



SEGURIDAD EN EL PACIENTE PEDIÁTRICO

Sandra Berrocal Walias EIR1 Enfermería Pediátrica

María Luisa Varo Borrego EIR1 Enfermería Pediátrica

INDICE

INTRODUCCIÓN

CUANDO EMPEZÓ LA SEGURIDAD DEL PACEINTE

OBJETIVOS

PECULIARIDADES PACIENTE PEDIATRICO

FACTORES CONTRIBUYENTES

TIPOS DE ERRORES

¿COMO NOTIFICAR UN ERROR?

RECOMENDACIONES PARA PREVENIR LOS ERRORES

A PROPÓSITO DE UN CASO

DECÁLOGO DE SEGURIDAD DEL NIÑO EN EL ENTORNO SANITARIO

CONCLUSIÓN

BIBLIOGRAFÍA

INTRODUCCIÓN

La población pediátrica tiene una mayor incidencia de errores en la medicación que los adultos y son potencialmente más graves.

Según estudios se estima que solo se notifican el 10% de todas las RAM graves y el 2-4% de las no graves.

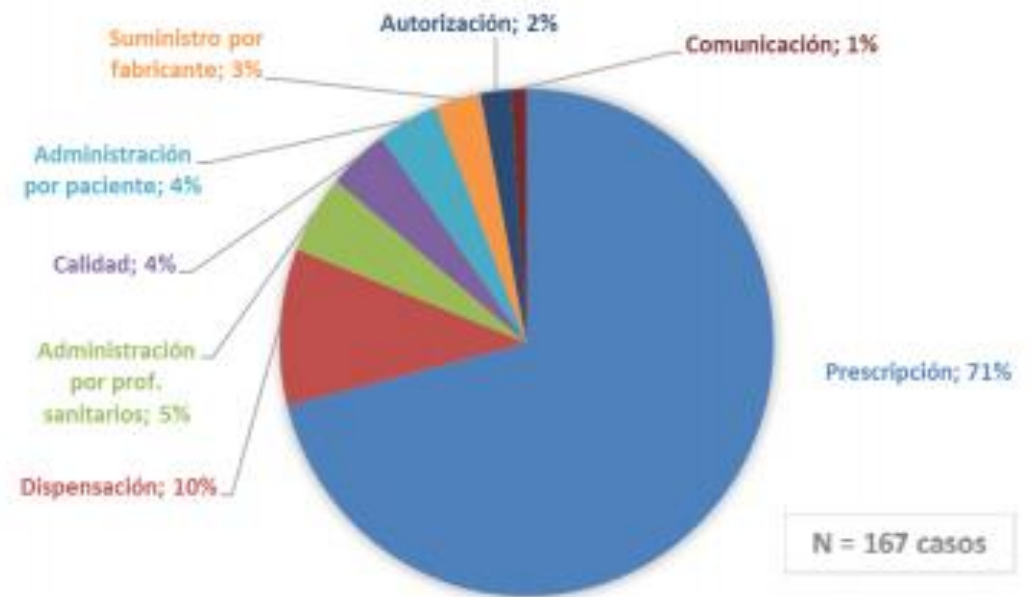
Los niños menores de 4-5 años y en, los neonatos presentan un mayor porcentaje de errores

Los errores ocurren con más frecuencia en la prescripción y en la administración.

Un gran porcentaje de errores es en la dosificación.

ALTA INCIDENCIA en las unidades neonatales, cuidados intensivos pediátricos y urgencias

Figura 1. Resultados de un estudio de errores de medicación en pediatría de la Comunidad de Madrid¹



Cuando empezó la seguridad del paciente

La calidad asistencial y la seguridad del paciente en el entorno sociosanitario son grandes problemas que preocupan a los profesionales sanitarios ya que los incidentes pueden llegar a comprometer la salud de los pacientes.

Siempre ha sido un tema importante pero a partir de 1999 fue cuando se manifestó su gran importancia por el instituto de medicina de los Estados Unidos.

En España, el sistema nacional de salud considera la seguridad del paciente como una prioridad, de este modo impulsa y promueve la **ESTRATEGIA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE DESARROLLADA DESDE 2005 Y ACTUALIZADA PARA 2015-2020**, implantando prácticas seguras y estrategias para reducir las incidencias tratando de garantizar la calidad asistencial.



OBJETIVOS

Conocer los tipos de errores y factores contribuyentes más frecuentes en pediatría.

Identificar las principales medidas preventivas de los errores de medicación y aprendizaje continuo.

PECULIARIDADES PACIENTE PEDIÁTRICO

Población muy heterogénea desde **prematuros** (<1.500 g) hasta **18 años** (peso > 100 kg incluso)

El estado madurativo y edad del paciente comportan grandes diferencia.
FARMACOCINÉTICAS Y FARMACODINÁMICAS

Cambios **METABÓLICOS** y en la **EXCRECIÓN** de fármacos durante la primera década de vida.

Dificultad o incapacidad de los niños para comunicar los síntomas de los efectos adversos, sobre todo neonatos y lactantes.



FACTORES CONTRIBUYENTES

Población muy heterogénea desde prematuros (<1.500 g) hasta 18 años (peso > 100 kg incluso) con grandes diferencias farmacocinéticas y farmacodinámicas

Necesidad de realizar cálculos para ajustar la dosis en función de la edad, peso, la superficie corporal y la enfermedad del paciente.

Falta de disponibilidad de presentaciones pediátricas, necesitando hacer cálculos, fraccionar o diluir las presentaciones comercializadas para administrar la dosis necesaria.

Alta vulnerabilidad, especialmente de los niños muy pequeños, por inmadurez de las funciones renal, hepática e inmunológica

Aumento de órdenes verbales, sobre todo en urgencias, y disminución de la prescripción digital.

Escasa información a la familia .

Factores contribuyentes

Pacientes

- Edad
- Gravedad
- Comorbilidad
- Familia
- Creencias

Profesionales

- Problemas personales
- Salud física y mental
- Carga de trabajo
- Personalidad

Comunicación

- Ambigua y confusa
- Verbal / escrita

Tipos de errores:

1. Errores en la prescripción

2. Errores en la dispensación

3. Errores en la administración

4. Errores en la preparación

5. Errores por falta de educación a padres y cuidadores.

1. Errores en la prescripción.

Errores en la prescripción:

- Relacionados con la dosis
- Utilizar un peso equivocado o no actualizado
- Selección inapropiada del medicamento o medicamento innecesario.
- Falta de prescripción de un medicamento necesario.
- Historia previa de alergia o efecto adverso similar con el mismo medicamento o con otro similares.
- Medicamento contraindicado.
- Prescripción manual ilegible
- Duplicidad terapéutica.
- Al seleccionar en el programa de prescripción electrónica un medicamento, se elige la presentación o dosis de adulto en lugar de la pediátrica.
- Monitorización insuficiente del tratamiento (falta de control analítico)

Recomendaciones para prevenirlos

- Confirmar peso y ajustar dosis adecuada.
- Selección adecuada del medicamento.
- Confirmar no alergias medicamentosas y fármacos contraindicados.
- Prescripción electrónica.
- Registrar la dosis administrada en gráfica o hoja de tratamiento.
- Evaluar medicamentos necesarios (tanto por exceso como por defecto)
- Asegurarse de seleccionar el perfil pediátrico a la hora de prescribir
- Monitorización efectividad- tratamiento

2. Errores en la dispensación.

Errores en la dispensación:

- Administrar una dosis adulta en vez de una pediátrica
- Un mismo medicamento con dos o más presentaciones
 - Midazolam 5 mg/5 ml
 - Midazolam 15 mg/3 ml.
 - Midazolam 50 mg/10 ml
- Cuando se confunde mg, mcg o ml , dan lugar a errores de sobredosificación
- Guardar medicamentos parecidos en un mismo cajón o cerca.
- Leer mal el nombre (Metamizol/Metimazol)
- Omisión de dosis o medicamento.
- Medicamento deteriorado.



2. Errores en la dispensación.

Recomendaciones para prevenirlos

- Comprobar medicamento correcto/ presentación correcta.
- Pauta correcta
- Rotulación correcta del medicamento (fármaco, dosis, concentración).
- Revisión periódica de las caducidad de los medicamentos.



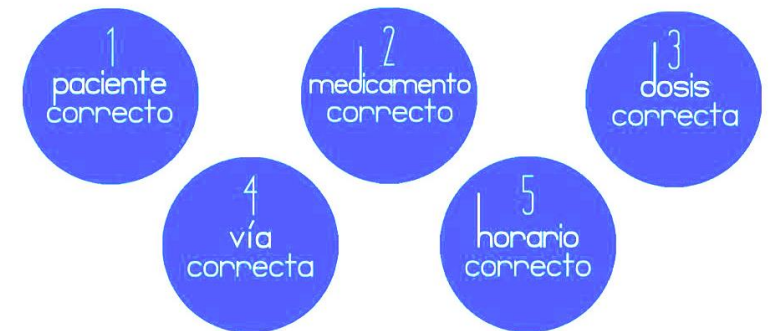
3. Errores en la administración

Errores en la administración:

- Error medicamento: DOSIS /MEDICAMENTO INCORRECTO
- Paciente no correcto. Doble dosis a un mismo paciente.
- Técnica de administración incorrecta.
- Horario incorrecto de administración.
- Frecuencia incorrecta de administración.
- Duración del tratamiento mayor/menor de la correcta.
- Paciente correcto; Vía de administración equivocada.
- Más grave cuando se administra por vía intravenosa, soluciones orales. La JOINT COMISSION lo considera “eventos centinelas”

RECOMENDACIÓN PARA PREVENIRLOS

LOS CINCO CORRECTOS



4. Errores en la preparación.

Errores en la preparación:

- Dilución o reconstitución incorrecta o inexacta.
- Fallo al agitar suspensiones
- Mezclar soluciones incompatibles
- Diluir medicamentos que no pueden ser diluidos o diluirlos.

Recomendaciones para prevenirlos

- Consultar ante cualquier duda que surja antes de preparar o administrar un medicamento.
- Realizar un doble chequeo independiente por una segunda persona cuando se preparan y administran medicamentos de alto riesgo.
- Utilizar equipos y bombas adecuados a la edad de los niños.





5. Errores por falta de educación a padres y cuidadores.

Errores por falta de educación a padres y cuidadores

- Deficiente información a la ciudadanía (padres, cuidadores...) como consecuencia: sobredosificación, infra dosificación o uso inadecuado
- Falta de cumplimiento del tratamiento por parte del paciente/familiar.



5. Errores por falta de educación a padres y cuidadores.

Recomendaciones para prevenirlos.

- Informarles sobre las indicaciones, la dosis, la duración del tratamiento y los posibles efectos adversos de los medicamentos.
- Ayudar y motivar a los padres o cuidadores para que tomen parte activa en el tratamiento y pregunten cualquier duda sobre la medicación
- Explicar a los padres o cuidadores y a ser posible por escrito la forma de utilizar correctamente los medicamentos que comportan algún grado de complejidad en su preparación o en su administración

A NIVEL AUTONÓMICO: SAS



Notificación de incidentes y aprendizaje para la seguridad del paciente

Un incidente relacionado con la seguridad del paciente es cualquier evento o circunstancia que ha ocasionado o podría haber ocasionado un daño innecesario e involuntario a un paciente a consecuencia de la asistencia sanitaria.

El objetivo de los sistemas de notificación y gestión de incidentes es convertirlos en **oportunidades para aprender y mejorar** y transformarlos en actuaciones concretas que minimicen su impacto o su ocurrencia.

Por ello ponemos a disposición de profesionales y ciudadanos este instrumento para que se comuniquen de forma **voluntaria y anónima** los riesgos o incidentes relacionados con la seguridad del paciente que se produzcan en su entorno. Su cumplimentación **no llevará más de 10 minutos**.

Recuerde que para realizar una gestión adecuada del incidente es necesario que describa de forma clara y concisa qué, cómo, por qué y dónde ocurrieron los hechos y qué medidas se tomaron de forma inmediata.

Los incidentes notificados serán analizados por un grupo de expertos de la unidad o centro implicado a fin de identificar y establecer acciones de mejora. Asimismo, los incidentes que sean generalizables a otros centros serán analizados por un grupo de expertos a nivel autonómico.



Notificación para profesionales sanitarios



Notificación para ciudadanos



Acceso a la gestión de incidentes para responsables de centro y unidad



Solicitud de alta para responsables de centro y unidad



Aplicación para móviles
Avizor: comunica los riesgos

- **¿Qué HACER CUANDO SE COMETE UN ERROR?**

- **NOTIFICACIÓN** del profesional sanitario a la Estrategia para la Seguridad del Paciente (ESSPA) mediante **página web**:
- <https://www.seguridadpaciente.es/sistema-de-notificaciones/>

A NIVEL AUTONÓMICO: SAS



Aplicaciones de salud del Observatorio: la salud está en tu mano

Avizor: comunica los riesgos



¿Has detectado algún riesgo en tu centro sanitario? ¿Se ha producido algún incidente de seguridad en tu unidad y quieres ponerlo en conocimiento de tu equipo para que no se vuelva a repetir? Con Avizor es muy fácil notificar estos incidentes para trabajar sobre ellos y evitar que vuelvan a producirse.

Esta aplicación está destinada a **profesionales sanitarios** del sistema sanitario público de Andalucía, posibilitando la notificación en tiempo real y en el punto de atención, de manera rápida, muy sencilla y garantizando el anonimato.

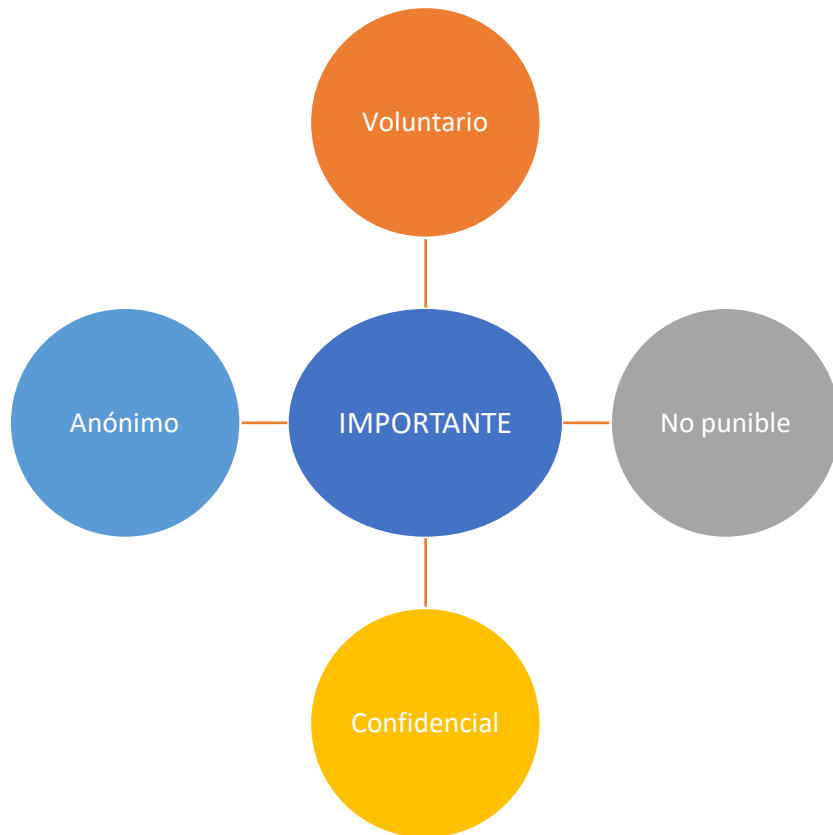
[Guía de uso de la aplicación](#)

[Manual de uso en vídeo](#) (gracias a Antonio Rodríguez, de la UGC Estepa)



- **NOTIFICACIÓN** del profesional sanitario a la Estrategia para la Seguridad del Paciente (ESSPA) mediante la APP “Avizor”

A NIVEL AUTONÓMICO: SAS



¿Cómo se notifica?

De forma clara y concisa qué, cómo, por qué y donde ocurrieron los hechos y que medidas se tomaron.

NO SE TRATA DE BUSCAR UN
CULPABLE, SI NO **APRENDER DE LOS
ERRORES**

A NIVEL NACIONAL:

- Notificación del profesional sanitario al ISMP- España (Instituto para el USO seguro de los medicamentos)



INSTITUTO PARA EL USO SEGURO DE LOS MEDICAMENTOS

Delegación Española del Institute for Safe Medication Practices

- Inicio
- Noticias
- Documentos y Herramientas
- Publicaciones
- Direcciones de interés

Sistema de Notificación y Aprendizaje de Errores de Medicación

- Errores de medicación
- Notificación de errores al ISMP-ESPAÑA**
- Boletines
- Etiquetado/envasado proclive a error
- Alertas

Este sistema de notificación de incidentes por medicamentos está financiado por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.



Sistema de Notificación y Aprendizaje de Errores de Medicación

Notificación de errores de medicación

La mejor fuente de aprendizaje para corregir un error de medicación es a través del propio error. Solo conociendo y analizando los errores que ocurren, se podrán desarrollar estrategias dirigidas a evitar que éstos vuelvan a producirse.

El Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos mantiene el Programa de Notificación de Errores de Medicación, adherido al programa internacional MERP, con el fin de centralizar y evaluar conjuntamente las comunicaciones de errores de medicación.

¿Qué errores notificar?

Los errores de medicación incluyen errores de prescripción, errores en la interpretación de las órdenes médicas por ser ambiguas o incompletas, confusiones en la dispensación o administración de medicamentos por envasado o etiquetado parecido, administración de un medicamento por una vía inapropiada o en dosis incorrectas, etc.

Interesa notificar tanto los errores de medicación que realmente han ocurrido, como los errores potenciales que fueron detectados antes de llegar al paciente o que el notificador considera que es posible que sucedan, por existir causas que favorecen su producción, como por ejemplo nombres de medicamentos similares que puedan llevar a confusiones.

¿Cómo notificar?

Los profesionales sanitarios que deseen notificar errores de medicación y compartir su experiencia para ayudar a evitarlos pueden notificar on-line a través de nuestro formulario, enviar un e-mail al Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos, o descargar y cumplimentar el Impreso de notificación y enviarlo por correo postal. Todas las notificaciones se tratarán de forma estrictamente confidencial.

Se ruega que al cumplimentar el formulario se adjunte una foto cuando se notifique un error asociado a un etiquetado o envasado proclive a error. Para ello, al final del formulario hay un apartado específico donde puede adjuntar la foto.

**Acceso formulario on-line**

E-mail: ismp@ismp-espana.org

Impreso de notificación: [Descargar](#) y enviar por correo postal.

ISMP-España
Hospital Universitario de Salamanca.
Paseo San Vicente, 50-102.
37007 - Salamanca

 [Síguenos en twitter](#)



Este proyecto de autoevaluación está financiado por la Dirección General de la Agencia de Calidad del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.



¿Cómo notificar un error?

Tipo y grado del daño

¿El incidente está relacionado con algún paciente concreto? *

☐ No está relacionado con un paciente concreto, se trata de un riesgo → Señalar en caso de notificar un **RIESGO**: situación de peligro para los pacientes pero que no está relacionado con un paciente en concreto

☐ Sí → Señalar en caso de notificar una circunstancia o evento que está relacionada con un paciente concreto.

¿El incidente ha alcanzado al paciente? *

☐ No ha alcanzado a ningún paciente → Señalar en caso de notificar un **CUASIINCIDENTE**: error humano o fallo del sistema que podría haber ocasionado un daño a un paciente pero que no se produce el daño bien por azar o porque es interceptado antes de que alcance al paciente.

☐ Sí → Señalar en caso de notificar una circunstancia o evento que ha alcanzado a un paciente concreto.

Grado del daño * → Seleccionar el **DAÑO** causado al paciente

Seleccionar...

Ninguno

Leve (Daño mínimo. El paciente requiere observación extra o tratamiento menor)

Moderado (Daño a corto plazo. El paciente requiere un procedimiento o tratamiento adicional)

Severo (Daño permanente o por largo tiempo)

Muerte (Causada por el incidente)



Demográficas

Edad *

☐ Fecha nacimiento

☒ Rango de edad

☐ Edad desconocida

Género *

Mujer

¿Este incidente ha sido compensado?

☐ No

☒ Sí

☐ No sabe/no contesta

Seleccionar...

Seleccionar...

Edad pediátrica

Menos de 28 días

De 1 mes a 1 año

De 2 a 4 años

De 5 a 11 años

De 12 a 17 años

Edad adulta

De 18 a 25 años

De 26 a 35 años

De 36 a 45 años

De 46 a 55 años

De 56 a 65 años

De 66 a 75 años

De 76 a 85 años

Más de 85 años

Guardar y volver en otro momento >

Siguiente >



¿Cómo notificar un error?

Fase del proceso

¿En qué fase del proceso asistencial se produjo el incidente? *

Seleccionar...



Persona implicada

Indicar quién realiza la notificación *

Seleccionar...



¿La persona que notifica es la persona implicada? * ☐ Sí ☐ No

Descripción

Localizador: KdC2V9mtTGKW

* Campo requerido.

Descripción del incidente

Le rogamos que nos describa a continuación lo que ha ocurrido, la secuencia de los hechos, las causas que pudieron influir en el origen del incidente, o que aumentan el riesgo de que éste se produzca, las acciones o circunstancias que impidieron o moderaron el daño al paciente, y cualquier otra información que considere relevante.

(No introduzca ningún dato identificativo relacionado con el paciente o con los profesionales. Dado el carácter anónimo de la notificación, cualquier información de esta índole será eliminada del sistema).

Descripción *

Describa de forma clara y concisa: quién, qué, dónde, cuándo, cómo y por qué.

Tipo de incidente

[Ayuda sobre el tipo de incidente](#)

Por favor, indique con qué categoría se relaciona el incidente de seguridad *

Seleccionar...

Seleccionar...

- Proceso asistencial o procedimiento clínico (prevención, valoración, diagnóstico, tratamiento, atención.)
- Medicación, fluidos intravenosos o productos sanitarios (medicamento, dosis, forma farmacéutica, técnica de administración, etiquetado, conservación, almacenamiento?)
- Caídas
- Proceso administrativo (citas, ingresos, derivaciones, altas, transferencias?)
- Dispositivos y equipamiento médico
- Documentación (órdenes, peticiones, historias clínicas, protocolos, informes, resultados, formularios?)
- Infraestructura, edificio o enseres fijos
- Gestión organizativa - Recursos
- Accidente del paciente (contusión, fuerza penetrante o mecánica, compromiso respiratorio, exposición a productos químicos?)
- Conducta
- Infección asociada a la asistencia sanitaria
- Úlceras por presión
- Sangre y productos sanguíneos
- Dieta - alimentación
- Oxígeno - Gas - Vapor

¡Incluya su voz, escanee su terminal, alertas y notificaciones.

Disponible en el
App Store

Disponible en
Google Play

¿Cómo notificar un error?

Fecha y hora del incidente

¿En qué fecha ocurrió el incidente?

☐ Fecha

☒ Fecha aproximada

¿A qué hora ocurrió el incidente?

☐ Hora (hh:mm)

☐ Rango de hora

☒ Hora desconocida

Localización

[Ayuda sobre la localización](#)

Para facilitar la gestión local del incidente, es necesario indicar la unidad de gestión clínica donde tuvo lugar *

Seleccione provincia:

Imagen adjunta

Se permite adjuntar hasta cuatro imágenes representativas del incidente.

(No introduzca ningún dato identificativo relacionado con el paciente o con los profesionales. Dado el carácter anónimo de la notificación, cualquier información de esta índole será eliminada del sistema).

[Elegir archivo](#)

No se ha seleccionado ningún archivo

Matriz de riesgo

[Ayuda sobre la matriz de riesgo](#)

Tabla de gravedad y probabilidad *

Gravedad	Probabilidad				
	Raro	Improbable	Posible	Probable	Casi seguro
Catastrófico					
Importante					
Moderado					
Menor					
Insignificante					

Bajo

Moderado

Alto

Muy alto

¿Cómo notificar un error?

Medidas de mejora (en relación con el incidente)

Localizador: KdC2V9mtGKW

Factores contribuyentes

[Ayuda sobre los factores contribuyentes](#)

Describa cualquier circunstancia que considere que ha desempeñado un papel en el origen o la evolución del incidente o que ha aumentado el riesgo de que se haya producido. (máx 800 car.)

Por favor, describa cuáles han sido los factores contribuyentes

Factores atenuantes

Describa cualquier acción o circunstancia que ha impedido o moderado la evaluación del incidente o ha disminuido su gravedad. Factores relacionados con los pacientes, profesionales, tareas, comunicación, formación, recursos, equipo, organización... (máx 800 car.)

Por favor, describa cuáles han sido los factores atenuantes

Acciones de mejora relativas al incidente

Proponga algunas acciones encaminadas a reducir, gestionar o controlar la probabilidad de que el incidente vuelva a ocurrir o de que cause un daño nuevamente. (máx 800 car.)

¿Que acciones de mejora se pueden aplicar para evitar o reducir el riesgo asociado al incidente?

Correo de contacto

De manera **totalmente opcional** puede dejar una dirección de correo electrónico para que podamos intercambiar información relevante acerca de la notificación, y responder a sus comentarios y peticiones sobre el sistema de gestión de incidentes

Correo electrónico

Mejorando el sistema de notificación

Su opinión es muy valiosa. Por favor, indíquenos cómo podríamos mejorar el Sistema de Notificación



Como prevenirlos: la seguridad del paciente en 7 pasos.

- Elaborado por la Agencia Nacional de Seguridad del Paciente del Reino Unido **“Seven Steps to Patient Safety”, Nacional Patient Safety Agency (NPSA)**
- ✓ *Paso 1: Desarrollar una cultura de seguridad. Crear una cultura que sea abierta y justa.*
- ✓ *Paso 2: liderar y apoyar a su personal. Establecer un enfoque claro y solido sobre la seguridad del paciente en toda su organización*
- ✓ *Paso 3: integrar la gestión de riesgos con la gestion global de la organización. Desarrollar sistemas y procedimientos para gestionar sus riesgos, e identificar y valorar cuestiones que puedan fallar.*
- ✓ *Paso 4: promover la comunicación de eventos adversos. Garantizar que su personal pueda fácilmente notificar incidentes.*
- ✓ *Paso 5: involucrar y comunicar a pacientes y familiares. Obtener de la dirección su claro respaldo a la política de apertura a pacientes y familiares tras el evento adverso (EA)*
- ✓ *Paso 6: aprender de los errores y compartir lecciones de seguridad. Animar al personal para utilizar el análisis causa raíz para conocer cómo y porque suceden los EA*
- ✓ *Paso 7: Implantar soluciones para prevenir el daño. Introducir soluciones que reduzcan el riesgo mediante cambios en prácticas, proceso o Sistema.*

A PRÓPOSITO DE UN CASO

- Niña de 2 años (11.5 Kg) con dosis prescrita de 180 mg de Paracetamol IV para control de hipertermia.
- A la hora de administrar, se confunde la dosis expresada en mg con el volumen en ml; administrándose directamente del frasco de paracetamol de 10mg/ml, 100 ml y se programa en la bomba de infusión un volumen de 180 ml en lugar de 18ml.



ANALISIS DEL CASO

- ¿Qué medicamento se ha empleado y ha provocado el error?
 - Riesgo elevado: Benzodíacepinas, Morfina, Dopamina, Digoxina, etc.
 - Riesgo moderado: **PARACETAMOL**
 - Riesgo bajo: Suero glucosado, suero fisiológico, etc.



ANÁLISIS DEL CASO

Edad: 2 años. Peso: 11,5 kg

Paracetamol para hipertermia

Presentación del fármaco empleada:

- Presentación del adulto: 1000 mg/100 ml o 10 mg/ml. **¡¡NO NIÑOS!!**
- Dosis prescrita: 180 mg.
 - 10 mg → 1 ml
 - 180 mg → 18 ml

Dos opciones:

- Extraer del frasco 18 ml y administrárselo mediante bomba o jeringa de infusión.
- Programar VAI (Volumen a Infundir) en la bomba (En este caso 18 ml)

ANÁLISIS DEL CASO

Posible error en la opción B

- Fallos de la bomba
- Padres y familiares pueden modificar parametros de la bomba por la noche o algún otro profesional.

¿Qué hacer cuando se ha cometido el error?

- Entra el equipo que prescribe (Pediatras)
- Enfermería se anticipa y prepara el antídoto correcto: **N-Acetilcisteína**
- Analítica: para realizar niveles de paracetamol

Se notifica el caso a la Estrategia de Seguridad del Paciente

- De forma anónima y confidencial sin buscar culpables.

RIESGOS DE SOBREDOSIFICACIÓN DEL PACIENTE

- Tener en cuenta la vía de administración y el peso del paciente (11,5 kg):
- VIA ORAL:
 - Niños <10 años: 15 mg/kg cada 6 horas o 10 mg/kg cada 4 horas. Dosis diaria recomendada: 60 mg/kg/día repartidas en 4-6 tomas.
- VIA INTRAVENOSA:

Peso	mg/dosis (1 dosis cada 6 h)	Dosis Máxima Diaria* mg/kg
3 kg	22,5 mg	30 mg/kg
5 kg	37,5 mg	30 mg/kg
10 kg	75 mg	30 mg/kg
20 kg	300 mg	60 mg/kg
30 kg	450 mg	60 mg/kg Sin exceder 2 g
40 kg	600 mg	60 mg/kg Sin exceder 3 g
> 50 kg	750-1 g	Con riesgo hepatotoxicidad hasta 3 g. Sin riesgo hepatotoxicidad hasta 4 g.

RIESGOS DE SOBREDOSIFICACIÓN DEL PACIENTE

EFFECTOS SECUNDARIOS

HEPATICOS:

- Aumento de transaminasas, **HEPATOTOXICIDAD**.

HIPERSENSIBILIDAD,

- Exantema, urticaria, fiebre, reacciones anafilácticas.

HEMATOLOGICOS:

- Trombocitopenia, Leucopenia a dosis altas y tratamientos prolongados (Agranulocitosis).

Otras no tan frecuentes:

- Malestar, hipotensión, hipoglucemia, erupción cutánea...

NIVELES PLASMATICOS DE
PARACETAMOL > 300 µg/ml
a las 4 horas de ingestión



DAÑO HEPATICO 90% de
pacientes



DECÁLOGO DE SEGURIDAD DEL NIÑO EN EL ENTORNO SANITARIO

DECÁLOGO DE SEGURIDAD DEL NIÑO EN EL ENTORNO SANITARIO

Los presentes consejos tienen la finalidad de invitarle a participar activamente en la seguridad de su hijo en todas las fases de la atención sanitaria, asumiendo su corresponsabilidad en dichos procesos. Le proponemos que contribuya procurando el cumplimiento del siguiente decálogo:



Procure que su hijo lleve siempre puesta la pulsera de identificación, si hubiera que retirarla para alguna técnica, insista en que la coloquen en el otro brazo.



El niño debe estar siempre acompañado de un familiar o cuidador, tanto en la habitación como en otras áreas de diagnóstico o tratamiento, salvo excepciones como puede ser quirófano.



Asegúrese que la información relevante del niño figura en su historia clínica y que las alertas, especialmente alergias a medicamentos, alimentos, látex, etc. están convenientemente indicadas en carteles visibles en la cabecera de la cama y en la historia clínica.



Es importante que usted conozca el nombre de el/los médicos responsables de su hijo, así como de la enfermera asignada para su cuidado.



Pregunte sin restricciones todas las dudas que tenga acerca del estado de salud de su hijo así como de los procedimientos diagnósticos y los tratamientos.



Debe conocer y comprender la enfermedad y las opciones de tratamiento existentes así como las posibles complicaciones y sus tratamientos. El médico y la enfermera se lo explicarán con lenguaje adecuado y comprensible.



Hay que insistir en el cumplimiento de las normas de higiene, fundamentalmente el lavado de manos, por parte de los acompañantes, visitas y personal sanitario.



Indique de forma clara la medicación que está tomando su hijo.



Pida información sobre la medicación que le han prescrito a su hijo: nombre, dosis, frecuencia y vía.



No se marche del hospital sin un informe claro de su atención y las recomendaciones terapéuticas al alta.

CONCLUSIÓN

- Uno de los errores cometidos en la medicación estar relacionados con los “5 correctos”, el tipo más frecuente es la dosis incorrecta.
- Hay diversos factores que influyen en estos errores como la carga de trabajo, la falta de experiencia del personal y las interrupciones.
- Las medidas que debemos utilizar para prevenirlos son: aportar más información y preparación a los enfermeros, la realización del doble o triple check-in y la realización del calculo de la dosis más de una vez.
- Además de estandarizar la administracion de medicamentos y la implantación de programas de medicación segura para este tipo de pacientes.
- Los niños son un grupo de pacientes **muy vulnerables** en relación con los errores en la medicación debido a que la mayoría de las presentaciones
- iones son iguales que las de los adultos porque no están probados en este grupo de pacientes. Por lo que aumenta el riesgo de cometer errores.
- Los errores de medicación son **INEVITABLES**, pero **PREVENIBLES**



FIN

[illegible]

BIBLIOGRAFÍA

- Guía de Práctica Clínica sobre Seguridad del Paciente. Empresa Pública de Emergencias Sanitarias (EPES) [Internet]. 2021. Disponible en: http://www.enfermeriadeurgencias.com/images/archivos/Guia_Practica_Seguridad_del_Paciente-2ed.pdf
- Andes pediátr. 2021;92(2):288-297. DOI: 10.32641/andespediatr.v92i2.1357
- Los 10 errores de medicación de mayor riesgo detectados en 2020 y cómo evitarlos. Boletín de Recomendaciones para la Prevención de Errores de Medicación. Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos. Febrero de 2021; 1–5.
- Prevención de errores de medicación en pacientes pediátricos. Boletín de Recomendaciones para la Prevención de Errores de Medicación. Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos. Septiembre 2018; 1–6.
- Asociación Española de Pediatría | Asociación Española de Pediatría [Internet]. Decálogo de seguridad del niño en el entorno sanitario | Asociación Española de Pediatría; [consultado el 5 de Septiembre de 2021]. Disponible en: <https://www.aeped.es/comite-calidad-asistencial-y-seguridad-en-paciente/documentos/decalogo-seguridad-nino-en-entorno>

BIBLIOGRAFÍA

- Notificación de incidentes y aprendizaje – Estrategia para la Seguridad del Paciente [Internet]. Seguridadpaciente.es. [citado el 14 de septiembre de 2021]. Disponible en: <https://www.seguridadpaciente.es/sistema-de-notificaciones/>
- Melgarejo Gonzalez C, Bossacoma Busquets F. Errores de medicación en Pediatría. [Internet] Butlletí de Prevenció d' Errors de Medicació de Catalunya. 2019. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. [Citado el 10 de septiembre de 2021] Disponible en: https://scientiasalut.gencat.cat/bitstream/handle/11351/4291/butll_prev_errors_medicacio_catalunya_2019_17_02_ca_s.pdf?sequence=2&isAllowed=y
- Piñeiro Pérez R. Errores de medicación en pediatría: en busca de una nueva vacuna. Un pediatra (Barc). 2014; 81 (6): 341–2. [Citado el 05 de Septiembre de 2021]
- Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria. 32 Congreso Nacional SPEAP. 25-27 octubre 2018.