



## Medicación sin daño: aportes desde la Acreditación en Salud



POR CARLOS ÉDGAR RODRÍGUEZ HERNÁNDEZ. DIRECTOR NACIONAL ACREDITACIÓN EN SALUD - ICONTEC

**Es preciso tomar medidas tempranas y urgentes para evitar prácticas inseguras** en el uso de los medicamentos, en especial en situaciones de alto riesgo.

**E**l 17 de septiembre de 2022, la Organización Mundial de la Salud (OMS) celebró el Día Mundial de la Seguridad del Paciente, que en esta ocasión tuvo como tema central “una medicación sin daño”. La campaña reafirma el reto que la misma organización lanzó en 2017 y que pretende que se tomen

medidas tempranas y urgentes para evitar prácticas inseguras en el uso de los medicamentos, en especial en situaciones de alto riesgo.

Algunas de estas son, por ejemplo, el cuidado de pacientes polimedicados; acudir a medicamentos similares en su presentación o nombre; el cuidado al recurrir a aquellos medicamentos que

ICONTEC

# LOS ERRORES EN EL ALMACENAMIENTO, LA PRESCRIPCIÓN, LA DISPENSACIÓN, LA ADMINISTRACIÓN, EL SEGUIMIENTO Y EL DESECHO DE MEDICAMENTOS SON LOS CAUSANTES PRINCIPALES DE DAÑO EVITABLE A LOS PACIENTES Y DE GENERAR DESDE DAÑOS TRANSITORIOS HASTA DEFINITIVOS, DISCAPACIDAD E INCLUSO LA MUERTE.

requieren extremar medidas de seguridad, dada su peligrosidad; y la implementación sistemática de controles adicionales en determinados momentos de la atención, como en los cambios de turno del personal, entre otras recomendaciones claves para reducir la frecuencia y el impacto de posibles daños asociados a la prestación de este tipo de servicios.

Los errores en el almacenamiento, la prescripción, la dispensación, la administración, el seguimiento y el desecho de medicamentos son los causantes principales de daño evitable a los pacientes y de generar desde daños transitorios hasta definitivos, discapacidad e incluso la muerte.

El asunto no es nuevo para nosotros y los temas objeto de preocupación son similares a los que venimos planteando desde hace más de veinte años. En Colombia tenemos algunos avances importantes en la materia, en particular desde la expedición del Decreto 2200 de 2005 y de la Resolución 1403 de 2007, normas con las cuales se reglamentó el servicio farmacéutico y se dio al tema la relevancia necesaria, entre otros asuntos.

Otras acciones importantes lideradas por los gobiernos de turno incluyen la expedición de los “paquetes instruccionales en seguridad de la atención”, en los que se han abordado algunos de los riesgos principales asociados y se han propuesto medidas específicas para la prevención y la intervención oportuna de las fallas y errores más frecuentes.

En el caso de la acreditación, se deben resaltar, entre otras acciones, el desarrollo de exigencias para la implemen-

tación obligatoria de las vigilancias tecnológicas (farmacovigilancia, tecnovigilancia, reactivovigilancia, hemovigilancia y biovigilancia), las cuales son requisitos de entrada del sistema; la difusión de múltiples alternativas para mejorar la seguridad, reportar los eventos, analizarlos, tomar correctivos y actuar en forma proactiva; el requerimiento de estándares, criterios y medidas para garantizar la administración correcta y el seguimiento; los requisitos para involucrar a los pacientes en su propia seguridad; la necesidad de implementar herramientas tecnológicas que promuevan la seguridad en todos los pasos del proceso, entre otras muchas acciones relevantes que han contribuido a que el tema forme parte de la agenda de calidad en todas las instituciones prestadoras de servicios de salud del país.





A la vez, desde el sistema de acreditación en salud se ha promovido el cumplimiento de diversos requisitos que contribuyen a reducir los riesgos relacionados. Así, por ejemplo, hemos considerado de la mayor importancia avanzar en las exigencias de buenas prácticas de elaboración y hacer énfasis en la preparación en las centrales de mezclas, de tal forma que dichas certificaciones de INVIMA se consideran igualmente requisitos de entrada, pues de lo que se trata es de apuntar a la calidad superior.

La exigencia de la implementación de listas de chequeo, el desarrollo de modelos de reporte, la aplicación del Protocolo de Londres o del modelo AMFE, el análisis de incidentes, la educación continuada a todo el personal, a pacientes y familiares, entre otras exigencias, han sido maneras de promover la seguridad del uso de los medicamentos desde la acreditación. Aun así, consideramos que hay mucho camino por recorrer, y creemos, acorde con los organismos internacionales, que todos los esfuerzos en este campo son necesarios y urgentes. Los recientes casos de sobredosificación y de confusión entre medicamentos, algunos con consecuencias fatales, nos deben servir de aliciente para no bajar la guardia frente a este asunto.

Muy a pesar de los avances mencionados antes, es necesario reconocer que diferentes errores siguen presentándose,

tanto en el entorno hospitalario como en el ambulatorio, al punto que la OMS lo considera como un problema de salud pública mundial al cual se debe prestar la mayor atención, pues está en nuestras manos intervenirlos.

Por otra parte, múltiples efectos de la pandemia han generado problemas adicionales a intervenir y han incrementado la posibilidad de errores; por ejemplo, se ha agudizado la escasez de personal clave como químicos farmacéuticos y enfermeras, hay limitación para el acceso a determinados grupos de medicamentos por problemas en la cadena de producción o en la distribución y es evidente una mayor presión sobre los servicios de salud, dado el repesamiento de atenciones, entre otros temas que deben ser analizados, en especial por las posibles implicaciones sobre la incidencia de errores.

La experiencia nos ha enseñado que la mayoría de los errores ocurre en la prescripción y en la administración, por lo cual hemos insistido en la necesidad de integrar al químico farmacéutico como miembro clave y estratégico de la gestión clínica interdisciplinaria, de tal forma que se garantice la validación farmacéutica de tratamientos, un asunto en el que se requiere un cambio cultural que valide el trabajo en equipo y la sumatoria de esfuerzos en beneficio de los pacientes.

A la vez, hemos promovido que el personal médico haga conciencia de los riesgos en la prescripción y en que se cumpla con criterios de calidad explícitos y verificables, que se propicien buenas prácticas en las órdenes médicas y que el proceso sea objeto de monitoreo permanente, aprendizaje y mejoramiento continuo.

### Errores en las evaluaciones

En congruencia con el objetivo de la OMS, se plantean a continuación algunos de los errores más frecuentes que detectamos en las evaluaciones. Se tra-

ta, desde luego, de promover aprendizajes a partir del error, en el contexto de una cultura no punitiva que genere nuevas alternativas de solución. Por razones de espacio se mencionan solo algunos de los errores más habituales y posiblemente más peligrosos. La lista, como se comprende, es desde luego más amplia.

### 1. Errores por aplicación incorrecta de las listas de chequeo

Si bien es claro que desarrollar e implementar listas de chequeo constituye un avance importante en materia de seguridad, por ejemplo para la administración correcta de medicamentos, el reto cultural mayor consiste en que dichas herramientas sean utilizadas con disciplina, en forma sistemática y que su uso sea monitoreado de forma permanente; puede ocurrir, por diferentes razones, que las listas se utilicen en forma inapropiada, con lo cual se convierten en un factor de riesgo adicional, veamos algunas de las razones para la incorrecta utilización de las listas:

- ▶ **Menosprecio de la utilidad práctica de las listas**, se las considera una carga burocrática adicional.

- ▶ **Diligenciamiento extemporáneo de las listas**, por ejemplo, tiempo después de la aplicación o al cierre del turno.

- ▶ **Personal responsable con sobrecarga de trabajo y funciones** o personal insuficiente para el volumen de actividades.

- ▶ **Ausencia de roles claros sobre el responsable de la administración de los medicamentos** y del cumplimiento de los correctos o delegación de la responsabilidad en personal no calificado.

- ▶ **Personal nuevo sin inducción** específica en el tema.

- ▶ **Personal antiguo sin reinducción** sobre cambio en políticas o procedimientos.

- ▶ **Ausencia de mecanismos de monitoreo y de verificación** de la adherencia al uso.

- ▶ **Modificaciones a los procedimientos no comunicados** o no verificados en su comprensión.

- ▶ **Sumar las variables de listas de chequeo que tienen objetivos de control diferente en una lista única**, sin verificar la facilidad de diligenciamiento o la posible dilución de las responsabilidades.

- ▶ **Rotación excesiva de personal** encargado.

- ▶ **Los directivos consideran que la recomendación de listas de chequeo no es importante** o no agrega valor.

### 2. Errores por incorrecta identificación del paciente

Algunos servicios son de especial riesgo, en particular aquellos con alto flujo de pacientes y congestión, por ejemplo, urgencias, consulta externa y hospitalizaciones de corto término. En estos casos es frecuente que se omitan los protocolos y las recomendaciones de identificación completa, como nombres y apellidos, otros datos de identificación redundante como documento de identificación y aquellos que eviten confusión por homónimos.





ICONTEC

La identificación también debe tener en cuenta los riesgos propios de la medicación, por ejemplo, las alergias, y alertas en la historia clínica. Aunque hemos mejorado en este tipo de controles, algunas instituciones se demoran en hacer inversiones necesarias en recursos tecnológicos complementarios, por ejemplo, la identificación con códigos de barras, el uso de brazaletes inteligentes y demás instrumentos que reduzcan el riesgo de confusión. Dados los riesgos, consideramos que ninguna medida es excesiva. A la vez, debe garantizarse que este tipo de controles se ejecuten las 24 horas, los siete días de la semana, sin excepción.

### 3. Errores por administración de medicamentos a personas alérgicas

Aunque es posible que una persona sea alérgica y no lo sepamos, la falta de anamnesis y de detalle en la descripción de antecedentes en la historia clínica puede conducir a la aplicación de medicamentos en pacientes que habían reportado dicha condición en su ingreso;

en concordancia con el punto anterior, se deben precisar las medidas de identificación de personas alérgicas y describir de la mejor forma posible las reacciones. La generación de alertas en la historia clínica y de elementos visibles para el personal de salud son medidas que se deben extremar, el uso de manillas de identificación, de avisos y alarmas, la descripción de instrucciones precisas a pacientes y familiares para que interactúen con el personal, den aviso oportuno y formen parte de las barreras de seguridad, son todas prácticas reconocidas y efectivas que se deben aplicar en forma sistemática.

Aprovechar la disponibilidad en el mercado de herramientas tecnológicas que hagan incompatible la prescripción en la historia clínica de medicamentos contraindicados al paciente, es una medida efectiva que debe ser implementada en las instituciones que aún no la tienen.

# APROVECHAR LA DISPONIBILIDAD EN EL MERCADO DE HERRAMIENTAS TECNOLÓGICAS QUE HAGAN INCOMPATIBLE LA PRESCRIPCIÓN EN LA HISTORIA CLÍNICA DE MEDICAMENTOS CONTRAINDICADOS AL PACIENTE, ES UNA MEDIDA EFECTIVA QUE DEBE SER IMPLEMENTADA EN LAS INSTITUCIONES QUE AÚN NO LA TIENEN.

## 4. Errores en la reconciliación de medicamentos al ingreso, al egreso y en los cambios de turno

La reconciliación de medicamentos es uno de los estándares de más bajo cumplimiento en el sistema de acreditación en salud. Dadas las repercusiones para la efectividad de la atención y el alto riesgo que su omisión supone para los pacientes, es necesario extremar las medidas para garantizar que la historia clínica contenga campos específicos que le recuerden al profesional la necesidad de indagar los medicamentos que el paciente está tomando, verificar si se requieren cambios en esas prescripciones, explicar al paciente que no debe consumir medicamentos que no hayan sido suministrados por el personal, por ejemplo, aquellos que trae de su casa, etc. Los casos de sobredosificación por ausencia de reconciliación generan eventos adversos cuya causa a veces no se advierte.

En cuanto a los cambios de turno, debe ponerse especial énfasis en las posibles modificaciones en la prescripción y deben fortalecerse los mecanismos de comunicación que garanticen que se retiran en forma oportuna o que se agregan los medicamentos que el tratante ordena. La falta de información al paciente sobre los medicamentos que deberá tomar cuando se le dé de alta, explicando combinaciones, interacciones, presentaciones, etc., genera con frecuencia problemas de adherencia, confusiones y en ocasiones consecuencias graves o fatales, por ejemplo, en el caso de anticoagulantes.

## 5. Errores en la dosificación

Las confusiones en las unidades, por ejemplo, miligramos por gramos, la interpretación incorrecta de órdenes, la confusión en las cifras que indican la dosis correcta, entre otros errores humanos, siguen siendo causa de eventos adversos a veces mortales.

A pesar de las recomendaciones y de los ejemplos de errores típicos, dichas situaciones se siguen presentando, razón por la cual resulta crítico aplicar en forma sistemática las medidas para reducir este riesgo, que sigue siendo uno de los asuntos a intervenir más importantes en materia de seguridad de la atención en salud. Los medicamentos de control especial, los anestésicos, los medicamentos antineoplásicos

son ejemplos de medicamentos en los que un error en la dosis puede tener consecuencias fatales. La precisión en las dosis para pacientes tanto pediátricos como adultos resulta de especial relevancia y requiere controles preventivos, análisis de incidentes y demás metodologías que hemos impulsado desde la acreditación y que hoy han de entenderse como hábitos que forman parte de la cultura de seguridad. Las confusiones generadas por los cambios de dosis en los empaques requieren un sistema de alertas y la capacitación continua al personal responsable.

## 6. Errores por omisión o retraso en la administración

La ausencia o las limitaciones de los mecanismos de control sobre los horarios de administración, el manejo inapropiado de inventarios, la escasez en el mercado, el olvido, los retrasos por sobrecarga de trabajo, las fallas en los procesos de autorización, los problemas de distribución, la entrega incompleta de los medicamentos o de las dosis, las limitaciones en



los horarios de atención para reclamar las prescripciones ambulatorias son explicaciones frecuentes de la omisión o el retraso en la administración de medicamentos, un error frecuente que en ocasiones conduce a eventos adversos, afecta la continuidad de los tratamientos y genera complicaciones que deben ser prevenidas.

Los problemas mundiales generados por la pandemia en la cadena de abastecimiento, como la escasez de empaques de vidrio y jeringas, han afectado la disponibilidad, suficiencia o distribución de medicamentos. La intervención de estos riesgos incluye medidas adicionales en el manejo de inventarios, la disponibilidad de reservas superiores a los promedios habituales, la previsión del efecto de posibles cambios en los tipos de empaque, la optimización de la cadena de suministros, entre otras.

### 7. Errores por confusión en el nombre o la apariencia de medicamentos similares

Aunque se han definido alternativas de identificación y de marcación, se siguen presentando eventos adversos graves por esta causa. Los medicamentos LASA (Look Alike, Sound Alike), aquellos que se parecen físicamente o que sus nombres suenan parecido, continúan generando confusiones a veces mortales.

Hay buenas prácticas que deben implementarse, mantenerse y mejorarse en el tiempo y, sobre todo, ser objeto de capacitación permanente: las

alertas específicas con colores que permitan distinguir riesgos, por ejemplo, el rojo para los de alto riesgo, el amarillo para los que se parecen fonética y ortográficamente, y demás distintivos para los que son semejantes en su apariencia física o para los empaques que corresponden a un mismo medicamento en diferente concentración; también las alertas en el uso de electrolitos. Tal como hemos advertido en otros casos, la alta rotación de personal y en ocasiones la ligereza en los procesos de inducción al personal nuevo es causante de buena parte de estos errores.

Con estos ejemplos debería estar claro para todas las instituciones y los trabajadores de la salud que el llamado de la OMS es una alarma para activar o reactivar todas las medidas que protejan a los pacientes y a sus familias, a los propios trabajadores de la salud, a las instituciones y al sistema en general. Es llamativo que algunos de los ejemplos que utilizábamos hace lustros para sensibilizar frente a estos riesgos, por ejemplo, el caso de Betsy Lehman que murió en 1994 en el Instituto de Cáncer Dana Farber por una sobredosis de ciclofosfamida o el de Josie King, una niña de menos de dos años de edad que falleció por una sobredosis de morfina en 2001 en J. Hopkins, sean igualmente aplicables en el momento y que se sigan presentando situaciones similares a pesar de todas las medidas y recomendaciones basadas en la evidencia y los controles implementados.

Es posible que el intento más valioso de la OMS sea recordarnos algo en lo que trabajamos de forma permanente en la acreditación: la conciencia situacional, el chequeo continuo, la comunicación precisa, el apoyo permanente a los compañeros, la experiencia y la relevancia que se les dé a las medidas de control, entendidas como verdaderos hábitos institucionales, y la responsabilidad de todos en cada tarea, pueden marcar la diferencia y contribuir a reducir las graves consecuencias de este tipo de eventos. ©



I CONTEC