

Los incidentes o errores asociados a las medicaciones son frecuentes. Su prevención es un desafío que el gobierno y los líderes en cada institución de salud deben tener presente.

La seguridad del sistema de utilización de medicamentos

Los errores de medicación son errores del sistema y no incompetencia de los individuos

ESCRIBE

ricardo durlach

Las causas de los errores de medicación son multifactoriales y estos factores generalmente están presentes en el sistema, se relacionan con la organización, los procedimientos y las condiciones de trabajo de los profesionales que están en contacto directo con el sistema de utilización de medicamentos. La complejidad de los procesos de selección, adquisición, prescripción, validación, dispensación, administración y control es cada vez mayor y conlleva el riesgo, de que se produzcan errores y que estos a su vez produzcan efectos adversos en los pacientes.

El error puede ser inofensivo o causar daño leve o tan grave como la muerte. Con un sistema ordenado, con personal capacitado y procesos vigilados muchos de ellos se pueden evitar.

Los incidentes o errores asociados a las medicaciones son frecuentes, muy poco denunciados y su prevención es un desafío que el gobierno y los líderes en cada institución de salud deben

tener presente.

El primer paso para lograr un sistema más seguro es reconocer que los erro-



res son inherentes a la naturaleza humana, por lo tanto el diseño del circuito y el *modus operandi* tiene que ser tal, que minimice la posibilidad de cometer errores. El sistema tiene que ser tan ordenado y sistematizado que la suma de las actuaciones, las urgencias,

las decisiones clínicas, las interacciones entre las drogas y las distracciones, no tengan cabida. Los pacientes también juegan un rol con imponderables; sea por la complejidad de su enfermedad o bien por el nivel de participación al que tienen derecho, lo cierto es que estas circunstancias hacen que el personal de salud tenga que recibir capacitación constante.

En Argentina no se conoce la magnitud real del problema. Los errores en la utilización de los medicamentos ocurren, es poco lo que se sabe del tema y de la fragilidad del sistema sanitario argentino. Trabajos de vigilancia publicados con medición de errores, nos permitirían asumir que la aplicación de las prácticas que ofrecen más seguridad a nuestros pacientes no son más complicadas que las consecuencias que traen no aplicarlas.

La OMS y otras organizaciones internacionales, vinculadas al cuidado de la salud han emitido recomendaciones y

Un sistema que permita acercarnos a la utilización de los medicamentos en forma segura, apropiada y eficiente debe contemplar por lo menos estos 5 procesos:

- La institución tiene un comité de farmacia responsable de la selección de los medicamentos que ha de adquirir.
- Los médicos prescriben en forma idónea y clara.
- El farmacéutico es el responsable de la preparación, verificación y dispensación de los medicamentos.
- El medicamento es administrado por un enfermero.
- La institución tiene un programa de farmacovigilancia que vigila y valida cada uno de estos procesos, los analiza, registra y finalmente los comunica.

han fomentado la modalidad en que se deben implementar las medidas para prevenir errores en la medicación. Las políticas, las definiciones y las normas escritas más los procedimientos del manejo de los medicamentos prolijamente descriptos, probablemente sea la mejor manera de comenzar.

• Selección y adquisición del medicamento por un comité de farmacia

Los responsables de la farmacia deben cuidar que todos los medicamentos de aspecto parecidos o que suenen similares y que puedan ser confundidos por su similitud fonética y ortográfica estén claramente diferenciados, identificados y almacenados especialmente para evitar el error potencial y real de cambio en la medicación en el momento de la dispensación.

En la farmacia central y en la estación de enfermería los medicamentos peligrosos, como los electrolitos concentrados, están apartados y guardados bajo llave, fuera de la posibilidad de la administración involuntaria. Cuando se necesita de ellos, el proceso de utilización,

queda registrado en una planilla que permite asentar el paciente con al menos dos datos identificatorios, por ejemplo el nombre, apellido y número de registro, con fecha y hora, el nombre de quién lo hizo y siempre en presencia de un testigo identificado. Los medicamentos necesarios para emergencias, incluidos los psicofármacos y distribuidos por todo el hospital, están guardados en un lugar accesible y resguardado de los extravíos y robo. Una planilla de control permite el registro del control con cada turno de enfermería.

• Prescripción del médico

La prescripción del médico debe realizarse en forma legible y completa, se debe detallar el nombre genérico de la droga. El médico debe verificar el nombre y apellido del paciente en la historia clínica y en la hoja de tratamiento ya sea en papel o en un registro informático. El sistema le debe ofrecer la posibilidad de consultar sobre dosis, contraindicaciones y posibles interacciones. La observación de las prescripciones por parte de un farmacéutico u

otro médico que vigila o concilia la medicación ha dado muy buenos resultados.

Cuando sea necesario un pedido telefónico, una comunicación efectiva implica que quién haga la solicitud, médico o enfermero, y el receptor de la llamada se identifican.

El paciente de referencia es identificado con nombre apellido y un segundo dato identificatorio y se escribe el orden solicitada en la historia clínica del paciente. La enfermera, la farmacéutica o quien fue el receptor de la solicitud, lee sus anotaciones para lograr la conformidad del solicitante.

• Preparación y dispensación en la farmacia

Cuando se transcriben y validan los tratamientos prescritos, los farmacéuticos deben comprobar siempre en la hoja de pedido o en el sistema informático, los identificadores del paciente y verificar que coincidan con los datos que constan en la hoja de tratamiento. En la farmacia, se deben etiquetar las preparaciones para pacientes con los dos identificadores establecidos para que la enfermera pueda comprobarlos.

No se deben elaborar estas preparaciones para más de un paciente a la vez. Se debe efectuar un doble control de la preparación, comparando los datos de la etiqueta con la prescripción original.

• Administración del medicamento en manos del personal de enfermería

La enfermera lleva la hoja de indicaciones hasta la cabecera del enfermo, jun-

to a la medicación, para verificar en ese momento que los datos del paciente son los correctos. Antes de administrar un medicamento, la enfermera debe preguntar al paciente y leer en la pulsera los dos identificadores establecidos, para verificar que la identidad del paciente se corresponde con la indicada en la hoja de administración.

Además debe comprobar “*los 5 correctos*” 1. el paciente, 2. el medicamento, 3. la dosis, 4. la vía, 5. el tiempo de administración. Debe identificar y verificar la etiqueta de cada medicamento que vaya a administrar.

En algunos países ya ha instalado un código de barras para la lectura y certificación del proceso.

Los incidentes por confusión de paciente, conocidos como “paciente equivocado” pueden pasar inadvertidos o generar un daño grave.

Cuando un paciente recibe la medicación que le correspondía a otro, el error es doble; por acción y omisión, uno recibe un medicamento inapropiado o contraindicado y el otro deja de recibir el tratamiento que necesita.

• Programa de farmacovigilancia que vigila y controla cada uno de estos procesos, los registra y valida

Los errores de medicación se analizan como errores del sistema y no por incompetencia de los individuos. Este enfoque es básico y necesario para comprender los fundamentos de la prevención, la colaboración del personal y la aceptación que los fallos son de una sumatoria de defectos que el sistema permitió que el hecho ocurriera.

Es decir que cuando se analiza un error

no se pregunta quién fue, sino cómo y porqué ocurrió. Para eso el ambiente que se debe crear es muy profesional y nada punitivo, de tal manera que la tendencia sea la comunicación del error, el análisis de sus causas y no su ocultamiento con la idea de que el error no se repita.

La OMS define fármaco-vigilancia como las actividades relativas a la detección, evaluación y prevención de los riesgos asociados a los medicamentos o cualquier otro problema relacionado con los fármacos.

La mejor forma de mejorar los sistemas y prevenir los errores radica en analizar los propios errores que se producen en la utilización de medicamentos en la propia institución, con el fin de identificar las causas que los originan.

Un programa y un plan destinado a vigilar los procesos, con registro de los eventos adversos y su tipificación. Una evaluación con análisis modal de fallos, la devolución de la información, las intervenciones correctivas son pasos tendientes a reducir los factores causales de los errores en la medicación.

No existe una única medida que prevenga los errores de medicación, más allá de la decisión de intervenir en él.

Todos somos parte del sistema, un eslabón más, de la larga cadena que compone el desafío de cambiar conductas, establecer hábitos y controlar prácticas, para ofrecer más seguridad a los pacientes. Muchas organizaciones de salud han recurrido a equipos multidisciplinarios para cruzar el puente que lleva a la institución de modificar hábitos y costumbres a la aplicación de técnicas actuales de gestión y medición del cumplimiento de los cambios.

Como conclusión podemos decir que

quién ejerce el gobierno institucional tiene que promover e implementar un sistema que cuente con políticas escritas y normas de procedimientos explícitos para cada uno de los procesos. Cuando lo veamos cumplido podremos decir que estamos aprendiendo.



Bibliografía

- 1) Joint Commission for Accreditation of Healthcare Organizations. The Joint Commission Specifications Manual for National Hospital Quality Measures. <http://www.jointcommission.org/PerformanceMeasurement/>
- 2) Plsek PE. Evidence-based quality improvement, principles and perspectives. *Pediatrics* 1999, 103: 203
- 3) Williams SC, Schmaltz SP, Morton DJ, Koss RG & Loeb JM. Quality of Care in U.S. Hospitals as Reflected by Standardized Measures, 2002-2004. *N Engl J Med* 2005, 353:255.
- 4) Otero López MJ, Codina Jané C, Tamés Alonso MJ, Pérez Encinas M. Errores de medicación: estandarización de la terminología y clasificación. Resultados de la beca Ruiz Jarabo 2000. Fundación Hospital Alcorcón, Madrid, 2003, 27:142
- 5) Recomendaciones para la prevención de errores de medicación. *Boletín* N° 30 2009. Instituto para el Uso Seguro del Medicamento (ISMP) España. ismp@ismp-espana.org
- 6) Durlach R. Prevención de errores de medicación. Video en <http://www.itaes.org>