

Implantación de un programa de notificación y análisis de errores de medicación en el paciente oncológico

RESUMEN

Uno de los retos que nos hemos propuesto en la unidad de Farmacia del hospital de Baza, ha sido el abordaje de los errores de medicación prevenibles, como mejora para la seguridad del paciente. Pensamos que es el servicio de farmacia la piedra angular para comenzar el circuito de prevención y el paciente oncológico un punto de partida, por la complejidad del tratamiento prescrito. Para ello, pretendemos hacer un análisis de los errores de medicación en el

Servicio de Oncología, a través de la revisión de las órdenes médicas oncológicas durante el periodo de abril 2007 a marzo 2008, detectando las posibles causas de error y después implantar un programa para la notificación y prevención de los incidentes.

PALABRAS CLAVE

Servicio de farmacia, errores de medicación, paciente oncológico, notificación de errores, prevención, seguridad, implantación.

Introducción

Los errores de medicación (EM) forman parte de la realidad diaria de los sistemas sanitarios. Un elevado porcentaje se debe al factor humano⁽¹⁾, a la complejidad de los sistemas sanitarios y al aumento de conocimientos y posibilidades de la terapéutica^(2,3).

Debido a que un número alto de errores pueden ser prevenibles o evitables^(4,5), el objetivo de nuestro estudio ha sido el análisis de los EM en el paciente oncológico, para posteriormente implantar un programa de notificación por ser éste un tipo de pacientes tratado con una variabilidad de tratamientos y medicamentos de alto riesgo.

Los servicios de farmacia de los hospitales tienen experiencia en la planificación y puesta en marcha de muchas actividades que implican la intervención o colaboración con otras unidades o servicios del hospital⁽⁶⁾. Asimismo, tienen una posición óptima dentro del sistema de utilización de los medicamentos para liderar y desarrollar un programa interno de notificación de EM y su análisis^(7,8,9).

Se pretende conocer los puntos débiles en la utilización segura de medicamentos, los tipos de errores más frecuentes y consecuentemente implantar medidas de prevención de nuevos incidentes para mejorar

la seguridad del paciente.

Proceso de implantación del programa de notificación de errores

Se podrían considerar las siguientes etapas para la realización del programa de prevención de EM⁽¹¹⁾:

1.1. Etapa de sensibilización

Presentación del programa de detección de errores a la Comisión Multidisciplinar del Uso Racional del Medicamento y a los responsables asistenciales del hospital, destacando sus fines y metas, así como la estrategia de implantación. El programa no tiene carácter punitivo, sino que se valora como una aportación para la mejora del sistema y de la seguridad de los pacientes. La notificación es voluntaria y anónima y garantiza el carácter confidencial de todos sus datos.

1.2. Creación del comité de trabajo

Es necesario constituir un grupo de trabajo multidisciplinar integrado por personal de enfermería, médico y farmacéutico, entre otros. Éste será el encargado de poner en marcha el programa y otras medidas de prevención de errores.

1.3. Procedimiento

Es necesario, según las normas de buena práctica clínica, disponer de un manual de procedimientos donde se explique con sumo detalle cada uno de los pasos del programa.

*DUE. Farmacia. Hospital de Baza

** FEA. Farmacia. Hospital de Baza

*** Supervisor. Formación. Hospital de Baza

a) *Notificación*

La comunicación escrita es el mejor método, se describirá el acontecimiento, especificándose el lugar o unidad donde ocurrió el incidente, paciente afectado, descripción del incidente, especialidad/es farmacéutica/s implicada/s y, si es posible, las consecuencias que ha tenido para el paciente. La declaración voluntaria la puede realizar cualquier profesional que detecte un EM. Se deben comunicar y analizar tanto los EM que alcanzan al paciente como aquellos que son interceptados y subsanados y no llegan al paciente, ya que ambos permiten identificar los fallos del sistema ⁽¹²⁾.

b) *Evaluación*

Un equipo de evaluación, que está integrado por un médico responsable de la unidad, un farmacéutico y una enfermera y que revisan cada una de las notificaciones, evalúa el impacto y/o consecuencias que ha tenido para el paciente y especifica en lo posible las causas que hayan contribuido a provocar el EM y decidirá si es conveniente comunicar el error al Centro Nacional de referencia, en nuestro país al Programa Nacional de Notificación de Errores de Medicación que mantiene el ISMP-España y rellenar la tarjeta amarilla de farmacovigilancia en su caso ^(13,14,15).

c) *Registro y explotación de datos*

El registro proporciona una información sistematizada de los EM acaecidos en el centro y se puede conocer la tendencia de los EM en el hospital, qué etapas del sistema son las más débiles (prescripción, transcripción, dispensación, administración o seguimiento), así como los tipos de errores, causas de los mismos y consecuencias que han tenido para los pacientes ⁽¹⁶⁾.

1.4. Desarrollo de medidas de prevención: plan de mejora

Es la etapa en la que se desarrollan e implantan las medidas dirigidas a la prevención de nuevos incidentes^(17,18) y de la que realmente se deriva la mejora en la seguridad de los pacientes.

1.5. Información y seguimiento de resultados

Es necesario establecer un sistema de feed-back que informe a los responsables del centro, unidades, servicios y todo aquel que lo desee de la evolución de la situación. Además es muy importante ser cauto, y difundir la información de forma general ya que la información utilizada de forma incorrecta produce daño y existe el riesgo de favorecer la no-comunicación para evitar posibles represalias.

Material y métodos

Para la implantación del programa de notificación y análisis de errores ha sido necesario la elaboración de un manual de procedimientos y el diseño de unas hojas de notificación y de seguimiento del error (Anexo I y anexo II). Una vez analizadas las características y el impacto de los EM, hay que registrarlos para disponer de información sistematizada de los EM y desarrollar un plan de mejora dirigido a una mayor seguridad y prevención de nuevos incidente.

Para el análisis de los EM se ha diseñado un estudio descriptivo. El ámbito de actuación fue la Unidad de Farmacia del Hospital de Baza. Para ello se estudiaron las órdenes de medicación oncológica prescritas desde 1 de Abril de 2007 a 31 de Marzo de 2008. Garantizando el anonimato de los pacientes y previo consentimiento del hospital. No se ha calculado tamaño muestral, dadas las dimensiones del estudio. Se han revisado la totalidad de las órdenes médicas de oncología durante ese periodo que han sido 87, en ellas encontramos 62 errores. El análisis de los datos se hizo a partir de una hoja de cálculo de Excel® obteniendo frecuencias y porcentajes para las variables, todas ellas cualitativas.

Resultados y discusión

Dada la importancia del programa, se consideró como un objetivo de calidad del centro y se propuso como un objetivo para 2007 de otras unidades de gestión clínica. Se notificaron 62 EM con la distribución en porcentaje que se recoge en la tabla 1.

VARIABLES	%	IC 95%	EE
PRESCRIPCIÓN			
Dosis errónea	1,1	-1,092 3,292	1,1
Dosis ilegible	0,0		0,0
Letra ilegible	1,1	-1,092 3,292	1,1
Medicamento erróneo	0,0		0,0
Vía errónea	0,0		0,0
Identificación paciente	2,3	-0,850 5,450	1,6
Datos Antropométricos	46,0	35,527 56,473	5,3
Falta diagnóstico	8,0	2,299 13,701	2,9
Protocolo desconocido	10,3	3,913 16,687	3,3
TRANSCRIPCIÓN			
Dosis errónea	0,0		0,0
Medicamento erróneo	1,1	-1,092 3,292	1,1
Vía errónea	0,0		0,0
Identificación paciente	0,0		0,0
Etiqueta incompleta	0,0		0,0
DISPENSACIÓN			
Un medicamento por otro	1,1	1,092 3,292	1,1
Difiere forma farmacéutica	0,0		0,0
Cantidad inadecuada	0,0		0,0
Falta medicación	0,0		0,0
Ilegibilidad	0,0		0,0
Caducidad	0,0		0,0
Acondicionamiento	0,0		0,0
ADMINISTRACIÓN			
Medicamento diferente	1,1	-1,092 3,292	1,1
Difiere dosis	0,0		0,0
Por diferente vía	0,0		0,0
Omisión de medicamento prescrito	0,0		0,0

TABLA 1
Distribución de errores de medicación.

Derivado de estos datos se detecta que es el proceso de prescripción donde más EM se producen (Tabla 1). El error prevalente es la orden médica incompleta y, concretamente, la falta de datos antropométricos y protocolos desconocidos (Gráfico 1).

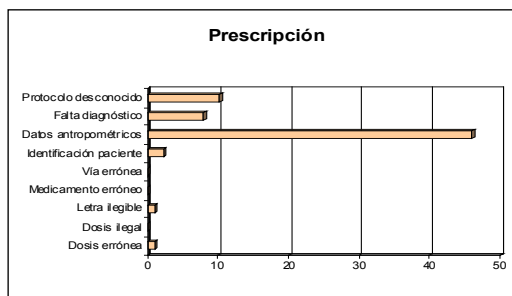


GRÁFICO 1
Errores en la fase de prescripción.

Esto impide la comprobación de dosis del paciente y, por lo tanto, la validación de la orden médica por parte del farmacéutico. Son errores que generalmente no llegan al paciente porque se detectan y corrigen antes de la preparación de las mezclas.

Las medidas de mejoras realizadas tras la evaluación de las notificaciones fueron las siguientes: Diseño de una nueva hoja de prescripción consensuada con el Servicio de Oncología que incluye los requisitos míni-

mos de prescripción editada por el SAS en el Plan Integral Oncológico, modificación del programa informático de farmacia para poder transcribir la orden médica por principio activo y no por marca comercial. Contratar siempre antes de administrar lo dispensado por el servicio de farmacia con la orden médica.

Conclusiones

La implantación de un programa de notificación de EM es el primer paso para conocer el estado y magnitud de éstos en el hospital. La notificación de forma anónima, voluntaria, confidencial y no punitiva es un método eficaz para conocer los errores de medicación, que aporta mejora al sistema y a la seguridad de los pacientes porque de ellas deriva el desarrollo e implantación de medidas dirigidas a la prevención de nuevos incidentes.

Tras el conocimiento del tipo de EM más frecuentes en el paciente oncológico y con las medidas aplicadas se conseguirá reducir el porcentaje de acontecimientos adversos prevenibles que pudieran causar daño al paciente.

Este programa se toma como un pilotaje de posibles futuras hipótesis en otras unidades del hospital en aras de mejorar el uso seguro de medicamentos.

Bibliografía

- Schneider PJ. To err is human... The effect of the IOM report. *Federal Practitioner Pharmacy Supplement* Oct 2001; 7-9.
- Grupo de trabajo de errores de medicación. SCIAS Hospital de Barcelona. Grup Assistència. ¿Cómo detectar los errores de medicación en un hospital?. *El farmacéutico hospitales* 2001 (121): 42-4.
- Otero López MJ, Alonso Hernández P, Maderuelo Fernández JA, Ceruelo Bermejo J, Domínguez-Gil Hurlé A, Sánchez Rodríguez A. Prevalence and factors associated with preventable adverse drug events leading to hospital admission. *Farm Hosp.* 2006 May-Jun;30(3):161-70.
- Otero-López MJ, Alonso-Hernández P, Maderuelo-Fernández JA, Garrido-Corro B, Domínguez-Gil A, Sánchez-Rodríguez A. Preventable adverse drug events in hospitalized patients. *Med Clin (Barc)*. 2006 Jan 28;126(3):81-7.
- Otero López MJ, Garrido Corro B, Domínguez-Gil Hurlé A. Drug Safety. Preventing medication errors. *Farm Hosp.* 2004 Jul-Aug;28(4):305-9.
- Schneider P J. Pharmacists building a safer health system. *Am J Health-Syst Pharm* 2001; 58: 66-8.
- Rodríguez Marrodán B, Manso M, Folguera C, Sánchez Guerrero A, Torralba A. Creación y desarrollo inicial de un grupo de trabajo sobre "Seguridad en el Uso de Medicamentos". *Farm Hosp (Madrid)* 2002; 26 (Supl) :154. 17. GEDEFO.
- Santos Rubio MD, Pérez Trueba E, Pérez Cisneros IM, Vicioso Sebastián A, Martín Bejarano JM, Escudero Santos I, et al. Errores de medicación: implantación de un sistema de declaración voluntaria. *Farmacia Hosp (Madrid)* 2002; 26 (Supl) :137.
- Estrategia en seguridad del paciente. Recomendaciones del Taller de Expertos celebrado el 8 y 9 de febrero de 2005. *Calidad y evaluación sanitaria*. Ministerio de sanidad y consumo.
- La seguridad del paciente en siete pasos. Agencia Nacional para Seguridad del Paciente (NPSA) Sistema Nacional de Salud (NHS) Reino Unido. Ministerio de sanidad y consumo. Secretaría general de sanidad agencia de calidad del sistema nacional de salud. Noviembre 2005.
- M.J. Otero, R. Martín, M.D. Robles, C. Codina. Errores de Medicación. *Libro Farmacia Hospitalaria*. 2002(1); 713-742. 2002.
- Recomendaciones para la prevención de errores de medicación. *El farmacéutico hospitales*. 2007 Dic;188:29-30.
- El instituto para el uso seguro del medicamento (ISMP-España). *El farmacéutico hospitales* 2007 Dic; 188:18-25.
- Recomendaciones para la prevención de errores de medicación *El farmacéutico hospitales* 2007 Dic;188:9-17.
- Notificación de errores de medicación en el hospital. *El farmacéutico hospitales*. 2007 Dic;188:31-38.
- Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios.
- Real Decreto 1344/2007, de 11 de octubre, por el que se regula la farmacovigilancia de medicamentos de uso humano.
- Otero López MJ. New initiatives to improve medication safety in hospitals. *Rev Esp Salud Publica*. 2004 May-Jun;78(3):323-39.
- Programa de prevención de errores de medicación en Cataluña. *El farmacéutico hospitales*. 2007 Dic.; 188:31-38.

ANEXO I

HOJA DE SEGUIMIENTO DEL ERROR					
Código (nº correlativo/año)	1. Descripción del error	2. Análisis de causas	3. Procedimiento de actuación	4. Propuesta de mejora	5. Evaluación

ANEXO II

HOJA DE NOTIFICACIÓN DE ERRORES DE MEDICACIÓN

TIPO DE ERROR:

Error potencial

A: Circunstancias o acontecimientos con capacidad de causar error

Error real

B: El error ocurrió pero no llegó al paciente

C: El error llegó al paciente pero no le produjo daño

D: El error no causó daño al paciente, pero preciso monitorización

E: El error causó daño temporal al paciente y preciso tratamiento

F: El error causó daño temporal al paciente y preciso hospitalización

G: El error daño permanente al paciente

H: El error comprometió la vida al paciente

I: El error causó la muerte al paciente

En caso de haberse evitado el error, indique quién y cómo lo evitó:

LUGAR DÓNDE SE PRODUCE EL ERROR:

Servicio/Unidad: _____ Persona que comunica el error: (no es necesario nombre) _____

Fecha: _____

MEDICAMENTO/S IMPLICADO/S:

	Medicamento 1	Medicamento 2
Nombre comercial		
Principio/s activo/s		
Laboratorio		
Forma farmacéutica		
Dosis o concentración		

DÓNDE SE PRODUJO EL ERROR:

PRESCRIPCIÓN	TRANSCRIPCIÓN	DISPENSACIÓN	ADMINISTRACIÓN
<input type="radio"/> Dosis errónea	<input type="radio"/> Dosis errónea	<input type="radio"/> Un medicamento por otro	<input type="radio"/> Diferente medicamento
<input type="radio"/> Medicamento erróneo	<input type="radio"/> Medicamento erróneo	<input type="radio"/> Difiere forma farmacéutica	<input type="radio"/> Diferente dosis
<input type="radio"/> Vía errónea	<input type="radio"/> Vía errónea	<input type="radio"/> Cantidad inadecuada	<input type="radio"/> Por diferente vía
<input type="radio"/> Ilegibilidad	<input type="radio"/> Identificación del paciente	<input type="radio"/> Ilegibilidad	<input type="radio"/> No administración del medicamento prescrito
<input type="radio"/> Identificación del paciente			
	<input type="radio"/> Otros (especificar):		

¿ SUGIERE ALGUNA RECOMENDACIÓN PARA EVITAR ESTE INCIDENTE EN EL FUTURO?:

NO DEJES DE COMUNICAR, A PESAR DE QUE FALTE ALGUNA INFORMACIÓN, es importante en la prevención de errores de medicación. Enviar al Servicio de Farmacia en sobre cerrado. Gracias por vuestra colaboración.