



Errores en medicación en la práctica profesional: una mirada a su segunda víctima

Blanca I. Ortiz B.S.Ph., Pharm.D., GCG
 Convención Annual
 Colegio de Farmacéuticos de Puerto Rico
 17 de agosto de 2017

Divulgación de conflicto de interés

La presentadora no tienen ningún conflicto de interés con el tema en discusión ni intereses financieros con una empresa de manufactura o de cualquier producto o servicio descrito en esta actividad, ni propósito comercial con el patrocinador de la educación continua.

Objetivos

- Definir y explicar brevemente la importancia de la prevención de los errores en medicación en la práctica profesional
- Enumerar estrategias para prevenir errores en medicación
- Definir el término segunda víctima a la luz del concepto de errores en medicación

Objetivos

- Evaluar el impacto de un error en medicación en la segunda víctima
- Conocer el modelo intervencional de apoyo de tres niveles ("Scott Three-Tiered Interventional Model") para segundas víctimas de un error en medicación
- Destacar la importancia de un plan de apoyo para atender a la segunda víctima de un error en medicación

Errores en medicación



http://1.bp.blogspot.com/-l-gIOgVK7Ag/TKEOLiwDmul/AAAAAAAAGao/wPgjSXff5I4/s1600/bmi_seguridad.jpg

Error en medicación

- Cualquier evento **prevenible** que puede causar o conducir a un **uso inadecuado** de medicamentos o **daño** al paciente.
- Pueden estar relacionados con la práctica profesional, productos de cuidado de la salud, procedimientos y sistemas



National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention (NCCMERP)

Definiciones:

Error en Medicación

Prevenible:

- Resulta de un error en medicación que llega al paciente y causa un daño

Error en Medicación

Potencial:

- Error en medicación que no causa daño al paciente

Efectos Adversos:

- Evento adverso a pesar de que el medicamento prescrito y administrado es apropiado

Ejercicio:

- Se dispensa prasugrel 10mg 1 tableta diaria a la paciente FP de 76 años de edad, a quien se le colocó un "stent" luego de una intervención percutánea. La paciente pesa 125lbs (56.8kg) y mide 5'1".
- FP experimenta una hemorragia intracraneal subsecuentemente.
- ¿Cómo clasificarías este incidente?
 - a) Error en Medicación Prevenible
 - b) Error en Medicación Potencial
 - c) Efecto Adverso

Clasificación de errores en medicación

Error de Ejecución

- Fallo en cumplir una acción como fue planificada

Error de Planificación

- El uso de un plan erróneo para alcanzar una meta

Institute of Medicine

Clasificación de errores en medicación

Omisión

- Omitir o no hacer lo necesario
Ej. no verificar las alergias del paciente

Comisión

- Realizar una acción incorrecta
Ej. dispensar el medicamento incorrecto

Clasificación de errores en medicación

Basados en Conocimientos

- Cuando se desconoce que un problema podría ocurrir
- Ej. Desconocer que un medicamento contiene aspirina y dispensarlo a un paciente alérgico

Basados en Reglas

- Aplicar una regla de manera no apropiada
- Ignorar una regla (ej. ignorar un mensaje de alerta)

Basados en Acciones

- Cuando se realiza algo incorrectamente
- Ej: Almacenar un medicamento incorrectamente

Basados en Memoria

- Cuando información importante es olvidada
- Ej: olvidar la edad de un paciente

Clasificación de errores en medicación

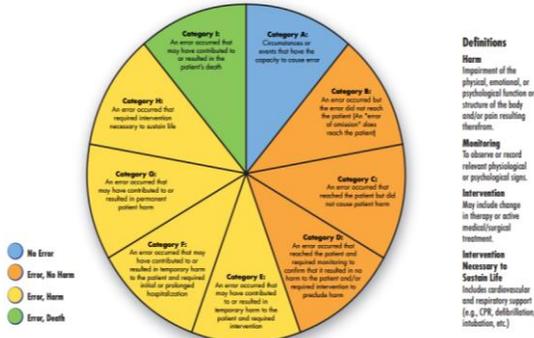
Mecánicos

- Error en la elaboración o preparación de la receta.

Juicio

- Omisión en la Información
- Error en la educación o consejería al paciente y/o en el monitoreo de la terapia.

NCC MERP Index for Categorizing Medication Errors



Impacto de los Errores en Medicación

- 1.5 millones de personas son afectadas anualmente por los errores en medicación.
 - Aproximadamente 7,000 muertes/año
- Costo estimado de errores en medicación a nivel ambulatorio: \$ 4.2 billones por año
- Hospitales: ~400,000 errores en medicación prevenibles/año
 - Aproximadamente 1 error/paciente/día

Institute of Medicine

Impacto de los Errores en Medicación

- Estudio observacional en Estados Unidos:
 - Tasa de error de 1.7% asociado a la proceso de dispensación
 - Extrapolarse a más de 62 millones de errores de dispensación por año
- Un informe periódico sobre recetas despachadas por las farmacias en 1999
 - El 4% de las recetas dispensadas contenía errores
 - Más del 85% se deben a droga o medicamento equivocado

Impacto de los errores en medicación



Impacto de los errores en medicación en el profesional de la salud



Causas de Errores en Medicación



Factores que contribuyen a los Errores en Medicación

Proceso de Dispensación

- Avalúo de Indicación, Efectividad y Seguridad
- Desconocimiento de Información
- Información Incompleta del Paciente
 - Alergias
 - Diagnóstico
 - Peso
 - Edad (Fecha de Nacimiento)
 - Perfil de Medicamentos
 - Perfil de Comorbilidades

Factores que contribuyen a los Errores en Medicación

Proceso de Dispensación

- Falta de Luz
- Horarios
- Interrupciones/Distracciones
- Alto Volumen de Recetas
- Poco personal
- Fatiga/Cansancio
- Pobre Visión

Factores más comunes citados por los farmacéutico, como contribuidores a Errores en Medicación

Proceso de Dispensación

- Demasiadas llamadas telefónicas (62%)
- Sobrecarga / un día inusualmente ocupado (59%)
- Demasiados Clientes (53%)
- Falta de Concentración (41%)
- Falta de n doble chequeo (41%)
- Poco Personal (32%)
- Nombres de medicamentos similares (29%)
- Falta de Tiempo para Consejería (29%)
- Receta ilegible (26%)
- Mala Interpretación de la Receta (24%)

Factores que contribuyen a los Errores en Medicación

Proceso de Dispensación (Preparaciones Extemporáneas)

- Falta de recursos de Información Adecuados
- Falta de equipo de medición y composición adecuados
- Poca familiaridad con los equipos
- Falta de calibración de los equipos
- Equipos contaminados

Factores que contribuyen a los Errores en Medicación

Proceso de Dispensación

- Almacenamiento Incorrecto
- Medicamento que lucen igual "look alike"
- Falta de Rotulación Adecuada
- Manejo inadecuado de Inventario

Medicamentos que lucen igual "look alike"



http://ixrama.com/0art-12497_004.gif



http://a.abcnews.com/image/blotter/ht_AMPICILLIN_100301_s4b.jpg

Factores que contribuyen a los Errores en Medicación

Proceso de Dispensación

- Falta de Verificación
- Medicamentos con Índice Terapéutico Pequeño
- Medicamentos clasificados como "High Alert"
- Falta de entrega de instrumentos de medida (ej. medicamento líquidos)

Errores en Medicación a raíz de Ausencia o Fallo en la Educación o Consejería

- Nombre del Medicamento
- Cantidad y Frecuencia de Administración
- Indicación
- Efectos Adversos Comunes
- Tiempo de Administración
- ¿Qué hacer al perder dosis?
- Momento de Administración
- Interacción con medicamentos y alimentos

Factores que contribuyen a los Errores en Medicación

Otros

- Transición en la Atención Médica
- Discrepancia: variación entre los regímenes terapéuticos documentados a través de diferentes sistemas de provisión de salud

Factores que contribuyen a los Errores en Medicación

Otros

- Polifarmacia
- Múltiples Médicos
- Múltiples Farmacias
- Falta o Ausencia de Monitoreo

Factores que contribuyen a los Errores en Medicación

Otros



The screenshot shows a 'Duplicate Warfarin Alerts' dialog box with the following text: 'An order for warfarin already exists for this patient. Do you wish to continue with this order?'. Below this are three options: 'Active inpatient warfarin orders with administration task?', 'Future warfarin orders for the same date?', and 'Duplicate Dose Check automatically cancelled'. Callouts from the text 'Factores que contribuyen a los Errores en Medicación' point to these options.

Factores que contribuyen a los Errores en Medicación

Características Humanas

- Compromiso Personal
- Sobre Confianza
- Sesgo de Confirmación

Factores que contribuyen a los Errores en Medicación



- Falta de incentivos o cumplidos positivos a los individuos que reportan errores
- Miedo a reportar errores en medicación
- Las estrategias de prevención de errores se enfocan en el desempeño del individuo
- Los errores en medicación son utilizados en las evaluaciones y son guardadas en los archivos del personal
- Falta de compromiso de la institución para prevenir y corregir errores en medicación

Metas en la prevención de errores en medicación



¿Qué es un Sistema?

- Elementos que trabajan conjuntamente y recíprocamente para lograr una meta en común.



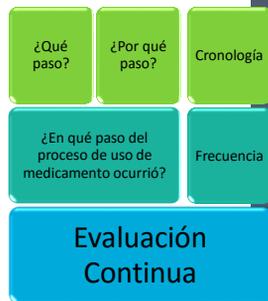
Sistemas de Calidad

- Promocionar una Cultura de Seguridad
 - Todos los miembros del Equipo: farmacéuticos, auxiliares de farmacia, administradores y personal de farmacia deben conocer la importancia de su rol en el manejo seguro de medicamentos.
 - La seguridad del paciente es lo primero.
 - Se crean procesos y políticas que busque como meta principal la seguridad del paciente.
 - Se promueve la discusión de errores en medicamentos y una cultura de aprendizaje



¿Cómo corregimos los errores en medicación?

- Desarrollar **SISTEMAS de CALIDAD**
 - Identificar y Evaluar Errores
 - Observar tendencias para mejorar
 - Identificar oportunidades para mejorar
 - Retrospectiva y prospectivamente
 - Documentar
 - Desarrollar Plan para Atender y Prevenir Errores en Medicación
 - Eliminar Errores
 - Prevenir Recurrencias



Análisis de causa raíz ("root cause analysis")

- Proceso para la identificación de los factores básicos o causales que dan lugar a la variación en rendimiento, incluyendo la aparición o riesgo de ocurrencia de un evento centinela o evento adverso. Es un proceso de investigación retrospectiva que nos enseña lo que salió mal dentro de cualquier proceso dado.



Análisis de la causa raíz ("root cause analysis")

- Como herramienta, RCA está diseñado para:
 1. Describir lo que ocurrió
 2. Determinar la forma en que ocurrió
 3. Entender por qué sucedió
 4. Recomendar acciones para evitar que vuelva a suceder



Assess-ERR™
Community Pharmacy Version
Medication System Worksheet

Rx # _____
Date of error: _____ Date information obtained: _____
Patient age: _____
Drug(s) involved in error: _____

STEP 1

Was indication for use on the prescription? Yes No
 Was the prescription obtained electronically? Yes No
 Were two unique patient identifiers used at pickup? Yes No
 Did the patient accept the offer to counsel? Yes No
 Did the error reach the patient? Yes No
 Was the prescriber notified of the incident? Yes No

Brief description of the event (what, when, and why):

Referencia: www.ismp.org

STEP 2

Key Element	Possible Causes	Y/N	Comments
I	Critical patient information missing? (e.g., age, weight, allergies, pregnancy, patient identity, address, indication for use)		
II	Critical drug information missing? (e.g., outdated/absent references, inadequate computer alerts, independent checks for high-alert drugs/high-risk patient)		
III	Miscommunication of drug order? (e.g., illegible, ambiguous, incomplete, misheard, or misunderstood spoken rx, poor fax, unable to clarify with prescriber)		
IV	Drug name, label, packaging problem? (e.g., look- and sound-alike names, look-alike packaging, no drug image, NDC or barcode not available or not used)		

Referencia: www.ismp.org

Key Element	Possible Causes	Y/N	Comments
V	Drug storage or delivery problem? (e.g., drug packed incorrectly, stock or inventory errors, look-alike products stored next to each other)		
VI	Drug delivery device problem? (e.g., automated dispensing device not calibrated or maintained, not measuring device not dispensed)		
VII	Environmental, staffing, or workflow problem? (e.g., poor lighting, excessive noise, clutter, interruptions, human factor, unaided, insufficient supplies, breaks not scheduled)		
VIII	Lack of staff education? (e.g., unfamiliar with unfamiliar drug/device, medication problem, unfamiliar about medication/device)		
IX	Patient education problem? (e.g., lack of information, non-adherence, not encouraged to ask questions, lack of medication patient education, patient education)		
X	Quality processes and risk management? (e.g., no culture of safety, low of error reporting, unreported cases not analyzed, independent double-check not performed)		

Patient Outcome: _____

Referencia: www.ismp.org

Failure Mode and Effect Analysis (FMEA)

- Análisis de los modos de fallo y sus efectos
 - Proceso utilizado para prevenir errores en medicación de manera proactiva,
 - Analiza los posibles factores que podrían resultar en errores en medicamentos antes de que ocurran



Pasos de FMEA

1. Determinar que Evaluar
2. Seleccionar Miembros del Equipo
3. Identificar los pasos del proceso que se esta evaluando
4. Identificar los Posibles Fallos
5. Asignar Prioridades a los Modos de Fallo
6. Identificar Acciones que puedan reducir el riesgo
7. Implementar los Cambios a los Procesos

¿Cómo identificamos los errores en medicación?



Notificación Voluntaria



Observación Directa



Revisión de Casos



Monitoreo Computadorizado

¿Cómo fomentamos la comunicación de los errores en medicación?

Ofrecer educación a todo el personal y no al individuo que directamente estuvo envuelto en el error.

Desarrollar Políticas no Punitivas

No permitir la asignación de la culpa a individuos

Agradecer la notificación de errores en medicación o condiciones que puedan causar errores los mismos

Recomendaciones Generales para Prevenir Errores en Medicación

Entrenamiento

- Ninguna persona que no fue entrenada para realizar ciertas funciones dentro del proceso de obtener y transcribir recetas, preparar/dispensar y entregar el medicamento debe llevar a cabo estas tareas.
- Administrador:
 - Asegurar que cada miembro del equipo este entrenado para realizar ciertas funciones y que conozca su responsabilidades y este familiarizado con los protocolos, procedimientos y flujo de trabajo de la farmacia.
 - Entrenar al personal, con el mismo personal de la farmacia que ya conoce el área de interés
 - Ofrecer información de errores en medicación comunes y estrategias para detectar y corregir los errores en medicamentos

Recomendaciones Generales para Prevenir Errores en Medicación

Educación al Personal de la Farmacia:

- Nuevos Medicamentos
- "Look A Like"/ "Sound A Like" (LASA)
- Medicamentos de Alto Riesgo
- Casos Publicados en la Literatura
- Casos que Ocurren en Otras Farmacias
 - Casos en la Institución
 - Protocolos

Recomendaciones Generales para Prevenir Errores en Medicación

Recursos de Información

Confiables

Accesibles

- En cada terminal de computadora
- Fácil icono de acceso

Actualizadas

Electrónicos

Referencias

- "Sound Alike" y "Look Alike"
- Interacciones de Medicamentos,
- Información sobre productos OTC, herbarios y suplementos dietéticos

Recomendaciones Generales para Prevenir Errores en Medicación

Sistemas Computadorizados

Permitan colocar información sobre: Alergias, Información Demográfica, Condiciones, Historial de Medicamentos, etc.

Permita evaluar y provea alertas sobre: Alergias, Interacciones, Dosis (Altas o Bajas), Medicamentos Categoría X en Embarazo, Medicamento de Alto Riesgo, etc.

Permita la tecnología de código de barra para la selección y verificación del producto

Prohíba el entrar o dispensar una receta si esta ausente la información de alergias

Permita ajustar alertas (presentar solo aquellas clínicamente significativas)

Permitan implementar imágenes de la tableta o producto en la pantalla de verificación final

Recomendaciones Generales para Prevenir Errores en Medicación

Imágenes de la tableta o producto en la pantalla de verificación final



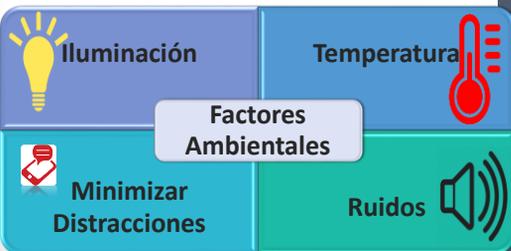
Referencia:

Manual de Usuario para Farmacéuticos de la Farmacia Hospitalaria de Madrid

Recomendaciones Generales para Prevenir Errores en Medicación

- Implementar Tecnología:
 - Fax
 - Mensaje de Voz
 - Sistemas Telefónicos Automatizados o Email para que los pacientes pidan sus resurtidos

Recomendaciones Generales para Prevenir Errores en Medicación



Recomendaciones Generales para Prevenir Errores en Medicación



- Personal
 - Consideraciones:
 - Examinar periódicamente el volumen de recetas para determinar el número de personal apropiado para realizar las tareas
 - Utilizar "floaters" o personal de relevo familiarizado con los protocolos y sistemas de la farmacia
 - Considerar el uso de personal situado fuera del área de dispensación para que resuelva las autorizaciones y procesos de planes médicos.
 - Fomentar que el personal tenga un examen físico anual que incluya evaluaciones visuales y auditivas

Recomendaciones Generales para Prevenir Errores en Medicación

- Auditorias Internas:
 - Revisión de recetas que se encuentran en el área de recogido



Recomendaciones para Prevenir Errores al Tomar la Receta y al Realizar la Búsqueda en el Sistema

- | | |
|------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Paciente Nuevo | <ul style="list-style-type: none"> • Obtener información del paciente: Nombre, edad, fecha de nacimiento, peso, alergias, condiciones, etc. • Verificar si el paciente conoce la indicación o uso |
| Paciente Regular | <ul style="list-style-type: none"> • Buscar al paciente por fecha de nacimiento • Corroborar el paciente con otros dos identificadores |
| Todos | <ul style="list-style-type: none"> • Verificar información de las alergias en cada visita <small>uso</small> • Colocar la fecha de nacimiento del paciente en las recetas |

Perfil de Paciente



Actualizar Información Demográfica Anualmente



Asegurarse de que existe un perfil por paciente en el sistema



Información de Alergias

¿Qué es un error médico?

- “Cualquier falla ocurrida durante la atención de salud que haya causado algún tipo de daño al paciente, y cuyo origen puede relacionarse con la organización e implementación del servicio, a través de múltiples y complejos mecanismos”
- Ningún profesional de la salud está exento de cometerlo

www.scielo.sa.cr/pdf/amc/v51n1/3941.pdf

¿Quiénes son las víctimas de un error en médico?

Paciente y familiares



Profesional de la salud



Institución



Segunda víctima

- Profesional de la salud envuelto en un error medicación, evento adverso no anticipado o daño ocasionado a un paciente de manera no intencional



<https://armstronginstitute.blogs.hopkinsmedicine.org>

Scott, S. Joint Commission Journ on Quality and Pt Safety. 2010

Segunda víctima

- “Aquel que sufre emocionalmente cuando el cuidado de salud que ha provisto causa daño a un paciente”



Wu, AW BMJ 2000

¿Qué ocurre cuando un proveedor de salud comete un error en su práctica profesional?

Sufrimiento personal

Pensamientos suicidas

Impacto en la vida personal

Datos estadísticos

- Tasa de suicidios en segundas víctimas: 50% mayor que en la población general
- 28% de las segundas víctimas sufren impacto significativo en su vida personal
- 100% de los proveedores de salud que enfrentan la muerte de un paciente a causa de un error médico necesitan apoyo emocional

Shanafelt TD. Arch Surg. 2001; Ashland
OG. Qual Saf Health Care. 2005
Khaneja S. Arch Ped Adoles Med 1998.



¿Qué hacer ante un error médico?

- Proveer atención inmediata a la primera víctima
- Proveer apoyo a la segunda víctima inmediatamente
- ✓ La segunda víctima experimenta una emergencia médica muy similar al estrés post-traumático

Scott, S. Qual Saf Healthcare 2009

Impacto de los errores médicos en sus segundas víctimas

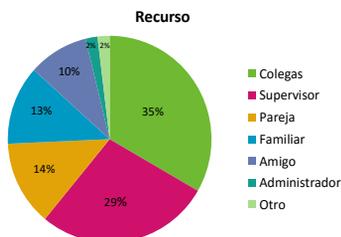


Posibles reacciones de una segunda víctima

Físicas	Cognitivas	Emocionales	Comportamiento
Taquicardia	Confusión	Miedo	Llanto
Sudoración	Desorientación	Culpa	Gritos
Pupilas dilatadas	Desconcentración	"Shock"	Silencio
Postura tensa	Falta de atención	Pánico	Retiro/ausencia
Hiperventilación	No puede recordar el evento	Depresión	Calma
Nauseas		Agitación	Desafío
Fatiga		Coraje	Movimiento agitado
			Movimiento lento

Adaptado de: Nicole N, Merand J, Krazen K, Hoffman J. ASHP Midyear 2016

Fuentes de apoyo comúnmente utilizadas por segundas víctimas



Scott S. Joint Commission on Quality and Patient Safety. 2010

¿Cómo ayudar una segunda víctima de un error médico?

- Remover la segunda víctima del área de trabajo al momento
- Evaluar la necesidad de apoyo
- Proveer apoyo institucional de una manera formal
- ✓ Activar red de apoyo
- ✓ Consejeros capacitados



Scott, S. Qual Saf Health Care 2009

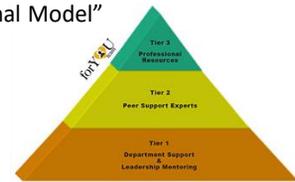
<http://en.galegroup.com>

¿Cómo ayudar a una segunda víctima de un error médico?

- Proveer apoyo personal e institucional
- ¿Qué decir?
 - ✓ ¿Cómo te sientes?
 - ✓ ¿Qué necesitas?
 - ✓ ¿Cómo te sientes con respecto a lo sucedido?
- ¿Qué NO decir?
 - ✓ “Todo va a estar bien”
 - ✓ “No te preocupes por lo que pasó”

¿Cómo ayudar a una segunda víctima de un error médico?

- Activar red de apoyo institucional
- Aplicar el “Scott Three-Tiered Interventional Model”



https://www.muhealth.org/app/files/public/1405/Scotts_Three_Tier_Support.pdf

¿Qué es el Scott Three-Tiered Interventional Model?

- Es un modelo desarrollado para proveer apoyo a una segunda víctima de un error médico
- Consta de 3 etapas
 - ✓ Etapa 1: Red de apoyo en la unidad local
 - ✓ Etapa 2: Red de apoyo provisto por pares capacitados
 - ✓ Etapa 3: Red de recursos profesionales

Scott S. Joint Commission on Quality and Pt Safety. 2010

¿Cómo apoyar a la segunda víctima según el modelo intervencional de Scott?



Scott S. Joint Commission on Quality and Pt Safety. 2010

Etapas del modelo intervencional Scott para apoyo de segundas víctimas

- Etapa 1
 - ✓ Apoyo en la unidad local
 - La mayoría de las víctimas desea y necesita el apoyo de sus pares y supervisores de área
 - ✓ Puede ser provisto por:
 - Colegas
 - Supervisor
 - Gerente o administrador

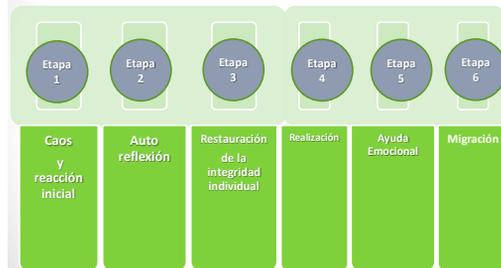
Etapas del modelo intervencional Scott para apoyo de segundas víctimas

- Etapa 2
 - ✓ Red de apoyo provista por colegas o profesionales entrenados, capacitados y con el peritaje necesario para proveer dirección y apoyo en las siguientes áreas:
 - Manejo de riesgo
 - Seguridad del paciente
 - Mentoría individualizada
 - Discusión y análisis del incidente
 - Investigación del incidente
 - Aspectos legales y posible litigio

Etapas del modelo intervencional Scott para apoyo de segundas víctimas

- Etapa 3
 - ✓ Apoyo emocional y profesional a través de referidos
 - ✓ Puede ser provisto a través de los siguientes departamentos:
 - Programa de Asistencia al Empleado
 - Capellanía
 - Trabajo social
 - Psicología/Psiquiatría

Historia natural de la recuperación de la segunda víctima



<http://www.muhealth.org/app/files/public/1390/6StagesRecovery.pdf>

¿Serán necesarios los programas de apoyo para segundas víctimas?

- Estudio realizado en "Nationwide Children's Hospital" en Ohio
- 30% reportó haber cometido un error médico
- 13% contempló la posibilidad de renunciar a su empleo o dejar de ejercer su profesión como resultado de haber cometido un error médico
- 93% indicó que un programa de apoyo para segundas víctimas sería beneficioso para la institución

Kraazan K. Am J Health Syst Pharm 2015

¿Cómo implementar un programa de apoyo para segundas víctimas?

- Presente la necesidad
- Logre que la administración comprenda la necesidad
- Reclute un equipo interprofesional
- Implemente y operacionalice el programa
 - ✓ cree un comité, defina roles y responsabilidades
 - ✓ busque auspiciadores
 - ✓ reclute y promocióne
 - ✓ reuniones y sesiones de entrenamiento
- Documente (métricas)

Posibles retos al implementar un programa de apoyo para segundas víctimas

- Falta de conocimiento o de entendimiento acerca del tema
- Cultura institucional punitiva hacia la segunda víctima
- Falta de apoyo gerencial o administrativo
- Existen recursos para prevenir errores, ¿para qué necesitamos un programa como este?
- Recursos humanos y económicos
- Otras prioridades

¿Cuál ha sido la experiencia de las instituciones que han implementado programas de apoyo para segundas víctimas?

- RISE: John Hopkins
 - R**esilience
 - I**n
 - S**tressful
 - E**vents
- Avalúo de necesidad (2009)
 - 75% de los profesionales encuestados reportó ansiedad y "distress" luego de cometer un error médico
 - > 50% reportó haber buscado apoyo en colegas luego de un error médico
 - 100% indicó necesidad de establecer programa de apoyo institucional para segundas víctimas

Edrees, H. et al BML Open 2016

¿Cuál ha sido la experiencia de las instituciones que han implementado programas de apoyo para segundas víctimas?

- Implementado en 4 fases
 - Desarrollo (2010)
 - Reclutamiento y entrenamiento (2011)
 - Programa piloto (2011-12)
 - Expansión (2012-16)
- Resultados
 - El apoyo institucional provisto a través de colegas y pares a segundas víctimas de errores médicos es efectivo, económicamente viable y sostenible

Puntos para reflexionar

- “Error es de humanos”
- Los errores en medicación son prevenibles
- Los farmacéuticos y demás profesionales de la salud tienen la responsabilidad profesional y ética de prevenir errores en su práctica
- Siempre debemos utilizar los recursos existentes (humanos, tecnológicos, etc) para prevenir errores en la práctica profesional
- Todos los errores médicos tienen consecuencias

Puntos para reflexionar

- Hay que atender y proveer apoyo inmediato a la primera víctima de un error médico
- La segunda víctima de un error médico sufre trauma emocional y también necesita apoyo e intervención inmediata
- El apoyo de colegas, pares e institución es vital para una segunda víctima
- Los programas de apoyo a segundas víctimas son necesarios en el lugar de trabajo
- “El apoyo institucional provisto a través de colegas y pares a segundas víctimas de errores médicos es efectivo, económicamente viable y sostenible”

¿Preguntas?

