

*24 de febrero de 2020*

## ALIANZA MULTIDISCIPLINAR FRENTE A LOS ERRORES EN LA MEDICACIÓN DEL PACIENTE HOSPITALIZADO EN ESPAÑA

*Promovida por el FORO ESPAÑOL DE PACIENTES*

*“Todos los errores de medicación son potencialmente prevenibles. Pueden ser reducidos o evitados mediante la mejora de los sistemas y prácticas en medicación, incluyendo compras, prescripción, preparación, dispensación, administración y monitorización”*

*Organización Mundial de la Salud (OMS) 2017 (1)*

El Consejo Nacional Para el Reporte y Prevención de Errores de Medicación de los Estados Unidos define error de medicación como: “cualquier evento prevenible que puede causar o dar lugar al uso inapropiado de medicación o daño al paciente mientras la medicación está bajo el control de un profesional sanitario, paciente o consumidor” (2).

Según la OMS los errores de medicación ocurren cuando sistemas de medicación poco robustos y/o factores humanos tales como fatiga y falta de efectivos sanitarios afectan a la práctica de prescribir, dispensar, administrar y monitorizar medicación. Los errores más frecuentes ocurren durante la fase de administración de medicación en los hospitales. Las altas cargas de trabajo y la falta de personal sanitario contribuyen a un 23% de los errores en la administración de la medicación (3).

La “Estrategia de Seguridad del Paciente en el Sistema Nacional de Salud. Período 2015-2020” del Ministerio, señala que se producen hasta 17 incidentes de medicación al día por cada 100 pacientes hospitalizados y aunque el 85% no llega a afectar al paciente (4), si suponen un riesgo, así como a los profesionales como “segundas víctimas”.

Múltiples razones y entre ellas la ética, obligan a enfrentar los errores de medicación. Por todo ello se ha constituido la **ALIANZA MULTIDISCIPLINAR FRENTE A LOS ERRORES EN LA MEDICACIÓN DEL PACIENTE HOSPITALIZADO EN ESPAÑA** ha nacido a iniciativa de los pacientes promovido por el Foro Español de Pacientes y avalada por la Sociedad Española de Calidad Asistencial, que la componen más de 20 organizaciones científicas y profesionales, que incluyen farmacéuticos, médicos, enfermeras, gestores y otros profesionales, manteniéndose abierta a nuevas adhesiones:

- Soc. Esp. de Farmacia Hospitalaria.
- Consejo Gral. del Colegio Oficial de Farmacéuticos.
- Consejo Gral. del Colegio Oficial de Médicos.
- Soc. Esp. de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias.
- Soc. y Fundación Esp. de Cuidados Intensivos Pediátricos.
- Soc. Esp. de Hematología y Hemoterapia.
- Soc. Esp. de Hematología y Oncología Pediátricas.
- Fundación para la Excelencia y la Calidad de la Oncología.
- Soc. Esp. de Medicina Interna.
- Soc. Esp. de Farmacología Clínica.
- Soc. Esp. de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene.
- Soc. Esp. de Médicos de Atención Primaria.
- Soc. Esp. de Medicina de Familia y Comunitaria.
- Soc. Esp. de Médicos Generales y de Familia
- Soc. Esp. de Medicina de Urgencias y Emergencias.
- Consejo Gral. de Enfermería.
- Soc. Esp. de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias.
- Soc. Esp. de Enfermería Oncológica.
- Asoc. Esp. de Enfermería Pediátrica.
- Soc. Esp. de Atención al Usuario de la Sanidad
- Asoc. de Administrativos de la Salud.
- Soc. Esp. de Directivos de la Salud.
- Asoc. de Buenas Prácticas en Seguridad de Pacientes.
- Alianza de la Sanidad Privada Española.
- Fundación Tecnología y Salud

El Ministerio de Sanidad en su documento “Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud Período 2015-2020”, aprobado por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud del día 29 de julio de 2015; incluye entre otras las siguientes recomendaciones para la prevención de errores de medicación en los hospitales: desarrollar acciones para implantar programas de prescripción electrónica, establecer intervenciones específicas dirigidas a evitar los errores más frecuentes con los medicamentos de alto riesgo, estandarizar los procedimientos de preparación y administración de los medicamentos inyectables y de la nutrición parenteral y desarrollar acciones de formación dirigidas a los profesionales sanitarios sobre el uso seguro de los medicamentos (4). También ha habido Sociedades Científicas en España que, como expertos, han analizado la problemática profundidad, señalando los principales procesos y componentes del sistema de utilización de los medicamentos en los hospitales y personas implicadas (5).

Según la Orden SSI/2065/2014, de 31 de octubre, se contempla el análisis de farmacogenética y farmacogenómica para determinar la estrategia terapéutica, previendo la respuesta al tratamiento y evitando posibles efectos adversos al menos en individuos determinados, resultando anecdótico su empleo a pesar de que hasta un 13% de los ingresos a urgencias hospitalarias se deben a interacciones entre fármacos.

Cinco razones para actuar de inmediato:

**1. Los errores de medicación en el ámbito hospitalario ocasionan con frecuencia efectos adversos.**

El Estudio nacional sobre los efectos adversos ligados a la hospitalización (ENEAS 2005) publicado en 2006 dentro del Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud (6) concluyó que la incidencia de efectos adversos en pacientes hospitalizados era de un 8,4%, siendo el efecto adverso más prevalente los errores de medicación, que representaban un 37,4% del total, según la definición de efecto adverso utilizada en el estudio. Esto supone que aproximadamente un 3,2% de los pacientes hospitalizados sufre un error de medicación.

En un estudio realizado en 2017 en el NHS inglés (7) se cuantificaron 237 millones de errores de medicación en un año, un 21,3% en prescripción, un 15,9% en dispensación y un 54,4% en administración.

La “Estrategia de Seguridad del Paciente en el Sistema Nacional de Salud. Período 2015-2020” señala que se producen hasta 17 incidentes de medicación al día por cada 100 pacientes hospitalizados (4) y si bien el 87% no llegan a percibirse, el paciente está en riesgo.

**2. Los errores de medicación en el ámbito hospitalario son prevenibles.**

Según el estudio ENEAS el 42,8% de los efectos adversos se consideran prevenibles (6), según la definición utilizado en el estudio.

Según la OMS, todos los errores de medicación son potencialmente prevenibles (1).

La evidencia clínica demuestra que la puesta en marcha de sistemas de trazabilidad y seguridad en el manejo de los medicamentos en los hospitales permitiría la reducción significativa de los errores, así como mejorar la eficiencia y calidad asistencial del personal de enfermería.

**3. Los errores de medicación suponen sufrimiento para los Pacientes y los Profesionales; suponiendo un coste incremental para los sistemas sanitarios, que perjudican la sostenibilidad.**

Cada día los errores de medicación en el ámbito sanitario producen alargamientos de estancia innecesarios para los pacientes con un coste adicional enorme para los sistemas sanitarios, para los pacientes y para sus familias. Así mismo representan costes sociales indirectos, derivados de la pérdida de productividad por discapacidad.

La OMS estima un coste anual por errores de medicación que asciende a 42 mil millones de dólares (3).

En España, un trabajo publicado estima que los costes de la no seguridad relacionados con la medicación, la infección nosocomial y los procedimientos quirúrgicos, en pacientes hospitalizados durante el año 2011 supusieron 2.474 millones de euros para el SNS español. El coste estimado en 2011 para el SNS de los eventos adversos evitables relacionados con la medicación en pacientes hospitalizados, más los que motivaron el ingreso hospitalario y consultas a urgencias sería de 1.779 millones de euros aproximadamente (lo que representaría un 2,9% del gasto sanitario del SNS) (8).

**4. La prevención de errores de medicación en el ámbito hospitalario es una buena práctica que promueve el bienestar de todos.**

La prevención de errores de medicación es un requisito para una atención sanitaria segura y de calidad, constituyendo una buena práctica que responde a requerimientos bioéticos (9), promoviendo el bienestar de pacientes y profesionales (como segunda víctima).

**5. Prioridad lanzada por la OMS en 2017**

Iniciativa global denominada “El tercer reto mundial por la seguridad del paciente: reducir los daños causados por los medicamentos” (10) con el objetivo de reducir los errores de medicación y el daño asociado en todos los países del mundo en un 50% en 5 años. En este tercer reto, cuyo título es Medicación sin daños, se invita a los ministros de salud a establecer planes nacionales que abarquen cuatro aspectos de la seguridad en el uso de los medicamentos: la participación de los pacientes y el público en general; los medicamentos como productos; la formación, capacitación y seguimiento de los profesionales sanitarios, y los sistemas y prácticas de la gestión de medicamentos.

En la actualidad, el nivel tecnológico permite disponer de sistemas que garantizan la seguridad en la utilización de la medicación en los hospitales para prevenir errores, incluyendo entre otros: prescripción informatizada, preparación automatizada, unidosis con código de barras, sistemas automatizados y armarios automatizados de dispensación, sistemas de Administración de Medicación con Código de Barras (BCMA), conectividad por WIFI en todas las áreas del hospital y bombas de administración inteligente de medicación, conectadas si es posible al BCMA, sistemas inteligentes de apoyo a la toma de decisiones en la prescripción y administración, etc. , traduciéndose en:

1. La reducción en el número de errores en la fase de prescripción de medicamentos al prevenir errores derivados de las prescripciones manuales (errores al escribir, errores de lectura e interpretación, etc.).
2. Mejorar el control de la calidad en la fase de preparación reduciendo en el número de errores. Debe potenciarse la centralización de la preparación de la medicación en la farmacia; así como proveer de los elementos necesarios para la seguridad en la preparación y manipulación en las unidades asistenciales. Cada paso en la fase de preparación es revisado por el sistema; y el proceso se detiene si un error es detectado. El Sistema de escaneado de código de barras de medicación previene errores debidos a la isoapariencia de los medicamentos a preparar, que contribuyen un 33% en los errores de medicación<sup>3</sup>, entre otras causas potenciales.

3. La verificación electrónica del paciente, la medicación y la vía de administración, previa a la administración de cualquier medicación (BCMA), en especial la intravenosa, reduce los errores de administración.
4. Aumento de la dedicación clínica reduciendo la documentación manual. Se calcula que hasta el 40% del tiempo de enfermería se dedica a actividades administrativas y no asistenciales (11).
5. Instaurar sistemas de información interoperables dentro del hospital y entre los diferentes niveles asistenciales (atención primaria, centros sociosanitarios, etc.), haciendo también partícipe al paciente.

En resumen, los sistemas de seguridad en la utilización de medicación permiten estandarizar los procesos en los hospitales, permiten prevenir los errores de medicación en todas las fases del proceso del mismo y mejoran la eficiencia de los profesionales, permitiendo dedicar mayor tiempo a labores asistenciales y menos a labores administrativas.

En consecuencia, la **ALIANZA MULTIDISCIPLINAR FRENTE A LOS ERRORES EN LA MEDICACIÓN DEL PACIENTE HOSPITALIZADO EN ESPAÑA** requiere la puesta en marcha de las siguientes medidas:

#### **Regulación**

La elaboración de estrategias a nivel nacional y/o autonómico para la prevención de errores de medicación no es suficiente. Requerimos además que:

- Los partidos políticos promuevan una Proposición no de Ley (PNL) para el desarrollo de una norma a nivel nacional de obligado cumplimiento que garantice la seguridad en la utilización de la medicación a pie de cama de todos los pacientes hospitalizados, siendo prioritario dicho desarrollo normativo para pacientes y medicación de alto riesgo.
- De la Administración central y Autonómicas el desarrollo de normas de obligado cumplimiento que garanticen la trazabilidad de medicación a pie de cama de todos los pacientes hospitalizados, siendo prioritario dicho desarrollo normativo para pacientes y medicación de alto riesgo.

El conjunto de medidas debería contemplar plazos para la instauración completa de la prescripción electrónica, preparación automatizada, unidosis con código de barras, sistemas automatizados y armarios automatizados de dispensación, sistemas de Administración de Medicación con Código de Barras (BCMA), conectividad por WIFI en todas las áreas del hospital y bombas de administración inteligente de medicación, conectadas si es posible al BCMA, sistemas inteligentes de apoyo a la toma de decisiones en la prescripción y administración, etc..

Debe instarse a cada centro al análisis interno, plan y puesta en marcha de dichas medidas de la seguridad en la utilización del medicamento.

Dichas normas deben ir acompañadas de su correspondiente dotación presupuestaria.

#### **Reporte**

Impulso de sistemas de reporte de los errores de medicación, obligatorio y no punitivo, con el fin de aprender de ellos y establecer mejoras, como es el sistema SiNASP (Sistema de notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente) para la notificación, registro, análisis e implantación de medidas correctoras.

### **Formación y sensibilización**

Desarrollo de un programa de formación y sensibilización para pacientes y profesionales de la Sanidad, médicos, farmacéuticos, enfermería y demás profesionales implicados, sobre los riesgos y la prevención de los errores de medicación en los hospitales, así como de su continuidad en la comunidad.

### **Recursos**

- Adecuada dotación de recursos humanos, que permitan alcanzar una ratio por paciente que no ponga en riesgo por sobrecarga la seguridad de las tareas, que perturbaría la prevención de los errores de medicación. Convivimos con un reducido número de profesionales por pacientes, máxime en determinadas especialidades y muy concretamente en el caso de la enfermería.
- Impulso de los soportes tecnológicos que facilita el uso seguro de la medicación, alertas y el registro de la actividad. No solo detectan los errores de medicación, sino que en tiempo real los evita.
- Dotación presupuestaria.

Todos los profesionales son importantes en la cadena de valor. Hemos de desarrollar el empoderamiento del paciente, quien en muchas ocasiones puede jugar un papel activo en su propia seguridad.

## Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. Patient safety. *The third WHO Global Patient Safety Challenge: Medication Without Harm*. [En línea] 2017. <https://www.who.int/patientsafety/medication-safety/medication-without-harm-brochure/en/>.
2. National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention (NCCMERP) . Taxonomy of medication errors. [En línea] 1998. <http://www.nccmerp.org/aboutmederrors.htm>.
3. World Health Organization. Patient safety. *The third WHO Global Patient Safety Challenge: Medication Without Harm*. [En línea] 2017. <https://www.who.int/patientsafety/medication-safety/en/>.
4. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud 2015-2020. [En línea] 2016. <https://www.seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/2015/Estrategia%20Seguridad%20del%20Paciente%202015-2020.pdf>.
5. *Errores de medicación*. Otero, MJ, y otros. s.l. : Farmacia Hospitalaria, 2002. 713-47.
6. Ministerio de Sanidad y Consumo. *Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización. ENEAS 2005*. Madrid : s.n., 2006. <https://www.seguridaddelpaciente.es/resources/contenidos/castellano/2006/ENEAS.pdf>.
7. National Health System (NHS). NHS Improvement. [En línea] 2017. <https://improvement.nhs.uk/resources/national-medicines-safety-programme/>.
8. *Aproximación a los costes de la no seguridad en el Sistema Nacional de Salud*. Antoñanzas Villar, F. 3, Madrid : Revista Española de Salud Pública, 2013, Vol. 87. [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1135-57272013000300008](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272013000300008).
9. *Alianza multidisciplinar frente a los errores en la medicación del paciente hospitalizado en España como buena practica científica*. Herranz, A, y otros. Madrid : Instituto de Salud Carlos III, 2019. V Congreso de Bioética.
10. Organización Mundial de la Salud. *El tercer reto mundial por la seguridad del paciente: reducir los daños causados por los medicamentos*. 2017. <https://www.who.int/bulletin/volumes/95/8/17-198002/es/>.
11. *Estimación de necesidad de personal de enfermería de una unidad; cálculos prácticos*. Fenandez Diez, A. Madrid : Escuela Nacional de Sanidad, 2013, Vol. Tema 10.6. [http://espacio.uned.es/fez/eserv/bibliuned:500713/n10.6\\_necesidad\\_de\\_personal\\_de\\_enfermer\\_\\_a.pdf](http://espacio.uned.es/fez/eserv/bibliuned:500713/n10.6_necesidad_de_personal_de_enfermer__a.pdf).