

FARMACIA ASISTENCIAL 2026

TAREA DE AULA N° V

SEGURIDAD DEL PACIENTE



OBJETIVO GENERAL:

Capacitar al alumno en la identificación y prevención de riesgos asociados a la provisión de asistencia sanitaria y uso de medicamentos.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- ✓ Reconocer la responsabilidad e incumbencia del farmacéutico en un plan de seguridad del paciente.
- ✓ Diseñar y desarrollar estrategias de trabajo en base a las metas internacionales de seguridad del paciente.

ESTRATEGIA METODOLÓGICA:

Actividades previas a la Tarea de Aula:

1. **Completar la trivia** en el Aula de Comunidades, el día martes **26/05 desde las 00:00 hs hasta las 23:59 hs.**
2. **Mirar los siguientes videos** <https://www.youtube.com/watch?v=1ASI01TTOO0> y <https://www.youtube.com/watch?v=wN5Iq-uY3M>. **Descargarlos en el celular para poder verlos nuevamente durante la Tarea de Aula** para trabajar con ellos.

Actividad a desarrollar durante la Tarea de Aula: introducción teórica del tema y trabajo grupal, detallado al final de la presente guía.

Actividad posterior a la Tarea de Aula: **Informe escrito (grupal)**, consignas al final de esta guía.

INTRODUCCIÓN

La definición de seguridad del paciente ha surgido del movimiento de la calidad de la atención médica. El Institute of Medicine (IOM) de los EEUU definió la seguridad del paciente como **"la prevención del daño a los pacientes"**. Una definición más amplia es la propuesta por la Agency of Healthcare Research and Quality (AHRQ), que la define como un **"conjunto de estructuras o procesos organizacionales que reduce la probabilidad de eventos adversos resultantes de la exposición al sistema de atención médica a lo largo de enfermedades y procedimientos"**. Se realiza especial énfasis en un sistema de atención que (1) previene errores; (2)

aprende de los eventos adversos que ocurren; y (3) se basa en una cultura de seguridad que involucra a profesionales de la salud, organizaciones y pacientes.

Hoy en día se reconoce que la provisión de asistencia sanitaria y el uso de medicamentos entrañan riesgos inaceptables en comparación con otras actividades, o incluso con otras situaciones consideradas de riesgo. Por ello, la identificación y la prevención de estos riesgos constituyen una prioridad para las autoridades y organizaciones sanitarias de numerosos países. Los eventos adversos generados en la atención de la salud tienen severas consecuencias para los pacientes y sus familias, generan un coste asistencial y económico muy elevado, erosionan la confianza de los pacientes en el sistema, y dañan a las instituciones y a los profesionales sanitarios que son, sin duda, su segunda víctima.

Distintas organizaciones internacionales, como la **Organización Mundial de la Salud (OMS)** y la **Joint Commission International**, han desarrollado iniciativas para apoyar estrategias nacionales e internacionales que contribuyan a la mejora de la seguridad de los pacientes. **En este contexto, la OMS puso en marcha en 2004 la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, y la Joint Commission International publicó las 6 Metas Internacionales para la Seguridad del Paciente (MISP)**, en septiembre de 2006 a partir de las propuestas de la OMS. Estas MISP se basan en acciones específicas para mejorar la seguridad del paciente, identificadas en políticas globales y sustentadas en el registro del mayor número de eventos adversos en la atención médica, siendo componentes relevantes de la calidad de la atención médica.

- **Meta 1. Identificar correctamente a los pacientes.** Mejorar la precisión en la identificación de los pacientes para prevenir errores que involucren al paciente equivocado. Es necesario garantizar la inequívoca identificación de los pacientes; cualquier falla en este proceso puede suponer que se realice un diagnóstico erróneo, o que se le realicen pruebas, o cirugías, o que se administren medicamentos al paciente equivocado. El personal que se encuentra relacionado con la **atención directa** del paciente deberá identificar correctamente a los pacientes, sobre todo antes de:

- a) Administrar medicamentos, sangre o hemoderivados.
- b) Extraer sangre y/u otras muestras de análisis clínicos.
- c) Proporcionar cualquier otro tratamiento o procedimiento.

Se recomienda el uso de, al menos, 2 identificadores; por ejemplo: nombre y apellido y fecha de nacimiento en pulseras de identificación. Es necesario ser muy cuidadosos con la identificación de pacientes sedados, desorientados, en estado comatoso o con pacientes que cambian de cama, de habitación o de ubicación dentro del hospital.

• **Meta 2. Mejorar la comunicación efectiva.** La comunicación efectiva -es decir, **oportuna, precisa, completa, inequívoca y comprendida por quien la recibe**- disminuye errores y mejora la seguridad del paciente.

En la práctica diaria existen muchas situaciones que pueden verse impactadas negativamente por

una comunicación deficiente:

- Traspaso de información del paciente entre profesionales durante la transición asistencial, ya sea en cambios de turnos o en cambios de área de atención.
- Órdenes verbales o telefónicas.
- Comunicación verbal o telefónica de resultados críticos de pruebas diagnósticas; por ejemplo: la comunicación de un resultado de laboratorio que se encuentra fuera de rango.

Algunas recomendaciones:

- a) Que se utilicen instrumentos estandarizados para la transferencia de información de pacientes. Un ejemplo de herramienta de estandarización de la



comunicación es ISAER (que contiene información sobre Identificación, Situación, Antecedentes, Evaluación y Recomendación).

- b) Que todas las comunicaciones que involucren instrucciones o resultados críticos tengan un proceso de feedback o confirmación por parte del receptor de la información y, de ser posible, que esas instrucciones o resultados se escriban cuando son recibidos, se releen y el emisor confirme los datos releídos.
- c) Que las áreas de diagnóstico establezcan un listado de resultados o valores críticos que ameriten la comunicación inmediata con el médico tratante y establezcan un método de comunicación estandarizada.

• **Meta 3. Mejorar la seguridad de los Medicamentos de Alto Riesgo (MAR).** Los incidentes asociados a una mala gestión de medicamentos de alto riesgo no sólo implican **errores más frecuentes sino que en caso de producirse estos, las consecuencias para los pacientes suelen ser más graves.**

Algunas recomendaciones:

- a) Utilizar y dar a conocer una lista de MAR propios de la institución. También, definir normas de utilización de los mismos e información útil para asegurar su uso seguro.
- b) Utilizar identificadores de alerta en los rótulos de los envases originales o en los de las monodosis.
- c) Utilizar sitios de almacenamiento claramente identificados y diferenciados.
- d) Utilizar formularios de prescripción de medicamentos preimpresos, lo cual es particularmente útil en el caso de quimioterápicos.
- e) Evitar las prescripciones verbales. Establecer procedimientos de verificación para las situaciones de emergencia, u otras en las que no sea posible la prescripción escrita.
- f) Participación activa del farmacéutico en el pase de sala o ronda médica.
- g) Doble chequeo a la hora de administrar MAR y administración a través de bombas de infusión.
- h) Utilizar protocolos especiales para el uso de drogas intratecales. Se recomienda dispensarlas en momentos diferentes de las dosis de administración endovenosa, para evitar errores de la vía de administración.
- i) Estandarizar las dosis/diluciones utilizadas en la Institución.

• **Meta 4. Garantizar cirugías en el lugar correcto, con el procedimiento correcto y al paciente correcto.** La cirugía en el lugar incorrecto, con el procedimiento incorrecto y al paciente equivocado es un problema inquietante en las organizaciones de salud. Estos errores son principalmente el resultado de una comunicación deficiente entre los miembros del equipo quirúrgico, de la falta de participación del paciente en el marcado del sitio quirúrgico y la ausencia de procedimientos de verificación preoperatorios.

Existe un instrumento llamado “Lista de Verificación de la Seguridad en la Cirugía” que obliga a chequear una serie de puntos en 3 momentos: antes de la inducción a la anestesia, antes de la incisión cutánea y antes de que el paciente salga del quirófano.

• **Meta 5. Reducir el riesgo de Infecciones Asociadas con el Cuidado de la Salud (IACS).** Para minimizar estos riesgos deben implementarse medidas que demuestren su efectividad en reducir el riesgo de estas complicaciones. Entre ellas, **la higiene de manos es la medida más simple y efectiva.**

• **Meta 6. Reducir el riesgo de daño causado por caídas.** Todos los pacientes internados y ambulatorios pueden tener riesgo de caídas. El entorno asistencial y las condiciones de los pacientes aportan factores que pueden aumentarlo.

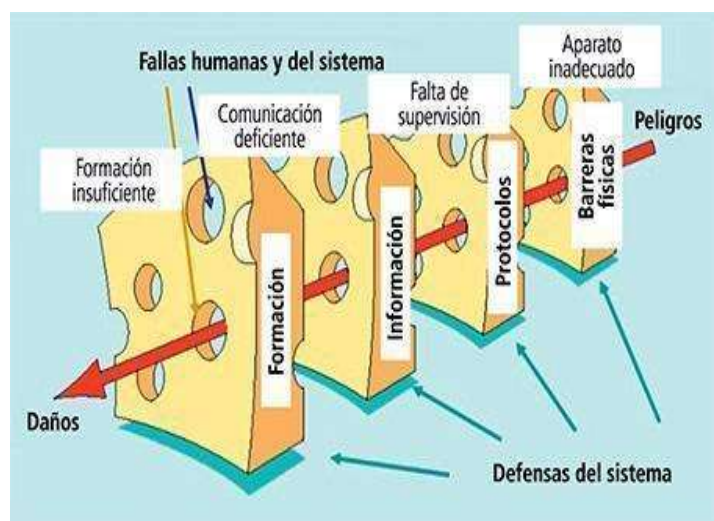
Algunas recomendaciones:

- a) Implementar un procedimiento de valoración de riesgo de caídas a través del uso de escalas validadas; consignar el riesgo en la historia clínica y, de ser posible, visualmente en el paciente.
- b) Tomar recaudos para la correcta movilización de los pacientes, la necesidad o no de permanencia de los cuidadores o familiares y el correcto estado del equipamiento e instalaciones para reducir la tasa de caídas.

Los eventos adversos pueden producirse en relación con problemas de la práctica clínica, de los productos (medicamentos, productos médicos y otros insumos), de los procedimientos y/o del sistema. La mejora de la seguridad del paciente requiere por parte de todo el sistema un esfuerzo complejo que abarca una amplia gama de acciones dirigidas hacia la mejora del desempeño; la gestión de la seguridad y los riesgos ambientales, incluido el control de las infecciones; el uso seguro de los medicamentos, y la seguridad de los equipos, de la práctica clínica y del entorno en el que se presta la atención sanitaria.

La prevención de los riesgos de la asistencia sanitaria requiere de la implementación de diferentes estrategias, que permitan la aplicación de prácticas basadas en evidencia:

- **Mejora de la seguridad con un enfoque centrado en el sistema:** Una estrategia fundamental se centra en reconocer que **los incidentes se producen porque existen fallos en el sistema y no por incompetencia o errores de los individuos**, como ha sido el enfoque tradicionalmente utilizado en la práctica clínica. El enfoque centrado en el sistema trata de **mejorar la seguridad modificando los procesos, los procedimientos y el entorno de los sistemas** en que trabajan los profesionales, y no sólo la formación o competencia de los profesionales. Este enfoque se basa en el modelo del “queso suizo” propuesto por Reason para describir las causas de la producción de accidentes, el cual postula que **en los sistemas complejos los incidentes resultan casi siempre de la concatenación de múltiples fallos y errores**. Según este modelo, la asistencia sanitaria es un sistema complejo, con múltiples etapas, pero también con múltiples barreras de defensa. Los errores solamente alcanzan y pueden causar daño al paciente cuando todas las defensas fallan simultánea o secuencialmente, y el error penetra a través de todos los “agujeros” de las barreras de defensa del sistema. Estos



“agujeros” son por una parte *fallos latentes* que subyacen en el sistema, relacionados con la organización, procedimientos de trabajo, medios técnicos, condiciones laborales, etc., y que favorecen que ocurran los errores humanos o bien no son capaces de corregirlos. Por otra parte, están los *errores activos* o humanos de los profesionales que trabajan en estos sistemas. Cuando se presenta alguna circunstancia que propicia el que se produzcan errores humanos, como situaciones de urgencias, cansancio, etc., y éstos se alinean con los fallos latentes, es cuando sucede el incidente. Por ello, desde esta perspectiva, se suele decir que cuando se produce un error no se debe tratar de buscar quién intervino en el mismo, sino que lo que interesa es analizarlo para identificar cómo y por qué se ha producido.

- **Creación de una cultura de seguridad:** Otra estrategia que se destaca y menciona constantemente cuando se aborda la mejora de la seguridad es la necesidad de que se produzca un

CARACTERÍSTICAS DE UNA CULTURA DE SEGURIDAD (45)

- Los profesionales reconocen la existencia de riesgo y asumen constantemente su responsabilidad para tratar de reducirlo
- Los errores se consideran como oportunidades de mejora y su comunicación se valora positivamente
- Existe un ambiente no punitivo en el que los profesionales no tienen miedo a notificar los errores
- Se mantiene una comunicación franca y abierta que además garantiza la confidencialidad de la información
- Se dispone de mecanismos específicos para notificar y aprender de los errores
- Se encuentran establecidos mecanismos para comunicar a los pacientes e indemnizar por los daños que se pueden producir
- Hay un compromiso de la dirección y se dispone de medios e infraestructura para llevar a cabo y actualizar los programas de mejora de la seguridad

cambio en la cultura de las instituciones y se fomente la creación de una *cultura de seguridad*. La creación de una cultura de seguridad es la estrategia más efectiva y duradera a largo plazo, ya que sólo si los cambios para la mejora se integran plenamente en la cultura de la organización, no serán pasajeros y se mantendrán en el tiempo.

La cultura de seguridad podría entenderse como “todas aquellas características de una organización, como los valores, la filosofía, las tradiciones y las costumbres que conducen a un comportamiento de

búsqueda continua, tanto individual como colectiva, de la forma de reducir al mínimo los riesgos y los daños que se pueden producir durante los distintos procesos de provisión de la asistencia sanitaria”.

- **Implementación de programas de seguridad:** Las organizaciones de atención médica y los profesionales deben declarar como objetivo la mejora continua de la seguridad del paciente mediante el establecimiento de programas de seguridad del paciente con una responsabilidad ejecutiva definida. Los programas de seguridad del paciente deben: (1) prestar una atención fuerte,

clara y visible a la seguridad; implementar sistemas no punitivos para informar y analizar errores dentro de sus organizaciones; (2) incorporar principios de seguridad bien entendidos, tales como, estandarizar y simplificar equipos, suministros y procesos; y (3) establecer programas de capacitación de equipos interdisciplinarios, como la simulación, que incorporen métodos probados de gestión de equipos.

El desarrollo de estos programas persigue los objetivos de incrementar la seguridad de los pacientes y de los profesionales, mejorar la calidad de la asistencia sanitaria y, con todo ello, reducir o contener los costos asociados a los eventos adversos.

BIBLIOGRAFÍA:

- Departamento de Calidad y Seguridad del Paciente. Métricas de calidad y seguridad del paciente. Hospital Universitario Austral. Recuperado de: <https://www.hospitlaustral.edu.ar/quienes-somos/calidad-y-seguridad/metricas-calidad-seguridad-del-paciente/>
- Institute of Medicine. Committee on Quality of Health Care in America. (1999) *To err is human: Building a Safer Health System*. Washington DC, Estados Unidos: National Academy Press.
- Joint Commission International. Improve with Joint Commission International. *International Patient Safety Goals*. Recuperado de: <https://www.jointcommission.org/en/standards/international-patient-safety-goals>
- Ministerio de Salud de la Nación Argentina. (2023). Manual para la seguridad del paciente. Recuperado de: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2022/11/manual_de_seguridad_del_paciente.pdf
- Otero, M.J. (2007) *La gestión riesgos en la prevención de errores de medicación. Módulo IV*. En: Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria. *Curso de formación continuada en Farmacoterapia*. Madrid, España: Arán Ediciones.
- Patient Safety. *World Alliance for Patient Safety*. Organización Mundial de la Salud. Recuperado de: <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety/about/world-alliance-for-patient-safety>
- Reason, J. (2000). *Human error: models and management*. West Journal of Medicine, 172(6):393–396. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1070929/>
- Wiegmann, D. A., Wood, L. J., Cohen, T. N., & Shappell, S. A. (2022). Understanding the "Swiss Cheese Model" and Its Application to Patient Safety. *Journal of patient safety*, 18(2):119–123. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8514562/>

Actividades a desarrollar:

Durante la Tarea de aula: actividad práctica grupal

1. La Comisión se divide en los grupos habituales y trabajarán en base a los videos previamente vistos (<https://www.youtube.com/watch?v=1ASl01TTOO0> y https://www.youtube.com/watch?v=_wN5Iq-uY3M), considerando los contenidos de la clase

teórica, de la introducción de esta Tarea de Aula y de los documentos para lectura complementaria publicados en el transparente virtual.

2. Integrar contenidos, discutir y reflexionar. Presentar por escrito, considerando:
 - Fallas -tanto humanas como del sistema- y barreras que fueron vulneradas (modelo de queso suizo) observadas, que permitieron que se produzca un daño al paciente.
 - Metas de Seguridad relacionadas con las diferentes situaciones observadas.
 - Propuestas de cambios/mejoras en los procesos observados y prácticas para contribuir al logro de dichas metas.
3. Puesta en común de lo trabajado y discusión entre todos los integrantes de la comisión.

8

Actividad posterior a la Tarea de Aula:

Cada grupo de trabajo deberá presentar un informe sobre seguridad del principio activo asignado para el Seminario, incluyendo:

- Reacciones adversas identificadas en el estudio pivotal (con frecuencia de aparición).
- Reacciones adversas y su frecuencia de aparición, en base a bibliografía científica de publicación actual (estudios farmacoepidemiológicos, revisiones sistemáticas, bases de datos, monografías, etc).
- Referenciar la bibliografía utilizada en la búsqueda según normas APA.

Informe: dos carillas máximo, enviado por un solo miembro del grupo (detallando el nombre de todos los integrantes), fecha límite de entrega informada durante la Tarea de Aula.