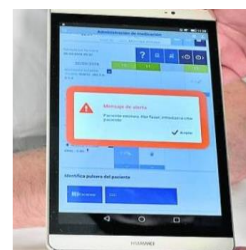




Identificación inequívoca

Administración de medicación



Dispensación de medicación

Vacunas



Anticoagulación



IDENTIFICACIÓN INEQUÍVOCA DE PACIENTES

PRIMER SEMESTRE 2019

Descripción del incidente

- 179 incidentes relacionados con la identificación.
- Suponen el 8,12% de las notificaciones.
- Muestras no identificadas o no coincidencia entre la muestra y el volante. Entrega de volantes o informes con datos de otra u otro paciente. Dispensación, administración o entrega de medicación errónea.

Descripción del análisis (causas identificadas-factores relacionados)

- **Paciente:** suelen confiar en las y los profesionales que les atienden y dan por hecho que su identificación es correcta no comprobando los datos de la documentación que se entrega.
- **Tarea:** incumplimiento del protocolo de identificación.
- **Falta de cultura de seguridad:** falta de hábito en comprobar la identificación, siempre se piensa que la/el paciente viene bien identificada/o.

Recomendaciones y acciones de mejora

- Cumplir el protocolo de identificación de pacientes: comprobar que tiene la pulsera, que los datos son correctos y que está en buen estado. Se consideran datos inequívocos : Nombre y apellidos, fecha de nacimiento y CIC.
- NUNCA identificar a los pacientes por diagnóstico, número de cama, unidad, fecha de ingreso...
- Informar a las y los pacientes de la importancia que tiene comprobar la documentación que se les entrega.
- Confirmar la identificación inequívoca de pacientes en cada acto asistencial: recogida de muestras, traslados, administración de medicación, acto quirúrgico, pruebas diagnósticas, documentación, etc.



ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN

PRIMER SEMESTRE 2019

Descripción del incidente

- El 30% de los incidentes notificados (243) están relacionados con la medicación.
- El 20% son de administración (48):
 - Paciente errónea/o.
 - Medicamento erróneo.
 - Dosis errónea (errores de flujo en bomba, duplicar dosis por ausencia de firma...).
 - Vía errónea (medicación oral, administrada ev...).

Descripción del análisis (causas identificadas-factores relacionados)

- **Tarea:** incumplimiento del protocolo de administración correcta.
- **Falta de cultura de seguridad:** falta de hábito en comprobar los 5 correctos.
- **Fármacos:** etiquetado confuso, isoapariencia, nombres similares...

Recomendaciones y acciones de mejora

- Cumplir el “[Decálogo de Administración Segura de Medicación](#)”.
- Comprobar los 5 correctos: paciente, medicamento, dosis, vía y hora.
- Eliminar los decimales en la velocidad de infusión, si no es imprescindible.
- Introducir dos parámetros en las bombas (velocidad y tiempo) y comprobar el tercero (volumen).
- Informar a pacientes de la medicación que les administramos.
- No utilizar jeringas endovenosas para la administración de medicación oral.
- Prestar especial atención a la lectura del etiquetado ante los continuos cambios de presentación debido al desabastecimiento.



DISPENSACIÓN DE MEDICACIÓN

PRIMER SEMESTRE 2019

Descripción del incidente

- El 30% los incidentes notificados (243), están relacionas con la medicación.
- El 16% son de dispensación (38):
 - Etiquetado confuso desde farmacia: dudas en las dosis.
 - Dosis incorrecta de un fármaco prescrito.
 - Reposición o dispensación errónea por isoapariencia, nombre similar o cercanía.

Descripción del análisis (causas identificadas-factores relacionados)

- **Organizativos:** falta de espacio.
- **Ambientales:** nivel de ruido e interrupciones frecuentes.
- **Fármacos:** etiquetado confuso, envases o nombres similares.

Recomendaciones y acciones de mejora

- Formar técnicas/os de Farmacia de nueva incorporación en medicación HDOM.
- Establecer medidas para disminuir las interrupciones y el ruido.
- Prestar especial atención a la lectura del etiquetado ante los continuos cambios de presentación debido al desabastecimiento.



PRESCRIPCIÓN DE MEDICACIÓN

PRIMER SEMESTRE 2019

Descripción del incidente

- El 30% los incidentes notificados (243), están relacionas con la medicación.
- El 64,6% son de prescripción (157):
 - Falta de actualización o ausencia de prescripción tras una consulta, visita a urgencias, al ingreso o al alta.
 - Prescripción de fármacos con dosis o vía de administración erróneas.
 - Prescripción de fármacos con fecha de inicio o fin erróneas.
 - Utilización de observaciones para modificar fármacos mal prescritos.

Descripción del análisis (causas identificadas-factores relacionados)

- **Paciente** : aumento de pacientes pluripatológicos complejos con elevado nº de prescripciones.
- **Formación**: manejo del programa informático.
- **Comunicación**: entre profesionales y pacientes, profesionales de distintos estamentos y profesionales de diferentes niveles asistenciales.

Recomendaciones y acciones de mejora

- Conciliar la medicación con pacientes en cada traspaso asistencial.
- Formar en el manejo de “e-Osabide” y “Presbide”.
- Desarrollar una estrategia de sensibilización en la importancia de una adecuada prescripción.



VACUNAS

PRIMER SEMESTRE 2019

Descripción del incidente

- Errores relacionados con las vacunas.
 - Serotipo erróneo de la vacuna correcta (dispensada de farmacia externa).
 - Vacuna errónea.
 - Administración de vacuna sin reconstituir.

Descripción del análisis (causas identificadas-factores relacionados)

- **Recursos humanos:** alta presión asistencial, demoras en la consulta.
- **Profesional:** se da por hecho que la/el paciente trae la vacuna correcta.
- **Tarea:** coexistencia de varios calendarios vacunales vigentes y diferentes según la fecha de nacimiento.

Recomendaciones y acciones de mejora

- Comprobar siempre los datos antes de la administración.
- Reorganizar el almacenamiento de las vacunas.
- Crear etiquetas para la identificación de las vacunas en el almacén.
- Formar a profesionales en “Actualización en vacunación infantil y de adultos”.
- Realizar propuesta de listado de verificación de vacunación en Osabide Global



ANTICOAGULACIÓN

PRIMER SEMESTRE 2019

Descripción del incidente

- Errores de medicación relacionados con anticoagulantes:
 - Discordancia en la dosis. De 4 mg en lugar de 1 mg o al revés.
 - Envío de control de fecha errónea.
 - No entregar la pauta a pacientes al alta o entregarles una no actualizada.
 - No actualización en e-Osabide de cualquier pauta de anticoagulación.
 - Administración según hoja impresa no actualizada.

Descripción del análisis (causas identificadas-factores relacionados)

- **Factores de tarea:** la prescripción no se realiza por quien indica la pauta.
- **Factores de comunicación:** para la actualización de la pauta tras cada control (hematología-enfermería-profesional de medicina responsable).
- **Factores de fármaco:** de alto riesgo y sujeto a continuas modificaciones.

Recomendaciones y acciones de mejora

- NO imprimir la hoja para administrar.
- Imprimir la hoja solo para la extracción del control y para entregar al alta.
- Comprobar siempre si la dosis es de 4 mg o 1 mg en la hoja de hematología.
- Añadir en el informe de alta de enfermería la fecha del próximo control.
- Informar a pacientes de la pauta al alta o tras cambio.