Boletín de prevención de los errores de medicación de Cataluña



www.errorsmedicacio.org

Generalitat de Catalunya
Departament de Sanitat i Seguretat Social

Boletín de prevención de **errores de medicación** de Cataluña

- **Métodos de detección de errores de medicación**
- **Errores relacionados con la forma farmacéutica**
- **Ejemplos de errores de forma farmacéutica notificados y medidas de mejora**
- **Datos estadísticos del programa de prevención de errores de medicación**
- **Bibliografía de interés sobre errores de medicación**

MÉTODOS DE DETECCIÓN DE ERRORES DE MEDICACIÓN

En nuestro primer boletín de prevención de errores de medicación, expusimos los conceptos más importantes sobre este tema. En este segundo número, explicaremos los métodos que se utilizan para detectar los errores de medicación con la finalidad de aplicar posteriores medidas de mejora y poder evitar otros errores similares en el futuro.

Los métodos más utilizados actualmente son la notificación voluntaria, la observación directa, la revisión de historias clínicas y la técnica de análisis de incidentes críticos.

Método de notificación voluntaria

Es el más recomendable a la hora de iniciar un programa de detección de errores de medicación y hay que tenerlo en cuenta como método de elección en la atención primaria. Se basa en notificar de forma voluntaria los errores de medicación que se producen en la práctica clínica habitual o por el propio paciente. Éste **es el método de notificación que ha sido adoptado en el Programa de prevención de errores de medicación del Departamento de Sanidad y Seguridad Social**.

Los errores notificados voluntariamente recogen en qué circunstancias se produjo el error, sus causas y severidad y las medidas que se proponen para evitarlos posteriormente.

Las notificaciones de errores que describen situaciones de riesgo, como pueden ser lesiones permanentes, incidentes próximos a la muerte o la propia muerte *(casos centinela)*, requieren un análisis multidisciplinar con los profesionales implicados en el error y la adopción inmediata de medidas no punitivas dirigidas a la prevención y a la mejora de los procesos.

Un de los inconvenientes del método de notificación voluntaria es que el notificador debe superar barreras psicosociales como el miedo a la pérdida de la estima de los compañeros, una disminución de la autoestima o el sentimiento de culpa, lo hace que el rendimiento de este sistema no sea muy elevado. A pesar de ello, permite que se conozcan los errores más graves que no pueden detectarse por el método de observación y también permite que el notificador haga un primer análisis de los puntos críticos que han fallado.

Este método mejora la cultura de calidad del personal implicado y mejora también la seguridad del paciente, siendo factible implantarlo en la mayor parte de los centros sanitarios.

Método de observación directa

Este método se ha utilizado específicamente en los hospitales. En el año 1962, Kenneth Barker[1], publicó uno de los primeros trabajos sobre este tema, en el que aplicaba el método de observación.

Este método consiste en la observación discreta del personal de enfermería por personas no implicadas en esta tarea y detectar así los errores que se producen en el circuito de prescripción, validación, dispensación y administración de medicamentos. Se anota la administración en una ficha de observación, posteriormente se compara con la prescripción del médico y se analiza también la validación del farmacéutico.



Aunque se ha discutido la influencia del observador sobre el personal observado,[2,3] hay un trabajo que demuestra que no hay diferencias significativas en las tasas de error antes y después de la primera intervención para cada enfermera, ni entre observadores ni tampoco al incrementar la duración de la observación.

El método de observación directa es unas 1.000 veces más eficaz que el de notificación voluntaria, sin embargo supone un esfuerzo mucho más elevado en personal y en coste.[4] Puede incorporarse a la rutina diaria de los hospitales, implicando a médicos, farmacéuticos y personal de enfermería dentro de un grupo de trabajo que realice o que coordine las observaciones, y que posteriormente haga su análisis bajo el punto de vista de la administración, la validación y la prescripción.[5]

El número de observaciones debe ser una muestra bioestadísticamente representativa del número de administraciones de medicamentos que se realizan en el centro. La tasa de error se calcula como porcentaje, dividiendo el número de errores detectados y el número de oportunidades de error (administraciones más omisiones) y multiplicado por 100.[2]

En un estudio hecho mediante este método de observación, dirigido sólo a la dispensación de medicamentos, en 50 hospitales se ha descrito una tasa de seguridad del 98%.[6]

En nuestro entorno se han obtenido unas tasas de error que varían entre un 2,9% y un 7,9%.[7]

Método de revisión de historias clínicas u otros sistemas de registro

Consiste en la detección de errores de medicación mediante la revisión de historias clínicas en las que se ha anotado el error. Es un método más productivo que el de notificación voluntaria pero menos que el de observación directa[8] y también es adaptable a otros sistemas de registro como pueden ser las fichas de medicación de pacientes crónicos en la atención primaria o la historia farmacoterapèutica en la oficina de farmacia.

Actualmente se están realizando trabajos[9] que comparan la revisión automática de los informes de alta con palabras clave que detectan "incidentes adversos", y se demuestra que la revisión informática es más eficiente que la revisión manual clásica.

En un estudio reciente, las tasas de error detectadas por 3 métodos diferentes fueron de un 11,7% por observación, un 0,75% por revisión de historias clínicas y un 0,04% por notificación voluntaria sobre 2.556 dosis administradas en 36 hospitales.[8]

Método de análisis de incidentes críticos

Consiste en la notificación y análisis de incidentes críticos, es decir, que incluyen acontecimiento que producen lesión o que, potencialmente, pueden producirla. Se analizan un número importante de incidentes producidos y se extraen medidas para evitar otros similares.[10,11]

Los obstáculos que este método tiene que superar para conseguir que se notifiquen errores son similares a los del método de notificación voluntaria.

Hay menos estudios realizados con este método. Uno de ellos, se llevó a cabo en una unidad de cuidados intensivos pediátrica y utilizó un sistema de notificación voluntario no punitivo. Se analizaron 284 incidentes críticos, de los cuales el 76% eran de severidad menor, el 19% de severidad moderada y el 5% de severidad mayor. Cuarenta y seis de estos errores sirvieron para llevar a cabo cambios en el sistema, como el doble control para medicamentos de riesgo, prescripción normalizada y propuesta de cambio a las autoridades sanitarias sobre el etiquetado dudoso de diferentes medicamentos.[12]

Bibliografía

1. Barker KN, Mc Connell WE. Detecting errores in hospitales. Am J Hosp Pharm. 1962; 19: 361.
2. Allan EL, Barker KN. Fundamentals of medication errores research. Am J Hosp Pharm 1990; 47:555-571
3. Lacasa P y Garcia C Observar la actividad humana. El error a{en} la práctica médica cotidiana. En: Lacasa C, Cot R, Humet, C: "Errores de medicación. Prevención, diagnóstico y tratamiento". 2001 . EASO, Barcelona, pp 105-124.
4. Lacasa C, Polo C, Andreu C y rindes. Detección de errores de medicación a{en} hospitales. Evaluación de la calidad del proceso de prescripción, dispensación y administración de medicamentos. Rev Calidad Asistencial. 1998; 13:92-100.
5. Andreu C,Lacasa C, Miquel M. Detección de errores de medicación en les hospitales miedo el método de comunicación. En: Lacasa C, Cot R, Humet, C: "Errores de medicación. Prevención, diagnóstico y tratamiento". 2001 . EASO, Barcelona, pp 143-148.
6. Flynn EA, Barker KN, Carnahan BJ. National observational study of prescription dispensing accuracy and safety in 50 pharmacies. J Am Pharm Assoc 2003; 43: 191-200.
7. Lacasa C Errores de medicación, Implicaciones económicas. V Jornada de la Sociedad Catalana de Calidad Asistencial. Barcelona. Junio 2003-08-14
8. Flynn EA, Barker KN, Pepper GA, Batas DW, Mikeal RL. Comparison of methods for detecting errores in 36 hospitales and skilled-nursing facilities. Am J Health-Syst Pharm 2002, 59: 436
9. Murff HJ, Foster AJ, Peterson JF, Fiskio JM, Heiman HL, Batas DW. Electronically screening discharge summaries for adverse medical events. J Am Med Inforn Assoc 2003; Mar 28.
10. Flanagan JC. The critical incidente technique. Psycological bulletin 1954; 51:327-358
11. Martínez J. Detección de errores de medicación miedo el método de comunicación. A{en} Lacasa C, Cot R, Humet, C: "Errores de medicación. Prevención, diagnóstico y tratamiento". 2001 . EASO, Barcelona. Pp 149-160
12. Frey B, Buettiker V, Hug MÍ, Waldvogel K, Gessler P, Ghelfi D, Hodler C, Baezinger O. Does critical incidente reporting contribute tono medication error prevention. Eur J Pediatr. 2002; 161:594-599

ERRORES RELACIONADOS CON LA FORMA FARMACÉUTICA

Con esta denominación se agrupan aquellos errores de medicación que tienen relación con el medicamento. Nos referimos a los medicamentos con nombres parecidos, envases similares, etiquetados que pueden inducir a confusión, prospectos erróneos, descripciones de dosificaciones incompletas o incorrectas, etc..

Este tipo de errores se notifican con facilidad en el medio asistencial ya que no comprometen a ningún profesional. No obstante, sí que pueden dar lugar a circunstancias potenciales de provocar y producir errores muy graves.

Debe tenerse en cuenta que la incorporación de los farmacéuticos comunitarios en el sistema de notificación de errores puede ser muy valiosa para detectar errores relacionados con la forma farmacéutica, dado que son los que más envases gestionan diariamente.

Nombres similares

La similitud fonética y ortográfica en los nombres de los medicamentos aumenta la posibilidad de errores por confusión de productos, sobre todo, cuando se trata de una prescripción médica verbal o escrita a mano. Cuando nos encontramos con marcas comerciales muy parecidas, se incrementa la posibilidad de error.

Envases similares

La gran cantidad de especialidades farmacéuticas que existen en el mercado así como una falta de legislación clara sobre el rotulado de las especialidades, hace que a menudo nos encontremos con envases de medicamentos de dosis diferentes o de principios activos diferentes de una misma compañía farmacéutica muy difíciles de diferenciar.

Ello comporta en muchas ocasiones errores de medicación para dispensación de un medicamento de una dosis por otra, confusión de diferentes sustancias o dificultades de diferenciación clara entre medicamentos diferentes, sobre todo en el colectivo de pacientes de más edad y con polimedicación.

Serigrafia similar

De la misma manera que sucede con la similitud de envases, hay serigrafiados de difícil diferenciación. Esto es especialmente grave en medicamentos de administración parenteral. Este hecho constituye una posibilidad de error de que es necesario minimizar mediante una impresión muy diferenciada, resaltando especialmente las diferencias.

Información incompleta: forma farmacéutica y prospecto

A veces el error se encuentra en el prospecto del medicamento, o bien formas farmacéuticas en las que es imposible conocer la dosis de principio activo. Otras veces, como sucede con el cotrimoxazol intravenoso, no queda claro que el disolvente contiene trimetoprim y se han notificado diversos errores de administración en los que únicamente se había administrado sulfametoxazol por haber reconstituido el vial con agua bidestilada.

En otros productos que deben conservarse a temperatura de congelación (<-15 º C), este hecho no se diferencia claramente y a menudo se conservan en refrigerador. Un ejemplo de ello lo constituye el tissucol y el propess.

EJEMPLOS DE ERRORES DE FORMA FARMACÉUTICA NOTIFICADOS Y MEDIDAS DE MEJORA ADOPTADAS

Estos ejemplos han sido notificados a la web del Programa de prevención de errores de medicación en Cataluña

Nombres similares

Proscar^{R} – Prozac^{R}	Prozac^{R}-Parizac^{R}
Linoten^{R} - Loniten^{R}	Dalacin^{R} – Dacortin^{R}
Lovibon^{R} – Cariban^{R}	Trangorex^{R} –Trandate^{R}
Toradol^{R} – Torecan^{R}	Seloken^{R} – Seroquel^{R}
Lamotrigina – Lamivudina	Diaben^{R} – Dianben^{R}



Envases y serigrafiados similares





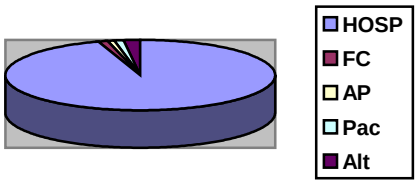




DATOS ESTADÍSTICOS DEL PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE ERRORES DE MEDICACIÓN

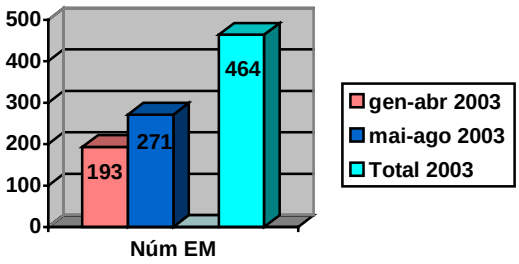
Aunque el Programa de prevención de errores de medicación se extiende a todos los ámbitos asistenciales, la mayor parte de errores notificados en el periodo enero–septiembre de 2003 han tenido su origen a la atención hospitalaria.

Lugar de la notificación



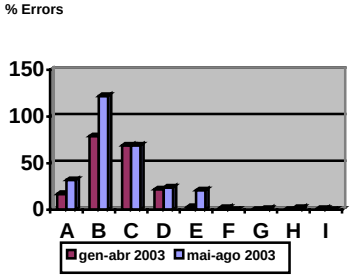
Se ha observado un incremento progresivo en la notificación de errores de medicación desde el inicio del Programa así como en el número de centros notificadores. Durante los meses de julio y agosto el número de errores notificados ha sido muy bajo.

Número de EM notificados



Como sucede en todos los programas de notificación voluntaria de errores de medicación, los más frecuentes son los de severidad baja que no causan lesión al paciente, es decir, de severidad A, B, C y D

Severidad EM

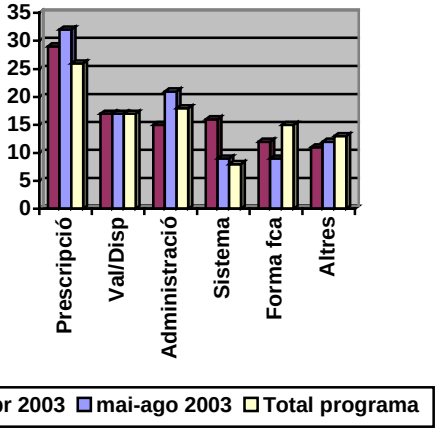


que son los errores relacionados con la fase de prescripción, validación y dispensación del medicamento.

Cabe destacar que las notificaciones de severidad A y B se refieren a errores que han sido detectados antes de que el medicamento llegue al paciente. Por eso, estas notificaciones representan una oportunidad de mejora, y previniendo estos errores será posible evitar el resto.

La causa más frecuente de los errores notificados ha estado en el proceso de la prescripción de la medicación, siendo los de administración la segunda

Causas de los errores



causa más frecuente, sin embargo hay que tener en cuenta que la notificación voluntaria no es el mejor método para su detección.

BIBLIOGRAFÍA COMENTADA SOBRE ERRORES DE MEDICACIÓN

Errores de medicación. Prevención, diagnóstico y tratamiento.
Carmen Lacasa, Rosal Cot, Carlos Humet
Ed EASO. 2001. Barcelona.

El libro se estructura en cuatro áreas (generalidades, métodos, prevención y áreas específicas) con una introducción y 28 capítulos. El autor de la introducción es Michael R. Cohen, considerado el experto con más prestigio en este campo.

En el primer apartado se incluyen ocho capítulos sobre temas generales que van desde aspectos

bioéticos hasta fàrmacoeconómicos. El segundo incluye seis capítulos sobre detección. El tercer apartado analiza la prevención en nueve capítulos, aportando sistemas para minimizar su incidencia. El cuarto y último apartado expone las condiciones específicas del error de medicación en anestesiología, medicina intensiva, urgencias, pediatría y oncología. El texto se complementa con numerosas tablas y figuras que, junto con la bibliografía actualizada, facilitan la comprensión del lector.

Director: Eugeni Sedano Monasterio **Subdirector:** Joan Serra Manetas

Comité editorial
Tomás Casasín, María José Gaspar, Rocío García, Maria Pilar Gascón, Carmen Lacasa, Alba Prat, Neus Rams

ISSN en trámite