

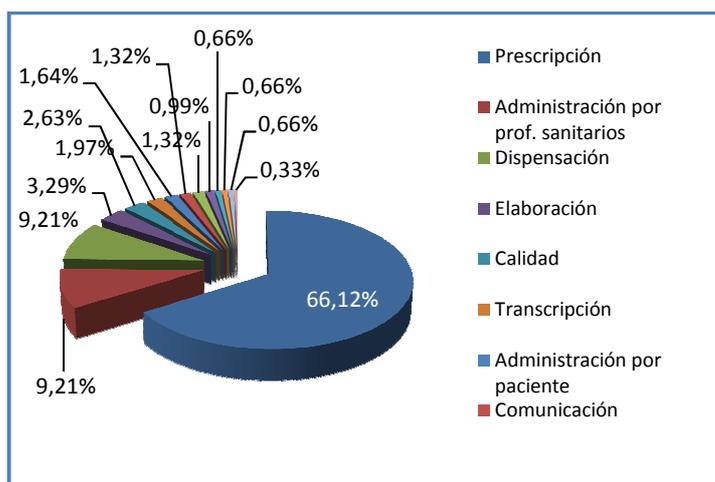
ANÁLISIS DE LAS NOTIFICACIONES ATENCIÓN HOSPITALARIA

ERRORES DE MEDICACIÓN OCTUBRE 2015

Durante el mes de OCTUBRE de 2015 los Hospitales de la Comunidad de Madrid han comunicado en el Portal de Uso Seguro de Medicamentos **303** notificaciones relacionadas con errores de medicación, de un total de **548** errores de medicación procedentes de todos los ámbitos asistenciales, distribuidos de la siguiente manera: Unidades Funcionales para la Gestión de Riesgos (Atención Especializada): 303 (56,51%); Oficinas de Farmacia de la Red de Farmacias Centinela: 30 (5,58%); Unidades Funcionales para la Gestión de Riesgos (Direcciones Asistenciales de Atención Primaria): 204 (37,92%); Unidades Funcionales para la Gestión de Riesgos (Medicamentos Extranjeros): 0 (0%); Unidades Funcionales para la Gestión de Riesgos (Residencias de Ancianos): 11 (2,04%). De los procedentes del ámbito hospitalario podemos destacar lo siguiente:

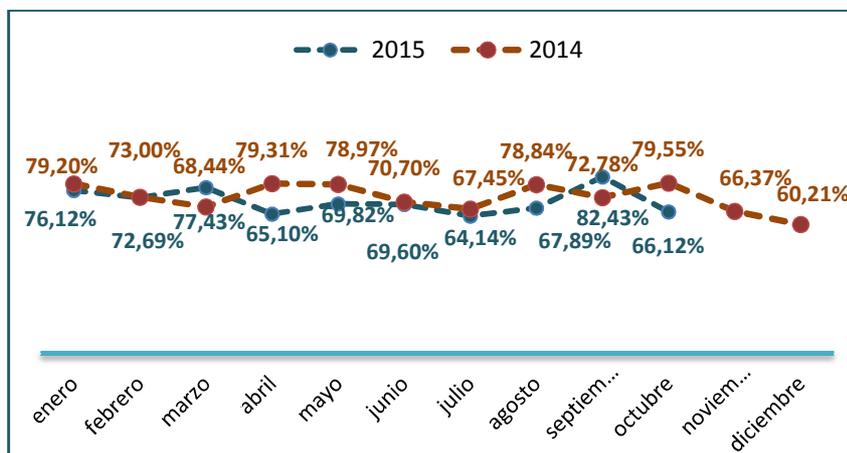
1.- Según el Origen del error:

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



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 hasta octubre de 2015.



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

PERSONA	% (vs total)
Farmacéutico	66,56%
Enfermera	24,50%
Médico	5,30%
Paciente	2,65%
Auxiliar de enfermería	0,66%
Familiar	0,33%

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

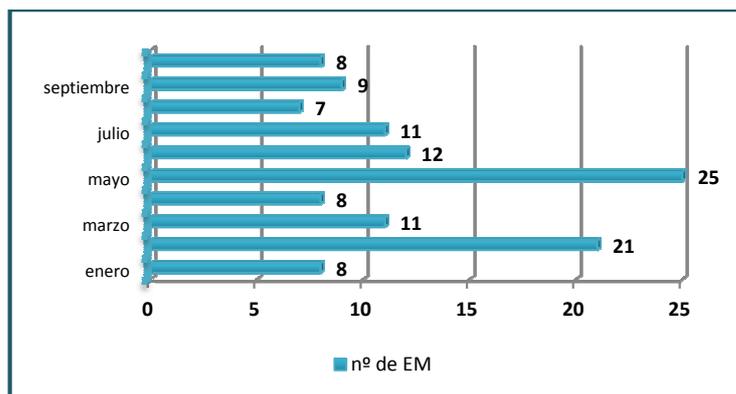
TIPO DE ERROR	% vs total
Selección inapropiada del medicamento	35,53%
Error en la dosis: omisión o incorrecta	34,21%
Frecuencia de administración errónea	5,92%
Error en la preparación	5,26%
Medicamento deteriorado	3,95%
Error de almacenamiento	2,96%
Vía de administración incorrecta	2,63%
Paciente equivocado	2,30%
Duración del tratamiento incorrecta	2,30%
Hora de administración incorrecta	1,64%
Forma farmacéutica errónea	1,32%
Velocidad de administración incorrecta	0,66%
Monitorización insuficiente del tratamiento	0,66%
Falta de cumplimiento del paciente	0,33%
Técnica de administración errónea	0,33%

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

CAUSAS	% vs total
Falta de cumplimiento o de procedimientos de trabajo establecidos	36,51%
Falta de conocimientos/formación	27,63%
Otros: situación de emergencias, personal insuficiente o sin experiencia	10,53%
La presentación de la especialidad farmacéutica da lugar a confusión: nombre similares, similitud de envases	8,22%
Falta o fallo en el procedimiento de conciliación de la medicación: al ingreso	6,91%
Problemas en los equipos y dispositivos de dispensación/ preparación/ administración	3,29%
Problemas en la interpretación de la prescripción: ambigua, ilegible, uso de abreviaturas	2,63%
Comunicación verbal incorrecta/incompleta/ambigua	1,97%
Incorrecta identificación del paciente	0,99%
Falta o fallo en el procedimiento de conciliación de la medicación: entre unidades asistenciales	0,66%
Falta o fallo en el procedimiento de conciliación de la medicación: al alta	0,33%
Falta de concordancia entre las bases de datos y los medicamentos comercializados	0,33%

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

TIPO DE ERROR	% (n=8)
Error en la dosis: omisión o incorrecta	50,00%
Frecuencia de administración errónea	37,50%
Selección inapropiada del medicamento	12,50%



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

CONSECUENCIAS	% vs total
El error se produjo, pero no alcanzó al paciente	46,53%
Circunstancias o eventos con capacidad de causar error	24,09%
El error llegó al paciente, pero no le produjo daño	22,44%
El paciente requirió monitorización y/o intervención aunque no se produjo daño	3,30%
El error se ha producido, pero no se ha podido hacer seguimiento y conocer el daño	2,31%
El paciente presentó un daño temporal que requirió intervención médica	0,99%
Se ha requerido intervención para mantener la vida del paciente	0,33%

8. Medicamentos de Alto Riesgo ISMP.

Durante este mes se han notificado 31 errores de medicación con medicamentos de alto riesgo (8,6 % del total).

Nº DE ERRORES DE MEDICACIÓN CON MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO	
Citostáticos, parenterales y orales	7
Nutrición parenteral	6
Insulina IV y subcutánea	5
Heparina y otros anticoagulantes parenterales (ej., antitrombina III, heparina sódica, enoxaparina, fondaparinux, lepirudina)	4
Metotrexato oral (uso no oncológico)	2
Anestésicos generales inhalados e IV (ej. ketamina, propofol)	1
Anticoagulantes orales (ej. acenocumarol, dabigatrán)	1
Antidiabéticos orales (ej. glibenclamida)	1
Bloqueantes neuromusculares (ej. suxametonio, rocuronio, vecuronio)	1

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

AMOXICILINA/ACIDO CLAVULANICO NORMON 1.000 MG/200 MG POLVO PARA SOLUCION INYECTABLE Y PARA PERFUSION

Se administra, por error, amoxicilina/clavulánico 1 g a un paciente equivocado alérgico a esta medicación. Al administrarle aproximadamente un cuarto del vial, el paciente comienza a tener sintomatología de mareo y sudoración. En ese momento se advierte el error y se suspende inmediatamente la administración. Se tomaron las medicación terapéuticas pertinentes para la estabilización del paciente

GLUCOSADO HIPERTONICO 40% FRESENIUS KABI, 12 FRASCOS DE 250 ML (carbohidratos)

Se solicita parenteral para un paciente con el menor volumen posible y se le advierte, por teléfono, que se reducirá la glucosa a 70 g y también el aporte calórico; no se transcribe el cambio de prescripción en el programa informático. La prescripción de glucosa se mantiene en 100 g jueves y viernes y el miércoles se saca con 70 g ya que no aumentaron el volumen. No se conoce las consecuencias del error.

SUERO FISIOLÓGICO

Paciente que se le iba a anestesiar en una cirugía programada de tórax. Una vez cogida la vía periférica y administrar la pre-medicación, el anestesista se da cuenta que lo que la enfermera había colocado en el *abbocath* era el sistema de la bomba de perfusión de remifentanilo, que al estar sin colocar aún la bomba tenía caída gravitacional le produjo una desaturación importante, rigidez y disminución del nivel de consciencia. Hubo que ventilar con mascarilla facial, bolsa y administrar naloxona. A los 23 minutos revirtió el cuadro.

10.- Problemas de Suministro:

Durante el mes de octubre hemos tenido conocimiento de los siguientes problemas/restablecimientos de suministro:

C.N	Medicamento	Situación	Observaciones de la AEMPS
776211	KETOLAR 50 mg/ml SOLUCION INYECTABLE , 1 vial de 10 ml	Restablecimiento de suministro	El 13/10/2015 se ha reanudado el suministro.
991240	LUDIOMIL 75 mg , 28 comprimidos (maprotilina)	Problemas de suministro	El Servicio de Medicación Extranjera de la AEMPS ha confirmado su importación
670133	SECALIP 250 mg CAPSULAS DURAS DE LIBERACION PROLONGADA , 30 cápsulas	Restablecimiento de suministro	Con fecha 18/09/2015 restableció el suministro y actualmente tiene stock suficiente para abastecer al mercado
836585	TOFRANIL 25 mg COMPRIMIDOS RECIBIERTOS , 50 comprimidos (imipramina hidrocloreuro)	Problemas de suministro	El Servicio de Medicación Extranjera de la AEMPS ha confirmado su importación.

Listado completo de medicamentos con problemas de suministro en la web de la AEMPS. Disponible en:
<http://www.aemps.gob.es/cima/fichasTecnicas.do?metodo=buscarDesabastecidos>