

aseguramiento de altos estándares de calidad en la atención, creando un ambiente en el cual sea posible la excelencia clínica.

Es imposible concebir una adecuada gestión de riesgos sin que se desarrolle en el marco de un programa de calidad total.

Es imprescindible contar con los soportes esenciales para garantizar adecuados estándares de práctica clínica: historia clínica unificada, guías clínicas, vademécum de la organización, análisis de mortalidad, fármaco vigilancia, sin los cuales no es posible llevarla a cabo.

El Comité de Gestión de Riesgo del Hospital se nutre para su tarea del intercambio fluido con todas estas áreas.

Proceso de medicación

El análisis a conciencia del proceso de medicación con el objeto de detectar pasos vulnerables y prevenir errores es fundamental en un hospital de alta complejidad como el nuestro, preocupado por la seguridad de la atención y la adecuada gestión de riesgos.

En 1989 un panel de expertos convocados por la Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations (JCHCO) definió el sistema de utilización de los medicamentos como el conjunto de procesos interrelacionados cuyo objetivo común es la utilización de los medicamentos de forma segura, efectiva, apropiada y eficiente.

En la actualidad se considera que este sistema en el ámbito hospitalario debe estar constituido por los procesos que se muestran en la Figura 2 y que constituye el sistema utilizado en el Hospital Garrahan.

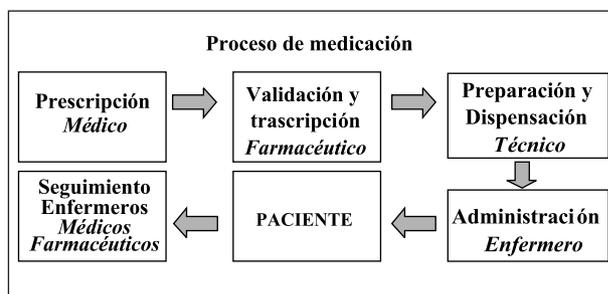


Figura 2: Proceso de medicación.

Los médicos hacen la prescripción de los medicamentos diariamente en hojas preimpresas. El farmacéutico responsable de cada unidad de internación valida las medicaciones (en relación a la dosis, vía de administración, duplicidad terapéutica, antagonismo con otros medicamentos, etc.) y transcribe las mismas a la terminal de computadora de cada sala. Esta es la primera barrera de detección, porque los errores o posibles

errores detectados son comunicados al médico y son corregidos.

En la Farmacia del hospital los técnicos preparan y dispensan las medicaciones, etapa que se constituye en la segunda barrera, en la que se detectan los posibles errores cometidos por el farmacéutico cuando cargó la información.

Los auxiliares de servicio distribuyen los medicamentos a cada sala y estos son recibidos por los enfermeros quienes deben firmar un remito. Este es un punto de reaseguro de la recepción, pero debido a que generalmente es un solo enfermero el que recibe toda la medicación difícilmente se revise exhaustivamente la pertinencia de la totalidad de los medicamentos.

En el siguiente paso los enfermeros preparan cada una de las medicaciones a la hora indicada constituyendo una nueva barrera de contención para posibles errores en los pasos anteriores (por ejemplo, error en la dosis, en el medicamento, etc.) y una vez preparada su bandeja se disponen a administrar las medicaciones que han sido prescriptas.

Si ocurre un error en este paso repercutirá directamente en el paciente, generando desde un daño insignificante hasta la muerte.

Es decir, este paso es sumamente vulnerable, porque carece de barreras de contención.

El último paso del proceso es el seguimiento del paciente en busca de reacciones adversas, para notificarlas a la comunidad hospitalaria en forma de boletines de distribución periódica (CI-ME) que redacta el área de farmacia. El seguimiento es llevado a cabo por enfermeros, médicos y farmacéuticos.

Resulta obvio que el sistema de utilización de los medicamentos en un hospital es muy complejo, con numerosos componentes y procesos. Se estima que la administración de una dosis de un medicamento a un paciente en un hospital implica entre 80 y 200 actuaciones diferentes¹⁴. Por todo ello, ninguna medida por sí sola va a permitir resolver el problema de los errores de medicación y garantizar la seguridad de este sistema, sino que es preciso introducir un amplio abanico de medidas o cambios en todas y cada una de las etapas que configuran el sistema de utilización de los medicamentos y que afectan a todos los profesionales que intervienen en el mismo. En otras palabras, no se puede pensar que por introducir la prescripción electrónica asistida o el sistema de código de barras en la administración se van a evitar por completo los errores de medicación, aunque estas prácticas hayan mostrado ser efectivas para reducir los errores en determinados procesos. Cualquier programa de prevención de errores de medicación implica numerosos cambios en los procedimientos, equipos,

organización y formación, que integrados, consiguieran mejorar la seguridad del sistema.

Como expresan Leape et al: "la seguridad está hecha de muchas pequeñas cosas que en conjunto consiguen hacer una gran diferencia"¹⁵.

Distintas organizaciones y sociedades, como el Institute for Safe Medication Practices (ISMP), la American Hospital Association (AHA), el Institute for Healthcare Improvement (IHI), la Joint Commission on the Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO), la American Society of Health-System Pharmacist (ASHP) o la Massachusetts Coalition for Patient Safety, así como muchas asociaciones estatales de farmacéuticos, han propuesto prácticas, recomendaciones o estándares, para prevenir los errores de medicación, muchas de ellas accesibles a través de sus respectivas páginas Web.

La Tabla 1 muestra un resumen de las recomendaciones y practicas propuestas.

TABLA 1: RECOMENDACIONES GENERALES PARA DISMINUIR LOS ERRORES DE MEDICACIÓN¹⁶.

1. Adoptar una cultura de seguridad enfocada a la mejora del sistema que incluya la implantación de un programa voluntario de notificación de errores.
2. Estandarizar la prescripción médica.
3. Estandarizar otros procedimientos: horarios de administración, límite de dosis, envasado y etiquetado, almacenamiento, etc.
4. Estandarizar equipos de trabajo.
5. Suministrar los medicamentos intravenosos de alto riesgo preparados desde el servicio de Farmacia.
6. Desarrollar protocolos de uso y procedimientos especiales para manejar los medicamentos de alto riesgo.
7. Asegurar la disponibilidad de asistencia farmacéutica.
8. Incorporar un farmacéutico clínico al equipo asistencial.
9. Hacer accesible la información sobre el paciente más relevante en todas las unidades asistenciales.
10. Asegurar la disponibilidad de información actualizada sobre medicamentos.
11. Educar a los pacientes sobre su tratamiento.
12. Establecer un sistema de distribución de medicamentos en dosis unitarias.
13. Establecer la prescripción electrónica, y de ser posible, asistida.
14. Implementar nuevas tecnologías que permitan mejorar los procesos de dispensación y administración.

En el Hospital Garrahan se llevan a cabo prácticamente todas estas recomendaciones, sin embargo la primera, referida a la cultura es una meta a largo plazo.

Como ya mencionamos consideramos que el paso vulnerable sigue siendo el último, (paciente) porque no hay barreras para los distintos errores que se pueden cometer en este paso.

El plan del Hospital, a través del Comité de Riesgo, es organizar talleres para capacitación a

enfermeros en el manejo de medicaciones de riesgo, actualización, y fundamentalmente introducirlos en la cultura de la seguridad y la problemática del error.

Otro objetivo planteado es fortalecer la conciencia de identificación de los pacientes mediante pulseras que tienen doble identificación (código y datos de filiación) y asegurar de esta manera el primero de los errores posibles (brindar cualquiera de las prácticas al paciente equivocado).

CONCLUSIONES

Es fundamental tomar conciencia que en las organizaciones modernas, aún en presencia de la sistematización del análisis de procesos, y de los programas de mejora continua de la calidad, la perfección en la práctica médica es un logro inalcanzable. En consecuencia se debe alcanzar un equilibrio entre el error inherente del obrar humano, con la noción omnipotente de la infalibilidad profesional. Por otro lado, es necesario jerarquizar el contexto en el que ocurre el error: la medicina debe ser ejercida modestamente como un arte, y una compleja actividad de equipo.

En la actualidad en la medida en que aumenta la complejidad médica asistencial, es mayor la posibilidad de ocurrencia de eventos adversos, tanto para los pacientes, como para los integrantes del equipo de salud y las instituciones responsables de su atención y cuidado. De los eventos adversos, un gran porcentaje está representado por los errores en la medicación.

Una idea central es la de las defensas (escudos) del sistema. Cuando ocurre un evento adverso lo importante no es quién se equivocó, sino cómo y por qué las defensas fallaron.

Es necesario un cambio en la cultura de las instituciones en el sentido de tomar conciencia de los riesgos de la actividad y lograr un ámbito proactivo de confidencialidad y no punitivo.

La institución, desde los niveles principales de conducción debe instalar políticas de preocupación por la seguridad de la práctica asistencial.

El Hospital Garrahan está trabajando activamente en la problemática de la seguridad, y específicamente en el control de los errores de medicación.

El paso más vulnerable del proceso de medicación es el último, o sea, la administración del medicamento al paciente por parte del enfermero. En este paso no hay barreras de defensa, es decir la posibilidad de detectar el error y evitarlo, por ello es imprescindible el trabajo de concientización del personal.

Se debe tener presente que las soluciones no son inmediatas. La creación en el hospital de una cultura de seguridad con características similares a la que tienen las organizaciones de alta fia-

bilidad, es la medida más efectiva a largo plazo para prevenir los errores de medicación, ya que sólo cuando los cambios están integrados plenamente en los valores y creencias de las organizaciones se logran mantener en el tiempo. Y la instauración de una cultura institucional de seguridad es un proceso largo y difícil.

REFERENCIAS

1. 55ª ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD WHA55.18 Punto 13.9 del orden del día 18 de mayo de 2002 Calidad de la atención: seguridad del paciente
2. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson M, eds. Institute of Medicine (IOM) Report—To Err Is Human: Building a Safer Health System. Washington, DC: National Academy of Sciences; 1999.
3. Brennan TA, Leape L, Laird N, et al. The nature of adverse events in hospitalized patients: results of the Harvard Medical Practice Study I. *N Engl J Med.* 1991; 324: 370–376.
4. LEAPE L, 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.
5. Thomas EJ, Studdert DM, Burstin HR, Orav EJ, Zeena T, Williams EJ, Howard KM, Weiler PC, Brennan TA Incidence and types of adverse events and negligent care in Utah and Colorado. *Med Care.* 2000;38 (3):247-9.
6. Rainu Kaushal, MD,MPH; David W. Bates, MD, MSc et al, Medication Errors and Adverse Drug Events in Pediatric Inpatients *JAMA.* 2001;285: 2114-2120.
7. Maisoon Abdullah Ghaleb* and Ian Chi Kei Wong. Medication errors in pediatric patients. *Archives of Disease in Childhood - Education and Practice* 2006; 91:ep20.
8. J R Meurer, H Yang et al, "The Wisconsin Medical Injury Prevention Program Research Group". Medical injuries among hospitalized children. *Quality and Safety in Health Care* 2006; 15:202-207.
9. James Reason. "Human error: models and management". *BMJ* 2000;320:768-770.
10. Leape LL. Error in medicine. *JAMA* 1994; 272: 1851-7
11. Hillary Rodham Clinton and Barack Obama. Making Patient Safety the Centerpiece of Medical Liability Reform *N Engl J Med* 2006; 354:21- 25.
12. Martínez López FJ, Ruiz Ortega JM. Concepto y metodología de la gestión de riesgos sanitarios. En: Martínez López FJ, Ruiz Ortega JM, editores. Manual de gestión de riesgos sanitarios. Madrid: Díaz de Santos, 2001. p. 53-67.
13. Otero López, M J. Errores de medicación y Gestión de Riesgos. *Rev. Esp. Salud Publica* v.77 n.5 Madrid oct. 2003.
14. Pharmacy-nursing shared vision for safe medication use in hospitals: Executive session summary. *Am J Health-Syst Pharm* 2003; 60: 1046-52.
15. Leape LL; Berwick DM, Bates DW. What practices will most improve safety? Evidence-based medicine meets patient safety. *JAMA* 2002; 288: 501-7.
16. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization (JCAHO). Revisions to Joint Commission standards in support of patient safety and medical/health care error reduction. Oak-Brook Terrace (IL): JCAHO; 2001.