Estrés ante la similitud en Envases Clínicos

Vicente Moreno Arroyo

U.C.G. Bloque Quirúrgico, Hospital Infanta Margarita, Cabra, Córdoba, España.

Moreno Arroyo, Vicente. **Estrés ante la similitud en Envases Clínicos.** ENE. Revista de Enfermería. 5(3):25-30 http://enfermeros.org

Recibido: 26/05/2011

Aceptado: 27/07/2011

Resumen

La O.M.S. estableció en el 2002 la necesidad de establecer los mecanismos necesarios para disminuir los posibles errores de medicación y subsecuentemente mejorar la seguridad del paciente. En nuestro país, el estudio ENEAS demostró que el mayor porcentaje de ellos en el ámbito hospitalario están relacionados con errores en la medicación.

En nuestro estudio pretendemos encontrar los orígenes de esos posibles errores relacionados con la medicación en un área quirúrgica hospitalaria y conocer la percepción que de los mismos tiene el personal laboral habitual en dicha área.

Para ello realizamos una revisión de toda la medicación presente en el área quirúrgica y pasamos una encuesta a los enfermeros de la misma.

Los resultados, nos muestran que la posibilidad de error es percibida en una de cada diez intervenciones lo que supone una carga de estrés para el personal que no coincide con los resultados de la valoración que la encuesta muestra sobre el problema.

Palabras clave: medicamentos, errores, eventos adversos, prevención, seguridad del paciente

Abstract

In 2002, the WHO established the necessity of setting up the necessary mechanisms as to diminish the possible errors in medication, and subsequently improve Patient Safety. In our country, the research carried out by ENEAS showed that the majority of errors in the hospital sphere are related to errors in medication.

In our case study we intend to trace the origin of possible errors related to medication in a hospital surgical area, as well as to find out about the perception that regular staff in this kind of area holds.

In order to do this, we revised all the medication in the surgical area and gave a questionnaire to nurses there.

The results show that the possibility of an error is perceived in one out of ten surgical procedures, which causes additional stress to the staff and which does not coincide with the results shown on the questionnaire the staff completed.

Keywords: medication, errors, adverse

cases, prevention, patient safety

Introducción

Garantizar la seguridad de los pacientes es, hoy en día, uno de los aspectos claves en la política de los diferentes sistemas de salud, siguiendo las recomendaciones de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, destinada a mejorar significativamente la seguridad de los pacientes tanto en los países ricos como en los países pobres. (1) Dicha Alianza se estableció de conformidad con lo dispuesto en la resolución WHA55.18 (adoptada en la 55ª Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 2002), en la que se pedía a los Estados Miembros que prestaran la mayor atención posible a la seguridad del paciente y que establecieran sistemas de base científica para mejorar la seguridad del paciente y la calidad de la atención. Como consecuencia la OMS publica un listado de los sistemas de recogida de errores de medicación más utilizados (2).

En nuestro país es el estudio ENEAS 2005 el que recoge por primera vez la incidencia de los Eventos Adversos relacionados con la medicación en el ámbito hospitalario (3). Según este estudio, el 34.7% de los episodios están relacionados con la medicación, mientras que en un 25% de los casos se deben a un error en el procedimiento técnico, siendo evitables en casi la mitad de los casos (42,8%).

En nuestro ámbito de trabajo (área quirúrgica hospitalaria) creemos percibir la posibilidad de que aparezcan eventos adversos, relacionados con varios factores: eficacia de los cuidados para evitar las infecciones nosocomiales, errores de técnica e instrumentación y errores de administración de fármacos, entre otros.

En nuestro estudio nos centraremos en comparar y valorar las similitudes que se dan en la presentación clínica de medicamentos cuyos principios activos son distintos, y que pueden inducir al error en la administración.

Como objetivo principal trataremos de identificar todos los medicamentos utilizados en nuestra unidad clasificándolos por sus características externas: formas, colores, diseños,... y que pueden generar confusión a los profesionales que los administran.

El objetivo final no puede ser otro que el de preservar la seguridad de los pacientes, así como generar confianza (garantías) al personal sanitario en el uso correcto de los diferentes preparados.

Material y métodos

Inicialmente se realiza la observación directa de los diferentes fármacos y de sus diferentes presentaciones, recogiendo los que a nuestro entender podrían originar confusión. Secundariamente diseñamos una encuesta para recoger la opinión de todos los trabajadores del área quirúrgica y conocer su opinión al respecto (Anexo 1).

El estudio se ha realizado entre los meses de septiembre y octubre de 2.010.

Resultados

De 110 presentaciones registradas en nuestra área hemos encontrado riesgo de confusión en 29 de ellas, lo que supone un 26,4% del total.

La relación de los medicamentos comparados en los que se observa gran similitud de envasado y presentación, es la siguiente:

- Adrenalina con atropina, escopolamina, naloxona y haloperidol.

- Gluconato cálcico (cálcio sandoz®) con mepivacaína hidrocloruro (Scandinibsa®) y con el cloruro cálcico.

- Suero fisiológico con agua destilada y Glucosmon® en sus presentaciones de 10ml.

- Lidocaina 2% con suero fisiológico 0.9%, agua destilada y cloruro sódico 20%, también en sus presentaciones de 10ml.

- Noradrenalina con bupivacaina hidrocloruro al 0,5% (Svedocain®).

- Nitroglicerina (Solinitrina forte®) con procaina 2% (Anestesia local®).

issn 1988 - 348X
vol 5, n3 - dic 2011
http://enfermeros.org/revista

- Lidocaina clorhidrato 5% con el cloruro cálcico.

- Gentamicina 80mg con tobramicina 100mg y amikacina 500mg (Biclin®).

- Teofilina anhidra (Eufilina®) con urapidil clorhidrato 50mg (Elgadil®).

- Metronidazol 500mg (Flagyl®) con suero fisiológico en bolsa de 100ml y paracetamol en bolsa de 1gr.

- Dexketoprofeno (Enantyum®) con ondasetrón (Yatrox® y Zofran®).

- Isofundín® con Isohes® ambos de 500ml.

- Glicina con suero fisiológico y agua estéril, todos ellos en su presentación de 3000ml.

- N-butilbromuro de hioscina 20mg (Buscapina®) con ketorolaco trometamol 20mg (Toradol®).

- Clorhexidina 0,5% de 1000ml. con agua estéril y apirógena de 1000ml.

Además, se repartieron 30 cuestionarios entre los enfermeros/as de nuestra unidad, de los que 22 se dieron como válidos, lo que supone un 57,9 % de la plantilla del área quirúrgica.

Los datos que nos merecen más relevancia son:

La media de experiencia en el área de trabajo es de 15,61 años, siendo casi dos tercios los profesionales con más de 10 años de experiencia.

El 81,81% de los consultados asisten a 10 procesos quirúrgicos o más semanalmente.

El porcentaje estimado por los profesionales de la incidencia del problema se sitúa entre el 5 y el 14% de las actuaciones en un total de 17 profesionales, que representan el 77,27% del total.

Casi tres cuartas partes de los profesionales (72,7%) creen tardar al menos un minuto en darse cuenta del error.

No obstante, más de la mitad de los profesionales creen que la posibilidad de que ocurra un error es baja.

El 100% de los profesionales piensa que una adecuación de las presentaciones de los fármacos ayudaría a evitar estos errores.

Los resultados desglosados se muestran en tabla I:

issn 1988 - 348X
vol 5, n3 - dic 2011
http://enfermeros.org/revista

Años de experiencia	< 5	5 - 9	10 - 14	15 – 20	>20
	3	4	2	7	6
Frecuencia Relativa	13,6%	18,2%	9,1%	31,8%	27,3%
Cirugías semanales	< 10	10 – 14	15-19	20 ó más	
	4	8	8	2	
Frecuencia Relativa	18,2%	36,4%	36,4%	9%	
Pregunta 1	1	2	3	4	5
	3	1	9	9	0
Frecuencia Relativa	13,6%	4,5%	40,9%	40,9%	0%
Pregunta 2	< 5%	5%-9%	10% - 14%	15%-19%	20% ó mas
	4	9	8	1	0
Frecuencia Relativa	18,1%	40,1%	36,2%	4,5%	0%
Pregunta 3	<60 seg	60 -119 seg	120 – 179 seg	180 seg. Ó mas	
	6	12	4	0	
Frecuencia Relativa	27,3%	54,5%	18,2%	0%	
Pregunta 4	Nula	Baja	Media	Alta	
	1	13	7	1	
Frecuencia Relativa	4,5%	59,1%	31,8%	4,5%	
Pregunta 5	SI	NO			
	22	0			
Frecuencia Relativa	100%	0%			

issn 1988 – 348X
vol 5, n3 – dic 2011
http://enfermeros.org/revista

Discusión

Entendemos que no hay duda sobre la experiencia laboral de los encuestados en el área de investigación, ni de la carga laboral semanal (más de 10 años y al menos 20 intervenciones semanales en la mayoría de los casos). A pesar de ello, las posibles confusiones entre medicamentos de presentación parecida suponen una situación de estrés valorada como media alta en más del 82%

Es de interés subrayar, que a pesar de reconocer la posibilidad de error en un importante número de actuaciones (en torno a una de cada 10), los propios profesionales conceptúan en su mayoría esta incidencia como Baja. Esto nos lleva a pensar que es necesaria una reconceptualización del problema por parte de los mismos profesionales.

El tiempo medio que estiman que se tarda en reconocer el error no baja de un minuto en la mayoría de las ocasiones, lo que puede significar un retraso importante en determinadas circunstancias.

Finalmente, todo el personal coincide en sugerir que los cambios en el envasado ayudarían eficientemente a corregir esta posibilidad de error.

Conclusiones

La existencia de presentaciones similares en los fármacos utilizados en nuestro entorno implica un cierto grado de estrés que sin embargo no se corresponde con el nivel percibido de incidencia del problema, quizás justificado por la relativamente alta frecuencia de su presentación.
Igualmente queda demostrado que los profesionales perciben como una importante mejora en la seguridad del paciente el adecuar las presentaciones comerciales de los medicamentos en nuestra área de trabajo.

Bibliografía

1. García Asenjo M.S. (2007). Seguridad del paciente en perfusión. Eventos adversos. Asociación Española de Perfusionistas. Revista AEP nº 44, de la World Wide Web: www.aep.es/revista-aep.
2. World Health Organization (2003). Patient safety: Reduction of adverse events througth common understanding and common reporting tools. Towards an international patient safety taxonomy. Report number 1&2, 30 June 2003
3. Ministerio de Sanidad y Consumo (2005). Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización. ENEAS 2005 Depósito Legal: M-19200-2006.
4. Otero López, Mª.J. (2001). Seguridad de medicamentos. Prevención de errores de medicación en Farmacia Hospitalaria vol.25, nº 6, Ed. Aran Ediciones S.A., Madrid, páginas 376-379.
5. World Health Organization (2007). La OMS lanza "Nueve soluciones para la seguridad del paciente" a fin de salvar vidas y evitar daños. 2 De Mayo de 2007. Consulta 8 septiembre, 2010, de la World Wide Web: www.who.int/mediacentre/news/releases/2007/pr22/es/index.html
6. Valverde Merino, M.P. (2003). Seguridad de medicamentos. Prevención de errores de medicación. Protocolo y pautas de actuación en Farmacia Hospitalaria vol.27, nº 2, Ed. Aran Ediciones S.A., Madrid, páginas 121-126.
7. Izquierdo i Tugas, Mª.E. (2008). Errores de medicación en el área quirúrgica: Notificación y medidas de prevención en Boletín de Prevención de errores de medicación de Cataluña, vol. 6, nº 1, de la World Wide Web: www.gencat.cat/salut/depsalut/html/es/dir88/espreven6108.pdf
8. Celdrán Hernández, M.A. (2004). Prevención de errores de medicación: responsabilidad de muchos, seguridad para todos en Revista Española

ISSN 1988 - 348X
vol 5, n3 - dic 2011
http://enfermeros.org/revista

de Sanidad Penitenciaria, vol. 6, nº 1, Ed. Cometa S.A., Zaragoza, página 5.

Anexo 1

Encuesta sobre seguridad en la presentación clínica de la medicación en quirófano
A .-Datos estadísticos
¿Cuántos años de experiencia tiene como enfermera de quirófano?
¿A cuantas cirugías (procedimientos) asiste semanalmente?
B.-Cuestionario
1ª ¿La similitud de presentaciones en el Área quirúrgica aumenta su nivel de estrés? (valorar de 1 normal hasta 5)
1 - 2 - 3 - 4 - 5
2ª ¿En que porcentaje estima que suceden estos acontecimientos?
__Menor del 5%__Del 5 al 10%__Del 10 al 15%__Del 15 al 20%__Mayor del 20%
3ª¿Cuánto tiempo se tarda (de promedio) en darse cuenta del problema?
__menos de un minuto __de un minuto a dos minutos
__de dos minutos a tres minutos __más de tres minutos
4ª ¿Qué posibilidad existe de que haya pasado un hecho de error por similitud en tu hospital?
__Nula __Baja __Media __Alta
5ª ¿Cree Usted que cambios en el etiquetado, colores de los envases, dispensadores, etc. podrían reducir la tasa de errores?
___Si ___No

issn 1988 - 348X
vol 5, n3 - dic 2011
http://enfermeros.org/revista