

HOSPITAL
ITALIANO
de Buenos Aires

150 años de vida

Comité de Seguridad del Paciente

Dr. José M Ceriani Cernadas
Departamento de Pediatría



1978-2003
25 Aniversario



Fundamentos y motivaciones para su creación

- Los errores ocurren en todos los órdenes porque forman parte de la condición humana y más aun en una ciencia como la medicina, compleja y llena de incertidumbres.
- Es necesario encarar el error en **forma institucional**, a fin de que las medidas y estrategias abarquen todos los factores y alcancen a todos los profesionales.
- Con tal fin el DPHI ha decidido crear el: **"Comité de seguridad del paciente"**, que tendrá carácter interdisciplinario.

Noviembre 2001



1978-2003
25 Aniversario

Integrantes

- Jefe Departamento de Pediatría
- Enfermera Jefe de Terapia Intensiva
- Enfermera Jefe de Neonatología
- Jefe Terapia Intensiva pediátrica
- Jefe Sector de internación general
- Subjefe de Neurocirugía
- Médico coordinador área informática
- Médico coordinador de Hospital de día
- Médico de planta de Neonatología
- Médico de planta de ambulatorio
- Jefe de Residentes
- Farmacéutica



1978-2003
25 Aniversario





Objetivos y actividades

- **Objetivos:** reducir los daños no intencionales a los pacientes, en especial a través de la prevención y disminución de los errores, en el sistema y en las personas.
- **Actividades:** inicialmente se trabajó en dos aspectos:
 - ↑ *la necesidad de tomar conciencia del problema*
 - ↑ *generar un cambio de hábito y de cultura acerca del error y lograr una actitud más crítica*
- Luego se determinó *la magnitud del problema:* N^o, tipo de errores y efectos sobre los pacientes.
- En una tercera etapa se implementaron las estrategias de prevención.



1978-2003
25 Aniversario

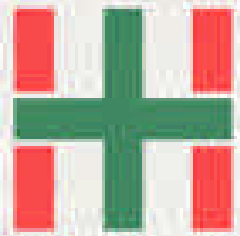


Acciones principales

- Conferencias, reuniones en cada Servicio, talleres, revisión bibliográfica, etc.
- Intercambio con Hospitales del exterior.
- Difusión en publicaciones y en la página web del Hospital Italiano.
- Estudio transversal sobre errores de medicación.
- Presentación en Congresos y Sociedades científicas.
- Los 10 pasos para prevenir errores de medicación.
- Comunicación anónima del error.



1978-2003
25 Aniversario



HOSPITAL
ITALIANO
de Buenos Aires

150 años de vida

Prevalencia de errores de medicación en pediatría

**Departamento de Pediatría
Comité de Seguridad del Paciente
Hospital Italiano de Buenos Aires**



1978-2003
25 Aniversario



Objetivos

- **Detectar la frecuencia y características de los errores de prescripción y administración de medicamentos en las unidades de internación pediátricas.**
- **Identificar los posibles efectos adversos sobre el paciente, producidos como consecuencia del error**



DEPARTAMENTO
DE PEDIATRÍA

1978-2003
25 Aniversario



Diseño

- **Corte transversal**
- **Evaluación de todas las prescripciones y administraciones realizadas un día de semana y fin de semana**
- **Todos los pacientes internados en el Departamento de Pediatría**



DEPARTAMENTO
DE PEDIATRÍA

1978-2003
25 Aniversario

Población

- 95 pacientes
- Edad : 4 años (1 día – 18 años)
- Sexo: M:F 1:0.7
- Internación general, Terapia Intensiva, Neonatología, Hospital de día

Prescripciones totales

311-273:584

(R2, R3-4, B y P)

Administraciones totales

739-435: 1174

(A y P)

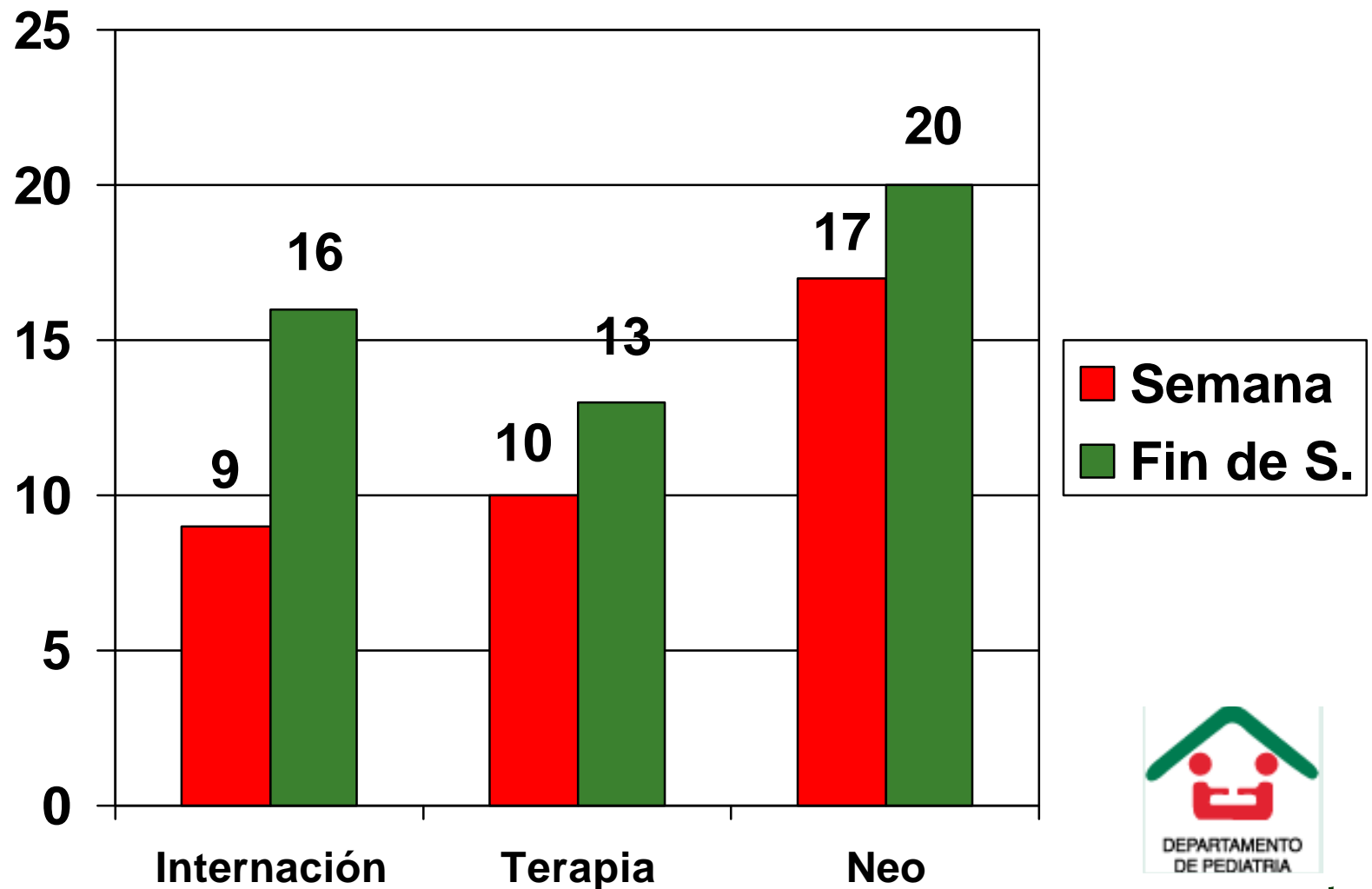


1978-2003
25 Aniversario





Pacientes / área



DEPARTAMENTO
DE PEDIATRÍA

1978-2003
25 Aniversario



Clasificación de errores de prescripción

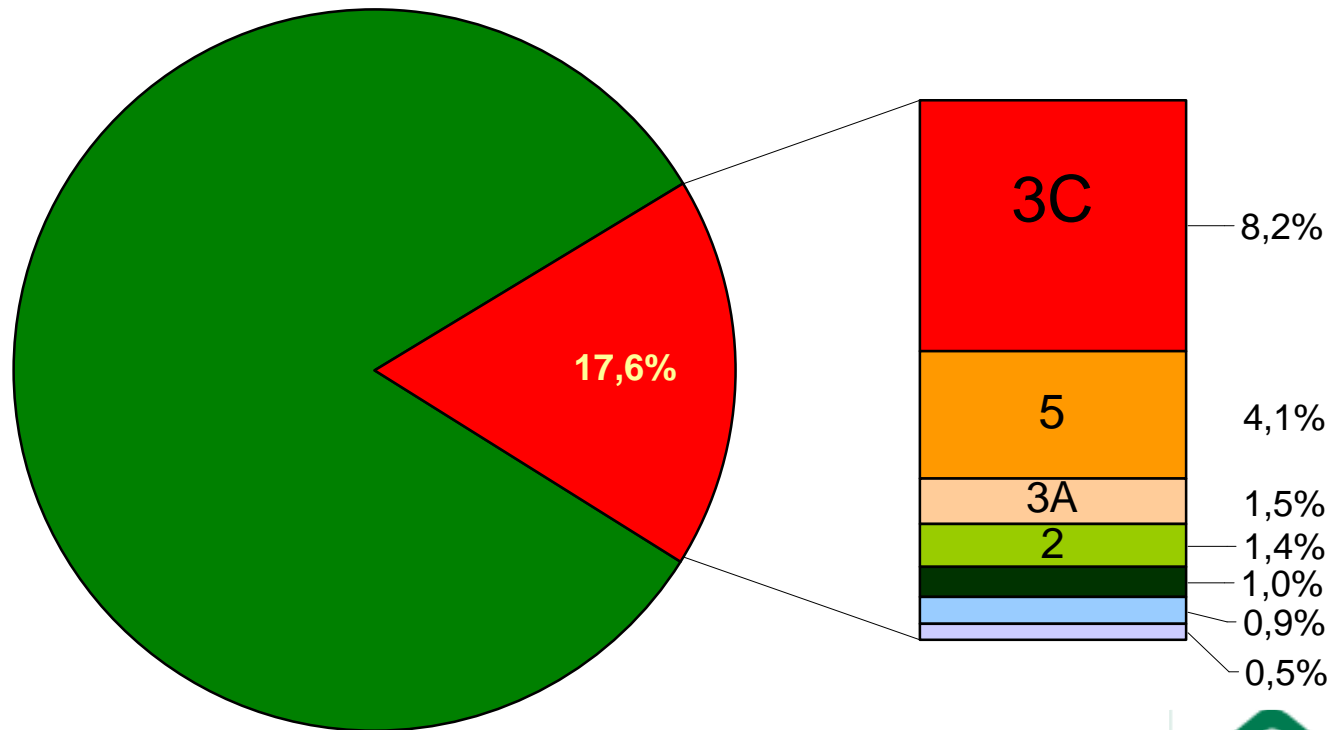
0. No hubo error
1. Medicamento equivocado:
2. **Dosis inadecuada:** dosis total diaria o dosis de carga y mantenimiento. Incluye errores como: mg en vez de ug.
- 3a. **Omisión de un medicamento que se estaba administrando y no figura su suspensión.**
- 3b. **Omisión de prescripción escrita de un medicamento administrado.**
- 3c. **Omisión del horario de prescripción de un medicamento administrado.**
4. Indicación inapropiada de la vía de administración.
5. **Indicación inapropiada de los intervalos entre las dosis.**
6. Indicación equivocada de la dilución para preparar el medicamento y/o de la solución donde se debe preparar.
7. Indicación inadecuada u omisión del tiempo de infusión del medicamento (para vía IV)
8. **Indicación inadecuada del ritmo de infusión del medicamento.**
9. **Letra no legible.**



1978-2003
25 Aniversario



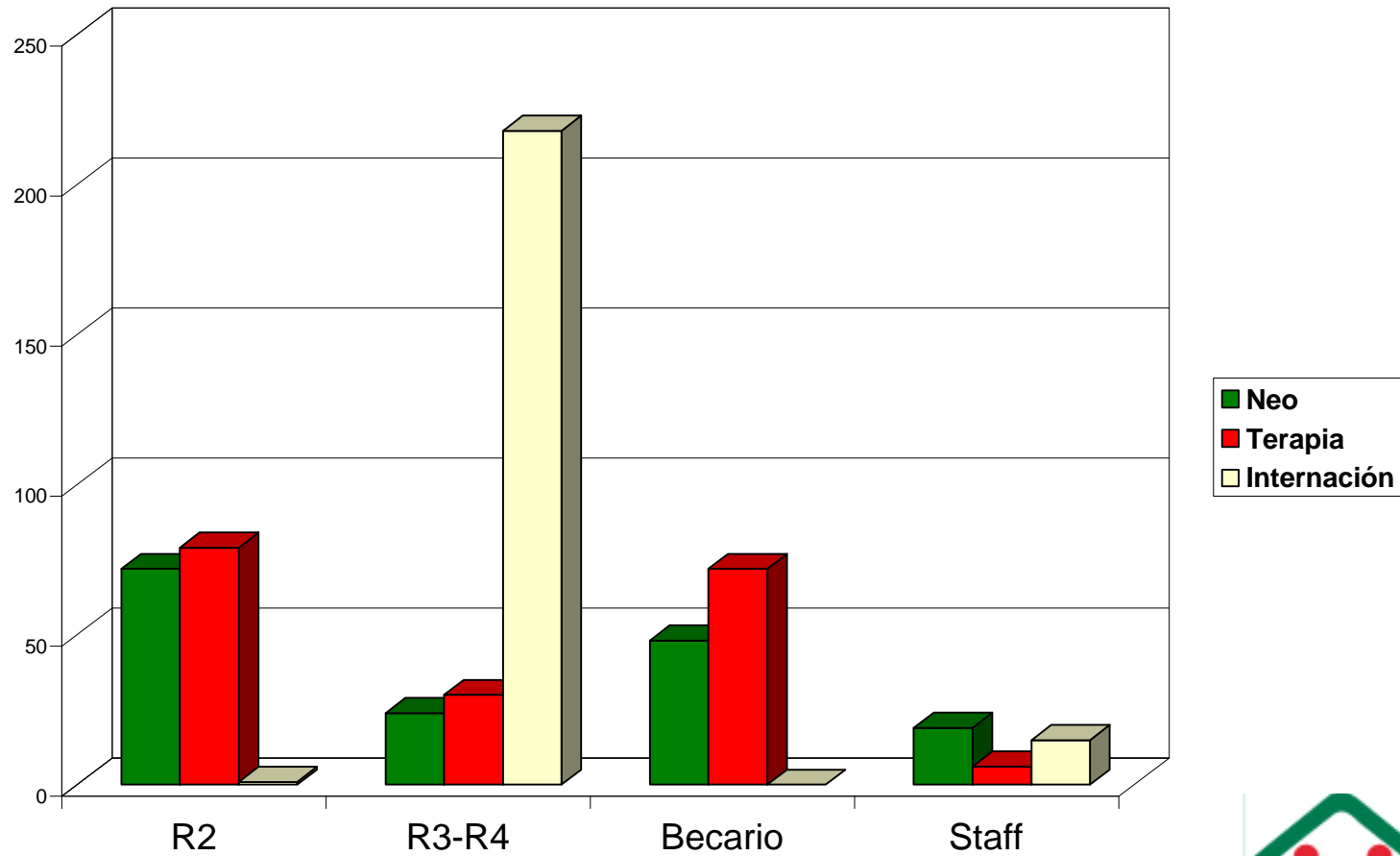
Prevalencia de los errores de prescripción



1978-2003
25 Aniversario



Número de prescripciones según el estrato de los médicos y proporción de errores



Prescripciones 26%
Errores 6%

47%
19%

21%
24%

6%
32%



1978-2003
25 Aniversario

Clasificación de errores de Administración

0. No hubo error
1. **No cumplir el horario de administración: una diferencia mayor a 30 minutos antes o después de la hora indicada en la prescripción.**
2. **Administrar un medicamento equivocado o no prescripto (por ejemplo indicado a otro paciente).**
3. **Vía de administración equivocada**
4. **No administrar un medicamento (omisión).**
5. **Inadecuada dosis de administración: total diaria o en una ocasión.**
6. **Inapropiada dilución de la medicación (sea en la concentración o en el solvente).**
7. **Inapropiado ritmo de infusión y duración total**

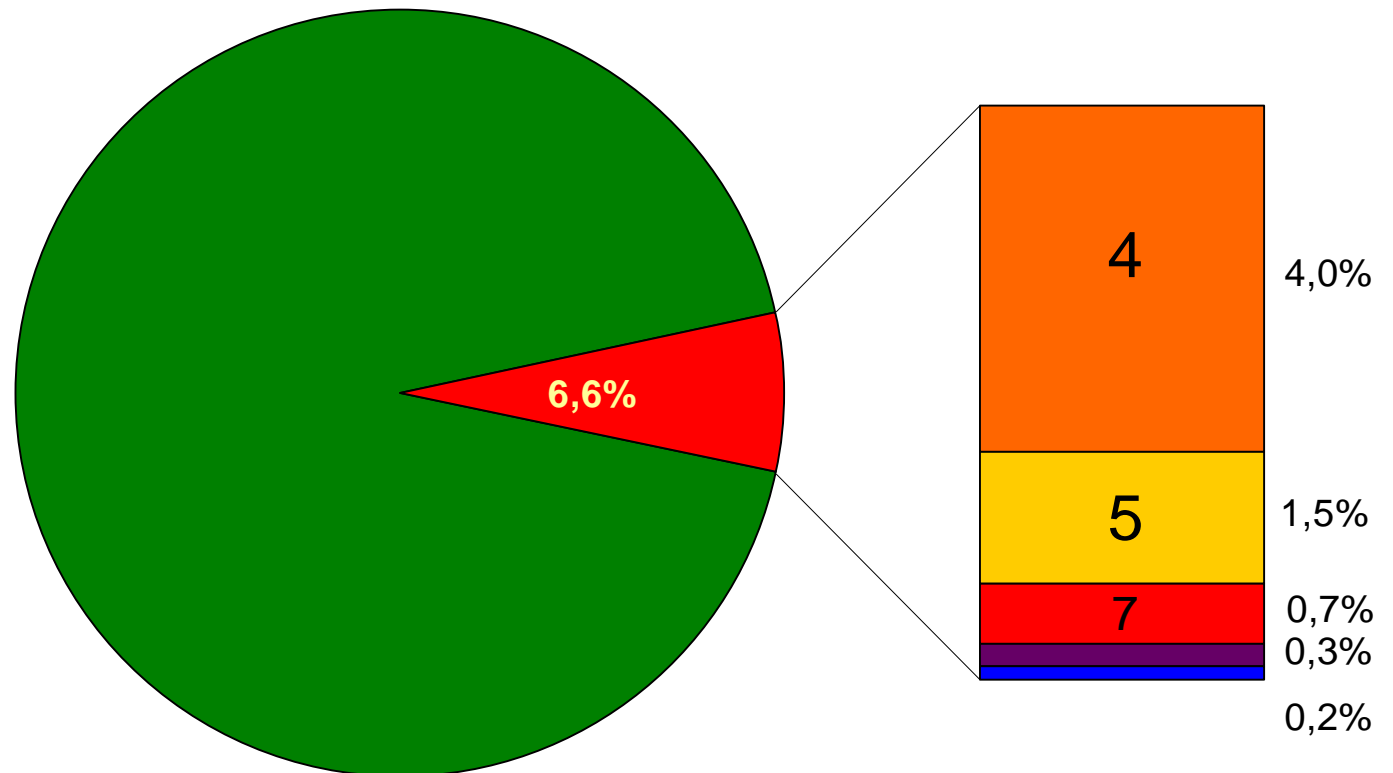


1978-2003
25 Aniversario





Prevalencia de los errores de administración





Conclusiones

- Los resultados son similares a los publicados en la literatura internacional.
- Confirman la alta frecuencia de los errores de medicación (10%).
- Los errores de prescripción, actividad solo realizada por médicos, fueron sensiblemente más frecuentes que los de administración.
- La mayoría de los errores fueron leves.
- No se detectaron efectos adversos



DEPARTAMENTO
DE PEDIATRÍA

1978-2003
25 Aniversario

Tarjetas de los 10 pasos

Los 10 pasos para prevenir errores en la administración de medicamentos y soluciones intravenosas.

1. **NO** administrar medicamentos ni soluciones, cuando:
 - a) Existen dudas respecto a la prescripción
 - b) La letra no es clara o existen tachaduras en la misma
 - c) No figura la fecha y hora de la prescripción.
2. Antes de administrar un medicamento:
 - a) Verificar el estado del paciente
 - b) Comprobar que es a quien corresponde la medicación (tener especial cuidado con pacientes de igual o muy parecido apellido).
 - c) Constar que la dosis, vía y ritmo de infusión sean los correctos.
3. **NO** mezclar diferentes medicaciones en jeringas, tubuladuras y sueros sin tener seguridad de la compatibilidad de las drogas.
4. **NO** realizar la administración cuando en la prescripción dice "**iguales indicaciones**".
5. Supervisar siempre la medicación administrada por un familiar. El enfermero/a a cargo, debe registrar el control y firmar la planilla.
6. Controlar al paciente antes y después de la medicación y anotar los controles en la planilla.
7. Realizar la dilución de los medicamentos muy cuidadosamente, tener en cuenta:
 - a) no distraerse
 - b) si es necesario diluir más de una vez, deberán hacerlo indefectiblemente dos personas (enfermera-enfermera ó enfermera-médico).
8. **NO** administrar medicación cuya indicación es verbal, salvo una urgencia. En este caso solicitar luego al médico que la escriba.
9. Al finalizar registrar con letra clara:
 - a) problemas con la administración
 - b) efecto, no previsto, en el paciente
 - c) firma, hora y nombre del enfermero/a.
10. **CONSULTAR** siempre antes de dar un medicamento, si existe alguna duda.



DEPARTAMENTO
DE PEDIATRÍA



Los 10 pasos para prevenir errores de prescripción de medicamentos y soluciones intravenosas.

1. **NO** hacer una prescripción en condiciones ambientales inadecuadas y en horarios más expuesto a distracciones.
2. Verificar siempre que:
 - a) La prescripción corresponda a su paciente
 - b) Que el nombre del paciente figure en la hoja de indicaciones
3. En la redacción, tener en cuenta:
 - a) Escribir con letra clara (puede ser en mayúscula)
 - b) Indicar el medicamento genérico
 - c) Señalar dosis, intervalos entre dosis, dilución, vía y tiempo de infusión.
 - d) Expresar los decimales con coma y no con punto.
 - e) **NO** colocar abreviaturas, enmiendas ni sobreescritura.
 - f) Indicar la hora en que se realiza la prescripción
4. Aclarar si hay incompatibilidad con otro medicamento o con el diluyente.
5. Acordar con enfermería los horarios más apropiados, para asegurarse que el paciente será controlado luego de la administración.
6. **NO** repetir las indicaciones del día anterior, escribiendo la frase "**iguales indicaciones**". Se deben revisar y redactar nuevamente cada día.
7. Colocar en mayúscula la palabra **MODIFICADO**, al lado de una indicación que se cambia durante el día y avisarle personalmente a la enfermera/o.
8. Realizar **dos o más veces** los cálculos de medicamentos que requieran varias diluciones y expresar la dilución claramente.
9. Al finalizar:
 - a) Revisar todo lo escrito
 - b) Controlar los cálculos de las dosis
 - c) Verificar si se omitió algo y si hay una indicación confusa
 - d) Firmar y colocar el apellido con letra legible
10. Todas las prescripciones, **SIN EXCEPCIÓN**, deben ser revisadas por otro médico antes de indicárselas. Al final, colocar: "**controlado por.....**"



Departamento de Pediatría-Comité de Seguridad del Paciente-Comunicación anónima del error



9. Se comunicó el error a los padres

SI	
NO	

10. Se dejó constancia en la historia clínica

SI	
NO	

11. Comentarios (optativo)

Multiple horizontal lines for writing comments.

DE PEDIA

1978-2003
25 Aniversario



**PEDIATRICS Vol. 113 No. 6 June 2004, pp.
1609-1618**

Voluntary Anonymous Reporting of Medical Errors for Neonatal Intensive Care

Gautham Suresh, MD^{*}, Jeffrey D. Horbar, MD^{*†}, Paul Plsek, MS^{||}, James Gray, MD[¶],
William H. Edwards, MD[#], Patricia H. Shiono, PhD[‡], Robert Ursprung, MD[¶], Julianne
Nickerson, MSW, Jerold F. Lucey, MD^{*†} and Donald Goldmann, MD^{*†} for the NICQ2000
and NICQ2002 investigators of the Vermont Oxford Network



1978-2003
25 Aniversario

Otras estrategias

Random Safety Audits (RSA)

- Desarrollaron 40 items para documentar y detectar errores y debilidades del sistema.
- La tarea la realiza una enfermera, todos los días, en grupos de pacientes y evalúa un determinado número de items.
- Incluyen errores de farmacia, laboratorio, comunicación, diagnóstico, etc.
- Determinan cuando hay “riesgo de seguridad”
- Evalúan efectos sobre el paciente

Pediatric Academic Societies’

Annual Meeting, San Francisco, May 2004.



1978-2003
25 Aniversario





News extra

**Study finds US paediatric
medical errors kill 4500
children a year**

Anne Harding, *New Jersey*

BMJ 2004;328:1458 (19 June),



**1978-2003
25 Aniversario**



Habiendo tantos errores
para cometer, no vale la
pena cometer el mismo
dos veces.

Bertrand Russell



1978-2003
25 Aniversario