

PREVENCIÓN DE ERRORES DE MEDICACIÓN Y CULTURA DE SEGURIDAD

«To make health care safe we need to redesign our systems to make errors difficult to commit and create a culture in which the existence of risk is acknowledged and injury prevention is recognized as everyone's responsibility.»

Leape, LL, et al, 1988

En los últimos meses, el problema de los errores médicos ha acaparado la atención de las publicaciones científicas, así como de la opinión pública y del gobierno en EE. UU. El desencadenante ha sido el informe publicado en noviembre de 1999 por el Committee on Quality of Health Care in America del Institute of Medicine (IOM), que señala que los errores asistenciales ocasionan entre 44.000 y 98.000 muertes al año en EE. UU., una mortalidad mayor que la causada por los accidentes de tráfico, el cáncer de mama o el SIDA (1). Posteriormente, en el Reino Unido y en Australia se han emitido también informes exponiendo el mismo problema y proponiendo iniciativas para solucionarlo (2, 3).

El informe IOM se refiere a los errores asistenciales en general; sin embargo, trata en extensión de los errores de medicación por considerar que éstos constituyen uno de los tipos más frecuentes de errores y que representan por sí solos un importante problema en términos asistenciales y económicos (1). Después de revisar la información disponible, el informe destaca que los errores de medicación ocasionan más de 7.000 muertes anuales, superando a las causadas por los accidentes de trabajo, y que a nivel hospitalario motivan acontecimientos adversos en un 2% de los pacientes, incrementando en 4.700 dólares el coste del ingreso, lo que supondría un coste anual de dos billones de dólares extrapolado a la totalidad de EE. UU. También indica que en el medio ambulatorio los acontecimientos adversos derivados de los errores en la prescripción, administración o falta de cumplimiento probablemente son más numerosos que en el ámbito hospitalario.

Recientemente se han calificado de exagerados o sensacionalistas algunos de los datos proporcionados por el informe (4, 5), pero lo que no se ha puesto en duda es que la magnitud, tanto de los errores asistenciales como de los errores de medicación, no es despreciable y, sobre todo, que su coste humano es absolutamente inaceptable, considerando que se trata de hechos que podrían haberse evitado y que están causados por un sistema que paradójicamente ofrece justo lo contrario. Como señala el informe «es simplemente inaceptable para los pacientes ser dañados por el mismo sistema sanitario que supuestamente les ofrece alivio y curación» (1).

El principal mensaje del informe IOM es la necesidad de crear una cultura de seguridad dentro de las organizaciones sanitarias, siguiendo el ejemplo de otros sectores de riesgo, como el de la aviación, que ya lo han hecho mucho tiempo antes. Para ello, como intenta resaltar claramente con su propio título: To err is human. Building a safer health system, la premisa básica es reconocer que el error es inherente a la condición humana y que lo realista entonces es modificar las condiciones en

Correspondencia: María José Otero. Servicio de Farmacia. Hospital Universitario de Salamanca. Paseo de San Vicente, 58. 37007 Salamanca. Correo electrónico: mjotero@gugu.usal.es

las que trabajan los profesionales, creando sistemas sanitarios seguros que sean resistentes a los errores humanos.

Esta cultura de seguridad supone enfocar el análisis de los errores asistenciales desde la perspectiva de que éstos se producen porque existen fallos en el sistema (system approach) y no por «culpa» de un individuo o grupos de individuos (person approach). Esta última ha sido hasta ahora la perspectiva tradicionalmente utilizada en la práctica clínica, ya que entre otros motivos, como dice Reason: «Resulta emocionalmente más satisfactorio echar la culpa a los individuos que a las instituciones» y «los propios gestores han procurado claramente desvincular los fallos cometidos por los profesionales de toda responsabilidad institucional» (6). Sin embargo, cuando se analiza detenidamente un error se observa que incluso los más simples se deben a la concatenación de múltiples factores o fallos, entre los que se diferencian, por una parte, fallos activos o errores de los profesionales que están en contacto directo con los pacientes y los procesos y, por otra, defectos latentes o errores presentes en el sistema relacionados con la organización, procedimientos de trabajo, medios técnicos, condiciones laborales, etc. Por ello castigar o separar al «culpable» no va a modificar los defectos latentes del sistema y es probable que el mismo error vuelva a suceder otra vez.

El enfoque de los errores desde la perspectiva de sistema no se contradice con la premisa de que el error es inherente a la naturaleza humana y, de hecho, en un 60-80% de los accidentes se ha comprobado que uno de los factores contribuyentes es el error humano. Sin embargo, considerar que un accidente se debe entre otros factores a un error humano no es lo mismo que considerar que los individuos son los principales culpables del error, ya que la mayoría de los errores humanos están causados a su vez por defectos del sistema y deberían ser contemplados como consecuencia y no como causa del error (2). Es decir, la idea clave para conseguir mejorar la seguridad de los pacientes es centrarse en que los sistemas sanitarios no son seguros, no en que los profesionales que trabajan en los mismos sean incompetentes.

Otro aspecto muy importante es reconocer que unos sistemas son más proclives a los errores que otros y, en concreto, se considera que las organizaciones sanitarias de los países desarrollados son uno de los sistemas con mayor riesgo (1). Este hecho se atribuye a su elevada complejidad, con un alto grado de interdependencia y de especialización en sus actividades, así como a la rigidez de su engranaje, características que son las que determinan principalmente el riesgo de producción de accidentes. Los sistemas con estas características son precisamente los que más necesitan revisar sistemáticamente su organización y sus procedimientos de trabajo, incorporando medidas de seguridad efectivas estableciendo programas de formación para hacer difícil o imposible que sucedan los errores o minimizar sus consecuencias. En este sentido, el informe IOM destaca que en el campo de los errores de medicación afortunadamente se dispone de medidas, tanto de carácter general como específicas, que han sido desarrolladas por organizaciones que llevan desde hace años trabajando en este tema, como el Institute for Healthcare Improvement, el Institute for Safe Medication Practices, la Massachusetts Coalition for the Prevention of Medical Errors, etc., y su aplicación constituye un buen punto de partida para reducir notablemente el riesgo de acontecimientos adversos por medicamentos (1).

De lo expuesto anteriormente se llega fácilmente a una conclusión: la seguridad es una característica de un sistema y no se puede aislar del resto de los aspectos del mismo. La seguridad del sistema sanitario es un indicador de calidad y un reflejo del modo en que están estructurados sus distintos componentes técnicos, personales, organizativos, legislativos y económicos para constituir el escenario en el que ocurren todos los sucesos, tanto los buenos como los malos (7). Por ello, la prevención de los errores de medicación exige una variedad de iniciativas que afectan a todos los componentes del sistema y su aplicación debe ser responsabilidad de todos, no sólo de los profesionales sanitarios, sino también de los responsables de las instituciones y de las administraciones sanitarias.

El problema de los errores de medicación no es nuevo. Hace veinticinco años distintos investigadores en ciencias de la salud (8-10) ya comenzaron a estudiar la incidencia y las causas de la mor-

bilidad y mortalidad de la terapéutica farmacológica y advirtieron que una proporción importante de los efectos adversos atribuidos a los medicamentos derivaban de fallos o errores en su utilización clínica, es decir, se podrían considerar, según la terminología actual, «acontecimientos adversos prevenibles». Manasse en un magnífico análisis publicado en 1989 (11-12) ya insistía en que el problema de los accidentes con medicamentos por su magnitud y trascendencia debía ser considerado como un problema de salud pública y que sólo se conseguiría mejorar si se asumía como tal y se implicaban en el mismo todos los relacionados con el uso de los medicamentos, incluyendo los gestores sanitarios y los políticos, ya que para su solución no bastaban los esfuerzos individuales aislados, sino que era preciso establecer de forma colectiva medidas estructurales y organizativas. El informe IOM ha conseguido su propósito principal: romper el círculo de pasividad que rodeaba a este tema y despertar el interés de los profesionales y gestores sanitarios, de la opinión pública y del propio gobierno, siendo capaz de aglutinar los esfuerzos de todos en la búsqueda de medidas efectivas y propiciando el medio necesario para asegurar su aplicación a través de la creación de una cultura de seguridad en el sistema sanitario.

En España no hemos dado todavía este paso y no somos conscientes de la magnitud del riesgo de nuestra asistencia sanitaria, por lo que queda un largo camino por recorrer. De la experiencia americana se pueden extraer importantes lecciones. Los profesionales, las instituciones y la propia administración deben incluir entre sus objetivos prioritarios, de forma explícita, el desarrollo de una cultura de seguridad y el establecimiento de programas destinados a mejorar la seguridad de los pacientes. Las sociedades científicas, y en nuestro caso la SEFH, deben incorporar la prevención de los errores de medicación y de acontecimientos adversos en sus programas formativos y en sus estándares de práctica profesional y deben desempeñar un papel muy importante de apoyo, constituyéndose en caja de resonancia de las iniciativas profesionales que nos hagan progresar hacia una asistencia de mayor calidad que incluya el uso seguro de los medicamentos entre sus objetivos primordiales. Como finaliza el resumen del informe IOM: It may part of human nature to err, but it is also part of human nature to create solutions, find better alternatives and meet the challenges ahead (1).

M. J. Otero

Doctora en Farmacia, Farmacéutica Adjunta.
Delegación Española del Institute for Safe Medication practices.
Servicio de Farmacia. Hospital Universitario de Salamanca.

BIBLIOGRAFÍA

1. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, et al. To err is human: building a safer health system. Committee on Health Care in America. Institute of Medicine. Washington, DC: National Academy Press; 1999.
2. Expert Group on Learning from Adverse Events in the NHS. An organisation with a memory. London: Stationery Office, 2000. www.doh.gov.uk/orgmemreport/index.htm
3. Runciman W. Iatrogenic injury in Australia. Canberra: the Australian Patient Safety Foundation, 2000.
4. Adverse drug events. The magnitude of health risk is uncertain because of limited incidence data. Report to congressional requestors. Washington, DC: United States General Accounting Office; 2000.
5. McDonald CJ, Weiner M, Hui SL. Deaths due to medical errors are exaggerated in institute of medicine report. JAMA 2000;284:93-5.
6. Reason J. Human error: models and management. BMJ 2000;320:768-70.
7. National Patient Safety Foundation. A tale of two stories: contrasting views of patient safety. Washington DC; 1998. www.npsf.org
8. Melmon KL. Preventable drug reactions-causes and cures. N Engl J Med 1971;284:1361-71.
9. Karch FE, Lasagna L. Adverse drug reactions. A critical review. JAMA 1975;234:1236-41.
10. Burnum JF. Preventability of adverse drug reactions. Ann Intern Med 1976;85:80.
11. Manasse HR. Medication use in an imperfect world: drug misadventuring as an issue of public policy, part 1. Am J Hosp Pharm 1989;46:929-44.
12. Manasse HR. Medication use in an imperfect world: drug misadventuring as an issue of public policy, part 2. Am J Hosp Pharm 1989;46:1141-52.