

GUARDIA • 24

Marzo 2022 | N° 56



SUMARIO:

- P.2 Nota del Editor.
- P.3 El Proyecto de Ley "Nicolás":
Un proyecto temerario, un
paradigma equivocado.
- P.6 Acciones para la seguridad de
los pacientes en el ámbito de la
atención sanitaria (Parte III).



SWISS MEDICAL
S E G U R O S

GUARDIA • 24



Nota del Editor

Estimados Asegurados:

En esta oportunidad abordaremos un tema de gran trascendencia para la comunidad médica. Tiene que ver con un proyecto de ley mediatizado en los últimos meses, que propone lisa y llanamente una tipificación específica de la mala praxis mientras que hoy se encuentra entre los delitos culposos. Se propone que esté en el listado de "delitos" con nombre propio, con penas más altas que incluyan cárcel efectiva, homologando el error que puede cometer un médico, por ejemplo, a un asesinato.

Nos parece imprescindible acercarles nuestra mirada al respecto.

En segundo lugar, continuaremos desarrollando los distintos aspectos sobre las acciones para la seguridad de los pacientes en el ámbito de la atención sanitaria, ocupándonos en esta oportunidad de la administración segura de medicamentos.

Esperamos que sean de vuestro interés.

Los saluda atte.

Dr. Horacio E. Canto

Gerente de Servicios Médicos y
Responsabilidad Civil Profesional
Swiss Medical Seguros
Swiss Medical Group



Línea "On line 24 hs"
0800 - 333 -1118

LÍNEA DIURNA
(011)) 5239-7933 | Dra. Sandra Lizos (9 a 16 hs.)

E-mail: guardia24@smg.com.ar

De Josie King a Nicolás Deanna.

El Proyecto de Ley “Nicolás” cuyo eje central es la mala praxis. Retroceso de 20 años en la construcción de una medicina de calidad y segura: un proyecto temerario, un paradigma equivocado.

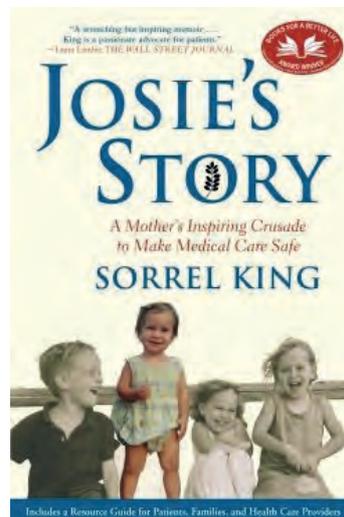
Dra Mariana Flichman
Gerencia de Riesgo y Calidad Médica
Swiss Medical Group

Josie, de 18 meses de edad, murió el 22 de febrero del 2001 en el Hospital Johns Hopkins por deshidratación, debida a una serie de errores que sucedieron durante su atención luego de ser hospitalizada por quemaduras de segundo grado. Su mamá, Sorrel King, junto a Johns Hopkins, crearon la Fundación Josie King y trabajan intensamente para construir una medicina segura. A partir de ese momento, el Hospital, a través del Comité de Seguridad del Paciente (liderado por Peter Pronovost), implementó un Programa de Seguridad del Paciente.

El objetivo principal de la Fundación Josie King es reducir el daño a los pacientes por errores o complicaciones evitables. La fundación promovió presentaciones, programas de capacitación en seguridad de alcance comunitario e inició el Programa de Premios Josie King Hero, que premia a cualquier miembro del personal del hospital que reconoció, informó o evitó un error médico, entre otras acciones. Asimismo, el video de la presentación de Sorrel King como orador en una reunión del Instituto de Mejoramiento de la Salud (IHI) se ha compartido internacionalmente a cientos de hospitales y organizaciones de atención médica. Estas son algunas de las tantas iniciativas que llevó adelante Sorrel para **transformar la tragedia vivida por su familia, en vida.**

La historia de Josie, escrita por Sorrel King, se utiliza como herramienta educativa para los profesionales de la salud.

El libro de memorias sobre Josie narra sobre los errores médicos que la llevaron a la muerte, las luchas de la familia para lidiar con su dolor, la incursión de Sorrel en la medicina como defensora de la seguridad del paciente y las mejoras de seguridad que se han producido en memoria de Josie.



Se trata de una de las tantas historias que, hace ya más de 20 años, dieron origen, junto a otros acontecimientos como la publicación del tratado “Errar es humano”, al movimiento mundial por la mejora de la calidad y la seguridad de la atención médica.

Es imposible mencionar los millones de proyectos implementados en diferentes países, las acciones realizadas desde la OMS con la creación de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente en el 2004, el movimiento de “Pacientes por la seguridad de pacientes” liderado por Susan Sheridan, que perdió a su esposo y su hijo por eventos adversos y errores en la atención (a quien tuvo el honor de conocer en una conferencia que brindó en la Universidad del Salvador hace unos años) y todas las iniciativas que, incluso en nuestro país, podemos listar. Personalmente, en el año 2001, inicié este camino en la Academia Nacional de Medicina, siguiendo a dos grandes pioneros: el Dr Agrest y la Dra. Ortiz.

Pero si algo hemos aprendido en estos 20 años, es que la solución a la dolorosa y seria problemática de los eventos adversos que sufren los pacientes NO está en la Justicia. Creer que la justicia puede mejorar la calidad de la atención o reducir los errores dista enormemente de la realidad. La bibliografía más seria publicada a nivel internacional afirma lo contrario. Por eso, el mundo ha buscado otro rumbo para dar respuesta y lo viene reco-

rriendo hace más de 20 años.

Eso no significa, como veremos más adelante, que no puedan y deban implementarse programas de acompañamiento, tratamiento y compensación económica para las víctimas de los eventos, como exitosamente han llevado adelante algunos países. Pero el mero gesto punitivo no sirve, no resuelve una problemática tan compleja, por el contrario, crea una grieta poniendo en veredas enfrentadas al equipo de salud y a los pacientes, generando un daño mucho mayor del que se podría imaginar.

Veamos ahora la historia de Nicolás Deanna. Nicolás murió el 2 de noviembre del 2017, a los 24 años, de una meningitis bacteriana. Habiendo una investigación en curso, no puedo realizar interpretaciones sobre lo que fue su proceso de atención médica. Su mamá, abogada de profesión, eligió el camino judicial y legislativo con el mismo objetivo que Sorrel: que no vuelva a ocurrir lo que le sucedió a su hijo. Esto la impulsó a proponer un proyecto de Ley, conocido como: la “Ley Nicolás”.

Resumen del Proyecto: (los comentarios en negrita me pertenecen)

1. Propone la tipificación específica de la mala praxis, hoy se encuentra entre los delitos culposos de homicidio y lesiones. Es decir, propone que esté en el listado de “delitos” con nombre propio, con penas más altas que incluyan la cárcel efectiva. **Subiendo las penas se homologan a los delitos dolosos, es decir, intencionales... ¿Homologar el error de un médico a un asesinato, por ejemplo?**
2. Suspensión preventiva de la matrícula al momento de la imputación: durante el proceso de instrucción el médico no podría ejercer. **Yo me pregunto: ¿Y el principio de inocencia? ¿Seguirán eligiendo los jóvenes nuestra querida profesión? Soy docente universitaria y hoy ya los jóvenes evitan especialidades por el hecho de ser más demandadas que otras. Es una pena que el temor sea un criterio que prime por sobre la vocación.**

Dicen quienes apoyan el proyecto: *“Con ello evitamos que dichos profesionales continúen ejerciendo y cometan nuevos delitos. No es un adelanto de condena, la condena sería ‘inhabilitación de título’; solo una suspensión a efectos de preservar la vida y la salud de la población como bien jurídico a proteger, como derecho humano de rango constitucional. En tanto cada uno de nosotros libra largas batallas en Tribunales (algunos procesos llevan entre 8, 10 o más años) tu vida y la de tus seres amados está en peligro. Nuestros seres*

amados, ya no están, hoy intentamos proteger a los tuyos.”

¿No es una condena? ¿No genera un daño? Luego de 8 a 10 años sin ejercer el médico resulta absuelto y durante años no pudo trabajar, no pudo ejercer su profesión, sufrió el síndrome judicial con todas sus consecuencias.

3. La creación de un Registro Nacional de Médicos Imputados con la consiguiente obligación del Poder Judicial de actualizar dicho registro a medida avanza el proceso y la obligación de autoridades nacionales, provinciales, municipales y Directores de Instituciones Privadas de consultar dicho registro con anterioridad a la contratación de un profesional. **Nuevamente... ¿Registro de médicos imputados? ¿Una condena social sin juicio previo? Grave por donde se mire, comenzando por ser anticonstitucional, violando los principios de la ética y la justicia que dicen buscar. Temeraria propuesta.**
4. Asistencia económica a las víctimas para afrontar el juicio. **La asistencia es propuesta para costear el juicio penal ¿no debería también ofrecerse lo mismo al profesional? Los seguros por responsabilidad civil médica, salvo que expresamente decidan incorporarlo en las pólizas, no tienen obligación de cubrir las costas de un proceso penal y muchas veces los profesionales, hasta lograr acreditar que no hubo mala praxis, deben afrontar los costos de reclamos sin fundamento médico ni jurídico durante todo el proceso.**
5. Historias Clínicas Digitalizadas, encriptadas y nacionales a las cuales se puedan ingresar mediante un sistema informático. **Desconociendo los proyectos en curso y el avance que se ha generado en los últimos años en esta temática.**

Hace ya 20 años que dirijo un Programa de reporte y gestión de incidentes en la atención de la salud y, en esta instancia, decido compartirles dos historias reales recientes:

Médica, 38 años de especialista, de las mejores desde lo científico y desde lo humano, ha salvado y aliviado a miles de niños en casi 40 años de profesión. Durante su atención un niño sufre un evento grave, irreversible, intentó compartir el dolor de los padres, su propio dolor. Rápidamente el título de “asesina” apareció en las redes sociales y se inició un proceso penal. Tuvo que contratar abogados y peritos. Entró en una profunda depresión y decidió dejar la profesión que tanto amaba. El caso ya lleva un año en la justicia, aún en proceso inicial de ins-

trucción, mientras tanto, la medicina y la sociedad perdieron a una gran profesional (sin mencionar el impacto personal y familiar de la colega).

Médico, 25 años de especialista, estudioso y comprometido con la profesión, ¿cuántas vidas habrán pasado por sus manos en estos años? Innumerables. Finalmente, ocurre un evento grave con una paciente, se genera una situación de violencia física cuando, junto a otro colega, intentan explicarle a la familia lo sucedido. Lo golpean duramente. A la madrugada siguiente ingresa a su casa la policía, armada, a realizar un allanamiento. Su esposa y su hijito de dos años vivieron el sorpresivo operativo con temor y asombro, observando como se llevaban desde sus computadoras y celulares, hasta una mochila con pertenencias personales. Piensa seriamente dejar la profesión. Tuvo que contratar abogado y peritos, la causa lleva un par de meses. Aún no recuperó ni siquiera su teléfono, sin hacer una lista de lo que no recuperará jamás después de lo vivido.

Podría relatar muchísimos casos similares....

Yo pregunto: ¿Es este el camino?

¿Nuestra sociedad cree que así mejorará la calidad de la atención en los hospitales de nuestro país?

¿Sorrell hubiera logrado todas las mejoras si en lugar de lo que hizo hubiera demandado penalmente a los profesionales?

Mi respuesta es contundente: NO ES EL CAMINO.

Entonces ¿qué deberíamos hacer como sociedad para reducir los eventos adversos evitables?

¿Podemos trabajar juntos por una medicina de calidad y segura?

Sí, pero es imprescindible un cambio de paradigmas:

- Las Programas de Seguridad del paciente deben ser una Política de Estado.
- El Ministerio de Salud debe ser el ente de control de dichos programas, fijando y garantizando estándares mínimos de calidad de atención.
- Las condiciones de trabajo de los profesionales también deben ser modificadas: residentes trabajando 30 horas o más sin descanso, un altísimo porcentaje de profesionales de enfermería con doble empleo, y la lista es larga...
- Los Programas deben incluir la participación activa de los pacientes. Deben incluirse espacios para el

reporte de incidentes por parte de los propios pacientes o familiares.

- La Seguridad del paciente debe formar parte de la Currícula de grado y posgrado (la Universidad del Salvador, pionera en la formación en Seguridad del Paciente, hace años incorporó la materia en todos los años de la carrera de grado y recientemente en los cursos de posgrado).
- La Seguridad también debe incluir el proceso de re-certificación profesional.
- La calidad debe ser premiada y la no calidad castigada por los financiadores de la Salud (lo que conocemos como "pago por performance").

Para poder avanzar en este sentido como sociedad tenemos que asumir que:

El proceso de atención médica es complejo, la medicina es cada vez más compleja (lo que genera mayores riesgos) y necesariamente los errores humanos deben ser gestionados ya que es inevitable que ocurran. Finalmente, la gestión debe ser sistémica, no individual.

Los eventos adversos, definidos como el daño producto del proceso de atención médica, ocurren y, en un porcentaje de alrededor del 50% de los casos, NO son evitables. Tenemos que trabajar intensamente en el 50% que se puede evitar.

Aún tenemos como sociedad una cultura fuertemente punitiva, lo que conduce a que los errores y las fallas en muchos casos se oculten en lugar de comunicarse adecuadamente de manera transparente, compartiendo al equipo de salud y paciente-familia lo sucedido.

La Cultura de la Seguridad exige distinguir los errores, las conductas de riesgo y los actos temerarios. El error se consuela y se repara, se analizan las causales y se tratan. La conducta de riesgo merece reflexión y aprendizaje, las conductas temerarias deben ser sancionadas pero en el ámbito de un Programa de Seguridad que analice el proceso de atención que falló, desarrolle acciones con el equipo de salud, el paciente y su familia, y establezca medidas de mejora en caso de ser necesarias.

El camino por recorrer es largo.

Los invitamos a ser parte, a trabajar por una medicina de calidad y segura para los pacientes y su familia, para el equipo de salud y para las Instituciones en las que desarrollamos nuestra actividad.

Acciones para la seguridad de los pacientes en el ámbito de la atención sanitaria (Parte III).

Dr Horacio E. Canto
Gerencia de Servicios Médicos y Responsabilidad Civil Profesional
Swiss Medical Seguros
Swiss Medical Group

Continuando con los distintos puntos desarrollados en la publicación del Ministerio de Salud de Febrero de 2021 sobre las “Acciones para la Seguridad de los Pacientes en el Ámbito de la Atención Sanitaria”, abordaremos hoy lo atinente a las prácticas para el uso seguro de medicamentos.

Introducción:

Los postulados principales de los estándares internacionales de la seguridad del paciente en la gestión y uso de medicamentos se basan en las siguientes premisas:

- **Debe disponerse de un adecuado proceso de selección de medicamentos.**
- **Los medicamentos deben estar claramente identificados: debe leerse el nombre genérico y comercial, lote, vencimiento y laboratorio.**
- **La prescripción y administración de medicamentos se debe realizar bajo normas y procedimientos estandarizados.**
- **Los medicamentos se deben almacenar, preparar y administrar en un entorno seguro y limpio.**
- **Se debe identificar a los pacientes antes de administrar la medicación.**
- **Se deben controlar los efectos de la medicación en el paciente.**

En distintos estudios se ha podido evidenciar que los efectos adversos por errores de medicación representan entre un 11% y un 56% del total de los efectos adversos detectados. Estudios sobre morbilidad asociada a errores de medicación muestran que en países como Estados Unidos se producen 7.000 muertes al año por estos eventos, tanto en pacientes hospitalizados como ambulatorios. Los acontecimientos adversos causados por medicamentos (AAM), que incluyen errores y efectos adversos, resultan en daños importantes a la salud y en un importante incremento en los ingresos hospitalarios motivados por eventos adversos. Un trabajo efectuado en España por Otero y Col, estudió la incidencia de los AAM durante seis meses en pacientes hospitalizados de un hospital universitario, identificando aquellos eventos

potencialmente prevenibles. Debe destacarse que se detectaron AAM en 191 pacientes (7,2%) de los 2.643 ingresados. Estos eventos prevenibles representaron casi el 80% de los ingresos por causa directa atribuida a la medicación.

Los estudios sobre AAM se dirigen fundamentalmente al análisis de estos acontecimientos, a conocer sus causas y a distinguir los tipos de errores que se desarrollan a lo largo de la cadena terapéutica. Estos estudios pretenden contribuir a la implementación de medidas que puedan prevenir los fallos del sistema.

Cabe mencionar que en 2017 la OMS lanzó el tercer reto por la seguridad del paciente: “Medicación sin daños” y está focalizado en el fortalecimiento de los sistemas destinados a reducir los errores de medicación y el daño evitable asociado. Tiene como objetivo en los próximos cinco años reducir a la mitad la carga mundial de efectos nocivos y evitables causados por los medicamentos.

Objetivo general:

Promover el uso seguro de medicamentos.

Objetivos específicos:

1. Describir estrategias que permitan el manejo seguro de los medicamentos de alto riesgo.
2. Garantizar la conciliación de medicación en los diferentes puntos de traspaso asistencial a través de procesos estandarizados.

Manejo de medicamentos de alto riesgo:

Las consecuencias clínicas de los errores de medicación en el ámbito hospitalario son más importantes que en el medio ambulatorio, debido a la complejidad y a la agresividad de los procedimientos terapéuticos en los hospitales. Este hecho ha sido constatado en el estudio ENEAS, cuyos hallazgos indican que un 37,4% de los acontecimientos adversos detectados en pacientes

ingresados están causados por medicamentos.

El Institute for Safe Medication Practices (ISMP) llevó a cabo en los años 1995 y 1996 un estudio en 161 hospitales de EEUU para conocer los fármacos que eran más proclives a causar acontecimientos adversos a los pacientes. Se llegó a la conclusión de que estos medicamentos eran un número limitado, por lo que era posible y muy conveniente centrar en ellos las intervenciones de mejora. A partir de esta investigación y de los casos notificados en todo el mundo, el ISMP estableció una lista de los medicamentos considerados de alto riesgo en los hospitales, que constituye la lista de referencia utilizada mundialmente. Esta lista se ha actualizado conforme se han comercializado nuevos medicamentos y se ha generado nueva información sobre errores de medicación graves. La lista contiene en líneas generales los siguientes grupos farmacoterapéuticos: medicamentos oncológicos, electrolitos concentrados, heparinas y anticoagulantes orales, insulinas y opioides.

Recomendaciones:

- Utilizar y dar a conocer una lista de medicamentos de alto riesgo de cada institución, pudiendo tomar como ejemplo las orientaciones del Instituto del Uso Seguro de Medicamentos (ISMP) de España. Esto permite la delimitación de procesos controlados y diferenciados para estos medicamentos.
- Conformar comités interdisciplinarios de farmacoterapéutica para definir el formulario terapéutico de la institución según criterios de eficacia, seguridad y costo basados en la mejor evidencia científica, normas de utilización de medicamentos e información útil para asegurar su uso seguro. Por ejemplo: tablas de dosificaciones especiales para pacientes con insuficiencia renal, obesos, neonatos, equivalencias entre opiáceos, etc.
- Utilizar identificadores de alerta en su rotulación.
- Utilizar sitios de almacenamiento claramente diferenciados, que su acceso sea restringido, de modo que la reducción de su circulación limite también los errores en su manejo por inadvertencia o desconocimiento.
- Utilizar sistemas de prescripción electrónica. En caso de que no sea posible el acceso a estos sistemas, se recomienda utilizar formularios para la prescripción de drogas preimpresos, lo que es particularmente útil para el caso de las quimioterapias. En caso de prescripción manual, esta debe ser perfectamente legible, con letra clara y evitar abreviaturas. Se debe especificar la dosificación y la forma farmacéutica.
- Evitar las prescripciones verbales. Establecer procedimientos de verificación para las situaciones de emergencia u otras en las que no sea posible la prescripción escrita.
- Promover la participación activa del farmacéutico en el pase de sala o ronda médica, ya que esto asegura una prescripción adecuada, los ajustes de dosis, la detección temprana de reacciones medicamentosas (RAM) o de EM y evita la posibilidad de interacciones, entre otros beneficios.
- Realizar doble chequeo a la hora de administrar drogas de alto riesgo como los citostáticos y utilizar siempre bombas de infusión.
- Implementar un programa de trazabilidad de los medicamentos de alto riesgo hasta la administración al paciente.
- Utilizar protocolos especiales para drogas intratecales, por ejemplo: que estas se indiquen y administren en días diferentes de las de administración endovenosa, o en horarios diferentes, no en forma secuencial. Se recomienda dispensarlas en momentos diferentes de las dosis de administración endovenosa para evitar errores de vía de administración. También se recomienda identificar con etiquetas o colores adicionales que alerten al operador "para uso intratecal".
- Centralizar el manejo de medicamentos en la farmacia y evitar que las preparaciones se realicen en los sitios asistenciales, ya que estos últimos son más susceptibles a presentar climas de trabajo inseguros con múltiples distracciones e interrupciones.
- Estandarizar las dosis/diluciones: es recomendable que las drogas tengan una dosis estandarizada que se utilice en todos los sitios de atención de la institución. Por ejemplo, las diluciones de la morfina deberían ser consensuadas y utilizadas por igual en los diferentes sectores.
- Realizar capacitación constante del equipo de salud, pacientes y cuidadores, para lograr un manejo más seguro de estas drogas.

Conciliación de medicación:

Se estima que un paciente hospitalizado es susceptible de padecer en promedio más de un error de medicación por día, siendo el manejo de medicamentos la segunda causa más frecuente de daño a los pacientes. Más de la mitad de estos errores ocurrirán en las “interfaces” del cuidado, es decir en los momentos de traspaso de un paciente de un área a otra en el hospital, estos errores producirán hasta un 20% de eventos adversos. La conciliación de medicación es el proceso formal donde el equipo de salud trabaja con el paciente y la familia para crear una lista de toda la medicación que el paciente está recibiendo, lo más completa y precisa posible, para poder comparar la misma con las indicaciones médicas en el momento de la admisión, transferencias entre sectores en el hospital y al alta, con el objetivo de proveer de la medicación correcta al paciente en todos los puntos de transición en el hospital. Se considera una práctica de seguridad fundamental, ya que permite disminuir los errores de medicación y la morbilidad derivada.

Recomendaciones:

- **Elaborar un protocolo estandarizado para el proceso de conciliación de medicación durante las transiciones asistenciales, que describa los pasos a realizar en cada etapa y las responsabilidades de los actores implicados (profesionales responsables del paciente, paciente/cuidador, farmacia, etc.).**
- **Colocar el listado de la medicación habitual del paciente de manera visible en la historia clínica, prestando especial atención a todos los datos necesarios como dosis, vía de administración y frecuencia de administración.**
- **Adoptar un modelo impreso estandarizado para realizar la conciliación de la medicación, que incluya la medicación domiciliar y la situación de la conciliación. Algunas instituciones utilizan casilleros en los listados de medicación habitual, donde el médico prescriptor explicita si cada uno de los medicamentos del paciente continuará durante la internación o si serán suspendidos o modificados.**
- **Asignar la responsabilidad de obtener la historia de medicación y de resolver las diferencias en los órdenes de tratamiento a profesionales con suficiente experiencia en el manejo de la medicación. En caso de detectar discrepancias entre los listados de medicación nueva y las indicaciones previas del paciente, se recomienda dar aviso al médico tratan-**

te para resolver la misma y para poder identificar si esta discrepancia fue intencional o no.

- **Realizar capacitación constante a todos los profesionales sanitarios sobre el proceso de conciliación de medicación y uso seguro de medicamentos.**
- **Desarrollar acciones para informar y formar a pacientes y cuidadores, especialmente a los pacientes polimedcados que reciben medicamentos de alto riesgo, en todos los niveles asistenciales.**

Los programas de conciliación de medicamentos están fuertemente recomendados por las agencias de mejora de la calidad en el mundo y por acreditadoras de hospitales como la Joint Commission y Acreditación Canadá. El Institute for Healthcare Improvement (IHI) de Estados Unidos ha implementado programas de conciliación de medicamentos en sus campañas “Salvando 100.000 vidas y salvando 5 millones de vidas” como una de las intervenciones para mejorar la seguridad de pacientes más efectivas. El Instituto del Uso Seguro de Medicamentos (ISMP) de España y la campaña Safer Healthcare Now! de Canadá, facilitan herramientas para la implementación de este tipo de programas [https://www.patientsafetyinstitute.ca/en/Topic/Pages/medication-reconciliation-\(med-rec\).aspx](https://www.patientsafetyinstitute.ca/en/Topic/Pages/medication-reconciliation-(med-rec).aspx)

La Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) ha promovido la investigación y ha publicado herramientas para facilitar la implementación de estas prácticas en los hospitales. Incluso los sistemas de salud de ciertas regiones de España, como Andalucía, han publicado guías para facilitar la aplicación de la conciliación de medicamentos en los hospitales locales.

Manejo de medicación en pacientes crónicos y/o con polifarmacia:

La polimedcación de los pacientes ha aumentado de manera dramática y es la resultante de varios factores: las personas viven más años con distintas enfermedades crónicas, entre otras cosas, gracias a las nuevas tecnologías (fármacos, estudios diagnósticos, etc), la complejidad creciente de los pacientes a partir de las condiciones crónicas y la fragmentación de la atención. Los pacientes crónicos tienen mayor demanda de atención sanitaria y, en consecuencia, están expuestos a un mayor riesgo de eventos adversos relacionados con la atención de la salud. La polifarmacia aumenta la probabilidad de eventos adversos, de deterioro tanto de función física como cognitiva y de ingreso hospitalario, haciendo más difícil la adherencia al tratamiento.

Recomendaciones:

- Revisar de forma sistemática la medicación en los pacientes crónicos polimedicados para detectar o prevenir eventos adversos, garantizar la adecuación y mejorar la adherencia al tratamiento.
- Incentivar la interrupción de la prescripción de medicamentos en base a una atención integral, continua y coordinada de los pacientes.

Manejo de medicamentos de aspecto o nombre similares:

Otra causa frecuente de errores en la medicación se produce por la similitud ortográfica, fonética o visual que existe entre algunos medicamentos, fenómeno conocido a nivel mundial por su denominación en inglés "Look-Alike, Sound-Alike" (LASA).

La confusión entre los nombres de los medicamentos ocurre fundamentalmente por la similitud existente entre nombres comerciales (p. ej. Losacor y Sotacor, Aerotina y Aeroxina), entre nombres genéricos (p. ej. dopamina y dobutamina, valaciclovir y valganciclovir) o entre nombres comerciales y genéricos (p. ej. Cefalex VL o Cefalex Max y cefalexina). Los errores por esta causa pueden ocurrir en cualquier etapa del circuito de utilización de los medicamentos, desde la prescripción a la administración, pasando por el almacenamiento o la dispensación. Existen diversos factores que aumentan el riesgo de confusión entre los nombres de los medicamentos, como son una prescripción manuscrita poco legible, la coincidencia en la forma farmacéutica, dosis y/o intervalo de administración, la similitud en la apariencia del etiquetado y/o envasado, el desconocimiento del nombre del medicamento, en particular de medicamentos de reciente comercialización o poco habituales, etc.

Recomendaciones:

- Revisar periódicamente los nombres de los medicamentos que se utilizan en la institución que se presten a confusión, elaborar una lista reducida con los nombres de medicamentos que tienen mayor riesgo de ocasionar daño a los pacientes si se confunden y difundirla a todos los profesionales involucrados en el uso de los medicamentos.
- Ante la inclusión de un nuevo medicamento en la guía farmacoterapéutica, evaluar el posible riesgo de confusión con los nombres de los medicamentos ya disponibles. Evitar, siempre que sea posible, la coexistencia de aquellos medicamentos cuyos

nombres puedan ocasionar confusiones.

- Facilitar la diferenciación entre los medicamentos con nombres similares en todos los lugares del sistema de utilización de medicamentos. Una técnica propuesta es la utilización de "letras mayúsculas resaltadas" (tall man lettering), que consiste en destacar en mayúsculas las letras de los nombres que son distintas, con el fin de acentuar sus diferencias (p. ej. DOBUTamina, DOPamina).
- Evitar el almacenamiento de los medicamentos con riesgo elevado de confusión en lugares próximos.

Referencias:

1. Gamundi Planas C, Sabin Urkía P. Documento de Consenso En Terminología y Clasificación En Conciliación de La Medicación. Madrid; 2009. http://www.sefh.es/bibliotecavirtual/conciliacion/Libro_consenso_terminologia_conciliacion.
2. Bates DW, Boyle DL, Vliet MBV, Schneider J, Leape L. Relationship between medication errors and adverse drug events. *J Gen Intern Med.* 1995. doi:10.1007/BF02600255
3. López Y, Otero M, Alonso P. Estudio prospectivo de los acontecimientos adversos por medicamentos (AAM) en pacientes hospitalizados. *Rev Clin Esp.* 2000;200.
4. L.J. D, E. T. K, N D-K, M. P. K, A S. Medication without harm: WHO's third global patient safety challenge. *The Lancet.* 2017;389(10080):1680-1681.
5. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estudio Nacional de Efectos Adversos ligados a la hospitalización. ENEAS 2005. 2006. <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/home.htm>.
6. Cohen M. Preventing medication errors related to prescribing. In: *Medication Errors. Causes, Prevention, and Risk Management.* Washington, D.C.: American Pharmaceutical Association; 1999.
7. Otero MJ, Martín R, Domínguez Gil A. Instituto para el uso seguro de medicamentos. In: *Errores de Medicación: Prevención, Diagnóstico y Tratamiento.* Barcelona: EASO SL; 2001:95-102.
8. Manasse HR. Medication use in an imperfect world: drug misadventuring as an issue of public policy, Part 2. *Am J Hosp Pharm.* 1989.
9. Johnson A, Guirguis E, Grace Y. Preventing medication errors in transitions of care: A patient case approach. *J Am Pharm Assoc.* 2015. doi:10.1331/JA-PhA.2015.15509
10. General US, Office A. Adverse Drug Events: The Magnitude of Health Risk Is Uncertain Because of Limited Incidence Data: HEHS-00-21. GAO Reports. 2000.
11. Meisel S, Sershon L, White D. Reducing adverse drug events and medication errors using rapid cycle improvement. *Qual Manag Health Care.* 1998. doi:10.1097/00019514199806040-00002
12. Gamundi Planas C, Sabin Urkía P. Documento de Consenso En Terminología y Clasificación En Conciliación de La Medicación. Madrid; 2009. http://www.sefh.es/bibliotecavirtual/conciliacion/Libro_consenso_terminologia_conciliacion.
13. Barnsteiner JH. Chapter 38. Medication Reconciliation. *Patient Saf Qual An EvidenceBased Handb Nurses.* 2008.

14. Mueller SK, Kripalani S. A Toolkit to Disseminate Best Practices in Inpatient Medication Reconciliation: Multi-Center Medication Reconciliation Quality Improvement Study (MARQUIS). *Jt Comm J Qual Patient Saf.* 2013;39(8):371-381.
15. R R, Claire E. Medication Reconciliation Review. s.l.: Institute for Healthcare Improvement.; 2004.
16. Mueller SK, Kripalani S, Stein J, et al. A toolkit to disseminate best practices in inpatient medication reconciliation: Multi-center medication reconciliation quality improvement study (MARQUIS). *Jt Comm J Qual Patient Saf.* 2013.
17. F. J. C., Ribera. Desprescripción: cuándo, cómo y por qué. In: III Jornada Nacional Rising Stars. ; 2019.
18. M. CG, L. B, G. C, et al. Detección, análisis y prevención en el uso de medicamentos con similitud fonética, ortográfica o de envasado en Argentina. *Rev argent salud publica.* 2010;1(3):30-35.
19. SMP-España. Recomendaciones para prevenir los errores causados por confusión en los nombres de los medicamentos. <http://www.ismpespana.org/ficheros/Recomendaciones nombres ISMP-Espana.pdf>. Published 2011.



Te protegemos para que nos sigas cuidando.

Con tu póliza de **Praxis Médica** te brindamos asesoramiento médico legal las 24 horas y descuentos exclusivos para una protección integral.



SEGURO DE HOGAR



INTEGRAL DE COMERCIO
(RUBRO MÉDICO)



SEGURO DE AUTO

Comunicate con tu Productor Asesor de Seguros o envianos un mail a consultas-seguros@smg.com.ar

www.swissmedicalseguros.com



SWISS MEDICAL
S E G U R O S

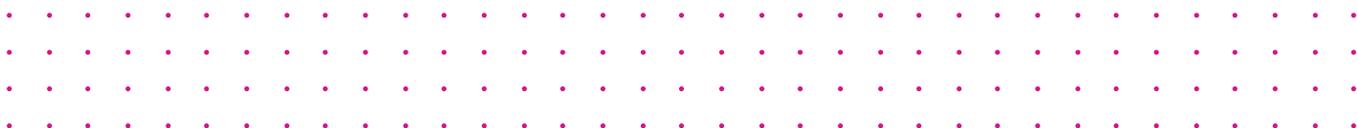
SMG COMPAÑÍA ARGENTINA DE SEGUROS S.A. CUIT 30-50003196-0. AV. CORRIENTES 1865 PLANTA BAJA (C1045AAA) BUENOS AIRES, ARGENTINA

Nº de inscripción en SSN
0002

Atención al asegurado
0800-666-8400

Organismo de control
www.argentina.gob.ar/ssn





SMG Compañía Argentina de Seguros S.A.
Av. Corrientes 1865 Planta baja (C1045AAA) | CABA, Argentina.
Tel.: (54-11) 5239-6300



www.swissmedicalseguros.com

