

Seguridad del paciente: “Error es humano, evitarlo es una necesidad”



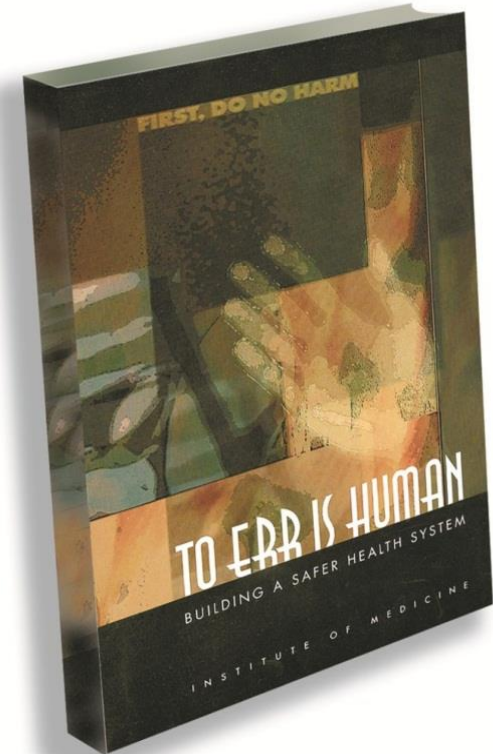
Dra. Estela Izquierdo

ERRAR ES HUMANO

Construyendo un Sistema Sanitario más Seguro

- Publicado en 1999 por el Institute of Medicine (IOM) de EEUU.
- **Cuantificó** la magnitud de los **errores** en la **atención sanitaria** e inició la necesidad de **concientizar** a los profesionales en materia relativa a la seguridad del paciente.
- La **aviación** había avanzado notablemente en la **reducción** de los **errores** y en **salud** se mantenían las mismas tasas (**altas**) de **errores** en los últimos 15 años.

TO ERR IS HUMAN
Building a Safer Health System



Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. To err is human: building a safer health system. Comite on Health Care in America. Institute of Medicine. Washington (DC): National Academy Press; 1999.

ERRAR ES HUMANO

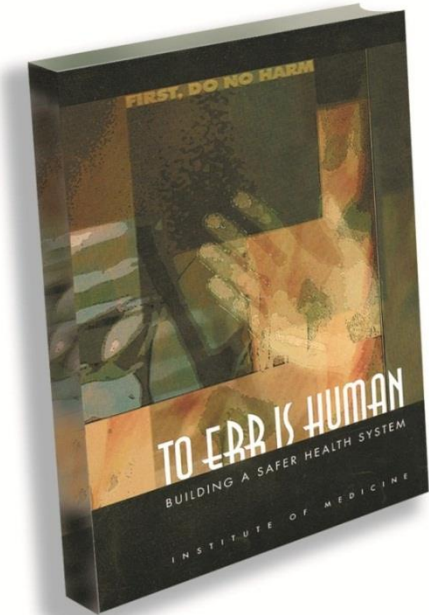
Construyendo un Sistema Sanitario más Seguro

- Los errores son comunes y costosos
- Analizar los **errores** de **medicación** como **errores** del **sistema** y no como errores individuales.
- Crear una **cultura** de **seguridad no punitiva** que permita aprender de los errores
- Los **errores** se **pueden prevenir**
- 44000 a 98000 americanos mueren a causa atención sanitaria.

7.400 muertes por errores de medicación

TO ERR IS HUMAN

Building a Safer Health System



Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. To err is human: building a safer health system. Comite on Health Care in America. Institute of Medicine. Washington (DC): National Academy Press; 1999.

SEGURIDAD DEL PACIENTE

**OMS: R: 55.18
(2002)**

- Promover la SP como principio fundamental de los SS
- Establecer y consolidar sistemas para mejorar la SP y la calidad de la atención



COMISION EUROPEA: (2004)

“La SP se sitúe en el centro de las políticas sanitarias, y son fundamentos para garantizar una atención de calidad”



Joint Commission International



JOINT COMISSION INTERNATIONAL

Mejorar la calidad de atención con énfasis en la Seguridad del Paciente a través de estándares de acreditación de las IS.

ALIANZA MUNDIAL POR LA SP

- Promover investigación y utilizar los resultados a favor de una AS más segura.
 - Reducción del riesgo de ocasionar daño a los pacientes.
- Difundir las mejoras en materia de SP en el mundo.



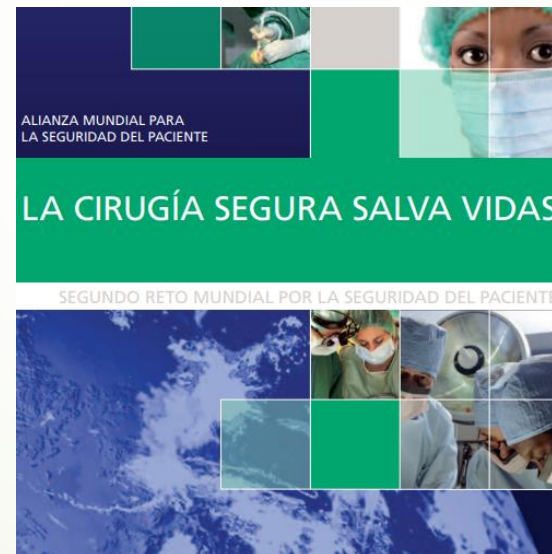
2002 – Res “ Calidad de la atención: Seguridad del Paciente”

2004 - Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, actualmente llamada programa para la seguridad del paciente , creada con el propósito de coordinar, difundir y acelerar las mejoras en materia de seguridad del paciente en todo el mundo.

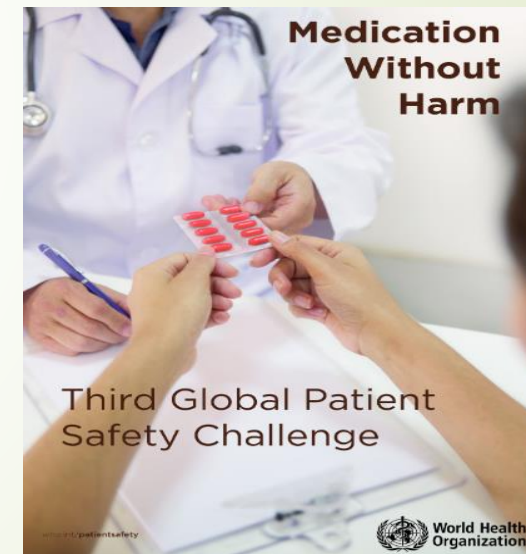
Incluye diferentes retos y acciones para mejorar la seguridad del paciente a nivel mundial



2005



2008



2017

¿Por qué muere la gente?

- Errores en el diagnóstico
- Errores en la administración de medicamentos
- Cuidados fragmentados
- Complicaciones evitables
- Errores de comunicación



Organización Mundial de la Salud 2018

- Los daños causados a pacientes se ubican en el **14°** lugar en la lista de causas de **morbimortalidad** mundial.
- **1:10** pacientes sufre daños durante la **estancia hospitalaria** en países de altos recursos. El **50%** se podría haber prevenido.
- **14:100** sufren una infección hospitalaria.
- La gestión de todos los aspectos de los eventos adversos representa un **15%** del gasto sanitario \$\$\$\$\$\$.



La seguridad del paciente es la ausencia de daños evitables a un paciente durante el proceso de atención médica y la reducción del riesgo de daños innecesarios asociados con la atención médica.

Cada punto en el proceso de la **atención médica** contiene un cierto grado de **inseguridad** inherente.

Se necesitan **políticas claras**, capacidad de **liderazgo organizacional**, datos para impulsar mejoras de seguridad, **profesionales** de atención médica **calificados** y una **participación** efectiva de los pacientes en su atención, para **garantizar mejoras** sustentables y significativas en la seguridad de la atención médica.

Todos los pacientes tienen derecho a una atención eficaz y segura en todo momento





"Nueve soluciones para la seguridad del paciente" a fin de salvar vidas y evitar daños:

1. **Medicamentos** de aspecto o nombre parecidos
2. **Identificación** de pacientes
3. **Comunicación** durante el traspaso de pacientes
4. Realización del **procedimiento** correcto en el lugar del cuerpo correcto
5. **Control** de las soluciones **concentradas** de **electrólitos**
6. Asegurar la precisión de **la medicación** en las **transiciones asistenciales**
7. Evitar los errores de conexión de catéteres y tubos
8. Usar una sola vez los dispositivos de inyección
9. Mejorar la **higiene** de las manos para prevenir las **infecciones** asociadas a la atención a la salud

- ✓ Desde 2016, los Gobiernos de Alemania y el Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte, en colaboración con la OMS, vienen codirigiendo **Cumbres Ministeriales sobre Seguridad del Paciente**
- ✓ En 2018 se estableció una nueva iniciativa estratégica de colaboración la **Colaboración Mundial sobre Seguridad del Paciente**





Seguridad del paciente

Medidas mundiales en materia de seguridad del paciente Informe del Director General

1. En su 144.ª reunión, en enero de 2019, el Consejo Ejecutivo tomó nota de una versión anterior de este informe,¹ y adoptó la resolución EB144.R12.
2. El panorama mundial de la atención sanitaria está cambiando, y los sistemas de salud operan en entornos cada vez más complejos. Los nuevos tratamientos, tecnologías y modelos de atención pueden presentar potencial terapéutico, pero también plantear nuevas amenazas para una atención segura. Se está cobrando conciencia de que la seguridad del paciente es un gran problema mundial de salud pública que va en aumento. Los esfuerzos mundiales por reducir la carga de daños al paciente no han logrado cambios sustanciales en los 15 últimos años a pesar de los trabajos pioneros en algunos entornos de atención sanitaria. Las medidas de seguridad —incluso las aplicadas en entornos de ingresos altos— han tenido un impacto limitado o desigual, y la mayoría no se han adaptado a entornos de ingresos bajos y medios.
3. Todos los Estados Miembros y asociados están realizando esfuerzos para garantizar el acceso equitativo a la atención sanitaria universal y cumplir los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Si se garantiza el mayor acceso a la atención sanitaria se han visto socavados por el servicio que dañan involuntariamente a los pacientes y pueden llegar a ser perjudiciales. Las medidas mundiales en materia de seguridad del paciente permitirán garantizar la atención sanitaria universal dando al mismo tiempo a las comunidades la confianza necesaria para que protejan su seguridad y la de sus familias. Los responsables de la atención sanitaria deben asegurarse de que, al planificar su visión de la cobertura sanitaria universal, tengan en cuenta la seguridad del paciente.



**UN NUEVO IMPULSO A LAS MEDIDAS
MUNDIALES PARA MEJORAR LA
SEGURIDAD DEL PACIENTE**

- ✓ **Reconocer la seguridad del paciente** como una prioridad sanitaria en las políticas y programas del sector de la salud.
- ✓ **Evaluar y medir** la naturaleza y magnitud del problema de la seguridad del paciente.
- ✓ **Elaborar y aplicar políticas**, leyes, estrategias, orientaciones y herramientas nacionales a destinar los recursos adecuados, con el fin de reforzar la seguridad de todos los servicios de salud.
- ✓ Trabajar en **colaboración** para promover y priorizar la seguridad del paciente e incorporarla a todas las políticas y estrategias de salud.
- ✓ **Promover** una cultura de la seguridad, capacitación y formación, la investigación.
- ✓ Abordar la seguridad del paciente en el nivel de la **atención primaria**.
- ✓ Rol fundamental de **pacientes, las familias y las comunidades**.





Dirección Nacional de Calidad en Servicios de Salud y Regulación sanitaria
Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica (PNGCAM)

DEL
Acciones para la Seguridad de los pacientes en el ámbito hospitalario



1. **Cultura** de Seguridad.
2. Uso seguro de **medicamentos**.
3. Prácticas seguras para **prevenir y controlar infecciones** asociadas a la asistencia sanitaria.
4. Prácticas seguras en **cirugía**.
5. Prácticas seguras en los cuidados de los pacientes – **adecuados a cada paciente**.
(Úlceras/caídas/paciente crítico).
6. **Identificación** correcta del paciente y sus muestras.
7. **Comunicación** efectiva entre profesionales.
8. Diseño y desarrollo de estrategias para el abordaje de **eventos adversos** en los centros sanitarios.
9. Participación de los **pacientes** y ciudadanos por su seguridad.

Se crea el Plan Nacional de Calidad en Salud 2021/24. Resol. 2546/2

ERROR DE MEDICACIÓN

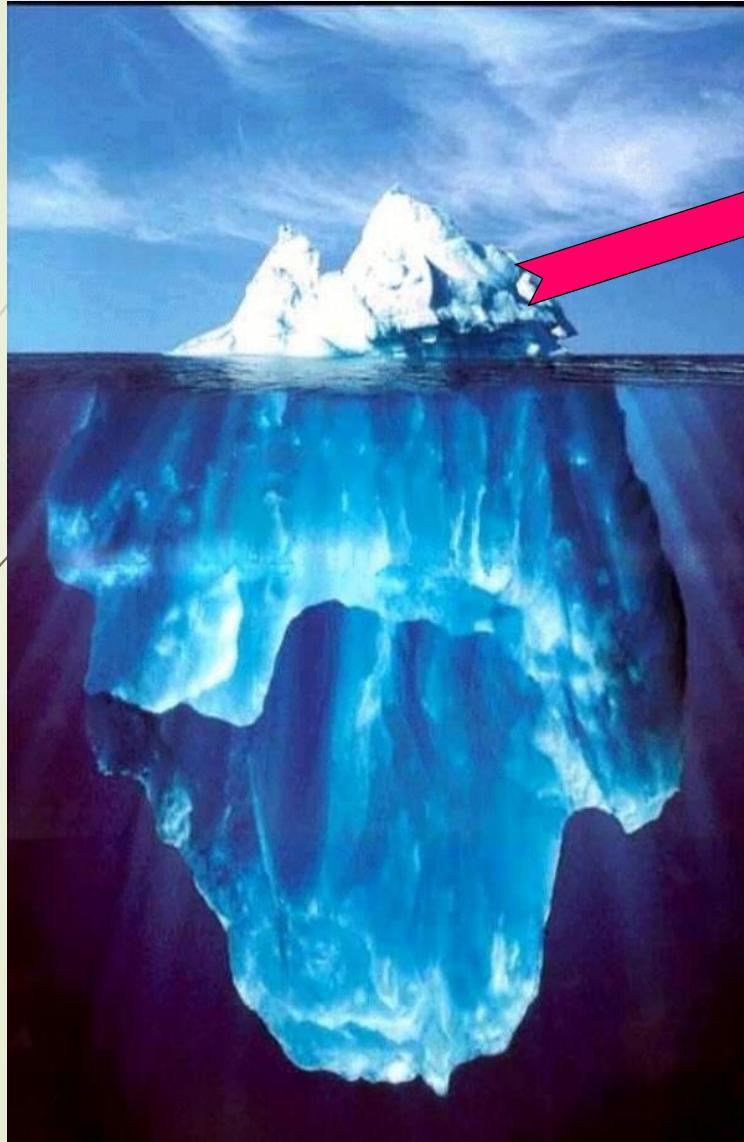


Los errores de medicación se definen como:

“Cualquier incidente **PREVENIBLE** que pueda **causar daño** al paciente o dé lugar a una utilización inapropiada de los medicamentos, cuando éstos están bajo el control de los profesionales sanitarios o del paciente.

Estos incidentes pueden estar relacionados con la práctica profesional, con los procedimientos o con los sistemas, incluyendo fallos en la prescripción, comunicación, etiquetado, envasado, denominación, preparación, dispensación, distribución, administración, educación, seguimiento y utilización”.

ERRORES DE MEDICACION



“ Se notifican únicamente el 5% de los que se producen “

- Se consideran solamente los pacientes que sus lesiones produjeron un daño muy específico y grave.
- Solamente se conocen los errores documentados en la HC.

Recomendaciones generales para reducir los EM

RECOMENDACIÓN	RECOMENDADO POR
1. Adoptar una cultura de seguridad enfocada a la mejora del sistema.	AHA, ASHP, GAO, IHI, IOM, ISMP, JCAHO, MHA, NQF
2. Estandarizar la prescripción médica.	AHA, IHI, IOM, ISMP, JCAHO, NQF
3. Estandarizar otros procedimientos: horarios de administración, límites de dosis, envasado y etiquetado, almacenamiento, etc.	AHA, GAO, IHI, IOM, ISMP, JCAHO, NQF
4. Estandarizar los equipos de infusión.	AHA, IHI, IOM, ISMP, NQF
5. Suministrar los medicamentos intravenosos de alto riesgo preparados desde el Servicio de Farmacia.	AHA, IOM, ISMP, JCAHO, MHA
6. Desarrollar protocolos de uso y procedimientos especiales para manejar los medicamentos de alto riesgo.	AHA, GAO, IHI, IOM, ISMP, JCAHO, MHA, NQF
7. Asegurar la disponibilidad continuada de asistencia farmacéutica.	AHA, ASHP, IHI, IOM, ISMP, JCAHO, MHA, NQF
8. Incorporar un farmacéutico clínico al equipo asistencial.	AHA, ASHP, IHI, IOM, ISMP, GAO, NQF
9. Hacer accesible la información más relevante sobre el paciente en todas las unidades asistenciales.	IHI, IOM, ISMP, JCAHO, NQF
10. Asegurar la disponibilidad de información actualizada sobre medicamentos.	AHA, ASHP, GAO, IHI, ISMP, JCAHO, MHA
11. Educar a los pacientes sobre su tratamiento.	AHA, ASHP, IHI, IOM, ISMP, JCAHO, MHA, NQF
12. Establecer un sistema de distribución de medicamentos en dosis unitarias.	AHA, ASHP, GAO, IHI, IOM, ISMP, JCAHO, MHA, NQF
13. Establecer la prescripción electrónica y a ser posible la prescripción asistida.	AHA, ASHP, GAO, IHI, IOM, ISMP, MHA, NQF
14. Implementar nuevas tecnologías que permitan mejorar los procesos de dispensación y administración.	AHA, ASHP, GAO, IOM, ISMP, MHA

AHA: American Hospital Association . ASHP: American Society of Health-System Pharmacists. GAO: General Accounting Office. IHI: Institute for Healthcare Improvement. IOM: Institute of Medicine, Committee on Quality Health Care in America. ASMP: Institute for Safe Medication Practices. JCAHO: Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. MHA: Massachusetts Hospital Association. NQF: The National Quality Forum.

FILOSOFÍA DE TRABAJO DEL COMITÉ DE SEGURIDAD PARA PREVENIR EM

Analizar los errores de medicación como errores de sistema:

“NO se trata de buscar QUIÉN, sino de analizar DÓNDE y CÓMO se produjo el error”

- NO ACCIONES PUNITIVAS**
- CAMBIO DE SISTEMA**
- CAPACITACIÓN PARA CAMBIO DE CULTURA**



¿Qué es ECAMET (Acción Colaborativa europea en errores de Medicamentos y trazabilidad) ?


Trabaja sobre el proyecto de **seguridad** del **paciente** y desarrolla acciones en colaboración con organismos europeos sobre los **errores de medicación y trazabilidad**.

En su libro blanco trata la urgencia de reducir los errores de medicamentos en los hospitales para prevenir a los pacientes y el daño a las 2º víctimas.

- La Alianza está firmemente decidida a reducir significativamente los errores de medicación y promover, a **nivel europeo y nacional, la implementación de sistemas integrales de trazabilidad electrónica en los entornos hospitalarios**, siendo un organismo vigilante para apoyar las iniciativas europeas y nacionales destinadas a proteger y promover la seguridad del paciente en la UE.

El Instituto para Prácticas Seguras de Medicamentos ha establecido el siguiente cuadro que muestra los métodos más eficientes tecnología para prevenir errores de medicación

- Un **sistema CPOE** (Prescripción electrónica) totalmente **integrado** que incluye la posibilidad de **crear alertas de seguridad de medicamentos** y para brindar **apoyo** para la **toma de decisiones** clínicas.
- ▶ **Sistemas** de punto de atención **con códigos de barras** que están diseñados para **detectar errores de medicación** en la **distribución** y/o **administración** del **medicamento**. Uso de un **escáner de código** de barras para escanear **códigos de barras** en un **medicamento** y **la pulsera del paciente** , los usuarios pueden registrar todos los medicamentos administrados al paciente.
- ▶ Los sistemas de **bombas de infusión inteligentes** permiten a los usuarios ingresar protocolos de infusión de medicamentos en una biblioteca de medicamentos con límites de dosificación predefinidos.
- ▶ Los **ADC (armarios de dispensación automatizados)** son sistemas de dispensación robustos que deben integrarse con el sistema de salud.
- ▶ La tecnología de flujo de **trabajo intravenoso** combina **software con tecnología** de flujo de trabajo farmacéutico **automatizado** para preparar esterilizados productos Recibe información sobre las dosis de los sistemas informáticos sanitarios **y utiliza robótica**, análisis gravimétrico y **escaneo de códigos de barras** junto con tecnología de video o imagen digital.

- 
- **Los errores de medicación en un entorno hospitalario se pueden prevenir.** Según la OMS, todos los errores de medicación son potencialmente prevenibles. En España, el **42,8%** de los **efectos adversos** se consideran **prevenibles**.
 - La **evidencia clínica** muestra que la introducción de sistemas de **trazabilidad** en los hospitales permitiría una **reducción** significativa de los **errores** de **medicación**, así como mejorar la eficiencia y la calidad de la atención del personal de enfermería. Se registró una reducción general del 58% en el metanálisis de Boston.¹

1. European Medicines Agency, Medication-errors workshop, London, 28 February-1 March 2013.
https://www.ema.europa.eu/en/documents/agenda/agenda-medication-errors-workshop-final-programme_en.pdf

Costos asociados

La OMS estima que el **costo anual** de los **errores de medicación** en el **mundo** asciende a **42.000 millones de USD**. ⁽¹⁾

En el Reino Unido, los costos estimados para el NHS de las **reacciones adversas** definitivamente evitables a la medicación ascienden a **98,5 millones de libras esterlinas al año** (2,9 % del NHS del Reino Unido).

Esto está cerca de las estimaciones de otras publicaciones como como la Agencia Nacional de Seguridad del Paciente (NPSA) del Reino Unido y el Instituto de Medicina de los Estados Unidos. ⁽²⁾

En España, el coste de los errores de medicación se estima en **2.000 millones de euros** (lo que representa el 3% del gasto nacional total) en salud)

1- World Health Organization, WHO calls for urgent action to reduce patient harm in healthcare, 2019

2- Elliott R, Camacho E, Campbell F, Jankovic D, et al., op. Cit. 2021



Conclusiones:

- ▶ Los **errores de medicación** son el **evento adverso** más importante que **sufren los pacientes** al ingresar a un hospital, con consecuencias significativas para los pacientes en términos de morbilidad y mortalidad. Además, el **personal sanitario** Directa o indirectamente **involucrado** en un **error** de medicación **también** puede sufrir **daño** emocional. Errores de medicación también dan lugar a costes incrementales financieras y culturales dentro de un Sistema sanitario.
- ▶ Los **errores de medicación** se producen a lo largo del **proceso de gestión** de medicamentos en los hospitales: prescripción, validación, preparación, dispensación y administración. La **encuesta** reveló que la receta electrónica, Los sistemas de vigilancia de EM y administración de medicamentos con código de barras son las áreas más importantes para reducir EM. Estas recomendaciones pueden denominarse ampliamente como **sistemas de trazabilidad**.



Conclusiones:

- ▶ La financiación, los recursos humanos y la falta de personal capacitado son las principales barreras para implementar estas mejoras.
- ▶ Los sistemas de **trazabilidad** evitan errores humanos causados a menudo por **un profesional** de la salud **con exceso de trabajo** debido a falta de recursos. Sirven para **digitalizar** y **conectar procesos** que conducen a la **estandarización**. Tales sistemas liberar el tiempo del profesional de la salud mediante la introducción de eficiencias y la reducción innecesaria trabajo manual de medicamentos.
- ▶ Sin embargo, la encuesta paneuropea ECAMET muestra **un bajo nivel de implementación de sistemas de la trazabilidad**. Esto es cierto en todo el proceso de administración de medicamentos, pero especialmente en la preparación y la administración de medicamentos.



La Alianza ECAMET hace un llamamiento a la Unión Europea y autoridades nacionales y regionales y todas las partes interesadas pertinentes para:

- **Incluir la seguridad de los medicamentos en la Estrategia Farmacéutica para Europa, en la legislación farmacéutica general de la UE y en el Plan Europeo de Lucha contra el Cáncer a través de la medicación Sistemas de trazabilidad en un entorno sanitario para minimizar los Errores de medicación.**
- **Priorizar las inversiones estratégicas en medicamentos sistemas de trazabilidad para minimizar los errores de medicación en el programa EU4Health (Reglamento UE 2021/522, es un apoyo financiero de la UE sin precedentes en el ámbito de la salud, dotado con un presupuesto de € 5.300 millones para el período 2021-2027).**
- **Fomentar el desarrollo y la implementación de las directrices del ECDC (Centro Europeo para la prevención de enfermedades y control) y los indicadores clave sobre errores de medicación en entornos sanitarios de la UE.**
- **Facilitar el intercambio sistemático de mejores prácticas entre proveedores de atención médica tanto a nivel europeo como nivel nacional para reducir los errores de medicación en entornos sanitarios.**

Dos frases para la reflexión:



**“Equivocarse es humano.
Ocultar los errores es una estupidez.
No aprender de ellos, imperdonable”**

**Liam Donaldson,
Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente**

**“Quien ha cometido un error y no lo corrige, comete
un error mayor”**



Confucio (551 a.C.-479 a.C.)

Muchas gracias!

estelaizq@hotmail.com

eizquierdo@sg.com.ar

