



**Percepción de errores de administración de medicamentos en el personal de enfermería de un Hospital Pediátrico**

---

**Eritema nodoso secundario a parvovirus B19. A propósito de un caso.**

---

**Carditis Reumática, reporte de un caso.**

---

**Seguridad en la atención del Paciente: ¿Qué camino hemos recorrido?**



## REVISTA DEL HOSPITAL GENERAL DE NIÑOS PEDRO DE ELIZALDE

Vol 16 N° 1 Año 2025

ISSN 1853-1563

Esta revista es propiedad de la Asociación de Profesionales  
del Hospital General de Niños Pedro de Elizalde

Montes de Oca 40  
1270 - Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

asociacion.profesionales.hp@gmail.com  
www.apelizalde.org

### Editor

Fernando Torres

### Editor Honorario

Raquel E. Wainsztein

### Editores Asociados

Jeanette Balbaryski  
Gustavo Debaisi  
Paula Dominguez  
Raúl Gómez Traverso  
Gastón Bellia Munzón  
Javier Potasznik  
Alejandra Pringe

### Secretaria

Andrea Mermolja

### Diseño y Diagramación

AMM360

## Asociación de Profesionales Hospital Pedro de Elizalde

### Presidente

Jeanette Balbaryski

### Vicepresidente

Fernando Torres

### Secretaria General

Vilma Pigliapoco

### Tesorero

Julio Biancolini

### Secretario Científico

Paula Domínguez

### Secretaria de Prensa

Carolina Davenport

### Sec. Relaciones Instit.

María José Chiolo

### Secretario Actas

Roxana Fernandez

### Revisor Cuentas 1

Stella Maris Souto

### Revisor Cuentas 2

Celia Koltan

### Vocal N° 1

Claudia Insua

### Vocal N° 2

Paula González Pannia

Publicación semestral.

Los artículos de esta revista no pueden ser reproducidos total o  
parcialmente, sin el permiso escrito de la Asociación de Profesionales  
del Hospital General de Niños Pedro de Elizalde.

La Dirección no se responsabiliza por los conceptos vertidos en los  
trabajos y notas publicadas, las que tienen su autor responsable.



## Editorial

### **La seguridad del paciente en pediatría, un desafío constante**

*De Lillo L.*

4

## Artículo Original

### **Percepción de errores de administración de medicamentos en el personal de enfermería de un Hospital Pediátrico**

*Carro A, Domínguez P, Avilez M, Fernández R, Pigliapoco V, Raiden S, Vaccaro R.*

6

## Reporte de Casos

### **Eritema nodoso secundario a parvovirus B19. A propósito de un caso.**

*Reta de Urquiza M, Riccardi S, Martegani LR, Yarza ML, Laffargue JA.*

13

### **Carditis Reumática, reporte de un caso.**

*Risoli L, Casco A, Urtasun M, Davenport MC, Raiden S, Calafatello N.*

16

## Artículo Especial

### **Seguridad en la atención del Paciente: ¿Qué camino hemos recorrido?**

*Davenport C, Sanluis Fenelli G.*

20

## La seguridad del paciente en pediatría, un desafío constante

De Lillo L.<sup>1</sup>

La seguridad del paciente es un aspecto fundamental en la atención médica y adquiere una relevancia particular en pediatría, dada la mayor vulnerabilidad de los pacientes. Garantizarla representa un desafío continuo que exige la atención, el cuidado y el compromiso de los profesionales de la salud en todos los niveles de atención.

La Agencia de Investigación y Calidad de la Salud de Estados Unidos define la seguridad del paciente como un “conjunto de estructuras o procesos organizacionales que reducen la probabilidad de eventos adversos resultantes de la exposición al sistema de atención médica a lo largo de enfermedades y procedimientos”.

Los datos son preocupantes: se estima que en todo el mundo mueren 5 pacientes por minuto como consecuencia de la atención médica poco segura, cuatro de cada diez pacientes sufren daños en la atención primaria de salud y en los servicios ambulatorios. Los errores de medicación generan un costo de 42.000 millones de dólares anuales. Los procedimientos quirúrgicos no seguros provocan complicaciones en hasta un 25% de los pacientes, derivando en un millón de muertes anuales.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoce que la seguridad del paciente es una prioridad sanitaria global, y ha hecho un llamado urgente para reducir los daños derivados de la atención médica. Siendo esencial en el abordaje de estos problemas la implementación de estrategias y soluciones efectivas que permitan reducir los riesgos y mejorar la calidad de la atención.

La Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) sostiene que el 15% del gasto hospitalario total se atribuye a fallas en la seguridad. A todo esto, se le agrega la pérdida de confianza en los sistemas de salud, los gobiernos y las instituciones.

Una de las estrategias principales es la creación de una cultura de seguridad dentro de las instituciones de salud. Esto requiere el establecimiento de políticas claras, liderazgo comprometido y el uso de datos para impulsar mejoras en infraestructura, procesos y capacitación del personal sanitario, así como la participación efectiva de los pacientes en su propia atención.

---

<sup>1</sup> Jefe de División de Pediatría A. Integrante del Comité de Seguridad del Paciente y Gestión Clínica, Hospital General de Niños Pedro de Elizalde

Otra estrategia clave es la implementación de prácticas seguras, basadas en las seis Metas Internacionales de Seguridad del Paciente propuestas por la OMS y la Joint Commission International (JCI):

1. Identificar correctamente a los pacientes.
2. Mejorar la comunicación efectiva.
3. Asegurar el uso seguro de medicamentos de alto riesgo.
4. Garantizar cirugías en el paciente correcto, en el sitio correcto y con el procedimiento correcto.
5. Reducir el riesgo de infecciones asociadas a la atención sanitaria.
6. Minimizar el riesgo de caídas y sus consecuencias.

Estas medidas, de bajo costo y amplio impacto, son esenciales para fomentar una cultura de seguridad y prevenir daños evitables en la atención pediátrica. En nuestro hospital, el Comité de Seguridad del Paciente y Gestión Clínica trabaja activamente con acciones concretas para fortalecer este compromiso. Garantizar una atención segura no es solo un deber profesional, sino una responsabilidad ineludible con la infancia y el futuro de nuestra sociedad.

## Referencias

- 1.- Joint Commission International. International Patient Safety Goals. [Acceso: 1 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://www.jointcommissioninternational.org/standards/international-patient-safety-goals/>
- 2.- Manual de seguridad del paciente. Julio 2022 [Acceso: 1 de marzo de 2025] Disponible en [https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2022/11/manual\\_de\\_seguridad\\_del\\_paciente.pdf](https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2022/11/manual_de_seguridad_del_paciente.pdf)

# Percepción de errores de administración de medicamentos en el personal de enfermería de un hospital pediátrico

Carro A<sup>1</sup>, Domínguez P<sup>2</sup>, Avilez M<sup>1</sup>, Fernández R<sup>1</sup>, Pigliapoco V<sup>1</sup>, Raiden S<sup>1</sup>, Vaccaro R<sup>1</sup>

## Resumen

**Introducción:** Los errores de medicación son eventos prevenibles que pueden causar daño o dar lugar a una utilización inapropiada de los medicamentos. Se producen por fallos en cualquier etapa del proceso de medicación. Los profesionales de enfermería cumplen un rol central en la fase de administración de los fármacos.

**Palabras clave:** farmacovigilancia, errores de administración de medicamentos, pediatría

**Objetivo:** Evaluar la percepción del personal de enfermería acerca de los errores de administración de medicamentos más frecuentes y los factores asociados a los mismos, en un hospital pediátrico.

**Material y Método:** Estudio descriptivo, transversal, mediante encuesta anónima. Se calculó la prevalencia de errores de administración percibidos y los factores asociados.

**Resultados:** Respondieron la encuestas 67 enfermeros. El 82% refirió percibir errores en la administración de los medicamentos; los más frecuentes fueron relacionados con la dosis y la frecuencia de administración. Con respecto a los factores percibidos como involucrados en la producción de errores se identificaron la incorrecta comunicación con el equipo médico y la ilegibilidad de las indicaciones. El 79,1% de los enfermeros refirieron reportar los errores de administración.

**Conclusión.** El personal de enfermería percibe que los errores relacionados con la dosis y la frecuencia de administración son los más frecuentes.

La incorrecta comunicación con el equipo y la ilegibilidad de las indicaciones fueron referidos como favorecedores.

## Introducción

Los errores de medicación (EM) son incidentes prevenibles, que pueden causar daño al paciente o dar lugar a una utilización inapropiada de medicamentos, cuando están bajo el control de los profesionales de la salud, del paciente y/o consumidor<sup>1</sup>. La población infantil representa un grupo especialmente susceptible, con un mayor riesgo de desarrollar eventos adversos en relación a la población adulta<sup>2,3</sup>.

El proceso de medicación en pacientes hospitalizados comprende las etapas de prescripción, validación, dispensación, transcripción y administración, llevadas a cabo por diferentes personas que deben realizar actividades coordinadas. Dado que se trata de un proceso complejo, es frecuente la ocurrencia de errores, algunos banales, pero otros capaces de desencadenar un daño irreversible<sup>4</sup>.

A partir de esta evidencia, el análisis de los EM, los factores que los propician y la implementación de sistemas de medicación más seguros, resulta una prioridad de la política sanitaria, siendo todos estos aspectos de vital importancia para la seguridad del paciente.

Por otra parte, reconocer los errores es el primer paso para superarlos. El logro de este objetivo se alcanza a partir de crear conciencia de su vulnerabilidad y analizando las circunstancias que los motivaron.

Correspondencia: Dra. Alejandra Carro. [alejandracarro@yahoo.com.ar](mailto:alejandracarro@yahoo.com.ar)  
Trabajo recibido el 5 noviembre 2024 y aprobado el 15 enero 2025

<sup>1</sup> Comité de Farmacovigilancia del Hospital General de Niños Pedro de Elizalde  
<sup>2</sup> Comité de Docencia e Investigación Hospital General de Niños Pedro de Elizalde

En este sentido, cabe señalar que los EM no pueden verse como sucesos aislados, sino que deben ser considerados como problemas inherentes a la práctica institucional, en la que los profesionales participan con corresponsabilidad.

La Institución debe generar un entorno que no culpabilice y en el que los diferentes actores puedan notificar sin temor a ser castigados, promoviendo políticas que apoyen la corrección de los problemas, ya que éstos necesariamente impactarán en la calidad y seguridad de la atención brindada<sup>5</sup>. Propiciar una cultura de aprendizaje del error teniendo una actitud positiva y crítica, permitirá analizar los diferentes tipos de EM observados, los efectos que puedan tener sobre los pacientes, así como la implementación de estrategias de prevención adecuadas, con el propósito de reducir al mínimo su producción<sup>1</sup>.

Trabajos previos señalan que los errores más comunes son los relacionados con la prescripción y la administración de los medicamentos (EAs). Los datos sobre errores en la etapa de administración en la atención hospitalaria varían entre el 6,9 % y 19,7 %, con un porcentaje del 8 %, al excluir los relacionados con la frecuencia del suministro<sup>6,7</sup>. Pérez-Díez et al<sup>8</sup> describieron una tasa global de EM del 23,7 % y de éstos, el 10,9 % fueron referentes al proceso de administración. Por otra parte, de acuerdo con un estudio del Instituto Nacional del Cáncer de 2010, los EAs más comunes se relacionaron con una técnica inadecuada, vía equivocada, una preparación incorrecta y/o la administración sin tener en cuenta los cuidados relativos a ese medicamento<sup>9</sup>.

En el ámbito hospitalario, el personal de enfermería es, en última instancia, responsable de esta fase, ya que está íntimamente involucrado en la administración de los fármacos. Por este motivo, resulta sumamente importante comprender los factores que contribuyen a generar este tipo de errores, para ser

capaces de identificarlos, estableciendo sus causas y desarrollando estrategias para su prevención<sup>9</sup>.

El objetivo de este trabajo fue describir la percepción del personal de enfermería sobre los EAs más frecuentes y los factores que favorecen su producción, en las salas de internación de clínica del Hospital General de Niños Pedro de Elizalde (HGNPE).

### **Población y métodos**

Se realizó un estudio de tipo observacional, transversal. Se invitó a participar a profesionales de enfermería de las salas de Internación indiferenciada del HGNPE, de los diferentes turnos y días, incluyendo fines de semana y feriados. Se excluyeron los profesionales de enfermería que se encontraban con licencia por diferentes motivos y el personal de las unidades cerradas.

Se utilizó una encuesta anónima de 10 preguntas cerradas, que indagaba acerca de EAs percibidos y los factores favorecedores de su aparición. (Anexo 1) Previo a su administración, se realizaron encuentros entre los investigadores y el personal de enfermería con el fin de explicar la magnitud del problema y el alcance del estudio.

Se definió como "Error de Administración de medicamentos" a las fallas en la identificación del paciente o del fármaco, ya sea en la dosis, vía u horario de administración, con incumplimiento de la prescripción médica.

Fueron considerados los siguientes tipos de EAs: medicamento erróneo, medicamento no indicado, omisión de dosis, dosis incorrecta, frecuencia incorrecta, forma farmacéutica equivocada, errores en la preparación/manipulación del medicamento, vía de administración incorrecta, duración del tratamiento incorrecto o la administración de un fármaco vencido y/o deteriorado.

Con respecto a los factores de riesgo se tuvieron en cuenta: la ilegibilidad de la prescripción, la identificación inadecuada del paciente, la falta de revisión de la medicación previo a su administración, la falta de revisión de la medicación de alto riesgo, la falta de información crítica del fármaco, falta de información crítica sobre el paciente, la capacitación inadecuada del personal, problemas en el nombre, etiquetado, envasado o almacenamiento de la droga, falta de controles y/o sistemas de chequeo ineficientes y problemas de comunicación acerca de la prescripción. Además, se evaluó la notificación de los EAs por parte del personal de enfermería.

Se realizó el análisis descriptivo de la población y de la frecuencia de EAs y de factores favorecedores percibidos por el personal de enfermería. Las variables categóricas se expresaron como valores absolutos. Se utilizó la prueba de chi cuadrado para evaluar asociación entre antigüedad y horario laboral con la percepción de EAs.

El protocolo fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación del Hospital General de Niños Pedro de Elizalde. La participación en el estudio fue voluntaria y responder a la encuesta se consideró como la aceptación de participar en el mismo.

### Resultados

Se invitó a participar a 200 enfermeros/as de las salas de internación de Clínica de los diferentes turnos. Respondieron la encuesta 67 enfermeros/as. Las características de la población se describen en la tabla 1.

Con respecto a la percepción del personal encuestado sobre los errores, 55 respondieron que observaban errores en la administración de medicamentos. Los más frecuentes fueron aquellos relacionados con la dosis o la frecuencia de administración. (Tabla 2)

Con respecto a los factores percibidos como involucrados en la producción de errores se identificaron como principales la incorrecta

comunicación con el equipo médico en relación con las prescripciones y la ilegibilidad de las indicaciones (Tabla 3).

Las indicaciones realizadas en forma digital contribuyeron a disminuir la posibilidad de errores para 44 de los encuestados y 53 Refirieron reportar los EAs.

No se observó diferencia estadísticamente significativa en la percepción de EAs entre los encuestados de acuerdo con la antigüedad en el cargo (hasta 10 años/ más de 10 años. OR 0,6; IC95% 0,1-2,4; p=0,7), ni en relación con el turno laboral (noche/día. OR 0,7; IC95% 0,1-2,7; p=0,9).

### Discusión

Según la OMS, los errores de medicación representan una de las principales causas de lesiones y daños evitables en los sistemas de salud de todo el mundo<sup>2</sup>. En nuestro país, no se conoce la magnitud real del problema. Existen escasos datos epidemiológicos sobre los EAs en el ámbito de los pacientes pediátricos hospitalizados. Sin embargo, los resultados revelan que estos errores tienen una repercusión asistencial y económica del mismo orden de magnitud que en EE.UU<sup>10,11</sup>. En el entorno hospitalario, el sistema de utilización de los medicamentos incluye los procesos de selección, prescripción, validación, dispensación, administración y seguimiento. El mismo, involucra diferentes profesionales y su complejidad es cada vez mayor, lo que conlleva un mayor riesgo de que se produzcan errores que a su vez, puedan causar efectos adversos a los pacientes<sup>12,13</sup>. El personal de enfermería tiene la responsabilidad principal de la administración de los fármacos, como parte del conjunto variado y exigente de tareas de atención del paciente. En un estudio previo<sup>14</sup>, los errores de prescripción representaron el 56 %, mientras que los EAs fueron el segundo tipo más frecuente, representando el 34 % de los eventos adversos evitables en un hospital con 700 camas.



Leape y col<sup>3</sup> encontraron que mientras el 48% de los errores de prescripción pudieron ser interceptados antes de que llegaran a los pacientes, sólo el 2% de los EAs fueron detectados antes de que ocurrieran.

En nuestro trabajo, el personal de enfermería percibió que los errores surgen en gran medida por una incorrecta comunicación con el equipo médico sobre las prescripciones y por la ilegibilidad de las mismas, lo que conlleva a administrar dosis, medicamentos y frecuencias incorrectas.

El 79% de los encuestados refirió reportar los errores de administración de medicamentos. Sin embargo, la tasa de notificación de estos eventos es baja, debido a que el proceso de reporte es voluntario y existen diferentes barreras. En un estudio realizado por Mrayyan y col<sup>15</sup> las enfermeras no informaron estos errores por diferentes factores como el temor a ser objeto de medidas disciplinarias, el desacuerdo sobre si ocurrió un error, las respuestas administrativas a los errores de medicación y por el esfuerzo requerido para efectivizar la información.

Desde el Comité de Farmacovigilancia del HGNPE forjamos herramientas para capacitar y facilitar las notificaciones, como el sistema unificado de farmacovigilancia y tecnovigilancia de QR y la difusión de los mismos por los servicios, pero, aun así, no se ha logrado hasta la actualidad obtener la totalidad de los reportes.

La OMS se propone brindar orientación y elaborar estrategias, planes y herramientas para garantizar que el proceso de la medicación tenga como eje central la seguridad de los pacientes, en todos los centros de atención de salud. Una cultura organizacional que implementa rutinariamente las mejores prácticas y que evita culpar a otros cuando se cometen errores, es el mejor entorno para una atención segura.

### Conclusión

La mayoría de los encuestados percibe

errores en la administración de medicamentos. Es necesario desarrollar estrategias de prevención adecuadas a través de una comunicación eficaz entre los diferentes actores del equipo de salud para prevenir estos errores y mejorar la calidad de la atención, en beneficio de la seguridad del paciente.

**Tabla 1. Características de la población**

Turnos	Mañana	25
	Tarde	21
	Noche	21
Días laborales	Lunes a viernes	46
	Sábados/domingo/feriados	21
Antigüedad	Más de 20 años	5
	10 a 20 años	25
	5 a 9 años	13
	menos de 5 años	24
Formación	Grado	27
	Posgrado	23
	Otro	17

N=67

**Tabla 2. Frecuencia de errores percibidos por el personal de enfermería en la administración de medicamentos**

Tipo de error	N
Dosis incorrecta	28
Frecuencia incorrecta	24
Medicamento erróneo	17
Administración incorrecta	14
Vía de administración incorrecta	4
Paciente equivocado	2

**Tabla 3. Factores percibidos como asociados a la producción de EAs**

Factores	N
Incorrecta comunicación sobre la prescripción con el equipo medico	33
Ilegibilidad de las indicaciones medicas	30
Capacitación inadecuada del personal de enfermería	21
Malas condiciones del ambiente laboral (luminosidad, stress, interrupciones, volumen de trabajo)	16
Falta de controles o sistemas de chequeos ineficientes	14
Falta de información sobre el paciente en las indicaciones	10
Medicamento mal almacenado	3

### Referencias

1. National Coordinating Council of Medication Error Reporting and Prevention. About Medication Error: What Is a Medication Error? Definition. <http://www.nccmerp.org/about-medication-errors>.
2. Kaushal R, Jaggi T, Walsh K, Fortescue E, Bates D. Pediatric Medication Errors: What Do We Know? What Gaps Remain? *Ambul Pediatr* 2004; 4(1):73-81.
3. Leape LL, Bates DW, Cullen DJ, et al. Análisis de sistemas de eventos adversos de medicamentos. *JAMA*. 1995;274:35-43. Puede ser: Marufu TC RN, Bower R RN, Hendron E, Manning JC RN. Nursing interventions to reduce medication errors in paediatrics and neonates: Systematic review and meta-analysis. *J Pediatr Nurs*. 2022 Jan-Feb;62:e139-e147. doi: 10.1016/j.pedn.2021.08.024.
4. Henry Basil J, Premakumar CM, Mhd Ali A, Mohd Tahir NA, Seman Z, Voo JYH, Mohamed Shah N. Nurses' perception of medication administration errors and factors associated with their reporting in the neonatal intensive care unit. *Int J Qual Health Care*. 2023 Dec 29;35(4):mzad101. doi: 10.1093/intqhc/mzad101. PMID: 38102640.
5. Valencia Quintero AF, Amariles P, Rojas Henao N, Granados J. Errores de medicación en pediatría [Medication errors in pediatrics]. *Andes Pediatr*. 2021 Apr;92(2):288-297. Spanish. doi: 10.32641/andespediatr.v92i2.1357. PMID: 34106170. (nro 2)
6. Blegen MA, Gaya C. Medication Related Errors: A Literature Review of Incidence and Antecedents. *Annual Review of Nursing Research*, chapter 2; 2006. *Annual Review of Nursing Research*; 2006. DOI: 10.1891/07396686.24.1.19.
7. Berdot S, Sabatier B, Gillaizeau F, Caruba T, Prognon P, Durieux P. Evaluation of drug administration errors in a teaching hospital. *BMC Health Serv Res*. 2012; 12:60.
8. Pérez Díez C, Real Campaña JM, Noya Castro MC et al. Errores de medicación en un servicio de urgencias hospitalario: estudio de situación para mejorar la seguridad de los pacientes. *Emergencias* 2017; 29(6): 412-415.15

9. Westbrook JI, Li L, Woods A, Badgery-Parker T, Mumford V, Merchant A, Fitzpatrick E, Raban MZ. Risk Factors Associated with Medication Administration Errors in Children: A Prospective Direct Observational Study of Paediatric Inpatients. *Drug Saf.* 2024 Jun;47(6):545-556. doi: 10.1007/s40264-024-01408-6. Epub 2024 Mar 5. PMID: 38443625; PMCID: PMC11116173.
- 10 Keers RN, Williams SD, Cooke J, Ashcroft DM. Prevalence and nature of medication administration errors in health care settings: a systematic review of direct observational evidence. *Ann Pharmacother.* 2013; 47(2):237–56.
- 11 Carlton G, Blegen MA. Medication related errors: a literature review of incidence and antecedents. *Annu Rev Nurs Res.* 2006; 24:19–38.
- 12 Glanzmann C, Frey B, Meier CR, Vonbach P. Analysis of medication prescribing errors in critically ill children. *Eur J Pediatr* 2015; 174(10):1347-55.
- 13 Bates DW, Boyle DL, Vander Vliet MB, Schneider J, Leape L. Relationship between medication errors and adverse drug events. *J Gen Intern Med.* 1995 Apr;10(4):199-205. doi: 10.1007/BF02600255. PMID: 7790981.
- 14 Bates DW, Cullen DJ, Laird N, et al. Incidencia de eventos adversos de medicamentos y eventos adversos potenciales de medicamentos: implicaciones para la prevención: ADE Prevention Study Group. *JAMA.* 1995;274:29-34
- 15 Mrayyan MT, Shishani K, Al-Faouri I. Tasa, causas y notificación de errores de medicación en Jordania: perspectivas de las enfermeras. *Journal of Nursing Management.* 2007 Sep;15(6):659-670. DOI: 10.1111/j.1365-2834.2007.00724.x. PMID: 17688572.

### **Anexo. Encuesta: percepción de errores de administración de medicamentos en personal de enfermería de un hospital pediátrico**

#### **1. Turno y día:**

- Mañana
- Tarde
- Noche
- Día de semana
- Fin de semana

#### **2. Antigüedad en el cargo:**

- Menos de 5 años
- de 5 a 10 años
- de 10 a 20 años

#### **3. Cargo:**

- a. Licenciado en enfermería
- b. Enfermero,
- c. Residente,
- d. otro:

#### **4. En su práctica diaria, ¿con qué frecuencia observa errores de administración de medicamentos?**

FRECUENTEMENTE/INFRECUENTEMENTE/NUNCA

**5-En su experiencia, cuáles son los errores de administración de medicamentos más frecuentes en su actividad asistencial? (puede marcar más de uno):**

- Medicamento erróneo o no indicado
- Dosis incorrecta (mayor o menor)
- Frecuencia/intervalo incorrecto
- Forma farmacéutica equivocada
- Dificultades en la preparación/manipulación
- Técnica de administración incorrecta
- Vía de administración equivocada
- Paciente equivocado
- Duración del tratamiento incorrecta
- Medicamento vencido/deteriorado
- Otros (especificar)

**6-Según su experiencia, cuál o cuáles de los factores que favorecen la producción de errores en la administración de medicamentos, son más frecuentes:**

- Ilegibilidad de las indicaciones médicas
- Problemas de comunicación sobre la prescripción
- Identificación inadecuada del paciente
- Falta de revisión de la medicación previo a su administración
- Falta de revisión de la medicación de alto riesgo
- Falta de información crítica del paciente
- Malas condiciones del ambiente laboral (luminosidad, estrés, interrupciones, volumen de trabajo, etc)
- Falta de información crítica del medicamento
- Capacitación inadecuada del personal
- Problemas de nombre de la droga, etiquetado o envasado
- Falta de controles o sistemas de chequeo ineficientes
- Medicamento mal almacenado
- Problemas de dispensación
- Otros (especificar)

**7-Según su experiencia, ¿son frecuentes los errores relacionados con la ilegibilidad de las indicaciones médicas?**

SI- NO-A VECES

**8-En relación a las prescripciones electrónicas, ¿cómo evalúa usted que contribuyen a disminuir los errores de administración de la medicación?**

MUCHO-POCO-NO INFLUYE

**9-Presta especial atención a los medicamentos con alto riesgo de desarrollar efectos adversos durante su administración? (ejemplos: antibióticos tales como clindamicina y vancomicina, adrenalina, drogas inmunosupresoras, soluciones con bicarbonato/cloruro de potasio, entre otras)**

SI-NO-A VECES

**10-Infirma los errores que se producen, para mejorar los procesos y prevenir su aparición en el futuro? ¿Sabe a dónde o a quién notificar?**

SI-NO-A VECES/SÍ SÉ-NO SÉ CÓMO SE DEBE NOTIFICAR

## Eritema nodoso secundario a parvovirus B19. A propósito de un caso.

Reta de Urquiza M<sup>1</sup>, Riccardi S<sup>1</sup>, Martegani LR<sup>1</sup>, Yarza ML<sup>1</sup>, Laffargue JA<sup>1</sup>

### Resumen

El eritema nodoso es una panniculitis septal sin vasculitis que se caracteriza por la aparición de nódulos cutáneos inflamatorios, profundos y dolorosos que afectan predominantemente a la superficie pretibial de las extremidades inferiores, aunque pueden aparecer en otras localizaciones. Habitualmente evolucionan con regresión espontánea sin ulceración, cicatriz ni atrofia. Predomina en mujeres entre los 15 y los 30 años, en épocas de primavera y final del invierno, y su etiología es múltiple, asociándose con mayor frecuencia en pediatría a infecciones por estreptococo  $\beta$ -hemolítico del grupo A. Presentamos el caso de una paciente de 11 años con eritema nodoso secundario a infección por parvovirus B19.

### Abstract

Erythema nodosum is a septal panniculitis without vasculitis that is characterized by the appearance of deep, painful, inflammatory skin nodules that predominantly affect the pretibial surface of the lower extremities, although they may appear in other locations. They usually solve with spontaneous regression without ulceration, scarring or atrophy. It predominates in women between 15 and 30 years, in spring and late winter, and its etiology is multiple, being most frequently associated in pediatrics with infections by group A  $\beta$ -hemolytic streptococcus. We present the case of a patient of 11 years old with erythema nodosum secondary to parvovirus B19 infection.

### Introducción

El eritema nodoso es el tipo más común de panniculitis septal sin vasculitis. Consiste en una afección inflamatoria de la dermis e hipodermis de aparición repentina. Las lesiones oscilan de 0,5 a 5 cm. Son irregulares y variables en cuanto a su número. Por lo general resuelve espontáneamente sin dejar cicatriz. En pediatría la etiología más frecuente es la infección por estreptococo beta hemolítico del grupo A.

Presentamos el caso de una paciente de sexo femenino de 11 años de edad con diagnóstico de eritema nodoso secundario a parvovirus B19, etiología no frecuentemente reportada en pediatría.

### Reporte de caso

Consulta a la guardia una paciente femenina de 11 años, previamente sana, que presenta nódulos eritematosos calientes en cara anterior de miembro inferior derecho.

Al inicio se interpreta el cuadro como erisipela y se indica tratamiento con Penicilina. A las 48 hs de la aparición de las lesiones agrega dolor articular, fiebre y lesiones de mismas características en miembro inferior contralateral por lo que se interna.

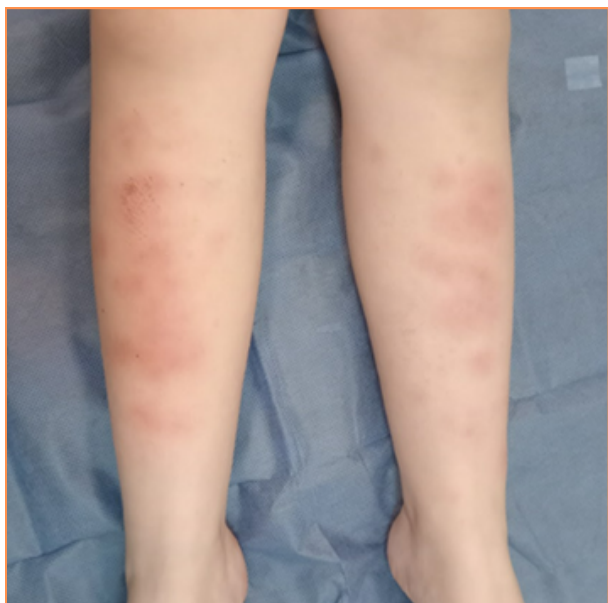
Al examen físico dermatológico en cara anterior de miembros inferiores se observan nódulos eritemato-violáceos calientes, dolorosos (Fig. 1). Se solicita radiografía de tórax, prueba de tuberculina, hisopado de fauces y serologías virales y antiestreptolisina O, obteniendo como resultados positivos una velocidad de eritrosedimentación acelerada y

Correspondencia: Dra. Martina Reta de Urquiza [martureta27@gmail.com](mailto:martureta27@gmail.com)

Trabajo recibido el 2 agosto 2024 y aprobado el 26 diciembre 2024

<sup>1</sup> Sección Dermatología del Hospital General de Niños Pedro de Elizalde

**Figura 1. Nódulos eritemato-violáceos en cara anterior de ambos miembros inferiores**



y serología para Parvovirus B 19 IgG e IgM positivas. Se realiza toma de biopsia para anatomía patológica con histología que confirma el diagnóstico de eritema nodoso. Se indica tratamiento con Naproxeno 750 mg/día que recibe por una semana con buen manejo del dolor y desaparición de las lesiones en el lapso de 15 días.

### Discusión

Nos encontramos ante un caso de eritema nodoso secundario a infección por parvovirus B19. El eritema nodoso es una paniculitis septal sin vasculitis que se ha visto asociada a cuadros de origen infeccioso, inflamatorio, autoinmune, uso de fármacos, terapias hormonales y embarazo. Muchas veces no se logra establecer la etiología y no son pocos los casos de origen idiopático. Sin embargo, los cuadros infecciosos constituyen la causa más frecuentemente descrita, principalmente por estreptococo, seguidos de Mycobacterium Tuberculosis y una no menor proporción de cuadros secundarios a Mycoplasma o Bartonella<sup>2</sup>. Sin embargo, la prevalencia de parvovirus B19 como causante de eritema nodoso no fue establecida en la literatura.

La manifestación más frecuente de la infección por parvovirus B19 en niños es el eritema infeccioso típico, conocido como quinta enfermedad.

En menor medida pueden causar síndrome papular purpúrico en guantes-y-calcetines, que causa lesiones papulares, purpúricas o petequiales limitadas a las manos y los pies y, a menudo se acompaña de fiebre y lesiones orales o genitales.

Se han descrito otras manifestaciones cutáneas asociadas al parvovirus B19, entre ellas se encuentran la vasculitis, el eritema nodoso, el síndrome similar al lupus eritematoso, algunas erupciones vesiculopustulosas, la pitiriasis liquenoide y la esclerodermia, pero ninguna presenta evidencia fuerte sobre su asociación<sup>3</sup>.

Clínicamente se manifiesta con la aparición súbita de nódulos dolorosos de distribución simétrica y bilateral, más frecuentemente localizados en piernas, rodillas y pantorrillas, aunque en raras circunstancias pueden ser diseminados y presentarse en brazos, cuello y antebrazos. Al inicio las lesiones son rojizas y discretamente sobreelevadas, y con la evolución se aplanan y toman un aspecto rojo oscuro para finalmente mostrar un color amarillento o verduzco y desaparecer completamente<sup>1,4</sup>. Además de dolor local es frecuente la asociación de fiebre, compromiso del estado general y poliartalgias<sup>2</sup>. La erupción generalmente dura de 3 a 6 semanas, pero puede haber persistencia y recurrencia<sup>5</sup>.

Para su diagnóstico se requiere realizar una correlación entre la presentación clínica y los hallazgos de la histopatología que permitirá diferenciar las paniculitis en septales y lobulillares. Clínicamente debemos diferenciarlo de contusiones pretibiales, descartando posibles traumatismos en la zona. También es importante diferenciarlo de algunas paniculitis como el eritema indurado de Bazin, que es una enfermedad nodular crónica y recurrente, que se localiza preferentemente en la cara posterior de las piernas de mujeres de mediana edad e

histológicamente corresponde a una paniculitis lobulillar con vasculitis, y la paniculitis nodular sistémica, cuyos nódulos son móviles y pueden sufrir ulceración<sup>6</sup>.

La biopsia está indicada en casos de duda diagnóstica<sup>9</sup>. Para establecer un tratamiento adecuado, es importante identificar y tratar las enfermedades o infecciones asociadas. Además se indica tratamiento sintomático que incluye reposo y analgésicos<sup>7,8</sup>.

### Conclusión

Presentamos el caso de un paciente con diagnóstico de eritema nodoso de etiología poco habitual. Destacamos la importancia de tener en cuenta las etiologías menos frecuentes como las virales, para arribar al diagnóstico definitivo e indicar el tratamiento adecuado.

### Referencias

1. Chaves W, González J. Eritema nodoso. Revista Repertorio de Medicina y Cirugía; 24(1), 56-59 (2015)
2. Varas P, Antúnez-Lay A, Bernucci JM, et al. Erythema nodosum: Analysis of 91 hospitalized patients. Rev. méd. Chile; 144(2): 162-168 (2016)
3. Blaise G, Nikkels AF, Piérard GE. Manifestations cutanées de l'infection par le parvovirus B19. Rev Med Liege; 62(7-8):492-5 (2007)
4. Sanguenza M. Paniculitis en Larralde M. Abad E Luna P. et al. Dermatología pediátrica. 3° edición. CABA. Ediciones Journal (2021)
5. Penón PM. El diagnóstico diferencial del eritema nodoso. Rev Med Cos Cen; 71(611):609-613 (2014)
6. Agüero Orgaz D, Cubero Sobrados MC, Martín Gordo O. Eritema nodoso, a propósito de un caso. Pediatría Atención Primaria; XI(43), 451-456 (2009)
7. Cordoliani F. Eritema nodoso. Tratado de Medicina; 22 (1) 1-4 (2018)
8. García Cabezas MA, Pérez Tamarit D, Giralt Muiña P, et al. Etiología del eritema nodoso en pediatría: una revisión de 27 casos. Rev Española de Pediatría clínica e investigación; vol 59 (2003).
9. Llop Vilatella M, Revenga Martínez M, Blázquez Cañamero MA. Protocolo diagnóstico del eritema nodoso. Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado, Volume 12, Issue 27, Pages 1596-1598 (2017)

# Carditis Reumática, reporte de un caso

Risoli L<sup>1</sup>, Casco A<sup>2</sup>, Urtasun M<sup>2</sup>, Davenport MC<sup>3</sup>, Raiden S<sup>2</sup>, Calafatello N<sup>2</sup>

## Resumen

La fiebre reumática (FR) es una enfermedad sistémica, inflamatoria, autoinmune, multiorgánica, que se produce como resultado de la infección por *Streptococcus pyogenes* del grupo A (EGA) en individuos genéticamente susceptibles, con afectación frecuente de las válvulas cardíacas, pudiendo ocasionar fallo cardíaco. La enfermedad cardíaca reumática (ECR) representa la cardiopatía prevenible más común en la infancia.

Se presenta el caso de un paciente, previamente sano que ingresa al hospital por severo compromiso del estado general e insuficiencia cardíaca descompensada que se interpretó como ECR. A pesar del tratamiento inicial, el paciente evolucionó desfavorablemente, requiriendo intervención quirúrgica urgente, para un reemplazo valvular. La sospecha de endocarditis infecciosa sobreagregada motivó el inicio de tratamiento antibiótico.

*Palabras clave:* fiebre reumática, carditis reumática, insuficiencia cardíaca

## Abstract

Rheumatic fever (RF) is a systemic, inflammatory, autoimmune, multi-organ disease that results from group A *Streptococcus pyogenes* (GAS) infection in genetically susceptible individuals. It frequently affects heart valves, potentially leading to heart failure. Rheumatic heart disease (RHD) is the most common preventable heart disease in childhood.

We present the case of a previously healthy patient admitted to the hospital with severe general impairment and decompensated heart failure, which was interpreted as RHD. Despite initial treatment, the patient's condition worsened, requiring urgent surgical intervention for valve replacement. Suspected superimposed infective endocarditis prompted the initiation of antibiotic treatment.

*Key words:* rheumatic fever, rheumatic heart disease, heart failure

## Introducción

La FR es una enfermedad inflamatoria sistémica caracterizada por el compromiso de articulaciones, piel, tejido celular subcutáneo, corazón y sistema nervioso central. Es causada por una respuesta inmunológica secundaria a la infección faríngea por EGA y suele manifestarse dos a tres semanas después de dicha infección. La mayor incidencia se observa entre los 5 a 15 años de edad (1,2).

Las manifestaciones clínicas de la FR suelen ser autolimitadas, sin embargo el compromiso cardíaco puede evolucionar de manera crónica, con afectación progresiva de las válvulas cardíacas (3). Esta afección, conocida como enfermedad cardíaca reumática, puede provocar insuficiencia valvular, fallo cardíaco y en algunos casos, la muerte del paciente. La ECR representa la cardiopatía prevenible más común en la infancia.

Correspondencia: Dra. Lucía Risoli [luciarisoli18@gmail.com](mailto:luciarisoli18@gmail.com)  
Trabajo recibido el 5 diciembre 2024 y aprobado el 12 marzo 2025

<sup>1</sup> Departamento Urgencia del Hospital General de Niños Pedro de Elizalde  
<sup>2</sup> Departamento Clínica Médica del Hospital General de Niños Pedro de Elizalde  
<sup>3</sup> CEM 1 del Hospital General de Niños Pedro de Elizalde



La incidencia reportada de carditis en la FR varía del 40 al 80%, según la región estudiada (1,4).

La etiopatogenia se encuentra asociada a un mimetismo molecular entre componentes del EGA y proteínas de las válvulas cardíacas, originando una reacción cruzada de anticuerpos y linfocitos T, causando inflamación y disfunción de las mismas (4).

Para el diagnóstico de FR se emplean los criterios de Jones revisados por última vez en 2015 (Tabla1). Se requiere la presencia de al menos dos criterios mayores o uno mayor y dos menores, junto a la evidencia de infección estreptocócica reciente, para establecer el diagnóstico (1,4).

El objetivo de este trabajo es alertar sobre la importancia de la detección precoz y el tratamiento oportuno de la FR, en especial de la ECR, para mejorar el pronóstico a largo plazo y disminuir el riesgo de secuelas cardíacas.

### **Caso Clínico**

Se describe el caso de un niño de 5 años, previamente sano, que consultó al Servicio de Emergencias del Hospital General de Niños Pedro de Elizalde por presentar vómitos, fiebre y astenia en las últimas 24 horas, asociado a dolor articular en tobillo derecho, de dos semanas de evolución.

Como antecedente de relevancia, un mes antes de la consulta, presentó un cuadro de faringitis con cultivo de fauces positivo para EGA, recibiendo tratamiento con amoxicilina a dosis subterapéuticas. El paciente ingresó en mal estado general, con palidez generalizada, adelgazado, afebril, con tensión arterial de 100/60 mmhg, con una saturación de oxígeno de 99 % a FiO2 ambiental, taquicárdico (150 latidos por minuto) y taquipneico (30 respiraciones por minuto) con tiraje generalizado. A la auscultación cardíaca presentaba tercer ruido con ritmo de galope y soplo sistólico audible 5/6 en mesocardio.

El abdomen era blando, depresible, con hepatomegalia dolorosa y escasa diuresis.

El ecocardiograma reveló: IT 50 mmHg, insuficiencia mitral y aórtica severa, dilatación de aurícula y ventrículo izquierdo, vena cava inferior con escaso prolapso, hipertensión pulmonar y derrame pericárdico leve. Buena función ventricular. Se interpretó el cuadro clínico como FR, por la presencia de carditis (criterio mayor de Jones) junto a 3 criterios menores (fiebre >38.5°C, monoartralgia y proteína C reactiva de 63 mg/dl), más la evidencia de infección reciente por EGA, con valores iniciales de ASTO de 682 UI/ml, los cuales fueron descendiendo progresivamente hasta valores de 128 UI/ml. Se inició tratamiento con metilprednisona y penicilina. Por la presencia de insuficiencia cardíaca descompensada, se indicaron diuréticos y restricción hídrica. A las 48 horas del ingreso hospitalario, el paciente evolucionó con empeoramiento hemodinámico, ingresando a la unidad de terapia intensiva (UTI), con requerimiento de asistencia respiratoria mecánica e inotrópicos. El segundo día en la UTI, el paciente presentó un paro cardiorrespiratorio, por lo que requirió maniobras de reanimación cardiopulmonar avanzada. Debido a la inestabilidad hemodinámica, ingresó de urgencia a cirugía para el reemplazo valvular mitral por válvula protésica. Durante la cirugía, se observó una lesión compatible con vegetación en orejuela derecha, por lo que se inició tratamiento empírico con ampicilina-sulbactam y gentamicina, ante la sospecha diagnóstica de endocarditis bacteriana agregada, en el contexto de un paciente con afección valvular por ECR. Posteriormente, el análisis anatomopatológico y cultivo de la vegetación confirmaron el diagnóstico. El paciente evolucionó favorablemente, pudiéndose otorgar el egreso hospitalario, indicándose anticoagulación y penicilina profiláctica mensual.

## Discusión

La ECR es la afección cardíaca que se produce como complicación de la FR. Representa la mayor causa de morbilidad y mortalidad asociada con esta enfermedad. Puede manifestarse como una pancarditis, afectando en fases tempranas al miocardio, lo que se manifiesta como taquicardia en reposo, bloqueo cardíaco o prolongación del intervalo PR (4). En casos de pericarditis, se puede percibir roce pericárdico, generalmente autolimitado y sin secuelas. Sin embargo, la forma de presentación más habitual suele ser el compromiso de las válvulas izquierdas, generando insuficiencia, estenosis o compromiso mixto (5).

Estudios recientes reportan que la válvula mitral es la más afectada, la cuál se observa, en aproximadamente el 65% de los casos, como afectación aislada. Se diagnostica mediante la auscultación de un soplo holosistólico de predominio apical, irradiado a la axila izquierda (4,6). El compromiso único de la válvula aórtica es menos frecuente, ocurriendo en un 6% de los pacientes, mientras que la afectación simultánea de ambas válvulas, como se observó en el paciente descrito, se presenta en un 29% de los casos (6).

Cuando la alteración valvular es de mayor gravedad puede haber cardiomegalia, llevando al paciente a un cuadro de insuficiencia cardíaca (2). Un 5% de los pacientes presentan fallo cardíaco agudo por miocarditis o insuficiencia valvular (4). Se desconocen los factores que determinan la progresión a ECR. Algunos artículos sugieren que podrían estar relacionados con la severidad de la carditis inicial, la magnitud de la respuesta inmunológica del sujeto, episodios recurrentes de FR y factores hemodinámicos locales que perpetuarían la lesión valvular (7).

Con respecto al diagnóstico de las alteraciones cardíacas, se realiza mediante ecocardiografía y doppler, estudios complementarios que permitirían observar afectación valvular, derrame pericárdico y/o compromiso del miocardio (4,8). Los criterios actuales establecidos por la American Heart

Association (AHA) evalúan tanto los cambios morfológicos en las válvulas (engrosamiento de las valvas y del aparato subvalvular, acortamiento de las cuerdas tendinosas, fusión de las comisuras y calcificación), como el grado de insuficiencia valvular mediante doppler (5).

Además, estudios recientes enfatizan el papel crucial del ecocardiograma y el doppler en la evaluación de pacientes con sospecha de FR, especialmente cuando no presentan manifestaciones evidentes de ECR (5). Las guías de la AHA recomiendan el uso de estas herramientas, ya que permiten la identificación temprana de cambios morfológicos en las válvulas cardíacas que podrían no detectarse en la evaluación clínica convencional.

El paciente reportado representa un caso infrecuente de ECR. El mismo refuerza la necesidad de la sospecha diagnóstica de FR y el uso de estudios complementarios como el ecocardiograma doppler, para un manejo más precoz tendiente a mejorar el pronóstico.

Las manifestaciones clínicas del paciente y los hallazgos ecocardiográficos pusieron de manifiesto el severo compromiso valvular que llevó al paciente a la insuficiencia cardíaca aguda con tórpida evolución. Si bien, el compromiso bivalvular izquierdo se describe con frecuencia en la literatura, la evolución a la falla aguda, con requerimiento de ingreso a UTI, es de rara presentación.

El tratamiento de la fiebre reumática incluye la erradicación del estreptococo, el manejo de la inflamación sistémica y la profilaxis antibiótica a largo plazo. En pacientes con afectación cardíaca severa, como insuficiencia cardíaca o pancarditis, se sugiere utilizar corticoides durante 3-4 semanas (1,4). Asimismo, el uso de diuréticos está indicado para el manejo sintomático de la congestión. En situaciones excepcionales, los pacientes pueden presentar ruptura de las cuerdas tendinosas o prolapso severo de la válvula mitral, lo que resulta en una insuficiencia mitral aguda y fulminante que requiere intervención quirúrgica de urgencia (3,6).

El caso presentado subraya la importancia de realizar cultivo de fauces en pacientes sintomáticos y completar adecuadamente el tratamiento de la faringitis estreptocócica para prevenir complicaciones graves, como la fiebre reumática. A pesar de haber recibido el tratamiento médico inicial, el esquema antibiótico incompleto determinó la evolución desfavorable de su enfermedad y la necesidad de intervención quirúrgica urgente debido a la gravedad de su afección cardíaca.

### Conclusión

La ECR es la cardiopatía prevenible más común en la infancia, la cuál requiere prevención primaria y diagnóstico temprano. Ante la sospecha clínica de FR se debe confirmar el compromiso cardíaco con ecocardiograma doppler. Es esencial identificar compromiso cardiológico para un tratamiento eficaz y prevenir complicaciones.

**Tabla 1. Criterios de Jones revisados en 2015 para el diagnóstico de FRA**

Siempre evidencia de infección precedente por EGA		
	Población de bajo riesgo*	Población de moderado y alto riesgo
Criterios mayores	Carditis (clínica o subclínica) Poliartritis Corea Eritema marginado Nódulos Subcutáneos	Carditis (clínica o subclínica) Poli/Monoartritis/Monoartralgia Corea Eritema marginado Nódulos Subcutáneos
Criterios menores	Poliartralgia Fiebre ( $\geq 38.5^{\circ}\text{C}$ ) VSG $\geq 60$ mm/h o PCR $\geq 3$ mg/dl PR prolongado para la edad	Monoartralgia Fiebre ( $\geq 38.5^{\circ}\text{C}$ ) VSG $\geq 60$ mm/h o PCR $\geq 3$ mg/dl PR prolongado para la edad

\*Población de bajo riesgo: Incidencia de FRA  $\leq 2/100\ 000$  niños en edad escolar o prevalencia de ECR  $\leq 1/1000$  por año en cualquier edad.

### Referencias

- Ros-Viladoms J. Fiebre reumática: una enfermedad emergente. *Anales de Pediatría Continúa*. 2010; 8 (1): 17-25.
- Burke RJ, Chang C. Diagnostic criteria of acute rheumatic fever. *Autoimmun Rev*. 2014 Apr-May;13(4-5):503-7. doi: 10.1016/j.autrev.2014.01.036.
- Karthikeyan G, Guilherme L. Acute rheumatic fever. *Lancet*. 2018 Jul 14;392(10142):161-174.
- Mosquera Angarita JM, López JA. Fiebre reumática y artritis postestreptocócica. *Protoc diagn ter pediatr*. 2020; 2:295-309.
- Gewitz M, Baltimore R, Tani L et al. Revision of the Jones criteria for the diagnosis of acute rheumatic fever in the era of Doppler echocardiography: A scientific statement from the American Heart Association endorsed by the World Heart Federation. *Circulation*. 2015; 131(20), 1806-1818.
- López JA, Mosquera Angarita J. Rheumatic fever and post-streptococcal reactive arthritis. *Pediatr Integr*. 2017;21(3):196-206.
- Essop, M. R., & Peters, F. (2014). Contemporary issues in rheumatic fever and chronic rheumatic heart disease. *Circulation*, 130(24), 2181-2188
- Reményi B, Wilson N, Steer A., et al. World Heart Federation criteria for echocardiographic diagnosis of rheumatic heart disease: An evidence-based guideline. *Nature Reviews Cardiology*. 2012; 9(5), 297-309.

## Seguridad en la atención del Paciente: ¿Qué camino hemos recorrido?

Davenport C<sup>1</sup>, Sanluis Fenelli G<sup>2</sup>

### Seguridad en la atención del Paciente

La seguridad del paciente y la calidad de atención representan un tema prioritario para el sistema de salud. Desde la publicación del reporte del Instituto de Medicina de Estados Unidos Errar es Humano en el año 2000, se han puesto en marcha múltiples acciones tendientes a reconocer y reducir el daño y mejorar la calidad de atención.<sup>1</sup> La complejidad creciente en los procesos de atención, especialmente en el paciente hospitalizado, predispone el desarrollo de errores ocasionando daños diversos al paciente y a su familia e incrementando el costo del proceso de atención.

Quienes estamos involucrados en el área de salud debemos maximizar nuestros esfuerzos para lograr un entorno seguro y de alta calidad para los pacientes atendidos en nuestra institución. Dando cuenta de esto, en el año 2017 un grupo de profesionales de la salud del Hospital General de Niños Pedro de Elizalde (HGNPE), bajo la coordinación de la Doctora Vivian Bokser, promovió la formación del Comité de Seguridad del Paciente y Gestión Clínica (CSP y GC) para dar respuesta a nuevas necesidades.

El presente artículo tiene como objetivo describir brevemente el desempeño del comité y compartir parte del camino recorrido, desde su conformación hasta la actualidad.

El CSP y GC tiene como misión impulsar estrategias y acciones basadas en las mejores prácticas recomendadas y en la experiencia del paciente, para mejorar la seguridad y la calidad de atención en el

sistema de salud.

Está conformado por un grupo interdisciplinario de profesionales, con gestión colaborativa, que se enfoca en identificar y abordar posibles riesgos para la seguridad del paciente, así como en implementar medidas para garantizar que se cumplan los estándares de calidad en la atención médica. Participa en el análisis de eventos adversos y propone mejoras en los procesos para prevenir futuros errores.

Interviene en el campo de la docencia promoviendo actividades educativas para fomentar la cultura de la seguridad y de la mejora continua; y en el campo de la investigación analizando y difundiendo datos para generar aprendizaje.

Las actividades del comité están enmarcadas en las seis metas internacionales para la seguridad del paciente definidas por la Joint Commission International, basadas en acciones específicas para mejorar la seguridad en la atención, identificadas en políticas institucionales y sustentadas en el registro del mayor número de eventos adversos en los cuidados médicos. Ellas son: identificar correctamente a los pacientes, mejorar la comunicación efectiva, mejorar la seguridad de los medicamentos de alto riesgo, garantizar cirugías en el lugar correcto, con el procedimiento correcto, al paciente correcto; reducir el riesgo de infecciones asociadas al cuidado de la salud y reducir el riesgo de daño al paciente por caídas.<sup>2</sup>

Estas metas han sido adoptadas por la mayoría de las instituciones como estrategia

Correspondencia: Dra. Carolina Davenport mariacarolinadavenport@gmail.com

Trabajo recibido el 20 septiembre 2024 y aprobado el 15 enero 2025

<sup>1</sup> XDepartamento Clínica Médica del Hospital General de Niños Pedro de Elizalde

<sup>2</sup> Comité Seguridad del Paciente y Gestión Clínica del Hospital General de Niños Pedro de Elizalde

para prevenir o mitigar el daño innecesario asociado a la atención sanitaria.

**Meta 1: Identificar correctamente a los pacientes.** Situaciones cotidianas como el cambio de cama, habitación o ubicación dentro del hospital, predisponen a la identificación incorrecta del paciente con el consecuente error en la administración de medicación o procedimiento.<sup>3</sup> En el año 2022, el comité impulsó el proceso de identificación del binomio paciente-cuidador en las unidades de internación, en las unidades cerradas (Terapia Intensiva, Neonatología y Terapia Cardiovascular) y en el Hospital de Día, utilizando como herramienta la pulsera identificatoria. Desde entonces el comité se encuentra comprometido con acciones educativas destinadas al equipo de salud en relación al procedimiento de identificación y verificación de identidad, supervisión del cumplimiento del protocolo, identificación de barreras para su correcta aplicación y grado de adherencia al proceso. Se evalúa también, de manera periódica, la prevalencia de pacientes correctamente identificados para analizar el impacto de las medidas empleadas.

**Meta 2: Mejorar la comunicación efectiva.** La transmisión de la información clínica sobre los pacientes durante la transición asistencial, es un proceso de alto riesgo para el desarrollo de errores relacionados con la comunicación. La estandarización del procedimiento de comunicación minimiza la variabilidad de los mensajes, favorece la eficacia de la comunicación y garantiza la continuidad de atención del paciente en todos los niveles.<sup>3</sup> Además, el saber comunicar es una competencia profesional que debe ser enseñada, aprendida y mejorada para lograr una práctica médica de calidad.<sup>4</sup> Algunas estrategias apoyadas por este comité para lograr una comunicación efectiva son la implementación del programa I-PASS<sup>5,6</sup> para el traspaso de información en pasajes de sala y durante los cambios de turno del equipo de salud, la utilización del modelo

estandarizado de epicrisis que compartido en la historia clínica electrónica da continuidad al proceso de atención al momento del egreso y la participación de profesionales de apoyo como nutricionistas, farmacéuticos y kinesiólogos en pasajes de sala multidisciplinarios.

**Meta 3: Mejorar la seguridad de los medicamentos de alto riesgo.** Cuando se hace referencia a medicación segura, significa que el paciente reciba el medicamento adecuado, la dosis correcta, por la vía correcta y con la preparación adecuada. El proceso de medicación durante la internación de un paciente comienza con la prescripción por parte del médico, sigue con la validación y dispensación por parte del farmacéutico, continúa con la administración por el enfermero y culmina con la recepción por parte del paciente y su cuidador.<sup>3</sup> Por lo tanto, las estrategias dirigidas a prevenir los errores en medicación requieren de la implementación de barreras en cada una de las fases de esta cadena.

Los errores en prescripción médica son la causa más frecuente de errores prevenibles.<sup>7</sup> La incorporación del sistema de prescripciones informatizadas desde el año 2019 en todas las unidades de internación del HGNPE contribuyó a la reducción de la prevalencia de errores en prescripción según datos locales.<sup>8,9</sup>

El CSP y GC también enfatiza en la implementación de las siguientes estrategias: chequeo sistemático de las prescripciones informatizadas en las unidades de internación, traspaso diario de información con personal de enfermería para recepción y evacuación de interrogantes, interacción entre enfermero y farmacéutico para alertar respecto de interacciones y contraindicaciones e instrucción del cuidador respecto de la medicación que recibe el paciente, como barrera final en la prevención de eventos adversos en la cadena de medicación. Además, se destaca el trabajo conjunto con

el Comité de Farmacovigilancia en el reporte de efectos adversos y desvíos de calidad.

**Meta 4: Garantizar cirugías en el lugar correcto, con el procedimiento correcto, al paciente correcto.** Las cirugías no seguras pueden causar considerables daños. La cirugía en el lugar incorrecto, con el procedimiento incorrecto y al paciente equivocado representa un problema grave para las organizaciones de salud. Estos errores son principalmente el resultado de una comunicación deficiente entre los miembros del equipo quirúrgico, de la falta de participación del paciente en el marcado del sitio quirúrgico y la ausencia de procedimientos de verificación preoperatorios. Las listas de verificación quirúrgicas han demostrado ser herramientas de comunicación útiles para reducir los daños asociados a los procedimientos quirúrgicos.<sup>10</sup> En el año 2021, el CSP y GC trabajó en la elaboración e implementación de la lista de verificación en los equipos quirúrgicos del HGNPE. Consiste en una serie de pasos y verificaciones que deben llevarse a cabo antes, durante y después de la cirugía para garantizar que se cumplan los protocolos de seguridad y se minimicen los riesgos de errores o complicaciones. Incluye elementos como la correcta identificación del paciente y del sitio quirúrgico, la confirmación de la información relevante sobre el procedimiento a realizar, la disponibilidad de los equipos y materiales necesarios, entre otros. La implementación de esta herramienta y la adherencia alcanzada, permitieron reducir la incidencia de error y mejorar los resultados de los procedimientos quirúrgicos realizados en el hospital.

**Meta 5: Reducir el riesgo de infecciones asociadas al cuidado de la salud.** Las infecciones asociadas al cuidado de la salud son aquellas que se manifiestan durante la internación del paciente y no estaban presentes al ingresar al hospital. En muchos casos, requieren para su resolución la utilización de antibióticos de amplio

espectro, realización de procedimientos invasivos como colocación de accesos venosos y períodos de internación más prolongados.<sup>3</sup> En relación a esta meta, el comité ha trabajado en estrategias orientadas en tres ejes: la adecuada higiene de manos, el correcto uso de los aislamientos hospitalarios y el mantenimiento de estándares adecuados de limpieza en la institución. También se realizaron, junto al Comité de Control de Infecciones, intervenciones educativas en paquetes de medidas como lavado de manos, manejo de catéteres venosos centrales, contención de organismos multirresistentes, uso del equipo de protección personal y adecuación antibiótica precoz.

**Meta 6: Reducir el riesgo de daño al paciente por caídas.** Los pacientes internados pueden presentar factores de riesgo para sufrir caídas, algunos relacionados con el entorno hospitalario y otros con condiciones propias de los pacientes.<sup>3</sup> Con el objetivo de reducir el riesgo de caídas y el daño ocasionado por las mismas se instruye a los niños y padres en precauciones para evitarlas, se verifica de manera sistemática que cada niño esté en la cama adecuada para su edad y que los laterales de las camas y cunas estén en posición elevada.

El CSP y GC desde sus orígenes promueve un modelo de atención centrado en el cuidado del paciente y la familia. El modelo de atención en salud se encuentra en un proceso de cambio, migrando de un modelo médico céntrico, con su objetivo puesto en la enfermedad y su resolución, a un modelo centrado en la persona y su entorno. Para esto, se requiere de organizaciones humanizadas donde prevalezcan el respeto por los valores y preferencias de los pacientes, la coordinación e integración de los cuidados, la comunicación empática y la coparticipación del paciente y su familia en las decisiones. La creación y difusión del Decálogo de Seguridad y Cuidado del

Paciente Internado logró fomentar el modelo colaborativo de atención, dando a conocer las obligaciones y derechos de los pacientes durante su estadía hospitalaria; constituyendo la familia y el personal de salud una unidad integral en el trabajo de la mejora continua.<sup>9</sup>

La evaluación de la calidad de atención desde la perspectiva del paciente es una herramienta frecuentemente utilizada como punto de partida para promover su mejora. A través de la misma es posible conocer el rendimiento de los servicios brindados por el hospital, monitorear la efectividad de las intervenciones y ofrecer potenciales soluciones para mejorar la atención hospitalaria.<sup>12</sup> En el año 2018, integrantes del comité evaluaron la experiencia de los pacientes hospitalizados mediante encuestas de satisfacción. La valoración global brindada por los pacientes hospitalizados acerca de los servicios ofrecidos por el hospital fue considerada muy satisfactoria. El 94% de la población entrevistada recomendaría el HGNPE a sus familiares y amigos.<sup>13</sup>

Por último, cabe mencionar que cada 17 de septiembre el HGNPE adhiere a la celebración del Día Mundial de la Seguridad del Paciente, mediante actividades coordinadas por el comité que buscan despertar una mayor concientización y participación de la comunidad hospitalaria para lograr una atención más segura en salud.

Se requiere de compromiso y esfuerzo comunitario para garantizar la salud integral de niños, niñas y adolescentes, aplicando estrategias tendientes a evitar el error, simplificar y normatizar los procesos, reducir factores de riesgo y trabajar para desarrollar confiabilidad.

Se avecinan futuros desafíos en el proceso de atención, relacionados con la transformación digital, la medicina cada vez más personalizada, la tecnología innovadora y la sostenibilidad ambiental, que sin duda requerirán de una mirada atenta desde la perspectiva de la seguridad del paciente y la mejora continua de la calidad de atención.

#### **Comité de Seguridad del Paciente y Gestión Clínica.**

Integrantes: Valeria Aprea, Noelia Callafatello, M. José Chiolo, Leonardo De Lillo, Cecilia Echave, M. Fernanda González, Nuria Grimberg, Facundo Jorro Barón, Mariana Juchli, Marcela Lembo, Susana Luna, Ivana Morales, M. José Rial, Gabriela Rodríguez, Verónica Sorasio, Marcela Urtasun, Rosana Vaccaro.

## Referencias

1. Institute of Medicine. To err is human: building a safer health system. Washington DC: National Academies Press; 2000.
2. Joint Commission. 2011 National Patient Safety 117(1): e43-7Goals (online). Disponible en Internet: [www.jointcommission.org](http://www.jointcommission.org)
3. Panattieri ND, Dackiewicz N, Arpí L, Godio C, et al. Consenso: seguridad del paciente y las metas internacionales. Arch Argent Pediatr 2019;117 Supl 6:S277-S309.
4. Moore P, Gómez G, Kurtz S. Comunicación médico-paciente: una de las competencias básicas pero diferente [Doctor-patient communication: one of the basic competencies, but different]. Aten Primaria. 2012 Jun;44(6):358-65. Spanish.
5. Starmer AJ, Spector ND, Srivastava R, Allen AD, et al. I-PASS, a Mnemonic to Standardize Verbal Handoffs. Pediatrics. 2012; 129(2):201-4.
6. Jorro Barón F, Pumara CD, Tittarelli MAJ, Raimondo A, Urtasun M, Valentini L. Improved handoff quality and reduction in adverse events following implementation of a Spanish-language version of the I-PASS bundle for pediatric hospitalized patients in Argentina. Journal of Patient Safety and Risk Management. 2020;25(6):225-232.
7. Wong IC, Ghaleb MA, Franklin BD, Barber N. Incidence and nature of dosing errors in paediatric medications: a systematic review. Drug Saf. 2004;27(9):661- 670
8. Urtasun M, Takata M, Davenport MC, Dominguez P, et al . Efecto del empleo de prescripciones informatizadas en la seguridad de pacientes pediátricos hospitalizados. Arch Argent Pediatr 2022;120(2):111-117.
9. Evaluación de una estrategia de mejora sobre la incidencia de errores en la prescripción de medicamentos en una unidad de cuidados intensivos pediátricos. Taffarel P, Meregalli C, Jorro Barón F, et al. Arch Argent. Pediatr 2015; 113(3):229-236.
10. World Health Organization. Surgical Safety Checklist. 2009. [Acceso: 9 de julio de 2024]. Disponible en: [https:// www.who.int/patientsafety/topics/safe-surgery/checklist/en/](https://www.who.int/patientsafety/topics/safe-surgery/checklist/en/).
11. Committee on Hospital Care and Institute for Patient and Family Centered Care. Patient- and family-centered care and the pediatrician's role. Pediatrics 2012; 129(2):394-404.
12. Doyle C, Lennox L, Bell D. A systematic review of evidence on the links between patient experience and clinical safety and effectiveness. BMJ Open 2013; 3:e001570.
13. Morales I, Davenport MC, Dominguez P, Torres F, Ferrero F, et al. Encuesta de satisfacción a usuarios del Departamento de Medicina del Hospital General de Niños Pedro de Elizalde. Rev Pediatr Elizalde. 2019; 10 (1):18-25.





Hospital General de Niños Pedro de Elizalde



REVISTA PEDIATRICA  
**ELIZALDE**

