

# ESTRATEGIA “*Star Doctors*” PARA POTENCIAR LA NOTIFICACIÓN DE ERRORES DE MEDICACIÓN

Fidalgo García L, Gangoso Feroso A, García Bueno A,  
Polentinos Castro E, Ariza Cardiel G, Abón Santón A

Atención Primaria – Servicio Madrileño de Salud

***Una intervención  
no segura nunca  
puede ser eficaz***

**Z15**

Congreso Nacional de la Sociedad Española de  
Farmacéuticos de Atención Primaria

SEFAP



## Observatorio Regional de Riesgos Sanitarios de la Comunidad de Madrid *(Decreto 134/2004)*

**OBJETIVO:** impulsar y difundir  
la cultura de seguridad

Programa de Notificación Voluntaria  
de Errores de Medicación

Notificación de los incidentes o errores que se producen en la práctica asistencial de tal forma que permitan adoptar medidas oportunas para prevenir los riesgos.

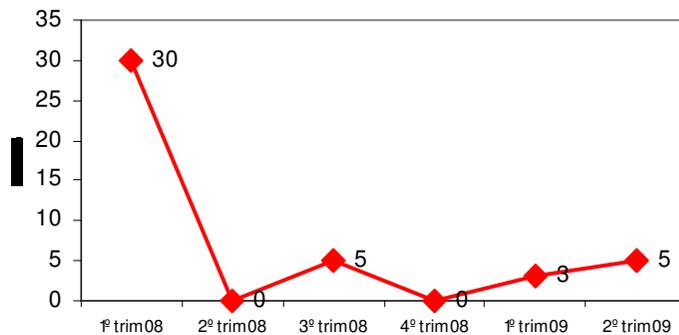
RD 1344/2007 de Farmacovigilancia: *“los errores de medicación que ocasionen un daño en el paciente serán considerados a efectos de su notificación como reacciones adversas, excepto aquellos derivados del fallo terapéutico por omisión de un tratamiento”*

Objetivo seguridad en Contrato Programa A.P.Área 8:

Notificar errores medicación: 72 (2008) y 77 (2009)

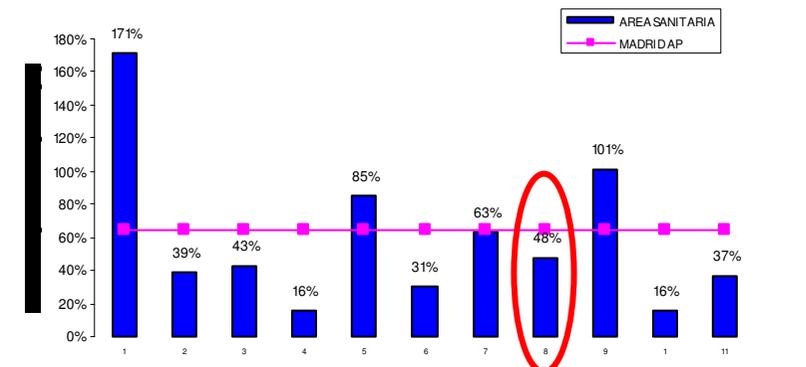
## Sesiones en cada centro en febrero-junio 2008

Evolución notificaciones Área 8 (2008,2009)

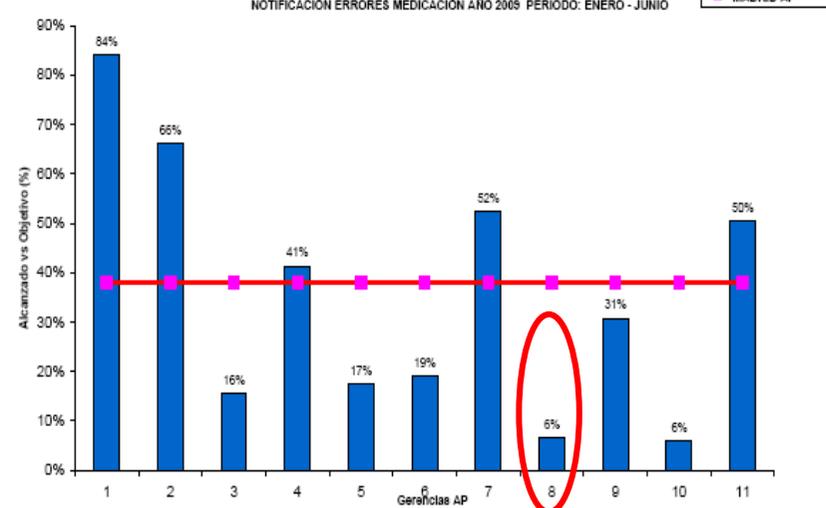


Considerando notificación 5% de todos los eventos adversos por fármacos (*Borrel-Carrió ; Aten Primaria 2006*)

Errores de medicación notificados 2008



Servicio Madrileño de Salud Subdirección General de Compras NOTIFICACIÓN ERRORES MEDICACIÓN AÑO 2009 PERIODO: ENERO - JUNIO



Congreso Nacional de la Sociedad Española de Farmacéuticos de Atención Primaria



RATÓN

*Star Doctors*



Z15

Congreso Nacional de la Sociedad Española de  
Farmacéuticos de Atención Primaria

SEFAP

ZARAGOZA  
29 OCTUBRE 2010

# OBJETIVOS

---

- Difundir la cultura de seguridad del paciente a través de la notificación voluntaria de errores de medicación.
- Analizar las notificaciones recibidas.



# MATERIAL Y MÉTODOS

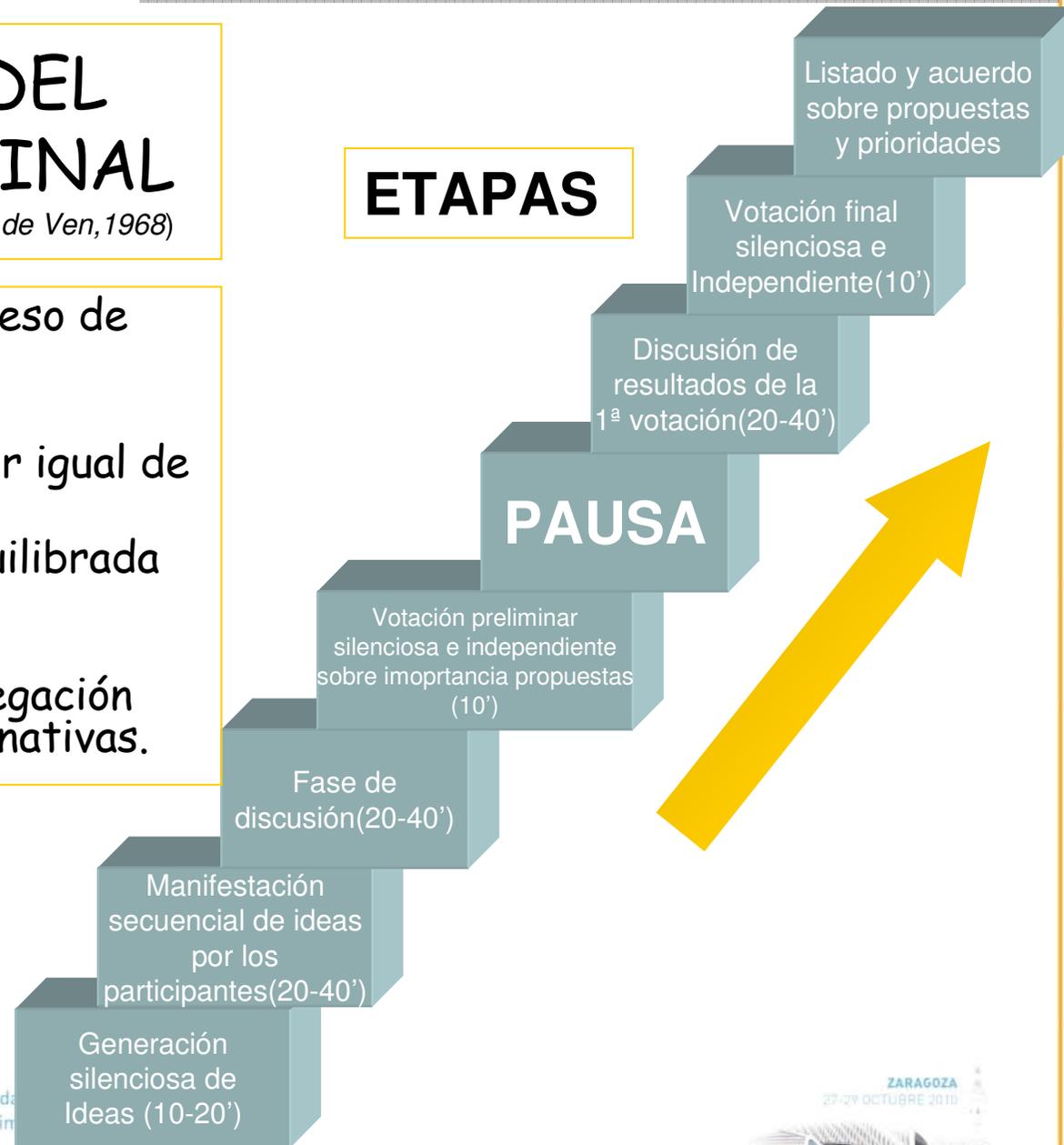
## TÉCNICA DEL GRUPO NOMINAL

(Andrew Delbecq y Andrew Van de Ven, 1968)

Trata de guiar el proceso de decisión asegurando:

- una participación por igual de los miembros,
- una ponderación equilibrada de las ideas, e
- incorporando un procedimiento de agregación para ordenar las alternativas.

### ETAPAS



## GRUPO NOMINAL:

- 7 profesionales (4 facultativos, 2 farmacéuticos y 1 moderador) pertenecientes a la Unidad Funcional de Riesgos Sanitarios del Área.

- 1 reunión
- Duración: 3 horas



items  
priorizados



**ítems  
priorizados**

	FRECUENCIA	RELEVANCIA
Selección inapropiada fármaco según la patología y clínica del paciente.	XX	XXXX
Duplicidad de medicamentos, el mismo principio activo.	XX	XXXX
Benzodiazepinas de vida media larga en ancianos.	XXX	XXX
Omisión relación todos los fármacos que debe seguir tomando el paciente.	X	XXXX
Se prescribe un medicamento contraindicado para la patología del paciente.	X	XXXX
Alergias.	X	XXXX
Fármaco contraindicado en embarazo.	X	XXXX
Prescripción fármaco para una indicación no autorizada en ficha técnica.	XX	XXX
Error en la dosis.	XX	XXX
Prescripción medicamento no disponible en oficinas de farmacia.	XXXX	X

## Difusión por "Star Doctors"



Selección de "*Star Doctors*" según criterios de:

- Motivación
- Implicación con la organización
- Experiencia docente

• 3 reuniones:

24 septiembre,  
10-11 noviembre y  
18 noviembre 2009

• 6 médicos/reunión: 18 "*Star Doctors*"

#### PRIORITARIOS

- Se prescribe un medicamento a través de OMI que no está disponible en la farmacia.
- Informes de atención especializada (incluida urgencias, consultas) donde:
  - se indique un fármaco que no se considere adecuado (selección inapropiada).
  - Se omita la relación de todos los fármacos que debe seguir tomando el paciente (omisión)

#### ADICIONALES

- Diazepam (benzodicepinas de larga vida media) en urgencias en ancianos.
- Exenatida en obesos (su indicación autorizada es en diabetes); prescripción no autorizada.
- Duplicidades, dos principios activos iguales para el mismo paciente P.ej. turosemida-segunt.
- Quinolonas prescritas a una paciente con artritis reumatoide, artrosis u otro problema relacionado con articulaciones-tendones

#### OTROS

- Errores de dosificación
- Fármacos contraindicados en determinadas patologías
- Alergias
- Medicamentos contraindicados en embarazo.

Documento con las líneas  
priorizadas por el grupo nominal.

Z15

Congreso Nacional de la Sociedad  
Farmacéuticos de Atención Primaria

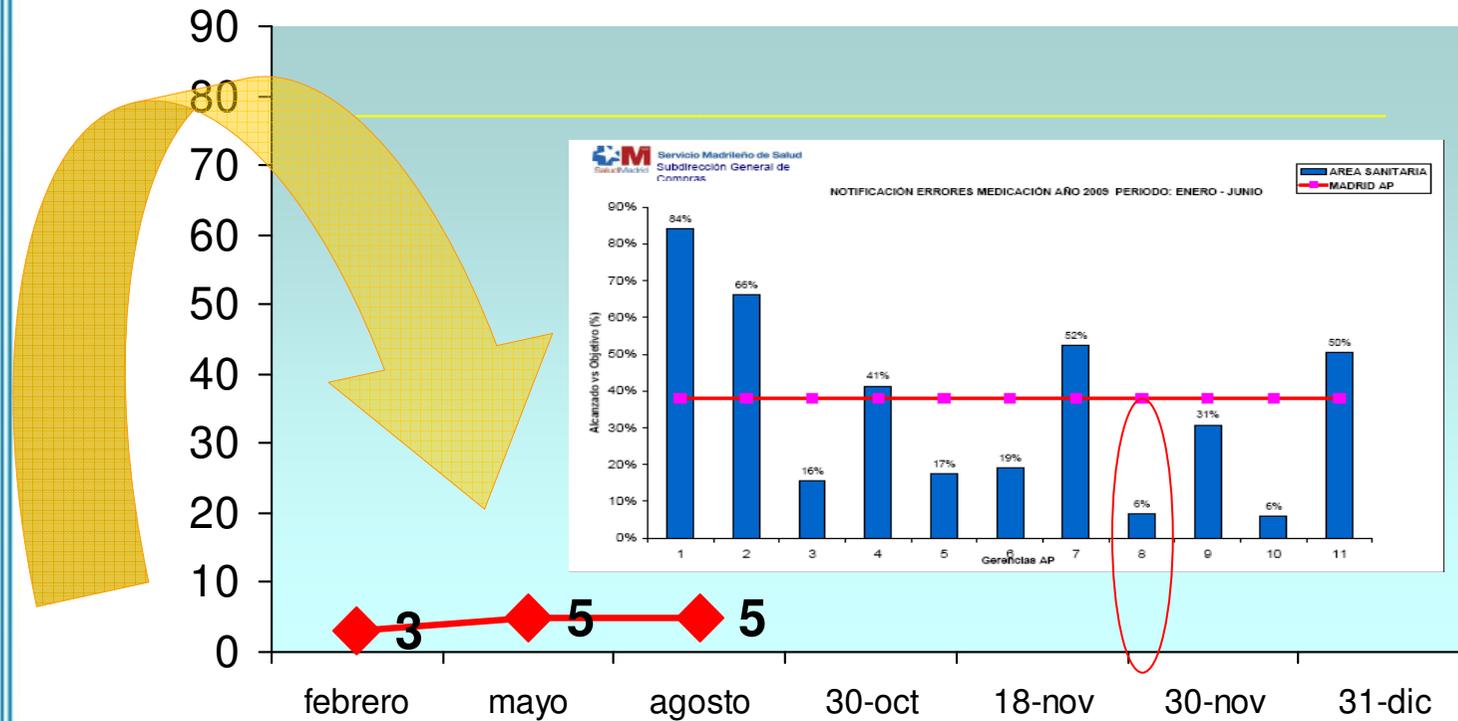
SEFAP

ZARAGOZA  
27-29 OCTUBRE 2010



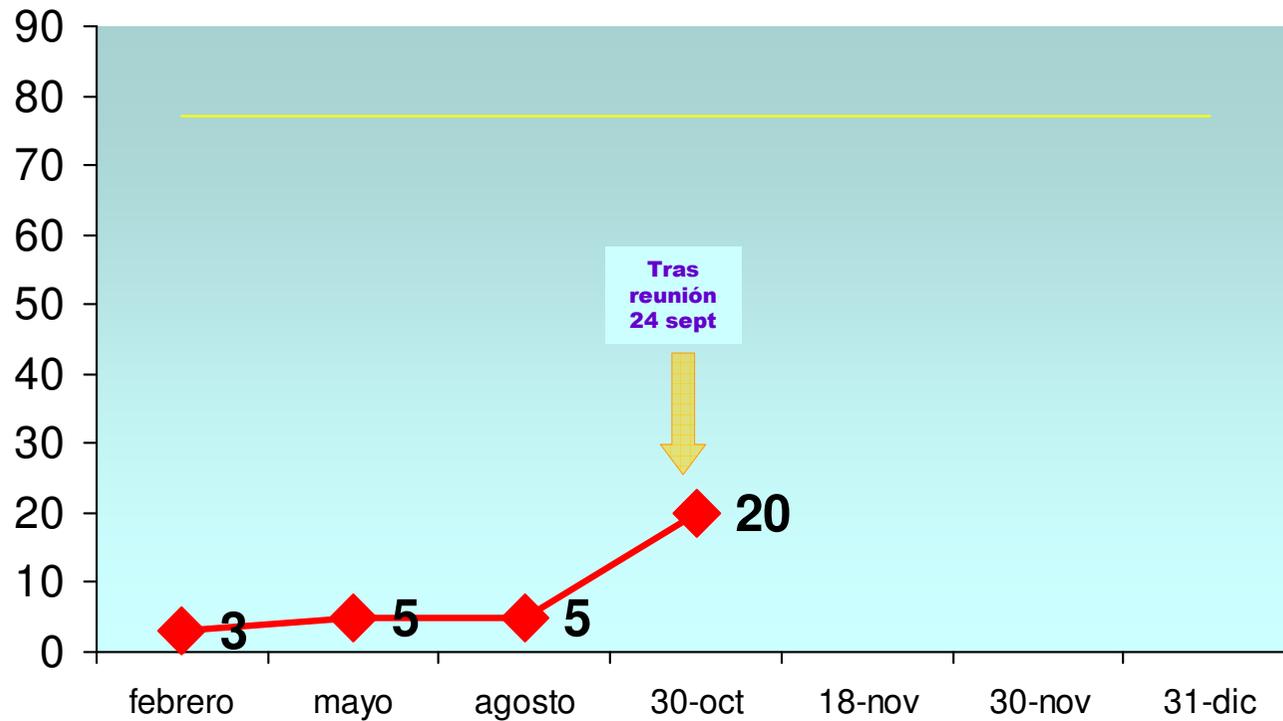
# RESULTADOS

Número de errores de medicación notificados antes de la intervención (2009)



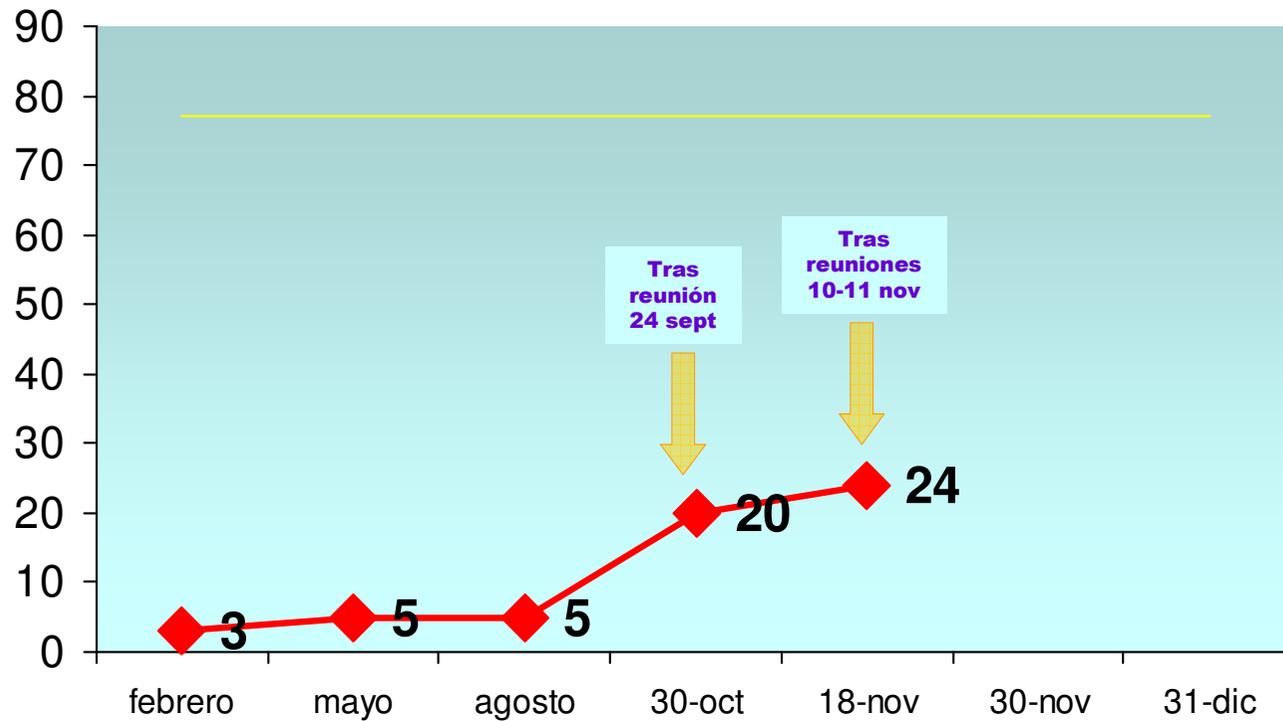
# RESULTADOS

## Número de errores de medicación notificados(2009)



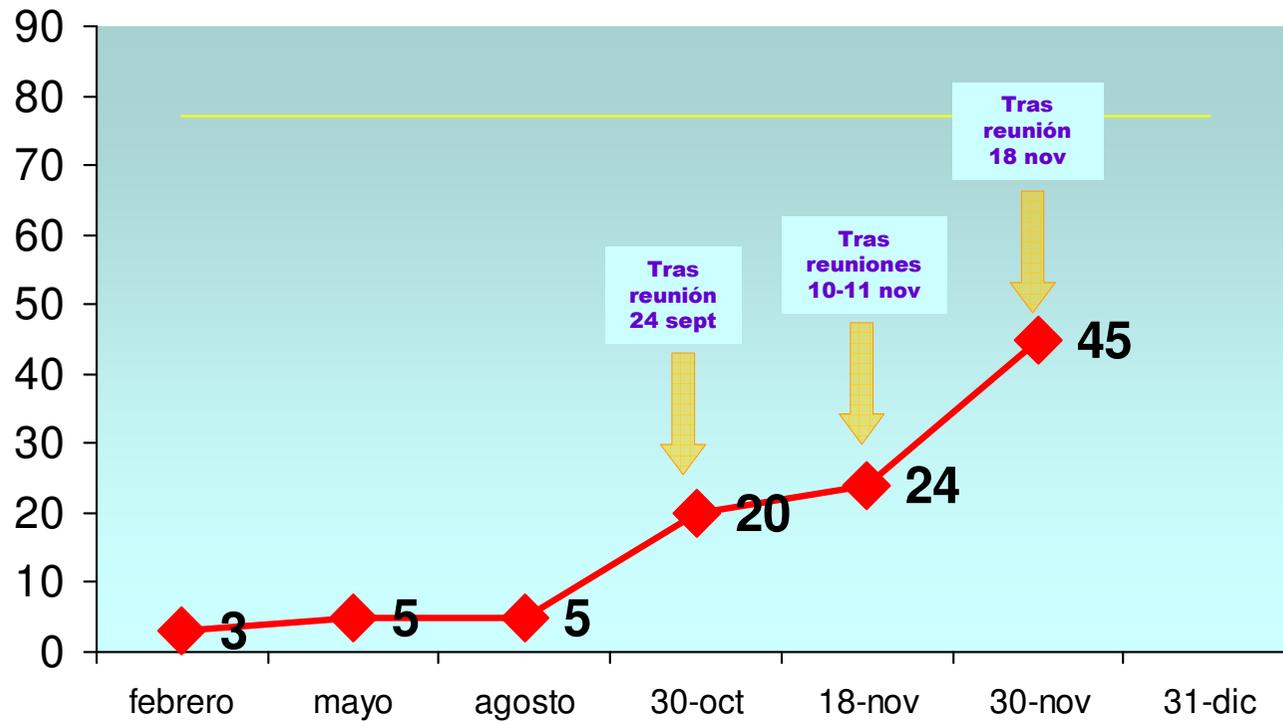
# RESULTADOS

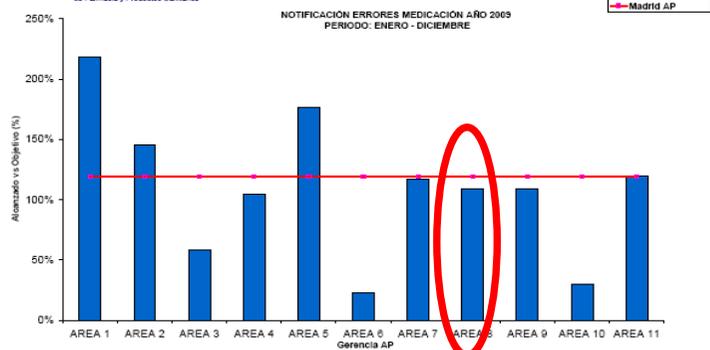
Número de errores de medicación notificados(2009)



# RESULTADOS

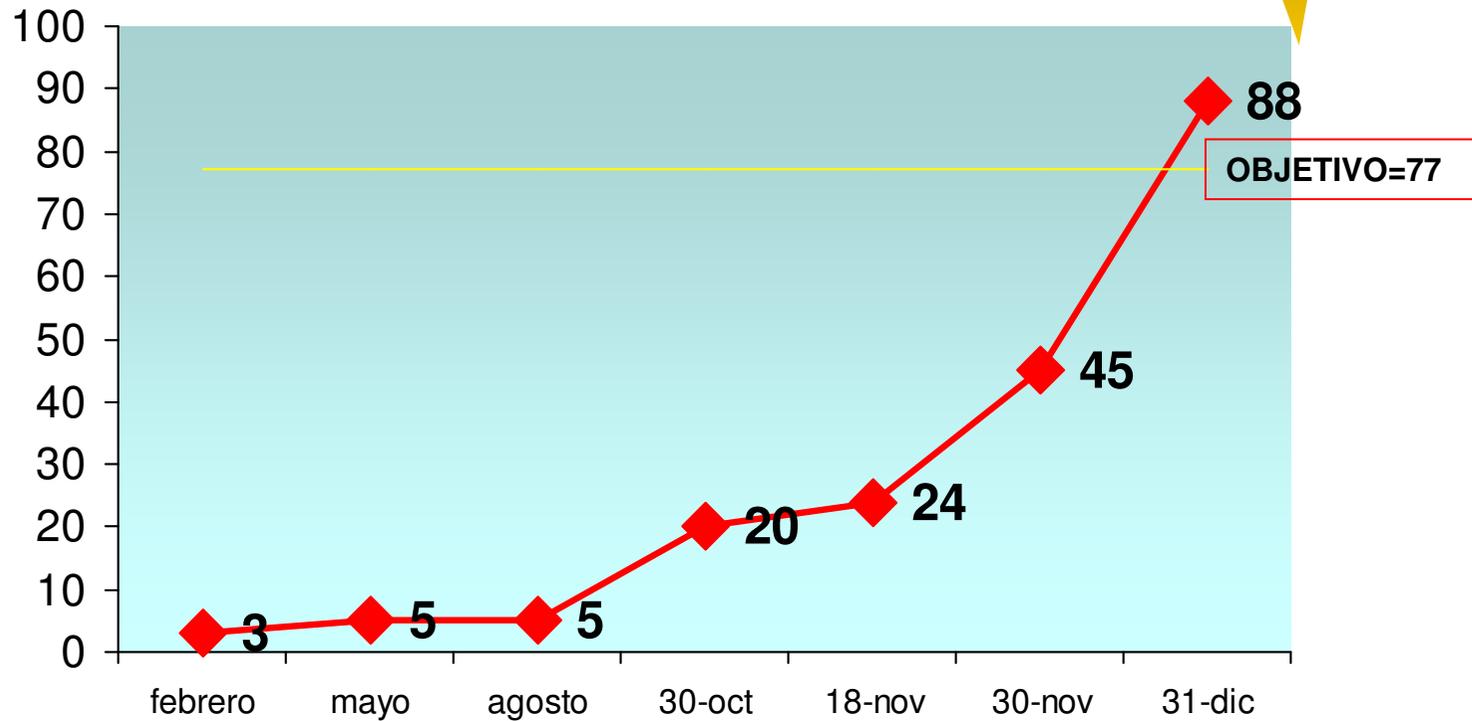
Número de errores de medicación notificados(2009)





**52,27% Star Doctors**  
**17,05% anónimas**  
**30,68% otros profesionales**

### Número de errores de medicación notificados(2009)



# Análisis de notificaciones: *Formulario del National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention (NCCMERP), adaptado para Atención Primaria por la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid*



## SEGURIDAD DE MEDICAMENTOS EN LA COMUNIDAD DE MADRID Seguimiento en ATENCIÓN PRIMARIA



Por favor, notifique todos los errores de medicación que puedan producirse en la utilización de medicamentos. **Esta información es CONFIDENCIAL.**

Nº NOTIFICACIÓN	NOTIFICADOR	FECHA INCIDENTE	TURNOS	¿FUÉ LA MEDICACIÓN ADMINISTRADA?
	Tfno:	/ /	<input type="checkbox"/> Habitual <input type="checkbox"/> Urgencias	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se desconoce

### SELECCIONAR EL TIPO DE ERROR QUE MEJOR SE AJUSTA AL EVENTO (SÓLO 1)

- Selección inapropiada del medicamento
- Prescripción y/o utilización de fármacos fuera de indicación
- Prescripción y/o utilización de fármacos contraindicados en ficha técnica
- Duplicidad de medicamentos o utilización de fármacos innecesarios
- Error en la dosis: omisión o incorrecta
- Frecuencia de administración errónea
- Forma farmacéutica errónea
- Error en la preparación/ manipulación/ acondicionamiento
- Técnica de administración incorrecta
- Vía de administración incorrecta

### SELECCIONAR LA CAUSA QUE MEJOR SE AJUSTA AL ERROR

- Problemas en la interpretación de la prescripción: ambigua, ilegible, uso de abreviaturas, unidades de medida no aceptadas internacionalmente...
- Incorrecta identificación del paciente
- La presentación de la especialidad farmacéutica da lugar a confusión: nombres similares, similitud de envases, descripción en el cartón o etiquetado incorrecto o equivocado.
- Problemas en los equipos y dispositivos de dispensación/ preparación/administración
- Falta de conocimiento/formación
- Falta cumplimiento procedimientos de trabajo establecidos
- Defectos en la calidad del medicamento

### SELECCIONAR LA OPCIÓN QUE MEJOR SE AJUSTE A LA EVOLUCIÓN DEL PACIENTE (NO IMPLICA RELACIÓN CAUSAL CON EL ERROR)

- A. Circunstancias o eventos con capacidad de causar error
- B. El error se produjo, pero no alcanzó al paciente
- C1. El error llega al paciente pero no se administra
- C2. El fármaco erróneo se administra aunque no se produjo daño
- D. El paciente requirió monitorización y/o intervención aunque no se produjo daño
- E. El paciente presentó un daño temporal que requirió intervención médica
- F. El paciente ha precisado o prolongado la hospitalización



Congreso Nacional de la Sociedad Española de Farmacéuticos de Atención Primaria



ZARAGOZA  
27-29 OCTUBRE 2010



## ETAPA DEL PROCESO

Prescripción	Administración por sanitarios	Administración por paciente	Dispensación	Autorización	Comunicación entre profesionales	Suministro por el fabricante
78,41%	5,68%	5,68%	3,41%	2,27%	2,27%	2,27%

## PERSONA QUE LO DETECTA

Médico	Farmacéutico	Enfermera	Familiar	Paciente	Desconocido
77,27%	10,23%	4,55%	4,55%	2,27%	1,14%

## TIPO DE ERROR

82,95% referidos a los 10 ítems priorizados

Selección inapropiada	Error dosis	Duplicidad	Mto. no comercializado	No suministran distribuidores	Fuera de indicación	Forma fctica. errónea	Contraindicado en f.técnica	Frecuencia adtción. errónea	Resto*
23,86%	21,59%	17,05%	7,95%	6,82%	5,68%	4,55%	3,41%	3,41%	5,69%

- Error preparación: 2,27%
- Duración incorrecta: 1,14%
- Incumplimiento: 1,14%
- Monitorización: 1,14%



## CAUSA DEL ERROR

Falta conocimiento/formación	Falta cumplimiento procedimientos trabajo	Falta concordancia bases de datos comercializados	Problemas interpretación	Presentación del medicamento que da lugar a confusión	Otros (emergencias, personal insuficiente...)
28,41%	22,73%	13,64%	19,32%	10,23%	5,68%

## CONSECUENCIAS DEL ERROR

Error llegó al paciente SIN daño	Error se produce pero no llega al paciente	Circunstancias o eventos capaces de causar error	Error llega al paciente pero no se administra	Paciente requiere monitoriz. y/o interv. pero SIN daño	Error producido pero no se pudo hacer seguimiento ni conocer el daño	Paciente ha precisado o prolongado hospitalización	Daño temporal que requirió interv. médica
43,18%	20,45%	18,18%	9,09%	3,41%	3,41%	1,14%	1,14%

Paciente que en la consulta al Cardiólogo se le entrega informe con cambios en la medicación cardiológica, omitiendo el resto de fármacos. El paciente deja de tomar los antidiabéticos y al mes, en consulta A.P., se detecta hiperglucemia que requiere ingreso hospitalario.

Paciente con antecedentes hernia de hiato. No presenta factores de riesgo de fracturas ni caídas. Acude al médico por epigastralgia rebelde al tratamiento. Está tomando bifosfonato desde hace 1 año (no estudio de DMO). Se calcula riesgo de fractura y es <10%, no existe indicación para el fármaco. Se informa a la paciente y se retira el bifosfonato.

# CONCLUSIONES

La priorización de items a notificar y su difusión a través de “*STAR DOCTORS*” ha contribuido a difundir la cultura de seguridad del paciente aumentando la notificación voluntaria de errores de medicación.

Los errores notificados ocurrieron mayoritariamente en la prescripción, en los items priorizados y siendo notificados principalmente por “*STAR DOCTORS*”.

Los errores notificados raramente causaron daño al paciente.



Agradecemos a todos los *STAR DOCTORS* que han colaborado por no permanecer sordos, mudos y ciegos ante la seguridad del paciente.



**Y a ustedes, muchas gracias por la atención**

**Z15**

Congreso Nacional de la Sociedad Española de  
Farmacéuticos de Atención Primaria

SEFAP

27-29 OCTUBRE 2010

