el farmacéutico
HOSPITALES
www.edicionesmayo.es

ERRORES DE MEDICACIÓN

nº 121
MAYO 2001
NÚMERO MONOGRÁFICO

PREVENCIÓN DE LOS ERRORES DE MEDICACIÓN. SOCIEDAD CATALANA DE FARMACIA CLÍNICA

B. Bara, A. Prat, C. Agustí, T. Casasín, T. Gurrera, C. Lacasa, C. Pardo, L. Tuneu

Errores de medicación: un nuevo reto para el farmacéutico

Numerosos estudios, la mayoría de ellos realizados en Estados Unidos, han puesto de manifiesto la importancia de los errores de medicación, sus graves consecuencias clínicas para el paciente y los elevados costes que generan[1-4].

Entre enero de 1995 y abril de 1999, el registro de los acontecimientos centinela comunicados a la Joint Commission on Accreditation of Health-Care Organizations muestra que los errores de medicación son el segundo grupo en importancia después de los suicidios. El 78% de estos acontecimientos provocaron la muerte del paciente[5].

En el año 1999, el Instituto Americano de Medicina (IOM) publicó el informe: *El error es humano: construyendo un sistema sanitario seguro*[6]. La publicación de este informe puso en el punto de mira de toda la sociedad americana este grave problema. Hoy día, la seguridad del paciente ha dejado de ser un problema exclusivo de las instituciones sanitarias, para pasar a ser una preocupación de la sociedad en general. El informe definía claramente el papel clave que puede y debe desempeñar el farmacéutico en la construcción de un sistema sanitario más seguro.

El Comité de Ministros del Consejo de Europa adoptó el pasado mes de marzo una resolución con la que pretende introducir una serie de medidas para frenar los problemas más actuales relacionados con los medicamentos, entre los que destacan los errores de medicación. La resolución apela a los gobiernos a que reconozcan el protagonismo de los farmacéuticos en la prevención de los errores de medicación y refuercen las relaciones entre éstos, otros profesionales de la salud y las autoridades sanitarias[7].

El carácter prevenible de los errores de medicación hace que en las instituciones sanitarias se haga imprescindible la implantación de estrategias dirigidas a su prevención. Pero el proceso de utilización de medicamentos es complejo y las estrategias dirigidas a hacer el uso del medicamento más seguro necesitan un abordaje multidisciplinar, que implique a todos los profesionales sanitarios, a la administración, a las autoridades sanitarias, a la industria farmacéutica e incluso a los pacientes. El farmacéutico se encuentra ahora frente a un nuevo reto, el de liderar todas aquellas estrategias encaminadas a la prevención de los errores de medicación[8,9]. Es importante que el farmacéutico asuma y transmita la cultura del error como algo positivo, que lidere dentro de su organización la constitución de grupos pluridisciplinares de trabajo y la implantación de medidas para lograr un uso seguro de los medicamentos. Ya no sólo se trata de hacerlo bien, sino de construir las herramientas necesarias para evitar hacerlo mal.

En el Estado español, durante estos últimos años, han surgido con fuerza iniciativas para afrontar este nuevo papel del farmacéutico: una experiencia inicial en determinados hospitales[10], la creación de la delegación española del Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos (ISMP) en el Servicio de Farmacia del Hospital Universitario de Salamanca[11], la reciente publicación del libro *Errores de Medicación. Prevención, diagnóstico y tratamiento*, editado por la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH) y la Sociedad Española de Calidad Asistencial[12], y las sesiones y comunicaciones dedicadas al tema en el último Congreso de la SEFH son buenas muestras de ello[13].

La mayoría de las iniciativas emprendidas en la notificación y prevención de errores de medicación se han dado en la Farmacia Hospitalaria. Es en el medio hospitalario donde se pueden producir los errores de medicación potencialmente más graves, pero no por ello se ha de olvidar la Farmacia Comunitaria y el Farmacéutico de Atención Primaria, ámbitos en los que nuestra profesión ejerce también un papel clave en la detección y prevención de los errores de medicación.

En este contexto y en el marco de la VI Jornada de la Societat Catalana de Farmàcia Clínica (SCFC) del año 2000, esta asociación propuso iniciar el proyecto de creación de un Programa de Notificación de Errores de Medicación que promueva la comunicación, el estu-

Grupo de Trabajo en Errores de Medicación. Societat Catalana de Farmàcia Clínica

dio y la prevención de los errores de medicación. El proyecto nació con el fin de impulsar la cultura de la prevención de los errores de medicación en nuestro entorno, pero siempre con la voluntad de coordinarse con el Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos. Se trata de aunar esfuerzos para conseguir un único objetivo: hacer un uso del medicamento más seguro.

El conocimiento de los errores no ha de servir para buscar culpables ni para implantar medidas punitivas, sino para encontrar las causas del error, las circunstancias que han permitido que se produjese y buscar las soluciones para evitar que vuelva a suceder. Por tanto, una finalidad del grupo de trabajo de la SCFC es ayudar a transmitir la cultura del error en un sentido positivo y animar al farmacéutico a asumir este nuevo reto.

Proyecto de la SCFC: prevenir los errores de medicación

a) Objetivos.

Los objetivos del programa son:

– El análisis de las causas de los errores de medicación notificados a través del programa.

– La difusión de los conocimientos de errores de medicación y estrategias de prevención entre los profesionales de la salud.

– El impulsar la implantación en las instituciones de sistemas de notificación voluntaria de errores de medicación y la constitución de equipos de trabajo pluridisciplinares que analicen los errores y busquen estrategias para su prevención.

– La evaluación del impacto sanitario y económico de los errores de medicación.

b) Desarrollo del programa de notificación voluntaria de errores de medicación.

Los sistemas de notificación voluntaria son muy limitados para determinar la tasa de errores de medicación en una organización. Tan sólo un 0,2% de los errores son detectados por este método[14]. Pero a pesar de sus limitaciones e inconvenientes, son herramienta suficiente para la implantación de medidas encaminadas a la prevención de los errores de medicación.

Tanto el informe del IOM como las recomendaciones de la ASHP[15,16] aconsejan la implantación de sistemas de notificación voluntaria de errores de medicación, dentro de las instituciones y a nivel regional y nacional, como una de las estrategias más útiles para su prevención.

La notificación ha de ser voluntaria y no punitiva para que sea eficaz. Con el mismo fin, ha de permitir el anonimato para evitar cualquier duda sobre las posibles consecuencias punitivas para el notificante[17]. Es necesario un gran cambio cultural, no siempre fácil, que ayude a vencer el temor a notificar los propios errores.

La notificación de los errores con repercusiones clínicas para el paciente es muy importante, pero también lo es la notificación de lo que se conoce como «errores potenciales», es decir, situaciones que pueden dar lugar a un error de medicación. Ejemplos de ello son los medicamentos que, por similitud en el etiquetado o envase, pueden dar lugar a errores de medicación. Por otra parte, también es esencial notificar los errores que se han producido pero se han detectado y corregido antes de alcanzar al paciente.

Las fases del programa son las siguientes:

1) Elaboración de una hoja de notificación:

El sistema de notificación de errores de medicación que planteamos es sencillo, pero contiene la información suficiente para permitir el análisis detallado de las causas que han motivado el error y de todos los factores que han contribuido. Nuestra propuesta de contenido es la siguiente (figura 1):

– Medicamento, presentación comercial, dosis y vía de administración del fármaco o fármacos implicados.

– Gravedad del error producido (tabla 1) y descripción de la lesión en su caso.

– Tipo de error (tabla 2).

– Causa del error y factores que pudieron contribuir.

– Medidas correctoras propuestas y adoptadas.

– Profesional que detecta el error y lo notifica.

2) Establecimiento del sistema de notificación:

El grupo de errores de medicación está diseñando un sistema que permita la notificación de errores de medicación a través de la página web de la SCFC (www.scfarmaclin.org). La notificación también podrá realizarse por fax o directamente por vía telefónica a los miembros del grupo.

3) Validación de la hoja y sistema de notificación:

Los servicios de farmacia de los hospitales de Mataró, General de Catalunya, de Granollers, de Barcelona, de Viladecans y una farmacia comunitaria de Manresa participarán en una fase inicial de validación, notificando los errores de medicación registrados en sus centros, tanto prospectiva como retrospectivamente.

4) Presentación y difusión del proyecto:

La última fase, y también la más importante, es dar a

Tabla 1. Tipos de medicación según ASHP modificada[15]

Tipo de error	Descripción
Error de omisión	No administrar una dosis prescrita a un paciente antes de la siguiente dosis programada (si la hay)
Error de tiempo/hora de administración	Administración de la medicación fuera del intervalo de tiempo predefinido para su esquema horario
Error de fármaco no prescrito	Administración a un paciente de medicación no autorizada por un prescriptor legítimo para dicho paciente
Error de dosificación	Administración de una dosis mayor o menor a la prescrita o administración de una dosis duplicada
Error de forma farmacéutica incorrecta	Administración de un fármaco en una forma farmacéutica diferente a la ordenada por el prescriptor
Error de preparación errónea del medicamento	Medicamento incorrectamente formulado o manipulado antes de su administración (Incluye, por ejemplo, reconstitución o dilución incorrecta, mezclar fármacos que son física o químicamente incompatibles y envasado inadecuado)
Error de técnica de administración incorrecta	Procedimiento inapropiado o técnica incorrecta en la administración de un medicamento (Incluye la administración por una vía diferente a la prescrita; por la vía correcta pero en un sitio incorrecto [p. ej. ojo derecho en vez de ojo izquierdo] o velocidad de administración incorrecta)
Error de medicamento deteriorado	Administración de un medicamento caducado o que sus propiedades fisico-químicas puedan estar alteradas (p. ej. fármacos incorrectamente almacenados)
Error de cumplimiento	Incorrecta adherencia por parte del paciente a un tratamiento farmacológico prescrito
Otros errores de medicación	Otros errores que no se pueden englobar en las categorías anteriores

Tabla 2. Niveles de gravedad de los errores de medicación[18]

Error potencial
A: Circunstancias o acontecimientos con capacidad de causar error

Error producido, sin lesión
B: No llegó al paciente
C: Llegó al paciente sin lesionarlo
D: Llegó al paciente sin lesionarlo, pero precisó monitorización

Error producido, con lesión
E: Precisó tratamiento o intervención y causó lesión temporal
F: Precisó hospitalización inicial o prolongada y causó lesión temporal
G: Produjo una lesión permanente
H: Produjo una situación cercana a la muerte (p. ej. anafilaxis, parada cardiaca)

Error producido, con muerte
I: Produjo la muerte del paciente

conocer el sistema de notificación contribuyendo así a transmitir la importancia de los errores de medicación y animando a todos los profesionales a participar en el proyecto.

El programa y los resultados iniciales se presentarán en la VII Jornada de la Societat Catalana de Farmàcia Clínica (SCFC) el próximo mes de junio.

El grupo ha iniciado con entusiasmo el proyecto, con el objetivo siempre claro de ayudar a transmitir la cultura del error en sentido positivo y animar al farmacéutico a asumir el nuevo reto que se presenta. En estos momentos, le podemos ofrecer formación y soporte para que sea capaz de asumir dentro de su organización el papel de líder en la búsqueda de un sistema sanitario más seguro.

Bibliografía

1. Bates DW, Spell N, Cullen DJ y cols. The costs of adverse drug events in hospitalized patients. Adverse drug events prevention study group. JAMA 1997; 277: 307-311.

Notificación de Error de Medicación

Sociedad Catalana de Farmacia Clínica

Descripción del error

Explique con todo detalle el error: el fármaco, tipo de paciente (no indique su nombre), personal implicado, condiciones de trabajo, etc.

Gravedad	*Lugar*
Error potencial ☐ A: Circunstancias con capacidad de causar error **Error producido** ☐ B: El error se produjo, pero se detectó antes de llegar al paciente ☐ C: El error no produjo lesión ☐ D: El paciente precisó observación, pero no se produjo lesión ☐ E: Precisó tratamiento y/o causó lesión temporal ☐ F: Precisó o prolongó la hospitalización y provocó una lesión temporal ☐ G: Produjo una lesión permanente ☐ H: Produjo una situación cercana a la muerte ☐ I: Produjo o contribuyó a la muerte del paciente	☐ Hospital ☐ Farmacia ☐ Planta hospitalización ☐ Quirófano ☐ Urgencias ☐ Sala de partos ☐ Medicina intensiva ☐ Consultas ☐ Centro de asistencia primaria ☐ Oficina de farmacia ☐ Domicilio del paciente ☐ Otros

Medicamento implicado	Medicamento 1 (prescrito)	Medicamento 2 (administrado)
Principio activo	.....	.....
Nombre comercial	.....	.....
Forma farmacéutica	.....	.....
Dosis	.....	.....
Vía de administración	.....	.....
Laboratorio	.....	.....
Código Nacional	.....	.....

Causas (puede señalar una o varias)

☐ Orden médica ilegible	☐ Etiquetado incorrecto o equívoco	☐ Administración incorrecta
☐ Orden médica verbal	☐ Similitud de envases	☐ Falta de información
☐ Validación OM en farmacia	☐ Incumplimiento del paciente	☐ Otros (especificar)
☐ Dispensación incorrecta	☐ Nombres similares	

En caso de haberse evitado el error, indique quién y cómo se evitó

Prevención

¿Qué medidas sugiere para la prevención de este error? ¿Qué acciones se han puesto en marcha en su centro de trabajo para su prevención?

Persona que comunica Nombre

Profesión y centro de trabajo: Firma

Dirección:

Población: Provincia CP:

Teléfono/*e-mail* de contacto:

Toda la información se tratará siempre de forma anónima y confidencial. Una copia de la notificación se enviará al laboratorio fabricante del medicamento implicado y a la Agencia Española del Medicamento

Figura 1

2. Classen DC, Pestotnik SL, Evans RS y cols. Adverse drug events in hospital patients. Excess length of stay, extra costs and attributable mortality. JAMA 1997; 277: 301-306.

3. Jonson JA, Bootman JL. Drug-related morbidity and mortality: a cost-of-illness-model. Arch Intern Med 1995; 155: 1.949-1.956.

4. Thomas EJ, Studdert DM, Newhouse JP y cols. Cost of medical injuries in Utah and Colorado. Inquiry 1999; 36: 255-264.

5. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, eds. To err is human: building a safer health system. Washington, DC: National Academy Press; 1999.

6. Joint Commission on Accreditation of Health-Care Organizations. www. JCAHO.ORG/sentinel/sestats.htm. 1999.

7. Resolution ResAP (2001) concerning the pharmacist's role in the framework of health security. (Adopted by the Committee of Ministers on 21 March 2001 at the 746th meeting of the Deputies).

8. Schenider PJ. Pharmacists building a safer health system. Am J Health-Syst Pharm 2001; 58: 66-68.

9. Kohn LT. The Institute of Medicine report on medical error: Overview and implications for pharmacy. Am J Health-Syst Pharm 2001; 58: 63-66.

10. Lacasa C, Polo C, Andreu C y cols. Detección de errores de medicación en hospitales. Evaluación de la calidad del proceso de prescripción, dispensación y administración de medicamentos. Rev Calidad Asistencial. 1998; 13: 92-100.

11. Otero MJ. Prevención de errores de medicación y cultura de seguridad. Farmacia Hospitalaria 2000; 24(4): 271-273.

12. Lacasa C, Humet C, Cot R. Errores de Medicación. Prevención, diagnóstico y tratamiento. E.A.S.O., Barcelona 2001.

13. Farmacia Hospitalaria 2000; especial XLV Congreso de la SEFH. Octubre 2000.

14. Jha AK, Juperman GJ, Teich JM y cols. Identifying adverse drug events: development of a computer-based monitor and comparison with chart review and stimulated voluntary report. J Am Med Inform Assoc. 1998; 5: 302-314.

15. American Society of Health-system Pharmacist. ASHP Statement on Reporting Medical errors. Am J Health-Syst Pharm 2000; 57: 1.531-1.532.

16. American Society of Health-system Pharmacist. ASHP Guidelines on preventing medication errors in hospitals. Am J Hosp Pharm 1993; 50: 305-314.

17. Stump L. Re-engineering the medication error-reporting process: Removing the blame and improving the system. Am J Health-Syst Pharm 2000; 57 (supl 4): 510-517.

18. National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention. Am J Health System Pharm 1996; 53: 2.384. □

EDICIONES MAYO

Un fondo de publicaciones al servicio de la Sanidad y la Farmacia españolas

SIETE DIAS MEDICOS · FORUM · el farmacéutico · QUIMICA CLINICA · CORE JOURNALS · ACTA PEDIATRICA ESPAÑOLA · PA AP Presión Arterial Revista de Hipertensión para la Atención Primaria · Folia Clínica en Obstetricia Ginecología · el farmacéutico HOSPITALES

y, además, toda una organización editorial especializada
en los productos promocionales que la industria farmacéutica necesita
(monografías, libros, vídeos, Internet, CD-ROM, pósteres, literaturas...)