

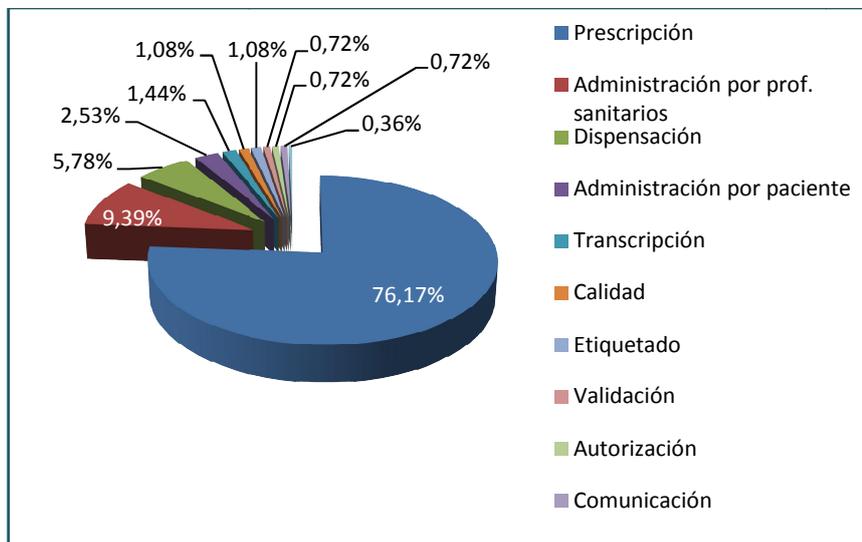
ANÁLISIS DE LAS NOTIFICACIONES ATENCIÓN HOSPITALARIA

ERRORES DE MEDICACIÓN NOVIEMBRE 2015

Durante el mes de NOVIEMBRE de 2015 los Hospitales de la Comunidad de Madrid han comunicado en el Portal de Uso Seguro de Medicamentos **277** notificaciones relacionadas con errores de medicación, de un total de 780 errores de medicación procedentes de todos los ámbitos asistenciales. De los procedentes del ámbito hospitalario podemos destacar lo siguiente:

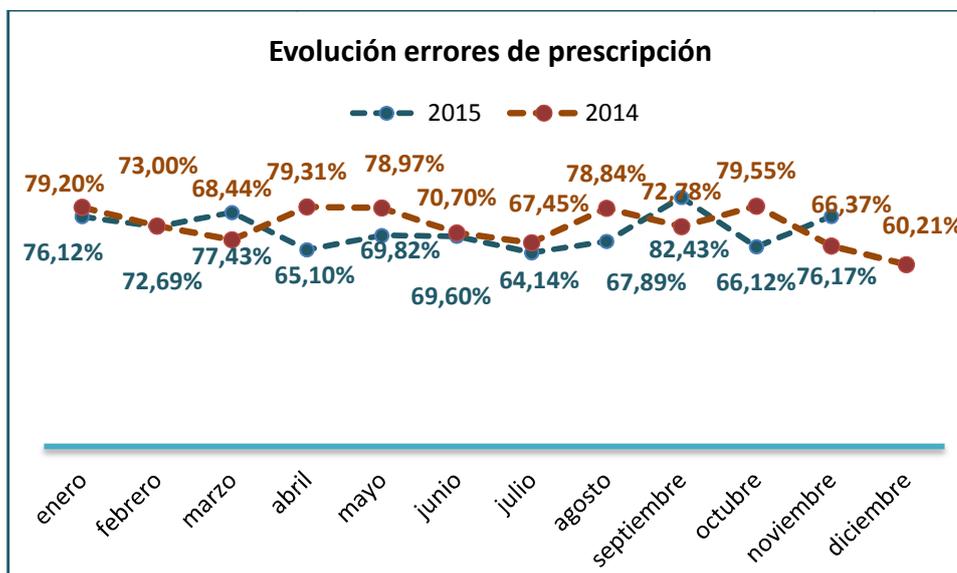
1.- Según el Origen del error:

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



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	75,64%
Enfermera	16,00%
Médico	5,09%
Paciente	1,82%
Auxiliar de enfermería	1,09%
Familiar	0,36%

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

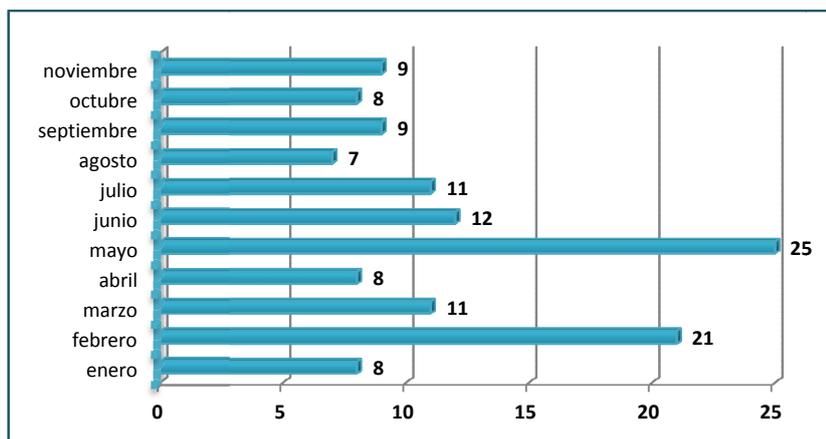
TIPO DE ERROR	% vs total
Selección inapropiada del medicamento	35,38%
Error en la dosis: omisión o incorrecta	30,69%
Frecuencia de administración errónea	11,91%
Forma farmacéutica errónea	4,33%
Error en la preparación	3,61%
Paciente equivocado	2,53%
Vía de administración incorrecta	2,53%
Medicamento deteriorado	2,17%
Monitorización insuficiente del tratamiento	1,44%
Duración del tratamiento incorrecta	1,44%
Hora de administración incorrecta	1,44%
Falta de cumplimiento del paciente	0,72%
Velocidad de administración incorrecta	0,72%
Error de almacenamiento	0,72%
Técnica de administración errónea	0,36%

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

CAUSAS	% vs total
Falta de conocimientos/formación	31,77%
Falta de cumplimiento o de procedimientos de trabajo establecidos	31,05%
Otros: situación de emergencias, personal insuficiente o sin experiencia	13,72%
Falta o fallo en el procedimiento de conciliación de la medicación: al ingreso	6,50%
La presentación de la especialidad farmacéutica da lugar a confusión: nombre similares, similitud de envases	5,05%
Problemas en los equipos y dispositivos de dispensación/ preparación/ administración	4,33%
Problemas en la interpretación de la prescripción: ambigua, ilegible, uso de abreviaturas	3,25%
Incorrecta identificación del paciente	2,17%
Falta de concordancia entre las bases de datos y los medicamentos comercializados	1,08%
Falta o fallo en el procedimiento de conciliación de la medicación: entre unidades asistenciales	0,72%
Falta o fallo en el procedimiento de conciliación de la medicación: al alta	0,36%

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

TIPO DE ERROR	% (n=9)
Error en la dosis: omisión o incorrecta	66,67%
Frecuencia de administración errónea	33,33%



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 20 errores de medicación con medicamentos de alto riesgo (87,2 % del total).

Nº DE ERRORES DE MEDICACIÓN CON MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO	
Citostáticos, parenterales y orales	10
Agentes inotrópicos IV (ej. digoxina, milrinona)	2
Anticoagulantes orales (ej. acenocumarol, dabigatrán)	1
Metotrexato oral (uso no oncológico)	1
Insulina IV y subcutánea	1
Antidiabéticos orales (ej. gliBENCLAMida)	1
Nitroprusiato sódico IV	1
Opiáceos IV, transdérmicos y orales (todas las presentaciones)	1
Agonistas adrenérgicos IV (ej. ADRENalina, DOPamina, noradrenalina)	1

Heparina y otros anticoagulantes parenterales (ej., antitrombina III, heparina sódica, enoxaparina, fondaparinux, lepirudina)

1

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

IBUPROFENO ALTER 600MG 40 COMPRIM RECUB EFG

Paciente en diálisis peritoneal con pericarditis aguda, se le pauta IBUPROFENO 600 mg/8 h pero el profesional no se lo administra al pensar que es para el dolor. El paciente empeora.

FUROSEMIDA GESFUR 20MG/2ML.SOLUCION INYECTABLE EFG, 10 AMPOLLAS DE 2 ML

Se produce una omisión del medicamento FUROSEMIDA ampollas en Hoja de Administración, que consta en prescripción electrónica, tras programación de interrupción el sábado 31/10/2015 de 60 mg cada 8 horas y reprogramación de inicio el domingo 01/11/2015 con 40 mg cada 8 horas. A las 48 horas el médico responsable detecta que el paciente continúa muy hinchado y constata que la enfermera no está administrando la medicación por no aparecer en su Hoja de administración impresa. El paciente experimenta empeoramiento clínico. Contacta con el Servicio de Farmacia que analiza el caso y detecta que sucede por haber estado asociada la línea nueva a la antigua programada con interrupción automática. Se comunica al Servicio de Informática del hospital para que sea trasladado a los responsables de la aplicación. Se vigilan resto de tratamientos asociados con interrupciones programadas (Fecha Fin, Dosis única, pautas "ahora"). Se establece consulta automática de detección de este perfil de tratamientos para deshacer las asociaciones que provocan error.

INSULINA LANTUS

Paciente de pediatría, que se administra insulina en pluma, con las agujas de seguridad que proporciona el hospital. Se produce hiperglucemia, debido a que el niño necesita ejercer una presión que no es capaz de realizar con estas agujas.

TYGACIL 50 MG POLVO PARA SOLUCION PARA PERFUSION, 10 VIALES (TIGECICLINA)

Se pauta tigeciclina a un paciente de UCI con shock séptico y por error se retrasa el inicio de tratamiento 5 horas, cuando las recomendaciones indican dar el antibiótico en las primeras 2 horas.

10.- Problema/Incidentes relacionados con el Suministro:

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

C.N	Medicamento	Situación	Observaciones de la AEMPS
885764	ANTICUDE, 2 ampollas de 2 ml (EDROFONIO BROMURO)	Problemas de suministro	El Servicio de Medicación Extranjera de la AEMPS ha confirmado su importación.
672021	MANIDON 120 RETARD COMPRIMIDOS DE LIBERACION PROLONGADA, 60 (VERAPAMILO HIDROCLORURO)	Restablecimiento de suministro	Con fecha 17/11/2015 queda restablecido su abastecimiento
701257	BEXSERO® suspensión inyectable en jeringa precargada 1 jeringa precargada con aguja (VACUNA FRENTE AL MENINGOCOCO B)	Prescripción con receta médica	Existen unidades limitadas

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>