El uso seguro de los medicamentos

Análisis de las causas raíz

Carmen Lacasa
SCIAS Hospital de Barcelona

Errores en nuestro medio



TRIBUNALS

Indemnització rècord per l'error d'un farmacèutic

Va preparar un fàrmac que va causar greus danys cerebrals i ceguesa a un nadó

CARMEN MUÑOZ
BARCELONA

del 1998. Poques setmanes després li van diagnosticar una malaltia de transmissió parasitària, anomenada toxoplasmosi, que, en principi, tenia fàcil curació. La pediatra li va prescriure pirimetamina, una substància que s'obté a base de triturar comprimits d'un medicament anomenat daraprim. La quantitat que se

la negligència

NO VA EXIGIR LA RECEPTA

La jutge critica el farmacèutic

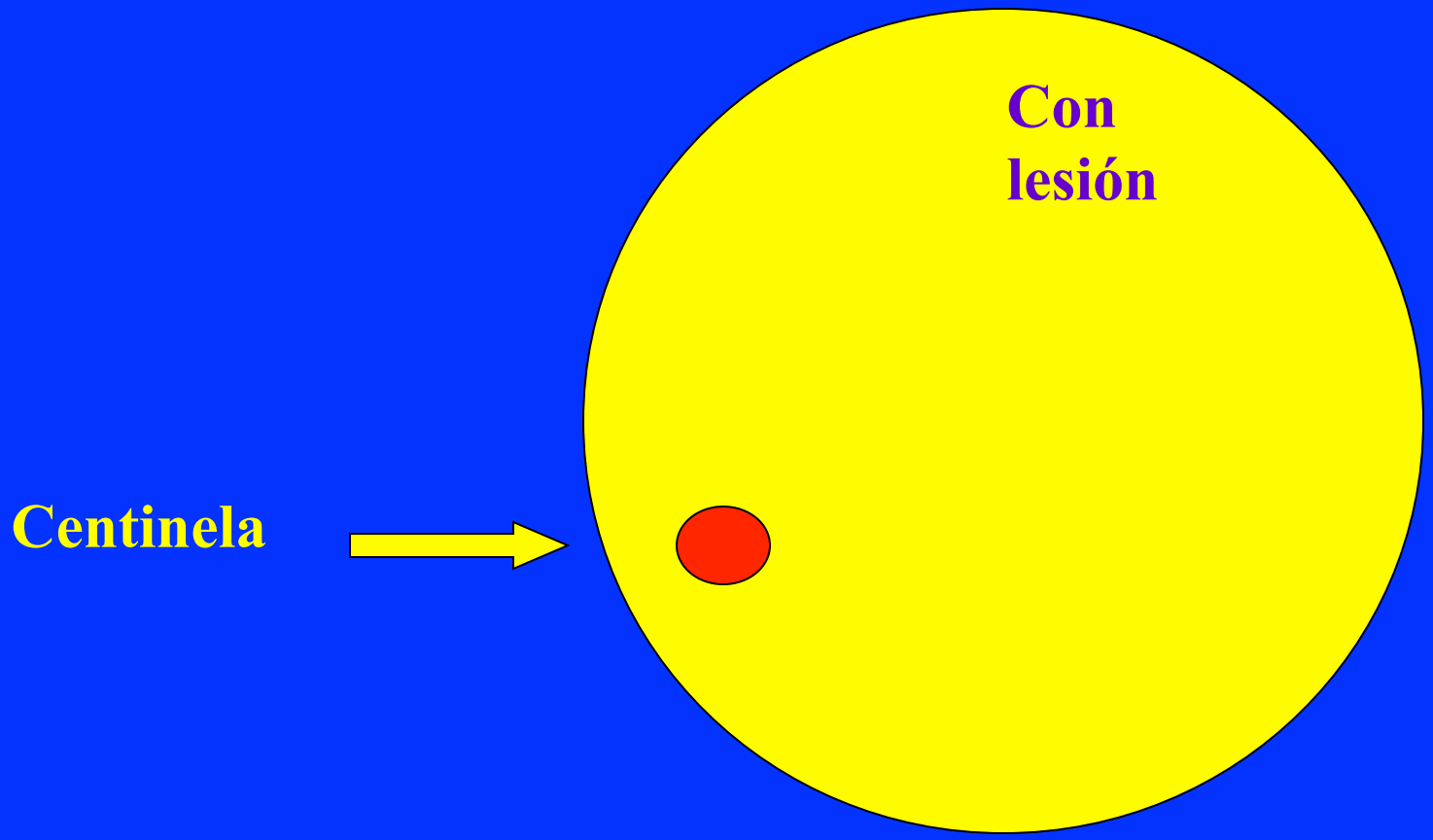
1. Acontecimientos centinela
2. Análisis de causas raíz
3. ¿Comunicarlos a los pacientes?

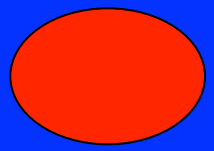
Niveles de severidad (II)

The National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention. Am J Health-Syst 1996; 53:2384

- **Error con lesión** **F**: Requiere o alarga hospitalización
  G: Lesión permanente
  H: Acontecimiento cercano a la muerte
- **Error con muerte** **I**: Muerte del paciente

Acontecimientos adversos





Caso centinela

Suceso inesperado que produce la muerte o lesiones físicas o psicológicas graves o el riesgo de que se produzcan.

Lesión grave incluye pérdida de miembro o función.

Niveles severidad G, H, I

Tipos de acontecimientos centinela JCAHO (En 1995-Marzo 2010) 6.782 (muerte 67%)

	%
Lugar erróneo cirugía	13,4
Suicidios	11,9
Complicaciones quirúrgicas	10,8
Retraso tratamiento	8,6
Errores de medicación	8,1
Caída paciente	6,4

Causas acontecimientos centinela JCAHO Enero 1995-Jun 2006

1. Comunicación
2. Formación
3. Evaluación del paciente
4. Plantilla
5. Disponibilidad de la información
6. Competencias
7. Cumplimiento protocolos

.

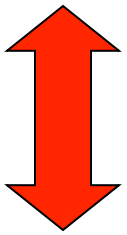
.

Cultura de la culpa
(autocondena)



Cultura de la mejora continua

Crear cultura de hablar y comunicar errores



Confianza del paciente en la seguridad

1. Acontecimientos centinela
2. Análisis de causas raíz
3. ¿Comunicarlos a los pacientes?

Error diez veces concentración dexametasona colutorio 0,1% (tópica) en lugar de 0,01% (bucal)

Síndrome de Cushing





Imágenes cedidas por la paciente

Análisis de causas raíz (ACR)

Es una técnica sistemática que se aplica para determinar las causas que originan los fallos, su impacto y frecuencias de aparición, para poder mitigarlas o eliminarlas.

Etapas del ACR

1. **Se encuentran las causas del fallo, después de su estudio profundo**
2. **Se proponen las soluciones al problema**
3. **Se ejecuta un plan de mejora**

Causas raíz

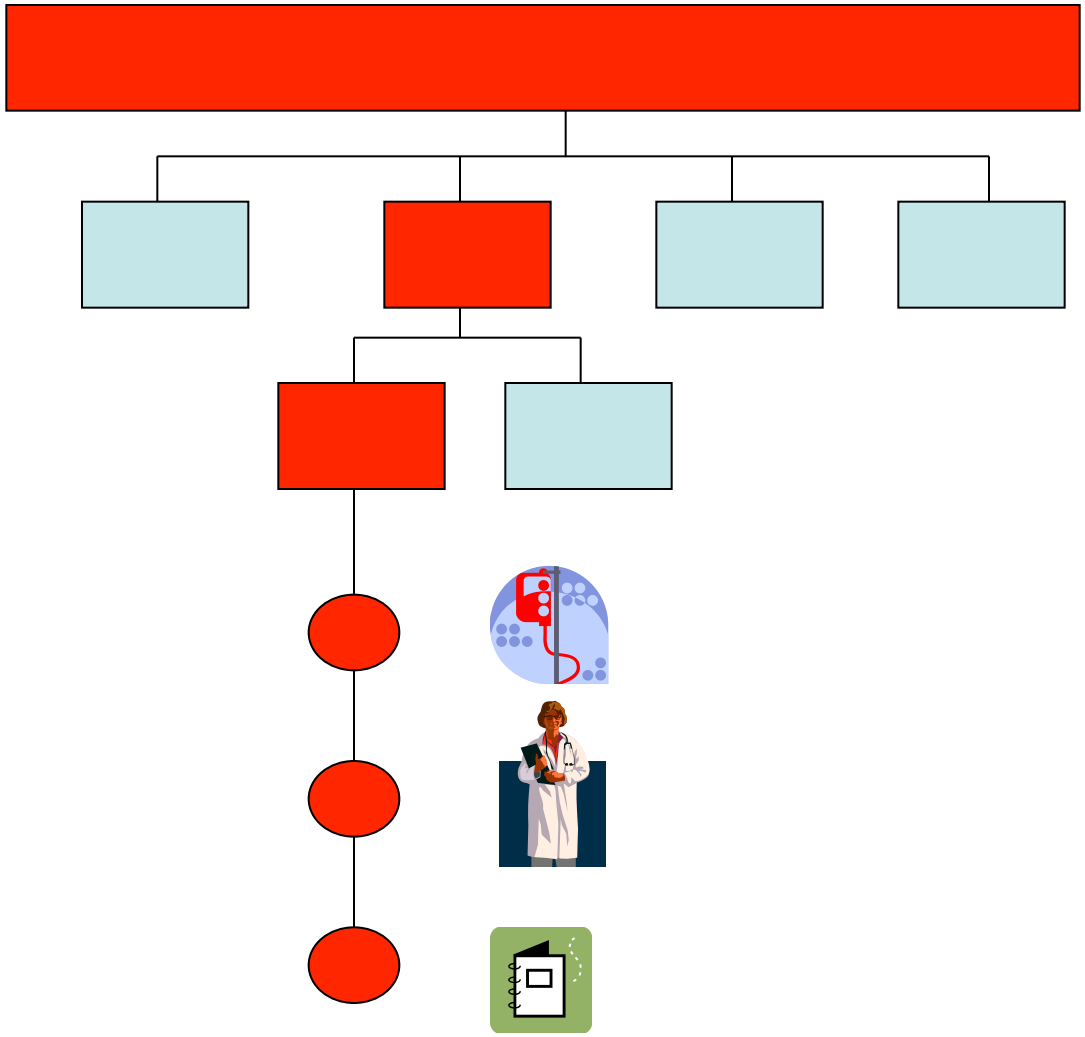
Físicas: Tangible que procede de humana o latente (ej. bomba perfusión averiada)

Humanas: Por errores humanos, decisiones desacertadas por convicción u omisión (ej. cálculo erróneo)

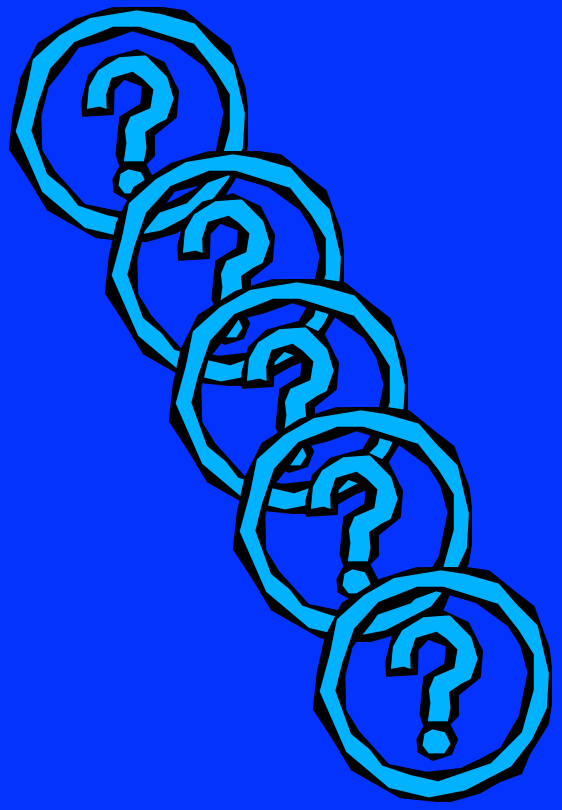
Latentes: Por déficit de sistemas de información (ej. ausencia de protocolo)

Análisis de causas raíz

1. Describir evento
2. Describir modos
3. Hipótesis
4. Verificar hipótesis
5. Raíces físicas
6. Raíces humanas
7. Raíces latentes

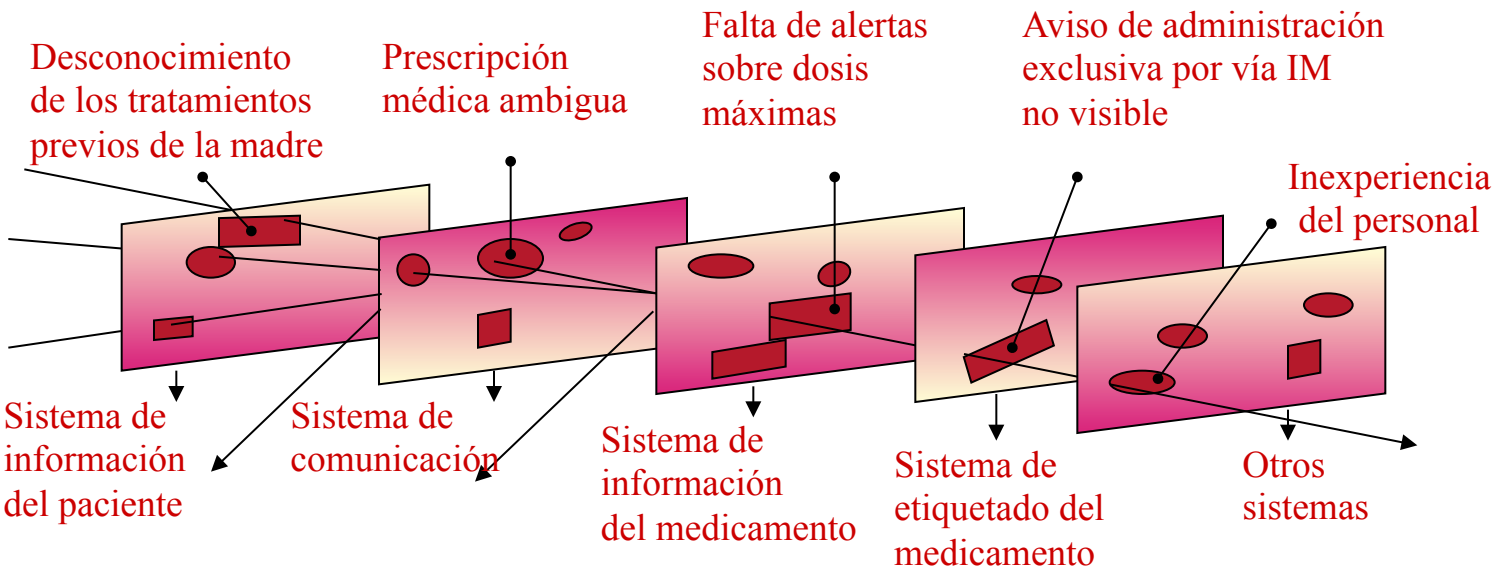


Análisis de causas raíces de un suceso centinela



Preguntar ¿porqué? al menos 5 veces

Proponer cambios en los sistemas que los mejoren



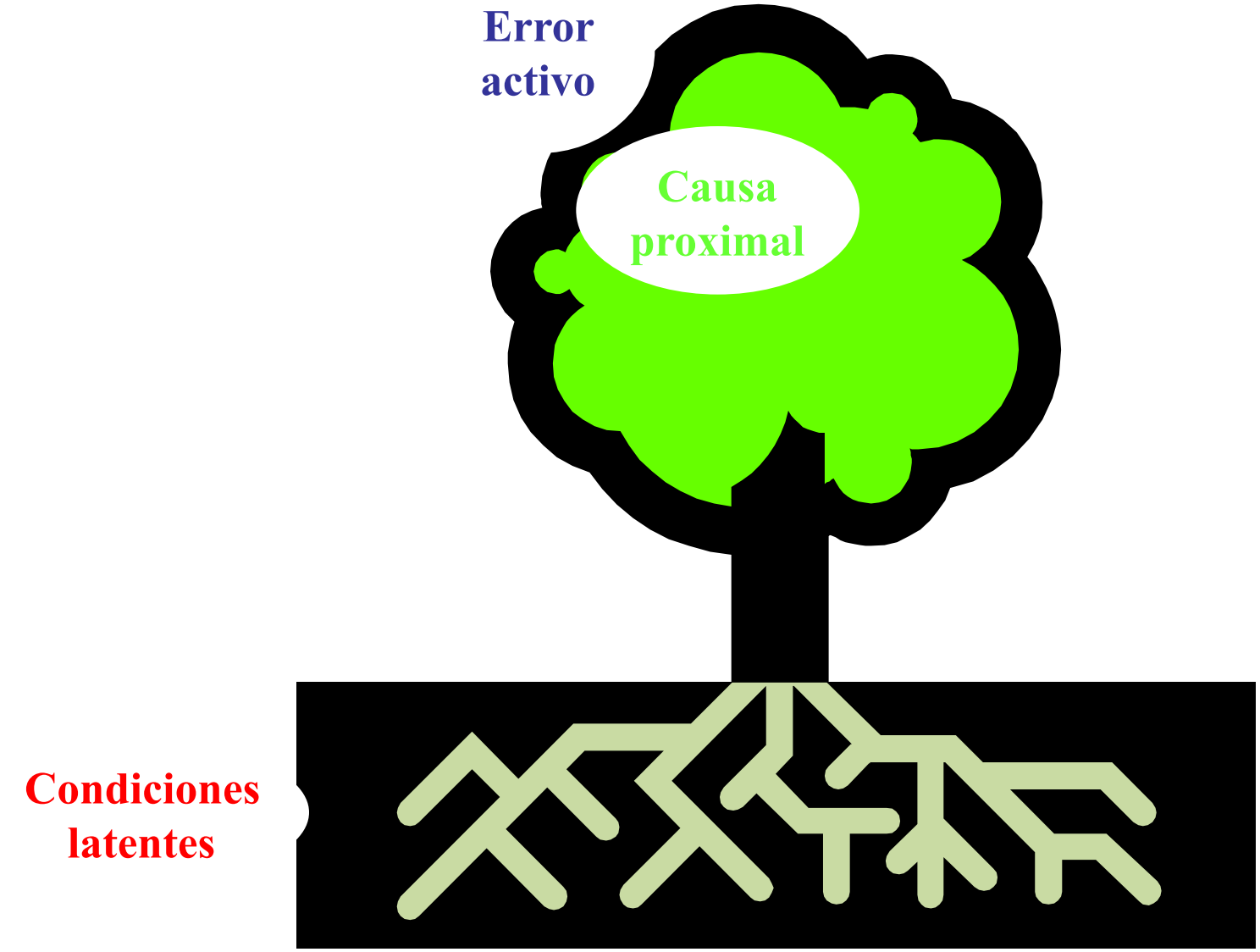
CAUSAS MULTIPLES DEL ERROR DE MEDICACIÓN DE DENVER

Cohen MR, Smetzer JL. Risk analysis and treatment. En: Cohen MR, ed. Medication Errors. Washington, D.C.: American Pharmaceutical Association;

1999.

Errores activos: actos inseguros cometidos por personas en contacto directo con el paciente o con el sistema (lapsus, equivocaciones, incumplimiento de procedimientos)

Condiciones latentes: "patógenos residentes en el sistema". Proceden de decisiones de planificadores, redactores de protocolos, dirección o profesionales (problemas de comunicación)


Error activo
Causa proximal
Condiciones latentes

1. Cuestiones sobre liderazgo y prioridades

- ¿Existe cultura en la organización para identificar y reducir los riesgos?
- ¿Se comunica con alta prioridad la prevención de efectos adversos?











2. Cuestiones sobre recursos humanos

- **¿Está correctamente cualificado?**
- **¿Es correcta la dotación de personal?**
- **¿Son adecuados la formación y el aprendizaje?**



3. Cuestiones sobre gestión del entorno

- ¿Es el medio físico adecuado?

- ¿Hay sistemas para detectar riesgos ambientales?

4. Cuestiones sobre gestión información

- ¿Está disponible la información?
- ¿Es precisa, completa y unívoca?
- ¿Existe adecuado nivel de comunicación?
- ¿Hay barreras para la comunicación







“Las acciones inseguras son como los mosquitos. Podemos intentar matarlos uno a uno pero siempre habrá otros que lo sustituyan.

El único remedio es drenar los pantanos en los que se crían”





IOM “To err is human” 2001

Aplicación del ACR

- **Fallos crónicos o repetitivos**
- **Fallos esporádicos en procesos críticos**
- **En el análisis de nuevos procesos**
- **Deficiencias de programas de entrenamiento**
- **Análisis de la organización y protocolos**

Siete pasos para la seguridad del paciente

1. Qué incidentes investigar
2. Recopilar información
3. Mapa de los hechos
4. Análisis de la información (causas)
5. Existencia de barreras para prevenir daños
6. Soluciones y plan de acción
7. Informe final

National Patient Safety Agency. A guide for the NHS staff.

npsa.nhs.uk/sevensteps

¿Porqué no comunicamos?

- **Responsabilidades legales**
- **Repercusiones profesionales**
- **Culpa**
- **Falta de confidencialidad**
- **Reacciones negativas del paciente y de la familia**
- **Humillación, vergüenza**
- **Perfeccionismo**
- **Falta de foros profesionales**

Kaldjian LC et al. J Qual Patient Saf. 2006;32:188-198

Dos errores nivel I

1. Retraso tratamiento en traslado

2. Inyección intravenosa de salbutamol para inhalación

1. Retraso tratamiento en traslado

- Antibiótico retrasado 12 horas

Urgencias → UH → EC → UCI

Medidas de mejora →

- Se comenta con todos los implicados
- Se presenta en sesión general
- Se analiza en el GPEM
- Recordatorio del circuito de traslados

2. Inyección intravenosa de salbutamol para inhalación



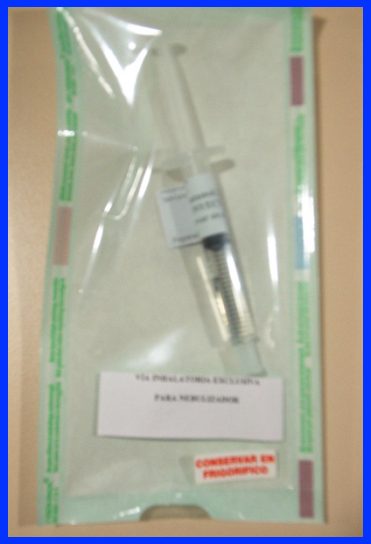
Glaxo 5 mg/ml frasco con tapón rosca 10 ml



Aldo Unión 5 mg/ml vial con cápsula desgarrable 20 ml

(amp 0,5 mg/1 ml)

Salbutamol
2,5 mg/2 ml



Medidas de mejora



Salbutamol
5 y 2,5 mg/ 5 ml
Ipratropio 0,25 mg/5 ml

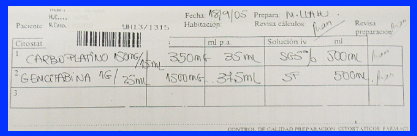
Recomendaciones ASHP 2001 "The medication-use system safety strategy"

- Sistema de información integrado
- Prescripciones y su transmisión
- Etiquetado y nombres
- Normalización
- Comprobaciones
- Condiciones de trabajo
- Formación
- Educación pacientes
- Calidad













1. Acontecimientos centinela
2. Análisis de causas raíz
3. ¿Comunicarlos a los pacientes?

¿Comunicamos a nuestros pacientes y familiares los errores cometidos?

Ética

Las guías éticas dejan claro que los profesionales tienen la responsabilidad de desvelar los errores cometidos, sobre todo si hay consecuencias.

Mazor KM. Arch Intern Med. 2004;164:1690


!!Que horror!!!
!!Me equivoqué en la dosis!!

A tener en cuenta …….

- El paciente tiene derecho a la información.
- Reconocer el error puede estimular un litigio.
- La información es un derecho no una obligación.
- La revelación del error genera angustia, desconfianza y miedo.
- Encubrir un error puede empeorar un litigio.

Cuando comunicar un error

Siempre

- Si después de un error se han de tomar decisiones
- Si el paciente tiene derecho a una indemnización
- Si el paciente o la familia no pueden entender lo sucedido de otra forma

?

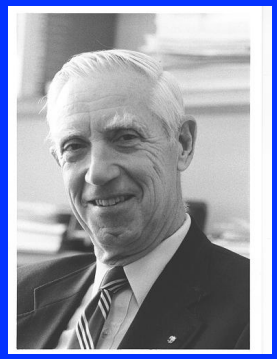
- Error sin lesión
- Es evidente que paciente y familia no lo quieren saber
- Paciente que no puede comprender lo sucedido

¿Cómo comunicar los errores a pacientes o familia?
Las seis etapas de Buckman

1. Preparación
2. Percepción
3. Disposición
4. Comunicar mala noticia
5. Responder a las emociones
6. Planificación

Baile Wf, Buckman R et al. Oncologist 2000;5:302-311

Recomendaciones de Lucien Leape (Harvard, EE.UU.)



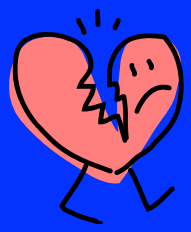
- Comunicar los errores a los pacientes
- Pedirles disculpas y llorar con ellos
- Reparar el daño

España: Creemos que todavía no estamos preparados para ello (falta cultura de los Usuarios y de la Justicia)

- *Lucien Leape. International Forum on Quality and Safety. Barcelona 2007.*

Experiencia en informar a los pacientes en errores graves

- **Unos casos .... lo comprenden y perdonan, <u>si se comparte el dolor</u>**





Transmitir el dolor de la segunda victima

- **Otros casos ..... acaban en el juzgado**



Punto de vista de un familiar de un paciente

"Me pongo en el lugar de la persona que ha cometido el error y creo que debe resultar insoportable asumir las consecuencias y ya no digo las personas que lo han sufrido"

Agradecía al personal su sinceridad y su trabajo diario

En el próximo error que cometa en el ejercicio de su profesión, pruebe a comunicarlo.

Habrá dado un salto en calidad, madurez profesional y entrenamiento.

Trabaje en su centro y a nivel nacional para cambiar la cultura de la profesión respecto a la gestión de los errores médicos.

Conclusiones

1. Implicar a los pacientes en la seguridad de la utilización de sus medicamentos

2. Pedir disculpas a los pacientes y reparar el daño causado

3. Apoyar al personal sanitario implicado

¡Gracias por su atención!



lacasa@scias.com
errorsmedicacio.org
emopem.org