DETECCIÓN DE ERRORES EN LA ADMINISTRACIÓN DE ANTIBIOTICOS EN CUIDADOS INTERMEDIOS EN PACIENTES DE LA CLÍNICA CENTRAL O.H.L LTDA

ARTEAGA AGUIRRE JHON ANDRES
BUENDIA RAMOS MARIA BEATRIZ
CALDERA GALVIS LUISA FERNANDA
CASTRO CERPA DELLY LUZ
FERNANDEZ CARABALLO KEVIN JAVIER
GOMEZ PASTRANA DANIELA

UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE REGENCIA Y FARMACIA
TECNOLOGIA EN REGENCIA DE FARMACIA
MONTERÍA.CORDOBA
2022

DETECCIÓN DE ERRORES EN LA ADMINISTRACIÓN DE ANTIBIOTICOS EN CUIDADOS INTERMEDIOS EN PACIENTES DE LA CLÍNICA CENTRAL OHL LTDA

ARTEAGA AGUIRRE JHON ANDRES
BUENDIA RAMOS MARIA BEATRIZ
CALDERA GALVIS LUISA FERNANDA
CASTRO CERPA DELLY LUZ
FERNANDEZ CARABALLO KEVIN JAVIER
GOMEZ PASTRANA DANIELA

INFORME DE PRÁCTICAS FORMATIVAS PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE TECNÓLOGO(A) EN REGENCIA DE FARMACIA

HILTONY STANLEY VILLA DANGOND
QUIMICO FARMACEUTICO
MAGISTER EN QUÍMICA
MAGISTER EN ATENCIÓN FARMACÉUTICA

EVA MARIA LOPEZ DE LA ESPRIELLA
ENFERMERA
MAGISTER EN SALUD PÚBLICA

UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE REGENCIA Y FARMACIA
TECNOLOGIA EN REGENCIA DE FARMACIA
MONTERÍA.CORDOBA
2022

Nota de Aceptación

_____

_____

_____

_____

Presidente del Jurado

_____

Ernesto Enrique Fuentes Fabra

_____

Roger David Espinoza Saez

DEDICATORIAS

Este triunfo se lo dedico principalmente a mi Hijo Martin José por ser mi motor para seguir adelante y cumplir una de mis tantas metas. A mi madre Vianey Ramos por siempre ser mi apoyo incondicional, en los momentos en los que quería desfallecer ella me daba ese impulso para seguir. Finalmente le doy gracias a mi familia la cual siempre me apoyo para terminar este lindo proceso de mi vida y a dios por siempre estar conmigo.

MARIA BEATRIZ BUENDIA RAMOS.

Dedico este trabajo primeramente a Dios por haberme permitido llegar a este punto de mi formación profesional. A mis abuelos Elvia Gonzalez y Nel Caldera por se mi motivación para continuar con mi formación profesional, a mi madre Luz Elena Galvis por todo el apoyo y motivación que me brindó para llegar a esta última etapa de mi formación profesional. A mi pareja Miguel Ricardo por estar conmigo desde el inicio de mi carrera, por brindarme sus consejos, motivación y por creer en mis capacidades. A mi amigo Kevin Martínez que desde el inicio de nuestra carrera compartimos momentos de alegrías, por sus consejos y apoyo mutuo para sacar adelante nuestra formación profesional.

LUISA FERNANDA CALDERA GALVIS.

Este trabajo se lo dedicó principalmente a Dios por permitirme seguir adelante y no dejar me que rindiera a mitad de camino. A mi mamá Karina Caraballo por todo el apoyo que siempre me ha brindado y por ser mi mayor fuente de inspiración.

KEVIN JAVIER FERNANDEZ CARABALLO.

Este trabajo se lo dedico a Dios, por darme la fortaleza y valentía y sabiduría necesaria para afrontar el difícil camino del conocimiento, y también se lo dedico a mi señora madre, Martha Aguirre, quien fue mi motivación día tras día y siempre me ha apoyado y creído en mis talentos y capacidades en todo momento de mi vida.

JHON ANDRES ARTEAGA AGUIRRE.

Este trabajo se lo dedico a Dios, quien ha sido mi fuerza y apoyo para llegar a este logro, por sostenerme en los tiempos difíciles y darme la sabiduría para continuar. A mi madre pilar Pastrana por brindarme su amor incondicional luchando siempre conmigo, por creer en mí y ser partícipe de esta formación. A mi padre Wilmer Gómez por brindarme sus consejos y ser mi apoyo siempre, por darme ánimo y tener siempre una palabra de aliento. A mi hermano Daniel silva quien a pesar de su niñez siempre está presente. Infinitas gracias a los que me apoyaron en esta etapa tan importante de mi vida.

DANIELA GÓMEZ PASTRANA.

Antes que nada, esté trabajo se lo agradezco a Dios por sus infinitas bendiciones día a día, y por permitirme hacer posible una de tantas metas propuesta.

Les dedico este triunfo a mis padres, Diana cerpa y Jhon Castro, por su apoyo y amor infinito e incondicional, por protegerme a lo largo de mi vida, y llevarme por el camino del bien, por sus consejos impecables, por enseñarme a seguir adelante a pesar de las dificultades, por su esfuerzo y sacrificio, y principalmente por haber creído siempre en mí. A mis hermanas, Dianis y Dialis por ser el ejemplo de perseverancia y dedicación, por su apoyo intelectual y emocional en todo momento. A mí pareja Elías por su constante motivación e impulsarme a ser cada día una mejor persona.

CASTRO CERPA DELLY LUZ

AGRADECIMIENTOS

Primeramente, darle gracias a Dios por darnos inteligencia, capacidades y sabiduría, por acompañarnos en alcanzar este logro tan importante en nuestras vidas.

Queremos expresar nuestro agradecimiento a los asesores Hiltony Villa Dangond y Eva María López de la Espriella por el apoyo, dedicación y orientación, quienes nos brindaron sus ideas y conocimientos adquiridos para la realización de nuestro informe de grado.

A la Universidad de Córdoba por darnos las oportunidades de ser parte de esta alma mater y permitirnos adquirir conocimientos los cuales fueron fundamentales para lograr formarnos como profesionales íntegros.

A la Clínica Central OHL, por permitirnos usar sus instalaciones y brindarnos la oportunidad de fortalecer los conocimientos obtenidos en la Universidad de Córdoba.

Al personal del servicio farmacéutico, principalmente a los Químicos Farmacéuticos; Jhon Montes Posada, Stefanny Caballero y Andrés Martínez, quienes nos guiaron en la realización de nuestro estudio, a nuestro grupo de trabajo por el esfuerzo y dedicación.

Gracias a nuestros padres por ser nuestra motivación y ser un apoyo vital en alcanzar una de las tantas metas de nuestras vidas, por el esfuerzo que hicieron para impulsarnos cada día en terminar esta hermosa carrera.

TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN 10
1. INTRODUCCIÓN 13
2. MARCO DE REFERENCIA 14
3. OBJETIVOS 22
3.1 OBJETIVO GENERAL 22
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS 22
4. DISEÑO METODOLÓGICO 23
5. RESULTADOS Y DISCUSIÓN 27
6. CONCLUSIONES 32
7. RECOMENDACIONES 33
8. BIBLIOGRAFÍA 34
9. ANEXOS 38

LISTA DE GRÁFICAS

Pág

Gráfica 1. Distribución de grupos farmacológicos……28

Gráfica 2. Descripción de los diagnósticos intrahospitalarios……29

Gráfica 3. Descripción de los errores de administración……30

Gráfica 4. Grupos etarios con mayor incidencia……..31

LISTA DE ANEXOS

Pág

Anexo 1. Tabla recolección de datos Excel……..38

Anexo 2. Folleto errores en la administración de medicamentos……..39

Anexo 3. Evidencia de socialización de resultados al personal de enfermería en la clínica central……..40

Anexo 4. Evidencia de socialización de resultados al personal de enfermería en la clínica central……41

Anexo 5. Evidencia de socialización de resultados al personal de enfermería en la clínica central……42

Anexo 6. Evidencia de socialización de resultados al personal de enfermería en la clínica central……43

Anexo 7. Evidencia de socialización de resultados al personal de enfermería en la clínica central……44

RESUMEN

Introducción: Los eventos adversos relacionados con los errores de administración, son cada vez más comunes, tanto así que se ha convertido un problema de salud pública, por lo que la organización mundial de la salud (OMS), notificó que se producen daños a 1,3 millones de personas al año por errores de administración lo que ha llevado a que diversos autores a realicen estudios relacionados con la detección de errores de administración en las unidades asistenciales. Objetivo: El objetivo de este trabajo fue la detección de errores relacionados con la administración de antibióticos en pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intermedios de la clínica central OHL. Método: Se trata de un estudio observacional descriptivo, transversal y de enfoque cuantitativo, en el que se analizó una muestra de 45 pacientes ingresados a la unidad de cuidados intermedios de la clínica central en distintas franjas horarias y días de la semana. El periodo de estudio abarcó un mes, desde el día siete de octubre hasta el siete de noviembre del año 2022. Resultados: Se detectaron un total de 6 errores de administración. De estos la mayoría fueron de medicamento no administrado con un 8,88%, el resto de errores fueron horario incorrecto y concentración incorrecta ambos con un 2,22% total de la muestra estudiada. El porcentaje restante correspondió a los pacientes que no presentaron errores de administración. Conclusión: La identificación y prevención temprana de errores relacionados con la administración de antibióticos nos permite obtener mejores resultados en la terapia medicamentosa de los pacientes, para así garantizar seguridad y mejorar su calidad de vida.

Palabras claves: Evento adverso, error de administración, farmacoterapia, atención farmacéutica.

ABSTRACT

Introduction: Adverse events related to management errors are increasingly common, so much so that it has become a public health problem, so the world health organization (WHO), reported that damage to 1,3 million people per year due to administration errors, which has led several authors to carry out studies related to the detection of administration errors in healthcare units. Objective: The aim of this study was to detect errors related to the administration of antibiotics in patients hospitalized in the intermediate care unit of the central OHL clinic. Method: This is a descriptive, cross-sectional, quantitative observational study that analyzes a sample of 45 patients admitted to the middle care unit of the central clinic in different time slots and days of the week. The study period covered one month, from October 7 to November 7, 2022. Results: A total of 6 administration errors were detected. Of these, the majority were of medication not administered with 8.88%, the rest of errors were incorrect schedule and incorrect concentration both with 2.22% of the total sample studied. The remaining percentage was for patients who did not present errors of administration. Conclusion: The early identification and prevention of errors related to the administration of antibiotics allows us to obtain better results in the drug therapy of patients, thus ensuring safety and improving their quality of life.

Keywords: Adverse event, administration error, pharmacotherapy, pharmaceutical care.

PALABRAS CLAVE

EAM: evento adverso a medicamentos, PRM: problema relacionado con los medicamentos, RNM: resultado negativo asociados a los medicamentos, SFT: es una técnica que se coloca en práctica para detectar problemas relacionados con los medicamentos.

1. INTRODUCCIÓN

Para denotar la gravedad del problema de los errores de medicación asociados con la administración a nivel mundial, solo basta con hacer referencia a los datos ofrecidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS), estas cifras informan que al menos se produce una muerte diaria, y aproximadamente daños a 1,3 millones de personas al año por errores de administración (1).

En Colombia las cifras reportadas son parecidas a la de los países desarrollados ya que entre los años 2018 y 2019 se realizó un estudio en diferentes establecimientos de Audifarma S.A, el cual reportó 29.538 errores de administración en 417 dispensarios, ubicados en todo el país, se pudo establecer que la gran mayoría de ellos se produjeron en el proceso de dispensación, resaltando a los medicamentos: losartán, levotiroxina, ácido acetilsalicílico y atorvastatina como los más recurrentes. (2)

La Clínica Central O.H.L Ltda, es una entidad certificada que presta servicios hospitalarios de mediana y alta complejidad, a pesar de tener implementado el programa de seguimiento farmacoterapéutico presenta dificultades por el escaso número del talento humano para la realización de esta labor con cobertura a todos los pacientes que cumplan con los criterios de inclusión, en consecuencia esta actividad asistencial se realiza de manera parcial por tal motivo la detección de errores en administración de medicamentos a los pacientes de la unidad de cuidados intermedios no se refleja en plenitud. En la entidad no es posible realizar todos los reportes de PRM, ni alertar debidamente al personal médico de la unidad ya que no se cuenta con el suficiente personal para suplir este déficit; lo planteado anteriormente se pudo exponer en la siguiente pregunta:
¿Cuál será la dimensión exacta de los errores en la administración de antibióticos en pacientes de la unidad de cuidados intermedios de la clínica central?

El presente estudio se enfocó en la detección de los errores de administración de antibióticos en pacientes hospitalizados en cuidados intermedios de la Clínica Central O.H.L Ltda, ya que, estos errores son un problema importante que puede poner en peligro la calidad del tratamiento y la seguridad del paciente, al tiempo que genera desconfianza en el sistema de salud, la organización y el trabajo de los expertos. Los errores de administración (EA) son un problema complicado debido a que pueden tener su origen en cualquier punto del proceso del ciclo sanitario del medicamento y están vinculados a una variedad de profesionales de la salud.

2. MARCO DE REFERENCIA

2.1 MARCO DE ANTECEDENTES

Alaa M. Yousef MSc et al, realizaron un estudio, siendo este el primero en Jordania que se centró en la identificación de errores de administración (MAE) en la sala de medicina interna utilizando el método de observación directa encubierta, se lograron identificar un total de 910 errores de administración de 53 camas con las que cuenta esta unidad asistencial. La razón detrás de la alta tasa de error en este estudio es la enorme carga de trabajo de las enfermeras durante el período de COVID-19 debido a la escasez de personal. El tipo de MAE más encontrado en este estudio fue el error de adherencia en el que la mayoría de los enfermeros dejaban los medicamentos al lado de la cama de los pacientes sin asegurarse de que los tomaran. La clase de medicación más común asociada con los errores de administración fueron los antibióticos, seguidos de los medicamentos para tratar problemas cardiovasculares y los anticoagulantes. De acuerdo con lo anterior la ocurrencia de estos errores puede estar relacionada con la gran carga de trabajo y la falta de procedimientos estandarizados para la administración de medicamentos. (3)

Marja Härkänen et al, realizaron un estudio que abarcó un período de 10 años comprendido de 2007 a 2016, reportando como la principal causa de muerte por EAM informada con mayor frecuencia fue la omisión de medicación. Estos errores ocurren con mayor frecuencia en salas de hospital y en pacientes mayores de 75 años. Los fármacos más utilizados fueron los anticoagulantes parenterales, seguidos de los antimicrobianos. Por lo tanto, los esfuerzos para reducir los errores de administración deben centrarse en estos fármacos. Casi un tercio de los errores de administración de medicamentos estaban relacionados con dosis olvidadas. (4)

Sarah P Slight PhD et al, realizaron un estudio en el que se encontraron más de 5000 errores de medicación, siendo los errores más comunes los cambios de medicación, los errores de dosificación y los retrasos prevenibles en el tratamiento. Aunque no se encontró un cambio significativo en la tasa general de errores de medicación reportada en los hospitales, sin embargo, se encontró una disminución en la frecuencia de errores de dosificación y medicamentos inadecuados a lo largo del tiempo. Las posibles reacciones adversas a los medicamentos también se redujeron significativamente en los cuatro períodos de estudio.
El efecto acumulativo de la optimización del sistema, incluido el apoyo a la decisión clínica y los cambios en el diseño del sistema, puede haber contribuido a este hallazgo, aunque se necesitan más estudios para confirmarlo. (5)

Déjene Tsegaye et al, los resultados de este estudio mostraron un margen de errores de medicación del 57,7% con un Índice de Confianza del 95%. Las observaciones incluyeron 109 dosis, de las cuales el 89% tenía al menos un tipo de EAM. Según este estudio, cerca de 10/3 tercios de los medicamentos no se administraron en el horario prescrito (momento correcto), lo que lleva al paciente a desarrollar toxicidades o resistencia a la terapia medicamentosa que lleva habitualmente. Hay muchos factores que se asociaron significativamente con los errores de medicación en este estudio, incluida la falta de capacitación del personal, la mala comunicación con otras enfermeras cuando surgen problemas, la suspensión de la medicación, la falta de pautas y la falta de cumplimiento de los diez correctos para administrar medicamentos. (6)

Jorge Enrique Machado et al realizaron un estudio en Colombia el cual reportó 9062 errores de medicación (EM) en cuarenta y cinco servicios farmacéuticos hospitalarios de veintiséis instituciones del país, siendo Bogotá la ciudad con más reportes con un total de 3540, seguido el departamento de Antioquia con 1698. Los medicamentos principalmente relacionados con la ocurrencia de los errores fueron las insulinas. Esta es la primera descripción de errores de medicación que se realiza en un ambiente hospitalario generalizado mostrando que, aunque la mayoría de los errores son menores, están relacionados con los medicamentos de uso común en la práctica clínica y su potencial probabilidad de llegar a los pacientes. Cuando se produce un error durante la gestión. Estos resultados permitieron establecer procesos y priorizar causas para enfocar los esfuerzos en la prevención y detección de EM. (7)

Yuselly Castañeda Vanegas, realizó un estudio en el cual se encontró que la gran mayoría de los errores de administración estaban relacionados con letra manuscrita ilegible, falta de horario y/o frecuencia de administración del medicamento ordenado, uso de siglas o abreviaturas desconocidas y registros incompletos, lo que conllevo a errores en la administración de medicamentos, también se encontró que la gestión de medicamentos es relevante para las enfermeras recién graduadas con poca experiencia y conocimiento limitados de conceptos farmacológicos, efectos secundarios de medicamentos e interacciones de medicamentos, y falta de conocimiento sobre el uso de equipos biomédicos. asociado con un error actuaciones de enfermería como no renovar la tarjeta de medicación, interpretación errónea de órdenes médicas, errores por omisión. error relacionado con la provisión de equipo de tripulación a un farmacéutico. Errores relacionados con la infraestructura del sitio de producción medicamentos como iluminación y ventilación. (8)

2.2 MARCO CONCEPTUAL

SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO:

La Atención Farmacéutica se refiere a todos los procedimientos médicos realizados por el farmacéutico hacia el paciente que toma el medicamento. Entre estos métodos, la terapia farmacológica de seguimiento (MFT, por sus siglas en inglés) ha mostrado el nivel más alto de efectividad en la salud cuando se utilizan fármacos. En términos generales, SFT es una práctica clínica destinada a monitorear y evaluar continuamente la farmacoterapia de un paciente con el objetivo de mejorar los resultados de salud. (9)

PROBLEMA RELACIONADO CON EL MEDICAMENTO:

El segundo Consenso de Granada. Efectos secundarios relacionados con los medicamentos (PRM), los define como riesgos para la salud, que se perciben como malos resultados clínicos, derivados de farmacoterapia, fabricados de cualquier tipo y que dan lugar a la presencia de efectos no deseados. (9)

RESULTADO NEGATIVO RELACIONADO CON EL MEDICAMENTO:

El estado actual y futuro de la condición médica del paciente atribuible al antecedente de atención médica. En un caso de consumo de medicamentos, los trabajadores de la salud están a la espera de un resultado positivo, a través del diagnóstico, prevención, tratamiento o control de la enfermedad. Cuando estos objetivos no se han logrado o cuando no se obtienen los resultados esperados, podemos confirmar que tenemos lo que es llamado RNM. (9)

ERRORES DE ADMINISTRACIÓN:

Uno de los principales conceptos se ha introducido para abordar prevención de errores, ha sido indagar que estos errores se producen fundamentalmente por posibles fallas en el diseño, equipos, y no por incompetencia o fallos que se presenten en los individuos.

Tenemos entonces que un error de administración no es más que un acontecimiento que puede prevenirse y que causa un daño al paciente y su utilización inadecuada de los medicamentos cuando están bajo el personal médico o del consumidor. (10)

2.3 MARCO TEORICO

Una dificultad que ha tenido que desafiar el ser humano desde hace años en el campo de la salud, son los errores que se pueden llegar a presentar al momento de administrar un medicamento, gracias a las investigaciones científicas que cada día son más rigurosas, podemos reconocer con más capacidad los errores que se pudieron presentar a diario en clínicas, hospitales, centros de salud, etc.
Para hablar de errores de administración de medicamentos debemos partir haciéndonos esta pregunta ¿sabe usted que es un error de administración? según la NCCMERP (Consejo Nacional de Coordinación para el Informe y la Prevención de Errores de Medicación) se define como un suceso prevenible, que puede causar un mal al paciente o uso inapropiado de un fármaco, cuando están bajo supervisión de los profesionales sanitarios o usuario. (11)

Estos percances están asociados con la práctica profesional, con los medicamentos o con el plan incluyente, que generan fallos en la comunicación, prescripción, preparación, dispensación, etiquetado, distribución, educación, envasado, utilización, denominación y seguimiento. Es importante recordar que el error es propio de la naturaleza humana, es decir, independientemente de la técnica y del cuidado de las personas, estos errores pueden suceder en distintos procesos del ser humano, es de vital importancia reconocer la mejora del plan incluyente en evitar los errores, radica en examinar los propios errores de administración que se generan con el objetivo de establecer las causas que los ocasionan. Por eso es importante crear un ambiente de trabajo represivo que aleje la idea de culpabilidad y ayude a la comunicación de los errores que se producen con el fin de hacer

análisis de las causas que producen estos errores y también realizar estrategias que eviten o ayuden a mitigar estos sucesos. Los errores de administración se deben examinar desde el punto de vista del plan incluyente, con el propósito de probar distintos aspectos de estos errores. Básicamente se pueden clasificar de acuerdo al desarrollo de la cadena terapéutica donde se generan, de la gravedad que provocan efectos o consecuencias al paciente y las particularidades del error. Es de vital importancia anotar el suceso de la cadena terapéutica donde se ocasionan con mayor regularidad estos errores de medicación, con la finalidad de favorecer donde beneficia establecer medidas de prevención. (12)

El farmacéutico juega un papel fundamental, en cuanto a la seguridad del paciente debido a que puede brindar información concisa y segura acerca de la utilización correcta de los medicamentos, evitando así errores que el paciente puede cometer al momento de utilizar un medicamento.
Para prevenir los errores de administración de medicamentos es importante constatar que se cumplan los diez correctos en la administración de medicamentos:

1. Paciente correcto: examinar la identidad del paciente el cual va a recibir el tratamiento antes de su administración, esto se hace revisando la manilla de identificación o preguntándole al acompañante por su nombre y apellido.

2. Medicamento correcto: verificar que el medicamento que se va a suministrar coincida con el medicamento prescrito por el médico.

3. Dosis correcta: constatar que la dosis la cual se va administrar sea la indicada según la prescripción médica.

4. Vía de administración correcta: confirmar que la vía de administración del medicamento sea la correcta, las cuales pueden ser vía oral, vía intravenosa, etc.

5. Hora correcta: verificar que se cumple con la hora de administración del fármaco y que ninguna dosis sea administrada antes o después del horario establecido.

6. Registrar los medicamentos administrados.

7. Informar e instruir al paciente acerca de los medicamentos administrados.

8. Comprobar que el paciente no ingiera ningún medicamento ajeno al prescrito.

9. Descartar cualquier alergia o interacción medicamentosa.

10. Conservar la técnica aséptica antes de preparar o administrar un medicamento.

Con lo que se busca trabajar en conjunto con enfermeras, médicos y personal farmacéutico, con el fin de evitar posibles errores en la administración de medicamentos y brindar una terapia medicamentosa segura y eficiente, que conlleve a una calidad de vida óptima.

Tipos de errores en la administración de medicamentos:

- Error de prescripción: selección incorrecta del fármaco prescrito, dosis incorrecta, vía de administración, forma farmacéutica, concentración, prescripciones que induzcan a errores que puedan alcanzar al paciente. (13)

- Error de omisión: no administrar una dosis prescrita a un paciente antes de la dosis establecida, si la hubiese. (14)

- Hora de administración errónea: administración de la medicación fuera del periodo de tiempo establecido en el horario de administración. (15)

- Medicamento no prescrito: administrar al paciente un medicamento no prescrito por el personal de salud. (16)
- Error de dosificación: administrar al paciente una dosis mayor o menor de la prescrita. (17)

- Forma farmacéutica errónea: administrar al paciente un medicamento en una forma farmacéutica diferente a la prescrita. (17)

- Preparación errónea del medicamento: medicamento incorrectamente formulado o manipulado antes de suministrar. (17)

- Medicamento deteriorado: administrar un medicamento vencido o que la integridad física o química de este haya sido alterada. (17)

- Incumplimiento del paciente: cumplimiento inapropiado del paciente al tratamiento prescrito por el médico.

Causas de los errores de administración de medicamentos:

Las causas de los errores de administración son causadas entorno a diversos factores del trabajo hospitalario que son iniciadores de errores de administración, como las distracciones, sobre carga de trabajo, estas influyen en la ocurrencia de errores de administración provocando un estado que potencie la posibilidad de errar(como son el cansancio y estrés), el diseño de unidad de trabajo se refiere a las condiciones del entorno de trabajo, son factores en la ocurrencia de errores de administración como por ejemplo la iluminación deficiente del espacio de trabajo y ubicación del almacenamiento, y las características del material, también han sido factores que influyen en la ocurrencia de errores de administración ya que tienen la potencialidad de causar confusiones en la vía, dosis (concentración y cantidad), preparaciones y métodos de administración de los medicamentos. (18)

CAUSAS DE LOS ERRORES DE ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS	
1. Comunicación verbal incorrecta/ incompleta. 2. Comunicación escrita incorrecta/ incompleta. 3. Interpretación incorrecta de la prescripción médica. 4. Confusión en el nombre/apellidos del paciente 5. Similitud fonética. 6. Similitud ortográfica. 7. Apariencia similar a otros medicamentos (color, forma, tamaño) 8. Información incompleta, apariencia que conduzca a un error. 9. Falta de conocimiento, formación sobre medicamentos. 10. Falta de conocimiento/ información sobre el paciente. 11. Preparación incorrecta del medicamento. 12. Estrés, sobrecarga de trabajo. 13. Cansancio, somnolencia.	

Fig 1. Causas de los errores de administración de medicamentos.
Fuente: taxonomía del NCCMERP

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

- Detectar errores relacionados con la administración de antibióticos en pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intermedios de la clínica central OHL.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Establecer los grupos farmacológicos con mayor incidencia encontrados en los errores de administración en la clínica central O.H.L Ltda.

- Describir los diagnósticos intrahospitalarios que se presentaron durante la fase de estudio en la clínica central O.H.L Ltda.

- Definir los grupos etarios con mayor incidencia encontrados durante la fase de estudio en la clínica central O.H L Ltda.

- Capacitar al personal de enfermería de la clínica central O.H.L, con los resultados obtenidos en el estudio.

4. DISEÑO METODOLÓGICO

4.1 ENFOQUE Y TIPO DE INVESTIGACIÓN

Estudio observacional, descriptivo, transversal y de enfoque cuantitativo, caracterizado por utilizar la recolección de datos; este tipo de estudio, permite, identificar y cuantificar los errores de medicación asociados a la administración de medicamentos presentados en la unidad de cuidados intermedios de la Clínica Central OHL Ltda.

Manterola et al, proponen que un estudio descriptivo es aquel que “pretende describir y registrar lo observado”; la presente investigación, cumple con esta referencia, al lograr describir cuáles fueron los factores relacionados con los errores de medicamentos, asociados a la administración en pacientes atendidos en la unidad de cuidados intermedios de la Clínica Central OHL Ltda. (19)

4.2. ESCENARIO DE ESTUDIO

El presente estudio se realizó en una unidad de cuidados intermedios de la Clínica Central O.H.L Ltda. de la Ciudad de Montería, Colombia, durante el periodo comprendido entre el 7 de octubre y el 7 de noviembre del 2022.

4.3 UNIDAD DE ANALISIS

La unidad de análisis son los errores de administración de medicamentos encontrados en los pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intermedios de la Clínica Central O.H.L Ltda.

4.4 PRINCIPIOS DE INCLUSION Y EXCLUSIÓN

4.4.1 PRINCIPIOS DE INCLUSION

- Pacientes con dos antibióticos o más.
- Embarazadas con prescripción de antibióticos.
- Pacientes con antibióticos de amplio espectro.
- Pacientes con uno o más antibióticos que tengan una patología de base.

4.4.2 PRINCIPIOS DE EXCLUSIÓN

- Pacientes hospitalizados en áreas diferentes a cuidados intermedios de la Clínica Central OHL. Ltda.
- Pacientes cuyo tratamiento farmacológico no incluya antibióticos.

4.5 POBLACIÓN, TIPO DE MUESTRA Y CALCULO DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA.

La población está constituida por los pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intermedios de la Clínica Central de Montería, durante el período de tiempo del 07 de octubre al 07 de noviembre de 2022.

4.6 TIPO DE MUESTREO.

El tipo de muestreo en esta investigación, es por conveniencia, no probabilístico; este tipo de muestreo permite seleccionar los casos importantes y de interés para la investigación.
En este caso se usó un nivel de confianza del 95% y un margen de error del 3%

4.7 MÉTODOS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la recolección de la información se tuvo en cuenta la historia clínica, específicamente (Hoja de admisión del paciente, orden médica físicas y digitales, notas de enfermería, hoja de medicamentos, paraclínicos, hoja de control de signos vitales). Además, se obtuvo información de tarjeta de medicamentos y el Kardex de enfermería.

Para la tabulación de los datos se diseñó una tabla en Excel (ver anexo 1), para el respectivo análisis de la información se utilizó Microsoft Excel (versión 2016).

4.8 ANÁLISIS DE DATOS

Para la tabulación de los datos se diseñó una plantilla en Microsoft Excel (ver anexo1), para el respectivo análisis de la información se utilizó Microsoft Excel (versión 2016). Siguiendo las siguientes etapas.

Etapa 1: para el cumplimiento del primer objetivo, el cual consistía en establecer los grupos farmacológicos con mayor incidencia encontrados en la fase de estudio en la Clínica Central O.H.L Ltda, se seleccionaron y filtraron los errores de administración existentes, donde se obtuvieron seis grupos farmacológicos predominantes, posteriormente a la identificación se hizo una revisión de la literatura para constatar a que grupo farmacológico pertenecían y se representaron estos datos en una gráfica que se clasificó así; analgésicos opiáceos, antibióticos, inhibidor de la bomba de protones, pirazolonas y broncodilatadores. (ver gráfica 1)

Etapa 2: para el segundo objetivo, se describen los diagnósticos intrahospitalarios que se presentaron durante la fase de estudio. Se seleccionó y filtró la información correspondiente a los diagnósticos intrahospitalarios en la plantilla de Microsoft Excel (ver anexo 1), posteriormente se clasificaron y organizaron esos datos en una gráfica, así; gangrena miembros inferiores, osteomielitis aguda, insuficiencia renal, infecciones urinarias, otitis media, meningitis, colecistectomía, neumonía, pie diabético, bronquiolitis, peritonitis y colecistitis. (ver gráfica 2)

Etapa 3: para el tercer objetivo, que era definir los grupos etarios con mayor incidencia presentados durante la fase de estudio, se organizaron y filtraron las

edades de los pacientes en la plantilla de Microsoft Excel (ver anexo 1), los cuales se organizaron en una gráfica, clasificándolos por grupos etarios de la siguiente manera; primera infancia, infancia, juventud, adultez y adulto mayor. (ver gráfica 3)

Etapa 4: para el cumplimiento del cuarto objetivo, se realizó una socialización de los resultados del estudio, con las jefas de enfermería y auxiliares del servicio, donde se expuso las cifras mencionadas anteriormente, y se les hizo entrega de folletos informativos sobre errores de administración, su clasificación y como evitarlos. (ver anexo 2)

Las tablas de frecuencia se realizaron en Microsoft Excel (versión 2016) lo cual facilitó el análisis e interpretación de la información mediante gráficas.

5. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

A continuación, se presentan los resultados del estudio, teniendo en cuenta los objetivos propuestos.

5.1 Grupos farmacológicos con mayor incidencia encontrados en los errores de administración en la clínica central O.H.L Ltda.

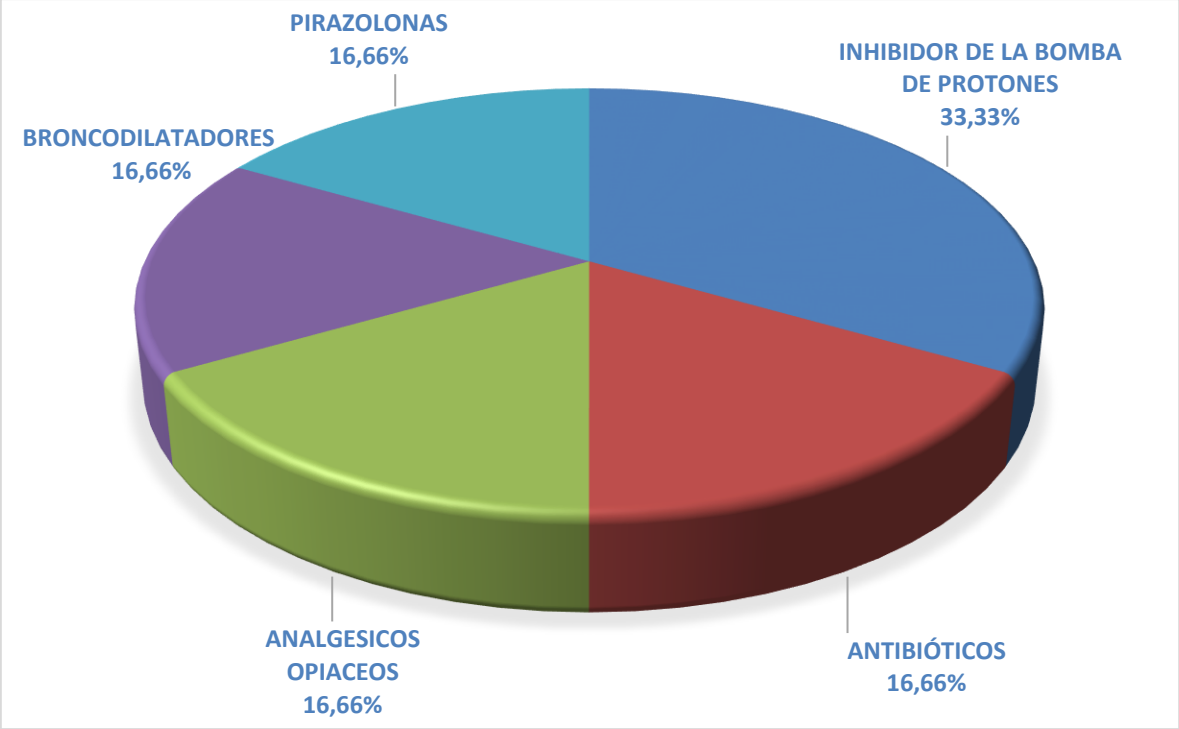
De un total de 45 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión, se evidenciaron seis errores de administración, lo cual corresponde al 13% de los pacientes, esto quiere decir que, de cada cien pacientes, trece presentaron errores en la administración de medicamentos, estos resultados están en discordancia o difieren con los reportados por Elif Oguz et al en Turquía, el cual analizó 535 pacientes, y halló un 56,10% con errores de administración. (20)

Es importante resaltar, que estando localizada la Clínica Central O.H.L en Montería, siendo este un país en vías de desarrollo, al compararla con la entidad prestadora de salud analizada en Turquía puede afirmase que tiene un mejor desempeño en la administración de medicamentos.

Estos resultados pueden deberse a la carga laboral intensa que tiene el personal de enfermería en la clínica central, como lo demostró el estudio realizado a enfermeras en la unidad de cuidados intensivos en Columbia Británica (Canadá), en efecto demostró que las enfermeras con agotamiento, distracciones, estrés y sobrecarga laboral, eran más susceptibles a cometer errores en la administración de medicamentos a los pacientes hospitalizados. (21)

En el (grafico 1), se puede observar que el grupo farmacológico más representativo de la muestra estudiada fueron los inhibidores de la bomba de protones con un total de dos casos que representan un 33,33%, seguido de los antibióticos, analgésicos opiáceos, broncodilatadores y pirazolonas, presentando cada uno 1 error de administración que equivale a un 16,66%.

Grafica 1. Distribución de grupos farmacológicos



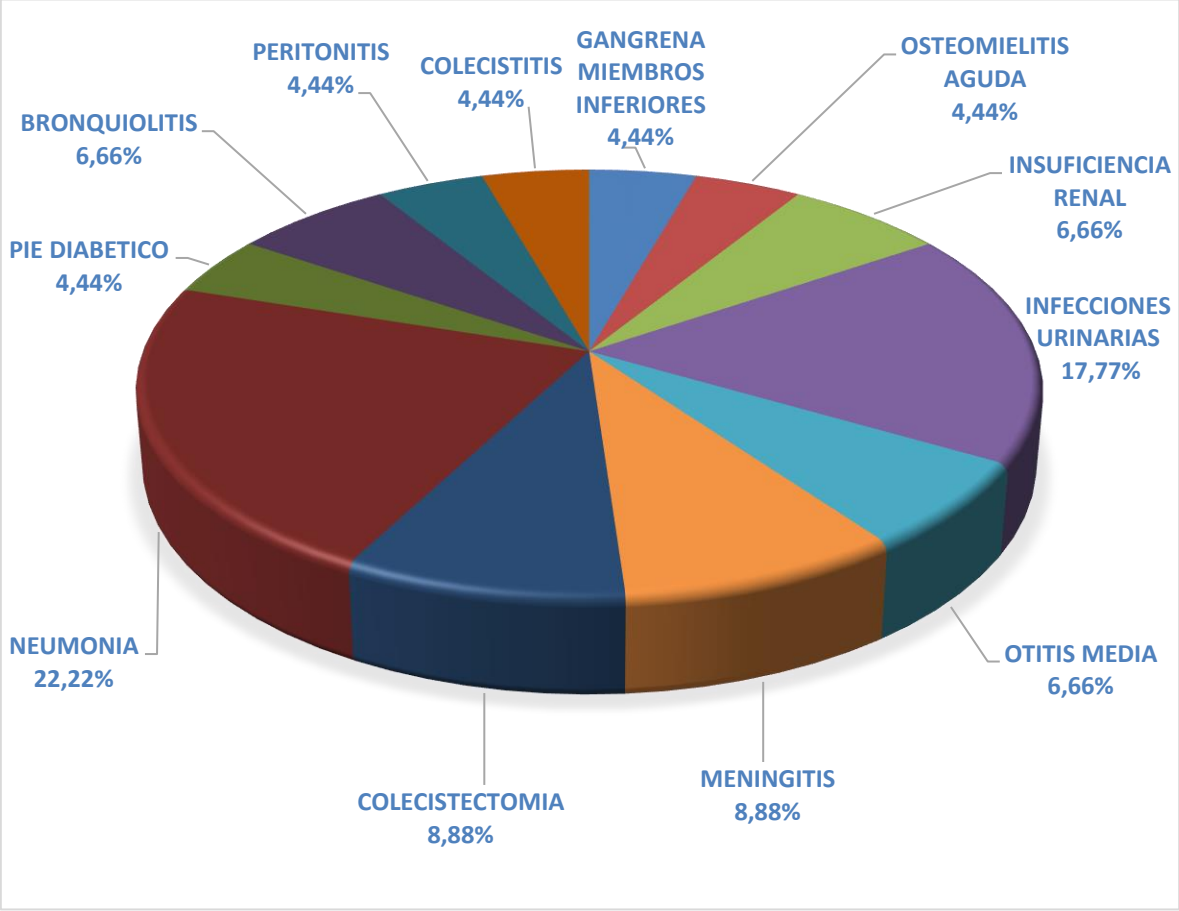
Fuente: Base de datos del estudio.

5.2 Descripción de los diagnósticos intrahospitalarios que se presentaron durante la fase de estudio en la clínica central O.H.L Ltda.

De 45 pacientes estudiados se tomó información de la base de datos de Microsoft Excel (ver anexo 1) y se obtuvieron los siguientes diagnósticos intrahospitalarios: neumonía (22,22%), colecistectomía (8,88%), meningitis (8,88%), otitis media (6,66%), infecciones urinarias (17,77%), insuficiencia renal (6,66%) osteomielitis aguda (4,44%), gangrena miembros inferiores (4,44%), colecistitis (4,44%) peritonitis (4,44%), bronquiolitis (6,66%), pie diabético (4,44%).

Esta información difiere con el estudio que realizado por Alla Melman et al, desde enero del 2016 hasta septiembre del 2020 en tres departamentos de emergencia en Sydney (Australia), donde se encontró que el diagnostico con mayor porcentaje es el dolor de espalda inespecífico con el 27,40%, y solo se observó un 2,10% de infecciones, siendo un número menor al 17,77% presentado en la Clínica Central OHL. Donde la neumonía predominó con el 22,22%. (22)

Grafica 2. Descripción de los diagnósticos intrahospitalarios



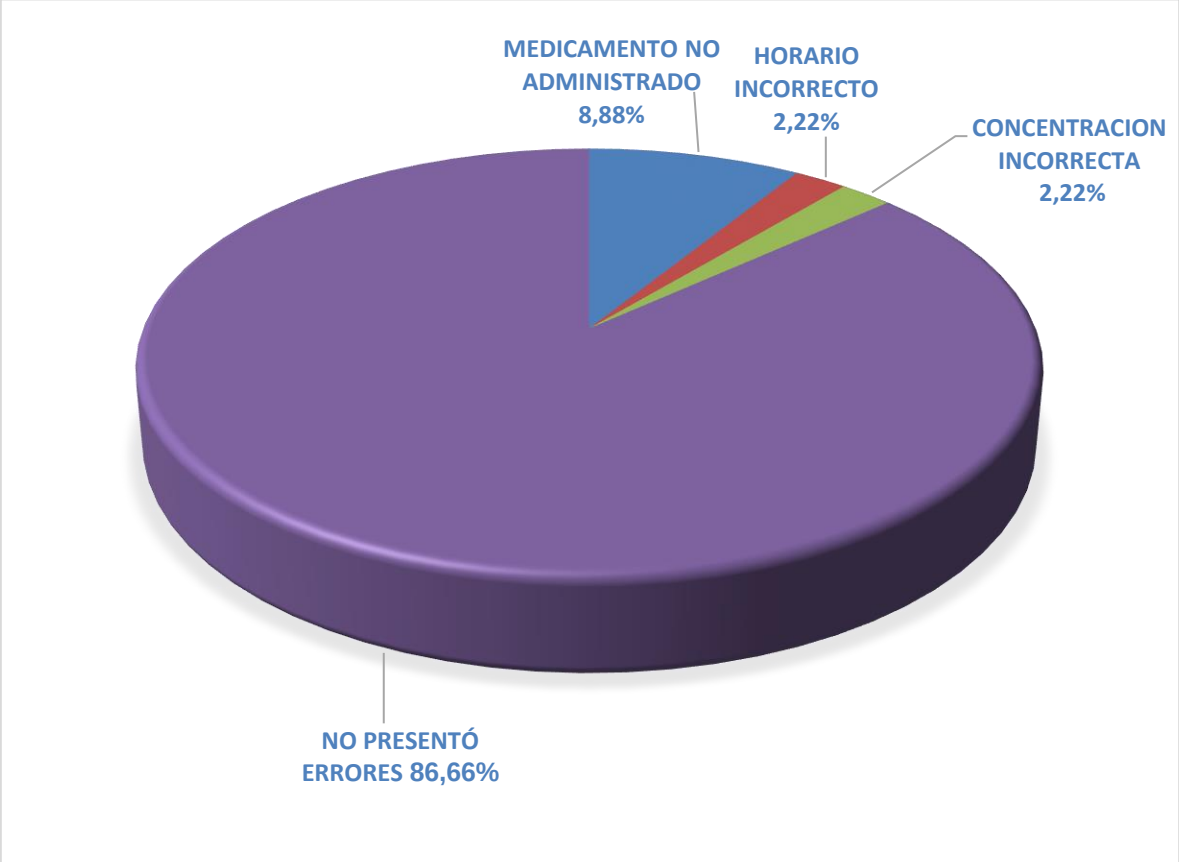
Fuente: Base de datos del estudio.

5.3 Descripción de los errores de administración presentados en la fase de estudio en la Clínica Central O.H.L Ltda.

De los 45 pacientes que cumplieron los criterios de inclusión, solo seis presentaron errores de administración, siendo el de mayor prevalencia el de medicamento no administrado con un 8,88%, seguido por horario incorrecto 2,22% e concentración incorrecta 2,22%, el resto de pacientes con un 86,66% no presentó errores. (23)

Esta información se correlaciona con el estudio realizado por Édgar Tissot et al, durante un periodo de 20 días en el Hospital Universitario de Besançon (Francia), donde la tasa de errores en la administración de medicamentos fue del 14,9%, una cifra semejante al 13,32% que se presentó en la Clínica Central O.H.L Ltda.

Grafica 3. Descripción de los errores de administración



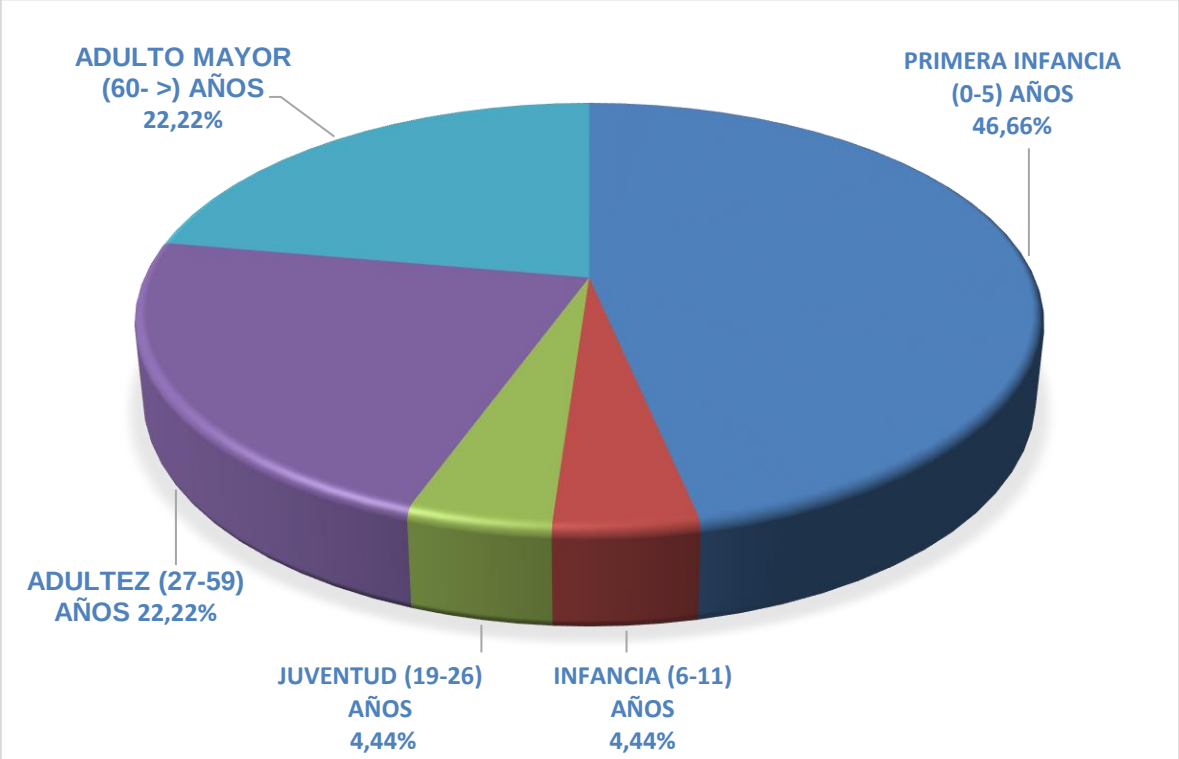
Fuente: Base de datos del estudio.

5.4 Definición de los grupos etarios con mayor incidencia encontrados durante la fase de estudio en la clínica central O.H L Ltda.

Se observó que la edad de los pacientes osciló entre 0 y 86 años, con una media de 43 años, la mayor parte de pacientes se encontraban en la etapa de primera infancia, sin embargo, los grupos entre 27-59 años y 60-> años tienen una distribución similar del 22,22%; los rangos de 19-26 y 6-11 años tuvieron un 4,44% cada uno.

Esta información difiere respecto a la investigación realizada por J Betancourt Peña et al, entre los meses de enero y septiembre del año 2018 por la GOLD (Iniciativa global para la enfermedad pulmonar obstructiva crónica) en la ciudad de Cali (Colombia), donde se encontró una edad promedio de 70,62 años, que de igual manera tuvo una representación significativa como en el informe realizado en la Clínica Central O.H.L Ltda. (24)

Grafica 4. Grupos etarios con mayor incidencia



Fuente: Base de datos del estudio.

5.5 Socialización de los resultados con el personal de enfermería de la Clínica Central O.H.L.

Se realizó una socialización de los resultados obtenidos en el estudio, informando a jefes de enfermería, auxiliares y médicos en las unidades de hospitalización, UCI adultos, UCI neonatal y UCI intermedios, donde hubo una alta aceptación y agradecimientos por parte del personal, ya que, en base a esto podían mejorar su rendimiento laboral y contribuir a una mejor calidad de vida a los pacientes. (ver anexos 3, 4, 5, 6, 7)

6 CONCLUSIONES

- La implementación de este estudio en pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intermedios de la Clínica Central produce diferentes hallazgos, en aras de mejorar la seguridad, efectividad y calidad de los tratamientos farmacoterapéuticos que se prestan en esta entidad de salud. En la unidad de cuidados intermedios de la institución se presentó el 13,34% de errores de administración de medicamentos, de 45 pacientes estudiados, de manera que se destacó el error de medicamento no administrado con un 8.88 %, esto quiere decir que los tratamientos que se emplearon no fueron totalmente efectivos, para las patologías de los pacientes. Así mismo, se encontró a la primera infancia como el grupo etario más representativo en los pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión de este estudio, con un 46,66%, por lo tanto, este grupo fue el más monitoreado durante el estudio.

- Los antibióticos, fue uno de los grupos con menor incidencia de errores, sin embargo, esto no deja de preocupar, teniendo en cuenta que la mala administración de antibióticos puede generar un fallo en el tratamiento farmacoterapéutico, y eventualmente, bacterias resistentes a los medicamentos dentro de la Clínica Central.

- Con actuación del Químico Farmacéutico, se determinó la implementación total del seguimiento farmacoterapéutico en todas las unidades de la Clínica Central, con el objetivo de disminuir la ocurrencia de errores de administración y servir de apoyo al personal de enfermería.

7 RECOMENDACIONES

- Se recomendó al personal de enfermería tener precaución al momento de administrar un medicamento en primera infancia, con el fin de disminuir el número de eventos adversos y aumentar la seguridad en ellos, ya que son el grupo más representativo del estudio, cabe decir que en este grupo no se presentó ningún error, por lo que se recomienda de igual manera tener precaución ya que por ser menores de edad cualquier mínimo error en la farmacoterapia puede provocar un desenlace fatal.

- Se recomendó continuar con el seguimiento farmacoterapéutico para detectar los errores de administración y la ampliación del personal para que este programa se lleve a cabo correctamente, teniendo en cuenta los protocolos preestablecidos por la clínica, con el fin de realizar la administración correcta de un medicamento y así evitar que se presenten eventos adversos en los pacientes hospitalizados.

- En conjunto con los químicos pertenecientes al servicio farmacéutico, se propuso continuar con la detección y prevención de errores de administración a los pacientes que ingresan a la unidad de cuidados intermedios, ya que a esta área ingresan a diario muchos pacientes en estado crítico, de igual manera se busca extender el programa de detección de errores a las otras unidades asistenciales de la clínica, con el fin de disminuir los eventos adversos que se presentan diariamente y así brindar total seguridad a los pacientes

8 BIBLIOGRAFÍA

(1) National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention. NCCMERP taxonomy of medications errors, 1998. Disponible en: https://www.nccmerp.org/about-medication-errors

(2) ERROR DE MEDICACIÓN EN URGENCIAS HOSPITALARIAS DE UN HOSPITAL DE HUANCAYO VERSUS UN HOSPITAL DE TARMA-2019-Bach. HURTADO CAIRO HABEGAIL ROMY. Bach. OSORIO PONCE GABRIELA. HUANCAYO 2019. Disponible en: http://hdl.handle.net/20.500.14140/228

(3) Tariq RA, Vashisht R, Sinha A, et al. Medication Dispensing Errors And Prevention. [Updated 2022 Jul 3]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 Jan-. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK519065/

(4) Fleary, S. A., Heffer, R. W., & McKyer, E. L. (2013). Understanding nonprescription and prescription drug misuse in late adolescence/young adulthood. *Journal of addiction*, *2013*, 709207. Disponible en: https://doi.org/10.1155/2013/709207

(5) Horsky, J., Kuperman, G. J., & Patel, V. L. (2005). Comprehensive analysis of a medication dosing error related to CPOE. *Journal of the American Medical Informatics Association : JAMIA*, *12*(4), 377–382. Disponible en: https://doi.org/10.1197/jamia.M1740

(6) Lesar T. S. (2002). Prescribing errors involving medication dosage forms. *Journal of general internal medicine*, *17*(8), 579–587. Disponible en: https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2002.11056.x

(7) Mendes, J. R., Lopes, M. C. B. T., Vancini-Campanharo, C. R., Okuno, M. F. P., & Batista, R. E. A. (2018). Types and frequency of errors in the preparation and administration of drugs. *Einstein (Sao Paulo, Brazil)*, *16*(3), eAO4146. Disponible en: https://doi.org/10.1590/S1679-45082018AO4146

(8) Levkovich, B. J., Bingham, G., Jones, D., Kirkpatrick, C. M., Cooper, D. J. J., & Dooley, M. J. (2019). Understanding how medications contribute to clinical deterioration and are used in rapid response systems: A comprehensive scoping review. *Australian critical care: official journal of the Confederation of Australian Critical Care Nurses*, *32*(3), 256–272. Disponible en: https://doi.org/10.1016/j.aucc.2018.05.006

(9) IMPLEMENTACION DE ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN DE ERRORES EN EL PROCESO DE ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMETOS: UN ENFOQUE PARA ENFERMERIA EN CUIDADOS INTENSIVOS, EU INES BARBAGELATA (1) Enfermera Universitaria, Especialista en Cuidados Intensivos. Servicio de Medicina Intensiva. Clínica Las Condes. Santiago, Chile. disponible en: https://ezproxyucor.unicordoba.edu.co:2054/science/article/pii/S0716864016300852

(10) IMPLEMENTACION DE ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN DE ERRORES EN EL PROCESO DE ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMETOS: UN ENFOQUE PARA ENFERMERIA EN CUIDADOS INTENSIVOS, EU INES BARBAGELATA (1) Enfermera Universitaria, Especialista en Cuidados Intensivos. Servicio de Medicina Intensiva. Clínica Las Condes. Santiago, Chile. disponible en: https://ezproxyucor.unicordoba.edu.co:2054/science/article/pii/S0716864016300852

(11) IMPLEMENTACION DE ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN DE ERRORES EN EL PROCESO DE ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMETOS: UN ENFOQUE PARA ENFERMERIA EN CUIDADOS INTENSIVOS, EU INES BARBAGELATA (1) Enfermera Universitaria, Especialista en Cuidados Intensivos. Servicio de Medicina Intensiva. Clínica Las Condes. Santiago, Chile. disponible en: https://ezproxyucor.unicordoba.edu.co:2054/science/article/pii/S0716864016300852

(12) Sabater Hernández, D.; Silva Castro, M.M.; Faus Dáder, M.J. Método Dáder: guía de seguimiento farmacoterapéutico. 3º ed. Granada: GIAF, 2007 Disponible en https://digibug.ugr.es/handle/10481/33051

(13) de Consenso C. Tercer Consenso de Granada sobre Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM) y Resultados Negativos asociados a la Medicación (RNM). Ars Pharm [Internet]. 2007 [citado el 4 de diciembre de 2022];48(1):5–17. Disponible en: https://revistaseug.ugr.es/index.php/ars/article/view/4974

(14) de Atención Farmacéutica, F. (2006). PRM y RNM: conceptos y definición. *Farmacéuticos*, *315*, 28-9. Disponible en: https://www.ugr.es/~atencfar/

(15) Ismp-espana.org. [cited 2022 Dec 16]. Disponible en: https://www.ismp-espana.org/ficheros/Fichero17.pdf

(16) Organización Mundial de la Salud. Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente: La Investigación en Seguridad del Paciente [Internet]. 2008: 11. [Consultado 2022 Dic 04]. Disponible en https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Guia-buenas-practicas-seguridad-paciente.pdf

(17) Manterola C, Otzen T. Observational Studies. The Most Commonly Used Designs in Clinical Research. Int J Morphol [Internet]. 2014 Jun;32(2):634–45. Disponible en: http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95022014000200042

(18) Factores del entorno de trabajo que influyen en la ocurrencia de errores de administración de medicacion. L. Ambrosio[1], M.J. Pumar-Mendez[2]Anales Sis San Navarra vol.36 no.1 Pamplona ene./abr. 2013 disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272013000100008

(19) Manterola C, Otzen T. Observational Studies. The Most Commonly Used Designs in Clinical Research. Int J Morphol [Internet]. 2014 Jun;32(2):634–45. Disponible en: http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95022014000200042

(20) Oğuz E, Bebitoğlu BT, Nuhoğlu Ç, Çağ Y, Hodzic A, Temel F, et al. Evaluation of antibiotic use among hospitalised patients in a paediatric department of a training hospital in Turkey. Int J Clin Pract [Internet]. 2021;75(3):e13782. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1111/ijcp.13782

(21) MacPhee M, Dahinten V, Havaei F. The impact of heavy perceived nurse workloads on patient and nurse outcomes. Disponible en: https://www.mdpi.com/2076-3387/7/1/7

(22) Melman A, Maher CG, Needs C, Machado GC. Many people admitted to hospital with a provisional diagnosis of nonserious back pain are subsequently found to have serious pathology as the underlying cause. Clin Rheumatol [Internet]. 2022;41(6):1867–71. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1007/s10067-022-06054-w

(23) Tissot E, Cornette C, Limat S, Mourand J-L, Becker M, Etievent J-P, et al. Observational study of potential risk factors of medication administration errors. Pharm World Sci [Internet]. 2003;25(6):264–8. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1023/b:phar.0000006519.44483.a0

(24) Betancourt-Peña J, Rodríguez-Castro J, Escobar-Vidal DA. Diferencias entre pacientes con EPOC no adherentes y adherentes al tratamiento farmacológico según la GOLD 2018 en variables clínicas, los índices CODEX, COTE y BODE. Fisioter (Madr, Ed, impresa) [Internet]. 2020;42(1):24–32. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1016/j.ft.2019.10.005

9 ANEXOS

Anexo 1. Tabla recolección de datos Excel.

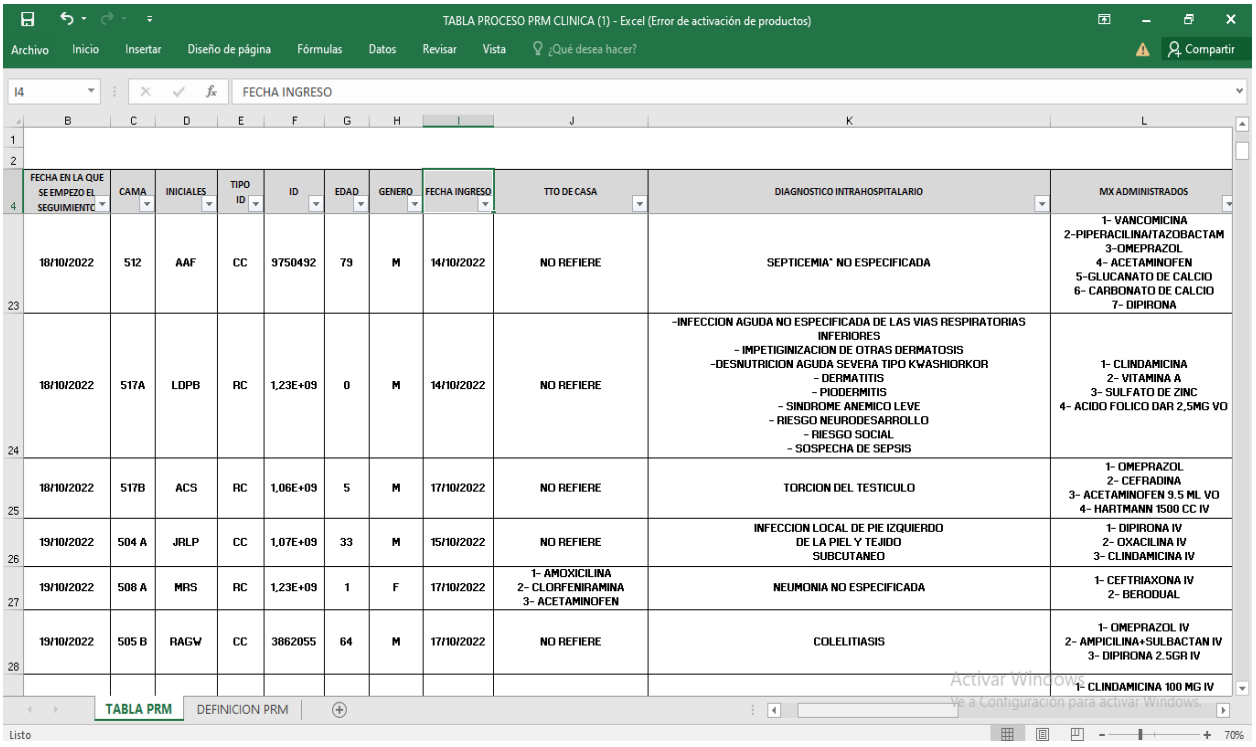


TABLA PROCESO PRM CLINICA (1) - Excel (Error de activación de productos)

Archivo Inicio Insertar Diseño de página Fórmulas Datos Revisar Vista ¿Qué desea hacer? Compartir

I4 FECHA INGRESO

FECHA EN LA QUE SE EMPEZO EL SEGUIMIENTO	CAMA	INICIALES	TIPO ID	ID	EDAD	GENERO	FECHA INGRESO	TTO DE CASA	DIAGNOSTICO INTRAHOSPITALARIO	MX ADMINISTRADOS
18/10/2022	512	AAF	CC	9750492	79	M	14/10/2022	NO REFIERE	SEPTICEMIA" NO ESPECIFICADA	1- VANCOMICINA 2-PIPERACILINA/TAZOBACTAM 3-OMEPRAZOL 4- ACETAMINOFEN 5-GLUCANATO DE CALCIO 6- CARBONATO DE CALCIO 7- DIPIRONA
18/10/2022	517A	LDPB	RC	1,23E+09	0	M	14/10/2022	NO REFIERE	-INFECCION AGUDA NO ESPECIFICADA DE LAS VIAS RESPIRATORIAS INFERIORES - IMPETIGINIZACION DE OTRAS DERMATOSIS -DESNUTRICION AGUDA SEVERA TIPO KWASHIORKOR - DERMATITIS - PIODERMITIS - SINDROME ANEMICO LEVE - RIESGO NEURODESARROLLO - RIESGO SOCIAL - SOSPECHA DE SEPSIS	1- CLINDAMICINA 2- VITAMINA A 3- SULFATO DE ZINC 4- ACIDO FOLICO DAR 2,5MG VO
18/10/2022	517B	ACS	RC	1,06E+09	5	M	17/10/2022	NO REFIERE	TORCION DEL TESTICULO	1- OMEPRAZOL 2- CEFRADINA 3- ACETAMINOFEN 9.5 ML VO 4- HARTMANN 1500 CC IV
19/10/2022	504 A	JRLP	CC	1,07E+09	33	M	15/10/2022	NO REFIERE	INFECCION LOCAL DE PIE IZQUIERDO DE LA PIEL Y TEJIDO SUBCUTANEO	1- DIPIRONA IV 2- OXACILINA IV 3- CLINDAMICINA IV
19/10/2022	508 A	MRS	RC	1,23E+09	1	F	17/10/2022	1- AMOXICILINA 2- CLORFENIRAMINA 3- ACETAMINOFEN	NEUMONIA NO ESPECIFICADA	1- CEFTRIAXONA IV 2- BERODUAL
19/10/2022	505 B	RAGW	CC	3862055	64	M	17/10/2022	NO REFIERE	COLELITIASIS	1- OMEPRAZOL IV 2- AMPICILINA+SULBACTAN IV 3- DIPIRONA 2.5GR IV
										1- CLINDAMICINA 100 MG IV

Activar Windows Ve a Configuración para activar Windows.

TABLA PRM DEFINICION PRM

Listo 70%

Anexo 2. Folleto errores en la administración de medicamentos.

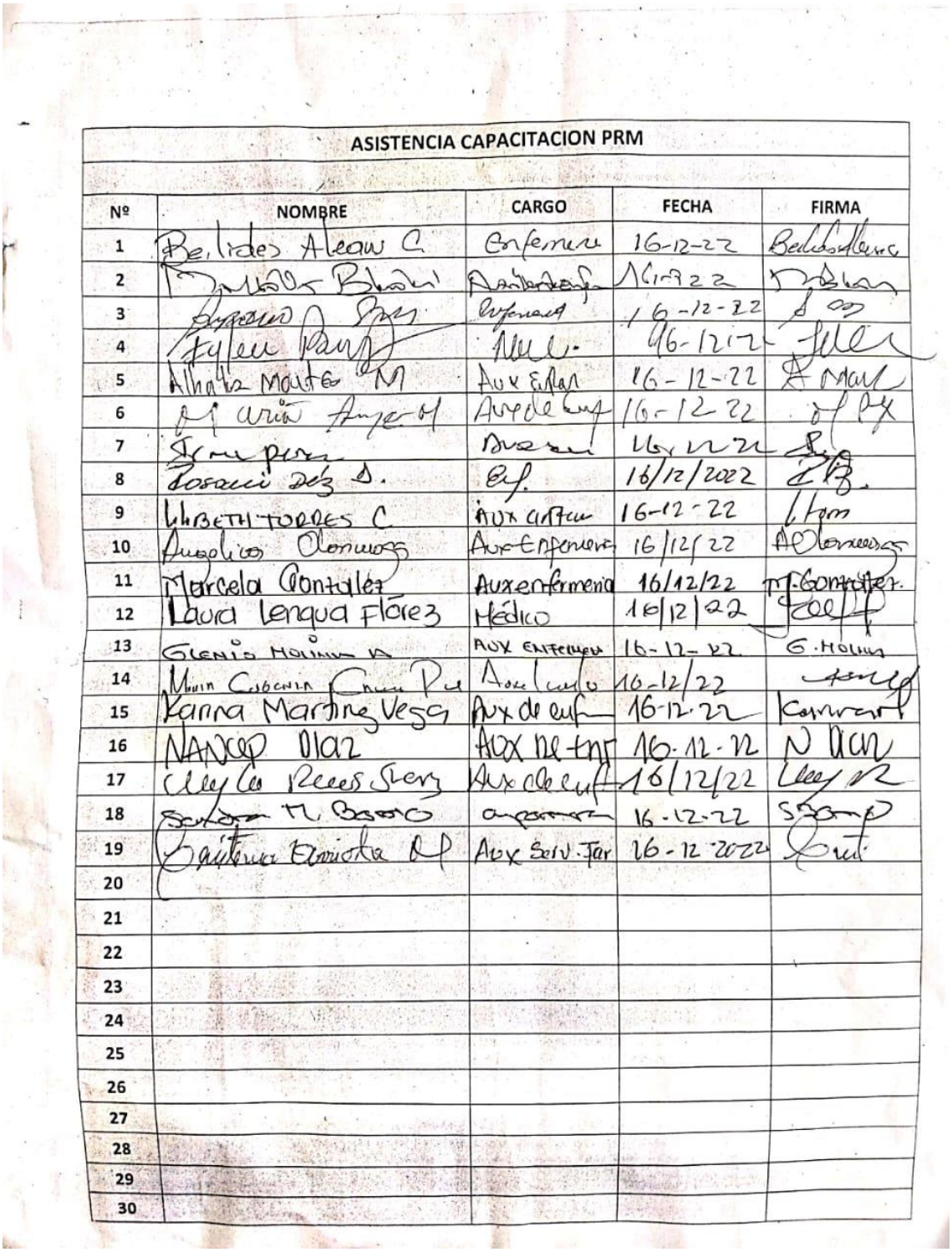
Anexo 3. Evidencia de socialización de resultados al personal de enfermería en la Clínica Central.

Anexo 4. Evidencia de socialización de resultados al personal de enfermería en la Clínica Central.

Anexo 5. Evidencia de socialización de resultados al personal de enfermería en la Clínica Central.

Anexo 6. Evidencia socialización de resultados al personal de enfermería en la Clínica Central.

Anexo 7. Evidencia de la socialización de resultados al personal de enfermería en la Clínica Central.



ASISTENCIA CAPACITACION PRM

Nº	NOMBRE	CARGO	FECHA	FIRMA
1	Belides Alean C.	Enfermera	16-12-22	Belidesalean
2			16-12-22	
3			16-12-22	
4			16-12-22	
5			16-12-22	
6			16-12-22	
7			16-12-22	
8			16/12/2022	
9			16-12-22	
10			16/12/22	
11	Marcela Gonzalez	Auxenfermera	16/12/22	
12	Laura Lenqua Flórez	Médico	16/12/22	
13			16-12-22	
14			16-12-22	
15	Karina Martinez Vega		16-12-22	
16			16-12-22	
17			16/12/22	
18			16-12-22	
19			16-12-2022	
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				