I ENCUENTRO

SOBRE MEJORA DE LA SEGURIDAD CLINICA



Madrid 24 de Febrero de 2004

MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO

Pº del Prado, 18-20 • 28071 MADRID

MINISTERIO
DE SANIDAD
Y CONSUMO

Centro de investigación
para la seguridad
clínica de los pacientes

PRESENTACION

La Seguridad Clínica es hoy uno de los temas más importantes en los Sistemas Sanitarios. Numerosos estudios establecen que los sucesos adversos se observan entre el 3,2% y el 16,6% de los ingresos hospitalarios; de éstos, alrededor del 14% producen la muerte. En un estudio reciente, el Instituto de Medicina de EE.UU. ha estimado que se producen en este país entre 44.000 y 98.000 exitus anuales por este motivo. Sin embargo, la atención sanitaria como todas las actividades humanas, puede beneficiarse de programas para la Mejora de la Seguridad y existen numerosas experiencias en el ámbito sanitario (en la gestión de transfusiones, en anestesiología o en la gestión de medicamentos) y en el no sanitario (industria aeronáutica, seguridad laboral, etc.) que demuestran que la Mejora de la Seguridad es posible. Actualmente, algunos de los paises más desarrollados están analizando la situación y promoviendo sistemas seguros en los centros sanitarios. En nuestro país comienzan a producirse iniciativas orientadas a conocer el estado del tema en nuestro entorno y para diseñar sistemas más seguros para la atención a los pacientes.

El objetivo de esta reunión es presentar algunas de las experiencias que sobre seguridad del paciente están surgiendo en nuestro país, así como conocer y debatir la posición de diversos órganos representativos y de la administración sobre el tema.

PROGRAMA

08,45 RECOGIDA DE DOCUMENTACIÓN.

09,00 INAUGURACIÓN.

Excma. Sra. Ana Pastor.
Ministra de Sanidad y Consumo.
Sr. D. Carlos Álvarez.
Presidente Fundación Mapfre Medicina.
Dr. Àlvar Net.
Presidente Fundación Avedis Donabedian.

09,30 LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES: OBJETIVO INTERNACIONAL.

Dr. Liam Donalson.
Chief Medical Officer in the UK. Excutive Board Member of W.H.O.

10,15 LA MEJORA DE LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES EN EE.UU.

Profesor Jerod Loeb.
Director de Investigación de la Joint Commission.

11,15 CAFÉ.

11,45 EXPERIENCIA DEL CENTRO DE INVESTIGACIÓN PARA LA SEGURIDAD CLÍNICA DE LOS PACIENTES.

Dra. Rosa Suñol.
Directora de la FAD y CISCP.

12,15 MESA REDONDA: EXPERIENCIAS DE MEJORA DE LA SEGURIDAD A NIVEL CLÍNICO.

Moderador: *Dr. Pedro Ruiz.*
Responsable de Calidad Hospital 12 de Octubre. Madrid.
Participantes:
- *Dra. Carmen Lacasa.*
  Jefe Servicio de Farmacia. Hospital de Barcelona.
- *Dr. Francesc Borrell.*
  Centro A.P. La Gabarra. ICS.
- *Dr. Ricardo Pardo.*
  Jefe Servicio de Cirugía. *Hospital de Alarcos.* Ciudad Real.
- *Dr. Antonio Bartolomé.*
  Facultativo Especialista Area de Anestesia. Fundación Hospital de Alcorcón.

PROGRAMA

13,30 COMIDA.

15,00 EXPERIENCIA DEL ISMP-E EN LA MEJORA DE LA SEGURIDAD DE LOS MEDICAMENTOS.

Introducción: *Dra. Esperanza Jiménez-Caballero.*
Vocal Nacional de Hospitales del Consejo General de la Organización Colegial de Farmacéuticos.
Dra. M.ª José Otero.
Jefe de Sección del Hospital Clínico de Salamanca.

15,45 MESA REDONDA: ESTRATEGIAS Y RETOS PARA GENERALIZAR LOS TEMAS DE SEGURIDAD CLÍNICA.

Moderador: *Dr. José M.ª Antón.*
Director del I.G.S. de la Fundación MAPFRE Medicina.
Participantes:

- *Ilmo. Sr. D. Guillermo Sierra.*
  Presidente del Consejo General del Colegio de Médicos.
- *Ilmo. Sr. D. Máximo González.*
  Presidente del Consejo General de la Organización Colegial de Enfermería.
- *Ilmo. Sr. D. Pedro Capilla.*
  Presidente del Consejo General de la Organización Colegial de Farmacéuticos.
- *Ilmo. Sr. D. Joaquín Fernández-Cruz.*
  Presidente de FACME.
- *Sr. D. Ricardo de Lorenzo.*
  Presidente de la A.E.D.S.
- *Ilmo. Sr. D. Alfonso Moreno.*
  Presidente del Consejo de Especialidades Médicas.

17,45 CLAUSURA.

Ilmo. Sr. D. Lluís Bohigas.
Director de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud.

COMITE CIENTIFICO Y ORGANIZADOR

Sra. D.ª Ana Clavería
Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud

Sr. D. Ricardo de Lorenzo
Presidente de la Asociación de Derecho Sanitario

Sra. D.ª María Casado
Directora del Centro Especial de Investigación.
Observatorio de Bioética y Derecho

Sr. D. Máximo González
Presidente Consejo General Organización Colegial de Enfermería

Sr. D. Guillermo Sierra
Presidente Consejo General de Colegios de Médicos

Sr. D. Joaquín Fernández
Presidente FACME

Sr. D. Joaquín Estévez
Presidente Federación Española de Gestión Sanitaria

Sra. D.ª Esperanza Jiménez
Vocal Nacional de Hospitales del
Consejo General de la Organización Colegial de Farmacéuticos

Sr. D. Carlos Humet
Secretario del Patronato de la Fundación Avedis Donabedian

Sra. D.ª Carmen Hernando de Larramendi
Patrono de la Fundación MAPFRE Medicina

Sra. D.ª Susana Lorenzo
Presidenta Sociedad Española de Calidad Asistencial

Sr. D. José Manuel Martínez-Pereda
Magistrado Tribunal Supremo

Sr. D. Josep Vaqué
Vicedecano de Calidad
Universidad Autónoma de Barcelona

INFORMACION Y SOLICITUD DE PLAZAS

MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO

Centro de investigación para la seguridad clínica de los pacientes

- **La Inscripción es gratuita e incluye café y comida.**

INVITACIONES:

- **Solicitud de Invitaciones:** Sol Conde.
  Correo electrónico: infofmm@mapfremedicina.es
  Teléfono: 91 626 58 52 · Fax: 91 626 58 25.
- **En la Solicitud se ruega indicar:** Nombre y Apellidos, Dirección Postal y Electrónica, Institución y Cargo.
- Las invitaciones se confirmarán por riguroso orden de solicitud.
- **Plazas Limitadas.**

· Los Datos personales relativos a los asistentes, serán incorporados al fichero de Fundación Mapfre Medicina y Fundación Avedis Donabedian, registrado en el Registro General de Protección de Datos. Dichos datos se destinarán a facilitarles las actividades que desarrolla el Centro de Investigación para la Seguridad Clínica de los Pacientes. Si el asistente desea oponerse, acceder, rectificar o cancelar alguno de estos datos, conforme a la Ley Orgánica de Protección de Datos de carácter personal, deberá dirigirse a Fundación Mapfre Medicina y Fundación Avedis Donabedian.

Colaboración interdisciplinar para un proceso seguro del uso de medicamentos

Dra. Carmen Lacasa.
SCIAS Hospital de Barcelona.
Societat Catalana de Farmàcia Clínica.
Barcelona.
Correo electrónico: farmacia@sciashdb.com

La Joint Commission on Accreditation of Health-Care Organization ha recogido desde 1995 a 2004 un total de 2.405 acontecimientos centinela de los cuales los errores de medicación ocupan el tercer suceso en frecuencia (11,5%) después de los suicidios (15,4%) y de las complicaciones quirúrgicas (25,1%). (1)

Un estudio en el Reino Unido que analizaba 90.000 acontecimientos adversos en un año, que incluyó 13.500 fallecimientos, solo habían reclamado 7.000 de los cuales 2.000 habían tenido que ser reparados con pago (2).

La mortalidad y el coste de los acontecimientos adversos por medicamentos (AAM) ha sido estudiado por Classen y cols (1997) y demostraron que la estancia media aumentaba 2,45 días, la mortalidad era un 1,45% mayor, el coste añadido era de 2.013 dólares por caso, si comparaban casos con o sin AAM, incluyendo errores de medicación y reacciones adversas a medicamentos. (3)

El National Coordinating Council on Medication Error Reporting and Prevention define el error de medicación como un acontecimiento que puede prevenirse y que produce una utilización inadecuada de un medicamento o lesión a un paciente, mientras la medicación está bajo control de personal sanitario, paciente o consumidor. Pueden ser debidos a la práctica profesional, productos sanitarios, procedimientos y sistemas, incluyendo la prescripción, la comunicación de la orden, etiquetado, envase y denominación del producto, composición, dispensación, distribución, administración, monitorización y utilización (4).

En las causas de los errores de medicación están implicados todos los niveles de la asistencia sanitaria: autoridades sanitarias, industria farmacéutica, médicos, farmacéuticos, enfermeras, pacientes y cuidadores. La tasa de errores disminuye en un 92,5% (χ^2 = 70,6 $p<0,001$) si la prescripción es por ordenador comparada con la prescripción manual en un estudio realizado por nosotros que incluía 534 errores comunicados en 977.364 órdenes de 1997 a 2001 en el Hospital de Barcelona.

Hay diferentes métodos para la detección de errores de medicación pero los más utilizados han sido la observación y la comunicación. El método de observación es de detección intensiva, obtiene datos muy detallados y si el sistema funciona con un nivel de calidad aceptable, detecta los errores de menor severidad pero que son del sistema, errores de comunicación y de organización y es muy útil para corregirlos. El método de comunicación es la notificación espontánea. Depende de la cultura de calidad del hospital y detecta los errores más graves.

En un estudio reciente en EE.UU. (5) en 2.556 dosis en 36 hospitales detectaron tasas d'error por observación de 11,7%, por comunicación 0,04% y por análisis de historias clínicas 0,7%.

En Europa estamos en una situación menos desarrollada que en EE.UU. pero hay ya libros (6,7) que se han ocupado de este tema. En España desde el año 2001 hay dos grupos de trabajo Sociedad Catalana de Farmacia Clínica (SCFC) que ahora trabaja con la Conselleria de Sanitat de la Generalitat de Catalunya y el Instituto para el Uso Seguro de Medicamentos (ISMP) que recogen comunicaciones de errores de medicación. También ha habido una experiencia en Alicante de detección de errores de medicación en un estudio que incluyó varios hospitales.

En el Hospital de Barcelona desde el año 1994 hemos aplicado los métodos de observación y comunicación con los resultados que se muestran en las figuras 1 y 2. Se creó un grupo de trabajo multidisciplinar con enfermeras, farmacéuticos y médicos para aplicar estos dos métodos y poner en marcha medidas de mejora del circuito de prescripción, dispensación y administración de medicamentos. Se han realizado sesiones generales y específicas por servicios y unidades de hospitalización para corregir problemas y puntos críticos del proceso y se han aplicado medidas de mejora (prescripción por ordenador de los médicos cercana al 70%, informatización del registro de alergias y otras)

En la figura 3 pueden verse los resultados obtenidos por la SCFC, que tiene ya en su base de datos nueve hospitales de Cataluña. Estos centros tienen la posibilidad de compartirlos con el grupo de trabajo o no (según las causas sean comunes para proponer cambios a la industria farmacéutica o a las autoridades sanitarias, o bien que sean atribuidas al sistema de un hospital parar solucionarlo de forma individual en ese centro). La SCFC ha notificado a la industria farmacéutica (15% de los errores de medicación son debidos a etiquetado o envases inadecuados y a nombres similares) y a la Agencia Española del Medicamento 25 errores de medicación por envases similares o nombres y por otras causas de los cuales 13 han sido cambiados (8).

Existen menos estudios (9) a nivel de centros de salud y oficinas de farmacia pero lógicamente también se producen errores en los que muchas veces el paciente está más implicado que en los hospitales. De hecho nuestro grupo de trabajo de la SCFC también está recogiendo errores a nivel ambulatorio.

Conclusiones

1. La mejora continua de la calidad en los hospitales y en los centros de salud debe incluir la detección de errores de medicación.

2. La información a los profesionales sanitarios sobre los errores de medicación que se producen de forma anónima y no punitiva estimula la comunicación de más errores para aplicar medidas de mejora.

3. La comunicación con la industria y las agencias del medicamento es indispensable para diferenciar mejor envases y nombres de medicamentos.

4. La prescripción informatizada disminuye significativamente los errores de medicación

Bibliografía

1. www.jcaho. org.Sentinel events. Consultada 6 de Febrero de 2004.
2. Towse A and Danzon P. Medical negligence and the NHS: an economic analysis. Health Econ. 1999; 8: 93-101
3. Classen DC, Pestotnik SL, Evans RS, Lloyd JF, Burke JP. Adverse drug events in hospitalized patients. Excess length of stay, extra costs, and attributable mortality. JAMA. 1997; 277: 301-306.
4. The National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention. Am J Health-Syst. 1996; 53:238-44
5. Flynn, Barker, Pepper GA, Bates D, Mikeal RL. Comparison of methods for detecting medication errors in 36 hospitals and skilled-nursing facilities. AJHP 2002, 59: 436.
6. Schmitt E. Le risque médicamenteux nosocomial. Ed. Masson, Paris 1999.
7. Lacasa C, Humet C, Cot R. Errores de medicación. Prevención, diagnóstico y tratamiento.Ed. EASO, Barcelona 2001.
8. Lacasa C, Bara B. Resultados del Grupo de Prevención de Errores de Medicación. Jornada Anual de la Sociedad Catalana de Farmacia Clínica. Academia de Ciencias Médicas. Barcelona, Junio 2002.
9. Sale M. Danger at the drugstore: Can the pharmacist prevent adverse event?. En Escovitz A, Pathak DB, Schneider PJ. "Improving the quality of the medication use process". Pharmaceutical Product Press. 1998 pp 27-38.

Tabla 1. Niveles de severidad

No hubo error

A: Circunstancias que pueden producir error

Error sin lesión

B: No llegó al paciente

C: Llegó al paciente sin lesionarlo

D: Aumento de vigilancia del enfermo sin lesión

Error con lesión

E: Precisó tratamiento y lesión temporal

F: Hospitalización (y lesión temporal)

G: Lesión permanente

H: Acontecimiento cercano a la muerte

Error con muerte

I: Produjo la muerte del paciente

Figure 1. Resultados del método de observación en el Hospital de Barcelona (en horizontal años 1994-2002)

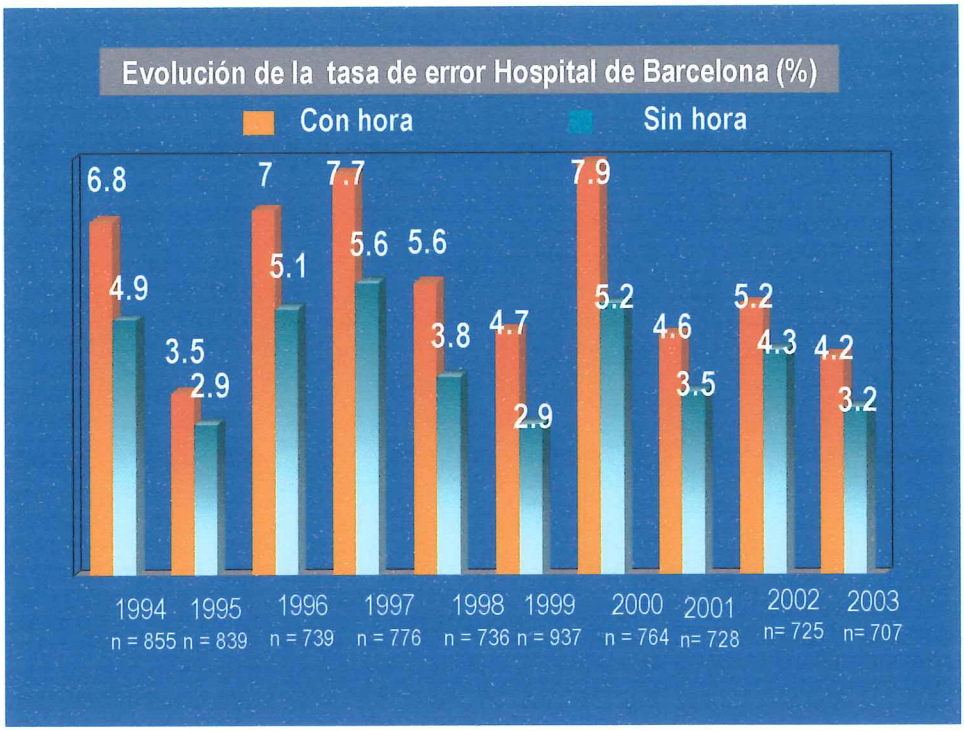


Figura 2. Resultados por el método de comunicación.

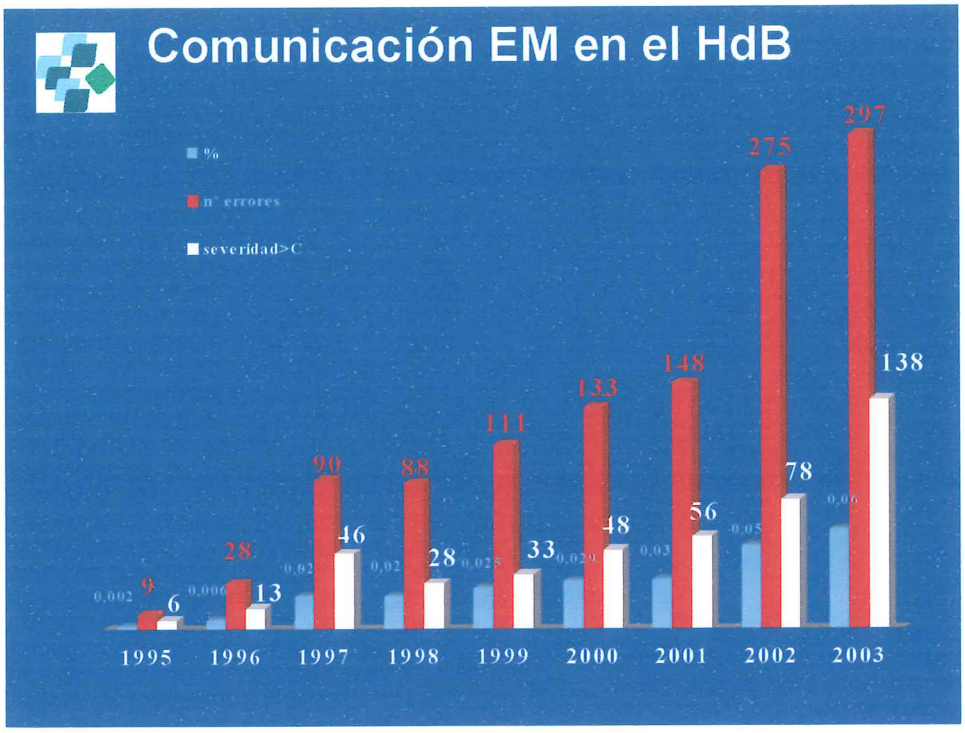


Figure 3. Errores notificados a la Sociedad Catalana de Farmacia Clínica



farmacia@sciashdb.com; **fborrell.cp.ics@gencat.net**; **rpardo133@hotmail.com**; **abartolome@fhalcorcon.es**

I ENCUENTRO SOBRE MEJORA DE LA SEGURIDAD CLÍNICA

Mesa redonda sobre EXPERIENCIAS DE MEJORA DE LA SEGURIDAD A NIVEL CLÍNICO

Moderador: Dr. Pedro Ruiz . Tlf. 91.390.81.64
Presentación: 5-6 minutos para enmarcar el tema

8'45
11'45 Rosa
12'15

Participantes: entre 15 y 17 minutos cada uno de ellos

Dra. Carmen Lacasa Tlf. 93.254.24.90/ e-mail farmacia@sciashdb.com
Título presentación: "Colaboración interdisciplinar para un proceso seguro del uso de medicamentos"

Dr. Francesc Borrel. Tlf. 93.471.15.04/e-mail fborrell.cp.ics@gencat.net
Título presentación: "Prevención de errores clínicos: un modelo desde la subjetividad del médico"

Dr. Ricardo Pardo. Tlf. Tlf. 926.21.34.44/ e-mail rpardo133@hotmail.com
Título presentación: nos falta

Dr. Antonio Bartolomé. Tlf 91-621.95.38/e-mail abartolome@fhalcorcon.es
Título presentación: "Monitorización de la seguridad del paciente en la unidad de anestesia y reanimación"

Medio audiovisiual: cañón..... Transparencia.....

Viaje: Indicar si se necesita

Hotel: Indicar si se necesita

La FAD se hará cargo de la reserva del billete de avión y reserva de hotel, por lo que te agradecería confirmaras tus necesidades.

También necesitaríamos una copia de la presentación que vayas a hacer para poder elaborar un dossier para entregar a los asistentes.

Muchas gracias.

Centro de investigación
para la seguridad
clínica de los pacientes

Sr./a

El ministerio de Sanidad y Consumo, conjuntamente con el Centro de Investigación para la Seguridad Clínica de los Pacientes (CISP) ha organizado el **I Encuentro de Seguridad Clínica que se celebrará en Madrid el 24 de Febrero del 2004 en la Sala de Actos del Ministerio de Sanidad y Consumo** y cuyo programa le adjuntamos. El objetivo de la Jornada es presentar algunas de las experiencias internacionales y españolas más significativas en este campo a la vez que aunar voluntades y esfuerzos de todos los implicados en nuestro país

Como usted sabe la Seguridad Clínica es uno de los temas más importantes de los Sistemas Sanitarios, ya que se trata de un problema emergente que tiene un gran impacto en la morbimortalidad. La OMS ha establecido un Programa de Seguridad Clínica a nivel de todos los países miembros, que será presentado en el transcurso del acto además de la experiencia de la Joint Comisión Americana.

Le agradecemos haya aceptado formar parte de este evento con su participación en la mesa redonda sobre **Experiencias de mejora de la seguridad a nivel clínico.** En hoja adjunta relacionamos los datos técnicos relativos a su presentación y viajes que le rogamos nos devuelvan rellenada lo antes posible.

Le saluda atentamente,

Dra. Rosa Suñol
Directora del CISP

Barcelona, Enero 2004

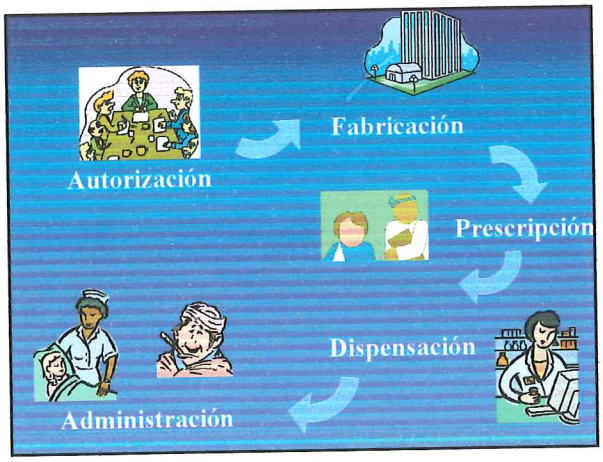
Colaboración interdisciplinar para un proceso seguro del uso de medicamentos

Carmen Lacasa
SCIAS Hospital de Barcelona
Grup Assistència

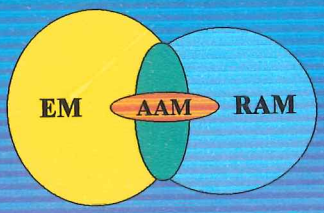
Prevención de errores de medicación

1. La cultura de prevención del error

2. Experiencia interdisciplinar
   - Hospital de Barcelona
   - -SCFC-*Departament de Sanitat*



Accidentes con medicamentos



EM errores de medicación
RAM reacciones adversas a medicamentos
AAM acontecimientos adversos a medicamentos

TORRES GEMELAS

3.000 MUERTES



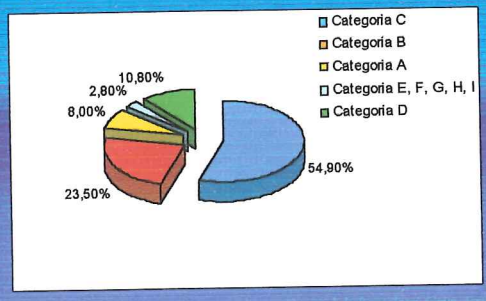


ERRORES DE MEDICACIÓN

7.000 MUERTES / AÑO (EE UU)

Errores por severidad durante 1999

Programa MedMARx de la USP (n = 6.224)



Acontecimientos centinela

JCAHO

Enero 1995 – Diciembre 2003

2.405 casos de los que

el 75% conducen a la muerte

Tipos de acontecimiento centinela JCAHO

	%
Suicidios	15,4
Complicaciones quirúrgicas	12,8
Lugar erróneo cirugía	12,3
Errores de medicación	11,5
Retraso tratamiento	6,0
Caída paciente	4,7

"Los errores médicos producen un impacto emocional que hace difícil el análisis objetivo de sus causas (tan necesario para corregirlos)"

Leape. JAMA 1994; 272: 1851-1857

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



"Un error de medicación es fácil de describir. Me siento mejor hablando de él, sobre todo cuando pienso que eso le puede ocurrir a cualquiera"

Wolf ZR: Medication errors: The nursing experience. Delmar. New York, 1994

¿Comunicar el error sin miedo?



Cultura de la culpa

↓

Cultura de la mejora continua

Error de medicación

"Accidente que puede prevenirse y que supone un uso inadecuado de la medicación o lesión al paciente cuando está bajo control de personal sanitario, paciente o consumidor..."

Coordinating Council on Medication Error Reporting and Prevention. The USP Convention. 1997

Causas de los errores de medicación (interdisciplinares)

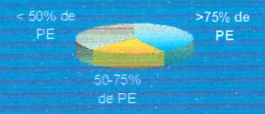
- práctica profesional
- procedimientos y sistemas
- prescripción
- comunicación
- envasado y etiquetado ...

Coordinating Council on Medication Error Reporting and Prevention. The USP Convention. 1997

"ASHP national survey of pharmacy practice 2001"

Am J Health-Syst Pharm 2001; 58: 2251-66.

- **4,3%** de hospitales disponen de prescripción electrónica (PE)
  - 200-300 camas: 3,5%
  - >400 camas: 20,4%
- **% de PE** (en los hospitales >400 camas):



- **25%** de hospitales que disponen de PE, requieren re-entrada de las órdenes en farmacia

Beneficios de las órdenes médicas electrónicas

(mejora de la calidad, del tiempo y del coste)

	tiempo en horas
Dispensación medicamentos	5,3 → 1,5
Radiología	7,4 → 4,2
Laboratorio	0,5 → 0,3

Mekhjian HS et al. J Am Med Inform Assoc 2002; 9:529-539

Causas de los errores de medicación (interdisciplinares)

- nomenclatura
- elaboración
- dispensación y distribución
- administración y educación
- monitorización y utilización

Coordinating Council on Medication Error Reporting and Prevention. The USP Convention. 1997

Revisión farmacéutica de órdenes médicas electrónicas

- Órdenes sin cambio 40%
- Cambios menores 40%
- Cambios importantes 20%

Am J Health-Syst Pharm. 2003; 60:1219-28

Medicamentos de especial riesgo

→ *Los más activos*

- Coagulación
- Hipoglucemiantes
- Cardiovasculares

Implicaciones éticas

- Reconocer el error
- Informar de forma adecuada a los pacientes
- Desmitificar la seguridad de los tratamientos médicos
- Reparar el daño causado al paciente

Prevención de los errores de medicación

1. La cultura de prevención del error
2. Experiencia multidisciplinar
   - Hospital de Barcelona
   - SCFC-*Departament de Sanitat*

Grupo multidisciplinar

- Médicos
- Farmacéuticos
- Enfermeras
- Dirección
- Experto en metodología de calidad
- Estadístico

Método de trabajo

- Reunión mensual
- Análisis de errores
- Métodos: Observación
  Comunicación
- Difusión y aplicación de medidas de mejora

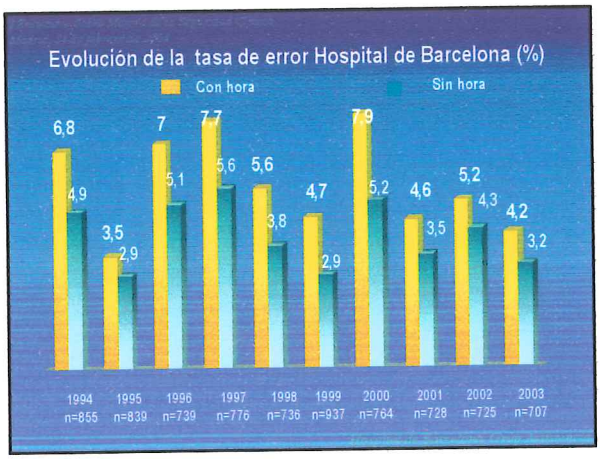
Medidas de mejora

- Difusión, análisis y medidas de mejora para los errores detectados
- Dilución normalizada de los medicamentos iv en todo el hospital
- Horarios normalizados de administración de medicamentos
- Extensión de la PE (actual 70%)
- Control informatizado de alergias

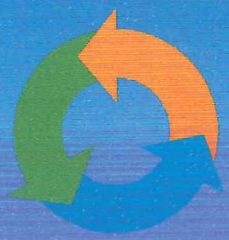
Método observación



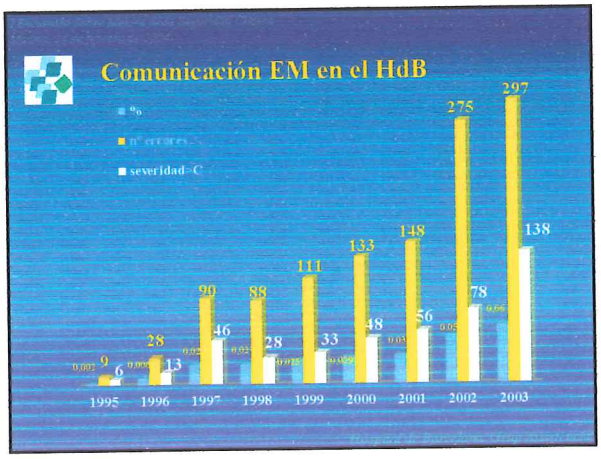
- Registro observación
- Comprobación de la orden y de la validación
- Base de datos
- Medidas de mejora



Método de comunicación



- Comunicar error
- Registro en ficha
- Grupo analiza causas
- Base de datos
- Se proponen y aplican medidas correctoras



Severidad de los errores comunicados

Severidad	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
C	46	51	36	56	52	97	76
D	19	16	17	30	42	48	54
E	9	9	26	12	9	13	16
F-I	16	3	4	6	3	8	13

Comparación de la eficacia (%)

	1995	1996	...	1999	2000	2001	2002
Observación	3,5	7		4,7	7,9	4,6	4,3
Comunicación	0,002	0,006		0,025	0,03	0,03	0,05
Eficacia comparada	1.750	1.167	...	188	297	155	78

Comparación de tres métodos 2.556 dosis

- Observación 11,7%
- Revisión de historias 0,7%
- Comunicación 0,04%

Flynn, Barker et al. AJHP 2002, 59: 436

Tasa de errores con PE *vs* no PE

(534 errores comunicados en 977.364 órdenes)

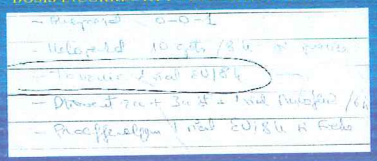
Estudio 1997-2001

La tasa de error disminuye un 92,5%

$\chi^2 = 70,6 \quad p < 0,001$

ERRORES DE PRESCRIPCIÓN EN LOS HOSPITALES

DOSIS INCORRECTA Y VIA INAPROPIADA



Tavanic (levofloxacino) cada 8h y EV cuando es posible vía oral

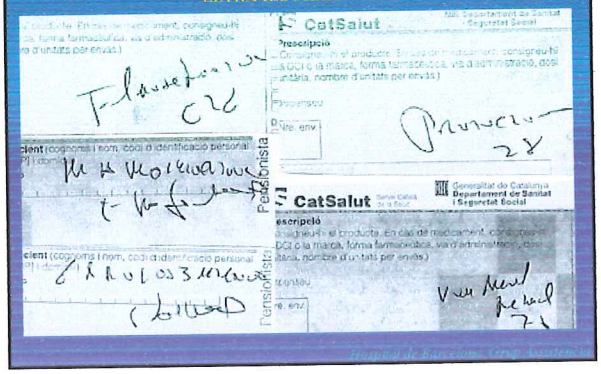
LETRA ILEGIBLE



Proscar (finasteride) o Prozac (fluoxetina)

ERRORES DE PRESCRIPCIÓN EN MEDIO AMBULATORIO

LETRA ILEGIBLE



Errores comunicados por 10.000 órdenes en el Hospital de Barcelona

(831 errores en 1.188.364 de órdenes)

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Errores/ 10.000 PE	3	3	5	4	5	1	1
Errores/ 10.000 no PE	7	6	6,5	10	9	3	3

Comparación de la eficacia (%)

	1995	1996	...	1999	2000	2001	2002
Observación	3,5	7		4,7	7,9	4.6	4,3
Comunicación	0,002	0,006		0,025	0,03	0,03	0,05
Eficacia comparada	1.750	1.167	...	188	297	155	78

Prevención de los errores de medicación

1. La cultura del error
2. Experiencia multidisciplinar
   - Hospital de Barcelona
   - SCFC-*Departament de Sanitat*

Consejo Asesor pluridisciplinar Generalitat de Catalunya

- Autoridades Sanitarias
- *Societat Catalana de Farmàcia Clínica*
- Colegios profesionales
  - Farmacéuticos
  - Médicos
  - Enfermeras
- Fundación Avedis Donabedian
- Facultad de Farmacia

Acciones realizadas

- Boletín informativo: tres números
  - (gencat.net, errorsmedicacio.org)
- Difusión cultura
  - Centros de formación
  - Colegios profesionales
- Industria farmacéutica

I Encuentro Sobre Mejora de la Seguridad Clínica
Madrid, 24 de febrero de 2004

Boletín de prevención de los errores de medicación de Cataluña

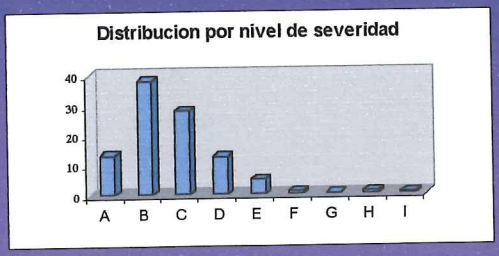


Generalitat de Catalunya
Departament de Sanitat i Seguretat Social

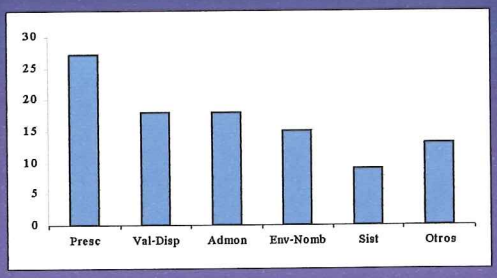
Hospital de Barcelona. Grup Assistència

949 errores comunicados en 26 centros

Desde mayo de 2001 a febrero de 2004



1.306 causas de los errores comunicados mayo 2001-febrero 2004 (%)



Hospital de Barcelona Grup Assistencial

Lidocaina al 2% y al 5%

(antes) (después)



Hospital de Barcelona Grup Assistencial

Un paciente tomó piroxicam en lugar de doxazosina



Hospital de Barcelona Grup Assistencial

Amchafibrin®, Trangorex® y Fenitoina®



Hospital de Barcelona Grup Assistencial

¿Para comunicar errores?

De medicación

www.errorsmedicacio.org

gencat.net

De todo tipo

fad@fadq.org

Hospital de Barcelona Grup Assistencial

Conclusiones (1)

1. Pasos a seguir
   - Grupo de trabajo multidisciplinar
   - Difusión de la información
2. Actitud
   - No medidas punitivas
   - Evitar cultura de la culpa

Hospital de Barcelona Grup Assistencial

Conclusiones (2)

3. Situaciones de más riesgo
   - Vía intravenosa
   - Algunos medicamentos
   - Unidades especiales del hospital

4. Tecnología para evitarlo
   - Prescripción electrónica
   - Control de calidad al lado de la cama

Conclusiones (3)

5. Cambio de cultura

   Debería trasladarse también al resto de la sociedad.
   - Los ciudadanos
   - Los medios de comunicación

¿Dónde encontrarnos?

farmacia@sciashdb.com

www.asc.es

teléfono 932 542 492

Hospital de Barcelona
Diagonal, 660
08037 Barcelona