

**ANÁLISIS DE PATRONES Y TENDENCIAS DE ERRORES Y CUASIFALLAS DE MEDICACIÓN  
JULIO - DICIEMBRE 2019**

**ANÁLISIS DE PATRONES Y TENDENCIAS DE EVENTOS RELACIONADOS CON LA SEGURIDAD DEL  
PACIENTE**

La organización con apego al procedimiento de notificación de eventos relacionados con la seguridad del paciente descrito en el sistema de notificación y análisis de eventos relacionados con la seguridad del paciente (CEMA-PR-CA-SNE-05) determino realizar un análisis de patrones y tendencias al menos dos veces por año definiendo los periodos (Enero-Junio y Julio-Diciembre) de cada año.

**DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO DE NOTIFICACIÓN DE CUASIFALLAS Y/O ERRORES DE MEDICACIÓN**

No. Act.	RESPONSABLE	ACTIVIDADES	DOCUMENTOS O ANEXO
1	Profesionales de la salud	Detectan y notifican el incidente de salud reportándolo a su jefe inmediato.	
2	Profesionales de la salud	Llenan el formato correspondiente.	Formato de notificación y manejo de cuasifallas y errores de medicación CEMA-RG-FA-NMCEM-23.
3	Área de calidad	Registra en la base de datos dependiendo si es: Cuasifalla de medicación Error de medicación	Registro de notificaciones y manejo de cuasifallas, evento adverso, evento centinela, cuasifalla y/o error de medicación CEMA-RG-CA-NMEC-09.
4	Profesionales de la salud	¿ES CATEGORIA G, H, I? SI: Notifica de forma verbal de manera inmediata y posterior por medio del formato de notificación a su jefe inmediato y al área de calidad. ¿ES CATEGORÍA A, B, C, D, E y F? SI: Procede a llenar formato de notificación y entregarlo al jefe inmediato en un lapso no mayor a 24 horas.	Formato de notificación y manejo de cuasifallas y errores de medicación CEMA-RG-FA-NMCEM-23.
5	Líderes de área	Entregan formato de notificación de eventos relacionados con la seguridad del paciente al área de calidad y/o envió a los correos electrónicos: vicente.moreno@tuzos.com.mx y rosa.bejarano@ufd.mx.	Notificaciones.
6	Área de calidad	CATEGORIAS A,B,C,D,E y F Convoca a reunión en un plazo no mayor a 36 hrs al comité CEMA.	Minuta de acuerdos.

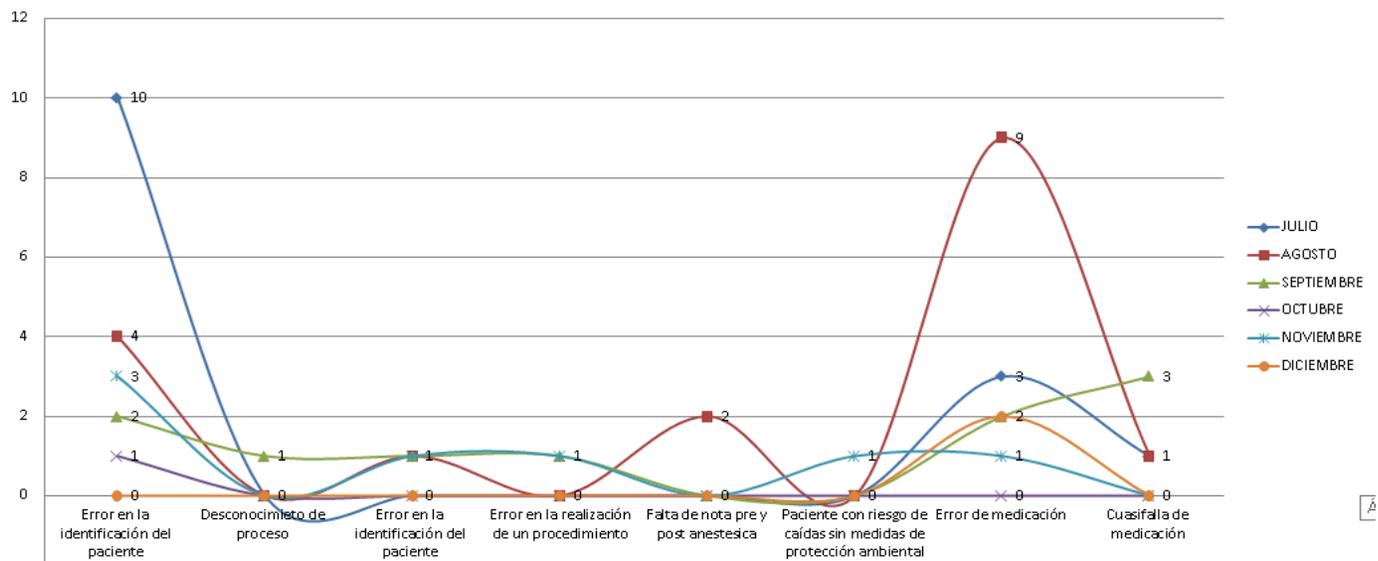
**ANÁLISIS DE PATRONES Y TENDENCIAS DE ERRORES Y CUASIFALLAS DE MEDICACIÓN  
JULIO - DICIEMBRE 2019**

		<b>CATEGORÍAS G, H, I</b> Convoca a reunión ordinaria en un lapso no mayor a 24 horas al comité CEMA.	Minuta de acuerdos.
7	Área de calidad	Notifica al comité de COCASEP los resultados del análisis de las reuniones.	Reportes mensuales de los eventos relacionados con la seguridad del paciente.
8	Comité de COCASEP	Define las acciones de mejora que se notificaron.	Documentado en las minutas.
9	Área de calidad	Supervisa y evalúa la asignación de las acciones preventivas y/o correctivas para los errores de medicación.	Minuta con las acciones.
10	Área de calidad Comité CEMA	Realiza un análisis de manera mensual analizando la frecuencia y la moda de los eventos relacionados con la seguridad del paciente, recurrentes en caso de cuasifallas y errores de medicación.	Informe indicador mensual.
<b>TERMINA PROCEDIMIENTO</b>			

**ANÁLISIS DE PATRONES Y TENDENCIAS DE ERRORES Y CUASIFALLAS DE MEDICACIÓN  
JULIO - DICIEMBRE 2019**

La organización en el periodo de Julio - Diciembre 2019 obtuvo 51 eventos notificados relacionados con la seguridad del paciente.

**EVENTOS NOTIFICADOS EN EL PERIODO JULIO - DICIEMBRE 2019**



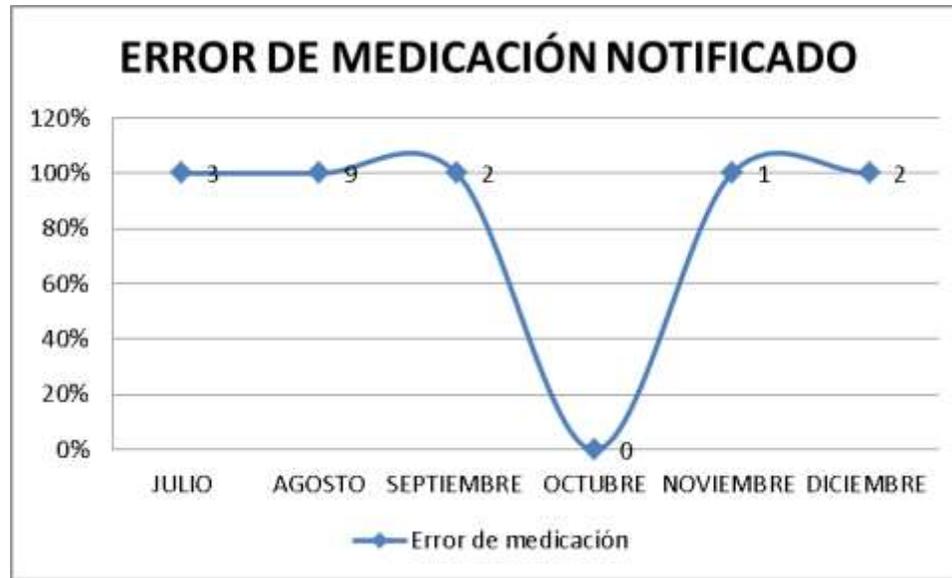
De los 51 eventos notificados 17 fueron por error de medicación equivalente a un 33.33% del total, y 5 fueron por cuasifalla de medicación equivalente a un 9.80% del total cada evento fue atendido con apego al sistema de notificación de eventos relacionados con la seguridad del paciente en tiempo y forma.

Las acciones de mejora implementadas por estos tipos de eventos fueron las siguientes:

- ✓ La organiz

**ANÁLISIS DE PATRONES Y TENDENCIAS DE ERRORES Y CUASIFALLAS DE MEDICACIÓN  
JULIO - DICIEMBRE 2019**

Los tipos de eventos adversos notificados fueron los siguientes:



**TIPO DE EVENTO:** ERROR DE MEDICACIÓN

**DEFINICIÓN OPERATIVA:** ERROR DE MEDICACIÓN

**PRIMER EVENTO NOTIFICADO JULIO:** Médico tratante indica: paracetamol solución inyectable 500mg IV como dosis de impregnación, posteriormente 1g diluido en 250 ml de solución fisiológica IV en infusión para 8 horas (pasar 38 ml por hora). Dicho medicamento no requiere dosis de impregnación ni dilución mayor a la presentación comercial. El cálculo de la velocidad de infusión es incorrecto, ya que tomando en cuenta el volumen final de la solución deberían pasarse 43.7 ml por hora y no 38 como se indica.

**ANÁLISIS Y ACCIONES REALIZADAS:** Se convocó a reunión el día 30-07-19, solicita se realice un documento (oficio) para aplicar la normatividad vigente para médicos especialistas. Se solicita se cite al médico en cuestión para retroalimentación de las mejoras.

**IMPLEMENTACIÓN DE MEJORAS:** Se informa a Dirección Médica de la incidencia presentada.

**TIPO DE EVENTO:** EVENTO ADVERSO

**DEFINICIÓN OPERATIVA:** ERROR DE MEDICACIÓN

**SEGUNDO EVENTO NOTIFICADO JULIO:** Se indica a la paciente la administración de 400mg de tramadol + 120 mg de ketorolaco + 200 mg de lidocaina en bomba de infusión a 10ml/h para 24 horas. Dichos medicamentos fueron diluidos en cloruro de sodio al 0.9% de 250ml, como protocolo de analgesia postoperatoria. La administración de lidocaina no está recomendada como tratamiento analgésico en ningún tipo de padecimiento y/o procedimiento quirúrgico. Las dosis administradas de ketorolaco y tramadol son las máximas recomendadas por día, por lo que el riesgo de presentar algún efecto adverso aumenta (toxicidad). Además que el uso conjunto de lidocaina y tramadol aumenta el riesgo de aparición de convulsiones. Las concentraciones de dilución y el tiempo de administración de los medicamentos son incorrectas.

## ANÁLISIS DE PATRONES Y TENDENCIAS DE ERRORES Y CUASIFALLAS DE MEDICACIÓN JULIO - DICIEMBRE 2019

**ANÁLISIS Y ACCIONES REALIZADAS:** Se convocó a reunión el día 05-08-19, donde se solicita a enfermería de quirófano debe realizar sin excepción el registro de las notas de los medicamentos que se administran dentro de quirófano, el área médica se acerca con la doctora responsable del área de anestesiología para la validación del expediente.

**IMPLEMENTACIÓN DE MEJORAS:** Se informa a Dirección Médica de la incidencia presentada.

**TIPO DE EVENTO:** ERROR DE MEDICACIÓN

**DEFINICIÓN OPERATIVA:** ERROR DE MEDICACIÓN

**TERCERO EVENTO NOTIFICADO JULIO:** Paciente hospitalizada a la cual se le indica la administración de Ondansetron 8 mg IV, Ranitidina 50 mg IV, Ketorolaco 60 mg IV, Ciprofloxacino 400 mg IV, Enoxaparina 40 mg SC y Difenidol 40 mg + Dexametasona 8 mg en 100 cc de cloruro de sodio al 0.9%. En las indicaciones médicas no se encuentra el registro del intervalo de administración de dichos medicamentos, ni tampoco la duración de tratamiento. Se recurre a verificar en el expediente físico si se encuentra el registro de los intervalos pero no se encuentra dicha información, por lo que se consulta con el personal de enfermería los intervalos a seguir de los medicamentos. Sin embargo el registro de dicha indicación no se encuentra asentado en el expediente físico ni electrónico del paciente.

**ANÁLISIS Y ACCIONES REALIZADAS:** Se solicita corroborar los procedimientos para que se realicen los procesos correctos en tiempo y forma, para el registro del horario de ministración de medicamentos.

**IMPLEMENTACIÓN DE MEJORAS:** Se informa a Dirección Médica de la incidencia presentada.

**TIPO DE EVENTO:** ERROR DE MEDICACIÓN

**DEFINICIÓN OPERATIVA:** ERROR DE MEDICACIÓN

**PRIMER EVENTO NOTIFICADO AGOSTO:** Paciente a la cual se le indica la administración de Tramadol 350 mg diluido en 100ml de Cloruro de Sodio al 0.9% en infusión continua para 14 horas. La concentración de dilución de Tramadol es de 1mg/ml; es decir, el fármaco debió ser diluido en 350 ml de Cloruro de Sodio para poder ser administrado. Se comenta con el personal de enfermería sobre el volumen de dilución, pero no se logra contactar al médico tratante, ni de guardia el medicamento como se especifica en las indicaciones médicas.

**ANÁLISIS Y ACCIONES REALIZADAS:** Se retroalimentará al personal de enfermería sobre el proceso de ministración de medicamentos.

**IMPLEMENTACIÓN DE MEJORAS:** Se informa a Dirección Médica de la incidencia presentada.

**TIPO DE EVENTO:** ERROR DE MEDICACIÓN

**DEFINICIÓN OPERATIVA:** ERROR DE MEDICACIÓN

**SEGUNDO EVENTO NOTIFICADO AGOSTO:** El médico tratante (Dr. Norberto Pérez) indica a la paciente Santander Trejo Sureima la dosis de 60mg de ketorolaco cada 8 horas con lo cual se supera la dosis máxima diaria del medicamento. Dicha situación se ha comentado en varias ocasiones ya que es una indicación repetitiva del mismo médico, sin embargo, no se ha logrado que se realice la modificación de la dosis.

**ANÁLISIS Y ACCIONES REALIZADAS:** Se solicita al área médica y de enfermería que se retroalimente al médico tratante sobre dicho tema debido a que ya es recurrente.

**IMPLEMENTACIÓN DE MEJORAS:** Se informa a Dirección Médica de la incidencia presentada.

**TIPO DE EVENTO:** ERROR DE MEDICACIÓN

**DEFINICIÓN OPERATIVA:** ERROR DE MEDICACIÓN

**TERCERO EVENTO NOTIFICADO AGOSTO:** Paciente pediátrico el cual indica la administración de Cefuroxima solución inyectable 1.5 gramos diluidos en 100ml de agua inyectable, para pasar en 30 minutos. La dosis se prescribe con base en la dosis ponderal de 150 mg/kg/día. En las indicaciones médicas no se especifica el

## ANÁLISIS DE PATRONES Y TENDENCIAS DE ERRORES Y CUASIFALLAS DE MEDICACIÓN JULIO - DICIEMBRE 2019

intervalo de administración por lo que se contacta con el médico adscrito del turno vespertino para resolver la duda, quien indica de manera verbal que se administrara cada 8 horas. Al realizar el cálculo de la dosis tomando en cuenta el intervalo mencionado y el peso del paciente, la dosis que el paciente debería recibir es de 1.2 gramos cada 8 horas, por lo que nuevamente se contacta con el médico quien comenta que la dosis de 1.5 gramos es la que se le debería administrar hasta que se vuelva a tener comunicación con el médico tratante. En el segundo día de estancia hospitalaria durante el pase de visita el médico modifica el intervalo de la cefuroxima (1.5 g cada 12 horas), dosis que tampoco corresponde con la dosis total que el paciente debería estar recibiendo; cabe mencionar que al intervalo de administración de este medicamento en ningún momento fue registrado en el expediente electrónico. También el 17/08/2019 se indica Teofilina/ambroxol jarabe (Aminoefedrison NF) 5 ml cada 8 horas, dosis que tampoco es correcta tomando en cuenta la posología ponderal que es 7mg/1.5mg/kg/día por lo que la dosis que le correspondía al paciente es de 8 ml cada 8 horas, sin embargo al momento de realizar la revisión de la farmacoterapia.

**ANÁLISIS Y ACCIONES REALIZADAS:** Se solicita al área médica la correcta revisión de las prescripciones médicas.

**IMPLEMENTACIÓN DE MEJORAS:** Se informa a Dirección Médica de la incidencia presentada.

**TIPO DE EVENTO:** ERROR DE MEDICACIÓN

**DEFINICIÓN OPERATIVA:** ERROR DE MEDICACIÓN

**CUARTO EVENTO NOTIFICADO AGOSTO:** Se indica por el médico tratante solución de tramadol 250mg en 100 cc de solución salina para 10 horas, dicha concentración no corresponde a la correcta, siendo esta de 1mg/ml por lo que le corresponderían 250ml de solución salina.

**ANÁLISIS Y ACCIONES REALIZADAS:** Se realizará retroalimentación con el médico especialista por parte del área de almacén.

**IMPLEMENTACIÓN DE MEJORAS:** Se informa a Dirección Médica de la incidencia presentada.

**TIPO DE EVENTO:** ERROR DE MEDICACIÓN

**DEFINICIÓN OPERATIVA:** ERROR DE MEDICACIÓN

**QUINTO EVENTO NOTIFICADO AGOSTO:** En las indicaciones médicas la ceftriaxona primero estaba indicada cada 12 horas el día del ingreso del paciente (21/08/2019); al día siguiente posterior a la cirugía se cambió el intervalo a cada 24 horas, al hacer la revisión en el expediente clínico electrónico para verificar los horarios de administración en la hoja de enfermería no se encontró el registro de los mismos. Posterior a que el paciente fue dado de alta se realizó la verificación en el expediente físico encontrando que el medicamento fue administrado a las 8:00hrs los días 22/08/2019 y 23/08/2019.

**ANÁLISIS Y ACCIONES REALIZADAS:** Se solicita al área de enfermería el registro completo en sistema Histoclin y en el expediente físico.

**IMPLEMENTACIÓN DE MEJORAS:** Se informa a Dirección Médica de la incidencia presentada.

**TIPO DE EVENTO:** ERROR DE MEDICACIÓN

**DEFINICIÓN OPERATIVA:** ERROR DE MEDICACIÓN

**SEXTO EVENTO NOTIFICADO AGOSTO:** En la historia clínica del paciente se registra que tiene alergia a los aines, quinolonas y epinefrina, al revisar el expediente clínico electrónico para verificar el tratamiento que se le dio al paciente no se encuentran las notas de tratamiento inicial ni egreso, al igual que no se encuentran notas pre y post anestésicas; y al verificar el cargo de insumos por parte de enfermería se encontró el registro de lidocaina con epinefrina 50ml y epinefrina de 1mg/ml (2 ampollitas), mismos que suelen utilizarse en la anestesia.

**ANÁLISIS Y ACCIONES REALIZADAS:** Se implementa la doble verificación con el área de enfermería y médica en

## ANÁLISIS DE PATRONES Y TENDENCIAS DE ERRORES Y CUASIFALLAS DE MEDICACIÓN JULIO - DICIEMBRE 2019

cuanto al cruce de la información.

**IMPLEMENTACIÓN DE MEJORAS:** Se informa a Dirección Médica de la incidencia presentada.

**TIPO DE EVENTO:** ERROR DE MEDICACIÓN

**DEFINICIÓN OPERATIVA:** ERROR DE MEDICACIÓN

**SEPTIMO EVENTO NOTIFICADO AGOSTO:** Se realizó la verificación de los horarios de los medicamentos, encontrándose error en la pauta de administración de medicamentos por parte del personal de enfermería, ya que el omeprazol se encontraba indicado cada 24 horas pero de acuerdo a los registros en la hoja de enfermería (física) se administro cada 12 horas (29/08/2019 a las 19:00 y 30/08/2019 a las 07:00hrs), esto sin alguna indicación médica.

**ANÁLISIS Y ACCIONES REALIZADAS:** Se revisa con el área de enfermería el registro y la administración de los medicamentos, realizan explicación verbal de los horarios de administración así mismo se solicita que realicen la modificación en las indicaciones medicas cuando se realice el cambio en los horarios de administración.

**IMPLEMENTACIÓN DE MEJORAS:** Se informa a Dirección Médica de la incidencia presentada.

**TIPO DE EVENTO:** ERROR DE MEDICACIÓN

**DEFINICIÓN OPERATIVA:** ERROR DE MEDICACIÓN

**OCTAVO EVENTO NOTIFICADO AGOSTO:** Al hacer la revisión en el expediente clinico electronico para verificar los horarios de administración de los medicamentos no se encontró registro de administración de la ceftriaxona, posteriormente se realizó la verificación en el expediente físico encontrando que el medicamento fue administrado a las 08:00hrs los días 31/08/2019 y 01/09/2019.

**ANÁLISIS Y ACCIONES REALIZADAS:** Se revisa el caso del paciente en donde explican que la administración del medicamento se realizo en tiempo y forma pero nuevamente no se realizo el registro en las hojas de enfermería se solicita se tomen las acciones correspondientes por omisión en los procesos.

**IMPLEMENTACIÓN DE MEJORAS:** Se informa a Dirección Médica de la incidencia presentada.

**TIPO DE EVENTO:** ERROR DE MEDICACIÓN

**DEFINICIÓN OPERATIVA:** ERROR DE MEDICACIÓN

**NOVENO EVENTO NOTIFICADO AGOSTO:** Paciente femenino a la cual se le indica la administración de 150 mg de diclofenaco diluidos en 100ml de solución hartmann para pasar en 24 horas; la indicación medica se realiza cuando la paciente sale de quirófano e ingresa a hospitalización, el personal de enfermería se acerca con personal de almacen y comenta que en quirófano se le administró una dosis de diclofenaco de 75mg, cabe mencionar que la dosis máxima por día del medicamento es de 150mg, sin embargo se decide seguir las indicaciones médicas y se administra el fármaco como es mencionado, administrando 225mg de diclofenaco en un lapso de 24 horas, dosis que resulta supraterapéutica.

**ANÁLISIS Y ACCIONES REALIZADAS:** Tema se reviso en reunión se solicita se verifique el registro de la dosis que se aplica en quirófano para no duplicar dosis en hospitalización y duplicar dosis permitida y evitar estos errores de medicación y malos registros en las notas y una mala prescripción, se solicita se realice la verificación por la guardia a cargo.

**IMPLEMENTACIÓN DE MEJORAS:** Se informa a Dirección Médica de la incidencia presentada.

**TIPO DE EVENTO:** ERROR DE MEDICACIÓN

**DEFINICIÓN OPERATIVA:** ERROR DE MEDICACIÓN

**PRIMER EVENTO NOTIFICADO SEPTIEMBRE:** Al hacer la revisión del expediente clínico electrónico para verificar los horarios de administración de los medicamentos no se encontró registro de administración del diclofenaco 75mg, im, como dosis única en el servicio de urgencias, el cual es referido en las indicaciones



**ANÁLISIS DE PATRONES Y TENDENCIAS DE ERRORES Y CUASIFALLAS DE MEDICACIÓN  
JULIO - DICIEMBRE 2019**

médicas, quedando pendiente la verificación en el expediente físico.

**ANÁLISIS Y ACCIONES REALIZADAS:** Se verificó con el personal responsable e involucrado en la entrega del paciente a quien se le retroalimenta sobre el proceso de entrega de turno y el registro de los procedimientos que realizan no se puede realizar ninguna entrega de pacientes si no se cuenta con las notas completas, es responsabilidad de quien recibe al paciente y entrega contar con la documentación completa y correcta.

**IMPLEMENTACIÓN DE MEJORAS:** Se informa a Dirección Médica de la incidencia presentada.

**TIPO DE EVENTO:** ERROR DE MEDICACIÓN

**DEFINICIÓN OPERATIVA:** ERROR DE MEDICACIÓN

**SEGUNDO EVENTO NOTIFICADO SEPTIEMBRE:** Al hacer la revisión en el expediente clínico electrónico para verificar los horarios de administración de los medicamentos no se encontró registro de administración del paracetamol de las 20:00 hrs (1gr, IV, C/8hrs), posteriormente se realizó la verificación en el expediente físico encontrando que el medicamento si fue administrado a las 20:00hrs; el día 08/09/2019. Así mismo en el expediente físico se encontró que el día 07/09/2019 se administraron 2 medicamentos: ketorolaco (30mg SL, dosis unica), ibuprofeno (400mg, VO, dosis unica), los cuales tampoco tienen registro en el expediente electrónico, en la hoja de enfermería, además de que tampoco se encontró la indicación por parte del médico, de igual manera no se indica la suspensión de la solución de diclofenaco (solución hartmann 500 cc+ diclofenaco 75mg/p12 hrs) por parte del médico, sin embargo el personal de enfermería refiere que no se administró, aunque en historial se encuentra registrada la hora de inicio de la solución (7:00 hrs, el día 08/09/2019).

**ANÁLISIS Y ACCIONES REALIZADAS:** No se brindó atención oportuna a la notificación por error de medicación.

**IMPLEMENTACIÓN DE MEJORAS:** No se brindó atención oportuna a la notificación por error de medicación.

**TIPO DE EVENTO:** ERROR DE MEDICACIÓN

**DEFINICIÓN OPERATIVA:** ERROR DE MEDICACIÓN

**PRIMER EVENTO NOTIFICADO NOVIEMBRE:** Paciente a la cual se le indica como profilaxis moxifloxacino 400mg vía oral cada 24 horas, siendo este un medicamento eróneo para el evento quirúrgico que se le realizó (recambio de implantes mamarios y lipoescultura). Tratamiento profiláctico de elección es la cefalotina y por vía parenteral.

**ANÁLISIS Y ACCIONES REALIZADAS:** Se convocó a reunión con la coordinación médica para presentar caso, solicitará la aprobación de la Dirección Médica para retroalimentar al médico especialista sobre las prescripciones que está realizando a sus pacientes que ingresan a procedimiento quirúrgico.

**IMPLEMENTACIÓN DE MEJORAS:** Se informa a Dirección Médica de la incidencia presentada.

**TIPO DE EVENTO:** ERROR DE MEDICACIÓN

**DEFINICIÓN OPERATIVA:** ERROR DE MEDICACIÓN

**PRIMER EVENTO NOTIFICADO DICIEMBRE:** Paciente a la cual en quirófano se le administró ranitidina 50mg vía intravenosa como dosis única a las 10:00hrs, medicamento que cuenta con alerta sanitaria por parte de la Cofepris donde emite la indicación al personal médico de no prescribir medicamentos que contengan ranitidina, considerar otras alternativas terapéuticas, además de reportar cualquier reacción adversa relacionada con ese tipo de medicamentos, cabe mencionar que dicho medicamento no pertenecía a CEMA, ya que desde el mes de octubre fue retirado en todas sus presentaciones en los diferentes servicios.

**ANÁLISIS Y ACCIONES REALIZADAS:** Se convocó a reunión a un comité multidisciplinario, para la atención al tema, se presenta notificación la coordinación médica informará bajar el tema con la dirección médica para las acciones pertinentes y evitar el tema se vuelva a presentar.

**IMPLEMENTACIÓN DE MEJORAS:** Se delimita al personal en formación por fisioterapeuta, así como las

**ANÁLISIS DE PATRONES Y TENDENCIAS DE ERRORES Y CUASIFALLAS DE MEDICACIÓN  
JULIO - DICIEMBRE 2019**

funciones específicas para el personal en formación. Se construyó formato para el registro diario del tratamiento aplicado a pacientes en el servicio de fisioterapia por el personal en formación.

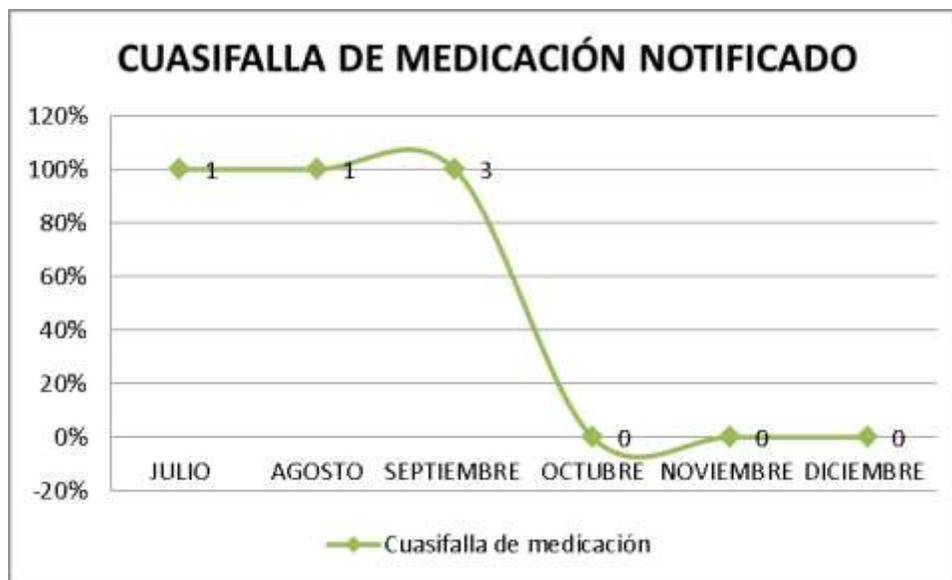
**TIPO DE EVENTO:** ERROR DE MEDICACIÓN

**DEFINICIÓN OPERATIVA:** ERROR DE MEDICACIÓN

**SEGUNDO EVENTO NOTIFICADO DICIEMBRE:** Al revisar el expediente clínico electrónico para verificar la prescripción médica y los horarios de administración de medicamentos se encontró la prescripción y registro de administración (18/12/19 21:00hrs y 19/12/2019 03:00hrs), de ketorolaco 60mg vía intravenosa cada 6 horas, dosis que sobre pasa la dosis máxima de ketorolaco (120mg/día), se comenta al personal de enfermería para hacer conocimiento al médico; quien no acepto la intervención y la paciente fue dada de alta.

**ANÁLISIS Y ACCIONES REALIZADAS:** Se convocó a reunión a un comité multidisciplinario, para la atención al tema, se presenta notificación la coordinación médica debido a que el tema ya es recurrente no del mismo medicamento pero si la misma situación.

**IMPLEMENTACIÓN DE MEJORAS:** Se informa a Dirección Médica de la incidencia presentada.



**TIPO DE EVENTO:** CUASIFALLA DE MEDICACIÓN

**DEFINICIÓN OPERATIVA:** CUASIFALLA DE MEDICACIÓN

**EVENTO NOTIFICADO JULIO:** Paciente al cual se le indica Ceftriaxona 1 gramo IV cada 12 horas, Ketorolaco IV 60 mg cada 8 horas, Tramadol IV 100 mg PRN, Metoclopramida IV 10 mg PRN y Paracetamol Vo 750 mg cada 8 horas. Todos los medicamentos que son administrados a los pacientes deben ser registrados en el Sistema Histoclin por el servicio de enfermería, así como los horarios en que son administrados; dichos horarios de los medicamentos antes mencionados no se encuentran registrados en el expediente electrónico

**ANÁLISIS Y ACCIONES REALIZADAS:** Se solicita al área de enfermería el registro de indicaciones verbales en el

## ANÁLISIS DE PATRONES Y TENDENCIAS DE ERRORES Y CUASIFALLAS DE MEDICACIÓN JULIO - DICIEMBRE 2019

formato correspondiente así como en el expediente físico por el área médica para evitar inconsistencias y continuar de manera correcta los procesos establecidos.

**IMPLEMENTACIÓN DE MEJORAS:** Se informa a Dirección Médica de la incidencia presentada.

**TIPO DE EVENTO:** CUASIFALLA DE MEDICACIÓN

**DEFINICIÓN OPERATIVA:** CUASIFALLA DE MEDICACIÓN

**EVENTO NOTIFICADO AGOSTO:** Alguna enfermera no pasaba correctamente diluido el medicamento con la solución lo cual es doloroso sin ser necesario, favor de que Yureni aprenda el método. Es muy linda solo ese detalle.

**ANÁLISIS Y ACCIONES REALIZADAS DEL PRIMER EVENTO:** Se retroalimentará al personal de enfermería sobre el proceso de ministración de medicamentos.

**IMPLEMENTACIÓN DE MEJORAS:** Se informa a Dirección Médica de la incidencia presentada.

**TIPO DE EVENTO:** CUASIFALLA DE MEDICACIÓN

**DEFINICIÓN OPERATIVA:** CUASIFALLA DE MEDICACIÓN

**PRIMER EVENTO NOTIFICADO SEPTIEMBRE:** Al hacer la revisión en el expediente clínico electrónico para verificar los horarios de administración de los medicamentos no se encontró registro de administración del ketorolaco (30mg, IV, C/8Hrs), posteriormente se realizó la verificación en el expediente físico encontrando que el medicamento sí fue administrado a las 18hrs el día 24/09/2019.

**ANÁLISIS Y ACCIONES REALIZADAS DEL PRIMER EVENTO:** No se brindó atención oportuna a la notificación por error de medicación.

**IMPLEMENTACIÓN DE MEJORAS:** Se informa a Dirección Médica de la incidencia presentada.

**TIPO DE EVENTO:** CUASIFALLA DE MEDICACIÓN

**DEFINICIÓN OPERATIVA:** CUASIFALLA DE MEDICACIÓN

**SEGUNDO EVENTO NOTIFICADO SEPTIEMBRE:** Al hacer la revisión en el expediente clínico electrónico para verificar los horarios de administración de los medicamentos no se encontró registro de administración del tramadol 50mg, IV, DU; y metoclopramida 10mg, IV, CU, posteriormente se realizó la verificación en el expediente físico encontrando que los medicamentos sí fueron administrados a las 06:00hrs el día 25/09/2019.

**ANÁLISIS Y ACCIONES REALIZADAS DEL SEGUNDO EVENTO:** No se brindó atención oportuna a la notificación por error de medicación.

**IMPLEMENTACIÓN DE MEJORAS:** Se informa a Dirección Médica de la incidencia presentada.

**TIPO DE EVENTO:** CUASIFALLA DE MEDICACIÓN

**DEFINICIÓN OPERATIVA:** CUASIFALLA DE MEDICACIÓN

**TERCER EVENTO NOTIFICADO SEPTIEMBRE:** Se realizó la revisión en el expediente clínico electrónico encontrando en la nota de evolución médica del 25/09/19 de las 07:26 hrs que se administró una dosis única de paracetamol de 750mg, VO; al hacer la revisión en el apartado de registro de horarios de administración de medicamentos de enfermería en el expediente clínico físico como en el electrónico, no se encontró registro de administración y se desconoce la procedencia del mismo; además de que tampoco se encontró la indicación por parte del médico en el apartado de tratamientos, sin embargo en la nota de enfermería del historial se que el medicamento fue administrado a las 23:00 hrs del día 24/09/2019.

**ANÁLISIS Y ACCIONES REALIZADAS DEL TERCER EVENTO:** No se brindó atención oportuna a la notificación por error de medicación.

**IMPLEMENTACIÓN DE MEJORAS:** Se informa a Dirección Médica de la incidencia presentada.