

**Errores de medicación con vacunas:
mejorando con los profesionales.**
III Jornada Mejora Seguridad del Paciente en A. Primaria



ERRORES DE MEDICACIÓN CON VACUNAS: MEJORANDO CON LOS PROFESIONALES

**ÁREA 5 DE ATENCIÓN PRIMARIA
SERVICIO MADRILEÑO DE SALUD**

INTRODUCCIÓN Y DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

Para impulsar e implantar estrategias relacionadas con la seguridad del paciente en el Servicio Madrileño de Salud, en los contratos de gestión de los últimos años de las gerencias de Atención Primaria, se ha incluido como objetivo la notificación de errores con medicamentos.

El objetivo en 2009 en la Gerencia de Atención Primaria del área 5, fue la notificación de al menos 109 errores, que se estima que es el 5% de todos los que se producen al año en un área de nuestras dimensiones.

La notificación proviene de los profesionales de los centros, y es misión de los equipos directivos de las gerencias darles la información, formación y herramientas necesarias para avanzar en este objetivo básico de seguridad del paciente.

La Unidad Funcional de Gestión de Riesgos (UFGRS) del área recibe las notificaciones, y las analiza buscando oportunidades de mejora que puedan generalizarse a todos los centros.

En 2009 han sido notificados 192 errores de medicación por nuestros profesionales. Tras su revisión se observó que 50 (26% del total) estaban relacionados con el proceso de administración de vacunas.

A la vista de estos datos, se plantea formar un grupo de trabajo con profesionales implicados en las vacunaciones, que realice un análisis de causas y seleccione acciones de mejora. El grupo queda integrado por doce profesionales: un pediatra, enfermeras y responsables de vacunación de los centros de salud; coordinan el grupo dos miembros de la UFGRS.

ANÁLISIS DE LOS DATOS

El 22% de los errores con vacunas se agrupan en el proceso de administración de la **hexavalente infantil**:

- Sólo se administra disolvente, sin reconstituir la vacuna, y al preparar la dosis para corregir este error, se vuelve a administrar solo el disolvente: 1 caso.
- Sólo se administra disolvente en una vacunación, pero se repara en ello a tiempo: 9 casos.
- Se administra pentavalente por confusión con hexavalente: 1 caso.

Otros errores declarados son:

- Se dispensa en oficina de farmacia una dosis de vacuna de papilomavirus de lote retirado por alerta de seguridad.
- Se administran a un paciente 2 dosis de vacuna de gripe estacional en el mismo día.

La administración de la **vacuna de la gripe A** por primera vez, originó también errores. El más frecuentes fue la administración de la vacuna para mayores de 60 años a menores de 60 años, y viceversa. Otros ejemplos de errores con esta vacuna son:

- Solo se administra adyuvante.
- Se administra vacuna no indicada en mujer embarazada.
- Se administra vial completo de multidosis
- Se administra dosis que supera plazo máximo tras su reconstitución

ANÁLISIS DE LOS FACTORES Y CAUSAS

Factores relacionados con los profesionales

- Falta de formación
- "Prisas" en la atención
- Etiquetado confuso realizado en el centro
- Registro de la situación vacunal del paciente erróneo o insuficiente en la historia clínica
- Incorrecta anamnesis previa a la vacunación.
- Intervención de más de un profesional en la vacunación

Factores relacionados con la organización

- Ausencia en el procedimiento de acogida para los nuevos profesionales y suplentes no habituales de información específica sobre el proceso de vacunaciones
- Ausencia de etiquetado claro en las neveras de vacunas
- Ausencia de un sistema claro y visible con información sobre el proceso y los errores más frecuentes en la sala de vacunación y neveras
- No establecimiento de un sistema de registro correcto de la fecha de apertura de los viales

Factores relacionados con la comunicación

- Transmisión insuficiente de información por parte del responsable de vacunas sobre los cambios en el proceso de vacunación (calendario vacunal, fechas, presentaciones, cartonajes,...)
- No transmisión de la información sobre protocolos y recomendaciones institucionales

Factores relacionados con los agentes y recursos

- Errores en la descripción de la vacuna en el "vademécum" de OMI.
- Cambios frecuentes en laboratorio suministrador de vacunas.
- Coexistencia de vacunas multidosis y monodosis
- Coexistencia de vacunas para reconstituir con otras ya preparadas
- Cartonaje similar en vacunas diferentes
- Fichas técnicas no en castellano

Factores relacionados con el paciente

- Incumplimiento de citas para vacunación
- Pérdida del registro de vacunaciones

PROPUESTA DE ACCIONES DE MEJORA

Las acciones de mejora que propone el grupo y que se describen a continuación, se dirigen a los diferentes factores relacionados con los errores declarados: **información-comunicación, organización y pacientes.**

Folleto informativo

El grupo elaborará un folleto informativo sobre vacunas y errores más frecuentes que se producen, que será presentado por el responsable de vacunación de cada centro a todos los profesionales.

Pósteres

Se elaborarán dos pósteres, que se ubicarán en lugares visibles en las consultas.

- **Uno dirigido a los pacientes**, recordándoles que avisen de sus alergias, que informen de si están embarazadas en las mujeres en edad fértil, y que aporten cualquier información relacionada con sus vacunaciones anteriores que pueda complementar la anamnesis realizada por el profesional.
- **Otro, dirigido a los profesionales**, recogerá información sobre las vacunas y los errores más frecuentes que se producen.

Cambios en el procedimiento de acogida de nuevos profesionales

El folleto informativo se entregará en la acogida a los profesionales nuevos y suplentes que vayan a trabajar con vacunas, y se nombrará un responsable de esta tarea por centro.

Información al inicio de las campañas de vacunación

El responsable de vacunas al inicio de las sucesivas campañas, organizará una sesión formativa en su centro, recordando los errores más frecuentes que se hayan producido con la vacuna que corresponda.

Organización de las neveras de vacunas

Se seguirán los siguientes consejos en su distribución

- El folleto informativo sobre vacunas estará pegado en la puerta de las neveras.
- Se separarán en distintos estantes las vacunas con envases similares.
- Se agruparán por edad de administración, separando adultos y niños, y en niños por fecha de calendario; si los envases son parecidos, se etiquetará cada caja claramente.
- El responsable de vacunas insistirá en la importancia de no modificar la disposición de las vacunas por parte de los profesionales que las utilicen.