

El error humano relativo a medicamentos.

Dra. Sahily Irene López Rabassa.

Especialista 2do Grado Anestesiología y Reanimación.

Máster en Urgencias Médicas en Atención Primaria de Salud

Profesora Asistente ISCM-Camagüey.



Se atribuye a Maimónides el decir “Concédanme el coraje de percatarme de mis errores cotidianos, así mañana podré ver y comprender con mayor claridad lo que no comprendí bajo la oscura luz del pasado”, así abrimos el gran capítulo de error médico.

La Anestesiología se identifica como líder en el cuidado de la seguridad del paciente, lo que se corresponde con un importante decrecimiento de la mortalidad anestésica en los últimos años, con valores de 1:250 000; sin embargo, no está libre de accidentes por errores, pues dada la frecuencia, variedad y potencia de las drogas que se emplean, existe el riesgo potencial que se produzca un desliz y las consecuencias pueden ser desastrosas. ⁽¹⁾

Ahora en esta época cargada de sistemas de seguridad altamente sofisticados la comunidad médica ha tomado mayor conciencia de la realidad objetiva que nos rodea y la campaña en los últimos años para aceptar el peligro real del error médico así como sus consecuencias nos hace sumarnos a ahondar en nuestro cotidiano diario y hablar de los que siempre fue tabú, pero hoy es medicina basada en la evidencia y la evidencia es bien certera.

En la última década, a raíz del conocido informe del Institute of Medicine (IOM) en 1999, la seguridad en la atención y el error en medicina pasaron a ser temas de relevancia y discusión. Esto está llevando a un nuevo paradigma donde la calidad de la atención médica incluye la protección de los pacientes de eventos que en el transcurso de su atención pudieran perjudicarlo, y más aún, son los mismos pacientes quienes van a cobrar protagonismo en los cuidados. ⁽²⁾

En estudios recientes en Inglaterra se encontró un fallecido por cada 185 000 y en EUA mueren desde 44 000 a 98 000 anualmente por errores médicos prevenibles. El error en el ejercicio médico relacionado con la medicación, es la principal causa de morbilidad en pacientes hospitalizados. Se estima que 180 000 pacientes mueren cada año en los Estados Unidos de Norteamérica como resultado de incidentes médicos en los que los errores en la medicación fueron el principal factor contribuyente. ⁽²⁾

El error relativo a los medicamentos está considerado como el que más amenaza la seguridad del paciente, provocando más muertes por año, que las que se producen por accidentes de tránsito, cáncer de mama y SIDA. Son la primera causa de eventos previsibles y adversos, considerando unas 7000 muertes anuales.

Nuestra especialidad ha sido una de las pioneras en el estudio de los incidentes adversos en medicina. En parte puede ser debido a que los errores relacionados con la administración de medicamentos, aunque infraestimados, son más frecuentes que en otras especialidades, son la causa más frecuente de demandas legales.

En términos generales, los incidentes adversos relacionados con fármacos en pacientes extrahospitalarios se han cifrado en el 50% de dichos incidentes, y en pacientes hospitalizados entre 3,7% y 26% según los estudios, incluido uno publicado en España. Además se han ido incrementando en el tiempo, y también con el número de fármacos por paciente. Los bloqueantes neuromusculares y los opiodes se encuentran entre los fármacos implicados con más frecuencia en errores relacionados con la administración de medicamentos.⁽³⁾

Epidemiológicamente los incidentes son más frecuentes, al contrario de lo que podría suponerse, en pacientes ASA I-II, en cirugía electiva no urgente, en horario laboral habitual y en las fases intermedias de la anestesia (mantenimiento) frente a la inducción o recuperación. Ocurren en pacientes de cualquier edad, y a profesionales de cualquier grado-tiempo de experiencia.⁽⁴⁾

. Además se ha comprobado que las equivocaciones con las jeringas (cambios entre las mismas) figuran entre los más comunes.

La evaluación actual de la frecuencia de los errores por medicamentos, son indudablemente bajas debido que la mayoría no son publicados ni documentados.

¿Qué es un error de medicación?

El National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention (NCC MERP) define a los errores de medicación como: "cualquier incidente prevenible que pueda causar daño al paciente o dé lugar a una utilización inapropiada de los medicamentos, cuando éstos están bajo el control de los profesionales sanitarios o del paciente o consumidor. Estos incidentes pueden

estar relacionados con la práctica profesional, con los procedimientos o con los sistemas, incluyendo fallos en la prescripción, comunicación, etiquetado, envasado, denominación, preparación, dispensación, distribución, administración, educación, seguimiento y utilización. Desde un punto de vista más "clínico", un error de medicación enfoca el problema en el manejo terapéutico y en sus consecuencias clínicas por una elección errónea del plan terapéutico o por un fracaso de éste en el fin que busca.⁽⁵⁾

Los errores de medicación se producen por fallos en el proceso de utilización de los medicamentos y se deben analizar como errores del sistema. Nunca se deben considerar como errores humanos, pensando que la solución se limita a encontrar al individuo "culpable" del error. No se trata de buscar QUIÉN causó el error, sino de analizar QUÉ circunstancias motivaron el error.

El proceso de utilización de los medicamentos es muy complejo y en él intervienen diferentes colectivos. Los errores de medicación pueden ocurrir en cualquiera de las etapas de dicho proceso y en su mayoría se producen por múltiples fallos o deficiencias en el mismo.

El error en el proceso de medicación se divide según la etapa en que se encuentre el medicamento:

- Prescripción: la indicación del medicamento (18,1%).
- Documentación: la transcripción manual o electrónica de esa indicación (8,8%).
- Dispensación: es la salida del medicamento de su sitio en la farmacia (9,4%).

- Administración: es la aplicación al ser humano (62%).
- Monitorización: la evaluación de la respuesta del medicamento (1,5%).

Las condiciones latentes que predisponen a que los errores de medicación se perpetúen, se han clasificado siguiendo una nomenclatura de las "6 P".

1. Providers: La disminución del número de farmacéuticos en los hospitales tiene una influencia claramente negativa.
2. Procedures: La admisión hospitalaria en el mismo día de la cirugía, puede llevar a evaluaciones preoperatorios incorrectas y a suprimir la toma de la medicación habitual.
3. Products: La similitud en las presentaciones de algunas ampollas puede llevar a confusión.
4. Peripherals: Las líneas de infusión, conectores, bombas, vaporizadores añaden riesgos especialmente tras la adquisición de nuevo material.
5. Patients: No todos los pacientes recuerdan sus alergias o fármacos que toman habitualmente.
6. Policy: La implantación de determinadas normas y disposiciones institucionales que fomentan el cansancio y la fatiga de los profesionales y con ello los errores.

Adentrándonos en los factores que hacen del Quirófano una zona de alto riesgo a presentar errores de medicación tenemos:

- El quirófano, como pocas áreas dentro de un recinto hospitalario, cuenta con una farmacia local sin farmacéutico.

- Muchas de las órdenes son dadas oralmente y no por escrito. Las órdenes verbales son dadas bajo una mascarilla puesta, pudiendo distorsionar la comunicación.
- La transferencia de medicamentos al campo estéril hace perder el control por: Pierde su etiqueta o caja original.
- Luz apagada con traspaso a oscuras, principalmente en cirugía laparoscópica.
- Traspaso a través de la distancia, al aspirar con jeringa, medios de contraste, anestésicos locales, entre otros, sin poder tomar el frasco para corroborar información del producto.
- El paciente quirúrgico pasa dentro de su estadía hospitalaria por muchas unidades como preanestesia, quirófano, recuperación, unidad de cuidados intensivos o intermedio, domicilio, etc.

Los errores en la medicación en el se deben a fallo en la rotulación de la jeringuilla, inadecuado apareamiento de jeringuillas y ámpulas, fallo al leer el bulbo o ámpula, mal manejo de los puntos decimales, ceros y abreviaturas inapropiadas, iluminación pobre, cuando las jeringuillas las preparan otras personas. Hay una relación exponencial entre la cantidad de medicamentos que se usan y la prevalencia de eventos adversos.

Más específicamente se han descrito diferentes errores con causas bien determinadas ejemplificadas en casos clínicos publicados o verbalmente reportados:

- Errores por etiquetado o envasado similar o inapropiado: En nuestra empresa farmacéutica tenemos el ejemplo de esta causa, aunque

podemos decir que ya se trabaja desde hace más de 10 años en erradicarlo.

- Errores por similitud ortográfica o fonética en los nombres de los medicamentos:
- Errores por el uso de abreviaturas.
- Errores en la interpretación de las prescripciones médicas

Entre las medidas que se aconseja implantar para evitar este tipo de errores están:⁽⁶⁾

- Dar a conocer a los profesionales del centro los nombres de medicamentos que se prestan a confusión.
- Evaluar la posible similitud en el nombre, cuando se incorpora un nuevo medicamento a la guía farmacoterapéutica del centro.
- Colocar notas de alerta en los cajetines o lugares donde se almacenen medicamentos con nombres similares que adviertan de la posibilidad de error.
- Evitar la colocación de los medicamentos con riesgo elevado de confusión en lugares próximos.
- Incorporar alertas en el sistema informático de la farmacia.
- Facilitar la diferenciación de estos medicamentos en el sistema informático, en el etiquetado de cajetines o gavetas, etc, destacando en mayúsculas las letras de los nombres que son distintas.
- Concienciar a los prescriptores de la importancia de la correcta legibilidad de los tratamientos y de que se indique el motivo del mismo.
- Implantar la prescripción electrónica.
- Corroborar con el médico la prescripción siempre que exista cualquier duda

sobre la misma.

- Informar a los pacientes y animarles para que tomen parte activa en su tratamiento y consulten ante cualquier duda.

Finalmente la medida más importante que implantar es la prevención como madre de todas las terapéuticas, es aquí donde trabajaremos con más fuerza cada día, al concientizar la importancia que el error humano existe con mayor frecuencia de la que sospechamos y representa para nuestros pacientes un peligro. La divulgación a través de un Programa de Notificación de Errores de Medicación ha logrado mejoras en algunas especialidades farmacéuticas basado en reportes de casos.

Recomendamos realizar en nuestro país uno y nuestra Especialidad, nuestros médicos anesthesiólogos pudiéramos líderes en esta lucha encarnizada contra este enemigo latente.

Quizá sea hora de crear comités o grupos de investigación que iniciáramos la ardua tarea de primero recopilar la información necesaria acerca de los incidentes en nuestra especialidad y en nuestro medio, para luego promulgar guías o recomendaciones con el fin de mejorar la seguridad de nuestros pacientes y de nosotros mismos. Aún no es tarde si comparamos con la tendencia iniciada en otros países. La colaboración con organismos oficiales y con otras sociedades científicas lideradas por la SCAR puede facilitar las cosas y ofrecer otra perspectiva de los problemas. Hasta el momento en nuestro país ninguna innovación sistemática se ha adoptado en gran escala con el objetivo de reducir los errores en la medicación. Hoy por hoy, incluso en el siglo XXI, esos errores continúan sucediendo. ⁽⁷⁾

Se concluye con una frase de José Martí “[...] *no ha de tener derecho a quejarse de sus errores quien a tiempo y con poder para protestar no protestó contra ellos; [...]*” y hoy una vez más se levanta nuestra voz para decir: Los accidentes en la práctica médica no van a desaparecer por tratarse de una actividad inherente al ser humano, pero la simple comunicación y discusión de los mismos nos llevaría a una disminución de la morbimortalidad y a una atención cada vez más especializada. Seguridad para nosotros y nuestros pacientes, es la nuestra razón de ser y nuestra tarea de cada día.

Bibliografía:

1. Villarreal Cantillo Elizabeth .Seguridad de los pacientes. Un compromiso de todos para un cuidado de calidad. Salud Uninorte. 2007; 23 (1): 112-19 ISSN 0120-5552.
2. Committee on Quality of Health Care in America, IOM: to Err Is Human: Building a Safer Health System. Editado por Kohn L, Corrigan J, Donaldson M. Washington. National Academy Press, 1999, pag. 241.
3. R. J. Glavin. Drug errors: consequences, mechanisms, and avoidance. British Journal of Anaesthesia. 2010 105(1):76-82
4. M^a Elisenda Izquierdo Tugas, Tomás Casasín. Errores de medicación en el área quirúrgica: notificación y medidas de Prevención. Boletín de Prevención de errores de medicación.núm 1 enero - abril 2008.
5. Valentin A, Capuzzo M, Guidet B, Moreno R, Metnitz B, Bauer P, Metnitz P and behalf of the Research Group on Quality Improvement of the European Society of Intensive Care Medicine (ESICM) and the Sentinel

Events Evaluation (SEE) Study Investigators. Errors in administration of parenteral drugs in intensive care units: multinational prospective study. *BMJ* 2009; 338: 928-932.

6. Sánchez Artola B. Errores en la administración de medicación parenteral en Cuidados Intensivos. *Revista Electrónica de Medicina Intensiva*. Artículo nº 1360. Vol 9 nº 5, mayo 2009.
7. Haynes AB, Weiser TG, Berry WR, Lipsitz SR, Breizat AH, Dellinger, EP, et al. A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. *N Engl J Med*. 2009;360:491–9.