



CONGRESO
NACIONAL

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE
FARMACIA HOSPITALARIA

MÁLAGA 15-17 OCT 25

Sapere Aude

Reflexión ante nuevos retos



VISIBILIDAD Y MEJORA: El Técnico en Farmacia ante el reto de la Seguridad del Paciente

ARMANDO MESA JIMÉNEZ

Técnico en Farmacia Hospital Puerta del Mar (Cádiz)

Historia de los Errores Sanitarios

- 1 — 1950-1960
Primeros estudios sobre errores en atención sanitaria
- 2 — 1999
"To err is human" revela magnitud del problema
- 3 — Actualidad
Enfoque sistémico para prevención de errores

El estudio del Instituto Americano de Medicina marcó un punto de inflexión al cuantificar morbilidad, mortalidad y costes económicos

Dos Modelos Opuestos

Modelo que Culpabiliza

- Busca al culpable como primera acción
- Atribuye errores a descuido o falta de motivación
- Estrategia: amenaza y sanción disciplinaria disciplinaria
- Resultados: **poco efectivo en sanidad**

Modelo Centrado en el Sistema

- No culpabiliza a las personas
- Atribuye errores a deficiencias del sistema
- Estrategia: mejora de diseño y organización
- Resultados: prevención efectiva

El Modelo de Reason: Queso Suizo

Múltiples Capas de Defensa

Cada rebanada representa una barrera de seguridad

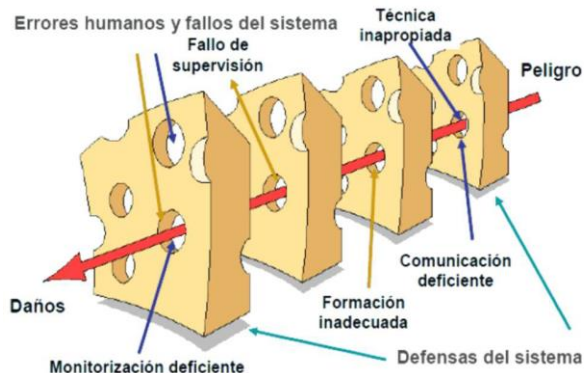
Agujeros Variables

Debilidades que cambian continuamente de tamaño y posición

Alineación Fatal

El accidente ocurre cuando todos los agujeros se alinean

Modelo de causalidad usado en aviación, ingeniería y asistencia sanitaria para análisis y gestión de riesgos



Estrategia de Prevención Sistémica



Analizar Errores

Buscar causas en el sistema, no en las personas



Identificar Condiciones

Detectar situaciones que pueden desembocar en error



Revisar Barreras

Evaluar qué defensas de seguridad han fallado

Manejo Integral de los Errores

Implementar Procesos y Defensas

- Reducir probabilidad de fallos del sistema y personas
- Aumentar probabilidad de detección temprana
- Enfocarse en los errores más peligrosos

Crear Sistemas Tolerantes

- Capaces de tolerar la ocurrencia de errores
- Mitigar consecuencias cuando ocurran
- Aprender y mejorar continuamente

Cambio Cultural: 4 Pilares Fundamentales



Procedimientos Unificados

Notificación y análisis estandarizados en el centro



Cultura Abierta

Comunicar y discutir incidentes sin temor



Monitorización

Seguimiento de cambios implementados



Metodología Sistémica

Prevención, análisis y aprendizaje continuo

Política de Seguridad Institucional

01

Establecer Políticas

Conjunto de normas para proteger al paciente

02

Desarrollar Actividades

Acciones encaminadas a la prevención de errores

03

Implementar Medidas

Protocolos específicos relacionados con la asistencia

Cada centro debe establecer políticas de seguridad que protejan al paciente de errores relacionados con la asistencia sanitaria

Sistema de Notificación Efectivo



No Punitivo

Sin consecuencias disciplinarias para quien notifica



Voluntario

El profesional decide libremente comunicar el incidente



Anónimo

Protección de la identidad del notificador



Confidencial

Información protegida y uso restringido

La notificación permite aprender de lo ocurrido y adoptar medidas preventivas para el futuro

Del Error al Aprendizaje

Notificar

Comunicar el incidente o error

Evaluar

Eficacia de las medidas adoptadas

Analizar

Identificar causas sistémicas

Implementar

Medidas preventivas específicas



notificA SP

Evolución de Incidentes de Medicación

ANDALUCÍA: PERIODO 2020-2024

Los eventos relacionados con medicamentos representan una proporción significativa de los incidentes de seguridad del paciente en hospitales andaluces.

12,5%

2020

Incidentes de
medicación del total

17,2%

2021

Pico máximo registrado

11,1%

2023

Porcentaje más bajo del
período

17,9%

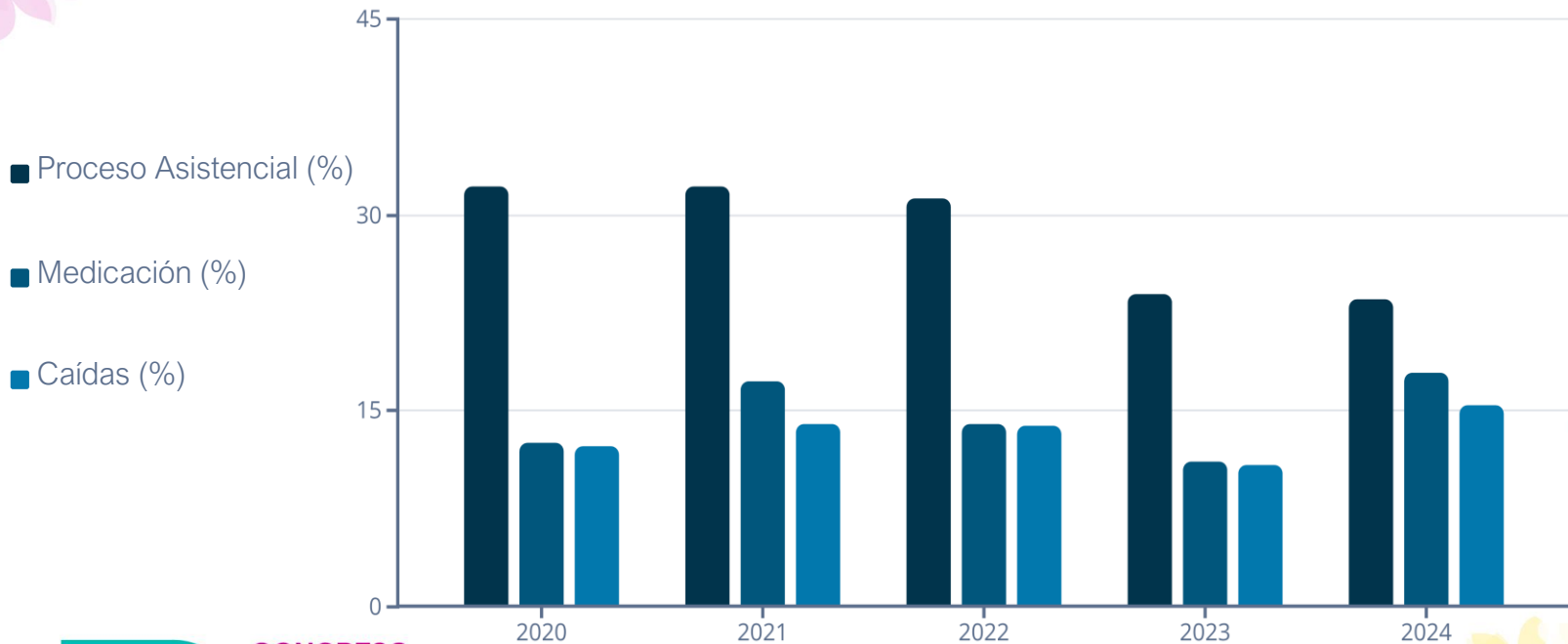
2024

Repunte significativo

Aproximadamente el **80% de las notificaciones** provienen del ámbito hospitalario cada año.

Categorías Principales de Incidentes

Los incidentes de medicación se mantienen consistentemente entre las tres categorías más frecuentes en hospitales andaluces.



En 2021 y 2024, los incidentes de medicación ocuparon el **segundo lugar** en frecuencia relativa.

Participación del Personal de Farmacia

Técnicos de Farmacia

Las notificaciones de técnicos sanitarios han crecido significativamente:

- 2020: 90 notificaciones (2,3%)
- 2021: 140 notificaciones (3,3%)
- 2022: 175 notificaciones (3,0%)
- 2023: 337 notificaciones (4,3%)
- 2024: 440 notificaciones (3,7%)

Farmacéuticos

Incremento sostenido pero más moderado:

- 2020: 55 notificaciones (1,4%)
- 2021: 63 notificaciones (1,4%)
- 2022: 97 notificaciones (1,7%)
- 2023: 114 notificaciones (1,5%)
- 2024: 161 notificaciones (1,4%)

Los técnicos sanitarios superan consistentemente en número a los farmacéuticos en las notificaciones, llegando a ser tres veces superiores en 2023.

Análisis de Causas

Factores Organizativos y Culturales

Priorización variable de la seguridad farmacoterapéutica según el año. Mayor conciencia en 2021 y 2024 tras la pandemia COVID-19.

Cambios en el Sistema de de Notificación

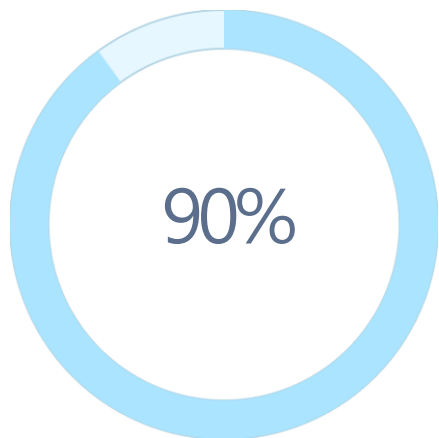
Nueva versión de notificASP implantada en 2022-2023 con formularios actualizados y nuevas categorías temáticas, incluyendo "uso seguro del medicamento".

Contexto Asistencial

Impacto de la pandemia en 2020, adaptación en 2021, y consolidación del nuevo sistema en 2024 con mayor cultura de notificación.

Acciones de Mejora Implementadas

En 2024, más del 90% de los incidentes fueron analizados por referentes de seguridad, generando acciones concretas.



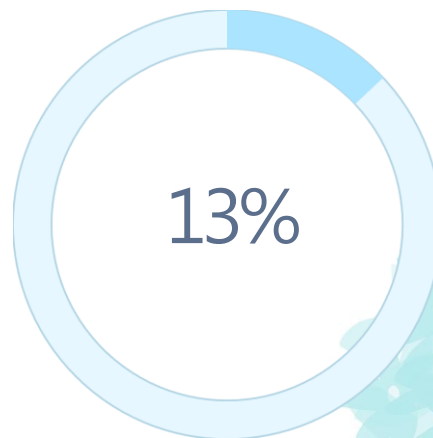
Incidentes Analizados

Revisados por referentes de seguridad



Acciones de Mejora

Relacionadas con medicación



Compartidas

Acciones difundidas entre centros

Oportunidades de Mejora

01

Refuerzo de Prevención

Revisar protocolos de prescripción y dispensación. Implementar sistemas de doble verificación y herramientas tecnológicas como prescripción electrónica.

02

Capacitación Continua

Formar al personal en prácticas seguras, realizar simulacros de errores y sesiones de aprendizaje a partir de casos reales.

03

Participación Activa

Integrar técnicos de farmacia en comités de seguridad, potenciar su rol en programas de prevención y reconocer su labor.

04

Análisis Sistemático

Investigar causas raíz, implementar barreras adicionales y compartir lecciones aprendidas entre hospitales.



Sistemas de Notificación Nacional

A nivel nacional, existen dos plataformas principales para la notificación de incidentes relacionados con medicamentos.



ISMP

Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos

Plataforma especializada en la prevención de errores de medicación y promoción de prácticas seguras.

SINASP

Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente

Sistema nacional que integra las notificaciones de las comunidades autónomas.

Conclusiones y Perspectivas

Retos Persistentes

La medicación representa del 11% al 18% de incidentes hospitalarios, requiriendo atención continua.

Tendencia Positiva

Mejora en la comunicación de incidentes y cultura de aprendizaje organizacional.

Rol Clave

Los técnicos de farmacia emergen como actores fundamentales en la detección y notificación.

Futuro Prometedor

Con formación sostenida y acciones sistemáticas, es posible reducir eventos adversos significativamente.

Sapere Aude

Reflexión ante nuevos retos



**CONGRESO
NACIONAL**

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE
FARMACIA HOSPITALARIA

MÁLAGA 15-17 OCT 25



Gracias

armando.mesa.sspa@juntadeandalucia.es