

DETECCIÓN Y ANÁLISIS DE ERRORES DE MEDICACIÓN TRAS LA INTEGRACION DE UN FARMACEUTICO EN EL EQUIPO ASISTENCIAL DE UN SERVICIO DE URGENCIAS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

ALONSO RAMOS H, MORALES LEON V, OLIVA HERNANDEZ L, SANGIL MONROY N,
MOLERO GOMEZ R, LEON PEREZ M

SERVICIO DE FARMACIA



HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GRAN CANARIA DR. NEGRÍN



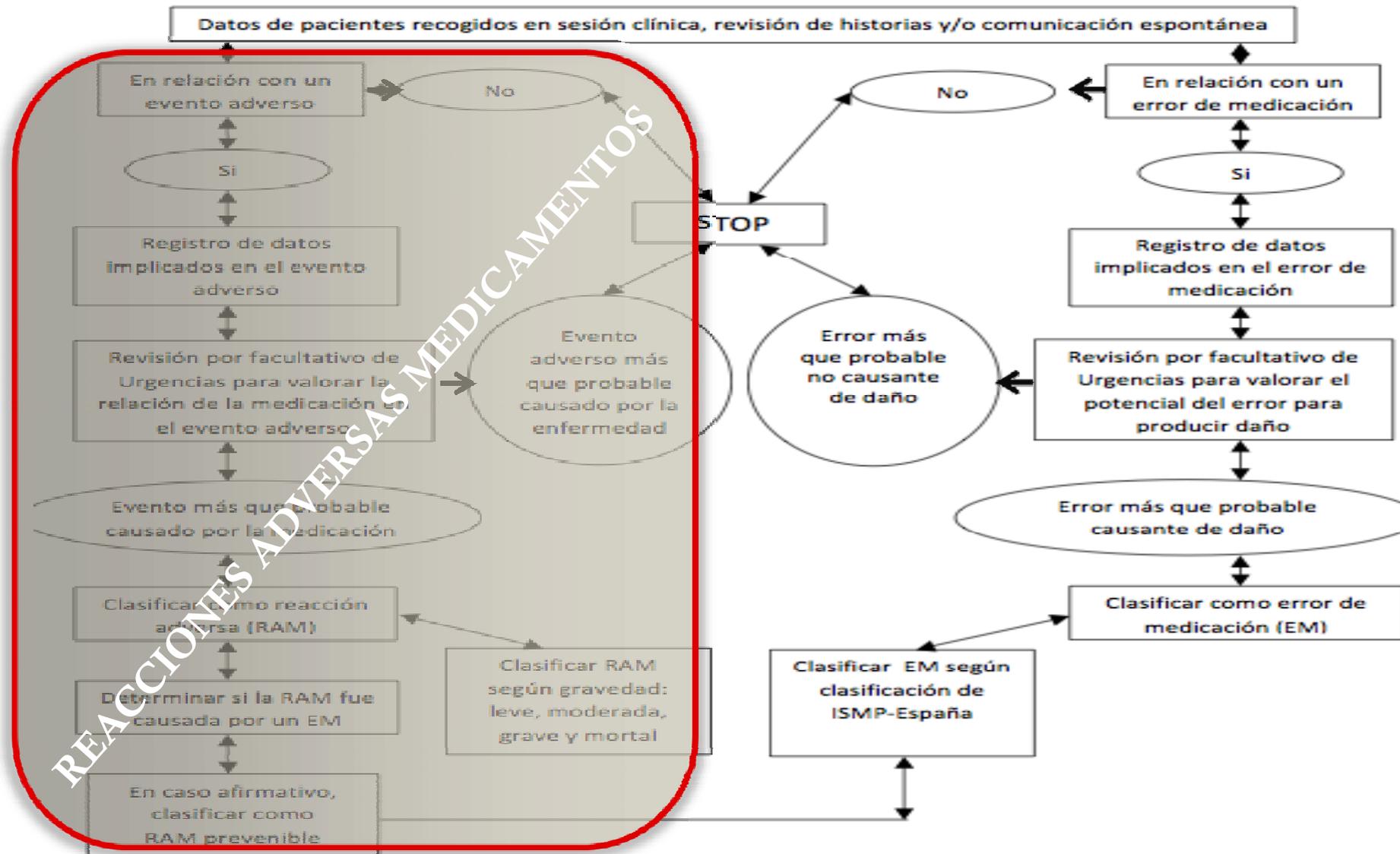
OBJETIVO

- ◆ Evaluar y analizar los errores de medicación (EM) registrados tras la implantación de un programa de seguridad en el área de observación (AO) de un Servicio de Urgencias (SU) con un farmacéutico integrado en el equipo asistencial .

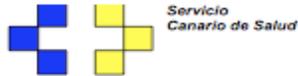
METODO

- ◆ **Ambito de estudio**: Servicio de Urgencias Hospitalario (239 pacientes/día).
- ◆ **Criterios de inclusión**: Pacientes ingresados en el Área de Observación.
- ◆ **Período de análisis**: junio 2008 – febrero 2009.

METODO



Hoja de Recogida de Datos



Servicio Canario de Salud
Hospital Universitario de Gran Canaria
Doctor Negrín
Servicio de Farmacia/Servicio de Urgencias

COMUNICACIÓN CONFIDENCIAL DE ERROR DE MEDICACIÓN			
Medicamento/s implicado/s:			
Breve descripción del incidente y efecto			
¿Se administró al paciente? SI NO			
¿Tuvo alguna consecuencia para el paciente?	<input type="checkbox"/> No causó daño.		
	<input type="checkbox"/> No causó daño, pero precisó monitorización.		
	<input type="checkbox"/> Causó daño y precisó tratamiento o intervención.		
	<input type="checkbox"/> Otras:		
¿En qué etapa del proceso ocurrió el incidente?	Tipo de incidente		
	<input type="checkbox"/> Prescripción	<input type="checkbox"/> Medicamento erróneo	<input type="checkbox"/> Velocidad de admón errónea
	<input type="checkbox"/> Validación	<input type="checkbox"/> Omisión de dosis	<input type="checkbox"/> Hora de admón incorrecta
	<input type="checkbox"/> Dispensación	<input type="checkbox"/> Dosis incorrecta	<input type="checkbox"/> Paciente equivocado
	<input type="checkbox"/> Administración	<input type="checkbox"/> Frecuencia de admón errónea	<input type="checkbox"/> Vía de admón errónea
	<input type="checkbox"/> Monitorización	<input type="checkbox"/> Forma farmacéutica errónea	<input type="checkbox"/> Monitorización insuficiente
	<input type="checkbox"/> Otro:	<input type="checkbox"/> Error de preparación	<input type="checkbox"/> Medicamento deteriorado
		<input type="checkbox"/> Duración de tratamiento incorrecto	<input type="checkbox"/> Otras:
¿Sugiere alguna recomendación para evitar el incidente en el futuro?			

¡NO DEJES DE NOTIFICAR A PESAR DE QUE TE FALTE ALGUNA INFORMACIÓN!
ES IMPORTANTE PARA LA PREVENCIÓN DE INCIDENTES DE MEDICACIÓN

Farmacéutico:

Fecha:

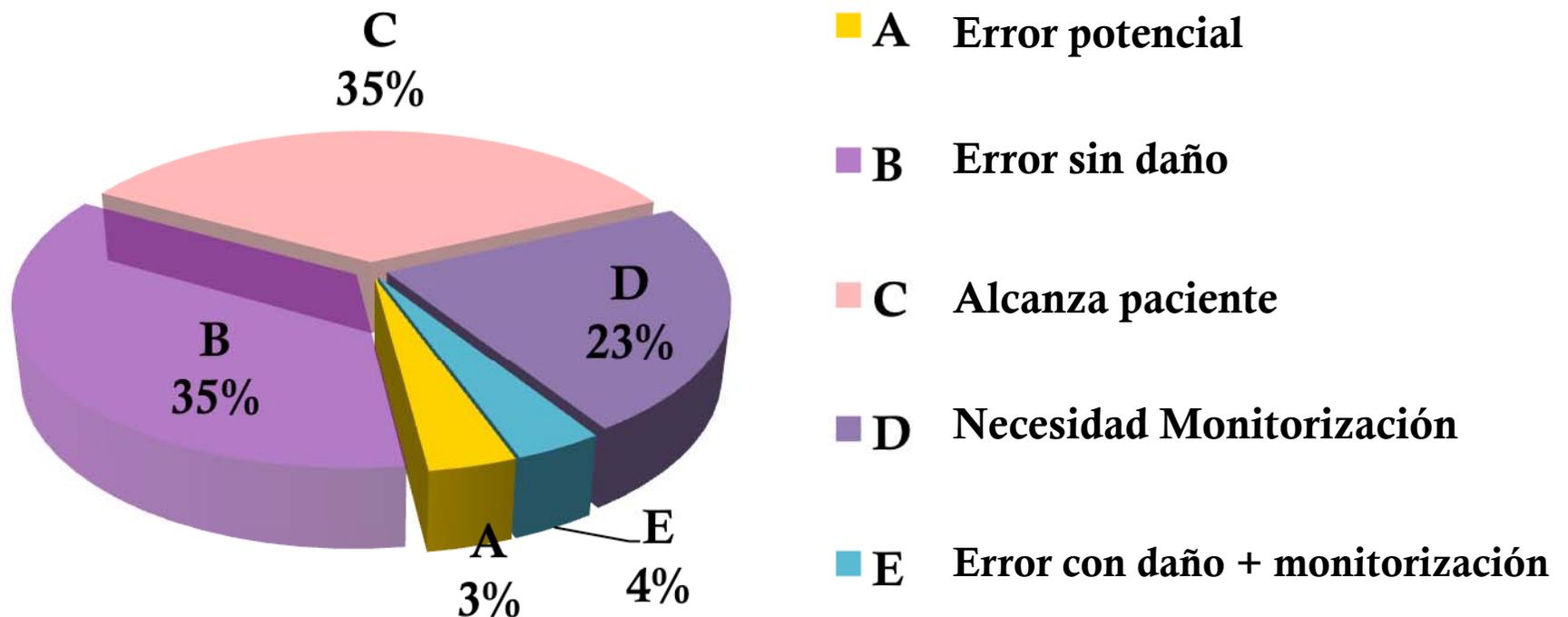
Clasificación de EM

- ◆ Clasificación de errores de medicación del Grupo Ruiz-Jarabo 2000 (Versión actualizada 2008):
 - ◆ Categoría de gravedad clínica del error
 - ◆ Información de los medicamentos
 - ◆ Proceso/s de la cadena terapéutica en que ocurrió el error
 - ◆ Tipo/s de error
 - ◆ Causa del error

RESULTADOS

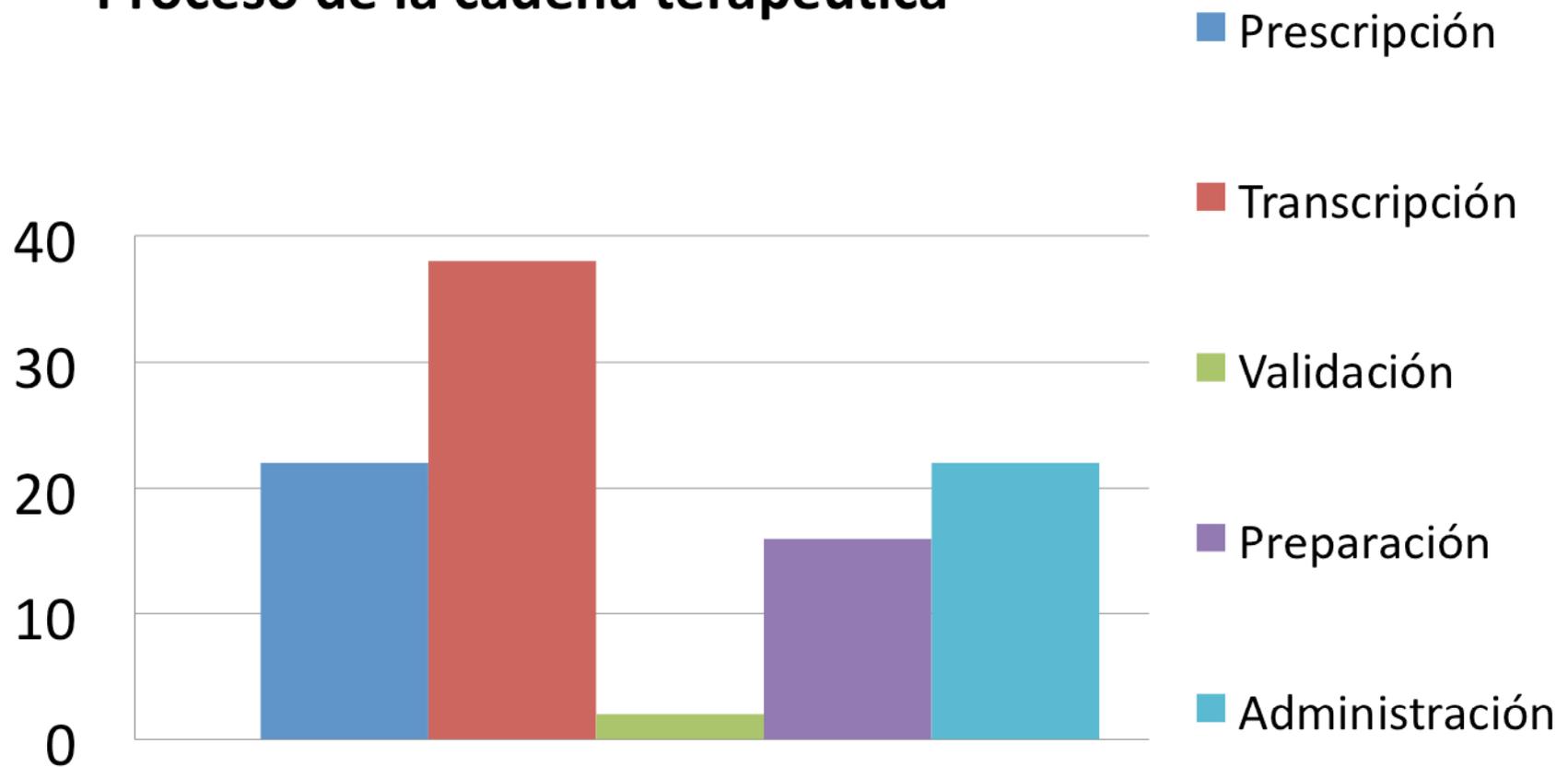
N= 57

Categoría de gravedad



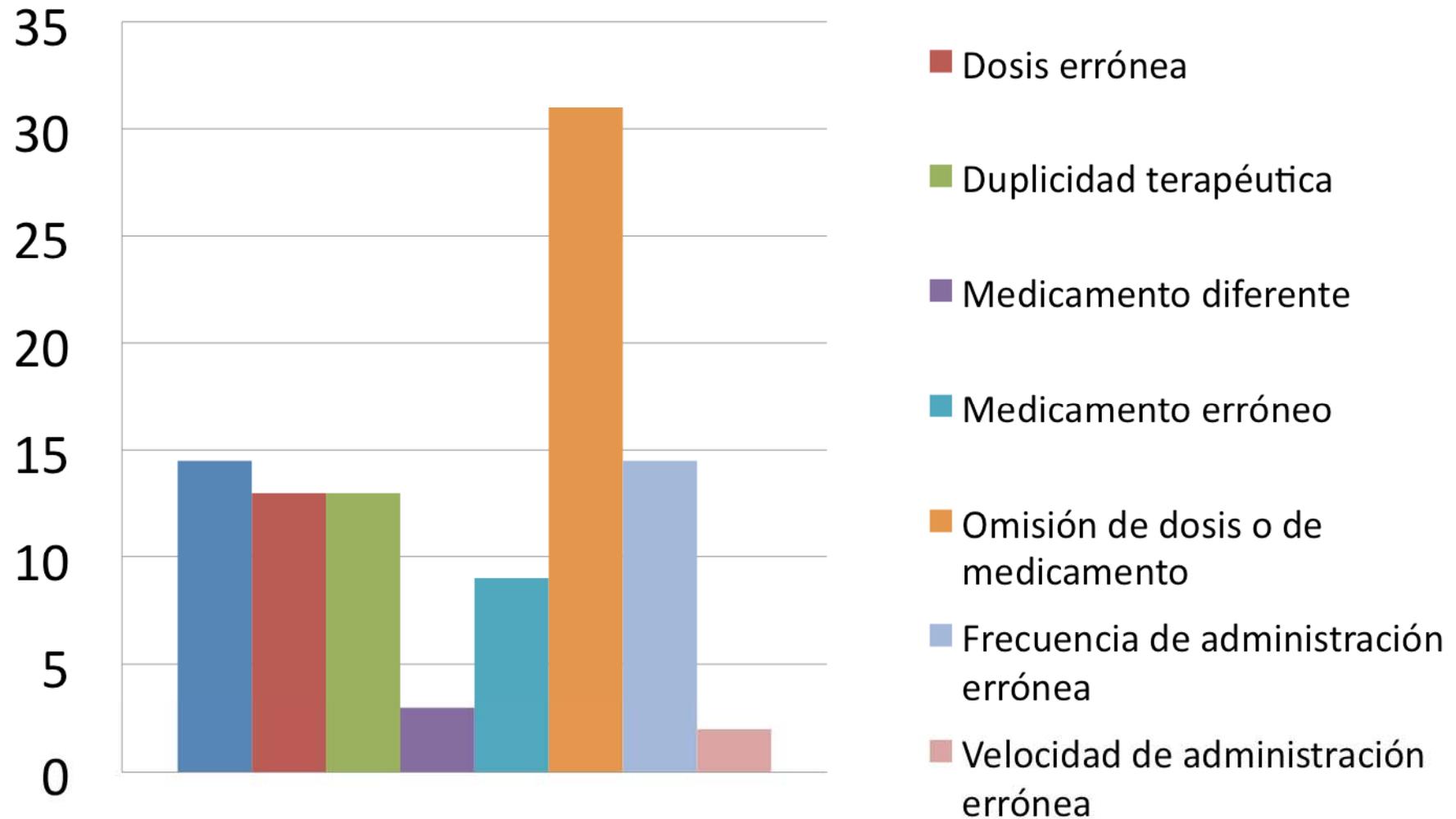
RESULTADOS

Proceso de la cadena terapéutica



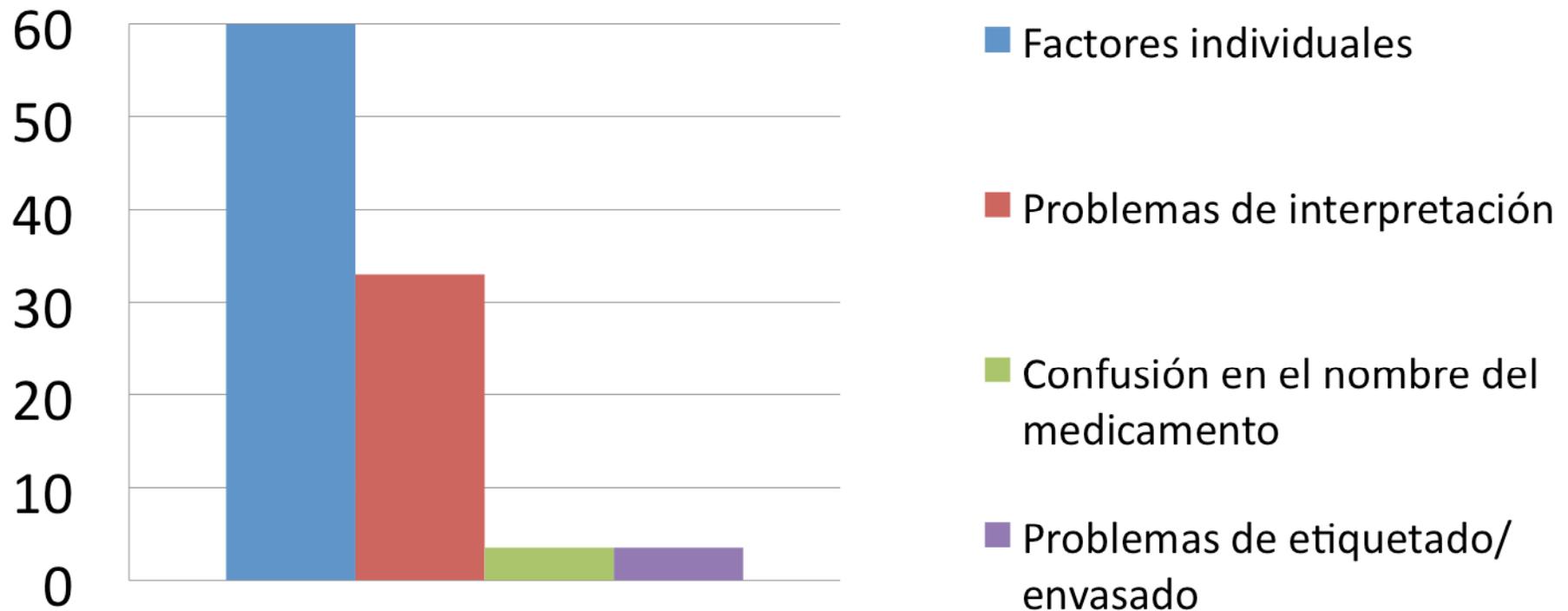
RESULTADOS

Tipo de error

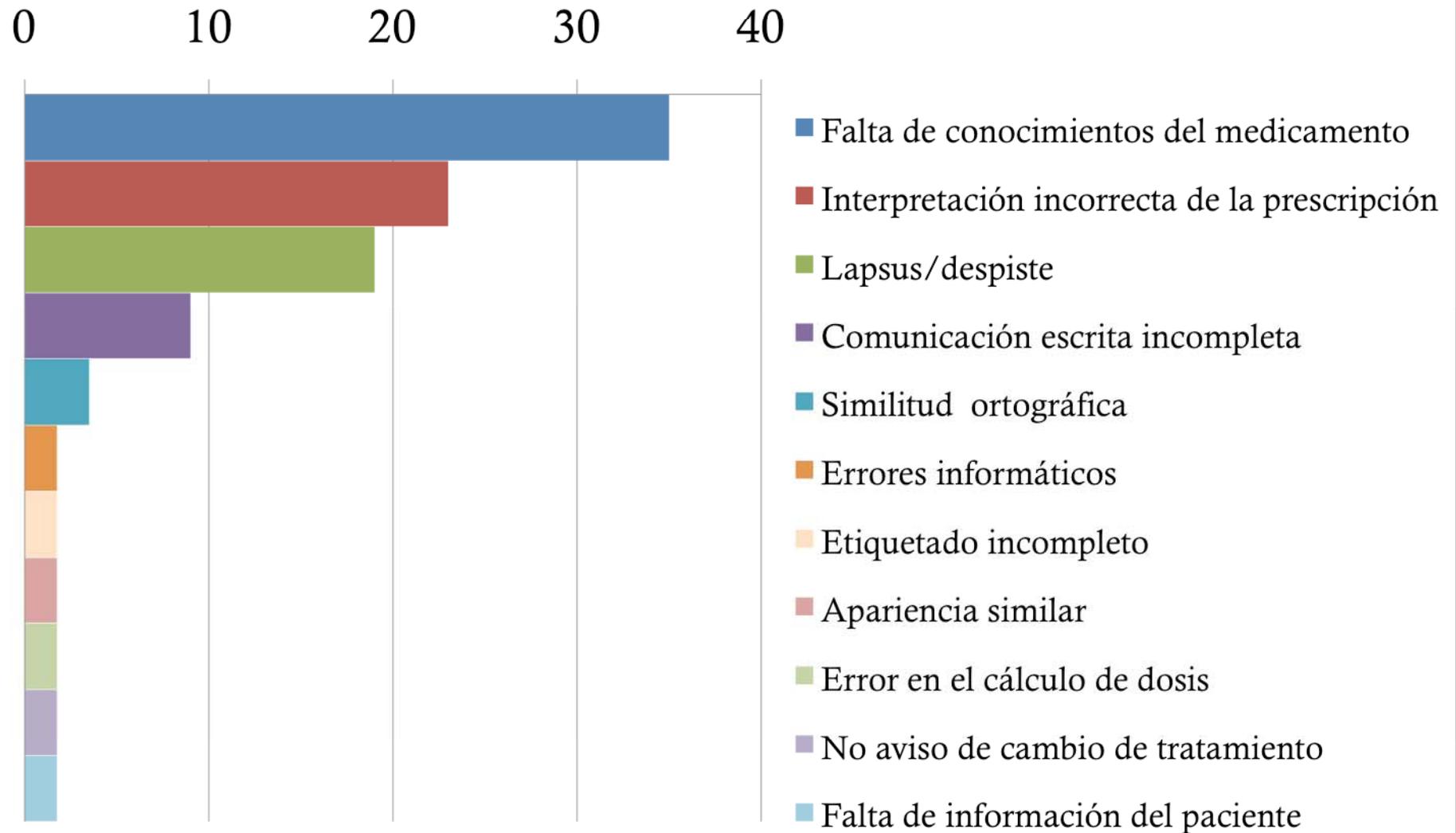


RESULTADOS

Causa del error



RESULTADOS



Institute of Medicine

- ◆ “El tiempo invertido en la detección, notificación y análisis de los errores de medicación y acontecimientos adversos se desaprovecha si la información resultante no se utiliza para prevenir futuros errores y daños”

CONCLUSIONES

1. La implantación de un programa de prevención, detección y análisis de EM ha supuesto un avance en la mejora de la seguridad del sistema de utilización del medicamento en el SU.
2. El 93% de los EM registrados no llegaron a causar daño, aunque el 62% llegaron al paciente.
3. El 60% de los EM se originaron en los procesos de prescripción y transcripción, por lo que la actuación derivada consistió en la **implantación de Prescripción Electrónica integrada con Pyxis®**.
4. El 38% de los EM se originaron en la preparación y administración, por lo que la actuación derivada consistió en **distribuir una tabla de administración de medicamentos**.

CONCLUSIONES

- 5.** La principal causa de EM en el SU fue la falta de conocimiento/formación sobre el medicamento, por lo que la incorporación de un farmacéutico en el equipo asistencial resulta esencial en la mejora de la calidad farmacoterapéutica.