

ANÁLISIS NOTIFICACIONES HOSPITALES

ABRIL DE 2013

Durante el mes de abril los Hospitales de la Comunidad de Madrid han comunicado un total de 226 notificaciones, de las cuales podemos destacar lo siguiente:

1.- Origen del error:

- Prescripción: 77,43 %
- Administración por profesionales sanitarios: 8,85 %
- Dispensación: 5,75 %
- Suministro: 1,77 %

2.- Tipo de error:

- Error en la dosis: 42,04 %
- Selección inapropiada del medicamento: 20,80 %
- Frecuencia de administración errónea: 18,58 %
- Paciente equivocado: 3,10 %
- Error en la preparación/manipulación: 3,10 %
- Duración del tratamiento incorrecta: 2,65 %

3.- Principales causas de los errores de medicación:

- Falta de conocimientos/formación: 34,96 %
- Otros: situación de emergencias, falta de procedimientos normalizados, personal insuficiente o sin experiencia: 28,76 %
- Falta cumplimiento procedimientos de trabajo establecidos: 23,01 %
- La presentación de la especialidad farmacéutica da lugar a confusión: nombre similares, similitud de envases, descripción en el cartonaje ó etiquetado incorrecto o equívoco: 7,08 %
- Problemas en la interpretación de la prescripción: ambigua, ilegible, uso de abreviaturas, unidades de medida no aceptadas internacionalmente...: 3,54 %

4.- Clasificación de las notificaciones según las consecuencias para el paciente:

CONSECUENCIAS	% (n=226)
El error se produjo, pero no alcanzó al paciente	64,60%
El error llegó al paciente, pero no le produjo daño	16,81%
Circunstancias o eventos con capacidad de causar error	12,83%
El error se ha producido, pero no se ha podido hacer seguimiento y conocer el daño	2,21%
El paciente requirió monitorización y/o intervención aunque no se produjo daño	1,77%
El paciente presentó un daño temporal que requirió intervención médica	0,44%
Se ha requerido intervención para mantener la vida del paciente	0,44%
El paciente ha precisado o prolongado la hospitalización	0,44%
Desenlace fatal	0,44%
Total general	100,00%

5.- Clasificación de las notificaciones que han tenido consecuencias para el paciente:

ORIGEN DEL ERROR	LUGAR DONDE OCURRE	CONSECUENCIAS	Notificaciones (n=4)
Administración por profesionales sanitarios	Unidad de hospitalización	El paciente ha precisado o prolongado la hospitalización	1
Administración por profesionales sanitarios	Unidad de hospitalización	El paciente presentó un daño temporal que requirió intervención médica	1
Administración por el paciente	Domicilio del paciente	Se ha requerido intervención para mantener la vida del paciente	1
Administración por profesionales sanitarios	Urgencias del Hospital	Desenlace fatal	1

Medicamentos implicados en el error con daño al paciente y descripción:

1.- BOIK COMP

Paciente que ingresa por hipernatremia. Entre sus antecedentes destaca demencia de tipo Alzheimer avanzada con disfagia para líquidos por lo que en la prescripción se incluye espesante en caso de administrar cualquier líquido vía oral. El incidente ocurrió al administrar suplemento de potasio oral diluido en agua sin espesante por lo que el paciente se atragantó y se broncoaspiró.

2.- NITRODUR 5 40MG 30 PARCHES TRANSDERMICOS L

Paciente con hipotensión mantenida que requiere tratamiento vasoactivo (dopamina) en unidad de críticos. El paciente llevaba un parche de nitroglicerina que el médico suspendió pero el personal de enfermería no retiró, quedando probablemente su efecto hipotensor.

3.- GLUCOSADO HIPERTONICO 20% FRESENIUS KABI , 12 X 500 ML

Paciente que acude a urgencias por disnea. Juicio clínico: ICC leve en relación con infección respiratoria. Se inicia tratamiento antibiótico y sueroterapia. Debido a hiperpotasemia, se le prescribe glucosa 20 % 500 ml con 16 UI de insulina. Por error, se administra cloruro sódico 20 % 500 ml. Se le administran 2 frascos. La paciente presenta parada cardiorrespiratoria, iniciándose medidas de reanimación cardiopulmonar avanzada. Es trasladada a UCI. Se le realiza TAC que revela hemorragia subaracnoidea con grave edema cerebral difuso. Finalmente la paciente fallece.

4.- CLEXANE 60 MG (6000 U.I.) INYECTABLE 10 JERINGAS PRECARGADAS

Paciente que acude a urgencias 5 días previos por disnea, tos sin fiebre, con infradosificación de sintrom (INR=1,2) se envía a domicilio con antibiótico, con aumento de sintrom y con clexane 60 mg al día durante 2 días (se pusieron 2 inyecciones de clexane 60 mg en urgencias). La persona que la cuida le puso clexane pero la paciente se quejaba de dolor en abdomen. Empezó a aumentar el tamaño del hemiabdomen izquierdo, siendo valorada por su médico y enviada a urgencias. En el TAC abdominopélvico se observa voluminoso hematoma en la vaina del recto abdominal anterior izquierdo con datos radiológicos de sangrado reciente, INR=7.7. Parece causado por una mala administración del clexane en casa, que se hubiese puesto IM en lugar de SC y producido un hematoma junto con la sobredosificación de sintrom.