

**SEGURIDAD DEL PACIENTE EN ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS EN
UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES (UCIN)**

JACQUELINE DEL CARMEN FERRER MOSQUERA

UNICOC - COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO

GERENCIA EN SALUD

BOGOTÁ – COLOMBIA

2018

TABLA DE CONTENIDO

	Pag.
1. Glosario.....	1.
2. Introducción.....	3.
3. Justificación.....	5.
4. Objetivo general.....	6.
5. Objetivos específicos.....	7.
6. Metodología.....	8.
7. Marco teórico.....	9.
8. Variables de investigación.....	21.
9. Conclusiones.....	23.
10. Bibliografía.....	24.

GLOSARIO

- ✚ **Seguridad del paciente:** El conjunto de elementos estructurales, procesos instrumentados y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que proponen minimizar el riesgo a sufrir un evento adverso en el proceso atención en salud.
- ✚ **Indicio de atención insegura:** Un acontecimiento o circunstancia que puede alertar acerca del incremento del riesgo de ocurrencia de un incidente o evento adverso.
- ✚ **Falta de la atención en salud:** Una deficiencia para realizar una acción prevista según lo programado o la utilización de un plan incorrecto lo cual puede manifestarse mediante la ejecución de procesos incorrectos (falta de acción) o mediante la no ejecución de los procesos correctos (falta de omisión)
- ✚ **Factores contributivos:** son las condiciones que predisponen una acción insegura (falta activa).
- ✚ **Tarea y tecnología:** Toda la documentación ausente poco clara, no socializada, que contribuye al error. La tecnología o insumos ausentes, deteriorados sin mantenimiento, sin capacitación al personal contribuye al error.
- ✚ **Individuo:** El equipo de salud (enfermeros, médicos, regente de farmacia, fisioterapeutas, etc.) que contribuyen a la generación del error.
- ✚ **Ambiente:** Referente al ambiente físico que contribuye al error. Ej.: Deficiencia de iluminación.
- ✚ **Farmacovigilancia:** Ciencia y actividades relacionadas con la detección, evaluación y entendimiento de prevención de eventos adversos.
- ✚ **Seguridad:** Es la característica de un medicamento según la cual puede usarse sin mayores posibilidades de causar efectos tóxicos no deseados.

- ✚ **Evento Adverso Por Medicamentos:** define como cualquier daño grave o leve causado por el uso terapéutico incluyendo la falta de uso de un medicamento, se clasifica en:
- ✚ **Prevenibles:** Resultado no deseado no intencional, causado por error de medicación, que se habría evitado mediante el cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial disponible en un momento determinado.
- ✚ **No Prevenible:** Resultado no deseado, no intencional que se produce a pesar del uso apropiado de los medicamentos y del cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial.
- ✚ **Reacción Adversa A Medicamentos:** La OMS define como todo efecto perjudicial y no deseado que se presenta después de la administración de un medicamento a la dosis normalmente utilizada para el Dx o Tto de una enfermedad con el objeto de modificar su acción biológica.
- ✚ **Error De Medicación (EM):** Se define como cualquier incidente prevenible que puede causar daño del paciente o dar lugar o una utilización inapropiada de los medicamentos, cuando están bajo el control de los profesionales de la salud o consumidor.

INTRODUCCION

La Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal (UCIN) es un entorno clínico cargado de desafíos en el que con frecuencia pueden ocurrir resultados adversos y errores médicos. La severidad y naturaleza crítica de sus pacientes, la complejidad del tratamiento, la dificultad del cuidado multidisciplinar, y la aplicación de nuevas tecnologías hacen de los recién nacidos una población única y muy vulnerable. En cualquier escenario clínico donde haya un paciente se puede presentar eventos adversos. Estos son un indicador significativo del resultado final de la atención y muestran como ningún otro cuál es la calidad de eventos adversos, a pesar de los esfuerzos realizados, está en la alta complejidad de la atención en salud.

Es necesario implementar prácticas seguras que lleven a reducir el máximo el crecimiento entre número de eventos adversos que se presentan en la atención en salud de un paciente. La utilización de medicamentos es un proceso que incluye un gran número de pasos (prescripción, transcripción, dispensación, preparación y administración) en el que intervienen muchos profesionales sanitarios. Todo esto conlleva un gran riesgo a que se produzcan errores y que estos puedan derivar en daño para el paciente.

En el caso del paciente neonatal, factores como la inmadurez fisiológica del recién nacido y la complejidad de los tratamientos indicados para los niños ingresados en el UCIN hace que los errores de medicación en esta población se han más graves. La falta de presentaciones farmacéuticas y material adecuado para la dosificación es otro de los principales problemas. Las causas son diversas, destacando el conocimiento de la farmacocinética y farmacodinamia en función del peso y la edad gestacional y la utilización de fármacos fuera de indicación o sin licencia.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Existen formas de producir daños en otras personas, que pueden generar lesiones irreversibles que afectan de manera colateral al paciente y su familia, una de las causas más frecuentes se presentan al interior de los centros de salud, hospitales y clínicas del mundo así como en unidades de cuidado crítico . Es por ello, que debemos comenzar definiendo qué es un evento adverso tal como lo dice la organización mundial de la salud en el año 2009: incidente que produce daño a un paciente. Evento o circunstancia que ha ocasionado o podría haber ocasionado un daño innecesario a un paciente. Cuasi incidente: no alcanza al paciente. Incidente sin daño: alcanza al paciente, pero no causa ningún daño apreciable. (Remón & otros, 2009)

También se puede definir el evento adverso como "lesión no intencional que resulta en incapacidad temporal o permanente y/o prolongación del tiempo de permanencia o muerte como consecuencia del cuidado prestado." (Brito & otros, 2009) parafraseando un poco (Brito & otros, 2009) podemos decir, que la frecuencia de eventos adversos en pacientes ha generado debates en los ámbitos internacionales, nacionales y que conjuntamente busca la calidad de la atención en salud donde se prevean este tipo de accidentes que subsanen los distractores que afectan la atención en las unidades de cuidados intensivos neonatales.

Actualmente, dice (Brito & otros, 2009) estos eventos han despertado el interés de investigadores, transformándose en reto para mejorar la calidad en la salud. Se estima que eventos adversos afectan un 10% de los pacientes admitidos en hospitales, pudiendo llevar consigo una debilidad temporal a la muerte, estos errores en técnicas y procedimientos en el área de la salud pueden afectar pacientes y /o familiares, prolongando el tiempo de internación y aumentando los costes asistenciales. (Brito & otros, 2009) Es por ello, que refieren (Brito & otros, 2009) que dentro de esta perspectiva, una de las opciones más viables y con resultados claves es la auditoría en salud, ya que es utilizada como una asociada para promover mejoras en la calidad de los servicios, ya sea para impedir gastos

innecesarios, ya sea por medio de la regulación de determinados procesos para aumentar la calidad en los servicios de auditoría que permita identificar errores y proponer soluciones mediante la mejora de procesos. Es por ello, que el principal objeto de la calidad en salud es garantizar a los clientes que los esfuerzos de la organización se concentran en maximizar cuidados y beneficios y minimizar riesgos inherentes a los procedimientos médicos y terapéuticos. (Brito & otros, 2009)

Los avances tecnológicos han propiciado la creación de nuevas especialidades en salud y la evolución de cuidados médicos y de enfermería. En este escenario se sitúa la terapia intensiva neonatal, iniciada alrededor de los años 60 y que actualmente cuenta con suficiente tecnología y conocimiento científico como para permitir que recién nacidos prematuros y críticamente enfermos tengan mayor supervivencia. (Brito & otros, 2009)

Existen autores tales como: (Cantillo, Lozano & otros, 2014) que refieren la importancia de los profesionales de enfermería y medicina que junto con la tecnología constituyen, el capital intelectual y el material más importante de las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN), por ser los determinantes de la gestión y de los resultados en dichas organizaciones, lo cual caracteriza un área hospitalaria específica y muy diversificada del resto. En esencia, (Cantillo, Lozano & otros, 2014) dicen que estas unidades son propicias para la realización de estudios del ser humano, de su capacidad adaptativa y reactiva ante situaciones graves y complejas tales como: (enfermos en amenaza vital, con fisiopatología inestable, sujetos a soportes sofisticados). Por esta razón, (Cantillo, Lozano & otros, 2014) manifiestan que cuando la comunicación entre los distintos miembros que conforman el equipo de salud fluye adecuadamente, la eficiencia, la eficacia y la efectividad además de la concentración de recursos que convergen para el desarrollo de los procesos de alta calidad se viabiliza.

Es necesario reconocer, entonces, como dicen los autores (Cantillo, Lozano & otros, 2014) que el contexto funcional y laboral de dichas unidades promueve acciones casi siempre reactivas que requieren solución inmediata, lo cual favorece muchas

veces la ocurrencia de eventos adversos e incluso errores. La problemática emergente de los eventos adversos constituye un problema de salud pública por la mortalidad que causa, el incremento de discapacidades y de los altos costos que representa para los usuarios del actual sistema de salud. (Cantillo, Lozano & otros, 2014)

En las UCIN dicen (Cantillo, Lozano & otros, 2014) lo fundamental es el accionar profesional para el desarrollo de procesos destinados a crear condiciones de atención seguras es la toma de decisiones; en la cual la mejor alternativa, la prontitud, precisión y celeridad con la que se decida dependen en gran medida del arsenal de conocimientos, habilidades y la madurez que posea el profesional. En este sentido, (Cantillo, Lozano & otros, 2014) manifiestan que los profesionales en enfermería cumplen un papel fundamental en lo concerniente al proceso de toma de decisiones con respecto a las vivencias que tiene el paciente desde su ingreso hasta la resolución de su problema; el/la enfermero (a) se convierte en la base del cuidado. Por tanto, siempre debe velar por el bienestar de los pacientes, evitando los frecuentes eventos adversos. Es común encontrar incidentes que causan en los pacientes posibles complicaciones o que empeoran su situación de salud; definido "incidente" como un evento o circunstancia que sucede en la atención clínica de un paciente que no le genera daño pero que en su ocurrencia se incorporan fallas en los procesos de atención y en consecuencia, se debe considerar los múltiples factores que pueden conducir a esto. (Cantillo, Lozano & otros, 2014)

"Con respecto a cifras estadísticas sobre los eventos adversos (EA) a nivel nacional es poca la información que existe. Por lo tanto, se desconoce la magnitud del problema a causa del subregistro que se presenta en las instituciones hospitalarias. La incidencia que se notifica en las UCIN ha sido de 1.7 % EA por paciente por día (6, 7). Los eventos adversos, definidos como "el daño, lesión o muerte causados por el tratamiento de una enfermedad o estado del paciente por los profesionales de salud, y que no obedecen a la propia

enfermedad o estados subyacentes” (8, 9), se pueden clasificar de acuerdo con su origen, ya sea por la administración de un medicamento que provoque una Reacción Adversa al Medicamento (RAM), por iatrogenia o pueden ser causados por el paciente al retirar accidentalmente un dispositivo, entre otros” (Cantillo, Lozano & otros, 2014).

De igual modo, refieren los autores (Cantillo, Lozano & otros, 2014) que se pueden clasificar en eventos adversos prevenibles, los cuales son el resultado no deseado, no intencional, que se habría evitado mediante el cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial disponibles en un momento determinado, y los eventos adversos no prevenibles, considerados como el resultado no deseado, no intencional, que se presenta a pesar del cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial, pero también existen, además, los eventos centinela, los cuales son definidos como el tipo de evento adverso en el que se presenta muerte o un daño físico o psicológico severo de carácter permanente que no estaba presente anteriormente y que requiere tratamiento o un cambio permanente de estilo de vida.

Todo lo anterior nos lleva a realizar el siguiente interrogante:

¿Cuáles son los factores que influyen en la ocurrencia de los eventos adversos en las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales de Bogotá para el año 2018?

JUSTIFICACIÓN

Este proyecto de investigación es importante porque nos permite la implementación y extensión de la cultura de seguridad en la asistencia sanitaria relacionados con el cuidado neonatal. Es importante también, la creación de grupos de trabajo interdisciplinarios liderados por personas especializadas con experiencias en el manejo del neonato y que nos permite disminuir al máximo los eventos adversos mediante evaluación de cada práctica insegura que se presente en la Unidad.

Además de ello, este trabajo se reviste de importancia ya que le permitirá al lector conocer de cerca cómo funciona la UCIN, el grado de responsabilidad, compromiso y honestidad que trae consigo el día a día, teniendo en cuenta el riesgo que corren los pacientes que tenemos a cargo.

PRÓPOSITO

Construir una herramienta que permita medir, como influyen los eventos adversos en las Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales en la ciudad de Bogotá que nos permitan evitar al máximo errores que produzcan efectos adversos y daños irreversibles tanto físicos como psicológicos en el neonato, en ese orden de ideas se capacitará a los profesionales nuevos que lleguen en la administración de medicamentos en la Unidad.

Los perfiles ocupacionales de la unidad deben ser los siguientes:

- Neonatólogos
- Enfermeras Profesionales de UCIN
- Químicos Farmaceutas

Que deberán conocer y manejar lo siguiente: Protocolos, estándares de calidad, guías de manejo y norma de bioseguridad en administración de medicamentos en UCIN.

ANTECEDENTES

El estudio relacionado a continuación por (Esqué & Otros, 2015) demuestran como analizaron los AA notificados entre el 1 de febrero del 2008 y el 31 de enero del 2015. Durante este período de 7 años, los 4.575 RN ingresados en Neonatología durante 73.840 días de hospitalización se distribuyeron según su estancia en unidad de críticos (2.212 pacientes) o cuidados intermedios (4.575 pacientes), correspondiendo a 13.579 días de hospitalización en críticos y 60.261 días en cuidados intermedios. De los 1.628 AA declarados, 511 (31,4%) correspondieron a EM (6 EM por mes estudiado). La incidencia de EM declarados en la unidad de críticos fue de 32,2 por 1.000 días de hospitalización (19,7 EM por 100 niños hospitalizados). El 39,5% fueron errores de prescripción, el 68,1% de administración; 3 (0,6%) no correspondieron a EM, sino a RAM (no evitables).

Refieren (Esqué & Otros, 2015) “que los productos implicados en el error, el tipo de error, el lugar donde se ha producido, la antigüedad del personal, quién lo ha declarado y si se han interceptado, SE Destaca que el 65,4% de los EM eran producidos por fármacos, siendo los antibióticos los más frecuentemente implicados (86 EM) y de ellos la Gentamicina (29 EM) y la Vancomicina (17 EM), relacionados principalmente con el intervalo de administración. 34 notificaciones se referían a sedación y analgesia (26 de los cuales corresponden a fentanilo). Otros fármacos implicados fueron la cafeína (22 EM), los diuréticos (18 EM), los colirios (14 EM), los inotrópicos (12 EM), la insulina (12 EM) y la indometacina (6 EM)”

MARCO TEÓRICO

MARCO TEÓRICO

MARCO LEGAL

El Congreso de la República de Colombia,

DECRETA: LEY 100 DE 1993

Preámbulo

El sistema de seguridad social integral es el conjunto de instituciones, normas y procedimientos, de que disponen la persona y la comunidad para gozar de una calidad de vida, mediante el cumplimiento progresivo de los planes y programas que el Estado y la sociedad desarrollen para proporcionar la cobertura integral de las contingencias, especialmente las que menoscaban la salud y la capacidad económica, de los habitantes del territorio nacional, con el fin de lograr el bienestar individual y la integración de la comunidad.

TÍTULO PRELIMINAR

Sistema de seguridad social integral

CAPÍTULO I

Principios generales

ARTICULO. 1º- Sistema de seguridad social integral. El sistema de seguridad social integral tiene por objeto garantizar los derechos irrenunciables de la persona

y la comunidad para obtener la calidad de vida acorde con la dignidad humana, mediante la protección de las contingencias que la afecten.

El sistema comprende las obligaciones del Estado y la sociedad, las instituciones y los recursos destinados a garantizar la cobertura de las prestaciones de carácter económico, de salud y servicios complementarios, materia de esta ley, u otras que se incorporen normativamente en el futuro.

ARTICULO. 2º- Principios. El servicio público esencial de seguridad social se prestará con sujeción a los principios de eficiencia, universalidad, solidaridad, integralidad, unidad y participación:

- a) Eficiencia. Es la mejor utilización social y económica de los recursos administrativos, técnicos y financieros disponibles para que los beneficios a que da derecho la seguridad social sean prestados en forma adecuada, oportuna y suficiente;
- b) Universalidad. Es la garantía de la protección para todas las personas, sin ninguna discriminación, en todas las etapas de la vida;
- c) Solidaridad. Es la práctica de la mutua ayuda entre las personas, las generaciones, los sectores económicos, las regiones y las comunidades bajo el principio del más fuerte hacia el más débil.

Es deber del Estado garantizar la solidaridad en el sistema de seguridad social mediante su participación, control y dirección del mismo.

Los recursos provenientes del erario público en el sistema de seguridad se aplicarán siempre a los grupos de población más vulnerables;

- d) Integralidad. Es la cobertura de todas las contingencias que afectan la salud, la capacidad económica y en general las condiciones de vida de toda la población.

Para este efecto cada quien contribuirá según su capacidad y recibirá lo necesario para atender sus contingencias amparadas por esta ley;

e) Unidad. Es la articulación de políticas, instituciones, regímenes, procedimientos y prestaciones para alcanzar los fines de la seguridad social, y

f) Participación. Es la intervención de la comunidad a través de los beneficiarios de la seguridad social en la organización, control, gestión y fiscalización de las instituciones y del sistema en su conjunto.

PARAGRAFO.-La seguridad social se desarrollará en forma progresiva, con el objeto de amparar a la población y la calidad de vida.

ARTICULO. 3º- Del derecho a la seguridad social. El Estado garantiza a todos los habitantes del territorio nacional, el derecho irrenunciable a la seguridad social.

Este servicio será prestado por el sistema de seguridad social integral, en orden a la ampliación progresiva de la cobertura a todos los sectores de la población, en los términos establecidos por la presente ley.

ARTICULO. 4º- Del servicio público de seguridad social. La seguridad social es un servicio público obligatorio, cuya dirección, coordinación y control está a cargo del Estado y que será prestado por las entidades públicas o privadas en los términos y condiciones establecidos en la presente ley.

Este servicio público es esencial en lo relacionado con el sistema general de seguridad social en salud. Con respecto al sistema general de pensiones es esencial sólo en aquellas actividades directamente vinculadas con el reconocimiento y pago de las pensiones.

CAPÍTULO II

Sistema de seguridad social integral

ARTICULO. 5º- Creación. En desarrollo del artículo 48 de la Constitución Política, organizase el sistema de seguridad social integral cuya dirección, coordinación y control estará a cargo del Estado, en los términos de la presente ley.

ARTICULO. 6º- Objetivos. El sistema de seguridad social integral ordenará las instituciones y los recursos necesarios para alcanzar los siguientes objetivos:

1. Garantizar las prestaciones económicas y de salud a quienes tienen una relación laboral o capacidad económica suficiente para afiliarse al sistema.
2. Garantizar la prestación de los servicios sociales complementarios en los términos de la presente ley.
3. Garantizar la ampliación de cobertura hasta lograr que toda la población acceda al sistema, mediante mecanismos que en desarrollo del principio constitucional de solidaridad, permitan que sectores sin la capacidad económica suficiente como campesinos, indígenas y trabajadores independientes, artistas, deportistas, madres comunitarias, accedan al sistema y al otorgamiento de las prestaciones en forma integral.

El sistema de seguridad social integral está instituido para unificar la normatividad y la planeación de la seguridad social, así como para coordinar a las entidades prestatarias de las mismas, para obtener las finalidades propuestas en la presente ley.

ARTICULO. 7º- Ámbito de acción. El sistema de seguridad social integral garantiza el cubrimiento de las contingencias económicas y de salud, y la prestación de servicios sociales complementarios, en los términos y bajo las modalidades previstas por esta ley.

ARTICULO. 8º- Conformación del sistema de seguridad social integral. El sistema de seguridad social integral es el conjunto armónico de entidades públicas

y privadas, normas y procedimientos y está conformado por los regímenes generales establecidos para pensiones, salud, riesgos profesionales y los servicios sociales complementarios que se definen en la presente ley.

ARTICULO. 9º- Destinación de los recursos. No se podrán destinar ni utilizar los recursos de las instituciones de la seguridad social para fines diferentes a ella.

MARCO CONCEPTUAL

Las fallas de equipo o los errores operacionales nunca son la causa del quiebre de las defensas de seguridad operacional, sino más bien los elementos activadores. Los quiebres de las defensas de seguridad operacional son una consecuencia tardía de decisiones tomadas a los más altos niveles del sistema, que permanecen latentes hasta que sus efectos o posibilidades perjudiciales se ven activadas por conjuntos específicos de circunstancias operacionales. En tales circunstancias específicas, las fallas humanas o las fallas activas a nivel operacional actúan de desencadenantes de las condiciones latentes que llevan a facilitar la quiebra de las defensas de seguridad operacional inherentes del sistema. En el concepto presentado por el modelo de (Reason, 2015) todos los accidentes comprenden una combinación de condiciones activas y latentes.

Las fallas activas son acciones u omisiones, según (Reason, 2015) esto incluye errores y violaciones, que tienen consecuencias adversas inmediatas. En general y en retrospectiva se les considera actos inseguros debido a la falta de adherencia a los protocolos, guías de manejo y estándares de calidad. Las fallas activas se relacionan generalmente con el personal de primera línea (pilotos, controladores de tránsito aéreo, mecánicos de mantenimiento de aeronaves, etc.) y pueden resultar en consecuencias perjudiciales. Para (Reason, 2015) Las fallas activas pueden ser resultado de errores normales o de desviaciones respecto de procedimientos y prácticas prescritos. Parafraseando El modelo de (Reason, 2015) reconoce que en

el lugar de trabajo hay muchas condiciones que conducen a errores o violaciones como incumplimiento de protocolos, falta de concentración, atender varias órdenes a la vez, sobre carga laboral y que pueden afectar al comportamiento individual o de equipo.

Las fallas activas del personal operacional así como fallas al interior de las unidades de cuidado intensivo neonatal tienen lugar en un contexto operacional que incluye condiciones latentes. Para (Reason, 2015) Las condiciones latentes son condiciones presentes en el sistema mucho antes de que se experimente un resultado perjudicial y que llegan a ser evidentes cuando actúan factores de activación locales. Sus consecuencias pueden permanecer latentes durante mucho tiempo. Individualmente, estas condiciones latentes generalmente no se perciben como perjudiciales, puesto que, en primer lugar, no se perciben como fallas.

Todo lo anterior nos permite, relacionar lo conceptualizado por Reason en el 2015, en relación a las unidades neonatales, muy especialmente sus áreas de cuidados intensivos, donde los autores refieren (Esqué & Otros, 2015) que son uno de los ámbitos hospitalarios más expuestos a la comisión de errores de tratamiento; entre ellos, los errores de medicación (EM) forman parte de una patología emergente que en los últimos años ha llamado la atención de profesionales, organizaciones y administraciones sanitarias; se trata de un problema grave en los pacientes hospitalizados e infravalorado en la población pediátrica y neonatal.

Los autores (Esqué & Otros, 2015) definen el *EM* como el incidente, evitable, secundario a la utilización inapropiada de medicamentos, que causa o puede causar daño al paciente; en cambio, el *acontecimiento adverso(AA) debido a medicamentos* se define como cualquier daño, grave o leve, causado por el uso (o falta de uso) de un medicamento⁵ y las *reacciones adversas a medicamento*, siempre inevitables, como todo efecto perjudicial y no deseado que se presenta después de la administración de un medicamento, a las dosis normalmente utilizadas en el hombre para la profilaxis, diagnóstico o tratamiento de una

enfermedad, o con objeto de modificar una función biológica, por las diferencias fisiológicas y por tratarse de una población no homogénea y cambiante que requiere pautas variables en función de la patología, el peso, la edad gestacional y los días de vida. En este grupo de pacientes es imperativo medir volúmenes pequeños, fraccionar unidades y realizar diluciones complejas; la biodisponibilidad de los fármacos después de dichas manipulaciones es, a menudo, desconocida e impredecible y puede derivar en el uso de dosis tóxicas o ineficaces que, sumado a la variabilidad de los procesos farmacocinéticos y farmacodinámicos de los fármacos (conservantes, estabilizantes, etc.), la gravedad de la patología, un mayor tiempo de estancia hospitalaria, la imposibilidad de comunicación con el paciente, etc., condicionan una mayor dificultad para reconocer el error. En este contexto, refieren (Esqué & Otros, 2015) (Cotrina Luque et al. Han) elaborado una lista modelo de *medicamentos de alto riesgo pediátrico y neonatal*, definiéndolos como aquellos que pueden causar daños graves o incluso mortales cuando se produce un error durante su utilización.

Los EM pueden producirse, según refiere refieren (Esqué & Otros, 2015) en distintos momentos del proceso asistencial desde su indicación hasta su administración. Aunque en el recién nacido (RN) adquiere especial relevancia la prescripción, dispensación y administración, a menudo las causas se originan previamente (etiquetado, envasado, denominación). Por todo ello, por la frecuencia con que ocurren y por su potencial gravedad, su prevención debe construirse desde un enfoque multidisciplinar.

MARCO TEÓRICO

PROTOCOLO DE LONDRES

El protocolo de Londres es una versión revisada y actualizada de un documento previo conocido como **"Protocolo para Investigación y Análisis de Incidentes**

Clínicos". Constituye una guía práctica para administradores de riesgo y otros profesionales.

Su propósito es facilitar la investigación clara y objetiva de los incidentes clínicos, lo cual implica ir mucho más allá de simplemente identificar la falla o de establecer quién tuvo la culpa.

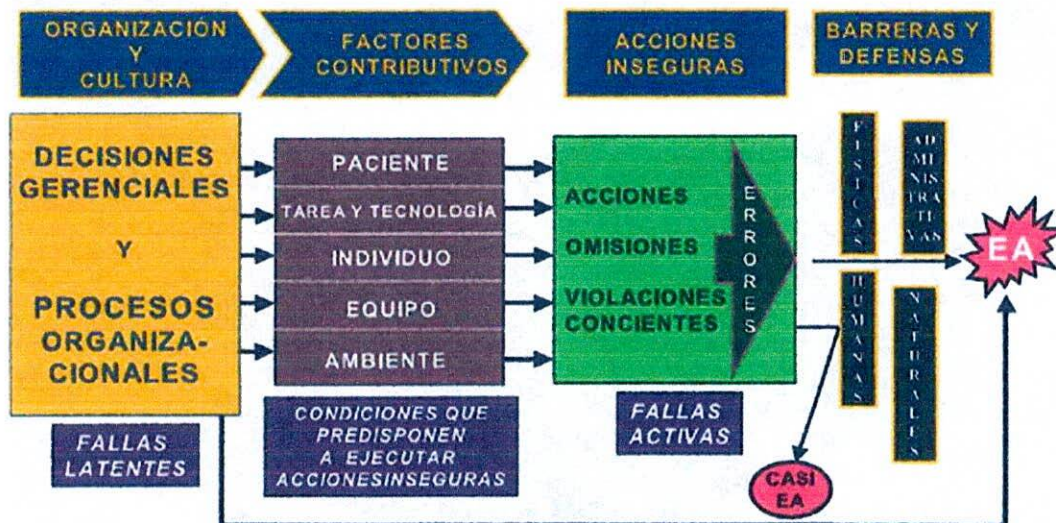
Reducir efectivamente los riesgos implica tener en cuenta todos los factores, cambiar el ambiente y lidiar con las fallas por acción u omisión de las personas.

MODELO ORGANIZACIONAL DE CAUSALIDAD DE INCIDENTES CLÍNICOS

La teoría que soporta este protocolo y sus aplicaciones se basa en investigaciones realizadas fuera del campo de la salud. En aviación y en las industrias del petróleo y nuclear, la investigación de accidentes es una rutina establecida. Los especialistas en seguridad han desarrollado una gran variedad de métodos de análisis, algunos de los cuales han sido adaptados para uso en contextos clínico - asistenciales.

Este protocolo se basa en el modelo organizacional de accidentes de James Reason

MODELO ORGANIZACIONAL DE CAUSALIDAD DE ERRORES Y EVENTOS ADVERSOS



Las barreras se diseñan para evitar accidentes o para mitigar las consecuencias de las fallas. Estas pueden ser de tipo físico, como las barandas; natural, como la distancia; acción humana, como las listas de verificación; tecnológico, como los códigos de barras; y control administrativo, como el entrenamiento y la supervisión.

La primera actividad del proceso de análisis es siempre la identificación de las acciones inseguras en que incurrieron las personas que tienen a su cargo ejecutar la tarea. Las acciones inseguras son acciones u omisiones que tienen al menos el potencial de causar un accidente o evento adverso. El paso siguiente es considerar el contexto institucional general y las circunstancias en que se cometieron los errores, las cuales son conocidas como factores contributivos. Estos son condiciones que predisponen a ejecutar acciones inseguras relacionadas con carga de trabajo y fatiga; conocimiento, pericia o experiencia inadecuados; supervisión o instrucción insuficientes; entorno estresante; cambios rápidos al interior de la organización; sistemas de comunicación deficientes; mala o equivocada planeación o programación de turnos; mantenimiento insuficiente de equipos e instalaciones.

Todos estos factores son condiciones que pueden afectar el desempeño de las personas, precipitar errores y afectar los resultados para el paciente.cece

A la cabeza de los factores contributivos están los del paciente, En cualquier situación clínica las condiciones de salud del paciente juegan un papel determinante sobre el proceso de atención y sus resultados. Otros factores del paciente son su personalidad, lenguaje, creencias religiosas y problemas psicológicos, todos los cuales pueden interferir la comunicación adecuada con los prestadores, La forma en que una determinada función se planea y la disponibilidad de guías y pruebas de laboratorio pueden, igualmente, afectar la calidad de atención. Los factores del individuo (prestador) tales como conocimiento, experiencia, pericia, cansancio, sueño y salud, tanto física como mental, son condiciones que, dado el escenario propicio, pueden contribuir a que se cometan errores. Todo el personal de salud debe entender que sus acciones dependen de otros EEy condicionan las de alguien. Los ambientes físico (ruido, luz, espacio) y social (clima laboral, relaciones interpersonales) de trabajo son elementos que pueden afectar el desempeño de los individuos. Las decisiones y directrices organizacionales, originadas en los niveles gerencial y directivo de la institución, afectan directamente a los equipos de trabajo. Estas incluyen, por ejemplo, políticas relacionadas con uso de personal temporal o flotante, educación continua, entrenamiento y supervisión, y disponibilidad de equipo y suministros.

ORIGEN	FACTOR CONTRIBUTIVO
PACIENTE	COMPLEJIDAD Y GRAVEDAD LENGUAJE Y COMUNICACIÓN PERSONALIDAD Y FACTORES SOCIALES
TAREA Y TECNOLOGÍA	DISEÑO DE LA TAREA Y CLARIDAD LA ESTRUCTURA; DISPONIBILIDAD Y USO DE PROTOCOLOS; DISPONIBILIDAD Y CONFIABILIDAD DE LAS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS; AYUDAS PARA TOMA DE DECISIONES
INDIVIDUO	CONOCIMIENTO, HABILIDADES Y COMPETENCIA SALUD FISICA Y MENTAL.
EQUIPO DE TRABAJO	COMUNICACIÓN VERBAL Y ESCRITA SUPERVISIÓN Y DISPONIBILIDAD DE SOPORTE ESTRUCTURA DEL EQUIPO (consistencia, congruencia, etc.)
AMBIENTE	PERSONAL SUFICIENTE; MEZCLA DE HABILIDADES; CARGA DE TRABAJO; PATRÓN DE TURNOS; DISEÑO, DISPONIBILIDAD Y MANTENIMIENTO DE EQUIPOS; SOPORTE ADMINISTRATIVO Y GERENCIAL; CLIMA LABORAL; AMBIENTE FÍSICO (luz, espacio, ruido).
ORGANIZACIÓN Y GERENCIA	RECURSOS Y LIMITACIONES FINANCIERAS; ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL; POLITICAS, ESTÁNDARES y METAS; PRIORIDADES Y CULTURA ORGANIZACIONAL
CONTEXTO INSTITUCIONAL	ECONÓMICO Y REGULATORIO CONTACTOS EXTERNOS

Tabla 1. Factores contributivos que pueden influenciar la práctica clínica.

En la práctica diaria las fallas activas —acciones u omisiones- que ocurren durante la atención de pacientes, son debidas a olvidos (no recordar que debe realizarse un

procedimiento), descuidos (tomar la jeringa equivocada), equivocaciones (errores de juicio) y, rara vez, desviaciones deliberadas de prácticas seguras, procedimientos y estándares explícitos. Cualquiera de estas fallas constituye una "acción insegura". El protocolo de Londres, por motivos culturales y de implicaciones legales, prefiere referirse a las acciones inseguras como "Care Delivery Problems (CDP)", Nosotros preferimos seguirlas llamando acciones inseguras.

CONCEPTOS FUNDAMENTALES

Acción insegura. Conducta que ocurre durante el proceso de atención en salud, usualmente por acción u omisión de miembros del equipo. En un incidente pueden estar Involucradas una o varias acciones inseguras.

Ejemplos de acciones inseguras:

1. No monitorizar, observar o actuar.
2. Tomar una decisión incorrecta.
3. No buscar ayuda cuando se necesita,

Factor contributivo. Condiciones que facilitaron o predispusieron a una acción insegura:

- Paciente muy angustiado que le impide entender instrucciones.
- Ausencia de protocolos.
- Falta de conocimiento o experiencia.
- Mala comunicación entre los miembros del equipo asistencial.
- Carga de trabajo inusualmente alta o personal insuficiente.

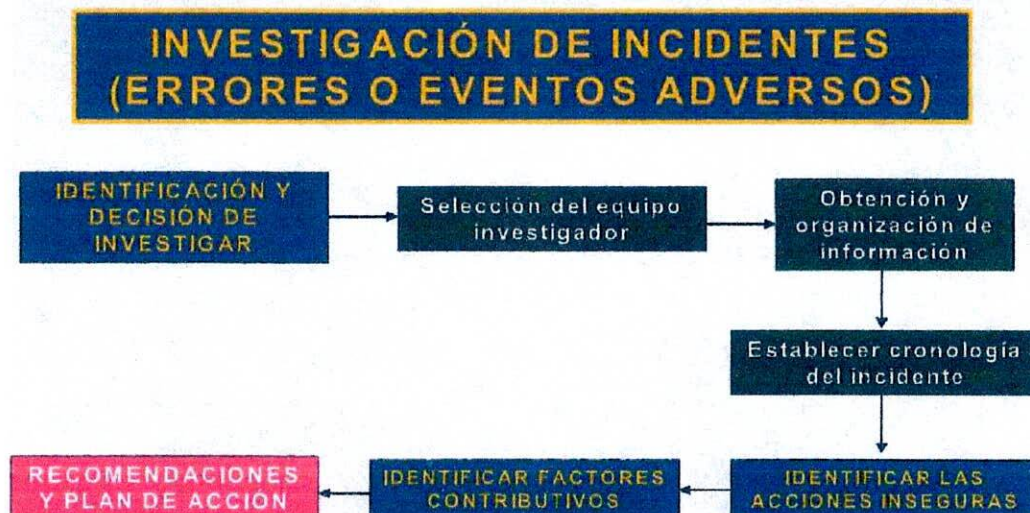


Figura 2. Ruta para investigar y analizar incidentes clínicos.

- **Identificación y decisión de investigar.** Es obvio que el proceso de investigación y análisis de un incidente supone un paso previo: haberlo identificado. Detrás de la identificación está el inmenso campo del reporte de los errores y eventos adversos, el cual, como se ha discutido en otros documentos, solo ocurre en instituciones que promueven activamente una cultura en la que se puede hablar libremente de las fallas, sin miedo al castigo, en donde no se sanciona el error pero si el ocultamiento. Una vez identificado el incidente la institución debe decidir si inicia o no el proceso. En términos generales, esta determinación se toma teniendo en cuenta la gravedad del incidente y el potencial aprendizaje organizacional. Independientemente de los criterios que se utilicen, toda organización debe hacer explícito los motivos y las circunstancias por las que se inicia una investigación
- **Selección del equipo investigador.** Hay que reconocer que un proceso complejo como este requiere, además de conocimiento y experiencia en

investigación de incidentes, conocimiento y experiencia clínica específica, Idealmente un equipo Investigador debe estar integrado por 3 a 4 personas lideradas por un investigador. Las personas con competencias múltiples son muy útiles en estos equipos, siempre y cuando cuenten con el tiempo necesario. Un equipo debe contar con:

- Experto en investigación y análisis de incidentes clínicos.
- Punto de vista externo (miembro de Junta Directiva sin conocimiento médico específico).
- Autoridad administrativa senior (Director Médico, Jefe de Enfermería, etc).
- Autoridad clínica senior (Director Médico, Jefe de Departamento, Jefe de Sección, especialista reconocido, etc).
- Miembro de la unidad asistencial donde ocurrió el incidente, no involucrado directamente.

Es posible que para investigar un incidente menor una persona con competencias múltiples (investigador, autoridad administrativa y clínica) sea suficiente.

- **Obtención y organización de información.** Todos los hechos, conocimiento y elementos físicos involucrados deben recolectarse tan pronto como sea posible. Estos incluyen como mínimo:
 - Historia clínica completa.
 - Protocolos y procedimientos relacionados con el incidente.
 - Declaraciones y observaciones inmediatas.
 - Entrevistas con los involucrados.
 - Evidencia física (planos del piso, listas de turnos, hojas de vida de los equipos involucrados, etc.).
 - Otros aspectos relevantes tales como índice de rotación del personal y disponibilidad de personal bien adiestrado.

Las declaraciones y observaciones inmediatas son muy valiosas siempre y cuando se orienten a obtener el tipo de información que se desea tener, para evitar que sean resúmenes incompletos de la historia clínica. Las declaraciones deben ser narraciones espontáneas de la percepción individual acerca de lo ocurrido, de la secuencia de eventos que antecedieron el incidente, de la interpretación acerca de cómo esos eventos participaron en el incidente y de aquellas circunstancias y dificultades que los involucrados enfrentaron —por ejemplo, equipo defectuoso- y no están descritas en la historia clínica. Las observaciones referentes a supervisión o soporte insuficiente o inadecuado es mejor reservarlas para las entrevistas. Esta información debe recolectarse lo más pronto posible después de ocurrido el incidente.

Una de las mejores formas de obtener información de las personas involucradas en incidentes clínicos son las entrevistas personales. El equipo investigador decide a quién entrevistar y es responsable de llevarlas a cabo lo más pronto posible.

La entrevista debe ajustarse a un protocolo cuyo propósito es tranquilizar al entrevistado y obtener de él un análisis y unas conclusiones lo más cercanas a la realidad de los acontecimientos. La tabla 2 ilustra de manera esquemática el protocolo que debe seguirse en toda entrevista que se conduzca durante un proceso de investigación.

Lugar	Privado y relajado, lejos del sitio donde ocurrió el incidente. El entrevistado puede estar acompañado por quien desee.
Explique el propósito	Explique al entrevistado el motivo de la entrevista. Evite el estilo confrontaciones y los juicios de valor. Garantícele que lo que diga no va a ser objeto de represalias y va a mantenerse bajo estricta confidencialidad.

Establezca la cronología del incidente	Identifique el papel del entrevistado en el incidente y registre el límite de su participación. Establezca con su ayuda la secuencia de hechos que llevaron al incidente, tal como él la vivió. Compare esta información con la secuencia general que se conoce hasta el momento,
Identifique las acciones inseguras	Explique al entrevistado el significado del término acción insegura e ilustre el concepto con un ejemplo diferente al caso que se investiga. Invite al entrevistado a identificar acciones inseguras relevantes para el caso, sin preocuparse por si alguien es o no culpable. Cuando hay protocolos es relativamente fácil identificar no adherencia a recomendaciones específicas. Recuerde que en la práctica diaria es aceptable algún grado de variación.
Identifique los factores contributivos	Explique al entrevistado el significado del término factor contributivo e incentive su identificación sistemática mediante ejemplos ilustrativos. Cuando el entrevistado identifica un factor contributivo pregúntele si es específico para la situación actual o si se trata de un problema general de la unidad asistencial.
Cierre	Permita que el entrevistado haga todas las preguntas que tenga. Las entrevistas deben durar entre 20 30 minutos.

Tabla 2. Protocolo de entrevista

- **cronología del incidente.** Las entrevistas, las declaraciones y las observaciones de quienes participaron de alguna manera en el incidente, junto a la historia clínica, deben ser suficientes para establecer qué y cuándo ocurrió. El equipo investigador tiene la responsabilidad de

identificar cualquier discrepancia entre las fuentes. Es útil familiarizarse con alguna de las siguientes metodologías para precisar las cronologías:

- **Narración.** Tanto las entrevistas como la historia clínica proporcionan una cronología narrativa de lo ocurrido que permite entender cómo se sucedieron los hechos y cuál fue el papel y las dificultades enfrentadas por los involucrados.
- **Diagrama.** Los movimientos de personas, materiales, documentos e información pueden representarse mediante un dibujo esquemático. Puede ser útil ilustrar la secuencia de hechos como deberían haber ocurrido de acuerdo con las políticas, protocolos y procedimientos, y compararla con la que verdaderamente ocurrió cuando se presentó el incidente.
- **Identifique las acciones inseguras.** Una vez identificada la secuencia de eventos que condujeron al incidente clínico, el equipo investigador debe puntualizar las acciones inseguras. Es probable que algunas se hayan identificado durante las entrevistas o como producto de la revisión de la historia clínica. Sin embargo, es útil organizar una reunión con todo el personal involucrado en el incidente para que entre todos intenten identificar las principales acciones inseguras. La gente que de alguna manera participó en el incidente usualmente es capaz de identificar el motivo por el cual ocurrió. El facilitador debe asegurarse de que las acciones inseguras sean conductas específicas —por acción o por omisión— en lugar de observaciones generales acerca de la calidad de atención. Es fácil encontrarse con afirmaciones tales como "mala comunicación" o "trabajo en equipo deficiente", las cuales pueden ser características reales del equipo, pero que corresponden a factores contributivos más que a acciones inseguras. Aunque en la práctica las acciones inseguras y los factores contributivos se mezclan, es aconsejable no explorar estos últimos hasta que la lista de las primeras este completa.

- **Identifique los factores contributivos.** El paso siguiente es identificar las condiciones asociadas con cada acción insegura. Cuando se ha identificado un gran número de acciones inseguras es bueno seleccionar las más importantes y proceder a analizarlas una a una, dado que cada una tiene su propio conjunto de factores contributivos.

Es posible que cada acción insegura esté asociada a varios factores. Por ejemplo: desmotivación (individuo), falta de supervisión (equipo de trabajo) y política de entrenamiento inadecuada (organización y gerencia). La figura 3 ilustra un diagrama de espina de pescado asociada a una acción insegura, teniendo en cuenta los factores contributivos resumidos en la tabla 1.

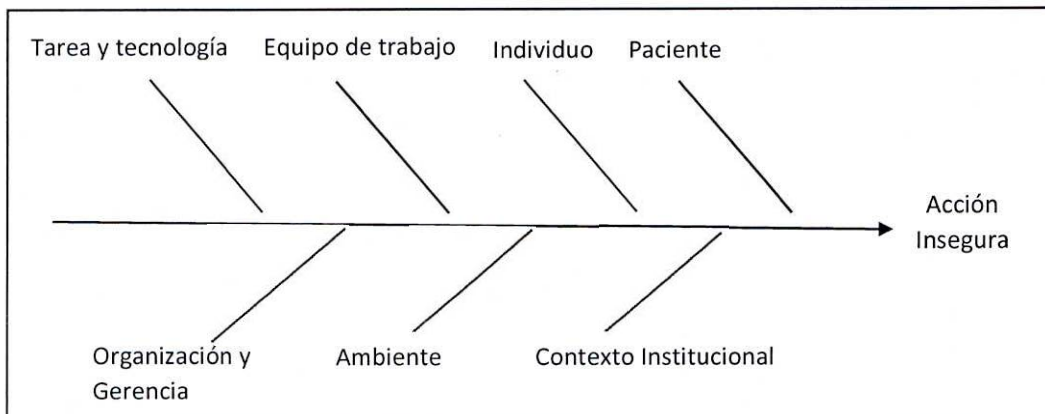


Figura 3. espina de pescado — Acción Insegura

- **Recomendaciones y plan de acción.** La etapa de investigación y análisis termina con la identificación de los factores contributivos de cada acción insegura. El paso siguiente es hacer una serie de recomendaciones cuyo propósito es mejorar las debilidades identificadas. El plan de acción debe incluir la siguiente información:
 - Priorización de los factores contributivos de acuerdo con su impacto sobre la seguridad futura de los pacientes.
 - Lista de acciones para enfrentar cada factor contributivo identificado por el equipo investigador.
 - Asignar un responsable de implementar las acciones.
 - Definir tiempo de implementación de las acciones.

- Identificar y asignar los recursos necesarios.
- Hacer seguimiento a la ejecución del plan.
- Cierre formal cuando la implementación se haya efectuado.
- Fijar fecha de seguimiento para evaluar la efectividad del plan de acción.

El equipo investigador debe ser realista en cuanto a las recomendaciones que propone con el fin de que se traduzcan en mejoramientos comprobables por toda la organización, Cuando se plantean es aconsejable tener en cuenta su complejidad, los recursos que requieren y el nivel de control del que dependen. En ese orden de ideas se debe categorizar cada recomendación de acuerdo con el nivel de control del que depende: individual / grupal, local (equipo), departamento / dirección / organización / autoridad gubernamental y asignar personas con el estatus administrativo y gerencial adecuado para garantizar su ejecución, De esta manera se promueve la cultura de seguridad, pues la gente al ver que el proceso efectivamente conduce a mejoramientos entiende su importancia y se apropia de él.

OBJETIVO GENERAL

- Generar un documento donde lector identifique de forma ágil y dinámica los componentes fundamentales de un programa institucional de seguridad del paciente y el paso a paso para la implementación práctica en su institución disminuyendo el riesgo de morbilidad y mortalidad en la UCIN.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conocer la percepción conocimiento y actitudes de los profesionales y familiares sobre seguridad de los pacientes asistidos en las UCIN.
- Establecer áreas de mejora y prevención sistemática de Incidentes asistenciales en pacientes asistidos en las UCIN.
- Determinar el comportamiento de las reacciones adversas a medicamentos en neonatales hospitalizados en la UCIN.

METODOLOGÍA

La metodología cualitativa consiste en la construcción o generación de una teoría a partir de una serie de proposiciones extraídas de un cuerpo teórico que servirá de punto de partida al investigador, para lo cual no es necesario extraer una muestra representativa, sino una muestra teórica conformada por uno o más casos. Pese a que las metodologías cualitativas están reservadas a la construcción o generación de teorías, a partir de una serie de observaciones de la realidad objeto de estudio, haciendo uso del método inductivo, según el cual se debe partir de un estado nulo de teoría, (Citado por Martínez, 2006 - Glasser y Strauss (1987: 253, citado en Perry, 1998:788) aseguran que “en la práctica es difícil ignorar la teoría acumulada, ya que ésta es importante antes de comenzar el proceso de investigación; es decir, el primer conocimiento común ganado a través del proceso de socialización, inevitablemente influirá en la formulación de las hipótesis por parte del investigador... el investigador debe abstenerse de la apropiación no crítica de ésta reserva de ideas”. Por consiguiente, “comenzar sin nada o con una absoluta limpieza del estado teórico no es ni práctico, ni preferido”. De esta manera, el marco teórico se constituye en una parte importante de una investigación independientemente del tipo de metodología utilizado, toda vez que ésta se beneficiará de sus aportaciones científicas. En este punto refiere (Martínez, 2006) también resulta útil reflejar la distinción propuesta entre la investigación cuyo objetivo es testear o verificar teoría versus la que pretende contribuir a generar teoría (Glaser & Strauss, 1967 citado por Martínez, 2006). Según estos autores, las teorías o modelos que pretenden obtener un cierto grado de aplicabilidad general pueden estar basadas en un número limitado de casos, ya que “un solo caso puede indicar una categoría o propiedad conceptual y unos cuantos casos más pueden confirmar esta indicación”

Es por ello que este trabajo se enmarcará en Metodología Cualitativa con énfasis en Estudio de caso, haciendo referencia a lo siguiente: El Estudio de Caso como método de investigación científica (citado por Martínez, 2006 -Yin, 1989:23) considera el método de estudio de caso apropiado para temas que se consideran prácticamente nuevos, pues en su opinión, la investigación empírica tiene los siguientes rasgos distintivos:

- Examina o indaga sobre un fenómeno contemporáneo en su entorno real
- Las fronteras entre el fenómeno y su contexto no son claramente evidentes
- Se utilizan múltiples fuentes de datos, y

- Puede estudiarse tanto un caso único como múltiples casos. Sin embargo, el prestigio de esta metodología es bajo y no suele considerarse como una buena estrategia para realizar investigación científica (Stoeker, 1991).

La metodología cualitativa ha tenido un papel destacado en el nacimiento y desarrollo de las disciplinas que abordan el estudio de las organizaciones, y se ha convertido en la base del desarrollo germinal de las teorías que configuran el campo de la empresa. Además, el método de estudio de caso fue aplicado tanto a la resolución de problemas empresariales como a la enseñanza. Por tanto, este debate ha sido superado y los nuevos estudios de caso no presentan problemas en cuanto a la validez y fiabilidad de sus resultados. De allí que (Eisenhardt, 1989 citado por Martínez, 2006) conciba un estudio de caso contemporáneo como “una estrategia de investigación dirigida a comprender las dinámicas presentes en contextos singulares”, la cual podría tratarse del estudio de un único caso o de varios casos, combinando distintos métodos para la recogida de evidencia cualitativa y/o cuantitativa con el fin de describir, verificar o generar teoría.

En este sentido, (Chetty, 1996 citado por Martínez, 2006) indica que el método de estudio de caso es una metodología rigurosa que:

- Es adecuada para investigar fenómenos en los que se busca dar respuesta a cómo y por qué ocurren.
- Permite estudiar un tema determinado.
- Es ideal para el estudio de temas de investigación en los que las teorías existentes son inadecuadas.
- Permite estudiar los fenómenos desde múltiples perspectivas y no desde la influencia de una sola variable.
- Permite explorar en forma más profunda y obtener un conocimiento más amplio sobre cada fenómeno, lo cual permite la aparición de nuevas señales sobre los temas que emergen, y
- Juega un papel importante en la investigación, por lo que no debería ser utilizado meramente como la exploración inicial de un fenómeno determinado. Por lo tanto, la metodología cualitativa ha ido ganando un gran interés, dadas las posibilidades que presenta en la explicación de nuevos fenómenos y en la elaboración de teorías

en las que los elementos de carácter intangible, tácito o dinámico juegan un papel determinante. Además, el estudio de caso es capaz de satisfacer todos los objetivos de una investigación, e incluso podrían analizarse diferentes casos con distintas intenciones (Sarabia, 1999 citado por Martínez, 2006).

RESULTADOS

Hablar de seguridad en el paciente neonato implica, entre otras cosas, realizar un análisis y reflexión bioética que involucra a todos los profesionales que brindan la atención a fin de reconocer la importancia del reporte y notificación de eventos adversos, es por ello que el estudio de caso que sirvió de referencia. Teniendo en cuenta los resultados del estudio de caso podemos referir lo siguiente. Un evento adverso es considerado como el daño, lesión o incluso la muerte (evento centinela) causado por el tratamiento de una enfermedad o estado del paciente por los profesionales de salud, y que no obedece a la propia enfermedad o estados subyacentes, es por ello que Con el propósito de minimizar la posibilidad de que se presente algún evento adverso durante la atención de los pacientes que acuden a los servicios médicos, la OMS estableció las siguientes estrategias

- Caracterización Correcta del Paciente

- Mejora de la comunicación efectiva entre el equipo interdisciplinario que atiende el caso.

- Protocolo para revisar el proceso desde el ingreso hasta el momento en el ocurre el evento adverso

- Perfeccionamiento en la seguridad de los medicamentos de alto riesgo y que producen daños irreversibles en los neonatos

- Disminución de las infecciones adquiridas por la atención por el no uso de elementos protectores en la manipulación neonatos con infecciones de alto riesgo de contagio.

La comunicación entre el personal de salud debe ser tanto escrita como oral de manera clara, directa, oportuna, precisa que sea acertada por quien la recibe en relación a las prescripciones que se aplicarán al neonato.

VARIABLES DE INVESTIGACIÓN

1. fallas Humanas:

- a. Identificar efectos secundarios de los medicamentos mediante un sistema de consulta inmediata.
- b. Entrevistar al paciente o acudiente acerca de alergias a algún medicamento.

2. Fallas Administrativas:

- a. Hacer auditorías de seguimiento a los tratamientos con medicamentos nuevos o estudios.

3. Fallas Naturales: separación de medicamentos con efectos secundarios importantes.

4. Fallas Físicas y tecnológicas:

- a. Identificar a los pacientes con alergias a medicamentos con un distintivo de color específico.
- b. Marcaje adicional del medicamento o uso de un software para que resalte un efecto secundario importante.
- c. Contar con un listado de medicamentos con descripción de los efectos secundarios y malestar para los pacientes

Corrector para la seguridad del paciente durante la administración de medicamentos.

- 1. Administrar medicamento correcto.
- 2. Paciente correcto.
- 3. Dosis correcta.
- 4. Vía correcta.
- 5. Horas correctas.
- 6. Registrar medicamentos administrados.
- 7. Info paciente o familia sobre los medicamentos que reúne.
- 8. Comprobar si paciente toma otro medicamento ajeno al prescrito.

9. Comprobar si paciente padece alergias y descartar interacciones farmacológicas.
10. Antes de preparar y administrar medicamento lavarse correctamente las manos.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES:

- El manejo de medicamentos es un proceso complejo en el que intervienen muchas personas y diferentes profesionales, para hacerlo de forma segura se debe abordar desde el inicio del proceso hasta la monitorización de los efectos del medicamento sobre el paciente.
- La farmacovigilancia activa se ha constituido en la actualidad en un importante actor en el proceso de gestión de medicamentos, desde la planeación hasta la monitoria del proceso, apoyando al resto de profesionales y participando activamente en la toma de decisiones internas en las instituciones, para garantizar la seguridad del uso de medicamentos.
- Se debe trabajar con mayor conciencia en la participación del equipo de salud en la notificación de eventos adversos por medicamentos, dada la magnitud del daño que estos errores producen en el paciente, los profesionales y las instituciones de salud.
- La mejor forma de enfrentar el reto y mejorar la seguridad del paciente, es abordar los análisis de posibles eventos adversos de la manera metódica y sistémica y haciendo el seguimiento al cumplimiento de los planes de mejora establecidos en el análisis.
- La creación de una cultura de seguridad es decisiva para progresar en la mejora de seguridad de los pacientes; ésta se fortalece cuando se evidencia en las instalaciones el concepto de cultura justa y no el concepto de buscar un culpable para el error que es lo que conlleva a no informar los incidentes y con mayor razón los eventos adversos.

BIBLIOGRAFÍA

1. <https://www.minsalud.gov.co>
2. Libro estado de la seguridad del paciente neonatal. Informes, estudios e investigación 2015. Ministerio de sanidad servicios sociales e igualdad.
3. <https://www.mensalud.gov.co/sistes/rio/.../guia-buenas-practicas-seguridad-paciente>.
4. Análisis de los eventos adversos en una unidad de terapia intensiva neonatal como herramienta de gestión de calidad de la atención de enfermería. Menezes Brito, M.J., *De Mattia Rocha, A., **Resende Ferreira, V. versión On-line ISSN 1695-6141.Enfermeria global. no.17 Murcia oct. 2009.
5. DOI: 10.1016/j.anpedi.2015.09.009
6. Acceso a texto completo
7. Los errores de tratamiento en una unidad neonatal, uno de los principales acontecimientos adversos
8. Medication errors in a neonatal unit: One of the main adverse events M.T. Esqué Ruiz, M.G. Moretones Suñol, J.M. Rodríguez Miguélez, E. Sánchez Ortiz, M. Izco Urroz, M. de Lamo Camino, J. Figueras Aloy Servicio Neonatología, ICGON, BCNatal, Hospital Clínic sede Maternitat, Universidad de Barcelona, España Este artículo ha recibido 2217