

SEGURIDAD DEL PACIENTE

EN LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

DIRECTOR //

Dr. Eusebio Zabalúa

GERENTE //

Dra. Laura Rodríguez

////////////////////////////////////

COORDINACIÓN EDITORIAL //

Chantal de la Bouillierie

////////////////////////////////////

COMITÉ DE REDACCIÓN

Cp. Jorge Cherro

Dr. Francisco José Díaz

Dr. Ángel Gilardoni

Dr. Ernesto Díaz Nielsen

Dr. Jorge Manuel Carrascosa

Lic. César Gotta

////////////////////////////////////

DPTO. COMERCIAL

Diego Rodríguez Donnelly

REALIZACIÓN GRÁFICA

Choice Comunicación Integral

AUSPICIADO POR

SUMARIO

PÁG.
3**SEGURIDAD EN LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS**

Organización Panamericana de la Salud (OPS).

PÁG.
6**PRÁCTICAS RELACIONADAS CON EL USO SEGURO DE MEDICAMENTOS****María Tourón y Florencia Koch**

Médicas especialistas en medicina interna.

PÁG.
12**LOS ERRORES DE MEDICACIÓN; CULTURA Y FACTOR HUMANO****Matías Milberg**

Médico, presidente del Comité de Seguridad en la Atención de los Pacientes de CEMIC.

Marcela Rousseau

Farmacéutica, presidente de la AAFH.

PÁG.
19**EL PELIGRO DE LAS ÓRDENES VERBALES****Dr. Fabián Vítolo.** Gerente de Relaciones Institucionales de Noble ARP. Ciudad Autónoma de Buenos Aires.**ADECRA-CEDIM** //

Montevideo 451, piso 10° - (C1019ABI) - C.A.B.A. // Tel: (54 11) 4374-2526 // Fax: (54 11) 4375-2070

www.adecra.org.ar // info@adecra.org.ar

SEGURIDAD EN LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

Organización Panamericana de la Salud (OPS)



El correcto y apropiado uso de los medicamentos representa, sin dudas, un importante tema de salud pública. En este plano, la Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) promueve el uso racional de medicamentos, apoyando las actividades de las autoridades sanitarias y agencias reguladoras a favor de la correcta indicación, prescripción, dispensación y uso del medicamento, tendiendo a que esto sea al menor costo para el paciente y para la comunidad. La OMS calcula que, en el mundo, más de la mitad de los medicamentos se prescriben, dispensan o venden de forma inapropiada, y que la mitad de los pacientes no los toman correctamente. Este uso incorrecto puede adoptar la forma de un uso excesivo, insuficiente o indebido de medicamentos de venta con o sin receta. En los países en desarrollo, la proporción de pacientes tratados de conformidad con directrices clínicas es inferior al 40% en el sector público y del 30% en el sector privado. A la hora de buscar ejemplos, se puede observar que las estimaciones globales indican que la proporción de niños con

diarrea aguda que recibe la rehidratación oral necesaria es inferior al 60%, pero más del 40% recibe antibióticos innecesarios.

Entre los problemas frecuentes ante el uso incorrecto de medicamentos, se encuentran la polifarmacia y/o polimedicación (consumo o indicación de demasiados medicamentos); el uso excesivo de antibióticos; la prescripción no ajustada a directrices clínicas; y la automedicación inapropiada. Estos tipos de usos inapropiados resultan nocivos para los pacientes y constituyen un desperdicio de recursos. Entre sus consecuencias se encuentran:

- **LA RESISTENCIA A LOS ANTIMICROBIANOS.**

El uso excesivo de antibióticos aumenta la resistencia a los antimicrobianos y los medicamentos pueden dejar de ser eficaces para combatir las enfermedades infecciosas. Muchos procedimientos quirúrgicos y los tratamientos antineoplásicos no son posibles sin antibióticos para

luchar contra las infecciones. La resistencia prolonga las enfermedades y las estancias hospitalarias, y puede llegar a causar la muerte; su costo es de US\$ 4-5 mil millones al año en los Estados Unidos y de € 9 mil millones anuales en Europa.

- **LAS REACCIONES ADVERSAS A LOS MEDICAMENTOS Y LOS ERRORES DE MEDICACIÓN.**

Las reacciones adversas a los medicamentos originadas por su uso erróneo o por reacciones alérgicas pueden ser causa de enfermedad, sufrimiento y muerte. Se calcula que las reacciones adversas a los medicamentos cuestan millones de dólares al año.

- **EL DESPERDICIO DE RECURSOS.**

Del 10 a 40% de los presupuestos sanitarios nacionales se gasta en medicamentos. La compra de medicamentos directamente por el usuario puede causar graves dificultades económicas a los pacientes y a sus familias. Si los medicamentos no se prescriben y usan adecuadamente, se desperdician miles de millones de dólares de fondos públicos y personales.

- **LA PÉRDIDA DE CONFIANZA DEL PACIENTE.**

El uso excesivo de medicamentos de alto costo y baja incidencia contribuye a menudo al agotamiento de existencias y al aumento de los precios hasta niveles imposibles de alcanzar, lo cual merma la confianza del paciente; los malos resultados sanitarios, debidos al uso inadecuado de los medicamentos, también pueden reducir la confianza.

FACTORES QUE CONTRIBUYEN AL USO INCORRECTO DE LOS MEDICAMENTOS:

- **FALTA DE CONOCIMIENTOS TEÓRICOS Y PRÁCTICOS.**

Las dudas sobre el diagnóstico, la falta de conocimientos de los prescriptores sobre los enfoques diagnósticos óptimos, la inexistencia de información independiente, como pueden ser las directrices clínicas y la falta de oportunidades para efectuar un seguimiento de los pacientes o el temor a posibles pleitos, son factores que contribuyen a la prescripción y dispensación inadecuadas de los medicamentos.

- **PROMOCIÓN DE LOS MEDICAMENTOS INAPROPIADA Y CONTRARIA A LA ÉTICA POR PARTE DE LAS EMPRESAS FARMACÉUTICAS.**

La mayoría de los prescriptores obtienen la información sobre los medicamentos de las empresas farmacéuticas, y no de fuentes independientes, como las directrices clínicas. Esto puede conducir, a menudo, al uso excesivo. En algunos países está permitida la publicidad de medicamentos que necesitan receta, lo cual puede llevar a los pacientes a presionar a los médicos, pidiéndoles medicamentos innecesarios.

- **BENEFICIOS DE LA VENTA DE MEDICAMENTOS.**

En muchos países del mundo, los minoristas prescriben y venden medicamentos sin necesidad de solicitar la receta cuando lo requieren. Cuanto más vendan, mayores serán sus ingresos, lo cual conduce al consumo excesivo de medicamentos y en particular, de los más caros.

- **DISPONIBILIDAD DE MEDICAMENTOS SIN RESTRICCIONES.**

En muchos países, la prescripción de medicamentos como los antibióticos se hace libremente, sin necesidad de receta. Esto conduce al consumo excesivo, a la automedicación inapropiada y a la inobservancia de las indicaciones posológicas.

- **SOBRECARGA DE TRABAJO DEL PERSONAL SANITARIO.**

Muchos prescriptores apenas tienen tiempo para dedicar a cada paciente, lo cual puede derivar en diagnósticos y tratamientos deficientes. En esas circunstancias, se basan en hábitos no actualizados de prescripción porque no tienen tiempo para actualizar sus conocimientos sobre los medicamentos.

- **MEDICAMENTOS DE ALTO COSTO POR INASEQUIBLES.**

En los lugares donde los medicamentos tienen alto costo, los pacientes pueden no comprar las cantidades necesarias para un tratamiento completo o no comprar ningún medicamento en absoluto. En lugar de ello, pueden buscar alternativas para adquirirlos a través de Internet u otras fuentes, o utilizar los medicamentos que han sido prescritos a sus familiares o amigos.

- **INEXISTENCIA DE POLÍTICAS FARMACÉUTICAS NACIONALES COORDINADAS.**

Las políticas básicas recomendadas por la OMS para garantizar el uso apropiado de los medicamentos sólo se aplican en menos de la mitad de los países del mundo. En la Región de las Américas, sin embargo, numerosas naciones cuentan con políticas farmacéuticas ya establecidas. Dichas políticas incluyen medidas e infraestructuras apropiadas para monitorizar y reglamentar el uso de los medicamentos, y para capacitar y supervisar a los profesionales sanitarios que realizan las prescripciones.

ACCIONES DEL PAÍS EN PREVENCIÓN Y CONTROL

En Argentina, el Estado lleva adelante el programa Remediador + Redes, a través del cual lleva entregados más de 1,5 millón de botiquines de medicamentos esenciales, lo que implica una cobertura para más de 15 millones de personas del país, con el objetivo de prevenir y tratar enfermedades. El programa también apunta a mejorar la capacidad de respuesta de los centros de atención primaria de salud, los cuales son un punto estratégico de contacto con la comunidad y una puerta de entrada de la población al

Sistema de Salud. A su vez, el país cuenta con la llamada “Ley de Prescripción de Medicamentos por su Nombre Genérico” que obliga a prescribir los medicamentos por el nombre de su droga genérica, con el fin de brindarle al paciente la posibilidad de elegir la marca del medicamento y, a su vez, evitar fuertes subas en los precios.

Para asegurar la legitimidad de esos medicamentos, la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT) puso en marcha en 2011 el sistema de trazabilidad, que consiste en un mecanismo de identificación individual y unívoca de cada unidad de las especialidades medicinales a ser comercializadas, lo que permite efectuar el seguimiento de cada unidad a través de toda la cadena de distribución de medicamentos. Este sistema busca asegurar el control de los productos, garantizar el origen y la legitimidad, contribuir a erradicar la circulación de aquellos de origen dudoso y desalentar su falsificación. El organismo también realiza inspecciones para controlar la calidad de los medicamentos.

La ANMAT se convirtió en 2010 en el primer organismo de la región en ser acreditado como Autoridad Reguladora Nacional de Medicamentos de Referencia de la OPS, reconocimiento otorgado por un grupo de expertos de varias naciones. Además, actualmente ocupa una de las dos vicepresidencias del mecanismo global de la OMS contra el proceso de falsificación de medicamentos.

Precisamente, este mecanismo fue puesto en marcha en noviembre de 2012, en Buenos Aires, durante la Primera Reunión del Mecanismo de Estados Miembros sobre Productos Médicos de Calidad Subestándar, Espurios, de Etiquetado Engañoso, Falsificados o de Imitación, realizada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Ministerio de Salud de la Nación, con funcionarios y expertos de 76 países.

Los asistentes al encuentro acordaron avanzar en el fortalecimiento de las capacidades de regulación de las naciones para combatir la falsificación de medicamentos, considerado un problema de salud pública global que debe ser abordado en forma conjunta. Se comprometieron, además, a identificar las acciones y comportamientos que permitan prevenir y controlar la adulteración de productos para garantizar el acceso a medicamentos seguros y de calidad.

Durante la reunión, también se decidió la conformación de un comité global con delegados de países de cada región de la OMS, para monitorear el cumplimiento del plan de trabajo diseñado en el marco del nuevo mecanismo que contempla el mejoramiento de los organismos nacionales reguladores, potenciando su capacidad y el control de calidad de los laboratorios a través de políti-

cas e instrumentos legales, además de acciones de educación a los consumidores, los profesionales de la salud y la industria. Los participantes de la cumbre también instaron a desarrollar metodologías para acceder a información veraz sobre este asunto y reafirmaron la importancia de promover la transferencia de tecnologías para obtener productos seguros. Además, exhortaron a establecer guías de respuesta ante la eventual detección de medicamentos espurios y a fortalecer los mecanismos de las cadenas de distribución para evitar la infiltración de productos falsificados.

La creación de este mecanismo fue dispuesta durante la 65° Asamblea Mundial de la Salud, celebrada en mayo de 2012, para la colaboración internacional en las estrategias contra la falsificación de medicamentos, desde la perspectiva de salud pública y con exclusión de consideraciones relacionadas con el comercio y la propiedad intelectual.

La fabricación, distribución y venta de productos médicos de calidad subestándar, espurios, de etiquetado engañoso, falsificados o de imitación (SSFFC, en inglés) es un problema que afecta el acceso a un bien público global de salud y pone en peligro la salud de la población de todas las regiones y los Estados miembros. Su impacto en la salud y la vida de millones de personas por falta de acción curativa o por daños directos causados por tales productos, requiere la adopción de este nuevo mecanismo de salud global, que permita una buena estandarización de los procedimientos de control a nivel mundial.

Para eso, la OPS/OMS asesora a los países con el fin de que ejecuten programas nacionales de fomento del uso racional de los medicamentos mediante estructuras y medidas de política, información y educación.

La Organización promueve la creación de organismos nacionales que coordinen las políticas sobre el uso de los medicamentos y hagan un seguimiento de sus repercusiones; la formulación de directrices clínicas basadas en datos probatorios destinadas a la capacitación, supervisión y apoyo, a la toma de decisiones relacionadas con los medicamentos; la elaboración y actualización de listas de medicamentos esenciales para ser utilizadas en la adquisición de medicamentos; la creación de comités distritales y hospitalarios de medicamentos y tratamientos que apliquen intervenciones para mejorar el uso de los medicamentos y efectúen el seguimiento farmacoterapéutico; la inclusión en los estudios universitarios de cursos de farmacoterapia, la oferta de información pública independiente y no sesgada sobre los medicamentos, el fomento de la educación de la población en este tema y la formulación de reglamentaciones que garanticen que las actividades de promoción se ajustan a criterios éticos.

PRÁCTICAS RELACIONADAS CON EL USO SEGURO DE MEDICAMENTOS

María Tourón* y Florencia Koch*; médicas especialistas en medicina interna.

* Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria (IECS). Ravignani 2024, (CP1414CPV). Ciudad de Buenos Aires, Argentina.

Teléfono: (+5411) 4777-8767. Página web: www.iecs.org.ar



INTRODUCCIÓN

En EEUU, se estima que los errores médicos serían los causantes de entre 44.000 y 98.000 muertes anuales, de acuerdo a un informe del “Institute of Medicine” de ese país, de 1999. Hipotéticamente, el error médico produce, entonces, más muertes que la enfermedad de Alzheimer¹. El evento adverso más frecuente en países desarrollados es aquel relacionado con el uso de medicamentos. Se estima que son 770.000 a 1.500.000 las personas que sufren algún daño o que mueren anualmente en Estados Unidos por eventos adversos asociados a medicamentos². El 6.5% de los pacientes internados sufrirá una reacción adversa a medicamentos y, el 28% de éstas, se considera que podrían prevenirse³. Los errores de medicación tienen origen muy diverso, pero se sabe que el 81% de los errores tienen relación con la prescripción⁴, dentro de los cuales las abreviaturas representan el 4,7% de estos errores.

La administración es una de las últimas etapas del complejo proceso del uso de medicamentos en las instituciones de salud. Esto determina que sea una etapa fundamental a la hora de interceptar problemas que pudieran haberse suscitado en etapas previas del proceso, como durante la prescripción o dispensación de fármacos. De por sí, es una etapa de enorme complejidad. En la administración correcta de medicamentos, deben tenerse en cuenta diversos factores, lo que significa que sea una de las fases, junto a la de prescripción, más propensas a error.

Es por eso que, implementar prácticas de prevención de error y mitigación de daño producido por medicamentos, es uno de los focos de mayor atención en las organizaciones de salud serias, que día a día rediseñan sus procesos para evitar el daño a los pacientes. También, el rediseño de procesos sirve para que no sea el “último hombre en la línea” (el enfermero o el médico, generalmente) el que cargue con el peso y la

responsabilidad de administrar correctamente un medicamento o de deducir en 15 minutos cuáles son las indicaciones de alta más seguras para ese paciente, por falta de transmisión de datos durante toda la estancia del paciente.

Por lo tanto, a continuación se describirá un grupo de prácticas que en la actualidad se recomiendan para el uso seguro de los medicamentos.

PRÁCTICAS QUE AUMENTAN LA SEGURIDAD EN EL USO DE MEDICAMENTOS

1) IDENTIFICAR LA MEDICACIÓN DE ASPECTO O NOMBRE PARECIDO. TAMBIÉN LLAMADO EFECTO LASA (DEL INGLÉS: LOOK ALIKE, SOUND ALIKE).

Los medicamentos, muchas veces, pueden tener nombres similares o fonéticamente ser parecidos. El problema subyace en la confusión que ocurre cuando se prescribe una droga y se confunde con otra, ya sea por la similitud de su escritura, de su fonética o de su envase. Las confusiones de escritura y fonética se agravan exponencialmente en la práctica si se toman además los nombres comerciales de los medicamentos.

La lista de medicamentos con efecto LASA es muy extensa. A modo de ejemplo, algunos pares de medicamentos con efecto LASA fonético y de escritura son:

DOXAZOCINA VS. DIGOXINA

- **Digoxina:** antiarrítmico
- **Doxazocina:** tratamiento de la hiperplasia prostática benigna / antihipertensivo

LEVOTIROXINA VS. LEVOFLOXACINA

- **Levotiroxina:** hormona tiroidea
- **Levofloxacina:** antibiótico del grupo de las quinolonas

METIMAZOL VS. METRONIDAZOL

- **Metimazol:** tratamiento del hipertiroidismo
- **Metronidazol:** antibiótico

TERAZOCINA VS. TORASEMIDA

- **Terazocina:** tratamiento para la hiperplasia prostática benigna
- **Torsemida:** diurético

PIRIDOSTIGMINA VS. PIRIDOXINA

- **Piridostigmina:** tratamiento de la miastenia gravis anticolinesterásico
- **Piridoxina:** vitamina

A estos ejemplos, debemos agregarles los problemas que los envases de fábrica le aportan a las confusiones. En los sectores de internación, el parecido de ciertas ampollas con contenidos distintos, representa un problema cotidiano en el sector de enfermería.

Para evitar el error médico de tipo LASA, y basándonos en las propuestas de la Organización Mundial para la Salud (OMS), se recomienda:

- Confeccionar un listado de medicamentos LASA dentro de cada institución de salud anualmente.
- Reducir el número de órdenes verbales.
- Fomentar la lectura de la etiqueta del producto antes de la administración en vez de confiar en el aspecto del envase y la asociación por recuerdo con el medicamento.
- Corroborar el propósito de un medicamento prescrito y el diagnóstico del paciente antes de administrarlo.
- Incluir tanto el nombre de la droga como el nombre comercial en el envase y las prescripciones. Se recomienda utilizar letras más grandes para el nombre del medicamento genérico. Este punto se recomienda fuertemente en aquellas instituciones que fraccionan los envases de comprimidos en monodosis para dispensarlos a los sectores de internación.
- Fomentar la prescripción electrónica (o con procesador de texto) y su impresión para evitar la ilegibilidad de la orden.
- Enfatizar las prescripciones de medicamentos LASA utilizando letra mayúscula, y más “alta” en la porción variable de la escritura. Ejemplo: cefTRIAXONA vs. cefTAZIDIME. Para esto, el personal médico debe ser capacitado y conocer bien este problema que aqueja cotidianamente a sectores de enfermería y farmacia. Las soluciones electrónicas también son viables.
- Guardar los medicamentos por otro orden que no sea el alfabético o en dispensadores automáticos.
- Utilizar colores diferentes (estandarizados por la institución) para identificar los distintos medicamentos cuando están almacenados.

2) RESTRINGIR EL USO DE ABREVIATURAS

Existe mundialmente una lista de abreviaturas que no deben utilizarse (“Do not use” list). La lista no es muy extensa y se han agregado algunas sugerencias. Claro está que, esta lista varía según el idioma.

Las estrategias para modificar estas conductas son tres: educación, refuerzo y liderazgo. El advenimiento de la prescripción electrónica está modificando este punto, ya que elimina la caligrafía ilegible y puede restringir las abreviaturas, dependiendo del programa. En este aspecto, los sistemas electrónicos de prescripción reducen la ilegibilidad a menos de 0.1%⁵.

NO UTILIZAR	RIESGO POTENCIAL	RECOMENDADO
U, u (unidad) o UI (unidades internacionales)	Puede confundirse con un 0 (cero), "4" (cuatro) o "cc"	Escribir "Unidad"
Falta de 0 previo a decimal	Se pierde el detalle de la coma y se confunde con el número completo (ej: .8 en vez de 0.8 se lee "8")	Escribir el cero previo a un decimal
">" mayor a "<" menor a	- Se confunde con "7" o la letra "L" - Por desconocimiento del significado se interpreta al revés	Utilizar la expresión "mayor a" o "menor a"
CC (centímetros cúbicos)	Se confunde con "UI" cuando se escribe mal	Escribir "ml", "mL" o "mililitros"
ug (microgramos)	Se confunde con miligramos (mg)	Escribir "mcg" o "microgramos"
SM o MSO o MgSO4	Se confunden abreviaturas de sulfato de magnesio con sulfato de morfina	Escribir el nombre del medicamento completo
Abreviaturas de drogas	Pueden interpretarse erróneamente	Escribir el nombre de las drogas completo

3) CONTROLAR LA MEDICACIÓN DE ALTO RIESGO

Se consideran "medicamentos de alto riesgo" a aquellos que ante un error, pueden producir un daño grave, e incluso la muerte de un paciente. En general, existe consenso con respecto a las listas de medicamentos que componen esta categoría. A modo de ejemplo, algunos de los medicamentos son los opioides (morfina y sus derivados), la insulina y los hipoglucemiantes orales, las heparinas, los anestésicos, los sedantes como el midazolam, algunos antiarrítmicos como los betabloqueantes, los electrolitos de alta concentración, etc.

Los electrolitos de alta concentración inyectables son particularmente peligrosos, ya que muchas veces una sola ampolla de los mismos mal administrada puede ocasionar la muerte de un paciente. El cloruro de potasio en una concentración de mayor a 2mEq/ml es considerado el de mayor cuidado por la frecuencia en la que causa daño. Sin embargo, el fosfato de potasio y la solución salina hipertónica (>0.9%) también son considerados de riesgo. Durante los dos primeros años del programa de reporte de eventos centinela que administra la Joint Commission en E.E.U.U. (1996-1997), se reportaron 10 muertes por administración de cloruro de potasio accidental, lo cual alertó a la comunidad médica. Se considera que se debe supervisar y controlar en una organización todos los procesos que involucran este componente concentrado: el acceso, la prescripción, el pedido, la preparación, la dispensación, el rotulado y la administración. Todos estos procesos deben tener un procedimiento con restricciones y regulado a través de

documentación. Idealmente, se propone retirar todo el cloruro de potasio concentrado en ampollas de todas las unidades de atención de pacientes y sólo pueden almacenarse en áreas de preparación y/o bajo llaves. Si un farmacéutico no puede proveer la preparación diluida o no existe un área de preparación, sólo una enfermera entrenada, un médico o un técnico en farmacia pueden realizar esta tarea. Siempre se administrará cloruro de potasio en bombas de infusión. Si se requiere potasio en áreas especializadas, éste debe estar identificado con colores fluorescentes que contengan la leyenda: "DEBE SER DILUÍDO". En todos los casos, la dilución, la velocidad de la bomba y la conexión de las tubuladuras deben ser verificadas antes de iniciar el goteo por una segunda persona calificada, a través de un listado de verificación estandarizado de chequeo. La velocidad de infusión del cloruro de potasio y sus modificaciones sólo pueden ser determinadas por un médico en la prescripción. Además, todas las diluciones deben rotularse como "medicación de alto riesgo". Y por supuesto, las políticas de una organización deben velar por la capacitación y recertificaciones del personal calificado para esta tarea.

En un futuro, se espera que a nivel gubernamental se tomen cartas en el asunto, imponiendo la producción y venta de soluciones ya diluidas de manera estandarizada de cloruro de potasio⁶, para evitar gran parte de estos inconvenientes de control.

4) CONCILIAR MEDICAMENTOS DEL PACIENTE

La conciliación de medicamentos se define como "ase-

gurar la precisión en la medicación de un paciente en las áreas de transición de cuidados⁷. Con “transición”, nos referimos básicamente a 4 momentos hospitalarios que atraviesa el paciente: el ingreso, la migración de área de atención, el cambio de personal de la salud que lo atienden en la rotación laboral diaria habitual (médicos y/o enfermeras) y el egreso hospitalario del paciente. Por lo tanto, también forma parte de las prácticas recomendadas para la comunicación efectiva durante los traslados. El objetivo es encontrar en los medicamentos indicados y administrados las discrepancias, duplicaciones, omisiones, contraindicaciones, los errores de dosis, etc. En general, el equipo de evaluación de conciliación debe estar compuesto por médicos, farmacólogos y enfermeros. Este punto es pilar en las prácticas recomendadas y es fundamental tener un programa de estas características para lograr acreditar interna y externamente en calidad y seguridad de pacientes. Requiere un buen programa en donde se definan las tareas de cada sector con mucha capacitación y compromiso por parte del personal, ya que no existen soluciones rápidas o fáciles para esta práctica.

Recomendaciones:

- Recolección estandarizada del listado de medicamentos, que toma en su casa el paciente, la cual debe ser documentada en las indicaciones diarias. La recolección de este dato debe ser dentro de las primeras 24 hs. (o menos para medicamentos de alto riesgo). Por lo tanto, es importante que las historias clínicas cuenten con un espacio en donde la conciliación de medicamentos sea un ítem de jerarquía al momento del ingreso de los pacientes.
- No omitir en el listado anterior los medicamentos de venta libre como analgésicos no esteroideos como el ibuprofeno o aspirina (llamados “over-the-counter” en inglés), vitaminas, suplementos dietarios, yuyos y drogas recreacionales.
- Determinar siempre dosis, frecuencia, vía de administración, última dosis, y nivel de adherencia si es posible.
- Siempre es conveniente dejar asentada la fuente que provee al paciente de medicamentos. No garantiza la misma constancia en la toma si debe buscar muestras gratis en el consultorio médico que si cuenta con los recursos para comprarlos periódicamente en la farmacia.
 - Mantener actualizada durante inducción los medicamentos que ha recibido el paciente y los que eventualmente pudiera tomar por su cuenta.
- Asignar a cada uno de los actores del equipo multidisciplinario su rol y responsabilidad en la conciliación.
- Formular un listado conciliado al alta, en donde se aclare qué medicamento es nuevo, cuál está suspendido y cuál debe ser continuado como antes.

- Incorporar este ítem en la capacitación del personal a su ingreso durante la inducción.

Además, para evitar este tipo de problemas, en pacientes polimedicados es fundamental tener programas de educación del paciente y su familia, con respecto a la importancia de tener un listado completo y actualizado disponible.

5) INTERACTUAR CON FARMACÓLOGOS CLÍNICOS EN LAS ORGANIZACIONES

Los farmacólogos clínicos juegan un rol reconociendo e interceptando los posibles errores médicos en la prescripción antes de la dispensación. Si bien no pueden modificar las prescripciones médicas, estos interactúan cotidianamente en los sectores de internación con los médicos asesorándolos y moderando las decisiones farmacológicas (tiempo de duración de antibióticos por patología, interacciones medicamentosas con riesgo, ajustes de dosis por edad o función renal, recalculando dosis por peso, evaluando contraindicaciones, etc.). También actúan en la conciliación de medicamentos. El rol del farmacéutico clínico con su accionar es prevenir el daño o reducir un daño mayor al hecho. Esta intervención ha demostrado reducir el 66% aproximadamente de los eventos adversos prevenibles por medicamentos⁸. También, está reportada la simbiosis favorable entre los médicos internistas y los farmacólogos clínicos, por lo cual hace a esta práctica altamente aplicable. No es infrecuente que los farmacólogos participen de las recorridas médicas para comprender mejor la situación del paciente y hacer recomendaciones pertinentes. Los estudios realizados con esta práctica, tanto en áreas de emergencias, pediatría, instituciones geriátricas, en medicina ambulatoria y en patología crónica, han demostrado beneficios en la reducción de eventos adversos y, en algunos casos, con reducción de mortalidad⁹.

6) ADMINISTRACIÓN SEGURA DE MEDICAMENTOS

Tradicionalmente, la práctica de la enfermería ha tenido en cuenta los “5 correctos” al momento de administrar un medicamento: paciente, medicación, vía, dosis y horario correcto. A estos cinco se agregaron, en el último tiempo, cuatro correctos más: registro, acción, forma farmacéutica y respuestas correctas¹⁰:

PACIENTE CORRECTO: es prioritario que el medicamento correcto se administre al paciente correcto. Para lograr esto, es fundamental que personal encargado (generalmente enfermería), realice la identificación del paciente a través del chequeo de identidad, con el medicamento dispensado de la farmacia y la prescripción médica. El sistema más comúnmente empleado para el

chequeo de identidad es el uso de pulseras que se colocan a los pacientes al ingreso a la institución, los que contienen al menos dos datos identificadores (nombre y apellido y número de identidad o fecha de nacimiento, por ejemplo)¹¹. En algunas instituciones, existen sistemas de códigos de barra que han demostrado mejorar la seguridad del sistema de identificación, disminuyendo la posibilidad de error¹². En algunas ocasiones, hay pacientes que tienen el mismo nombre. Para evitar errores por identificación en este caso, además de usar el chequeo descripto, se propone también que se adjudiquen habitaciones separadas para evitar errores de administración.

MEDICAMENTO CORRECTO: un estudio realizado en Brasil en un hospital público universitario analizó los errores de medicación de la sala de internación clínica. El 13% de los errores de medicación identificados se debieron a administración incorrecta del fármaco, siendo éste uno de los tres tipos más prevalentes de error¹³. Algunas de las causas relacionadas con estos errores son: medicación con efecto LASA, abreviaturas, ilegibilidad de letra, falta de chequeo sistemático de alergias conocidas, etc. Ya mencionamos previamente algunas medidas que pueden adoptarse para intentar solucionar estos problemas.

VÍA CORRECTA: los medicamentos deberían ser administrados sólo a través de la vía prescrita. En ocasiones existen problemas por uso de dispositivos para la administración, que permiten este tipo de errores. Por ejemplo, uso de jeringas iguales para la administración de drogas por vía oral y endovenosa. Los dispositivos de administración son fundamentales para evitar este tipo de problemas, es decir, el diseño de los conectores, tubos, jeringas y catéteres. La mejor solución se encuentra en la introducción de características de diseño que eviten las conexiones incorrectas. La OMS sugiere prohibir el uso de jeringas de conexión Luer estándar para la administración de medicamentos orales o alimentos por sonda. Otra medida importante para evitar errores de administración por vía incorrecta es el etiquetado de alerta, advirtiendo sobre vías de alto riesgo, como las epidurales o intrarraquídeas¹⁴.

HORARIO CORRECTO: los medicamentos deben administrarse con la frecuencia necesaria que garantice su adecuada acción terapéutica. La frecuencia de administración en horarios diferentes al prescrito mencionada en la literatura latinoamericana es del 32,4% de los casos¹⁵. Algunos de los factores que propician este tipo de error son la sobrecarga de trabajo, la falta de coordinación de las actividades y el retraso en las demás fases del proceso del medicamento. Es necesario realizar un correcto y realista análisis de la carga de trabajo de enfermería para lograr cumplir adecuadamente este objetivo.

DOSIS CORRECTA: este es otro de los errores más frecuentes a la hora de administrar medicamentos. Uno de los posibles factores que contribuyen a este tipo de error son los problemas de escritura (la omisión de los ceros antes del decimal ej. .6 en lugar de 0.6), lo que puede llevar a que un paciente reciba 10 veces la dosis esperada. Otra causa común de este tipo de errores son los problemas por mala conciliación de medicamentos tomando listados de medicamentos con fallas, ya sea porque el paciente desconoce las dosis de medicación que toma o porque la información disponible es errónea. Es fundamental que tanto enfermeros como farmacéuticos colaboren con el profesional médico en la prescripción de la dosis correcta, ya que también en ocasiones pueden existir errores de índole cognitiva, lapsus, que determinen una prescripción incorrecta. En este punto es importante recalcar la importantísima ayuda de los medios de información como manuales y vademécums que deben auxiliar ante dudas de dosis o formas de preparación de medicamentos. Es importante que estos estén siempre al alcance de los profesionales en los sitios de atención de pacientes.

ACCIÓN CORRECTA: este “correcto” se refiere a que la prescripción del medicamento sea realizada por una razón adecuada. Esta tarea debe realizarse en conjunto con el equipo de salud. Si bien la mayor responsabilidad recae sobre el profesional médico, tanto farmacéuticos como enfermeros deben colaborar en el plan terapéutico de un paciente.

REGISTRO CORRECTO: es fundamental que el registro refleje de manera completa y eficaz los datos relacionados con la administración de medicamentos, ya que es la forma en que el equipo de salud puede comunicarse de manera segura y conocer con exactitud el tratamiento administrado al paciente. Con frecuencia, es necesario revisar esta fase del proceso, adecuándolo a los nuevos avances tecnológicos para facilitar esta tarea prioritaria de enfermería.

FORMA CORRECTA: este ítem se refiere a la forma farmacéutica de un medicamento. En ocasiones, ciertas formas farmacéuticas son más apropiadas que otras para los pacientes, de acuerdo a su situación clínica. Algunos medicamentos, como los comprimidos de recubrimiento entérico, no deben ser triturados para su administración, y por lo tanto, no deben prescribirse para pacientes con sondas naso-enterales, ya que, de esta forma, pierden su propiedad de evitar la irritación gástrica¹⁶. Es por eso que el médico debe trabajar en equipo con la enfermera y el farmacólogo, para poder intercambiar conocimientos y ofrecer el mejor tratamiento posible para los pacientes como equipo.

RESPUESTA CORRECTA: luego de la administración de los medicamentos es importante verificar su efecto en el paciente. Algunos fármacos requieren de estudios adicionales de control, como la insulina o los anticoagulantes. Este ítem se refiere al correcto control de pacientes que reciben medicamentos que requieren de un monitoreo activo. También es importante el monitoreo y registro de reacciones adversas que pudieran surgir tras la administración, como reacciones alérgicas u otros eventos adversos.

CONCLUSIONES

Como pudimos apreciar a través de este capítulo, el proceso de uso del medicamento es complejo por diversos factores: intervienen diferentes actores que deben interrelacionarse correctamente entre sí; el proceso requiere de múltiples etapas, todas las cuales también generan una interrelación; los medicamentos tienen el potencial de salvar vidas pero conllevan en sí mismos riesgos que dependen de su uso pero también de sus propiedades químicas. Es por eso que el médico debe trabajar en equipo con la enfermera y el farmacólogo para poder prescribir correctamente intercambiando conocimientos y ofreciendo el mejor tratamiento posible como producto seguro en base al conocimiento del equipo en su conjunto.

En tal complejidad de escenario, debemos siempre tener en cuenta factores que ayuden a que el uso de medicamentos sea día a día más seguro: el uso de protocolos de tratamientos, la capacitación del personal constante, el etiquetado y almacenamiento correcto y tendiente a evitar errores, sistemas informáticos de apoyo para prescripciones, alertas electrónicas, y fundamentalmente, involucrar al paciente y su familia en este proceso del cual es un actor primordial.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Melonie Heron, Ph.D. Deaths: Leading Causes for 2007. National Vital Statistics Reports. Vol. 59, No. 8, August 26, 2011.
2. Las soluciones de seguridad del paciente. Organización Mundial para la Salud; 2007. Disponible en página web: <http://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/PatientSolutionsSPANISH.pdf>
3. Leape LL, MD. Scope of Problem and History of Patient Safety. *Obstet Gynecol Clin N Am* 35 (2008) 1–10.
4. Making Health Care Safer II: An Updated Critical Analysis of the Evidence for Patient Safety Practices. Evidence Report/Technology Assessment preparado para AHRQ. Número 211, Mar 2013.
5. Making Health Care Safer II: An Updated Critical Analysis of

- the Evidence for Patient Safety Practices. Evidence Report/Technology Assessment preparado para AHRQ. Número 211, Mar 2013.
6. Las Soluciones de seguridad del Paciente. Organización Mundial Para la Salud; 2007. Disponible en página web: <http://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/PatientSolutionsSPANISH.pdf>
7. Las Soluciones de seguridad del Paciente. Organización Mundial Para la Salud; 2007. Disponible en página web: <http://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/PatientSolutionsSPANISH.pdf>
8. Leape L et al. Pharmacist participation in physician rounds and adverse drug events in the intensive care unit. *JAMA*. 1999 Jul 21;282(3):267-70.
9. Bond CA Raehl CL. Clinical pharmacy services, pharmacy staffing and hospital mortality rates. *Pharmacotherapy*. 2007 Apr;27(4): 481-93.
10. Bortoli Cassiani SH, Nogueira de Deus N, Carneiro Capucho H. Administración segura de medicamentos. Capítulo 16. Enfermería y seguridad de los pacientes. OPS-OMS. 2011.
11. Las Soluciones de seguridad del Paciente. Organización Mundial Para la Salud; 2007. Disponible en página web: <http://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/PatientSolutionsSPANISH.pdf>
12. Poon EG et al. Effect of bar-code technology on the safety of medication administration. *N Engl J Med*. 2010 May 6;362(18):1698-707.
13. Bortoli Cassiani SH, Nogueira de Deus N, Carneiro Capucho H. Administración segura de medicamentos. Capítulo 16. Enfermería y seguridad de los pacientes. OPS-OMS. 2011.
14. Las Soluciones de seguridad del Paciente. Organización Mundial Para la Salud; 2007. Disponible en página web: <http://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/PatientSolutionsSPANISH.pdf>
15. Bortoli Cassiani SH, Nogueira de Deus N, Carneiro Capucho H. Administración segura de medicamentos. Capítulo 16. Enfermería y seguridad de los pacientes. OPS-OMS. 2011.
16. Bortoli Cassiani SH, Nogueira de Deus N, Carneiro Capucho H. Administración segura de medicamentos. Capítulo 16. Enfermería y seguridad de los pacientes. OPS-OMS. 2011.

LOS ERRORES DE MEDICACIÓN; CULTURA Y FACTOR HUMANO

Matías Milberg. Médico, Preside el Comité de Seguridad en la Atención de los Pacientes de CEMIC

Marcela Rousseau. Farmacéutica, Presidente de la Asociación Argentina de Farmacéuticos de Hospital (AAFH).



La mayor parte de la población se ve expuesta, en algún momento de su vida, a tratamientos con drogas en cualquiera de sus formas y vías de administración, y estas conllevan un potencial iatrogénico variable pero siempre presente. Los eventos adversos relacionados a drogas utilizadas (o no utilizadas) en salud constituyen una fuente importante de daño para la población general, probablemente la mayor amenaza “individual” para la seguridad de los pacientes¹. Esto tiene que ver con el creciente arsenal terapéutico que se ofrece y su elocuente peligrosidad, en un sistema que se ha complejizado vertiginosamente y no ha sabido dar las respuestas necesarias para acompañar los cambios en forma apropiada.

Para justificar esta incapacidad confluyen muchos determinantes que resumen la cultura imperante en el sistema de salud que históricamente ha tenido, y aún hoy tiene, muy bajas expectativas en seguridad. Al revisar los de-

terminantes culturales, podremos interiorizarnos en las lógicas de funcionamiento que son comunes a muchos procesos que rigen en la medicina en general pero que, a su vez, abre matices propios que resultan a la postre tan importantes como los primeros. Con fines didácticos, agruparemos esos determinantes: “la complejidad del sistema”; “la comunicación sobrentendida”; “los roles ausentes”; “los incentivos y el cambio”. Por último, intentaremos focalizar en nuestra realidad con sus obstáculos y, desde allí, imaginar un escenario con una nueva realidad más segura.

En todo este periplo, describiremos lo que es una forma de pensar, hacer y vivir la salud que no es otra cosa que la cultura vista esta desde la perspectiva de la seguridad, y poniendo énfasis en algunos aspectos de lo que se conoce en la especialidad como “El factor humano” de la seguridad. Intentar implementar cambios que persiguen mejorar la seguridad en la atención de los pacientes, sin

tener en cuenta que la cultura imperante y sus determinantes puede llevar al fracaso de dichas iniciativas.

LA COMPLEJIDAD DEL SISTEMA

Desde que una prescripción aparece en el pensamiento del médico, hasta que se concreta en forma de una droga administrada, ocurren decenas de pasos que serán llevados adelante por numerosas personas que forman parte de diferentes equipos. Aún si se diera el caso poco probable de que la tasa de error de los involucrados fuera del 1%, en la acumulación de errores de un proceso con supuestos 50 pasos, cada prescripción conllevaría un riesgo de que algo salga mal de cerca del 40%. A su vez, los tipos de errores presentes varían en calidad y cantidad acorde a la variedad interindividual propia del ser humano y los momentos. Si además, dentro de un proceso, están involucradas la comunicación entre sus componentes y la interacción colectiva como partes requeridas del mismo, este adquiere una complejidad mayúscula, con resultados difíciles de prever. Esto es lo que ocurre cotidianamente en la medicina en general y en el proceso de la medicación en particular, cuestión que ha sido advertida por investigadores de otras ciencias², pero que parece no ser tenida demasiado en cuenta por la mayoría de quienes participan en el ámbito de la salud.

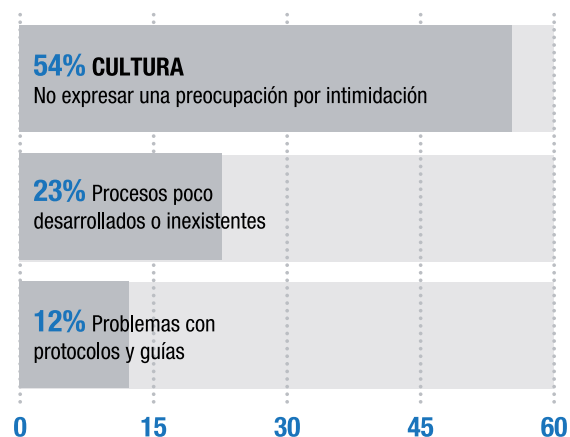
Como resultante de este hecho, cada uno de los integrantes del proceso referido, actúan asumiendo que, lo que sigue “corriente abajo” en el circuito, ocurre por defecto y sin relación alguna con sus actos, de allí que no dedican energía para darle a sus actos el grado de seguridad necesario. Esto resulta en un sistema conformado por procesos concebidos de este modo y, en consecuencia, no solo no es capaz de interceptar los errores antes de que lleguen al paciente sino que, peor aún, va creando las condiciones para que sus integrantes cometan, persistan y recurran en el error y en sus consecuencias.

En cualquiera de los errores detrás de los eventos relacionados a la utilización de medicamentos aparecen estas características del sistema los eventos por LASA (conocidos así del inglés “look alike sound alike”, medicación de similitud fonética y de aspecto), aquellos por prescripciones ilegibles, esos por abreviaturas locales o personales, los que ocurren por errores de cálculo en la dosificación o preparación, así como tantos otros, revelan un sistema que no contempla la seguridad y al que no se lo puede cambiar simplemente con el deseo o con la divulgación de una norma o una guía de práctica.

Otra de las lógicas que esconde el sistema en la propia naturaleza de su funcionamiento (al menos en una buena parte de ella), es que debe producir para subsistir (entendiendo producir desde su acepción económica, como el

hecho de generar ingresos o ganancias para hacer la actividad sustentable). En muchos de los establecimientos en los que se brindan servicios de salud, la supervivencia en el sector depende de un funcionamiento muy eficiente y una capacidad productiva que debe ser vigilada atentamente, pues los márgenes son muy estrechos. Esto también ocurre en los consultorios de los profesionales y allí resulta más fácil de reconocer. Los tiempos de las consultas se acortan para alcanzar la rentabilidad mínima necesaria, poniendo en riesgo muchas veces la seguridad de la atención. Este mismo fenómeno se da en las instituciones que deben prestar servicios y ocurre en todos los niveles de manera explícita muchas veces, pero la mayoría de ellas, de forma tácita. Desde esta presión por ser más eficiente y aumentar la producción, muchas veces se ignora la seguridad y se expone a los pacientes a riesgos innecesarios; dándose la paradoja de que muchos de los trabajadores de la salud que ayudan a mejorar la productividad del sistema, que son muy apreciados por este y reciben reconocimiento por ello, están siendo imprudentes con los pacientes, aún sin ser conscientes de ello³. Esta paradoja ocurre permanentemente pues, la salud, como sistema, no tiene aún incorporada la seguridad de atención a sus pacientes en todos sus procesos. Esto ocurre mayormente por un fenómeno cultural, pero sus consecuencias se traducen en la repetición sistemática de eventos adversos (Fig. 1).

FIGURA 1: ERRORES DESDE LA PERSPECTIVA DEL SISTEMA
CAUSAS PRINCIPALES



A safety culture transformation: its effects at a children's hospital. Peterson TH, Teman SF, Connors RH. J Patient Saf. 2012; 8:125-130.

Otro de los elementos característicos de nuestra cultura en el sistema de salud es que se trabaja en forma permanente en un contexto de carencias. Estas pueden ser de causa local en un determinado hospital o centro, regional o que atañe a un subsector, como también puede de-



berse a un fenómeno de alcance nacional. En cualquier caso, y más allá de la profundidad de afectación que cada sector/subsector experimente dentro del sistema de salud, una consecuencia ineludible que ocurre es la **adaptación a la situación**. La adaptación se da permanentemente y en todos los niveles de decisión; en la primera línea y en los niveles gerenciales. Esta adaptación puede suponer en la mente del lector la subnación del fenómeno, pero esto no ocurre en todos los casos; más aún, la solución en la mayor parte de los casos es una alternativa de inferior calidad. Aquí la palabra inferior puede adquirir matices que van de lo sutil hasta la total ausencia del acto. Las consecuencias no terminan en este punto ya que siempre que existe una carencia en la vida real, existen decisiones, responsabilidades y culpas (explícitas o implícitas) y a ese nivel de procesamiento intelectual también llegan las adaptaciones. Es decir que los involucrados resuelven estas situaciones estableciendo culpas ajenas y liberándose de algún grado de responsabilidad (que sirve para un hecho puntual u otros más o menos relacionados), generando las consecuentes complicidades, que inevitablemente se establecen cuando el sistema debe seguir funcionando sin solución de continuidad.

Las culpas y complicidades operan como anestésicos de las reacciones ante las carencias y esto determina que las alarmas se van perdiendo, los involucrados dejan de exigir y a su vez entienden que no pueden ser exigidos, aunque raramente puedan reconocer esto último en público. Otro corolario que se desprende de esta situación es que las personas que enfrentan estas carencias van estableciendo mecanismos de funcionamiento propios e individuales que, si bien demuestran mucha creatividad y utilidad en muchos casos, es casi siempre negativo desde el punto de vista de la seguridad del sistema.

Estas características del sistema mencionadas más arriba: procesos de múltiples pasos, presión por la producción e imposibilidad de detener el sistema para repararlo, así como las carencias y sus adaptaciones; resultan cruciales de contemplar cuando uno enfrenta los errores secundarios a medicación, especialmente cuando se intenta diseñar alternativas superadoras, ya que serán los principales obstáculos que se enfrentaran para su implementación.

LA COMUNICACIÓN SOBRENTENDIDA

Las fallas en la comunicación se encuentran presentes en casi el 70% de los eventos graves de seguridad que ocurren en medicina según surge de los análisis de causa raíz (ACR) de dichos eventos que se originan de los sistemas de reportes⁴. Esto es coherente con lo reportado por el resto de las industrias de riesgo donde este tipo de análisis se realizan; así por ejemplo en dos de los accidentes más conocidos de la industria aeroespacial, el del Challenger y el Columbia, los trastornos en la comunicación y la presión por ajustarse a un cronograma de despegue fueron sindicados como los principales determinantes de dichos sucesos.

¿Cuáles son los fenómenos comunicacionales que se encuentran alterados en la medicina y afectan la seguridad en la atención de los pacientes? La respuesta es muy sencilla; **todos**. Cuando uno repasa todos los momentos posibles en los que hay comunicación en juego en el sistema de salud e intenta imaginar qué podría salir mal en cada uno de ellos, se da cuenta de que no existe ningún esfuerzo voluntario sistemático destinado a prevenir las alteraciones en la comunicación. La comunicación formal varía de país en país, de provincia en provincia, de ciudad en ciudad, de hospital en hospital, de servicio en servi-

cio, de sala en sala y muchas veces, ¡de persona en persona! Ocurre en la comunicación escrita (prescripciones, evoluciones, reportes, partes, mails, etc) y en la verbal (pases, indicaciones, órdenes, pedidos, comunicación telefónica, etc); ocurre ahora y ocurrió siempre, antes era menos evidente y ahora, con la medicina tan compleja, es inocultable. ¿Por qué sucede esto? Porque la seguridad, como tal, nunca estuvo presente en el diseño de los procesos; o al menos no con el peso y las herramientas de que ésta dispone.

Ahora bien, ¿cuánta de esta realidad comunicacional afecta al proceso de la medicación? Si bien la respuesta se sugiere obvia, las consecuencias en este caso tienen implicancias peligrosas ya que están siempre merodeando al paciente de una manera inexorable, pues a ellos están dirigidas las drogas. A medida que la medicación “se acerca” al paciente, entramos en una etapa de la comunicación en seguridad que es aquella que más estructuración y formalidad requiere, y esta es a su vez, una de las más resistidas por el indomable deseo de libertad, autonomía y creatividad invocados desde la omnipotencia médica. Así, a las repeticiones o redundancias, que la seguridad visualiza como un acto ineludible y una herramienta valiosa, en especial cuando la comunicación ocurre más cerca del paciente; la vieja cultura del sistema de salud lo ve como un acto inútil y carente de sentido, casi insultante.

En medicina en general, la comunicación se da por sobre entendida y se deja librada a la resolución que cada trabajador del área decida implementar. Una muestra evidente de ello, así como una de sus causas, es que no se enseña en los lugares en donde se forman sus profesionales. No existía hasta hace muy poco tiempo, espacio alguno en el currículum de la carrera de medicina o en la de enfermería (por citar las dos principales), en el que se enseñara cómo comunicarse en el día a día para ser certeros en dicho acto. En las carreras de formación médica, desde la década del 80 en adelante hubo una revaloración de la comunicación en la relación médico-paciente y muchos esfuerzos fueron destinados a mejorarla; pero, por muy importante que ésta sea, no redundó en un mejoramiento específico, sistemático y completo de la seguridad en la atención de los pacientes. Con la carrera de enfermería, el fenómeno es diferente, pues son muchos los contenidos que se enseñan tendientes a mejorar la seguridad del sistema. El problema es que, como no están pensados desde la seguridad específicamente, presentan algunas características que los hacen menos útiles. Tomemos como ejemplo los 5 correctos para la medicación (paciente, droga, dosis, vía y hora correctas), que es una forma de redundancia que serviría de barrera particularmente eficaz para evitar errores automáticos. Hasta recientemente no se especificaba un momento exacto, preciso y universal para realizarlos, entonces

se perdía buena parte del efecto barrera. Para que funcione como tal, debe hacerse justo antes de administrar medicación, y esto es lo que aporta la seguridad a los 5 correctos. Los 5 correctos realizados en el momento adecuado son una forma estructurada y universal de comunicación segura; y así como éste, todos los momentos comunicacionales de la salud deben ser pasados por el tamiz de la seguridad, reformulados y enseñados concretamente. No se puede asumir que los aspirantes a profesionales de la salud están capacitados para comunicarse en forma segura como si fuera una habilidad innata; es una habilidad ciertamente NO técnica imprescindible para garantizar los resultados que los pacientes merecen, pero que debe aprenderse con la misma rigurosidad que los conocimientos técnicos.

Otro cambio que la comunicación segura demanda, es que en determinadas circunstancias debería ser homogénea y uniforme entre los involucrados; un camino para lograr esto es estructurar parte de la misma. La estructuración de la comunicación es una herramienta vital para disminuir los errores en la misma, en especial en situaciones en las que se trabaja bajo presión, con cansancio desmedido, cuando se maneja información crítica y/o abundante, cuando existen muy variados interlocutores, o en situaciones de conflicto; todas estas, características muy frecuentes en la medicina. Generar una estructura fija sobre la que se monte lo que se quiere comunicar permite que los involucrados garanticen parte del contenido de antemano y disminuye los olvidos y supuestos; permite además que con el tiempo, quien lo utiliza aprenda una mecánica comunicacional que se puede consensuar previamente.

Aplicándolo al mundo de la medicación podríamos imaginar un sinnúmero de situaciones que podrían verse beneficiadas por esta herramienta. Así podríamos citar ejemplos que lo sugieren; si uno debiera tomar nota de una prescripción telefónica y repetirla en voz alta a quien la generó, garantizaría la coincidencia entre el mensaje emitido y el recibido en su significado. Si las transiciones o pases de información entre médicos o enfermeros, tan frecuentes en la medicina, fueran realizadas con una estructura pre acordada, se disminuirían los olvidos de pase o de recepción que tantas consecuencias tienen. Si las altas hospitalarias se apoyaran en un documento que incluyera la medicación previa del paciente, se podría ayudar a que la conciliación entre la medicación previa y la de alta fueran más adecuadas. Si se estableciera que las abreviaturas a utilizar fueran de convención universal como ocurre con las señales de tránsito, muchos eventos se evitarían. Ejemplos, evidentemente sobran e iniciativas de minimización u ocurrencia de los eventos también; aunque nos encontremos en el albor de esta nueva era para la seguridad en la atención de los pacientes, el problema no está en saber lo que hay que hacer, si no en cómo hacerlo.

LOS ROLES AUSENTES

Otro de los cambios que trajo aparejada la medicina con su creciente complejidad, es que el individuo como tal dejó de ser la unidad operativa básica, para darle ese título a un equipo. Para expresarlo de manera muy simple, esto quiere decir que, al menos en los hospitales, un individuo no puede ejecutar todo un proceso por sí solo sino que depende de otras personas para poder completarlo. Puede ser que alguien por sí solo conozca todo un proceso determinado y hasta haya formado parte en la elaboración de su modo de funcionamiento, en la elección de los actores y la asignación de sus roles; lo que no puede de ningún modo, es ejecutarlo por sí mismo en su totalidad. Los equipos se erigen entonces como los determinantes del andar, exitosos o no, de los procesos que conforman la atención en salud de los pacientes. Estos equipos están formados por personas que tienen a su cargo diferentes funciones que resultan, cada una de ellas, sin dudas esenciales para concretar la misión de dichos equipos. La valoración, el respeto y la promoción de los roles que se desempeñan en un equipo resultan vitales para obtener el mejor resultado posible del mismo. En la medicina se ha establecido a lo largo de los años un sistema donde las jerarquías prevalecen por encima de la comunicación efectiva y el respeto de roles, generando la mayor parte de las veces, un funcionamiento ineficiente por parte de los equipos de trabajo y con grandes brechas que predisponen a dañar a los pacientes.

La visión que sobre el trabajo en equipo tienen los diferentes integrantes de los mismos es bien diferente según el rol (y de algún modo el “rango”) que cumplen. Así, de acuerdo a lo que muestran algunas publicaciones, mien-

tras los médicos en determinados grupos califican el trabajo en equipo como bueno, los enfermeros lo evalúan como mediocre⁵. Esto resulta particularmente lesivo para la seguridad pues, para incorporar redundancias, ésta se apoya fuertemente en roles considerados otrora como “menores”; y particularmente para establecer barreras que impidan que los errores se transformen en eventos adversos sobre los pacientes.

El correcto trabajo en equipo es uno de los pilares de la seguridad en la búsqueda de prevenir dichos eventos, y a su vez el respeto de los roles y una comunicación efectiva son los atributos básicos que aquel debe tener.

El proceso de la medicación tiene su propia versión de estas realidades pues dos de los componentes más importantes del equipo encargado de gestionar la medicación de los pacientes se encuentran claramente postergados en sus roles: los enfermeros encargados de administrar y los farmacéuticos. Si analizamos los primeros, veremos que se encuentran involucrados globalmente en la administración de medicación y, en nuestro país la mayoría de las veces, también en la preparación de las soluciones de administración parenteral. Si nos concentramos en las condiciones en que desarrollan estas actividades, notaremos que desde el punto de vista de la seguridad, las condiciones en las que las realizan están lejos de ser las ideales: rotulación imprecisa, almacenamiento azaroso, prescripciones confusas, letras ilegibles, presentaciones similares, disponibilidad incierta, variación permanente de interlocutores, variabilidad en el patrón prescriptivo, insumos inadecuados o faltantes, entre otras características. Pero allí no termina el problema, dado que lo peor del caso es que el enfermero raramente participa en la definición de estas condiciones; y llegado el momento en que confronta con lo inseguro del sistema, encuentra enormes dificultades para poner un límite al resto de los actores. Estas dificultades están enraizadas en la cultura, son externas a él, pero también internas; aún cuando se les de la potestad para ejercer su rol, les cuesta tomarlas.

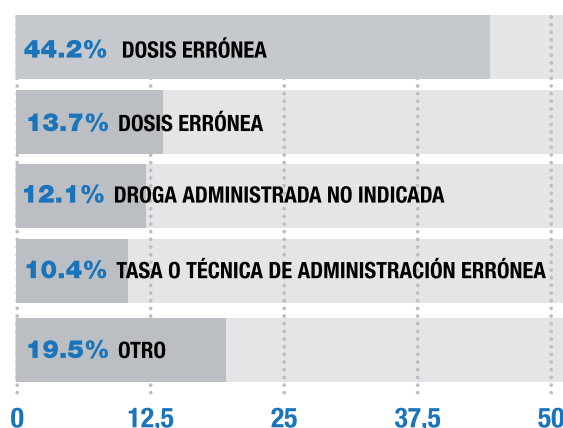
Desde el año 2004 en adelante se hizo en la sala de internación del CEMIC una serie de modificaciones prescriptivas que incluían: avances en la informatización, educación a médicos y enfermeros, recordatorios permanentes en las carpetas de indicaciones, y mediciones y devoluciones a los involucrados. Uno de los componentes más importantes de dicha iniciativa era que los enfermeros debían constituir una barrera frente a prescripciones que no cumplieran con los requisitos pre establecidos. Para ello contaban con una cantidad de herramientas que les permitía objetarlas y hasta rechazarlas, y contaban con el respaldo de la jefatura de la sala que era la que promovía la iniciativa. En los 5

FIGURA 2: LOS 7 OBSTÁCULOS PRINCIPALES PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE INICIATIVAS DE SEGURIDAD

1. Seguridad del paciente no considerada prioritaria en un contexto de recursos escasos en conflicto.
2. Falta de recursos, trabajo excesivo o falta de recurso humano.
3. Costo y disponibilidad de tecnología necesarios.
4. Resistencia al cambio (bajo la creencia de que está proveyendo salud segura).
5. Cultura de culpa y castigo.
6. Falta de liderazgo de los profesionales más experimentados en temas de seguridad.
7. Cultura de encubrimiento frente al error por parte del recurso humano de salud.

Barriers to implementation of patient safety systems in healthcare institutions: leadership and policy implications. Akins RB, Cole BR. J Patient Saf. 2005; 1:9-16.

FIGURA 3: ERRORES DE MEDICACIÓN INTERCEPTADOS POR FARMACÉUTICOS



A prospective, multicenter study of pharmacist activities resulting in medication error interception in the emergency department. Patanwala AE, Sanders AB, Thomas MC. Ann Emerg Med. 2012;59:369-373

años en que duró la intervención se hicieron enormes avances documentados en las mediciones, pero nunca se pudo avanzar efectiva y consistentemente en lograr que los enfermeros pusieran límites a los médicos; este era un aspecto de sus tareas que iba en contra de la cultura imperante y probablemente era este el principal escollo que encontraban para apoderarse de ese rol. A partir de 2009 comenzó a funcionar la escuela de enfermería del Instituto Universitario Cemic (IUC) y, siendo que se trabaja con los enfermeros para fomentar ése y otros aspectos de su rol desde el inicio de su formación, ahora finalmente comienzan a visualizarse en el terreno los cambios en la dinámica del trabajo en equipo de la sala de internación. No alcanza solamente con querer implementar una mejora con todo el consenso; la cultura debe estar en mínima sintonía (Fig. 2).

Otro de los componentes relativamente relegados en el proceso de la medicación son los farmacéuticos. Estos tienen una formación que es particularmente apreciada desde la seguridad pues llevan incorporados conceptos de estructuración y sistematización, utilización de barreras y redundancias para ofrecer seguridad al manejo de los medicamentos; además poseen una visión complementaria (y muchas veces superior) a la de los médicos con respecto a la interacción farmacológica, compatibilidad y estabilidad de soluciones preparadas, por mencionar solo unos ejemplos. Esto se acompaña de numerosas publicaciones que aportan evidencia del beneficio para la salud de los pacientes que representa incorporar farmacéuticos clínicos a los equipos de internación y ambulatorio⁶. Sin embargo en la vida real,

el cambio es tanto más difícil como vieja es la forma instituida de hacer las cosas en la medicina. Una publicación reciente documentó que menos del 50% de las recomendaciones hechas por el farmacéutico clínico (miembro oficial y reconocido del equipo de internación en los EEUU en la última década) fueron aceptadas por el médico de planta a cargo del paciente. Estas recomendaciones incluían: modificaciones de dosis; cambio, agregado o discontinuidad de drogas; monitoreo de medicación; seguimiento o educación de pacientes⁷. (Fig. 3)

Esto pasa en otras latitudes, mientras que en nuestro país, aunque con otros matices, el fondo del problema en cuestión es el mismo: así lo reflejan algunos de los datos surgidos de “La Encuesta Global sobre la Práctica de la Farmacia Hospitalaria” llevada adelante por la Asociación Argentina de Farmacéuticos de Hospital (AAFH) en 2013. En ella participaron 53 instituciones y algunos de los datos más salientes al respecto revelan⁸ que:

- los farmacéuticos en su hospital revisan todas las órdenes de medicamentos no urgentes, antes de su dispensación/administración, en apenas el 55% de los establecimientos;
- los farmacéuticos revisan, en el 62% de los establecimientos, todas las órdenes de medicamentos en relación a su pertinencia, dosis, frecuencia y vía de administración para los pacientes internados;
- en el 23% de los centros, previo a la dispensación, los farmacéuticos se aseguran de que los pacientes no presenten alergias y/o sensibilidad a los medicamentos que deben recibir;
- en el 42% de los sitios, los farmacéuticos revisan todas las indicaciones de medicamentos para evitar interacciones de fármacos;
- en el 23% de las instituciones, tienen involucramiento en la monitorización de los pacientes luego de la administración de la primera dosis de un nuevo medicamento prescrito.

Como se puede apreciar, el grado de participación de los farmacéuticos dentro del equipo de salud es claramente sub óptimo y limitado, y esto sin mencionar que muchas instituciones no tienen siquiera formalmente incorporado al farmacéutico en los equipos clínicos, o lo tienen recluido en la farmacia.

A partir de estos ejemplos resulta razonable concluir que muchas de las propuestas que van convirtiéndose en evidencia científica en el mundo y que nos vemos naturalmente tentados a abrazar, no pueden soslayar una intervención paralela y simultánea para ir cambiando la forma de trabajo en equipo y la promoción apropiada de los roles que cada uno de sus miembros debe cumplir; al menos si se quiere tener éxito en la misión.

LOS INCENTIVOS Y EL CAMBIO

Sin dudas la medicina ha cambiado, se ha vuelto muy efectiva, muy costosa y también muy peligrosa. Para lograr todos los adelantos que se han producido, el impulso más importante ha estado seguramente dado por el deseo de avanzar en el alivio de la carga que las enfermedades producen en el ser humano. A ello ha acompañado un estímulo económico creciente que ha convertido a los adelantos en verdaderos impactos económicos para quienes los propiciaban. A lo riesgoso que se ha tornado para los pacientes la propia medicina ya nos hemos referido, ahora nos toca intentar desentrañar por dónde pasan los estímulos que se precisan para torcer la inercia de un sistema extremadamente resistente a cambiar.

Por como están dados los costos de la salud actualmente y lo complejo del panorama económico mundial, es difícil imaginar que el estímulo necesario para el cambio será de esta índole. A lo sumo se puede apoyar en el anhelo de contener los costos que los eventos adversos producen y de minimizar el desarrollo de la pesada industria de los juicios; pero estos son argumentos extremadamente defensivos y que de ninguna manera se transformarán en el gran motor del cambio. A pesar de esto, justo es reconocer que en los países llamados desarrollados, el presupuesto invertido para propiciar el cambio ha ido creciendo progresivamente. Pero, más importante que ello como motor, es la determinación de los organismos académicos y también reguladores para avanzar en dirección de la seguridad. Ésta ha sido suficiente como para echar a mover la rueda y generar cambios de tal magnitud, que ya no tienen vuelta atrás; así, desde el inicio del movimiento, el principal y más profundo incentivo para el cambio está en el imperativo ético.

En países como el nuestro la necesidad de cambio encuentra en este estímulo, su casi excluyente fuerza; las dificultades económicas, de infraestructura y organizativas, profundas y estructurales, hacen impensado otro móvil.

La salud tiene en sus integrantes un componente vocacional tan importante que, casi sin excepción, todos desean que este aspecto negativo de la realidad cambie; cada paciente que sufre un evento adverso y su familia, tiene a los profesionales que lo atienden como las segundas víctimas⁹. Aquí es entonces, donde deberían concentrarse nuestras mayores energías, generar una masa crítica de trabajadores de la salud que decidan informarse y formarse en seguridad para poder dar sustento a los intentos de cambiar el estado de las cosas. Modificar los formatos prescriptivos, realizar los 5 correctos justo antes de administrar la medicación, involucrar a los farmacéuticos clínicos en los equipos responsables

de proveer medicamentos o poner barreras de protección para el uso de drogas potencialmente letales; todo será muy difícil de lograr si no se crea un entorno en el que todo esto sea factible. Se precisan urgentes aumentos presupuestarios para el área de seguridad, también se necesitan señales prontas de las entidades encargadas de conducir las políticas de salud sobre qué pasos deben darse y en qué orden; pero mientras tanto, todas las instituciones de salud sin excepción, las sociedades científicas y colegios de profesionales, así como las entidades académicas deben acreditar la importancia del tema y aportar para que los cambios sean posibles y se den prontamente. Mientras tanto, cada vez que ocurra un evento adverso prevenible, y dado que a todos nos hace sentir muy mal, intentemos pedir perdón; los pacientes lo van a valorar.

REFERENCIAS:

1. Hauck K, Zhao X. How dangerous is a day in hospital? A model of adverse events and length of stay for medical inpatients. *Med Care*. 2011 Dec;49(12):1068-75
2. The Health Foundation (2010). Complex adaptive systems, (August). http://www.health.org.uk/public/cms/75/76/313/2590/Complex_adaptivesystems.pdf?realName=jlq8CP.pdf Acced. Dic 2013
3. Dekker, S. (2011). Patient Safety, A Human Factors Approach (pp. 59–60). CRC Press - Taylor & Francis Group.
4. Commission, J. (2013). Sentinel Event Statistics Data - Root Causes by Event Type (2004 - Q2 2013). http://www.jointcommission.org/assets/1/18/Root_Causes_by_Event_Type_2004-2Q2013.pdf Acced. Dic 2013
5. Makary, M. A., Sexton, J. B., Freischlag, J. A., Holzmueller, C. G., Millman, E. A., Rowen, L., & Pronovost, P. J. (2006). Operating room teamwork among physicians and nurses: teamwork in the eye of the beholder. *Journal of the American College of Surgeons*, 202, 746–752. doi:10.1016/j.jamcollsurg.2006.01.017
6. Kaboli, Peter J. MD, MS; Hoth, Angela B. PharmD; McClimon, Brad J. MD, PharmD; Schnipper, Jeffrey L. MD, M. (2006). Clinical Pharmacists and Inpatient Medical Care. *Arch Intern Med*, 166, 955–964. doi:10.1001/archinte.166.9.955.
7. Anderegg, S. V, Demik, D. E., Carter, B. L., Dawson, J. D., Farris, K., Shelsky, C., & Kaboli, P. (2013). Acceptance of recommendations by inpatient pharmacy case managers: unintended consequences of hospitalist and specialist care. *Pharmacotherapy*, 33, 11–21. doi:10.1002/phar.1164
8. Rousseau, M (AAFH), (2013). Estado de la Práctica de la Farmacia Hospitalaria en la Argentina (Comunicación Personal).
9. Wu, A. W. (2000). Medical error: the second victim. *BMJ: British Medical Journal*, 320, 726–727. doi:10.1136/ewjrm.172.6.358

EL PELIGRO DE LAS ÓRDENES VERBALES

Dr. Fabián Vítolo. Gerente de Relaciones Institucionales de Noble ARP. Ciudad Autónoma de Buenos Aires.



Muchas instituciones han desarrollado normas que prohíben a enfermería administrar ningún medicamento sin la orden escrita y firmada por un médico previamente. Sin embargo, en la práctica esta disposición se vuelve muy difícil de cumplir y las excepciones a la regla terminan siendo frecuentes. Es por ello que conviene reflexionar acerca de los peligros de las órdenes verbales y, reconociendo que es imposible erradicar esta práctica por completo, desarrollar estrategias que minimicen el riesgo para los pacientes.

Las órdenes verbales, tanto las realizadas en persona como por teléfono, generan mayores posibilidades de error que las indicaciones escritas, ya sean estas de puño y letra o electrónicas. La interpretación de la palabra es inherentemente problemática debido a los diferentes acentos y pronunciaciones. Los ruidos de fondo, las interrupciones y nombres de drogas poco familiares exacerbaban el problema. Una vez recibida, la orden verbal debe ser transcrita por la enfermera como una orden escrita, lo que agrega complejidad y riesgo al proceso de prescripción. El único registro real de una orden verbal queda sólo en la memoria de aquellos involucrados.

Cuando el receptor de una indicación verbal la registra, el emisor de la misma (médico) asume que el receptor (enfermera/o) comprendió correctamente. Sin embargo, el único que está en condiciones de verificar que su mensaje fue oído tal como lo emitió es el médico. Si una enfermera recibe una orden verbal y subsecuentemente llama a farmacia, aumenta aún más el margen de error. El farmacéutico debe confiar, no sólo en la precisión de la transcripción escrita de la orden por parte de la enfermera, sino también en su pronunciación cuando es leída por teléfono. Las drogas de nombre fonéticamente parecido también atentan contra la eficacia de las órdenes verbales. Un grupo de estudio ha identificado en Argentina más de 927 medicamentos con similitudes fonéticas, ortográficas y visuales. Algunos ejemplos de errores:

- Una orden verbal mal interpretada hizo que un paciente recibiera eritromicina en vez de azitromicina;
- A otro paciente se le administró furosemida (LASIX ®) en lugar de omeprazol (LOSEC ®).

El nombre de la droga no es la única información expuesta a malas interpretaciones. Los números también pueden

ser confundidos cuando son transmitidos en forma oral (ej: sesenta con setenta, dos con diez, etc).

- Un emergentólogo indicó verbalmente “morfina 2mg IV”, pero la enfermera entendió “morfina 10 mg IV”. El paciente entró en paro respiratorio.

Por otra parte, muchos incidentes se originan en la indicación verbal de varios medicamentos al mismo tiempo o cuando se comunican resultados de laboratorio en forma verbal. La mayoría de estos últimos errores ocurren cuando se malinterpretan los niveles de glucemia en pacientes diabéticos insulín dependientes.

- Una enfermera pensó que la glucemia de un paciente, transmitida en forma verbal por una auxiliar, era de 257, cuando en realidad era de 157. Se le administraron al paciente 6 unidades de insulina corriente, en vez de las dos que hubieran correspondido.

Al no contar el médico que prescribe con la información de la historia clínica, la orden verbal puede ser dada sin que se tengan en cuenta antecedentes relevantes, como los otros medicamentos que está recibiendo, comorbilidades o alergias. Ese tipo de cortocircuito en la comunicación ha causado eventos adversos graves.

La JCAHO (Comisión Conjunta de Acreditación de Organizaciones de Salud) de los Estados Unidos estableció en el año 2006, como una de las prioridades nacionales de seguridad del paciente la normatización de los procedimientos en el caso de órdenes verbales. La meta es que, todos aquellos que reciban órdenes verbales o telefónicas, **escriban** la indicación completa o la ingresen en el sistema computarizado, **se la lean de vuelta** a quien realizó la indicación y reciban luego la **confirmación**.

Como tantas otras medidas de seguridad de los pacientes, la simpleza de este procedimiento ha demostrado resultados espectaculares cuando se aplica en forma consistente. En un hospital pediátrico de Cincinnati, en donde los residentes típicamente comunicaban las indicaciones en forma verbal durante las recorridas, el cumplimiento de esta norma bajó el índice de error por esta causa de 9,1% a cero.

RECOMENDACIONES

El correo electrónico y los sistemas computarizados interconectados están reduciendo la necesidad de órdenes verbales en situaciones no urgentes a la mínima expresión. Sin embargo, es muy poco probable que las mismas sean totalmente eliminadas. El compartir las siguientes prácticas de seguridad con los médicos, enfermeras y farmacéuticos de su institución puede ayudar a estimular la dis-

cusión. Si bien no todas estas sugerencias son factibles en todos los casos, lo ayudarán a evaluar sus prácticas actuales.

- Limite las órdenes verbales de medicación o tratamientos a situaciones de urgencia, en las cuales la comunicación escrita o electrónica no es posible. Por ejemplo, las órdenes verbales deben ser rechazadas cuando quien prescribe se encuentra presente y la historia clínica del paciente se encuentra disponible. Las indicaciones verbales deben ser restringidas a situaciones donde es difícil o imposible volcarlas al papel o a la computadora, como por ejemplo, durante procedimientos estériles.
- Quienes prescriben en forma verbal, deben enunciar la indicación claramente. Aquellos que reciben la orden, deben primero escribirla o ingresarla al sistema, leérsela de vuelta al médico y recibir la confirmación de éste. En ambientes seguros, estos pasos son considerados esenciales y se transforman en un hábito, aún cuando quien recibe la orden está seguro de que entendió correctamente. Como una forma de chequeo extra, tanto quien prescribe como quien escucha, pueden deletrear el nombre de medicamentos poco familiares, usando además alguna palabra que empiece con cada una de las letras de la droga (Ej: P de perro, I de India, etc.). En el caso de números, la pronunciación de cada dígito en forma separada, puede ayudar a evitar confusiones (pronunciar seis cero en lugar de sesenta, etc).
- Las órdenes verbales de medicación, deben incluir la acción terapéutica de la droga indicada. Garantiza así que, quien recibe la orden, vea si tiene sentido en el contexto de la condición del paciente. Los pares de medicaciones fonéticamente similares tienen muy distintas indicaciones.
- En los casos de medicación pediátrica o neonato lógica, especifique las dosis mg/kg y, además, la dosis específica para ese paciente.
- Quienes prescriben verbalmente deben requerir del receptor información importante sobre el paciente que pueda afectar su indicación (alergias, valores de laboratorio, diagnóstico y comorbilidades etc).
- Exprese las dosis de medicación por unidades básicas de peso o cantidad de sustancia (mg, g, mEq, mMol, etc). Las órdenes verbales que especifican la dosis en términos del número de comprimidos, ampollas o frascos y aquellas órdenes que expresan un volumen pero sin especificar la concentración han llevado a errores y aún a daños serios por el hecho de que muchas medicaciones se encuentran disponibles en diferentes presentaciones variables en tamaño y concentración.
- Siempre que sea posible, haga que una segunda persona escuche la orden verbal. Los estudiantes o cualquier otro personal inexperto requieren una es-

pecial supervisión cuando manejan indicaciones de este tipo.

- Trate de registrar directamente la orden verbal en la hoja de indicaciones del paciente. La transcripción desde un “papelito” a la historia clínica agrega una oportunidad de error.
- Quien recibe la orden verbal debe anotar el teléfono o la forma de contactar al médico en caso de que surja algún tipo de inquietud con respecto a la medicación indicada verbalmente.
- Los receptores de las órdenes verbales deberán registrarla con fecha, hora y firma, especificando quién dio la indicación. Se debe exigir que el médico que realizó la indicación verifique dentro de un marco de tiempo predeterminado su indicación en la historia clínica y la firme.
- No deben permitirse órdenes verbales de medicación quimioterápica, por su complejidad y por el potencial de errores trágicos.
- No deben permitirse pedidos verbales desde las unidades de enfermería a farmacia. La orden debe ser anotada en la hoja de pedido o ingresada en el sistema y farmacia sólo la entregará luego de haberla leído.
- Limite las órdenes verbales a las del vademécum institucional. Los nombres de drogas poco familiares para el personal aumentan la probabilidad de que sean malinterpretadas y de que sus usos y dosis no sean conocidos.
- Limite el número de personal que puede recibir órdenes verbales. Esto permite que quien recibe la orden

tenga mayor familiaridad con las normas institucionales al respecto y haya mayores probabilidades de que conozca al emisor de la orden, lo que reduce el potencial para órdenes fraudulentas.

- Aumente la conciencia en todo el personal acerca de medicación con nombre parecido. Conozca y difunda los hallazgos del estudio colaborativo multicéntrico para la detección, análisis y prevención en el uso de medicamentos con similitud fonética, ortográfica o de envasado en la Argentina. Dicho estudio está coordinado por la Academia Nacional de Medicina y puede accederse ingresando en la página web: www.errorenmedicina.anm.edu.ar

FUENTES:

- Pennsylvania Patient Safety Authority. Improving the Safety of Telephone or Verbal Orders. Patien Safety Advisory. Vol. 3. N°2, June 2006
- Institute for Safe Medication Practices (ISMP). Instilling a measure of safety into those “whispering down the lane” verbal orders. Medication Safety Alert. 24 Jan, 2001: 6(2): 1-2
- JCAHO. National Patient Safety Goals. www.jointcomission.org/PatientSafety/NationalPatientSafetyGoals
- Academia Nacional de Medicina. Similitud Fonética, ortográfica y/o de envasado de medicamentos. Alerta general preventivo y recomendaciones para evitar errores. <http://www.errorenmedicina.anm.edu.ar/LASA/pdf/alertas/ALERTA%20SIMILITUD%20DE%20ENVASADO.pdf>

APÉNDICE

MODELO DE NORMA SOBRE ÓRDENES VERBALES O TELEFÓNICAS *

Este modelo sólo pretende ser un ejemplo del tipo de política que usted pudiera querer implementar en su institución. Reconociendo las diferentes necesidades y recursos humanos de los distintos centros de salud, no existe una norma única de órdenes verbales que pueda aplicar para todas las circunstancias. Le sugerimos que consulte con sus asesores legales y sus directores médicos y de enfermería la viabilidad de esta política.

PROPÓSITO

Reducir los errores asociados a una mala interpretación de las comunicaciones verbales o telefónicas de las órdenes médicas o de los resultados de laboratorio.

POLÍTICA

- 1) La comunicación verbal de las prescripciones de medicamentos y de los resultados de laboratorio se encuentran limitadas a situaciones urgentes en las cuales la

inmediata comunicación escrita o electrónica no es posible.

- 2) No se autorizan las órdenes de medicación verbales ni la comunicación de resultados de laboratorio por esta vía cuando el prescriptor se encuentra presente y la historia clínica está disponible. Pueden exceptuarse en casos de procedimientos estériles o en situaciones de emergencia, en las cuales el proceso de anotarlas y leerlas en voz alta es aceptable.
- 3) No se autorizan órdenes verbales de drogas que no figuren en el Vademécum de farmacia, excepto en situaciones de emergencia.
- 4) No se autorizan órdenes verbales de quimioterapia.
- 5) No se autoriza dejar órdenes verbales o resultados de laboratorio en contestadores automáticos.
- 6) Sólo las siguientes posiciones laborales están autorizadas a dar órdenes verbales (incluya lista) Ej: médico de piso, de guardia, de staff, residente, etc.
- 7) Sólo las siguientes posiciones laborales están autorizadas a aceptar órdenes verbales (incluya lista).

PROCEDIMIENTOS

- 1) Las órdenes verbales y la transmisión verbal de resultados de análisis, cuando estén permitidas, serán inmediatamente escritas por el receptor, quien deberá leerlas al prescriptor y ser confirmada o corregida por este. La orden debe estar escrita antes de repetírsela a quien la indicó.
- 2) Ambas partes pronunciarán los dígitos de los números en forma separada, diciendo por ejemplo “seis cero” en lugar de “sesenta”.
- 3) Para órdenes de medicación, el prescriptor deletreará el nombre de cualquier medicación poco familiar, si cualquiera de las partes siente que es necesario.
- 4) Para órdenes de medicación, quien prescribe incluirá el propósito de la droga para garantizar que la indicación tenga sentido en el contexto de la condición del paciente.
- 5) Para todas las indicaciones verbales de medicación pediátrica o neonatal, ambas partes incluirán la dosis de mg/kg junto con la dosis específica para ese paciente en particular.
- 6) Para órdenes de medicación, ambas partes expresarán

la dosis de la droga por unidad de peso o de cantidad de sustancia (mg, g, mEq, mMol, etc).

- 7) El receptor de la orden registrará la misma directamente en la hoja de indicaciones médicas e incluirá la forma de contactar al emisor (teléfono, radiollamada, etc).
- 8) Los receptores de órdenes verbales registrarán y firmarán la indicación, con la fecha y hora en la que fue escrita en la historia clínica o ingresada en el sistema. Deben especificar quién dio la orden.
- 9) Los prescriptores verificarán, y firmarán en la historia clínica las órdenes que dieron dentro de las primeras 24 a 48 horas, aproximadamente.
- 10) Farmacia debe rechazar cualquier pedido verbal de medicación desde las unidades de enfermería a no ser que las mismas hayan sido transcriptas en la hoja de pedidos y enviada en forma simultánea o por sistema. El farmacéutico debe ver la orden escrita antes de despachar cualquier medicación.
- 11) En caso de utilizar órdenes verbales con abreviaturas, las mismas estarán limitadas a las aprobadas por la institución, tanto cuando se dicen como cuando se transcriben.
- 12) Las órdenes de medicación verbal incluirán la siguiente información:
 - i. Fecha y hora en la que es recibido;
 - ii. Nombre del paciente;
 - iii. Nombre de la droga (comercial o genérico);
 - iv. Forma de presentación (comprimidos, ampollas, cápsulas, inhalantes, etc);
 - v. Concentración;
 - vi. Dosis;
 - vii. Frecuencia;
 - viii. Vía;
 - ix. Cantidad y/o duración;
 - x. Nombre del prescriptor;
 - xi. Firma y aclaración del receptor;

* Adaptado de Pennsylvania Patient Safety Reporting System (PA-PSRS). Improving the safety of telephone or verbal orders. PA-PSRS. Patient Safety Advisory. Jun 2006; 3 (2) 1-7

SEGURIDAD DEL PACIENTE

EDICIONES ANTERIORES



FASCÍCULO I

PÁG. 2	CALIDAD EN LA ATENCIÓN MÉDICA COMO RECURSO EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE Agrest, Alberto
PÁG. 5	SEGURIDAD DE LOS PACIENTES Dr. Ricardo Durlach
PÁG. 10	CIRUGÍAS SEGURAS SALVA VIDAS ADECRA / OMS
PÁG. 13	HISTORIAS CLÍNICAS QUIRÚRGICAS: ERRORES Y OMISIONES FRECUENTES Dr. Fabián Vítolo



FASCÍCULO II

PÁG. 2	RECOMENDACIONES BÁSICAS EN SEGURIDAD DEL PACIENTE Y GESTIÓN DE RIESGOS Lic. Amanda N. Rubilar - Lic. Teresa Rossi
PÁG. 10	SEGURIDAD DEL PACIENTE EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS Lic. en Enfermería Ariel Palacios
PÁG. 15	LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA UCI Ana Bantar - Pablo Pardo - Jorge Neira
PÁG. 19	TÉCNICAS DE PREVENCIÓN Y CORRECCIÓN DE ERRORES EN LOS CUIDADOS CRÍTICOS Y QUIRÚRGICOS Dr. Gerardo E. Bozovich - Dr. Francisco R. Klein
PÁG. 23	SEGURIDAD DEL PACIENTE EN TERAPIA INTENSIVA Dr. Fabián Vítolo



FASCÍCULO III

PÁG. 2	DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES, RIESGOS Y BENEFICIOS Prof. Dr. Alfredo Buzzi
PÁG. 4	MEDIOS DE CONTRASTE IODADO, ¿ESTAMOS PREPARADOS PARA LO MAS GRAVE? Dr. Claudio Rizzuti
PÁG. 7	LOS NIÑOS Y LAS RADIACIONES Dra. Silvia Mirtha Moguillansky
PÁG. 14	UNA MIRADA A LA PROTECCIÓN RADIOLÓGICA DEL PACIENTE Dr. Rodolfo Touzet
PÁG. 18	SEGURIDAD EN RESONANCIA MAGNÉTICA Dr. Fabián Vítolo



FASCÍCULO IV

PÁG. 4	SEGURIDAD DE PACIENTE EN EL SERVICIO DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS Dra. Alejandra Di Leo Lira
PÁG. 9	SITUACIÓN ACTUAL DE LA ATENCIÓN MÉDICA PREHOSPITALARIA Dr. Alejandro De Nicola
PÁG. 12	SEGURIDAD DE PACIENTE EN EMERGENCIAS Dr. Silvio Aguilera
PÁG. 25	RIESGOS EN GUARDIA Dr. Fabián Vítolo

En Responsabilidad Profesional La Mejor Opción

Mucho más que una cobertura

www.nobleseguros.com/blog
Artículos, Jurisprudencia, Recomendaciones



NOBLE
COMPAÑÍA DE SEGUROS

Sarmiento 539 - 8º, 9º, 10º Piso (C1041AAK) Bs As - (011) 5239-2030 - www.nobleseguros.com | comercial@nobleseguros.com