



Revista de Calidad Asistencial

www.elsevier.es/calasis



CARTA AL DIRECTOR

Los sistemas de alertas como método de detección de errores de medicación

Alarm systems as a method for detecting medication errors

Sr. Director:

La seguridad del sistema de utilización de medicamentos (prescripción, validación, transcripción, dispensación y administración) se contempla como una de las áreas fundamentales, ya que los errores de medicación son los tipos más frecuentes de errores y de los que se dispone de más información, especialmente de aquellos que suceden en el ámbito hospitalario. Este hecho ha sido constatado en el Estudio Nacional de Efectos Adversos Ligados a la Hospitalización (ENEAS 2005), en el que un 37,4% de los acontecimientos adversos detectados en pacientes ingresados estaban causados por medicamentos, un 34,8% de los cuales eran prevenibles¹.

En el ámbito hospitalario se utilizan distintos métodos para detectar los errores de medicación², ninguno ellos (intervenciones farmacéuticas en la validación, notificación voluntaria en la dispensación, observación en la administración, etc.) es capaz de detectar todos los incidentes posibles dada la complejidad del sistema de utilización de medicamentos. Cada método presenta características que lo hacen más conveniente para detectar errores en determinados procesos, es por ello que son complementarios entre sí.

Los sistemas de alertas incorporan en los sistemas informáticos herramientas específicas para detectar y prevenir errores de medicación y acontecimientos adversos por medicamentos. Los más utilizados están integrados en los programas de prescripción electrónica asistida y en los sistemas de dispensación en dosis unitarias. El requisito indispensable es disponer del perfil de la medicación del paciente, aunque las versiones más avanzadas combinan los datos de tratamiento con los datos antropométricos y de laboratorio. Estos sistemas detectan posibles errores de medicación como duplicidades terapéuticas, interacciones o dosificaciones incorrectas y emiten señales de alerta durante la validación.

El concepto de *overriding* (anular/hacer caso omiso) de alertas está ampliamente extendido y aceptado entre los profesionales sanitarios; puede deberse a falta de

atención, mala interpretación o actuación incorrecta en caso de alerta o aviso. Entre un 46 y un 96% de las alertas sobre seguridad de medicamentos de los sistemas de prescripción electrónica son ignorados por los clínicos. Esta acción, cuando no está justificada, pone en peligro la seguridad del paciente. Además, se ha comprobado que el principal motivo de *overriding* es la fatiga de alertas que puede producir que las alertas importantes sean ignoradas junto con las clínicamente irrelevantes³.

Siguiendo el modelo de Reason sobre la causalidad de accidentes se pueden identificar en los sistemas de alertas factores inductores de error, como la excesiva sensibilidad y la baja especificidad, que conducen a una fatiga de alertas. La sensibilidad puede tener un coste: frecuentes falsas alarmas o advertencias clínicamente no significativas que generan un nivel de ruido elevado y complacencia en el usuario a la hora de ignorar las alertas, fenómeno conocido como el *cry wolf syndrome*.

Desafortunadamente, la reducción de alertas no es fácil, deben adoptarse estrategias ligeramente diferentes para diferentes tipos de alertas (interacciones, duplicidades, sobredosis, etc.), deben considerarse los patrones locales de prescripción/alertas y obtener el consenso entre los profesionales implicados para tomar una decisión institucional⁴. Por ejemplo, la desactivación sistemática de interacciones consideradas leves sería un método simple y directo, pero difícil de implementar por la heterogeneidad en las distintas clasificaciones de gravedad.

El fomento de una cultura de seguridad representa el primer paso en la mejora de la seguridad del paciente⁵. Los profesionales debemos disipar el mito de la perfección de las nuevas aplicaciones informáticas y ser conscientes de que, a pesar de la puesta en marcha de nuevos filtros de seguridad como los sistemas de alerta, seguirán produciéndose errores. Debemos ser capaces de detectar estos errores, aprender de ellos e implementar medidas de mejora que prevengan su aparición en el marco de una mejora continua del sistema. Por todo ello, es la cultura de seguridad de una organización al utilizar una nueva aplicación como el sistema de alertas, y no el sistema de alertas *per se*, lo que puede mejorar en mayor medida la detección de errores de medicación. Crear una cultura de seguridad es la estrategia más efectiva y duradera para la prevención de errores, ya que sólo si los cambios se integran plenamente en la organización se mantendrán en el tiempo⁶.

Bibliografía

1. Aranaz JM. *Estudio nacional sobre los efectos adversos ligados a la hospitalización (ENEAS 2005)*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006.
2. Otero MJ, Codina C, Robles D. Programa multidisciplinario de prevención de errores de medicación en un hospital. *Rev Calidad Asistencial*. 2005;20:79–89.
3. Van der Sijs H, Aarts J, Vulto A, Berg M. Overriding of drug safety alerts in computerized physician order entry. *J Am Med Inform Assoc*. 2006;13:138–47.
4. Cash JJ. Alert fatigue. *Am J Health Syst Pharm*. 2009;66:2098–101.
5. National Patient Safety Agency. Seven steps to patient safety—the full reference guide [citado 24 Nov 2010]. Disponible en: <http://www.npsa.nhs.uk/sevensteps>.
6. Leape LL, Berwick D. Safe health care: are we up to it? We have to be. *BMJ*. 2000;320:725–7.

M.D. Santos-Rubio^a, J. Cotrina-Luque^a, R. Marín-Gil^{b,*} y F.J. Bautista-Paloma^a

^a *Farmacia Hospitalaria, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España*

^b *Farmacia Hospitalaria, UCICEC-CAIBER, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: romagil79@hotmail.com (R. Marín-Gil).