

## **ERROR EN LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN POR UNA INCORRECTA IDENTIFICACIÓN DE DOS PACIENTES CON EL MISMO NOMBRE**

### **DESCRIPCIÓN DEL INCIDENTE**

En una jornada habitual de trabajo en un hospital, dos pacientes con nombres idénticos fueron ingresados el mismo día. El incidente ocurrió cuando la enfermera encargada de la medicación, basándose en los nombres y el diagnóstico inicial, procedió a administrar el tratamiento “x” al paciente 1, quien en realidad debía haber recibido un tratamiento “y” para corregir su descompensación metabólica y controlar sus niveles de glucosa.

Tras la administración, la enfermera detectó la falta de respuesta esperada y procedió a verificar la medicación, descubriendo el error.

Afortunadamente, el paciente no presentó reacciones adversas graves debido a que el medicamento administrado no era dañino en su condición, aunque no era adecuado para tratar su enfermedad. No obstante, el incidente generó preocupación sobre la seguridad de los procedimientos de administración de medicamentos y la posibilidad de que un error similar pudiera tener consecuencias más graves en el futuro.

### **ANÁLISIS DE CAUSAS**

La coincidencia en los nombres de ambos pacientes, sin distinciones adicionales (como segundo nombre o iniciales), fue un factor clave en la confusión. Sin embargo, hubo otra serie de errores como un ambiente de alta carga laboral y una falta de identificación exhaustiva por parte de enfermería.

### **APRENDIZAJE**

Para abordar el incidente descrito y evitar que errores similares ocurran en el futuro, se pueden implementar las siguientes acciones de mejora: Establecer un sistema robusto de identificación de pacientes con el protocolo de doble verificación, llevar a cabo charlas o talleres de formación y concienciación del personal, así como realizar simulaciones de administración de medicamentos para reforzar los procedimientos correctos en escenarios reales. Estas medidas, combinadas con una supervisión constante y una cultura enfocada en la seguridad, reducirán significativamente la probabilidad de que se repitan errores similares.