



BOLETIN SEGURIDAD:

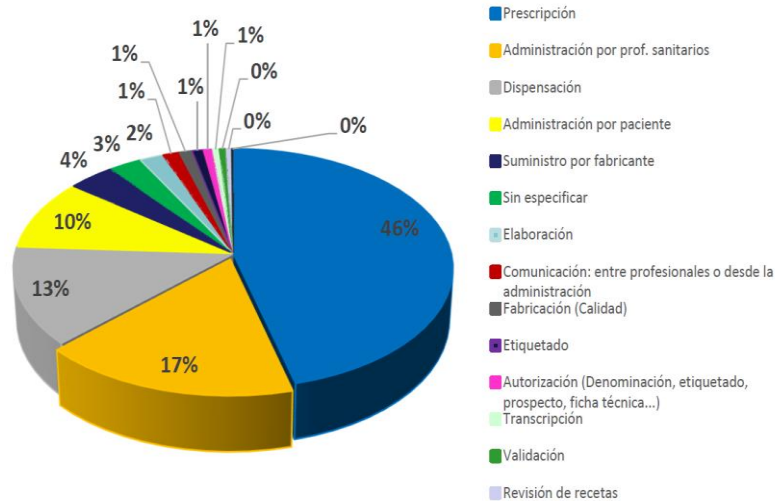
USO SEGURO DEL MEDICAMENTO



**Hospital Universitario
Infanta Cristina**



• Clasificación de los Errores de Medicación recibidos según etapa:



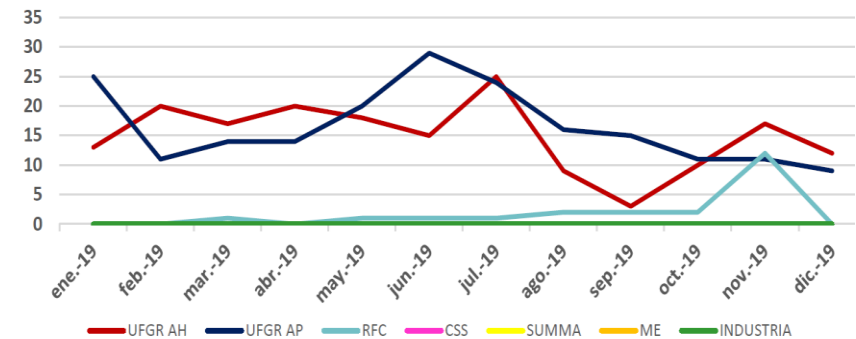
• Clasificación de los Errores de Medicación recibidos según tipo de error:

TIPO DE ERROR	% (VS TOTAL)
Error en la dosis: omisión o incorrecta	29,99%
Selección inapropiada del medicamento: no indicado, contraindicación, historia de alergia o RAM previa, duplicidad terapéutica, medicamento innecesario...(Error en el principio activo)	18,01%
Frecuencia de administración errónea	7,84%
Duplicidad de medicamentos o utilización de fármacos innecesarios	5,06%
Paciente equivocado	4,94%
Error en la preparación/manipulación/acondicionamiento (incluye el cálculo de dosis)	4,43%
Se prescribe un fármaco que no suministra los distribuidores	4,10%
Medicamento deteriorado: caducado, mal conservado o con defectos en la calidad	3,80%
Sin especificar	3,58%
Forma farmacéutica errónea	2,90%
Error de almacenamiento	2,26%
Duración del tratamiento incorrecta	2,03%
Vía de administración incorrecta	1,82%
No administración de medicamento prescrito (omisión)	1,44%
Monitorización insuficiente del tratamiento	1,19%
Prescripción y/o utilización de fármacos fuera de indicación	0,99%
Hora de administración incorrecta	0,91%
Técnica de administración errónea	0,89%
Falta de cumplimiento del paciente	0,83%
Velocidad de administración incorrecta	0,77%
Prescripción y/o utilización de fármacos contraindicados en ficha técnica	0,70%
Se prescribe un medicamento que no está comercializado	0,49%
Error en el principio activo	0,48%
Error en el envase prescrito o dispensado	0,31%
Error administrativo, subsanable por el farmacéutico	0,23%

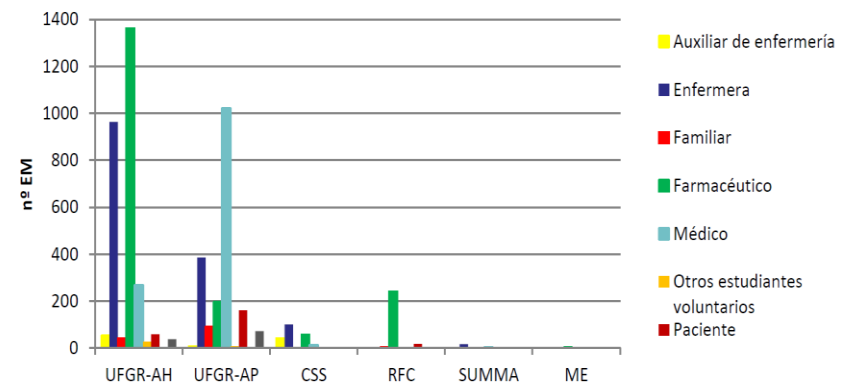
Clasificación de los errores recibidos según las causas:

CAUSAS	% (VS TOTAL)
Falta de conocimientos/formación	21,81%
Falta de cumplimiento o de procedimientos de trabajo establecidos	20,74%
Sin especificar	10,52%
Otros: situación de emergencias, personal insuficiente o sin experiencia	9,58%
La presentación de la especialidad farmacéutica da lugar a confusión: nombre similares, similitud de envases	9,03%
Problemas en la interpretación de la prescripción: ambigua, ilegible, uso de abreviaturas	7,68%
Problemas en los equipos y dispositivos de dispensación/ preparación/ administración	5,71%
Falta de concordancia entre las bases de datos y los medicamentos comercializados	3,53%
Incorrecta identificación del paciente	3,41%
Falta o fallo en el procedimiento de conciliación de la medicación: al ingreso	3,05%
Comunicación verbal incorrecta/incompleta/ambigua	2,10%
Defectos en la calidad del medicamento	1,14%
Falta o fallo en el procedimiento de conciliación de la medicación: al alta	1,10%
Falta o fallo en el procedimiento de conciliación de la medicación: entre unidades asistenciales	0,61%

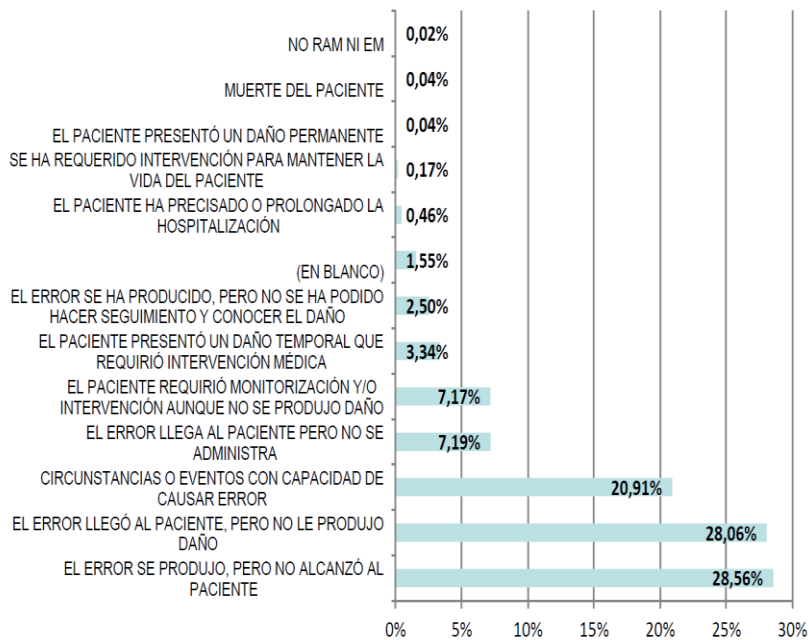
Evolución de los EM por problemas en la interpretación de la prescripción por ámbito asistencial (n=405):



Clasificación de los EM recibidos según la persona que descubre el error por ámbito asistencial:



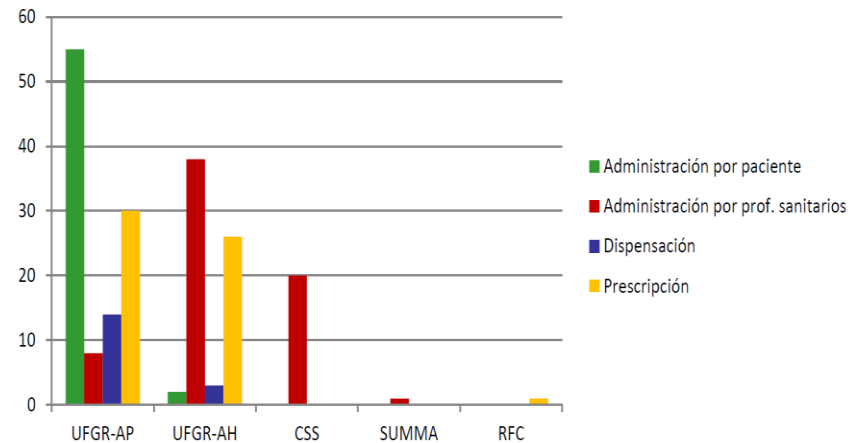
● Clasificación de los errores recibidos según las consecuencias para el paciente:



● Procedencia de los errores de medicación donde se refiere DAÑO (n=213)

UFGR-AP	113
UFGR-AH	76
CSS	22
SUMMA	1
RFC	1

● Origen de los errores de medicación donde se refiere DAÑO (n=213) al paciente según procedencia.



● **Descripción de algunos errores de medicación remitidos al CFV (Centro de Farmacovigilancia de la Comunidad de Madrid) por referir consecuencias al paciente:**

<p>✓ Paciente de 99 años atendida en domicilio el 13 de febrero. Por descompensación de su insuficiencia cardíaca es derivada a urgencias del hospital. Al alta se le aumenta la pauta de furosemida a 1-1-0, manteniendo la dosis de digoxina. Es atendida por su nuera, aunque vive sola, y la nuera le puso en el pastillero en lugar de 2 furosemidas, 2 digoxinas. El 18 de febrero acude el médico de nuevo a su domicilio, había estado con vómitos y MEG todo el fin de semana. Al revisar el tratamiento, se da cuenta del error y deriva de nuevo a urgencias FJD por intoxicación digitalica. Estuvo ingresada.</p>
<p>✓ La paciente toma habitualmente Apocard® 1-0-1 por FA paroxística + Bisoprolol + Eliquis®, con motivo de desabastecimiento del Apocard®, se prescribió flecainida genérico y la paciente confundió las pastillas de flecainida con bisoprolol de tal forma que ha tomado doble dosis de flecainida (4 comprimidos/día) y no ha tomado bisoprolol, ya que las pastillas de flecainida genérico, son muy similares. A consecuencia de ello presentó una crisis hipertensiva que necesitó tratamiento específico en el Centro de Salud de su lugar de vacaciones.</p>
<p>✓ Se prescribe metotrexato oral 10mg/8 h durante 3 días que se administra al paciente. El paciente presenta toxicidad hematológica. Se establecen medidas de rescate (folinato, hidratación, alcalinización de orina, filgrastim).</p>
<p>✓ Se pautaron 3 mg de cloruro mórfico para evitar disnea en una paciente de 90 años con insuficiencia respiratoria y por error se pusieron 3 ampollas.</p>
<p>✓ Paciente que en marzo comienza tratamiento con Fentanilo transdérmico 75mcg por dolor crónico secundario a artritis degenerativa; dado que no experimenta un gran cambio en la intensidad del dolor, en julio se indica reducción de dosis (con el objetivo de suspender tratamiento a largo plazo), por lo que prescribo Fentanilo transdérmico 50mcg. La paciente, de 88 años, controla su medicación bajo supervisión de uno de sus hijos. Al marchar este de vacaciones, el familiar que se hace cargo malinterpreta la situación y suspenden el parche. A los dos días, la paciente presenta un cuadro de nerviosismo, ansiedad, malestar, sudoración... compatible con síndrome de abstinencia, que precisó valoración de urgencias y administración de benzodiazepinas.</p>
<p>✓ Se prescribe hidroferol choque (dosis alta de vitamina D) cada 15 días por su médico de atención primaria. La fecha de prescripción es el 13/05/2019. El 04/06/2019 es remitida a urgencias por somnolencia constatándose hipercalcemia grave y fracaso renal agudo que precisa ingreso hospitalario.</p>
<p>✓ Paciente en tratamiento con bicarbonato en perfusión iv continua por fracaso renal agudo. Tras mejoría de función renal, con resolución de la acidosis metabólica, se suspende dicho tratamiento. Pero la enfermera no retira la perfusión al paciente. En analítica de control se objetiva alcalosis metabólica e hipernatremia, que es por lo que se detecta el error.</p>
<p>✓ Medicación no prescrita en el modulo de prescripción del hospital. Se administra sin orden médica dexketoprofeno oral. Siendo la paciente alérgica a ibuprofeno y metamizol. Aparición de edema facial, hiperemia ocular, edema periocular, lesiones habonosas en ambos miembros superiores, frente y periorculares. No disnea, buena saturación. Resolución del cuadro con antihistamínicos y corticoterapia sin mayores daños a la paciente.</p>
<p>✓ El paciente refiere que al ir a administrarse la insulina se equivocó de caja porque son muy similares y en la nevera no se diferencian bien. Al administrarse la insulina incorrecta, se inyectó la de acción rápida en lugar de la lenta. Avisó a su mujer, que estaba en casa, y le llevó a urgencias. Tuvieron que reestablecerle los niveles de glucemia en el hospital.</p>

● Causas de los EM en personas ≥ 65 años (n=2451):

CAUSAS de los EM	UFGR-AH	UFGR-AP	RFC	CSS	SUMMA
Falta de conocimientos/formación	15,26%	7,71%	0,82%	0,04%	0,00%
Falta de cumplimiento o de procedimientos de trabajo establecidos	9,83%	6,49%	0,65%	2,61%	0,45%
Falta o fallo en el procedimiento de conciliación de la medicación: al ingreso	4,77%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Otros: situación de emergencias, personal insuficiente o sin experiencia	4,45%	2,65%	0,82%	1,31%	0,00%
Sin especificar	4,45%	5,63%	0,00%	0,00%	0,00%
La presentación de la especialidad farmacéutica da lugar a confusión: nombre similares, similitud de envases	3,84%	3,06%	0,16%	0,16%	0,00%
Problemas en la interpretación de la prescripción: ambigua, ilegible, uso de abreviaturas	2,94%	4,45%	0,20%	0,20%	0,00%
Problemas en los equipos y dispositivos de dispensación/ preparación/ administración	2,16%	2,04%	0,00%	0,78%	0,00%
Incorrecta identificación del paciente	1,22%	1,06%	0,00%	2,33%	0,00%
Comunicación verbal incorrecta/incompleta/ambigua	0,73%	1,02%	0,00%	0,00%	0,00%
Falta o fallo en el procedimiento de conciliación de la medicación: entre unidades asistenciales	0,57%	0,00%	0,00%	0,20%	0,00%
Falta o fallo en el procedimiento de conciliación de la medicación: al alta	0,33%	1,10%	0,00%	0,04%	0,00%
Falta de concordancia entre las bases de datos y los medicamentos comercializados	0,29%	1,80%	0,78%	0,00%	0,00%
Defectos en la calidad del medicamento	0,04%	0,33%	0,24%	0,00%	0,00%

● Causas de los EM en niños ≤ 18 años (n=915):

CAUSAS DE LOS EM	UFGR-AH	UFGR-AP	RFC	SUMMA	CSS	ME
Falta de cumplimiento o de procedimientos de trabajo establecidos	11,37%	6,23%	0,98%	0,11%	0,22%	0,00%
Falta de conocimientos/formación	9,95%	7,21%	1,64%	0,00%	0,00%	0,00%
La presentación de la especialidad farmacéutica da lugar a confusión: nombre similares, similitud de envases	8,09%	4,04%	1,31%	0,00%	0,00%	0,00%
Problemas en la interpretación de la prescripción: ambigua, ilegible, uso de abreviaturas	5,46%	3,93%	1,20%	0,00%	0,00%	0,00%
Otros: situación de emergencias, personal insuficiente o sin experiencia	4,70%	4,04%	0,66%	0,00%	0,87%	0,33%
Sin especificar	4,04%	6,34%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Problemas en los equipos y dispositivos de dispensación/ preparación/ administración	2,62%	2,30%	0,00%	0,00%	0,11%	0,00%
Falta de concordancia entre las bases de datos y los medicamentos comercializados	0,98%	2,40%	0,77%	0,00%	0,00%	0,00%
Comunicación verbal incorrecta/incompleta/ambigua	0,87%	1,53%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Falta o fallo en el procedimiento de conciliación de la medicación: al ingreso	0,77%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Incorrecta identificación del paciente	0,66%	1,42%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Falta o fallo en el procedimiento de conciliación de la medicación: entre unidades asistenciales	0,11%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Defectos en la calidad del medicamento	0,00%	1,53%	0,98%	0,00%	0,00%	0,00%
Falta o fallo en el procedimiento de conciliación de la medicación: al alta	0,00%	0,11%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%

• Medicamentos de alto riesgo registrados en los EM (n=316):

Citostáticos, parenterales y orales	101
Opiáceos IV, transdérmicos y orales (todas las presentaciones)	50
Insulina IV y subcutánea	27
Heparina y otros anticoagulantes parenterales (ej., antitrombina III, heparina sódica, enoxaparina, fondaparinux, lepirudina)	23
Anticoagulantes orales (ej. acenocumarol, dabigatrán)	20
Cloruro potásico, IV (solución concentrada)	17
Agentes inotrópicos IV (ej. digoxina, miliridona)	12
Nutrición parenteral	11
Agonistas adrenérgicos IV (ej. ADRENalina, DOPamina, noradrenalina)	9
Medicamentos para sedación moderada IV (ej. midazolam, dexmedetomidina)	9
Metotrexato oral (uso no oncológico)	8
Anestésicos generales inhalados e IV (ej. ketamina, propofol)	4
Antiarrítmicos IV (ej. amiodarona, lidocaína)	4
Antidiabéticos orales (ej. gliBENCLAMida)	3
Bloqueantes neuromusculares (ej. suxametonio, rocuronio, vecuronio)	3
Medicamentos orales para sedación moderada en niños (ej. hidrato de cloral, midazolam)	2
Medicamentos para administración por vía epidural o intratecal	2
Cloruro sódico hipertónico ($\geq 0,9\%$)	2
Agentes de contraste IV	1
Antagonistas adrenérgicos IV (ej. esmolol, labetalol)	1
Antiagregantes plaquetarios IV (ej. abciximab, eptifibatida, tirofiban)	1
Medicamentos que tienen presentación convencional y en liposomas (ej. anfotericina B)	1
Soluciones cardioplégicas	1
Soluciones de glucosa hipertónica ($\geq 20\%$)	1
Fosfato potásico IV	1
Nitroprusiato sódico IV	1
Sulfato de magnesio IV	1

• ACTUACIONES REALIZADAS:

• Boletines de la Red de Farmacias Centinela:

Boletines publicados nºs del 1 al 4, disponibles en:
<https://seguridadmedicamento.sanidadmadrid.org>



• Boletines de Recomendaciones a Profesionales (n=18)

Todos los Boletines publicados están disponibles en:
<https://saluda.salud.madrid.org/atematica/areafarmacia/Paginas/Documentosparaprofesionales.aspx>

• Notas a la AEMPS:

- Propuesta: valorar la posibilidad de incorporar agujas de seguridad en ciertas vacunas infantiles
- Propuesta de modificación de presentación para adecuar la durabilidad del dispositivo.
- Propuesta para evitar errores por similitud de envases.
- Propuesta de modificación del diseño de las jeringas orales dosificadoras del medicamento Rivastigmina 2 mg/ml solución oral para que presenten doble graduación.