



## INCIDENTE RELACIONADO CON DISPENSACIÓN ERRÓNEA DE SINTROM EN LUGAR DE DICLOFENACO

### Descripción del incidente

- Paciente con barrera idiomática que acude a AP por dolor lumbar
- Se prescribe diclofenaco inyectable.
- Se le da la hoja de administración de medicación en una hoja reciclada con una prescripción de Sintrom de otro paciente.
- El paciente acude a una farmacia y le dan Sintrom.
- El paciente acude nuevamente a AP porque el dolor no cede.
- Ha estado 4 días tomando Sintrom en lugar de diclofenaco.

### Descripción del análisis (factores contribuyentes)

- Factores de tarea (había papel reciclado en la impresora).
- Factores de tarea (en la farmacia no se solicita la TIS).
- Factores de comunicación (no se confirma la comprensión de las indicaciones).
- Factores de paciente (barrera idiomática).

### Recomendaciones y acciones de mejora

- Se envía nota informativa a todas las unidades de AP con la recomendación de no utilizar **nunca** papel reciclado con datos de otros pacientes.
- Se habla con el Colegio de Farmacéuticos para ponerlo en su conocimiento y recordar la necesidad de solicitar la TIS para la dispensación de cualquier medicación.



## INCIDENTES RELACIONADOS CON ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN TRAS ÓRDENES VERBALES.

### Descripción del incidente

- Se detectan varios incidentes relacionados con errores en la administración de medicación tras órdenes verbales.

### Descripción del análisis (factores contribuyentes)

- Factores de comunicación (no se dan las indicaciones completas, sobre todo de dosis y vía).
- Factores organizativos / de tarea:
  - Se abusa de las órdenes verbales que se deben limitar a situaciones de urgencia.
  - No se checkea en voz alta por parte de la persona que recibe la orden.

### Recomendaciones y acciones de mejora

- Se ha elaborado una infografía con recomendaciones de buenas prácticas en órdenes verbales.
- [Buenas Prácticas Ordenes Verbales de Tratamiento Sept 2021.pdf](#)



## INCIDENTES RELACIONADOS CON ADMINISTRACIÓN DE NUTRICIÓN PARENTERAL

### Descripción del incidente

- Se detectan varios incidentes relacionados con errores en la velocidad de infusión de Nutrición Parenteral Total.

### Descripción del análisis (factores contribuyentes)

- Factores de equipamiento (la etiqueta que identifica ritmo y volumen de la NPT es confusa).
- Factores organizativos / de tarea:
  - habitualmente solo se introduce un parámetro en la programación de la bomba, ritmo, no permitiendo detectar posibles errores.
  - falta de hábito de revisión de ritmos de infusión por turno.

### Recomendaciones y acciones de mejora

- Se eliminan decimales de las etiquetas de la NPT.
- Se elabora infografía sobre recomendaciones del procedimiento.
- [Buenas Prácticas Nutrición Parenteral Sept 2021.pdf](#)



## CUASI\_INCIDENTES RELACIONADO CON ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN DE RIESGO

### Descripción del incidente

- Se detecta punto de riesgo importante por la utilización de códigos de colores diferentes para la medicación de riesgo en las diferentes unidades y sedes (UCI, Bloque Quirúrgico, URPA, P. Complementarias con sedación, Urgencias...).

### Descripción del análisis (factores contribuyentes)

- Factores de protocolo (no se cumple la normativa de codificación internacional).
- Factores de tarea (se mantienen las etiquetas tal y como se venían utilizando siempre).

### Recomendaciones y acciones de mejora

- Se unifica la codificación de todas las etiquetas utilizando la normativa internacional.
- Se cambian las etiquetas de todas las unidades afectadas.