

Salud Segura



NÚCLEO DE SEGURIDAD DEL ÁREA I MURCIA-OESTE

Edita:

Núcleo de Seguridad del Área I Murcia-Oeste
Hospital Clínico Universitario V. Arrixaca- Ctra. Murcia-Cartagena, s/n.
30120 Murcia.
Tel.: 968381064 - 986369701
<http://www.murciasalud.es/saludsegura> - También en Arrinet/Calidad
saludsegura.area1.sms@carm.es

Comité editorial:

Pablo de la Cruz, Pilar Ferrer, Catalina García, Beatriz Garrido, Juan A Gómez Company, Julio López-Picazo, Virginia Pujalte, Soledad Sánchez, Nuria Tomás.

Coordinador de edición: Julio López-Picazo Ferrer

Suscripción: Envío gratuito. Solicitudes: saludsegura.area1.sms@carm.es

e-ISSN: 2340-1915 Salud Segura. D.L. MU 446-2013

A | Área I
Murcia Oeste
Arrixaca

Volumen 1, Número 4. NOVIEMBRE 2013

En este número:

- *¿Que aquí nunca nos equivocamos? Pregúntale a Maruja.*
Núcleo de seguridad del Área I Murcia -Oeste
- *“Mis medicamentos”. Nuestro programa de conciliación terapéutica al alta.*
D^a. Beatriz Garrido. Farmacéutica. Servicio de farmacia.
- *Prevención de enfermedad tromboembólica en ancianos ingresados Un problema sangrante en nuestros servicios médicos.*
Dr. Julio López-Picazo. Coordinador de la Unidad de Calidad Asistencial.

¿Que aquí nunca nos equivocamos? Pregúntale a Maruja

“Si la gente se cae constantemente de un acantilado, puedes poner ambulancias debajo o construir una valla. Me parece que estamos poniendo demasiadas ambulancias”

Dennis Burkitt (1991-1993). Cirujano irlandés, descubridor del linfoma de Burkitt

- Perdóneme, ¿me podría repetir lo que ve en esa ecografía?
- Por supuesto, Maruja. Tiene un quiste y un endometrioma en el ovario izquierdo. Nada grave, mujer. No tenga miedo. Con mucho gusto le explico el tratamiento que podemos hacer y decidimos.

... Me quedé de piedra. Pero si no tengo ovario izquierdo, que me lo quitaron en la Arrixaca, donde están los mejores médicos y los mejores aparatos ¿Cómo voy a tener un quiste en él?

- Perdona doctora, a lo mejor no le sienta bien, pero creo que se ha equivocado de ovario... Con prudencia y un tanto descolocada, repetí la pregunta. Ahora en voz alta para que la doctora me ayudara a resolver el misterio.

La doctora se sentó en su silla, yo enfrente. Con mucha amabilidad y despacio, me explicó mientras dibujaba que las mujeres tenemos dos ovarios a ambos lados del útero. En mi caso, el izquierdo tenía un quiste y un tumor benigno llamado endometrioma. En lado derecho pintó una gran X: “aquí no hay ovario, porque hace dos años le fue extirpado, como pone en su informe de alta de la Arrixaca”. Entonces, su cara hizo una mueca como si de repente hubiera sido consciente de que: oh, oh,... algo no va bien, algo no cuadraba. Sin perder la compostura, me repitió la historia clínica: antecedentes médicos, alergias y... antecedentes quirúrgicos. Ahora sí, saqué el informe de hace 2 años, donde se leía “ooforectomía por endometrioma más quiste ovario derecho”. El informe también decía que la intervención no se pudo hacer mediante laparoscopia por pelvis congelada, y que se realizó laparotomía.

La doctora me dijo:

- Antes de la operación le harían una ecografía como ahora, ¿verdad?
- Sé perfectamente lo que es una ecografía y para que sirve -dije-. El tema es si lo saben los de la Arrixaca.

Luego me sentí fatal: la ginecóloga de ese hospital no tenía ninguna culpa, bastante era lidiar el toro que tenía enfrente. Después de un interminable silencio, con voz firme pero suave, la doctora me puso al tanto de lo que yo acaba de descubrir pero no quería que me confirmara: habían cometido un ERROR. Un grave error en MI cuerpo, en la Arrixaca, en el siglo XXI. Puedo chatear y ver la cara de una amiga que esta en Nueva Zelanda en un ordenador, y sin embargo un médico pegado a MI cuerpo, viéndolo y tocándolo, se equivoca y extirpa justo lo que no tiene que quitar.

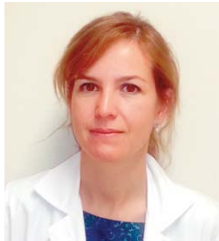
Mi mente sólo pensaba porqué pasan estas cosas. Creía que algo tan importante se revisa, se pasan listas de comprobación como hacen en los aviones. El responsable se asegura, vamos. Como cuando uno va a votar y repiten tres o cuatro veces su nombre y ven tu DNI para la mesa sepa que eres tú y solo tú el que vota... Aún así, una cosa tenía clara. Debía decirlo, no podía callarme. Es posible que así evite que estos graves errores vuelvan a suceder.

*Maruja es un nombre ficticio, pero los hechos son reales.
En 2010 en nuestro hospital se extirpó por error el ovario equivocado.
En el informe de alta figura como extirpado el ovario contrario al que realmente se quitó. La paciente lo descubrió en una revisión dos años después, en otro hospital.*

No permitas que esto se repita. No participes en una intervención sin que se pase el check-list quirúrgico.

“Mis medicamentos”.

Nuestro programa de conciliación terapéutica.



Dª Beatriz Garrido.
Farmacéutica. Servicio de Farmacia.

Los errores de medicación son comunes en el ámbito hospitalario e incrementan la morbilidad, mortalidad y los costes económicos. Los más frecuentes ocurren en las etapas de prescripción y administración de medicamentos. Se sabe que hasta un 67% de las prescripciones médicas tienen uno o más errores y que **casi la mitad de estos errores de medicación ocurren en la transición de los pacientes entre diferentes niveles asistenciales: el ingreso y en el alta hospitalaria.**

Muchos se deben al desconocimiento total o parcial del tratamiento actual de los pacientes, con lo que se omiten medicamentos ambulatorios necesarios, se producen duplicidades, etc. La conciliación, el proceso que intenta prevenir los errores que ocurren en estas transiciones, ha demostrado ser una estrategia útil para reducir estos errores. Consiste en:

- 1 Obtener la historia farmacoterapéutica completa del paciente en el medio ambulatorio: nombres de los medicamentos que toma, dosis, frecuencia y vía de administración.
- 2 Comparar esta lista con las prescripciones al ingreso, traslado o alta, para detectar las discrepancias existentes.
- 3 Las discrepancias “no justificadas” se comunican al médico prescriptor para modificar el tratamiento en caso necesario.

Implantar un procedimiento normalizado de comparación sistemática de la medicación habitual del paciente con la prescrita en el hospital tiene

un impacto positivo sobre los errores de conciliación y la morbilidad asociada a éstos. Tiene como misión garantizar durante la hospitalización y al alta, que los pacientes reciban todos los medicamentos necesarios, adecuados a su situación y a la nueva prescripción realizada en el hospital, con la dosis, vía y frecuencia correcta. Aunque es Farmacia quien debe liderar este Proyecto, estamos implicados todos los profesionales sanitarios.

Las discrepancias entre medicamentos que el paciente tomaba antes del ingreso y la prescripción hospitalaria provocan situaciones como:

- Cese de una medicación crónica necesaria durante el ingreso .
- Continuidad de una medicación crónica contraindicada o innecesaria durante el ingreso.
- Duplicidad terapéutica entre una medicación no suspendida y una nueva medicación iniciada en el hospital.
- Modificación “no justificada” de la dosis/frecuencia y/o vía de administración de la medicación crónica.

Del mismo modo, se consideran los mismos conceptos al alta hospitalaria o después de un cambio asistencial.

“Mis medicamentos”, nuestro programa de Conciliación de la Medicación

A principios de 2013 se realizó un estudio piloto de Conciliación de Medicación “al ingreso”, germen del programa, que se ha ido implantando progresivamente en todas las Unidades del Hospital General. Consta de las siguientes etapas:

1 Recogida de la lista de medicación crónica del paciente previa al ingreso, en impreso específico, que incluye datos sobre:

- Medicamentos que toma, dosis, pauta y última dosis administrada.
- Hábitos de automedicación y uso de medicamentos sin receta para síntomas menores.
- Fitoterapia y otros productos.
- Historia de alergias, intolerancias medicamentosas o interrupciones por efectos 2ºs.
- Adherencia y cumplimiento al tratamiento crónico prescrito.

El díptico de la derecha se entrega al paciente al llegar a planta, para su cumplimentación por él o sus familiares. Con él, Farmacia concilia la medicación que toma habitualmente con el tratamiento al ingreso, según consta en hoja de tratamiento de Urgencias o en Presel®. Para completar datos, se consulta además Selene® y Agora®, .

2 Detección de discrepancias entre la lista de medicación del paciente y la que se le ha prescrito en el centro. Para asegurar que una discrepancia es un Error de Medicación y debe ser corregido, además de comparar listas hay que juzgar si los cambios son adecuados o no. Las discrepancias detectadas requieren aclaración, no podemos afirmar que es un error si no se ha comentado con el prescriptor y éste lo reconoce como tal.

3 Resolución de discrepancias con el médico responsable, vía oral o escrita. Suele hacerse en una hoja que se deja en la historia, aunque no forma parte permanente de ella. Las discrepancias sobre medicación de “alto riesgo” (terapia cardiovascular, electrolitos, etc.) se comunican personalmente.

4 Transmisión de la lista conciliada al siguiente responsable del paciente y al propio paciente. Los cambios deben ser adecuadamente explicados al paciente o al cuidador que vaya a hacerse cargo de la medicación en el futuro.

Cada profesional, en su entorno, contribuye así significativamente en la mejora del uso de los medicamentos y la seguridad de los pacientes.

Necesitamos la implicación de todos. Colabora.

SERVICIO DE FARMACIA
Programa Conciliación de la medicación

MIS MEDICAMENTOS
Informe a su médico de las medicinas que toma

•Cuando acuda al hospital traiga sus medicinas
•Los tratamientos no deben suspenderse sin el conocimiento de su médico
•De esta forma evitaremos riesgos que pueden ser importantes para usted

ANOTE LAS MEDICINAS QUE TOMA EN LA TABLA

NHC: _____ Fecha: _____
Cama: _____ Alergia a medicamentos: _____
Paciente: _____

Fecha de inicio	Nombre del medicamento (incluidos medicamentos sin receta y automedicación)	¿Qué cantidad y a qué hora debe tomarlo?							Fecha de fin
		8h	12h	16h	18h	20h	22h	24h	

Programa “Mis Medicamentos” para la Conciliación Terapéutica en el Área I Murcia- Oeste. Anverso y reverso que se entrega a los pacientes con motivo de su ingreso en el hospital

Prevención de enfermedad tromboembólica en ancianos ingresados: un problema sangrante en nuestros servicios médicos.



Dr. Julio López-Picazo.
Coordinador de Unidad de Calidad Asistencial

El documento Safe Practices for Better Health Care, del National Quality Forum de Estados Unidos, resume las prácticas con alta prioridad para ser implementadas en base a la evidencia de su efectividad para la seguridad del paciente. Es la base de un conjunto de indicadores validados por el Ministerio de Sanidad, que han sido adaptados al Área I Murcia-Oeste por el núcleo de seguridad e integrados a su plan de monitorización en seguridad del paciente (disponible en Arrinet, sección Areas/Calidad/Seguridad). La 1ª evaluación de estos indicadores se llevó a cabo en 2012. En ella se evidenció

Factor de Riesgo	Puntos
Cáncer Activo	3
ETV anteriormente (con la exclusión de trombosis venosa superficial)	3
Movilidad Reducida	3
Condición conocida de trombofilia	3
Cirugía o trauma menor a 1mes	2
Personas mayores a 70 años	1
Insuficiencia cardiaca y respiratoria	1
Infarto Agudo de Miocardio o Accidente Cerebrovascular Isquémico	1
Infección aguda o Desorden reumatológico	1
Obesidad (IMC \geq 30)	1
Actualmente recibiendo tratamiento hormonal	1
Bajo riesgo < 4 puntos	
Alto riesgo \geq 4 puntos (colocar profilaxis)	

Escala de Padua.

Valoración de riesgo de enfermedad tromboembólica en pacientes ingresados.

amplia capacidad de mejora en el indicador D01, que investiga la información documentada en la HC sobre el riesgo de Trombosis Venosa Profunda y Tromboembolismo Pulmonar (ETV) en pacientes no quirúrgicos, y la actuación consecuente. Por ello, la Comisión de Seguridad del Paciente del Hospital prioriza su análisis, e incluye su mejora entre sus objetivos 2013. Como base para este ciclo, se realiza un estudio para conocer la adecuación de la anticoagulación profiláctica en estos pacientes, mediante la medición del riesgo de ETV a través de la ESCALA DE PADUA, y del riesgo de sangrado mediante la ESCALA IMPROVE. El estudio incluyó las estancias de dos o más días de pacientes de 65 o más años, los tres meses anteriores a Julio de 2013.

EVALUACIÓN RIESGO SANGRADO (ESCALA IMPROVE)	
Úlcera gastroduodenal activa	4,5
Sangrado en los 3 meses previos	4
Nº Plaquetas < 50x10 ⁹ /L	4
Edad \geq 85 años	3,5
Fallo hepático severo (INR > 1,5)	2,5
Insuficiencia renal severa, GFR < 30ml/min/m ²	2,5
Ingreso en Unidad Cuidados Intensivos	2,5
Catéter venoso Central	2
Enfermedad Reumática	2
Cáncer activo	2
Edad 40-84 años	1,5
Sexo masculino	1
Insuficiencia renal moderada, GFR 30-59 ml/min/m ²	1
RIESGO ALTO, PUNTUACIÓN \geq7	

Escala IMPROVE.

Valoración de riesgo de sangrado en pacientes ingresados.

Para identificar los servicios con mayores problemas de manejo se usó la aceptación de muestras por lotes (LQAS). En esta técnica se comprueban lotes homogéneos de productos (en este caso ingresos en un servicio), según alcancen o no unos niveles de calidad preestablecidos sobre la base de una pequeña muestra de cada lote.

El manejo se consideró correcto cuando se valora explícitamente el riesgo (figuran todos los ítems necesarios para puntuar las escalas) y además recibe profilaxis (anticoagulación) si el valor de Padua es \geq 4 y el de IMPROVE <7, o no la recibe en cualquier otro caso. Se comprobó (confianza 95%, potencia 80%) un estándar del 95% de ingresos con manejo adecuado, y un umbral del 55% (máximo porcentaje aceptable de manejos inadecuados). El tamaño necesario de cada lote es de 6 casos por servicio, exigiéndose al menos 5 cumplimientos. Se evaluaron un total de 54 casos (9 servicios/lotos).

En conjunto, el 72% de las actuaciones fueron correctas (IC95% \pm 12%). Se inició profilaxis en 21 pacientes (39%), aunque sólo el 17% la precisaban según las escalas. El 25% de las profilaxis necesarias no se iniciaron, mientras que el 71% de profilaxis iniciadas no eran necesarias. No se encontraron diferencias

		PROFILAXIS INICIADA		
		SI	NO	
PROFILAXIS NECESARIA	SI	9	3	12
	NO	12	30	42
		21	33	54

en la proporción de actuaciones correctas por género u edad. La correlación entre profilaxis iniciadas y actuaciones correctas fue alta, inversa(R=-

0,86) y significativa (p<0,01), tal que a más profilaxis iniciadas debe esperarse menor porcentaje de actuaciones correctas.

En 6 de los 9 servicios evaluados (67%) se aceptó el lote que garantiza una actuación correcta en el 95% de los pacientes, con un umbral mínimo del 55%.

SERVICIO	CASOS EVALUADOS	PROFILAXIS INICIADAS	ACTUACIONES CORRECTAS	% ACTUACIONES CORRECTAS	RESULTADO DEL LOTE (LQAS)
PSIQUIATRIA	6	0	6	100%	Aceptado - ✓
REUMATOLOGÍA	6	1	6	100%	Aceptado - ✓
CARDIOLOGIA	6	3	5	83%	Aceptado - ✓
DIGESTIVO	6	1	5	83%	Aceptado - ✓
HEMATOLOGÍA	6	3	5	83%	Aceptado - ✓
NEUMOLOGÍA	6	1	5	83%	Aceptado - ✓
ENDOCRINO	6	4	3	50%	Rechazado - ✗
NEFROLOGÍA	6	3	3	50%	Rechazado - ✗
M. INTERNA	6	5	2	33%	Rechazado - ✗
TOTAL	54	21	40	72%	

HECHOS DEMOSTRADOS:

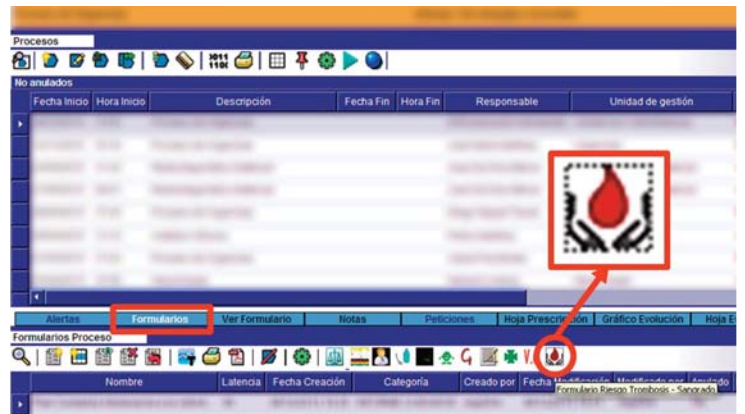
- En las 3 cuartas partes de los pacientes se actuó correctamente. Esto es, **en la cuarta parte de los pacientes no se actúa correctamente.**
- El 67% de los servicios muestran alta proporción de actuaciones correctas, pero **3 servicios no alcanzan los niveles exigidos.**
- El 71% de profilaxis no eran necesarias, mientras que el 25% de las profilaxis necesarias no se iniciaron.** El potencial de reducción de tratamientos de anticoagulación innecesarios es del 46%.
- Los servicios que indican más frecuentemente profilaxis tienen más probabilidad de actuar incorrectamente.**

¿Y AHORA, QUÉ?

Los resultados apuntan que el manejo y seguridad de estos pacientes es mejorable. Para ello se están adoptando medidas que necesitamos nos ayudes a implementar y difundir:

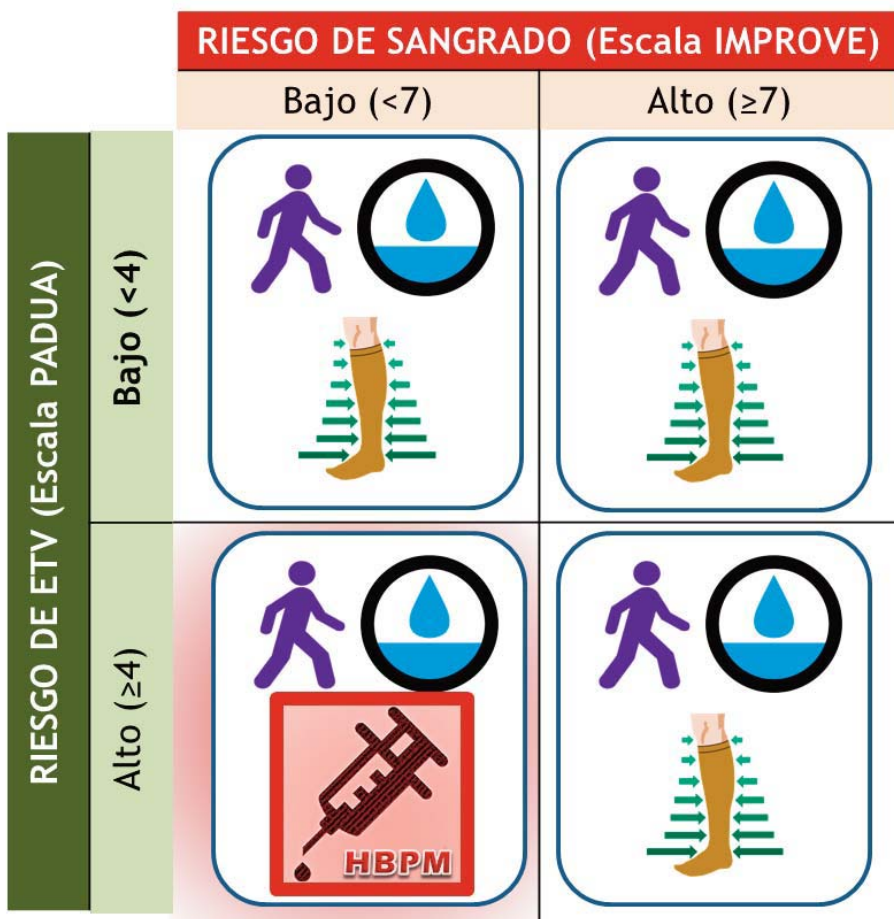
- 1 El documento **ADAPTACIÓN DE RECOMENDACIONES PARA LA PREVENCIÓN PRIMARIA DE LA ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA AL ÁMBITO HOSPITALARIO DE LA REGIÓN DE MURCIA** está recién editado por el SMS. En el grupo de trabajo han colaborado varios compañeros de nuestro hospital como Juan Luis Delgado (ginecólogo), Pilar Ferrer (enfermera), Ana Morales (neuróloga) y Vladimir Rosa (internista). En él se formulan recomendaciones de indicación, cuidados, tratamiento, y pautas para éstos y otros pacientes, basados en la evidencia científica. Conócelo y aplícalo. Si no lo has recibido, está disponible en Arrinet, sección Areas/Calidad/Seguridad/Documentos.
- 2 Si eres médico, la estación clínica te ayuda al manejo correcto de estos pacientes. Se ha habilitado un **formulario de SELENE que despliega la Escala de Padua y te ayuda a decidir la conveniencia de iniciar anticoagulación o no**. Identifica el icono que lo lanza, que reproducimos, y úsalo. Además, en breve el sistema de prescripción electrónica **PRESEL**

te invitará a reflexionar sobre los tratamientos de anticoagulación que indiques, a fin de evitar sobremedicación.



Icono para lanzar el formulario de riesgo de trombosis-sangrado en Selene

- 3 Si eres enfermera, el documento de recomendaciones recoge cuáles son las **cuidados a aplicar y las recomendaciones a ofrecer a este tipo de pacientes**. Compruébalas e inclúyelas en tu **informe de continuidad de cuidados** al alta.
- 4 A través de los conductos de comunicación establecidos (nota interior, correo electrónico, etc.) se te hará llegar toda la información relacionada con este problema y su manejo. No la tires. Léela, discútela y **reflexiona con tus compañeros sobre la actuación en tu servicio o unidad**.



Valora tu actuación ante la ETV en cada paciente: Utiliza siempre la escala de Padua al ingreso y cuando veas a un paciente por 1a vez.

Indica profilaxis a todo el que la precise, pero no corras riesgos innecesarios, no indiques anticoagulación a quien no la necesite.

ASÍ NOS AYUDAS A MEJORAR LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES

Actuaciones recomendadas para prevenir la aparición de ETV en pacientes ingresados en servicios médicos.

- La movilización precoz y la hidratación adecuada son medidas generales a aplicar en todos los casos.
- La anticoagulación mediante heparina de bajo peso molecular debe reservarse para pacientes con alto riesgo de ETV (Padua de 4 o más) que no tengan riesgo algo de sangrado (Improve menor de 7).
- Para el resto puede considerarse el uso de medias de compresión antiembólica.