

ANÁLISIS NOTIFICACIONES HOSPITALES

ENERO DE 2013

Durante el mes de enero los Hospitales de la Comunidad de Madrid han comunicado un total de 212 notificaciones, de las cuales podemos destacar lo siguiente:

En este mes ya se ha incluido el objetivo *provisional* para 2013. Para el cálculo se han actualizado los datos correspondientes al nº de camas instaladas y a las estancias medias con los datos del cierre provisional 2012. El objetivo de notificar al menos el 6% de los errores de medicación estimados se ha mantenido.

Durante este año queremos mantener, junto al informe de seguimiento de objetivos, un análisis cualitativo del tipo de notificaciones comunicadas durante el mes así como las notificaciones o sucesos más relevantes producidos durante el mismo, con objeto de compartirlas con el resto de unidades funcionales y así conseguir mejorar la seguridad con los medicamentos.

Te informo también que durante el mes de enero se ha puesto en marcha la nueva notificación electrónica de sospechas de RAM, que abre la posibilidad al ciudadano de comunicar sospechas de RAM, así como a profesionales sin otras alternativas de comunicación. Para los profesionales del Servicio Madrileño de Salud los errores de medicación con daño (considerados RAM), se deben seguir notificando como siempre a través del Portal de Uso Seguro de Medicamentos, que es la vía habilitada para ello.

Te adjunto por tanto, el análisis de las notificaciones, antes mencionado;

Durante este mes de enero de 2013 se han notificado un total de (n=212), y de ellas podemos destacar lo siguiente:

1.- Origen del error:

- Prescripción: 80,4 %
- Administración por profesionales sanitarios: 7,1 %
- Transcripción: 4,2 %
- Dispensación: 2,8 %

2.- Tipo de error:

- Error en la dosis: 52,4 %
- Selección inapropiada del medicamento: 13,2 %
- Duración de tratamiento incorrecta: 9 %
- Frecuencia de administración errónea: 8 %

3.- Principales causas de los errores de medicación:

- Falta de conocimientos/formación: 35,4 %

- Falta cumplimiento procedimientos de trabajo establecidos: 30,7 %
- Otros: situación de emergencias, falta de procedimientos normalizados, personal insuficiente o sin experiencia: 25,5 %
- La presentación de la especialidad farmacéutica da lugar a confusión: nombre similares, similitud de envases, descripción en el cartonaje ó etiquetado incorrecto o equívoco: 3,3 %
- Incorrecta identificación del paciente: 1,9 %

3.- Clasificación de las notificaciones según las consecuencias para el paciente:

CONSECUENCIAS	% (n=212)
El error se produjo, pero no alcanzó al paciente	63,7%
El error se ha producido, pero no se ha podido hacer seguimiento y conocer el daño	15,1%
El error llegó al paciente, pero no le produjo daño	12,7%
Circunstancias o eventos con capacidad de causar error	3,8%
El paciente requirió monitorización y/o intervención aunque no se produjo daño	2,8%
El paciente presentó un daño temporal que requirió intervención médica	1,9%

A continuación se describen los errores de medicación con consecuencias en el paciente:

Medicamentos implicados en el error con daño al paciente y descripción.
<p>1.- DAMIRA 2000 (producto dietoterápico)</p> <p>Reacción anafiláctica (broncoespasmo + urticaria + vomito) tras ingesta por error de un biberón de leche sin lactosa en niño alérgico a las proteínas de leche de vaca con cuadro de broncoespasmo y neumonía. Se debería haber administrado el preparado para alérgicos a las proteínas de leche de vaca que se dispensa por el Servicio de Farmacia del Hospital (Damira 2000 fórmula con hidrolizado de proteína láctea sin lactosa), pero no quedaba ninguno donde debía estar, existiendo en su lugar otros envases.</p>
<p>2.- ROPIVACAINA EN ASOCIACIÓN CON FENTANILO</p> <p>Paciente con prescripción de analgesia epidural tras operación de rodilla: Ropivacaina y Fentanilo. El paciente al día siguiente se encontraba nauseoso y somnoliento por lo que se ajustó el tratamiento analgésico epidural advirtiendo que la etiqueta mostraba "Cloruro Mórfico 1 mg/ml", habiéndose registrado en la bomba PCA 71 ml infundidos. Debido a esto, se le administró 0,4mg de Naloxona, con respuesta favorable, pasando a tener un estado consciente. Se ingresó en UCI, donde permaneció estable hemodinámicamente durante un día, recibiendo el alta a planta.</p>
<p>3.- NEOSTIGMINA BRAUN 0,5 MG 100 AMPOLLAS 1ML</p>

Paciente en tratamiento quimioterápico que presenta íleon paralítico. Como tratamiento sintomático el hematólogo pauta neostigmina 2 mg/6 h. Al validar el tratamiento se informa al médico que la dosis es mayor a la recomendada (0,5 mg) y que se recomienda administrar conjuntamente atropina para prevenir la reacción vagomimética. Se administró la dosis de 2 mg y sin atropina, el paciente presentó inmediatamente los efectos secundarios propios del medicamento como vómitos intensos por lo que se administró posteriormente atropina.

4.- SEGURIL 20 MG 5 AMPOLLAS 2 ML SOLUCION INYECTABLE (furosemida)

El farmacéutico al transcribir la orden médica de una prescripción de Seguril® amp. 1-0,5-0 transcribe por error Seguril® 20mg amp c/8h y en el campo de observación de enfermería escribe 10.50. La enfermera lee una ampolla c/8h administrándolo hasta que se detecta el error cuando se le administra morfina IV por dolor y sufre una hipotensión severa.

4.- Medicamentos más notificados:

Medicamento implicado en el error	Nº de notificaciones
FLUOROURACILO ACCORD 50 MG/ML SOLUCION INYECTABLE O PARA PERFUSION , 1 VIAL DE 100 ML	5
CLORURO MORFICO 1% INYECTABLE 10	3
FENTANEST, 5 AMPOLLAS 3ML (fentanilo)	3
HUMIRA 40MG 2 PLUMAS PRE+2 TOALL SOL INYECAD (Adalimumab)	3
INVANZ 1G 1VIAL POLVO SOL PERF (ertapenem)	3
RANITIDINA SOL 5MG/ML	3
ZANTAC 150 MG, COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA , 500 COMPRIMIDOS (ranitidina)	3

5.- Los grupos terapéuticos más notificados:

GRUPO TERAPÉUTICO IMPLICADO EN EL ERROR	Nº DE NOTIFICACIONES
AGENTES ANTINEOPLÁSICOS	31
ANTIBACTERIANOS PARA USO SISTEMICO	29
INMUNOSUPRESORES	11
ANALGÉSICOS	11