

“El Farmacéutico y su Liderazgo en la Gestión de la Seguridad del Paciente”

La seguridad del paciente es una disciplina de la atención de la salud que surgió con la evolución de la complejidad de los sistemas de atención de la salud y el consiguiente aumento de los daños a los pacientes en los centros sanitarios. Su objetivo es **prevenir y reducir** los riesgos, errores y daños que sufren los pacientes durante la prestación de la asistencia sanitaria. La seguridad del paciente es fundamental para prestar servicios sanitarios esenciales **de calidad**. De hecho, existe un claro consenso de que los servicios de salud de calidad en todo el mundo deben ser eficaces y seguros y estar centrados en las personas. Además, para que los beneficios de una atención sanitaria de calidad sean efectivos, los servicios de salud deben prestarse de manera oportuna, equitativa, integrada y eficiente.

¿POR QUÉ SE PRODUCEN DAÑOS A LOS PACIENTES?

Errar es humano, y esperar un rendimiento impecable de personas que trabajan en entornos complejos y muy estresantes no es realista. Para evitar que las personas cometan errores hay que situarlas en un entorno a prueba de errores en el que los sistemas, las tareas y los procesos estén bien diseñados. Por tanto, es necesario centrarse en el sistema que permite que se produzca el daño para que haya una mejora, la cual solo puede producirse en un entorno abierto y transparente en el que prevalezca una cultura de seguridad.

A continuación, se señalan algunas de las situaciones más preocupantes en relación con la seguridad del paciente:

Los **errores de medicación** son una de las principales causas de lesiones y daños evitables en los sistemas de atención sanitaria: se estima que, en todo el mundo, el costo asociado a los errores de medicación asciende a **US\$ 42.000 millones anuales**.

Las **infecciones relacionadas con la atención sanitaria** afectan a 7 y 10 de cada 100 pacientes hospitalizados en países de ingresos altos y países de ingresos bajos y medios, respectivamente.

Los **procedimientos quirúrgicos poco seguros** provocan complicaciones en hasta el 25% de los pacientes. Anualmente, casi siete millones de pacientes quirúrgicos sufren complicaciones significativas, de los que un millón fallece durante la intervención o inmediatamente después de ella.

Las **prácticas de inyección poco seguras** en entornos de atención sanitaria pueden transmitir infecciones, entre ellas por el VIH y por los virus de la hepatitis B y C, y plantean un peligro directo para los pacientes y los profesionales sanitarios. Representan una carga de daños estimada en 9,2 millones de años de vida perdidos por discapacidad y muerte en todo el mundo.

Los **errores diagnósticos** afectan aproximadamente al 5% de los adultos que reciben atención ambulatoria, y más de la mitad de estos errores pueden llegar a causar daños graves. La

mayoría de las personas se ven afectadas por algún error de diagnóstico a lo largo de su vida.

Las **prácticas de transfusión poco seguras** exponen a los pacientes al riesgo de reacciones adversas a la transfusión y de transmisión de infecciones. Los datos sobre reacciones adversas a la transfusión procedentes de un grupo de 21 países muestran una incidencia media de 8,7 reacciones graves por cada 100 000 unidades de componentes sanguíneos distribuidas.

Los **errores de irradiación** abarcan los casos de sobreexposición a la radiación y aquellos en los que se irradia al paciente incorrecto o la zona equivocada. Según un examen de los datos publicados a lo largo de 30 años sobre seguridad en radioterapia, se estima que la incidencia general de errores es de aproximadamente 15 por cada 10000 ciclos de tratamiento.

A menudo, la **septicemia** no se diagnostica a tiempo para salvar la vida del paciente. Como muchas de las infecciones que la causan son resistentes a los antibióticos, pueden provocar un rápido deterioro de la situación clínica. Se estima que anualmente se ven afectadas 31 millones de personas en todo el mundo, de las que más de 5 millones fallecen.

Las **tromboembolias venosas** son una de las causas más frecuentes y prevenibles de daños a los pacientes, y suponen una tercera parte de las complicaciones atribuidas a la hospitalización. Se estima que anualmente se registran 3,9 millones de casos en los países de ingresos altos y 6 millones de casos en los países de ingresos bajos y medios.

Atendiendo que los errores relacionados a la MEDICACIÓN se llevan una parte importante en esta problemática, creemos necesario enfatizar el rol importantísimo del farmacéutico y el liderazgo del servicio de farmacia como elementos clave para el éxito de un programa de seguridad de la medicación. El liderazgo farmacéutico de las estructuras y de los sistemas asegura un enfoque interdisciplinar e integrado para lograr la seguridad de la utilización de los medicamentos en los establecimientos de salud.

Los farmacéuticos SON los profesionales más eficaces para liderar los equipos de gestión en la implantación de prácticas relacionadas con la gestión de los medicamentos y el desarrollo de estrategias de reducción de errores de medicación. Por consiguiente, deben liderar los procedimientos y los programas para implementar las prácticas de seguridad de la medicación. Los responsables del servicio de farmacia deben tener un papel activo en el equipo de dirección y administración del centro que refleje su autoridad y su responsabilidad en el funcionamiento del sistema de utilización de los medicamentos en toda la institución.

Además del papel crítico de liderazgo, los farmacéuticos deben ser eficaces para trabajar con otros servicios clínicos y asegurar que el hospital tiene mecanismos, en todas las áreas, para utilizar los medicamentos con seguridad, eficacia y eficiencia, desde la prescripción al seguimiento de los tratamientos. Al día de hoy no es razonable ni efectivo pensar que el uso de los medicamentos es responsabilidad única de un servicio, sino que debe ser un esfuerzo interdisciplinar liderado de forma efectiva por el servicio de farmacia.

A continuación, se enumeran algunas actuaciones que los líderes farmacéuticos deben efectuar para lograr una gestión segura de los medicamentos:

- 1- *Identificar sistemáticamente y reducir los riesgos y peligros de la medicación, para disminuir los daños prevenibles a los pacientes.*
- 2- *Establecer estructuras y sistemas liderados por farmacia que garanticen el conocimiento por la institución de los puntos débiles de seguridad de la medicación.*
- 3- *Fomentar una cultura institucional de uso seguro de los medicamentos y medir la cultura de seguridad de los profesionales de farmacia.*
- 4- *Establecer un comité de seguridad de la medicación, para revisar errores de medicación, acontecimientos adversos y situaciones de riesgo, e informar de estos datos y de las estrategias de prevención al equipo directivo y al gestor de seguridad del paciente.*
- 5- *Realizar reuniones breves diarias con el equipo de farmacia centradas en aspectos significativos de calidad o seguridad.*
- 6- *Asegurar que los profesionales del servicio de farmacia trabajen en equipo, fomenten sus destrezas y se formen en técnicas de comunicación.*
- 7- *Trabajar con los equipos interdisciplinarios para asegurar tratamientos basados en la evidencia en todos los pacientes.*
- 8- *Participar en la preparación de los planes para implementar la prescripción electrónica asistida, sistemas de código de barras medicamento/paciente, bombas de infusión inteligentes y otras tecnologías de la información con impacto en la seguridad de la medicación.*
- 9- *Trabajar con los equipos interdisciplinarios para asegurar un uso seguro y efectivo de los medicamentos a lo largo de la continuidad asistencial.*
- 10- *Realizar visitas a las unidades para evaluar los procesos de la medicación y recabar de los profesionales información directa sobre las prácticas seguras con la medicación.*

ALGUNOS NÚMEROS IMPORTANTES:

- Los eventos adversos debidos a una atención poco segura son probablemente una de las **10 causas principales de muerte y discapacidad en el mundo**.
- En los países de ingresos altos, se estima que uno de cada 10 pacientes sufre daños mientras recibe atención hospitalaria. El daño puede ser causado por una serie de eventos adversos, de los cuales casi el 50% son prevenibles.
- Cada año se producen 134 millones de eventos adversos por una atención poco segura en los hospitales de los países de ingresos bajos y medios, lo que provoca 2,6 millones de muertes.
- A nivel mundial, hasta 4 de cada 10 pacientes sufren daños en la atención sanitaria primaria y ambulatoria. Hasta el 80% de los daños se pueden prevenir. Los errores más perjudiciales están relacionados con el **diagnóstico, la prescripción y el uso de medicamentos**.
- Las inversiones en la reducción de los daños a los pacientes pueden conducir a ahorros financieros significativos y, lo que es más importante, a mejores resultados para los pacientes. Un ejemplo de prevención es **involucrar a los pacientes**, lo cual, si se hace bien, puede reducir la carga de los daños hasta en un 15%.

Ahora la pregunta es, ¿por dónde empezamos a gestionar y liderar procesos que conduzcan a un adecuado uso de medicamentos en un establecimiento de salud?

Sabemos que CUALQUIER ERROR DE MEDICACIÓN puede causar lesiones al paciente. Sin embargo, cuando se utilizan medicamentos llamados de “alerta máxima” y fármacos pertenecientes a diversas categorías, el riesgo de lesiones significativas o de muerte es incluso mayor.

El organismo de vigilancia Institute for Safe Medication Practices (ISMP) observó a través de un estudio que existen 6 medicamentos que se destacan por su riesgo significativamente elevado en los contextos asistenciales agudos. Tras acuñar el término “medicamentos de alerta máxima” o “medicamentos de Alto Riesgo”, el ISMP comenzó a difundir por todo el mundo la información relativa a los peligros asociados a los siguientes medicamentos:

Insulina.

Heparina.

Opiáceos.

Cloruro potásico inyectable o fosfato potásico concentrado.

Bloqueadores neuromusculares.

Fármacos de quimioterapia.

Tras la identificación inicial de los medicamentos que conllevan un riesgo mayor, cada hospital debe desarrollar una serie de procesos de seguridad relativos a la obtención, el almacenamiento, la prescripción, la transcripción, la preparación, la dispensación, la administración y el control.

El ISMP reconoce que la reducción significativa de los errores con los medicamentos exige la voluntad de cambio por parte de los gobiernos, las agencias reguladoras, la industria farmacéutica y todas las personas implicadas en las organizaciones asistenciales. La voluntad respecto al cambio de las prácticas clínicas debe colocarse en el nivel alto de prioridad: los hospitales tienen que fomentar una cultura en la que los profesionales se sientan seguros a la hora de notificar sus riesgos, errores y episodios en los que casi tuvo lugar un error. Los administradores deben establecer contacto con todas las personas de cada organización para establecer una serie de criterios que permitan mejorar en esta área y, después, tienen que volver a evaluarlos para comprobar los resultados.

Hay 3 fórmulas que permiten abordar todos los pasos necesarios para incrementar la seguridad respecto a los medicamentos de alerta máxima y para establecer las bases del cambio:

1- Estandarización de los procesos necesarios para la prevención de los errores, como lo son el uso de sistemas informáticos de prescripción, código de barras y el uso de “bombas inteligentes”. La limitación de su número, variedad y concentraciones en las unidades de hospitalización reducirá su implicación en los errores. Por ejemplo, los hospitales que retiran de las unidades de hospitalización las reservas de cloruro potásico concentrado eliminan los errores asociados a la administración inadvertida de potasio a concentraciones elevadas. La retirada de todos los bloqueadores neuromusculares de las unidades en las que los pacientes

no son intubados normalmente es útil para prevenir la administración accidental de estos medicamentos a pacientes que no están siendo tratados con ventilación mecánica.

- *Diferenciación de los medicamentos.* Algunos medicamentos de alerta máxima tienen un aspecto y un nombre parecidos, o bien sus envoltorios y sus etiquetas guardan similitud con los de otros medicamentos. Para evitar confusiones de consecuencias mortales, es importante destacar las diferencias que permiten distinguir estos medicamentos.
- *Aplicación de limitaciones.* Las limitaciones reducen el alcance de ciertas acciones, tal como la limitación del acceso a los medicamentos y a los dispositivos relacionados con ellos, con el objetivo de reducir el riesgo de errores.
- *Estandarizar y simplificar.* La estandarización garantiza que un proceso se realiza de la misma manera todas las veces, reduciendo la variabilidad y la oportunidad de aparición de errores. Al disminuir la dependencia respecto a la memoria y la atención humanas, la estandarización ayuda a los profesionales de enfermería a llevar a cabo con seguridad procesos respecto a los cuales no están familiarizados.
- *Utilización de recordatorios.* Las etiquetas auxiliares colocadas sobre los envases de la medicación pueden recordar a los profesionales de enfermería que deben adoptar precauciones para la preparación y administración seguras de un medicamento de alerta máxima. Ej: **“AVISO Fármaco con concentración elevada”, “Se debe diluir”, “AVISO Fármaco anestésico”, “Causa paro respiratorio”, “SÓLO para uso por vía ORAL”, “SÓLO para uso EXTERNO”.**
- *Participación de los pacientes en los tratamientos.* La última barrera frente a un error peligroso con la medicación puede ser el paciente informado o cualquier persona que actúe en su nombre. Los pacientes y sus familiares (con el permiso de los propios pacientes) necesitan una información clara y coherente respecto a los medicamentos mientras el paciente permanece en el hospital y también después de que recibe el alta.

2- Descubrimiento de los errores:

- *Realización de controles dobles independientes.* El método de que otro profesional revise los pasos dados por un primer profesional a la hora de preparar o administrar una medicación puede poner en evidencia un error y, posiblemente, puede salvar la vida de un paciente.
- *Aplicación de otras formas de redundancia.* El profesional de enfermería puede utilizar otros tipos de redundancias diferentes de los controles dobles independientes, con objeto de reducir el riesgo de lesiones en los pacientes. Entre ellas, la comparación de las prescripciones de medicamentos de alerta máxima con el diagnóstico establecido

en el paciente, con las indicaciones del medicamento y con la información vital correspondiente al paciente, con objeto de confirmar que tanto el medicamento como la dosis son apropiados. Es importante evitar dentro de lo posible las órdenes verbales, especialmente en lo que se refiere a los medicamentos de alerta máxima.

- *Señales luminosas y auditivas.* Por ejemplo, un sistema de código de barras puede activar una alarma y mostrar un mensaje de texto de advertencia en los casos en que el medicamento, la dosis o la vía de administración no se están utilizando en el momento correcto y en el paciente correcto.

3- Minimización de las consecuencias de los errores para los pacientes:

Si, a pesar de las medidas preventivas, el paciente se ve afectado por un error con la medicación, las precauciones que se citan a continuación pueden ser útiles para minimizar las lesiones que puede sufrir.

- *Almacenar viales pequeños de los fármacos peligrosos.* La reducción del tamaño de los viales de los medicamentos de alerta máxima existentes en las áreas asistenciales es un método relativamente sencillo para minimizar los efectos de los errores.
- *Control estrecho del paciente.* Mediante la vigilancia estrecha de los pacientes que están recibiendo medicamentos de alerta máxima, usted puede detectar precozmente la aparición de problemas relacionados con los errores e intervenir rápidamente. A intervalos concretos se deben valorar el estado neurológico del paciente (incluyendo su nivel de consciencia), sus signos vitales, su situación respiratoria y los resultados de las pruebas analíticas. Siempre hay que comprobar que existen los medicamentos de reversión y el equipamiento de reanimación apropiados, y se debe avisar al equipo de respuesta rápida al primer indicio de problemas.

INICIATIVAS DE LA OMS HASTA LA FECHA

La labor de la OMS en materia de seguridad del paciente comenzó con la puesta en marcha de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente en 2004 y ha seguido evolucionando con el tiempo. La OMS ha facilitado la mejora de la seguridad de la atención sanitaria en los Estados Miembros mediante el establecimiento de los Retos Mundiales por la Seguridad del Paciente. Para cada uno de estos Retos se ha identificado una carga para la seguridad del paciente que plantea un riesgo importante y significativo. Los retos son hasta la fecha los siguientes:

1. Una atención limpia es una atención más segura (2005), cuyo objetivo es reducir las infecciones relacionadas con la atención sanitaria haciendo hincapié principalmente en la mejora de la higiene de las manos.
2. La cirugía segura salva vidas (2008), cuyo fin es reducir los riesgos asociados a la cirugía.

3. **Medicación sin daño (2017), cuyo propósito es reducir en un 50% los daños graves evitables relacionados con los medicamentos en un periodo de cinco años a nivel mundial.**
4. Plan de Acción Mundial en pro de la Seguridad del Paciente 2021-2030

“Las prácticas no tienen ningún valor si los líderes no toman las riendas y las adoptan. El éxito en la seguridad del paciente se consigue solo con el liderazgo de las partes involucradas”

BIBLIOGRAFÍA

1- Protección de los pacientes: reducción de los riesgos relacionados con los medicamentos de alerta máxima. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-nursing-20-articulo-proteccion-pacientes-reduccion-riesgos-relacionados-13125835>

2- El papel del farmacéutico en la gestión de la seguridad de los medicamentos diez años después de la publicación del informe “Errar es humano”. Disponible en <https://www.revistafarmaciahospitalaria.es/>

3- Seguridad del paciente. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>