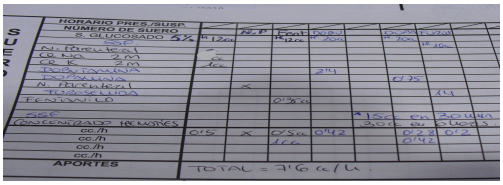
PREVENCIÓN DE ERRORES EN LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS EN NEONATOLOGÍA

Hospital Materno Infantil de Málaga. UCG de Neonatología.

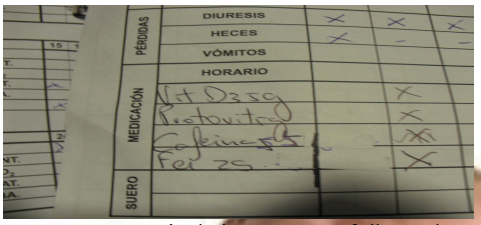
Romero Fontalba, Carmen Vanesa; Sánchez Domínguez, Rosario; Bustara González, Gema Vanesa

INTRODUCCIÓN

La seguridad del paciente es objetivo prioritario de todo sistema sanitario. La ausencia absoluta de errores de medicación es casi imposible. Los errores de medicación se producen por la utilización inadecuada de un fármaco durante el tratamiento médico y pueden provocar daño al paciente. Aparecen como consecuencia de fallos humanos (falta de conocimiento terapéutico, disminución de atención, lapsus mentales) o fallos del sistema. La incidencia de errores de medicación en niños hospitalizados es hasta tres veces superior a la del adulto. En las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales el riesgo de errores se incrementa aún más por las características propias del neonato (bajo peso al nacer, inmadurez) El reconocimiento de estos errores es el primer paso para su prevención. El análisis de las "cuasi-fallas" tiene una consideración especial ya que son eventos que estuvieron a punto de ocurrir pero que no se consumaron:



Cuasi-falla tipo 1: Ocurre una desviación en el sistema. El sistema para detectar y corregir la desviación funciona como está planeado



Cuasi-falla tipo 2: Uno o más de los sistemas falla en detectar y corregir

Cuasi-falla tipo 3: Uno o más de los sistemas falla en detectar y corregir. Se produce una lesión pero no constituye el peor resultado posible

OBJETIVOS

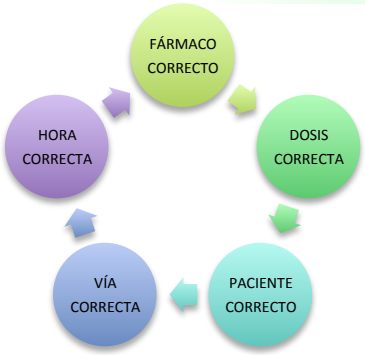
- Reconocer la transcendencia clínica es el principio para abordar los errores en la administración de medicación

- Promover y desarrollar estrategias y recomendaciones: implantación de protocolos

- Establecer y mantener Programa de Notificación de Errores de Medicación

REGLA DE LOS CINCO CORRECTOS O REGLA DE ORO

" Regla que se debe aplicar antes de administrar cualquier medicación, previniendo la aparición de posibles errores"



MATERIAL Y MÉTODO

-Revisión bibliográfica y de protocolos de actuación en la Unidad
-Documentación de casos clínicos, revisión de Hª clínica
-Impreso Modelo de Sistema de Notificación de Fallos

RESULTADOS

-Aumento de la comunicación de Errores de Administración de Medicación y adopción de las medidas preventivas pertinentes
-Creación de Protocolos sobre preparación y administración de medicamentos en la Unidad
-Uso de programas y soporte informático de las historias clínicas

CONCLUSIONES

Es necesario crear una Cultura Profesional que permita aprender de los propios errores, es decir, que deseche la idea de culpabilidad y favorezca la comunicación y el análisis de los errores que se producen, con el fin de identificar las causas que los originan y desarrollar estrategias para evitar que se repitan

BIBLIOGRAFÍA:

OMS Consejo ejecutivo 118ª reunión, Punto5.3 del orden del día provisional. Mayo2006. Uso racional de los medicamentos: Progresos realizados en la aplicación de la estrategia farmacéutica de la OMS.

Campino Villegas A., López Herrera MC., Garcia Franco M., López de Heredia I., Goya y Valls Soler A. Errores en la prescripción y transcripción de medicación en unidad neonatal. An Pediatr (Bara) 2006; 64 (4): 330-5.

Hidalgo Albert E, Oliveras Arenas M, Cabañas Poy MJ, Juárez Giménez JC, Barroso Pérez C.Errores de medicación en pediatría. El Farmacéutico Hospitales 2001; 121: 30-34.