

EXPERIENCIA CON UN PROGRAMA DE NOTIFICACIÓN DE ERRORES DE MEDICACIÓN EN UN HOSPITAL PSIQUIÁTRICO

Gutiérrez Suela F, Mora Cañamero L

Sagrat Cor, Serveis de Salut Mental. Martorell (Barcelona)

Objetivos:

En octubre del año 2005 se crea en el hospital la "Comisión para el uso seguro de los medicamentos" con la finalidad de prevenir los errores de medicación (EM) y mejorar la seguridad del paciente. Se implanta un programa de notificación voluntaria de EM y se diseña una hoja de comunicación.

El objetivo de este trabajo es describir nuestra experiencia (noviembre 2005-diciembre 2007) con el programa implantado.

Métodos:

Se recogen los siguientes datos de las memorias anuales de análisis del programa de notificación de EM:

- . Etapa del EM
- . Tipo de incidente (causa)
- . Consecuencias (gravedad) (1)
- . Profesional que notifica el EM
- . Si el EM fue evitado

Como la mayoría de los EM notificados durante estos años fueron de administración se analizan también los EM procedentes de la revisión de un 20% de las prescripciones médicas de los pacientes del hospital. Se clasifican los EM en:

- . Nombre incorrecto del medicamento
- . Omisión de forma farmacéutica
- . Omisión de vía de administración
- . Forma farmacéutica incorrecta
- . Omisión de dosis
- . Omisión de unidad de medida

Resultados:

El número de EM notificados fue de 82.

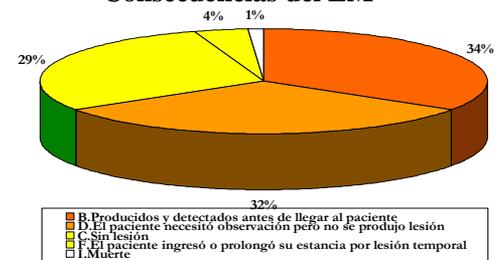
Etapa del EM:

- . Administración: 62 (75,60%)
- . Dispensación: 9 (10,98%)
- . Prescripción: 7 (8,54%)
- . Transcripción: 4 (4,88%)

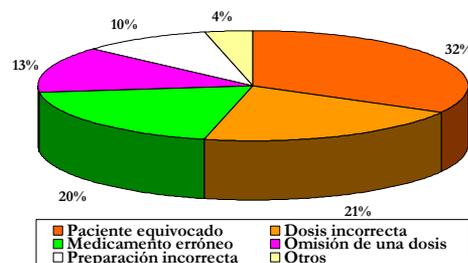
Todos los EM fueron notificados por enfermería.

El EM se evitó en un 34,15% de los pacientes.

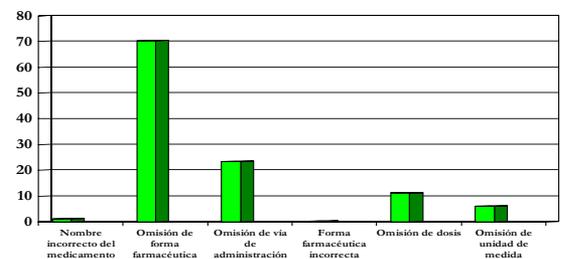
Consecuencias del EM



Causas del EM



EM procedentes de las prescripciones (% de medicamentos)*



*Se revisaron 81 prescripciones y 627 medicamentos. En todas las prescripciones existía algún EM.

Conclusiones:

Se han propuesto las siguientes acciones de mejora:

- . Informatización de la prescripción médica (en proceso).
- . Estudio de las causas de los EM más graves en el momento que se notifican y toma de medidas para evitarlos.
- . Sesiones periódicas de información de la evolución del programa a todos los profesionales.
- . Ampliación del sistema de distribución de medicamentos en dosis unitarias.

Referencias:

1. National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention. [http://www.nccmerp.org/\(2007\)](http://www.nccmerp.org/(2007))