

Los errores de medicación evitables como llamada de atención

Colleen Claffey, MSN, RN-BC, CEN, CPEN

CUATRO ERRORES de medicación que se produjeron en 40 minutos y se evitaron casi de casualidad fueron motivo de preocupación, incluso para mí, enfermera de urgencias con 22 años de experiencia. En una tarde de lunes muy ajetreada, a medida que el número de camillas iba acumulándose en los pasillos, los profesionales sanitarios no paraban de evaluar, tratar y dar de alta a los diferentes pacientes allí congregados. Entonces, sucedió lo siguiente:

- Se recetó un medicamento que no era el apropiado para la enfermedad de un paciente. Cuando la enfermera se cuestionó la prescripción facultativa, se dio cuenta de que la receta correspondía a otro paciente.
- Un paciente con cetoacidosis diabética estaba recibiendo una perfusión continua de insulina a través de un acceso venoso periférico, pero no se había examinado el estado de la bomba de insulina que llevaba implantada. Cuando se le preguntó por ello al médico que hizo la prescripción, este declaró que no sabía que el paciente tenía una bomba de insulina.
- Se recetó un medicamento a un paciente con alergia conocida a este. En la historia clínica electrónica (HCE) se había registrado que era alérgico. Cuando se advirtió que se le había recetado, rápidamente se anuló la receta.
- El farmacéutico del servicio de urgencias entregó en mano insulina a un paciente que no tenía diabetes y cuyos valores analíticos eran normales. Se había recetado la medicación al paciente erróneo. Este artículo explica por qué se producen errores de medicación como estos, que son evitables, y cómo se pueden evitar.

Valorar los riesgos

Al igual que otros profesionales sanitarios, las enfermeras corren el riesgo de cometer errores relacionados con los medicamentos que pueden perjudicar a los pacientes. La Agency for Healthcare Research and Quality define un efecto adverso causado por un fármaco como el daño sufrido por el paciente como resultado de la exposición a un medicamento. Los efectos adversos causados por fármacos representan casi 700.000 visitas al servicio de urgencias y 100.000 hospitalizaciones cada año¹.

Los cuasi accidentes deben comunicarse de la misma manera que los errores de medicación que perjudican a un paciente.

Un efecto adverso causado por un fármaco no necesariamente significa un error o cuidados de mala calidad. Según la Agency for Healthcare Research and Quality, un error de medicación puede ser un error de omisión o que se comete en cualquier paso a lo largo del recorrido que se inicia cuando un médico receta un medicamento y finaliza cuando el paciente realmente lo recibe¹. Asimismo, el Institute for Safe Medication Practices establece un error evitable como “cualquier acontecimiento o situación que no produce lesiones al paciente, pero solo por casualidad”². A efectos informativos, un cuasi accidente se considera un error, aunque se trate de un error de medicación que no cause daños al paciente^{2,3}.

Los errores de medicación son el resultado de fallos en un complejo proceso interconectado de uso de medicamentos, en el cual participan médicos prescriptores, enfermeras, farmacéuticos, otros auxiliares clínicos y administradores. El comportamiento humano es un aspecto que influye mucho en un sistema que implique el uso de medicamentos⁴. De hecho, el riesgo de cometer un error es mayor cuando confluyen la complejidad del procedimiento de administración de medicamentos, el comportamiento humano y la tecnología⁵.

Aunque la información sobre cómo prevenir y reducir los errores de medicación está al alcance de todo el mundo, estos errores son sorprendentemente frecuentes y costosos para el país. La National Priorities Partnership informa que se producen más de 7 millones de errores de medicación graves y evitables cada año. Más de la mitad de estos errores ocurren durante el curso de la asistencia hospitalaria⁶. El coste anual de los errores de medicamentos evitables es asombroso, pues se calcula que los gastos de asistencia médica que pueden evitarse tienen un valor aproximado de 103.000 millones de dólares⁵.

Responsabilidad compartida

Un error de medicación puede producirse en cualquier momento en el recorrido del medicamento y que implica a varios profesionales sanitarios. La seguridad de los medicamentos es responsabilidad de todos durante todo el proceso. Las enfermeras nunca deben administrar un medicamento si no saben para qué sirve, no pueden explicárselo al paciente, no comprenden qué resultados comporta su administración o no pueden reconocer posibles

reacciones adversas⁷. Es fundamental un enfoque multiprofesional del manejo de medicamentos basado en la evidencia.

Para garantizar la administración segura de medicamentos, las enfermeras tradicionalmente han aprendido a cumplir con los cinco puntos correctos en la administración de medicamentos: paciente, medicamento, vía, momento y dosis correctos. ¿Cuál es el problema entonces? Estos cinco puntos correctos se centran solo en la administración de medicamentos a la cabecera del paciente. Puesto que el recorrido de un medicamento implica mucho más de lo que sucede junto a la cabecera del paciente, es más probable que el enfoque de los *10 puntos correctos* garantice una práctica segura durante todo el recorrido de la medicación, desde la preparación del medicamento hasta el seguimiento de los resultados y la respuesta. Los 10 puntos correctos de la administración multidisciplinaria segura de medicamentos proporcionan un punto de referencia para

las buenas prácticas⁷ (v. el cuadro *¿Cuáles son los 10 puntos correctos de la administración de medicamentos?*).

Comunicación de errores

La mayoría de los errores de medicación no se denuncian, por lo que los datos de los cuasi accidentes son incompletos y no dejan contemplar el verdadero alcance de estos⁷. Los expertos consideran que los errores de medicación evitables eclipsan el número de errores conocidos, que es demasiado elevado como para sentirse seguros. La bibliografía sugiere que las enfermeras quizá no estén al tanto de lo que define a un acontecimiento de cuasi accidente y quizá no sepan que estos cuasi accidentes deben comunicarse de la misma manera que otros errores de medicación⁶. Un error de medicación evitable también es un error, uno en que los sistemas de soporte, la supervisión o la pura suerte han evitado que se cometiera el daño. Un cuasi accidente, como cualquier otro error, debe

considerarse una oportunidad para analizar cómo se cometen los errores y qué cambios pueden evitarlos.

El Institute for Healthcare Improvement se refiere a los efectos adversos causados por fármacos como lesiones atribuibles al uso de medicamentos. Los pacientes hospitalizados que sufren un efecto adverso causado por un fármaco tienen casi el doble de probabilidades de morir en comparación con aquellos que no lo hayan sufrido⁸. Afortunadamente, la mayoría de los incidentes de medicamentos que se comunican no producen ningún daño o producen poco daño como resultado clínico.

Las enfermeras tienen la responsabilidad de comunicar de inmediato todos los cuasi accidentes y los errores de medicación independientemente de si un paciente ha sido afectado por ellos. La presentación oportuna de informes permite a los médicos y a los gerentes analizar los procesos actuales relacionados con la administración de medicamentos e identificar las áreas de

¿Cuáles son los 10 puntos correctos de la administración de medicamentos?

Diez puntos correctos

Consideraciones de enfermería

1. Paciente correcto	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Se han usado dos identificadores de paciente? • ¿El paciente sabe por qué toma este medicamento?
2. Medicamento correcto	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Es este el medicamento recetado o es un medicamento con un nombre similar? • ¿Es necesario que otra enfermera compruebe el medicamento?
3. Dosificación correcta	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Es la dosis adecuada o normal del medicamento recetado?
4. Momento correcto	<ul style="list-style-type: none"> • ¿El intervalo de tiempo entre cada administración de medicamentos es el adecuado?
5. Vía correcta	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Es la vía apropiada para el medicamento que se administra?
6. Derecho a negarse (paciente y enfermera)	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Debe utilizar su juicio clínico para negarse a administrar el medicamento y tiene los fundamentos para esta decisión? • ¿Sabe qué acciones debe tomar si el paciente rechaza la medicación recetada?
7. Conocimiento correcto	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Sabe qué hay que controlar antes de la administración? • ¿Sabe cómo preparar y administrar el medicamento de acuerdo con la política del centro? • ¿Entiende la farmacocinética, la farmacodinámica, las posibles interacciones, las reacciones adversas y los resultados esperados de los medicamentos que está administrando?
8. Preguntas correctas	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Es esta la receta correcta y el medicamento apropiado para la enfermedad del paciente? • ¿Puede acceder a recursos como formularios y materiales de educación del paciente?
9. Consejo correcto	<ul style="list-style-type: none"> • ¿El paciente conoce las reacciones adversas del medicamento? Si no, dele esta información.
10. Respuesta o resultado correcto	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Conoce la respuesta esperada cuando se administra el medicamento? • ¿Sabe cómo observar las reacciones alérgicas, las interacciones medicamentosas y las reacciones adversas, y cuándo tiene que solicitar ayuda?

Fuente: Edwards S, Axe S. The 10 'R's of safe multidisciplinary drug administration. *Nurse Prescribing*. 2015;13(8):398-406.

mejora. Los informes también fomentan una evaluación continua de los controles del sistema que pueden ayudar a detectar errores o evitar daños al paciente cuando un error llega hasta el paciente. Es fundamental detectar y recuperar las opciones que pueden estar funcionando bien o que necesitan mejorarse.

Reducción de los riesgos

A pesar de los numerosos estudios existentes sobre las causas y el manejo de los errores de medicación, estos continúan produciéndose a diario en la mayoría de los centros de atención médica. La American Nurses Association (ANA) trabaja para calcular y describir las intervenciones de enfermería relacionadas con la prevención de errores de medicación mediante la recopilación de información sobre cuasi accidentes⁸.

La encuesta que llevó a cabo animó a las enfermeras encuestadas a informar a colegas, hospitales y otros de las estrategias para lograr que los pacientes estén más seguros a lo largo del proceso de medicación.

Basándose en los resultados de esta encuesta, entre las recomendaciones de la ANA para evitar errores se encuentran las siguientes:

- Emplee un sistema de mecanismos correctores para la administración de medicamentos, como sistemas de dispensación de medicamentos con referencias cruzadas con el sistema de la HCE del hospital.
- Como parte de los mecanismos correctores, pregunte, pregunte y vuelva a preguntar. Cuestiona las prescripciones facultativas que no tienen sentido en función de la situación clínica del paciente.
- Cuente con una cantidad adecuada de personal debidamente calificado.
- Implice al paciente y a su familia en el proceso de cuidado.
- Implemente tecnología, como el registro computarizado de la prescripción facultativa y el código de barras (v. el cuadro *Función de la tecnología*).
- Obtenga los antecedentes sanitarios completos y realice una evaluación física integral.
- Trate a los pacientes de manera integral en lugar de centrarse exclusivamente en las enfermedades que presentan.

Función de la tecnología

La tecnología sanitaria también se puede aprovechar para reducir los errores de medicación. Con la disposición de la Health Information Technology for Economic and Clinical Health (HITECH), la American Recovery and Reinvestment Act de 2009 autorizó 20.000 millones de dólares en fondos para ayudar al desarrollo de una sólida infraestructura de tecnología de información sanitaria para mejorar la seguridad y la calidad de la atención médica⁹.

La introducción electrónica de prescripciones facultativas de medicamentos y recetas a través del registro computarizado de la prescripción facultativa puede reducir los errores provocados por la mala escritura o la transcripción incorrecta. Estos sistemas de registro a menudo incluyen funcionalidades como soporte de dosis de medicamentos, alertas sobre interacciones perjudiciales y apoyo de decisiones clínicas, lo que puede reducir aún más los errores. Un estudio reciente reveló que el procesamiento de una receta de medicamentos a través de un sistema de registro computarizado de la prescripción facultativa redujo el 48% la probabilidad de errores en esa receta⁹.

- Descanse lo suficiente.
- Comunique siempre los cuasi accidentes⁸.

Lecciones aprendidas

¿Cuáles fueron las consecuencias para el centro de los cuatro cuasi accidentes en solo 40 minutos? Después de introducir los episodios en el sistema electrónico de notificación de incidentes, el departamento de calidad inició una investigación para saber qué había sucedido. Si bien continúan analizándose las prácticas actuales, se está elaborando un programa para vincular aún más el registro computarizado de la prescripción facultativa con los sistemas de apoyo a la toma de decisiones clínicas. Esto evitaría que se libere un medicamento del dispensador de medicamentos si la alergia del paciente está registrada en la HCE. Aunque la tecnología puede ser útil, reducir las interrupciones también permite a los médicos introducir y administrar medicamentos de manera segura. Es fundamental un enfoque multifactorial para la reducción de errores de medicación.

La divulgación total de los errores de medicación actuales y potenciales, y la transparencia en una cultura sanitaria esencialmente litigante es difícil, pero necesaria para desarrollar estrategias de reducción de riesgos con el objetivo de mejorar las prácticas de seguridad de los medicamentos. Las enfermeras deben reconocer la complejidad del manejo de medicamentos porque estamos a la vanguardia de los cuidados al paciente. En

lugar de realizar simplemente la tarea de administración de medicamentos, pregúntese para qué es el medicamento y si tiene sentido para ese paciente y la enfermedad que presenta. Nunca le dé un medicamento del que no esté segura y solicite aclaraciones si las necesita. Nos debemos a nuestra profesión y a nuestra práctica centrada en el paciente. ■

BIBLIOGRAFÍA

1. AHRQ Patient Safety Network. Patient safety primer: medication errors. 2017. <https://psnet.ahrq.gov/primers/primer/23/medication-errorsNationalPatientSafetyAgency>.
2. Institute for Safe Medication Practices. IMSMP survey helps define near miss and close call. 2009. Acute Care ISMP Medication Safety Alert! www.ismp.org/newsletters/acutecare/articles/20090924.asp.
3. Durham B. The nurse's role in medication safety. *Nursing*. 2015;45(4):1-4.
4. Keers RN, Williams SD, Cooke J, Ashcroft DM. Causes of medication administration errors in hospitals: a systematic review of quantitative and qualitative evidence. *Drug Saf*. 2013;36(11):1045-1067.
5. Zimmerman DM, House P. Medication safety: simulation education for new RNs promises an excellent return on investment. *Nurs Econ*. 2016;34(1):49-51.
6. National Priorities Partnership (NPP). Preventing medication errors: a \$21 billion opportunity. 2010. <https://psnet.ahrq.gov/resources/resource/20529>.
7. Edwards S, Axe S. The 10 'Rs' of safe multidisciplinary drug administration. *Nurse Prescribing*. 2015;13(8):398-406.
8. American Nurses Association. Near misses. 2016. www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ThePracticeofProfessionalNursing/PatientSafetyQuality/Advocacy/IHCCI/GetInvolved/NearMisses.html.
9. Radley DC, Wasserman MR, Olsho LE, Shoemaker SJ, Spranca MD, Bradshaw B. Reduction in medication errors in hospitals due to adoption of computerized provider order entry systems. *J Am Med Inform Assoc*. 2013;20(3):470-476.

Colleen Claffey es enfermera del Servicio de Urgencias en Broward Health Coral Springs en Coral Springs, Florida. La autora declara no tener ningún conflicto de intereses económicos relacionado con este artículo.