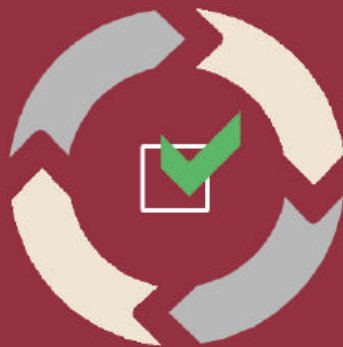


Salud Segura



NÚCLEO DE SEGURIDAD DEL ÁREA I MURCIA-OESTE



Edita:

Núcleo de Seguridad del Área I Murcia-Oeste
Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca
Ctra. Murcia-Cartagena, s/n. 30120 Murcia
Tel. 968920576 - 968369071
<http://www.murciasalud.es/saludsegura>
Arrinet: Áreas/Calidad/Seguridad del Paciente/Salud Segura

Comité editorial:

Carlos Albacete, Manuel Baeza, M^aDolores Beteta, Magina Blázquez, Bernarda Díaz, Mar Galindo, Beatriz Garrido, Mercedes López, Julio López-Picazo, Juana M^a Marín, Arturo Pereda, Virginia Pujalte, M^aIsabel Sánchez, Antonio Saura, Inmaculada Vidal-Abarca.

Coordinador de edición: Julio López-Picazo Ferrer

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

Suscripción: Envío gratuito. Solicitudes: ucarrixaca.sms@carm.es

ÁREA DE SALUD 1
MURCIA-OESTE

Arrixaca

Volumen 11, Número 4

4^o trimestre

OCTUBRE - DICIEMBRE 2023

EN ESTE NÚMERO:

- *Certificación en Seguridad del Paciente según la norma UNE 179003 en el Área 1 Murcia Oeste - Arrixaca.*
Núcleo de Seguridad
- *SiNASP sirve: ¿Qué ha pasado con las notificaciones?*
Núcleo de Seguridad
- *Cecilia, Masi... ¡Muchas gracias!*
Núcleo de seguridad.

Certificación en Seguridad del Paciente según la norma UNE 179003 en el Área 1 Murcia Oeste - Arrixaca

El Núcleo de Seguridad ha impulsado y obtenido para el área 1 la certificación en seguridad del paciente.

Mejorar la seguridad del paciente es un objetivo estratégico de nivel nacional, impulsado por la administración pública sanitaria tanto a través del Ministerio de Sanidad así como por otras Instituciones públicas regionales. En este contexto, la norma UNE 179003 favorece el desarrollo de procesos orientados a reducir la probabilidad de aparición de fallos en el sistema, evitar los errores de las personas, aumentar la probabilidad de detectar los errores cuando ocurren y mitigar las consecuencias de los fallos cuando ocurran. Es una herramienta para reducir los riesgos a los que se encuentran sometidos los pacientes a su paso por nuestra organización, tanto en el nivel de primaria como en el hospitalario. El pasado mes de octubre, tras una auditoría exhaustiva de dos días de duración, el Área 1 Arrixaca ha conseguido certificarse en sus cinco procesos asistenciales clave: hospitalización, consultas, urgencias, atención primaria y cirugía.

Muchas gracias a todos los profesionales que, con su trabajo, hacen de nuestros centros un lugar cada vez más seguro para los pacientes que atendemos.



Seguridad Paciente

ACCM, Agencia para la Certificación de la Calidad y el Medio Ambiente, CERTIFICA que la entidad:

ÁREA 1 MURCIA-OESTE, HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA

Dispone de un sistema de Gestión de Riesgos para la Seguridad del Paciente que cumple con los requisitos de la Norma:

UNE 179003:2013

Para las actividades de:

Proceso Hospitalización, Proceso Quirúrgico, Proceso Consultas Externas, Proceso Atención Primaria, Proceso Urgencias.

que se realizan en:

Carretera Madrid-Cartagena, s/n.
30120 - EL PALMAR
MURCIA

Código de registro: **SP-960423**

Primera emisión: 09-10-2023

Emisión vigente: 09-10-2023

Válido hasta: 08-10-2026



El Director General de ACCM.



CERTIFICADO

SiNASP sirve

¿Qué ha pasado con las notificaciones?

El Núcleo de Seguridad nos cuenta su actuación ante las notificaciones recibidas este trimestre

Muchos nos preguntáis qué ha pasado con tal o cual notificación. Ya sabéis que todas son leídas y analizadas por el Núcleo de Seguridad. Que se intenta aprender de cada una de ellas a fin de introducir modificaciones en el sistema para hacerlo más seguro. Suele significar cambios en el equipamiento, los recursos, el material fungible, la organización o los protocolos y programas que tenemos. También se generan actividades formativas y de difusión. Sin embargo, para los profesionales no directamente implicados en ello, a veces parece que no se hiciera nada. Por ello rescatamos una antigua sección de la revista (**SiNASP sirve**), que nos comenta las actuaciones emprendidas por el núcleo de seguridad a partir de las notificaciones que recibe. En esta ocasión os incluimos una selección de notificaciones del último trimestre:

LA CEFTRIAXONA EQUIVOCADA

Fecha de la notificación

Septiembre 23



Descripción de los hechos

Dos pacientes hospitalizados en la misma unidad clínica llevan prescrita una dosis de 320 mg de ceftriaxona vía intravenosa y aparecen en los cajetines de los carros de unidosis que vienen preparados desde el Servicio de Farmacia 2 viales de ceftriaxona de 1000 mg con lidocaína como disolvente. Esta presentación por el disolvente que contiene es para USO exclusivo vía intramuscular.

Problema de seguridad

El incidente no llega al paciente porque es apercebido y se intercepta por el personal de enfermería pero hubiera generado un error de administración por la utilización de una presentación no apta para uso intravenoso

Investigación realizada

La falta de disponibilidad de ceftriaxona intravenosa por problemas de suministro del laboratorio proveedor genera un retraso en la recepción de la mercancía. A pesar de que el pedido del laboratorio entra en el almacén de farmacia al final de esa misma mañana, no llega a introducirse la medicación en los almacenes automatizados. Por tanto, se realiza el llenado automático del carro de medicación sin introducir la ceftriaxona intrave-

nosa por falta del producto y se genera una incidencia. La incidencia se "soluciona" obteniendo la ceftriaxona del almacén no automatizado y se selecciona entonces la presentación errónea, de uso intramuscular (error humano).

Recomendaciones y medidas correctoras

Eliminar almacenes no automatizados. Realizar doble chequeo de los medicamentos que se dispensan desde el almacén manual.

*RECORDAR REALIZAR DOBLE CHEQUEO (POR OTRA PERSONA DIFERENTE)
DE TODAS LAS DISPENSACIONES URGENTES
QUE SE REALIZAN DESDE EL ALMACÉN DE "FAUN".*

*ESTAS DISPENSACIONES DEBEN SER MÍNIMAS
Y ACOMPAÑARSE SIEMPRE DE UN*

DOBLE CHEQUEO/

- **MEDICAMENTO**
- **DOSIS**
- **PRESENTACIÓN/CONCENTRACIÓN**
- **CADUCIDAD**

Generación de nota recordatorio en el almacén que no está automatizado:

DEMASIADA TRANSFUSIÓN

Fecha de la notificación

Octubre 2023

Descripción de los hechos

En una paciente con anemia se indicó transfusión de 100ml de concentrado de hematíes, transfundiéndose por error 300ml (1 concentrado completo). No tuvo repercusión en la paciente. En el tratamiento (programa ICCA) estaba pautado 100ml de Concentrado de hematíes, aunque el programa siempre obliga además a poner número exacto de concentrado en el apartado de unidades no dejando poner solo los ml o decimales, por lo que en ese apartado se pautó 1 unidad.

Problemas de seguridad

Infusión de volumen incorrecto de un hemoderivado

Investigación realizada

Parece ser que el principal factor contribuyente es que, al iniciar la prescripción, hay un campo en el que aparecen unidades de concentrados de hematíes y no volumen a administrar.

Medidas correctoras

Se propone modificar las unidades de prescripción en todos los campos, de unidades de concentrados a volumen en ml. Se contacta con la responsable funcional de ICCA y al comentarle la posibilidad de esta modificación para que solamente aparezca en ml y no en Unidades de concentrados nos dice que no hay ningún problema, que se puede modificar la programación. Se comunica al jefe de sección para ejecutar este cambio.

Además, se hace necesario fomentar el doble check en la administración de hemoderivados, por lo que se habla con la Supervisora para generar esta cultura entre los profesionales de la unidad

LA FORMACIÓN ES CLAVE PARA EL CAMBIO

En este incidente queda muy visible que las medidas preventivas permiten anticipar y evitar eventos adversos. Difundir la información entre los profesionales ante cualquier cambio, es fundamental para trabajar con seguridad.

Fecha de la notificación

Octubre 2023

Descripción de los hechos

Paciente de edad neonatal en situación de parada cardiorrespiratoria. Se pulsa botón de parada de la cama marca citadel, quedando el colchón completamente desinflado. Al tratarse de un paciente muy pequeño, el colchón quedó completamente hundido, haciendo muy dificultosas las maniobras de RCP. Finalmente se precisó volver a inflar el colchón y sujetar al paciente en el antebrazo de una persona del equipo.

Problemas de seguridad

Dificultad y retraso en la maniobra de RCP avanzada. Desconocimiento del funcionamiento de las camas en UCI pediátrica.

Investigación realizada

La Supervisora nos informa que recientemente se ha cambiado el modelo de las camas. En este nuevo modelo el botón de parada sólo debe pulsarse en caso de niños de peso aprox. $\geq 45\text{Kg}$. Al hacerlo, el colchón se desinfla completamente.

En este caso, al tratarse de un neonato, los profesionales que lo atendieron pulsaron el botón de PCR de la cama por desconocimiento. El colchón

se desinfló completamente y la sensación es que envuelve al niño, por lo que dificultó la RCP. En este caso tras poner la cama en posición horizontal, se tendría que haber puesto la tabla de parada encima del colchón.

Medidas correctoras

Se contactó con recursos materiales. Se concierta que los proveedores llevarán a cabo sesiones formativas para todo el personal de las Unidades en las que se han puesto ese tipo de camas, con el fin de resolver incidentes rápidamente.

TROPEZAR DOS VECES EN LA MISMA ...BALDOSA

Fecha de la notificación

Octubre 2023



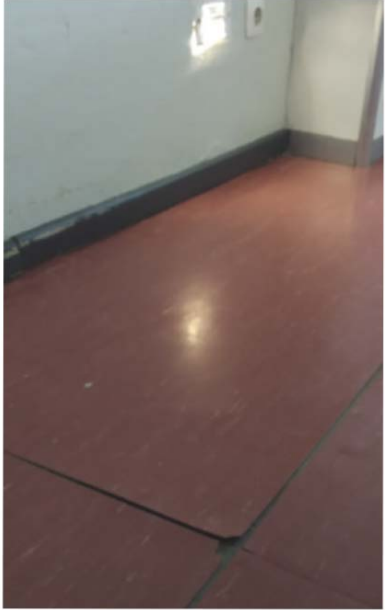
Descripción del incidente

Durante su ingreso en una unidad de hospitalización del bloque general, una enferma ha tropezado con una losa en mal estado dentro de su habitación. Por fortuna, cayó sobre la cama y no le produjo ningún daño.

Problema de seguridad

El mal estado del suelo en varias habitaciones de esta unidad (llegamos a contar hasta seis habitaciones) ha puesto en riesgo la integridad de los pacientes y, de no haber mediado la suerte, pudiera haber provocado daño.

Investigación realizada



La unidad de hospitalización donde sucedió el incidente ya fue cerrada anteriormente por el mismo problema, con la intención de reparar los suelos de ciertas habitaciones que se encontraban en mal estado.

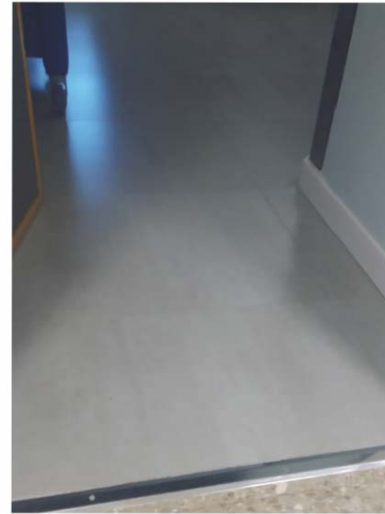
Sin embargo, la reparación no se efectuó de forma adecuada, tal que al poco tiempo los suelos se volvieron a levantar. El personal tuvo que pegar con esparadrapo las losas abombadas para evitar caídas. La situación había sido denunciada en varias ocasiones, advirtiendo del posible peligro de caída tanto de pacientes como de profesionales.

Recomendaciones

Cerrar provisionalmente las habitaciones afectadas para reparar el suelo a la mayor prontitud .

Medidas correctoras

El núcleo de seguridad procede a notificar mediante nota interior lo sucedido al equipo directivo y al servicio de admisión, solicitando su reparación y la clausura provisional de las habitaciones dañadas. Actualmente el suelo de todas las habitaciones ya está restaurado.



Estado de las habitaciones una vez reparadas

SI SE LLAMA "CARRO DE PARADA", ES POR ALGO

Fecha de la notificación

Octubre 2023

Descripción del incidente

Ante un paciente con reflejo vasovagal, se avisa al médico a cargo. Éste pide medicación que no hay en stock en la Unidad. El personal de enfermería abre el carro de parada, pero tampoco está allí. Fue necesario enviar a UCI a una auxiliar para conseguirla. Hubo sensación de descoordinación y nerviosismo.

Problema de seguridad :

El personal de enfermería está habituado a tratar estos casos con la medicación existente en los carros de parada, en muchas ocasiones a sugerir

cia del propio médico, aunque el paciente no esté en esta situación. No se distingue bien entre una situación de urgencia/emergencia y una parada. Esta mala costumbre es probablemente consecuencia del desconocimiento del procedimiento de atención a la parada vigente en el hospital, así como también del contenido exacto del carro.

También se adivina una insuficiente coordinación entre los miembros equipo multidisciplinar que atiende al paciente

Investigación realizada

Tras recibir la notificación, se comprueba que durante el incidente no se activó el circuito de parada. El Kit de medicación del carro de parada, no se debió utilizar.

En relación a las funciones de la Comisión de Parada, se limitan a la toma de decisiones relacionadas con el contenido, ubicación, medicación necesaria y actuación, todas ellas relacionadas con la RCP.

Medidas correctoras

Desde el núcleo de seguridad se difunde de forma reiterada (artículos en salud segura, jornadas de seguridad del paciente del área, manual de contenido y distribución del carro para atención de la RCP...) a todos los profesionales el uso exclusivo del carro de parada para una reanimación cardiorrespiratoria y nunca para cualquier otro tipo de evento.



NADA ES PERFECTO. LOS ATHOS TAMPOCO.

Fecha de la notificación

Octubre 2023

Descripción del incidente

Se extrae del armario de dispensación automatizada (SADME) ATHOS®, una ampolla de nirsevimab 50 mg, para administrar esta medicación, que había sido prescrita a un paciente. El personal de enfermería comprueba la dosis antes de administrarlo y se percata de que la dosificación no es la correcta, ya que en lugar de 50 mg, la ampolla es de 100 mg.

Problemas de seguridad

El incidente no llega al paciente porque es interceptado por el personal de enfermería, pero pudiera haber generado un error de sobredosificación por la utilización de una presentación diferente a la prescrita.

Investigación realizada

Se comprueba en el Servicio de Farmacia el circuito de dispensación de las vacunas en la unidad afectada. Se realiza reposición directa en el SADME de la unidad. La reposición es manual, ya que únicamente esta creada la automática para la reposición la dosis de 50 mg. En farmacia no se reposen estas vacunas por código de barras puesto que son medicamentos ubicados fuera del almacén automatizado KARDEX®.

Recomendaciones

Es preciso automatizar el proceso de dispensación y reposición con todos los medicamentos, no sólo de los que están ubicados en los almacenes

automatizados. Se realiza incidencia a los servicios técnicos para que esta reposición deje de ser manual.

Medidas correctoras

Eliminar almacenes no automatizados. Realizar doble chequeo de los medicamentos que se dispensan desde el almacén manual

LOS PROGRAMAS NO SE HABLAN Y LOS ATHOS SE EQUIVOCAN

Fecha de la notificación

Octubre 2023

Descripción del incidente

En la instalación y puesta en marcha de los 5 armarios de dispensación automatizada de medicamentos (SADME · ATHOS®) en la unidad de cuidados intensivos del Hospital General se detecta un problema de seguridad al comprobar que se visualizan las prescripciones de MIRA® en el dispensador (realizadas en el ámbito de las unidades de hospitalización, antes del traslado a UCI), y no las de ICCA®, la historia clínica electrónica donde se prescribe la medicación en cuidados intensivos.

Problemas de seguridad

Dispensación y administración errónea de medicamentos,

que no llevan prescritos los pacientes en ese momento. Los armarios automatizados no tienen la prescripción integrada con el aplicativo específico de la UCI.



Investigación realizada

Las unidades de cuidados intensivos disponen de otro sistema de prescripción integral (ICCA®) que, sorprendentemente, no está integrado con el SADME ATHOS®.

Al ingresar los pacientes en estas unidades, si provienen de otras unidades de hospitalización donde se lea han prescrito medicamentos, son éstos los que aparecen en la pantalla del dispensador, en vez de la prescripción médica actual de UCI. Los armarios SADME en las UCIs actualmente no están integrados.

La dispensación de medicación ha de hacerse pues mediante la opción de "dispensación sin prescripción", puesto que la prescripción de los pacientes de UCI se encuentra en ICCA®.

Medidas correctoras

Generación de nota interior a la dirección del Centro solicitando que los dispensadores (ATHOS®) de las unidades de cuidados intensivos no muestren las prescripciones anteriores de MIRA® de los pacientes que ingresan en ellas. También la integración informática de la prescripción y/o administración entre el dispensador ATHOS® y el programa utilizado en las unidades de cuidados intensivos de la Región.

AY NEGRA, MIRA, BÚSCATE UN CATÉTER

Fecha de la notificación

Octubre 2023

Descripción del incidente

Ingresa un paciente en UCI pediátrica procedente de quirófano. Se produce un relevo de anestesia a enfermera y residente de pediatría.

A los pocos minutos de su llegada a la unidad, la enfermera avisa porque se da cuenta de que el paciente tiene la perfusión de noradrenalina pasando por un catéter midline periférico, a pesar de que el paciente tiene dos vías centrales por las que sólo están pasando un suero.

Problemas de seguridad

Infusión de fármacos vesicantes/irritantes por vía inadecuada

Investigación realizada

Hay varios factores contribuyentes:

- Una transferencia de paciente insuficiente.
- Un manejo inadecuado de accesos venosos.
- La inexistencia de señal en el catéter que lo identifique como línea media

Medidas correctoras

Se han enfocado en tres direcciones:

1. Se ha comenzado a trabajar en un sistema reglado de transferencia de paciente que disminuya problemas de seguridad relacionados con la

pérdida de información.

2. La Supervisora ha comunicado e insistido en que es necesario marcar de forma diferente los catéteres de línea media y la plantilla de enfermeras ha implementado una señal en ellos.
3. Se ha generado una formación de mantenimiento de catéteres en hospitalización que haga hincapié en mostrar las diferencias entre las líneas medias y los catéteres centrales de acceso periférico.

ATHOS SE LIA CON LAS PRESCRIPCIONES AL INGRESO

Fecha de la notificación

Noviembre 2023

Descripción del incidente

Se instaura el nuevo sistema de dispensación de medicación (SADME-ATHOS®) en la planta de gestantes del maternal. Durante el turno de noche, se intenta extraer medicación en diversas ocasiones, probando con diferentes claves de acceso, para poder administrar el tratamiento correspondiente a varias pacientes.

Se hace imposible, ya que el dispositivo no vuelca los datos de la prescripción electrónica (MIRA®) correctamente. Por tanto se precisa gestionar directamente con el farmacéutico y el médico residente.

Problemas de seguridad

Retraso en la administración de la medicación prescrita

Investigación realizada

La planta de gestante fue la primera unidad clínica de hospitalización que

inicia el nuevo de circuito de dispensación con el SADME. Se detectaron problemas de transmisión de información de prescripciones en la continuidad asistencial (de la urgencia a la hospitalización) no detectadas en las pruebas iniciales de la integración.

Recomendaciones

Tras esta incidencia se suspendió el avance de la implantación en el resto de unidades de hospitalización hasta que se resolvieron los problemas de integración/visualización de prescripciones en el dispensador.

A pesar de la sugerencia realizada de "liberar" el SADME para extraer toda la medicación de forma "libre" se consideró que esta opción no es "viable" ya que se trata de optimizar la seguridad del paciente a través de estos sistemas. No obstante, existe un listado de medicamentos "OVERRIDE" que pueden sacarse a nombre del paciente "sin prescripción" pero en ningún caso podrán estar en esta lista los fármacos estupefacientes.

Medidas correctoras

Se resolvieron los problemas técnicos de integración antes de continuar con la implantación programada.

EN TU PERFUSIÓN (CASI) ME COLÉ

Fecha de la notificación

Noviembre 2023

Descripción del incidente

Ya que no se dispone de él en la unidad, se solicitó al servicio de Farmacia mediante petición en papel 10 ampollas del fármaco urapidilo 5mg/mL,

para ser administrado a un paciente en perfusión continúa.

Tras recibir la petición, ésta se dispensa de forma urgente. Sin embargo a la unidad llegan 9 ampollas de urapidilo y 1 ampolla de uromitexan 100mg/mL. La enfermera detecta el error a pesar de sus isoapariencia al revisar la medicación. por ello este medicamento equivocado no llegó al paciente.

Problemas de seguridad

El incidente no llega al paciente porque se intercepta por el personal de enfermería. pero pudiera haber generado un error de administración por la elaboración de una perfusión errónea.

Investigación realizada

En Farmacia se revisa el pedido realizado. Se comprueba que es un pedido manual (en el SADME se encuentran creadas las ampollas de urapidilo con un máximo de 20 diarias).

La dispensación se realiza sin pasar por ningún ordenador, sin automatizar para "AHORRAR" TIEMPO. Se saca de un cajón con múltiples ampollas mezcladas que se nutre de las devoluciones de planta y aún no está realizada la devolución a los armarios automatizados.

Recomendaciones

Realizar todas las dispensaciones automatizadas. Examinar el almacenamiento de estos fármacos con doble chequeo.

Medidas correctoras

Se habla con supervisora para evitar estas dispensaciones y si se hacen implementar el doble chequeo antes de la dispensación. Generación de nota recordatorio en el almacén que no está automatizado.

SERVICIO DE FARMACIA

NOTA ACLARATORIA SADMEs

El proyecto de implantación de 42 armarios automatizados en el HCUVA es un proyecto financiado en el marco del eje REACT-EU del programa operativo FEDER de la Región de Murcia 2014-2020.

Los SADME son armarios informatizados destinados a almacenar y dispensar los medicamentos desde un lugar próximo al paciente, de forma que en todo momento se controla y registra su utilización. Una de las mejoras de seguridad más importantes que presentan es la conexión a la prescripción electrónica que permite al farmacéutico revisar y validar los tratamientos de los pacientes antes de que los medicamentos puedan ser retirados por los enfermeros o los médicos. Además, permiten la introducción de alertas, reducen el tiempo necesario para que el personal de enfermería disponga de la medicación y permiten controlar mejor la gestión de los fármacos.

LA EPIDURAL ES LA BOMBA

Fecha de la notificación

Diciembre 2023

Descripción del incidente

Una gestante de 35 semanas con feto cruz pasa a paritorio para parto

vaginal programado. Se realiza técnica de epidural analgésica para trabajo de parto sin incidencias. Terminado el parto se realiza alumbramiento dirigido en el que incluye perfusión de oxitocina a flujos altos.

La persona que ejecuta la orden (estudiante) dada por la matrona responsable, se confunde de bomba de infusión y aumenta el ritmo de infusión de la Epidural a 180 ml/h en vez de la bomba de oxitocina. A los 10 minutos, la paciente refiere encontrarse mal y que empieza a notar los brazos dormidos por lo que la matrona detecta el error con las bombas, parando la bomba de epidural. Se avisa inmediatamente a Anestesia que se encontraba en el quirófano de urgencias. Anestesia acude a valorar a la paciente, se encuentra hipotensa, administramos Efedrina, sentamos a la paciente a 90 grados, colocamos gafas nasales a 3 lpm y monitorización estricta de constantes.

Problemas de seguridad

Dosis equivocada

Investigación realizada

Se contactó con el médico notificante y supervisora de paritorio. La supervisora comenta que la gestante con feto cruz, se ubicó en el paritorio 15, que es el destinado a parto en el agua y que no se suelen utilizar allí bombas de medicación epidural, por lo que no se dotó de bombas de epidural.

Ese día además no había bombas libres en stock. En ese momento había gran actividad en paritorio con todos los boxes/ paritorios llenos y las matronas al 100% de trabajo, delegando la actividad de modificar medicación a la estudiante de enfermería de 4º año.

Medidas correctoras

Se dota a todos los boxes/paritorios de bombas de infusión de medicación IV y epidural.

Identificación de las distintas bombas según vía de administración (colocar la bomba más alta en el soporte), además del fármaco que se está infundiendo. Supervisión estrecha y doble-check de todos los fármacos prescritos que vaya a poner el personal sanitario en prácticas.

Cecilia, Masi.... ¡Muchas gracias!

Masi Alcaraz (Supervisora para bloque infantil) y Cecilia Banaclohe (Supervisora para atención primaria) han trabajado desde siempre en nuestro Núcleo de Seguridad. El traslado, en un caso, y la jubilación, en el otro, les han obligado a abandonarnos.

Su trabajo y dedicación han contribuido sin duda a hacer del Área 1 Arrixaca un lugar más seguro para los pacientes que atendemos

