

El Faro

del cuidado

AÑO 2 - Boletín N° 55 - Abril 2026

EDICION ESPECIAL



CheckList

Check



LA SEGURIDAD NO ES UN DESTINO, ES UN HÁBITO.

Un sistema robusto es aquel que protege al profesional para que un error humano no llegue al paciente

Una letra de diferencia o un color de una ampolla pueden separar un tratamiento exitoso de un evento adverso grave.

En este artículo vamos a desarrollar al menos 10 barreras que pueden ayudar a evitar el error humano.

1. Tall Man Lettering (Escritura Diferenciada)

El cerebro tiende a “completar” palabras conocidas. Al cambiar a mayúsculas las sílabas donde los nombres difieren, rompes esa automatización.

Pares Críticos: DOBUtamina vs. DOPamina (por ejemplo).

2. Almacenamiento Segregado y Estratégico

El error suele ocurrir por “proximidad”. Separa físicamente los pares LASA en farmacia y plantas de hospitalización. Si tienes Dopamina y Dobutamina, sepáralas por al menos tres fármacos de apariencia totalmente distinta.

3. Etiquetado de Alerta en el Punto de Uso

No confíes solo en el empaque del fabricante. Coloca un adhesivo pequeño de color (ej. Rojo o Amarillo) que diga “¡OJO! LASA” o “ALTO RIESGO” en la ampolla, caja o vial

4. Protocolo de Doble Chequeo Independiente

Para que sea efectivo, debe ser

Las 10 Barreras LASA

Los errores por medicamentos Look-Alike, Sound-Alike (LASA) son fallos latentes en el sistema de salud. No podemos depender de la agudeza visual o la memoria de los profesionales de la salud. Necesitamos múltiples capas de defensa. Esta guía presenta 10 barreras procedimentales, tecnológicas y físicas para implementar de inmediato.

Independiente. **Persona A:** Prepara el medicamento leyendo la orden médica. **Persona B:** Lee la orden médica y verifica el fármaco preparado por A, sin que A le diga. **Ambas confirman:** Fármaco, Concentración, Caducidad y Paciente.

5. *Reglas de Decimales (No a Ceros a la Derecha)*

El punto decimal puede perderse al copiar u ordenar.

6. *Minimización de Órdenes Verbales*

Las órdenes verbales o telefónicas son la causa principal de errores por similitud fonética (Sound-Alike). Prohíbe las órdenes verbales para medicamentos de alto riesgo, excepto en emergencias (RCR).

7. *Uso de Utensilios de Medida Graduados (Pediatria)*

El error de medida es la barrera más débil si dependes de cucharas domésticas. Proporciona siempre jeringas orales graduadas.

8. *Validación de Peso y Concentración (Báscula Pediátrica)*

Calcular la dosis con un peso desactualizado es un error fatal.

Exige pesar al niño en cada ingreso.

9. *Confirmación de Peso y Cálculo de Dosis (Neonatología)*

La micro-dosificación requiere precisión absoluta.

10. *Escucha Activa al Paciente/Familia*

La última línea de defensa es el paciente.

● **TALL MAN LETTERING (ESCRITURA DIFERENCIADA)**

● **ALMACENAMIENTO SEGREGADO Y ESTRATÉGICO**

● **ETIQUETADO DE ALERTA EN EL PUNTO DE USO**

● **ROTOCOLO DE DOBLE CHEQUEO INDEPENDIENTE**

● **REGLAS DE DECIMALES (NO A CEROS A LA DERECHA)**

● **MINIMIZACIÓN DE ÓRDENES VERBALES**

● **USO DE UTENCILLOS DE MEDIDA GRADUADO (PEDIATRIA)**

● **VALIDACIÓN DE PESO Y CONCENTRACION**

● **CONFORMACIÓN DE PESO Y CALCULO DE DOSIS (NEONATOLOGIA)**

● **ESCUCHA ACTIVA AL PACIENTE Y FAMILIA**

Doble Chequeo

El Doble Chequeo Independiente (DCI) se erige como ese faro que ilumina los puntos ciegos de nuestra práctica diaria.



15%

Incidentes reportados en ambientes hospitalarios de “medicamento equivocado”



Deteccion de errores utilizando el Doble Chequeo Independiente (DCI)

95%

En la complejidad del sistema sanitario, la administración de medicamentos representa uno de los procesos de mayor riesgo. Entre las distracciones, la fatiga y la sobrecarga asistencial, el error humano es una variable constante. A diferencia de una verificación conjunta (donde dos personas miran lo mismo al mismo tiempo, reforzando muchas veces el sesgo de confirmación), el DCI exige que dos profesionales realicen el proceso de verificación de manera separada y sucesiva.

Cuando el segundo profesional realiza el cálculo o verifica la droga sin conocer el resultado del primero, la probabilidad de que ambos cometan el mismo error cognitivo se reduce drásticamente. Es la aplicación pura de la redundancia defensiva. El doble chequeo independiente no es una falta de confianza en el compañero; es una estrategia de equipo para blindar la seguridad. Es reconocer que nuestra mente puede jugarnos malas pasadas y que necesitamos un faro externo que valide nuestro camino.

El Desafío:

Esta semana, en nuestro servicio, identifiquemos aquel medicamento de “Alto Riesgo” donde el chequeo se ha vuelto una rutina mecánica o verbal (“¿Está bien esto?”, “Sí, está bien”).

Implementemos un DCI genuino: entreguemos el vial y la indicación a un colega sin decirle el resultado y esperemos a que él llegue a su propia conclusión.

Detrás de cada estadística de “evento adverso” hay una persona y una familia; por ello, aplicar el rigor científico en la verificación es la forma más elevada de demostrar empatía.

Independiente

Los medicamentos LASA no son un problema menor. Diversas investigaciones y sistemas de notificación de incidentes (como el del Institute for Safe Medication Practices - ISMP) indican que la confusión por nombres o envases similares está presente en una proporción significativa de los errores de dispensación y administración.

La falta de estandarización en el etiquetado y la similitud fonética (ej. Dopamina vs. Dobutamina) son los principales gatillos del error. (Systematic Review of LASA, PMC9328434)

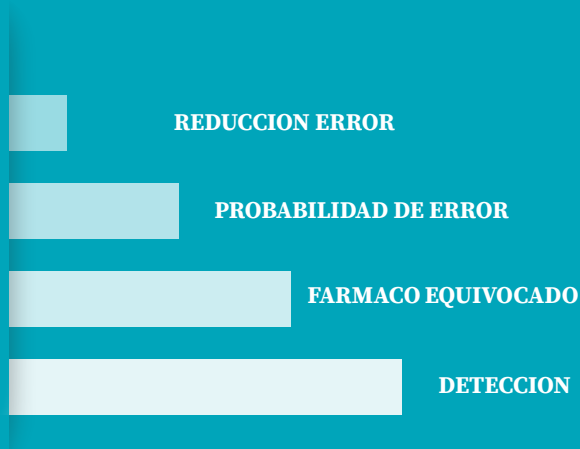
<0.25%

>5%

15%

95%

RECORDÁ ESTOS %



- **COSTO GLOBAL: 42.000 MILLONES USD/AÑO EN ERRORES DE MEDICACIÓN (OMS)**
- **IMPACTO LASA: HASTA EL 15% DE INCIDENTES POR FARMACO EQUIVOCADO**
- **PODER DEL DCI: INTERCEPTA EL 95% DE LOS ERRORES**
- **REDUCCION DEL RIESGO: BAJA LA PROBABILIDAD DEL 5% AL 0.25%**
- **ESTRATEGIA CLAVE: VERIFICACION POR DOS PERSONAS, SEPARADAS Y SUCESIVAS**

En la UCI, donde la complejidad y la urgencia convergen, el Doble Chequeo Independiente se convierte en un acto esencial de cuidado y precisión, blindando la seguridad del paciente crítico en cada administración de medicación.

Fármacos y UCI

En la Unidad de Terapia Intensiva (UTI), el paciente crítico es un escenario dinámico donde la fisiología cambia minuto a minuto. Cuando hablamos de farmacoterapia, no existe la “talla única”. La falla orgánica –ya sea renal, hepática o ambas– altera profundamente la farmacocinética y farmacodinámica de las drogas que administramos. En este contexto, la dosificación precisa no es solo un cálculo matemático; es la esencia misma de nuestra misión: cuidar la vida sin generar daño adicional.

En el paciente crítico, el aclaramiento de fármacos se ve comprometido por dos grandes ejes:

- Falla Renal: La disminución de la tasa de filtrado glomerular obliga a ajustar no solo la

dosis de mantenimiento, sino a veces también los intervalos de administración para evitar la acumulación tóxica, especialmente en antibióticos como los aminoglucósidos o la vancomicina.

- Falla Hepática: El metabolismo de primer paso y la síntesis de proteínas (como la albúmina) se alteran. Un fármaco que se une fuertemente a proteínas tendrá una fracción libre mayor y potencialmente tóxica si el hígado no funciona correctamente.

En la UTI implica entender que un riñón que falla no solo deja de eliminar toxinas, sino que transforma un medicamento curativo en un veneno potencial si no somos capaces de titular la dosis según la función actual del órgano.

Fá

Este enfoque asegura eficacia inicial (carga completa) y minimiza toxicidad posterior (mantenimiento ajustado), adaptándose a la fisiología cambiante de la paciente.

La Estrategia



DOSIS DE CARGA
Estrategia 1

En el paciente crítico, la prioridad es alcanzar concentraciones terapéuticas rápidamente, especialmente con antibióticos. El volumen de distribución (Vd) en el crítico está aumentado por la capilaridad y la reanimación hídrica. Por lo tanto, la dosis de carga inicial generalmente NO debe reducirse, incluso en falla renal o hepática severa. Reducirla es condenar al paciente a la subdosificación en las primeras horas críticas.



MANTENIMIENTO
Estrategia 2

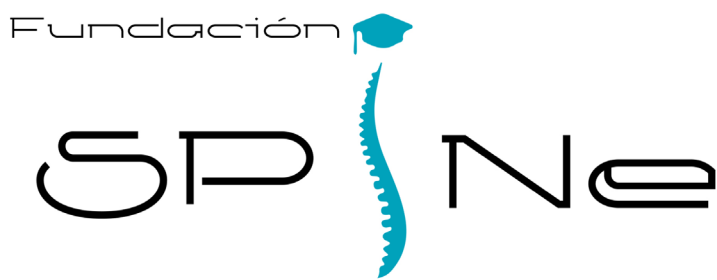
Aquí es donde el ajuste es vital. Debe basarse en la función de órgano remanente. En el caso del riñón, si no se dispone de aclaramiento medido en orina de 24h (lo ideal), fórmulas como Cockcroft-Gault o MDRD deben usarse con precaución, sobreestimando a menudo la función real.



TDM
Estrategia 3

El Monitoreo terapéutico de Drogas es nuestra herramienta más potente. Medir niveles plasmáticos de vancomicina, aminoglucósidos, fenitoína o incluso betalactámicos (donde esté disponible) es fundamental para guiar el ajuste, pasando de la “dosis basada en poblaciones” a la “dosis basada en el paciente real”.

farmacos



Seguridad de Pacientes Integral Neuquén

somospine

Fundación sin fines de lucro dedicada a transformar la atención sanitaria a través de la seguridad del paciente y la atención centrada en las personas.

Nos enfocamos en empoderar a líderes y profesionales de la salud con las herramientas y el conocimiento necesarios para crear entornos de atención más seguros, humanos y eficientes.

www.fundacionspine.org
info@fundacionspine.org