



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^ºDolores Beteta, Magina Blázquez, Mar Galindo, M^ªArisa García, Beatriz Garrido, Mercedes López, Julio López-Picazo, Juana M^ª Marín, Sara Moralo, Celine de Mulder, Arturo Pereda, Virginia Pujalte, Isabel Romero, Ángela Rincón, M^ªIsabel Sánchez, M^ºDolores Sánchez, Antonio Saura, M^ªCristina Solé, 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 12, Número 2

2º trimestre

ABRIL - JUNIO 2024

EN ESTE NÚMERO:

- *Procedimiento de identificación inequívoca de pacientes en el Área 1 - ARRIXACA*
 Núcleo de seguridad

SiNASP sirve:

- *Medicamentos sin orden*
- *Demasiado antibiótico*
- *No se aprecia el valor del agua hasta que se seca el pozo*
- *Olvidar una gasa no tiene guasa*
- *Problemas en las vías*
- *Sin pegatina, la epidural no atina*
- *Los ensayos clínicos siguen un protocolo*

Núcleo de Seguridad

Procedimiento de identificación inequívoca en los procesos asistenciales clave del Área 1 - Arrixaca

Coordinación	Grupo de trabajo
Unidad de Calidad Asistencial Inmaculada Vidal-Abarca Juana M.ª Marín Julio López-Picazo	Núcleo de Seguridad Carlos Albacete, Manuel Baeza, M.ª Dolores Beteta, Magina Blázquez, Mar Galindo, Marisa García, Beatriz Garrido, Mercedes López, Juan Martínez, Sara Moralo, Celine de Mulder, Arturo Pereda, Jesús Pérez, Virginia Pujalte, Isabel Romero, Ángela Rincón, M.ª Isabel Sánchez, M.ª Dolores Sánchez, Antonio Saura, M.ª Cristina Solé.

Los fallos de identificación del paciente pueden ocasionar numerosos incidentes de seguridad con consecuencias graves para la seguridad y la calidad de la atención.



Podemos destacar errores en la administración de medicamentos, realización de técnicas diagnósticas o terapéuticas no indicadas, o la cirugía en el paciente equivocado, entre otros.

La identificación inequívoca del paciente tiene como objetivo verificar en todo momento la identidad de este por parte de cualquier profesional que contacte con él durante su proceso asistencial. La Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoce la importancia vital de asegurar la identificación inequívoca del paciente como parte fundamental de la seguridad del paciente y la calidad de la atención médica. Algunas de las medidas promovidas por la OMS incluyen entre otros:

- El uso de, al menos, dos identificadores para verificar la identidad del paciente de manera precisa y segura.
- Uso de pulseras de identificación como una medida adicional para garantizar la identificación correcta del paciente en todo momento.
- Establecer procedimientos claros y estandarizados para la identificación del paciente, que sean fácilmente comprensibles y aplicables en todas las áreas de atención médica.

Es por eso por lo que desde el núcleo de seguridad del área 1 se considera imprescindible elaborar un procedimiento unificado de identificación segura del paciente para los procesos asistenciales principales.

OBJETIVO

Identificar de forma segura a los pacientes atendidos en los procesos asistenciales clave del área 1 de salud de la región de Murcia.

ALCANCE

Límite de Entrada	Límite de Salida
Paciente filiado que accede a uno de los siguientes procesos asistenciales: <ul style="list-style-type: none">Atención PrimariaConsultaUrgenciasHospitalizaciónCirugía Excepciones: Paciente desconocido	Tránsito a otros procesos del área (de apoyo diagnósticos o terapéuticos).

PROCEDIMIENTOS DE IDENTIFICACIÓN

En URGENCIAS:

Objetivo: Identificar de forma segura e inequívoca al paciente que acude a urgencias del hospital.

Quién:

- o Personal de admisión de urgencias
- o Profesional sanitario que lo atiende por primera vez en el triaje
- o Resto del personal de la puerta de urgencias (hospital general, maternal e infantil)

Cuando: Cuando el servicio de admisión comprueba la identidad del paciente.

Dónde: En el servicio de urgencias del hospital general, maternal e infantil

Cómo:

- El paciente, su acompañante o el celador, si no puede desplazarse con facilidad, acude a la ventanilla de admisión del servicio de urgencias.
- Personal de **admisión:**
 - Emite una **pulsera identificativa** vigente en el hospital .
 - Entrega la pulsera al paciente, acompañante o profesional.
 - Indica que se coloque la pulsera.
- Profesional que atiende por primera vez **en triaje:** Comprueba que el paciente lleva la pulsera. En caso negativo se la pide y se la coloca preferentemente en la muñeca del brazo dominante. En caso de que pueda interferir en los cuidados se pondrá en el tobillo.
- Cualquier profesional que atienda al paciente en urgencias: Reemplaza la pulsera en caso de pérdida, rotura, deterioro, datos incorrectos o tras su manipulación por necesidades diagnósticas o terapéuticas solicitando una nueva impresión a admisión de urgencias.
- **En paciente Recién Nacido** la identificación se hará según el "Programa de Seguridad del paciente de la Región de Murcia" disponible en el siguiente enlace:

<https://www.murciasalud.es/identificacion-inequivoca>.

En HOSPITALIZACIÓN:

Objetivo: Identificar de forma segura e inequívoca del paciente que precisa ingreso hospitalario.

Quién:

- o Personal de admisión
- o Cualquier personal sanitario de las unidades de hospitalización

Cuando: Cuando el paciente ingresa en una planta de hospitalización.

Dónde: En cualquier planta de hospitalización del hospital general o del hospital materno-infantil.

Cómo: Según los siguientes subprocedimientos:

- **IIP02.a: Identificación inequívoca en el proceso hospitalización del paciente ambulatorio con ingreso programado**
- **IIP02.b: Identificación inequívoca en el proceso hospitalización del paciente con ingreso urgente**

En INGRESO PROGRAMADO:

- El paciente o su acompañante, si él no puede desplazarse con facilidad, acude a la ventanilla de admisión del hospital general.
- Personal de **admisión:** Emite una **pulsera identificativa** vigente en el hospital.
- **La enfermera que realiza la acogida** en planta le coloca adecuadamente la pulsera identificativa que está entre la documentación que trae el paciente preferentemente en la muñeca del brazo dominante. En caso de que pueda interferir en los cuidados se pondrá en el tobillo.
- Cualquier profesional de la planta de hospitalización: Reemplaza la pulsera en caso de pérdida, rotura, deterioro, datos incorrectos o tras su manipulación por necesidades diagnósticas o terapéuticas solicitando una **nueva impresión a admisión vía telefónica** y recogida por un TCAE o por un celador (según disponibilidad). La petición se hará en admisión programada o de urgencias según día

y hora:

- o Admisión Programada del General, maternal o infantil en días laborables en horario de 8 h a 21h.
- o Admisión de Urgencias (general, maternal o infantil) en días festivos, sábados y domingos todo el día y los días laborables en horario de 21h a 8h.

En INGRESO URGENTE:

- El paciente mantiene la pulsera identificativa vigente en el hospital que lleva colocada según el subprocedimiento IIP01 Identificación inequívoca en el proceso URGENCIAS
- **La enfermera que realiza la acogida** del paciente: Comprueba que el paciente lleva correctamente colocada la pulsera identificativa
- Cualquier profesional que atienda al paciente: Si observa deterioro o pérdida de la pulsera identificativa o tras petición del paciente (o acompañante) solicitará una **nueva impresión vía telefónica al servicio de admisión** en el siguiente horario:
 - o Admisión Programada del General, maternal o infantil en días laborables en horario de 8h a 21h.
 - o Admisión de Urgencias (general, maternal o infantil) en días festivos, sábados y domingos todo el día y los días laborables en horario de 21h a 9h.
- TCAE o Celador (según disponibilidad) recogerá la nueva pulsera en admisión.

En proceso QUIRÚRGICO:

Objetivo: Identificar de forma segura e inequívoca al paciente que precisa una intervención quirúrgica.

Quién:

- o Personal de admisión
- o Cualquier personal sanitario de las unidades de quirófano

Cuando: Cuando el paciente accede a cualquier quirófano del hospital.

Dónde: Quirófanos del Hospital general, maternal o infantil.

Cómo:

Según los siguientes subprocedimientos:

- **IIP03.a: Identificación inequívoca en el proceso cirugía con ingreso**
- **IIP03.b: Identificación inequívoca en el proceso CMA (Cirugía Mayor Ambulatoria)**

En CIRUGÍA CON INGRESO:

- El paciente **llega a antequirófano identificado mediante pulsera** identificativa vigente en el hospital.
- Personal de quirófano: Retira la pulsera identificativa en caso de que interfiera en la realización de alguna técnica y avisa a la TCAE que la guarde en la historia clínica.
- Cualquier profesional **a la entrada en Reanimación** tras la intervención, Si observa que algún paciente no lleva la pulsera identificativa o está deteriorada avisa al TCAE para que imprima nueva pulsera.
- TCAE. Si el paciente no lleva la pulsera identificativa, o es avisado por otro profesional de Reanimación por el mismo motivo, imprime la pulsera y la coloca en muñeca dominante o en el tobillo si interfiere

- Cualquier profesional de la CMA. Si observa que algún paciente no lleva la pulsera identificativa o está deteriorada avisa al TCAE para que solicite otra pulsera al servicio de admisión y la recoja el mismo o el celador (según disponibilidad).
- Enfermera de CMA. Dentro del quirófano y antes de comenzar la intervención confirma que los datos de pulsera, etiquetas y parte quirúrgico son coincidentes.

En CONSULTA EXTERNA:

Objetivo: Identificar de forma segura e inequívoca al paciente que acude a una consulta ambulatoria para su asistencia de forma segura e inequívoca.

Quién: Profesional sanitario (médico, enfermero, TCAE)

Cuando: Cuando el paciente entra en la consulta del profesional sanitario para ser atendido.

Dónde:

- Consultas externas del Policlínico
- Consultas externas del hospital maternal
- Consultas externas del hospital infantil
- Consultas externas del hospital de día
- Consultas del centro de especialidades "Tomás Quesada"

Cómo:

- Si el paciente **acude por primera vez** a la consulta: El profesional sanitario **contrasta los datos identificativos del paciente con los registrados en la historia clínica mediante tarjeta sanitaria, NIF o Pasaporte.**
- Si el paciente acude en seguimiento y es conocido del profesional: A la entrada en la consulta le saluda y confirma por su nombre
- Si el paciente es menor de edad o no puede identificarse por sí mismo

con algún dispositivo que lleve el paciente.

En CMA:

Objetivo: Identificar de forma segura e inequívoca al paciente que va a ser intervenido en la CMA.

Quién:

- TCAE
- Enfermero
- Personal de admisión

Cuando: El día anterior a la intervención

Dónde: En la CMA del hospital general o del hospital Materno-Infantil.

Cómo:

— Personal de **admisión:**

La tarde antes prepara la pulsera identificativa de los pacientes citados al día siguiente según el parte quirúrgico.

— **Celador de archivos:**

- En el Hospital General: La tarde anterior recoge del archivo las historias clínicas de los pacientes que se van a operar al día siguiente y las sube a CMA.
- En el Hospital Materno-infantil: La tarde anterior recoge todas las pulseras y tarjetas identificativas de las pacientes que se van a operar al día siguiente y las sube a CMA junto a las historias.
- **TCAE:** En el Hospital General: La tarde anterior recoge en admisión las pegatinas y las pulseras identificativas.
- TCAE o el enfermero: A la llegada del paciente a la unidad, le coloca la pulsera identificativa tras preguntar al paciente o al acompañante (padres o tutor) los datos identificativos del paciente para contrastarlos con los registrados en la pulsera.

y no es un paciente conocido: El profesional sanitario pide al acompañante (padres o tutor) los datos identificativos del paciente para contrastarlos con los registrados en la historia clínica mediante tarjeta sanitaria, NIF o Pasaporte.

En ATENCIÓN PRIMARIA:

Objetivo: Identificar de forma segura e inequívoca del paciente que acude a un centro de salud, consultorio periférico o al centro de especialidades "Tomas Quesada" para ser atendido.

Quién: Profesional sanitario (Médico, Enfermero/a, Matrona, Dentista, Fisioterapeuta...)

Cuando: Cuando el paciente entra en la consulta del profesional sanitario para ser atendido.

Dónde:

- Centro de Salud
- Consultorio

Cómo:

- Si el profesional **no reconoce al paciente o es la primera vez que acude a la consulta: El profesional sanitario contrasta los datos identificativos del paciente con los registrados en la historia clínica mediante tarjeta sanitaria, NIF o Pasaporte.**
- Si el paciente es menor de edad o no puede identificarse por sí mismo y no es un paciente conocido: El profesional sanitario pide al acompañante (padres o tutor) los datos identificativos del paciente para contrastarlos con los registrados en la historia clínica mediante NIF, Pasaporte o tarjeta sanitaria.
- Si el médico o enfermero reconoce al paciente: A la entrada en la consulta le saluda y confirma por su nombre

SiNASP sirve: medicamentos "sin orden"

DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS

Nefrólogo de guardia, paciente ingresado por disnea en aumento progresivo. Ante emergencia hipertensiva (TA 200/110), disnea, taquipnea, insuficiencia respiratoria, taquicardia tras valoración clínica del paciente, solicita a enfermero responsable para el control de la situación, oxigenoterapia con VM FIO₂1, medicación iv (nitroglicerina iv, cloruro mórfico iv, furosemida iv a dosis altas, etc). Algunos de estos fármacos no se podían sacar del armario dispensador de la unidad (Sistema Automatizado de Dispensación, SAD) sin prescripción previa. No se encontró nitroglicerina iv, con lo que fue necesario acudir a la UCI a solicitarla.

PROBLEMAS DE SEGURIDAD

El incidente llega al paciente y supuso un retraso en la asistencia inmediata ya que fue preciso solicitar la medicación a otra unidad cercana.

La falta de estandarización de la medicación que se prescribe "sin orden" en todas las unidades hace que no se tenga asegurada la disponibilidad de un determinado fármaco en caso de emergencia.

Un problema derivado de la dispensación "sin orden" es la generación de fallos de seguridad por lo que es imprescindible la implementación complementaria de medidas que reduzcan la probabilidad de error cuando se efectúa una retirada excepcional.

INVESTIGACIÓN REALIZADA

La lista de medicación "sin orden" se ha pactado con los supervisores de las diferentes unidades hospitalarias donde se han implementado los nuevos SAD ligados a la prescripción electrónica. Sin embargo esto **no es una lista estandarizada en la Institución**.

Por otro lado, la búsqueda libre de fármacos también conlleva riesgos ya que en el caso de la nitroglicerina sí se encontraba en el dispensador pero no se encontraba "libre de prescripción". La morfina, como el resto de los estupefacientes, se encuentra ubicada en cajones de máxima seguridad y sujeta a prescripción.

En el hospital Maternal ya quedó consensuada esta lista con los facultativos y supervisores responsables (figura).

MEDIDAS CORRECTORAS

- Se ha creado un **grupo multidisciplinar para consensuar** el establecimiento de esta lista de fármacos "urgentes".
- Además **se crearán kits estándares de emergencias** para poder disponer de los fármacos de forma automática "sin prescripción".

Una vez establecida esta lista se validará en el seno del Núcleo de Seguridad del HCUVA y se procederá a dar difusión a todos los usuarios del sistema.

RECOMENDACIONES

Uno de los procedimientos esenciales, considerados determinante para la seguridad de los SAD, es el establecimiento de directrices para las retiradas excepcionales de medicamentos de los SAD ("medicación sin orden"), que posibiliten la retirada urgente de un medicamento cuando la situación clínica del paciente lo justifique. Estas directrices no deben consistir exclusivamente en definir una lista con los medicamentos que sea posible retirar en estas circunstancias, ya que en la mayoría de los casos se puede disponer de tiempo suficiente para la validación.

A continuación se detallan las recomendaciones que establece el Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos (ISMP-España) de los SAD relativos a esta funcionalidad:

- Establecer directrices para las retiradas de medicación con la función "override", aprobadas por la Comisión de Farmacia y Terapéutica, u otro comité responsable de la seguridad de los medicamentos que considere la institución.
- Configurar los SAD de forma que se asegure que los medicamentos que puedan retirarse en circunstancias excepcionales se utilice sólo cuando la situación sea urgente.
- Implementar medidas que reduzcan la probabilidad de error cuando se efectúa una retirada excepcional, tales como:

1 Limitar la cantidad y presentaciones disponibles de medicamentos.

MURCIA		MEDICAMENTOS SIN ORDEN	
		SMS - HOSPITAL VIRGEN DE LA ARRIZACA	
<small>Descripción: Muestra los medicamentos codificados en los que NO se requiere una prescripción para poder dispensar.</small>			
DISPENSADOR	MEDICAMENTO CÓDIGO	MEDICAMENTO DENOMINACIÓN	ARMARIO
D01 - URG MATERNAL	P-348578	AGUA PARA INYECTABLES 10 ML B.BRALIN 20 AMP DISOLVENTE PARENT	BASE PRINCIPAL
	83011	ARGENPAL 10 VARILLAS 50 MG	BASE PRINCIPAL
	PR-001590	ATOSIBAN 6,75 MG/0,9ML VIAL 0,9 ML	NEV.URG.MATERNAL
	PR-000458	ATROPINA 1 MG AMP/VIAL 1 ML PARENT	BASE PRINCIPAL
	PR-000424	CALCIO GLUCONATO 4,6 MREJ 10 ML AMP/VIAL IV	ARMARIO AUXILIAR
	PR-000943	CAPTOPRIL 25 MG COMP VO	BASE PRINCIPAL
	PR-000615	CLORHEXIDINA 20 MG LIQUIDO USO CUTANEO 60 ML	ARMARIO AUXILIAR
	PR-001553	DEKLOFENIRAMINA 5 MG AMP/VIAL 1 ML PARENT	BASE PRINCIPAL
	PR-001309	DIAZEPAM 10 MG AMP/VIAL 2 ML PARENT	BASE PRINCIPAL
	P-348301	EFEDRINA AGUETTANT 3 MG/ML SOLUCION INYECTABLE EN JERINGAS PRECARGADAS, 30 JERINGAS DE 10 ML	ARMARIO AUXILIAR
	PR-001339	EPINEFRINA 1 MG AMP/VIAL 1 ML PARENT	BASE PRINCIPAL
	PR-001588	GLUCAGON 1 MG LIQ/0,15 1 ML PARENT	NEV.URG.MATERNAL
	PR-008434	GLUCOSA 33% G AMP/VIAL 5 ML IV	BASE PRINCIPAL
	E-32006	HEMABATE 250 MCG/ML C/10 AMPOLLAS	NEV.URG.MATERNAL
	PR-000089	KETOROLACO 30 MG AMP/VIAL 1 ML IV	ARMARIO AUXILIAR
	PR-001697	LABETALOL 100 MG AMP/VIAL 20 ML IV	ARMARIO AUXILIAR
	PR-002872	LEVETIRACETAM 500 MG/5ML AMP/VIAL 5 ML PERF IV	BASE PRINCIPAL
	PR-002441	MAGNESIO SULFATO 1,5 G /10ML (348 MG (12 MEG) MG/ML) AMP/VIAL 10 ML IV	BASE PRINCIPAL

2 Minimizar el uso de envases multidosis.

3 Incluir en directrices la necesidad de comprobar las alergias y la dosis del medicamento para el paciente.

4 Proporcionar instrucciones de preparación para los medicamentos que requieran reconstitución o dilución por enfermería.

5 Exigir un doble chequeo independiente por un segundo profesional siempre que se retiren medicamentos de alto riesgo por la institución.

6 Auditar periódicamente las retiradas excepcionales que se han realizado, a fin de analizar si estaban justificadas.

SiNASP sirve: demasiado antibiótico

DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS

Se atiende, en la madrugada, a un paciente pediátrico con una clínica que precisa tratamiento antibiótico parenteral con amoxicilina-clavulánico. Al buscar dosis del antibiótico para la patología considerada se comprueba que precisa una dosis es 100 mg/kg/día, pero se interpreta que era una dosis única diaria, en lugar de la dosis repartida en 3-4 tomas cada día. Por ello, se administró la dosis diaria total en una sola dosis. El paciente ingresó en observación para vigilancia. El error de dosificación fue identificado en el pase de visita en la mañana. No se administraron más dosis de amoxicilina-clavulánico. El paciente no mostró ninguna complicación derivada de esta administración ni en el momento ni en una revisión a las 48 - 72 horas. La evolución clínica fue satisfactoria.

PROBLEMAS DE SEGURIDAD

El incidente llegó al paciente y a pesar de que no le causó daño, precisó monitorización para comprobarlo.

- El cansancio y falta de atención por una jornada larga y sobrecargada es una situación de riesgo para este tipo de errores.
- Falta de experiencia (residente) y supervisión



- El sistema de prescripción electrónica MIRA® no generó la alerta de dosis máximas sobrepasada por toma.

INVESTIGACIÓN REALIZADA

Se comenta con adjunto responsable de seguridad de urgencias infantil y se detectan necesidades de formación del manejo del programa de prescripción MIRA®.

En horario de madrugada, no fue validado por el residente de guardia, ya que no es un fármaco de uso restringido.

Se detecta incidencia en MIRA® a la hora de generar las alertas de dosis

máximas, ya que si se mecaniza la dosis máxima por día y la dosis máxima por toma, que es la forma en que se debería realizar esta parametrización en pediatría, únicamente se genera una de las 2 alertas.

El programa MIRA® además, actualmente no permite la generación de alertas simultáneas bloqueantes (cuando se sobrepasa el límite alto no permite continuar) y no bloqueantes (cuando se sobrepasa la dosis máxima habitual, alerta y pide confirmación para continuar).

MEDIDAS CORRECTORAS

- 1 Realizar una formación más exhaustiva del manejo del programa de prescripción electrónica para los residentes de primer año. Se programa con docencia pediatría esta formación.
- 2 Se realiza sesión formativa en pediatría de manejo del programa y simulación de los errores que se generan con más frecuencia en pediatría.
- 3 Se establece acuerdo de revisión de dosis máximas para la generación de alertas en el programa
- 4 Se solicita a la empresa responsable del programa MIRA® (Inetum®) que se solucione la incidencia para que las alertas se generen tanto si se sobrepasa la dosis por toma como la dosis completa por día, así como la priorización de la mejora relaciona con los límites altos y bajos de dosis y los bloqueos que se generan.

5 Se recuerda en el servicio de urgencias infantil a los médicos residentes la importancia de consultar al adjunto responsable todas las dudas que les surjan y/o la comprobación/doble chequeo de las decisiones tomadas.



SiNASP sirve: no se aprecia el valor del agua hasta que se seca el pozo



DESCRIPCIÓN DEL INCIDENTE

En planta de oncología, se inicia a un paciente tratamiento con metotrexato a alta dosis. Se le administra pre-hidratación con 2 litros de suero glucosalino suplementado con potasio y bicarbonato. En el protocolo establecido en el programa de prescripción electrónica de quimioterapia (FARMIS-ONCOFARM®) se establece que el citostático debe iniciarse cuando el pH es mayor de 7 en las 12 horas previas al inicio. Además especifica que tras administrarle el metotrexato en 4 horas el siguiente texto: "VER PROTOCOLO.NO INICIAR MTX SIN PH>7 Y DIURESIS >60 ml/h". Estas indicaciones no se siguen por lo que al paciente se le corrige el pH pero no se le controla la diuresis, ni se le realiza hidratación parenteral, sólo oral. La sueroterapia se le administra transcurridas 18 horas por lo que la función renal del paciente queda alterada.

PROBLEMAS DE SEGURIDAD

El incidente que llegó al paciente y causó daño temporal, prolongando la hospitalización.

El protocolo de administración de MTX de alta dosis no está correctamente especificado que la hidratación intravenosa debe llevar control exhaustivo de cifras de pH y de orina cada tres horas y avisar a facultativo para su corrección.

INVESTIGACIÓN REALIZADA

Se contacta con área de farmacia Oncológica para estudiar la mejora del protocolo de FARMIS-ONCOFARM®.

El protocolo elaborado por el Servicio de oncología referente a este tratamiento, se realizó en el año 2013 por lo que precisa de actualización para revisión de los volúmenes de hidratación iniciales y los controles posteriores de pH y diuresis.

La hidratación previa y posterior a la administración de dosis altas de Metotrexato en oncología, no es una hidratación fija, sino que va variando en función de la situación y evolución del paciente por ello, no es una variable que pueda estandarizarse en el programa FARMIS-ONCOFARM®. Recomendaciones

Actualización del protocolo por parte del Servicio de oncología y difusión del mismo. Protocolización y utilización de las instrucciones de preparación, monitorización y seguimiento del paciente que va a recibir

MTX en dosis altas en el programa MIRA®

MEDIDAS CORRECToras

Desde el área de Farmacia Onco-hematológica del Servicio de Farmacia, se contacta con Oncología médica para la actualización del protocolo. Se crea un protocolo en MIRA® específico de las medidas necesarios para la hidratación de los pacientes con sarcoma y tratamiento con MTX

Productos Actuaciones Prescripción Médica

- NUTRICIÓN ENTERAL
- ONCOLOGÍA
 - ANTIEMESIS
 - CDDP
 - DESENSIBILIZACION
 - METOTREXATO**
 - ONC HIDRACION METOTREXATO SARCOMA**
 - GLUCOSALINO 3,3%+0,3% (1/3) 1000 ml. BOLSA
 - BICARBONATO SODICO 1 Molar amp 10 mL
 - POTASIO CLORURO 2 mEq/mL (2M, 14,9%) 10 mEq/5 mL // 1000 ml 40 MEQ
 - 20 MEQ // PERFIV
 - 1050 ml -> 8:00 // Diario C/8 h (8) (16) (24)
 - Mantener HIDRATACIÓN y ALCALINIZACIÓN ORINA hasta NIVELES de MTX < 0.2 micromoles/L // 1 SD // PERFIV // Diario ESPECIAL ENFERMERIA
 - Asegurar pH urinario >7 y diuresis >60 mL/hora antes de iniciar la infusión de MTX // SD // PERFIV // Diario ESPECIAL ENFERMERIA
 - Modificar HIDRATACIÓN según necesidades descritas en el protocolo // 1 SD // PERFIV // Diario 0:30
 - TOMA de CONSTANTES, DIURESIS y pH orina (LABSTIX orina) CADA 8 HORAS.
 - *Establecer desde ANTES DE LA INFUSIÓN DEL MTX hasta que los NIVELES de MTX < 0.2 micromoles/L* // 1 SD // PERFIV // Diario 0:00|8:00|16:00
 - Iniciar FOLINATO 15 mg cada 6 horas VIA ORAL a las 24 horas del inicio del MTX // 1 SD // VO // Diario 1:00
 - METOTREXATO (según Oncofarm) // 1 SD // PERFIV // Diario 1:00
 - NIVELES DE METOTREXATO // 1 SD // PERFIV // Diario 1:00
 - MONITORIZACION pH URINARIO // 1 SD // SD // Diario ESPECIAL ENFERMERIA

SiNASP sirve: el diurético perdido

DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS

Se prescribe en MIRA® como orden de tratamiento entre otros fármacos una dosis única intravenosa de furosemda para las 19:00 horas. Se informa al enfermero responsable verbalmente, que lleva una dosis urgente en ese momento de furosemda. El enfermero tras comprobar su módulo de administración del programa MIRA®, refiere que no aparece la toma urgente programada. Se comprueba que efectivamente la prescripción aparece en el módulo de prescripción pero no en el módulo de administración. La toma se "ha perdido".

PROBLEMAS DE SEGURIDAD

El incidente no llegó al paciente porque la orden de prescripción se complementó con una orden verbal. Si las dosis no aparecen en el módulo de administración se generan errores de medicación por omisión de dosis prescritas.

INVESTIGACIÓN REALIZADA

Se revisan las prescripciones médicas en MIRA®, comprobándose que se trata de un error del aplicativo. Es un



problema que se ha detectado en las últimas semanas, no es un caso aislado.

RECOMENDACIONES

Mejorar la infraestructura de base del aplicativo regional de prescripción electrónica.

MEDIDAS CORRECTORA

Se informa a la empresa del programa generando la incidencia de forma urgente y se comenta en la reunión de seguimiento semanal de incidencias.

SiNASP sirve: olvidar una gasa no tiene guasa

Cualquier tipo de material utilizado durante una intervención quirúrgica es susceptible de olvido, aunque por su frecuencia las gasas o compresas son los más habituales.

Desarrollar e implementar procesos efectivos de recuento y mantener un ambiente de responsabilidad compartida para la prevención del olvido de material quirúrgico son claves para minimizar este riesgo.

DESCRIPCIÓN DEL INCIDENTE

Durante cirugía programada de resección de tumor mediastínico se deja gasa quirúrgica en la cavidad pleural. No se realizó recuento de gasas previo al cierre quirúrgico. El primer día del postoperatorio se observa cuerpo extraño en radiografía de tórax de control, tras lo cual se decide cirugía urgente para extraer la gasa.

PROBLEMA DE SEGURIDAD

Incidente de seguridad que puede comportar graves lesiones en el paciente (infección, obstrucción, dolor, reintervención...incluso la muerte).

Aunque la probabilidad de recurrencia sea muy infrecuente, es un elemento clave a tener muy en cuenta por la alta frecuencia del proceso.



INVESTIGACIÓN REALIZADA

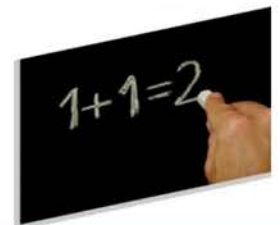
Tras realizar la investigación, se comprueba que no se realizó de forma correcta el recuento de gasas previo al cierre quirúrgico. **Check list quirúrgico no realizado correctamente.**

Como consecuencia, al día siguiente la paciente tiene que ser reintervenida.

MEDIDAS CORRECTORA

Se han llevado a cabo diversas reuniones dirigidas a todo el personal de Enfermería de quirófano programado, para recordar la importancia de este hecho y sus consecuencias.

Conjuntamente, desde ese momento, para facilitar el recuento de gasas se realiza un cambio que consiste en poner una batea en los pies de la mesa quirúrgica, para ir depositando las gasas (ya que son más pequeñas que las compresas) y de esta forma el recuento sea más visible.



SiNASP sirve: problemas en las vías

EXTRAVASACIÓN

Descripción del incidente

Administración de un quimioterápico a través del porth-a-cath. Al quejarse el paciente de dolor, acude una enfermera y detiene perfusión sospechando extravasación. Se consulta con una segunda enfermera que avisa al enfermero responsable de ese paciente para que actúe.

El enfermero se queda quieto sin actuar. Es la segunda enfermera quien se hace cargo, tomando las medidas específicas para la extravasación de ese fármaco y avisando al oncólogo responsable del paciente

Problemas de seguridad

Existe riesgo de daño permanente por extravasación de quimioterapia

Investigación realizada

El enfermero no supo cómo actuar y se quedó bloqueado. Era un enfermero con poca experiencia en la unidad, pero, conocedor de los procedimientos y dónde consultarlos. A los pocos días el enfermero decidió salir de la unidad.

Medidas correctoras

Se propone recordar periódicamente a la plantilla dónde se encuentran los procedimientos ante extravasación



NUTRICION PARENTERAL

Descripción del incidente

Al ir los estudiantes a poner un suero al paciente, el familiar le avisa que no se puede poner suero en la vía donde lleva la nutrición parenteral. Avisan a los enfermeros de planta y se percatan de que, donde está colocado el filtro de la nutrición parenteral, tiene la vía central

abierta y la nutrición parenteral conectada en la vía.

Problemas de seguridad

Vía de administración incorrecta.

Riesgo de infección cuidado inadecuado del acceso venoso

Investigación realizada

No sabemos en qué Unidad ha sucedido. Existe un protocolo de nutrición parenteral en pacientes adultos, protocolos de cuidado de accesos venosos centrales y periféricos Y normas de acogida y tutorización de alumnos.

Medidas correctoras

Distribución, antes del nuevo curso, de las pautas de tutorización. Envío para distribución de protocolos actualizados.

SiNASP sirve: sin pegatina, la epidural no atina

DESCRIPCIÓN DEL INCIDENTE

Paciente que llega procedente de quirófano y es portador de catéter epidural. Se instaura analgesia epidural a 6 ml/h, sueroterapia y otras perfusiones según prescripción.

Al conectar el tratamiento para infusión hay una confusión de sistemas iniciando la analgesia epidural a 21 ml y la sueroterapia a 6 ml/h.

PROBLEMAS DE SEGURIDAD

Administración de fármacos por vía errónea y dosis incorrecta

INVESTIGACIÓN REALIZADA

Se habla con el Supervisor de RRMM y nos dice que los sistemas de analgesia epidural llevan una pegatina amarilla que hay que colocar para diferenciar.

Además, el jefe de servicio de ginecología ha solicitado incorporar material para epidural con conexión NRFIT que no es compatible con Luer-Lues

MEDIDAS CORRECTORAS

- Utilizar las pegatinas distintivas suministradas con el material epidural.
- Implementar una conexión no compatible con sistemas intravenosos.



SiNASP sirve: los ensayos clínicos siguen un protocolo



DESCRIPCIÓN DEL INCIDENTE

En la sala de tratamientos de Hospital de día a un paciente se le está administrando un tratamiento de quimioterapia (ensayo clínico) por vía intravenosa. El familiar del paciente acude a la Unidad de Investigación diciendo que "la enfermera ha empezado a ponerle el tratamiento sin que le saquen sangre".

La responsable de la Unidad de investigación confirma que el paciente requiere una extracción previa al inicio del tratamiento.

La enfermera responsable del paciente había iniciado tratamiento sin consultar la plantilla del paciente en ensayo clínico en la Unidad de investigación, por lo que tampoco existe una toma de constantes pre-dosis. La enfermera detuvo perfusión, tomó y anotó constantes y extrajo tubo de sangre.

PROBLEMAS DE SEGURIDAD

El tratamiento del paciente pudo verse suspendido por no adecuarse al protocolo

INVESTIGACIÓN REALIZADA

Se confirma lo que se comunica en la notificación

MEDIDAS CORRECTORAS

Se recomienda incidir en la comunicación de los ensayos clínicos. La enfermera de investigación irá a las reuniones a comunicar los nuevos ensayos y el protocolo que requiere.

Además, les proporcionará un documento con las actividades asociadas necesarias en cada caso, que antes estaba en la Unidad de investigación junto a la sala de tratamientos.