



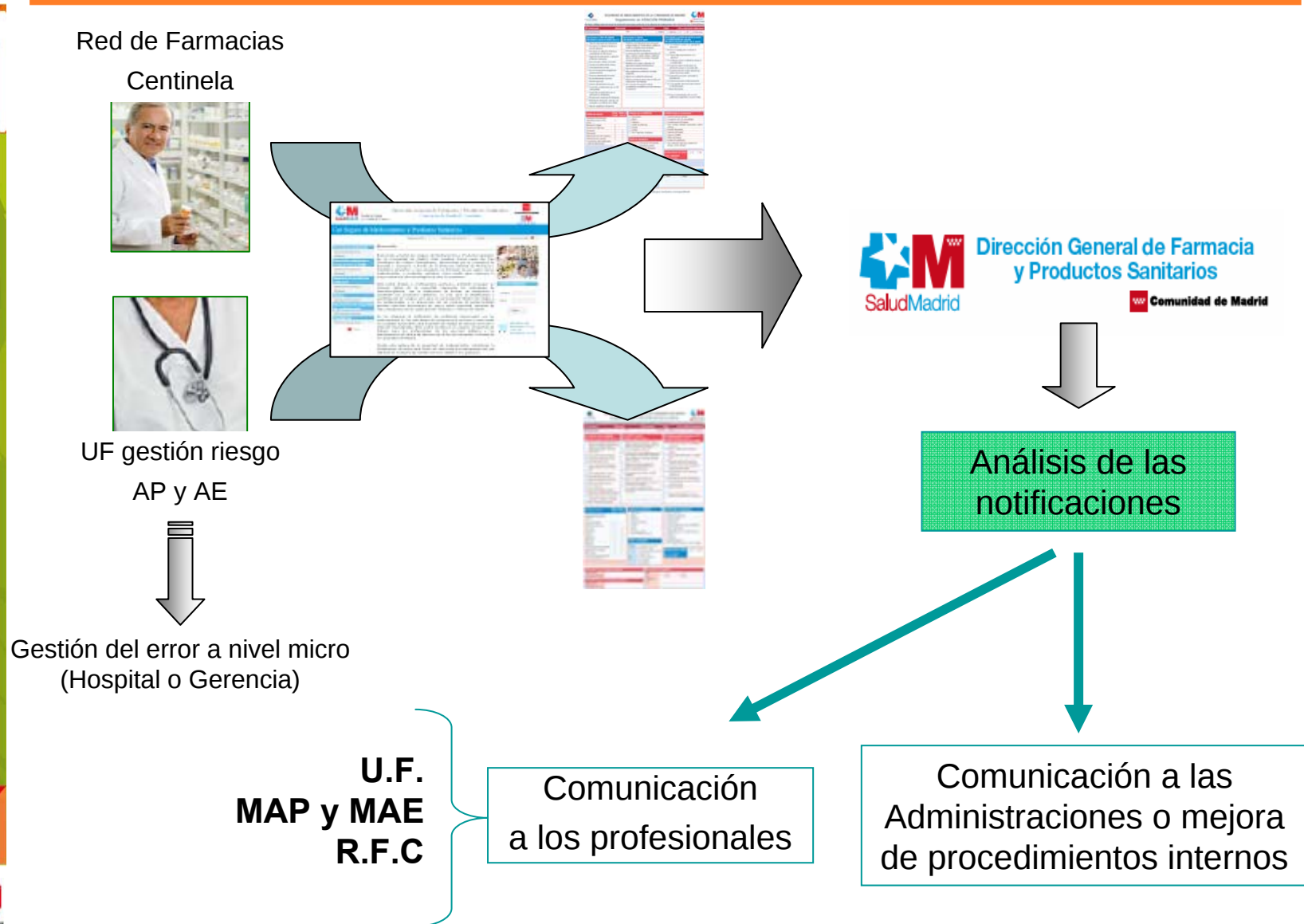
Resultados de la gestión de errores de medicación en la Comunidad de Madrid

D^a Encarnación Cruz Martos
Subdirectora General de Prestación Farmacéutica.
Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios
de la Comunidad de Madrid



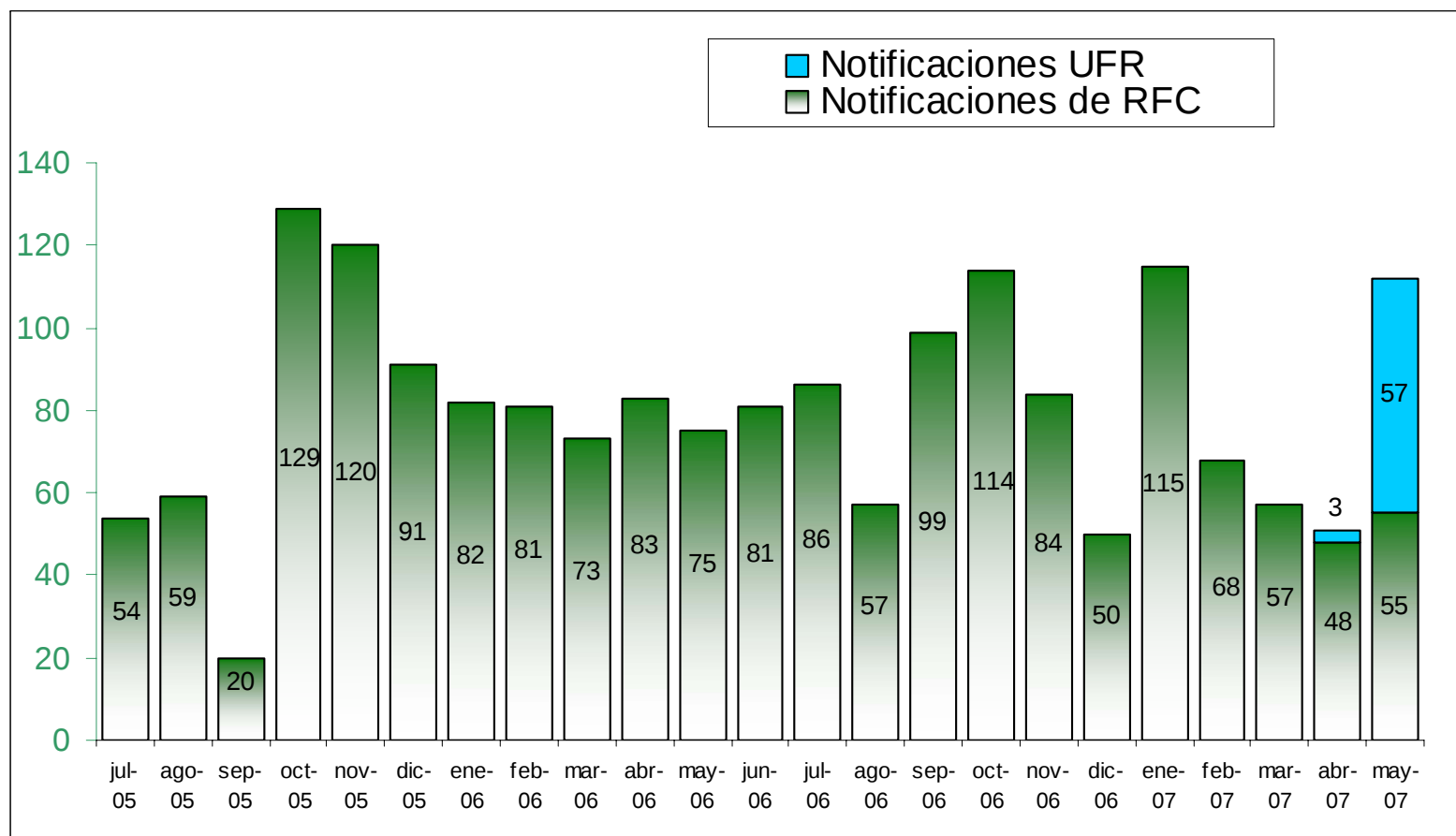


Sistema integral: Vigilancia de errores de medicación





Nº de notificaciones recibidas

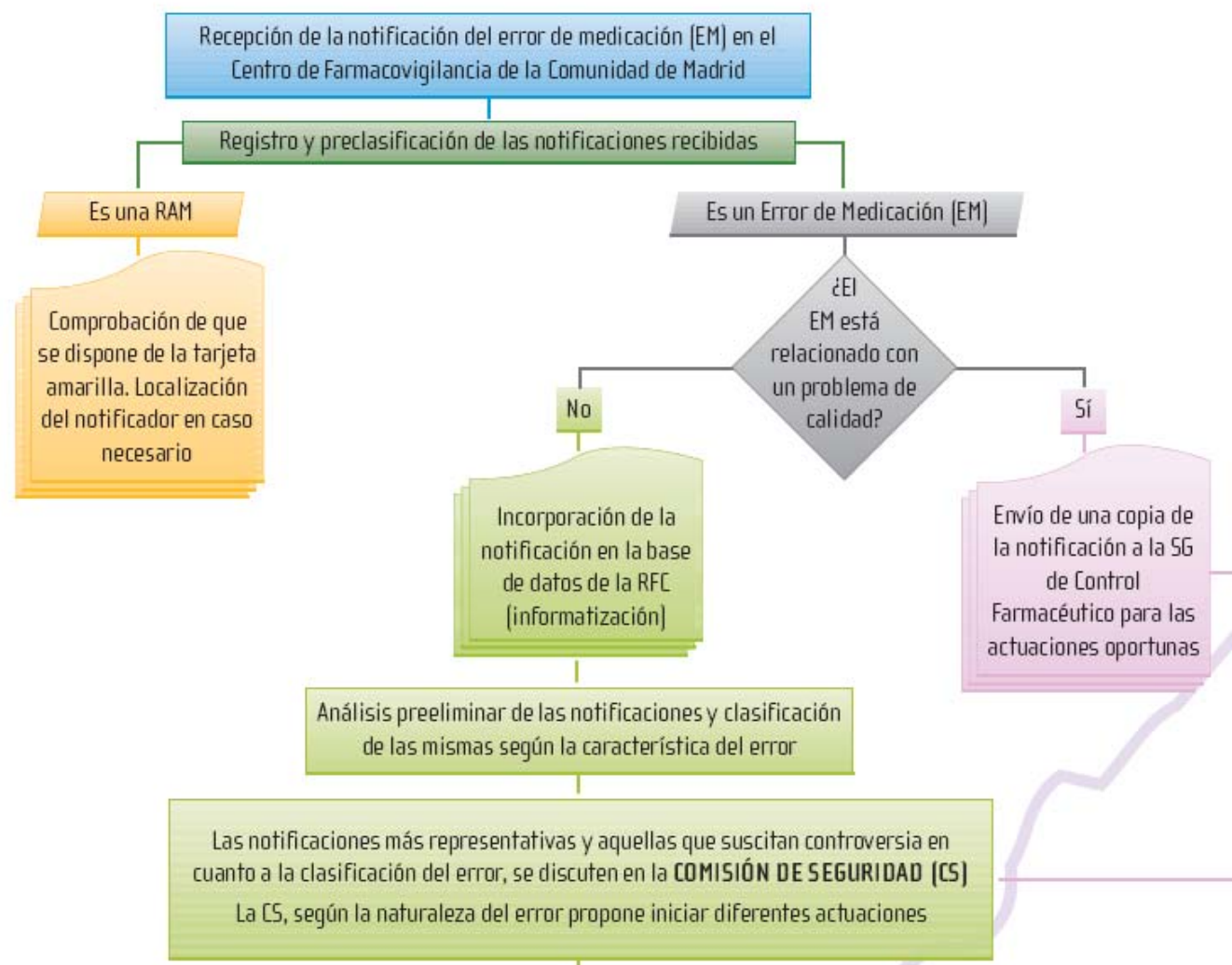


Año 2006: 965 notificaciones

Total hasta 23 de mayo: 1.854 notificaciones errores medicación



Procedimientos de actuación: Evaluación

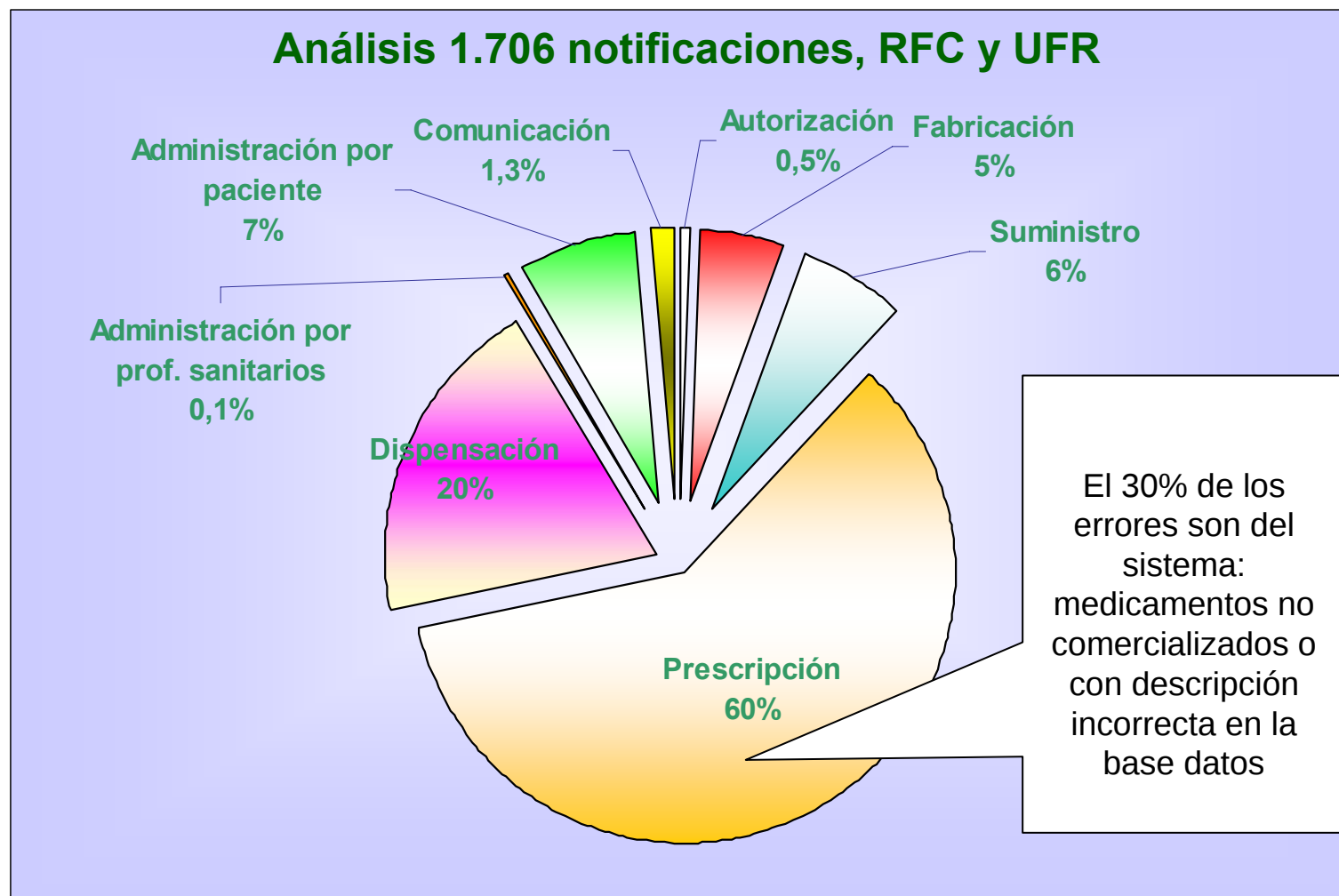


Manual de procedimientos: Disponible:

<https://www.seguridadmedicamento.sanidadmadrid.org/>



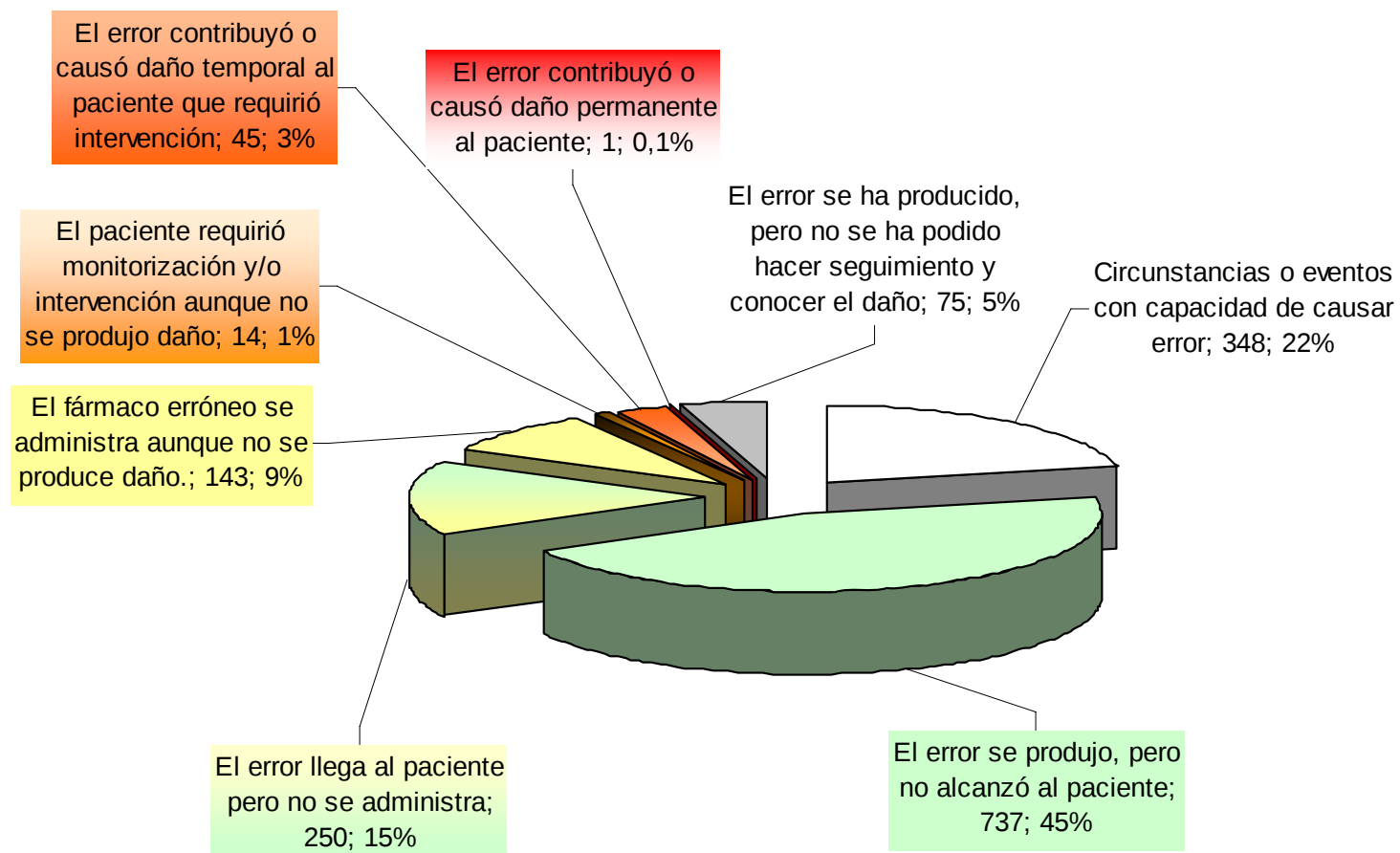
Etapa del proceso en la que se producen los errores.





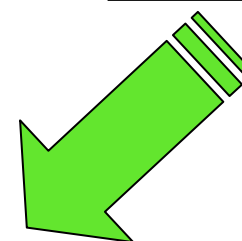
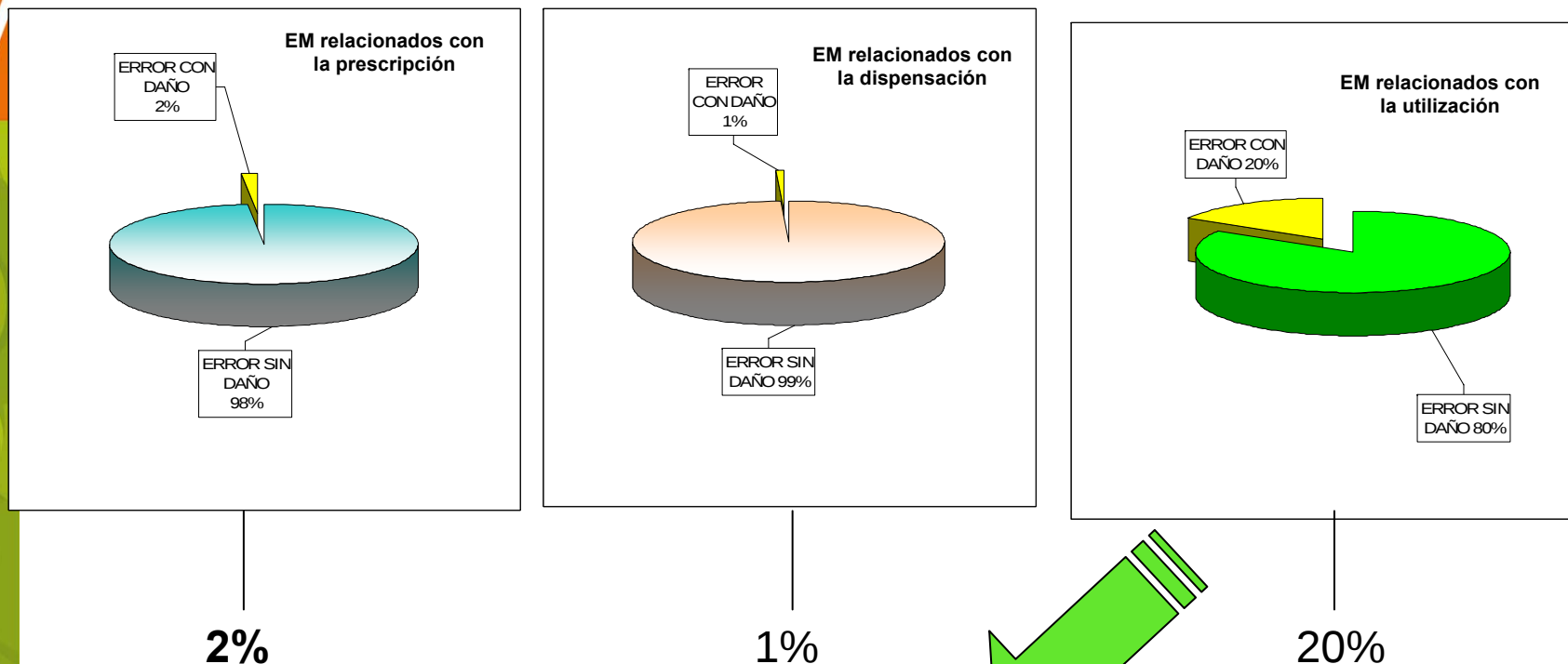
Error según daño al paciente

Análisis 1.706 notificaciones, RFC y UFR





Daño según momento cadena

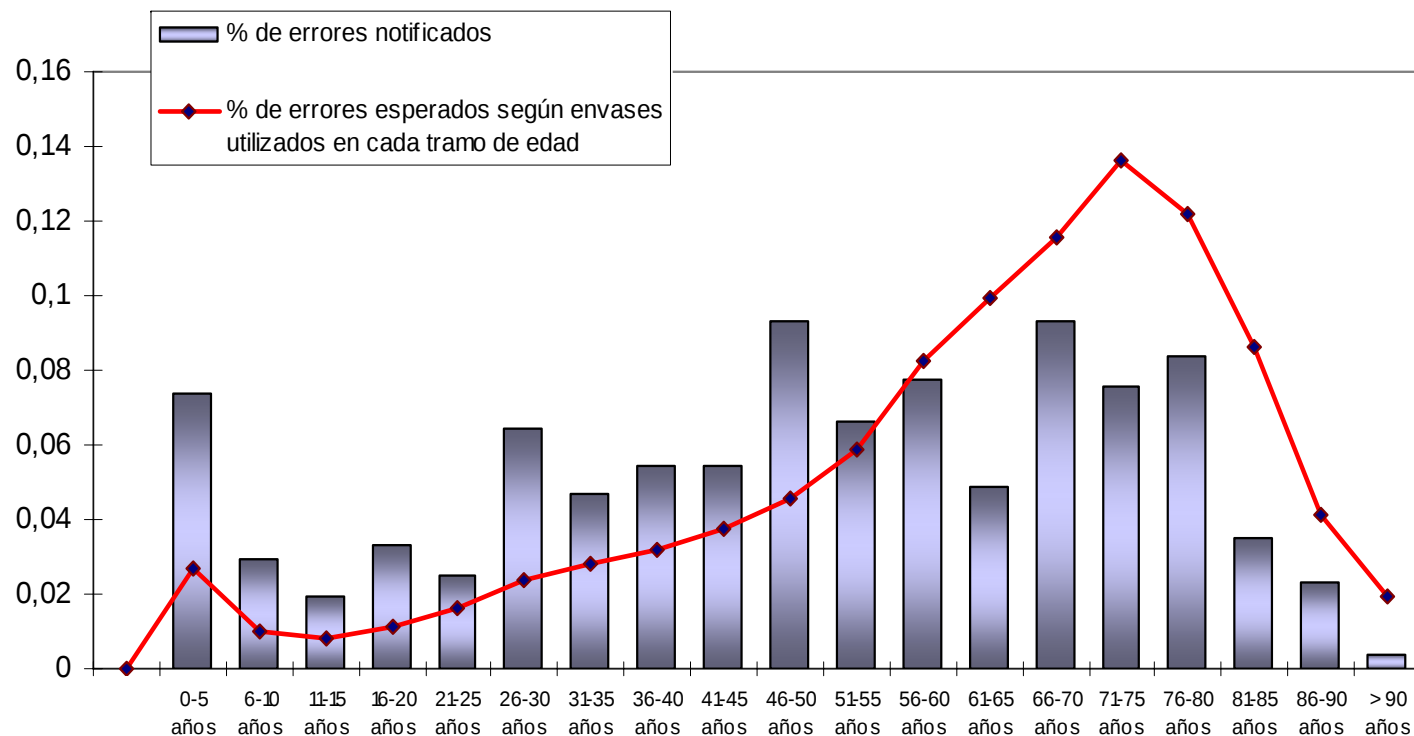


Necesitamos implementar estrategias específicas dirigidas a los pacientes para minimizar los riesgos con medicamentos



Errores por tramos de edad

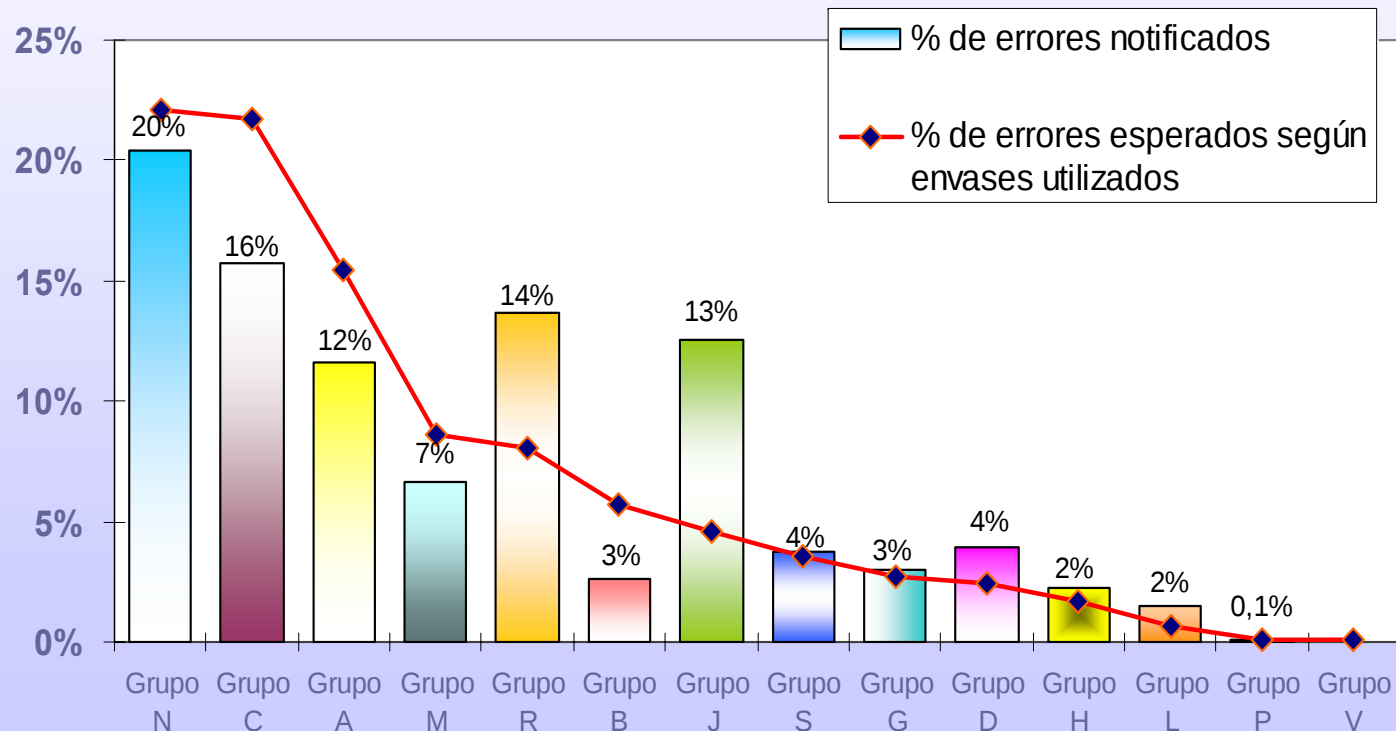
Frecuencia de errores comunicados en los diferentes tramos de edad.
 Comparación con el valor esperado según la utilización de medicamentos
 (envases)





Errores por grupo terapéutico

Frecuencia de errores comunicados en los diferentes grupos terapéuticos.
 Comparación con el valor esperado según la utilización de medicamentos
 (envases)





Procedimientos de actuación: Comunicación



Manual de procedimientos: Disponible:

<https://www.seguridadmedicamento.sanidadmadrid.org/>



Comunicaciones a la AEMPS

Comunicación de incidencias a la AEMPS
Nº 4/2007
Fecha 3/05/07

ESPECIALIDAD(S) FARMACÉUTICA(S) IMPLICADA(S)

Azitromicina Merck 200 MG/5ML 1 FR 30 ML P SUS OR EFG ®

PROBLEMA DETECTADO

Se ha comunicado a través de la RFC , que en la presentación anteriormente citada, las jeringas para la dosificación del medicamento:

- Vienen graduadas con tres escalas: ml, mg de azitromicina y Kg de peso del paciente
- Sólo aparecen las medidas de 5 y 10 ml, no apareciendo graduaciones intermedias

CONSECUENCIAS

La graduación en triple escala, genera una gran confusión para el paciente, que no sabe si seguir la indicación en ml (que es la que habitualmente le indica el pediatra), o la dosificación en Kg, que no siempre son coincidentes, al no existir una única posología, y ser el criterio del médico el válido.

Por otro lado, en niños más pequeños se comete un gran error al no disponer de graduaciones intermedias en la jeringa dosificadora entre los 5 y 10 ml.

PROPUESTAS DE LA COMISIÓN DE SEGURIDAD DE LA COMUNIDAD DE MADRID

Se propone que se comunique esta incidencia al laboratorio fabricante con la finalidad de que modifique la jeringa de dosificación y solamente figure en ml y en una escala graduada de 5 a 10 ml con fracciones de 1 ml.

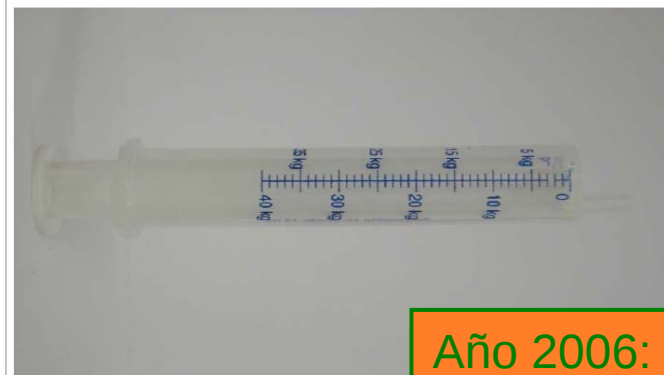
Este mismo problema puede estar ocurriendo en otras presentaciones de suspensiones de antibióticos, por lo que en casos necesarios, se debería tomar una medida general al respecto.

Por otro lado la denominación de este medicamento, da lugar a confusión por las siglas que utiliza

“Azitromicina Merck 200 MG/5ML 1 FR 30 ML P SUS OR EFG ® “

Comunicación de incidencias a la AEMPS
Nº 4/2007
Fecha 3/05/07

FOTOGRAFÍAS



Año 2006: 19

Año 2007: 6



Comunicaciones al Ministerio Sanidad y Consumo


 Dirección General de Farmacia
y Productos Sanitarios
Comunidad de Madrid

SEGURIDAD DE MEDICAMENTOS
Y PRODUCTOS SANITARIOS DE
LA COMUNIDAD DE MADRID

 Comunicación de incidencias
a la DGFyPS
Nº1/2007
Fecha 14/05/07

ESPECIALIDAD(S) FARMACÉUTICA(S) IMPLICADA(S)

Zastén 0,2 mg/ml solución oral, 150 ml

PROBLEMA DETECTADO

 Se ha notificado, a través de la Red de Farmacias Centinela de la Comunidad de Madrid, una incidencia en la descripción del medicamento de CN 989889, Zastén 0,2 mg/ml solución oral, 150 ml. La descripción correcta, conforme aparece en la página de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, consultada el 11 de mayo, es la siguiente:

Código Nacional	Código Registro	Nombre de la presentación del medicamento	Laboratorio Titular	Fecha Autorización del medicamento	Estado de la Presentación del medicamento	Fecha Estado Presentación	Fecha Técnica	Proyecto
989889	55805	Zastén 0,2 mg/ml solución oral, 150 ml (de 150 ml)	BOUQUET FARMACÉUTICA, S.A.	01/05/1992	Autorizado	01/03/1998	EEF-H205	EEF

 La descripción incorrecta que figura en la base de datos del nomenclátor Digitalis del Ministerio de Sanidad y Consumo del mes de marzo, en el campo NESPECIFICO, es la siguiente:

CODNACIONAL	NESPECIFICO	NGENERICO	CODSUBANAT	TIPOAPORTA	CODSITUA	CODLABORATORIO
989889	ZASTEN 1MG 150ML SOLUCION		R03A2	0	AB	00523

CONSECUENCIAS

 Teniendo en cuenta que el nomenclátor del Ministerio de Sanidad y Consumo es el que se incorpora al programa OMI-AP, la descripción incorrecta puede dar lugar a confusiones tanto en la prescripción como en la dispensación o en la utilización de este medicamento, al desconocerse la concentración real del mismo.

PROPUESTAS DE LA COMISIÓN DE SEGURIDAD DE LA RFC

 Se propone que se modifique la descripción utilizada en el nomenclátor oficial indicándose la concentración real de esta solución oral.


 Dirección General de Farmacia
y Productos Sanitarios
Comunidad de Madrid

SEGURIDAD DE MEDICAMENTOS
Y PRODUCTOS SANITARIOS DE
LA COMUNIDAD DE MADRID

 Comunicación de incidencias
a la DGFyPS
Nº2/2007
Fecha 14/05/07

FARMACÉUTICA(S) IMPLICADA(S)

CENAT GRANULADO 400 g ®

Descripción de la Red de Farmacias Centinela de la Comunidad de Madrid, una situación del medicamento de CN 850275, Cenat granulado de 400 g®.

 En situación de "suspensión" desde el 7/02/07 tal como puede apreciarse en la Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, consultada el 11 de mayo.

Código Nacional	Código Registro	Nombre de la presentación del medicamento	Laboratorio Titular	Fecha Autorización del medicamento	Estado de la Presentación del medicamento	Fecha Estado Presentación	Fecha Técnica	Proyecto
850275	55805	CENAT 400 g GRANULADO	BOUQUET FARMACÉUTICA, S.A.	01/05/1992	Autorizado	01/03/1998	EEF-H205	EEF

 El nomenclátor Digitalis del Ministerio de Sanidad y Consumo del mes de marzo consta incorrectamente como alta:

D10041			
NESPECIFICO	CODSITUA	FECAALTANOMEN	FECABAJA
400 G GRANULADO	A		11/11/1995

El nomenclátor del Ministerio de Sanidad y Consumo es el que se incorpora a los médicos desconocen que este medicamento se encuentre en suspensión y a los pacientes, pero sin embargo no puede ser facilitado por las farmacias.

MISIÓN DE SEGURIDAD DE LA RFC

 Se propone que se modifique la situación del medicamento en el nomenclátor oficial.


 Dirección General de Farmacia
y Productos Sanitarios
Comunidad de Madrid

SEGURIDAD DE MEDICAMENTOS
Y PRODUCTOS SANITARIOS DE
LA COMUNIDAD DE MADRID

 Comunicación de incidencias
a la DGFyPS
Nº3/2007
Fecha 11/05/07

FARMACÉUTICA(S) IMPLICADA(S)

DEPRAX 50 MG 30 COMPRIMIDOS

Descripción de la Red de Farmacias Centinela de la Comunidad de Madrid, una situación del medicamento de CN 838557, Deprax 50 mg 30 comp.

 En situación de "suspensión" desde el 26/04/06, conforme aparece en la Española de Medicamentos y Productos Sanitarios consultada el 11 de mayo.

Código Nacional	Código Registro	Nombre de la presentación del medicamento	Laboratorio Titular	Fecha Autorización del medicamento	Estado de la Presentación del medicamento	Fecha Estado Presentación	Fecha Técnica	Proyecto
838557	55805	DEPRAX 50 MG 30 COMPRIMIDOS	BOUQUET FARMACÉUTICA, S.A.	01/05/1992	Autorizado	01/03/1998	EEF-H205	EEF

 El nomenclátor Digitalis del Ministerio de Sanidad y Consumo del mes de marzo consta incorrectamente como alta:

D10041			
NESPECIFICO	CODSITUA	FECAALTANOMEN	FECABAJA
50 MG 30 COMPRIMIDOS	A		

El nomenclátor del Ministerio de Sanidad y Consumo es el que se incorpora a los médicos desconocen que este medicamento se encuentre en suspensión y a los pacientes, pero sin embargo no puede ser facilitado por las farmacias.

MISIÓN DE SEGURIDAD DE LA RFC

 Se propone que se modifique la situación del medicamento en el nomenclátor oficial.



Comunicaciones defectos de calidad

- Se han comunicado 72 posibles defectos en la calidad de los medicamentos (10 en el año 2007), que se han investigado en la SG Control Medicamentos y PS y tramitados a la AEMPS.
- De estas notificaciones se han derivado 7 alertas de retirada de medicamentos por parte de la AEMPS


ALERTA FARMACÉUTICA
 Referencia: N° alerta: 12/07 Fecha: 23/05/2007
 OBJETO:
 Producto (especialidad farmacéutica, fórmula magistral, preparado ofinal):
 Medicamento:
 Marca comercial:
 CICLOCHEM CREMA 1%.
 Presentación:
 60 gramos
 DICI y DICE:
 Cicloglixol.
 N° Registro: 56.884
 Código nacional: 929527.4
 Lote: A001
 Fecha de caducidad: 02/2009
 Laboratorio titular:
 LABORATORIOS NOVAG, S.A. (Barcelona).
 Laboratorio fabricante:
 FERRER INTERNACIONAL, S.A. (Barcelona).
 Domicilio social responsable del producto:
 Gran Vía Carlos III, 94
 08028 Barcelona.
 Descripción del defecto:
 En algunos estuches del lote A001 de CICLOCHEM CREMA 1% 60 gramos se ha detectado la presencia de un tubo del medicamento PEITEL POMADA 0,2% 60 gramos, C.N. 691600.1, con lote y fecha de caducidad iguales a los de CICLOCHEM CREMA.
 Información sobre la distribución (incluida la exportación si se concierda):
 Solo en España.
 Clasificación de los defectos:
 • Clase 2
 Medidas cautelares adoptadas:
 Retirada del mercado del lote afectado y devolución al laboratorio por los causales habituales.
 Actuaciones a realizar por la CC.AA. (Comunicación de la medida cautelar adoptada):
 Retirada del mercado y seguimiento de la misma.

LA SUBDIRECCIÓN GENERAL DE INSPECCIÓN Y CONTROL DE MEDICAMENTOS
 D. Gerardo Romero

LA DIRECCIÓN DE LA AGENCIA ESPAÑOLA DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS SANITARIOS
 M. de la Cruz Rodríguez

LA SUBDIRECCIÓN GENERAL DE INSPECCIÓN Y CONTROL DE MEDICAMENTOS
 D. Gerardo Romero

LA DIRECCIÓN DE LA AGENCIA ESPAÑOLA DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS SANITARIOS
 M. de la Cruz Rodríguez

Comunicaciones a los profesionales



Seguridad de Medicamentos de la Comunidad de Madrid

Comunicación de incidencias en la prescripción a los profesionales del SERVICIO MADRILEÑO DE SALUD

Incidencia: 3/2007
Fecha comunicación: 13/03/2007

MEDICAMENTO(S) IMPLICADO(S)
Dalsparán 10 mg y Dalsparán 1g

CARACTERÍSTICAS DEL ERROR
Se ha tenido conocimiento a través de la Red de Farmacias Centinela de la Comunidad de Madrid, que a un paciente se le ha prescrito Dalsparán en vez de Dalargin. El error fue detectado en el momento de la dispensación del medicamento y se evitó la administración del mismo.

Este hecho está relacionado con tener ambos medicamentos una fábrika y grafografía muy similar y a pesar de corresponder a principios activos diferentes. Dalsparán contiene una benzodiazepina (clonazepam) mientras que Dalargin contiene paracetamol.

La similitud de nombres hace más probable la confusión en el momento de la prescripción. En la dispensación por ser medicamentos que se encuentran muy próximos en el momento de su uso, así como a partir de la dificultad de encontrar el medicamento se entregó con cada principio activo. Se recuerda que en DALSAP se incluye en la parte inferior del medicamento, el nombre del principio activo.

RECOMENDACIONES EN CUANTO A LA PRESCRIPCIÓN
Se ha solicitado a la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, que revise la autorización de medicamentos con nombres similares que puedan generar confusión en la prescripción, dispensación o utilización de medicamentos.

En cualquier caso, tanto los médicos, enfermeros o farmacéuticos receten que se puede producir este error con la finalidad de prestar máxima atención al mismo.

En la siguiente dirección se puede consultar una relación de medicamentos cuya similitud de nombres puede dar lugar a confusión: www.agencia.es/medicamentos/medicamentos_similares.htm

Subdirección General de Prestación Farmacéutica
Paseo Recoletos 14, 1ª planta, 28001-Madrid
Teléfono: 91 426 90 18
e-mail: seguridad.medicamento@cad.madrid.es

Seguridad de Medicamentos de la Comunidad de Madrid

Comunicación de incidencias en la prescripción a los profesionales del SERVICIO MADRILEÑO DE SALUD

Incidencia: 3/2007
Fecha comunicación: 13/03/2007

MEDICAMENTO(S) IMPLICADO(S)
Fludaseft gotas 20 mg/ml y Fludaseft solución 500 mg/100 ml

CARACTERÍSTICAS DEL ERROR
Se ha tenido conocimiento a través de la Red de Farmacias Centinela de la Comunidad de Madrid, de una prescripción informada en un niño de 13 años de Fludaseft gotas en lugar de Fludaseft solución.

El principio activo de ambas presentaciones es el mismo, el antihistamínico meclizina, pero la presentación en gotas tiene una concentración cuatro veces superior a la presentación en solución. Por tanto la dosificación correspondiente a la solución, pero el medicamento que utiliza el paciente son las gotas, se podría producir un caso de sobredosificación.

Los niños, tal como se recoge en la ficha técnica, son especialmente sensibles a los efectos anticolinérgicos de los antihistamínicos (taquicardia del SNC y temblores a los convulsiones).

RECOMENDACIONES EN CUANTO A LA PRESCRIPCIÓN
En consecuencia, asegurarse que la prescripción y producción del medicamento es acorde con la edad del paciente. También es importante informar al paciente de cómo administrar los medicamentos, para la educación sanitaria es un buen sistema para disminuir el riesgo de errores.

Subdirección General de Prestación Farmacéutica
Paseo Recoletos 14, 1ª planta, 28001-Madrid
Teléfono: 91 426 90 18
e-mail: seguridad.medicamento@cad.madrid.es

Seguridad de Medicamentos de la Comunidad de Madrid

Comunicación de incidencias en la prescripción a los profesionales del SERVICIO MADRILEÑO DE SALUD

Incidencia: 3/2007
Fecha comunicación: 13/03/2007

MEDICAMENTO(S) IMPLICADO(S)
Vacuna MSD Triple Anti Sarampión- Rubéola-Parotiditis

CARACTERÍSTICAS DEL ERROR
Se ha notificado, a través de una Unidad Funcional para la Gestión de Riesgos de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid, la posibilidad de que a algunos pacientes se les haya administrado el disolvente de la vacuna triple vírica de MSD en vez de la vacuna completa. Se ha detectado al comprobarse que el número de disolventes no era el mismo que el de viales de vacuna.

Esta situación se ha producido posiblemente por venir la presentación del envase clínico en dos envases separados, uno conteniendo los viales de la vacuna y otro los del disolvente estéril. Esta situación no es la habitual en las presentaciones de vacunas, donde aún siendo envases clínicos suele venir en la misma caja la presentación completa (vacuna + disolvente).

Se ha solicitado a la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios que se cambie el envase de este medicamento para minimizar el riesgo de confusión. Este hecho se ha puesto en conocimiento del laboratorio fabricante de la vacuna.

RECOMENDACIONES EN CUANTO A LA ADMINISTRACIÓN
Dado que esta vacuna sólo se administra dos veces en el calendario vacunal, el error en la administración de una dosis implica que los pacientes afectados pueden tener una menor inmunización frente a estas tres enfermedades. Por tanto se recomienda difundir esta información entre las enfermeras de atención primaria, al tiempo que se pueden implementar otras estrategias tales como la inclusión de un aviso en las cajas de esta vacuna.

Subdirección General de Prestación Farmacéutica
Paseo Recoletos 14, 1ª planta, 28001-Madrid
Teléfono: 91 426 90 18
e-mail: seguridad.medicamento@cad.madrid.es

Seguridad de Medicamentos de la Comunidad de Madrid

Comunicación de incidencias en la prescripción a los profesionales del SERVICIO MADRILEÑO DE SALUD

Incidencia: 3/2007
Fecha comunicación: 13/03/2007

MEDICAMENTO(S) IMPLICADO(S)
Interacción del preparado vegetal FINOCARBOS con tioxina.

CARACTERÍSTICAS DEL ERROR
Se ha tenido conocimiento a través de la Red de Farmacias Centinela de la Comunidad de Madrid, del caso de un paciente en tratamiento con tioxina que tras la administración conjunta de Finocarbos ha tenido una exacerbación de los síntomas planteados de tioxina. Este preparado vegetal, contiene entre otros ingredientes carón activo que puede modificar la absorción de los medicamentos, aspecto más crítico en fármacos con estrecho margen terapéutico. Este problema se puede evitar al separar la administración de Finocarbos y tioxina.

También es importante que el médico conozca la relación completa de los medicamentos que toma habitualmente el paciente, incluyendo los productos de fitoterapia, homeopatía e especialidades farmacéuticas sustitutas, a fin de que pueda evaluar los posibles riesgos que su administración pueda tener sobre el resultado del tratamiento prescrito.

RECOMENDACIONES EN CUANTO A LA PRESCRIPCIÓN
Ante la aparición de algunos determinaciones analíticas en fármacos de estrecho margen terapéutico, como puede ser el siguiente: anticonvulsivos, antiarrítmicos, ... es conveniente restringir al paciente sobre la utilización de preparados no sujetos a prescripción médica.

Subdirección General de Prestación Farmacéutica
Paseo Recoletos 14, 1ª planta, 28001-Madrid
Teléfono: 91 426 90 18
e-mail: seguridad.medicamento@cad.madrid.es

Seguridad de Medicamentos de la Comunidad de Madrid

Comunicación de incidencias en la prescripción a los profesionales del SERVICIO MADRILEÑO DE SALUD

Incidencia: 4/2007
Fecha comunicación: 13/03/2007

MEDICAMENTO(S) IMPLICADO(S)
Durogesic Matrix 25 µg parches transdérmicos

CARACTERÍSTICAS DEL ERROR
La Red de Farmacias Centinela de la Comunidad de Madrid, nos ha comunicado una prescripción de parches Durogesic Matrix 25 µg en la que se le indicaba al paciente que pasese el parche y se colocase la mitad del mismo.

La forma farmacéutica de los parches es correcta con el fin de permitir una liberación sostenida constante de principio activo, en este caso buprenorfina. Sin embargo cuando se parte el parche, se destruye la forma farmacéutica original y la liberación del principio activo se acelera, pudiéndose producir tanto sobredosificación como subdosificación.

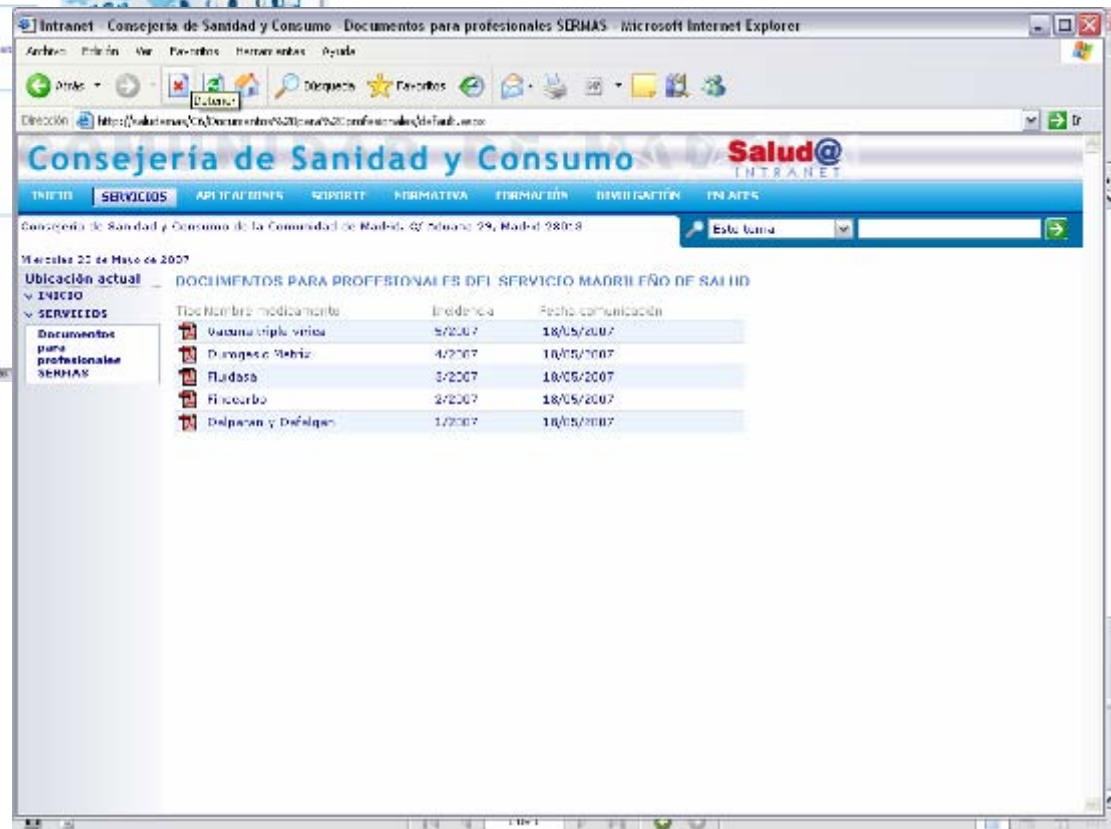
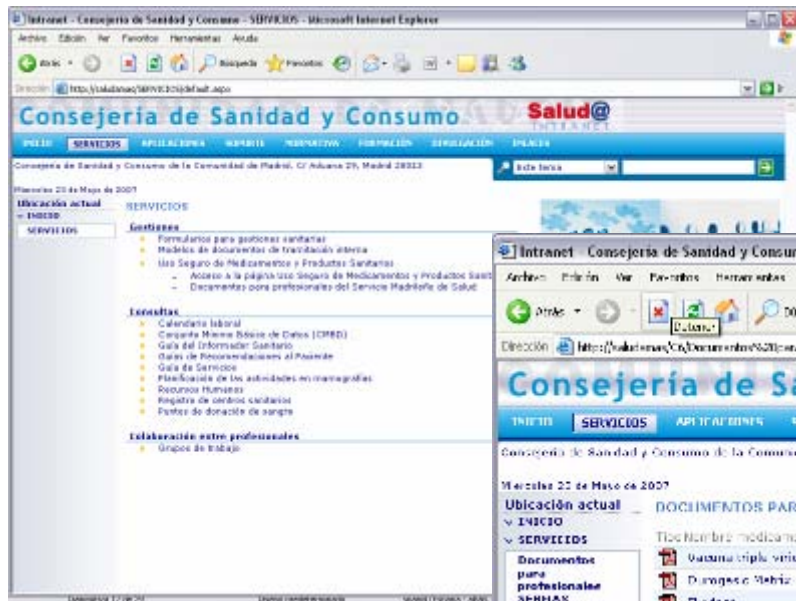
Tal como se recoge en la ficha técnica de este medicamento, Durogesic no se puede doblar, cortar o calar y debe aplicarse inmediatamente después de sacarlo de la bolsa sellada y de haber retirado la capa plástica de protección, con lo que tampoco se puede almacenar el parche restante para nuevas pautas.

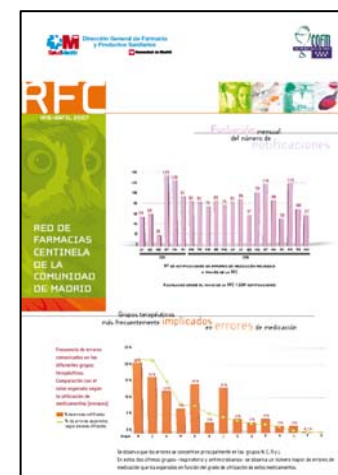
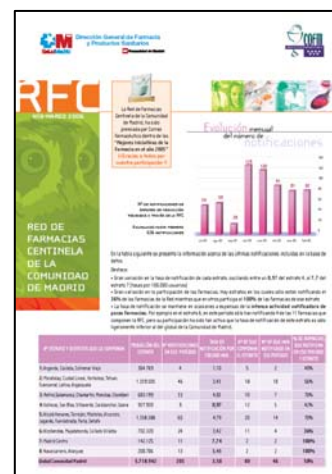
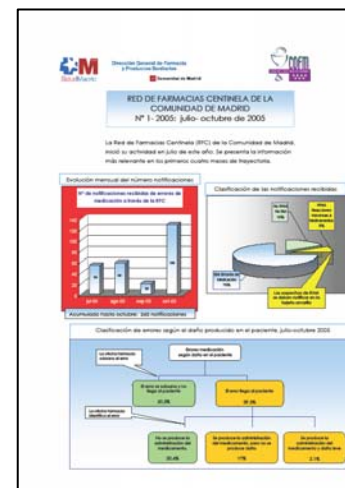
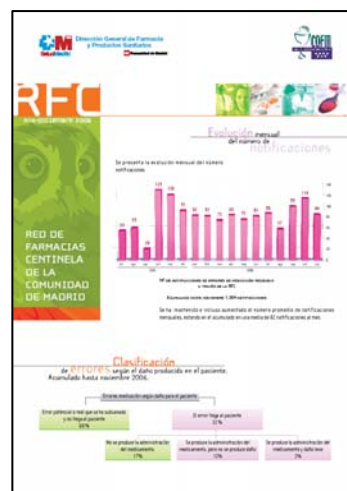
RECOMENDACIONES EN CUANTO A LA PRESCRIPCIÓN
Las formas farmacéuticas en parche no deben utilizarse únicamente ya que no se garantiza la correcta liberación de principio activo. Se debe ajustar la prescripción a las formas farmacéuticas existentes en el mercado. En este caso desde septiembre de 2007 está autorizada una presentación con dosis de 12 µg.

Subdirección General de Prestación Farmacéutica
Paseo Recoletos 14, 1ª planta, 28001-Madrid
Teléfono: 91 426 90 18
e-mail: seguridad.medicamento@cad.madrid.es



Comunicaciones a los profesionales







Vigilancia de riesgos con productos sanitarios

También se han comunicado como **errores de medicación**, problemas de calidad relacionados con productos sanitarios (plumas de insulina, problemas en la denominación de determinados PS en el nomenclátor, así como problemas en la presentación del medicamento)

ANEXO III

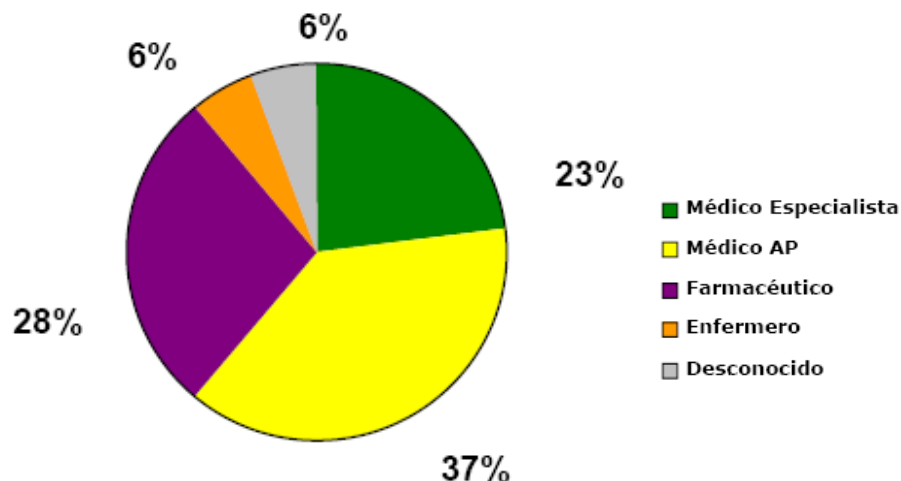
VIGILANCIA DE PRODUCTOS SANITARIOS FORMULARIO DE NOTIFICACIÓN DE INCIDENTES POR LOS PROFESIONALES SANITARIOS (Excepto para los productos sanitarios para diagnóstico "in Vitro")	
PROFESIONAL QUE NOTIFICA:	
Nombre:	
Profesión:	
Cargo:	
Organismo/Institución/Centro de trabajo:	
Dirección:	
Número de teléfono:	
Número de fax:	
e-mail:	
Firma:	Fecha:/...../.....
DATOS DEL PRODUCTO:	
Tipo de producto/descripción (ej.: marcapasos):	
Nombre comercial:	
Modelo ó número de catálogo:	
Número de serie o número de lote:	
Fabricante:	
Importador/Distribuidor:	
Localización del producto: Centro Sanitario ☐ Fabricante/distribuidor* ☐	
¿Ha informado de este incidente al fabricante y/o distribuidor?: SI ☐ NO ☐	

- En caso de entrega del producto a la empresa, por favor rellene el formulario entrega del producto sanitario al representante de la empresa (Ver Anexo V de esta Nota Informativa).



RFC: Programa de tarjeta amarilla

- Incremento de un 40% de las notificaciones realizadas por farmacéutico (223 notificaciones 2007).
- Suponen el 94% de todas las notificaciones del ámbito privado y el 30% de las procedentes del ámbito extrahospitalario .



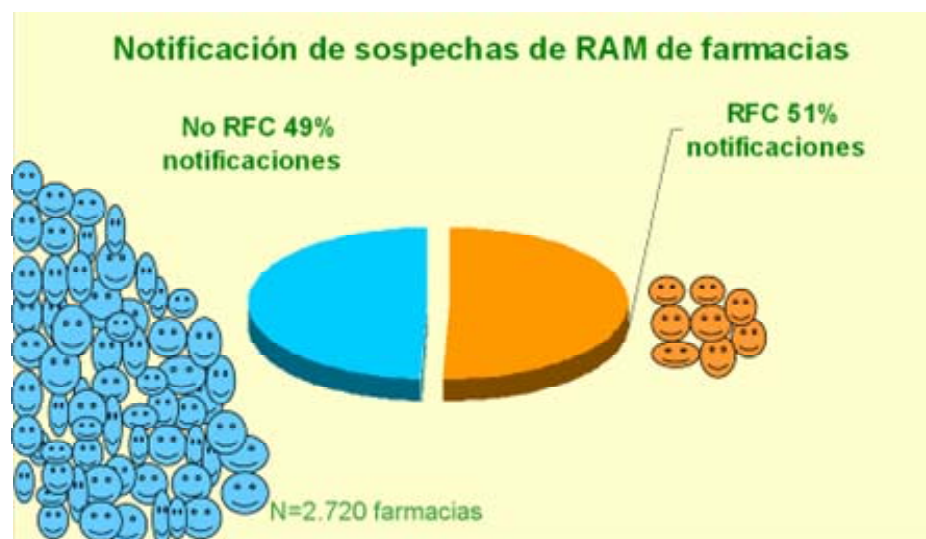
Origen de la notificación

Ámbito notificación	Nº notificaciones
Público	738
Privado	238
Otros	3
	979



Vigilancia de riesgos con medicamentos: Programa de tarjeta amarilla

	Nº notificaciones RAM 2006	% Notificación	Promedio notificación por farmacia
Farmacéuticos pertenecientes RFC	113	51%	1,41
Farmacéuticos no pertenecientes RFC	110	49%	0,04
Total	223	100%	0,08





Unidades funcionales: Análisis de situación

Notificaciones recibidas: 60 (un mes de funcionamiento)

Análisis de situación: Encuesta con un 68% de respuesta.

- **Formación:** El 100% ha recibido formación específica en materia de seguridad.
- **Actividades informativas a profesionales:**
Un 80% realiza actividades informativas a los profesionales mediante la intranet, medios escritos, carteles...
La información a pacientes está menos implantada pero llega al casi 40% de las UFR
- **Vigilancia de riesgos con medicamentos**
Programa tarjeta amarilla: Un 84% de las sospechas de RAM se tramitan desde el S.Farmacia y un 44% de los servicios de farmacia han notificado en el año 2006 alguna sospecha de RAM.



Análisis de situación: Las unidades funcionales

- Vigilancia de riesgos con PS:

Sólo un 68% (17 UFR) afirma participar en la vigilancia de PS y de estos, 4 UF han notificado incidentes con PS

- Errores de medicación

Respecto a el ámbito en el cual se analizan los errores de medicación, sólo han contestado un 37% de los encuestados, indicando que se evalúan desde el SF en un 53% de los casos, y en el resto se comparte con la Unidad Funcional o el Servicio implicado.



Análisis de situación UF: Programas específicos de Seguridad

- Promover la notificación de sospechas de RAM en ámbitos de riesgo como citostáticos o Unidad de Cuidados Intensivos.
- Protocolo de carro de parada
- Implantación progresiva de prescripción electrónica y dispensación automática ligada a prescripción informatizada.
- Programas de detección de alergias e inclusión en los sistemas de dispensación automática del hospital
- Revisión de los medicamentos de botiquines
- Vigilancia del almacenamiento de medicamentos, incluida cadena de frío
- Programas específicos de información a pacientes tanto en consulta como al alta. Información a nuevos residentes...
- Análisis del CMBD



Análisis de situación en UF: Participación en estudios

- ENEAS: “30 prácticas seguras”
- EMOPEM: Estudio multicéntrico osbservación para prevenir errores en hospitales
- Proyecto de investigación FIS sobre errores de medicación (2006-2007) y otros pendientes de resolución
- Cuestionario de autevaluación de la seguridad de los sistemas de utilización de medicamentos en los hospitales
- Colaboración con ISMP.



Proyectos en curso

- Renovación de la Red de Farmacias Centinela y realización de cursos de formación.
- Elaboración, en colaboración con el COF, de un boletín de prevención de riesgos con medicamentos dirigido a las 2.720 oficinas de farmacia de la Comunidad de Madrid.
- Puesta en marcha de estudios de investigación en seguridad de medicamentos:
 - Actuaciones encaminadas a mejorar la utilización de inhaladores en la comunidad de Madrid, a partir de las necesidades expresadas por los pacientes
 - Estrategias educativas orientadas a la mejora de la eficacia y la seguridad en la utilización de los medicamentos, utilizando las nuevas tecnologías.



Para concluir . . .

- La experiencia acumulada en estos dos años de gestión de riesgos ha puesto de manifiesto el interés de todos los profesionales por mejorar este aspecto de la calidad asistencial.
- El establecimiento de un sistema de gestión de riesgos claramente definido en los procedimientos y en las responsabilidades de cada una de las partes implicadas ha permitido optimizar la información recibida de forma que se ha materializado rápidamente en actuaciones concretas dirigidas a minimizar los riesgos observados.



Muchas gracias por su atención

Resultados de la gestión de errores de medicación en la Comunidad de Madrid



D^a Encarnación Cruz Martos
Subdirectora General de Prestación Farmacéutica.
Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios
de la Comunidad de Madrid