

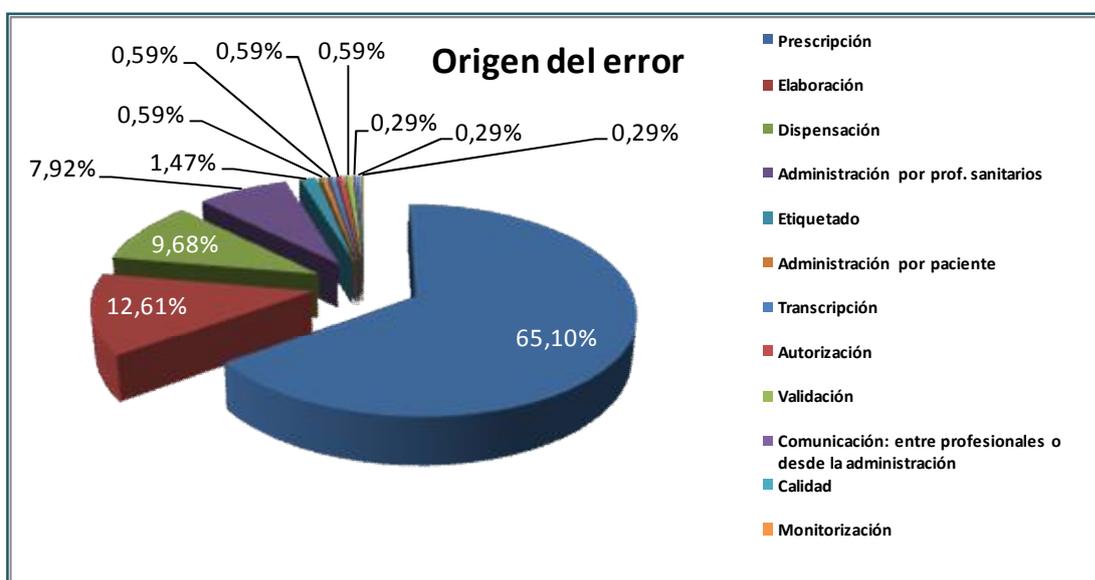
ANÁLISIS DE LAS NOTIFICACIONES ATENCIÓN HOSPITALARIA

ERRORES DE MEDICACIÓN ABRIL 2015

Durante el mes de ABRIL de 2015 los Hospitales de la Comunidad de Madrid han comunicado en el Portal de Uso Seguro de Medicamentos 341 notificaciones relacionadas con errores de medicación, de un total de 651 notificaciones recibidas desde todos los ámbitos asistenciales. De los procedentes del ámbito hospitalario podemos destacar lo siguiente:

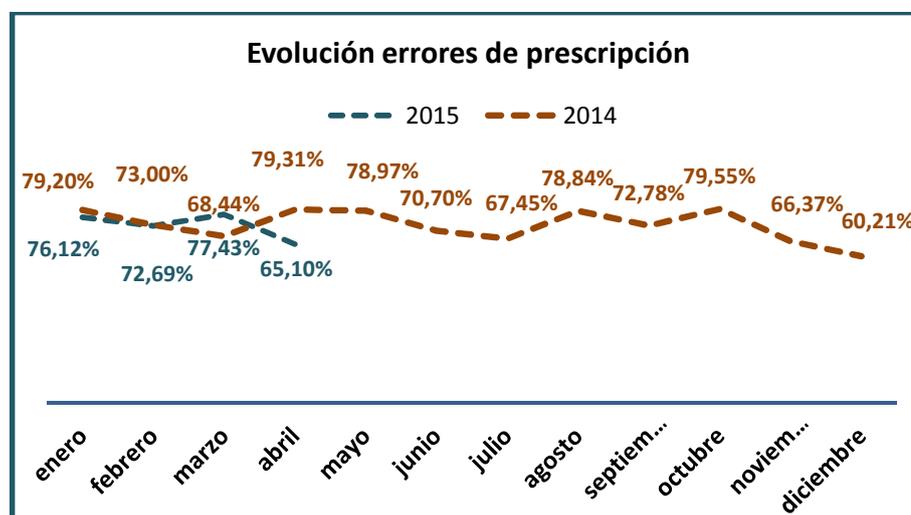
1.- Según el Origen del error:

Según el origen del error, las notificaciones recibidas en el ámbito hospitalario se clasifican tal y como se muestra en el siguiente gráfico. Hay que destacar el elevado número de errores originados en la etapa de la prescripción como viene siendo habitual (n=222).



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 2014 y los meses de enero, febrero y marzo de 2015.



3.- Clasificación de los errores según la persona que los descubre y el tipo de error detectado.

En la tabla adjunta se presentan los datos de las notificaciones recibidas en el Portal de Uso Seguro de Medicamentos según la persona que lo descubrió y el tipo de error.

CLASIFICACIÓN SEGÚN LA PERSONA QUE LOS DESCUBRE Y EL TIPO DE ERROR DETECTADO

Persona / Tipo de error	% (nº/Total o Total parcial)
Farmacéutico	60,42%
Error en la dosis: omisión o incorrecta	23,21%
Selección inapropiada del medicamento	19,94%
Frecuencia de administración errónea	8,04%
Error en la preparación	4,76%
Vía de administración incorrecta	0,89%
Forma farmacéutica errónea	0,89%
Duración del tratamiento incorrecta	0,89%
Monitorización insuficiente del tratamiento	0,60%
Hora de administración incorrecta	0,60%
Paciente equivocado	0,30%
Falta de cumplimiento del paciente	0,30%
Enfermera	29,17%
Error en la preparación	10,71%
Error en la dosis: omisión o incorrecta	5,06%
Selección inapropiada del medicamento	4,46%
Error de almacenamiento	3,57%
Paciente equivocado	1,79%
Frecuencia de administración errónea	0,89%
Vía de administración incorrecta	0,60%
Técnica de administración errónea	0,60%
Forma farmacéutica errónea	0,60%
Velocidad de administración incorrecta	0,30%
Monitorización insuficiente del tratamiento	0,30%
Duración del tratamiento incorrecta	0,30%
Médico	5,65%
Error en la dosis: omisión o incorrecta	1,79%
Error en la preparación	0,89%
Duración del tratamiento incorrecta	0,60%
Selección inapropiada del medicamento	0,60%
Frecuencia de administración errónea	0,60%
Vía de administración incorrecta	0,30%
Velocidad de administración incorrecta	0,30%
Medicamento deteriorado: caducado, mal conservado o con defectos en la calidad	0,30%
Falta de cumplimiento del paciente	0,30%
Otros estudiantes voluntarios	2,38%
Error en la dosis: omisión o incorrecta	1,49%
Frecuencia de administración errónea	0,30%

Selección inapropiada del medicamento	0,30%
Error en la preparación	0,30%
Auxiliar de enfermería	1,49%
Frecuencia de administración errónea	0,60%
Error en la dosis: omisión o incorrecta	0,30%
Selección inapropiada del medicamento	0,30%
Paciente equivocado	0,30%
Paciente	0,89%
Selección inapropiada del medicamento	0,60%
Error en la dosis: omisión o incorrecta	0,30%
Total general	100,00%

3.- Según el tipo de error: En la tabla se muestra la clasificación de los principales errores según el tipo de error:

TIPO DE ERROR	Nº NOTIF.	% (n=226)
Error en la dosis: omisión o incorrecta	108	31,67%
Selección inapropiada del medicamento	89	26,10%
Error en la preparación	57	16,72%
Frecuencia de administración errónea	35	10,26%
Error de almacenamiento	13	3,81%
Paciente equivocado	8	2,35%
Vía de administración incorrecta	6	1,76%
Duración del tratamiento incorrecta	6	1,76%
Forma farmacéutica errónea	5	1,47%
Velocidad de administración incorrecta	3	0,88%
Monitorización insuficiente del tratamiento	3	0,88%
Técnica de administración errónea	2	0,59%
Falta de cumplimiento del paciente	2	0,59%

4.- Principales causas de los errores de medicación: En la tabla se muestra la clasificación de los principales errores según las causas que lo motivaron:

CAUSAS	Nº NOTIF.	% vs total
Falta de cumplimiento o de procedimientos de trabajo establecidos	136	39,88%
Falta de conocimientos/formación	80	23,46%
Otros: situación de emergencias, personal insuficiente o sin experiencia	54	15,84%
La presentación de la especialidad farmacéutica da lugar a confusión	27	7,92%
Falta o fallo en el procedimiento de conciliación de la medicación: al ingreso	16	4,69%
Problemas en la interpretación de la prescripción: ambigua, ilegible, uso de abreviaturas	8	2,35%
Problemas en los equipos y dispositivos de dispensación/ preparación/ administración	8	2,35%
Incorrecta identificación del paciente	6	1,76%
Falta de concordancia entre las bases de datos y los medicamentos comercializados	5	1,47%
Comunicación verbal incorrecta/incompleta/ambigua	1	0,29%
Total general	341	100,00%

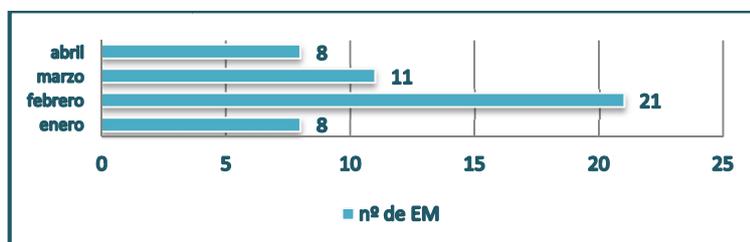
5.- Clasificación, según causa: Problemas en la interpretación de la prescripción: uso de abreviaturas, etc. En esta tabla se muestra los errores que han tenido como causa los problemas en la interpretación de la prescripción, según el tipo de error.

Problemas en la interpretación de la prescripción: ambigua, ilegible, uso de abreviaturas

TIPO DE ERROR	Nº NOTIF.	% (n=8)
---------------	-----------	---------

Error en la dosis: omisión o incorrecta	4	50,00%
Selección inapropiada del medicamento	2	25,00%
Duración del tratamiento incorrecta	1	12,50%
Frecuencia de administración errónea	1	12,50%

Evolución mensual del nº de notificaciones:



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

En esta tabla se muestran los errores según las consecuencias producidas en el paciente:

CONSECUENCIAS	Nº NOTIF.	% (n=226)
El error se produjo, pero no alcanzó al paciente	179	52,49%
Circunstancias o eventos con capacidad de causar error	79	23,17%
El error llegó al paciente, pero no le produjo daño	61	17,89%
El paciente presentó un daño temporal que requirió intervención médica	8	2,35%
El paciente requirió monitorización y/o intervención aunque no se produjo daño	7	2,05%
El paciente ha precisado o prolongado la hospitalización	4	1,17%
El error se ha producido, pero no se ha podido hacer seguimiento y conocer el daño	3	0,88%
Total general	341	100,00%

7. Medicamentos de Alto Riesgo ISMP.

Durante este mes se han notificado 69 errores de medicación donde ha participado un medicamento de alto riesgo que corresponde al 20,2 % del total de errores de medicación.

ERRORES DE MEDICACIÓN CON MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO

Citostáticos, parenterales y orales	34
Sin identificar	10
Opiáceos IV, transdérmicos y orales (todas las presentaciones)	4
Metotrexato oral (uso no oncológico)	3
Heparina y otros anticoagulantes parenterales (ej., antitrombina III, heparina sódica, enoxaparina, fondaparinux, lepirudina)	3
Agentes inotrópicos IV (ej. digoxina, milrinona)	3
Insulina IV y subcutánea	2
Cloruro potásico, IV (solución concentrada)	2
Cloruro sódico hipertónico	2
Anticoagulantes orales (ej. acenocumarol, dabigatrán)	1
Bloqueantes neuromusculares (ej. suxametonio, rocuronio, vecuronio)	1
Sulfato de magnesio IV	1
Medicamentos para sedación moderada IV (ej. midazolam, dexmetomidina)	1
Anestésicos generales inhalados e IV (ej. ketamina, propofol)	1
Antiarrítmicos IV (ej. amiodarona, lidocaína)	1

8.- Descripción de algunos de los errores de medicación que han tenido consecuencias de daño al paciente (n=12).

Se describen los casos de los errores de medicación que han tenido consecuencias para el paciente.

- El paciente presentó un daño temporal que requirió intervención médica

ANECTINE 50 MG/ML Y SYNACTEN AMPOLLAS (SUXAMETONIO CLORURO)

Por error, se selecciona y se administra 1 ampolla de ANECTINE® cuando en realidad se debía haber seleccionado y administrado SYNACTEN®. Las ampollas presentan formato semejante y se encontraban fuera de la caja.

CAPECITABINA ACCORD 150 MG 60 COMP. RECUBIERTOS CON PELICULA EFG

Frecuencia de administración errónea

CLORURO MORFICO 2 % INYECTABLE 10

Por error de identificación del paciente se prescribe un inicio de sedación para un paciente que no estaba en situación terminal. La enfermera que recibe el parte, que no conoce a los pacientes, aunque ha habido transmisión oral y en el parte escrito figura que el paciente estaba estable e incluso pendiente de alta, saca los tratamientos e inicia la administración porque no lee los comentarios de enfermería.

COLISTIMETATO DE SODIO GES 1 MUI POLVO PARA SOLUCION INYECTABLE/PARA INHALACION POR NEBULIZADOR, 10

A un paciente con Colistina intravenosa se administra vía inhalada.

SEVOFLURANO

Por rotura de la línea de administración del Sevofluorano, se tuvo que cambiar la jeringa y la línea. En el proceso, la paciente se despertó pese a la medicación IV administrada. El proceso de purga del nuevo sistema, se realizó de forma no habitual, el volumen del purgado fue administrado de golpe a la paciente, que sufrió un broncoespasmo severo con desaturación importante y vasodilatación generalizada.

DIGOXINA KERN PHARMA 0,25MG/ML 5 AMPOL 2ML SOL INY

Paciente que presenta intoxicación por Digoxina por lo que se le suspende en la prescripción electrónica y a pesar de ello se administró la dosis del día siguiente.

NEMEA 200 MG 40 COMPRIMIDOS (CAPECITABINA)

Por error la paciente recibe y se administra un comprimido de Clozapina 200 mg en lugar de ácido fólico y vitamina D. La paciente presentó bajo nivel de conciencia derivandola al Hospital donde se le administra Flumazenilo.

TEMODAL 100 MG 5 CAPSULAS (TEMOZOLAMIDA)

Paciente que en el tercer ciclo de quimioterapia con Temozolomida, solicita que se le dispense medicación para dos ciclos en lugar de uno, por vacaciones. Se dispensan 2 ciclos de 28 días y al cabo de 56 días el paciente acude a consulta y en la analítica muestra neutropenia que obliga a aplazar el tratamiento del siguiente ciclo. El paciente se había tomado 10 días seguidos la medicación de los 2 ciclos, en lugar de 2 de 5 días cada 28 días.

- El paciente ha precisado o prolongado la hospitalización

SIN IDENTIFICAR

Administración de insulino terapia correspondiente a otro paciente ingresado.

Se pauta en la UCI de neonatos un goteo, por vía periférica, con una cantidad de potasio elevada causando quemadura al paciente.

DIGOXINA KERN PHARMA 0,25 MG/ML SOLUCIÓN 60 ML

Paciente que tomaba Digoxina desde hace aproximadamente un año, y que en consultas refería que tomaba 5 ml cada 24 horas. Ingresa con sobredosificación y bradicardia secundaria. Se descubre que lo que el paciente tomaba en su domicilio era una cucharita de café, en lugar de los 5 ml.

LANACORDIN PEDIATRICO (DIGOXINA)

Paciente con insuficiencia renal crónica en programa de hemodiálisis desde el año 2009, e hipertiroidismo tratado con Levotiroxina. Se le prescribe una dosis normal de Digoxina (0.1 mg/día) sin ajuste a su función renal, por lo que sufre intoxicación digitalica.

9.- Problemas de Suministro y Reanudaciones de suministro:

Durante el mes de abril hemos tenido conocimiento de:

FORTECORTIN 4 MG Y 8 MG	Restablecimiento de suministro.
MANIDON 180 RETARD 60 COMP. DE LIBERACIÓN CONTROLADA	Problemas de suministro hasta el 18 de mayo.
TUBERCULINA PPD EVANS 2 UT/0,1 ML SOLUCIÓN INYECTABLE, 1 VIAL DE 1,5 ML	Restablecimiento de suministro.
SINOGAN 40 MG/ML GOTAS ORALES EN SOLUCIÓN, 1 FRASCO DE 30 ML	Problemas de suministro. El Servicio de Medicación Extranjera ha confirmado su importación.