

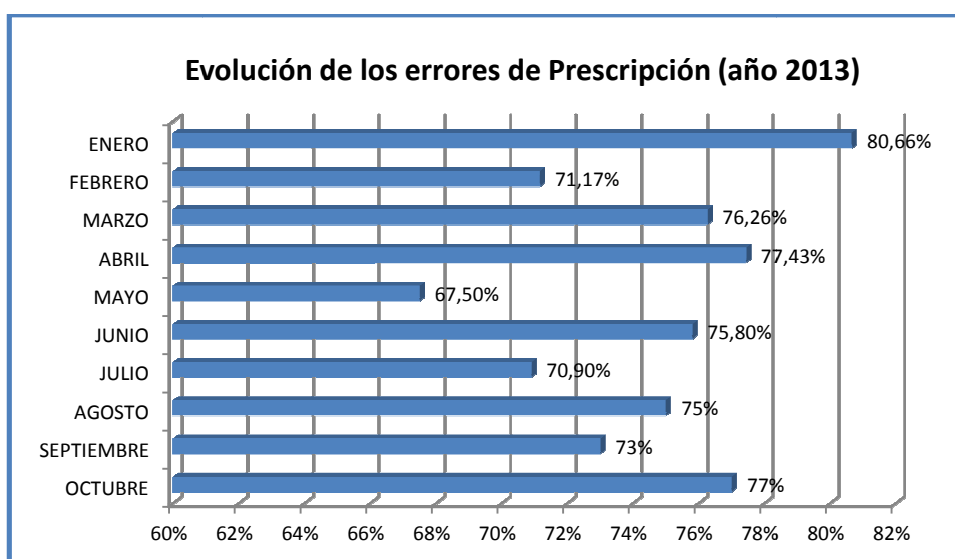
ANÁLISIS NOTIFICACIONES HOSPITALES

OCTUBRE 2013

Durante el mes de septiembre de 2013 los Hospitales de la Comunidad de Madrid han comunicado en el Portal de Uso Seguro de Medicamentos, un total de 242 notificaciones relacionadas con errores de medicación, de las cuales podemos destacar lo siguiente:

1.- Origen del error:

Prescripción	77%
Administración por profesionales sanitarios	6%
Dispensación	6%
Transcripción	4%



2.- Tipo de error:

Error en la dosis: omisión o incorrecta	47%
Selección inapropiada del medicamento: no indicado, contraindicación, historia de alergia o RAM previa, duplicidad terapéutica, medicamento innecesario...(Error en el principio activo)	25%
Frecuencia de administración errónea	9%
Vía de administración incorrecta	5%
Error en la preparación/manipulación/acondicionamiento (incluye el cálculo de dosis)	5%

3.- Principales causas de los errores de medicación:

Otros: situación de emergencias, falta de procedimientos normalizados, personal insuficiente o sin experiencia	37%
Falta de conocimientos/formación	26%
Falta cumplimiento procedimientos de trabajo establecidos	23%
Problemas en la interpretación de la prescripción: ambigua, ilegible, uso de abreviaturas, unidades de medida no aceptadas internacionalmente...	5%

4.- Clasificación de los errores que han tenido como causa los problemas en la interpretación de la prescripción: ambigua, ilegible, uso de abreviaturas, unidades de medida no aceptadas internacionalmente..., según:

Tipo de error:	(n=12)
Error en la dosis: omisión o incorrecta	9
Hora de administración incorrecta	1
Selección inapropiada del medicamento	2

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

Consecuencias para el paciente:	% (n=242)	nº de notificaciones
El error se produjo, pero no alcanzó al paciente	66%	160
Circunstancias o eventos con capacidad de causar error	14%	33
El error llegó al paciente, pero no le produjo daño	12%	30
El error se ha producido, pero no se ha podido hacer seguimiento y conocer el daño	3%	8
El paciente requirió monitorización y/o intervención aunque no se produjo daño	2%	6
El paciente presentó un daño temporal que requirió intervención médica	2%	5

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

DORMODOR® 30 mg 30 cap.

Se prescribe a una paciente anciana flurazepam a mano en la hoja de administración. La paciente presenta una disminución del nivel de consciencia y el médico decide prescribir flumazenilo para revertir el efecto.

NIMBEX® 2 mg/ml solución inyectable/perfusión, 5 x 5 ml ampollas.

Paciente ingresado en UCI que precisa intubación orotraqueal el 7/10/2013 y se administra una ampolla IV de 5 ml de Nimbex (cisatracurio 2 mg/ml). Pasado el tiempo prudencial para que la medicación haga efecto se vuelve a administrar otra ampolla ya que el paciente no termina de estar relajado. El día 11 el paciente precisa una reintubación por tapón mucoso. Se vuelve a administrar una ampolla de Nimbex que no es efectiva, se pone otra más (total 20 mg) y aunque el paciente estaba más relajado, el intensivista considera que no lo está al 100%. El hecho se relaciona con ciertos lotes al haber ocurrido con otro paciente.

SOLUCION SALINA 0,9 % IFE, 10 frascos 500 ml.

Paciente que tras ser sometido a intervención quirúrgica se le retiró la sueroterapia antes de iniciar tolerancia oral, presentando 12 horas después un cuadro de oligoanuria que preciso tratamiento con sueroterapia y prolongación de la estancia hospitalaria.

NUTRICIÓN PARENTERAL.

Se pauta un cambio en el potasio de la nutrición parenteral durante el fin de semana sin avisar al farmacéutico, por lo que se envía la bolsa de nutrición con la composición inicial y el paciente presenta una disminución de los niveles de potasio.

VENOFUSIN® BICARBONATO 8,4 %, 10 frascos de 250 ml.

A un paciente con acidosis metabólica, se pauta (orden verbal) 60 mEq de bicarbonato 1 Molar en bolo como 60 ml de bicarbonato 1 Molar. La enfermera decide infundir los 60 mEq en bomba como bolo, programándola mal de forma que deja una perfusión de bicarbonato 1 Molar a 60 ml/hora durante 3 horas (es cuando se dan cuenta del error), recibiendo realmente el paciente 180 mEq de bicarbonato. Se produce una hipernatremia (sodio plasmático 154 en control).

6.- **RECOMENDACIONES A PROFESIONALES (<https://seguridadmedicamento.salud.madrid.org/home.aspx>):**

- ✓ **LARGACTIL 40mg/ml gotas orales en solución, 1 frasco de 30 ml y LARGACTIL 100 mg 30 comp. con película:** A consecuencia de una interpretación errónea de la prescripción donde figuraba: Largactil 3-3-5 sin especificar la forma farmacéutica y/o dosis se administró 100 veces superior a la que se debía administrar. Se recomienda que en las prescripciones del tipo 1-1-1, que se refieren a la pauta del Desayuno-Comida-Cena, vayan acompañadas de la forma farmacéutica y/o dosis así como de la temporalidad y la pauta horario si fuese necesario para no inducir a error al destinatario.
- ✓ **Medicamentos de Alto Riesgo: Cloruro de potasio intravenoso (solución concentrada), análisis de los errores de medicación del PRIMER SEMESTRE de 2013.**