



DESPLIEGUE DE UN PLAN ESTRATÉGICO PARA EL USO SEGURO DEL MEDICAMENTO EN EL ENTORNO HOSPITALARIO: LA HISTORIA DE UN CAMBIO

Dra Isabel Font Noguera^{a,b}, Dr José Luís Poveda, Andrés^{a,b},
Dra Amparo Peris Tortajada^{b,c}, Dr Melchor Hoyos García^d

^a*Servicio de Farmacia*

^b*Comité de Calidad y Seguridad del Medicamento*

^c*SubDirección Médica del Área Patología Médica y Quirúrgica del Adulto*

^d*Gerencia*

Hospital Universitari i Politènic La Fe
Santiago de Compostela , octubre 2011

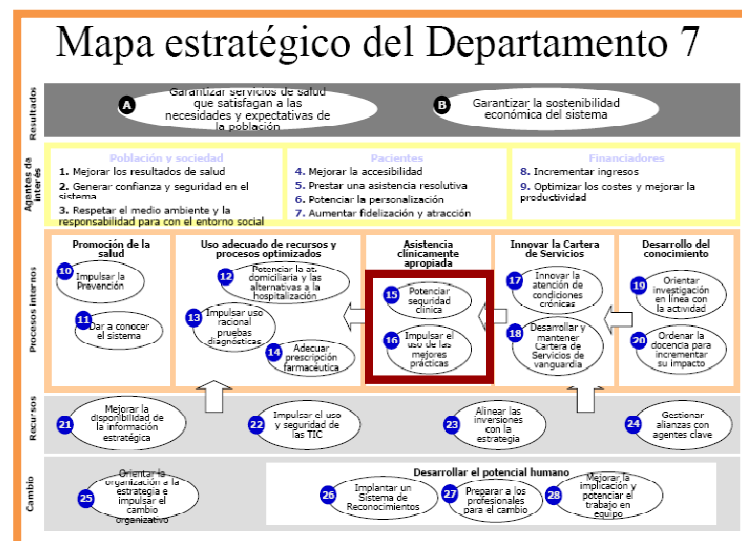


- ✓ 1.308 camas funcionantes
- ✓ 68 críticos adultos
- ✓ 31 críticos niño y neonatos

- ▶ 49.392 Ingresos / 70% urg
- ▶ 375.806 Estancias/ 7,6 media
- ▶ 35.888 Intervenciones Quir.
- ▶ 247.615 Urgencias / 14% ing
- ▶ 794.413 Consultas externas
- ▶ 37.842 Sesiones Hosp de Día
- ▶ 20.025 Visitas H. Domiciliaria
- ▶ 8.763 UCSI

- ▶ 6.203 RRHH
- ▶ 927 Facult + 397 Residentes
- ▶ Gasto: 326 mill €

Pre-TRASLADO 2010
Per- TRASLADO Marzo 2011
Post- TRASLADO >> 2011





SE SIENTE ENFERMO
ESTÁ ENFERMO
ESPERA SER ATENDIDO



Innovación y experiencia al servicio del paciente

ESTAR BIEN
SENTIRSE BIEN
ESTAR SATISFECHO

Proceso



INGRESO

Diagnóstico
Prescripción

Conciliación

Validación

Preparación- DU
Elaboración- NP,QT, FM
Envío y entrega

Administración
y cumplimiento

Seguimiento

Conciliación
Información

ALTA



PROCESOS DE SOPORTE DEL CONOCIMIENTO E INFORMACIÓN

Selección de medicamentos, Guía Farmacoterapéutica,
Estandarización (PNT, protocolos)
Sistema de Prescripción electrónica, Validación,
Administración
Programas Atención Farmacéutica, Farmacocinética
Historia clínica electrónica



PROCESOS DE SOPORTE DE MATERIALES Y LOGÍSTICA
Adquisición, Almacenamiento, Reenvasado, Reparto,
Botiquines, Armarios automatizados

EL PACIENTE, EL MEDICAMENTO Y EL SISTEMA

RIESGOS

RIESGOS

RIESGOS

Selección
Adquisición
Almacenamiento
Reenvasado

Diagnóstico
Prescripción

Validación

Conciliación

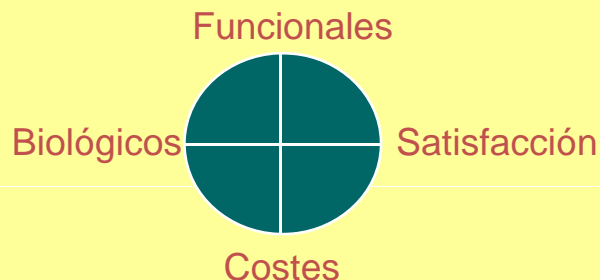
Preparación (revisión)
Trat. especiales-DU
Envío y entrega

Administración
y cumplimiento

Seguimiento

Conciliación
Información

ERRORES DEL SISTEMA
EFECTOS ADVERSOS
FALLOS DE TRATAMIENTO



8,4 Pacientes EA /100 pacientes

37,4% Medicamentos

45% Prevenibles

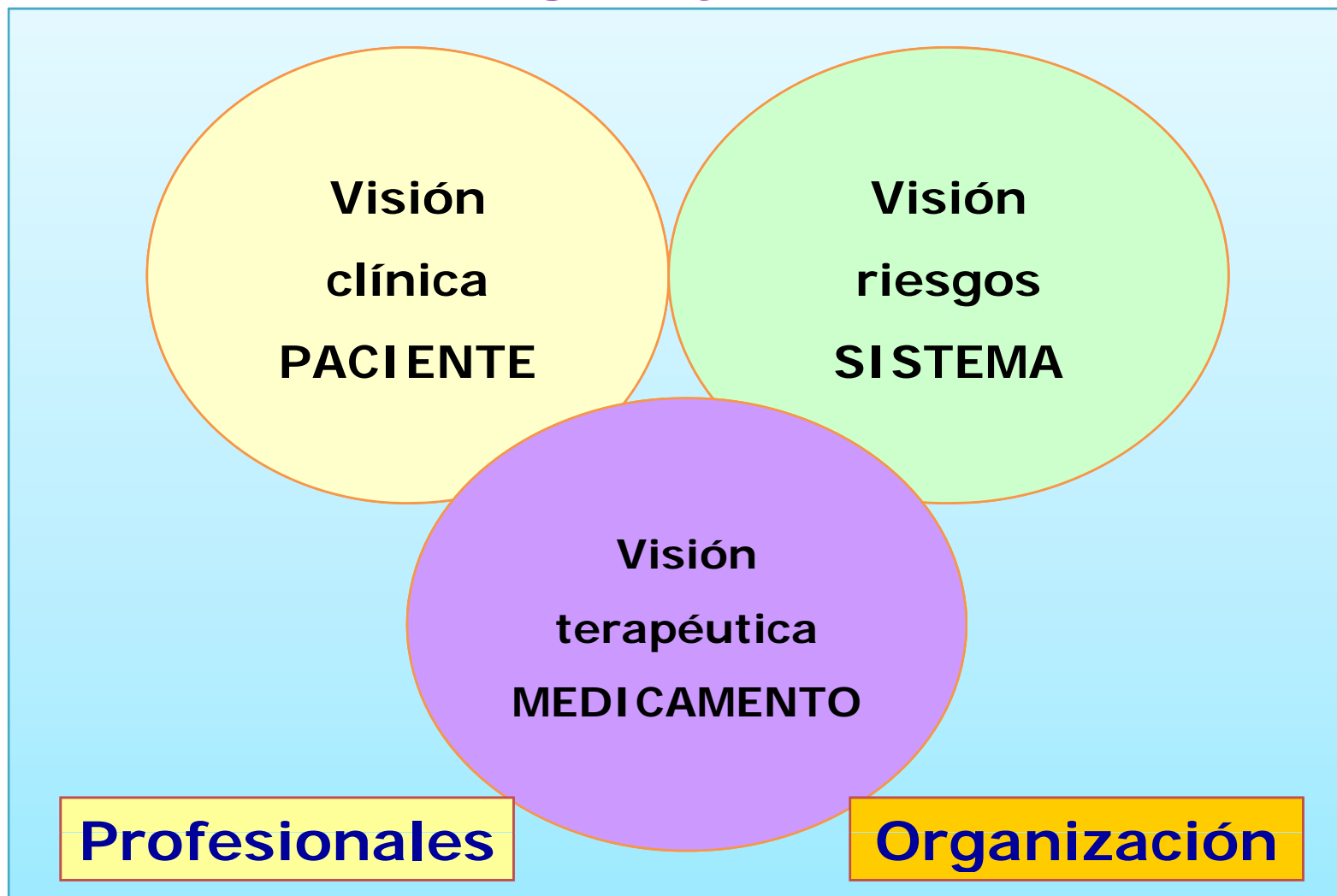
Aranaz y col ENEAS 2006

Capacidad de hacer bien la tarea
adecuada , ... a la primera



Wright & Hill, 2007

integral y común



- Proveer al paciente y al hospital de:
- ✓ una farmacoterapia individualizada y
 - ✓ un sistema de utilización de medicamentos
 - ✓ **excelentes**



O'Leary , JCHAO, 1994

¡4 P!

Enfoque compartido



Perspectiva cronológica



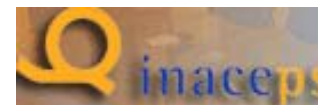
1. Gestión y organización

2. Formación y participación corporativa

- ✓ Orientación al paciente, Gestión por procesos y Gestión clínica
- ✓ Creación del Área de Gestión y Calidad y Riesgos del Medicamento
- ✓ Coordinación con Atención Farmacéutica y Farmacoterapia
- ✓ Actualización de conocimientos y habilidades
- ✓ Participación en grupos de trabajo

• **Acreditación de la calidad del Servicio de Farmacia**

- ✓ Premio *Best in Class a la Atención al Paciente*
- ✓ Inaceps de la Comunidad Valenciana
Valoración: 621/1000



2003

2009
2010

2011

• **Normalización de procedimientos**

- ✓ Protocolos terapéuticos incluidos en sistemas de PEA
- ✓ Actualización de Procesos y procedimientos (efecto - TRASLADO)



Gestión y organización



Normas ISO



Trabajo en equipo

Reuniones, gestión visual,
grupos de mejora, "semana
kaizen", ...





Cursos de
introducción Lean 6
sigma



Videos formativos

Formación
y participación
corporativa



Prescripción

• Prescripción electrónica en hospitalización

- ✓ Cobertura → 150 + 815 + 35 → 1.000 camas
- ✓ Impacto → > 20.000 pacientes/año
- ✓ Reducción → 11,9 → 6,6% errores de medicación

2000

• Prescripción electrónica de quimioterapia H.DÍA + Hosp.

- ✓ Cobertura → 100% adultos
80% pediatría
- ✓ Impacto → > 9.000 ciclos/año

2009

2011

Preparación
Dispensación

Administración

• Preparación de Dosis Unitarias asociada a PEA

- ✓ Cobertura → 150 + 685 + 35 + 130 → 1.000 camas
- ✓ Impacto → > 20.000 pacientes/año
- ✓ Reducción → 1,6 → 0,8% errores de medicación

• Automatización de botiquines en Área de Críticos, ...

- ✓ Cobertura → REA+ UCI+ URG + QUEMADOS+ QUIRÓFANO
+ NEONATOS

• Administración de medicamentos (hospitalización)

- ✓ Cobertura → 100% asociada a PEA
- ✓ Carros inteligentes → Constantes vitales, radiofrecuencia, med.

2003

2005

2011



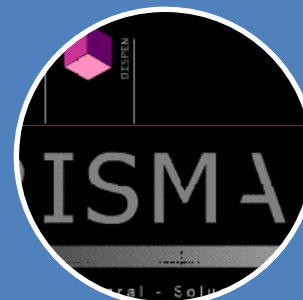
Innovación y experiencia al servicio del paciente



Letras
mayúsculas para
nombres de
medicamentos
similares



Código
→ medicamentos
→
Administración



Prescripción
electrónica:
H. Día, Críticos,
C. Externas,
Urgencias
UHD

**Sistema
Utilización
Medicamentos
& Paciente**



ORIGINAL

Elaboración de una relación de nombres de medicamentos
similares en los que se recomienda utilizar letras mayúsculas
resaltadas

M.J. Otero López^{a,*}, R. Martín Muñoz^a, M. Sánchez Barba^b, R. Abad Sazatornili^c,
A. Andreu Crespo^d, M. Arteta Jiménez^e, T. Bermejo Vicedo^f y G. Cajaraville Ordoñana^g,
en representación del Grupo de Trabajo TML

Validación
Conciliación
Seguimiento

• **Validación farmacéutica + PEA, previa administración**

- ✓ Cobertura → 100% tratamientos PEA
- ✓ Impacto → > 200.000 tratamientos/año
- ✓ Adherencia GFT → 2.500 intercambios terapéuticos
- ✓ Gestión → 1.500 problemas farmacoterapéuticos
- ✓ Aceptación → 87 % recomendaciones

• **Información al paciente al ingreso y alta**

- ✓ Cobertura → < 2% → 0% pacientes hospitalizados
- ✓ Impacto → 1.000 pacientes/año → 20
- ✓ Satisfacción → 4,7/5

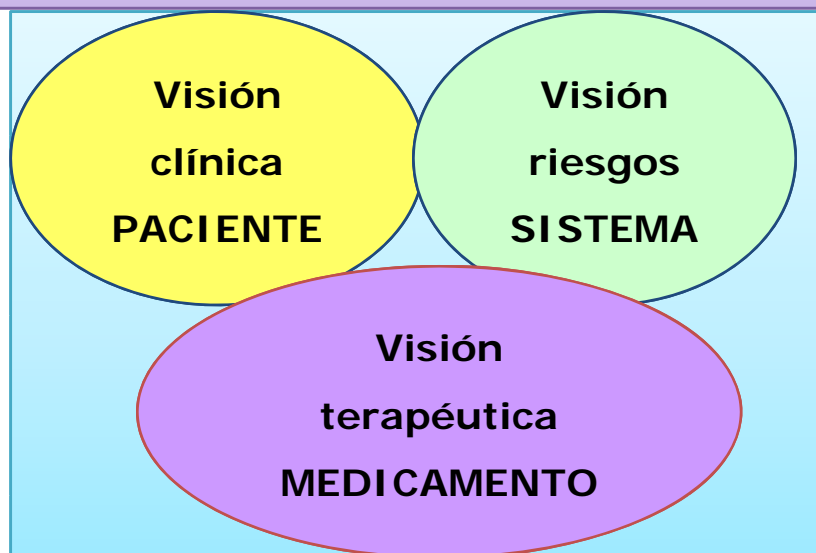
2003

2007



FARMACÉUTICO CLÍNICO

Competente y consecuente



DESEMPEÑO EN LA SALA:

- Críticos
- Oncohematología
- Pediatría
- Urgencias
- Trasplante



INGRESO



ALTA

Conciliación
Información

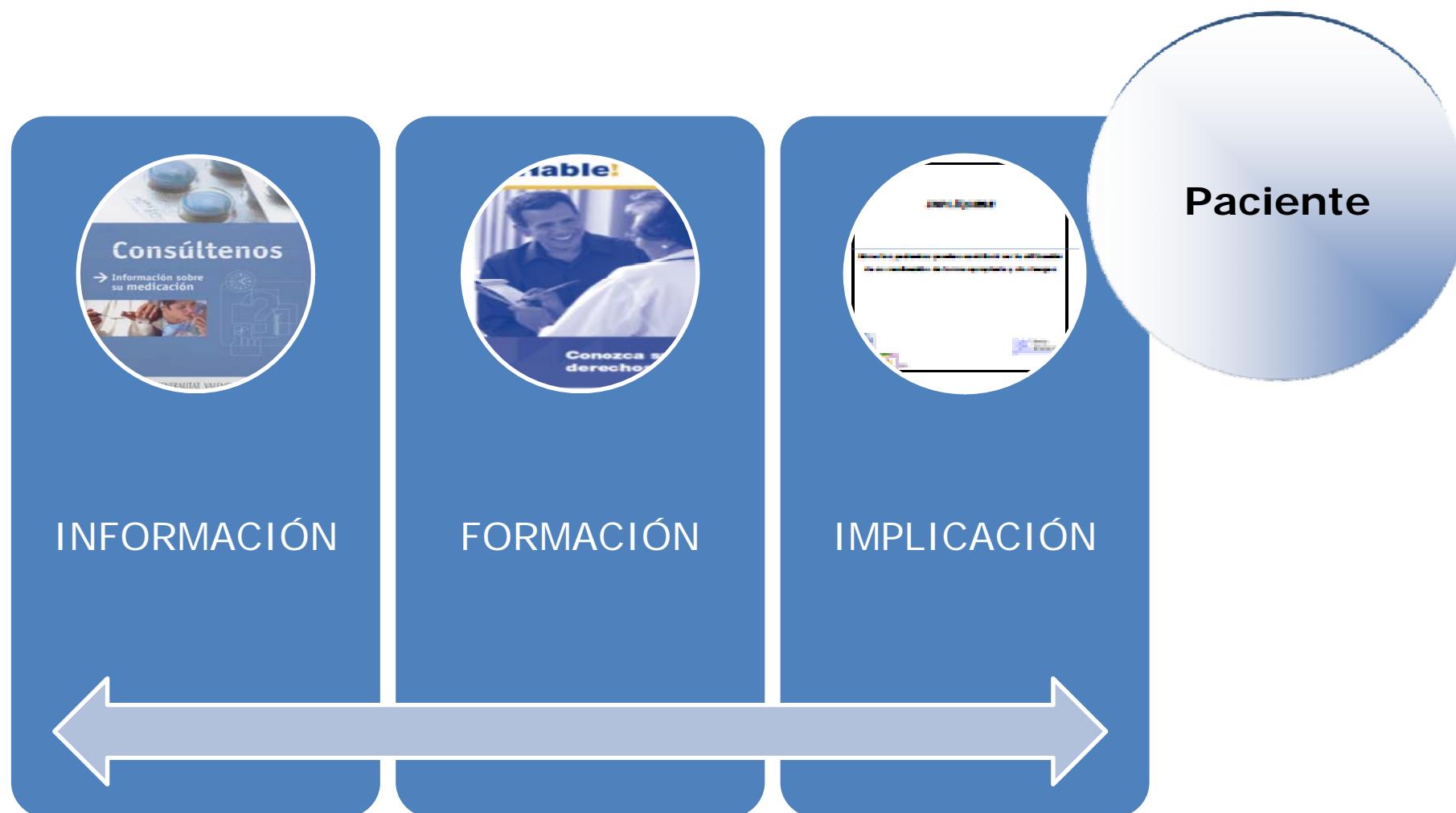
Validación
**DISEÑO DEL PLAN
TERAPÉUTICO**

Seguimiento

Conciliación
Información



Innovación y experiencia al servicio del paciente



- ✓ Implantación continua y evaluación continua
- ✓ Enfoque compartido: farmacia y hospital

• Iniciativas en investigación y evaluación

PROCESO	Proceso de atención farmacéutica	Proceso preparación y dispensación medicamentos	Proceso farmacoterapéutico del hospital
Evaluaciones	<p>Autoevaluación con Programa Valor®</p> <p>Programas de atención farmacéutica</p> <p>Conciliación ingreso/alta</p>	<p>Autoevaluación con Programa Valor</p> <p>Programa "Carro centinela"</p>	<p>Estudios epidemiológicos de errores de medicación</p>

- ✓ 1 beca FIS
- ✓ 3 becas Conselleria de Sanitat CV: 3 becas
- ✓ 2 premios a mejores originales Farm Hosp y At Farm

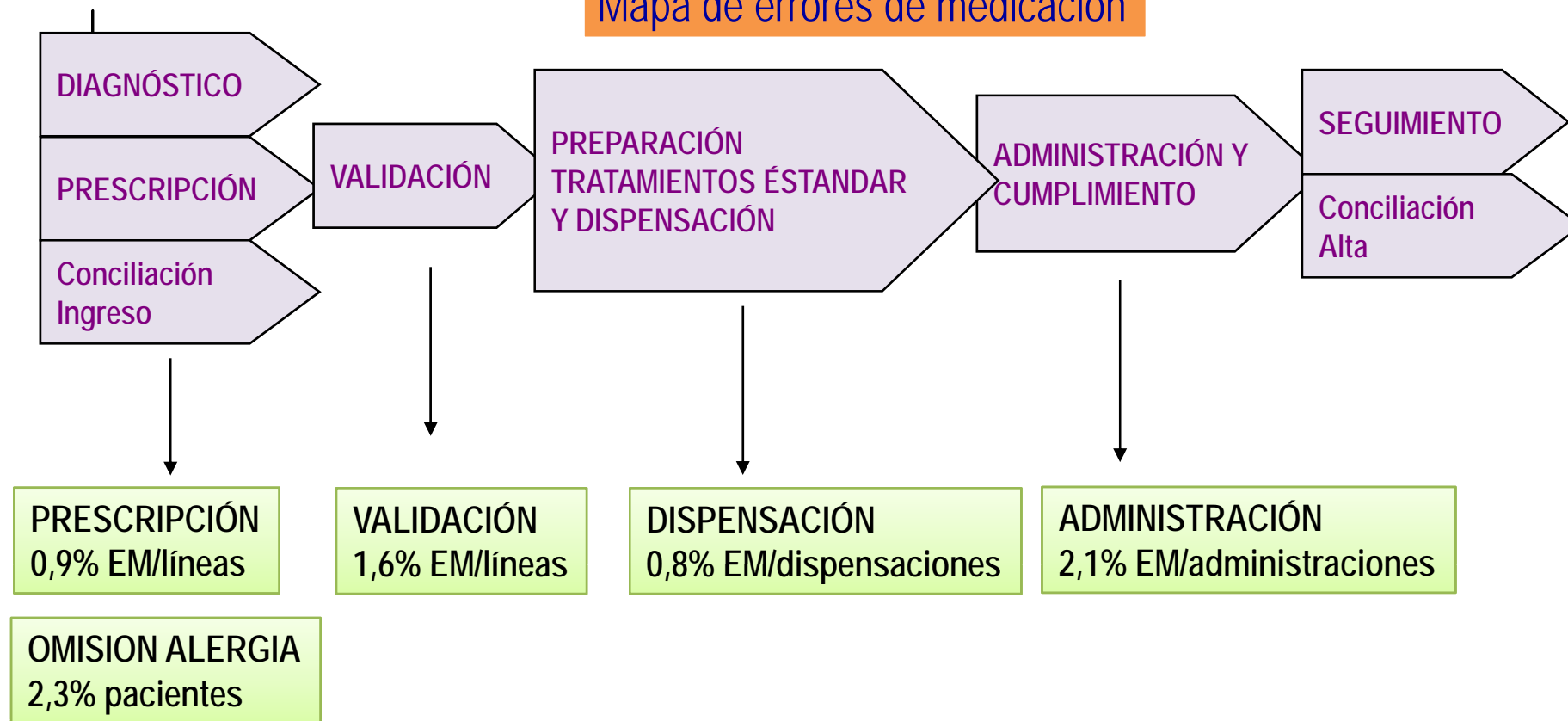
Iniciativas en investigación y evaluación

ANÁLISIS CUANTITATIVO

Observación directa de la administración

ESTUDIO	ÁMBITO	PAÍS	TASA EM
Barker y cols (2002)	36 Hospitales	EEUU	19% OE: 3216
Tissot y cols (2003)	1 Hospital	Francia	14.9 % OE: 523
Blasco y cols (2001)	3 Hospitales	España (C. Valenciana)	12.8% OE: 8222
Hospital La Fe (2005)	2 Hospitales (HR y HG)	España (C. Valenciana)	7,2 % (IC95% 6.1-8.3) OE: 2242

Mapa de errores de medicación



Calidad del proceso farmacoterapéutico a través de errores de medicación en un hospital terciario
I. Font Noguera, C. Climent y J.L. Poveda Andrés

Estudio epidemiológico por observación de la administración
2006. Becas FIS 2005-6 y Conselleria 2006.

Farm Hosp. 2008;32(5):274-9

Monitorización de errores de medicación en dispensación individualizada mediante el método del carro centinela[☆]

Farm Hosp. 2011;35(4):180–188

M. Pérez-Cebrián*, I. Font-Noguera, L. Doménech-Moral, V. Bosó-Ribelles, P. Romero-Boyero y J.L. Poveda-Andrés

Periodo: 2007-2008

Muestra: 34 carros ,5.130 líneas ,9.952 dosis, 753 pacientes

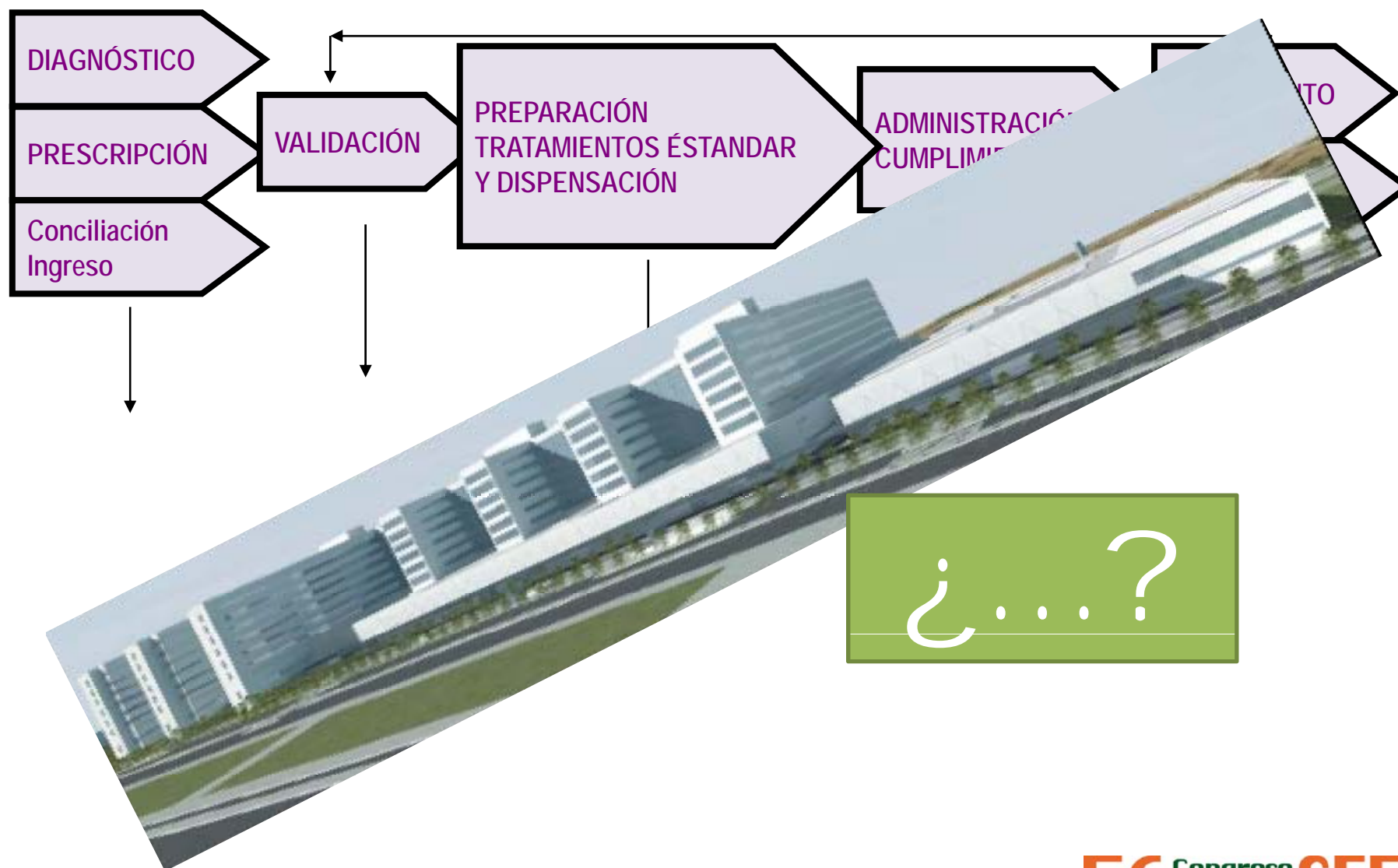
Errores de preparación: 1,8% líneas , 1,4% dosis

Tabla 1 Descripción y distribución porcentual del tipo de error

Tipo de error en la preparación	N = 90	%
Dosis duplicada	34	37,8
Falta alguna dosis	30	33,3
Medicamento ausente	11	12,2
Medicamento sustituido	4	4,4
Vía de administración incorrecta	4	4,4
Dosis errónea	3	3,3
Etiqueta de paciente errónea	2	2,2
Falta toda la medicación del paciente	1	1,1
Otros	1	1,1

Tabla 2 Descripción y distribución porcentual de las causas de error

Causa de error en la preparación	N = 90	%
Fallos de memoria/descuido	62	68,9
Incumplimiento de normas/protocolos	10	11,1
Otros	9	10,0
Desconocida	4	4,4
Falta de conocimiento sobre el medicamento/tratamiento	2	2,2
Medicamento no aprobado pendiente de adquisición	2	2,2
Identificación del paciente	1	1,1

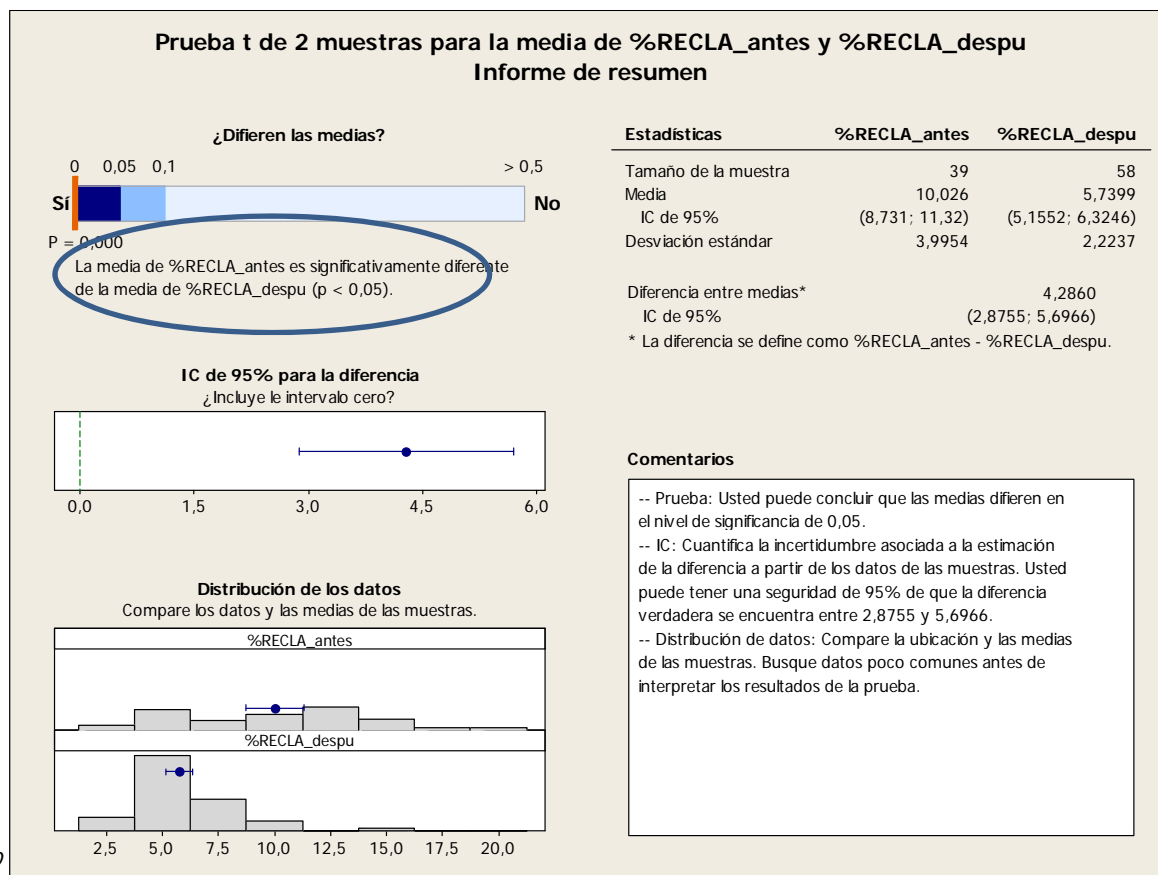




¿Porqué controlamos un proceso?

1- Para juzgar: cumplimiento, especificación, estándar, normativa,

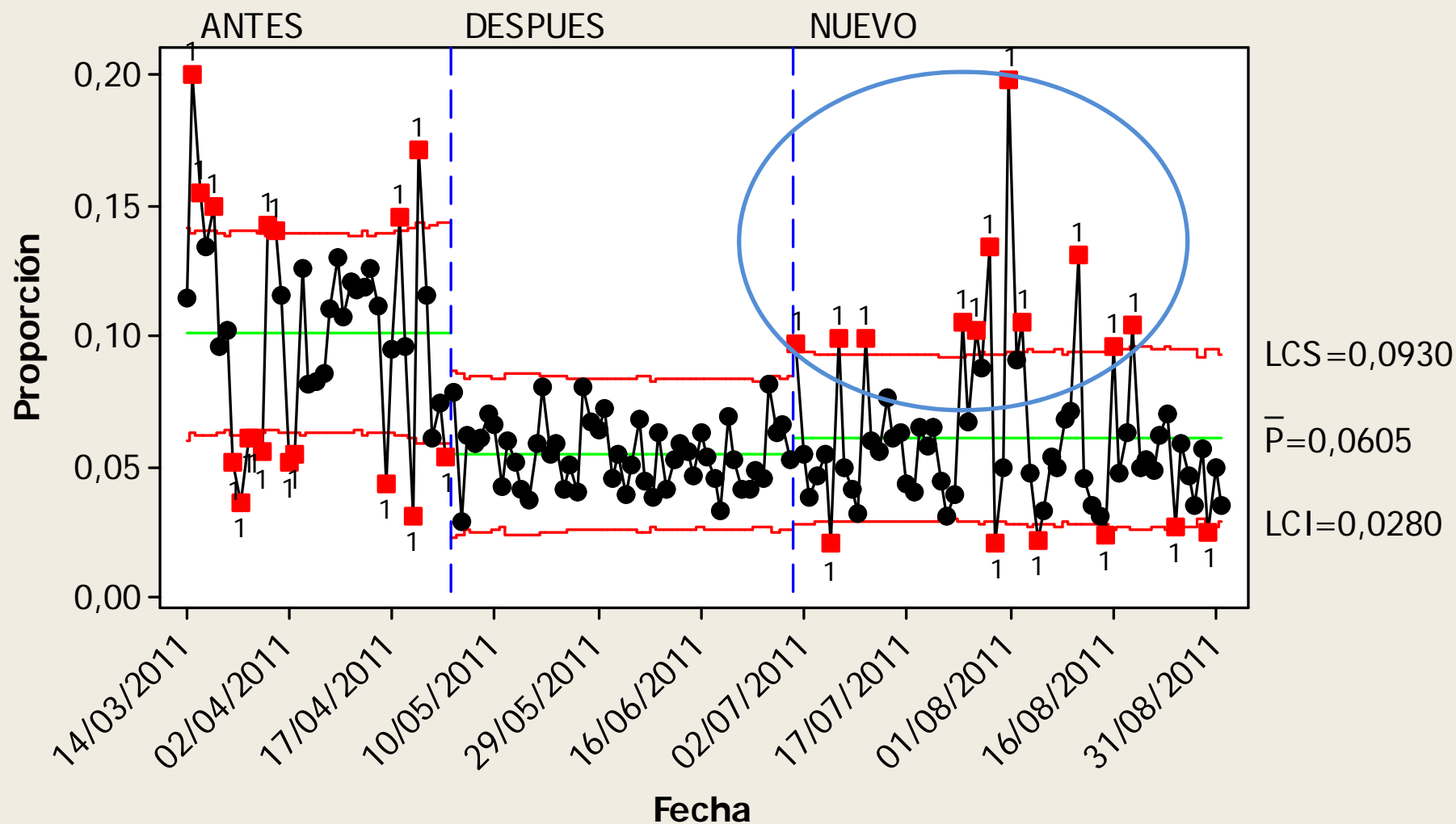
Indicador	Marzo- Abril 2011	Mayo-Septiembre 2011	Objetivo	Nivel sigma
Reclamaciones (%)	10,0	5,7	5	3,1



2- Para comprobar las mejorasiiii

.. Descartando las variaciones naturales y detectando las especiales

Gráfica P de N°RECLAM_15H-08H_Antes_Desp_Nuevo_Limpio



Las pruebas : No siempre es recomendable los datos agregados: %, medias, etc

Comité para la Calidad y Seguridad del Medicamento

Composición:

Equipo directivo (3)
Unidad de calidad (1)
Médicos (4)
Enfermeros (4)
Farmacéuticos (2)
Psicólogo (1)



OCTUBRE 2005								
						1	2	
3	4	5	6	7	8	9		
10	11	12	13	14	15	16		
17	18							
24	25							
31								

*Aprobado por la Comisión de
Farmacia y Terapéutica*


JULIO 2006								
					1	2		
3	4	5	6	7	8	9		
10	11	12	13	14	15	16		
17	18	19						
24	25	26						
31								

*Aprobado por la dirección del
Hospital*

OCTUBRE 2006							
							1
2	3	4	5	6	7	8	
9	10	11	12	13	14	15	
16	17	18	19	20	21	22	
23	24	25	26	27	28	29	
30	31						

Funcionamiento

<p>AGÈNCIA VALENCIANA DE SALUT</p>	<p>GUÍA FUNCIONAL <i>Comité para la calidad y seguridad del medicamento</i></p>		<p>Servicio de Farmacia</p>	<p>AGÈNCIA VALENCIANA DE SALUT</p>	<p>PLAN ESTRATÉGICO <i>Comité para la calidad y seguridad del medicamento</i></p>		<p>Servicio de Farmacia</p>
	PROCESO GESTIÓN DE CALIDAD Y RIESGOS	CÓDIGO			PROCESO GESTIÓN DE CALIDAD Y RIESGOS	CÓDIGO	

 AGÈNCIA VALENCIANA A DE SALUT Departament o Salut 7	PLAN DE ACCIÓN 2006-12 <i>Orientado al hospital</i>	
	Comité para la Calidad y Seguridad del Medicamento	
		Rev.:
		Fecha: 7 octubre 2011
		Página 1 de 5

1. Mejorar la práctica asistencial–proceso farmacot.



Grupo Conciliación

- 6 profesionales
- 2 coordinan
- 19 recomendaciones
- Programa de formación
- Abucasis en urgencias HG
- Implicación del paciente



Grupo Administración

- 8 profesionales
- 2 coordinan
- 21 recomendaciones
- Programa de formación
- Entrevistas- Autoevaluación
- Protocolo Med. Alto Riesgo
- Lectura código



Grupo Notificación

- 9 profesionales
- 2 coordinan
- Programa de formación

2. Fomentar la cultura en calidad y seguridad

- ✓ 4ª edición del Curso teórico-práctico anual de 25 h/3,9 créditos
- ✓ Sesiones sobre Conciliación, Notificación y Administración
- ✓ Cobertura curso y sesiones → 20%
- ✓ Impacto: 500 facultativos y enfermeros (profesores + alumnos)
- ✓ Perfil: Oncología, Críticos, ... → Área del Adulto y Pediatría

2007

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Establecer una cultura de calidad y seguridad para el uso de los medicamentos entre los profesionales de la salud, basada en la comunicación y formación continuada.

Fomentar la notificación voluntaria de errores de medicación y efectos adversos por medicamentos en el hospital.

Formar en la metodología de análisis de modo de falla y efectos y análisis de la causa raíz de los problemas para el diseño y la mejora práctica de los subproyectos del sistema de utilización de medicamentos, promoviendo aquellos que afectan de forma directa al paciente.

CARACTERÍSTICAS

Accreditación oficializada

Duración: 25 o en 16 de sesiones teóricas y 15 o 16 de talleres prácticos.

Metoda: formación en la investigación cualitativa

Nº places: 30

FECHA

Del 14 al 18 de noviembre de 2011 de 10:00 a 15:00
y el 21 y 25 de noviembre de 2011 de 13:00 a 15:00

LUGAR DE REALIZACIÓN

Aula 03/01, Hospital Universitari i Politècnic La Fe Valencia.

COORDINACIÓN E INFORMACIÓN

Dra. Isabel Fort Nogues: fort_isabel@luf.es
Servicio de Farmacia, Tel. 24.94.98

SECRETARÍA

Dra. Menta Domercq: menta_domercq@luf.es
Servicio de Farmacia, Tels. 061 244 968

METODOLOGÍA

Exposiciones teóricas y casos prácticos con debates y discusiones.

EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS, INDICADORES

Cuestionarios de evaluación y control de asistencia.

PONENTES

MIEMBROS DEL COMITÉ

Presidencia:

Dra Amparo Pérez Toralada

Subpresidencia:

Ally Nogua Mendi - Jorge de la Cruz

Secretaría:

Dra Isabel Fort Nogues

Ally de la Cruz

Secretaría de Organización y Calidad y Regio

VOCALES:

Dr. José Ramón Casabán Nogues, Jefe de Servicio, Medicina Interna

Dr. Álexa Cantaral Coll, Subdirector General, Área de Diagnóstico y Citología

Dr. Vicente Calatayud Lázaro, Jefe de Servicio, Oncología Integral

Dr. José M. del Corralles Calatayud, Subdirector General, Área Hospitalización

Dr. Alicia Melles Pérez, Enfermera jefe de enfermería en oncología, H. La Fe

Dr. Javier Pérez Pérez, Jefe de Servicio, Medicina Interna

Dr. José Luis Poveda Arizola, Jefe de Servicio, Farmacia

Dr. Pere Romanos Rovira, Subjefe, Medicina

Dr. Ana Sorribes Barrio, Medicina, Oncología

Dr. Clara Fontana Melles, Centro Clínico, Unidad de Calidad

Dr. Angeles Tena Torres, Admisión, Subdirector General, Área Hospitalización

Dr. José Luis Vicente Sánchez, Residencia, Residencia

(7) Miembros del Comité de Seguimiento

OTROS PONENTES

Dña. Pety Calatayud Martínez, Farmacia, Farmacia

Dr. Carmen Irujo Arizola, UCI Pediatría y HGA Infantil

Dr. María Inés de la Cruz, Unidad de Cuidados de la Calidad y Gestión de Regio

Dr. Patricia Escobar Cano, Farmacia, Oncología Integral

Dr. José Luis Fontana Melles, Farmacia, Oncología Integral

Dr. María del Perdomo, Regio, Farmacia, Oncología Integral

Dr. Francisco Javier Pastor, Cirugía general

Dr. Javier García Melles, Farmacia, Gestión e información de medicamentos

Dr. Isabel Utril Gámez, Área de Calidad y Gestión de Regio

Dr. Gloriano López, Farmacia, Oncología Integral

Dr. Susanna Margalida Williams, Farmacia, Citología

Dr. Lorena Melles, Farmacia, Diagnóstico e Información

Dr. Ricardo Riera de Calatayud, Jefe de Servicio de Gestión de Calidad

Dr. Roberto Mendiola Argente, UCI Pediatría y HGA Infantil

Dr. Emilia Menta Domercq, Farmacia, Unidad de Atención Farmacéutica y Productos Biológicos

Dr. Mónica Melles Melles, Farmacia, Citología y Toxicología

Dr. Mónica Pimentel Díaz, Área de Diagnóstico Integral

Dr. Manuel Pérez Calatayud, Farmacia, Diagnóstico e Información

Dr. Carmen Parada Melles, Farmacia, Pediatría y Regio

Dr. José Ramón Sánchez, Farmacia, Gestión e información de medicamentos

Dr. Gloriano San Martín Ojeda, Farmacia, Pediatría y Neurología

Dr. Amparo Vázquez Peto, Farmacia, soporte nutricional

IV CURSO SOBRE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL MEDICAMENTO

Noviembre 2011

ORGANIZADO POR
Hospital Universitari
i Politècnic La Fe

DIRIGIDO A
Profesionales de la salud del
Hospital Universitari La Fe

ÁREA TEMÁTICA
Calidad y seguridad del
medicamento

La Fe
Hospital Universitari i Politècnic



NOTA INFORMATIVA SOBRE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL MEDICAMENTO

Comité para la Calidad y Seguridad del Medicamento

"Ente para una selección de medicamentos esenciales"

"Las apariencias engañan..."

Actualmente la vía epidural es una técnica anestésica muy utilizada para analgesia postoperatoria, en pacientes con dolor agudo, crónico, intermitente, entre otros los levoprobucos (Clivacore®) y ropivacal (Ropivacina®), utilizados para este fin.



- Ropivacina 10mg/200mg ampoule de 10ml
- Clivacore 10mg/200mg ampoule
- Clivacore 10mg/100mg ampoule
- Clivacore 10mg/50mg ampoule

• Tanto la levoprobucos como la ropivacina se encuentran dentro de la familia de anestésicos-analgésicos locales de larga duración de acción. Levoprobucos se utiliza como anestésico en cirugía mayor (vía epidural, intratecal, bloqueo de nervios, etc.) y para alivio menor (infiltración local, bloqueo periférico en cirugía ambulatoria). Ropivacina está indicada en cirugía por vía epidural. Además, ambos se utilizan mediante infusión epidural continua y en casos intratecales como tratamiento del dolor, especialmente dolor postoperatorio o analgesia del parto.

Se han identificado riesgos asociados a la administración de levoprobucos y ropivacal por vía intravenosa en lugar de epidural. Estos riesgos se relacionan con:

1. La etiología de la presentación de Clivacore® y Nupoc® específica de forma poco destacada de la vía de administración.
2. La presencia de administración intravenosa en pacientes es similar a los medicamentos de administración intravenosa.
3. Sistema de administración intravenosa con conexión "luer-lock" también en común en las perfusiones epidurales.

Se entregaron a profesionales de enfermería para corroborar los riesgos comentados al presentar las muestras de anestésicos epidurales ropivacal y ropivacina. Todos ellos concordaron en que efectivamente era probable la confusión entre vía intravenosa y vía epidural.

2011

3. Fomentar la evaluación y el control

- ✓ Autoevaluación de Administración por enfermería de sala
Valoración: 4,3/5
- ✓ Uso de antibióticos en pacientes alérgicos a betalactámicos
Cuestionario antes y después de una sesión formativa
Mejora: 18% del conocimiento
- ✓ Autoevaluación cultura de la seguridad del medicamento ISMP
Valoración: 50% (similar a los hospitales nacionales).
Mejora: formación de profesionales.

2008

2010

2010

2011

Marzo 2010



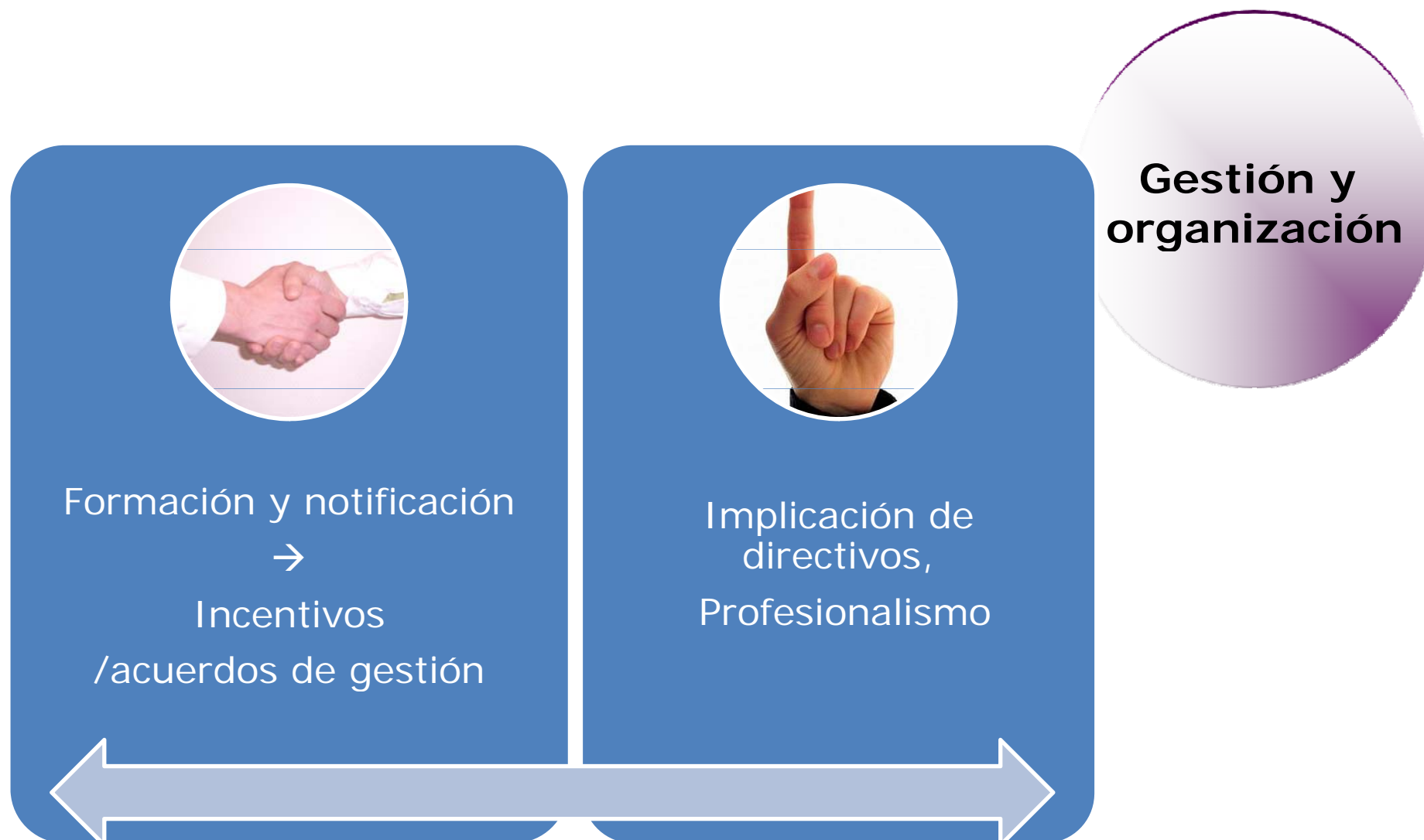
Septiembre 2011



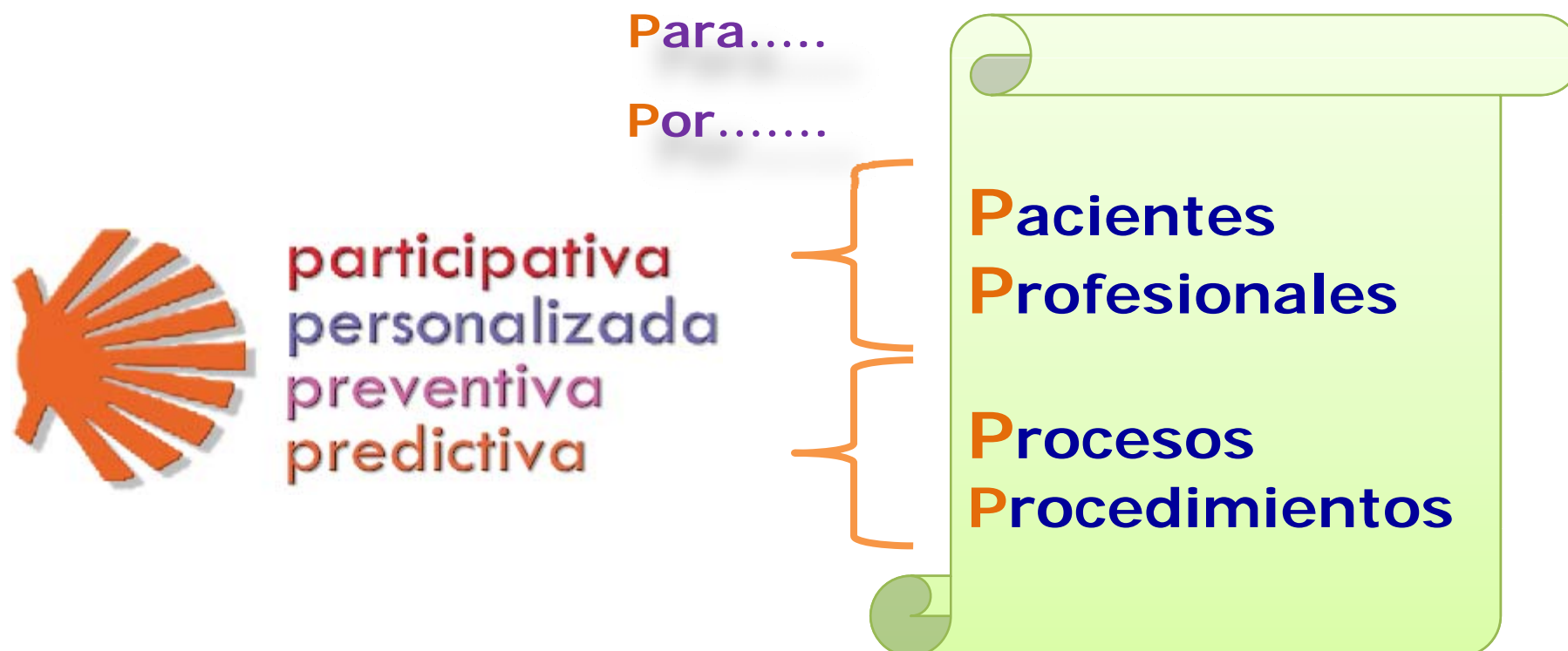


Innovación y experiencia al servicio del paciente





EL DESPLIEGUE DE PLANES ESTRATÉGICOS y DE METODOLOGÍAS DE TRABAJO.....



Beniarbeig (Alacant)

Muchas gracias

font_isa@gva.es