

JORNADA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

16 DE SEPTIEMBRE 2022

PRÁCTICAS SEGURAS EN EL SNS

Uso seguro del medicamento



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD



La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha elevado la Seguridad del Paciente a la agenda de la Salud pública durante los próximos años de manera decidida y por ello en la 72 Asamblea Mundial del año 2019 se adoptó como DÍA MUNDIAL DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE, el 17 de septiembre. Un hito adicional de este compromiso mundial ha sido la aprobación del Plan de Acción Mundial para la Seguridad del Paciente 2021-2030, en el cual se insta a todos los Estados Miembros a priorizar la Seguridad del Paciente en los planes y políticas de salud, con la intención de reducir al máximo los daños evitables durante la asistencia sanitaria.

En nuestro país todo el SNS está trabajando con determinación en los compromisos adquiridos con la OMS en el marco de la Estrategia de Seguridad del Paciente, y desde el año 2019 se ha sumado a la celebración del Día Mundial de la Seguridad del Paciente, con la participación de las Comunidades Autónomas, Sociedades Científicas y Asociaciones de Pacientes.

Este año 2022, el lema de la celebración es “Medicación sin daño” y viene a culminar las actividades desplegadas en el tercer reto de la OMS referido a este tema.

La medicación constituye una de las intervenciones más utilizadas en la atención sanitaria, y los daños relacionados con la misma constituyen la mayor proporción total de daños evitables. Mediante la celebración de este día, se pretende dar visibilidad a esta realidad e impulsar la puesta en marcha de prácticas seguras relacionadas con el uso del medicamento, especialmente en las tres áreas claves donde se producen más daños, y que han sido resaltadas por la OMS como prioritarias; el uso seguro de los medicamentos en situaciones de alto riesgo, en las transiciones asistenciales y en la polifarmacia.

Para sumarnos a la iniciativa de la OMS y celebrar este Día Mundial, la Estrategia de Seguridad del Paciente del SNS en colaboración con la Sociedad Española de Calidad Asistencial (SECA) y con el consenso de las Comunidades Autónomas, realizó un llamamiento a los centros asistenciales para que remitieran prácticas seguras relacionadas con los siguientes temas; uso seguro del medicamento en transiciones asistenciales, en pacientes crónicos polimedcados, en situaciones de alto riesgo, y por último en gestión de incidentes por medicamentos notificados a los sistemas. Mediante la recogida de estas prácticas seguras se ha pretendido visibilizar el trabajo que a nivel asistencial tanto en el ámbito de la Atención Primaria como de Hospital se está desplegando para prevenir los errores en el uso de los medicamentos.

Cada CCAA ha seleccionado como máximo 4 prácticas, que han sido remitidas a un Comité Científico multidisciplinar experto en el área y que ha evaluado las 41 prácticas seguras recibidas del conjunto del SNS, siguiendo unos criterios preestablecidos. El día 16 de septiembre tendrá lugar una Jornada

Científica en la que se presentarán las 8 prácticas que han obtenido la puntuación más alta por el comité evaluador.

Sin embargo, la relevancia de los proyectos recibidos merece la pena que sea difundida como intercambio de conocimiento y modelo de aprendizaje para compartir experiencias en el SNS. Por esta razón, se relatan a continuación las prácticas recibidas describiendo el título, los autores y un resumen.

El objetivo de esta difusión además de sensibilizar sobre la importancia de promover prácticas seguras para prevenir los errores en el uso de los medicamentos, es facilitar el aprendizaje entre los diferentes centros del SNS que tenga proyectos similares planificados o que quieran avanzar en los que ya tienen en marcha.

Desde el Comité Organizador de la jornada agradecemos profundamente el esfuerzo de todos los centros que se han sumado a esta convocatoria y comparten con nosotros los mismos objetivos, y agradecemos a los referentes del Comité Institucional de la Estrategia de Seguridad del Paciente su compromiso con este día y esta actividad de intercambio de experiencias para el aprendizaje.

CONTENIDO

DESVELANDO UN MISTERIO A LOS PACIENTES INGRESADOS: SU TRATAMIENTO	6
IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN SEGURA DE MEDICAMENTOS VERIFICANDO CÓDIGO DE BARRAS IDENTIFICATIVO DEL PACIENTE.....	10
MONITORIZACIÓN FARMACOCINÉTICA DE LINEZOLID EN PACIENTES CRÍTICOS	12
BENZOSTOPJUNTOS: EFECTIVIDAD DE UNA INTERVENCIÓN COMUNITARIA MULTIDISCIPLINAR EN LA DISMINUCIÓN DEL USO CRÓNICO DE BENZODIAZEPINAS.....	14
MONITORIZACIÓN DE LA TRAZABILIDAD CLÍNICA DE LA MEDICACIÓN ADMINISTRADA EN PACIENTES HOSPITALIZADOS.....	16
ANULACIONES CAUTELARES DE LOS TRATAMIENTOS COMO HERRAMIENTA PARA MEJORAR LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES	18
ESTRATEGIA MULTIDISCIPLINAR DE SEGURIDAD DEL MEDICAMENTO EN UN DISTRITO SANITARIO	20
INTERVENCIONES EN SEGURIDAD CON EL USO DE MEDICAMENTOS DESDE EL SERVICIO DE FARMACIA DE ATENCIÓN PRIMARIA EN 2021.....	22
OPTIMIZACIÓN DEL TRATAMIENTO CRÓNICO DEL PACIENTE A SU PASO POR URGENCIAS.....	24
LAS NOTIFICACIONES DE LOS PROFESIONALES COMO HERRAMIENTA DE APRENDIZAJE Y MEJORA EN EL PROCESO DE INMUNIZACIÓN INFANTIL DE ATENCIÓN PRIMARIA	27
ADECUACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN DE ANTIDIABÉTICOS NO INSULÍNICOS EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN LOS SECTORES DE ALCAÑIZ Y BARBASTRO.....	29
INTERVENCIÓN EN PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR NO VALVULAR Y MAL CONTROL DE LA ANTICOAGULACIÓN CON FÁRMACOS ANTIVITAMINA K.....	32
METOTREXATO: ESTRATEGIA PARA MEJORAR LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES	35
TABLA DE DOSIFICACIÓN Y EQUIVALENCIA DE DOSIS MG/ML DE CLORURO MÓRFICO SEGÚN PESO PARA PEDIATRÍA	37
TALLER DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD (EPS): USO SEGURO DE LOS MEDICAMENTOS	38
INTEGRACIÓN DE FARMIS-ONCOFARM® CON ONCOSAFETY RC® COMO MEJORA DE LA SEGURIDAD EN LA ADMINISTRACIÓN DE ANTINEOPLÁSICOS CON BOMBAS DE INFUSIÓN INTELIGENTES	39
SISTEMAS DE NOTIFICACIÓN DE INCIDENTES SIN DAÑO HERRAMIENTA TRASCENDENTAL PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE Y USO SEGURO DE MEDICAMENTOS	41
IMPLANTACIÓN DE UN CIRCUITO DE CONCILIACIÓN DE LA MEDICACIÓN EN LAS TRANSICIONES ASISTENCIALES DE PACIENTES RESIDENCIADOS EN CENTROS SOCIOSANITARIOS VINCULADOS A UN SERVICIO DE FARMACIA DE HOSPITAL.....	43
PROGRAMA SEGURHAP: ALIANZAS POR LA SEGURIDAD EN LA FARMACOTERAPIA ENTRE LA URGENCIA HOSPITALARIA, HOSPITALIZACIÓN Y ATENCIÓN PRIMARIA	45
DISEÑO DE BANDEJAS DE MEDICACIÓN EN EL BLOQUE QUIRÚRGICO DEL H. INFANTIL LA PAZ	48

IMPACTO DE LA DETECCIÓN DE DUPLICIDADES EN ANTICOAGULACIÓN ORAL EN PACIENTES DE LAS ORGANIZACIONES SANITARIAS INTEGRADAS (OSI) PERTENECIENTES A OSAKIDETZA-SERVICIO VASCO DE SALUD.....	50
CONCILIACIÓN Y ADECUACIÓN DE LA MEDICACIÓN EN EL PACIENTE CRÓNICO GESTIÓN DE CASO, A TRAVÉS DE UN CIRCUITO DE ATENCIÓN MULTIDISCIPLINAR.....	53
EVALUACIÓN, MEJORA Y MONITORIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO DE PROFILAXIS ANTIBIÓTICA QUIRÚRGICA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA (HCUVA)	56
INTERVENCIÓN MULTIDISCIPLINAR Y TRANSVERSAL PARA OPTIMIZAR EL USO DE IBP, AINES, SISADOAS, TRIPLE WHAMMY Y BENZODIAZEPINAS.....	59
RIESGO DE CAÍDAS RELACIONADO CON LOS MEDICAMENTOS: IMPLEMENTACIÓN DE UNA DIMENSIÓN DE SEGURIDAD EN LA PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA	62
APLICACIÓN DE LA METODOLOGÍA LEAN-HEALTHCARE EN UN SERVICIO DE FARMACIA: MEJORA EN LA CALIDAD ASISTENCIAL Y SEGURIDAD DEL PACIENTE	64
PREPARACIÓN DE MEDICAMENTOS ESTRECHO MARGEN TERAPÉUTICO PARA PACIENTE PEDIÁTRICO EN EL SERVICIO DE FARMACIA.....	66
USO DE SISTEMAS DE NOTIFICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS (SINEA) COMO HERRAMIENTA PARA LA MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL MEDICAMENTO	68
MEDICAMENTO: BENZODIAZEPINAS CON SEGURIDAD	69
REMOVIENDO ETIQUETAS DE ALERGIA A BETALACTÁMICOS	71
UN INCIDENTE CENTINELA SOBRE EL USO DE BIFOSFONATOS. UNA OPORTUNIDAD PARA UN ABORDAJE CON PERSPECTIVA TERRITORIAL.....	73
IMPACTO DE LA ATENCIÓN FARMACÉUTICA INTEGRAL EN LA EFICACIA Y SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE PACIENTES INGRESADOS EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA VASCULAR. INFOFHAR.....	75
FARMAREVISIÓN NUEVA HERRAMIENTA INTEGRADA EN LA HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA	79
GESTIÓN INTERNA PARA EL VALOR EXTERNO.....	82
AIR FARMACIA EFECTIVIDAD DE UNA ESTRATEGIA PARA IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS SANITARIOS MEDIANTE HERRAMIENTAS DE MARKETING Y PUBLICIDAD.....	84
ESTANDARIZACIÓN EN LA ADMINISTRACIÓN DE FÁRMACOS POR VÍA PARENTERAL EN ADULTOS Y PEDIATRÍA EN ATENCIÓN HOSPITALIZADA MEDIANTE LA ELABORACIÓN DE TABLAS	86
IMPLANTACIÓN DEL MÓDULO EPASE® PARA LA PREPARACIÓN ASISTIDA, SEGURA Y EFICIENTE DE TRATAMIENTOS ANTINEOPLÁSICOS	88
CAMPAÑA “ERRORES CERO”	90
IMPLANTACION DE UN SISTEMA DE PREPARACION SEGURA DE CITOSTATICOS	92
CIRCUITO DE PRESCRIPCIÓN, VALIDACIÓN Y DISPENSACIÓN DE NIRMATRELVIR/RITONAVIR (PAXLOVID®) PARA LA INFECCIÓN POR SARS-COV-2: COORDINACIÓN ENTRE NIVELES ASISTENCIALES	94

DESVELANDO UN MISTERIO A LOS PACIENTES INGRESADOS: SU TRATAMIENTO

RUEDA NAHARRO, AIDA (1), GARCIA MARCO, DAVID (1), ALARCON GASCUEÑA, PIEDAD (2), TORRES ALAMINOS, MARIA ANGUSTIAS (2)

(1) HOSPITAL NACIONAL DE PARAPLEJICOS, (2) HOSPITAL NACIONAL DE PARAPLÉJICOS

ÁREA TEMÁTICA: Uso seguro del medicamento en las transiciones asistenciales

PALABRAS CLAVE: EMPODERADO / PACIENTE / INGRESADO / TRATAMIENTO

Población objetivo: pacientes hospitalizados adultos con capacidades mentales intactas y capacidad de lectura/compreensión de información escrita.

Metodología: a comienzos del año 2019, el Servicio de Farmacia (SF) plantea en la Comisión de Farmacia y Terapéutica (CFT) el problema de autonomía y errores de medicación asociado al desconocimiento de su propio tratamiento en los pacientes ingresados. La CFT y la dirección del centro aprueban realizar un estudio piloto. Desde el SF se elabora un procedimiento en el que se definen las necesidades para llevar a cabo el proyecto, y las fases de implantación (reuniones, establecimiento de circuitos, elección de la unidad piloto). Se crea un equipo multidisciplinar con un farmacéutico, un supervisor de enfermería y un médico prescriptor. Se elabora listado para registrar a los pacientes que dan su consentimiento para entregarles su tratamiento escrito y a los que se les entrega, así como encuestas para evaluar el grado de satisfacción de los mismos con el proyecto. En la encuesta también se recogen datos demográficos, se pregunta si han encontrado algún error de medicación, y existe un campo para sugerencias.

Por parte de supervisor y médico, se seleccionan los pacientes que están en plenas facultades mentales para recibir y comprender su tratamiento farmacológico por escrito, y se comunica al SF. En Abril de 2019, desde el SF se comienzan a imprimir los tratamientos, cada 7-14 días, desde Mambrino XXI® y se entregan en mano a los pacientes. A los pacientes que se les entrega por primera vez su tratamiento escrito, se les adjunta una encuesta, para que indiquen si les ha resultado útil y si han detectado algún error en la administración de su tratamiento.

Se comienza en una planta piloto del hospital, y se va ampliando progresivamente al resto de plantas del hospital.

Objetivos: mejorar la autonomía y humanización proporcionando por escrito el conocimiento completo del tratamiento farmacológico a los pacientes ingresados. Reducir errores de medicación mediante empoderamiento del paciente, mejorando así la seguridad del tratamiento.

Implantación (actuaciones realizadas)

- El proyecto se inicia en una planta piloto del hospital (B3) con la participación total de 14 pacientes, a quienes se les entrega hoja de tratamiento y encuesta de satisfacción.
- Se amplía a una segunda planta el proyecto varias semanas después. En este caso, en la planta C3 se incluyen en el proyecto 12 pacientes a quienes se les entrega hoja de tratamiento y encuesta de satisfacción. Se sigue entregando hoja de medicación por escrito a pacientes de la B3 y C3 semanalmente.
- Se amplía a todas las unidades de hospitalización que tengan pacientes que cumplan criterios de inclusión.
- Se añade pregunta nueva a la encuesta para ver si la entrega del tratamiento por escrito aumenta la detección de errores de medicación.
- Se analizan las encuestas y el nº de tratamientos entregados periódicamente.
- Se realiza nueva encuesta a grupo control que no había recibido información por escrito de su tratamiento, y se analizan los resultados.

Resultados

En la planta piloto inicial (B3): los 14 pacientes (100%) piensan que es útil recibir tratamiento por escrito, y perciben 3 errores (21,43%) en la administración de medicamentos. Además, se obtienen 5 sugerencias de mejora.

En la planta C3 (primera ampliación): los 12 pacientes (100%) piensan que es útil recibir tratamiento por escrito, y perciben 3 errores (25%) en la administración de medicamentos. Además, se obtiene 1 sugerencia de mejora.

Tras la ampliación al resto de plantas, y el análisis continuo de encuestas y entregas de tratamiento, a fecha de Abril de 2022 tenemos los siguientes datos:

Se han entregado 1.703 tratamientos a 406 pacientes

126 encuestas recogidas (55 tipo 1 y 71 tipo 2: las tipo 2 son las actualizadas con la nueva pregunta).

Cabe destacar que al 92% de los pacientes les resulta útil recibir su tratamiento por escrito, al 91% la información le parece buena o excelente.

Y en cuanto a los errores de medicación: un 26% de los pacientes identifica errores en su tratamiento (14% con la hoja de prescripción).

Los tipos de errores más frecuentes identificados han sido:

- Falta o sobra medicación.
- Falta información sobre el tratamiento.
- Error en dosis.
- Error en hora de administración.
- Medicación de otro paciente.

En cuanto a las Sugerencias de mejora recogidas en las encuestas:

- Informar al paciente en el momento de la administración de qué medicamento se trata.
- Facilitar información del tratamiento antes, y con mayor asiduidad.
- Mayor atención y mejor trato en planta de hospitalización.
- Entregar histórico de medicación al ingreso y posteriormente los cambios.
- Señalar contraindicaciones y reacciones adversas principales.
- Incluir indicación de cada tratamiento, grupo terapéutico.
- Dar la medicación por separado, para que sepan lo que toman.
- Comunicar al paciente los cambios que se produzcan en su tratamiento: cambios de dosis, suspensión o introducción de un medicamento...
- Informar al paciente en el momento de la administración de qué medicamento se trata.

Al analizar los datos, identificamos la necesidad de hacer un grupo control, para ver si los pacientes identifican errores también sin la hoja de medicación.

Para ello analizamos las encuestas redactadas para grupo control, de 20 pacientes que no habían recibido su tratamiento por escrito.

La conclusión fue que un 75% veía que sería útil recibir su tratamiento por escrito (inferior al 92% de los que ven la hoja de tratamiento). Esto puede deberse a que no visualizan en qué consistiría la información que les podemos aportar.

En cuanto a los errores, el 25% del grupo control ha identificado errores, aún sin tener el tratamiento por escrito.

Conclusiones

- Atendiendo a los resultados de las encuestas realizadas se podría concluir que se han cumplido

los objetivos iniciales del proyecto, de humanización, ya que el paciente se siente participe en su atención sanitaria. Un alto porcentaje (14% con la hoja de tratamiento) ha sido capaz de detectar errores de medicación, comunicarlos, y evitar que se produjeran, mejorando en la seguridad y la autonomía del paciente.

- Informar acerca del tratamiento no sólo supone una disminución de los errores de medicación, sino una humanización de la práctica clínico-asistencial, como ha sido reflejado por los propios pacientes en las encuestas, ya que prácticamente el 100% desea conocer su tratamiento.
- Tras los resultados obtenidos, se ha aprobado un proyecto para que el paciente ingresado en nuestro centro tenga acceso en tiempo real a su prescripción farmacológica a través de internet.

IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN SEGURA DE MEDICAMENTOS VERIFICANDO CÓDIGO DE BARRAS IDENTIFICATIVO DEL PACIENTE

VILLASTRIGO GARCÍA, MARÍA DEL CARMEN (1)

(1) HOSPITAL DR MOLINA OROSA DE LANZAROTE

ÁREA TEMÁTICA: Uso seguro del medicamento en las transiciones asistenciales

PALABRAS CLAVE: PREVENCIÓN / ERRORES ADMINISTRACIÓN MEDICACIÓN / HOSPITAL DE DÍA / PULSERA IDENTIFICATIVA / CÓDIGO DE BARRAS

El Hospital Dr. Molina Orosa de Lanzarote (HDMO) es un centro sanitario de segundo nivel dependiente del Servicio Canario de la Salud (SCS). En cartera de servicios dispone de 3 hospitales de día (HD): HD oncológico (HDO), HD hematológico (HDH), HD polivalente (HDP), dotados con 25 sillones y 4 boxes. Esta área se encuentra atendido por 6 enfermeras.

Para el desarrollo del proyecto se utilizó un software que se nutre del módulo de gestión de prescripción de pacientes ambulatorios del aplicativo informático Farmatools, integrado en la historia clínica única electrónica del SCS (DRAGO-AE). Está diseñado para que el personal de enfermería, a través de tablets, valide la administración y registre las incidencias a pie de recurso. El proceso consiste en escanear in situ, mediante lectores ópticos, los códigos de barras incorporados en las pulseras identificativas de los pacientes así como las etiquetas de las mezclas de medicamentos elaboradas en el Servicio de Farmacia.

Si se detecta algún error, en el paciente diana, en la mezcla o en el orden de administración establecido en el esquema farmacológico, el sistema emite una alerta e impide continuar.

El objetivo es preservar la seguridad de los usuarios atendidos en los HD y mejorar la trazabilidad de las incidencias en el proceso de administración, con el apoyo de la tecnología.

El proyecto se inició en octubre de 2021 y se finalizó en marzo de 2022. Se desarrolló en las siguientes etapas:

- Presentación del proyecto a la Dirección del centro y obtención de la conformidad.
- Evaluación de los requerimientos técnicos y de comunicación para la implantación con la comprobación de que los HD disponían de wifi con ancho de banda suficiente.

- Adquisición del equipamiento hardware: impresoras térmicas de pulseras para identificar a los pacientes a partir de DRAGO-AE, tablets y lectores ópticos.
- Configuración del módulo de administración en las tablets.
- Formación de los participantes en el uso de la tecnología.
- Reorganización de los circuitos de administración con el personal de enfermería. Establecer el procedimiento de seguimiento y evaluación.

En los dos meses evaluados, la validación de la administración se aplicó a 234 pacientes en el HDO, 74 en HDH y 142 en el HDP. No se pudo aplicar en 2 pacientes para los que no se pudo imprimir la pulsera identificativa. Se validó la administración in situ para 1.256 pacientes (73,33% HDO, 15,29% en HDH y 11,38% en HDP). El registro de incidencias aumentó en un 2% en los HDO y HDH. En HDP fue de un 100% porque se registraban con anterioridad.

Las limitaciones encontradas fueron: imposibilidad de obtener las pulseras de los pacientes con acto clínico en consultas exclusivamente; la administración de la medicación que no se elabora en farmacia no se validó in situ por carecer de código; el sistema no evita errores en el tiempo de infusión o en la vía de administración por lo que se pretende integrarlo con las bombas; es necesario realizar estudios sobre la percepción de los usuarios.

MONITORIZACIÓN FARMACOCINÉTICA DE LINEZOLID EN PACIENTES CRÍTICOS

GONZÁLEZ GARCÍA, JONATHAN (1)

(1) COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE CANARIAS

ÁREA TEMÁTICA: Uso seguro del medicamento en situaciones de alto riesgos

PALABRAS CLAVE: LINEZOLID / UVI / FARMACOCINÉTICA / SEGURIDAD PACIENTE / USO RACIONAL ANTIMICROBIANOS

El objetivo del trabajo consiste en:

- Evaluar el porcentaje de pacientes que no consiguen una Cp de LNZ dentro de rango terapéutico durante las primeras 72 hs de tratamiento.
- Analizar el porcentaje de pacientes que presentan Cp dentro de rango terapéutico durante todo el tratamiento.
- Modificar la dosis de LNZ en aquellos pacientes que presenten Cp subterapéutica o potencialmente tóxica para garantizar la eficacia y seguridad del tratamiento, evitando los efectos adversos y en el marco del uso racional de los antimicrobianos.

Los pacientes críticos candidatos de monitorización farmacocinética serían aquellos que presenten una de las siguientes condiciones: shock séptico/sepsis, fracaso hepático y/o renal, variaciones importantes del Vd (por hipoalbuminemia, fluidoterapia agresiva, nutrición parenteral, terapia con fármacos vasoactivos o ventilación mecánica), así como los que presenten mala evolución clínica o aparición de efectos adversos relacionados con el uso de linezolid.

La obtención de muestras está sujeta a una serie de recomendaciones que son conocidas por el personal de enfermería que realiza las extracciones y pactadas por todos los implicados.

La determinación de las Cp de LZN se realizan en el S^o de Análisis Clínicos y Bioquímica del Hospital mediante técnica de inmunoensayo enzimático homogéneo con el kit comercial ARK Linezolid Assay.

La primera determinación de las Cp de LNZ debe llevarse a cabo, inmediatamente antes de la administración de la 3^a dosis, una vez que el fármaco haya alcanzado el equilibrio estacionario.

En aquellos pacientes en los que se lleve a cabo ajuste de dosis, conviene extraer muestras de sangre

en las 48 h posteriores a la modificación de la posología, una vez alcanzado de nuevo el equilibrio estacionario. En el caso de pacientes con Cp en rango terapéutico se llevará a cabo una determinación de las Cp de control una vez a la semana y siempre y cuando no haya cambios significativos en la situación clínica del paciente.

Para el ajuste de dosis se utiliza el software de cinética poblacional PKS, que combina datos demográficos y clínicos del paciente, Cp y modelos farmacocinéticos de población semejante al tipo de paciente (críticos, insuficiencia renal, pediátricos).

La comunicación de resultados se realiza de forma directa con el médico responsable. Los resultados de la Cp y las recomendaciones efectuadas deben quedar documentados en la historia clínica del paciente, junto con la información utilizada para la realización del informe.

BENZOSTOPJUNTOS: EFECTIVIDAD DE UNA INTERVENCIÓN COMUNITARIA MULTIDISCIPLINAR EN LA DISMINUCIÓN DEL USO CRÓNICO DE BENZODIAZEPINAS

FERRER LÓPEZ, INGRID (1)

(1) TÉCNICO DE APOYO DEL SERVICIO DE PROYECTOS Y DESARROLLO. SUBDIRECCIÓN DE FARMACIA Y PRESTACIONES. SERVICIO ANDALUZ DE SALUD

ÁREA TEMÁTICA: Uso seguro de los medicamentos en pacientes crónicos polimedicados

PALABRAS CLAVE: BENZODIAZEPINAS / DEPRESCRIPCIÓN / INFORMACIÓN / EDUCACIÓN DEL PACIENTE

Población diana: usuarios con más de 4 semanas de uso de BZD, mayores de 18 años, sin trastorno mental grave, independientemente de su deseo a deshabituarse. 5 centros de salud urbanos entre 2018 y 2021.

Estudio intervención, aleatorizado, pragmático por etapas.

Objetivo: Evaluar la efectividad de un programa educativo comunitario basado en información directa al paciente sobre benzodiazepinas (BZD), con material adaptado y validado. Identificar variables predictivas del abandono del uso crónico de BZD.

Material y Métodos Intervención: los médicos, enfermeros, farmacéuticos y trabajadores sociales, informaron a los pacientes sobre ventajas, inconvenientes, alternativas de las BZD y calendario de deshabitación con pauta descendente de BZD ofreciendo un material educativo.

Este material se ha elaborado a partir de dos intervenciones internacionales que demostraron su efectividad en ensayos clínicos. Traducida del ensayo clínico de "Empower" con autorización del grupo canadiense desprescribing.

Control: práctica clínica habitual.

Variables resultado: pacientes que abandonan BZD a los 6 meses y a los 2 años. variable cuantitativa discreta, en porcentaje.

Otras variables relacionadas con el abandono: uso continuado de BZD en las últimas 4 semanas, variable cuantitativa discreta; mortalidad a 10 años (Índice de Charlson); variable cuantitativa discreta; Opiniones y actitudes: variable cualitativa (ordinal como alto, medio y bajo) y variable cuantitativa

discreta mediante proporciones (0-100); calidad de vida (Cuestionario COOP/WONCA) variable cualitativa ordinal.

Tamaño muestral: se estimó una eficacia del 5% en el grupo control (GC) y del 27% en el grupo intervención (GI), error alfa:

0,05, potencia: 80% y pérdidas: 20%. N=162

Fuente de información: bases de datos de facturación. Análisis estadístico descriptivo y regresión logística. Dictámenes favorables del Comité de Ética. Sin financiación.

Resultados: Se analizaron 598 usuarios, (430 GI y 168 GC), 72,6% mujeres, edad media 66,2 años, uso promedio de BZD.

5,2 años, 55% por insomnio.

Tras 6 meses abandonaron el 30,2% vs. 21,2% en los GI y GC respectivamente (OR=1,64; p=0,034).

A los dos años están sin BZD el 32,6% vs 24,3% en los GI y GC respectivamente (OR=1,55; p=0,050).

Como variables predictoras del abandono de BZD a los 6 meses se identificó: la mortalidad estimada a 10 años (OR=1,0110. 0,989 al contario; P=0,018); y la toma continuada en las últimas 4 semanas previa (OR=0,225; P<0,001).

La calidad de vida en el GI a los 6 meses mejoró en un 20% (p<0,001) y las opiniones y actitudes sobre las BZD un 30% (p<0,05).

Conclusiones

La intervención es efectiva a los 6 meses y se mantiene su efecto a los 2 años. La calidad de vida, opiniones y actitudes mejoran. Un uso discontinuado previo de las BZD y menor mortalidad estimada a los 10 años, predicen el abandono.

MONITORIZACIÓN DE LA TRAZABILIDAD CLÍNICA DE LA MEDICACIÓN ADMINISTRADA EN PACIENTES HOSPITALIZADOS

COBOS VARGAS, ANGEL (1)

(1) HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN CECILIO. SAS

ÁREA TEMÁTICA: Gestión de los incidentes por medicamentos notificados a los sistemas de notificación

PALABRAS CLAVE: EVENTOS ADVERSOS / MEDICACIÓN / FORMACIÓN / ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS / TRANSICIÓN ASISTENCIAL

Al analizar un evento adverso relacionado con la medicación, se constata la ausencia del registro efectivo de la medicación administrada. Supone carencias del sistema relacionadas con factores de tarea, de formación y entrenamiento, de equipamiento y recursos, y de comunicación.

El plan de mejora contempló:

1. Verificación de que el software de Farmacia "PRISMA" permite el registro electrónico de la medicación prescrita y administrada.
2. Realización de un Procedimiento Normalizado de Trabajo.
3. Verificación de acceso a PRISMA de todos los profesionales.
4. Plan de Formación.
5. Plan de monitorización periódica y retroalimentación a las unidades. Descrito a continuación.

Población Diana: Pacientes hospitalizados. Hospital Universitario Clínico San Cecilio de Granada.

Ámbito de aplicación: Unidades de hospitalización médica y quirúrgica.

Periodo de tiempo: Enero de 2021 - actualidad. Primera fase prevista en 2 años, con el objetivo de alcanzar una tasa de registro global >80%.

Fuente de información: Software de Farmacia Dosis "PRISMA", en el que figura cada uno de los pacientes ingresados en el hospital, la medicación prescrita y validada.

Variables de estudio: Fecha, turno, unidad de encamación, Nº total pacientes ingresados, Nº pacientes con registro de la medicación administrada.

Metodología:

Recogida de datos: Se auditan el total de los pacientes ingresados en días elegidos aleatoriamente. Trimestralmente se elabora un informe con los porcentajes de registro globales y su evolución estratificada por unidades, en el que sistemáticamente se recuerda la justificación del registro y los objetivos a alcanzar. El informe se remite a cada uno de los responsables y se felicita a las unidades con mejor evolución (Anexo A).

Resultados:

Se han analizado 6 trimestres (abril-junio 2022 datos provisionales). En cada trimestre se han auditado una media de 9 días y 1.766 pacientes.

En el primer trimestre de 2021 el cumplimiento global fue 18,8%, en los trimestres sucesivos pasó al 36,8%; 38,8%; 54,8%, 51,8% y en el segundo trimestre de 2022 67,6% (resultado provisional). En el primer trimestre evaluado, 7 de las 17 unidades incluidas estaban por debajo de un 10% de registro, y sólo 2 superaban el 50%, un año después sólo una unidad está por debajo del 10%, y en 11 de 17 se supera el 50% de registro. En la valoración provisional del último trimestre sólo quedan 3 unidades por debajo del 50%, (respectivamente 40,4%; 42,2% y 48,2%); y 5 superan el 80% de registro promedio.

Evaluación:

Los resultados muestran una tendencia favorable generalizada. El logro de los objetivos marcados redundará en aspectos clave que afectan a la seguridad clínica y a la calidad de la atención prestada, garantiza el respeto a los derechos de los pacientes (Ley 41/2002) y aporta garantías jurídicas al desempeño de los profesionales y de la propia institución.

Este proyecto ha sido incluido en los acuerdos de gestión de todas las unidades implicadas durante los años 2021 y 2022.

ANULACIONES CAUTELARES DE LOS TRATAMIENTOS COMO HERRAMIENTA PARA MEJORAR LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES

RODRIGUEZ CASTILLA, JUAN (1)

(1) *ÁREA DE GESTIÓN SANITARIA NORTE DE HUELVA. SERVICIO ANDALUZ DE SALUD*

ÁREA TEMÁTICA: Uso seguro del medicamento en situaciones de alto riesgo

PALABRAS CLAVE: ANULACIONES CAUTELARES / MEDICAMENTOS / DUPLICIDADES / INTERACCIONES / DISPENSACIÓN

Objetivo: La Unidad de Farmacia Interniveles del Área se planteó usar esta herramienta para mejorar la seguridad de sus pacientes, evaluar su adherencia, así como reducir el número de dispensaciones que aparte de poco seguras suponen un gasto innecesario.

En abril comienza a hacer AC, siendo la **población diana:**

Pacientes con errores de posología en presentaciones de medicamentos mensuales, trimestrales y semestrales.

Errores de posología que generan numerosas dispensaciones.

Revisión de aspectos recogidos en las Notas de Seguridad de la Agencia Española de Medicamentos sobre:

- Duraciones de los tratamientos con nitrofurantoína.
- Dosificaciones de las presentaciones de vitamina D.
- Dosificación de hidoxizina en pacientes de edad avanzada.

Pacientes con duplicidades (dos presentaciones del mismo fármaco) y redundancias (dos fármacos del mismo grupo terapéutico simultáneos).

Sobredosificaciones.

Duración de los tratamientos con citicolina.

Interacciones graves con fármacos oncológicos de dispensación hospitalaria.

Problemas de adherencia: fármacos que los pacientes no retiran de la farmacia.

Los listados de todos estos pacientes se obtienen desde la aplicación Microstrategy. Se sacan listados nuevos cada mes. Recogen tanto prescripciones de Atención Primaria como de Especializada.

La población diana va a seguir siendo aumentada con nuevos problemas de seguridad para revisar.

Una vez llevada a cabo la AC, el medicamento pasa a estar no dispensable por la oficina farmacia.

Cada AC genera un aviso al médico donde se le explica el motivo por el cual el tratamiento se ha bloqueado.

La AC puede ser aceptada por el médico o rechazada. En todo caso, si no es atendida, el medicamento pasa a estar cancelado a los 7 días desde que se anuló. Si el médico rechaza la anulación propuesta por el farmacéutico, debe explicar el motivo.

Resultados

597 AC: errores de posología 22 (4%), sobredosificaciones 18 (3%), duración inadecuada del tratamiento 123 (21%), problema de seguridad recogidos en las Notas de la Agencia 24 (4%), interacciones graves con fármacos oncológicos 9 (1,5%), duplicidades 22 (4%), redundancias 114 (19%), falta de adherencia 265 (44%).

De estas 597 AC, se tiene información de qué ocurre a la semana en 505 de ellas: 2 son rechazadas por el médico (0,4%), en 4 cambia la posología (0,8%), en 25 reporta que acepta la anulación (4,9%) y en 474 anulaciones, el médico permite que el medicamento quede anulado (93,84%).

Sabemos lo que ocurre al mes en 250 AC: el 93% de los tratamientos que quedaron anulados a la semana, siguen anulados al mes (para evaluar la respuesta de los pacientes).

Conclusiones

Las anulaciones cautelares han mostrado ser una herramienta ágil y precisa para detectar y subsanar problemas de seguridad.

La aceptación por parte de los médicos está siendo muy buena.

Supone dar capacidad directa en la toma de decisiones a los farmacéuticos de Atención Primaria y Especializada, lo cual supone una nueva dimensión en su trabajo.

ESTRATEGIA MULTIDISCIPLINAR DE SEGURIDAD DEL MEDICAMENTO EN UN DISTRITO SANITARIO

CASTRO MARTÍN, ESTRELLA (1)

(1) DISTRITO SANITARIO CORDOBA GUADALQUIVIR. SERVICIO ANDALUZ DE SALUD

TIPO DE COMUNICACIÓN: Oral

ÁREA TEMÁTICA: Uso seguro de los medicamentos en pacientes crónicos polimedicados

PALABRAS CLAVE: DESPRESCRIPCIÓN / MEDICAMENTOS: PACIENTES CRÓNICOS / USO SEGURO MEDICAMENTO / CONCILIACIÓN

Población Diana: Población total de todas las Unidades de Distrito Córdoba- Guadalquivir con: ≥ 10 medicamentos ≥ 6 meses, pacientes diabéticos > 80 años o en tto con insulina y/o ADO, y pacientes inicio tratamiento con opioides menores o mayores para dolor crónico no oncológico.

Objetivo: Poner en marcha estrategia multidisciplinar de difusión. Deprescribir 10% pacientes polimedicados (ene - dic 2022); Poner en marcha la cumplimentación cuestionario de valoración de riesgo en prescripción de opioides y revisión de listados en el portal de farmacia en el caso de los diabéticos mayores de 80 años.

Metodología: Creación grupo multidisciplinar de Seguridad del medicamento. Se diseñan estrategias para la mejora en la prescripción. Respecto al objetivo de polimedicados se establece circuito de revisión conjunta medicina y enfermera de familia. El enfermero revisa las prescripciones activas y si se están retirando de la oficina de farmacia, realiza una visita programada con el paciente con y valora redundancias terapéuticas y duplicidades, registra en un episodio de Diraya "Polimedicados". El facultativo con la información facilitada concilia el tratamiento. A los pacientes inmovilizados se les programa visita a domicilio. Se emplea un check list para valorar continuidad o no de varios grupos terapéuticos, identificación de duplicidades. Revisión de botiquines con check list basado en la Adherencia Terapéutica Moriski Green. Los farmacéuticos llevan a cabo tres estrategias: Presentación documentos para el URM, elaboración informes farmacoterapéuticos en los casos de prescripción concomitante de IDDP4 y análogos de la GLP1 y anulación cautelar de duplicidades o errores de posología. Respecto al objetivo de pacientes ≥ 80 años en tratamiento con insulina y / o un antidiabético oral secretagogo (sulfonilureas y glinidas) y/o dos o más antidiabéticos no insulínicos se solicita a los facultativos la revisión de al menos $\geq 70\%$ de los pacientes facilitados en el listado disponible en la aplicación "portal de farmacia" de distrito. Respecto al objetivo de porcentaje pacientes en el que se inicia en el mes algún tratamiento con opiodes menores o mayores para DCNO se solicita a los facul-

tativos la cumplimentación en diraya del cuestionario de valoración de riesgo en al menos el 40 - 60 % de las revisiones. Tratamientos iniciados a partir del 1 de enero, exceptuando tramadol solo o en asociación cuya duración sea menor o igual a 90 días.

Evaluación: La estrategia se ha completado en el primer semestre del año 2022 al haberse difundido toda la información a todos los profesionales por parte de los cargos intermedios de las Unidades de Gestión Clínicas. Objetivos específicos, explotación MTI / farma: resultados de enero a abril de 2022 Polimedicados: Reducción de prescripciones activas: D.

Córdoba: 1,15%/ D. Guadalquivir: 1,08%. Reducción de problemas de prescripción Diabetes: 39,94%/ 4,52% Opioides: 3,14%/ 3,83%. Objetivo conjunto: 21,54%/14,17%

INTERVENCIONES EN SEGURIDAD CON EL USO DE MEDICAMENTOS DESDE EL SERVICIO DE FARMACIA DE ATENCIÓN PRIMARIA EN 2021

RUIZ SAN PEDRO, ANA MARÍA (1), SÁNCHEZ HERRERO, RAFAEL (1), BENNASAR MATESANZ, MARIA LLUCH (1), SIERRA MARTÍNEZ, LETICIA (1)

(1) GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE VALLADOLID ESTE

TIPO DE COMUNICACIÓN: Oral

ÁREA TEMÁTICA: Uso seguro de los medicamentos en pacientes crónicos polimedicados

Población diana

Intervención 1. Pacientes del área con edad ≥ 75 años, no institucionalizados, con 10 o más medicamentos crónicos en su plan terapéutico.

Intervención 2. Pacientes del área, de cualquier edad que tengan en su plan terapéutico dos o más presentaciones de vitamina D o de IECA/ARA II o de AINE.

Metodología

Farmacéutico:

Extracción de listados de pacientes del programa de facturación de recetas y filtrado para obtener los datos de las poblaciones diana en cada una de las intervenciones.

Revisión de los planes terapéuticos de los pacientes obtenidos en MEDORA.

Comprobación y búsqueda de posibles incidencias: duplicidades, interacciones, fármacos con riesgo daño, con alternativas preferentes o de baja o nula actividad terapéutica. También se buscan frecuencias de administración o duración del tratamiento no adecuada. Asimismo, se revisan los criterios Stop/start y las recomendaciones "no hacer".

Comunicación a los médicos de familia de las incidencias detectadas en sus pacientes.

Médico de Familia:

Revisión y modificación, si lo consideran oportuno, de los planes terapéuticos de los pacientes comunicados.

Farmacéutico:

Comprobación y registro de las modificaciones realizadas por los médicos de familia.

Objetivo

Nuestro objetivo con estas intervenciones es detectar posibles riesgos con la utilización de los medicamentos desde el punto de vista farmacológico y la valoración posterior, por el médico de familia de la relación beneficio/riesgo en cada paciente concreto.

Evaluación

Transcurridos dos meses de la revisión por parte del farmacéutico y del médico de familia, se evalúa las modificaciones realizadas en el plan terapéutico del paciente y se registran las actuaciones realizadas. Se valora lo que se ha modificado y lo que se ha mantenido.

OPTIMIZACIÓN DEL TRATAMIENTO CRÓNICO DEL PACIENTE A SU PASO POR URGENCIAS

ALONSO CASTAÑÉ, M^º DOLORES (1), FERNÁNDEZ CAÑABATE, SONIA (1), GIL NAVARRO, INÉS (1), CORRAL ALAEJOS, ÁLVARO (1), JIMENEZ CASAUS, JOSÉ (1), GODA MONTIJANO, GUILLERMO (1), ROLDÁN GONZÁLEZ, JOSÉ SEBASTIÁN (1), PAREDES BERNALDO QUIROS, M. LUISA (1), HERREZUELO CASTELLANOS, JUAN CARLOS (1), GIL VALIÑO, CARMEN (1)
(1) COMPLEJO ASISTENCIAL DE ZAMORA

ÁREA TEMÁTICA: Uso seguro de los medicamentos en pacientes crónicos polimedicados

Población diana/ámbito de aplicación:

Paciente que acude a urgencias del hospital con farmacoterapia, priorizando esta situación:

- Pacientes polimedicados, especialmente ancianos.

Objetivos de la práctica

Implementación de la prevención cuaternaria, que se define como el conjunto de actividades que intentan evitar, reducir y paliar el daño provocado por la intervención médica (sobreprescripción, errores de medicación...).

Metodología

A través de la historia clínica electrónica identificamos qué pacientes se encuentran en urgencias. Para la elaboración de la historia farmacoterapéutica realizamos una interconsulta a farmacia, esta puede ser creada por el médico (pacientes que considere oportuno que farmacia optimice el tratamiento) o por el propio farmacéutico, el cual revisa la medicación crónica siguiendo 2 estrategias:

- Por fármaco: seleccionamos aquellos fármacos inapropiados para una población concreta, o aquellos considerados de bajautilidad terapéutica.
- Por paciente: priorizamos aquellos pacientes ancianos (>75 años), polimedicados (>5 medicamentos) y que vayan a ingresar.

Debido al volumen de pacientes que acuden diariamente a urgencias, en el caso que se detecte un paciente susceptible de optimización del tratamiento en el que ya se le haya dado el alta a domicilio, esta revisión se

llevará igualmente enviando un informe directamente al médico de atención primaria.

En la optimización del tratamiento se siguen los siguientes pasos:

1. Revisión.
2. Entrevista.
3. Análisis.
4. Actuación.
5. Acordar.
6. Monitorizar.

Para la optimización del tratamiento usamos las siguientes herramientas:

- Los criterios STOPP/START.
- Listado PRISCUS.
- Criterios LESS-CHRON.
- Lista Stopp-Frail en personas frágiles.
- Medicamentos a evitar según Prescrire.
- Recomendaciones de “no hacer” en tratamientos farmacológicos.
- Guía Nice del paciente pluripatológico.

Evaluación:

A pesar de la reciente implantación de dicha práctica (marzo 2022). Los primeros resultados preliminares demuestran que de los 61 pacientes en los que se ha hecho una revisión del tratamiento, se detectaron 189 fármacos candidatos a optimización.

A pesar de no disponer de resultados a largo plazo, existe evidencia suficiente de que la optimización del tratamiento crónico ha demostrado:

- Disminución de la prescripción potencialmente inadecuada (30-60%).
- Disminución de efectos secundarios, interacciones y efectos “cascada”.
- Incremento en la adherencia terapéutica.
- Disminución en el riesgo de caídas.
- Mejoría de la función cognitiva.
- Mejoría en la calidad de vida.

- Reducción en el número de hospitalizaciones y de muerte (26-38%).
- Mejoría de procesos crónicos, en caso de evidenciarse omisiones.

LAS NOTIFICACIONES DE LOS PROFESIONALES COMO HERRAMIENTA DE APRENDIZAJE Y MEJORA EN EL PROCESO DE INMUNIZACIÓN INFANTIL DE ATENCIÓN PRIMARIA

MARTÍNEZ PATIÑO, MARÍA DOLORES (1), MARTÍNEZ MACHUCA, SONIA (2), MEDIAVILLA HERRERA, INMACULADA (1), CAÑADA

DORADO, ASUNCIÓN (1), MAGÁN TAPIA, PURIFICACIÓN (1), BARBERÁ MARTÍN, AURORA (1), DOMÍNGUEZ PÉREZ, NURIA (1),

CONEJOS MIQUEL, M^a DOLORES (1), GARZÓN GONZÁLEZ, GERARDO (1), ALCÁZAR GONZÁLEZ, M^a LUISA (1), BRANDINI ROMERSI, ANDRÉS MAURICIO (3)

(1) *ÁREA DE PROCESOS Y CALIDAD, GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA, S^o MADRILEÑO DE SALUD*, (2) *GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA,*

S^o MADRILEÑO DE SALUD, (3) *HOSPITAL UNIVERSITARIO 12 DE OCTUBRE, S^o MADRILEÑO DE MADRID*

ÁREA TEMÁTICA: Gestión de los incidentes por medicamentos notificados a los sistemas de notificación

PALABRAS CLAVE: NOTIFICACIONES DE INCIDENTES / VACUNACIÓN INFANTIL / MEDIDAS DE MEJORA

Pob. diana: niños vacunados en AP según calendario y con vacunas no incluidas recomendadas por pediatra **Objetivo.**

- Conocer los errores de medicación con vacunas infantiles (EMVI) notificados: tipo, causas, impacto
Implantar acciones de mejora para minimizarlos.

Se describen los EMVI notificados en CISE Madrid (2019 a 2021). Se notifican 3.472 EM; 21% fueron EMV (adulto, infantil, COVID); de éstos, 419 son EMVI (78%).

Tipos más frecuentes de EMVI: selección inadecuada de vacuna (24%), error en preparación (18%), medicamento caducado/mal conservado (13%), dosis incorrecta (11%)

Causas más frecuentes de EMVI: no cumplimiento de procedimientos establecidos (25%), falta de formación (20%) y lapsus (15%)

Impacto para la SP: no siempre se administra la vacuna, hay EM que se producen pero no alcanzan al paciente. La vacuna implicada se administró en 63% de los casos, pero el impacto fue leve: daño temporal que requirió intervención (9 casos, 2%) o requirió monitorización aunque no hubo daño (26 casos, 6%), en general en relación con RAM esperadas.

Las acciones puestas en marcha se dirigen a los tipos y causas descritos.

Formación. Desde 2019 se potencia la formación, especialmente a profesionales nuevos; realizados

24 cursos de vacunas (632 profesionales formados). En los cursos se analizan los EMVI notificados y se incide en la importancia de seguir los procedimientos establecidos en el proceso “Inmunización Segura en AP”.

Elaboración de recomendaciones de seguridad generalizables (RSG) para EMVI específicos y reiterados.

- Administración de disolvente de vacuna triple vírica sin reconstituir con vial de polvo liofilizado que contiene los virus.
- Administración de vacuna hexavalente sin reconstituir con vial de liofilizado que contiene la vacuna del H. Influenzae B.

Las RSG incluyen etiquetas de alerta para expositores de vacunas (“ATENCIÓN, HAY QUE RECONSTITUIR”) que ayuden a minimizar los lapsus.

Todas las RSG son difundidas desde CISE Madrid a los 262 centros de salud de la CM; también disponibles en la intranet.

Rondas de seguridad en los centros. Realizadas por los directivos para identificar riesgos, verificar implantación de proyectos de SP y mostrar su implicación. En relación a la “Inmunización segura en AP”, se verifica la implantación de diferentes medidas:

- Visibles en puntos de vacunación las infografías del proyecto (“Pasos para una vacunación segura” y “Registrar antes de vacunar”) y calendario vacunal vigente
- Organización de vacunas en expositores según procedimiento y con etiquetas de alerta visibles
- Control de temperaturas y descarga de termógrafos según protocolo. Los termógrafos han mejorado la SP y la eficiencia: en 2016 se desecharon 37.436 dosis por rotura de la cadena de frío (365.382 euros); en 2021, con termógrafos disponibles ya en todos los CS, se desechan 18.226 (51% menos) con un coste de 214.026 euros (ahorro de un 41%).

Las notificaciones de CISE Madrid nos permiten seguir adaptando las acciones a los puntos críticos de la vacunación infantil.

ADECUACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN DE ANTIDIABÉTICOS NO INSULÍNICOS EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN LOS SECTORES DE ALCAÑIZ Y BARBASTRO

GARCÍA COLINAS, MIREN ARANTZAZU (1), BUISÁN GIRAL, MARÍA JOSÉ (2), VALLÉS GÁLLEGO, VÍCTOR (2), AMESTOY CHIESA, MARCELA CECILIA (3)
(1) DIRECCIÓN ATENCIÓN PRIMARIA. HOSPITAL DE ALCAÑIZ, (2) DIRECCIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA. HOSPITAL DE BARBASTRO, (3) DIRECCIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA. HOSPITAL DE ALCAÑIZ

ÁREA TEMÁTICA: Uso seguro de los medicamentos en pacientes crónicos polimedicados

Objetivos

En diabéticos con ERC: evaluar la adecuación de las dosis prescritas de fármacos antidiabéticos no insulínicos (ADNI) y promover la correcta dosificación de los fármacos.

Secundario: Si se detectase una contraindicación o dosificación inadecuada del ADNI, revisar el resto de medicación.

P. diana

Adultos con DM y ERC (FG<60ml/min) de los Sectores Alcañiz y Barbastro.

Metodología

06-09/19. Se presenta el proyecto en los 27 centros salud y juntas técnico asistenciales de los Sectores.

Población 180.000.

06/19. 1ª extracción de datos de pacientes con prescripciones activas de ADNI:

- BDU: v. sociodemográficas (CIAS, CS, Código Identificación Aragón, edad y sexo).
- Hª farmacoterapéutica-e: código y nombre principio activo, fecha inicio y fin tratamiento, dosis, posología, código nacional, nombre comercial, código CIAP y diagnóstico asociado al tratamiento (tto).
- Nomenclator: DDD, dosis y unidad, unidades envase.
- DATA farmacia, OMI, Modulab®: filtrado glomerular (FG) últimos doce meses, fecha, valor FG.

Intervención:

07-10/19. 10885 pacientes. 1ª revisión de las farmacéuticas de atención primaria (FAP). Se envía a los médicos de los 2.405 sin dato FG nota para solicitarlo.

10/19 Diseño del formato con la propuesta de modificación de tto de los pacientes, en los que sería recomendable sustituir algún fármaco por contraindicación, reducir la dosis o ampliar el intervalo entre dosis, adjuntando la bibliografía que lo justifica.

01/2020 2ª extracción con datos de 2019. 10.974 pacientes (6,1% población). 1742 sin FG.

02-03/20 Envío informes por las FAP para su revisión por médicos/enfermeras.

02-05/20 Recepción informes. Medición resultados.

Ética y Confidencialidad: cumple con el RGPD 679/2016, la LO 3/2018 y la Ley 14/2007.

Resultados/Evaluación

En los últimos 12 meses del total de pacientes:

El 15,9% (1.742/10.974) no disponen de dato de FG y se excluyen.

El 24,5% (2.262/9.232) tienen ERC.

El 18,1% (1.670/9.232) presentan inadecuación de dosis o contraindicación según su filtrado glomerular de al menos un ADNI. De estos, el 10,1% (169/1.670) tienen algún medicamento más con inadecuación de dosis o contraindicación.

Se aceptan por el equipo médico/enfermera las recomendaciones en el 61,1% de pacientes (1.021/1.670).

Ajuste aceptado 56,9%

Sin respuesta 29,3%

No cambios por mejoría del FG en un 9,5%

Otros (éxitus, cambio domicilio, etc) 4,3% Las más frecuentes fueron:

- Reducción de dosis 47,3%
- Ampliación del intervalo terapéutico 25,2%
- Contraindicación del ADNI 24,5%

Los ADNI implicados que precisaron ajuste, destacan:

- Metformina 51,1%
- Gliptinas 23,9%
- Glifozinas 11,7%

Respecto al resto de fármacos, la contraindicación de hidroclorotiazida en $FG < 30$ ml/min fue la recomendación más frecuente.

La ERC supone un coste económico de un 3% del gasto sanitario total, siendo el 15% por DM2.

Conclusiones

Se puede mejorar la seguridad del paciente recordando los límites a la prescripción de los ADNI que impone la función renal.

Esta información debería integrarse en los sistemas de ayuda a la prescripción-e.

INTERVENCION EN PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR NO VALVULAR Y MAL CONTROL DE LA ANTICOAGULACION CON FÁRMACOS ANTIVITAMINA K

BUISÁN GIRAL, MARÍA JOSÉ (1), GARCÍA MÍNGUEZ, MARÍA T. (1), GRADOS SASO, DANIEL (2), CLEMENTE ROLDÁN, EDUARDO (1), VALLÉS GÁLLEGO, VÍCTOR (1), CASTAÑO DOSTE, GUILLERMO (3), PAUL VIDALLER, PEDRO (4)

(1) DIRECCIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA. HOSPITAL DE BARBASTRO, (2) HOSPITAL DE BARBASTRO, (3) CENTRO DE SALUD HUESCA PIRINEOS, (4) HOSPITAL CLÍNICO DE ZARAGOZA

ÁREA TEMÁTICA: Uso seguro del medicamento en situaciones de alto riesgo

Objetivos

Mejorar el estado de anticoagulación de los pacientes con FANV, fomentando la implantación de prácticas seguras en el uso de anticoagulantes orales.

Población diana

Pacientes con FANV en tratamiento con fármacos AVK y $\leq 30\%$ TRT.

Metodología

- Selección de participantes o Criterios de inclusión: paciente con FANV, anticoagulado con AVK y:
 - Seguimiento INR >6 meses
 - Rango terapéutico INR 2-3
 - Fecha última visita <5 semanas (para descartar a pacientes que ocasionalmente se les ha hecho un control)
 - TRT $\leq 30\%$

Criterios de exclusión: pacientes ingresados en el momento del corte.

- Fuente de datos aplicación informática TAONet

- Variables

- CIA (código de identificación del paciente según BDU de Aragón).
- Zona básica de salud al que pertenece el usuario.
- Fecha de inicio de tratamiento.
- INR: Variable creada, de esta se creará otra con dos categorías (en rango o fuera de rango).
- Diagnóstico para la indicación de anticoagulación.
- Modalidad de control (primaria, especializada o autocontrol).
- Porcentaje de TRT (a partir de este se crea la variable dicotómica " $\leq 30\%$ ").
- Fecha de última visita.
- Sexo.
- Edad.

- Intervención Un cardiólogo y un residente de Medicina Familiar y Comunitaria revisarán el historial caso por caso para valorar la posibilidad de: o Indicación de cambio de fármaco anticoagulante (AVK por ACOD) según criterio del Informe de Posicionamiento Terapéutico uso ACOD, del Ministerio de Sanidad. En caso de existir indicación del cambio, se realizará una recomendación al médico de familia responsable del paciente. La recomendación incluirá los principios activos que no estarían indicados o a evitar, teniendo en cuenta la situación clínica del paciente (por comorbilidad, preferencias posología, riesgo de EA...) o En caso de no estar indicado el cambio de fármaco, realizar un refuerzo de Educación Sanitaria al paciente, valorando adherencia al tratamiento, cumplimiento de dieta recomendada... tratando de mejorar el TRT

Evaluación

Se va a evaluar la intervención a través de dos indicadores:

- Número de pacientes en los que ha sido realizado el cambio en relación al número de pacientes con indicación de cambio.
- Porcentaje de pacientes con $TRT > 65\%$ antes y después de la intervención.

Resultados

A día de hoy no tenemos resultados ya que estamos en fase de trabajo con la base de datos para de seleccionar a los pacientes que se pueden beneficiar de la intervención e iniciar la intervención en septiembre 2022.

Conclusiones

Se puede mejorar la seguridad del paciente mejorando el control de la anticoagulación, pero el propósito sería incorporar esta actuación en el día a día del seguimiento del paciente. Es decir, sensibilizar a los profesionales de que ante un INR fuera de rango de forma mantenida en el tiempo, debemos tomar una decisión terapéutica con el objetivo de mejorar el estado de anticoagulación de nuestros pacientes. Obviar esta circunstancia supone un incremento de riesgo de sufrir un EA grave.

METOTREXATO: ESTRATEGIA PARA MEJORAR LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES

CALVO ALCÁNTARA, M^a JOSÉ (1), MARTÍNEZ MACHUCA, SONIA (1), PROFESIONALES DE LA SUBDIRECCIÓN GENERAL DE FARMACIA (2), FARMACÉUTICOS DE LA GERENCIA ASISTENCIAL DE ATENCIÓN PRIMARIA (3), FARMACÉUTICOS DE ATENCIÓN HOSPITALARIA (2)

(1) SERVICIO MADRILEÑO DE SALUD, (2) SERMAS, (3) GERENCIA ASISTENCIAL DE ATENCIÓN PRIMARIA

ÁREA TEMÁTICA: Uso seguro del medicamento en situaciones de alto riesgo

PALABRAS CLAVE: METOTREXATO / MEDICAMENTO DE ALTO RIESGO /REVISIÓN DE TRATAMIENTO

Población diana: pacientes no oncológicos con metotrexato (MTX) prescrito en receta electrónica con pautas distintas a las semanales, priorizando aquellos cuya pauta pudiera implicar riesgo de sobredosificación o 2 prescripciones activas de MTX.

Ámbito de aplicación: pacientes en tratamiento ambulatorio con MTX.

Objetivo: disminuir el riesgo de pacientes con prescripciones inadecuadas de MTX.

Actuaciones realizadas:

Por la Subdirección General de Farmacia y Productos Sanitarios:

- Elaboración de un documento de trabajo para definir la pauta correcta de MTX en las diferentes indicaciones y propuestas de actuación para subsanar los errores, validado por un Grupo de Trabajo de Reumatología.
- Identificación de pacientes con prescripciones de MTX incorrectas, de acuerdo con los criterios del documento. Información a los médicos del problema detectado y de las actuaciones a seguir a través de la plataforma InfoMUP (portal de información y comunicación con profesionales sanitarios).
- Envío encriptado a directivos y a farmacéuticos de hospital (FH) y de atención primaria (FAP) de los listados de pacientes identificados (CIPAS) con pautas erróneas correspondientes a sus ámbitos de actuación.
- Visualización en farmaweb (aplicación informática de apoyo a la gestión diaria de la consulta) de los CIPAS afectados según responsable de la última prescripción. Esta información se actualiza mensualmente.
- Para evitar nuevas prescripciones erróneas se informó a los prescriptores cómo prescribir correctamente el MTX en el MUP (pauta especial). Se incluyó el siguiente banner recordatorio en MUP

asociado al MTX: “Recuerde: la presentación en jeringas precargadas debe tener una pauta semanal. Para evitar errores de medicación graves revise la pauta seleccionada”.

- Elaboración y envío de una hoja de recomendaciones a profesionales y a la Red de Farmacias Centinela a raíz de un caso notificado en el Portal de Uso Seguro de Medicamentos

Por la Gerencia Asistencial de Atención Primaria:

- Comprobación del error de prescripción de cada paciente por los FAP.
- Cuando se confirmaba el error, comunicación con el médico de familia titular del paciente por vía telefónica o por correo electrónico para su corrección.
- Cuando el último prescriptor en el momento de la revisión era de un hospital, el FAP trasladaba la incidencia por los canales de coordinación establecidos con cada uno.

Evaluación: En mayo de 2021 se identifican 2.388 pacientes con pautas incorrectas susceptibles de revisar. En 1.601 pacientes el error de prescripción implica riesgo de sobredosificación por duplicidad o pauta incorrecta.

En enero de 2022 se había resuelto el error de prescripción en el 82,4% de los pacientes.

En mayo de 2022, se había resuelto el problema en el 89,86% de los pacientes, y en un 91,8% de los pacientes afectados por errores asociados a riesgo de sobredosificación.

Tras 1 año de la implementación de la estrategia, se han detectado 309 nuevas prescripciones erróneas. En 253 hay riesgo por sobredosificación.

TABLA DE DOSIFICACIÓN Y EQUIVALENCIA DE DOSIS MG/ML DE CLORURO MÓRFICO SEGÚN PESO PARA PEDIATRÍA

LÓPEZ COROMINAS, VICTORIA (1), ARÉVALO RUBERT, MARIA JOSÉ (1), COMAS GALLARDO, FRANCISCA (1), CONTRERAS NOGALES, ANA MARÍA (1), DO PAZO OUBIÑA, FERNANDO (1), DELGADO MEJÍA, ELENA (1)

(1) H. U. SON ESPASES

ÁREA TEMÁTICA: Uso seguro del medicamento en situaciones de alto riesgo

En los servicios de urgencia pediátricos, el cloruro mórfico es, posiblemente, uno de los “medicamentos de alto riesgo” más utilizado.

Aunque las indicaciones verbales pueden generar errores de medicación, y está claramente demostrado que su utilización debería limitarse lo máximo posible, su uso en situaciones de urgencia es inevitable.

La indicación de cloruro mórfico en la unidad de urgencias de pediatría en ocasiones, se realiza mediante órdenes verbales, por llegar el niño con una situación de dolor insoportable (especialmente fracturas desplazadas de miembros, pacientes politraumatizados o quemaduras, por ejemplo).

La variabilidad de peso en los niños, desde lactantes pequeños hasta adolescentes de peso similar a un adulto, obliga a dosificar en función del peso lo que hace que las pautas de medicación sean muy variables.

La conjunción de estos factores ha provocado errores de dosificación con el uso de morfina en nuestra unidad, bien por barreras en la comunicación o mala interpretación de las unidades de medida prescritas, como por ejemplo la administración de 10 veces la dosis indicada, que provocó como efecto secundario apneas en el niño que precisaron la realización de otras medidas terapéuticas para revertir la situación, poniendo en riesgo al paciente y alargaron su estancia hospitalaria.

A raíz de la notificación de este evento adverso en un paciente pediátrico, a través del sistema de notificación y aprendizaje de nuestro hospital, se buscó una medida que pudiera disminuir o incluso llegar a evitar que este evento adverso se repita

TALLER DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD (EPS): USO SEGURO DE LOS MEDICAMENTOS

VANRELL BALLESTERO, ANA (1), RAMIS RIERA, XISCA (1), GONZÁLEZ VICENS, AGUSTÍ (1), ROVIRA VILA, MARTA (1), ALCORTA LORENZO, AMAIA (1), IGLESIAS IGLESIAS, ANA AURELIA (1), GARCÍA ÁLVAREZ, ÁNGEL (1), FERRER JAILLARD, BÁRBARA (1), COMPANYY BEZARES, XESC (1), CAMPINS ADROVER, MARC (1), SASTRE MARTORELL, M. LLUÏSA (1), PÉREZ RODRÍGUEZ, OLATZ (1), SECO MELANTUCHE, RAQUEL (1), JAUME GAYÀ, SEBASTIÀ (1), SOLER MEIRAS, AINA (1)

(1) ATENCIÓN PRIMARIA DE MALLORCA

ÁREA TEMÁTICA: Uso seguro de los medicamentos en pacientes crónicos polimedificados

En el ámbito estatal, los datos obtenidos del estudio APEAS -estudio sobre la seguridad de los pacientes en la atención primaria (AP) de salud, el primero en España para estimar la magnitud de los eventos adversos derivados de la asistencia sanitaria en la AP- muestran una prevalencia de 11,2 eventos adversos por cada 1.000 visitas. Según los factores causales, la mayoría de los casos estaban relacionados con la medicación (48,2%).

Se estima que la frecuencia de los errores causados por la administración incorrecta de los medicamentos en el domicilio de los pacientes oscila entre el 19% y el 59%, dependiendo del estudio. Hasta en el 26% de los casos los pacientes sufren daños, aunque muchos de los errores no tienen consecuencias negativas graves. Los errores más frecuentes son la toma del medicamento en una dosis inadecuada o a un intervalo incorrecto, las confusiones entre medicamentos por falta de información o por la similitud en la apariencia de nombres o envases, las duplicidades terapéuticas, las omisiones y la falta de cumplimiento.

La principal causa subyacente en muchos de estos errores es el desconocimiento de los pacientes o de la persona cuidadora sobre cómo tienen que usar la medicación de forma apropiada, especialmente cuando el régimen terapéutico es complejo, como puede ocurrir en pacientes ancianos, pluripatológicos y con múltiples prescriptores.

El autocuidado se relaciona con la toma de decisiones relacionadas con la salud, como es la automedicación en el contexto social normal de la vida cotidiana. Por ello, es importante advertir sobre los riesgos de una automedicación mal dirigida y resaltar los aspectos positivos de la automedicación responsable.

Con este taller se anima a que pacientes, familiares y cuidadores conozcan cómo tienen que usar los medicamentos correctamente y a tomar parte activa en el tratamiento siempre con el apoyo de los profesionales sanitarios, pero con autonomía.

INTEGRACIÓN DE FARMIS-ONCOFARM® CON ONCOSAFETY RC® COMO MEJORA DE LA SEGURIDAD EN LA ADMINISTRACIÓN DE ANTINEOPLÁSICOS CON BOMBAS DE INFUSIÓN INTELIGENTES

SÁNCHEZ SÁNCHEZ, MARÍA TERESA (1), CÁRDABA GARCÍA, MARÍA ELENA (1), SALVADOR PALACIOS, AMPARO (1), FERNÁNDEZ PRIETO, MERCEDES (1),

FERNÁNDEZ PEÑA, SILVIA (1)

(1) HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE VALLADOLID

ÁREA TEMÁTICA: Uso seguro del medicamento en situaciones de alto riesgo

Identificación y definición de la población diana o/y ámbito de aplicación

La población diana está constituida por pacientes adultos que reciben tratamiento antineoplásico en el Hospital de Día OncoHematológico (HdDOH), atendiendo una media de 68 pacientes al día.

Metodología

Los farmacéuticos elaboraron una biblioteca de fármacos en Farmis-Oncofarm® (v.4.0.11.107). Para ello, se revisaron las fichas técnicas de los fármacos incluidos en los protocolos de tratamiento y se consultaron diferentes bases de datos para parametrizar unidades de dosificación, estabilidad, concentraciones estándar, dosis máximas y mínimas, tiempo y velocidad de infusión, condiciones de preparación y de administración. La farmacoteca es dinámica, precisa revisión y actualización constante por el farmacéutico. También revisaron y actualizaron los esquemas farmacoterapéuticos definidos en FarmisOncofarm®, en consenso con los facultativos médicos.

El personal de enfermería del HdDOH en colaboración con los farmacéuticos, ha definido los parámetros necesarios para la implantación de Oncosafety RC® y las bombas de infusión inteligentes (porcentaje aceptado de desviación de volumen en las mezclas, tipos de vías intravenosas, posibles reacciones adversas, fármacos a utilizar en caso de extravasaciones, motivos de no administración del tratamiento y definición de ubicaciones donde se administran).

Tras la validación de la conectividad e integración (en colaboración con informáticos) entre Farmis-Oncofarm® y Oncosafety RC®, se inició el uso de las bombas de infusión inteligentes en el HdDOH (23/05/2022).

Objetivos de la práctica

Implantación de filtros y puntos de control para prevenir, detectar y reducir los errores de medicación en la fase de administración del tratamiento antineoplásico, aumentando la seguridad del paciente y mejorando la práctica asistencial.

Identificación de las actuaciones realizadas

- Elaboración de la biblioteca de fármacos y revisión, actualización y mantenimiento de los esquemas farmacoterapéuticos en Farmis-Oncofarm®.
- Integración entre los aplicativos Farmis-Oncofarm® y Oncosafety RC®.
- Revisión diaria de las administraciones realizadas en el HdDOH, análisis las incidencias detectadas y resolución de las mismas.

Evaluación

Previo a la integración Farmis-Oncofarm®-Oncosafety RC® y a la implantación de las bombas de infusión inteligentes, la fase de administración de los tratamientos antineoplásicos carecía de filtros y puntos de control automatizados.

Con la puesta en marcha de este proyecto, hasta el 17/06/2022, se han detectado desviaciones de dosis (0,2% de las mezclas), efectos adversos (3 reacciones infusionales) y administraciones de fármacos a una velocidad diferente a la recomendada (3,8% de las mezclas) en un total de 3.950 mezclas (41% antineoplásicas). Este sistema permite notificar extravasaciones, permitiendo instaurar medidas con rapidez.

SISTEMAS DE NOTIFICACION DE INCIDENTES SIN DAÑO HERRAMIENTA TRASCENDENTAL PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE Y USO SEGURO DE MEDICAMENTOS

GÓMEZ VALVERDE, ALICIA (1), MORENO GARCÍA, MARÍA (1), MARCOS SÁNCHEZ, ISABEL MARÍA (1)

(1) COMPLEJO ASISTENCIAL DE SEGOVIA

ÁREA TEMÁTICA: Gestión de los incidentes por medicamentos notificados a los sistemas de notificación

Metodología

Creación de unidades gestoras que utilizan el sistema de notificación y se comprometen a realizar formación. Están integradas por un equipo multidisciplinar del servicio preferiblemente supervisoras y jefes de unidad con capacidad ejecutiva para tomar decisiones y aplicar mejoras.

Estas unidades gestoras revisan semanalmente las notificaciones recibidas y deciden si se derivan a otra unidad, si comparten el análisis o si aplican una acción inmediata. Tras recoger la información, se debe realizar el análisis de la notificación, utilizando una metodología de análisis de eventos adversos y proponer las mejoras consensuadas, finalmente se cerrará el caso y se valorará el envío al banco de buenas prácticas.

Objetivo

Fomentar la cultura en seguridad del paciente a través de sesiones generales de sensibilización en seguridad y de capacitación para el uso de SISNOT.

Actuaciones y evaluación

Creación de 5 unidades gestoras (UFGR, Diálisis, UCI, Urgencias, Farmacia).

Desde 2019 hasta 2021 se han impartido 33 sesiones a 366 profesionales del hospital en el manejo de la herramienta y cultura de seguridad. Notificándose un total de 480, siendo los errores de medicación la primera causa de notificación (52,7% año 2021), proponiéndose 256 acciones de mejora destinadas a evitar los errores de medicación.

En diciembre de 2020 se derivó a los gestores de farmacia la siguiente notificación: Paciente que tiene pautado 80 mg de Gentamicina IV, en el envase pone 40 x 2, el enfermero coge dos envases porque no se da cuenta del detalle de x 2, aunque finalmente se administró la dosis correcta.

Se inicia el estudio del caso por los gestores de farmacia aplicando la metodología de análisis, Protocolo de Londres. Se acuerda notificar al laboratorio fabricante de la Genta-Gobens 80 mg (40x2) NORMON, que el etiquetado tanto del envase como del vial conduce a un error de interpretación de la dosis. Sugerimos que se etiquete Gentamicina 80 mg y que desaparezca 40 x 2. Además de que la concentración del vial escrita en la esquina inferior izquierda del envase (40 mg/ml) debería aparecer más grande.

Laboratorios Normon nos comunican por mail en Junio del 2021 que ha solicitado a la AEMPS el cambio propuesto.

Con fecha 21/10/2021, contactamos con el departamento de Garantía de Calidad del laboratorio y su respuesta fue: Actualmente la variación continúa en evaluación y pendiente de aprobación por la AEMPS. Estamos pendientes de resolución para poder comenzar el proceso de fabricación de dicho medicamento usando el nuevo formato

Con fecha 03/06/2022 el departamento de Garantía de Calidad del laboratorio se comunica por mail con la gestora médica de farmacia informado que la modificación del envase se encuentra aprobada por parte de la AEMPS con fecha

21/04/2022, por lo que partir de ese momento, desde el Laboratorio Normon se está empezando a gestionar todo el proceso de fabricación de dicho medicamento usando el nuevo formato. Convirtiendo esto en una práctica segura.

IMPLANTACIÓN DE UN CIRCUITO DE CONCILIACIÓN DE LA MEDICACIÓN EN LAS TRANSICIONES ASISTENCIALES DE PACIENTES RESIDENCIADOS EN CENTROS SOCIOSANITARIOS VINCULADOS A UN SERVICIO DE FARMACIA DE HOSPITAL

BUSTOS MARTINEZ, MIRIAM (1), ESTEBAN SANCHEZ, MARTA (2), TAMAYO ORBEGOZO, ESTIBALIZ (3), LOIZAGA DIAZ, IRUNE (3), BASKARAN KALTZAKORTA, ZURIÑE (4), BALZOLA REGOUT, BEGOÑA (5), GARAY SARRIA, CRISTINA (5), GEMIO ZUMALAVE, PEDRO RAFAEL (6), CARMONA OYAGA, MARIA PILAR (6), NUÑEZ CERUELO, IGOR (6), MARTIN ANDRES, PATRICIA (7), LLORENS VILLAR, YANIRE (8), UMEREZ IGARTUA, MAITANE (9), MENDIZABAL OLAIZOLA, AMAIA (10), MARTÍNEZ ARRECHEA, SILVIA (11), MARTIARENA AYESTARAN, AMAIA (11), BARRAL JUEZ, IOSU (11), ZURUTUZA LOPEZ, ARANTZA (12), SANTIUSTE ROMAN, ALVAR (12), GALVEZ MADROÑERO, MARINA (13), LANDA ALBERDI, JUNE (13), FERNÁNDEZ MARTÍNEZ, RUBEN (2)

(1) HOSPITAL URDULIZ ALFREDO ESPINOSA, (2) HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CRUCES, (3) HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BASURTO, (4) HOSPITAL UNIVERSITARIO BASURTO, (5) HOSPITAL SAN ELOY, (6) HOSPITAL UNIVERSITARIO GALDAKAOUSANSOLO, (7) HOSPITAL UNIVERSITARIO DE ARABA, (8) HOSPITAL UNIVERSITARIO ARABA, (9) HOSPITAL DE MENDARO, (10) HOSPITAL BIDASOA, (11) HOSPITAL UNIVERSITARIO DE DONOSTIA, (12) HOSPITAL ZUMARRAGA, (13) HOSPITAL ALTO DEBA

ÁREA TEMÁTICA: Uso seguro del medicamento en las transiciones asistenciales

PALABRAS CLAVE: CONCILIACIÓN / MEDICACIÓN / RESIDENCIAS

Identificación y definición de población diana

Todo aquel paciente residenciado perteneciente a alguno de los 138 centros sociosanitarios (13.720 plazas) vinculados por Decreto a un servicio farmacia de hospital del Sistema Sanitario de Euskadi (Osakidetza), que sufra una transición asistencial [Urgencias, hospitalización, Consultas Externas (CCEE) o nuevo ingreso en centro sociosanitario], durante 2021 y primer trimestre 2022. Esta actividad asistencial se incluye en las tareas diarias del personal farmacéutico referente en los Centros Sociosanitarios (CSS) de cada Organización Sanitaria Integrada (OSI).

Objetivo

Detectar errores de medicación a lo largo de la atención sanitaria, garantizando que los residentes reciben los medicamentos necesarios que estaban tomando previamente en dosis, vía y frecuencias correctas y que se adecúan a la situación actual y/o a la nueva prescripción realizada en otro punto del sistema sanitario.

Metodología

A diario, el personal farmacéutico referente en CSS revisa las transiciones asistenciales a través de

la historia clínica electrónica. Para ello, se revisan informes de alta, evolutivos de CCEE y, se compara con las prescripciones activas en el sistema de prescripción electrónica (incluido episodio hospitalización últimas 24h). Se tienen en cuenta también medicamentos de dispensación hospitalaria.

En caso de detectar alguna discrepancia no justificada en la historia clínica, se deja constancia en el evolutivo. Una limitación es que el personal de la residencia no recibe notificación cuando el farmacéutico escribe en la historia clínica. Por ello, es necesario avisar para que puedan evaluarlo. En ocasiones, la notificación se dirige a facultativos especialistas. Para ello, se utiliza teléfono o correo electrónico (disposición de correo corporativo para cada trabajador), por lo que se consiguen resolver gran parte de ellas.

Actuaciones realizadas

A lo largo del 2021 se han conciliado en los servicios de farmacia de Osakidetza un total de 15.466 transiciones asistenciales en pacientes residenciados y 4.214 durante el primer trimestre de 2022. La actividad comenzó de manera gradual a medida se fue desarrollando junto con el servicio de informática de la OSI Ezkerraldea Enkarterri Cruces las vías para detección de residentes que sufrían transiciones a través de VALFAR® (Base de datos capaz de filtrar del censo de residentes aquellos con transiciones).

Resultados y evaluación

Se presentan nº total transiciones conciliadas, nº de discrepancias notificadas a prescriptores para que fuesen aclaradas, y de éstas las que fueron modificadas y por tanto son errores de conciliación (ver tablas). El registro diario requiere una alta inversión de tiempo, por lo que cada OSI lo fue realizando según su disponibilidad.

Concluimos que incorporar personal farmacéutico al equipo asistencial de CSS e implementar un circuito de conciliación permite detectar errores de conciliación, y, por ende, conseguir una mayor seguridad en la farmacoterapia.

PROGRAMA SEGURHAP: ALIANZAS POR LA SEGURIDAD EN LA FARMACOTERAPIA ENTRE LA URGENCIA HOSPITALARIA, HOSPITALIZACIÓN Y ATENCIÓN PRIMARIA

HIJAZI VEGA, MARIAM (1), IBAÑEZ HERAS, NURIA (1), ONTENIENTE GONZALEZ, ALBERTO (1), MOLINA GARCIA, TERESA (1)

(1) HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GETAFE

ÁREA TEMÁTICA: Uso seguro del medicamento en las transiciones asistenciales

Población diana

Pacientes en tratamiento crónico con fármacos antitrombóticos que ingresan desde Urgencias y pertenecen al área asistencial sur de la Comunidad de Madrid. Este grupo terapéutico se considera de alto riesgo por el ISMP-España y es objetivo prioritario de estrategias y campañas centradas en la seguridad del paciente.

Ámbito aplicación

Urgencia hospitalaria: la revisión farmacoterapéutica comienza en Urgencias, transición asistencial de alta complejidad.

Permite resolver desde el inicio problemas relacionados con medicamentos.

Hospitalización y alta: reevaluación de situación clínica que condiciona nuevos objetivos terapéuticos.

Atención primaria: permite seguimiento de las patologías crónicas en ocasiones no reevaluadas en el ingreso.

Objetivos

Minimizar problemas de seguridad relacionados con la farmacoterapia en los tránsitos asistenciales mediante la conciliación y optimización del tratamiento de pacientes complejos

Establecer un circuito ágil y seguro de comunicación y coordinación con AP que fortalezca la calidad de la asistencia sanitaria integral

Metodología

- Cribado diario en Urgencias.
- Revisión farmacoterapéutica integral y entrevista clínica.
- Discrepancias encontradas.
- Comunicación con el médico responsable y registro estructurado en la historia clínica.
- Comunicación al alta hospitalaria de las discrepancias no valoradas durante el ingreso al FAP.
- Revisión por el FAP y transmisión del informe final al MF.
- Feedback final del MF a través del FAP.

Indicadores

- N° Pacientes revisados.
- N° Intervenciones realizadas por paciente.
- Porcentaje de aceptación de las intervenciones.
- N °Intervenciones enviadas a AP.

Resultados

Desde nov-21 hasta may-22 se revisaron **427pacientes.**

528 Intervenciones en 274 pacientes (64,4% tuvieron al menos una intervención)

Del total intervenciones realizadas, 75,6% se llevaron a cabo en el hospital y 24,4% son comunicadas a AP para evaluar.

Ámbito hospitalario

Se realizaron 399 intervenciones.

- 65,6% Aceptadas: 77,84% se corresponden con discrepancias de indicación. Dentro de éstas, el 43,62% sugieren iniciar medicamento relacionada con el momento agudo del paciente, seguida del 20,58% que sugieren suspensión del medicamento y 14,70% recomendaciones correspondientes a la conciliación de tratamiento.

- 19,1% Cambio de situación clínica.

- 11,5% Rechazadas: la gran mayoría corresponden con discrepancias de indicación. La mayoría son medicamentos no conciliados durante el ingreso sin motivo que lo justifique -3,8% Pendientes de respuesta.

Los grupos terapéuticos con más intervenciones fueron antitrombóticos, sistema cardiovascular, anti-diabéticos y anti-infecciosos

Ámbito Atención Primaria

Se enviaron a FAP 129 intervenciones de 92 pacientes. Tras su revisión se añaden 107 más (total intervenciones a evaluar por MF: 236).

64,4% Aceptadas.

17,8% Rechazadas.

14% Pendientes de respuesta.

3,8% Cambio de situación clínica.

Intervenciones adicionales realizadas por FAP destacan: los analgésicos, productos sanitarios, medicamentos del sistema respiratorio e inhibidores de la bomba de protones.

DISEÑO DE BANDEJAS DE MEDICACIÓN EN EL BLOQUE QUIRÚRGICO DEL H. INFANTIL LA PAZ

DURÁN DE LA FUENTE, PILAR (1)

(1) HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PAZ

ÁREA TEMÁTICA: Uso seguro del medicamento en situaciones de alto riesgo

PALABRAS CLAVE: MEDICACIÓN / ANESTESIA / PEDIATRÍA

Para disminuir la incidencia de eventos adversos relacionados con la medicación en el Bloque Quirúrgico del Hospital Infantil, se establecieron diversas actuaciones:

1. Estandarización de las diluciones de los medicamentos según el peso de los pacientes, para evitar errores de dosificación. Se han realizado tablas plastificadas para poder consultar la dilución adecuada según el peso de los pacientes.
2. Se ha unificado la distribución de los medicamentos en los carros de anestesia y la disponibilidad de etiquetas adhesivas, en las que se escribe en rotulador la concentración a la que se encuentran diluidos los medicamentos anestésicos.
3. La acción más novedosa, exportable a otras áreas, es el diseño de unas bandejas de plástico con diferentes compartimentos, identificados con los colores de las familias de medicamentos empleados para la realización de anestesia general (código de colores según normativa vigente en la Comunidad de Madrid). Se realizó una compra online de bandejas con separadores. Se retiraron los separadores que no eran necesarios y se colocaron vinilos adhesivos lavables con los colores correspondientes a atropina (verde), midazolam (naranja), inductores (amarillo), relajantes musculares (rojo), opioides (azul), y un departamento en color blanco para miscelánea (antibiótico, analgésicos, antieméticos). Se creó un circuito para mantenimiento y limpieza de las bandejas al finalizar cada cirugía. Se colocaron las bandejas en los carros de anestesia de los 6 quirófanos del BQHI y en la Sala de Hemodinamia.

Evaluación

En el año que lleva implementada esta práctica se ha realizado seguimiento de los siguientes indicadores (resultados anuales):

Porcentaje de quirófanos en Hospital Infantil con etiquetado correcto de jeringas de anestesia: 100%.

Porcentaje de intervenciones quirúrgicas en las que se utilizan las bandejas de medicación: 100%.

Número de eventos adversos por errores de medicación relacionados con los medicamentos en las jeringas de anestesia: ninguno.

Ventajas adicionales:

No se ha detectado aumento de tiempo empleado en esta práctica en el indicador de “tiempos muertos del quirófano”. Es más fácil identificar el fármaco a administrar.

IMPACTO DE LA DETECCIÓN DE DUPLICIDADES EN ANTICOAGULACIÓN ORAL EN PACIENTES DE LAS ORGANIZACIONES SANITARIAS INTEGRADAS (OSI) PERTENECIENTES A OSAKIDETZA-SERVICIO VASCO DE SALUD

GIL MAJUELO, LEIRE (1), PEREZ ERQUICIA, CRISTINA (2), RUIZ DE VELASCO ARTAZA, ELENA (3), IRIBAR SORAZU, JOSUNE (4),

SAMPER OCHOTORENA, RICARDO (5)

(1) OSAKIDETZA-OSI TOLOSALDEA, (2) OSAKIDETZA-CS ALEGI, (3) OSAKIDETZA-OSI BILBO BASURTO, (4) OSAKIDETZA-OSI DONOSTIALDEA,

(5) OSAKIDETZA-SERVICIOS CENTRALES

ÁREA TEMÁTICA: Uso seguro del medicamento en situaciones de alto riesgo

PALABRAS CLAVE: ANTICOAGULACIÓN ORAL / DUPLICIDADES / PRÁCTICAS SEGURAS / FARMACIA DE ATENCIÓN PRIMARIA / EQUIPO MULTIDISCIPLINAR

Población diana: pacientes pertenecientes a las OSI de Osakidetza.

Ámbito de aplicación: Atención Primaria.

Metodología: a través de la herramienta OAS se diseña una consulta para detectar las posibles duplicidades en anticoagulantes orales de los pacientes. Con una periodicidad mensual llega al correo electrónico de los/as FAP el listado de CIC de pacientes afectados.

Se obtiene el listado de pacientes de cada una de las OSI con las siguientes características: prescripción activa simultánea de 2 anticoagulantes orales (ATC: B01AA01, B01AA03, B01AE07, B01AF01, B01AF02, B01AF03); la duplicidad incluye tanto AVK (anticoagulantes antivitamina K) + ACOD (anticoagulantes orales de acción directa), 2 ACOD o 2 AVK. De los ACOD se incluirán solo las prescripciones dispensables (con visado autorizado o no financiadas).

El FAP accederá a sistema de e-receta (Presbide) para comprobar que los medicamentos y el error de medicación detectados siguen activos, comprobará las últimas fechas de dispensación y envases dispensados de los medicamentos implicados e identificará al prescriptor y el servicio responsable de la prescripción más reciente.

Constatado el error de medicación, el FAP contactará con los prescriptores implicados para comunicar la incidencia y así proceder a la adecuación de la prescripción. Ante dispensaciones erróneas, el FAP se asegurará de que el mensaje llegue lo antes posible al prescriptor o responsables de su UAP/Servicio,

por si hubiera que comunicarse con el paciente y evitar la administración errónea de medicación.

Objetivo: identificar a los pacientes con duplicidades en anticoagulantes orales y, en consecuencia, reducir los eventos adversos prevenibles causados por éstos.

Mejorar la comunicación y la coordinación entre los profesionales, para garantizar un adecuado seguimiento de la terapia anticoagulante y una correcta continuidad del tratamiento en las transiciones asistenciales.

Identificación de las actuaciones realizadas: ante una duplicidad en el tratamiento anticoagulante se registra en el apartado de comunicaciones de e-receta de modo que cualquier profesional médico, de enfermería o de farmacia lo pueda visualizar.



Paralelamente se envía un correo tipo al prescriptor que ha dado origen a la duplicidad. Ante cualquier eventualidad, se contempla la posibilidad de comunicarse con el JUAP.

Evaluación: la consulta comenzó a ejecutarse en enero, pero la práctica se implantó en febrero. Se observa un descenso de los pacientes con duplicidades, pasando de los 377 en enero a los 249 en junio (-33,95%). En el mes de junio, se ha pasado de 249 pacientes con alguna duplicidad al inicio del mes a 146 (datos a fecha 13/06/2022), lo que supone un 41,4% de las incidencias resueltas.

Año 2022	Nº Pacientes
Enero	377
Febrero	305
Marzo	304
Abril	259
Mayo	236
Junio	249

El descenso de pacientes con alguna duplicidad podría deberse, por un lado, a que los datos detectados mes a mes se van solucionando y por otro, a que los prescriptores concededores de la práctica se van concienciando, hecho que contribuye a generar menos duplicidades.

CONCILIACIÓN Y ADECUACIÓN DE LA MEDICACIÓN EN EL PACIENTE CRÓNICO GESTIÓN DE CASO, A TRAVÉS DE UN CIRCUITO DE ATENCIÓN MULTIDISCIPLINAR

MARTINEZ GARCÍA, MARIA DOLORES (1), LLORENS VILLAR, YANIRE (1), VESGA BASTERRA, ARIADNA (1), BARROSO NISO, JULIA (1),

LARRABEITI ECHEVARRIA, ANE (1)

(1) HOSPITAL UNIVERSITARIO DE ÁLAVA

TIPO DE COMUNICACIÓN: Oral

ÁREA TEMÁTICA: Uso seguro del medicamento en las transiciones asistenciales

PALABRAS CLAVE: CONCILIACIÓN / ADECUACIÓN / FRAGILIDAD / CRONICIDAD / POLIFARMACIA / MULTIDISCIPLINARIEDAD

Identificación y definición de la población diana ó/y ámbito de aplicación

La edad se asocia a un incremento del número de enfermedades crónicas, comorbilidades, fragilidad, polifarmacia, dependencia, necesidad de cuidados, consumo de recursos, ingresos hospitalarios, mayores estancias medias y mortalidad. La proporción de octogenarios; de manera que representan el 5,7% de toda la población y se estima que representará un 31% en el año 2050. La carga que suponen las enfermedades crónicas en España es enorme: se calcula que son la causa del 92% del total de las muertes; del 80% de las consultas de Atención Primaria y del 60% de los ingresos hospitalarios, lo que se estima en un 70-75% del gasto sanitario.

La polimedicación favorece las reacciones adversas y las interacciones; se calcula que el 50-70% de las reacciones adversas a medicamentos (RAM) en los mayores son evitables. En pacientes mayores de 65 años, el 17% de ingresos hospitalarios se deben a efectos adversos producidos por fármacos.

Metodología

Este proyecto de conciliación y adecuación de la medicación en el paciente crónico Gestión de Caso, se ha desarrollado durante un año (de mayo de 2018 a mayo de 2019), en aquellos pacientes que ingresan en la Unidad de Atención Médica Integral (saMI) del Servicio de Medicina Interna del HUA Sede Santiago-OSI Araba.

Tras la creación de un equipo de trabajo multidisciplinar formado por geriatras, médicos internistas, enfermeras de enlace y farmacéuticas, se realizan reuniones semanales de 1 hora de duración.

Objetivos de la práctica

Principal

- Conciliación de la medicación al ingreso de los pacientes Gestión de Caso y adecuación de los tratamientos farmacológicos.

Secundarios

- Diseñar una ruta asistencial de atención a personas con patologías crónicas múltiples en situación avanzada y/o de fragilidad.
- Optimizar la efectividad de los medicamentos y minimizar el número de problemas asociados a los medicamentos.
- Proporcionar una gestión eficiente y ahorro económico .
- Identificación de las actuaciones realizadas.

Se adjunta en el apartado de Anexos los resultados de las actuaciones realizadas.

Evaluación

La evaluación se ha realizado integrando los indicadores de medida incluidos en Anexo sobre los siguientes aspectos:

1. Conciliación de la medicación al ingreso.
2. Adecuación de la medicación (saMI).
3. Estimación del ahorro anual.

Tabla 3: Adecuación de la medicación

Nº de reuniones del equipo	51
Nº de valoraciones integrales y revisiones sistemáticas de tratamiento	314
Pacientes con >5 medicamentos	90%
Pacientes con >9 medicamentos	52%
Media de medicamentos/paciente antes de la valoración	10 (1-24)
Media de medicamentos/pacientes después de la valoración	9
Media de medicamentos/paciente	10
Pacientes con <u>Presbide</u> actualizado al alta	100%

Tabla 5: Adecuación de la medicación

Adecuación de la medicación	saMI	Intervenciones a Primaria
Nº de intervenciones farmacéuticas realizadas	660	20
Clasificación de las intervenciones farmacéuticas realizadas:		
Inicio de tratamiento	2% (14)	
Suspender medicación por:		
• Medicación sin indicación	43% (285)	45% (9)
• Contraindicación, beneficio/riesgo desfavorable	21% (141)	15% (3)
• Medicación UTB	2% (12)	5% (1)
• Duplicidad	3% (23)	
• Problemas de adherencia	1% (8)	
Modificar la dosis	25% (162)	35% (7)
• Modificar la frecuencia	2% (11)	
• Modificar la forma farmacéutica	0,2% (1)	
• Interacciones	0,2% (1)	
Monitorización bioquímica, farmacocinética,	0,5% (2)	
Nº de informes realizados a primaria	7	
Media de intervenciones/paciente:	2,10 (2-3)	
Grado de aceptación:	51% (336/660)	20% (4/20)

Tabla 6: Estimación del ahorro medio anual

Estimación del ahorro medio anual	
Ahorro anual /paciente	182,97 €
Ahorro total conseguido durante el periodo de estudio	57.454,11 €

EVALUACIÓN, MEJORA Y MONITORIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO DE PROFILAXIS ANTIBIÓTICA QUIRÚRGICA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA (HCUVA)

LOPEZ-PICAZO FERRER, JULIO JOSE (1), SANCHEZ RODRIGUEZ, INES (2), BLÁZQUEZ ÁLVAREZ, MARIA JOSE (3),
PAREJA RODRÍGUEZ DE VERA, ANA (3), GARCÍA VÁZQUEZ, ELISA (3), HERRERO MARTÍNEZ, JOSE ANTONIO (3), MUÑOZ GARCÍA, IRIS (3)
(1) HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA, (2) CONSEJERIA SALUD MURCIA, (3) HCUVA

ÁREA TEMÁTICA: Uso seguro del medicamento en las transiciones asistenciales

PALABRAS CLAVE: PROFILAXIS / ANTIBIOTICOS / CIRUGIA / GUÍA DE PRÁCTICA / INDICADORES /CALIDAD ASISTENCIAL

Población de estudio: >14 años con cirugía programada que reciben profilaxis antibiótica (PAQ).

Método: Estudio tipo antes-después para evaluar la PAQ pre- y post-implementación de un nuevo procedimiento.

Objetivo: evaluar y mejorar la adecuación PAQ en adultos en indicación, tipo de antibiótico, momento de administración, duración y registro.

Identificación de las actuaciones realizadas, evaluación

Formar el grupo de trabajo de PAQ

Desde la Comisión de Seguridad Quirúrgica se asignó un responsable para coordinar un grupo de trabajo (2 miembros ECIN, 1 PROA, 2 anestesiistas, 1 cirujana, 2 farmacéuticas, 2 enfermeras, 1 Calidad y 1 Preventiva).

Evaluar la situación inicial de forma cualitativa y cuantitativa

Se analizó el problema con flujograma basal y diagrama Ishikawa basado en las fases del proceso: indicación, prescripción, dispensación, administración, control y registro.

Tras revisión bibliográfica se definieron 5 criterios de adecuación PAQ: indicación, tipo de antibiótico,

momento de administración, duración y registro. Se hizo evaluación retrospectiva con muestra aleatoria (n=60) en 5 servicios piloto (febrero 2018).

Realizar revisión bibliográfica y proponer nuevos protocolos asignando a cada intervención una única pauta antibiótica

Para construir la nueva guía (GPC) PAQ se usó el método de adaptación de Osteba. Comenzó con una revisión bibliográfica sobre recomendaciones de PAQ de cada especialidad y tipo de cirugía de 2009 a 2018. Se seleccionaron las GPC y sumarios con mayor calidad científica priorizando los últimos 5 años.

Las recomendaciones se debatieron con los servicios implicados, lo que sirvió de revisión externa y de estrategia de cohesión. La GPC resultante se anexa.

Mejora en el procedimiento de prescripción

Se sustituyó la prescripción manual por otra en PEA, que se adaptó para poder prescribir y registrar desde el área quirúrgica. La prescripción se contempla como PRESCRIPCIÓN A FUTURO. Cuando el paciente en consulta es incluido en lista de espera, el cirujano prescribe la PAQ para el ingreso. Se elaboró nuevo flujograma y se adaptó a Cirugía Mayor Ambulatoria.

Implementar el nuevo procedimiento y recomendaciones de forma progresiva.

Se realizaron varias reuniones

- Personal de enfermería del área quirúrgica para explicar cómo visualizar la prescripción y registrar la administración. Personal médico, para difundir la GPC y explicar la prescripción con PEA. Correo recordando día de inicio y adjuntando la PAQ acordada.

La implementación inició en 5 servicios en noviembre 2018, y se continuó con el resto.

Monitorización de los resultados

Se emite un informe que resalta las oportunidades de mejora y es difundido a los servicios. Usa 3 indicadores, uno anual y dos bianuales:

- PAQ adecuada
- PAQ por PEA

- Infección lugar quirúrgico en c. colorrectal.

Se anexan.

INTERVENCIÓN MULTIDISCIPLINAR Y TRANSVERSAL PARA OPTIMIZAR EL USO DE IBP, AINES, SISADOAS, TRIPLE WHAMMY Y BENZODIAZEPINAS

IRIARTE RODRÍGUEZ, AINARA (1), CALVO AGUIRRE, ANA (2), ARROSPIDE ELGARRESTA, ARANTZAZU (2), OLLOQUIEGUI BIURRARENA, ELENA (2), BARANDIARAN IGOA, AITZIBER (2), ESCRIBANO LANDA, ENEKO (2), ARRIETA ALBERDI, IOSU (2), LARRAÑAGA ZABALETA, OIHANA (2), OLIVAR PEREZ, M. ELENA (2), EPAIZABAL MUJICA, XABIER (2)
(1) HOSPITAL DE ZUMARRAGA, (2) OSI GOIERRI-ALTO UROLA

ÁREA TEMÁTICA: Uso seguro de los medicamentos en pacientes crónicos polimedcados

PALABRAS CLAVE: INTERVENCIÓN MULTIDISCIPLINAR / USO SEGURO DEL MEDICAMENTO / OPTIMIZACIÓN DEL MEDICAMENTO / IBP / AINE / TRIPLE WHAMMY / BENZODIAZEPINAS / SYSADOAS

Ámbito de aplicación: La intervención está dirigida a todos los profesionales de la comarca con posibilidad de prescribir los fármacos a estudio o detectar errores en las prescripciones realizadas con anterioridad. El beneficio final de la intervención será en toda la población de la OSI que tengan alguna combinación de fármacos, prescritos y activos, de interés en este estudio:

1. Dos o más AINES.
2. IBP (crónico, dosis dobles) y AINE en >65 años sin IBP.
3. SYSADOA (Symptomatic Slow Action Drugs for Osteoarthritis).
4. Triple Whammy (AINE+diurético+IECA/ARA II/aliskireno).
5. BENZODIAZEPINAS (BZD) e hipnóticos Z.

Metodología

Preparación de material divulgativo para especialistas y médicos de atención primaria.

Diseño de sesiones formativas, en el hospital y en los 3 ambulatorios más grandes de la OSI dirigidos a los facultativos que prescriben la medicación, los médicos de las residencias y también los farmacéuticos del área. Envío de listado de pacientes que precisarían modificar la medicación, y también una carta informativa a los propios. La información del número de pacientes con combinaciones inadecuadas de fármacos se obtendrá a través de OBI, base de datos clínico administrativa de Osakidetza.

El Objetivo principal de la práctica era el de evaluar el impacto de una intervención multidisciplinar y

transversal para optimizar el uso de distintos medicamentos en la OSI Goierri-Alto Urola.

Los objetivos específicos eran:

- Evitar el uso concomitante de dos AINES.
- Optimizar el uso de IBP.
- Evitar el uso de Sysadoas, por su dudosa eficacia, riesgo de efectos secundarios y coste.
- Evitar la triple Whammy, por el riesgo de insuficiencia renal.
- Evitar el uso de benzodiazepinas en ancianos, por el riesgo de caídas.

Identificación de las actuaciones realizadas

Octubre-Diciembre 2019

- Constitución del equipo de trabajo.
- Análisis de datos antes de la intervención.
- Envío de listados con los CIC de los pacientes a los MAP y especialistas.
- Sesiones en los ambulatorios.
- Sesión general en el Hospital.
- Sesión al Servicio de Urgencias.

2020

- Enero, sesión a los Servicios de Reumatología, Rehabilitación y Traumatología.
- Marzo, plan de contingencia COVID19 suspendiendo las siguientes actividades planteadas.
- Septiembre, evaluación de resultados a los 6-9 meses.

2021

- Septiembre, evaluación final de resultados para estudiar el impacto de la intervención al año y medio

Evaluación

La intervención multidisciplinar supuso una mejoría general en todos los indicadores, salvo de benzodiazepinas (que apenas varió), dando lugar a un beneficio para el paciente y reducción de costes.

Año y medio después muchos se mantienen e incluso otros mejoran. También hay algunos (uso de más de un AINE o Triple Whammy, por ej.) que empeoran ligeramente.

La intervención sigue siendo eficaz a más largo plazo, pero sería conveniente ir dando algunos recordatorios de los mensajes principales a partir de ahora para mantener los resultados.

RIESGO DE CAÍDAS RELACIONADO CON LOS MEDICAMENTOS: IMPLEMENTACIÓN DE UNA DIMENSIÓN DE SEGURIDAD EN LA PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA

ELIZONDO SOTRO, ARÁNZAU (1), AGUDO PASCUAL, CRISTINA (2), ECHEVERRÍA GORRITI, AMAYA (3), ALZUETA ISTURIZ, NATALIA (3),
SANZ ÁLVAREZ, LOREA (3), GARCÍA GONZÁLEZ, PATRICIA (3), FERNÁNDEZ GONZÁLEZ, JULEN (3), CELAYA LECEA,
M^º CONCEPCIÓN (3), GARJÓN PARRA, JAVIER (3), GOÑI RUIZ, NURIA (4)

(1) SNS-O SSCC, (2) SERVICIO NAVARRO DE SALUD-OSASUNBIDEA, (3) SUBDIRECCIÓN DE FARMACIA Y PRESTACIONES. SERVICIO NAVARRO DE SALUD-OSASUNBIDEA, (4) SERVICIO DE APOYO A LA GESTIÓN CLÍNICA Y CONTINUIDAD ASISTENCIAL. SERVICIO NAVARRO DE SALUDOS ASUNBIDEA.

ÁREA TEMÁTICA: Uso seguro de los medicamentos en pacientes crónicos polimedificados

Ámbito de aplicación

Atención Primaria, Atención Hospitalaria y Atención Sociosanitaria.

Metodología / Objetivos

Incorporar la puntuación de riesgo de caídas por medicamentos a las alertas de la prescripción electrónica.

Identificación de las actuaciones realizadas

En el marco del programa de prevención de fragilidad y caídas en Atención Primaria, se formó un grupo de trabajo multidisciplinar compuesto por profesionales de la farmacia de Atención Primaria, de la Medicina Familiar y de la Geriatría.

Para elaborar la puntuación de riesgo de caídas por medicamentos se tomó como referencia lo propuesto por la Agencia para la investigación y calidad del cuidado de la salud (AHRQ) de EEUU para el ámbito hospitalario. Dicha puntuación atribuye a cada fármaco un riesgo bajo (1 punto), medio (2 puntos) o alto (3 puntos), considerándose riesgo elevado si la suma de puntuaciones es igual o mayor a 6.

Además, para actualizar y adaptar a nuestro entorno el listado de fármacos se revisaron otras fuentes bibliográficas como:

- La Sociedad Británica de Geriatría, que clasifica los medicamentos en riesgo alto, moderado o que

probablemente causan caídas.

- La Guía NICE sobre prevención de caídas en ancianos.
- Las fichas técnicas de los medicamentos, para comprobar los efectos adversos relacionados con caídas que puede provocar cada fármaco.

Con todo ello, se creó una alerta de riesgo de caídas que se muestra cuando la puntuación total sea de 6 puntos o más, al prescribir y en la historia clínica del paciente con edad igual o mayor a 75 años que además cumpla alguno de estos criterios: diagnóstico de riesgo (por ejemplo: demencia, Parkinson, vértigo, problema de deambulación,) o DGP (dato general del paciente) de anciano frágil o de riesgo de caída. Además, se visualiza un gráfico de la puntuación, los fármacos que contribuyen al riesgo y los puntos que aportan, los motivos por los que aumentan el riesgo de caídas y los valores de los DGP de las pruebas de ejecución del cribado de fragilidad (SPPB, velocidad de la marcha y "timed up and go").

Esta herramienta también permite que el profesional visualice el listado de pacientes de su cupo con criterios de riesgo de caídas relacionado con medicamentos.

Evaluación

A fecha 15 de junio de 2022, 26.616 pacientes mayores de 75 años tenían un riesgo de caídas por medicamentos igual o superior a 6 puntos, con una edad media (DE) de 85 ± 6 años, siendo el 63% mujeres.

Se realizó un corte transversal de las alertas generadas en un día obteniéndose 1.281. Los principales medicamentos implicados fueron: antihipertensivos (26,5%), ansiolíticos/hipnóticos (12,3%), antidepresivos (12,1%) y opioides (12,1%).

Como validación de esta escala de riesgo de caídas por fármacos, proponemos evaluar si existe una correlación entre la puntuación de riesgo de caídas y los test de ejecución, ampliamente validados como instrumentos de valoración funcional y como predictores de caídas y otros eventos adversos.

Por otro lado, es importante conocer si variaciones en la puntuación de riesgo de caídas por fármacos se traducen en variaciones en los test de ejecución.

APLICACIÓN DE LA METODOLOGÍA LEAN-HEALTHCARE EN UN SERVICIO DE FARMACIA: MEJORA EN LA CALIDAD ASISTENCIAL Y SEGURIDAD DEL PACIENTE

CÁNOVAS ALCÁZAR, ESTHER (1), FERNÁNDEZ-VILLACAÑAS FERNÁNDEZ, PILAR (1), ORTIZ FERNÁNDEZ, PATRICIA (1),

SÁEZ SOTO, ÁNGELES DEL ROSARIO (1), CABALLERO REQUEJO, CARMEN (1), URBIETA SANZ, ELENA (1)

(1) HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA

ÁREA TEMÁTICA: Uso seguro del medicamento en situaciones de alto riesgo

PALABRAS CLAVE: LEAN-HEALTHCARE / SEGURIDAD PACIENTE / OPTIMIZACIÓN DE PROCESOS / GESTIÓN FARMACEÚTICA / MODELO GESTIÓN CALIDAD

El proyecto se llevó a cabo en el SFH del Hospital General Universitario Reina Sofía con la finalidad de optimizar procesos para mejorar la calidad asistencial y seguridad de los pacientes hospitalizados.

Se empleó la metodología Lean-Healthcare, con el objetivo principal de impulsar la mejora continua en la calidad de procesos que tienen lugar en el SFH. Se clasificaron tres subprocesos:

1. Recepción y acondicionamiento.
2. Almacenamiento y reposición.
3. Preparación y dispensación a Unidades de Hospitalización y Centros Externos.

Se diseñó un proyecto de optimización de los procesos mencionados durante los meses de abril-junio 2021, creando un equipo multidisciplinar formado por farmacéuticos, técnicos y auxiliares de farmacia, celadores, administrativos y el responsable de programas de calidad del hospital, que recibieron formación específica sobre la metodología LeanHealthcare durante 25 horas.

Se elaboró el "Project Charter" o Contrato del Proyecto donde se incluyeron los motivos, objetivos y alcance.

Se diseñó un mapa de análisis VSM (Value Stream Mapping) reflejando el flujo de medicamentos y de documentación durante el proceso, que recogía datos reales, ineficiencias o mudas detectadas, de la siguiente forma:

- Visita del equipo al área de trabajo.
- Entrevista a un experto del proceso.

- Registro de las incidencias identificadas.
- Recopilación de propuestas de mejora.

Posteriormente, se realizó un plan de acción recogiendo las ineficiencias, sus causas, acción correctora, responsable y plazo de ejecución.

Los resultados obtenidos reflejan 15 mudas en el primer proceso, relacionadas con la accesibilidad, instalaciones, incorrecta identificación o falta de estandarización. Se realizaron las siguientes acciones de mejora: señalar acceso al almacén, diseñar carteles de estado, crear listados de medicamentos especiales y mejorar el acondicionamiento y etiquetado del envase primario.

En el segundo proceso se identificaron 17 mudas y se llevaron a cabo acciones de mejora como establecer stocks máximos, elaborar procedimientos de reposición del almacén y carteles de estado con la información: "en reenvasadora" o "pendiente de recibir".

En el último, se detectaron 15 mudas referentes al empaquetado, señalización o falta de comunicación; desarrollando como acciones de mejora: implantar firma legible en albaranes de entrega, compra de material, e instrucción de supervisores en la realización de pedidos.

Tras 6 meses de seguimiento se constató la ejecución de todas las acciones.

La implantación de la metodología Lean-Healthcare en procesos de gestión del SFH ha resultado muy eficaz. Entre los beneficios obtenidos destacan: detección de errores en la raíz del problema, evitando que se reproduzca en fases posteriores del proceso; y el refuerzo del sentimiento de equipo mediante la comprensión de las dificultades de cada fase y la participación en su resolución, siendo conscientes de que cada profesional es importante para el adecuado funcionamiento de los procesos

PREPARACIÓN DE MEDICAMENTOS ESTRECHO MARGEN TERAPÉUTICO PARA PACIENTE PEDIÁTRICO EN EL SERVICIO DE FARMACIA

MURCIA LÓPEZ, ANA C. (1), NAVARRO RUIZ, ANDRÉS (2)

(1) HOSPITAL GENERAL DE ELCHE, (2) JEFE DEL SERVICIO DE FARMACIA HOSPITALARIA

ÁREA TEMÁTICA: Uso seguro del medicamento en situaciones de alto riesgo

PALABRAS CLAVE: MEDICAMENTO / TRANSICIONES ASISTENCIALES / PEDIATRÍA / CUIDADOS CRÍTICOS NEONATALES,

Población diana

Todos los pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados críticos neonatales que necesiten tratamiento farmacológico intravenoso con Gentamicina, Amikacina y Vancomicina.

Ámbito de aplicación

Hospital General Universitario de Elche. Hospital general de tercer nivel.

Objetivo de la práctica

Evitar errores de preparación de tratamientos de estrecho margen terapéutico.

Metodología

Se evalúa por el Servicio de Farmacia (SF), farmacéutico, y personal de la unidad de cuidados críticos neonatales (UCIN), facultativo y enfermería, aquellos tratamientos de rango terapéutico estrecho que podrían beneficiarse de su preparación de forma centralizada en el S. de farmacia, para reducir la variabilidad en la preparación y los posibles errores.

Se seleccionan tres antibióticos que presentan un margen terapéutico estrecho: Gentamicina, Amikacina y Vancomicina, y que se han detectado errores de preparación a través de la monitorización de las concentraciones plasmáticas. El farmacéutico revisa la estabilidad en función de la concentración plasmática estableciendo una concentración que posibilite la preparación semanal y se adapte a las dosis prescritas. Se diseña una hoja de elaboración de estas concentraciones y pasan a formar parte del circuito de elaboración en la sala limpia del SF.

Se establece un circuito de solicitud desde la UCIN al SF de forma semanal con el pedido de la unidad para dispensación al día siguiente.

Transferibilidad

Esta iniciativa es transferible a otros hospitales con casuística similar y a otros tratamientos para diferentes unidades de hospitalización.

Multidisciplinaridad

En esta práctica han participado dos servicios (Unidad de cuidados críticos neonatales y S. Farmacia) y diferentes estamentos (enfermería, médicos y farmacéuticos).

USO DE SISTEMAS DE NOTIFICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS (SINEA) COMO HERRAMIENTA PARA LA MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL MEDICAMENTO

MARTÍNEZ DUCE, NURIA (1)

(1) HOSPITAL GENERAL DE ELCHE

ÁREA TEMÁTICA: Uso seguro del medicamento en las transiciones asistenciales

PALABRAS CLAVE: SINEA / EVENTOS ADVERSOS

Gestión de los incidentes por medicamentos registrados en los sistemas de notificación

La gestión de las notificaciones de incidentes relacionados con los medicamentos recibidos a través de la herramienta corporativa del sistema público de la Comunidad Valenciana SINEA (Sistema de Notificación de Eventos Adversos) realizadas por los profesionales que trabajan día a día con el paciente hospitalizado, tiene como objetivo principal mejorar la seguridad del paciente y disminuir la probabilidad de que ocurran eventos adversos.

Actualmente la aplicación informática SINEA está implantada en el Departamento de Salud Elche-Hospital General y permite el registro mediante un cuestionario estructurado del evento adverso, potencial o real, que ha dado lugar a un suceso no deseable en el paciente, bien sea hospitalizado o a nivel ambulatorio.

Gestión de estos incidentes realizada por grupos de trabajo multidisciplinarios representativos de diferentes estamentos

(médicos, farmacéuticos, personal de enfermería y celador) mediante la utilización de herramientas como análisis causa-raíz (ACR), análisis modal de fallos y efectos (AMFE), matrices de riesgo, etc, permite identificar posibles riesgos e implementar acciones de mejora que van desde medidas preventivas hasta cambios en la organización llevadas a cabo por el equipo directivo del hospital, con el fin de mejorar la seguridad del paciente.

MEDICAMENTO: BENZODIACEPINAS CON SEGURIDAD

ORO FERNÁNDEZ, MARÍA (1), CORRO MADRAZO, PATRICIA (1), TEJA BARBERO, JOSÉ LUIS (1), GONZÁLEZ SANTOS, MARTA (1)

(1) *ÁREA DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE SUBDIRECCIÓN DE ASISTENCIA SANITARIA SERVICIO CÁNTABRO DE SALUD*

ÁREA TEMÁTICA: Uso seguro de los medicamentos en pacientes crónicos polimedicados

Teniendo en cuenta la Estrategia de Seguridad del Paciente en el Sistema Nacional de Salud y las recomendaciones del ISMP hacia el uso de los medicamentos de alto riesgo en pacientes crónicos, se desarrollaron medidas dirigidas hacia la promoción del uso seguro de las benzodiazepinas en la comunidad. Se ha diseñado un proyecto denominado MedicaMente, cuyo objetivo es sensibilizar y promover el uso seguro de los medicamentos potencialmente adictivos, empezando por las benzodiazepinas y así mejorar la calidad de la asistencia a nuestros pacientes.

Inicialmente se diseña un cuadro de mando para el análisis y seguimiento del consumo de benzodiazepinas en la comunidad autónoma con el que se quiere evaluar la seguridad del paciente de forma indirecta. Se utiliza la herramienta interactiva de visualización de datos QlickSense®. Agrupando los diferentes indicadores de "consumo" (número de envases dispensados por oficina de farmacia, Dosis Diaria Definida/1.000 habitantes -DHD-, Precio de Vente al Público -PVP-, porcentaje de población) se agrupan los datos pseudonimizados desde el 2018 hasta la actualidad.

La prevalencia del consumo de benzodiazepinas en el año 2021, medida en pacientes que han dispensado por lo menos 1 envase de benzodiazepinas es de un 17,7%. En el año 2021 el 70,8 % de las benzodiazepinas fueron consumidas por mujeres. Teniendo en cuenta el consumo por edad, podemos afirmar que el 35 % de las personas que consumen estos fármacos son mayores de 70 años. Además, en 2021 las personas con edad mayor a 85 años son las que mayor número de envases y DHD consumieron.

El análisis del consumo de benzodiazepinas en la comunidad, a través del cuadro de mando, ha llevado a los profesionales del Área de Calidad y Seguridad del Paciente a un proceso de toma de decisiones basándose en los resultados obtenidos. Las áreas de mejora detectadas tras el análisis de los datos sobre consumo de benzodiazepinas en la comunidad para desarrollar actividades específicas son la población de edad avanzada, población de género femenino y los menores de edad.

Posteriormente, se llevó a cabo un plan formativo dirigido a profesionales sanitarios partícipes en el abordaje del paciente en el ámbito de la Atención Primaria. La formación se ha impartido mediante técnica de formación de formadores utilizando como herramienta docente la simulación clínica, de

esta forma conseguimos llegar de forma eficiente a la mayoría de los profesionales. El uso de la simulación como herramienta docente favorece el aprendizaje de conocimientos, habilidades y actitudes, aumentando el grado de retención de lo aprendido cuando se compara con los métodos tradicionales y, por otra parte, su capacidad para estimular el pensamiento crítico y desarrollar el proceso de toma de decisiones. Los objetivos del plan han sido los siguientes: reflexionar sobre el consumo excesivo de benzodiazepinas, analizar y debatir el abordaje de estos pacientes y desarrollar habilidades como formadores.

REMOVIENDO ETIQUETAS DE ALERGIA A BETALACTÁMICOS

SCHOENENBERGER-ARNAIZ, JOAN ANTONI (1), MARQUES AMAT, LUIS (2), CORRALES VARGAS, SILVIA (2), PEÑA PELOCHE, MARIA (2), SANTOS RODRIGUEZ, CARLOS (3), RAMOS GIL, MIGUEL ANGEL (3), JOVER SAENZ, ALFREDO (4), RIBES MURILLO, ESTHER (5), OMS ARIAS, MIRIAM (6)
(1) HOSPITAL UNIVERSITARI ARNAU DE VILANOVA DE LLEIDA, (2) HOSPITAL UNIVERSITARI SANTA MARIA DE LLEIDA, (3) HOSPITAL UIVERSITARI ARNAU DE VILANOVA, (4) HOSPITAL UNIVERSITARI ARNAU DE VILANOVA DE LLEIDA, (5) DIRECCIÓ D'ATENCIÓ PRIMÀRIA LLEIDA. GERÈNCIA TERRITORIAL LLEIDA. INSTITUT CATALÀ DE LA SALUT, (6) ICS

ÁREA TEMÁTICA: Gestión de los incidentes por medicamentos notificados a los sistemas de notificación

PALABRAS CLAVE: BETALACTÁMICOS / ALERGIA / RESISTENCIAS ANTIMICROBIANAS / DESETIQUETACIÓN

Los betalactámicos son el grupo de antimicrobianos más comúnmente utilizados, pero también son los de mayor inducción de reacciones alérgicas. No obstante, el 15%, no sufre reacciones en la reexposición o se encuentra identificado de manera errónea en los historiales médicos. Todo ello ocasiona un incremento en las resistencias antimicrobianas, coste económico, prolongaciones en las estancias hospitalarias, ingresos en UCI, nocividad e incluso mortalidad, como consecuencia de la necesidad de uso de antibióticos menos eficaces cuando se presenta una infección grave. El protocolo de actuación de nuestra propuesta busca ofrecer un modelo de actuación fácil y estandarizada que sirva de ayuda en la desetiquetación de alergias a betalactámicos, codificadas en el sistema informatizado de historia clínica, tanto en pacientes hospitalizados como visitados en la Atención Primaria y consultas externas hospitalarias, por procesos o no infecciosos, que redunde en la recuperación de uso de los mismos cuando la situación infecciosa presente o futura lo requiera.

En la Región Sanitaria de Lleida, en una búsqueda informática realizada en 2018 se identificaron 1912 pacientes con alergia confirmada y 16.749 pacientes con registro de sospecha de alergia a betalactámicos. Dado el número tan elevado de enfermos con un registro de sospecha de tal alergia, se acordó como forma más eficaz una revisión activa de 2732 sospechas de alergia a penicilina del grupo de edad de 35-45 años y desetiquetación de la alergia cuando corresponda.

Tanto en el hospital como en Atención Primaria un farmacéutico valora la información existente tanto en historia clínica informatizada como por entrevista con el enfermo de manera presencial o telefónica. Dicho profesional ha sido formado previamente identificación, estratificación y cribaje de riesgo de las diferentes y posibles reacciones adversas de hipersensibilidad precoz o tardía (Tipo I-IV) a los betalactámicos o situaciones NO sugestivas de considerarse reacción adversa. Este profesional procede a la desetiquetación de la alergia y finalización del proceso, si es el caso, o a la derivación del paciente para actuación presencial en la Unidad de Alergología. En dicha unidad se practican las

diferentes técnicas de identificación y despistaje cutáneo o desensibilización sobre los pacientes susceptibles e identificados en la primera actuación y se entrega al paciente y a su médico de atención primaria un informe normalizado sobre el resultado de las mismas.

Hasta final de 2021 se han revisado los historiales de 650 pacientes. Se han finalizado las actuaciones en 442 casos con el resultado siguiente: 47 (11%) personas han dado positivo en un test cutáneo y se confirma alergia; 313 (71%) personas han dado negativo; en 80 personas se ha desconfirmado alergia sin necesidad de test; en 2 personas no se ha podido realizar el test. En 111 personas se han cancelado las actuaciones por motivos diversos, entre ellos el rechazo a las pruebas cutáneas.

UN INCIDENTE CENTINELA SOBRE EL USO DE BIFOSFONATOS. UNA OPORTUNIDAD PARA UN ABORDAJE CON PERSPECTIVA TERRITORIAL

BONET ESTEVE, ANNA MARIA (1), MASSANÉS GONZÁLEZ, MARTA (2), CASANOVAS MARFÀ, MAR (3), GARCÍA SÁNCHEZ, VANESA (3),
LÓPEZ CORTIÑA, ADRIÁN (3), LÓPEZ INSUA, AMANDA (3), ROVIRA ALGARA, CAROL (3), VIZCAÍNO VILARDELL, ESTER (3)
(1) GERÈNCIA TERRITORIAL DE LA CATALUNYA CENTRAL (GTCC). INSTITUT CATALÀ DE LA SALUT, (2) GTCC, (3) GTCC

ÁREA TEMÁTICA: Uso seguro del medicamento en las transiciones asistenciales

PALABRAS CLAVE: INCIDENTE CENTINELA / BIFOSFONATOS / OSTEONECROSIS MAXILAR

En 2005, la AEMPS emitió una Nota Informativa sobre el riesgo de osteonecrosis maxilar en pacientes oncológicos tratados con bifosfonatos endovenosos.

Se presenta un caso reportado a través del sistema de notificación de incidentes en la seguridad del paciente de Cataluña (TPSC-Cloud). Se trata de una paciente de 56 años que en octubre de 2020 inició ácido zolendrónico (Zometa®) para tratar una neoplasia de mama y metástasis múltiples.

A finales de diciembre de 2020 se sometió se le extrajo una pieza periodontal con mucha movilidad por una caries cervical, sin detener el tratamiento con Zometa®.

En febrero de 2021 consultó por problemas de cicatrización y dolor en la zona de la extracción dental. Se constató que no había realizado ninguna revisión dental previa al inicio del bifosfonato. Inmediatamente se hizo interconsulta a Hospital de día de oncohematología, que corroboraron que la paciente había iniciado Zometa® 2 meses antes de la extracción dental y que no había discontinuado la medicación. Se realizó un TAC que diagnosticó necrosis en la zona de extracción.

En julio la extensión afectada del hueso había aumentado y en agosto presentaba molestias nasales. En septiembre se realizó una hemimaxilectomía por exposición ósea de todo el hueso alveolar del cuadrante donde se realizó la extracción.

El caso fue reportado a través del TPSC-Cloud. Se priorizó su análisis por tratarse de un centinela y se convocó con carácter urgente a todos los profesionales implicados en el incidente y a los gestores de seguridad del territorio. Se realizó el análisis del incidente, clasificaron las causas implicadas y propusieron acciones de mejora, que se muestran a continuación:

- Facilitar información de refuerzo, escrita y verbal (antes inicio tratamiento y visitas sucesivas).
- Realizar anamnesis previa a extracción dental por parte del odontólogo.
- Responsabilizar al paciente de la necesidad de realizar una visita odontológica previa al inicio del tratamiento y periódica durante la continuación del mismo.
- Revisar, actualizar y difundir el protocolo de uso interno "Tratamiento odontológico en los pacientes que toman bifosfonatos".
- Definir y consensuar un circuito entre niveles asistenciales que permita programar una visita con el odontólogo de referencia desde el hospital y priorizar dichos pacientes para evitar demora en el inicio del tratamiento.
- Establecer un circuito de contingencia para gestionar necesidades de atención en caso de vacaciones, incapacidad temporal u otros del odontólogo de referencia.
- Solicitar que la medicación de uso hospitalario esté integrada en la receta electrónica.
- Registrar "paciente en tratamiento con bifosfonato endovenoso" en la estación clínica de trabajo.
- Incorporar una alerta en el Plan de medicación de los pacientes que estén en tratamiento con bifosfonatos endovenosos.

A fecha de hoy el grupo de trabajo está activo y se encuentra en la fase de revisión y ejecución de las acciones/soluciones locales propuestas.

IMPACTO DE LA ATENCIÓN FARMACÉUTICA INTEGRAL EN LA EFICACIA Y SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE PACIENTES INGRESADOS EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA VASCULAR. INFOFHAR

ROCA BERGANTIÑOS, OLGA (1), ZARRA FERRO, IRENE (2), MOSQUERA AROCHENA, NILO JAVIER (2), FERRO SOTO, MARÍA DEL MAR (2), ESTEBAN CARTELLE, HELENA (2), BLANCO DORADO, SARA (2), PAIS IGLESIAS, BEATRIZ (2)
(1) SERVICIO GALLEGO DE SALUD, (2) AREA SANITARIA DE SANTIAGO DE COMPOSTELA E BARBANZA

ÁREA TEMÁTICA: Uso seguro del medicamento en situaciones de alto riesgo

Población diana/ámbito de aplicación

Estudio prospectivo observacional abierto de un año de duración de pacientes ingresados en el servicio de cirugía vascular del Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela.

Criterios de exclusión:

Negativa a participar en el estudio. Duración estimada del ingreso hospitalario <48 horas.

Metodología

El plan multidisciplinar de atención farmacéutica es el que se indica en la figura siguiente:



El farmacéutico hospitalario, líder del proyecto, realiza las siguientes actividades:

1. Conciliación de la medicación al preingreso:

- Entrevista telefónica de paciente y/o familiares o cuidadores:

- Revisión de alergias.
- Listado de la medicación domiciliaria.
- Consumo de suplementos vitamínicos/herboristería/terapia alternativa.
- Revisar medicación prescrita al ingreso y comparar con la domiciliaria -> revisar discrepancias con médico responsable.
- Check list conciliación al ingreso.
- Registrar la intervención.

2. Entrevista presencial al ingreso:

- Entrevista de paciente y/o familiares o cuidadores:

- Se confirma la información obtenida de la consulta preingreso.
- Cuestionario OKERE y SMAQ.
- Registrar la intervención.

3. Validación farmacéutica durante el ingreso.

4. Conciliación de la medicación al alta:

- Revisar el informe de alta y comentar discrepancias con el médico si es necesario.
- Registrar la intervención.
- Elaborar un plan farmaco terapéutico personalizado a través de un programa propio similar al INFOWIN®, haciendo especial énfasis en la adecuada administración de cada medicamento prescrito.
- Información oral y escrita al paciente con la información farmacoterapéutica.

5. Seguimiento telefónico post-alta:

- Confirmar telefónicamente que el paciente toma correctamente su medicación y solucionar posibles reacciones adversas.
- Medir la adherencia y la satisfacción con los cuestionarios SMAQ y OKERE.

OBJETIVO PRINCIPAL: Mejorar los resultados de eficacia y seguridad del tratamiento farmacológico en pacientes que han ingresado en la Unidad de Cirugía Vascular mediante la implementación de un plan multidisciplinar de atención farmacéutica.

Objetivos secundarios:

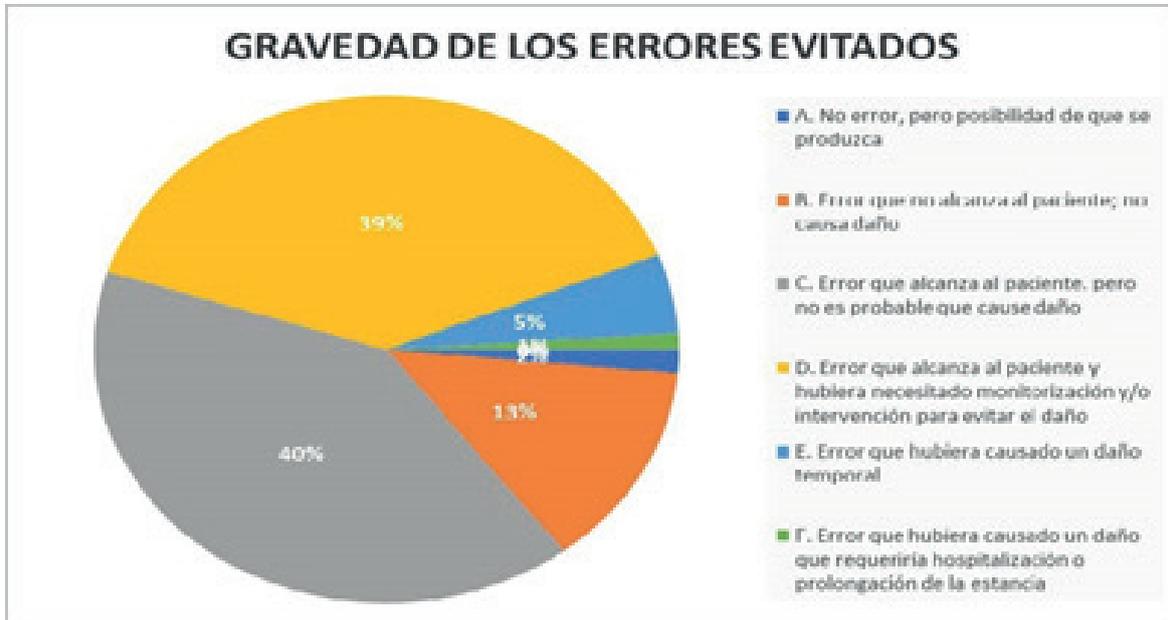
- Evaluar la reducción de los errores asociados a la medicación y la reducción de los eventos adversos con la implementación de actividades de conciliación al ingreso y al alta.
- Estudiar la mejora en el conocimiento de los pacientes acerca de su medicación tras la incorporación de información oral y escrita del farmacéutico en el momento del alta.
- Determinar el aumento en el grado de adherencia a los tratamientos y del grado de satisfacción del paciente con la incorporación de atención farmacéutica en el momento del alta.
- Determinar los factores de riesgo que se asocian a la existencia de errores de medicación.

Se incluyeron 119 pacientes, con una edad media de 70 años: según el modelo de estratificación de la SEFH >80% presentan nivel de riesgo 1 o 2a.

- La media de intervenciones por paciente fue de 2,75 y fue similar al ingreso y al alta.
- El grado de aceptación de las discrepancias no justificadas detectadas fue alto y las más frecuentes fueron:



- Las discrepancias no justificadas detectadas fueron comunicadas al médico responsable con un nivel de aceptación elevado (89,4%). Los tipos de errores evitados fueron:



- Se ha observado una baja adherencia al tratamiento domiciliario en el ingreso y un bajo grado de satisfacción sobre la información que reciben de su medicación, estos ítems mejoraron tras el alta.

FARMAREVISIÓN NUEVA HERRAMIENTA INTEGRADA EN LA HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA

ROCA BERGANTIÑOS, OLGA (1), PEREIRA PÍA, MERCEDES (2), FERNÁNDEZ PÉREZ, AGUSTINA (3)

(1) SERVICIO GALLEGO DE SALUD, (2) C.S. SAN ROQUE. LUGO. FARMACÉUTICO DE ATENCIÓN PRIMARIA. GALICIA, (3) C.S. VILLALBA. LUGO.

FARMACÉUTICO DE ATENCIÓN PRIMARIA. GALICIA

ÁREA TEMÁTICA: Uso seguro del medicamento en las transiciones asistenciales

En Galicia, desde el año 1999 hay farmacéuticos de atención primaria (FAP) integrados en los centros de salud, por lo que ya se realiza, de manera informal en este nivel asistencial, la revisión de la medicación de los pacientes, promoviendo el uso seguro del medicamento para disminuir los errores de medicación en todos los ámbitos asistenciales.

El "Programa de Mejora de la Calidad en la Atención a los Pacientes Crónicos Polimedicados" está implantado en Galicia desde el año 2013 para formalizar esta revisión de la medicación por parte de los FAP.

En el año 2015 se realizó un estudio cualitativo, con la intención de conocer el impacto real del programa y la identificación de elementos de mejora. Este grupo de trabajo multidisciplinar permitió llevar a cabo nuevas acciones de mejora priorizando las intervenciones con mayor impacto en la atención de los pacientes crónicos e polimedicados, mediante distintas herramientas y protocolos para identificar y seleccionar los pacientes con mayor riesgo de sufrir eventos adversos prevenibles así como la necesidad de incorporar la herramienta integrada en IANUS, FARMAREVISIÓN, que permite integrar la revisión y conciliación de la medicación y mejorar el seguimiento del tratamiento farmacológico.

En 2018 se lleva a cabo la actualización del "Programa de Mejora de la Calidad en la Atención a los Pacientes Crónicos Polimedicados" estableciendo como población diana dos tipos de pacientes:

1. Pacientes que tengan prescritos "medicamentos de alto riesgo en pacientes crónicos" u otros medicamentos que puedan dar lugar a problemas de seguridad, que es lo que se conoce como "Programa de prácticas seguras con medicamentos de uso crónico":
 - Pacientes en los que se identifican los 15 criterios consensuados previamente.
2. Pacientes a los que se les ha dado un alta hospitalaria, lo que se conoce como "Programa de revisión y conciliación de la medicación al alta hospitalaria en atención primaria en coordinación con atención hospitalaria":

- Pacientes a los que se les ha dado un alta hospitalaria en unos servicios específicos seleccionados en cada área sanitaria. - Pacientes derivados del CONECTA 72:

- Con 15 o más medicamentos.
- Con sospecha de discrepancias.
- Polimedicados con hospitalizaciones frecuentes (2 o más en 6 meses).

Además de esta población diana definida en estos programas, se amplía a aquellas revisiones y conciliaciones a pacientes tras determinadas transiciones asistenciales: al ingreso en una Residencia Sociosanitaria, en el acto de homologación sanitaria (visado) de una medicación prescrita en consultas externas o tras un ingreso hospitalario.

FARMAREVISIÓN está disponible tanto en el ámbito de la atención primaria como de la atención hospitalaria para ser utilizada por los farmacéuticos y los médicos de ambos niveles asistenciales. En un futuro estará disponible para su utilización por enfermería y trabajador social, con el fin de incorporar la valoración de la adherencia y concordancia de los tratamientos y valoración social.

Como hemos comentado con anterioridad, el objetivo de FARMAREVISIÓN es integrar la revisión y la conciliación de la medicación en historia clínica electrónica y mejorar el seguimiento del tratamiento farmacológico de los pacientes polimedicados y/o aquellos que tienen potenciales problemas de seguridad. Contribuyendo a gestionar de manera sistemática y personalizada la revisión de la medicación de cada paciente, favoreciendo la comunicación entre los profesionales sanitarios, los cuales podrán consultar toda la información en IANUS, para garantizar la continuidad asistencial. FARMAREVISIÓN se incorpora como parte del módulo de prescripción electrónica, y consta de 2 bloques:

1. Bloque 1: Revisión sistemática da medicación.
2. Bloque 2: Conciliación da medicación.

Estos bloques permiten integrar las diferentes tareas de revisión de aspectos relacionados con el tratamiento farmacológico que el farmacéutico debe realizar, junto a su propuesta de intervención en cada caso y, por otro lado, las decisiones adoptadas por el facultativo médico a tenor de la información disponible.

El bloque 1 consta de 3 secciones:

1.1. Revisión de medicamentos incluidos en el plan terapéutico: revisión de medicamentos disponibles en el árbol de prescripción, según los criterios de indicación, adecuación, efectividad y seguridad.

- 1.2. Revisión de la medicación a incluir en el plan terapéutico: Si el paciente presenta algún problema de salud que deba ser tratado con algún medicamento, que no tiene prescrito.
- 1.3. Revisión de productos terapéuticos no incluidos en el plan terapéutico, pero que el paciente está tomando: revisión de medicamentos, productos dietéticos, de herboristeria, etc. que el paciente está tomando.

Desde la puesta en marcha de PRÁCTICAS SEGURAS CON MEDICAMENTOS DE USO CRÓNICO se han reducido en un 49% los pacientes que presentaban potenciales problemas de seguridad.

De forma anual se evalúan, por un lado, indicadores de resultado tanto de forma global como de forma individual de cada criterio seleccionado, por otro indicadores de proceso (indicación, adecuación, efectividad, seguridad, discrepancias de conciliación etc.). Se evalúa la utilización de FARMAREVISIÓN y áreas de mejora, priorizando las modificaciones propuestas de esta herramienta en favor a mejorar la calidad y seguridad.

GESTIÓN INTERNA PARA EL VALOR EXTERNO

ROCA BERGANTIÑOS, OLGA (1), PEREIRA PÍA, MERCEDES (2), FERNÁNDEZ PÉREZ, AGUSTINA (3)

(1) SERVICIO GALLEGO DE SALUD, (2) C.S. SAN ROQUE. LUGO, (3) C.S. VILLALBA. LUGO

ÁREA TEMÁTICA: Uso seguro del medicamento en las transiciones asistenciales

Objetivo

Asegurar la calidad de la información FT en HC en una única visita del paciente al centro sanitario.

Desaturar consultas médicas hacia otros profesionales maximizando el ámbito de sus competencias.

Material y métodos

El objeto de la revisión de la medicación por el Farmacéutico de Atención Primaria (FAP) se dirige a la adecuación y seguridad de la terapia donde, un componente esencial, lo forma la fiabilidad de la información.

La detección o sospecha de error por el FAP, genera un informe en HC. Utilizamos la herramienta de cita programada tipo "Interconsulta AP- AP" con enfermería que se instruye en los objetivos para la entrevista a cada paciente concreto registrando en HC: adherencia real y uso correcto, conocimiento, dificultades, depósitos domiciliarios e incidencias.

El feed-back al FAP es también por interconsulta interna para observaciones y actualizar la información FT.

La información de la información queda registrada en la HC para su seguimiento a diferencia de otras vías de comunicación interna como el teléfono.

Resultados

El 80% de las HC revisadas no tienen actualizada la información FT.

El 65% contienen medicamentos ya suspendidos o a dosis inadecuadas, generalmente en exceso. Más de un 40% generaron depósitos de medicación.

El 15% contienen medicamentos no ajustados a las características del paciente por función renal, hepática y objetivo terapéutico ajustado a edad.

En un 20% se detectaron duplicidades, interacciones relevantes o adherencia inadecuada, incluyendo el uso inadecuado de dispositivos o la administración de insulinas.

Del total, una 30% de los casos precisó generar "interconsulta AP-AP" con el médico para aclaración de datos en la HC.

Conclusiones

La revisión de la medicación y la posterior gestión interna mediante la "interconsulta APAP" para la preparación de una única entrevista con el paciente resuelve errores de la información FT en HC derivados del exceso de demanda y múltiples visitas en diferentes niveles asistenciales y urgencias.

Se maximiza tanto la eficiencia de la visita como el resultado de la intervención mejorando la calidad de la información FT así como el grado de satisfacción percibido por el paciente.

AIR FARMACIA EFECTIVIDAD DE UNA ESTRATEGIA PARA IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS SANITARIOS MEDIANTE HERRAMIENTAS DE MARKETING Y PUBLICIDAD

ROCA BERGANTIÑOS, OLGA (1), MARTÍNEZ PILLADO, MODESTO (2), CRESPO DIZ Y TODO EL SERVICIO DE FARMACIA DEL ÁREA SANITARIA, CARLOS (2)

(1) SERVICIO GALLEGO DE SALUD, (2) AREA SANITARIA DE PONTEVEDRA E O SALNES

ÁREA TEMÁTICA: Uso seguro del medicamento en las transiciones asistenciales

Identificación y definición de la Población diana/ámbito de aplicación, Profesionales de todas las categorías del Servicio de Farmacia del Área Sanitaria de Pontevedra e O Salnés del Servizo Galego de Saúde referencia para 300.00 habitantes

Metodología

A partir de un grupo focal formado por directivos de la organización, del servicio de Farmacia, farmacéuticos y residentes, se diseñó la estrategia de intervención para la identificación de riesgos, en un servicio certificado con la norma ISO 9001:2015. Se han situado prints de vinilo en el Servicio de Farmacia, en áreas de acceso obligado al Servicio de Farmacia, así como cartelería informativa. La simbología utilizada era reconocible, por similitud a los aeropuertos. Una tarjeta de embarque similar a las de embarque en un avión se convirtió en la tarjeta de identificación de riesgos. En esa tarjeta de embarque (=seguridad), se invitaba a identificar, al menos, tres riesgos/oportunidades de mejora. Simultáneamente, el profesional (que embarcaba en la mejora de la seguridad) también se le invitaba a proponer acciones para afrontar esos riesgos identificados. Esta intervención también incluía mensajes positivos de participación, así como una cuenta regresiva de inicio.

Objetivos de la práctica

- Planificar una intervención de identificación de riesgos en el Servicio de Farmacia que incluya técnicas de marketing, motivación y feedback.
- Alcanzar la participación de al menos el 60% de los profesionales del Servicio de Farmacia.
- Conseguir la Identificación de riesgos que permita realizar un mapa de riesgos en el Servicio de Farmacia.
- Alcanzar que al menos el 80% de los riesgos identificados tenga una acción de mejora propuesta por los profesionales.

Identificación de las actuaciones realizadas

Esta propuesta combinó de forma novedosa estrategias de marketing (cuentas regresivas; prints vino, etc.) para promover la participación de los profesionales en la identificación proactiva de riesgos. Participaron desde administrativos a directivos, realizado en el año 2018.

Todos los profesionales vinculados orgánicamente al servicio de Farmacia de los Hospitales Montecelo, Salnés y Provincial de la XXIPS. A partir de un grupo focal formado por directivos de la organización, del servicio de Farmacia, farmacéuticos y residentes, se diseñó la estrategia de intervención para la identificación de riesgos, en un servicio certificado con la norma ISO 9001:2015.

Evaluación (aspectos clínicos, económicos, procesos...)

Han participado el 70% de los profesionales del servicio y de todas las categorías

- Se han identificado más de 36 riesgos. La existencia y puesta en marcha de las acciones de riesgo es capital. Es ahí, donde el mapa de riesgos y este indicador dicotómico, nos aporta el valor de demostrar que se tienen en cuenta las propuestas de mejora.
- Se han identificado más de 30 acciones de mejora por los profesionales: - La parte interesada más relacionada con la identificación de riesgos ha sido el paciente: Los Grupos Funcionales Homogéneos, se utilizan para contabilidad analítica. Agrupan a centros de coste, entre otras funciones, pero a la vez identificar la dependencia funcional. Sorprendentemente no estaban vinculados al servicio de Farmacia sino a la Dirección adscrita. Fue necesario modificar la vinculación para una mejor comunicación con los profesionales. Con este indicador evaluamos la participación).
- El área donde más riesgos identificaron los profesionales ha sido la relacionada con el medicamento (prescripción). El área donde más riesgos identificaron los profesionales ha sido la relacionada con el medicamento (prescripción) y fue donde los profesionales propusieron acciones de mejora. Nos aportaba más riqueza a la participación. Proponer una acción de mejora para un riesgo, es una forma de comprometerse, o al menos, demostrar interés. Algo muy valioso para nuestros objetivos.
- Se ha elaborado un mapa de riesgos en el Servicio de Farmacia.

ESTANDARIZACIÓN EN LA ADMINISTRACIÓN DE FÁRMACOS POR VÍA PARENTERAL EN ADULTOS Y PEDIATRÍA EN ATENCIÓN HOSPITALIZADA MEDIANTE LA ELABORACIÓN DE TABLAS

SUÁREZ MIER, M BELÉN (1), PANIAGUA ALCARAZ, CRISTINA (1), BECERRA INGERTO, LORENA (1), GONZÁLEZ SÁNCHEZ, NIEVES (1),

MARTÍN CARRO, CECILIA (1)

(1) HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN AGUSTÍN

ÁREA TEMÁTICA: Uso seguro del medicamento en las transiciones asistenciales

Identificación de la población diana/ámbito de aplicación

La propuesta es aplicable a todos los pacientes atendidos en las unidades de hospitalización y en Hospital de Día Médico a los que se haya prescrito un fármaco contenido en la tabla.

Está incluida tanto la población adulta como la pediátrica de las unidades de hospitalización, dado que se han realizado dos tablas independientes que contienen los medicamentos y las dosis habitualmente empleadas en cada grupo de población, así como la población adulta que acude al Hospital de Día Médico, para la que se realizó otra tabla con fármacos específicos de esta unidad.

Metodología

Tras realizar una revisión pormenorizada de los fármacos de administración parenteral más utilizados en pacientes ingresados tanto adultos como pediátricos y adultos que acuden a Hospital de Día Médico durante el año 2019, se han elaborado tablas que recogen la información más relevante de dichos fármacos. Entre los datos recogidos se encuentran:

- Principio activo, incluyendo la concentración disponible para prescripción en el hospital.
- Nombre comercial, si procede, dado que en el caso de medicamentos genéricos no se especifica el laboratorio.
- Reconstitución, si precisa, especificando en caso de no ser necesaria.
- Dilución, indicando las soluciones compatibles y características específicas de cada dilución, como la necesidad de su uso inmediato por baja estabilidad o el uso de determinados equipos compatibles o que deben ser evitados.
- Tiempo de infusión recomendado.
- Otras vías por las que puede ser administrado el fármaco, en caso de existir. Se especifican, además, aquellos medicamentos que son de alto riesgo.

Objetivos de la práctica

El objetivo principal es implantar una práctica estandarizada en la administración de fármacos por vía parenteral en todas las unidades de hospitalización, tanto en adultos como en pediatría, y en adultos de Hospital de Día Médico, para asegurar una correcta y segura administración de aquellos fármacos que son más frecuentemente utilizados en estos pacientes.

Identificación de las actuaciones realizadas

Tras la elaboración y distribución de dichas tablas se ha registrado una disminución en el número de consultas con respecto a la administración de fármacos por vía parenteral, limitándose a aquellos que, por ser de reciente comercialización, todavía no se encuentran incluidos en los documentos difundidos.

Evaluación (aspectos clínicos, económicos, procesos...)

La estandarización en la administración de fármacos por vía parenteral ha permitido incrementar la seguridad en el tratamiento atendidos en las unidades de hospitalización y en Hospital de Día Médico, evitando de esta manera la aparición de efectos adversos derivados de una administración errónea, como puede ser, por ejemplo, un tiempo de infusión inferior al recomendado.

Por otra parte, esta estandarización también ha evitado reconstituciones o diluciones incorrectas, con el consiguiente desperdicio del fármaco en cuestión y el menoscabo en términos económicos.

IMPLANTACIÓN DEL MÓDULO EPASE® PARA LA PREPARACIÓN ASISTIDA, SEGURA Y EFICIENTE DE TRATAMIENTOS ANTINEOPLÁSICOS

SUÁREZ MIER, M BELÉN (1), PANIAGUA ALCARAZ, CRISTINA (1), BECERRA INGERTO, LORENA (1), GONZÁLEZ SÁNCHEZ, NIEVES (1),

ZAPICO GARCÍA, ISABEL (1), GARCÍA LASTRA, SUSANA (1)

(1) HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN AGUSTÍN

ÁREA TEMÁTICA: Uso seguro del medicamento en situaciones de alto riesgo

Identificación de la población diana/ámbito de aplicación

La propuesta es aplicable a todos los pacientes que acuden a Hospital de Día Médico o a las unidades de hospitalización para recibir tratamiento, siendo especialmente importante en pacientes onco-hematológicos, dado que serán los medicamentos empleados en estos procesos los que mayor trascendencia van a tener en caso de producirse un error, tanto si tiene lugar en su validación como en la preparación o administración (medicamentos de alto riesgo).

Metodología

A finales del año 2019 se procedió a la implantación del módulo ePASE®, dentro del programa Farmis Oncofarm®, para lo que fue necesario realizar una actualización no sólo a nivel informático sino también en el circuito de trabajo. Entre las actividades realizadas se incluyeron:

- Formación del personal involucrado en el circuito de validación y elaboración de las mezclas intravenosas utilizando el módulo ePASE®.
- Implantación de un lector de código de barras o data matrix e inclusión en la base de datos de ePASE® de los códigos de cada una de las presentaciones.
- Calibración y ajuste de la balanza para la pesada de cada componente de las mezclas.
- Establecimiento de un protocolo de reetiquetado de aquellas presentaciones con lectura errónea en el lector ePASE® de código de barras o data matrix.
- Recogida de datos de densidad, peso y desviaciones de peso permitidas de todos los sueros, así como de los pesos de los equipos utilizados en la elaboración de las preparaciones.
- Definir el porcentaje de desviación de peso permitida para cada fármaco en función de la dilución utilizada y del tipo de medicamento.
- Determinar en todas las mezclas de cada protocolo terapéutico el material de acondicionamiento necesario.

Objetivos de la práctica

El objetivo principal es implantar una práctica segura en la elaboración de medicamentos antineoplásicos, permitiendo identificar cada fármaco y la cantidad adicionada a la preparación mediante controles cualitativos y cuantitativos, además de facilitar el control del riesgo de exposición laboral de los profesionales involucrados en la elaboración de las mezclas.

Identificación de las actuaciones realizadas

Tras la implantación de este sistema se ha registrado mayor satisfacción por parte del personal de enfermería encargado de la realización diaria de las preparaciones destinadas a Hospital de Día Médico, además de una menor exposición a estos fármacos por parte de los facultativos de Farmacia Hospitalaria, al no ser necesaria la validación presencial de cada una de las mezclas elaboradas. Gracias a esta metodología visual se garantiza la trazabilidad en el proceso de preparación de medicamentos citostáticos, además de hacer un seguimiento exhaustivo de los tiempos de exposición del personal que elabora estas mezclas.

Evaluación (aspectos clínicos, económicos, procesos...)

La implantación del módulo ePASE® ha permitido alcanzar una mayor calidad y seguridad en la elaboración de preparaciones de fármacos citostáticos, mejorando la calidad asistencial y la seguridad del paciente.

En cuanto al aspecto económico, se evitan errores en el proceso de preparación, con el consiguiente ahorro al no tener que desechar y repetir elaboraciones con medicamentos potencialmente de alto impacto económico y medioambiental.

CAMPAÑA "ERRORES CERO"

ELIZONDO RIVAS, GABRIELA (1), VIÑUALES LORIENTE, ANA (1), DE AGAPITO VICENTE, COVADONGA (2), OCHANDO ORTIZ, GENO (3),

GALLIPIENZO JIMENEZ, MARTA (4), VIAMONTE EZCURDIA, ARANTZA (4)

(1) DEPARTAMENTO DE SALUD, (2) DEPARTAMENTO DE SALUD, (3) DEPARTAMENTO DE SALUD, (4) COFNA

ÁREA TEMÁTICA: Uso seguro del medicamento en situaciones de alto riesgo

Los errores de medicación (EM) son prevenibles y por ello el Centro de Farmacovigilancia de Navarra promueve e impulsa el establecimiento de acciones encaminadas a la prevención de EM, sobre todo los relacionados con medicamentos de alto riesgo.

Con el objetivo de disminuir los EM y mejorar la seguridad de cada paciente surgió en 2018 la campaña 'Errores Cero' a iniciativa del Centro de Farmacovigilancia de Navarra y en colaboración con el Colegio Oficial de Farmacéuticos de Navarra. La farmacia comunitaria es el último punto de contacto de los pacientes con el sistema sanitario. Esto le otorga un papel clave a la hora de reforzar las medidas de prevención de EM, especialmente con medicamentos de alto riesgo, ya que los EM derivados de su uso se asocian con la aparición de reacciones adversas muy graves e incluso mortales.

La campaña "Errores Cero" se ha centrado hasta el momento en los medicamentos metotrexato, ácido valproico y brivudina. Para ello se ha elaborado material informativo con el fin de contribuir a una mejor comprensión de las condiciones de uso y evitar EM. El material incluye una lista de verificación destinada al farmacéutico para facilitar la atención farmacéutica y una tarjeta con información escrita sobre el uso correcto del medicamento objeto de la campaña que es entregada al paciente en el momento de la dispensación.

Campaña "Errores cero" de 2018

Metotrexato oral: reacciones adversas graves derivadas de su sobredosificación

El objetivo de esta actuación es la prevención de errores asociados a metotrexato oral, ocasionados por la administración diaria, en lugar de semanal, de este medicamento.

Cuando se usa en el control de enfermedades reumáticas y la psoriasis, la pauta de administración es semanal, que es una posología inusual.

Ácido valproico: riesgos derivados de su exposición durante el embarazo

La segunda actuación trata de prevenir los riesgos asociados al uso de ácido valproico, un fármaco indicado para el tratamiento de la epilepsia y el trastorno bipolar que, si se administra a mujeres embarazadas, puede ocasionar malformaciones y producir trastornos en el neurodesarrollo.

El farmacéutico tiene que informar sobre los riesgos en el embarazo a todas las pacientes en edad fértil a las que dispensa este medicamento y asegurarse que los entienden.

Campaña “Errores cero” de 2019

Brivudina para el tratamiento del herpes zóster en pacientes inmunocompetentes en tratamiento o que han recibido 5-fluoropirimidinas.

El objetivo de esta campaña se centra en prevenir su interacción potencialmente mortal con medicamentos antineoplásicos que contienen 5-fluoropirimidinas, evitando el uso simultáneo o no espaciado de ambos medicamentos.

Esta campaña sigue activa y está prevista una nueva actuación para evitar EM asociados a sobredosificación por Vitamina D.

Se ha realizado un análisis comparativo de las notificaciones recibidas de EM con daño asociadas al uso de estos medicamentos antes y después de cada acción.

Conclusiones

Los centros autonómicos de Farmacovigilancia pueden promover actuaciones y estrategias dirigidas a la detección y prevención de EM que deben ser compartidas por la totalidad de profesionales de salud implicados y por cada paciente. Una de las más importantes es la colaboración de las oficinas de farmacia para implicar a la ciudadanía en el uso correcto de los medicamentos con el uso de material informativo que contribuye a reforzar las medidas adoptadas, garantizar una mejor comprensión de las condiciones de uso, evitar EM y mejorar la seguridad.

IMPLANTACION DE UN SISTEMA DE PREPARACION SEGURA DE CITOSTATICOS

ELIZONDO SOTRO, ARÁNZAZU (1), SAROBE CARRICAS, MAITE (2), DE LA RIVA BOHIGAS, ROSALÍA (2), TALENS ARMAND, M^a LUISAV (2),
ARISTU ARDANAZ, JAVIER (2)

(1) SNS-O SSCC, (2) HOSPITAL UNIVERSITARIO DE NAVARRA

ÁREA TEMÁTICA: Uso seguro del medicamento en las transiciones asistenciales

Objetivo de la práctica

El objetivo principal fue garantizar la ausencia de errores en la preparación de la quimioterapia en un hospital de tercer nivel.

Objetivos secundarios:

- Disponer de un sistema de control cualitativo de las preparaciones.
- Disponer de un sistema de control cuantitativo de las mismas, estableciendo como desviación máxima un 5% de la dosis prescrita.
- Establecer sistemas de barrera que eviten continuar con el proceso en el caso de detectar cualquier desviación.
- Establecer un sistema de registro de desviaciones y trazabilidad de la preparación, que permitan establecer un sistema de aprendizaje.
- Registro de lotes y caducidades de los medicamentos en el historial del paciente. Integración del sistema de preparación con el resto del proceso.

Ámbito de aplicación

La población diana son los pacientes oncológicos y oncohematológicos adultos que acuden al hospital para recibir su tratamiento quimioterápico.

Actualmente, en nuestro hospital acuden unos 100 pacientes adultos al día a recibir dichos tratamientos. En 2021, se prepararon en el servicio de farmacia más de 47.000 mezclas para los hospitales de día de oncología y hematología. La mayoría, tratamientos activos quimioterapicos.

Se planteó establecer un sistema de control de preparación, más allá de los controles visuales que se utilizaban. Según el Institute for Safe Medication Practices (ISMP) se considera que los controles visuales no son suficientes, y recomienda como mínimos utilizar un doble sistema de control: de tipo cualitativo mediante sistemas como escaneo de códigos de los productos utilizados, y un control cuantitativo de dosis preparada, considerando el control gravimétrico el de elección.

Metodología

Se disponía en el hospital de un sistema informático propio de gestión de la quimioterapia. Incluía módulos de prescripción y de validación segura, con sistemas de barrera de cálculo de dosis, dosis máxima, interacciones con medicación habitual, etc, así como módulo de administración segura con comprobación de paciente, medicamento, dosis y orden de administración.

Se desarrolló un módulo de preparación que funcionara a modo de asistente, y estableciera controles en la preparación, además de barreras que impidieran continuar, en caso de detectar desviaciones.

El programa guía al enfermero en cada paso, indicando si el producto identificado mediante lectura de código es el prescrito, y si la dosis preparada que se indica mediante gravimetría, es la correcta. Ante cualquier desviación, se permiten correcciones de preparación. Todo ello, con un registro total de las operaciones.

Se creó una base de datos con los medicamentos, marcas comerciales, densidades, sueros y conectores de transferencia segura utilizados.

Se instaló una pantalla táctil con conexión wifi, un lector de códigos data matrix-barras, y una balanza de precisión, adecuados para el trabajo en sala.

Evaluación

Al cabo de 5 semanas del inicio del sistema, se llevó a cabo una evaluación de resultados: De las 505 mezclas preparadas, 22 mezclas (4,3%) excedieron el umbral de pesada y 67 (13%) dieron un peso insuficiente, por lo que se tuvieron que corregir. Con ello, se evitó la administración incorrecta de un 17,6 % de mezclas.

El actual sistema implantado, que sigue las recomendaciones uso seguro, aporta mayor seguridad y eficacia de tratamiento en nuestros pacientes.

CIRCUITO DE PRESCRIPCIÓN, VALIDACIÓN Y DISPENSACIÓN DE NIRMATRELVIR/RITONAVIR (PAXLOVID®) PARA LA INFECCIÓN POR SARS-COV-2: COORDINACIÓN ENTRE NIVELES ASISTENCIALES

ELIZONDO SOTRO, ARÁNZAZU (1), GARJÓN PARRA, JAVIER (2), AGUDO PASCUAL, CRISTINA (2), ECHEVERRÍA GORRITI, AMAYA (2), ALZUETA ISTURIZ, NATALIA (2), SANZ ÁLVAREZ, LOREA (2), GARCÍA GONZÁLEZ, PATRICIA (2), GOÑI ZAMARBIDE, OIHANE (2), CELAYA LECEA, M^a CONCEPCIÓN (2), FERNÁNDEZ GONZÁLEZ, JULEN (2), ALDAVE COBOS, PAULA (3), SAROBE CARRICAS, MAITE (4), CAPDEVILA BASTONS, FERRÁN (4), TIRAPU NICOLÁS, BIANKA (5), PÍO ASÍN, MARÍA (6), GOÑI RUIZ6., NURIA (7), OTAMENDI MURILLO, ANA (7)

(1) SNS-O SSCC, (2) SUBDIRECCIÓN DE FARMACIA Y PRESTACIONES. SERVICIO NAVARRO DE SALUD- OSASUNBIDEA (SNS-O), (3) SECCIÓN DE FARMACIA Y DIETÉTICA. CENTRO SAN FRANCISCO JAVIER. GERENCIA DE SALUD MENTAL. SNS-O, (4) SERVICIO DE FARMACIA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE NAVARRA. SNS-O, (5) SERVICIO DE FARMACIA. HOSPITAL GARCÍA ORCOYEN. SNS-O, (6) SERVICIO DE FARMACIA. HOSPITAL REINA SOFÍA. SNS-O, (7) SERVICIO DE APOYO A LA GESTIÓN CLÍNICA Y CONTINUIDAD ASISTENCIAL. SNS-O

ÁREA TEMÁTICA: Uso seguro del medicamento en las transiciones asistenciales

Ámbito de aplicación

Atención Primaria, Hospitalaria, Sociosanitaria y Salud Mental.

Metodología

Un equipo multidisciplinar formado por médicos y farmacéuticos de los distintos ámbitos asistenciales trabajaron de forma conjunta para diseñar e implementar el circuito de prescripción, validación y dispensación de nirmatrelvir/ritonavir.

Objetivos

Diseñar e implementar un circuito de prescripción, validación y dispensación de nirmatrelvir/ritonavir en una CA siguiendo los criterios establecidos por la AEMPS.

Identificación de las actuaciones realizadas

- Centralización del almacenamiento de nirmatrelvir/ritonavir en una distribuidora de la CA, a la que tienen acceso diario Oficinas de Farmacia (OF) y Servicios de Farmacia Hospitalaria (SFH).
- Establecimiento de dos circuitos de dispensación:

- Circuito 1: Dispensación en OF:

En el caso de pacientes ambulatorios, los profesionales de atención primaria (AP) y atención especializada (AE) prescriben en el sistema de receta electrónica. Se utiliza la aplicación de visado para autorizar la dispensación mediante validación farmacéutica. Esta validación se realiza habitualmente en farmacia de AP y, fuera de su horario, en los SFH. Todas las prescripciones se validan en un plazo menor a 12 horas.

La prescripción puede ser aceptada, denegada o quedar pendiente de información. La aceptación genera un mensaje de texto al móvil del paciente indicándole que puede solicitar el tratamiento en la OF. En el caso de que se deniegue, el mensaje recomienda ponerse en contacto con el médico prescriptor.

- Circuito 2: Dispensación en SFH:

En el caso de pacientes ingresados en hospitales, centros de salud mental y sociosanitarios, nirmatrelvir/ritonavir se prescribe en la historia clínica informatizada del centro, se valida y se dispensa por los farmacéuticos de los SFH.

Los pacientes atendidos en hospital de día, consultas externas y urgencias hospitalarias pueden recoger el medicamento en las unidades de atención a pacientes externos de los SFH o pueden incorporarse al circuito 1.

- Desarrollo en el sistema de ayuda a la prescripción electrónica. Inclusión de las contraindicaciones e interacciones relevantes. Este sistema permite bloquear la prescripción en caso de contraindicación absoluta establecida en la ficha técnica del medicamento y mostrar alertas a los prescriptores informando de las interacciones más relevantes.
- Utilización de la herramienta de visado para la obligatoria validación farmacéutica de la prescripción de nirmatrelvir/ritonavir en receta electrónica.
- Acceso a la herramienta de visado y formación a todos los farmacéuticos especialistas en Farmacia Hospitalaria tanto de los ámbitos de AP como de AE.
- Elaboración de hojas de información al profesional y al paciente.
- Desarrollo informático para el envío de mensajes automáticos al paciente tras la aceptación/denegación del tratamiento.
- Divulgación a través de sesiones informativas y mails a los profesionales implicados.

Evaluación

Este circuito entró en vigor el 04/04/2022.

Hasta el 15/06/2022 se realizaron 50 prescripciones de nirmatrelvir/ritonavir. Se autorizó el tratamiento de 46 pacientes y se denegó en cuatro que no cumplían los criterios establecidos por la AEMPS en el momento de la prescripción.

Además, los farmacéuticos detectaron interacciones relevantes en 14 pacientes, emitiendo las recomendaciones pertinentes en cada caso para evitar efectos adversos derivados.

De las 46 prescripciones de nirmatrelvir/ritonavir autorizadas, 30 se dispensaron en OF (circuito 1) y 16 en SFH (circuito 2).