



FUNDACIÓN POR LA INVESTIGACIÓN,
DOCENCIA E INNOVACIÓN EN SEGURIDAD DEL PACIENTE

**La Seguridad
farmacoterapéutica en un
Servicio de Urgencias.
Qué aporta el
Farmacéutico?**

**XII Curso Gestión
Integral del Medicamento en
los Servicios de Urgencias
Hospitalarios**

**Hospital General Universitario
Gregorio Marañón
23 noviembre 2018**

Dr. Santiago Tomás Vecina

Jefe de la Unidad de Calidad
y Seguridad del Paciente- BSA

Director Fundación FIDISP

Guión

- I. Qué es FIDISP?
- II. ¿Seguridad del Paciente en Urgencias?
- III. ¿Medicación en Urgencias?
- IV. Algunas iniciativas...
- V. ¡Ponga un farmacéutico en su vida (urgencias)!





Tweets 2.050 Siguiendo 715 Seguidores 861 Me gusta 509

Fundacion Fidisp

@fundacionfidisp

Fundación por la #Investigación, #Docencia e #Innovación en Seguridad del Paciente. #SeguridadPaciente #PatientSafety #SegPac #psafety

fidisp.org

Se unió en agosto de 2013

342 fotos y videos



Tweets Tweets y respuestas Mult...

Tweet fijado

Fundacion Fidisp @fundacionfidisp · 3 nov. NUEVA ENTRADA | 25 expertos de @sespas y @oms limitarán las consecuencias de la #Histerogenia



Retweetado por ti

Santi Tomas @stomastvecina · 10 nov. Jesús M. Aranzáiz La Atención Centrada en Pruebas está sustituyendo a la Atención Centrada en el Paciente | sanidad.com/100036/jesus-m... via @sanidad

A quién seguir · Actualizado

- Luis Aranton @luisaranton Seguir
- Zulema Gancedo @zulemagancedo Seguir
- AIES eSalud @aiesesalud Seguir

Inicio

- Publicaciones
- Videos
- Fotos
- Información
- Comunidad
- Eventos
- Opiniones

Crear una página

Web: www.fidisp.org

Facebook: [fundacionfidisp](https://www.facebook.com/fundacionfidisp)

Twitter: [@fundacionfidisp](https://twitter.com/fundacionfidisp)

Linkedin: [Fundacion Fidisp](https://www.linkedin.com/company/fundacionfidisp)

Email: fundacionfidisp@fidisp.org

Newsletter: fidisp.org (suscripción)

www.fidisp.org
[fundacionfidisp](https://www.facebook.com/fundacionfidisp)
[@fundacionfidisp](https://twitter.com/fundacionfidisp)
[Fundacion Fidisp](https://www.linkedin.com/company/fundacionfidisp)

fundacionfidisp@fidisp.org

fidisp.org (suscripción)

Enviar mensaje

Empresa médica

Comunidad [Ver todo](#)

A 629 personas les gusta esto

835 personas siguen esto

Información [Ver todo](#)

www.fidisp.org

Empresa médica

Personas [Ver todo](#)

629 Me gusta

Personas a las que también les gusta

PRIM Fisioterapia y Rehabilitación Fisioterapeuta

Fundación Dr. Antonio Esteve Medicina y salud.

Agencia de Calidad Sanitaria de... Medicina y salud.

Páginas que le gustan a esta página

World Health Organization

Myhappyidea.com

UNT University of North Texas

Español (España) - Català - English (US) - Português (Brasil) - Français (France)

Posgrado en Simulación Clínica e Innovación docente

Organizado por el Instituto Superior de Derecho y Economía (ISDE), en Madrid (noviembre 2017 - junio 2018) con 30 créditos ECTS. Está especialmente dirigido a profesionales asistenciales en general, así como a docentes clínicos, mandos intermedios y responsables de la mejora de los equipos asistenciales. Más información...



Se ha publicado... Medication incidents in primary care medicine: a prospective study in the Swiss Sentinel Surveillance Network (Sentinella). Gräßinger M, Conen D, Harzig L, et al. BMC Open 2017;7(6):3658. doi: 10.1136/bmjopen-2016-013658. Ver Más... Comparación de la herramienta Trigger con el conjunto mínimo básico de datos (CMBSD) para la detección de eventos adversos en cirugía general Rev Calidad Asistencial 2017;32:209-14. DOI: 10.1016/j.caa.2017.01.001. Ver Más...



Contato Suscripción al boletín Políticas Fundación FIDISP ©2017

... cursos y entrenamientos, presenciales y virtuales, adaptados a las necesidades de profesionales y personas interesadas en mejorar la calidad asistencial y la seguridad del paciente.

Servicio de atención al paciente, consultoría dirigida a mejorar la calidad asistencial y seguridad del paciente, diagnóstico, formación y implantación de medidas de riesgos asistenciales.



Los médicos revisan y actualizan su juramento hipocrático

La Asociación Médica Mundial modifica la Declaración de Ginebra, considerada el código deontológico moderno. REDACCIÓNMEDICA.COM

Me gusta Comentar Compartir

A Manel Ramon Chanovas Borrás, Maria Cruz Martin y Victoria Yela Ruiz les gusta esto. Se ha compartido 1 vez

Fundación Fidisp por la Seguridad del Paciente ha añadido 3 fotos nuevas en República Dominicana. 26 de octubre a las 5:53

Esta semana fuimos invitados a impartir un curso sobre la norma UNE 179003 de Seguridad del Paciente, y un taller de manejo de herramientas de gestión en Santo Domingo, República Dominicana. Gracias al Ministerio de Administración Pública - MAP RD por su hospitalidad y todos los asistentes por su participación.

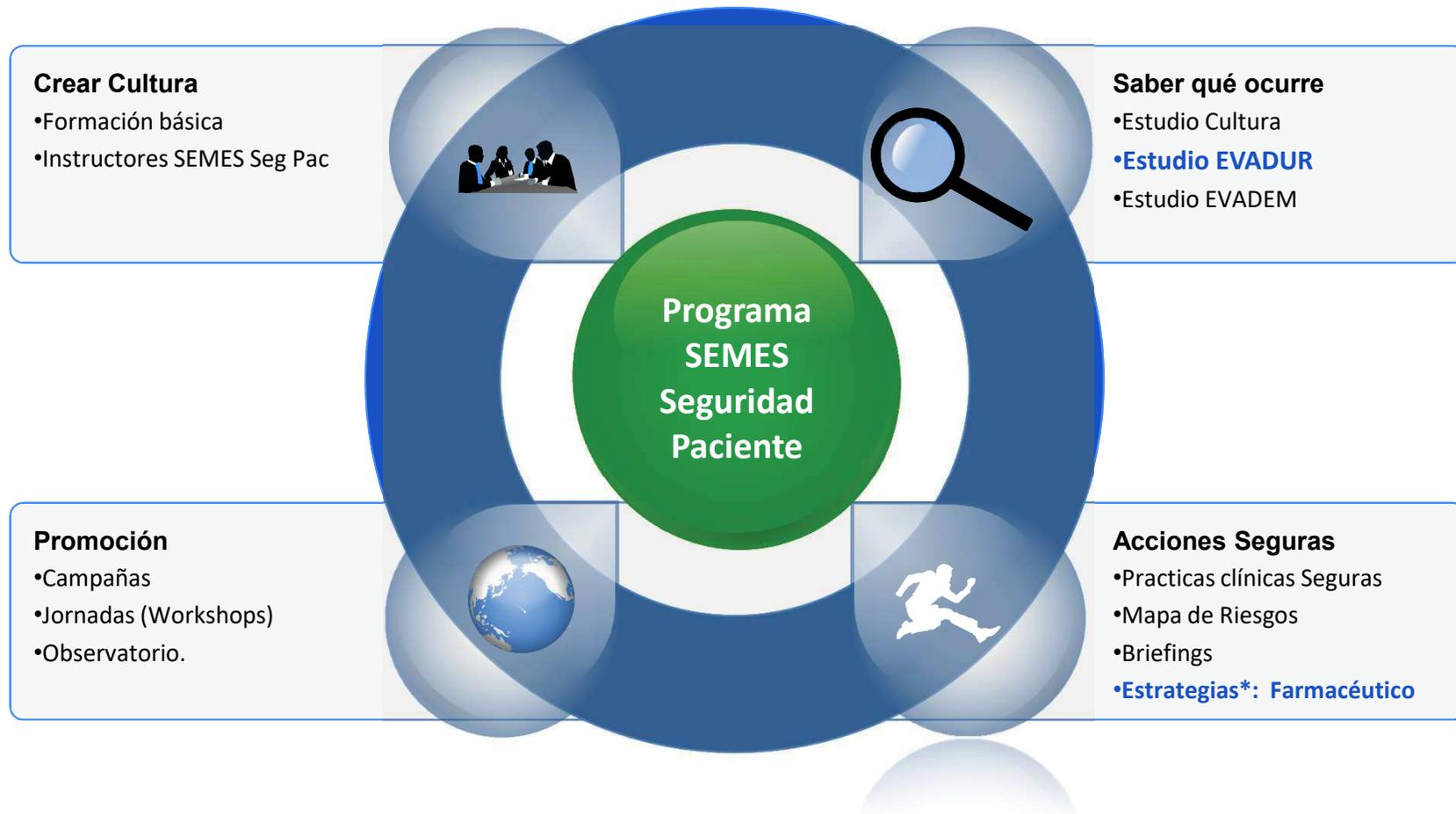


II- ¿Seguridad del Paciente en Urgencias?



ANTECEDENTES SEGURIDAD PACIENTE URGENCIAS...

PROGRAMA SEMES **Seguridad Paciente (2008-2013)**



Formación de Instructores SEMES en Seguridad del Paciente (2008-2013)



Instructores Seguridad Paciente SEMES

332 alumnos – 11 cursos

247 instructores





FUNDACIÓN MAPFRE

En URGENCIAS, la seguridad del paciente está en nuestras MANOS

- 1. SIEMPRE DESPUÉS REALIZA LA ANAMNESIS**
Realiza la anamnesis de forma ordenada y sistemática, preguntando por los antecedentes personales, familiares y sociales del paciente.
- 2. SIEMPRE DESPUÉS VALORA EL DOLOR**
El dolor es un síntoma que puede ser el origen de una patología grave. Valora el dolor de forma sistemática y documenta su evolución.
- 3. SIEMPRE DESPUÉS COMPROBA EL PULSO**
El pulso es un signo vital que puede ser el origen de una patología grave. Comproba el pulso de forma sistemática y documenta su evolución.
- 4. SIEMPRE DESPUÉS COMPROBA LA TENSIÓN ARTERIAL**
La tensión arterial es un signo vital que puede ser el origen de una patología grave. Comproba la tensión arterial de forma sistemática y documenta su evolución.
- 5. SIEMPRE DESPUÉS COMPROBA LA FRECUENCIA RESPIRATORIA**
La frecuencia respiratoria es un signo vital que puede ser el origen de una patología grave. Comproba la frecuencia respiratoria de forma sistemática y documenta su evolución.
- 6. SIEMPRE DESPUÉS COMPROBA LA FRECUENCIA CARDÍACA**
La frecuencia cardíaca es un signo vital que puede ser el origen de una patología grave. Comproba la frecuencia cardíaca de forma sistemática y documenta su evolución.
- 7. SIEMPRE DESPUÉS COMPROBA LA TEMPERATURA**
La temperatura es un signo vital que puede ser el origen de una patología grave. Comproba la temperatura de forma sistemática y documenta su evolución.
- 8. SIEMPRE DESPUÉS COMPROBA EL NIVEL DE CONCIENCIA**
El nivel de conciencia es un signo vital que puede ser el origen de una patología grave. Comproba el nivel de conciencia de forma sistemática y documenta su evolución.
- 9. SIEMPRE DESPUÉS COMPROBA EL NIVEL DE SATURACIÓN DE OXÍGENO**
El nivel de saturación de oxígeno es un signo vital que puede ser el origen de una patología grave. Comproba el nivel de saturación de oxígeno de forma sistemática y documenta su evolución.
- 10. SIEMPRE DESPUÉS COMPROBA EL NIVEL DE GLUCOSA**
El nivel de glucosa es un signo vital que puede ser el origen de una patología grave. Comproba el nivel de glucosa de forma sistemática y documenta su evolución.

ACTIVA
COMPROBAME
SÍNTOMAS
AL PACIENTE
COMO
COMO
COMO
COMO
COMO
COMO
COMO
COMO
COMO
COMO

FUNDACIÓN MAPFRE

En URGENCIAS, LA SEGURIDAD del paciente ESTÁ EN NUESTRAS MANOS

- 1. ES FÁCIL MINIMIZAR LOS EVENTOS ADVERSOS**
Los eventos adversos son incidentes que ocurren durante el proceso de atención al paciente y que pueden causar daño. Se pueden evitar siguiendo unas sencillas normas de seguridad.
- 2. COMPROBAME**
Comproba siempre los datos de identificación del paciente y del procedimiento.
- 3. SIEMPRE DESPUÉS COMPROBA EL PULSO**
El pulso es un signo vital que puede ser el origen de una patología grave. Comproba el pulso de forma sistemática y documenta su evolución.
- 4. SIEMPRE DESPUÉS COMPROBA LA TENSIÓN ARTERIAL**
La tensión arterial es un signo vital que puede ser el origen de una patología grave. Comproba la tensión arterial de forma sistemática y documenta su evolución.
- 5. SIEMPRE DESPUÉS COMPROBA LA FRECUENCIA RESPIRATORIA**
La frecuencia respiratoria es un signo vital que puede ser el origen de una patología grave. Comproba la frecuencia respiratoria de forma sistemática y documenta su evolución.

FUNDACIÓN MAPFRE



EN URGENCIAS,

1 Manos limpias

Realiza la higiene de tus manos con productos de base alcohólica en los 5 momentos recomendados por la OMS.

Reducirás el riesgo de infecciones.

Las infecciones suponen el 2% de los eventos adversos (EA) que aparecen en los pacientes de urgencias. ⁽¹⁾

2 Conoce al paciente como a la palma de tu mano

Comprueba siempre su identidad y verifica su historia clínica.

Descartarás confusiones.

El error en la identificación del paciente es la causa del 4% de los EA que se detectan. ⁽¹⁾

3 Mano firme con la medicación

Asegúrate de que la prescripción es la adecuada, verifica las alergias, identifica bien el fármaco, ajusta la dosis y adminístralo correctamente.

Disminuirás los riesgos con la medicación.

Los problemas relacionados con la medicación suponen un 24% de los EA. ⁽²⁾ La mayoría, causados por omisión de dosis, dosis incorrecta o error en la medicación. ⁽¹⁾

Identificación

Infecciones

Medicación

¿Qué entendemos por Seguridad del Paciente?

La **Seguridad del Paciente** es la reducción del riesgo de daño innecesario asociado a la atención sanitaria.



Seguridad Paciente en España

Eventos adversos: estudios más relevantes

Características	Estudio EARCAS	Estudio ENEAS	Estudio APEAS	Estudio EVADUR
Tipo de estudio	Cualitativo	Cohorte histórica	Prevalencia	Cohorte histórica
Tipo de población	Pacientes y residentes en HML y RSS	Pacientes atendidos en hospitales de agudos	Pacientes atendidos en centros de atención primaria	Pacientes atendidos en servicios de urgencias hospitalarios
Frecuencia	No determinable	9,3% (IC: 8,6-10,1)	11,18% (IC:10,5 - 11,8)	12%
Eventos adversos más comunes	Relacionados con los cuidados Relacionados con la medicación Relacionados con la infección Relacionados con la valoración	Relacionados con la medicación Relacionados con la infección Relacionados con un procedimiento Relacionados con los cuidados	Relacionados con la medicación Empeoramiento de enfermedad de base Relacionados con un procedimiento Relacionados con la infección	Relacionados con medicación Relacionados con formación Relacionados con técnicas y procedimientos Relacionados con la comunicación
evitabilidad	???	42,8%	70,2%	70%

1- Impacto en los pacientes

Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización. ENEAS 2005

Informe. Febrero 2006

Estudio APEAS

Estudio sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria de salud

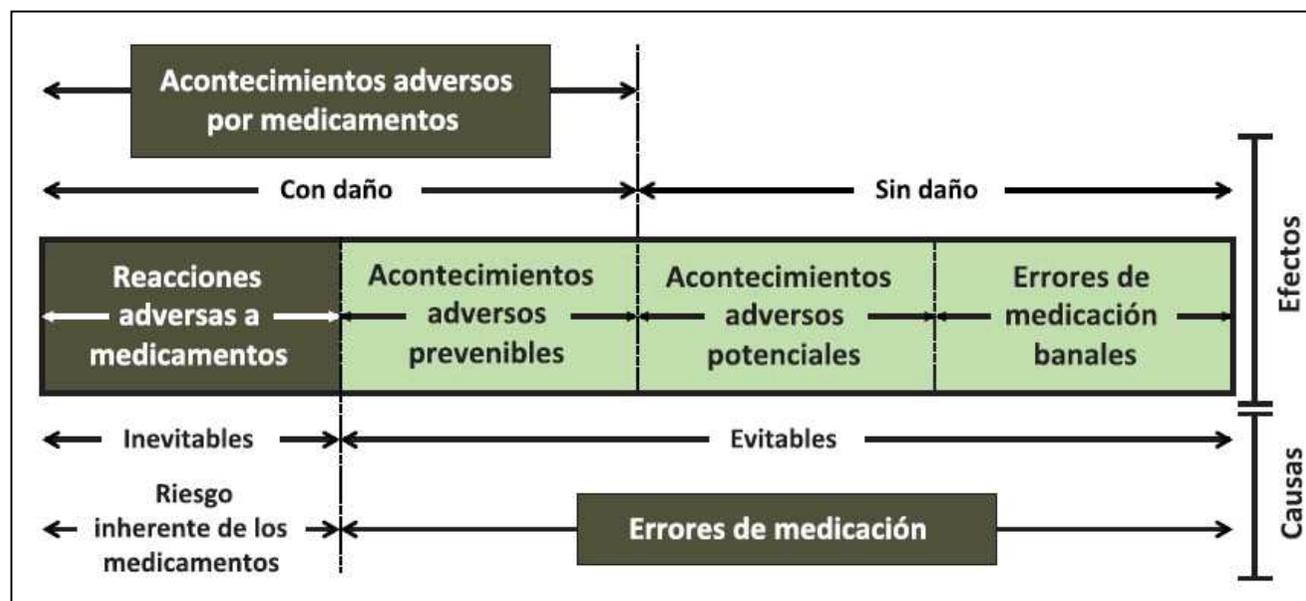
ORIGINAL

EVADUR: eventos adversos ligados a la asistencia en los servicios de urgencias de hospitales españoles

SANTIAGO TOMÁS¹, MANEL CHANOVAS², FERMI ROQUETA³, JULIÁN ALCARAZ⁴, TOMÁS TORANZO⁵ Y GRUPO DE TRABAJO EVADUR-SEMES

¹Servicio Integral de Urgencias, Hospital Municipal de Badalona-BSA, Barcelona, España. ²Servicio de Urgencias, Hospital Verge de la Cinta-Tortosa, Tarragona, España. ³Servicio de Urgencias, Fundació Althaia, Manresa, Barcelona, España. ⁴Servicio de Urgencias, Hospital Morales Messeguer, Murcia, España. ⁵Servicio de Urgencias, Hospital Virgen de la Concha, Zamora, España.

ACTIVIDAD ESPAÑA 2013	HOSPITAL	ATENCIÓN PRIMARIA	URGENCIAS
ESTUDIO	ENEAS (2006)	APEAS (2008)	EVADUR (2011)
TASA	9,3%	1,86/1000	12%
ACTIVIDAD	4.000.000	375.000.000	20.500.000
INCIDENTES	336.000	697.500	2.460.000
TASA EA GRAVES	16%	7,3%	2,8%
EA GRAVES	53.760	50.917	68.880
TASA EVITABILIDAD	43%	70%	72%
EVITABILIDAD	23.116	35.641	49.593



Incidencia de eventos adversos (EA), evitabilidad y acontecimientos adversos por medicamentos (AAM)

	EA (%)	Evitabilidad (%)	AAM (%)
ENEAS ⁴	9,3%	42,8%	37,4%
APEAS ⁵	1,0%	70,2%	48,2%
EVADUR ⁶	12,0%	69,1%	24,1%
IBEAS ⁷	10,5%	60%	10,1%
CONFIANZA ⁸	2,9%	50%	20,8%

Seguridad Paciente Urgencias

ORIGINAL

EVADUR: eventos adversos ligados a la asistencia en los servicios de urgencias de hospitales españoles

SANTIAGO TOMÁS¹, MANEL CHANOVAS², FERMÍ ROQUETA³, JULIÁN ALCARAZ⁴, TOMÁS TORANZO⁵ Y GRUPO DE TRABAJO EVADUR-SEMES

¹Servicio Integral de Urgencias, Hospital Municipal de Badalona-BSA, Barcelona, España. ²Servicio de Urgencias, Hospital Verge de la Cinta-Tortosa, Tarragona, España. ³Servicio de Urgencias, Fundació Althaia, Manresa, Barcelona, España. ⁴Servicio de Urgencias, Hospital Morales Messeguer, Murcia, España. ⁵Servicio de Urgencias, Hospital Virgen de la Concha, Zamora, España.

CORRESPONDENCIA:
Dr. S. Tomás
C/ Rosselló 327, 6º, 2º
08037 Barcelona
E-mail:
seguridadpaciente@semes.org

FECHA DE RECEPCIÓN:
18-10-2010

FECHA DE ACEPTACIÓN:
4-11-2010

CONFLICTO DE INTERESES:
Ninguno

FINANCIACIÓN:
Realizado gracias a una beca de investigación de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES) año 2009.

PRESENTACIONES PREVIAS:
Presentado en el XXI Congreso Nacional de SBMES celebrado en Pamplona así como en el XXVIII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Calidad Asistencial, donde recibió el premio a la mejor comunicación oral.

Objetivos: 1) Analizar la incidencia de eventos adversos (EA) y sus características en términos de causas, evitabilidad y consecuencias, en pacientes visitados en servicios de urgencias de hospitales españoles (SU). 2) Conocer la proporción de visitas realizadas a los SU motivadas por EA derivadas de asistencias previas hospitalarias y no hospitalarias (EA por episodio previo). 3) Conocer el valor predictivo de las herramientas de cribaje aplicadas a los SU.

Método: Estudio descriptivo, longitudinal, prospectivo y multicéntrico realizado en 21 SU españoles. Durante 7 días diferentes (equivalentes a días semanales) entre octubre y diciembre de 2009 se siguió en tiempo real (24 horas) la asistencia en pacientes seleccionados aleatoriamente, y registraron los EA y sus características. Cada EA fue revisado posteriormente por evaluadores externos. Se realizó también un seguimiento posterior a los 7 días del alta del SU en búsqueda de EA tardíos. Previo al estudio se practicó un pilotaje para la validación de las herramientas y la concordancia de exploradores.

Resultados: Se incluyeron en el estudio 3.854 pacientes, de los que 462 (12%) presentaron al menos 1 incidente o EA (505 EA; 1,03 EA/paciente con EA 0,18 EA/viata): 44 EA (1,1%) eran incidentes que no llegaron al paciente, 184 (4,8%) llegaron sin daño y 277 (7,2%) incidentes con daño. Un total de 217 (43%) incidentes y/o EA se detectaron en el seguimiento. Se encontró una relación significativa entre factores de riesgo extrínsecos e intrínsecos y la aparición de un EA. En un 54,8% la atención sanitaria no se vio afectada. Se consideró evitable un 70% de los EA y evidencia de fallo de actuación en el 54,6% de EA. La mortalidad relacionada con el EA fue del 0,05%. Sólo constaban en el informe asistencial el 17% de todos los incidentes y EA. Un 7,5% de las visitas a urgencias debieron a un EA previo. Los efectos derivados del proceso, medicación y procedimientos fueron los más frecuentes, mientras que las causas más involucradas fueron las relacionadas con cuidados, medicación, diagnóstico y comunicación, que fueron factores de riesgo independientes.

Conclusiones: Un 12% de los pacientes visitados en un SU sufren algún tipo de incidente o EA. Los EA en los SU tienen una elevada evitabilidad (70%), y es recomendable establecer medidas en el seguimiento para prevenir la aparición de EA. [Emergencias 2010;22:415-428]

Palabras clave: EVADUR. Urgencias. Eventos adversos. Seguridad paciente. Gestión de riesgos.

Introducción

La seguridad del paciente es un componente esencial de la calidad asistencial. Es también una prioridad de la asistencia sanitaria, ya que su complejidad entraña riesgos potenciales por los múltiples factores que condicionan las decisiones clínicas,

el proceso asistencial y los cuidados, que pueden causar daño e incluso la muerte del paciente. Estudios realizados en diferentes países cifran la tasa de eventos adversos (EA) entre un 4 y un 17% de los pacientes hospitalizados, de los que aproximadamente un 50% son considerados como evitables en función del tipo de estudio^{1,2}. En España, el estudio

Emergencias 2010; 22: 415-428

415

Revista Científica de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias

Volumen 22 - Número 6 - Diciembre 2010

EMERGENCIAS

EDITORIALES

401 *Nenikakamen* (¡Hemos vencido!)
Miró O.

404 EMERGENCIAS: otra revista europea con factor de impacto para la investigación de los *urgenciólogos*
Graham CA.

406 EMERGENCIAS en el *Science Citation Index Expanded*
Rozman C.

EDITORIALES

408 Factores que determinan la reconsulta a urgencias tras una atención urgente por el consumo de cocaína
Miró O, Galicia M, Sánchez M, Nogué S.

415 EVADUR: eventos adversos ligados a la asistencia en los servicios de urgencias de hospitales españoles
Tomás S, Chanovas M, Roqueta F, Alcaraz J, Toranzo T y Grupo de Trabajo EVADUR-SEMES

429 La extracción de un hemograma antes de la valoración médica retrasa la administración de antibióticos en los pacientes con fiebre neutropénica en urgencias
Bani-Yakov M, Elkhwary S, Kis A, Schall MJ.

435 Diferencias entre hombres y mujeres en las características de las intoxicaciones
Clemente Rodríguez C, Aguirre Tejedo A, Echarte Pazos JL, Puente Palacios I, Iglesias Lepine MI, Supervia Caparrós A.

ORIGINAL BREVE

441 Asistencia domiciliar de urgencia a enfermos paliativos por unidades extrahospitalarias: factores asociados a la resolución de la consulta en el domicilio
Saldaña Martínez MJ, Vegas Ibáñez F, Cebalera Leu N.

REVISIONES

445 Evaluación de riesgos laborales para el personal sanitario de los servicios de urgencias de atención primaria
Fernández Lerones MJ, De la Fuente Rodríguez A.

451 Intoxicación por monóxido de carbono: claves fisiopatológicas para un buen tratamiento
Oliv G, Nogué S, Miró O.

ARTÍCULO ESPECIAL

460 Para que nada ni nadie se quede sin investigar: la Acción Estratégica en Salud (AES) en el contexto del fomento y promoción de la I+D+i biosanitarias
Fernández-Formoso JA, Pérez-Ortega JM, Sanz-Martal E, Blázquez-Herranz M.

IMÁGENES

470 Síndrome de Stevens-Johnson
Sánchez Blanco B.

471 Hernia diafragmática secundaria a una oclusión intestinal
Córdoba López A, et al.

CARTAS AL EDITOR

472 Edema agudo de pulmón no cardiogénico secundario a tamoxifeno
Marchena Iglesias PJ, et al.

473 Avulsión traumática del nervio óptico
Punfils Orgera MI, et al.

474 Hallazgo inusual de una masa mediastínica: quiste pericárdico
Alonso Vega I, et al.

474 Pustulosis aguda exantemática generalizada inducida por clindamicina
Fernández Nuñez JM, et al.

476 Disminución fluctuante del nivel de conciencia en un paciente con fibrilación auricular
Rodrigo Boñuelos M, et al.

477 Las *smart-drugs*: un nuevo reto clínico en urgencias y emergencias
Bunillo-Palaz G, et al.

478 Dolor y síndrome de Guillain-Barré
Herrero Antón MJ, et al.

479 Parestias poscionales en una extremidad superior en una mujer joven
García Martín D, et al.

Incluida en *Science Citation Index Expanded* desde 2008 y en *Journal Citation Reports* desde 2010

emergencias.semes.org

Nenikakamen, ¡Hemos vencido! Web of Science ha aceptado la inclusión de EMERGENCIAS en su repertorio de revistas indexadas (...) de manera que (...) a mitad de 2011 EMERGENCIAS tendrá su primer factor de impacto correspondiente a 2010.

Emergencias 2010; 22: 415-428

Tabla 5. Descripción de efectos que se produjeron sobre el paciente

Grupo de efectos	Suma	% sobre Inc/EA*	% sobre efectos**	% sobre grupo	% grupo sobre Inc/EA*	% grupo sobre efectos**
Relacionados con un procedimiento					17,4	11,7
Hemorragia/hematoma relacionadas con procedimiento o intervención	24	5,8	3,9	33,3		
Hematuria relacionada con sondaje	6	1,4	0,9	8,3		
Trastorno circulatorio/férula ajustada	7	1,7	1,1	9,7		
Deshicencia de suturas	1	0,2	0,2	1,4		
Seroma, abscesos o granulomas	2	0,5	0,3	2,8		
Otras complicaciones tras intervención quirúrgica o procedimiento	32	7,7	5,2	44,4		
Relacionados con infección					2,9	1,9
Infección de herida quirúrgica y/o traumática	8	1,9	1,3	66,7		
Infección tracto urinario asociada a sondaje	1	0,2	0,2	8,3		
Bacteriemia asociada a dispositivo/sepsis	1	0,2	0,2	8,3		
Neumonía por aspiración	2	0,5	0,3	16,7		
Relacionados con los cuidados					9,4	6,3
Flebitis	20	4,8	3,3	51,3		
Quemaduras, erosiones, caídas y contusiones (incluyendo fracturas)	5	1,2	0,8	12,8		
Otras consecuencias de los cuidados	14	3,4	2,3	35,9		
Relacionados con el proceso					68,6	46,2
Peor curso evolutivo de la enfermedad de base	88	21,3	14,3	31,0		
Necesidad de repetir el procedimiento o visita	144	34,8	23,4	50,7		
Ansiedad, estrés o depresión	52	12,6	8,5	18,3		
Relacionados con la medicación					35,7	24,1
Náuseas, vómitos o diarrea secundarios a medicación	28	6,8	4,6	18,9		
Malestar o dolor por fármacos (epigastralgia)	15	3,6	2,4	10,1		
Prurito, rash o lesiones dérmicas reactivas a fármacos o apósitos	15	3,6	2,4	10,1		
Manifestaciones alérgicas sistémicas	2	0,5	0,3	1,3		
Cefalea por fármacos	2	0,5	0,3	1,3		
Alteraciones neurológicas por fármacos	6	1,4	1,0	4,0		
Estreñimiento	2	0,5	0,3	1,3		
Hipotensión por fármacos	4	1,0	0,6	2,7		
Mal control de la presión arterial	9	2,2	1,5	6,1		
Hemorragia por anticoagulación	4	1,0	0,6	2,7		
Infarto agudo de miocardio, ictus, tromboembolismo pulmonar	1	0,2	0,2	0,7		
Desequilibrio de electrolitos	2	0,5	0,3	1,3		
Edemas, insuficiencia cardíaca y shock	1	0,2	0,2	0,7		
Alteración del ritmo cardíaco o actividad eléctrica por fármacos	2	0,5	0,3	1,3		
Alteración función orgánica (renal, hepática, otras...)	2	0,5	0,3	1,3		
Mal control de la glucemia	7	1,7	1,1	4,7		
Neutropenia	1	0,2	0,2	0,7		
Mal manejo del dolor	45	10,9	7,3	30,4		
Otros	59	14,2	9,6		14,2	9,6
Total efectos	614	148,3	100,0		148,3	100,0

En Urgencias: 56,4%
En seguimiento (< 7 días): 43,5%

Estudio EVADUR: Causas EA por medicación

	Eventos con dicho factor +	% sobre el total de eventos	Incidente	EA	Porcentaje del grupo sobre el total de eventos	Porcentaje del grupo sobre el total de factores causales
RAM	68	13,47	11	57	13,47	8,23
Medicamento erróneo	15	2,97	9	6	 38%	 23%
Dosis incorrecta	24	4,75	13	11		
Omisión de dosis o medicación	45	8,91	17	28		
Frecuencia de administración incorrecta	9	1,78	5	4		
Error de preparación o manipulación	0	0,00	0	0		
Monitorización insuficiente	11	2,18	3	8		
Error de dispensación	4	0,79	2	2		
Paciente equivocado	0	0,00	0	0		
Duración del tratamiento incorrecta	4	0,79	0	4		
Falta de adherencia al tratamiento	2	0,40	1	1		
Interacción medicamentosa	8	1,58	1	7	24,16	14,77

Conclusion: Medication errors in the ED are common, and most errors occur in the prescribing and administering phases. Boarded patient status, increasing number of medications orders, increasing number of medications administered, and part-time nursing status are associated with an increased risk of medication error. [Ann Emerg Med. 2010;55:522-526.]

Mapas de Riesgos de la Atención Urgente

DISEÑO Y VALIDACION DE UN MAPA DE RIESGOS PARA LA MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS HOSPITALARIOS.

PROYECTO FINANCIADO POR UNA AYUDA A LA INVESTIGACIÓN DE LA FUNDACIÓN MAPFRE (convocatoria 2010)

Investigadores:

Santiago Tomás Vecina, Manel Chanovas Borrás, Fermi Roqueta Egea.

Entidad:

Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias

- Detección riesgos de la Asistencia Urgente Hospitalaria.
- Complementado a partir de la fuentes de datos de Seguridad Paciente en Urgencias.
- Revisión y consenso por expertos (técnica Delphi).
- Validación entre 23 servicios de urgencias hospitalarios españoles.

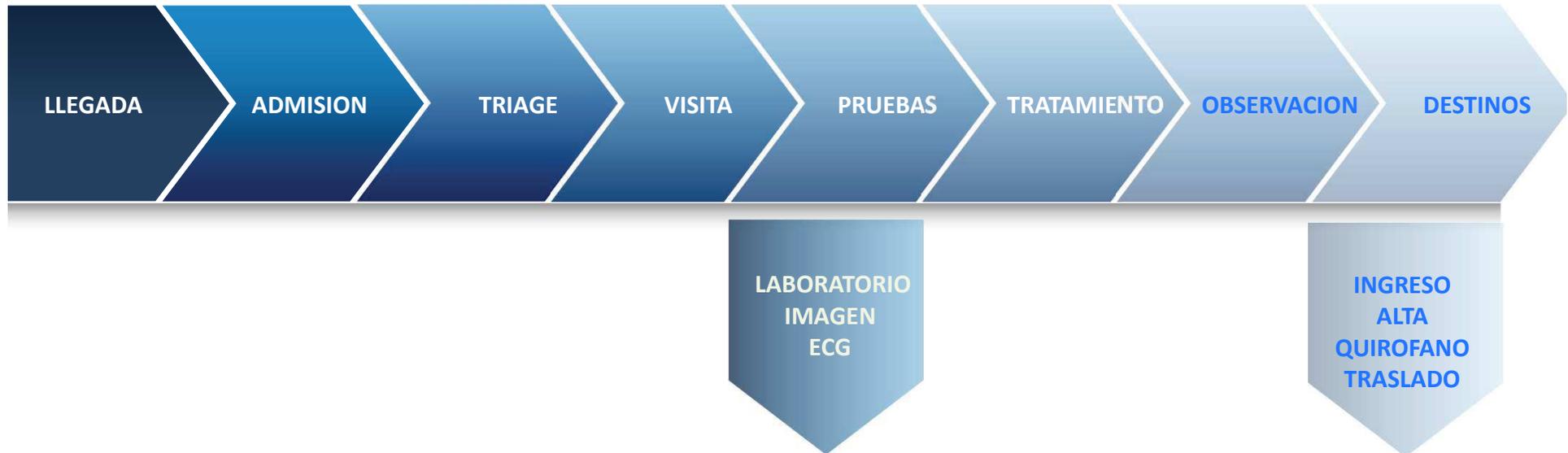
Mapa de riesgos de Urgencias

AREA DE DISENYACION											
Proceso y subprocesos	Fallos Modos (¿qué puede pasar?)	Causas (por qué ocurre?)	Efectos	¿Qué controles existen? (a cumplimentar por el evaluado)	Prevalencia	Severidad	Exposición	IMP	Posibles controles y/o acciones de mejora recomendadas (SEMES)	Comentarios	
TRASLADO DEL PACIENTE AL AREA DE DISENYACION											
Traslado del paciente	Traslado del paciente incorrecto	No lleva puleta de identificación							0	Puleta identificativa a todos los pacientes Como alternativa: condiciones de verificación de pulseras	
		Barrera idiomática							0	Traductores / Medadores Servicio telefónico traductores idiomas Documentos en varios idiomas Formación continuada en habilidades de comunicación	
		Cambio de turno							0	Protocolización del cambio de turno Verificación de identidad de pacientes	
		Atracciones personal de paciente							0	Intervención con acompañante/familia Autorización de traslado por parte acompañante o familiar en caso de minusvalía o discapacidad severa y/o en riesgo (protocolizado)	
		Dejarlo del paciente							0	Verificación de la identidad con al menos dos elementos identificativos Autorización de traslado por parte acompañante o familiar en caso de	
			Errores diagnósticos Errores de triaje Emparejamiento de la evaluación								



Mapas de Riesgos Atención Urgente

Procesos identificados:



Mapas de Riesgos Atención Urgente

Procesos del Mapa de Riesgos

PROCESO	Subprocesos	Fallos	Causas	Riesgos	%	Moda	Mediana global
LLEGADA	4	13	34	56	4,1	1	28
ADMISIONES	6	14	47	64	4,7	16	40
TRIAJE	9	23	69	116	8,5	112	112
VISITA ENF-MED	14	27	102	196	14,3	280	112
PRUEBAS IMAGEN	10	33	54	112	8,2	112	112
LABORATORIO	14	22	66	105	7,7	280	160
ECG	6	11	29	52	3,8	112	112
TRATAMIENTO	12	28	152	192	14,0	112	160
OBSERVACION	10	32	127	181	13,3	112	160
ALTA DOMICILIO	6	12	42	56	4,1	112	112
INGRESO	7	16	49	67	4,9	280	160
TRASLADO	7	15	37	53	3,9	112	100
QUIROFANO	13	25	76	118	8,6	112	112
TOTAL	118	271	884	1368			

36%

121 PÁGINAS

Mapas de Riesgos Atención Urgente



Medicación: Riesgos y causa	IPR (Mediana)
Selección de un fármaco inadecuado por anamnesis incorrecta	372
Selección de un fármaco inadecuado por diagnóstico incorrecto	400
Selección de un fármaco inadecuado por sobrecarga asistencial	445
Elección incorrecta de un fármaco por prescripción verbal incorrecta	400
Demora en la administración de un fármaco por sobrecarga asistencial	372
No verificación tratamiento previa administración (paciente, dosis, vía, fármaco) por sobrecarga asistencial	372
Administración incorrecta de un fármaco por error de dosis	400
Administración incorrecta de un fármaco por concentración inadecuada	372
Retraso en la administración de un tratamiento por sobrecarga asistencial en área observación	400
Deficiente monitorización de la eficacia del tratamiento por distracción/olvido/interrupciones	400
Ausencia de monitorización de la eficacia del tratamiento por sobrecarga asistencial	372
Información inadecuada sobre el tratamiento y seguimiento domiciliario al alta	400



III - Medicación en Urgencias?



¿Urgencias? ¿Soluciones?



Problemas relacionados con la medicación en Urgencias

Tratamientos por iniciativa propia

Polimedición

Remedios naturales

Pacientes de edades extremas

Información

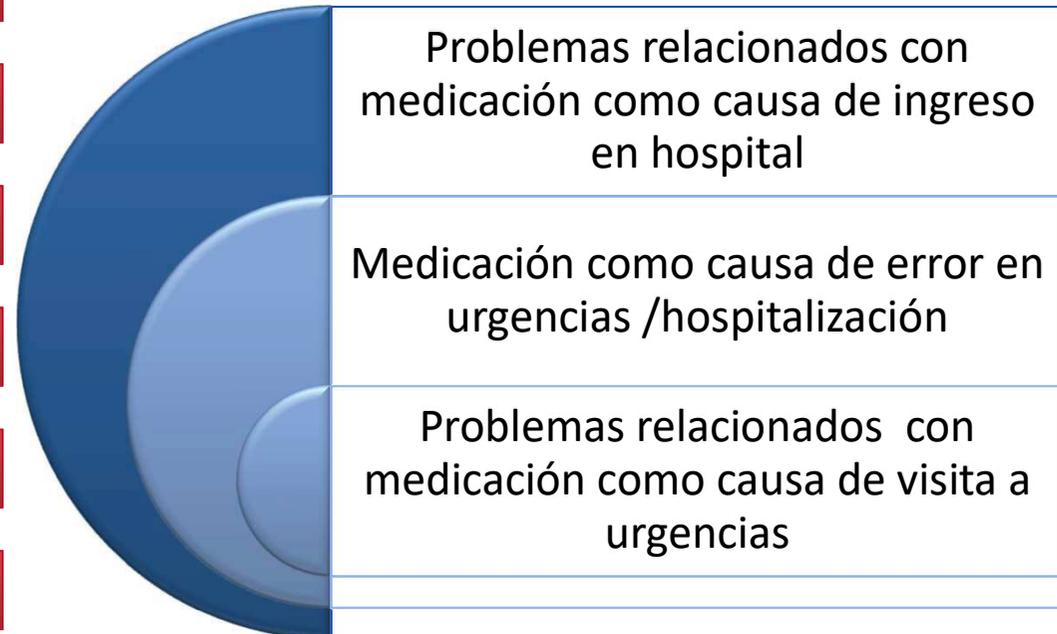
Enfermedades crónicas

Adherencia al tratamiento

Medicación como sustituto del tiempo

Diferentes niveles asistenciales con colaboración mejorable y medicación acumulada

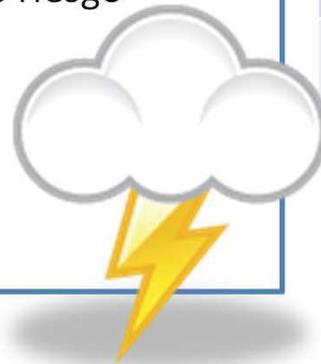
Riesgos inherentes al medicamento



Problemas relacionados con la medicación en Urgencias

Condiciones latentes de error en los SUH

Elevado volumen y diversidad de pacientes
Complejidad y gravedad de pacientes
Incremento pacientes de edad, crónicos y polimedicados
Alta rotación de staff
Anamnesis limitada (situación del paciente, del entorno, etc.)
Realización simultánea de diversas tareas asistenciales
Problemas de acceso a HC/información
Numerosas interrupciones
Indicación, dispensación y administración de la medicación en el mismo punto de asistencia
Diversos turnos y transfer
Urgencia= tiempo
Utilización de medicación endovenosa de alto riesgo
Órdenes verbales frecuentes
Seguimiento limitado del paciente
Sobrecarga por falta de drenaje
Situación específica de la atención pediátrica
No participación de farmacéutico



FARMACÉUTICO COMO GARANTÍA DE CONTROL DE SEGURIDAD/BARRERA ANTE ERRORES

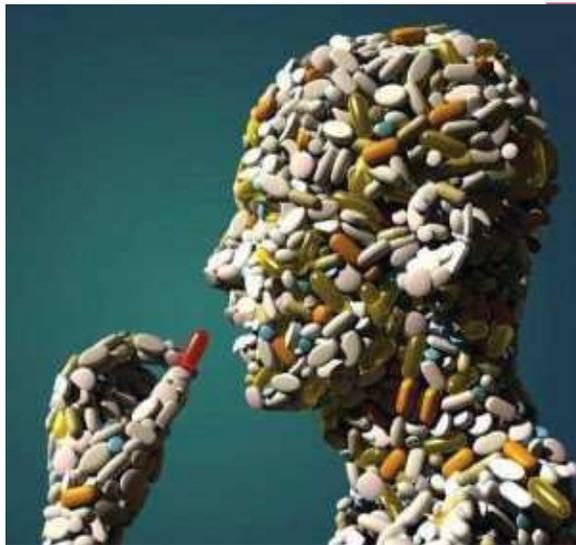
	HOSP	SUH
Prescripción	SI	NO
Transcr/Valid	SI	NO
Prepar/Dispens	SI	NO
Administración	NO	NO
Monitorización	SI	NO

Top ten causas errores medicación

1. Información sobre el paciente (edad, peso, alergias, diagnóstico, gravidez)
2. Información sobre el medicamento (acceso fácil a información actualizada)
3. Comunicación (entre todos los miembros del equipo entre sí y con el paciente)
4. Etiquetado, embalaje y nomenclatura (aspecto y nombre parecidos)
5. Estandarización de la medicación, almacenamiento y distribución (acceso restringido a medicación Alto Riesgo)
6. Equipos dispensadores de medicación (adquisición, utilización y monitorización)
7. Factores ambientales (iluminación deficiente, ruidos, interrupciones, espacios pequeños, falta personal, actividad elevada)
8. Competencia y formación del profesional
9. Educación del paciente
10. Gestión de riesgos y organización para prevenir errores de medicación



Claves en la Seguridad del proceso farmacoterapéutico en Urgencias

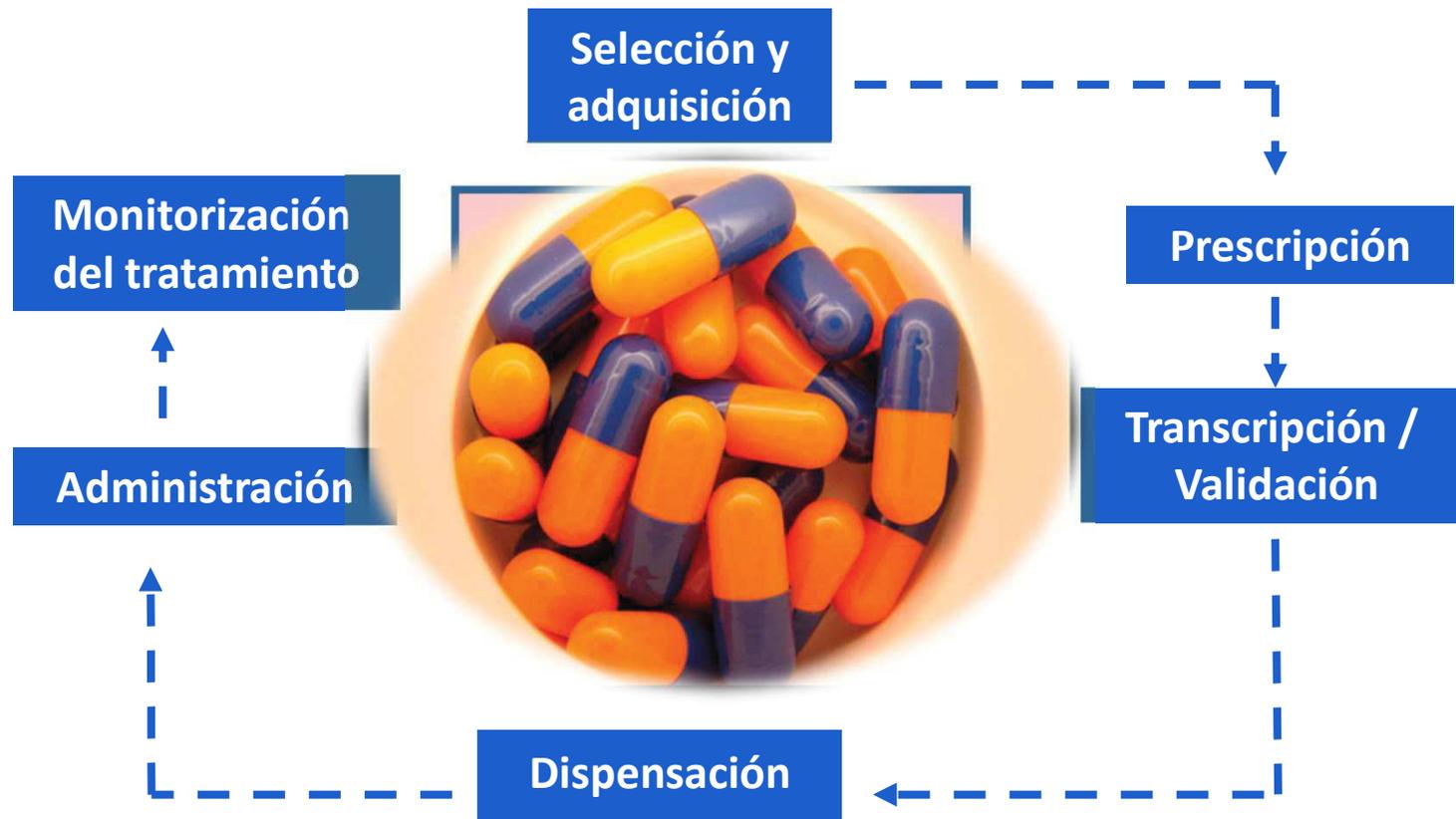


1.- Sistema utilización

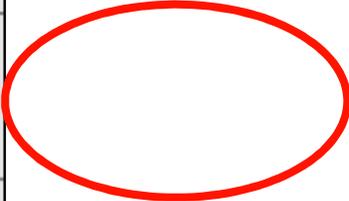
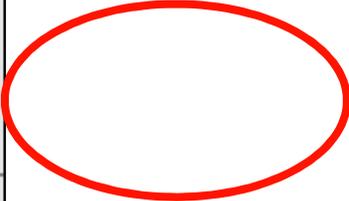
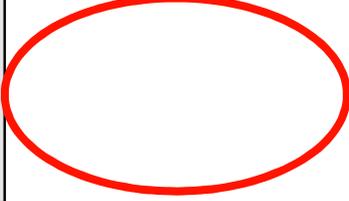
2.- Medicación de alto riesgo

3.- Conciliación

1- Sistema de utilización



Errores en el sistema de utilización

PROCESO		
1. Selección y gestión		
1.1. Establecer una Guía Farmacoterapéutica		
1.2. Establecer un procedimiento para la provisión de medicamentos no incluidos en la Guía Farmacoterapéutica		
2. Prescripción		56%
2.1. Evaluar la necesidad y seleccionar el medicamento correcto		
2.2. Individualizar el régimen terapéutico		
2.3. Establecer la respuesta terapéutica deseada		
3. Validación		
3.1. Revisar y validar la prescripción		
4. Preparación y dispensación		
4.1. Adquirir y almacenar los medicamentos		
4.2. Procesar la prescripción		
4.3. Elaborar/preparar los medicamentos		
4.4. Dispensar los medicamentos con regularidad		
5. Administración		34%
5.1. Administrar el medicamento correcto al paciente correcto		
5.2. Administrar la medicación en el momento indicado		
5.3. Informar al paciente sobre la medicación		
5.4. Involucrar al paciente en la administración		
6. Seguimiento		
6.1. Monitorizar y documentar la repuesta del paciente		
6.2. Identificar y notificar las reacciones adversas y los errores de medicación		
6.3. Reevaluar la selección del medicamento, dosis, frecuencia y duración del tratamiento		

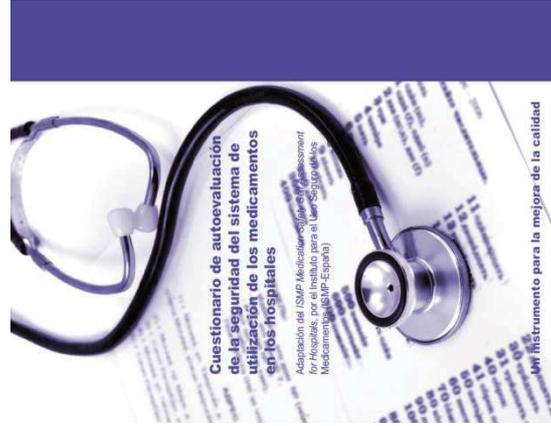
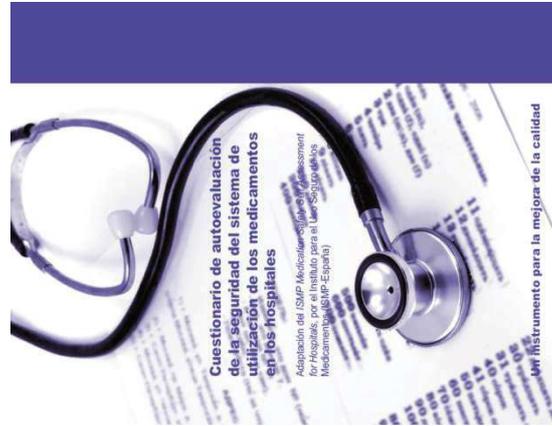
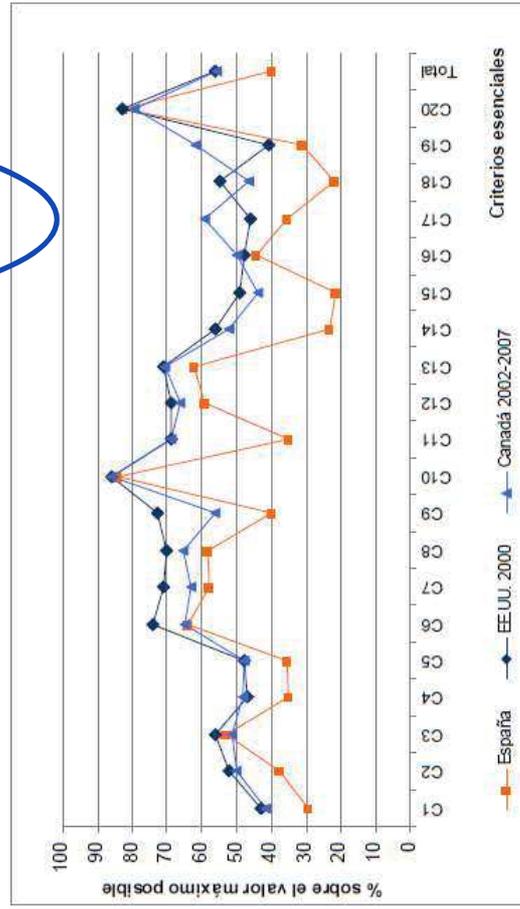


Tabla 6. Criterios esenciales. Resultados obtenidos en el conjunto total de hospitales (n=105).

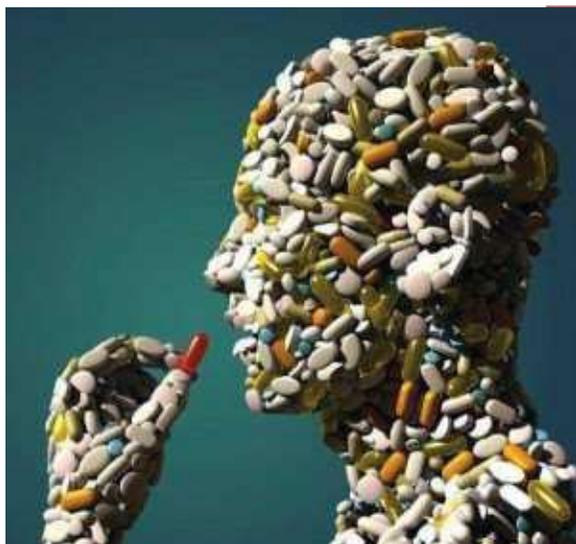
Elemento clave/ Criterio esencial	Puntuación		Porcentaje sobre el valor máximo (%)		
	Media	σ	Media	σ	
Elemento clave I: Información sobre los pacientes					
1. Se dispone y utiliza la información esencial del paciente	37,9	13,5	29,6	10,6	5,1-61,7
Elemento clave II: Información de los medicamentos					
2. Se dispone y utiliza la información esencial de los medicamentos	60,7	20,9	37,9	13,1	6,3-77,5
3. Sistema cerrado de Guía Farmacoterapéutica	34,0	11,4	53,1	17,9	10,9-90,6
Elemento clave III: Comunicación de las prescripciones y de otro tipo de información sobre la medicación					
4. Métodos estandarizados y automatizados de comunicación	36,4	16,3	35,0	15,6	1,9-91,3
Elemento clave IV: Etiquetado, envasado y nombre de los medicamentos					
5. Prácticas para reducir los errores por nombres, etiquetado y envasado	18,4	11,3	35,4	2,8	0,0-90,4
6. Etiquetas identificativas en todos los envases y dispositivos con medicamentos	38,3	10,1	63,9	16,9	20,0-100,0
Elemento clave V: Estandarización, almacenamiento y distribución de los medicamentos					
7. Estandarización de soluciones IV, concentraciones y dosis	20,8	5,9	57,8	16,3	2,8-88,9
8. Dispensación a las unidades segura y a tiempo	30,3	11,2	58,3	21,5	3,8-100,0
9. Existencias restringidas en las unidades asistenciales	38,2	14,2	39,8	14,8	10,4-84,4
10. Productos químicos aislados	16,8	3,3	84,1	16,6	40,0-100,0
Elemento clave VI: Adquisición, utilización y seguimiento de los dispositivos para la administración de los medicamentos					
11. Adquisición, estandarización, utilización y mantenimiento de dispositivos de administración	33,9	17,2	35,3	18,0	1,0-87,5
Elemento clave VII: Factores del entorno					
12. Entorno físico adecuado y sin distracciones	30,9	7,9	59,4	15,2	32,7-100,0
13. Dotación de personal sanitario adecuada a la carga asistencial	29,9	8,0	62,3	16,7	14,6-100,0

Tabla 6. Criterios esenciales. Resultados obtenidos en el conjunto total de hospitales (n=105) (continuación).

Elemento clave/ Criterio esencial	Puntuación		Porcentaje sobre el valor máximo (%)			
	Media	σ	Valor máximo posible	Media	σ	Rango
Elemento clave VIII: Competencia y formación del personal						
14. Proceso de acogida y evaluación de competencia inicial y anual	19,4	12,2	84	23,1	14,5	0,0-70,2
15. Formación continuada sobre seguridad de medicamentos y del paciente	12,0	7,8	56	21,4	14,0	0,0-87,5
Elemento clave IX: Educación al paciente						
16. Incorporación activa del paciente mediante educación sobre sus medicamentos	31,9	10,0	72	44,3	14,0	6,9-76,4
Elemento clave X: Programas de calidad y gestión de riesgos						
17. Desarrollo de un programa de reducción de errores	47,0	20,6	132	35,6	15,6	3,0-85,6
18. Notificación y análisis de errores por los profesionales	26,4	21,0	120	22,0	17,5	0,0-86,7
19. Doble chequeo o procedimientos automatizados de verificación	26,3	12,7	84	31,3	15,1	0,0-61,9
20. Prácticas de control de la infección	23,0	4,3	28	82,3	15,5	25,0-100,0



2.- Medicación de alto riesgo



1. Sistema utilización

2.- Medicación de alto riesgo

3. Conciliación

2.- Medicación de alto riesgo



Medicación que presenta una alta probabilidad de producir EA o incluso la muerte cuando se realiza uso indebido

Grupos terapéuticos

- **Agentes de contraste IV**
- **Agentes inotrópicos IV** (ej. digoxina, milrinona)
- **Agonistas adrenérgicos IV** (ej. adrenalina, dopamina, L-noradrenalina)
- **Anestésicos generales inhalados e IV** (ej. ketamina, propofol)
- **Antagonistas adrenérgicos IV** (ej. esmolol, labetalol, propranolol)
- **Antiagregantes plaquetarios IV** (ej. abciximab, eptifibátida, tirofiban)
- **Antiarrítmicos IV** (ej. amiodarona, lidocaína)
- **Anticoagulantes orales** (ej. acenocumarol)
- **Antidiabéticos orales** (ej. glibenclamida)
- **Bloqueantes neuromusculares** (ej. suxametonio, rocuronio, vecuronio)
- **Citostáticos IV y orales**
- **Heparina y otros antitrombóticos** (ej., antitrombina III, enoxaparina, heparina sódica, fondaparinux, lepirudina)
- **Medicamentos para vía epidural o intratecal**
- **Medicamentos que tienen presentación convencional y en liposomas** (ej. anfotericina B)
- **Opiáceos IV, transdérmicos y orales** (todas presentaciones)
- **Sedantes moderados IV** (ej. midazolam)
- **Sedantes moderados orales para niños** (ej. hidrato de cloral)
- **Soluciones cardioplégicas**
- **Soluciones de glucosa hipertónica** ($\geq 20\%$)
- **Soluciones para diálisis** (peritoneal y hemodiálisis)
- **Soluciones para nutrición parenteral**
- **Trombolíticos** (ej. alteplasa, drotrecogina alfa, tenecteplasa)

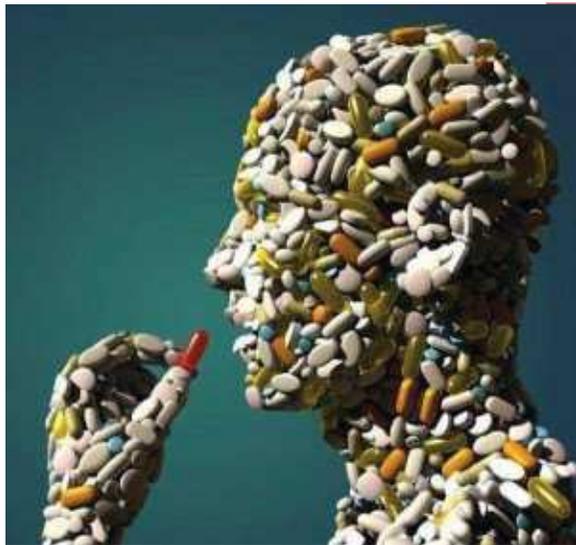
Medicamentos específicos

- **Agua estéril** para inyección, inhalación e irrigación en envases ≥ 100 mL (excluyendo botellas)
- **Cloruro potásico IV** (solución concentrada)
- **Cloruro sódico hipertónico** ($\geq 0,9\%$)
- **Epoprostenol IV**
- **Fosfato potásico IV**
- **Insulina SC e IV**
- **Metotrexato oral** (uso no oncológico)
- **Nitroprusiato sódico IV**
- **Oxitocina IV**
- **Prometazina IV**
- **Solución de**
- **Sulfato de magnesio IV**



Medicación de estrecho intervalo terapéutico: la dosis que logra el efecto deseado está muy próxima al efecto tóxico

3.- Conciliación de la medicación



1.- Sistema utilización

2.- Medicación de alto riesgo

3.- Conciliación

3.- Conciliación de la medicación



Adecuación del tratamiento del paciente en las diferentes transiciones asistenciales

- **Obtener lista medicación actual (tb. fitoterapia, autoconsumo, etc.)**
- **Comparar con las prescripciones de la organización para detectar discrepancias y resolverlas**
- **Comunicar en cada cambio de responsabilidad o transferencia (intra y extra)**

Conciliación en Urgencias



Hombre, pues ya que estás.....

Recomendaciones

RECOMENDACIÓN	RECOMENDADO POR
1. Adoptar una cultura de seguridad enfocada a la mejora del sistema	AHA, ASHP, GAO, IHI, IOM, ISMP, JCAHO, MHA, NQF
2. Estandarizar la prescripción médica	AHA, IHI, IOM, ISMP, JCAHO, NQF
3. Estandarizar otros procedimientos: horarios de administración, límites de dosis, envasado y etiquetado, almacenamiento, etc.	AHA, GAO, IHI, IOM, ISMP, JCAHO, NQF
4. Estandarizar los equipos de infusión	AHA, IHI, IOM, ISMP, NQF
5. Suministrar los medicamentos intravenosos de alto riesgo preparados desde el Servicio de Farmacia	AHA, IOM, ISMP, JCAHO, MHA
6. Desarrollar protocolos de uso y procedimientos especiales para manejar los medicamentos de alto riesgo	AHA, GAO, IHI, IOM, ISMP, JCAHO, MHA, NQF
7. Asegurar la disponibilidad continuada de asistencia farmacéutica	AHA, ASHP, IHI, IOM, ISMP, JCAHO, MHA, NQF
8. Incorporar un farmacéutico clínico al equipo asistencial	AHA, ASHP, IHI, IOM, ISMP, GAO, NQF
9. Hacer accesible la información más relevante sobre el paciente en todas las unidades asistenciales	IHI, IOM, ISMP, JCAHO, NQF
10. Asegurar la disponibilidad de información actualizada sobre medicamentos	AHA, ASHP, GAO, IHI, ISMP, JCAHO, MHA
11. Educar a los pacientes sobre su tratamiento	AHA, ASHP, IHI, IOM, ISMP, JCAHO, MHA, NQF
12. Establecer un sistema de distribución de medicamentos en dosis unitarias	AHA, ASHP, GAO, IHI, IOM, ISMP, JCAHO, MHA, NQF
13. Establecer la prescripción electrónica y a ser posible la prescripción asistida	AHA, ASHP, GAO, IHI, IOM, ISMP, MHA, NQF
14. Implementar nuevas tecnologías que permitan mejorar los procesos de dispensación y administración	AHA, ASHP, GAO, IOM, ISMP, MHA



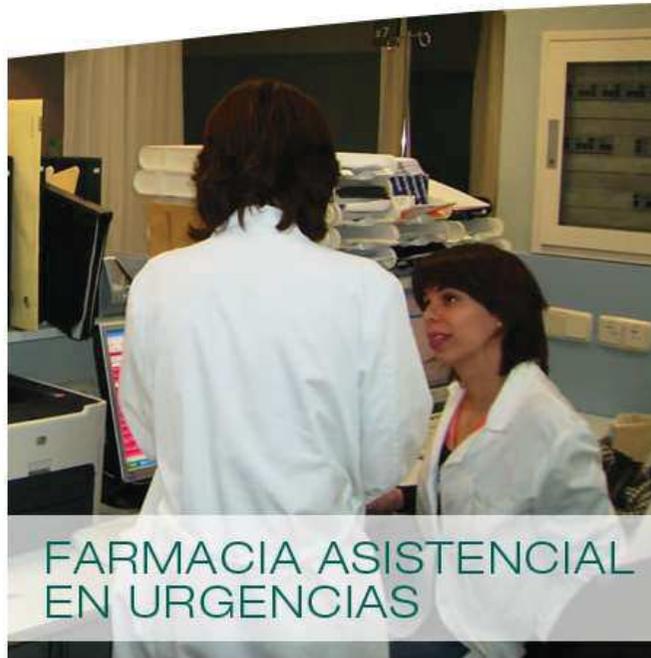
IV - Algunas iniciativas



Farmacéutico en urgencias

RedFastER

FARMACIA ASISTENCIAL EN URGENCIAS



Última actualización: 2 de Octubre de 2012

Grupo de trabajo de Atención Farmacéutica en Urgencias

- » Quiénes somos
- » Abstracts y presentaciones
- » Proyectos Investigación
- » Enlaces útiles
- » Formación
- » Artículos recomendados
- » Propuestas Faster
- » Recursos útiles

Destacados

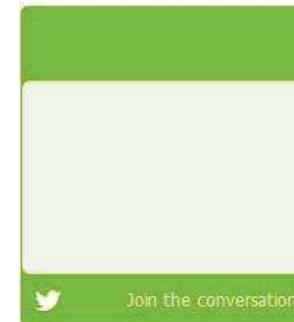
Urgencias: conciliar siempre a los pacientes con fármacos de alto riesgo

[leer artículo](#)

Disponible el material divulgativo de la Campaña En Urgencias la Seguridad del Paciente está en nuestras manos

[Formulario de inscripción](#)

[ver más](#)



Colabora: GRUPO MENARINI

Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria

RedFaster
 Me gusta 17

© RedFaster All rights reserved Tel. 971 32 12 12 ext 37668 - e-mail: redfaster@fasterweb.es

Conciliación en urgencias

Guía para la Conciliación de los medicamentos en los servicios de urgencias

Grupo REDFASTER, SEFH
www.fasterweb.es

Emergencias 2013; 25: 204-217

DOCUMENTO DE CONSENSO

Conciliación de los medicamentos en los servicios de urgencias

BEATRIZ CALDERÓN HERNANZ^{1,2}, AINA OLIVER NOGUERA³, SANTIAGO TOMÁS VECINA⁴, MARÍA ISABEL BAENA PAREJO^{1,3}, MILAGROS GARCÍA PELÁEZ^{1,3}, ANA JUANES BORREGO^{1,4}, MIGUEL ÁNGEL CALLEJA HERNÁNDEZ^{1,3}, JOAN ALTÍMIRAS RUIZ^{1,5}, FERMI ROQUETA EGEA⁶, MANEL CHÁNOVAS BORRÁS⁶

¹Grupo REDFASTER (SEFH), España. ²Hospital Son Llatzer, Mallorca, España. ³Programa SEMES-Seguridad del Paciente, Hospital Municipal de Badalona, Barcelona. ⁴Delegada de la Consejería Salud, Junta de Andalucía, Córdoba, España. ⁵Corporació Sanitària Parc Taulí, Barcelona, España. ⁶Hospital Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España. ⁷Hospital Virgen de las Nieves, Granada, España. ⁸Fundació La Seu d'Urgell, Barcelona, España. ⁹Programa SEMES-Seguridad del Paciente, Función Althaia, Manresa, Barcelona, España. ¹⁰Programa SEMES-Seguridad del Paciente, Hospital Verge de la Cinta-Tortosa, Tarragona, España.

CORRESPONDENCIA:
Beatriz Calderón Hernanz
Farmacia Hospital Son Llatzer
Ctra. Manacor, km. 4
07148 Mallorca, España
E-mail: bcaldero@sls.es

FECHA DE RECEPCIÓN:
13-8-2012

FECHA DE ACEPTACIÓN:
27-10-2012

CONFLICTO DE INTERESES:
Los autores declaran no tener conflictos de interés en relación al presente artículo.

Documento interdisciplinar de consenso de los grupos REDFASTER de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria y Programa SEMES-Seguridad Paciente de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias

Los errores de medicación (EM) son comunes en el ámbito hospitalario y conducen a un incremento de la morbilidad y mortalidad y de los costes económicos. Estos errores ocurren sobre todo durante la transición de pacientes entre los diferentes niveles asistenciales. La posibilidad de que se produzcan estos errores se ve aumentada en los servicios de urgencias (SU) por la naturaleza de éstos. Desde instituciones sanitarias a nivel mundial, se reconoce la conciliación de la medicación (CM) como la solución a esta problemática. Se define como el proceso que consiste en obtener un listado completo y exacto de la medicación previa del paciente y compararlo con la prescripción médica después de la transición asistencial. Si se encuentran discrepancias deben considerarse y, si es necesario, modificar la prescripción médica para finalmente comunicar al siguiente responsable en salud del paciente y al propio paciente, la nueva lista conciliada. Este documento de consenso ofrece una serie de recomendaciones generales para la conciliación de los medicamentos. Incluye para cada subgrupo una serie de recomendaciones específicas de tipo farmacológico, que permiten un abordaje personalizado del tratamiento del paciente que acude a urgencias en base a las características clínicas individuales. Existirán casos en los que se desestime las recomendaciones aquí descritas, ya que la relación riesgo/beneficio requerirá una valoración individualizada. Esta valoración individualizada para el paciente se llevará a cabo por el equipo multidisciplinar responsable de su asistencia sanitaria. [Emergencias 2013;25:204-217]

Palabras clave: Errores de medicamentos. Seguridad del paciente. Seguridad clínica. Conciliación de medicamentos. Servicios de urgencias y atención farmacéutica.

Introducción

La seguridad del paciente (SP) se ha convertido en un componente clave de la calidad asistencial, que adquiere gran relevancia en los últimos años, tanto para los pacientes y sus familiares –que desean sentirse seguros con los cuidados sanitarios recibidos– como para los gestores y profesionales que desean ofrecer una asistencia sanitaria segura, efectiva y eficiente.

En 2006, se crea REDFASTER¹, grupo de trabajo de Farmacia Asistencial en Urgencias que pertenece a la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH), entre cuyos objetivos se encuentran la mejora de la calidad de la atención al paciente a través del uso racional de los medicamentos en el ámbito de las urgencias hospitalarias y la estrecha colaboración asistencial docente y de investigación con otros profesionales sanitarios y otras sociedades científicas.

204 Emergencias 2013; 25: 204-217

Programa de intervención farmacéutica en el servicio de urgencias para mejorar la seguridad del paciente

SANTIAGO TOMÁS VECINA¹, LAURA GARCÍA SÁNCHEZ², BEGOÑA PASCUAL ARCE²,
IGNASE RIERA PAREDES¹

¹Servicio Integral de Urgencias y Emergencias. ²Servicio de Farmacia. Hospital Municipal de Badalona.
Badalona Serveis Assistencials (BSA). Badalona, Barcelona, España

CORRESPONDENCIA:

Dr. Santiago Tomás Vecina
Servicio Integral de Urgencias
Hospital Municipal Badalona
BSA
C/ Via Augusta, 9-13
08911 Badalona, Barcelona.
Email: stomas@bsa.cat

FECHA DE RECEPCIÓN:

8-10-2009

FECHA DE ACEPTACIÓN:

21-12-2009

CONFLICTO DE INTERESES:

Ninguno

Objetivos: Evaluar el resultado de la implantación de un programa de atención farmacéutica en un servicio de urgencias (SU) mediante el análisis de las intervenciones farmacéuticas realizadas, y la identificación de los problemas relacionados con los medicamentos (PRM) en el servicio.

Método: Incorporación de un farmacéutico a tiempo parcial en el SU durante un periodo de 7 semanas desde febrero 2009. Se incluyeron pacientes de las áreas de boxes, observación y/o críticos del SU que cumplieran algún factor de riesgo relacionado con el paciente o con su medicación y/o que tuvieran una alta probabilidad de ingreso. Las variables registradas fueron: datos demográficos, datos clínicos de interés, antecedentes patológicos, medicación habitual, motivo de consulta y medicación prescrita en el SU. Se registraron y clasificaron las intervenciones farmacéuticas asociadas a un PRM, las recomendaciones de terapia secuencial, así como las reacciones adversas a medicamentos (RAM) como motivo de consulta al SU.

Resultados: Se incluyeron 90 pacientes (63,7% mujeres), con edad media de 79,3 ($\pm 10,6$) años. Se registraron 131 intervenciones en 68 (68,9%) pacientes: 120 (91,6%) asociadas a un PRM, de las cuales la intervención mayoritaria 54 (45%) fue iniciar un tratamiento, seguido de la suspensión de un medicamento en 28 (23,3%) casos. Según la clasificación de los PRM, el 53,3% se consideraron de necesidad, en un 15% de efectividad y en un 31,7% de seguridad. Destaca la presencia de polimedicación (≥ 5 fármacos) como factor de riesgo que requiere intervención farmacéutica en los pacientes incluidos ($p = 0,008$). La presencia de 2 o más factores de riesgo se mostró como una variable asociada a la aparición de un PRM ($p = 0,003$). Respecto a la valoración de los medicamentos agrupados por actividad farmacológica, la mayoría de la intervenciones estuvieron relacionadas con tratamientos del aparato cardiovascular: 48 (36,6%).

Conclusiones: La integración de un farmacéutico en el SU facilita la detección y resolución de PRM. Los PRM más frecuentes estuvieron relacionados con la medicación habitual del paciente, tanto la necesaria no prescrita, como la habitual prescrita y no necesaria para la situación clínica actual. Los pacientes que más se han beneficiado de la intervención farmacéutica en términos de eficacia y seguridad son aquellos con 5 o más fármacos como medicación habitual. [Emergencias 2010;22:85-90]

Palabras clave: Seguridad del paciente. Problemas relacionados con la medicación. Urgencias.

Emergencias 2010; 22: 85-90



Revista Científica de la Sociedad
Española de Medicina de Urgencias
y Emergencias

EMERGENCIAS

Capitan Haya. 60. 1º. 28020 MADRID - Tel.: 91 749 95 06 Fax: 91 749 95 07 - E-mail: emergencias@medynet.com

REVISTA EMERGENCIAS SEMES > ARTÍCULOS

Emergencias 2011; 23: 365-371.

Evaluación de la anamnesis farmacoterapéutica realizada en el servicio de urgencias al ingreso hospitalario

CARLES INIESTA NAVALÓN , ELENA URBIETA SANZ , JUAN JOSÉ GASCÓN CÁNOVAS , MANUEL MADRIGAL DE TORRES , PASCUAL PIÑERA SALMERÓN

Servicio de Farmacia. Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo. Servicio de Urgencias. Hospital General Universitario Reina Sofía de Murcia, España. Departamento de Ciencias Sociosanitarias. Universidad de Murcia, España.

Objetivo: Determinar la calidad y la precisión de la historia farmacoterapéutica realizada al ingreso en el servicio de urgencias y los factores asociados a la presencia de discrepancias. **Método:** Estudio transversal descriptivo. Se incluyeron los pacientes mayores de 64 años que ingresaron en el hospital desde el servicio de urgencias durante el último trimestre de 2009. Para determinar la presencia de discrepancias se cotejó la historia farmacoterapéutica realizada por un farmacéutico clínico con la obtenida por el urólogo al ingreso hospitalario. Los factores asociados a discrepancias se identificaron mediante un análisis de regresión logística univariante con el paquete estadístico SPSS versión 15.0. **Resultados:** Se incluyeron en el estudio 324 pacientes (53,4% mujeres) con una edad media de 78,3 años. Se identificaron 2.928 discrepancias que afectaron al 95,1% (IC95%: 92,7-97,4%) de los pacientes. Los grupos terapéuticos con mayor número de las discrepancias detectadas fueron los antiulcerosos (10,8%), los antibióticos (9,5%) y psicofármacos (7,2%). Se detectaron 257 discrepancias (8,8%) en medicamentos de alto riesgo en el 33,3% (IC95%: 28,2-38,5%) de los pacientes. La polimedición fue la única variable independiente asociada a una mayor prevalencia de discrepancias [OR: 8,02 (IC95%: 2,79-23,02)]. **Conclusiones:** Nuestros resultados muestran que existe un amplio margen de mejora, en la historia farmacoterapéutica realizada en urgencias, y debe extremarse la precaución en la población anciana y polimedificada.

Texto Completo: http://www.semes.org/revista/vol23_5/5.pdf

Prevención errores medicación en Urg pediátricas



EVITAR ERRORES PRESCRIPCIÓN



REVISAR:

- NOMBRE paciente, PESO, ALERGIAS
- Interacciones, Contraindicaciones
- Vigilar errores de ceros!
- Cuidado fluidos ev!
- Medicación que toma
- Fármacos de riesgo: cálculo por 2 facultativos
- Uso genéricos
- mg, g, Kg, ml, puff. Resto: no abreviar
- Apuntar: suspensión (250/5,...), dosis final, (dosis/Kg)
- >40Kg: dosis adulto, no por peso.
- No abreviaciones!
- Siempre anotar, no sólo verbal!
- Comentar con enfermería y padres

FÁRMACOS CON MÁS ERRORES:



- **Salbutamol:** peso/3 puff (máx 10) o 0,2mg/Kg (máx 5mg) nebulizado
- **Prednisolona** (Estilsona®7mg/1ml): 1-2mg/Kg
- **Paracetamol** (susp 100mg/1ml): 15mg/Kg/6h
- **Ibuprofeno** (susp 2% 100mg/5ml y susp 4% 40mg/1ml): 8mg/Kg/6-8h
- **Ondansetrón** (comp 4 y 8 mg): 0,15 mg/Kg

- * No infratratar el dolor!
- * No sobretratar laringitis!



Figura 2. Carteles informativos colocados en los boxes de urgencias.

En el periodo de noviembre de 2009 (periodo 1) se analizaron y clasificaron en: tipo (dosis, vía de administración), causas (experiencia del facultativo, falta de información, errores con difusión de los errores, etc.). En el periodo 2) se reevaluaron los mismos errores y fueron los broncodilatadores, los errores de prescripciones (11%) y en el periodo 3) fueron los errores de dosis (7,4% vs 3,8%; p = 0,016), sin cambios significativos en los de indicación y vía de administración, ni en la gravedad de los errores. Se observó una reducción significativa del total de errores en los pacientes más urgentes (11,6% vs 5,7%; p = 0,005) y por las noches (0-8 h) (16,2% vs 6,1%; p = 0,02). Conclusiones: Las medidas implantadas han permitido disminuir algunos tipos de errores de medicación pero es necesario mantener el seguimiento e insistir en estrategias de prevención.

V - ¿Un Farmacéutico en Urgencias?



Y después de todo esto...

¿Cuál es el papel del Farmacéutico en un Servicio de urgencias?

- Información farmacológica del paciente
- Recomendaciones sobre dosis y medicación correcta
- Información de sustitución terapéutica
- Reconoce farmacoterapia específica ante enfermedades o estadios
- Implementa la farmacocinética específica del paciente
- Revisión de protocolos y guías clínicas

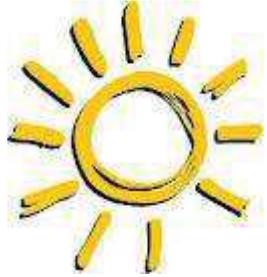
- Paciente
- Staff
- Proveedor



- Alergias, interacciones, dosis
- Preparación y selección de medicación apropiada y de alto riesgo
- Revisión directa del tratamiento en enfermo crítico
- Conciliación medicación

- Colaboración / Promoción de estudios clínicos

Farmacéutico en urgencias



Ahorro costes medicación
Evitabilidad errores medicación
Reducción eventos adversos
Mayor seguridad en profesionales
Reducción morbimortalidad asociada
a patologías graves



Recursos económicos
Entorno de crisis
Resistencia a incremento plantilla
Falta visión innovadora
Poca cultura de seguridad

Revisión de todos
los enfermos a
todas horas

Selección
pacientes y
horarios

Por qué un farmacéutico en urgencias?

BJCP British Journal of Clinical
Pharmacology

DOI:10.1111/j.1365-2125.2009.03424.x

Medication errors: the importance of an accurate drug history

Richard J. FitzGerald

Department of Pharmacology and Therapeutics, University of Liverpool, Liverpool, UK

Correspondence

Dr Richard J. FitzGerald, Department of Pharmacology and Therapeutics, University of Liverpool, Ashton Street, Liverpool, L69 3GE.
Tel: 0151 794 5557
Fax: 0151 794 5540
E-mail: richard.fitzgerald@liverpool.ac.uk

Keywords

electronic prescribing, medication errors, medicines reconciliation, prescribing errors

Accepted

18 March 2009

Preventing medication errors from inadequate medication histories

There are various strategies for reducing the impact of errors in the medication history (such as a more involved role for pharmacists) and for preventing errors in the subsequent transcription of the medication history (better education for prescribers).

Pharmacists have been involved with medication reconciliation for several years. In the context of acute general (internal) medicine admissions, pharmacists obtain better medication histories than many physicians and also identify more medication doses and frequencies [19]. These findings are similar to those of Carter *et al.*, who showed similar improvements in medication histories and documentation of allergies by pharmacists in Emergency Departments compared with physicians and nurses [20]. There are also reductions in medication errors when phar-

(internal) medicine admissions, pharmacists obtain better medication histories than many physicians and also identify more medication doses and frequencies [19]. These

Medication Errors Recovered by Emergency Department Pharmacists

Rothschild et al

Medication Errors Recovered by Emergency Department Pharmacists

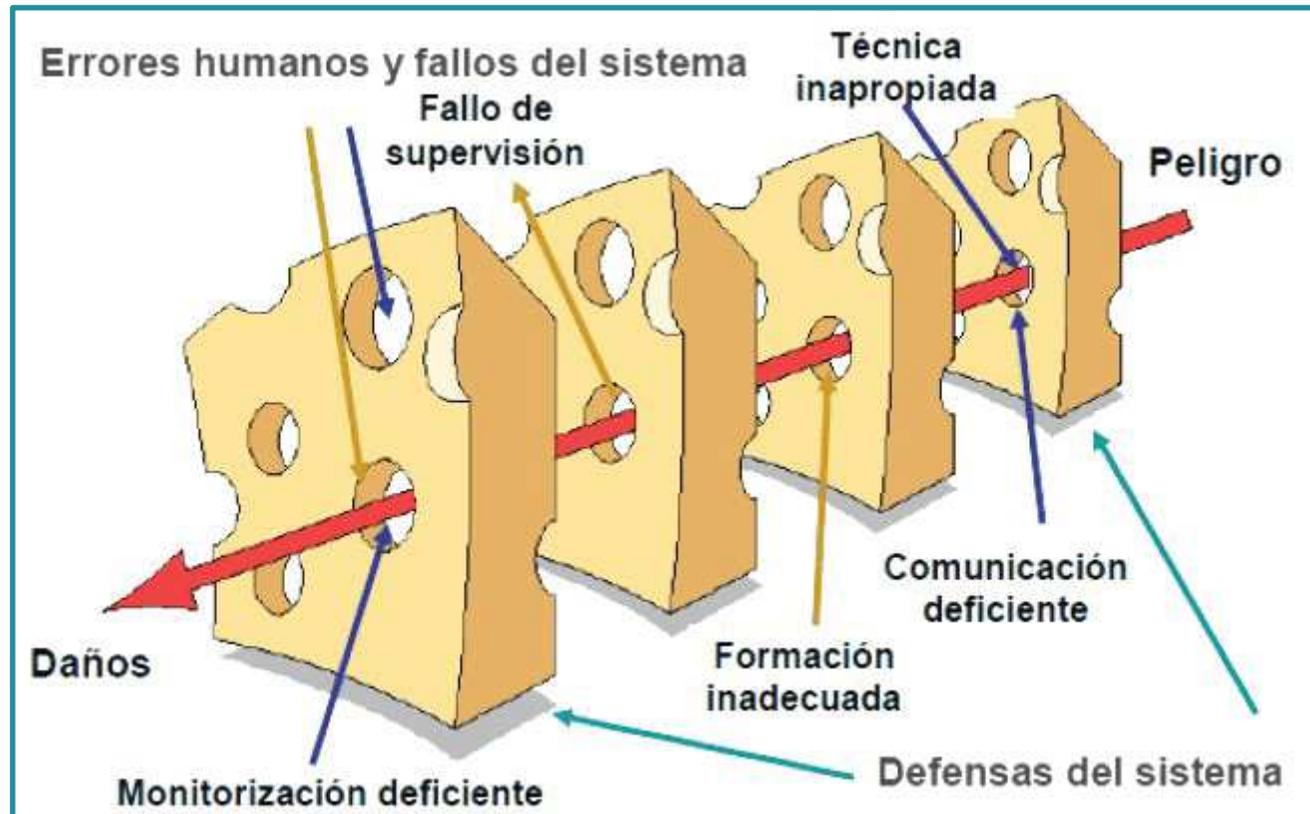
Table 3. Medication errors recovered by ED pharmacists.

Medication errors	Hospital A	Hospital B	Hospital C	Hospital D
Medications reviewed by pharmacists	3,404	3,702	3,496	6,718
Patients with medication review per observation session (mean)	39.4	19.9	18.0	37.4
Medications reviewed per observation session (mean)	56.7	75.6	54.6	126.8
Recovered MEs (all), No. (%)	146	80	110	169
Intercepted potential ADE	130 (89.0)	68 (85.0)	96 (87.3)	162 (95.9)
Mitigated ADE	1 (0.7)	7 (8.8)	8 (7.3)	4 (2.4)
Ameliorated ADE	1 (0.7)	0	0	0
No potential for harm	14 (9.6)	5 (6.3)	6 (5.5)	3 (1.8)
Recovered MEs per 100 patients (95% CI)	6.2 (5.2-7.3)	8.2 (6.6-10.2)	9.6 (7.9-11.5)	8.5 (7.3-9.9)
Recovered MEs per 100 medications (95% CI)	4.3 (3.7-5)	2.2 (1.7-2.7)	3.2 (2.6-3.8)	2.5 (2.2-2.9)
Recovered MEs per 40 h of observation (95% CI)	29.5 (25.1-34.7)	16.3 (13.1 to -20.3)	22.8 (18.9-27.5)	33.8 (29.1-39.3)

ADE, Adverse drug event; CI, Confidence interval.

Conclusion: ED pharmacists can identify and prevent potentially harmful medication errors. Controlled trials are necessary to determine the net costs and benefits of ED pharmacist staffing on safety, quality, and costs, especially important considerations for smaller EDs and pharmacy departments. [*Ann Emerg Med.* 2010;55:513-521.]

Gestión en la Seguridad del Paciente



Reason J. Human error: models and management BMJ 2000;320:768-770

MANEJO DE LA MEDICACIÓN DEL PACIENTE





Iphone/ipad: ir a Apple Store y buscar app “educación en salud”

Android:
<http://www.fidisp.net/Descargas/Android/Educacion%20en%20Salud.apk>

niños/as de 8 a 12 años





Dr. Santiago Tomás
stomas@fidisp.org

FUNDACIÓN POR LA INVESTIGACIÓN,
DOCENCIA E INNOVACIÓN EN **SEGURIDAD DEL PACIENTE**