

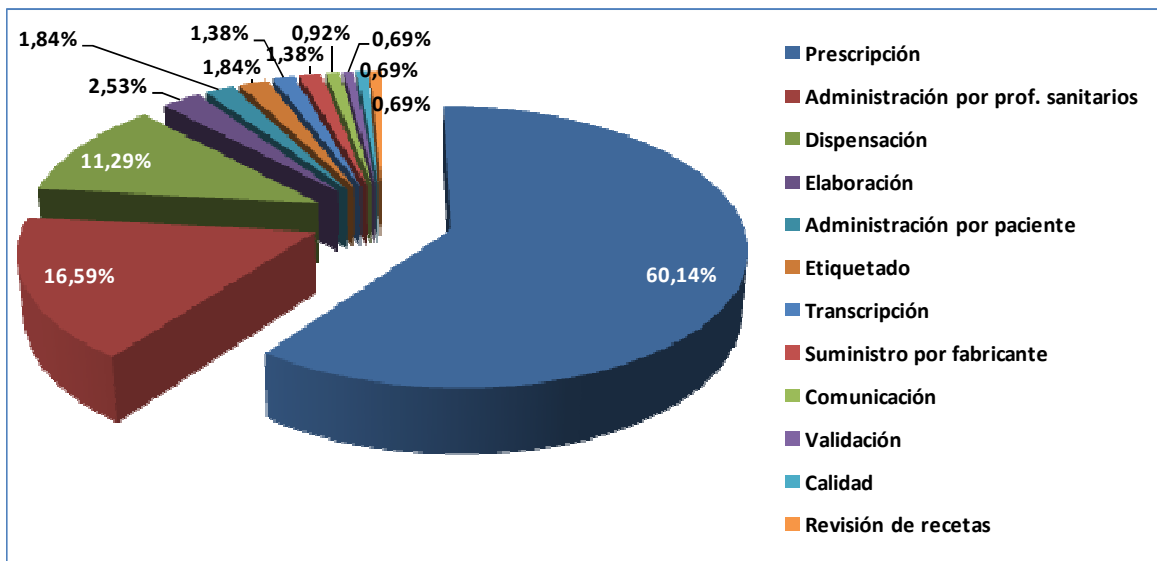
## ANÁLISIS DE LAS NOTIFICACIONES ATENCIÓN HOSPITALARIA

### ERRORES DE MEDICACIÓN MAYO 2017

Durante el mes de MAYO de 2017 los Hospitales de la Comunidad de Madrid han comunicado en el Portal de Uso Seguro de Medicamentos **434** notificaciones relacionadas con errores de medicación, de un total de **614** notificaciones recibidas de todos los ámbitos asistenciales, de las que podemos destacar lo siguiente:

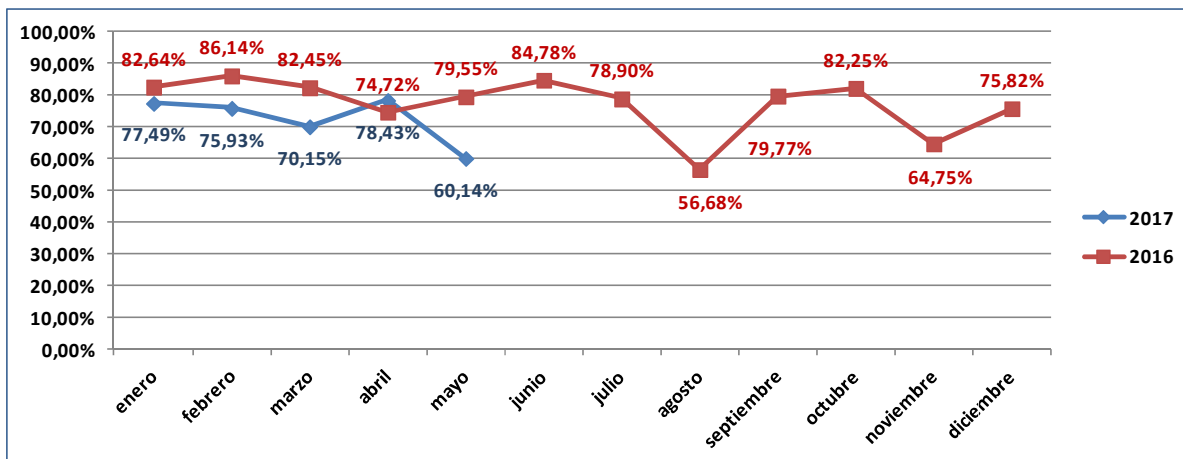
#### 1.- Origen del error:

Según el origen del error, las notificaciones recibidas en el ámbito hospitalario se clasifican tal y como se muestra en el siguiente gráfico.



#### 2.- Evolución de los errores de prescripción

En el siguiente gráfico se muestra la evolución de los errores de medicación que han tenido su origen en la etapa de la prescripción, durante el año 2016 y hasta mayo de 2017.



### 3.- Clasificación de los errores según la persona que los descubre.

PERSONA QUE LO DESCUBRE	% vs total
Farmacéutico	50,47%
Enfermera	32,78%
Médico	9,43%
Familiar	2,83%
Paciente	2,59%
Auxiliar de enfermería	1,18%
Otros estudiantes voluntarios	0,47%

### 4.- Clasificación de los errores notificados según el tipo de error:

TIPO DE ERROR	% vs total
Selección inapropiada del medicamento: no indicado, contraindicación, historia de alergia o RAM previa, duplicidad terapéutica, medicamento innecesario...(Error en el principio activo)	29,72%
Error en la dosis: omisión o incorrecta	28,80%
Frecuencia de administración errónea	8,99%
Error en la preparación/manipulación/acondicionamiento (incluye el cálculo de dosis)	4,84%
Paciente equivocado	3,69%
Error de almacenamiento	3,46%
No administración de medicamento prescrito (omisión)	3,46%
Monitorización insuficiente del tratamiento	3,23%
Vía de administración incorrecta	3,00%
Medicamento deteriorado: caducado, mal conservado o con defectos en la calidad	2,30%
Hora de administración incorrecta	2,30%
Forma farmacéutica errónea	2,07%
Duración del tratamiento incorrecta	1,84%
Técnica de administración errónea	0,92%
Falta de cumplimiento del paciente	0,69%
Velocidad de administración incorrecta	0,69%

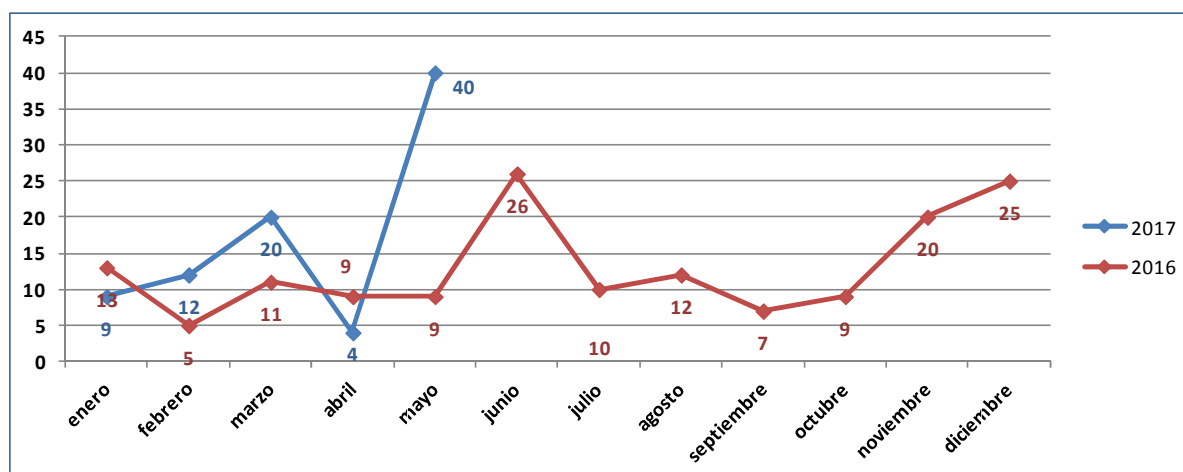
### 5.- Clasificación de los errores notificados según las causas que los motivaron:

CAUSAS	% vs total
Falta de cumplimiento o de procedimientos de trabajo establecidos	23,50%
Falta de conocimientos/formación	20,97%
Otros: situación de emergencias, personal insuficiente o sin experiencia	11,75%
La presentación de la especialidad farmacéutica da lugar a confusión: nombre similares, similitud de envases	11,29%
Falta o fallo en el procedimiento de conciliación de la medicación: al ingreso	10,60%
Problemas en la interpretación de la prescripción: ambigua, ilegible, uso de abreviaturas	9,22%
Problemas en los equipos y dispositivos de dispensación/ preparación/ administración	4,15%
Incorrecta identificación del paciente	2,76%
Falta o fallo en el procedimiento de conciliación de la medicación: entre unidades asistenciales	1,84%
Comunicación verbal incorrecta/incompleta/ambigua	1,84%
Falta de concordancia entre las bases de datos y los medicamentos comercializados	1,61%
Falta o fallo en el procedimiento de conciliación de la medicación: al alta	0,46%

## 6.- Problemas en la interpretación de la prescripción: uso de abreviaturas, etc. clasificación según el tipo de error:

TIPO DE ERROR	% (n=40)
Error en la dosis: omisión o incorrecta	37,50%
Selección inapropiada del medicamento: no indicado, contraindicación, historia de alergia o RAM previa, duplicidad terapéutica, medicamento innecesario...(Error en el principio activo)	22,50%
Frecuencia de administración errónea	15,00%
Monitorización insuficiente del tratamiento	5,00%
Forma farmacéutica errónea	5,00%
Vía de administración incorrecta	2,50%
Error en la preparación/manipulación/acondicionamiento (incluye el cálculo de dosis)	2,50%
Velocidad de administración incorrecta	2,50%
Duración del tratamiento incorrecta	2,50%
Falta de cumplimiento del paciente	2,50%
Hora de administración incorrecta	2,50%

La evolución de los EM con causa “problemas en la interpretación de la prescripción” durante el año 2016 y 2017 se muestra en el siguiente gráfico:



## 7.- Clasificación de las notificaciones según las consecuencias para el paciente.

CONSECUENCIAS	% vs total
Circunstancias o eventos con capacidad de causar error	33,18%
El error se produjo, pero no alcanzó al paciente	32,72%
El error llegó al paciente, pero no le produjo daño	20,74%
El paciente requirió monitorización y/o intervención aunque no se produjo daño	5,30%
El paciente presentó un daño temporal que requirió intervención médica	3,00%
El error llega al paciente pero no se administra	2,76%
El error se ha producido, pero no se ha podido hacer seguimiento y conocer el daño	1,61%
El paciente ha precisado o prolongado la hospitalización	0,46%
Muerte del paciente	0,23%

## 8. Medicamentos de Alto Riesgo ISMP y Hospitales que notifican.

Durante este mes se han notificado **48** errores de medicación con selección de medicamentos de alto riesgo (**11,1% del total**). En catorce casos no se indica el medicamento o grupo de medicamentos.

ERRORES DE MEDICACIÓN CON MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO	
Citostáticos, parenterales y orales	12
Heparina y otros anticoagulantes parenterales (ej., antitrombina III, heparina sódica, enoxaparina, fondaparinux, lepirudina)	9
Agonistas adrenérgicos IV (ej. ADRENalina, DOPamina, noradrenalina)	3
Opiáceos IV, transdérmicos y orales (todas las presentaciones)	2
Agentes inotrópicos IV (ej. digoxina, milrinona)	2
Medicamentos que tienen presentación convencional y en liposomas (ej.anfotericina B)	1
Anticoagulantes orales (ej. acenocumarol,dabigatrán)	1
Nutrición parenteral	1
Epoprostenol IV	1
Anestésicos generales inhalados e IV (ej.ketamina, propofol)	1
Cloruro sódico hipertónico (mayor o igual que 0,9%)	1

## 9.- Descripción de algunos errores de medicación que han tenido consecuencias de daño al paciente.

Durante este mes se han notificado 16 errores de medicación con consecuencias de daño para el paciente, a continuación se indican algunos casos:

<b>ACIDO ZOLEDRONICO GENFARMA 4 MG/100 ML SOLUCION PARA PERFUSION EFG , 1 BOLSA DE 100 ML</b>
Durante el fin de semana se prescribe en urgencias acido zoledronico para hipercalcemia. El paciente pasa a planta y allí, por error, le vuelven a administrar el medicamento. Se registran dos dispensaciones para el mismo paciente. Como consecuencia tiene que acudir de nuevo a urgencias varios días por sintomatología de hipocalcemia.
<b>CAPECITABINA ACCORD 500 MG COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG 120 COMPRIMIDOS</b>
Paciente a la que se prescribe capecitabina con pauta de toma de 14 días, seguidos de 7 días de descanso. Retira medicación del servicio de farmacia y a los 14 días el familiar acude de nuevo al servicio de farmacia para nueva dispensación, en lugar de esperar al final del ciclo cuando tenía cita con su oncólogo. Por error, se dispensa la mediación para otros 14 días y la paciente se lo toma. Cuando acude a consulta con el oncólogo presenta neutropenia y necesita de administración de factor estimulante de colonias de granulocitos para su resolución. El ciclo siguiente se retrasa una semana.
<b>CLOPIXOL DEPOT 200 MG/ML , 1 X 1 ML (ZUCLOPENTIXOL)</b>
Paciente a la que, por error de identificación (etiqueta manipulada, mal rotulada y con tachones), se le administra un neuroléptico de liberación retardada, vía IM. Como consecuencia requiere monitorización de larga duración (INR, función cardíaca, glucemia) y valorar suspender medicaciones concomitantes con efecto psicótropo o potencial efecto de reacciones extrapiramidales. Además requirió traslado al hospital de agudos para monitorización de los efectos adversos de la medicación.
<b>CLORURO AMÓNICO AL 7%</b>
Por error se prescribe 50 ml de cloruro amónico, que corresponden a 3.5 g, cuando en realidad se pretendía prescribir 1,2 g. A pesar de que la dosis habitualmente empleada lson de 9 gr, la paciente presentó pirosis que obligó a suspender la indometacina y pautar pantoprazol. Afortunadamente no tuvo mayores consecuencias
<b>CODEISAN 28,7MG 20 COMPRIMIDOS (CODEÍNA)</b>
Paciente en tratamiento con Codeisan®, por transito rápido, malabsorción e intestino corto, a la que se le retrasa la administración de dos dosis por falta de reposición en Omnicell. Como consecuencia reaparece la diarrea.
<b>COROTROPE 1 MG/ML SOLUCION INYECTABLE , 10 AMPOLLAS DE 20 ML (MILRINONA)</b>

Según el sistema de prescripción electrónica, en la primera línea se indica el medicamento, y en segunda línea se indica la dosis total en el día, forma y vía de administración seguido de la dilución en el caso de perfusiones continuas. En este caso se preparó la siguiente jeringa, cuando se acabó la anterior, según la primera línea (es decir sin diluir) y se inició la infusión a la misma dosis que estaba antes, administrando una dosis 5 veces mayor causando taquicardia e hipotensión que precisó expansión de volemia y aumento de noradrenalina.

**DEPAKINE (VALPROATO SÓDICO)**

Se notifica la administración, por error, de una dosis elevada de Depakine solución. Consecuencias el paciente pierde el conocimiento y tras una serie de pruebas, se inicia tratamiento para estabilizar al paciente, el cual mejora.

**DIGOXINA AMPOLLAS**

Paciente con fibrilación auricular con respuesta ventricular rápida, se administra en urgencias 3 ampollas de 0,25 mg de digoxina, presentando una tasa de filtración glomerular de 30 ml/min, sin solicitar digoxinemia. A su evaluación en la planta presentaba síntomas gastrointestinales; se solicitó digoxinemia que era de 4,5 y presentó, además, en ECG signos de impregnación digitalica.

**DINISOR RETARD**

Por error se administra la medicación de otro paciente. Consecuencias: se produce hipotensión necesitando monitorización hasta su total resolución

### *10.- Incidentes relacionados con el Suministro:*

Durante este mes hemos tenido conocimiento de los siguientes problemas de suministro:

C.N	Medicamento	Situación	Observaciones de la AEMPS
656713 y 656693	THEODUR 200 mg 40 COMPRIMIDOS DE LIBERACION PROLONGADA y THEO-DUR 100 mg 40 COMPRIMIDOS DE LIBERACION PROLONGADA	Problemas de suministro	El Servicio de Medicación Extranjera de la AEMPS ha confirmado su importación
700622	DOGMATIL 50 mg/ml SOLUCION INYECTABLE, 12 ampollas de 2 ml	Fin del problema de suministro	
671947 y 671948	TESTEX PROLONGATUM 100 mg/2 ml SOLUCION INYECTABLE, 1 ampolla de 2 ml y TESTEX PROLONGATUM 250 mg/2 ml SOLUCION INYECTABLE, 1 ampolla de 2 ml	Fin del problema de suministro	
607846 y 607721	CLOXACILINA NORMON 1 g POLVO PARA INYECTABLE EFG, 100 viales y CLOXACILINA NORMON 500 mg POLVO Y DISOLVENTE PARA SOLUCION INYECTABLE EFG, 100 viales + 100 ampollas de disolvente	Problemas de suministro	El Servicio de Medicación Extranjera de la AEMPS ha confirmado su importación