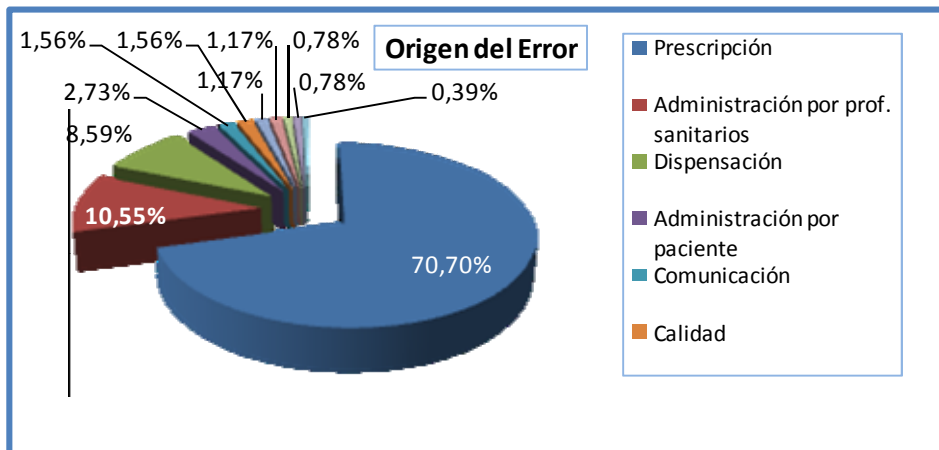


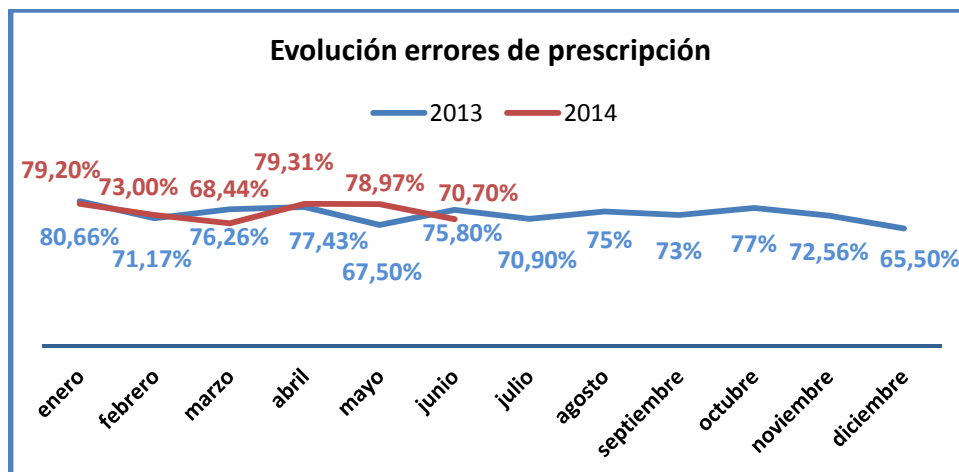
ANÁLISIS NOTIFICACIONES HOSPITALES JUNIO 2014

Durante el mes de junio de 2014 los Hospitales de la Comunidad de Madrid han comunicado en el Portal de Uso Seguro de Medicamentos, un total de 256 notificaciones relacionadas con errores de medicación, de las cuales podemos destacar lo siguiente:

1.- Origen del error:



2.- Evolución de los errores de prescripción



3.- Tipo de error:

TIPO DE ERROR	Nº NOTIF.	% (n=256)
Error en la dosis: omisión o incorrecta	103	40,23%
Selección inapropiada del medicamento	79	30,86%
Frecuencia de administración errónea	20	7,81%
Error en la preparación/manipulación/acondicionamiento	14	5,47%

4.- Principales causas de los errores de medicación:

CAUSAS	Nº NOTIF.	% (n=256)
Falta de conocimientos/formación	74	74
Otros: situación de emergencias, falta de procedimientos normalizados, personal insuficiente o sin experiencia	71	71
Falta cumplimiento procedimientos de trabajo establecidos	60	60
Problemas en la interpretación de la prescripción: ambigua, ilegible, uso de abreviaturas, unidades de medida no aceptadas internacionalmente...	26	26
La presentación de la especialidad farmacéutica da lugar a confusión: nombre similares, similitud de envases, descripción en el cartón ó etiquetado incorrecto o equívoco	11	11
Problemas en los equipos y dispositivos de dispensación/ preparación/ administración	9	9
Defectos en la calidad del medicamento	2	2
Incorrecta identificación del paciente	2	2
Falta de concordancia entre las bases de datos y los medicamentos comercializados	1	1

5.- Clasificación, según causa: Problemas en la interpretación de la prescripción: uso de abreviaturas, etc.

TIPO DE ERROR	Nº NOTIF.	% (n=26)
Error en la dosis: omisión o incorrecta	11	4,30%
Error en la preparación/manipulación/acondicionamiento	1	0,39%
Frecuencia de administración errónea	3	1,17%
Selección inapropiada del medicamento	10	3,91%
Velocidad de administración incorrecta	1	0,39%

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

CONSECUENCIAS	Nº NOTIF.	% (n=256)
El error se produjo, pero no alcanzó al paciente	140	54,69%
El error llegó al paciente, pero no le produjo daño	40	15,63%
Circunstancias o eventos con capacidad de causar error	37	14,45%
El error se ha producido, pero no se ha podido hacer seguimiento y conocer el daño	14	5,47%
El paciente requirió monitorización y/o intervención aunque no se produjo daño	12	4,69%
El paciente presentó un daño temporal que requirió intervención médica	10	3,91%
Muerte del paciente	1	0,39%
El paciente presentó un daño permanente	1	0,39%
El paciente ha precisado o prolongado la hospitalización	1	0,39%

7.- Descripción de los errores de medicación que han tenido consecuencias de daño al paciente:

❖ El paciente presentó un daño temporal que requirió intervención médica
1.-ACIDO ACETILSALICILICO BAYFARMA 300 MG COMPRIMIDOS GASTRORRESISTENTES, 500 COMPRIMIDOS
Paciente en tratamiento con Adiro®, que ingresa por hematuria. Se lo administra por su cuenta. Los médicos que le atienden no desconocen que toma Adiro® ya que cuando ingresa nadie le pregunta.

<p>2.-CLEXANE 60 MG (6000 U.I.) INYECTABLE 10 JERINGAS PRECARGADAS</p> <p>Paciente operado de clavo gamma al que se le suspende su tratamiento de Clexane®, y se pauta Sintrom® en domicilio. El paciente no moviliza bien y tras valoración, se avisa a trauma de guardia y se le comunica que el paciente no tiene pauta de Clexane® en su tratamiento, por lo que se revisa y pauta. A su vez avisa al internista de guardia para valoración por empeoramiento del paciente (más adormilado y menos reactivo).</p>
<p>3.-GLYPRESSIN 1 MG</p> <p>Paciente con cefalea y dolor abdominal, la enfermera le prepara la medicación. Etiqueta la bolsa donde está disuelta sólo con el número de habitación y cama (en una esquina) sin pegatina correspondiente. Entra a la habitación y se lo pone a la paciente de al lado. Cuando está revisando los tratamientos, se da cuenta del error y vuelve a la habitación para retirarlo pero ya le ha pasado todo. Avisa al médico de guardia y se vigila a la paciente. Ésta presenta dolor abdominal que cede con analgesia y cefalea. No ocurre nada más.</p>
<p>4.-KARVEZIDE 150MG/12,5MG 28 COMP RECUB CON PELIC</p> <p>Paciente en tratamiento con Amlodipino y Lisinopril que ingresa por urgencias. En el tratamiento se pauta Irbesartan e Hidroclorotiazida que no era su medicación habitual. El tratamiento estaba conciliado por el farmacéutico correctamente pero no se prescribe el tratamiento correcto. Enfermería avisa al médico de guardia por HTA (170/110 mmHg), episodio de fluctuación de nivel de alerta en contexto de tensión arterial, se le administra Urapidilo y el paciente mejora. Se suspende Irbesartan/Hidroclorotiazida y se pauta Amlodipino y Enalapril.</p>
<p>5.-METALGIAL 500 MG/ML GOTAS ORALES EN SOLUCION , 1 FRASCO DE 20 ML</p> <p>Un profesional sanitario administra Metalgial gotas orales (Metamizol) vía IV. Es un frasco cuentagotas. Por comodidad lo ponen en una jeringa y se ha confundido. Le ha puesto 2 ml de solución. Como Metamizol se usa sólo en España, no encuentra mucha información el farmacéutico. En ficha técnica indica que contiene 35 mg/ml de sacarina y esencia de frambuesa como excipiente y que por vía IV tiene más probabilidad de producir hipotensión y bradicardia. Hay que observar la zona de punción por si aparece flebitis u otras alteraciones. Hay que monitorizar el Na.</p>
<p>6.-NUTRICIÓN PARENTERAL</p> <p>A un paciente con pauta de Nutrición Parenteral 3.000 ml/día (debe pasar a 125 ml/hora). Se le disminuye el ritmo a 2.000cc/día (84 ml/hora) durante la noche sin ningún motivo aparente. La consecuencia, hipofosfatemia.</p>
<p>7.-OXYCONTIN 20MG 28 COMPRIMIDOS LIBERACION MODIFIC</p> <p>Paciente que ingresa en urgencias por fractura ósea. El traumatólogo pauta Paracetamol y Dolantina si precisa. La paciente está en tratamiento con Oxicodona de manera habitual (error de omisión). El tratamiento había sido conciliado por el farmacéutico al ingreso pero aún así no se prescribió. La paciente precisa de interconsulta a unidad del dolor por dolor incontrolado que suspende el paracetamol y la Dolantina y pauta su Oxicodona habitual.</p>
<p>8.-PARACETAMOL ACTAVIS 10 MG/ML SOLUCION PARA PERFUSION EFG , 10 VIALES DE 100 ML</p> <p>Paciente al que se prescribe paracetamol por pico febril. Se produce un error en la dosificación, administrándose una dosis de 100 mg/kg, que está considerada tóxica. Se inicia tratamiento con N acetilcisteína IV según protocolo y se monitoriza estrechamente al paciente (funciones hepática y renal). Se observa una ligera elevación de la GOT a lo largo del día siguiente de la dosis de paracetamol, y rápidamente se normalizan los niveles plasmáticos de paracetamol transcurridas unas horas.</p>
<p>9.-PRIVIGEN 100 MG/ML SOLUCION PARA PERFUSION, 1 VIAL DE 100 ML</p> <p>Orden verbal sobre la administración de Privigen® a una enfermera, en un determinado momento. La velocidad de la administración según dicha orden debía ser preguntada al médico antes de aumentar, pero la enfermera se olvida de preguntar y la aumenta pues es lo habitual. Sí se lo preguntó su compañera y el médico confirmó que la velocidad de administración continuara en el punto anterior, así que se rectifica y se disminuye la velocidad. A pesar de esto ya la niña había empezado con fiebre, tiritona y cefalea, tras administrar paracetamol e ibuprofeno se normaliza y no tuvo mayores consecuencias.</p>
<p>10.-ZYVOXID 600 MG COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA, 10 COMPRIMIDOS</p> <p>Paciente en tratamiento con Linezolid que presenta plaquetopenia por hepatopatía ingresado a cargo de trauma. Se habla con infecciosas para control analítico del descenso de leucocitos, anemia y mantenimiento de plaquetas bajas agravado por Linezolid</p>
<p>❖ Muerte del paciente</p>

1.-NORAGES 2 MG/ML. SOLUCION INYECTABLE, 10 AMPOLLAS DE 4 ML	
<p>Paciente inmunodeprimido en situación de fracaso multiórganico refractario secundario a neumonía nosocomial, en tratamiento con Noradrenalina en perfusión IV continua a dosis altas, que sufre hipotensión extrema y muerte por disminución brusca y severa de la dosis de Noradrenalina infundida: la bomba alcanza volumen máximo a infundir programado, disminuyendo dosis de infusión bruscamente (de 140 ml/hora a 4 ml/hora). La bomba avisa previamente de que está próximo a alcanzarse el volumen máximo a infundir aunque por las características del box no es audible, percatándose del problema cuando saltan las alarmas de la monitorización por hipotensión.</p>	
❖ El paciente ha precisado o prolongado la hospitalización	
1.-ENANTYUM 25 MG COMPRIMIDOS, 500 COMPRIMIDOS	
<p>Un médico de quirófano tenía cefalea y acudió al botiquín del quirófano con intención de tomar un Enantyum®. En el mismo cajetín había medicación mezclada y por confusión se tomó una Etumina®. Sufrió un cuadro que fue interpretado por sus compañeros como probable ictus por lo que se le ingresa en tal unidad. Tras más de 14 horas de somnolencia intensa, al no presentar déficit neurológico valoran la posibilidad de un error de medicación que posteriormente es confirmado revisando la medicación del cajetín implicado.</p>	
❖ El paciente presentó un daño permanente	
1.-OXALIPLATINO HOSPIRA 5 MG/ML CONCENTRADO PARA SOLUCION PARA PERFUSION EFG, 1 VIAL DE 40 ML	
<p>Paciente oncológico al que suspendieron el tratamiento con oxaliplatino por presentar una neuropatía grado III. En el siguiente ciclo, el oncólogo vuelve a cargar todo el protocolo de medicación, sin eliminar el oxaliplatino. El farmacéutico no se da cuenta y valida la prescripción. Al paciente se le administra el oxaliplatino y al poco tiempo presenta un incremento de su neuropatía.</p>	
TOTAL:	13

8.- Boletín de Recomendaciones a profesionales, Disponible en:
<https://seguridadmedicamento.salud.madrid.org/home.aspx>

Se han elaborado tres Boletines, en este mes de Junio:

1.- METALGIAL 500 MG/ML GOTAS ORALES EN SOLUCIÓN, 1 FRASCO DE 20 ML. El error se produjo por la administración de 2 ml de solución oral por vía intravenosa en lugar de por vía oral. El origen fue la administración por profesionales sanitarios en un paciente hospitalizado. El medicamento estaba cargado en una jeringa sin identificar. Como consecuencia el paciente presentó un daño temporal que requirió intervención médica. Se recomienda identificar todas las jeringas preparadas para la administración de medicamentos, preferiblemente utilizando los colores estandarizados que se indican en la tabla.

2.- NORAGES 2 MG/ML. SOLUCION INYECTABLE, 10 AMPOLLAS DE 4 ML El error se produjo por interrupción brusca y severa de la dosis de adrenalina infundida, en un paciente ingresado en la unidad de cuidados intensivos (box). Dadas las características del box el sonido de aviso de la bomba no se detectó -en el momento- por parte del personal.

El problema se detectó demasiado tarde, cuando saltaron las alarmas de monitorización por hipotensión del paciente. En cuanto a la bomba de infusión, se propone aumentar el sonido de alarma. A nivel de la unidad se propone mejorar las características de la misma para que el sonido pueda ser detectado sin dificultad. A nivel del profesional se propone instalar una alarma adicional en el control, detectable a nivel central.

3.- FENTANILO ANÁLISIS DE LOS ERRORES DE MEDICACIÓN CON DAÑO AL PACIENTE: Se ha realizado un análisis los errores de medicación registrados en la Página de Uso Seguro de Medicamentos donde ha intervenido este principio activo y que han tenido consecuencias para el paciente. Se recomienda:

- Informar la paciente, de forma que le quede claro como se debe administrar los parches y que no se deben cortar.
- Advertir sobre el riesgo de exposición a personas no usuarias.
- Seguir trabajando para evitar el resto de errores que tienen su origen en otras etapas, como la dispensación, conciliación de la medicación o la interpretación de la prescripción.

9.- Desabastecimientos:

Problema de suministro de TUBERCULINA. Importación como medicamento extranjero: Como continuación de la información referente a los problemas de suministro del medicamento Tuberculina PPD Evans, y a pesar de que el titular de su comercialización había previsto el restablecimiento de suministro el pasado mes de junio, puesto que éste no se produjo en la fecha prevista, la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios informa del suministro como medicamento extranjero de 100 unidades de TUBERTEST SOL INJ 1 ML BOX 10 DOSES 0.1 ML, válidas para 1.000 determinaciones. Adicionalmente se ha autorizado la importación de 3.000 unidades más del mismo medicamento que estarán disponibles en los próximos días.

<i>Código Nacional</i>	<i>Nombre del formato del medicamento</i>	<i>Principio activo</i>	<i>Fecha prevista de inicio</i>	<i>Fecha prevista de finalización</i>	<i>Observaciones</i>
635052	Fortam 1 g polvo y disolvente para solución inyectable , 50 viales + 50 ampollas de disolvente	Ceftazidima pentahidrato	03/07/2014	08/08/2014	Existen otros medicamentos con el mismo principio activo y para la misma vía de administración.
800458	Quinapril mylan 40 mg comprimidos recubiertos con película efg, 28 comprimidos	Quinapril hidrocloreuro	02/07/2014	27/08/2014	Existen otros medicamentos con el mismo principio activo y para la misma vía de administración.
975524	Pantomicina sobres 500 e.s., 12 sobres	Eritromicina etilsuccinato	01/07/2014	31/07/2014	
759423	Fortecortin 4 mg solución inyectable, 3 ampollas de 1 ml	Dexametason a fosfato disodio	30/06/2014	11/07/2014	Existen otros medicamentos con el mismo principio activo y para la misma vía de administración

Fuente de datos: AEMPS <http://www.aemps.gob.es/cima/fichasTecnicas.do?metodo=buscarDesabastecidos>