

# Monitorización de los errores de Medicación.

“Importante indicador de calidad de asistencia sanitaria en un programa para el mejoramiento de la cultura de la seguridad en la atención médica de los pacientes”.

“Curso Anual de Auditoría Médica  
Hospital Alemán 2012”

Prof. Dr. Agustín Orlando.



Autoras:  
Dra. Rolón Marcela  
Dra Saltarelli Olga

# Índice

- Objetivos del Trabajo pág. 4
- Introducción pág. 4
- Definición de un Error pág. 6
- Detección de un Error pág. 9
- Antecedentes del Programa para el mejoramiento de la Seguridad pág. 10  
en la Atención de los Pacientes de la Academia Nacional de Medicina
- Organización e Implementación del Programa pág. 12
- Error en Medicina pág. 14
- Acerca de la Cultura de la Seguridad pág. 18
- Acerca de la Investigación en Servicios de Salud pág. 21
- Acerca de la Socialización e información pág. 23

• Cultura organizacional y la Seguridad del Paciente	pág. 23
• Las representaciones Sociales del Error	pág. 24
• Experiencia en el abordaje de la Cultura de la Seguridad	pág. 25
• Encuestas	pág. 26
• Formas de Administración	pág. 28
• Grupos Focales	pág. 28
• Errores de Medicación	pág. 30
• Enfoque reactivo de los Errores de Medicación	pág. 33
• Factores que influyen en el uso de la Medicación	pág. 37
• En la Práctica diaria	pág. 39
• ¿Cómo llevarlo a cabo?	pág. 40
• ¿Qué se evaluará?	pág. 41
• Conclusión	pág.43
• Referencias	pág. 46

## **OBJETIVO DEL TRABAJO**

A partir de las inquietudes surgidas producto de los conocimientos adquiridos en este Curso y evaluando las necesidades en nuestro ámbito laboral; decidimos implementar un proyecto de trabajo que involucre diagnóstico de situación y promoción de la cultura de la seguridad del paciente, en un área específica como es la sala de internación de un hospital pediátrico.

## **INTRODUCCIÓN**

La seguridad es un aspecto prioritario en la organización y funcionamiento de todo sistema de salud y tiene implicancias directas en la calidad de atención de las personas. Estando relacionada tanto con la prevención de los errores que pudieran ocurrir durante el proceso de atención, como en reducir o corregir sus consecuencias.

Se atribuye a Plutarco, cien años antes de Cristo, el aforismo “Errare humanum est”, a partir del cual se aceptó que el ser humano es falible y por lo tanto siempre habrá errores en todos los órdenes de su vida. Muchos siglos más tarde cuando la medicina adquiere el carácter de ciencia, en los Ateneos Anatómico-clínicos, se correlacionaban los diagnósticos con los hallazgos de autopsias, pocas veces analizando la implicancia de un error.

Entonces siendo el concepto de error médico conocido desde hace siglos, a partir de 1999 tomó importancia, por la publicación del informe del Instituto de Medicina de Estados Unidos “Error es Humano”, en el que se enfatizó sobre la necesidad de mejorar los niveles de calidad de atención.

Siendo relevante el estudio de Harvard donde se propone un enfoque sistemático basado en la detección de errores en la atención en 2 niveles: una primera fase era identificar en las historias clínicas correspondientes la posibilidad de presentar eventos adversos y una segunda etapa en la que un grupo de revisiones confirman la presencia de errores, siendo esta metodología adoptada por muchos países.

La tendencia actual es recoger la información de la ocurrencia de errores, teniendo como objetivo principal identificarlos, aprender de los mismos y eliminar la posibilidad o evitar que se reproduzcan, o sea tomando conductas de detección, identificación y aprendizaje de los mismos.

## DEFINICIÓN DE UN ERROR

El error humano constituye un vasto campo de estudio, quizás tan amplio como el cubierto por la expresión “rendimiento humano”.

James Reason define como error “el fracaso de acciones programadas para alcanzar los fines deseados independientemente de toda intervención de acontecimientos imprevistos”.

No existiendo una definición de error que concite acuerdo universal, casi todo el mundo acepta que errar implica desviarse de algún modo:

- Respecto a lo correcto(tropezos o traspies)
- A la intención que se tenía (un descuido u un lapsus)
- A un camino idóneo para alcanzar algún objetivo (una equivocación)
- O en determinados círculos, podría implicar incluso descarriarse del camino recto.

Así como hay diversas definiciones posibles, existen también muchas formas posibles de clasificar los errores. Siendo útiles para diferentes propósitos y que dependen de los 4 componentes básicos de un error, tengan más interés o sea de mayor utilidad práctica.

- La intención
- La acción
- El resultado
- El contexto

La tipología de Reason, distingue 4 tipos de errores:

- 1) Errores de atención
- 2) Errores de transgresión de una norma o procedimiento
- 3) Error de conocimiento
- 4) Error de comprensión o errores de representación

Un estudio epidemiológico (Incidencia of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical practice study. New England Journal of Medicine. Brennan y col. 1991) descubrió entre otras cosas que casi cien mil personas morían cada año en EEUU como resultado de errores médicos “evitables”. Los autores encabezan la 1ª sección de su informe al Presidente “Un problema nacional de proporciones epidémicas”. El problema que diferencia de epidemia, no existe ningún remedio específico para la falibilidad humana. Una visión afín sostiene que los errores son producto de defectos intrínsecos a la cognición humana.

Según Ernest Moch “El conocimiento y el error fluyen de las mismas fuentes, solo el éxito las diferencia”. No obstante, debe considerarse un fallo una oportunidad de aprender del mismo.

No se debería tratar el error como un producto de una irresponsabilidad o una negligencia notoria, no implicaría necesariamente una incompetencia, concepción muy arraigada en los profesionales sanitarios.

La falibilidad es parte de la condición humana. Es imposible erradicar el error, pero es posible preverlo y hacerlo objeto de la correspondiente gestión.

No se puede cambiar de manera fundamental la naturaleza humana pero sí podemos cambiar las condiciones de trabajo de las personas para lograr que los errores sean menos probables y que sea más fácil recobrase de ellos.



## DETECCIÓN DE UN ERROR

Los procesos de detección de errores forman una parte esencial de los mecanismos de múltiples niveles que dirigen y coordinan la acción humana.

Según Reason, la eficacia relativa de estos mecanismos de detección dependen fundamentalmente, de la inmediatez y validez del feedback.

Un error puede detectarse básicamente de 3 formas:

- Puede ser descubierto por procesos de auto-observación, estos son eficaces en los niveles de rendimiento: fisiológicos y basados en las habilidades. Puede ser señalado por algún indicio ambiental, siendo el más evidente una función forzante que evite seguir adelante. O puede ser descubierto por alguna otra persona.
- La detección por terceros parece ser la única vía por la que salen a la luz determinados errores de diagnóstico en situaciones complejas y altamente estresantes.
- Aunque los errores basados en habilidades son detectados más fácilmente que las equivocaciones basadas en reglas o en conocimientos, los datos de laboratorio obtenidos hasta el momento nos indican que existan grandes diferencias en su facilidad de descubrimiento relativo. Las pruebas existentes indican que aproximadamente 3 de c/4 errores son detectados por sus autores.

La posibilidad de que se realice una corrección eficaz, no obstante, parece ser superior en el nivel de rendimiento basado en las habilidades e inferior en el nivel de rendimiento basado en los conocimientos.

## **ANTECEDENTES DEL PROGRAMA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA SEGURIDAD EN LA ATENCIÓN DE LOS PACIENTES DE LA ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA**

En julio 2001, fue aprobada la Resolución N°517/01 del consejo de Administración de la Academia Nacional de Medicina, la creación de un comité de Error y Calidad en Medicina. Este comité, integrado por cuatro miembros de la Academia, encomendó al Instituto de Investigaciones Epidemiológicas, investigar sobre la “Epidemia del Error en Medicina”. Este Instituto diseñó, desarrolló e implementó un programa para el mejoramiento de la seguridad en la atención de los pacientes, en cuatro Instituciones: Instituto Dr. Alfredo Lanari, de Bs As; Hospital de la Asociación Médica de Bahía Blanca Dr. Felipe Glasman; Hospital de Pediatría Dr. J.P. Garrahan, de Bs As, y Santísima Trinidad, de Córdoba.

El primer aspecto que debe señalarse es que el programa fue diseñado con la perspectiva de contribuir desde la Academia Nacional de Medicina a mejorar la Seguridad en la atención médica de los pacientes y poder contar con un conjunto de instrumentos que ayude a las instituciones en nuestro país a mitigar los efectos de las fallas que puedan ocurrir durante los procesos de atención médica.

Se la clasificó y organizó en cuatro componentes:

- ❖ Cultura organizacional para la Seguridad del paciente, orientado para el análisis y caracterización de la cultura de la seguridad en instituciones de salud con internación.
- ❖ Sistemas de información para la vigilancia del Error durante el proceso de atención e identificación de Eventos adversos, destinado a analizar la frecuencia, tipos de errores y eventos adversos que pueden ser identificados por diferentes estrategias de recolección de datos, e información, por ejemplo las Historias Clínicas, las notificaciones voluntarias, anónimos y confidenciales, ó los registros de eventos adversos.
- ❖ Mejoramiento continuo de la seguridad del paciente, destinado al desarrollo, validación y adaptación de instrumentos tales como guías de práctica clínica, indicadores de seguridad y herramientas para el análisis de los Errores ó Eventos adversos.
- ❖ Gestión de conocimientos. El objetivo es crear conciencia sobre el Error de Medicación, abogar por medidas correctivas que favorezcan la mitigación de los Errores y generar una red de

individuos e instituciones para facilitar la transferencia de tecnologías dirigidas a formar y capacitar personal sanitario en aspectos relacionados con la Seguridad del paciente.

## **ORGANIZACIÓN E IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA:**

Siempre requiere de la planificación y liderazgo para aproximar el máximo los resultados observados de los resultados esperados. Un programa es un plan, proyecto ó declaración de lo que se piensa realizar.

También es un conjunto de actividades que serán ejecutadas para lograr ciertos resultados en un tiempo establecido. Según del Dr. Agrest, “ocuparse del Error en medicina puede parecer un proyecto ingenuo de una personalidad obsesiva perfeccionista ó una reacción de responsabilidad social a las pérdidas económicas que el Error médico ocasiona.”. La Academia Nacional de Medicina, liderados por el comité de Error y calidad en la atención médica guiados por un esquema de trabajo interno que se basó en: 1° Paso: Explicitar la finalidad del grupo: misión y objetivos. 2° Paso: Definir roles y distribución de tareas en el grupo. 3° Paso: Diseñar e implementar el programa .4° Paso: Implementar sistemas de comunicación y coordinación con diversos actores y organizaciones participantes en el programa. 5° Paso: Establecer criterios de evaluación y control de los resultados del programa.

Los objetivos planteados desde el inicio fueron:

- ❖ Favorecer una cultura no punitiva que aliente al personal de los equipos de salud a incrementar su preocupación por los Errores y Riesgos en los procesos de atención.
- ❖ Promover el reporte de incidentes, errores en la atención y eventos adversos con fines de aprendizaje para facilitar la mejoría en la seguridad del paciente.
- ❖ Abogar por el uso de prácticas seguras que mejoren la calidad de la atención médica y sanitaria.
- ❖ Crear una red de personas e instituciones interesadas en reducir la frecuencia y magnitud de los errores en la atención de los pacientes.

Para poder lograr los objetivos se estructuró un programa con cuatro componentes:

1. **Cultura de la Seguridad:** Analizar y caracterizar la “cultura” en las Instituciones Médicas participantes.
2. **Vigilancia del Error:** Identificar y analizar Errores, Eventos Adversos y sus consecuencias clínicas.
3. **Seguridad del Paciente:** Seleccionar y diseñar procesos críticos de la atención que contribuyen a incrementar los niveles de seguridad esperados.

4. **Difusión:** Crear conciencia sobre el Error en la atención médica, abogar por medidas correctivas que favorezcan la mitigación de los Errores y generan una red de individuos en Instituciones para facilitar la transferencia de tecnología.

Una vez más se confirmó que el apoyo de los niveles gerenciales no es suficiente para garantizar la sustentabilidad de las actividades. Se requiere construir capacidades en la Institución, involucrando al mayor número posible de profesionales que posean la voluntad y las competencias necesarias para lograr el cambio.

## **ERROR EN MEDICINA**

El error ha servido tradicionalmente para aprender lo que no había que hacer y lo que no era verdad. Se trataba de un problema intelectual y científico que simplemente desafiaba misterios en la adquisición y aplicación de conocimientos, y su análisis constituía una excelente herramienta docente. Luego se sumó la reacción de castigar al responsable, suponiendo que el error era producto de la incapacidad ó irresponsabilidad individual, y era necesaria la culpa.

El error pasó luego a constituir una problemática ética y legal de responsabilidad y castigo que, cuando era considerado como producto de mala práctica, determinó que se ocultara ó transfiriera la propia responsabilidad a otro.

Todo esto determinó que se dejara de aprender del error, olvidamos que los seres humanos son seres falibles, más aún cuando actúan en un sistema complejo y dimos lugar a que en nuestro país, prevalezca un enfoque centrado en la culpa de las personas como causa de error. Los errores siempre ocurrirán, pero es posible minimizar su ocurrencia ó sus consecuencias, sólo si se los enfrenta y se los entiende como oportunidades para la mejora del sistema. Es necesario avanzar más allá de “qué le pasó a ese médico ó a esa enfermera”, al por qué sucedió, tratando de encontrar las causas primarias ó factores determinantes, que generalmente radican en la estructura y procesos de un sistema que deben ser corregidos ó mejorados.

Existen dos aproximaciones para el análisis de Error humano que se contraponen y que sirven para el diagnóstico del cual se parte si se quiere implementar un programa para el mejoramiento de la seguridad en la atención médica de los pacientes.

Supuesto	Centrada en la persona	Centrada en el sistema
Sobre el error	Todas las personas cometen errores, pero no es el culpable.	Todas las personas cometen errores.
Sobre la responsabilidad	Los errores son consecuencia y sus causas deben ser buscadas en fact. individual, que impidieron una conducta acertada.	Los errores son consecuencia y sus causas deben ser buscadas en el sistema y corregidas.
Sobre los factores que determinan el error	<p>Los errores están relacionados con aspectos del trabajo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>*Incumplimiento intencionado</li> <li>*Distracciones</li> <li>*Ejecución incorrecta de procedimientos</li> <li>*Problemas de comunicación</li> <li>*Decisión de correr demasiado riesgo</li> <li>*Falta de formación o entrenamiento</li> <li>*El cansancio (especial en las guardias)</li> </ul>	<p>Los errores están relacionados con las condiciones de trabajo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>*Falta de tiempo</li> <li>*Escasa remuneración</li> <li>*Falta de tiempo protegido para la actualización de los conocimientos</li> <li>*Escaso incentivo para la mejora del desempeño</li> <li>*Ambientes no seguros (edificios insumos, cantidad de recursos humanos.</li> <li>*Sobrecarga de trabajo, la cantidad de pacientes a cargo y el tiempo que se le puede dedicar a cada paciente</li> <li>*Falta de personal.</li> </ul>
Sobre la notificación	El temor sobre el castigo personal físico (la cárcel), psicológico (desprestigio) y económico es un estímulo de ocultamiento.	Los sistemas que operan en situaciones de alto riesgo y tienen baja tasa de eventos adversos (como la aviación y plantas nucleares) ofrecen medios útiles para la notificación de un error.
Sobre el tratamiento del error	Es importante entender cuáles fueron las causas de las fallas e identificar los responsables de las mismas.	No es tan importante entender cuáles fueron las causas de las fallas sino que es más importante reconocer cuáles fueron las barreras de contención que fallaron.



El reconocimiento que “las verdaderas causas” se ocultan en el sistema y “no en el individuo” en el que se observa el error, pueden ayudar a generar un cambio en pro de la seguridad.

En nuestro país garantizar la seguridad parecería “limitarse a identificar y actuar sobre el culpable del Error”. Esta situación pone en evidencia de instalar a la “seguridad del paciente” como un aspecto prioritario del sistema de salud. Para ello se requerirá de un prolongado proceso de educación y concientización que permita sentar las bases para la construcción de una cultura de la seguridad diferente, centrada en el paciente y la familia. En países desarrollados la difusión del tema ha crecido exponencialmente en la última década. Estos países dan creciente importancia a la seguridad de los pacientes en sus políticas de salud y algunos tienen agencias que se dedican especialmente al tema. La Argentina tiene condiciones estructurales y culturales muy distintas, que hacen presuponer que incorporar el tema en la agenda política demandaría más tiempo, que la inversión de recursos será menor y que las barreras culturales impedirán algunos logros en el corto y mediano plazo.

La racionalidad indica que si se conocen las causas de los Errores, se podrán tomar las medidas correctivas. Para conocer las causas deberán comunicarse los Errores y sus consecuencias, así como las situaciones ó circunstancias que se cree determinaron su aparición.

Esta transparencia solo será posible si se sustituye una concepción moral punitiva por una concepción de perfeccionamiento humano en el que el Error no sea equivocarse sino que uno mismo no aprendiera a no cometer idéntico Error y enseñara para que no lo cometa toda la corporación médica.

## **ACERCA DE LA CULTURA DE LA SEGURIDAD**

Se define cultura como el patrón de supuestos básicos compartidos por un grupo de personas que los aprendió a medida que iba resolviendo sus problemas de adaptación externa e integración interna; que funcionó lo suficientemente bien como para ser considerado válido y que por lo tanto, es enseñado a los nuevos miembros de la organización como la manera de percibir, pensar y sentir en relación con dichos problemas.

Los supuestos básicos son percepciones acerca de la verdad, la realidad, las maneras de pensar y de sentir, que se han desarrollado a través de éxitos repetidos, resolviendo problemas a los largo de períodos de tiempo extendidos.

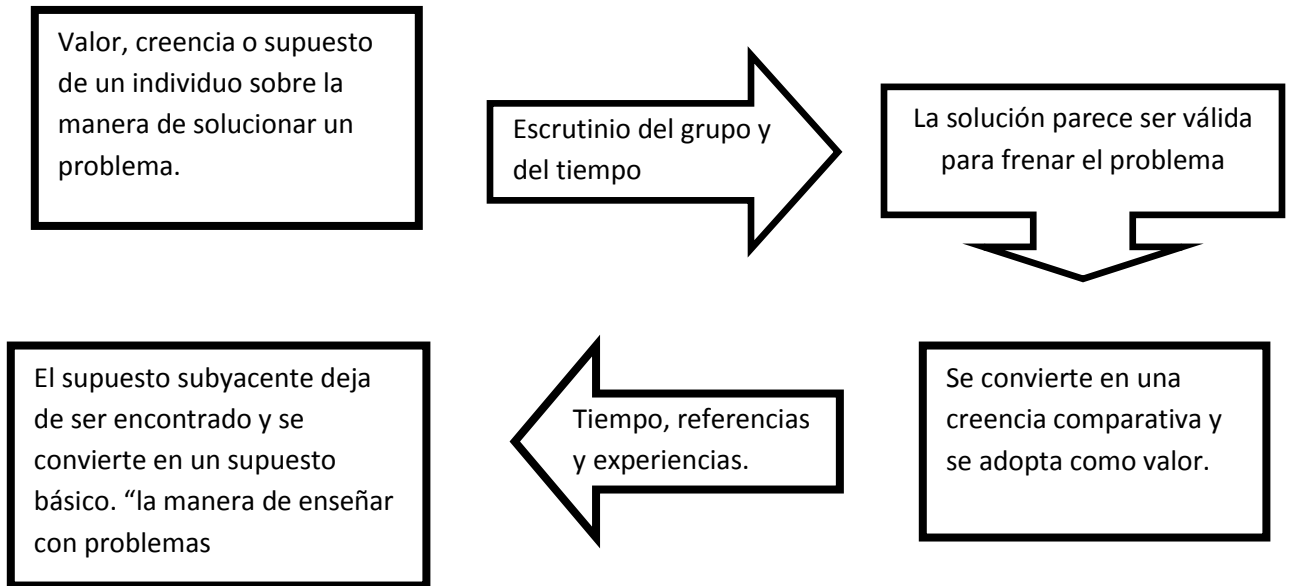


Figura 1: ¿Cómo se forma un supuesto básico?

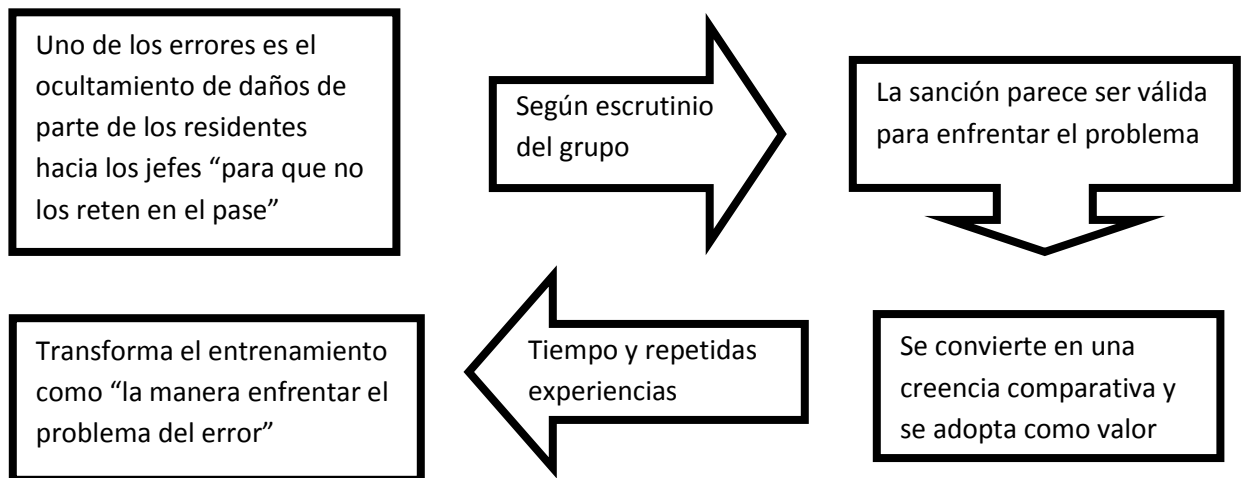


Figura 2: Supuesto básico: El error debe ocultarse.

Hallazgos tales que el Error debe ocultarse, permiten diseñar estrategias que favorecen el cambio; por ejemplo en este caso la concientización de otro supuesto básico. Los errores no deben ocultarse.

La cultura de la seguridad se refiere al conjunto de actitudes, valores, normativas y prácticas que, en los procesos de atención en salud, asumen la probabilidad de equivocarse; explicitan los procesos que pudieran explicar y prevenir los errores, favoreciendo una cultura no punitiva que los considere como favoreciendo parte del aprendizaje. La seguridad de los pacientes es un aspecto central de la calidad de la atención médica que no depende de una única persona, tecnología ó departamento. Mejorar la seguridad implica comprender como interaccionan las distintas partes del sistema, para lo cual se requiere un fuerte compromiso del equipo de salud en la búsqueda, identificación y solución de los problemas de seguridad.

Relevante es la participación de los propios pacientes y sus familias en este proceso: ellos no solo pueden participar activamente en su propio cuidado, sino que su participación es crítica para la mejora de la calidad y la seguridad en la atención.

## **ACERCA DE LA INVESTIGACIÓN EN SERVICIOS DE SALUD:**

La problemática del Error en medicina y seguridad del paciente se alberga en el ámbito sanitario, espacio en el que múltiples actores con diversas perspectivas, prioridades e intereses podrían dificultar ó facilitar la implementación de un programa para el mejoramiento de la seguridad en la atención de los pacientes. Una estrategia para revertir situaciones como éstas y lograr que individuos, intereses y prioridades, confluyan en un mismo objetivo, podría ser la investigación.

En búsqueda de establecer un conjunto de prácticas tendientes a la mejora continua de la seguridad y calidad en los procesos de atención a pacientes internados y ambulatorios. El objetivo final de la mejora continua supone lograr efectividad y eficiencia de las intervenciones médicas, así como también la satisfacción de todos los protagonistas en la atención de pacientes; un programa consciente y cuantificable hacia la disminución de los Errores y un incremento en la excelencia médica.

La instrumentación del programa de mejoramiento de la seguridad en la atención médica de los pacientes a través de la investigación polifacética fue una construcción dinámica y flexible del conocimiento. El carácter multicéntrico de esta investigación favoreció el intercambio y transferencia de tecnología entre los equipos de salud de cada institución.

El proyecto incluyó múltiples actividades de capacitación y desarrollo de tecnologías como las guías de práctica clínica que permitirán disminuir la variabilidad en las prácticas mejorar la seguridad de los pacientes que es el objetivo principal de esta investigación.

Se espera que a través de la investigación, las instituciones se verán fortalecidas no solo por contar con recurso humano calificado y entrenado para llevar adelante un programa para la seguridad de los pacientes en su institución, sino también por generar un “clima de seguridad” diferente, en el que prevalecen la confianza, el espíritu de colaboración y en equipo de salud dispuesto a alcanzar altos estándares de calidad.

Los profesionales conocen la facilidad de la profesión, la incertidumbre ante cada decisión, la angustia y la depresión por el Error cometido y el temor a la querrela por mala práctica.

Finalmente, “aprender de la experiencia de otros” sistematizando y estructurando de un modo científico los distintos factores que conducen al Error. Dar a cada uno de esos factores su real frecuencia e importancia y, diseñar una estrategia que promueve la seguridad del paciente a través de la identificación y prevención de esos errores en el proceso de atención.

## **ACERCA DE LA SOCIALIZACIÓN E INFORMACIÓN:**

En una mirada sociológica, la socialización es el proceso mediante el cual se incluye y se transmite, generación tras generación, la cultura a los miembros de la sociedad. Las personas aprenden conocimientos específicos, desarrollan sus potenciales y habilidades necesarias para la participación adecuada en la vida social y se adoptan a las formas de comportamiento organizado característico de su sociedad. Socializar la información, el conocimiento y las expresiones, implica que todos los actores de este “proceso social” dispongan de una diversidad necesaria, para que el cambio de paradigma propuesto resulte exitoso.

## **CULTURA ORGANIZACIONAL Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE:**

La cultura del Error y la seguridad dentro del campo médico se nutre tanto del marco teórico de la cultura de las organizaciones, como de las teorías que explican la prevención de errores y accidentes dentro del ámbito de la aviación ó la industria.

La cultura del Error ha sido definida como el conjunto de actitudes, valores, normativas y prácticas que en los procesos de atención en salud asumen la probabilidad de equivocarse; explicitan los procesos que pudieran explicar y prevenir los Errores, favoreciendo una cultura no punitiva que los considera como parte del aprendizaje.

## **LAS REPRESENTACIONES SOCIALES DEL ERROR:**

Para poder abordar el estudio de las culturas es necesario recurrir a la identificación de las representaciones. En una representación, lo social hace referencia a las creencias construidas y compartidas por un grupo social. Las representaciones sociales clasifican a los objetos, los explican y los evalúan a partir de los discursos y las creencias del sentido común y es este conocimiento el elemento básico de la interacción.

Según De Souza Minayo, las representaciones articulan al individuo con la sociedad, expresan opiniones sobre las instituciones y sobre la organización social en los sustratos económico, político y cultural y explican anomalías, desequilibrios y prejuicios sociales sirviendo como mecanismo coercitivos ó liberadores. Asimismo, tienen su esquema de explicaciones desde un esquema técnico y desde el sentido común.



## **EXPERIENCIA EN EL ABORDAJE DE LA CULTURA DE LA SEGURIDAD**

Evaluar el cambio en las representaciones de la “cultura organizacional” no es sencillo. Los trabajos realizados en países desarrollados coinciden en señalar que el éxito en los programas de seguridad del paciente está relacionado con la valoración de la cultura en las instituciones de salud y el grado de conocimiento sobre las determinantes culturales que contribuyen o no en el proceso de reporte y prevención del Error y en el mejoramiento continuo de la seguridad de los pacientes.

Los problemas relacionados con la atención de los pacientes, tanto a nivel individual, organizacional ó del sistema, pueden ser objeto de intervenciones externas que dan como resultado reacomodamientos internos para contribuir al mejoramiento de la seguridad de los pacientes. Con el propósito de identificar las representaciones sociales que el equipo de salud tiene acerca del Error y las prácticas de seguridad institucional en la implementación del programa, se utilizaron encuestas, grupos focales y entrevistas al equipo de salud de las instituciones participantes. El objetivo fue analizar la “cultura del Error y de la seguridad “en los procesos de atención médica, tratando de definir un perfil de aquellos.

Investigamos acerca de la manera que tienen los equipos de salud de percibir, pensar y sentir el Error en medicinas y la seguridad en la atención de los pacientes. Se recurrió a entrevistas, grupos focales y encuestas que permitieron identificar los supuestos básicos, artefactos y patrones de conducta acerca del Error en medicina y la seguridad de los pacientes.

## **ENCUESTAS:**

En nuestro programa, se utilizaron dos instrumentos con el propósito de relevar de forma periódica las percepciones sobre la cultura de la seguridad, en los equipos de salud: el instrumento preparado por la Agencia de Investigación y Calidad en Salud del Departamento en Salud y servicios humanos de Estados Unidos y la encuesta desarrollada por la Universidad de Texas. Se tuvo preferencia por el instrumento preparado por la Agencia de Investigación y calidad en salud del Departamento de salud y servicios Humanos de Estados Unidos. Es de utilidad la cultura de la seguridad en la Institución de manera global ó en áreas específicas dentro de los hospitales. Permitir evaluar los cambios en el tiempo y el impacto de las intervenciones que se realicen. Mide cuatro resultados globales de seguridad del paciente:

- ❖ Percepciones globales de seguridad
  
- ❖ Frecuencia de eventos reportados
  
- ❖ Número de eventos reportados

❖ Grado global de seguridad del paciente.

La organización de la encuesta permite explorar diez dimensiones de cultura pertenecientes a la seguridad del paciente:

1. Expectativas y acciones del supervisor/gestor para promover la seguridad del paciente
2. Mejora continua de aprendizaje organizacional.
3. Trabajo en equipo entre las medidas de la institución.
4. Apertura a la comunicación
5. Devaluación y comunicación acerca del Error.
6. Respuesta no punitiva acerca del Error.
7. Personal de la Institución que tenga ó no contacto con los pacientes.
8. Apoyo de la administración Hospitalaria a la seguridad del paciente.
9. Trabajo en equipo entre las áreas hospitalarias.
10. Cambios de guardia hospitalario y limitaciones

## **Forma de Administración:**

La encuesta debería ser administrada a todos los profesionales médicos, profesionales no médicos, enfermeros y técnicos con antigüedad mayor a 6 meses trabajando en el Hospital.

El fortalecimiento de los canales de comunicación dentro de la institución permitirá mejorar las barreras que contienen los Errores y minimizan sus consecuencias cuando éstos no pudieran ser evitados, por lo que constituye un aspecto clave a incluir en la planificación de futuras actividades de mejoramientos de la seguridad. La implementación de un sistema formal para mejorar el reporte de Errores, no con fines punitivos, sino con el propósito de mejorar los procesos y la seguridad de la atención, sería un aporte muy valioso en este sentido.

## **Grupos Focales:**

Consisten en la organización de grupos de aproximadamente seis a doce integrantes con características que los asemejan, donde se aborda la problemática a investigar a partir de la aplicación de entrevistas grupales.

Lo importante del grupo de discusión son las opiniones, creencias y valores de los entrevistados.

Se tratan cuestiones de salud desde lo social, porque se presta al estudio de representaciones y relaciones de los diferentes grupos de profesionales del área.

En todas las Instituciones se implementaron grupos focales con la participación del personal estable ó de planta, representantes de las diferentes áreas de la Institución. Las entrevistas se realizaron a médicos, enfermeros, técnicos y estaban destinadas a obtener información sobre actitudes, valores y opiniones del entrevistado y se definieron como categorías analíticas la “cultura y las representaciones sociales” relacionadas al “Error en la atención médica.”

En líneas generales, se podrían sintetizar los hallazgos en una frase: La actitud más frecuente frente al Error es el ocultamiento, falta de confianza, protección y políticas institucionales que favorezcan la notificación del Error. Los elementos que emergieron durante las entrevistas y grupos focales fueron: ocultamiento ó “Subcultura de esconder”, la justificación por causas externas, temor a las consecuencias, miedo por inestabilidad laboral, punición, vergüenza, transferencia ó culpa a los otros, “soberbia”, la “omnipotencia médica”, falta de autocrítica, encubrimiento de Error de los otros, “resguardo hegemónico”. El principal mito y tabú se refiere a qué puede llegar a pasar legalmente si se denuncia o notifica el Error.

No es tan importante entender cuáles fueron las causas de las fallas, sino que es mucho más importante reconocer cuáles fueron las barreras de contención que fallaron.

La aproximación al problema centrado en la persona, o con medidas moralistas tiene “efectividad limitada.”. La gente no actúa sola, su conducta está modelada por las circunstancias y la cultura organizacional. Se requiere una mirada sistémica para la interpretación de los Errores. Las fallas activas son las más fáciles de observar y tal vez de corregir. Las fallas latentes son inherentes al sistema, nacieron con él, son más difíciles de corregir. Requieren de trabajo en equipo y están presentes mucho antes de que un accidente ocurra.

## **ERRORES DE MEDICACIÓN**

**Definición:** Cualquier evento prevenible y evitable que pueda causar el uso inapropiado de la medicación o dañar al paciente, bajo el control del mismo o de un profesional de la salud.

Los errores de medicación constituyen la forma más frecuente de los errores médicos, siendo una temática trascendente porque es el reflejo de la actividad diaria de los profesionales, y la posibilidad de consecuencias para los pacientes y para el sistema sanitario.

Siendo los que ocurren durante la internación los más relevantes, ya que si no son detectados pueden significar daño o muerte para los pacientes. El hecho de monitorizarlos evidencia uno de los más importantes indicadores de calidad de asistencia sanitaria.

El National Coordinating Council for Medication Error Reporting and prevention (NCCMERT) definió como errores de medicación “como cualquier incidente prevenible que pueda causar daño al paciente o que dé lugar a una utilización inapropiada de los medicamentos.

Estos incidentes pueden estar relacionados con la práctica profesional individual o con el sistema de prescripciones, comunicación, etiquetado, envasado, denominación, presentación, dispensación, distribución, administración, educación, seguimiento y utilización”.

La problemática del error y la seguridad en la atención médica de los pacientes es más frecuente en los extremos de la vida, por lo que la prevalencia en la incidencia de errores de medicación es 3 veces mayor en niños hospitalizados. Como también es más evidente en los lugares donde las situaciones médicas son más complejas y urgentes, como en el ámbito de guardia, quirófano y cuidados intensivos; como también al prolongarse la estadía hospitalaria.

Analizando un poco más las causas, podríamos diferenciarlos en errores de práctica o errores de sistemas, producidos por incapacidad personal, por defectos en los recursos o por desorganización.

En nuestro medio si bien no se conoce la magnitud de los posibles errores, hay evidencias que señalan que la situación no es diferente que en el resto del mundo. Al igual que en la literatura internacional, en la Argentina, las especialidades de pediatría, cirugía y anestesiología son las que han publicado más sobre el tema.

En un estudio multicéntrico realizado en Brazil, por Incenti y colaboradores, describen que los errores de medicación más citados por los profesionales fueron aquellos relacionados a la prescripción y transcripción de los medicamentos.

Siendo los más frecuentes la administración de droga inadecuada, dosis incorrecta, extra u omitida, frecuencia incorrecta, vía equivocada, dilución y tiempo de infusión incorrectos, errores de transcripción, fecha incorrecta o ausente.

Ross y colaboradores publicaron en referencia a un Hospital universitario del Reino Unido, la siguiente distribución de los errores de medicación: 59% en las guardias pediátricas, 17% en unidades intensivas neonatales, 13% en guardias quirúrgicas, 10% en unidades intensivas pediátricas y 1% en salas de internación.

En JAMA (Journal of American Medical Association, vol 285, N° 16, abril 25,2001) se dieron a conocer los resultados de un estudio prospectivo realizado sobre 1120 pacientes pediátricos, en dos hospitales universitarios durante 6 semanas.



El estudio reveló que de 10778 prescripciones registradas el 5,7% (516) presentaban errores de medicación, de los mismos el 1,1% (115) correspondía a potenciales efectos adversos. Del total de las prescripciones el 0,24% (26) eran eventos adversos detectados, muchos de los cuales podían haber sido prevenidos, la mayoría de los eventos adversos eran detectados en la etapa de prescripción e involucraban dosis incorrectas, drogas antiinfecciosas o indicaciones endovenosas.

En Argentina, Otero y colaboradores en un estudio realizado en el Hospital Italiano de Buenos Aires, mencionaron una prevalencia de 11,4% de EM, que descendió a 7,3% luego de un programa de prevención de 2 años de duración.

## **ENFOQUE REACTIVO DE LOS ERRORES DE MEDICACIÓN:**

“Un error es un acontecimiento cuyo beneficios todavía no ha sido suficientemente aprovechados a nuestro favor”. Sería importante recoger información sobre los peligros e incidentes, con el objetivo de aprender de los mismos y eliminar la posibilidad o evitar que se reproduzcan, en lo posible.

El análisis de una causa raíz, es una herramienta que viene siendo utilizada desde hace años en la investigación de accidentes, se basa en la ingeniería de factores humanos, centrándose tanto en las debilidades de los sistemas como en los procedimientos que pueden repercutir negativamente el rendimiento humano.

El objetivo principal del análisis es encontrar la manera de rediseñar los sistemas y procesos para reducir las posibilidades de error y mejorar el rendimiento humano; o el establecimiento de la conclusión, tras el análisis, de que dicha mejora no es posible. Un ítem importante es montar el equipo para el análisis que debe contar con expertos en la información que está sometida a investigación, personal de atención al paciente con información de primera mano, directivos y jefes por su conocimiento operativo y fundamental que haya representantes de los departamentos de gestión de riesgos y mejora de calidad.

El **análisis de la causa raíz** debe:

- 1) Contar con la participación de la Dirección de la Institución y de las personas implicadas en el proceso y sistemas sometidos a estudio.
- 2) Ser coherente internamente. Por ejemplo, no contradecirse a sí mismo, ni dejar preguntas obvias sin respuestas, etc.
- 3) Proporcionar una explicación cuando la conclusión a la que se llegue sea no aplicable o la no existencia de un problema.
- 4) Tener en cuenta toda la documentación sobre el tema.
- 5) Iniciar un proceso de investigación.

En general el primer paso en el proceso de investigación, sería averiguar los hechos exactos y la cronología de los mismos; en la fase de análisis preguntar por lo ocurrido a las personas directamente implicadas en el incidente. Al reunir a todo el personal implicado en el evento, se comprueba la exactitud de los datos, agregar datos adicionales e invitar a los participantes a hacer propuestas de mejora.

Luego en el análisis se inicia el proceso de interrogación el ¿porqué? “Por cada error humano que se produce en la cadena causal, se debe encontrar la correspondiente causa”.

Una vez que el equipo ha identificado las causas subyacentes, el paso siguiente sería desarrollar un plan de acción; en el transcurso del proceso de identificación de causas se ponen de manifiesto otras estrategias que pueden apuntar a soluciones obvias o soluciones más complicadas.

Considerando que la complejidad aumenta la posibilidad del error, se intentará simplificar tareas y procesos:

- 1) Reducir intervenciones: Cuando menos personas estén implicadas en una tarea o proceso, menor es la posibilidad de error.
- 2) Reducir la necesidad de cálculo: Gráficos pre-impresos, calculadoras, comprobaciones doble ciego y cálculos automáticos son estrategias que amortiguan los riesgos.
- 3) Hacer posible la reversibilidad o rectificación automática.

- 4) Recuperarse de los errores cuando falla la prevención: Planificar y efectuar ensayos de las respuestas adecuadas a los errores mejora las posibilidades de recuperación rápida.
- 5) Brindar capacitación adecuada: Se correlaciona la ausencia o escasa formación con la mayor incidencia de errores.
- 6) Controlar la fatiga: Dado que la fatiga afecta el tiempo y precisión de las respuestas.
- 7) Proporcionar recursos de información adecuados.

Una vez definidas las estrategias de reducción de errores, deben explicarse de forma que estén claras y sean específicas y relevantes en cuanto a las causas raíz identificadas.

El paso final del plan de acción sería crear los sistemas de medición adecuados. La medida y supervisión no debe atender solamente a la eficacia de las mejoras con el paso del tiempo, sino también cerciorarse de que estas acciones no hayan tenido consecuencias indeseadas.

Así una vez desarrollado el plan de acción, es fundamental difundir internamente las “lecciones aprendidas” así como el plan diseñado para corregir los sistemas y procesos que sean necesarios.

## **FACTORES QUE INFLUYEN EN EL PROCESO DE USO DE LA MEDICACIÓN:**

- 1) **Información sobre el paciente:** Hay trabajos que muestran que el 18% de las reacciones adversas evitables a medicamentos eran provocados por la falta de información adecuada de los pacientes antes de la prescripción, dispensación y administración. Es muy importante contar con información antropométrica y clínica, es decir: edad, peso, alergias, diagnóstico, valores de laboratorio, signos vitales, etc.
- 2) **Abreviaturas peligrosas:** Evitar el uso, especialmente de las que pueden dar lugar a confusión, ej: AZT (zidovudina, azatrioprina, azitromicina); DFH (difenilhidantoína, difenidramina).
- 3) **Información sobre drogas:** Lograr accesibilidad para todos los miembros del equipo de salud a la información a partir de distintas fuentes: bases de datos, textos, boletines y vademécum.
- 4) **Comunicación:** La falta de comunicación entre médicos, farmacéuticos y personal de enfermería, es una de las causas más frecuentes de error.
- 5) **Etiquetado, embalaje y nomenclatura:** Restringir el stock en las salas, de drogas potencialmente peligrosas; contar con un sistema de dosis unitarias, standarizar horarios de medicación, y las concentraciones adecuadas. Establecer el correcto etiquetado de todas las soluciones a infundir por cualquier vía, con la identificación del paciente que la recibe.

- 6) **Adquisición de materiales, uso y monitoreo:** Control adecuado de los elementos para la administración de los medicamentos antes de ser comprados.
- 7) **Factores ambientales:** Luz inadecuada, desorden, interrupciones, problemas edilicios, elevada circulación de pacientes y una actividad sin descanso, frecuentemente contribuyen al error.
- 8) **Educación continua del personal:** Puede ser una estrategia importante en la prevención de errores, haciendo hincapié en los medicamentos agregados al vademécum y otros que no pertenecen al mismo, emitir alertas sobre medicamentos de gran potencial para producir daño mediante el monitoreo de reacciones adversas, protocolos y procedimientos relacionados al uso de medicamentos y dispositivos para la administración de los mismos.
- 9) **Educación al paciente:** Es el último eslabón del proceso de medicación, por lo tanto deben contar con información a cerca de los nombres genéricos, indicaciones, dosis usuales, posibles efectos adversos e interacciones con otros medicamentos y alimentos, favoreciendo la posibilidad de formular preguntas y estableciendo un adecuado nivel de alerta.
- 10) **Calidad de los procesos y manejo del riesgo:** Tradicionalmente se ha puesto más énfasis en establecer reglas y acciones disciplinarias para mejorar el desempeño del personal involucrado, sin embargo especialistas en factores humanos rechazan este procedimiento, porque consideran que es más efectivo cambiar el sistema como un todo, antes que enfocar a los individuos por separado.

El término “**error latente**” introduce el concepto de aquellos errores cuyos defectos son demorados y podrían describirse como accidentes que se espera que ocurran, en general podríamos decir que un sistema de doble chequeo independiente podrá mejorar la detección y corrección de errores antes de que estos lleguen al paciente.

## **EN LA PRÁCTICA DIARIA:**

Los errores de medicación, representan una preocupante realidad en el trabajo diario de los profesionales de la salud, y con más razón en una Sala de Internación pediátrica. Siendo los errores de prescripción magnificados por la alta frecuencia de las prescripciones y la poca jerarquía que se le otorga en la práctica diaria.

No existiendo datos nacionales publicados sobre errores en la prescripción y transcripción de medicamentos y tomando como referencia un trabajo publicado por Gutiérrez, S y col. “Errores de medicación en niños hospitalizados” , en un Hospital Pediátrico de Uruguay; planteamos un plan de acción para conocer la prevalencia de errores de prescripción y transcripción de medicamentos en el Hospital Materno Infantil de San Isidro “Carlos Gianantonio”; además conocer los errores más frecuentes, como un indicador de calidad de atención y poder desarrollar estrategias de prevención.

## ¿Cómo llevarlo a cabo?

- 1) **Realizando un estudio descriptivo de corte transversal con todas las historias clínicas de los niños internados durante 6 semanas.**
  
- 2) **Análisis de las indicaciones médicas en las historias clínicas**
  
- 3) **Análisis de la hoja de prescripción de medicamentos:**
  - a) Nombre del paciente y número de historia clínica
  
  - b) Fecha y hora de la prescripción.
  
  - c) Nombre genérico de la droga sin abreviaturas.
  
  - d) Dosis y unidad de medida.
  
  - e) Intervalo inter-dosis.
  
  - f) Vía de administración. Legibilidad, firma y sello del médico responsable.



#### **4) Análisis de transcripción en el chasis de enfermería:**

- a) Legibilidad
- b) Fecha y hora
- c) Droga administrada
- d) Dosis y frecuencia de administración
- e) Vía de administración
- f) Firma y aclaración del responsable.

Se utilizará para el cálculo de dosis recomendadas las sugeridas por literatura médica pediátrica y se solicitará autorización a la Dirección del Hospital y Comité de docencia.

#### **¿Qué se evaluará?**

La OMS define como correcta prescripción a aquella que se realiza con letra clara y legible y que incluye fecha, nombre genérico del medicamento, forma farmacéutica, vía de administración, dosis y firma del prescriptor con aclaración.

Las guías de Prescripción de la Academia Americana de Pediatría recomiendan antes de prescribir, confirmar el peso del paciente y calcular correctamente la dosis, escribir las indicaciones claramente, identificar alergias o reacciones adversas a medicamentos, evitar el uso de abreviaturas, realizar indicaciones precisas evitando situaciones dudosas, evitar el uso del cero después de la coma, evitar la abreviación del nombre de la droga, escribir las unidades en forma completa y clara, asegurarse que la prescripción y la firma del médico sean legibles y evitar en lo posible las prescripciones verbales.

Una vez procesados y analizados los datos, deberemos establecer un equipo multidisciplinario para ocuparse de lograr la seguridad en el proceso del uso de medicación y realizar los cambios que impidan que el error llegue al paciente. Esto nos permitirá mejorar la atención y crear un fiel indicador de calidad de atención médica y seguridad del paciente en nuestro lugar de trabajo.

Además disponer de estándares de comparación de errores para cada institución y aprender de los errores ya ocurridos en nuestra Institución y en otras organizaciones, confeccionando reportes y alertas.

## CONCLUSIÓN

Los niños están expuestos a mayor número de errores en la medicación, principalmente en la prescripción, debido a la necesidad de calcular las dosis de acuerdo al peso, edad y superficie corporal, además de la condición médica del paciente. Pequeños errores de cálculo o el mal uso de una coma, pueden desencadenar graves consecuencias.

Además, algunos medicamentos no han sido aprobados por la FDA (Food and Drug Administration) y no se han realizado guías de prescripción adecuadas. Esto colabora a la aparición de errores de medicación, principalmente en los niños.

La mayoría de los medicamentos, están formulados para adultos, en especial los de uso parenteral. Esto obliga a realizar diluciones de los medicamentos y fluidos para el uso pediátrico lo que aumenta la posibilidad de errores.

Dean y colaboradores, en un estudio prospectivo realizado en el Reino Unido en el año 1999,

identificaron los siguientes factores como causa de error:

- ❖ Entrenamiento inadecuado
- ❖ Baja percepción de la importancia de la prescripción
- ❖ Falta de acuerdo en el equipo médico
- ❖ Ausencia de autoconciencia de los errores.

Además de factores de riesgo, como:

- ❖ Ambiente inadecuado para el preparado de la medicación
- ❖ Sobrecarga de trabajo
- ❖ Mala comunicación con su equipo
- ❖ Cansancio físico y emocional
- ❖ Falta de conocimiento.

Barber y col. refieren que la prescripción debe ser valorada como un acto médico importante, siendo necesario que los médicos con experiencia y los docentes le dediquen mayor tiempo a la enseñanza de la “indicación de medicamentos”.

Un error en la medicación, no es solamente alguien que se equivoca, sino el producto de una serie de fallas sutiles y latentes que pasan desapercibidas y fallas activas de individuos. Los errores de prescripción deben darse a conocer en un ambiente serio, sin buscar culpables, discutirlos abiertamente y aprender todos de las fallas, intentando identificar las deficiencias del sistema. En la enseñanza de pre y postgrado se debe priorizar además del ejercicio para arribar a un diagnóstico, la correcta prescripción de los medicamentos, sus interacciones, efectos adversos, calculo de las dosis, forma de indicarlos, etc.

Reflexionando el significado y la repercusión de un error en la medicación, los médicas/os, docentes, enfermeras/os junto con la farmacia hospitalaria deben supervisar mejor la prescripción y transcripción de los medicamentos, analizando los errores o posibles errores, en un ambiente adecuado, para desarrollar programas de “medicación segura” con el objetivo de mejorar los procedimientos de trabajo para evitar que vuelvan a suceder o reconocerlos antes de que perjudiquen al paciente, con más razón en los hospitales de formación de profesionales. Lo que implicaría mejorar la cultura de la seguridad del paciente.

## REFERENCIAS

- 1) “El Error Humano” de James Reason
- 2) “La Contribución Humana. Actos peligrosos y acciones ejemplares.” De James Reason.
- 3) “Las decisiones Absurdas” de Christian Morel.
- 4) “Errores en el proceso de medicación. Centro de Información sobre Medicación”. Boletín CIME.  
Área de Farmacia. Del Htal. Prof. Dr. Juan R. Garrahan.
- 5) “Errores de medicación en niños hospitalizados”. Dra. Gutierrez Stella y col. Arch Pediatr Urug  
2011; 82(3): 133-140.
- 6) “Mejorando la Seguridad de los pacientes en los hospitales de la idea a la acción”. Del Gobierno  
de España. Ministerio de Sanidad y Consumo. Plan de Calidad para el sistema Nacional de Salud.  
Capítulos: La cultura de la seguridad, Plan de seguridad, Currículum de Seguridad, Eventos  
adversos, Seguridad en la medicación.

- 7) "Implementación de un programa para el mejoramiento de la seguridad en la atención médica de pacientes". Ministerio de Salud de la Nación, Comisión Nacional Salud investiga. 2007.
  
- 8) "Lineamientos Generales para la Seguridad del Paciente Hospitalizado" Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Dirección General de Difusión e Investigación. Dirección de Investigación.  
  
CONAMED. México, septiembre 2008.