

Pràctica i errades de medicació

Seguretat del pacient



Silvia Sanz, Esther Atienza

2 d'octubre de 2006

INTRODUCCIÓ (1)

- En la passada dècada, s'ha produït un canvi important en el concepte de seguretat de la terapèutica farmacològica.
- Els fàrmacs, a més a més del risc intrínsec de produir RA, provoquen EA causats per errades.

INTRODUCCIÓ (2)

- Per garantir la seguretat de la terapèutica farmacològica:
 1. Desenvolupar i utilitzar medicaments segurs.
 2. Disposar de sistemes d'utilització de medicaments, amb els dispositius necessaris per prevenir i reduir les errades de medicació.

ANTECEDENTS (1)

Dos informes elaborats pel Committee on Quality of Health Care in America del Institute of Medicine (IOM) en EEUU.

- *"To error is human: Building a safer health system"*: Les errades assistencials ocasionen entre 44.000 i 98.000 morts cada any als EEUU (equivalents a 1 accident aeri diari). Les EM ocasionen més de 7.000 morts anuals. Als hospitals, les EM causen AA en un 2%, incrementen en 4.700 \$ el cost de l'ingrés.

ANTECEDENTS(2)

- *"Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century"*: considera que la seguretat és un dels components fonamentals de la qualitat. Per progressar en qualitat, l'assistència sanitària ha de ser: segura, efectiva, centrada en el pacient, sense demores, eficient i equitativa. Fa insistència en que les errades assistències es donen perquè n'hi han deficiències i proposen estratègies de millora.

ANTECEDENTS (3)

- ❁ OMS a la 55 Assemblea va declarar la necessitat de promoure la seguretat dels pacients com a principi fonamental per part dels sistemes sanitaris.
- ❁ El Comitè del Consell Europeu ha manifestat que les EM han de ser reconegudes com un problema de gran importància per a la salut pública, i han d'establir-se pràctiques de seguretat efectives en tots els països europeus.

DEFINICIONS (1)

Incidents per medicaments:

És el terme que engloba tots els accidents, problemes o successos, inesperats o no desitjats que es produeixen per errades o no, durant els processos d'utilització dels medicaments i que poden o no produir danys al pacient.

DEFINICIONS (2)

Errades de medicació (EM)

“Qualsevol incident **que es pugui prevenir**, que pot causar dany al pacient o donar lloc a una utilització inadequada dels medicaments, quan aquests estan sota el control dels professionals sanitaris o del pacient o consumidor. Aquests incidents poden estar relacionats amb les pràctiques professionals, amb els productes, amb els procediments o amb els sistemes, i inclouen les errades en la prescripció, comunicació, etiquetatge, envasat, denominació, preparació, dispensació, distribució, administració, educació, seguiment i utilització dels medicaments”.

(National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Reporting and Prevention. NCCMERP)

DEFINICIONS (3)

Esdeveniments Adversos (AAM)

“**Qualsevol** dany greu o lleu causat per l’ús terapèutic (incloent-hi manca d’ús) d’un medicament”.

1. **AAM previsibles:** causats per errades de medicació. Suposen dany i errada.
2. **AAM no previsibles:** es produeixen a més a més de l’ús apropiat dels medicaments (dany sense errades). Es corresponen amb les RAM.

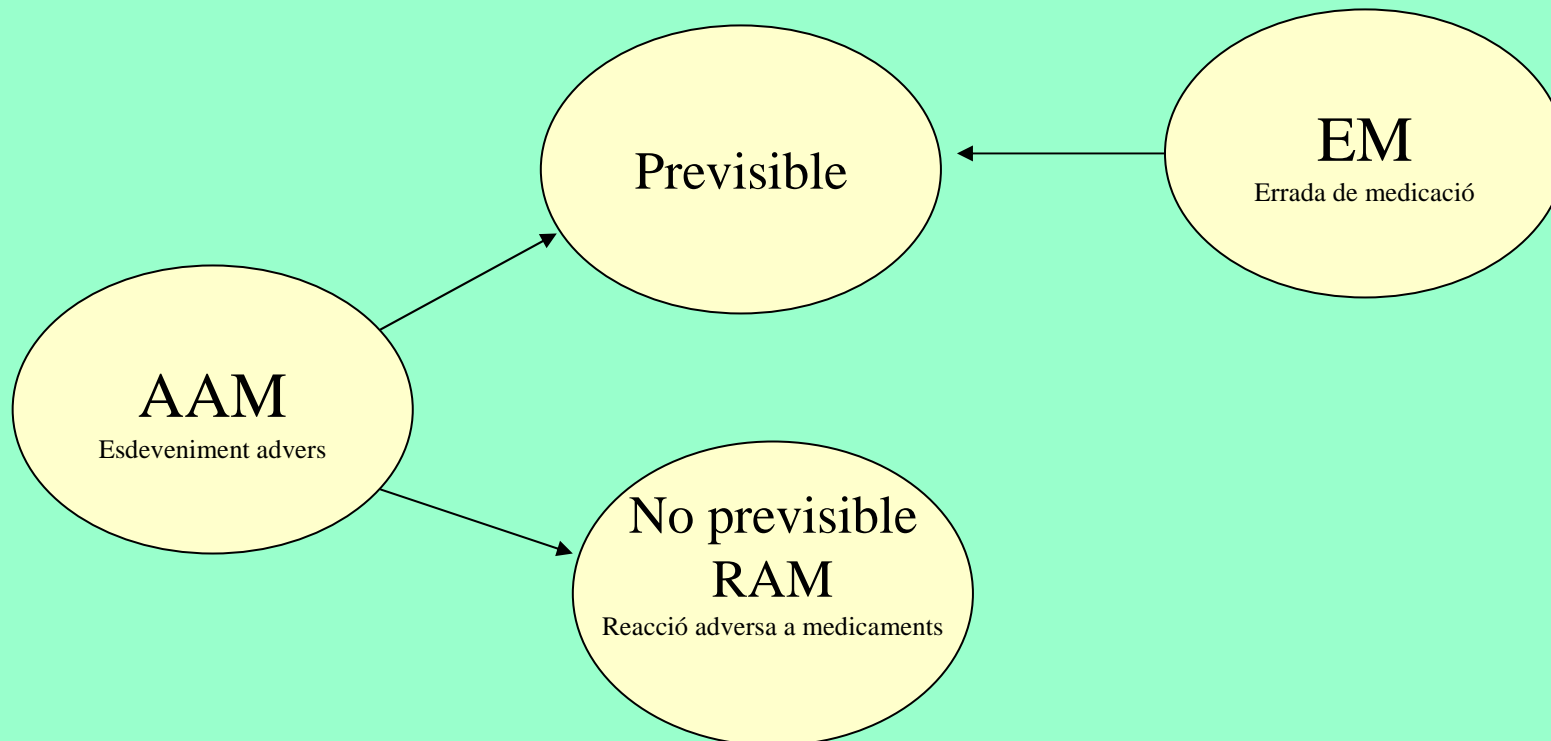
DEFINICIONS (4)

Reacció adversa a medicaments (RAM)

“Tot efecte perjudicial i no desitjat que es presenta després de l’administració d’un medicament a les dosis normalment utilitzades en l’home per la profilaxi, diagnòstic o tractament d’una malaltia o amb l’objectiu de modificar la seva funció biològica”.

No suposen un mal ús, no es produeixen per una errada.

Relació EM- AAM- RAM



PROGRAMES DE DETECCIÓ D'ERRADES

- ❖ USP Medication Errors Reporting Program (MERP)
- ❖ Institut per l'ús segur del medicament (ISMP). www.usal.esismp
- ❖ Grup de Prevenció d'Errors de Medicació de la SCFC. www.errorsmedicacio.org

MÈTODES DE DETECCIÓ D'ERRADES MEDICACIÓ

- Notificació voluntària
- Observació directa
- Revisió d' Històries Clíniques
- Tècnica d' anàlisi d' incidents crítics.

Benito Menni CASM

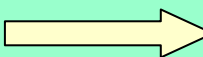
- Benito Menni CASM
 - Àrea Salut Mental
 - Àrea Sòciosanitària
 - Àrea de discapacitats intel.lectuals



- 800 llits d' hospitalització
 - 30 Sala Hospitalització HGG
- 4 hospitals de dia , 2 centres de dia , 3 CSMA, 1 CAS, 15 pisos terapèutics

Programa d'errades de medicació . Implantació1


Inici de la implantació al 2001

- Es defineix un objectiu operatiu en relació a la seguretat dels pacients  Monitorització errades de medicació
- Només implantat per als professionals d'infermeria
- No informatitzat. Registre en paper.
- No obtenció de dades a temps real
- Resistència dels professionals per declarar les errades

Programa d'errades de medicació.

Implantació 2

2005

- Acreditació ISO  Progressió en la metodologia EFQM
- S' informatitza el procés
- Es crea el grup d' "errades de medicació" (professional metge, infermer , farmacèutic) depenent de la comissió de farmàcia.
- Implantació per als professionals metges i farmacèutics
- Informació a temps real i d'accés a tots els professionals

Apluni v. 5.7.1

Archivo Edición Insertar Registros Ventana ?

Errores medicación

NOTIFICACIÓN ERRORES DE MEDICACIÓN

Recuperar +! [Print] [Speaker]

[Refresh] [Printer] [Fax]

Fecha:

Error con más de 1 medicamento implicado

Detalles Medicamentos

Causa del Error:

Descripción del Error: Prescripción médica incorrecta
Prescripción médica ilegible
Prescripción médica verbal
Prescripción médica no detallada o incompleta

Error evitado: Validación incorrecta
Etiquetado incorrecto o equivoco
Dispensación incorrecta
Similitud de nombres

Gravedad:

Lugar:

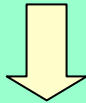
Personal implicado:

<input type="checkbox"/> Médico	<input type="checkbox"/> Aux. Clínica
<input type="checkbox"/> DUE	<input type="checkbox"/> Aux. Farmacia
<input type="checkbox"/> Farmacéutico	<input type="checkbox"/> Otros
<input type="checkbox"/> Paciente	

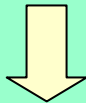
Inicio [Taskbar icons] Microsoft PowerPoint - [P...] Apluni v. 5.7.1 [System tray icons] 9:53

Detecció , seguiment i avaluació

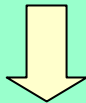
- Detecció de la errada



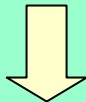
- Notificació



- Seguiment mensual



- Informe trimestral amb anàlisi i accions de millora a implementar



- Informe anual amb el seguiment i avaluació

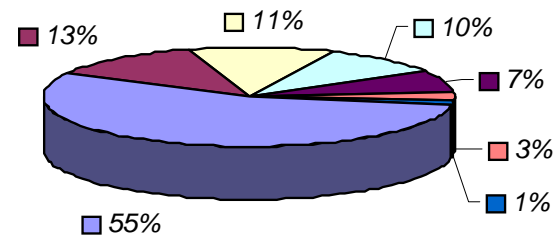
Resultats programa prevenció d'errades de medicació *Departament de Salut 2001-2005* *n=1.726*

Professional que notifica	81% farmacèutic 10% infermeria 3% metge 6% altres
Causes	28% relacionades amb la prescripció. 21,6% relacionades amb la administració 18,6% relacionades amb la validació-dispensació 10% de forma farmacèutica 5,6% de sistema 16,5% altres
Procedència de les notificacions	Majoritàriament en dispositius hospitalaris. Participació insignificant en atenció primària i farmàcia comunitària
Gravetat	93% errades de tipus A,B,C,D – errades sense lesions 5,6% errades de tipus E,F,G,H,I- errades amb lesió 57,5% no arriba al pacient



Resultats 2005

2005 Causes de l'errada



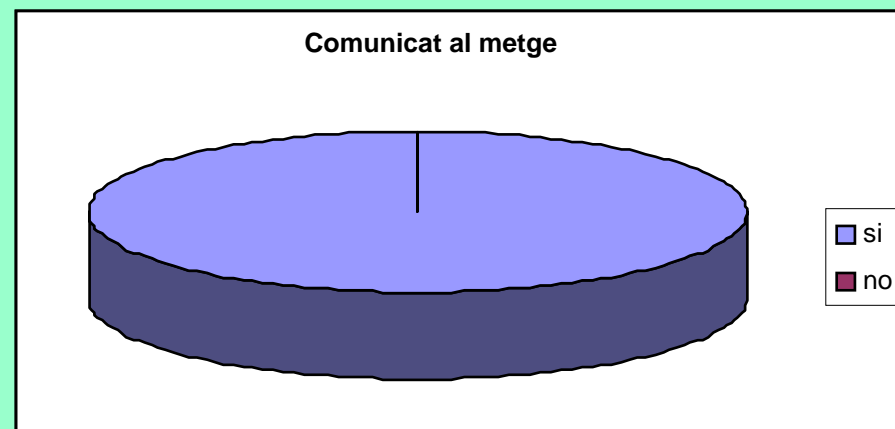
- Confusió de pacient
- Confusió de medicament
- Altres
- Dispensació incorrecta
- Confusió d'hores d'admon
- Confusió de dosis
- Incompliment del pacient

01/01/05 a 31/12/05	n=71
Confusió de pacient	39
Confusió de medicament	9
Altres	8
Dispensació incorrecta	7
Confusió d'hores d'admon	5
Confusió de dosis	2
Incompliment del pacient	1

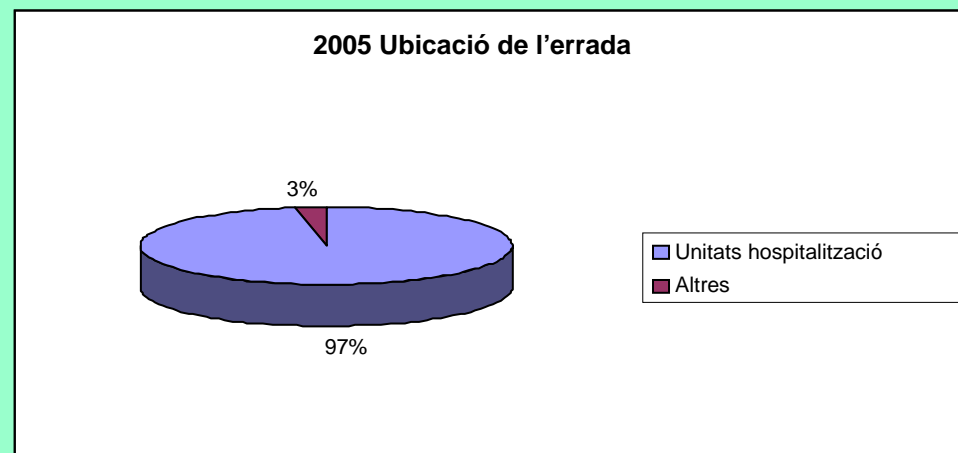


Resultats 2005

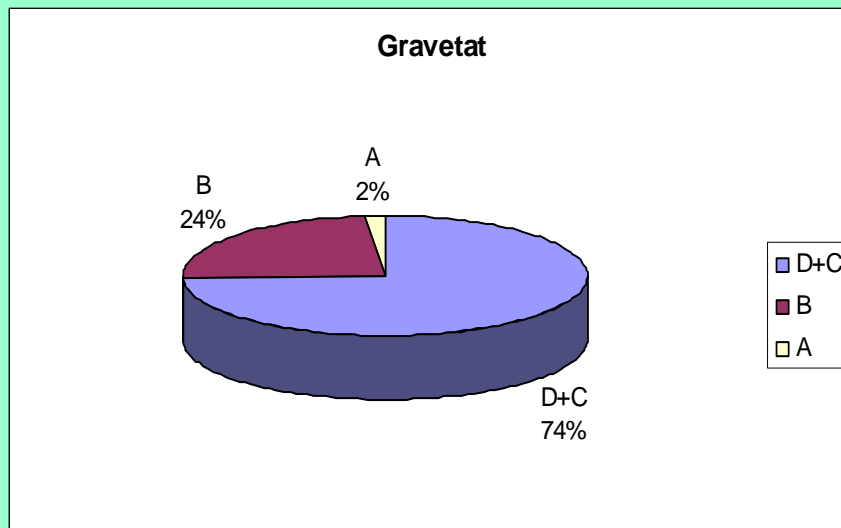
2005	n=71
si	71
no	0



01/01/05 A 31/12/05	n=71
Unitats hospitalització	69
Altres	2



Resultats



D+C	El pacient ha requerit observació , però no s' ha produït lesió/l'errada no ha produït lesió.
B	L'errada s'ha produït però no s'ha detectat abans d'arribar al pacient.
A	Circumstància amb capacitat de causar errada

A,B,C,D	Errades sense lesió
E,F,G,H,I	Errades amb lesió

Accions de millora 2006

- Revisió del protocol d'administració oral de fàrmacs. Augmentar les mides que assegurin la identitat del pacient.
- Revisió i anàlisi dels circuits d'administració de fàrmacs.
- Optimitzar el SI per evitar errades d'identificació. Pla informàtic.
- Promoure la participació de tots els col·lectius professionals en la notificació d'errades.

Gràcies per la seva atenció.

