

**Relevamiento sobre el estado  
de Implementación de Metas Internacionales  
de Seguridad del Paciente y Estándares  
del Manejo Seguro de Medicamentos  
en Hospitales de la República Argentina:  
datos preliminares de un Cuestionario  
de Autoevaluación**



**UNIDAD DE INVESTIGACIÓN**



**IECS**  
INSTITUTO DE EFECTIVIDAD  
CLÍNICA Y SANITARIA

**FEFARA**  
AVANZA 



DEPARTAMENTO  
HOSPITALARIOS

# INFORME TÉCNICO

## FEDERACIÓN FARMACÉUTICA, *FEFARA*

### INSTITUTO DE EFECTIVIDAD CLÍNICA Y SANITARIA, *IECS*

### AÑO 2020

**Autoría: Federación Farmacéutica, FEFARA**

El copyright© del Informe no permite reproducir, difundir o modificar parcial o totalmente el contenido del mismo.

Consultas a: [hospitalarios@fefara.org.ar](mailto:hospitalarios@fefara.org.ar)

# Índice

Dirección del Proyecto	4
Agradecimientos	5
Abreviaturas	6
Resumen	7
Abstract	8
Introducción	9
Objetivos	17
Materiales y métodos	17
Resultados	21
Discusión	25
Recomendaciones	28
Anexos	30
Conclusiones	37
Bibliografía	38

## Dirección del Proyecto

La elaboración y redacción de este informe técnico ha sido realizada por un Grupo de Trabajo constituido por los siguientes profesionales:

**-Farm. Marisa Bazzano**

Federación Farmacéutica, FEFARA

**-Dra. Ana Fajreldines**

Hospital Alemán

**-Farm. Gisela Carignano**

Federación Farmacéutica, FEFARA

**-Dra. Viviana Rodriguez**

Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria, IECS

## Agradecimientos

El Grupo de Trabajo agradece la participación de los siguientes Farmacéuticos:

Farm. Adriana Carina González  
Farm. Adriana Mansilla  
Farm. Bruno Alejandro Mazzaferro  
Farm. Carina Chichalof  
Farm. Carolina Bustos Fierro  
Farm. Claudia Rut Rossi  
Farm. Daniela Sandra García  
Farm. Elvia del Carmen Gómez  
Farm. Eva Gladys Laje  
Farm. Gabriela Goya  
Farm. Gily Hata  
Farm. Graciela Núñez  
Farm. Julia Rosa Rousserie  
Farm. Juliana Elisa Britez  
Farm. Julieta Burgi  
Farm. Laura Mónica Dubois  
Farm. Liliana Bessone  
Farm. Lucia Arias  
Farm. Marcela Valenciaga  
Farm. Maria Betania Garagiola  
Farm. Maria de los Angeles Yrbas  
Farm. Mariangel Fernandez de Larrea  
Farm. Matías Quiroga  
Farm. Micaela Albanesi  
Farm. Miriam Diana Bettucci  
Farm. Nadia Pires  
Farm. Nerina Puccini  
Farm. Roxana Badesso  
Farm. Roxana Isabel Cascone  
Farm. Silvina del Rosario Ortiz  
Farm. Sonia Lorena Vega  
Ing. Informático Ignacio Martin Dominguez

## Abreviaturas

CABA: Ciudad Autónoma de Buenos Aires  
CFT: Comité de Farmacia y Terapéutica  
CLK: Cloruro de potasio  
CINa: Cloruro de sodio  
EAM: eventos adversos a medicación  
EC: Electrolitos concentrados  
EM: Error de medicación  
ERC: Escribir, repetir y confirmar  
FEFARA: Federación Farmacéutica  
FVG: Farmacovigilancia  
IACS: Infecciones asociadas al cuidado de la salud  
IECS: Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria  
IOM: Institute of Medicine  
ISMP: Institute for Safe Medication Practices  
JCI: Joint Commission International  
LASA: Look alike, sound alike  
MAR: Medicamentos de alto riesgo  
MMU: Manejo y uso de medicamentos  
OMS: Organización Mundial de la Salud  
SAER: Situación, antecedentes, evaluación, recomendaciones  
SFH: Servicio de Farmacia Hospitalaria  
SP: Seguridad del paciente

## Resumen

Las estrategias en seguridad del paciente se enfocan en el desarrollo y la implementación de medidas dirigidas a mejorar los sistemas sanitarios y, para conseguirlas, los profesionales deben contar con herramientas prácticas que faciliten la evaluación de dichos sistemas.

**Objetivos:** Estimar el estado de implementación de las metas internacionales de seguridad del paciente y del manejo y uso de medicamentos en hospitales de la República Argentina, por medio de un cuestionario de autoevaluación.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo, de prevalencia, multicéntrico, realizado mediante un cuestionario de autoevaluación.

**Resultados:** Las metas internacionales de seguridad del paciente están implementadas, parcialmente implementadas, y no implementadas, en las siguientes proporciones en las instituciones evaluadas:

**Identificación correcta de los pacientes:** 0 (No implementada): 52,9%, 1 (Acción parcialmente implementada): 21,9%, 2 (Implementada) 25,1%.

**Comunicación efectiva:** 0 (No implementada): 35,66%, 1 (Acción parcialmente implementada): 34,9%, 2 (Implementada): 29,4%.

**Medicamentos de alto riesgo (MAR):** 0 (No implementada): 41,5%, 1 (Acción parcialmente implementada): 23,1%, 2 (Implementada): 35,3%.

**Cirugía en el lugar correcto:** 0 (No implementada): 27,9%, 1 (Acción parcialmente implementada): 39,7%, 2 (Implementada): 32,3%.

**Infecciones asociadas al cuidado de la salud:** 0 (No implementada): 31,2% 1 (Acción parcialmente implementada): 27,06%, 2 (Implementada): 41,7%.

Riesgo de daño causado por caídas: 0 (No implementada): 51,2% (Acción parcialmente implementada): 1:

26,5% (Implementada) 2: 22,3%

*La organización del proceso de manejo y uso de medicamentos:*

**Gestión y administración de un servicio de farmacia:** 0 (No implementada): 31,9%; 1 (Acción parcialmente implementada): 23,1%, 2 (Implementada): 44,8%.

**Selección y Adquisición:** 0 (No implementada): 34,8%; 1 (Acción parcialmente implementada): 23,9%, 2 (Implementada): 37,2%. El 34% de las instituciones no ha trabajado en la selección de medicamentos según los estándares.

**Almacenamiento:** 0 (No implementada): 24,0%; 1 (Acción parcialmente implementada): 32,1%, 2 (Implementada): 43,8%.

**Prescripción y Validación/Transcripción:** 0 (No implementada): 47,0%; 1 (Acción parcialmente implementada): 21,9%, 2 (Implementada): 31,0%. El 47% de las instituciones no abordó la seguridad en la prescripción ni la verificación de la idoneidad de esa prescripción de medicamentos.

**Preparación y dispensación:** 0 (No implementada): 53,9%; 1 (Acción parcialmente implementada): 16,9%, 2: 29,1%.

**Administración:** 0 (No implementada): 56,2%; 1 (Acción parcialmente implementada): 24,5%, 2: 19,3%. Administración: Más del 56% de las instituciones no han abordado la seguridad del último eslabón de la cadena del medicamento.

**Monitoreo:** 0 (No implementada): 47,3%; 1 (Acción parcialmente implementada): 23,5%, 2 (Implementada): 29,1%.

**Palabras clave:** diseño de cuestionario, seguridad del paciente, metas internacionales, manejo y uso de medicamentos.

## Abstract

Patient safety strategies focus on the development and implementation of targeted measures to improve healthcare systems and, to achieve them, professionals must have practical tools that facilitate the evaluation of such systems.

**Objectives:** To estimate the state of implementation of the international goals of patient safety and the handling and use of medications in hospitals in the Argentine Republic, through a self-assessment questionnaire.

**Material and methods:** prevalence study, multicenter, carried out by means of a self-evaluation questionnaire.

**Results:**

The international goals of patient safety are implemented, partially implemented in the following proportions in the evaluated institutions:

**Correct identification of patients:** 0 (Not implemented): 52.9%, 1 (Action partially implemented): 21.9%, 2 (Implemented) 25.1%.

**Effective communication:** 0 (Without implementation): 35.66%, 1 (Specific action implemented): 34.9%, 2 (Implemented): 29.4%.

**High-risk drugs (MAR):** 0 (Without implementation): 41.5%, 1 (Action partially implemented): 23.1%, 2 (Implemented): 35.3%.

**Surgery in the correct place:** correct procedure and correct patient: 0 (Without implementation): 27.9%, 1 (Action specifically implemented): 39.7%, 2 (Implemented): 32.3%

**Infections associated with health care:** 0 (Not implemented): 31.2% 1 (Private action implemented): 27.06%, 2 (Implemented): 41.7%.

**Risk of damage damaged by falls:** 0 (Without im-

plementation): 51.2% (Action partially implemented): 1: 26.5% (Implemented) 2: 22.3%

*The organization of the process for medication management and use:*

**Management and administration of a pharmacy service:** 0 (Not implemented): 31.9%; 1 (Action partially implemented): 23.1%, 2 (Fully implemented): 44.8%.

**Selection and Acquisition:** 0 (Not implemented): 34.8%; 1 (Action partially implemented): 23.9%, 2 (Fully implemented): 37.2%.

**Storage:** 0 (Not implemented): 24.0%; 1 (Action partially implemented): 32.1%, 2 (Fully implemented): 43.8%.

**Prescription and Validation /Transcription:** 0 (Not implemented): 47.0%; 1 (Action partially implemented): 21.9%, 2 (Fully implemented) 31.0%. 47% of the institutions did not address the security of the prescription or the verification of the suitability of that prescription of medications.

**Preparation and dispensation:** 0 (Not implemented): 53.9%; 1 (Action partially implemented): 16.9%, 2 (Fully implemented): 29.1%.

**Administration:** 0 (Not implemented): 56.2%; 1 (Action partially implemented): 24.5%, 2: 19.3%. Administration: More than 56% of the institutions have not addressed the safety of the last link in the medicine chain.

**Monitoring:** 0 (Not implemented): 47.3%; 1 (Action partially implemented): 23.5%, 2 (Fully implemented): 29.1%. More than 40% of the institutions do not monitor.

**Key words:** questionnaire design, patient safety, international goals, medication management and use.



## Introducción

La asistencia sanitaria nos ha aportado extraordinarios beneficios. Los riesgos conocidos de los tratamientos específicos están bien establecidos y los profesionales sanitarios los analizan habitualmente. Sin embargo, también nos enfrentamos a riesgos derivados de los fallos en el sistema sanitario; algunos específicos de cada uno de los niveles asistenciales y otros derivados de la de ineficiente coordinación de la asistencia entre dichos niveles<sup>1</sup>.

Las estrategias en seguridad del paciente se enfocan en el desarrollo y la implementación de medidas dirigidas a mejorar los sistemas sanitarios y, para conseguirlas, los profesionales deben contar con herramientas prácticas que faciliten la evaluación de dichos sistemas. Frente a la escasa bibliografía local, las herramientas de autoevaluación resultan muy útiles para guiar la toma de decisiones y planificar medidas en relación con esta temática<sup>2</sup>. Si bien existe bibliografía internacional disponible, y muy extendida, disponer de experiencias positivas y, de un estado de situación local, facilitaría y promovería de modo más eficiente el trabajo en nuestro país. El Institute for Safe Medication Practices (ISMP)<sup>6</sup> ha desarrollado un cuestionario de autoevaluación del sistema de medicamentos en el año 2007. Esta herramienta ha mostrado ser de gran utilidad para que los hospitales evalúen la seguridad del sistema de utilización de los medicamentos, identifiquen oportunidades de mejora, planifiquen prácticas seguras y efectúen un seguimiento de sus progresos.

La construcción de una cultura institucional para promover la seguridad y mejorar la calidad del proceso de atención, en la que los profesionales de salud adopten prácticas seguras, es el punto de partida para prevenir los errores y disminuir al mínimo posible la incidencia de eventos adversos<sup>4</sup>.

Vincent y Amalberti<sup>5</sup>, mencionan puntos marco para mejorar la seguridad del paciente:

- I. La seguridad como práctica óptima: aspira a los estándares- mediante la reducción de los daños específicos y la mejora de los procesos asistenciales.
- II. Mejora del sistema y los procesos sanitarios: mediante la intervención para prestar apoyo a los individuos y a los equipos, mejorar las condiciones de trabajo y las prácticas de la organización.
- III. Control de riesgos: estableciendo restricciones en la actuación, la demanda o las condiciones de trabajo.
- IV. Mejora de la capacidad de vigilancia, adaptación y respuesta.
- V. Atenuación: previsión del posible daño y la recuperación.

## La autoevaluación como herramienta de mejora

Un cuestionario como un instrumento de valoración, mediante el ejercicio reflexivo de la autoevaluación, permite hacer un diagnóstico basal e identificar los riesgos en todos los eslabones de los procesos involucrados en la implementación de las metas internacionales de seguridad del paciente y del manejo y utilización de medicamentos<sup>6</sup>.

La implementación de las metas internacionales de seguridad del paciente mediante procesos transversales, integrados y robustos requiere la gestión de conocimiento, recursos, procesos de integración y utilización de estrategias de seguridad orientadas a la detección de los problemas y en la respuesta diligente a los mismos<sup>3</sup>.

## El rol de la comunicación en la atención sanitaria y en la seguridad del paciente

La comunicación desempeña un papel integral en la calidad del servicio en todas las profesiones de servicios, incluidas las profesiones de atención médica. Dentro de la atención médica, el Instituto de Medicina de Estados Unidos (IOM), ha definido la atención de calidad como “atención segura, efectiva, oportuna, eficiente, equitativa y centrada en el paciente “. Un reciente estudio analizó las prioridades de los pacientes en su proceso de atención y fue: recibir la cantidad correcta de información para respaldar su cuidado<sup>7</sup>.

## La definición de las metas internacionales de Seguridad del Paciente

Por el problema antes mencionado y, otros detectados en largos estudios desde el año 1984, se enunciaron las metas internacionales de seguridad y, una de ellas, es la comunicación efectiva<sup>8</sup>.

En el año 2007, la Organización Mundial de la Salud (OMS)<sup>9</sup> impulsó nueve medidas para reducir los daños asociados con la atención sanitaria en congruencia con las metas internacionales de la Joint Commission International (JCI). Estas medidas estaban relacionadas con los medicamentos de aspecto o nombre parecidos, la identificación de pacientes, la comunicación durante el traspaso de los pacientes, la realización del procedimiento correcto en el lugar correcto del cuerpo, el control de los electrolitos concentrados (EC) como el cloruro de potasio (CLK), el cloruro de sodio (ClNa), el aseguramiento de la precisión de la medicación en las transiciones asistenciales, intentar evitar los errores de conexión de catéteres y tubos, usar una sola vez los dispositivos de inyección y mejorar la higiene de las manos para prevenir las infecciones asociadas a la atención de salud.

Estas líneas de acción tenían en común ser de aplicación universal y de bajo costo de implementación, reflejaban que existían formas diferentes y mejores de hacer las cosas, y colocaban al paciente como centro del proceso de atención<sup>10</sup>.

Las estrategias internacionales en Seguridad del paciente (SP) se orientan, principalmente, a dos grandes áreas: el cambio cultural de los profesionales y la implementación de prácticas seguras<sup>5</sup>.

El factor humano conlleva una importancia clave en la mejora de la SP y son varios los expertos que recomiendan formar a los profesionales de la salud en este aspecto y favorecer la incorporación de sus principios en la organización, teniendo en cuenta aspectos físicos (diseño, equipos, etc.), cognitivos (estado y situación del profesional, habilidades de comunicación, trabajo en equipo) y organizativos (cultura de la organización)<sup>5</sup>.

Las organizaciones comprometidas con la cultura de la seguridad orientan sus esfuerzos a cuatro aspectos clave:

- Fomentar la cultura de seguridad en todos los niveles.
- Evaluar y promover un buen clima de seguridad.
- Aumentar la formación en SP y en los llamados factores humanos o factores no técnicos de los profesionales.

- Desarrollar elementos de seguridad en las unidades clínicas.

Cabe señalar que todos estos esfuerzos están enmarcados en las seis metas internacionales de seguridad del paciente. Ellas son:

1. Identificar correctamente a los pacientes.
2. Mejorar la comunicación efectiva.
3. Mejorar la seguridad en el manejo de los medicamentos de alto riesgo.
4. Garantizar cirugías en el lugar correcto, con el procedimiento correcto, al paciente correcto.
5. Reducir el riesgo de infecciones asociadas al cuidado de la salud (IACS)
6. Reducir el riesgo de daño al paciente por caídas<sup>11</sup>.

También la OMS propuso en el año 2017 el objetivo estratégico “Medicación sin Daño”<sup>12</sup>, objetivo concreto de concentración de esfuerzos para reducir la morbi-mortalidad asociada a fármacos en todo el mundo. La morbi-mortalidad asociada al mal uso de medicamentos es muy elevada, se estima que al menos un error de medicación llegará a cada paciente en cada día de su estancia hospitalaria.

# El proceso de manejo y uso de medicamentos

El proceso de manejo y uso de medicamentos (MMU) es complejo, con múltiples nodos, donde participan profesionales que conocen un solo ámbito del medicamento, y donde convergen otros problemas de la medicina: fragmentación, aumento incontenible de los costos, escasa formación sistemática, desgaste del personal, fallas en la comunicación, desintegración, presión del mercado<sup>13</sup>.

## Descripción y contexto de este proceso

La cadena farmacoterapéutica o el proceso de utilización de medicamentos en hospitales tiene el objetivo de garantizar la utilización eficaz de estos recursos para atender a las necesidades de los pacientes<sup>14</sup>.

Los postulados principales, de los estándares internacionales de la seguridad del paciente en la gestión y uso de medicamentos, contienen las siguientes premisas<sup>15</sup>:

1. Debe disponerse de un proceso de selección de medicamentos adecuado.
2. La prescripción y administración de medicamentos se debe realizar bajo normas y procedimientos.
3. Los medicamentos se deben recepcionar, almacenar, dispensar y administrar en un entorno seguro y limpio.
4. Se deben identificar a los pacientes antes de administrar la medicación.
5. Se deben controlar los efectos de la medicación en el paciente.

## Descripción de los pasos del proceso

El proceso de selección se concreta mediante el estudio de los diversos medicamentos del mercado y la conformación de una guía terapéutica, listado o vademécum de cada hospital. En esto tiene una vital importancia el Comité de Farmacia y Terapéutica (CFT) que vela, conformando un grupo multidisciplinar de profesionales médicos, farmacéuticos, enfermeros, en conjunto con el área de Farmacovigilancia (FVG), por la calidad de los medicamentos que el paciente recibirá durante su hospitalización.

Esta guía, lista o vademécum contiene los medicamentos que se usarán en los equipos clínicos<sup>15</sup>.

a) Selección y Adquisición de medicamentos: este proceso constituye el comienzo del proceso de manejo y uso de medicamentos. El número de medicamentos similares o equivalentes que existen en el mercado reclaman un análisis estandarizado que incluye al menos los parámetros de: eficacia, seguridad y costos. Este análisis resguarda la calidad de los medicamentos que circulan en el hospital y que serán usados en el paciente. La identificación, desde la instancia de la selección y adquisición de cada medicamento es lo primero. Se conoce que existen medicamentos LASA (Look Alike Sound Alike), es decir aquellos que se parecen física o fonéticamente y los medicamentos de alto riesgo (MAR), estos dos grupos de medicamentos están presentes en gran parte de los potenciales errores de medicación<sup>14</sup>.

b) Almacenamiento: la logística interna de medicamentos en hospitales comprende todo el proceso desde la recepción de medicamentos, por parte del proveedor, hasta que el mismo llega al paciente, atravesando por diversos estadíos intermedios. De acuerdo con los diversos modelos de logística los estadíos serán más o menos complejos, algunos de ellos ya han incluido criterios de seguridad integrados con los estándares internacionales de seguridad del paciente. La gestión de manejo de stocks e inventarios es independiente del sistema adoptado y crucial para evitar variables de ineficiente gestión sanitaria y financiera. La logística incluye el correcto almacenamiento en lugares limpios, seguros, y clasificados según un patrón, siendo esta acción de relevancia para cumplir con los estándares internacionales. El almacenamiento diferencial para medicamentos que así lo requieran también se debe diseñar: cadena de frío, stock controlados y resguardados de estupefacientes, sustancias tóxicas, nutriciones, otros<sup>14</sup>.

c) Prescripción: la prescripción de medicamentos en un hospital surge de la valoración clínica del paciente (su anamnesis, conciliación de medicación, revisión física, pedido de exámenes y estudios). Valorar al paciente clínicamente, con todos sus parámetros individuales, entre ellos: peso, sexo, edad, función renal y hepática, diagnóstico primario y comorbilidades llevan a una definición de la conveniencia de un esquema farmacológico

y/u otro. Cuando existen contraindicaciones absolutas de un tratamiento y, es viable otra alternativa, se usará aquella, cuando se presentan contraindicaciones relativas y, no existe tratamiento alternativo, lo más acertado será realizar un estudio de riesgo/beneficio para documentar cuál es el más oportuno y, luego de comprobarlo, hacer el monitoreo exhaustivo de todo el estado clínico del paciente. Como se puede apreciar, la prescripción no es un simple acto al azar, o una receta premeditada fruto de la experiencia y de la memoria, sino un proceso crítico, reflexivo, basado en la evidencia, y trabajado en equipo<sup>16</sup>.

d) Validación/transcripción: la validación es el proceso inmediato posterior a la prescripción y tiene por objeto confirmar, o no, la apropiabilidad de la prescripción. Ello conlleva un análisis similar al realizado por el médico, en lo que se refiere a los parámetros individuales del paciente, y un análisis experto en la idoneidad de recibir el esquema prescripto respecto a la valoración cinética de cada caso (todos los parámetros que se refieren a lo que el organismo le provoca al medicamento administrado: absorción, eliminación, excreción, distribución, etc.) y a la valoración dinámica (acción clínica del medicamento en el organismo) de la prescripción, por parte del farmacéutico clínico<sup>17</sup>.

e) Dispensación: el proceso de dispensación es un proceso, en primera instancia logístico, y luego clínico que depende de la prescripción validada de medicamentos, por el farmacéutico, y que luego supone la entrega de medicación por paciente desde el Servicio de Farmacia al sector de enfermería.

Lo que se espera de una dispensación es que sea segura, evitando los errores de medicación por dispensación incorrecta, por lo tanto, conlleva un control de la medicación preparada antes de dispensar a fin de evitar estos incidentes<sup>14</sup>.

f) Administración: la administración de medicamentos es, sin duda, el proceso más lábil desde el punto de vista de la seguridad del paciente, dado que es el proceso inmediato al paciente, luego de ello no existen más procesos de control. Por ello, en los programas de formación de los profesionales en enfermería es de fundamental importancia que el proceso sea seguro, mediante doble control al menos en la administración de medicamentos de alto riesgo (MAR). La administración de la medicación incluye seis pasos o más: medicamento correcto, dosis correcta, vía correcta, paciente correcto, horario correcto y, registro correcto<sup>14</sup>.

g) Monitoreo: el proceso de monitoreo no comienza luego de la administración, sino que comienza con la prescripción porque el contexto de cada paciente es valorado por cada profesional desde su visión en el proceso y puede evaluar la respuesta terapéutica, la toxicidad esperada, la tolerancia al fármaco, la corrección en las pautas de administración, las respuestas idiosincráticas, detectar modos especiales de metabolismo, detectar interacciones que no se esperaban como relevantes<sup>14</sup>.

El estudio de Otero y col.<sup>18</sup> llamado "Errores de Medicación: estandarización de la terminología y clasifi-

cación" agrupó y clasificó los errores de medicación en seis apartados que estudiaron las causas de los errores, el tipo de daño, procesos de la cadena terapéutica en donde se originaron y otras categorías. La prescripción origina el error en el 47% de los casos, seguida por orden de frecuencia de los procesos de transcripción o validación con el 16,1%, el de dispensación con el 13,2% y de administración con el 10,4%. Es decir que con la mejora o estandarización de la prescripción por ej. prescripción electrónica, prescripción escrita por medio de letra de imprenta en formularios pre-llenos, etc., habremos resuelto casi el 50% del problema. Los tipos de errores observados en el estudio mencionado, con más frecuencia fueron "medicamento erróneo" (154; 34%) y "dosis incorrecta" (128; 28,3%). Un 53,2% de los errores tipificados como "medicamento erróneo" consistieron en la transcripción, dispensación o administración de un medicamento diferente al prescrito, un 16,9% en la selección de un medicamento no indicado para el diagnóstico que se pretendía tratar y un 8,4% en duplicidad terapéutica, es decir un medicamento en el esquema terapéutico que tiene similar acción o mecanismo que otro ya presente en el mismo esquema, no significando un claro beneficio para el paciente en cuestión.

## Los eventos adversos relacionados a la medicación

En distintos estudios se ha podido evidenciar que los efectos adversos por errores de medicación son entre un 11 y un 56% del total de los efectos adversos detectados. Por ello es que en la actualidad se empieza a exigir un estudio acerca de la seguridad, que contenga evaluaciones en sistemas libre de fallos y ello supone el diseño de barreras que ayuden a evitar los usos incorrectos<sup>19</sup>.

## Información sobre implementación de acciones para la seguridad del paciente y uso seguro de medicamentos en Argentina

La información sobre las acciones de seguridad del paciente implementadas por los diferentes efectores de salud en Argentina es escasa. La mayoría de los datos responden a estudios de casos de algunos temas en particular o informes de programas nacionales como es el caso de las IACS.

El tema del uso seguro de medicamentos, así como otras metas internacionales de seguridad del paciente, no se encuentra aún en ningún programa de monitorización. Solo la gestión de uso adecuado de antibióticos encuentra su espacio en los programas institucionales.



**Este estudio tuvo como propósito la contribución para generar el uso seguro de medicamentos en la República Argentina, a través de la información relevada sobre el estado de situación de la implementación de las metas internacionales de seguridad del paciente en general y sobre la gestión del uso seguro de medicamentos en particular.**

## Objetivo

Estimar el estado de implementación de las metas internacionales de seguridad del paciente y del manejo y uso de medicamentos en hospitales de la República Argentina según estándares internacionales de la materia.

## Materiales y métodos

### Diseño:

Estudio de prevalencia, descriptivo, de autoevaluación por medio de un cuestionario diseñado para tal fin. Las encuestas fueron constituidas con respuestas con escala numérica de tres alternativas (la escala se detalla más adelante).

## Ámbito de estudio

En el estudio se incluyeron Instituciones de Salud de la República Argentina que cumplimentaron el cuestionario en formato on-line.

Las ubicaciones geográficas de las instituciones participantes fueron:

- Provincia de Buenos Aires
- Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA)
- Provincia de Catamarca
- Provincia de Córdoba
- Provincia de Misiones
- Provincia de Neuquén
- Provincia de San Luis
- Provincia de Santa Fe

## Diseño del cuestionario

El cuestionario se diseñó sobre la base del manual de “Estándares de acreditación de la *Joint Commission International* para Hospitales”, 6ª edición<sup>14</sup>, y estuvo conformado por 110 preguntas de evaluación distribuidas en los dos temas incluidos en este cuestionario: metas internacionales de seguridad del paciente y manejo y uso de medicamentos.

La herramienta de autoevaluación se conformó de un apartado de datos demográficos y de información general sobre la caracterización de la institución participante tales como complejidad, número de camas, localización geográfica, dependencia (ámbito público o privado), otros. (Anexo 1.).

Las instituciones se categorizaron por nivel de riesgo en la atención, sobre la base de la Res. 641/00 del Ministerio de Salud de la República Argentina, que considera instituciones de **Bajo Riesgo** (realiza acciones de promoción y protección de la salud, así como el diagnóstico temprano de daño, atención de la demanda espontánea de morbilidad percibida, búsqueda de demanda oculta, control de salud de la población e internación para la atención de pacientes con bajo riesgo con mecanismos explicitados de referencia y contra referencia), **Mediano Riesgo** (realiza las mismas acciones que en el bajo riesgo, a los que se agregan un mayor nivel de resolución para aquellos procesos mórbidos y/o procedimientos diagnóstico y terapéutico que exceden la resolución del bajo riesgo) y **Alto Riesgo** (puede realizar acciones del bajo y mediano riesgo, pero debe estar en condiciones de resolver total o parcialmente aquellos procesos mórbidos y/o procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos que requieran el mayor nivel de resolución vigente en la actualidad tanto sea por el recurso humano capacitado como así también en el recurso tecnológico disponible).

### **Módulo 1: Metas Internacionales de Seguridad del Paciente**

El Manual de la mencionada organización (JCI) contiene: estándares de seguridad del paciente, mencionados como aseveraciones que agrupan una serie de elementos medibles, objetivables, constatables, que las organizaciones que se someten a dicha acreditación deben cumplir para adherir al estándar que agrupa esos elementos medibles.

Estos elementos medibles de las metas internacionales fueron transformados en una pregunta en el cuestionario. Los estándares de metas internacionales, y los ítems de evaluación sobre el manejo y uso de medicamentos, contenidos en el cuestionario, se describen a continuación: **se detallan los grupos de evaluación por temas, con una breve descripción de lo que contiene, y el número de ítems de autoevaluación de ese dominio.**

#### **- Módulo 1: Metas internacionales**

- I. Identificación correcta de los pacientes (9 ítems de evaluación):
- II. Comunicación efectiva (8 ítems de evaluación)
- III. Medicamentos de alto riesgo- MAR (8 ítems de evaluación)
- IV. Cirugía en el lugar correcto, procedimiento correcto y paciente correcto (2 ítems de evaluación)

V. Infecciones asociadas al cuidado de la salud (5 ítems de evaluación)

VI. Riesgo de daño causado por caídas (5 ítems de evaluación)

**- Módulo 2: Organización, Gestión y Administración de un Servicio de Farmacia Hospitalaria**

(8 ítems de evaluación)

El uso de medicamentos en el hospital está organizado para satisfacer las necesidades de los pacientes, cumple con la legislación y normativa que le es de aplicación y se encuentra bajo la dirección y la supervisión de un farmacéutico autorizado u otro profesional cualificado.

**- Módulo 3: Selección y Adquisición** (12 ítems de evaluación)

Los medicamentos que se prescriben, o de los que se emiten órdenes de prescripción, están en existencias y existe un proceso para los medicamentos que no están en existencias o no están normalmente disponibles en el hospital o para ocasiones en que la farmacia del hospital se encuentra cerrada.

**- Módulo 4: Almacenamiento** (12 ítems de evaluación)

Los medicamentos se almacenan de forma adecuada y segura a fin de garantizar el proceso de dispensación.

**- Módulo 5: Orden, Transcripción o Validación** (11 ítems de evaluación)

La prescripción, la emisión de órdenes y la transcripción se guían por políticas y procedimientos.

**- Módulo 6: Preparación y Dispensación** (9 ítems de evaluación)

Los medicamentos se preparan y dispensan en un entorno seguro y limpio.

**- Módulo 7: Administración** (9 ítems de evaluación)

El hospital identifica a las personas cualificadas que están autorizadas para administrar medicamentos.

**- Módulo 8: Monitoreo** (12 ítems de evaluación)

Se monitorizan los efectos de los medicamentos en los pacientes.

El farmacéutico hospitalario participante del estudio, junto a un equipo, analizó cada una de las preguntas y valoró su grado de implementación en la institución, según un instructivo detallado.

Escala de puntuación de todas las preguntas

La escala de puntuación elegida para cada pregunta y las posibles respuestas fueron:

**0:** No se ha realizado ninguna acción: equivale a "No implementada"

**1:** Se ha realizado una acción parcial: equivale a "Implementación parcial"

**2:** Se ha realizado completamente la/s acción/es: equivale a "Implementada"

Reclutamiento de las instituciones al estudio

- Se realizó una convocatoria abierta a profesionales Farmacéuticos del ámbito hospitalario público/ privado (hospitales, clínicas, sanatorios, centros de atención primaria de salud) a participar del estudio.

- La convocatoria se realizó desde la institución que impulsó el estudio: Federación Farmacéutica (FEFARA), en forma masiva.

- La convocatoria fue denominada "*Farmacéuticos Activos por la Seguridad del Paciente*" y se realizó en tres etapas, a saber:

Etapa N°1: Difusión electrónica del estudio a 246 farmacéuticos hospitalarios, Marzo 2018.

Etapa N°2: Envío del Cuestionario de autoevaluación para completar en forma on-line (con fecha de inicio y de cierre). Se registraron 87 instituciones y respondieron el cuestionario 34, (tasa de respuesta del 39%). Esto se llevó a cabo en Abril 2019.

Etapa N° 3: El Procesamiento de datos fue realizado en el período de Enero-Mayo 2019.

#### Criterios de inclusión y exclusión de las instituciones participantes

Criterios de inclusión: instituciones hospitalarias públicas/privadas, con y sin hospitalización, con manejo de medicación suministrada a pacientes, presencia de Farmacéutico en el servicio de Farmacia.

Criterio de exclusión: instituciones sanitarias no hospitalarias, hospitales con suministro de medicamentos pero sin presencia de Farmacéutico hospitalario, organizaciones con modalidad de hospital de día.

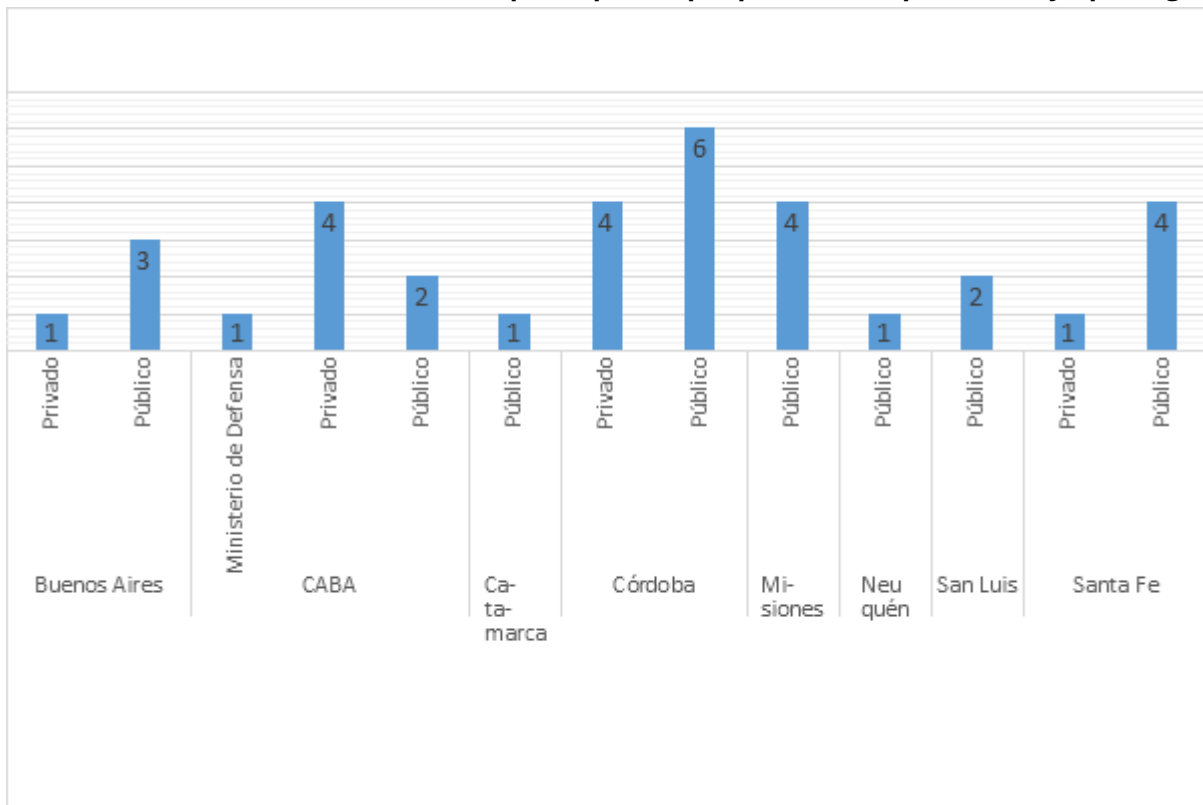
Análisis estadístico: El tratamiento estadístico de los datos se procesaron con el software SPSS21. Se calcularon las variables porcentuales de cada respuesta con sus intervalos de confianza del 95%.

## Resultados

Participaron en el estudio 34 instituciones.

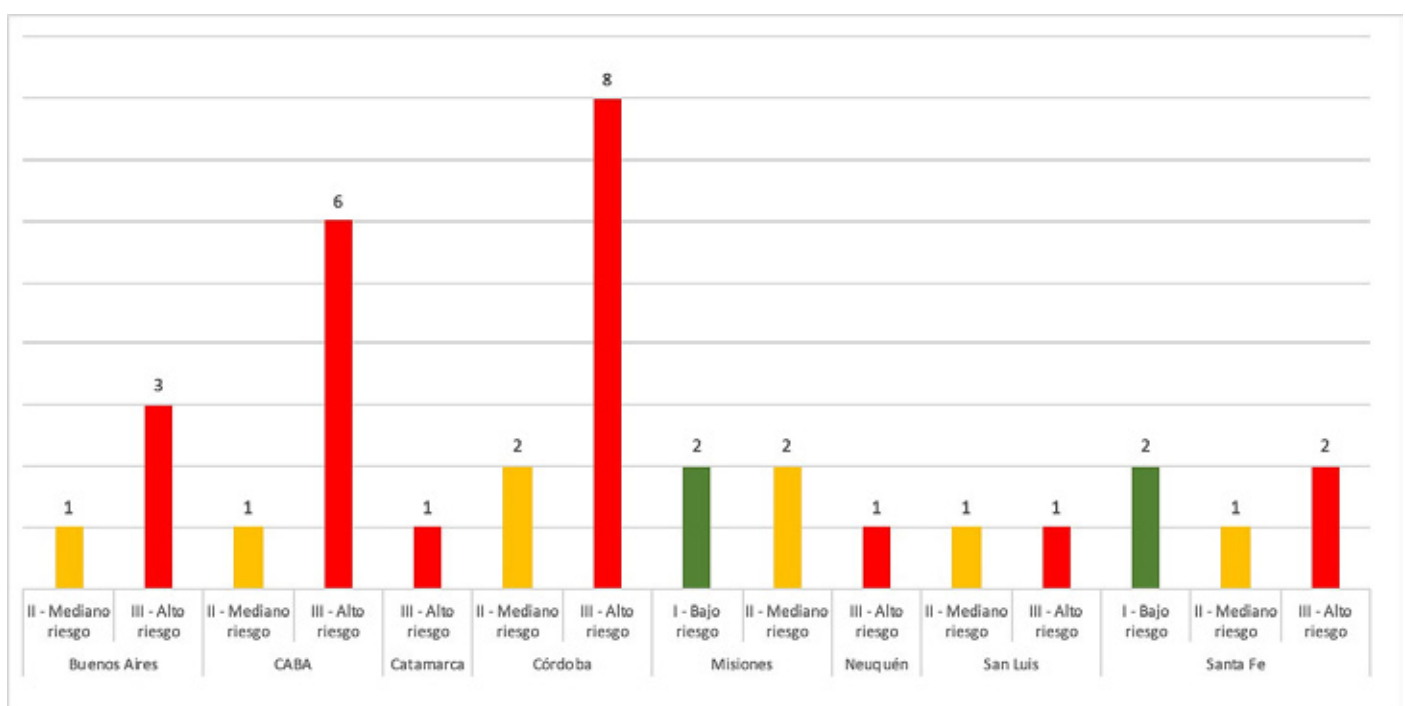
La dependencia funcional y tipo de gestión de las instituciones participantes se detalla en el Gráfico 1.

**Gráfico 1: Número de Instituciones participantes por provincia, dependencia, y tipo de gestión**



La complejidad de las instituciones participantes fue la siguiente (Gráfico 2)

**Gráfico 2: Nivel de complejidad de las instituciones y ubicación**



## Respuestas sobre Metas Internacionales

Los porcentajes de respuesta obtenidos para cada uno de los ítems de evaluación de cada módulo fueron:

**I. Identificación correcta de los pacientes:** (No implementada) 0: 52,9% (IC95% 50,1-55,6); (Implementación parcial) 1: 21,9% (IC95% 19,3-22,3), (Implementada) 2: 25,1% (IC95% 23,4-26,3). Lo que significa que más del 50% de las instituciones encuestadas no tienen ninguna iniciativa a implementar en relación a la identificación de pacientes (52,9%).

**II. Comunicación efectiva:** (No implementada) 0: 35,66% (IC95% 33,9-36,2); (Implementación parcial) 1: 34,9% (IC95% 33,5-35,4), (Implementada) 2: 29,4% (IC95% 28,6-30,4). Discrepante con la identificación del paciente en relación a meta 1, la comunicación efectiva estaría semi-implementada o totalmente implementada en más del 60% de las instituciones (puntuación 1 y 2).

**III. Medicamentos de alto riesgo (MAR):** (No implementada) 0: 41,5% (IC95% 40,8-43,2); (Implementación parcial) 1: 23,1% (IC95% 22,8-24,2), (Implementada) 2: 35,3% (IC95% 34,7-36,1). Los medicamentos de alto riesgo no están dentro de procesos controlados en más del 40% (41,5%) de las instituciones participantes.

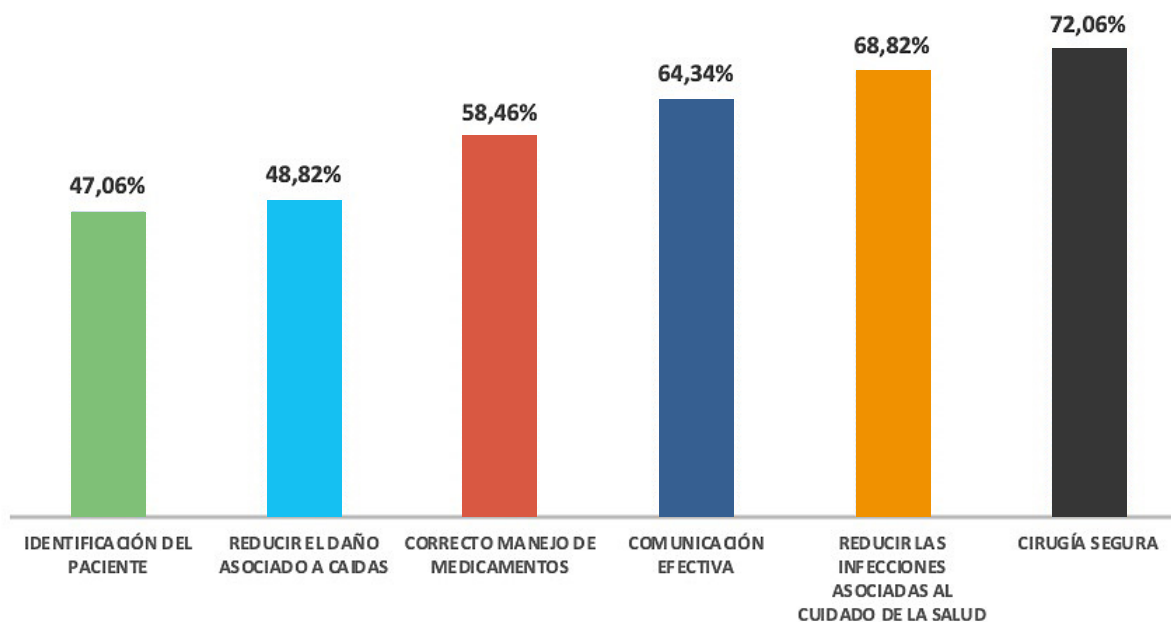
**IV. Cirugía en el lugar correcto:** procedimiento correcto y paciente correcto (No implementada) 0: 27,9% (IC95% 26,7-28,2); (Implementación parcial) 1: 39,7% (IC95% 38,8-39,9), (Implementada) 2: 32,3% (IC95% 32,1-33,7). En más del 67% de las instituciones existen procedimientos respecto a cirugía en el lugar correcto, si bien es una de las metas con mayor grado de implementación, por su impacto, constituye una necesidad implementar mejoras en este punto.

**V. Infecciones asociadas al cuidado de la salud:** (No implementada) 0: 31,2% (IC95% 30,5-33,1); (Implementación parcial) 1: 27,06% (IC95% 26,4-27,9), (Implementada) 2: 41,7% (IC95% 40,8-43,2). En más del 60% de las instituciones encuestadas esta meta internacional tiene alguna implementación o total implementación, ello puede dar idea de la difusión que tiene este objetivo internacional de seguridad del paciente y el apoyo para lograrlo de asociaciones científicas, empoderamiento médico, integración de grupos multidisciplinarios, difusión de los medios de comunicación masivos, etc.

**VI. Riesgo de daño causado por caídas:** 0 (No implementada): 51,2% (IC95% 50,8-52,3); (Implementación parcial) 1: 26,5% (IC95% 25,2-27,1), (Implementada) 2: 22,3% (IC95% 22,1-23,7). Más del 50% de las instituciones participantes no tienen ninguna implementación de este objetivo internacional.

El resumen de estos datos sobre implementación total y parcial (sumatoria) de metas internacionales se visualizan en el siguiente gráfico.

**Gráfico 3: Porcentajes de implementación total y parcial de Metas Internacionales en las Instituciones que respondieron el cuestionario**



Estas barras corresponden a las categorías de implementación total y parcial, desde la de menor grado de implementación (menor porcentaje) a la de mayor grado de implementación (mayor porcentaje).

## Respuestas sobre Manejo y uso de medicamentos

**Módulo 2:** Organización, Gestión y Administración de un Servicio de Farmacia Hospitalaria: 0 (No implementada): 31,9% (IC95% 30,7-32,1); 1 (Implementación parcial): 23,1% (IC95% 22,8-24,5), 2 (Implementada): 44,8% (IC95% 43,2-45,2).

Más del 30% de las instituciones no ha organizado o trabajado para sistematizar un servicio de Farmacia central, que maneja medicamentos que se deben vigilar, controlar y usar racionalmente. Sin embargo, más del 44% evidencia que ha cumplido con todos los requerimientos de estas recomendaciones, como identificar los medicamentos de alto riesgo (MAR), rotular cada uno, almacenarlos de modo restringido, entre otras recomendaciones.

**Módulo 3:** Selección y Adquisición: 0 (No implementada): 34,8% (IC95% 33,7-35,2); 1 (Implementación parcial): 23,9% (IC95% 22,8-24,2), 2 (Implementada): 37,2 % (IC95% 36,8-38,3).

**Módulo 4:** Almacenamiento: 0 (No implementada): 24% (IC95% 23,7-25,3) ; 1 (Implementación parcial): 32,1% (IC95% 31,7-33,2) 2 (Implementada): 43,8% (IC95% 42,9-44,3).

**Módulo 5:** Prescripción y Validación/Transcripción: 0 (No implementado): 47% (IC95% 46,5-47,7); 1 (Implementación parcial): 21,9% (IC95% 21,1-22,7), 2 (Implementada): 31% (IC95% 29,4-31,8). El 47% de las instituciones no abordó la seguridad en la prescripción ni la verificación de la idoneidad de esa prescripción de medicamentos.

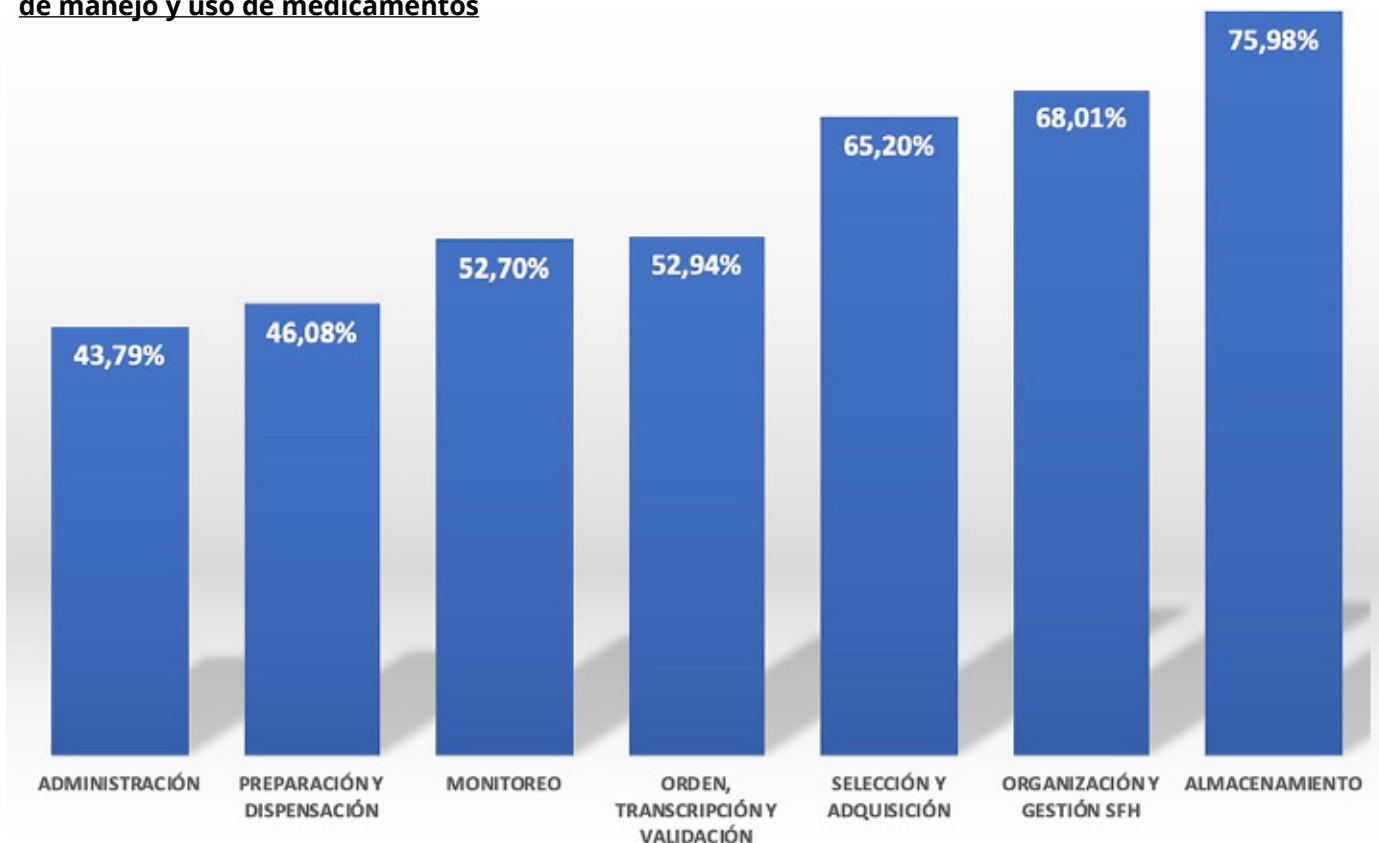
**Módulo 6:** Preparación y Dispensación: 0 (No implementada): 53,9% (IC95% 52,8-54,2); 1 (Implementación parcial): 16,9% (IC95% 15,8-17,1), 2 (Implementada): 29,1% (IC95% 28,7-29,4).

**Módulo 7:** Administración: 0 (No implementada): 56,2% (IC95% 55,7-57,4); 1 (Implementación parcial): 24,5% (IC95% 23,5-24,7), 2 (Implementada): 19,3% (IC95% 18,9-20,1).

**Módulo 8:** Monitoreo: 0 (No implementada): 47,3% (IC95% 45,6-47,9); 1 (Implementación parcial): 23,5% (IC95% 22,7-23,9), 2 (Implementada): 29,1% (IC95% 28,7-30,2).

El resumen de los datos sobre implementación total y parcial (sumatoria) del proceso de manejo y uso de medicamentos se visualizan en el siguiente gráfico.

**Gráfico 4: Porcentajes de implementación total y parcial de los módulos de manejo y uso de medicamentos**



Estas barras corresponden a las categorías de implementación total y parcial, desde la de menor grado de implementación (menor porcentaje) a la de mayor grado de implementación (mayor porcentaje). Sigla: SFH servicio de farmacia hospitalaria.



## Discusión:

La situación de las instituciones participantes demuestra, en su autoevaluación, oportunidades de mejora en la implementación de los estándares analizados, tanto de metas internacionales como de manejo y uso de medicamentos.

Las metas internacionales que se identifican con iniciativas parciales o totales son dos: **la Meta 4 (Cirugía en el lugar correcto) y Meta 5 (Infecciones asociadas al cuidado de la salud)**; en concordancia con que éstas fueron los primeros desafíos planteados por la OMS<sup>20</sup>. Por otra parte la Meta 4 es más bien conocida por su alta difusión, la morbi-mortalidad que reviste una cirugía sin controles, la gravedad que implica, y, quizá el empoderamiento de los médicos cirujanos en este tema, y, la meta 5, reducción de infecciones asociadas al cuidado de la salud, ha planteado hace tiempo la estrategia central de la higiene de manos, mayormente difundida en la sociedad y conocida por los pacientes de un modo u otro.

Un punto por destacar es la escasa implementación de **la meta internacional de identificación del paciente, la meta 1**, paso primordial y basal, fundamento de las demás metas internacionales de seguridad. La estrategia de identificar correcta e inequívocamente a los pacientes ya no es un tema discutible, es también muy necesario trabajar para consignar pautas claras de cómo se identificarán los pacientes en cada sitio. Diversos estudios<sup>21-22</sup> manifestaron que hay discrepancias en la identificación de un paciente por otro con lo que ello conllevaría potencialmente: procedimientos equivocados, resultados equivocados, y ello también está incluido en otras metas internacionales. En este cuestionario se evidenció que el 52,9% no tiene ningún estándar implementado, y que el 21,9% tiene acciones parcialmente implementadas.

En línea con los estándares no implementados, disponemos del estudio ENEAS, que sin bien tiene 15 años incluye la realidad Latinoamericana; otros estudios posteriores han aseverado resultados semejantes: uno de los dominios que más causan daño a los pacientes (37,4%) son los relacionados con la medicación.

El estudio de Classen et al<sup>23</sup>, del 2011 relevó similares resultados, poniendo en primer lugar a las infecciones nosocomiales y luego a la medicación, una revisión de los efectos hallados con herramientas proactivas de daño halló que los dominios más frecuentes son las infecciones, las complicaciones asociadas a cirugía y a medicación, con lo cual cierta coincidencia hay, a pesar de las diferencias de diseño, de tiempo, de instituciones participantes entre otros.

Por otro lado la utilización de herramientas estandarizadas para comunicación entre profesionales y transferencia de responsabilidad han demostrado mejorar algunos aspectos de la seguridad del paciente en relación con la ocurrencia de eventos adversos. El estudio de Muller<sup>24</sup>, ha evidenciado que hay al menos 8 de 26 estudios que mejoraron aspectos de ocurrencia de errores y de eventos en pacientes mejorando o estandarizando la comunicación en pasajes de datos, transferencias de responsabilidad y comunicación telefónica, esto es lo que menciona la meta 2, tan débilmente implementada según el cuestionario evaluado en este estudio. Hay autores<sup>25</sup> que mencionan que un alto porcentaje de los errores médicos contienen fallos en la comunica-

ción, en esto debemos mejorar imperiosamente porque el problema de la comunicación es bien conocido en el mundo, como ya mencionáramos, y no solo en las organizaciones sanitarias.

La **meta de manejo seguro de medicamentos de alto riesgo** está implementada parcialmente en el 23,1% de los establecimientos e implementada totalmente en el 35,3%, esto es de importancia vital ya que algunas de las medidas para prevenir los errores con estos medicamentos y, sus consecuentes eventos graves, son de relativamente sencilla implementación y seguimiento (lista de medicamentos de alto riesgo, difusión, resguardo de los mismos, etc).

En relación a la **meta de cirugía segura**, hay un estudio entre otros<sup>26</sup> que recopiló investigaciones acerca de la implementación de la lista de verificación quirúrgica de la OMS y relata que se ha visto reducida la morbilidad y mortalidad relativas luego del uso de las consignas de cirugía segura, Menciona además oportunamente que la lista de verificación debe entenderse no solo como una lista de elementos que deben marcarse, sino como un instrumento para mejorar la comunicación, el trabajo en equipo y la cultura de seguridad en la sala de operaciones, y debe implementarse en consecuencia. Este cuestionario mostró que las estrategias o estándares de cirugía segura no están implementadas en el 27,9% de las instituciones y semi-implementadas en 39,7%.

En el amplio punto de las infecciones asociadas al cuidado ya hemos mencionado lo que relatan algunos estudios, la estrategia mas extendida es la higiene de manos<sup>27</sup>, se encuentra implementada en ciertos lugares que han sido ya mencionados en resultados, pero las infecciones por muchos factores siguen siendo la morbi-mortalidad prevenible más alta que debemos minimizar: el uso adecuado de antibióticos, al tiempo adecuado, las técnicas de aislamiento, la detección precoz, la contaminación cruzada, la cultura de la prevención entre otros, son factores claves. Esta meta internacional tan relevante mostró en este cuestionario un 31,2% de no implementación y 27,06% de parcial implementación.

La **prevención del daño causado por caídas en las hospitalizaciones**, y también en los ámbitos ambulatorios, es algo que aqueja a los pacientes de manera considerable<sup>28</sup>, causando morbimortalidad prevenible. Los protocolos para evaluar y re-evaluar a los pacientes, la educación al paciente y a su familia, la reducción posible de la medicación que causa mareos, inestabilidad, las barandas elevadas de las camas, la sujeción cuando es necesaria, las reformas estructurales que deben cumplir las habitaciones de hospitalización para evitar deslizamientos innecesarios son algunas de los estándares sugeridos. En el cuestionario se pudo relevar que el 51,2% no tiene implementados los estandares de esta meta, y el 26,5% tiene acciones semi-implementadas. Más del 50% de las instituciones participantes no tienen ninguna implementación de este objetivo internacional.

El servicio de Farmacia, no se encuentra sistemáticamente organizado en una buena proporción de instituciones, y ello podría ser un elemento desencadenante de la falta de iniciativas en los demás procesos de la cadena del medicamento. El 34% de las instituciones no ha trabajado en la selección de medicamentos, siendo éste un punto álgido por la falta de análisis de la seguridad y eficacia de los medicamentos con que se tratan a los pacientes en las organizaciones sanitarias. Lo que es recomendable, en este sentido, es que los me-

dicamentos que circulan en un hospital tengan una aprobación formal basada en la evidencia sobre al menos eficacia, seguridad y costos. Esta aprobación es recomendable que sea realizada por un equipo multidisciplinar, de este modo se restringe la compra de medicamentos y es más eficiente su uso según indicación, por tanto menores los riesgos.

En el mercado actual, con costos cada vez mayores de medicamentos, es necesario centrarse en la utilización de los medicamentos de una manera efectiva y eficiente para la atención al paciente, además de ser fiscalmente responsable del sistema de salud. El servicio de farmacia hospitalaria se asocia a un ahorro de costos después del ajuste por la revisión del farmacéutico<sup>29</sup>.

Es notorio que siendo el almacenamiento de fácil aplicación si hay disponibilidad de medicamentos, no se haya abordado, desde la perspectiva de la seguridad del paciente, en más del 20% de las instituciones. Lo que consigna este estándar es que los medicamentos de alto riesgo deben tener un almacenamiento cuidado, sin libre de acceso, de modo de evitar el uso involuntario y reducir así el riesgo en los pacientes. Es para destacar que casi el 44% ha implementado todas las recomendaciones de los estándares de este dominio.

En relación a este tópico lo que se consigna es que las prescripciones de medicamentos tengan todos sus elementos y sean legibles, individualizadas, y que estén validadas o auditadas antes de entregar los medicamentos por personas idóneas. Esto es una gran debilidad del sistema de salud, nos encontramos aún muy retrasados no solo, en los avances tecnológicos del que la evidencia ha demostrado su aporte, sino los demás avances que son básicamente la estandarización de los procesos y la concientización de parte de todos los actores sanitarios. Aún nos falta seguir profundizando que los actos de la prescripción y de la validación son actos profesionales reflexivos, basados en la evidencia y en la individualidad de cada paciente<sup>30</sup>.

Esto indica la escasa implementación de cuestiones básicas de un servicio de Farmacia en los que una tarea primordial es la dispensación, es decir el acto por el que se entrega un medicamento para un fin clínico, concreto y definido. Es relevante incorporar prácticas recomendadas internacionalmente ya que, sino existen, se pierde una barrera relevante para la seguridad del paciente.

Más del 50% de las instituciones no han abordado la seguridad del último eslabón de la cadena del medicamento, proceso donde se puede detener un error que puede conllevar a un evento grave, leve o fatal. En este sentido cabe mencionar que es muy necesario el empoderamiento de los profesionales de enfermería para advertir sobre las necesidades dinámicas del paciente ante la administración o no de un medicamento, y preservar un lugar único, limpio, silencioso para desarrollar la preparación de la medicación antes de administrarla, para evitar distractores que podrían llevar a eventos o errores prevenibles.

Más del 40% de las instituciones no ha avanzado en este punto, seguramente las barreras son desconocimiento, falta de entrenamiento en los profesionales que monitorizarían los efectos de los medicamentos, entre otros. Un rasgo importante para no abordar este tópico es la no concientización de que esta tarea es una responsabilidad de todos los profesionales que manejan medicamentos, por tanto es un trabajo multidisciplinar, colaborativo, y en esto tenemos un largo camino por recorrer.

# Recomendaciones para la implementación de Metas Internacionales

Las siguientes recomendaciones extraídas de la bibliografía responden a algunos de los desafíos que demostraron los resultados del cuestionario. Se adjuntan Anexos a modo de ejemplos.

## **Identificación del paciente:**

1) Definir cuales serán los dos criterios de cada paciente que lo permitan su identificación inequívocamente, por ej. Nombre y apellido y fecha de nacimiento.

2) Definir sobre que medio o soporte se identificará al paciente portando su identificación: pulsera plástica irrompible por ejemplo. Anexo II.

## **Comunicación efectiva:**

1) Definir que herramientas se usarán para transferir responsabilidad sobre pacientes ante transferencia por ej.: Pase de guardia con siglas SAER: Situación, Antecedentes, Evaluación, Recomendaciones. Anexo III.

2) Definir como se realizarán las comunicaciones verbales: restringirlas a los menores casos posibles, por ej.: en situaciones de emergencias, cuando no es posible la comunicación escrita entre otros.

3) Definir como se chequeará esa comunicación verbal: por ej. con el método "ERC": escribir, repetir y confirmar (quién emite alguna información de pacientes solicita al receptor que escriba lo que el le mencionará y luego le solicita que repita lo que escribió y el emisor le confirma si esa información repetida es correcta o no).

## **Manejo correcto de los medicamentos de alto riesgo:**

1) Definir la lista de medicamentos de alto riesgo de cada institución basada en la bibliografía y los medicamentos LASA (sound alike look alike).

2) Dar a conocer estos listados.

3) Instrumentar mecanismos para que estos medicamentos estén almacenados con acceso restringido y uso en lo posible monitorizado. Anexo IV.

Cirugía correcta, en sitio correcto al paciente correcto:

1) Definir el uso del check list quirúrgico.

2) Instrumentar el marcado quirúrgico con una marca inequívoca e imborrable involucrando al paciente en ello. Anexo V.

## **Reducir las infecciones asociadas al cuidado de la salud:**

1) Capacitar al personal de salud en la técnica y momentos de la higiene de manos.

2) Llegar a un consenso y evidenciar en un documento como y cuando se hace la profilaxis quirúrgica antibiótica. Anexo VI.

### **Reducir el daño asociado al riesgo de caídas:**

- 1) Capacitar al personal para evaluar el riesgo y re-evaluarlo.
- 2) Evitar que los pacientes con riesgo caminen solos.
- 3) Elevar las barandas de camas y camillas. Anexo VII.

## **Recomendaciones para procurar el buen uso y manejo seguro de medicamentos**

### **Selección:**

1) Conformar una lista de medicamentos que circulan o circularán en la organización y describirlos farmacológicamente mediante la conformación de al menos un pequeño grupo multidisciplinar (médico, farmacéutico, enfermera, mínimamente).

### **Almacenamiento:**

- 1) Definir el método de almacenamiento y ordenamiento de los medicamentos en el almacén central del hospital u organización.
- 2) Separar, etiquetar o diferenciar del resto de los medicamentos, los medicamentos de alto riesgo (MAR) y los medicamentos LASA.

### **Prescripción:**

- 1) Definir los elementos de una prescripción completa que incluya la legibilidad.

Validación/transcripción:

- 1) Definir quien la realizará y, capacitar a esa persona/s para verificar la idoneidad de una prescripción.

Dispensación:

- 1) Definir el patrón y sistemática de la entrega de medicamentos, en lo posible, por paciente, separado, segregado con los identificadores del paciente definidos en la meta 1 "Identificación del paciente".

### **Administración:**

- 1) Definir y capacitar a todos los que profesionales que administran medicamentos en los 5 correctos.
- 2) Definir un lugar único, limpio y seguro para preparar medicamentos.
- 3) Preparar los medicamentos a ser administrados de a uno, no en serie.

### **Monitoreo:**

- 1) Definir quién realizará el monitoreo, en la medida de lo posible médicos: eficacia, enfermera: detección de efectos adversos inmediatos y respuesta terapéutica esperada.
- 2) Farmacéuticos: detección de efectos adversos a largo plazo.

Recomendación general: impartir una capacitación general en farmacología básica clínica de los medicamentos más utilizados en la institución comenzando por los medicamentos de alto riesgo (MAR).

## Anexos

Anexo I: Parte del formulario donde figura la caracterización de las Instituciones que participaron del estudio.

1- Dependencia funcional:

- Público
- Privado
- Otros:

2- Categorización por nivel de complejidad (Res. 641/00)

- I - Bajo riesgo
- II - Mediano riesgo
- III - Alto riesgo

3- Número de camas:

- $\leq 99$
- 100- 199
- 200- 499
- $\geq 500$
- No aplica- Atención Ambulatoria

4.- Lugar al que pertenece:

- Bahía Blanca
- Buenos Aires
- CABA
- Catamarca
- Chubut
- Córdoba
- Corrientes
- Entre Rios
- Formosa
- Jujuy
- La Pampa
- Mendoza
- Misiones
- Neuquén
- Rio Negro
- Salta
- San Juan
- San Luis
- Santa Cruz
- Santa Fe
- Santiago del Estero
- Tierra del Fuego
- Tucumán
- Ushuaia

Anexo II:

a) Identificación del paciente, métodos.



b) Identificación del paciente, métodos y pasos.

**METAS INTERNACIONALES SEGURIDAD DE PACIENTES**

**1**

**IDENTIFICACION CORRECTA DE PACIENTES**

Corroborar datos de DNI  
con Hoja de Hospitalización

Mueñca de mano derecha  
INTERNACION GENERAL

Confeccionar la Pulsera

Tobillo de pie izquierdo  
TERAPIA INTENSIVA

Anexo III: Comunicación efectiva-formulario de SAER o ISBAR (por sus siglas en inglés: identificación, situación, contexto, evaluación, recomendación)..

**I**

**IDENTITY OF PATIENT**

- Name/Age/MRN/ward/team

**S**

**SITUATION**

- Symptom/problem

- Patient stability/level of concern

**B**

**BACKGROUND**

- History of presentation

- Date of admission and diagnosis

- Relevant past medical hx

**A**

**ASSESSMENT & ACTION**

- What is your diagnosis/  
impression of situation?

- What have you done so far?

**R**

**RESPONSE & RATIONALE**

- What you want done

- Treatment/investigations underway or  
that need monitoring

- Review: by whom, when and of what?

- Plan depending on results/clinical  
course





Anexo IV: Modelo de listas de MAR (Medicamentos de Alto Riesgo) y de LASA (Look Alike, Look Alike).

Tabla 2. Relación del ISMP de medicamentos de alto riesgo en hospitales	
<b>▶ Grupos terapéuticos</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Agentes de contraste IV</li> <li>- Agentes inotrópicos IV (ej. digoxina, milrinona)</li> <li>- Agonistas adrenérgicos IV (ej. ADRENalina, DOPamina, noradrenalina)</li> <li>- Anestésicos generales inhalados e IV (ej. ketamina, propofol)</li> <li>- Antagonistas adrenérgicos IV (ej. esmolol, labetalol)</li> <li>- Antiagregantes plaquetarios IV (ej. abciximab, eptifibatida, tirofiban)</li> <li>- Antiarrítmicos IV (ej. amiodarona, lidocaína)</li> <li>- Anticoagulantes orales (ej. acenocumarol, dabigatrán)</li> <li>- Antidiabéticos orales (ej. glibenclámda)</li> <li>- Bloqueantes neuromusculares (ej. suxametonio, rocuronio, vecuronio)</li> <li>- Citostáticos, parenterales y orales</li> <li>- Heparina y otros anticoagulantes parenterales (ej., antitrombina III, heparina sódica, enoxaparina, fondaparinux, lepirudina)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Insulinas IV y subcutáneas</li> <li>- Medicamentos para sedación moderada IV (ej. midazolam, dexmedetomidina)</li> <li>- Medicamentos orales para sedación moderada en niños (ej. hidrato de cloral, midazolam)</li> <li>- Medicamentos que tienen presentación convencional y en liposomas (ej. anfotericina B)</li> <li>- Medicamentos para administración por vía epidural o intratecal</li> <li>- Nutrición parenteral</li> <li>- Opiáceos IV, transdérmicos y orales (todas las presentaciones)</li> <li>- Soluciones cardiopléjicas</li> <li>- Soluciones de glucosa hipertónica (<math>\geq 20\%</math>)</li> <li>- Soluciones para diálisis (peritoneal y hemodiálisis)</li> <li>- Trombolíticos (ej. alteplasa, tenecteplasa)</li> </ul>
<b>▶ Medicamentos específicos</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aqua estéril para inyección, inhalación e irrigación en envases de volumen <math>\geq 100</math> mL (excluyendo botellas)</li> <li>- Cloruro potásico, IV (solución concentrada)</li> <li>- Cloruro sódico hipertónico (<math>\geq 0,9\%</math>)</li> <li>- Epoprostenol IV</li> <li>- Fosfato potásico IV</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Metotrexato oral (uso no oncológico)</li> <li>- Nitroprusiato sódico IV</li> <li>- Oxitocina IV</li> <li>- Prometazina IV</li> <li>- Sulfato de magnesio IV</li> <li>- Tintura de opio</li> <li>- Vasopresina</li> </ul>

## SIMILITUDES FONÉTICAS

- ▶ Ác. Fólico  $\longleftrightarrow$  Ác. Folínico
- ▶ Butovent  $\longleftrightarrow$  Butocort
- ▶ Uricsol  $\longleftrightarrow$  Iruxol
- ▶ Allopurinol  $\longleftrightarrow$  Haloperidol

Anexo V: Marcado quirúrgico



Fig. 4. Marcado final del colgajo a resecar.

Meta VI:

a) Técnica de higiene de manos



b) Momentos de higiene de manos

# Sus 5 Momentos para la Higiene de las Manos



<b>1</b> ANTES DE TOCAR AL PACIENTE	¿CUÁNDO? ¿POR QUÉ?	Lávese las manos antes de tocar al paciente cuando se acerque a él. Para proteger al paciente de los gérmenes dañinos que tiene usted en las manos.
<b>2</b> ANTES DE REALIZAR UNA TAREA LIMPIA/ASÉPTICA	¿CUÁNDO? ¿POR QUÉ?	Lávese las manos inmediatamente antes de realizar una tarea limpia/aséptica. Para proteger al paciente de los gérmenes dañinos que podrían entrar en su cuerpo, incluidos los gérmenes del propio paciente.
<b>3</b> DESPUÉS DEL RIESGO DE EXPOSICIÓN A LÍQUIDOS CORPORALES	¿CUÁNDO? ¿POR QUÉ?	Lávese las manos inmediatamente después de un riesgo de exposición a líquidos corporales (y tras quitarse los guantes). Para protegerse y proteger el entorno de atención de salud de los gérmenes dañinos del paciente.
<b>4</b> DESPUÉS DE TOCAR AL PACIENTE	¿CUÁNDO? ¿POR QUÉ?	Lávese las manos después de tocar a un paciente y la zona que lo rodea, cuando deje la cabecera del paciente. Para protegerse y proteger el entorno de atención de salud de los gérmenes dañinos del paciente.
<b>5</b> DESPUÉS DEL CONTACTO CON EL ENTORNO DEL PACIENTE	¿CUÁNDO? ¿POR QUÉ?	Lávese las manos después de tocar cualquier objeto o mueble del entorno inmediato del paciente, cuando lo deje (incluso aunque no haya tocado al paciente). Para protegerse y proteger el entorno de atención de salud de los gérmenes dañinos del paciente.

Programa Nacional de Seguridad del Paciente, CAMPAÑA SECTORIAL "ESTÁ EN TUS MANOS"





Anexo VII: Escala modelo para prevenir riesgo de caídas

<b>ESCALA DE RIESGO DE CAÍDAS MORSE</b>		
<b>CAÍDAS RECIENTES (Últimos 3 meses)</b>	No	0
	Si	25
<b>DIAGNÓSTICO SECUNDARIO</b>	No	0
	Si	15
<b>AYUDA PARA DEAMBULAR</b>	Reposo en cama. Asistencia de enfermería	0
	Bastón/Muletas/Andador	15
	Se apoya en los muebles	30
<b>VÍA VENOSA</b>	No	0
	Si	20
<b>DEAMBULACIÓN</b>	Normal/Inmovilizado/en reposo en cama	0
	Débil	10
	Alterada. Requiere asistencia	20
<b>CONCIENCIA/ ESTADO MENTAL</b>	Consciente de sus limitaciones	0
	No consciente de sus limitaciones	15

## Conclusiones

Las metas internacionales y la implementación segura de los eslabones del proceso de manejo y uso de medicamentos en la muestra analizada es muy escasa.

Las metas más difundidas e implementadas fueron las relacionadas a *cirugía segura* y a *reducción de infecciones asociadas al cuidado de la salud*. Se identificaron oportunidades de mejoras para emitir recomendaciones adaptadas al sistema sanitario de la República Argentina sobre prácticas seguras de modo que puedan ser implementadas.

Un desafío importante es el de profundizar en la formación de los sanitarios para comprender el valor de trabajar en equipo, de utilizar métodos de comunicación efectiva, de tratar al paciente de modo integral, de contar con él en su cuidado, y de detectar rápidamente fallas a fin de mejorar de modo diligente y profundo.

Deberían asignarse recursos y esfuerzos para orientar la investigación local hacia el objetivo de conseguir resultados que nos brinden información local precisa, ello, sin duda nos ayudaría a adelantar grandes pasos en la consolidación de la cultura que otros países ya han logrado en la materia.

El presente trabajo de investigación se constituye como el primer estudio multicéntrico a nivel nacional en la República Argentina respecto al estado de implementación de metas internacionales de seguridad del paciente y manejo y uso de medicamento mediante autoevaluación.

La utilización de una herramienta de autoevaluación diagnóstica, y de mejora continua, permitirá emitir documentos de posicionamiento a fin de contribuir con la mejora de la seguridad de los pacientes en las instituciones sanitarias.

## Bibliografía

1. Donabedian A. La calidad de la atención médica. Rev Calidad Asistencial. 2001; 16(Supl 1):s29-38.
2. Otero MJ, Martín R, Domínguez-Gil A. Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos. En: Lacasa C, Humet C, Cot R. Errores de medicación: prevención, diagnóstico y tratamiento. Barcelona: EASO SL, 2001; 95-102
3. Panattieri ND , Dackiewicz N , Arpí L , Godio C , Andión E, et al. La seguridad del paciente y las internacionales metas : Documento de consenso. Arch Argent Pediatr. 2019 1 de diciembre; 117 (6): S277-S309. doi: 10.5546 / ap.2019.S277.
4. Leape LL, Brennan TA, Laird N, Lawthers AG, et al. The nature of adverse events in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study II. N Engl J Med. 1991; 324(6):377-384.
5. Seguridad del paciente. Estrategias para una atención sanitaria mas segura. Charles Vincent y Rene Amalberti. Editorial Modus Laborandi. 2016. ISBN:978-84-938073-8-2
6. Cuestionario de autoevaluación de la seguridad del sistema de utilización de los medicamentos en los hospitales. Insitituto para el uso seguro de medicamentos de España. Disponible en www. <http://apps.ismp-espana.org>
7. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS (eds.). To Err Is Human: Building a Safer Health System. Washington, DC: National Academies Press; 2000.
8. Murphy DJ, Martin GS. Effective Communication on ICU Rounds: can we master competency for this procedure?. Crit Care Med. 2013; 41(8):2056-7.
9. La OMS lanza "Nueve soluciones para la seguridad del paciente" a fin de salvar vidas y evitar daños. <https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2007/pr22/es/>
10. Newell S1, Jordan Z. JBI. The patient experience of patient-centered communication with nurses in the hospital setting: a qualitative systematic review protocol. Database System Rev Implement Rep. 2015 Jan;13(1):76-87. doi: 10.11124/jbisrir-2015-1072.
11. Joint Commission International. International Patient Safety Goals. Disponible en: <https://www.jointcommissioninternational.org/improve/international-patient-safety-goals/>.
12. The third WHO Global Patient Safety Challenge: Medication Without Harm Disponible en <https://www.who.int/patientsafety/medication-safety/en/>
13. Wears RL. The science of safety. En: Zipperer L, Cushman S, editores. Lessons in patient safety. Chicago (IL): National Patient Safety Foundation; 2001. p. 1-6.

14. Joint Commission International. Estándares de acreditación para hospitales de Joint Commission International. 6.ta ed. Illinois: JCI; 2017. Disponible en: <https://www.jcrinc.com>
15. Grupo de Farmacoeconomía de la zona II de la SEFH. Elección y ponderación de criterios de selección de medicamentos. Aplicación a la selección de antibióticos y antidepresivos para la guía farmacoterapéutica. Farm Hosp 2000; 24 (1): 12-19.  
Organización Mundial de la Salud. Guía de la Buena Prescripción. Programa de Acción sobre Medicamentos Esenciales. 1994.
16. M. J. Otero L, C. Codina J M. J. Tames A, M. Perez E. Errores de medicación: estandarización de la terminología y clasificación. Resultados de la Beca Ruiz-Jarabo 2000. Farm Hosp 27-3, pp. 137-149, 2003. Aranaz-Andrés JM, Aibar-Remón C, Limón-Ramírez R, Amarilla A, et al.
17. American Society of Hospital Pharmacists. Statement on the Formulary System. Am J Hosp Pharm 1983; 40:1384-5
18. Otero MJ, Martín R, Domínguez-Gil A. Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos. En: Lacasa C, Humet C, Cot R. Errores de medicación: prevención, diagnóstico y tratamiento. Barcelona: EASO SL, 2001; 95-102.
19. Datos y cifras. Disponible en <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>
20. World Health Organization, Joint Commission. Patient Identification. Patient Safety Solutions. 2007;1:Solution 2. Disponible en: <https://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/PS-Solution2.pdf?ua=1>
21. Cisneros N. Mix-up: baby nursed by wrong mother. (online). 2006 Jun 10. [www.abc7news.com](http://www.abc7news.com)
22. Anderson S, Witwer W. Using Bar-code point of care technology for patient safety. J Healthc Qual 2004 Nov-Dec; 26(6) 5-11.
23. Classen, Roger Resar, Frances Griffin, Frank Federico, Terri Frankel, James. 'Global Trigger Tool' Shows That Adverse Events In Hospitals May Be Ten Times Greater Than Previously Measured. Health Affairs 30, no.4 (2011):581-589 doi: 10.1377/hlthaff.2011.0190
24. Müller M, Jürgens J, Redaelli M, Karsten K et al. Impact of the communication and patient hand-off tool SBAR on patient safety: a systematic review. BMJ Open 2018;8:e022202. doi:10.1136/bmjopen-2018-022202.
25. World Health Organization, Joint Commission. Communication During Patient Hand-Overs. Patient Safety Solutions. 2007;1: Solution 3. [Acceso: 8 de abril de 2019]. Disponible en: <https://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/PS-Solution3.pdf?ua=1>.
26. Haynes, AB, Weiser, TG, Berry, WR, et al.: Changes in safety attitude and relationship to decreased post-

- operative morbidity and mortality following implementation of a checklist-based surgical safety intervention. *BMJ Qual Saf* 2011; 20: 102–7.
27. Organización Mundial de la Salud. Higiene de las manos: ¿por qué, cómo, cuándo? [Acceso: 8 de abril de 2019]. Disponible en: [https://www.who.int/gpsc/5may/tools/ES\\_PSP\\_GPSC1\\_Higiene-de-las-Manos\\_Brochure\\_June-2012.pdf?ua=1](https://www.who.int/gpsc/5may/tools/ES_PSP_GPSC1_Higiene-de-las-Manos_Brochure_June-2012.pdf?ua=1).
  28. Aguilera Peña F, Corrales Mayoral MT, Florez Almonacid CI, Galván Ledesma J, et al. Prevención de Caídas. En *Manual de Protocolos y Procedimientos Generales de Enfermería*. Córdoba, España: Junta de Andalucía; 2011. [Acceso: 21 de abril de 2019]. Disponible en: [https://www.junta-deandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hrs3/fileadmin/user\\_upload/area\\_enfermeria/enfermeria/procedimientos/procedimientos\\_2012/h14\\_preencion\\_caidas.pdf](https://www.junta-deandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hrs3/fileadmin/user_upload/area_enfermeria/enfermeria/procedimientos/procedimientos_2012/h14_preencion_caidas.pdf).
  29. Grainger-Rousseau TJ, Miralles MA, Hepler CD, Segal R, Doty RE, Ben-Joseph R. Therapeutic outcomes monitoring: application of pharmaceutical care guidelines to community pharmacy. *J Am Pharm Assoc (Wash)*. 1997 Nov-Dec;NS37(6):647-61.
  30. Casas Valdés A, Oramas Díaz J, Presno Quesada I, López Espinosa JA, Cañedo Andalia R. Aspectos teóricos en torno a la gestión del conocimiento en la medicina basada en evidencias. *Acimed* [internet]. 2008. [cited 2015 Jul 12];17(2):[about 12 p.]. Available from: [http://bvs.sld.cu/revistas/aci/vol17\\_2\\_08/aci03208.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/aci/vol17_2_08/aci03208.htm)