

Trabajando por la seguridad de los pacientes: puesta en marcha de un Grupo de Trabajo sobre Errores de Medicación

Working for patient safety: starting Teamwork on Medication Errors

M. Rodrigo¹, I. Beltrán², E. Berradre³, A. Alonso⁴, F. Marcotegui⁵

INTRODUCCIÓN

Eficacia y seguridad son los dos pilares fundamentales que apoyan la farmacoterapia. En lo concerniente a la seguridad, desde hace varias décadas se está trabajando en su aspecto más conocido y mejor estudiado: las reacciones adversas a medicamentos (RAM), que, según la Organización Mundial de la Salud, son los efectos no deseados y nocivos cuando estos se emplean a dosis adecuadas y con indicaciones correctas¹. Diversas iniciativas están en curso con el objetivo de monitorizar las RAM de los fármacos en la fase post-comercialización: la obligatoriedad del personal sanitario de comunicar RAM, el perfeccionamiento de métodos de detección y notificación, y la creación de los sistemas nacionales de farmacovigilancia, entre otros. En España se encuentra en vigor desde 1990 la Ley del Medicamento, que consolida la existencia del Sistema Español de Farmacovigilancia².

Hay otro aspecto de la seguridad de la farmacoterapia menos conocido y estudiado, son los llamados Errores de Medicación (EM). Según el *National Coordinating*

Council for Medication Error Reporting and Prevention, error de medicación es "cualquier incidente prevenible que puede causar daño al paciente o dar lugar a una utilización inadecuada de los medicamentos cuando éstos están bajo el control de los profesionales sanitarios, del paciente o del consumidor"³.

El estudio de los EM es un asunto que podemos calificar de emergente en los últimos años, dado que está mereciendo una atención creciente en ámbitos profesionales y administrativos. Como indicador de calidad asistencial en los procedimientos de acreditación de la misma, está adquiriendo un peso cada vez mayor⁴.

Los estudios sobre EM tratan de identificar las causas y los tipos de errores, así como las condiciones que los favorecen, con el objetivo de desarrollar estrategias dirigidas a prevenirlos⁵. Tienden a centrarse no en las personas que los cometen, sino en los fallos de los sistemas de utilización de medicamentos que facilitan su presentación. No interesa tanto quién sino dónde, cuándo y por qué. Se enfatiza, además, la importancia de la participación del

An. Sist. Sanit. Navar. 2004; 27 (1): 107-111.

1. Médico Internista. Hospital Virgen del Camino. Pamplona.
2. Farmacéutica residente. Hospital Virgen del Camino. Pamplona.
3. Enfermera. Hospital Virgen del Camino. Pamplona.
4. Médico residente del S^o de Medicina Preventiva. Hospital Virgen del Camino. Pamplona.
5. Jefe del Servicio de Farmacia. Hospital Virgen del Camino. Pamplona.

Correspondencia

Marino Rodrigo Bañuelos
C/ Sangüesa, 12-3 D
31003 Pamplona
Tfno. 948 23 99 63

personal sanitario que interviene en los procesos de medicación cuando se intentan implantar sistemas de notificación voluntaria de errores.

En el ámbito hospitalario, el proceso de medicación consta de las fases de prescripción, procesado de la orden, dispensación y administración. Los profesionales implicados en este proceso son, principalmente, médicos, farmacéuticos y enfermeras. Hace algunos años se formaron grupos de trabajo sobre EM en ciertos hospitales de nuestro país, en lo que suponía una labor pionera en este campo⁶. Los resultados publicados han sido lo suficientemente significativos como para estimular la creación de grupos similares en otros hospitales. El Hospital Virgen del Camino, en Pamplona, carecía a fecha de enero de 2003 de esta actividad relacionada con los EM.

EPIDEMIOLOGÍA

En el *Harvard Medical Practice Study* se estudiaron 30.000 episodios de hospitalización en los hospitales de Nueva York durante el año 1984. Se encontraron efectos adversos en el 3,7% de las hospitalizaciones. El 69% de las lesiones fueron producidas por errores. El error más frecuente fue el de medicación, en el 19% de los casos^{7,8}.

En 1999 el *Institute of Medicine* de EE.UU. publica un informe⁹, a partir de los datos de varios estudios previos, en el que se presentan estimaciones de tipo sanitario y económico del problema: entre 44.000 y 98.000 personas mueren cada año en los hospitales de EE.UU. como consecuencia de los errores asistenciales. Los errores de medicación determinan, según este informe, 7.000 muertes al año, cifra que supera a las causadas por los accidentes de trabajo. En lo referente al aspecto económico, los costes médicos directos de estos acontecimientos adversos suponen alrededor del 4% de los gastos totales en salud en EE.UU., de los cuales en torno a la mitad se deberían a errores prevenibles.

Los datos disponibles sobre la situación en nuestro país presentan un impacto asistencial y económico similar. Los EM determinan entre un 4,7%¹⁰ y un 5,3%¹¹ de

los ingresos hospitalarios, con un coste medio por estancia próxima a 3.000 euros. En los hospitales, y según un estudio financiado por la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria y desarrollado entre 1996 y 1998, el índice de EM se cifra en un 12,8%, estimándose que podrían prevenirse en un 90% de los casos mediante sistemas de detección y control¹².

PRECEDENTES EN EL HOSPITAL VIRGEN DEL CAMINO

Bajo la supervisión del Servicio de Farmacia del Hospital Virgen del Camino, se realizaron 2 estudios, cuyas características se resumen a continuación.

El primero fue realizado por un médico residente del Servicio de Medicina Interna, con el objetivo de iniciar el estudio de los EM y oportunidades de EM en el Hospital Virgen del Camino. Se procedió a la revisión no sistemática de órdenes médicas de tratamiento y de gráficas de enfermería correspondientes a pacientes ingresados en diferentes servicios del hospital entre enero de 2001 y enero de 2003, adoptando todas las medidas al alcance para preservar la confidencialidad. Se registraron 183 observaciones que incluían errores de prescripción, errores de administración y oportunidades de error. Se concluyó constatando la existencia en nuestro hospital de EM y planteando la necesidad de realizar un estudio de mayor precisión metodológica, así como que este estudio debía realizarse desde un enfoque multidisciplinar¹³.

El segundo estudio fue realizado por farmacéuticos del Servicio de Farmacia. Su objetivo era disminuir la tasa de Errores de Medicación en el Sistema Integral de Dispensación Individualizada de Medicamentos (SIDIM), mediante la instauración de un programa continuo de evaluación, análisis y desarrollo de estrategias de mejora basado en los resultados de un estudio observacional. Se llevó a cabo mediante el análisis de los procesos de prescripción, validación farmacéutica, dispensación, verificación (logísticos, administrativos y transcripción manual en la Unidad de Enfermería) y de administración. La recogida de datos se realizó durante todos los

días laborables del mes de marzo de 2002. Tras el análisis y el establecimiento de estrategias de mejora, se repitió un día por semana durante los meses de octubre y noviembre de ese mismo año. El estudio comparativo de los datos muestra un aumento del número de errores/1.000 pacientes-día en todos los procesos, excepto en el de administración, en el que se aprecia un notable descenso. Por tanto, la implantación de un programa de mejora continua de la calidad en la detección de errores en el SIDIM ha supuesto como resultado final un filtrado de errores más exhaustivo y precoz¹⁴.

PUESTA EN MARCHA DEL GRUPO DE TRABAJO

En febrero de 2003 se constituyó en el Hospital Virgen del Camino el Grupo de Trabajo sobre Errores de Medicación, formado por un farmacéutico perteneciente al Servicio de Farmacia, 2 médicos pertenecientes a las especialidades de Medicina Interna y Medicina Preventiva, y una enfermera supervisora de planta. Definimos como objetivos prioritarios inmediatos:

- Abordaje multidisciplinario de los EM y oportunidades de EM.
- Establecimiento de sistemas adecuados de notificación y registro.
- Concienciación del personal implicado en el proceso de medicación.

Iniciamos nuestra actividad aplicando la llamada Técnica crítica de incidentes, según la cual se analizan un número de acontecimientos detectados y se extraen medidas que ayuden a evitarlos después. En lo referente a la detección de EM, se recogen un número significativo de errores, se agrupan en tablas por causa y tipo, y se proponen mejoras en el circuito de utilización de medicamentos¹⁵.

En marzo de 2003, tuvo lugar una sesión informativa a facultativos del Servicio de Medicina Interna del Hospital Virgen del Camino, sobre la creación y objetivos del Grupo.

Para registrar los EM detectados y llevar a cabo su posterior clasificación y análisis, se diseñó una plantilla para el Registro de Errores de Medicación (Anexo 1). Se

realizó una primera evaluación de los errores registrados durante los 3 primeros meses de actividad del grupo. Se registraron 33 errores y oportunidades de error de medicación, de los cuales el 50% lo fueron de prescripción. Se concluyó en la necesidad de profundizar metodológicamente en el estudio de los EM en el Hospital Virgen del Camino para un mejor conocimiento de sus dimensiones y su prevención¹⁶.

A continuación, otras actividades en curso:

- Comunicación informal de la existencia del grupo y solicitud de colaboración a personal médico, de enfermería y de farmacia. Se ofrecerán charlas informativas generales presentando nuestra actividad, en un intento de concienciar al personal sanitario sobre este tema y obtener su colaboración, enfatizando el carácter anónimo y no punitivo de la notificación.
- Estudio de la efectividad de intervenciones dirigidas a disminuir los EM.
- Creación de una base de datos que facilite la recogida y el procesado de datos, con todas las garantías éticas y legales pertinentes.
- Contactos e intercambio de información con otros grupos de trabajo similares de otros hospitales.

CONCLUSIONES

- Se ha puesto en marcha en el Hospital Virgen del Camino un grupo de trabajo multidisciplinario para la detección, análisis y prevención de EM. En la actualidad, el grupo lo forman personal farmacéutico, médico y de enfermería.
- El grupo mantiene reuniones periódicas en las que se van afinando los instrumentos de recogida, almacenamiento y elaboración de datos. Simultáneamente, se continúan registrando (y cuando es posible, evitando) EM detectados.
- A partir de los primeros resultados obtenidos, hemos comprobado la importancia de mejorar la comunicación entre los diversos profesionales implicados, al objeto de disminuir el riesgo de EM.

- A efectos de implantar eficaces sistemas de notificación voluntaria de errores, hemos constatado la necesidad de la concienciación y colaboración del personal que interviene en los procesos de medicación, para lo cual se han llevado a cabo y hay previstas actuaciones informativas en este sentido.

BIBLIOGRAFÍA

1. Requirements for adverse reaction reporting. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 1975.
2. Ley 25/1990, de 20 de diciembre del Medicamento. BOE 306 de 22 de diciembre de 1990; 38228-38246.
3. The United States Pharmacopeial Convention. National Council focuses on coordinating error reduction efforts. Quality Review (newsletter) 1997; 57: 1-4.
4. OTERO MJ. Errores de medicación y gestión de riesgos. *Rev Esp Salud Pública* 2003; 77: 527-540.
5. AJHP. Understanding and preventing drug misadventures. Introduction. *Am J Health-Syst Pharm* 1995; 52: 373.
6. LACASA C, POLO C, ANDREU C Y COL. Detección de errores de medicación en hospitales. Evaluación de la calidad del proceso de prescripción, dispensación y administración de medicamentos. *Rev Cal Asist* 1998; 13: 92-100.
7. BRENNAN TA, LEAPE L, LAIRD NM, HEBERT L, LOCALIO AR, LAWTHERS AG et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients: results of the Harvard Medical Practice Study I. *N Engl J Med* 1991; 324: 370-376.
8. LEAPE L, BRENNAN TA, LAIRD N, LAWTHERS AG, LOCALIO AR, BARNES BA et al. The nature of adverse events in hospitalized patients : results of the Harvard Medical Practice Study II. *N Engl J Med* 1991; 324: 377-384.
9. KOHN LT, CORRIGAN JM, DONALDSON MS (eds.) Institute of Medicine. To err is human: Building a safer health System. Washington DC, National Academy Press, 2000.
10. OTERO MJ, ALONSO P, MARTÍN R, VALVERDE MP, DOMÍNGUEZ-GIL A. Analysis of preventable adverse drug events leading to hospital admission: incidence, categorization and cost. 36th ASHP Midyear Clinical Meeting and Exhibits. December 2-6, 2001 New Orleans (LA).
11. MARTÍN MT, CODINA C, TUSET M, CARNÉ X, NOGUÉ S, RIBAS J. Problemas relacionados con la medicación como causa del ingreso hospitalario. *Med Clin* 2002; 118: 205-210.
12. BLASCO P, MARIÑO EL, AZNAR MT, POL E, ALÓS M, CASTELLS M et al. Desarrollo de un método observacional prospectivo de estudio de Errores de Medicación para su aplicación en hospitales. *Farm Hosp* 2001; 25: 253-273.
13. RODRIGO M, BELTRÁN I, BERRADRE E, ALONSO A, MARCOTEGUI F, BERMEJO B. Puesta en marcha de un grupo de trabajo sobre Errores de Medicación. (Póster). VII Congreso de la Sociedad de Medicina Interna de Aragón, La Rioja, Navarra y País Vasco. Pamplona, Octubre de 2003.
14. GÁRATE I, CARRASCO ME, JUANGARCÍA AL, CIANCAS T, NAGORE C, ASTIZ R et al. Implantación de un programa continuo de calidad en la detección de errores de medicación en el sistema integral de dispensación individualizada de medicamentos. (Póster). XLVIII Congreso de la Soc Esp Farm Hosp. Octubre de 2003.
15. ARONSTEIN M, CHAPANIS A. A critical incident study of hospital medication errors. *Hospitals J A H A* 1960; 34: 33-66.
16. BELTRÁN I, JUANGARCÍA AL, ASTIZ R, CARRASCO ME, BERRADRE E, RODRIGO M ET AL. Grupo de prevención de errores de medicación. Justificación, composición y objetivos. (Póster). XLVIII Congreso de la Soc Esp Farm Hosp Octubre de 2003.

Anexo 1. Grupo de Prevención de Errores de Medicación. Hospital Virgen del Camino. Pamplona.

REGISTRO DE ERRORES DE MEDICACIÓN

Descripción detallada del error: causas, factores que pudieron contribuir al error, punto del proceso donde se produjo el primer error (prescripción, transcripción, dispensación, administración, seguimiento), etc. **Si se precisa más espacio, continuar al dorso.**

Fecha de Detección del Error: ___/___/___

Identificación del paciente: Nº HC _____ Edad ___ Sexo ___ Cama ___ Servicio _____

Error: Producido ___ Fecha: ___/___/___ Hora: ___ Lugar: _____

Potencial ___

Sin lesión ___

Con lesión ___ Tipo de lesión _____

Medicamento (o agente) _____

¿Quién descubrió el error? (Profesional) _____

¿Cómo lo descubrió? _____

TIPO DE ERROR (Marcar lo que proceda: X)

- 1. PRESCRIPCIÓN ___
- 2. TRANSCRIPCIÓN ___
 - 2.1. SERVICIO DE FARMACIA ___
 - 2.2. UNIDAD HOSPITALARIA ___
- 3. VALIDACIÓN ___
- 4. DISPENSACIÓN ___
- 5. ADMINISTRACIÓN ___
- 6. ADMINISTRATIVO ___
- 7. OTROS (Especificar):

MEDIDAS CORRECTORAS ADOPTADAS:
