



MESA REDONDA:

La seguridad del paciente en la práctica: experiencia de diferentes instituciones

Errores relacionados con el proceso de medicación

Dra. María Valeria Collard Borsotti

Objetivos:

- Comprender las características y la magnitud del problema en hospitales y centros de atención.
- Describir la importancia de la formación y creación de cultura de la seguridad clínica.
- Compartir las experiencias y estrategias puestas en práctica en diferentes Instituciones para garantizar la seguridad de sus pacientes.



Hospital de Niños de la Santísima Trinidad

Córdoba, Argentina



Hospital de Niños de la Santísima Trinidad



- Hospital de 3º nivel de complejidad de la Zona Centro y NO del País
- Referente de especialidades en la Zona NO del País
- Internación organizada en base a criterios de cuidados progresivos
- 21 000 m2 cubiertos y 202 camas
- 300 000 consultas anuales. 11 000 egresos anuales
- 4 000 cirugías anuales
- 1 000 000 estudios de laboratorio. 90 000 estudios radiológicos anuales
- Actividades docentes por convenio con la UNC y UCC

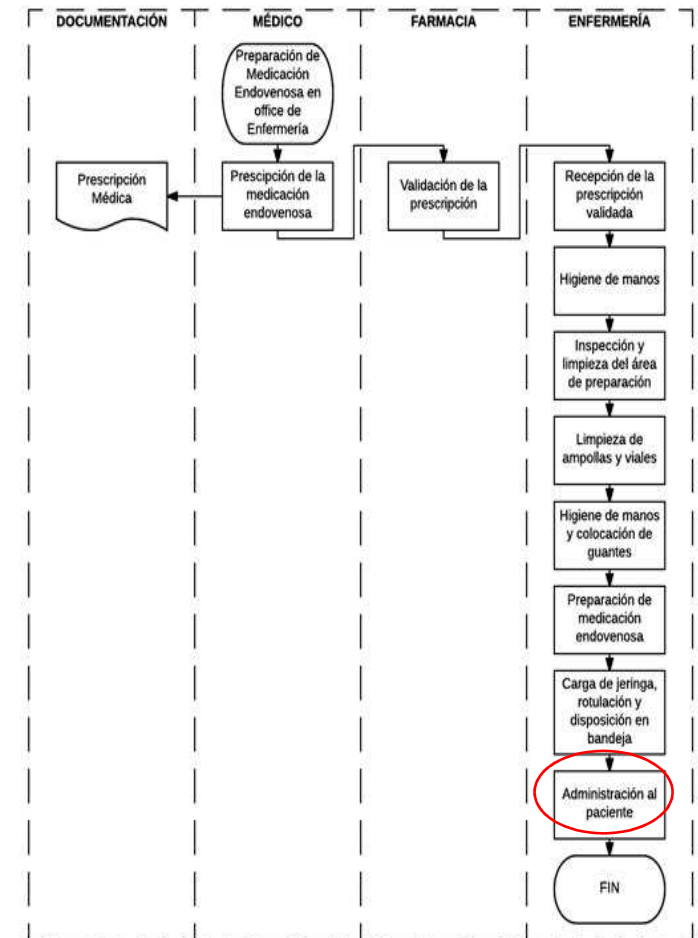
Caso:



- Paciente de 10 meses internado...
- Recibiendo alimentación con formula elemental por vía enteral a través de sonda nasogástrica y por vía endovenosa medicación varia.
- La enfermera conecta el debito de la formula elemental en la vía periférica.....
- El paciente sufre deterioro clínico.
- Pasa a UTI.

Proceso de medicación

PROCESO	CAUSAS DE LOS ERRORES DE MEDICACIÓN
Selección y Adquisición	<ul style="list-style-type: none"> Excesiva variedad de medicamentos. Falta de control del etiquetado previo a la selección del medicamento.
Prescripción	<ul style="list-style-type: none"> Falta de información acerca del paciente y los medicamentos. Incumplimiento de procedimientos establecidos. Lapsus/despistes. Sobrecarga de trabajo.
Transcripción/Validación	<ul style="list-style-type: none"> Prescripciones ilegibles, incorrectas o ambiguas. Falta de información acerca del paciente y los medicamentos. Similitud en los nombre de los medicamentos. Interrupciones o distracciones frecuentes.
Dispensación	<ul style="list-style-type: none"> Envasado y etiquetado similar o incorrecto. Sistemas de dispensación deficientes y no automatizados. Sobrecarga de trabajo.
Administración	<ul style="list-style-type: none"> Confusión en la identificación de pacientes. Falta de información sobre los medicamentos. Problemas en los equipos o dispositivos de administración. Envasado y etiquetado similar o incorrecto.
Monitorización del tratamiento	<ul style="list-style-type: none"> Segmentación del sistema sanitario. Falta de sistemas informatizados de seguimiento. Sobrecarga de trabajo.



Error de medicación



Cualquier incidente prevenible que pueda causar daño al paciente o dé lugar a una utilización inapropiada de los medicamentos, cuando éstos están bajo el control de los profesionales sanitarios o del paciente o consumidor.

National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention

Evento Centinela

Es un suceso imprevisto que implica la muerte o la pérdida permanente y grave de una función, física o psicológica, no relacionada con el curso natural de la enfermedad o del problema subyacente del paciente.

Clasificación Tipo de Error

Adaptada del National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention

1. Medicamento erróneo
1.1 Selección inapropiada del medicamento.
1.1.1 Medicamento no indicado/apropiado para el diagnóstico que se pretende tratar.
1.1.2 Historia previa de alergia o efecto adverso similar con el mismo medicamento o con otros similares.
1.1.3 Medicamento contraindicado (incluye interacciones contraindicadas).
1.1.4 Medicamento inapropiado para el paciente por su edad, situación clínica o patología subyacente.
1.1.5 Duplicidad terapéutica.
1.2 Medicamentos innecesarios.
1.3 Transcripción/dispensación/administración de un medicamento diferente al prescrito.
2. Omisión de dosis o de medicamento (excluye aquellos casos en que el paciente rehúsa voluntariamente tomar la medicación).
2.1 Falta de prescripción de un medicamento necesario (incluye la falta de profilaxis así Como el olvido de un medicamento al escribir la orden médica).
2.2 Omisión en la dispensación.
2.3 Omisión en la administración.
3. Dosis incorrecta.
3.1 Dosis mayor de la correcta.
3.2 Dosis menor de la correcta.
3.3 Dosis extra.
4. Frecuencia de administración errónea.
5. Forma farmacéutica errónea.
6. Error de preparación/manipulación/acondicionamiento.
7. Técnica de administración incorrecta (incluye fraccionar o triturar inapropiadamente formas sólidas orales).
8. Vía de administración errónea
9. Velocidad de administración errónea.
10. Hora de administración incorrecta (incluye la administración del medicamento fuera del intervalo de tiempo definido en cada institución sanitaria para la programación horaria de administración).
11. Paciente equivocado.
12. Duración del tratamiento incorrecta.
12.1 Duración mayor de la correcta.
12.2 Duración menor de la correcta (incluye retirada precoz del tratamiento).
13. Monitorización Insuficiente del tratamiento.
13.1 Falta de revisión clínica.
13.2 Falta de controles analíticos.
13.3 Interacción medicamento-medicamento.
13.4 Interacción medicamento-alimento.
14. Medicamento deteriorado (incluye medicamento caducado, mal conservado, etc.).
15. Falta de adherencia.

<http://www.nccmerp.org/about-medication-errors>

Categorías de gravedad de los errores de medicación

CATEGORÍA		DEFINICIÓN
Error potencial	Categoría A	Circunstancias o incidentes con capacidad de causar error.
Error sin daño	Categoría B	El error se produjo, pero no alcanzó al paciente.
	Categoría C	El error alcanzó al paciente, pero no le causó daño.
	Categoría D	El error alcanzó al paciente y no le causó daño, pero precisó monitorización y/o intervención para comprobar que no había sufrido daño.
Error con daño	Categoría E	El error contribuyó o causó daño temporal al paciente y precisó intervención.
	Categoría F	El error contribuyó o causó daño temporal al paciente y precisó o prolongó la hospitalización.
	Categoría G	El error contribuyó o causó daño permanente al paciente.
	Categoría H	El error comprometió la vida del paciente y se precisó asistencia médica para mantener su vida.
Error mortal	Categoría I	El error contribuyó o causó la muerte del paciente.



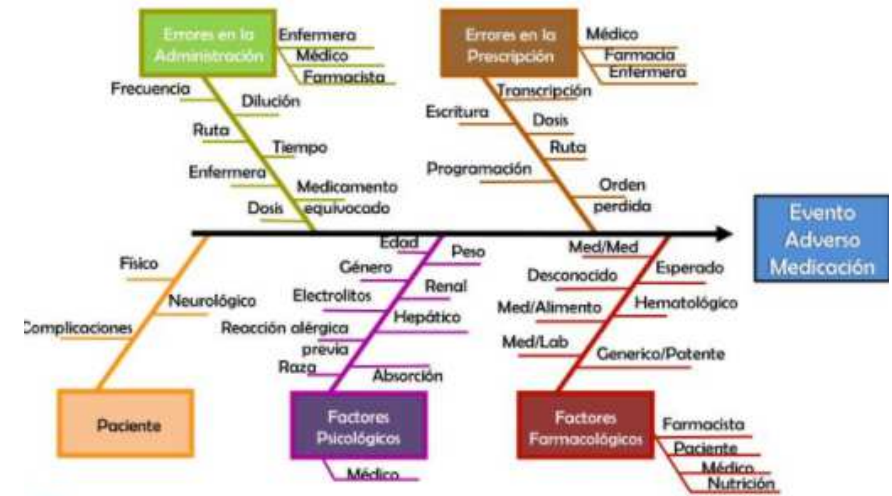
Incidentes por medicamentos



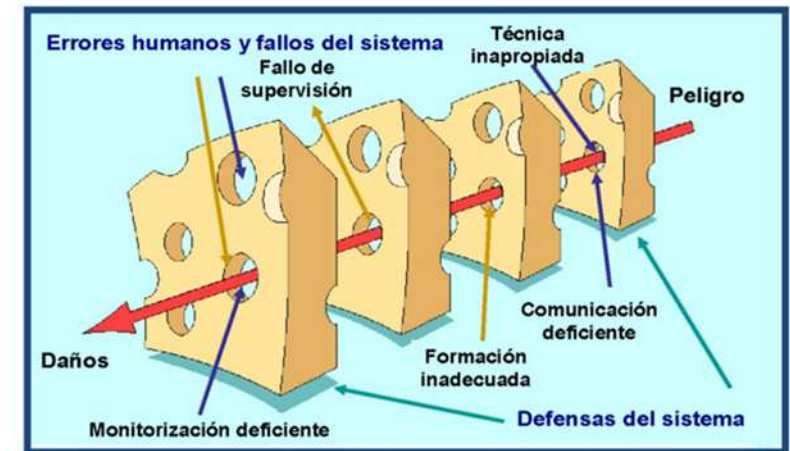
Otero MJ, Domínguez-Gil A. Acontecimientos adversos por medicamentos: una patología emergente. Farm Hosp 2000; 258-66.

Acciones tomadas:

- Análisis Causa Raíz
- Reunión con médicos y enfermeras



- Analizar los errores de medicación como errores de sistema
- Crear una cultura de seguridad no punitiva que permita aprender de los errores



(Imagen 2. Tomado del curso de formación sobre seguridad del paciente del proyecto Bacteriemia Zero)

Sistema a prueba de errores o Poka Yoke

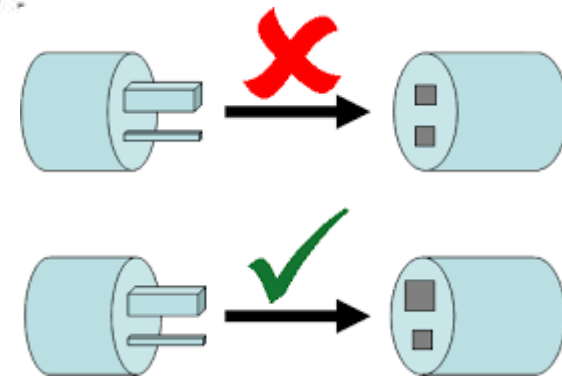


ORIGEN DEL CONCEPTO DE POKA-YOKE:

El término " **POKA-YOKE** " viene de las palabras japonesas :

- " **POKA** " (error inadvertido)
- " **YOKE** " (prevenir).

POKA-YOKE es una técnica de calidad desarrollada por el ingeniero japonés Shigeo Shingo en los años 1960's, que significa " **a prueba de errores** ". "

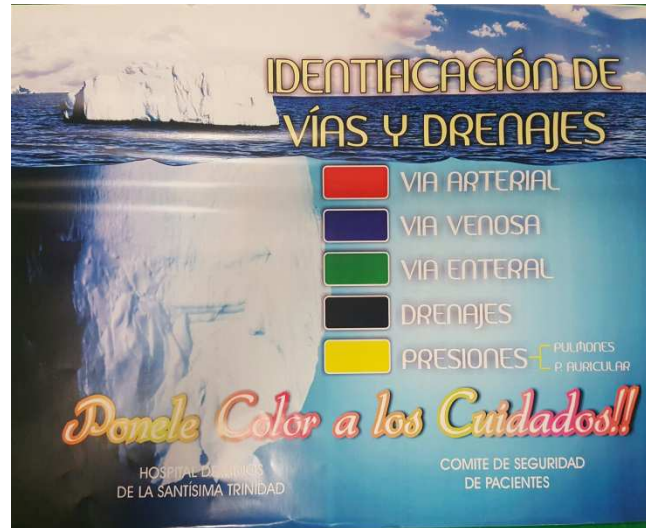


La idea principal es la de " *crear un proceso donde los errores sean imposibles de realizar* " .

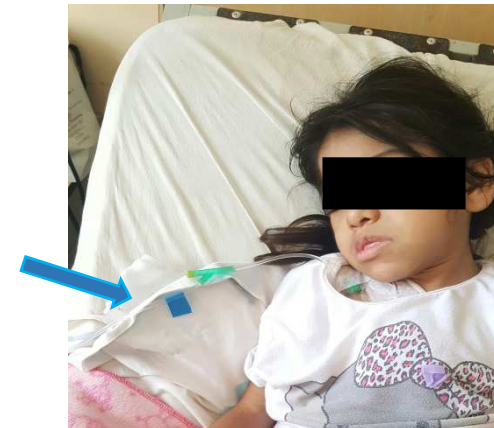
Procedimiento de identificación de vías y drenaje por colores

Gobierno de la Provincia de Córdoba Ministerio de Salud Hospital de Niños de la Santísima Trinidad		SERVICIO DE ENFERMERÍA COMITÉ DE SEGURIDAD DE PACIENTE	
Manual de Procedimientos		PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA IDENTIFICACIÓN DE VÍAS Y DRENAJES	Clave: MPG-00-02
Fecha de Redacción: Versión Original: ACTUAL	Fecha de Revisión: Veración Vigente: 1	Fecha de Aprobación: Revisión N°: 01-12-2014	Realizado por: Página: 1 de 3

- 1 - OBJETIVOS:**
- Estandarizar la identificación de las vías enterales y parenterales de los pacientes, mediante un código de color, como alerta antes de la administración de medicamentos
 - Evitar los efectos secundarios no deseados a la atención sanitaria que representan una causa elevada de morbilidad y mortalidad.
- 2- CONSIDERACIONES GENERALES:**
- Disfundir las buenas prácticas para prevenir posibles errores y efectos adversos derivados de la asistencia sanitaria con respecto a la administración de soluciones y fármacos
- 3- PRINCIPIOS:**
- Todo paciente que cuente con una vía enteral y/o parenteral la/s mismas deberán estar identificadas con el color correspondiente.
 - La cinta identificadora será repuesta siempre que el paciente sea re-canalizado, o se cambie el prolongador, o la sonda o en todos los casos que el paciente no tenga la vía identificada.
- 4- ALCANCE**
- Involucra a todo el personal de enfermería que desarrolla su tarea en atención directa con el paciente en el Hospital de Niños de la Santísima Trinidad.
- 5- RESPONSABILIDADES:**
- La enfermera de cabecera es la responsable de colocar la cinta identificadora correspondiente en cada vía y/o drenaje, la que debe permanecer hasta que sea retirada la vía y/o drenaje.
- 5- PROCEDIMIENTO**
- En todo procedimiento que se le practique al paciente se deben respetar las medidas de bioseguridad.
 - Siempre se deben respetar los cinco momentos y la técnica de lavado de manos.
 - Verificar la identidad del paciente y hacer coincidir el paciente correcto con la intervención correcta, previa a la realización de la misma, aplicando la regla de los 5 correctos:
 - Paciente correcto.



Gobierno de la Provincia de Córdoba Ministerio de Salud Hospital de Niños de la Santísima Trinidad Comité de Seguridad de Pacientes	
INDICADOR DE IDENTIFICACIÓN DE VÍAS Y DRENAJES	
Nombre del Indicador	Porcentajes de criterios que cumple la enfermera de nivel operativo en el momento de la identificación de la vía y/o drenaje
Dimensión de calidad	Seguridad
Justificación	Todos los niños que son sometidos a una técnica invasiva como canalizaciones y/o drenajes tienen derecho a un procedimiento seguro. Los eventos que pueden suceder en estas prácticas pueden generar situaciones complicadas y de grave riesgo para el paciente y su calidad de vida.
Fórmula	Nº de criterios establecidos que se cumplen según el protocolo / N° total de criterios establecidos X 100
Explicación de términos	
Población	Personal de enfermería en atención directa al paciente
Tipo	Proceso
Fuente de datos	Norma de identificación de vías y drenajes
Estándar (Umbral)	100 % de criterios correctos definidos como obligatorios
Responsables	Jefes/as de enfermería Jefe de Gestión de Calidad y Seguridad de Pacientes Enfermeras de nivel operativo
Periodicidad	Continua



Estrategias para prevenir errores durante la administración de soporte nutricional

- Vías rotuladas con alerta
- **Bombas inteligentes**
- Monitoreo del comienzo de una administración
- Educación al paciente y familiar
- **Conectores que no conectan de distinto color, calibre, forma**



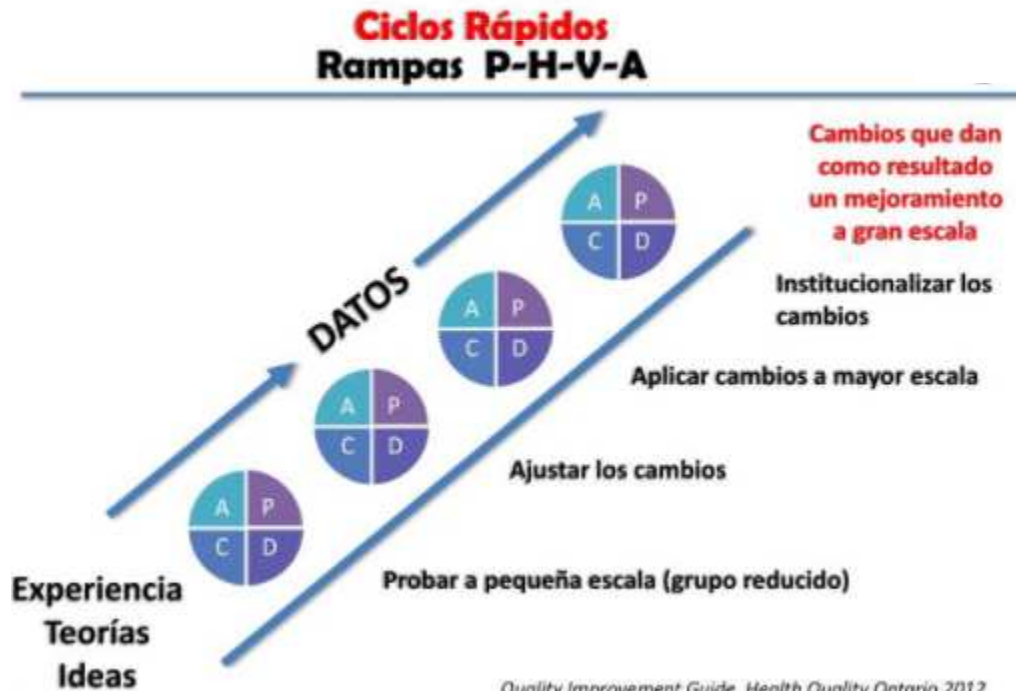
¿Qué hemos aprendido?

- En contexto no favorables se pueden llevar adelante estrategias coordinadas de Calidad y Seguridad del Paciente
- Debe haber un apoyo absoluto y evidente de la Dirección
- Visión sistémica e integración con otras áreas
- Que aún tenemos mucho por mejorar y aprender
- Que el paciente es lo más importante



Qué debemos implementar:

- Programa Segunda víctima
- Gestión de Riesgos
- Revisión y mejora de procesos (indicadores, tracers, documentación, análisis)
- Análisis de Modo de Fallos y sus Efectos



Quality Improvement Guide. Health Quality Ontario.2012

Los Ciclos Rápidos de Mejora Continua:

- ✓ Brindan oportunidad de realizar pequeñas pruebas, que si llegan a fracasar no tendrán un impacto negativo sobre el desempeño
- ✓ Permiten documentar cuánto sería el mejoramiento que se podría esperar implementando el cambio
- ✓ Ayudan a adaptar el cambio a las condiciones del ambiente local
- ✓ Permiten evaluar costos y efectos secundarios del cambio
- ✓ Reducen al mínimo la resistencia para cuando se haga la implementación a gran escala del cambio

EL PROBLEMA DE LOS EM

Desconocidos

Infravalorados

Infranotificados

EL  MUNDO

Una mezcla errónea, culpable de la muerte de 15 niños en Siria

Isoapariencia

Domingo, 30 de agosto de 2015 | Edición impresa

La pequeña Guadalupe está en coma inducido

La familia de la niña de 9 años denuncia que le inyectaron mal la droga. Ayer a la mañana fue trasladada al Notti.

Vincristina intratecal

Los Andes

Herald Sun

Dosis x 10
Arginina

Tayla Richardson: Precious girl dies in Royal Children's Hospital medication bungle

FIONA HUDSON HERALD SUN NOVEMBER 24, 2014 9:04AM

Error médico: el 12,1% de los pacientes sufre algún tipo de complicación

El dato surge del último relevamiento oficial en el país, que no se divulgó; su registro es clave para mejorar la calidad de la atención y prevenir riesgos

JUEVES 14 DE SEPTIEMBRE DE 2017 | [Fabiola Czubaj](#) SEGUIR + LA NACION

- 2007-2008 del Estudio Iberoamericano de Eventos Adversos (Ibeas) sobre la seguridad en la atención en los hospitales.
- 4 países de América latina -Costa Rica, Perú, Colombia y México
- 11.379 pacientes de 58 hospitales.
- **10%** de los pacientes internados sufre de uno o más eventos adversos durante la atención, en la región el riesgo se duplica a medida que se prolonga la internación.
- Argentina del **12%**. **3,4% de los casos, los pacientes mueren, 33,8%, quedan con una de discapacidad moderada a grave.**
- Las dos principales causas son las infecciones intrahospitalarias (37,3%) y los procedimientos médicos (25,7%).
- Un **46%** de los errores en la atención era evitable: un 47% durante los cuidados y **el 55% durante la administración de los remedios.**
- En el 57% de los casos, los errores prolongaron la internación y
- en el 20,3% fueron motivos de una reinternación que, de otro modo, no hubiese sido necesaria.

http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/INFORME_IBEAS.pdf

RECOMENDACIÓN	RECOMENDADO POR
1. Adoptar una cultura de seguridad enfocada a la mejora del sistema que incluya la implantación de un programa voluntario de notificación de errores.	AHA, AHRQ, ASHP, GAO, IHI, IOM, ISMP, JCAHO, MHA
2. Estandarizar la prescripción médica.	AHA, IHI, IOM, ISMP, JCAHO
3. Estandarizar otros procedimientos: horarios de administración, límites de dosis, envasado y etiquetado, almacenamiento, etc.	AHA, GAO, IHI, IOM, ISMP, JCAHO
4. Estandarizar los equipos de infusión.	AHA, IHI, IOM, ISMP
5. Suministrar los medicamentos intravenosos de alto riesgo preparados desde el servicio de farmacia.	AHA, IOM, ISMP, JCAHO, MHA
6. Desarrollar protocolos de uso y procedimientos especiales para manejar los medicamentos de alto riesgo.	AHA, AHRQ, GAO, IHI, IOM, ISMP, JCAHO, MHA
7. Asegurar la disponibilidad de asistencia farmacéutica continua.	AHA, ASHP, IHI, IOM, ISMP, JCAHO, MHA
8. Incorporar un farmacéutico clínico al equipo asistencial.	AHA, AHRQ, GAO, ASHP, IHI, IOM, ISMP
9. Hacer accesible la información más relevante sobre el paciente en todas las unidades asistenciales.	IHI, IOM, ISMP, JCAHO
10. Asegurar la disponibilidad de información actualizada sobre medicamentos.	AHA, ASHP, GAO, IHI, ISMP, JCAHO, MHA
11. Educar a los pacientes sobre sus tratamientos.	AHA, ASHP, IHI, IOM, ISMP, JCAHO, MHA
12. Establecer un sistema de distribución de medicamentos en dosis unitarias.	AHA, AHRQ, ASHP, GAO, IHI, IOM, ISMP, JCAHO, MHA
13. Establecer la prescripción electrónica y, si es posible, la prescripción asistida.	AHA, AHRQ, ASHP, GAO, IHI, IOM, ISMP, MHA
14. Implementar nuevas tecnologías que permitan mejorar los procesos de dispensación y administración.	AHA, AHRQ, ASHP, GAO, IOM, ISMP, MHA

AHA: American Hospital Association; **ASHP:** American Society of Health-System Pharmacists; **AHRQ:** Agency for Health Research and Quality; **GAO:** General Accounting Office, Health, Education and Human Services Division; **IHI:** Institute for Healthcare Improvement; **IOM:** Institute of Medicine; Committee on Quality Health Care in America; **ISMP:** Institute for Safe Medication Practices; **JCAHO:** Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations; **MHA:** Massachusetts Hospital Association.

*"Lo peor no es cometer un error, sino tratar de justificarlo,
en vez de aprovecharlo como aviso providencial
de nuestra ligereza o ignorancia".*

Santiago Ramón y Cajal (1852-1934)

Premio Nóbel de Fisiología y Medicina, 1906

Muchas gracias

valeria.collard@gmail.com