

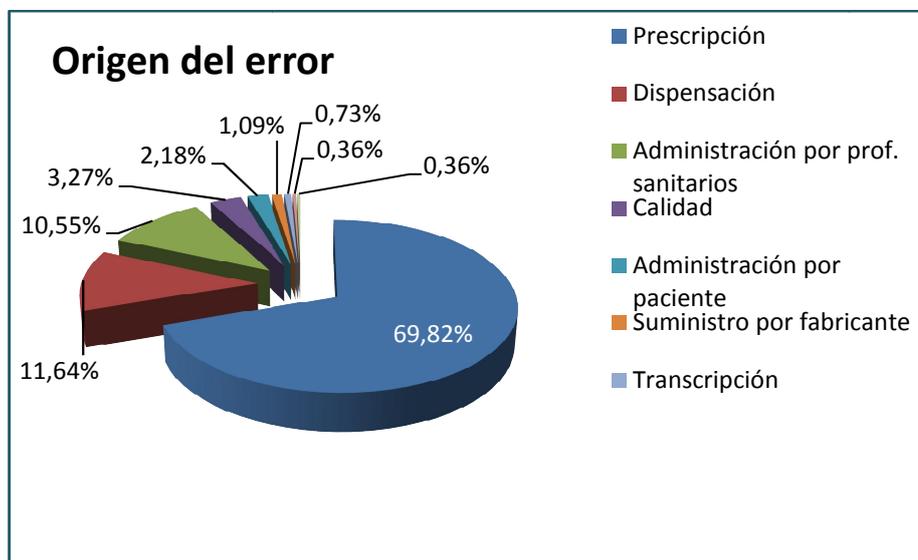
ANÁLISIS DE LAS NOTIFICACIONES ATENCIÓN HOSPITALARIA

ERRORES DE MEDICACIÓN MAYO 2015

Durante el mes de MAYO de 2015 los Hospitales de la Comunidad de Madrid han comunicado en el Portal de Uso Seguro de Medicamentos 275 notificaciones relacionadas con errores de medicación, de un total de 500 notificaciones recibidas desde todos los ámbitos asistenciales. De los procedentes del ámbito hospitalario podemos destacar lo siguiente:

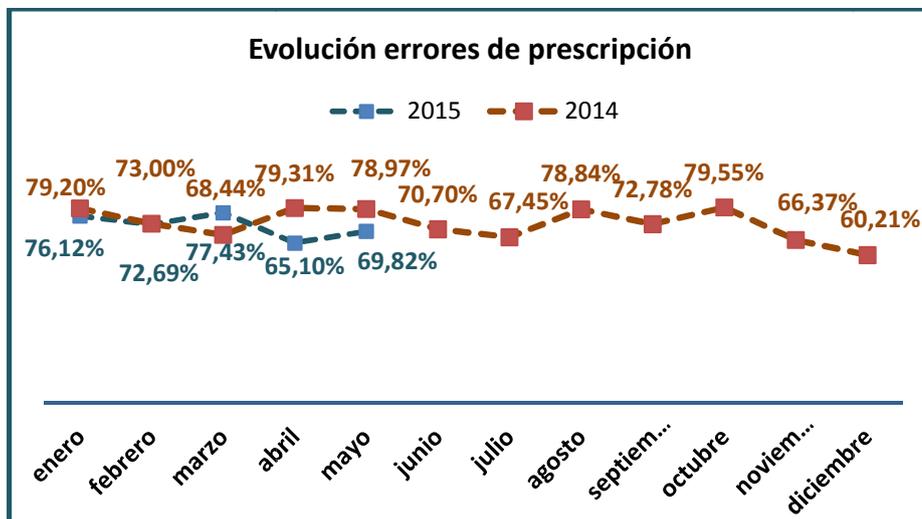
1.- Según el Origen del error:

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 hasta mayo 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	57,82%
Error en la dosis: omisión o incorrecta	26,55%
Selección inapropiada del medicamento	18,18%
Frecuencia de administración errónea	8,00%
Forma farmacéutica errónea	1,82%
Vía de administración incorrecta	1,09%
Duración del tratamiento incorrecta	0,73%
Medicamento deteriorado	0,73%
Error de almacenamiento	0,36%
Error en la preparación	0,36%
Enfermera	28,00%
Error en la dosis: omisión o incorrecta	10,91%
Selección inapropiada del medicamento	5,09%
Medicamento deteriorado	3,27%
Paciente equivocado	2,55%
Vía de administración incorrecta	2,18%
Error en la preparación	2,18%
Error de almacenamiento	0,73%
Velocidad de administración incorrecta	0,73%
Frecuencia de administración errónea	0,36%
Médico	7,64%
Error en la dosis: omisión o incorrecta	1,82%
Selección inapropiada del medicamento	1,09%
Paciente equivocado	1,09%
Frecuencia de administración errónea	1,09%
Medicamento deteriorado	1,09%
Velocidad de administración incorrecta	0,73%
Vía de administración incorrecta	0,36%
Duración del tratamiento incorrecta	0,36%
Auxiliar de enfermería	4,73%
Frecuencia de administración errónea	1,45%
Selección inapropiada del medicamento	0,73%
Error en la preparación	0,73%
Error en la dosis: omisión o incorrecta	0,73%
Paciente equivocado	0,73%
Vía de administración incorrecta	0,36%
Paciente	1,09%
Medicamento deteriorado	0,73%
Error en la preparación	0,36%

No se indica	0,36%
Frecuencia de administración errónea	0,36%
Familiar	0,36%
Frecuencia de administración errónea	0,36%

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	110	40,00%
Selección inapropiada del medicamento	69	25,09%
Frecuencia de administración errónea	32	11,64%
Medicamento deteriorado	16	5,82%
Paciente equivocado	12	4,36%
Vía de administración incorrecta	11	4,00%
Error en la preparación	10	3,64%
Forma farmacéutica errónea	5	1,82%
Velocidad de administración incorrecta	4	1,45%
Duración del tratamiento incorrecta	3	1,09%
Error de almacenamiento	3	1,09%

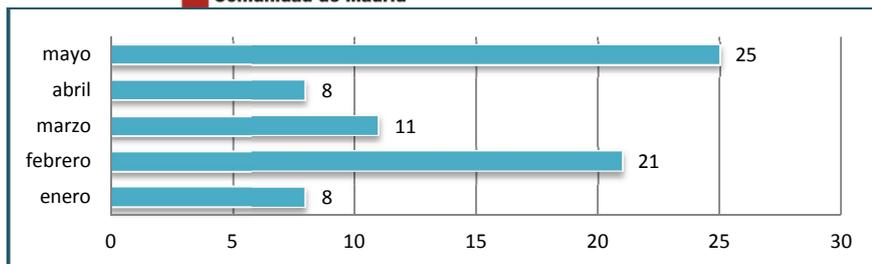
4.- Principales causas de los errores de medicación: En la tabla se muestra la clasificación de los principales errores según las causas que lo motivaron:

CAUSAS	Nº NOTIF.	% vs total
Falta de cumplimiento o de procedimientos de trabajo establecidos	71	25,82%
Falta de conocimientos/formación	64	23,27%
Otros: situación de emergencias, personal insuficiente o sin experiencia	38	13,82%
Problemas en los equipos y dispositivos de dispensación/ preparación/ administración	28	10,18%
Problemas en la interpretación de la prescripción: ambigua, ilegible, uso de abreviaturas	25	9,09%
La presentación de la especialidad farmacéutica da lugar a confusión: nombre similares, similitud de envases	21	7,64%
Falta o fallo en el procedimiento de conciliación de la medicación: al ingreso	14	5,09%
Incorrecta identificación del paciente	6	2,18%
Comunicación verbal incorrecta/incompleta/ambigua	3	1,09%
Falta o fallo en el procedimiento de conciliación de la medicación: entre unidades asistenciales	2	0,73%
Falta de concordancia entre las bases de datos y los medicamentos comercializados	2	0,73%
Falta o fallo en el procedimiento de conciliación de la medicación: al alta	1	0,36%

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 y en la siguiente su evolución mensual.

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

TIPO DE ERROR	Nº NOTIF.	% (n=25)
Error en la dosis: omisión o incorrecta	13	52,00%
Frecuencia de administración errónea	5	20,00%
Selección inapropiada del medicamento	5	20,00%
Vía de administración incorrecta	2	8,00%



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	139	50,55%
El error llegó al paciente, pero no le produjo daño	69	25,09%
Circunstancias o eventos con capacidad de causar error	42	15,27%
El paciente presentó un daño temporal que requirió intervención médica	11	4,00%
El paciente requirió monitorización y/o intervención aunque no se produjo daño	10	3,64%
El error se ha producido, pero no se ha podido hacer seguimiento y conocer el daño	2	0,73%
El paciente ha precisado o prolongado la hospitalización	2	0,73%

7. Medicamentos de Alto Riesgo ISMP.

Durante este mes se han notificado 30 errores de medicación donde ha participado un medicamento de alto riesgo que corresponde al 11 % del total de errores de medicación, en 3 ocasiones se produjo daño al paciente.

ERRORES DE MEDICACIÓN CON MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO	
Heparina y otros anticoagulantes parenterales (ej., antitrombina III, heparina sódica, enoxaparina, fondaparinux, lepirudina)	6
Opiáceos IV, transdérmicos y orales (todas las presentaciones)	5
Citostáticos, parenterales y orales	5
Agentes inotrópicos IV (ej. digoxina, milrinona)	2
Anticoagulantes orales (ej. acenocumaro, dabigatrán)	2
Cloruro potásico, IV (solución concentrada)	2
Antidiabéticos orales (ej. gliBENCLAMida)	1
Metotrexato oral (uso no oncológico)	1
Insulina IV y subcutánea	1
Antiarrítmicos IV (ej. amiodarona, lidocaína)	1
Nutrición parenteral	1
Bloqueantes neuromusculares (ej. suxametonio, rocuronio, vecuronio)	1
Agonistas adrenérgicos IV (ej. ADRENalina, DOPamina, noradrenalina)	1
Cloruro sódico hipertónico ($\geq 0,9\%$)	1

8.- Descripción de algunos errores de medicación que han tenido consecuencias de daño al paciente (n=13).

El paciente ha precisado o prolongado la hospitalización
CLEXANE 40 MG (4000 U.I.) INYECTABLE 10 JERINGAS PRECARGADAS (enoxaparina)
Paciente de alta, con pauta de CLEXANE cada 8 HORAS, vuelve a urgencias por hemorragia digestiva probablemente secundaria a la supradosificación de heparina de bajo peso molecular.
PRASUGREL 10MG COMPRIMIDOS

Se le administra, por error, un comprimido de Prasugrel de otro paciente, produciendo un aumento de riesgo de sangrado y complicaciones de una paciente con hemoptisis activa.
El paciente presentó un daño temporal que requirió intervención médica
ACTRAPID 100 UI/ML, SOLUCION INYECTABLE EN UN VIAL, 1 VIAL DE 10 ML (Insulina humana rápida)
Por error se administran 190 UI de Insulina Actrapid en vez de heparina en el Nivel II de la Urgencia. Los viales son muy parecidos. El paciente hace una hipoglucemia severa casi entrando en coma, Hipopotasemia K2.8, el cuadro se resuelve a las 8 horas.
BUPIVACAINA EPIDURAL
Se administra a una niña en la urgencia del infantil una bolsa de bupivacaina epidural por vía intravenosa confundida con un suero glucosalino 2.5%. Se habían dispensado mezclas, por error. Ambas preparaciones se elaboran en el servicio de farmacia, y como las etiquetas son muy parecidas, al ir a administrar el suero tampoco se comprobó la etiqueta y se administró por error. La niña empezó con convulsiones y rápidamente identificaron donde estaba el error, le dieron soporte adecuado en la UCI y no ha sufrido daño posterior.
KETOROLACO TROMETAMOL NORMON 30 MG/ML SOLUCION INYECTABLE EFG, 100 AMPOLLAS DE 1 ML
Se administra ketorolaco a un paciente alérgico y a los 30 min presenta disnea, desaturación y broncoespasmo siendo necesarias nebulizaciones y adrenalina IV. No había sido incluida la alerta de medicación, se había incluido varias alergias en nota de neumología de otro mes.
NEMEA 100 MG COMPRIMIDOS , 40 COMPRIMIDOS (clozapina)
Paciente epiléptico que ingresa con una pauta de clozapina de 300 mg cada 12 horas. El médico prescribe este tratamiento en la aplicación informática pero al transcribirlo otro profesional pone 300 mg cada 8 horas y se le administra al paciente. En la revisión periódica de los tratamientos por parte de enfermería se detecta el error y se habla con el médico que decide ir bajando la dosis de forma paulatina. Mientras se está llevando a cabo el paciente sufre una crisis comicial.
PLAVIX 75MG 28 COMPRIMIDOS RECUB PELIC (clopidogrel)
Se administra anticoagulación y antiagregación en paciente, con dolor torácico. Posteriormente inicia una reacción alérgica con dificultad respiratoria que se trata oportunamente. Reacción conocida y estudiada pero no registrada.
PROPOFOL FRESENIUS 20 MG/ML EMULSION PARA INYECCION O PERFUSION EFG, 10 VIALES DE 50 ML
Paciente al que se realiza un traslado secundario (hospital-hospital) en UVIMóvil, lleva puesta una perfusión de propofol 2% (marca desconocida) con bomba de infusión volumétrica a 4 ml/hora. Por un error de la bomba se infunden de forma súbita 20 ml. El paciente sufre una bajada de tensión arterial que requiere estabilización hemodinámica.
RACLITAXEL QUIMIOTERÁPICO
Reacción anafiláctica que requirió tratamiento urgente y monitorización
VFEND 200 MG POLVO PARA SOLUCION PARA PERFUSION, 1 VIAL (voriconazol)
Por error en el programa informático de la UVI, se produce la interrupción de la administración de voriconazol de forma involuntaria a pesar de haber validado la prolongación del tratamiento.

9.- Problemas de Suministro:

La AEMPS ha emitido una Nota informativa donde indica que existen problemas de suministro con las vacunas con componente frente a tosferina. Durante el mes de mayo hemos tenido conocimiento de los siguientes problemas de suministro:

C.N	Medicamento	Principio activo	Situación	Observaciones de la AEMPS
746784	DOGMATIL 50 mg/ml SOLUCION INYECTABLE , 12 ampollas de 2 ml	Sulpirida	Falta de suministro	Se puede solicitar como medicamento extranjero
676858	HAVRIX 1440, SUSPENSION INYECTABLE EN JERINGA PRECARGADA, 1 jeringa precargada de 1 ml	Hepatitis A, virus entero inactivado	Falta de suministro	Existe un medicamento con el mismo principio activo y para la misma vía de administración
656535	TETRACICLINA ITALFARMACO, 16 comprimidos	Tetraciclina	Falta de suministro	Se puede solicitar como medicamento extranjero
606489	FOSFOCINA INTRAVENOSA 1 g INYECTABLE , 50 viales + 50 ampollas	Fosfomicina	Falta de suministro	Existen unidades limitadas de Fosfocina intravenosa 1 g inyectable , 1 vial + 1 ampolla de disolvente

Referencia: <http://www.aemps.gob.es/cima/fichasTecnicas.do?metodo=buscarDesabastecidos>