

1

ABRIL 2014



MONOGRAFICO SEGURIDAD CLINICA

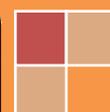
ANALISIS DE NOTIFICACIONES DE INCIDENTES EN EL PROCESO DE ADMINISTRACION DE LA MEDICACION Y TRANSMISION DE ORDENES VERBALES

El monográfico que publicamos a continuación está basado en el análisis de 3 incidentes notificados en el SiNASP. Los incidentes comunicados de forma anónima, confidencial y voluntaria al mencionado sistema, han sido seleccionados por las posibilidades de aprendizaje que ofrecen.

Sistema de Notificación
y Aprendizaje para la
Seguridad del Paciente



GRUPO DE SEGURIDAD CLÍNICA
GESTION DEL RIESGO SANITARIO
Y CALIDAD ASISTENCIAL
061 ARAGON





INTRODUCCION



Mediante los Sistemas de Notificación se comunican incidentes que afectan a la Seguridad de los Pacientes. El análisis de los incidentes notificados se centra en identificar las “condiciones latentes” del sistema que facilitan la ocurrencia de esos incidentes para promover los cambios necesarios para evitar que esas situaciones vuelvan a repetirse, con el fin de mejorar el entorno en el que trabajan los profesionales. El énfasis principal de este Sistema de Notificación está en el aprendizaje para la mejora.

Un componente fundamental de la gestión de estos incidentes es la presentación de los resultados de los análisis con propuestas de mejoras que sirvan para evitar futuros eventos y fomentar la Cultura de Seguridad en la organización.

En el presente monográfico vamos a analizar 3 notificaciones comunicadas en el Sistema de Notificación existente en el 061 ARAGON, el SiNASP. Los 3 casos han ocurrido durante la práctica asistencial en las UMEs y están relacionados los 3 con los procesos de “Transmisión de órdenes verbales” y “Administración de la medicación”.

TRANSMISION DE ORDENES VERBALES:

En nuestro medio (extrahospitalario) la transmisión de órdenes verbales es la única manera posible de comunicación, debido a la premura y actuación que requiere este tipo de Asistencia Sanitaria, por ello es imprescindible vigilar de manera estrecha este punto crítico de nuestra práctica diaria.

ADMINISTRACION DE LA MEDICACION:

En el proceso de prescripción-preparación-identificación-administración de la medicación pueden producirse equivocaciones que van desde la preparación de un fármaco erróneo, la identificación inadecuada, el cálculo de la dosis, la carga de la dosis o dilución prescrita, la administración por una vía errónea o a un paciente diferente, etc..

DESCRIPCION DE LOS INCIDENTES NOTIFICADOS

Los casos que vamos a presentar están resumidos a modo de descripción de los hechos, se ha intentado mantener el texto tal y como fue notificado. Los 3 casos presentan similitudes en la cadena de errores (del sistema) que produjeron el fallo activo (humano) y los 3 están relacionados con la transmisión de órdenes verbales y la administración de la medicación.

Los términos empleados “enfermera” y “médico” no hacen referencia a ningún género específico (masculino o femenino).

CASO Nº1:

Paciente inconsciente en “estatus epiléptico”, con antecedentes desconocidos. La enfermera encuentra dificultad para encontrar y canalizar la vía periférica, al final lo consigue y se administran 3 “Diazepam” IV, y se consigue que desaparezcan las convulsiones.

El paciente presenta TA de 230/120 y frecuencias de 130 x', por lo cual el médico decide administrar “Labetalol” y así lo pide. El TES pregunta: “¿Eso qué es?, la enfermera le dice que busque unas ampollas de 20cc. El TES coge una ampolla y pregunta cómo lo diluye, la enfermera le coge la ampolla al TES y confirma con el médico si lo querrá en bolos y se pone a cargar la medicación en una jeringa de 20cc, fijándose





únicamente en que la concentración del fármaco que pone en la ampolla es de 1 ml=3,5 mg.

El médico solicita 20 mg de “Labetalol” y la enfermera le dice que entonces le salen casi 6 cc de la jeringa, el médico autoriza la dosis aunque no le suena ni la dilución ni la concentración pero se basa en la confianza y la experiencia de la enfermera. El paciente es introducido en el vehículo para el traslado, han mejorado las constantes TA 160/95 y frecuencia 90 x'. La enfermera piensa que algo no ha estado bien y busca en el ampulario una ampolla de labetalol y se da cuenta que eso no es lo que ha tenido en sus manos,,, busca en la basura y se da cuenta que la ampolla de la medicación que ha administrado es “Propafenona”.

La enfermera comunica al médico el error, que reevalúa al paciente y solicita que se le constantee cada 5 min, con control de ECG, TA y Frecuencias. El error fue comunicado al servicio donde fue ingresado el paciente. El paciente no tuvo ninguna alteración, ningún daño o efecto adverso achacable al error.

CASO Nº2:

El médico dio orden verbal de tratamiento: una ampolla de “Meperidina” en 10 ml de suero fisiológico para uso intravenoso. Mientras médico hablaba por teléfono solicitando cama de UCI. La enfermera sin preguntar ni comentar administra la dilución completa, los 10 ml. El paciente durante 15-20 minutos mostraba somnolencia importante y dificultad de hablar y ligera hipotensión (90/60), no depresión respiratoria ni nauseas. La clínica cedió por sí sola sin necesidad de “Naloxona”.

CASO Nº 3:

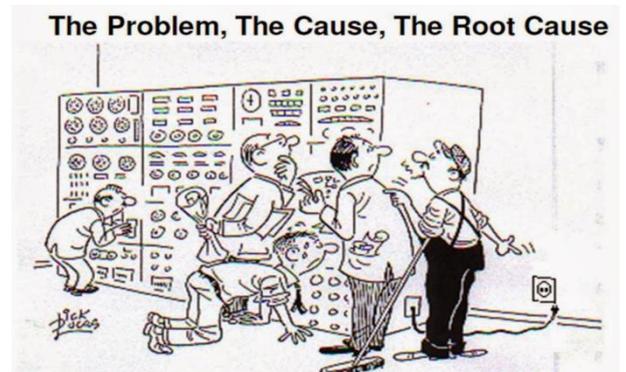
El paciente es un camionero que ha detenido el camión en la carretera por presentar dolor de cabeza, nauseas, vómitos y mareos. Tras la evaluación del paciente el médico solicita la administración de “Nolotil®”, la enfermera lo prepara, y lo administra diluido en 100 ml de suero fisiológico. A la llegada al Hospital el paciente presenta somnolencia intensa, sin respuesta a estímulos dolorosos, ante sospecha de ACV se solicita TAC urgente.

Entonces llega el TES con una ampolla de “Dormicum®” (“Midazolam”) en la mano y dice que es lo que ha administrado la enfermera por error en vez de “Nolotil®” (“Metamizol”). Se revierte con “Flumazenilo” con buena evolución del paciente.

ANALISIS DE LOS INCIDENTES Y DISCUSION

Al hacer el análisis de los casos hay que diferenciar entre el “fallo activo” o causa próxima que está ligada al profesional de los “fallos latentes” o causas raíz que están ligadas al sistema y al proceso.

Para que se produzca el “fallo activo” se tienen que dar unas condiciones que en cadena de errores en el sistema propician que el final el profesional cometa el error. Si bien la responsabilidad del “fallo activo” es humana y el profesional es quien comete el error lo que importa no es QUIÉN? Sino el QUÉ? CÓMO? Y POR QUÉ? se produjo el error. Culpabilizar no es la solución al problema que generó el error ni impide que este vuelva a ocurrir.





Al realizar los análisis el “fallo activo” es fácilmente identificable, pero lo importante aunque más difícil, es encontrar las condiciones latentes y en particular las causas raíz que generan y propician la comisión de errores, para posteriormente implementar soluciones. Los errores humanos suelen ser prevenibles si se aplican las medidas correctoras en el sistema.

En los 3 casos descritos y analizados los “fallos activos” son: “Administración de un fármaco o una dosis distinta a los prescritos”. En los 3 casos se observan problemas que dependen directamente de la comunicación efectiva entre médico y enfermera.

El Sistema de Notificación SiNASP permite y favorece que el notificante identifique los factores contribuyentes. Entre estos factores contribuyentes encontrados por los notificantes y los identificados por nosotros al hacer los análisis estarían:

- No comprobar el nombre del fármaco a la hora de cogerlo del ampulario y en el momento de cargarlo en la jeringa.
- No llevar los fármacos colocados en el ampulario alfabéticamente por principio activo.
- El diseño del ampulario de los maletines no facilita la identificación de los fármacos.
- Coexisten fármacos cuyas ampollas o viales son de aspecto muy similar (tamaño y color).
- Poca formación de los TES en farmacología.
- Realizar dos tareas a la vez (pedir cama de UCI por teléfono y pedir medicación).
- No confirmar que se han entendido las órdenes dadas (fármacos, dosis, dilución, etc.)
- No repetir el nombre del fármaco y la dosis en el momento de administrarlo.
- No rotular la jeringa copiando el nombre de la ampolla.
- No están definidas las competencias, las funciones ni los roles de cada uno de los profesionales y su distribución.
- Falta formación de trabajo en equipo, liderazgo de equipos y comunicación.
- Gravedad y complejidad del estado del paciente.
- Falta de disponibilidad de ayudas o guías.
- Las propias de un servicio de emergencias extrahospitalarias.
- Falta cultura de seguridad.
- ETC.... y etc.

Hay que destacar que en los casos analizados se realizaron actividades correctamente y que ayudaron a que los errores no influyeran en el estado del paciente:

- Que la enfermera comunicara inmediatamente al médico el error.
- Que el médico no culpabilizara a nadie sino que adoptara las medidas necesarias en equipo para paliar los posibles efectos.
- Que se guardaran las ampollas de los fármacos utilizados en el aviso hasta el final del mismo.
- Que se comunicara el error en los servicios hospitalarios de destino del paciente para que continuara la vigilancia de posibles efectos adversos.

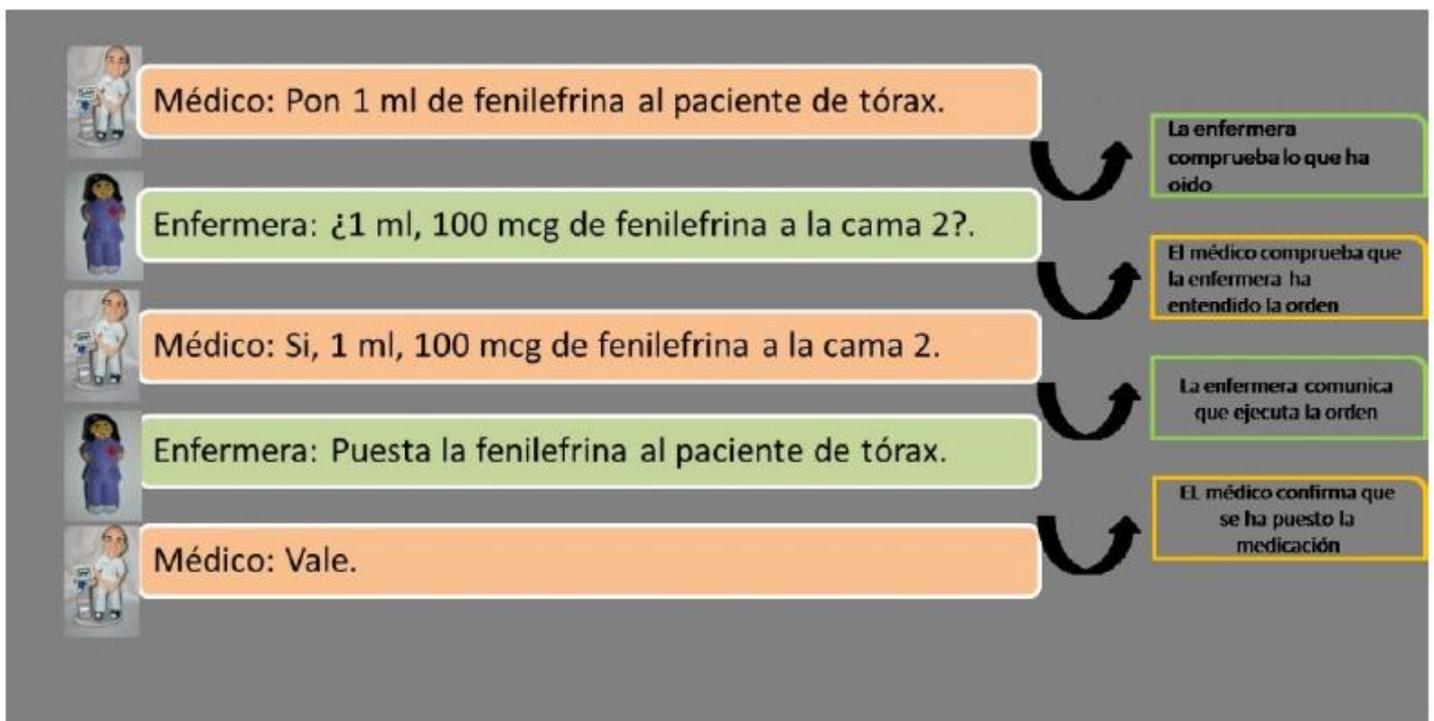




Las órdenes verbales tienen el objetivo de resolver una situación clínica aguda en una situación crítica pero eluden los controles de seguridad y dependen directamente de la comunicación efectiva entre médico y enfermera.

Un problema importante que se detecta en los casos analizados es el de la inadecuada “comunicación” entre médico y enfermera, con un intercambio de información deficiente. La orden médica no fue claramente entendida por la enfermera, esta no verificó si la orden entendida era la adecuada, y el médico no comprobó que la enfermera entendía la orden y la realizaba correctamente. Este proceso de comprobaciones repetidas de lo “dicho” y “entendido” se denomina cerrar el bucle de comunicación, es una técnica de comunicación que favorece el trabajo equipo evitando errores por falta de entendimiento entre los miembros del mismo. Este tipo de estrategias han demostrado ser eficaces en la prevención de errores de comunicación causados por no decir claramente lo que se ha “pensado”, no entender lo que se ha “escuchado” o no realizar lo que se ha “comprendido”.

El siguiente gráfico está extraído de la página www.sensar.org y muestra un bucle de conversación cerrada con confirmaciones y verificaciones.



Los errores comunicados en los casos analizados se ven favorecidos por una falta de sistematización del proceso de administración de fármacos en nuestras unidades asistenciales. Hay que dotar de herramientas a los profesionales para detectar y prevenir los errores ligados a la medicación para:

- Reducir la posibilidad de que ocurran los errores.
- Detectarlos antes de que lleguen al paciente.
- Minimizar sus efectos y consecuencias si han llegado a ocurrir.

Por todo ello desde el grupo de trabajo de Seguridad Clínica del 061ARAGON estamos trabajando en la elaboración de un manual con recomendaciones de prácticas seguras en el proceso de administración de la medicación y transmisión de órdenes verbales.





Dicho manual no estará completado hasta final de año, pero podemos avanzar algunas de las recomendaciones que aparecerán en el mismo y que están relacionadas con los casos analizados, teniendo en cuenta que sólo son recomendaciones, pero que su cumplimiento conlleva una práctica asistencial más segura.

RECOMENDACIONES QUE SE PUBLICARAN EN EL MANUAL:

RECOMENDACIONES

✓	Verificar el fármaco en el momento de la preparación: nombre, concentración, caducidad, vía de administración, estado del fármaco y del envase.
✓	No usar el nombre comercial, usar el nombre genérico o el principio activo.
✓	Para las dosis (siempre que el fármaco lo permita) se utilizarán unidades de peso (g, mg, mcg) y no unidades de volumen o número de ampollas.
✓	Rotular/Identificar/Etiquetar las jeringas, sueros y perfusiones adecuadamente, sin abreviaturas.
✓	No utilizar fármacos cuyas ampollas o viales no estén correctamente identificados o etiquetados o que este en mal estado.
✓	Conservar los envases, ampollas, viales, etc. hasta finalizar la asistencia.
✓	Verificar alergias del paciente así como tratamientos previos valorando posibles interacciones farmacológicas.
✓	El médico prescribe la medicación y transmite la orden SIEMPRE a la enfermera.
✓	La enfermera al recibir la orden CONFIRMA (1ª) la comprensión de la orden repitiendo el fármaco, la dosis, la dilución y la vía de administración.
✓	Si el TTS ha preparado la medicación se la entregará a la enfermera y CONFIRMARA la orden repitiendo el fármaco, la dosis y la dilución.
✓	La Enfermera antes de administrar la medicación se lo comunicará al Médico, repitiendo el fármaco, la dosis, la dilución y vía de administración, 2º CONFIRMACION Aplicando la regla de los 5 “correctos”:
✓	<ul style="list-style-type: none">• Paciente correcto (especial atención en AMV)• Fármaco correcto• Dosis y dilución correcta• Hora correcta• Vía de administración correcta.
✓	El Médico y la Enfermera comprobaran y CONFIRMARAN (3ª) que las Hª Clínicas coinciden en los fármacos administrados y las órdenes dadas.
✓	Unificar dosis de administración, protocolizar concentraciones y forma de preparación de diluciones. Emplear perfusiones estandarizadas.
✓	Cualquier prescripción u orden que genere algún tipo de duda debe ser clarificada antes de su preparación y administración.
✓	No precargar la medicación, preparando la misma en el momento de la administración.





MONOGRAFICO Nº1 SEGURIDAD CLÍNICA 061ARAGON



Por último queremos agradecer a todos los notificantes del SiNASP su esfuerzo y esperamos que este monográfico os sirva a todos, que sea un punto de partida y sirva de reflexión sobre los errores en la práctica asistencial. Y entre todos crear un ambiente de Seguridad del Paciente en la institución y aumentar el nivel de Cultura de seguridad mediante la formación y la información.

El objetivo de este monográfico es que los errores cometidos sirvan para aprender de ellos y de su análisis podamos mejorar para evitar que vuelvan a ocurrir haciendo que nuestra practica asistencial sea cada vez más segura.

Os animamos a seguir notificando todos los incidentes y eventos adversos relacionados con la Seguridad Clínica a través del SiNASP (<https://www.sinasp.es>) con el código del centro para el 061ARAGON que es “EMER95”.

MONOGRAFICO SEGURIDAD CLINICA 061ARAGON

Nº 1. ABRIL 2014



REALIZADO POR EL GRUPO DE SEGURIDAD CLINICA, GESTION DEL RIESGO
SANITARIO Y CALIDAD ASISTENCIAL DEL 061ARAGON

EDITADO Y MAQUETADO POR CHABIER BROSED

Puedes enviarnos tus sugerencias o colaboraciones a seguridadclinica061aragon@gmail.com

DERECHOS DE REPRODUCCION BAJO LICENCIA



 GRUPO DE SEGURIDAD CLÍNICA
GESTION DEL RIESGO SANITARIO
Y CALIDAD ASISTENCIAL
061 ARAGON



@segurclinica061



seguridadclinica061aragon@gmail.com

www.  .com/user/SeguridadClinica061

2014