

COMUNICACIONES

TÍTULO

ANALISIS Y PLAN DE MEJORA EN LA CADENA TERAPEUTICA DE LA MEDICACION

INTRODUCCIÓN

El riesgo de la asistencia sanitaria, especialmente el generado por los errores de medicación (EM), es un grave problema que está siendo abordado de forma prioritaria en los últimos años por las autoridades sanitarias de algunos países, sobre todo EEUU y Australia, y más recientemente Gran Bretaña y Canadá. Diversos estudios publicados en la pasada década revelaron el elevado coste asistencial y económico de este problema. Además, los errores asistenciales tienen un coste personal muy importante, desgastando la confianza de los pacientes en el sistema y dañando a las instituciones y a los profesionales sanitarios. En España se ha calculado que entre un 4,7-5,3% de los ingresos hospitalarios son debidos a errores de medicación, con un coste medio por estancia de 3000 euros.

Actualmente, las soluciones para mejorar la seguridad del paciente deben ofrecer un enfoque constructivo, uno en el cual el éxito (una atención más segura) venga determinado por establecer estrategias de seguridad en el proceso de hospitalización.

Con el análisis modal de fallos y efectos (AMFE) nos permite mejorar los procesos ya que es una herramienta donde se identifica y evalúa los fallos potenciales de los procesos, sus causas y los posibles efectos y así poder establecer acciones para eliminar o reducir la probabilidad de que se produzcan los fallos. Utilizando este tipo de herramienta en la unidad de otorrinolaringología del hospital General Virgen de las Nieves se ha elaborado un AMFE de la cadena terapéutica del medicamento. Las soluciones con este análisis se van a dirigir a un nivel específico donde el buen diseño de mejora en el proceso pueda evitar que los errores humanos alcancen al paciente.

OBJETIVOS

Mejora la seguridad pacientes en la unidad de otorrinolaringología evitando los errores derivados de la medicación

METODOLOGÍA

Hemos aplicado la metodología AMFE al proceso de administración de medicación a pacientes hospitalizados en la unidad de Otorrinolaringología (ORL) . El esquema seguido consta de los siguientes pasos:

1.-Constitución del grupo

El grupo de trabajo se constituyó con miembros que componen el servicio de ORL

2.-Selección del proceso

Si bien los errores en medicación en el medio hospitalario son frecuentes, se decidió analizar este proceso al haber ocurrido incidentes en la unidad para poder evitar en sea un accidente y produzca en el paciente graves consecuencias sobre la seguridad.

3.-Definición de los pasos

COMUNICACIONES

Se definieron los pasos del proceso en base a la experiencia de los componentes del grupo.

4.-Identificación de posibles fallos

3.1 Identificamos en cada paso los posibles fallos, posibles causas y efectos.

3.2 Puntuamos en base a la gravedad, la frecuencia de aparición y la detectabilidad.

3.3 Rediseñamos el proceso definiendo acciones de mejora.

RESULTADOS

Con el valor del número de prioridad de riesgo (n.p.r.) nos permite

Priorización del fallo

Actuar antes

Dar más importancia a los fallos más críticos

Plan de acciones de mejora proporcionando un clima de seguridad y calidad .

CONCLUSIONES

No hay que olvidar que la prevención de errores precisa de la participación y el esfuerzo de todos los profesionales sanitarios implicados en la cadena terapéutica del medicamento. Para mejorar la seguridad de los sistemas es preciso aprender de los propios errores que se producen, sólo así es posible identificar las causas que los originan y desarrollar estrategias para evitar que se repitan