

BOLETÍN resumen de notificaciones

Cuarto Trimestre 2024

Uso Seguro de Medicamentos



**Comunidad
de Madrid**

BOLETIN RESUMEN DE NOTIFICACIONES
CUARTO TRIMESTRE DE 2024
PORTAL DEL USO SEGURO DEL MEDICAMENTO Y
PRODUCTOS SANITARIOS



CONTENIDO

1.- Introducción

1.1.- Número de Errores de Medicación recibidos y participación en el Programa por ámbitos

1.2.- Distribución por grupos dentro de cada ámbito

2.- Evolución de la Participación en el Programa

3.- Clasificación de los Errores de Medicación según origen del error

4.- Clasificación de los Errores de Medicación según tipo de error

5.- Clasificación de los errores según causas

6.- Clasificación de los EM según lugar donde se producen

7.- Clasificación de los EM recibidos según la persona que descubre el error por ámbito asistencial

8.- Clasificación de los errores según las consecuencias para el paciente

8.1.- Origen de los errores de medicación donde se refiere daño al paciente según procedencia

8.2.- Tipo de error de medicación donde se refiere daño al paciente

8.3.- Grupo de medicamentos donde se refiere daño y por grupo de edad

9.- Descripción de algunos errores de medicación remitidos al Centro de Farmacovigilancia de la Comunidad de Madrid

9.1.- Desde Atención Primaria, Centros Sociosanitarios y Atención Hospitalaria

10.- Medicamentos de alto riesgo en Atención Hospitalaria

11.- Análisis de los errores de medicación por grupos de edad

11.1.- En niños y en mayores, análisis de causas y tipos de error

12.- Actuaciones realizadas

12.1.- Relacionadas con las notificaciones recibidas

12.2.- Noticias publicadas en el Portal de Uso Seguro del Medicamento (PUSM)

12.3.- Boletines de Recomendaciones



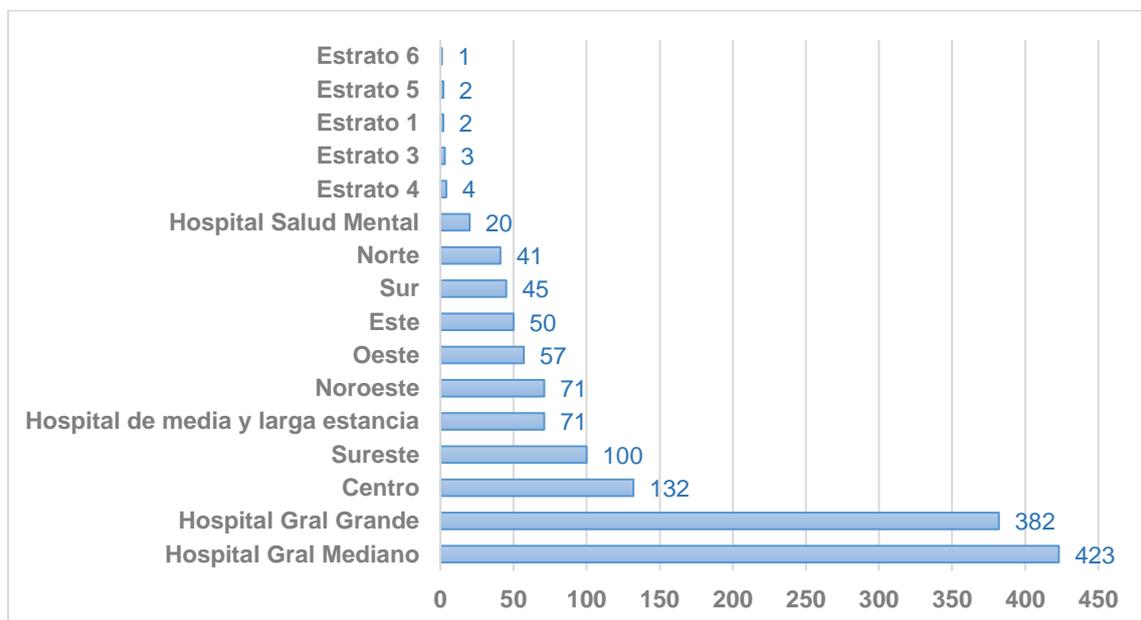
1.- INTRODUCCIÓN:

Durante el cuarto trimestre de 2024 (octubre-diciembre) se han recibido en el Portal de Uso Seguro del Medicamento 1.419 notificaciones relacionadas con errores de medicación (EM). A lo largo del documento analizaremos el origen, el tipo y las causas de estos errores, así como los que han llegado a producir algún tipo de consecuencia para el paciente. Posteriormente se analizan los errores según el grupo de edad y para terminar con las actuaciones realizadas para mejorar la seguridad en el uso de los medicamentos.

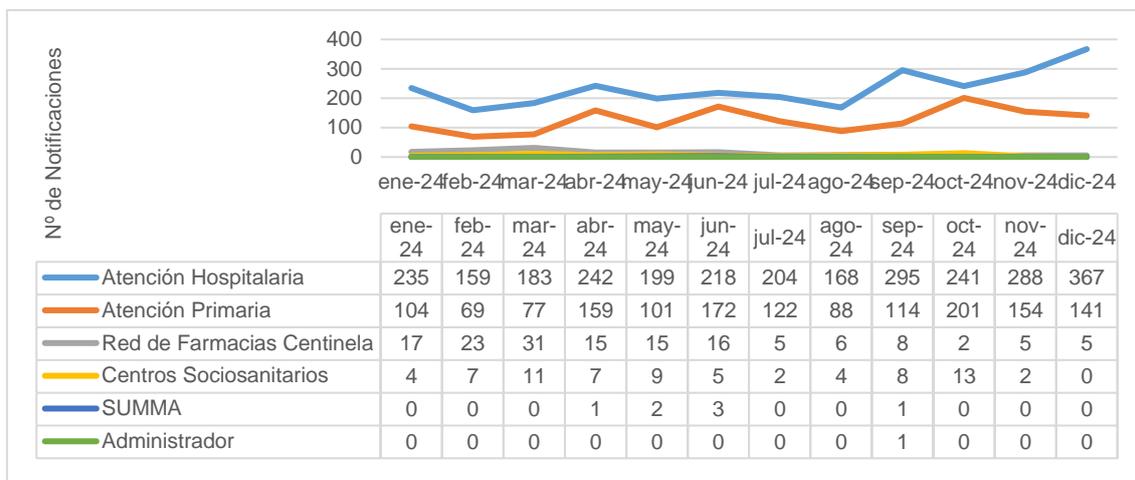
1.1.- Número de Errores de Medicación recibidos y participación en el Programa por ámbitos:

| | | |
|----------------------------|-------------|----------------|
| Atención Hospitalaria | 896 | 63,14% |
| Atención Primaria | 496 | 34,95% |
| Centros Socio Sanitarios | 15 | 1,06% |
| Red de Farmacias Centinela | 12 | 0,85% |
| <i>Total general</i> | <i>1419</i> | <i>100,00%</i> |

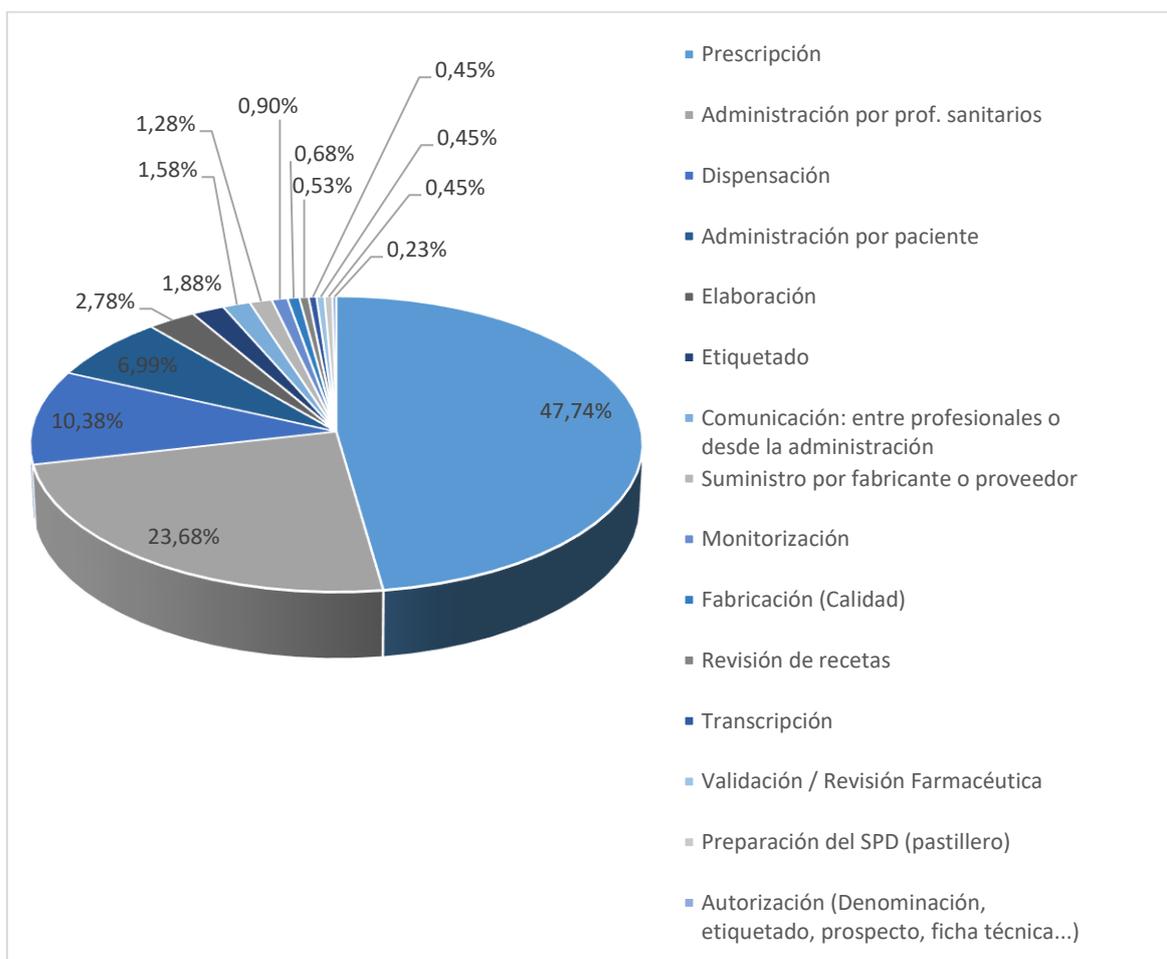
1.2.- Distribución por grupos dentro de cada ámbito:



2.- EVOLUCIÓN DE LA PARTICIPACIÓN EN EL PROGRAMA:



3.- CLASIFICACIÓN DE LOS ERRORES DE MEDICACIÓN SEGÚN ORIGEN DEL ERROR:



4.- CLASIFICACIÓN DE LOS ERRORES DE MEDICACIÓN SEGÚN TIPO DE ERROR:

| TIPO DE ERROR | % vs TOTAL |
|---|------------|
| Error en la dosis: omisión o incorrecta | 26,20% |
| Selección inapropiada del medicamento: no indicado, contraindicación, historia de alergia o RAM previa, duplicidad terapéutica, medicamento innecesario o interacción | 20,01% |
| Duplicidad de medicamentos o utilización de fármacos innecesarios | 8,88% |
| Error en la preparación/manipulación/acondicionamiento (incluye el cálculo de dosis) | 6,40% |
| Frecuencia de administración errónea | 6,04% |
| Paciente equivocado | 5,46% |
| Error de almacenamiento | 5,24% |
| Medicamento deteriorado: caducado, mal conservado o con defectos en la calidad | 4,00% |
| Vía de administración incorrecta | 2,47% |
| Forma farmacéutica errónea | 2,33% |
| Duración del tratamiento incorrecta | 2,33% |
| Monitorización insuficiente del tratamiento | 1,89% |
| No administración de medicamento prescrito (omisión) | 1,60% |
| Prescripción y/o utilización de fármacos fuera de indicación | 1,53% |
| Técnica de administración errónea | 1,31% |
| Velocidad de administración incorrecta | 1,24% |
| Hora de administración incorrecta | 1,09% |
| Falta de cumplimiento del paciente | 0,73% |
| Prescripción y/o utilización de fármacos contraindicados en ficha técnica | 0,66% |
| Administración de medicamento no prescrito | 0,36% |
| Error administrativo, subsanable por el farmacéutico | 0,15% |
| Se prescribe un medicamento no disponible en la farmacia: no comercializado, falta suministro | 0,07% |

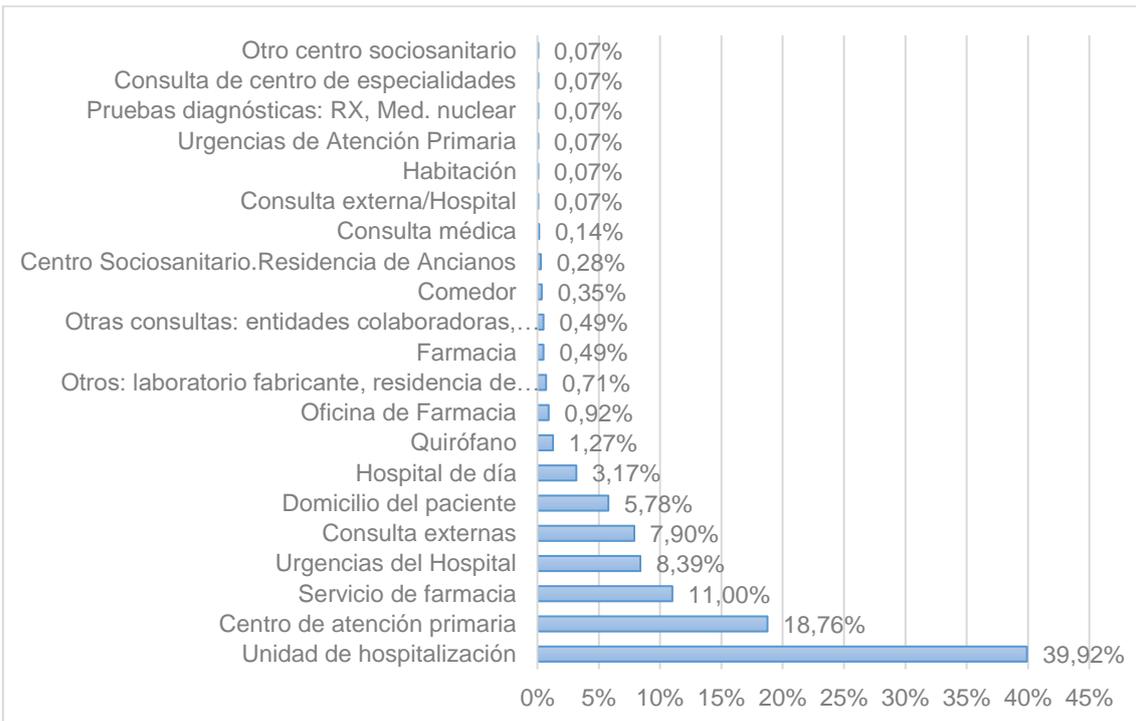
5.- CLASIFICACIÓN DE LOS ERRORES SEGÚN CAUSAS:

| CAUSAS | % vs TOTAL |
|---|------------|
| Falta de cumplimiento o de procedimientos de trabajo establecidos | 31,80% |
| Falta de conocimientos/formación | 16,84% |
| La presentación de la especialidad farmacéutica da lugar a confusión: nombres similares, similitud de envases | 11,61% |
| Problemas en los equipos y dispositivos de dispensación/ preparación/ administración | 6,59% |
| Problemas en la interpretación de la prescripción: ambigua, ilegible, uso de abreviaturas | 6,38% |
| Comunicación verbal incorrecta/incompleta/ambigua | 5,33% |
| Incorrecta identificación del paciente | 4,60% |
| Otros: situación de emergencias, personal insuficiente o sin experiencia | 4,08% |
| Falta o fallo en el procedimiento de conciliación de la medicación: al ingreso | 3,77% |
| Falta o fallo en el procedimiento de conciliación de la medicación: al alta | 3,35% |
| Defectos en la calidad del medicamento | 2,09% |

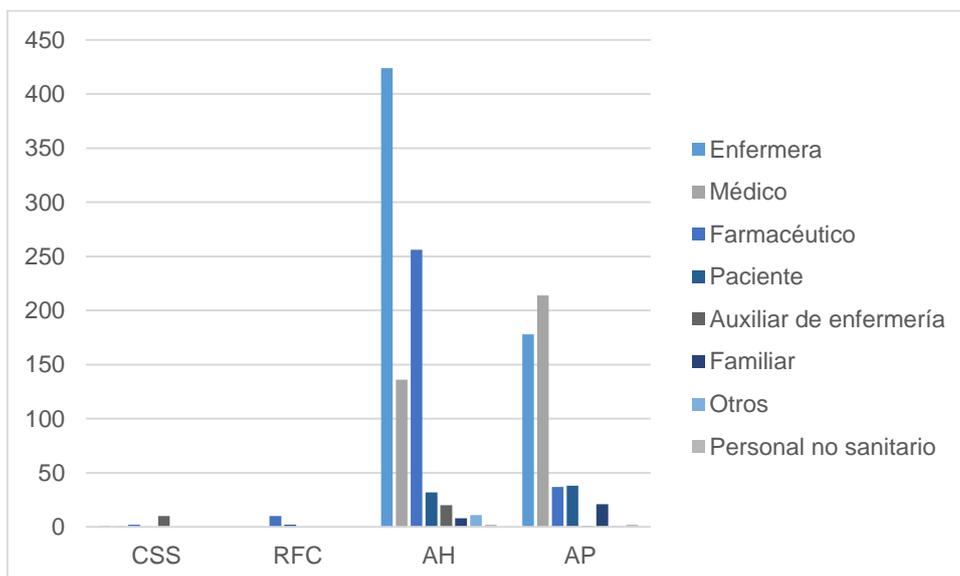


| | |
|--|-------|
| Falta o fallo en el procedimiento de conciliación de la medicación: entre unidades asistenciales | 1,57% |
| Falta de concentración | 1,26% |
| Falta de concordancia entre las bases de datos y los medicamentos comercializados | 0,52% |
| Medicamento no disponible | 0,21% |

6.- CLASIFICACIÓN DE LOS EM SEGÚN LUGAR DONDE SE PRODUCEN:

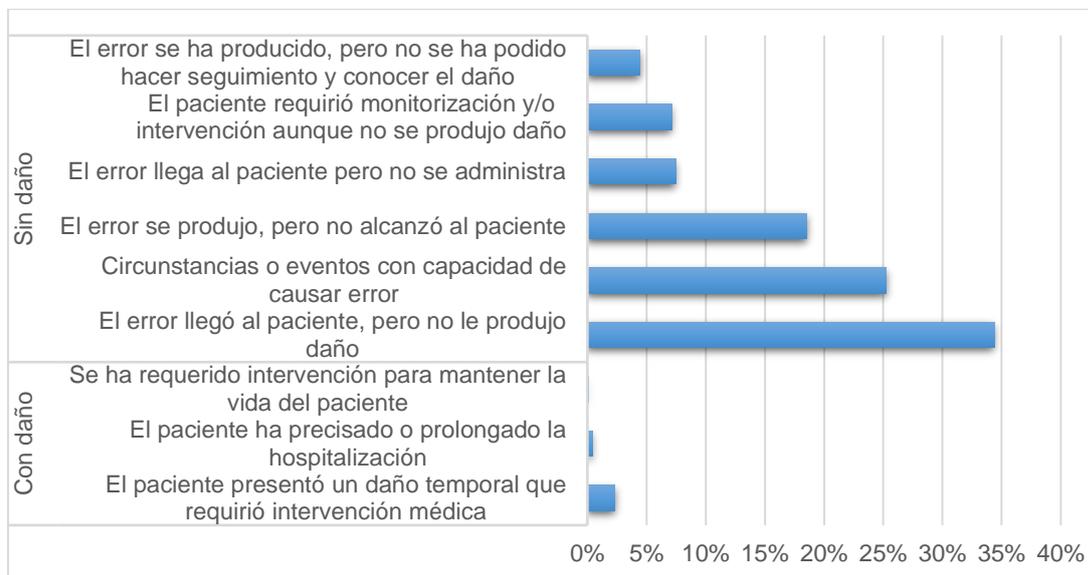


7.- CLASIFICACIÓN DE LOS EM RECIBIDOS SEGÚN LA PERSONA QUE DESCUBRE EL ERROR POR ÁMBITO ASISTENCIAL:

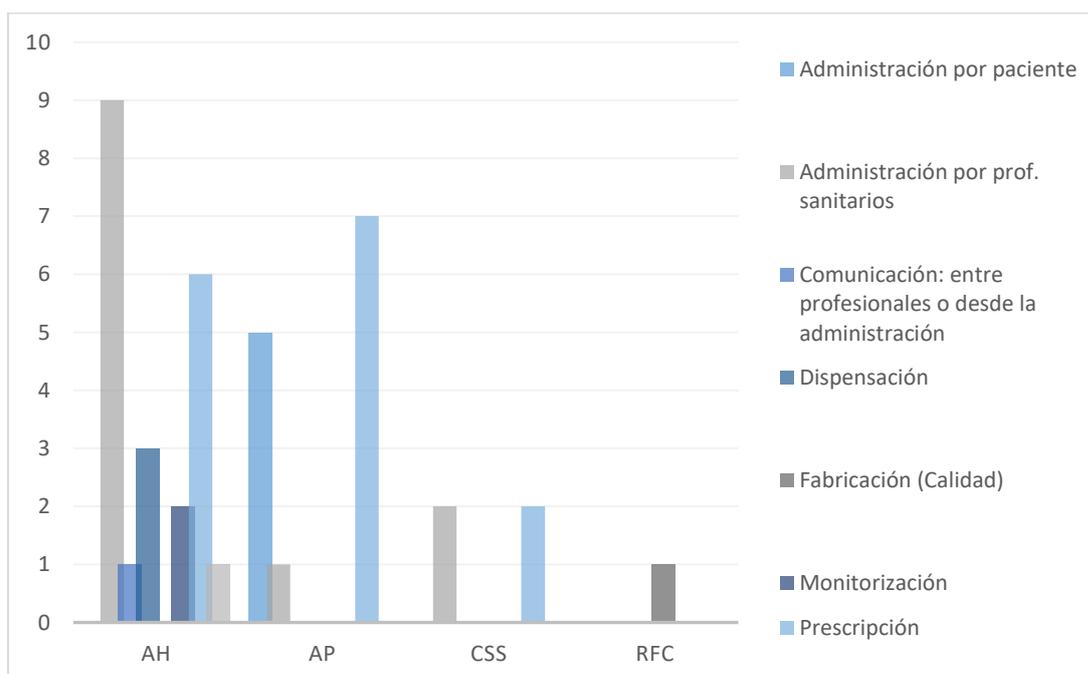


8.- CLASIFICACIÓN DE LOS ERRORES SEGÚN LAS CONSECUENCIAS PARA EL PACIENTE:

Se han recibido un total de 40 errores de medicación con consecuencias para el paciente de los que 22 proceden de atención hospitalaria 13 de atención primaria, 4 de centros socio sanitarios y 1 de la RFC.



8.1.- Origen de los errores de medicación donde se refiere daño al paciente según procedencia:



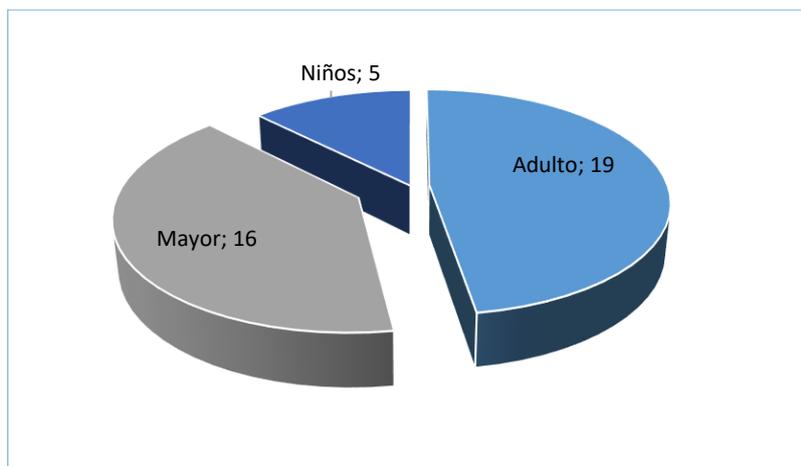
8.2.- Tipo de error de medicación donde se refiere daño al paciente:

| TIPO DE ERROR | %vs TOTAL |
|---|--------------|
| Error en la dosis: omisión o incorrecta | 27,50% |
| Selección inapropiada del medicamento: no indicado, contraindicación, historia de alergia o RAM previa, duplicidad terapéutica, medicamento innecesario o interacción | 25,00% |
| Monitorización insuficiente del tratamiento | 10,00% |
| Sin dato | 5,00% |
| Medicamento deteriorado: caducado, mal conservado o con defectos en la calidad | 5,00% |
| No administración de medicamento prescrito (omisión) | 5,00% |
| Técnica de administración errónea | 2,50% |
| Hora de administración incorrecta | 2,50% |
| Frecuencia de administración errónea | 2,50% |
| Administración de medicamento no prescrito | 2,50% |
| Forma farmacéutica errónea | 2,50% |
| Paciente equivocado | 2,50% |
| Velocidad de administración incorrecta | 2,50% |
| Prescripción y/o utilización de fármacos contraindicados en ficha técnica | 2,50% |
| Prescripción y/o utilización de fármacos fuera de indicación | 2,50% |

8.3.- Grupo de medicamentos donde se refiere daño y grupo de edad:

| GRUPO DE MEDICAMENTO | Nº EM |
|---|-------|
| Analgésicos | 4 |
| Antibacterianos para uso sistémico | 3 |
| Sustitutos de la sangre y soluciones para perfusión | 2 |
| Productos antiinflamatorios y antirreumáticos | 2 |
| Agentes antitrombóticos | 2 |
| Resto de productos | 1 |
| Fármacos para asma y epoc | 1 |
| Sueros inmunes e inmunoglobulinas | 1 |
| Fármacos usados en diabetes | 1 |
| Psicofármacos | 1 |
| Vacunas | 1 |
| Antibióticos y quimioterápicos para uso dermatológico | 1 |
| Opioides | 1 |
| Antiinfecciosos y antisépticos ginecológicos | 1 |
| Otros preparados dermatológicos | 1 |
| Agentes contra el estreñimiento | 1 |
| Inmunosupresores | 1 |





9.- DESCRIPCIÓN DE ALGUNOS ERRORES DE MEDICACIÓN REMITIDOS AL CENTRO DE FARMACOVIGILANCIA DE LA COMUNIDAD DE MADRID:

Algunos casos desde A. Hospitalaria:

Se administra a la paciente dosis errónea de Sintrom® (4mg) que figura en la prescripción de FAROS, en vez de consultar la dosis que le correspondía en la pauta TAO (1/8 de Sintrom®). La paciente presentó al día siguiente analítica con INR de 12, sin datos de sangrado, que tras administración de una dosis de Konaktion® se resuelve y se normaliza el INR.

Paciente diabético, ingresado por insuficiencia respiratoria, al que se le prescribe un suero glucosado 10% a 21 ml/h y una perfusión de insulina, según el protocolo de la unidad. De madrugada, se detecta hipoglucemia "low" debido a que se cambió la sueroterapia (por fin de bolsa) y en lugar de colocar un suero glucosado se colocó un suero salino manteniendo la perfusión de insulina. El suceso se solucionó con administración de glucosmón.

Por error se administra el triple de dosis del antibiótico amoxicilina/clavulánico IV a un paciente ingresado por lapsus al dividir la dosis diaria. En vez de 100mg/kg/día se administra 100mg/kg/dosis. El paciente presenta diarrea asociada a la sobredosis.

Paciente con preeclampsia grave e IRA en el puerperio inmediato de cesárea con ansiedad por RN muy grave en la UCIN; se le retira de la prescripción el tramadol y se añade lorazepam, pero le administran los dos, por error. La paciente presenta cuadro de somnolencia y taquicardia que requirió monitorización y ECG, sin más consecuencias.

Algunos casos desde Centros Socio Sanitarios:

Residente a la que le administran, por error, la medicación de otra persona (clozapina 100 mg comprimidos). Tras el desayuno comienza con confusión y adormilamiento.

En consulta hospitalaria, indican en el apartado de tratamiento: "Mantener una serie de fármacos que ya tomaba", pero Teglutik®, en lugar de indicar la dosis que tomaba previamente 10 ml cada 24 horas, se indica la que es habitual, 10 ml cada 12 horas. A los días del cambio la mujer sufre episodios de somnolencia y el médico identifica como posible causa el cambio de pauta por lo que vuelve a la anterior y se resuelve.

Algunos casos desde A. Primaria:



| |
|--|
| Se pauta, para lesión cutánea, Imiquimod® 3 veces a la semana, pero, la cuidadora se lo administra, por error, 3 veces al día. Le produjo quemaduras y sobreinfección bacteriana que requirió tratamiento y cura en consulta de atención primaria tras advertir el error. |
| Se pauta, por error, fosfomicina para ITU a una paciente con alergia conocida a este fármaco. Como consecuencia produjo reacción alérgica, edema labial, peri orbitario, molestias faríngeas y dispepsia. |
| La paciente no acude al control de tratamiento anticoagulante y estuvo tomando un comprimido al día hasta que tuvo una hemorragia digestiva alta que requirió ingreso hospitalario y transfusiones sanguíneas. |
| Paciente a la que le prescriben, en urgencias por fractura de tobillo, heparina. En el informe de urgencias se indica Clexane® 40 pero en la prescripción informática introducen, por error, Clexane® 150. La paciente consulta unos días después en el centro de salud por extensos hematomas abdominales, pero en ese momento no se detecta el error en la prescripción puesto que se revisa el informe de urgencias en el que figura la dosis correcta. Se le dan recomendaciones sobre el cuidado de los hematomas. La paciente acude de nuevo a consulta porque ella se da cuenta del error de la dosis en el domicilio. Se realiza exploración y analítica para descartar signos de sangrado y/o alteración analítica significativa. Se retira heparina hasta revisión y, descartada progresión clínica o alteración analítica, con mejoría de los hematomas, se reinicia heparina a la dosis correcta.. |

10.- MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO EN ATENCIÓN HOSPITALARIA:

| MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO | Nº EM |
|---|-------|
| Citostáticos, parenterales y orales | 39 |
| Opiáceos IV, transdérmicos y orales (todas las presentaciones) | 18 |
| Heparina y otros anticoagulantes parenterales (ej., antitrombina III, heparina sódica, enoxaparina, fondaparinux, lepirudina) | 15 |
| Insulina IV y subcutánea | 10 |
| Agonistas adrenérgicos IV (ej. ADRENalina, DOPamina, noradrenalina) | 10 |
| Anticoagulantes orales (ej. acenocumarol, dabigatrán) | 7 |
| Medicamentos para sedación moderada IV (ej. midazolam, dexmedetomidina) | 6 |
| Nutrición parenteral | 6 |
| Cloruro potásico, IV (solución concentrada) | 3 |
| Grupos terapéuticos y Medicamentos específicos | 3 |
| Corticosteroides largo plazo (>= 3 meses) | 3 |
| Medicamentos para administración por vía epidural o intratecal | 2 |
| Anestésicos generales inhalados e IV (ej. ketamina, propofol) | 2 |
| Antiarrítmicos IV (ej. amiodarona, lidocaína) | 2 |
| Trombolíticos (ej. alteplasa, tenecteplasa) | 2 |
| Inmunosupresores | 2 |
| Cloruro sódico hipertónico (mayor o igual que 0,9%) | 1 |
| Metotrexato oral (uso no oncológico) | 1 |
| Hipoglucemiantes orales | 1 |
| Agentes inotrópicos IV (ej. digoxina, milrinona) | 1 |
| Benzodiacepinas y análogos | 1 |
| Bloqueantes neuromusculares (ej. suxametonio, rocuronio, vecuronio) | 1 |
| Opioides | 1 |
| Antipsicóticos | 1 |
| Antagonistas adrenérgicos IV (ej. esmolol, labetalol) | 1 |
| Vasopresina | 1 |
| Diuréticos del asa | 1 |
| Fosfato potásico IV | 1 |



11.- ANÁLISIS DE LOS ERRORES DE MEDICACIÓN POR GRUPOS DE EDAD:

En niños ≤18años (n=269):

| CAUSAS | RFC | AH | AP |
|---|-------|--------|--------|
| Falta de cumplimiento o de procedimientos de trabajo establecidos | 0,00% | 16,96% | 14,04% |
| La presentación de la especialidad farmacéutica da lugar a confusión: nombres similares, similitud de envases | 0,00% | 15,20% | 5,26% |
| Falta de conocimientos/formación | 0,58% | 8,77% | 5,85% |
| Problemas en los equipos y dispositivos de dispensación/preparación/ administración | 0,00% | 6,43% | 2,34% |
| Incorrecta identificación del paciente | 0,00% | 2,92% | 2,34% |
| Problemas en la interpretación de la prescripción: ambigua, ilegible, uso de abreviaturas | 0,00% | 4,68% | 0,58% |
| Otros: situación de emergencias, personal insuficiente o sin experiencia | 0,00% | 2,92% | 1,17% |
| Comunicación verbal incorrecta/incompleta/ambigua | 0,00% | 2,92% | 0,58% |
| Defectos en la calidad del medicamento | 0,00% | 0,58% | 1,17% |
| Falta o fallo en el procedimiento de conciliación de la medicación: al alta | 0,00% | 0,58% | 1,17% |
| Falta o fallo en el procedimiento de conciliación de la medicación: al ingreso | 0,00% | 1,17% | 0,00% |
| Falta de concentración | 0,58% | 0,00% | 0,00% |
| Falta de concordancia entre las bases de datos y los medicamentos comercializados | 0,00% | 0,58% | 0,00% |
| Falta o fallo en el procedimiento de conciliación de la medicación: entre unidades asistenciales | 0,00% | 0,58% | 0,00% |

(Nota: Se incluyen todos los casos marcados con edad 0 años)

| TIPO DE ERROR | RFC | AH | AP |
|---|-------|--------|--------|
| Error en la dosis: omisión o incorrecta | 0,37% | 23,05% | 5,20% |
| Selección inapropiada del medicamento: no indicado, contraindicación, historia de alergia o RAM previa, duplicidad terapéutica, medicamento innecesario o interacción | 0,00% | 8,18% | 12,27% |
| Error en la preparación/manipulación/acondicionamiento (incluye el cálculo de dosis) | 0,00% | 6,69% | 2,60% |
| Error de almacenamiento | 0,00% | 9,29% | 0,00% |
| Medicamento deteriorado: caducado, mal conservado o con defectos en la calidad | 0,00% | 4,83% | 1,12% |
| Frecuencia de administración errónea | 0,00% | 2,60% | 1,49% |
| Duplicidad de medicamentos o utilización de fármacos innecesarios | 0,00% | 1,12% | 2,23% |
| Sin dato | 0,00% | 1,49% | 1,12% |
| Prescripción y/o utilización de fármacos fuera de indicación | 0,00% | 0,00% | 2,60% |
| Velocidad de administración incorrecta | 0,00% | 2,60% | 0,00% |
| Forma farmacéutica errónea | 0,37% | 1,12% | 1,12% |
| Paciente equivocado | 0,00% | 1,86% | 0,74% |
| Vía de administración incorrecta | 0,00% | 0,74% | 0,37% |
| No administración de medicamento prescrito (omisión) | 0,00% | 1,12% | 0,00% |
| Monitorización insuficiente del tratamiento | 0,00% | 0,00% | 1,12% |
| Técnica de administración errónea | 0,00% | 0,37% | 0,37% |



| | | | |
|---|-------|-------|-------|
| Duración del tratamiento incorrecta | 0,00% | 0,00% | 0,74% |
| Hora de administración incorrecta | 0,00% | 0,37% | 0,00% |
| Prescripción y/o utilización de fármacos contraindicados en ficha técnica | 0,00% | 0,00% | 0,37% |
| Falta de cumplimiento del paciente | 0,00% | 0,00% | 0,37% |

En personas ≥ 75 años (n=359):

| CAUSAS | CSS | RFC | AH | AP |
|---|-------|-------|--------|--------|
| Falta de cumplimiento o de procedimientos de trabajo establecidos | 2,64% | 0,00% | 11,70% | 15,09% |
| Falta de conocimientos/formación | 0,00% | 0,75% | 6,04% | 10,94% |
| Falta o fallo en el procedimiento de conciliación de la medicación: al ingreso | 0,00% | 0,00% | 8,68% | 0,00% |
| Comunicación verbal incorrecta/incompleta/ambigua | 0,00% | 0,00% | 1,89% | 5,66% |
| Problemas en los equipos y dispositivos de dispensación/ preparación/ administración | 0,00% | 0,00% | 4,15% | 2,64% |
| La presentación de la especialidad farmacéutica da lugar a confusión: nombres similares, similitud de envases | 0,38% | 0,00% | 3,77% | 1,89% |
| Otros: situación de emergencias, personal insuficiente o sin experiencia | 0,00% | 0,00% | 4,15% | 1,13% |
| Problemas en la interpretación de la prescripción: ambigua, ilegible, uso de abreviaturas | 0,00% | 0,00% | 3,02% | 1,89% |
| Incorrecta identificación del paciente | 0,75% | 0,00% | 3,02% | 1,13% |
| Falta o fallo en el procedimiento de conciliación de la medicación: al alta | 0,00% | 0,00% | 0,38% | 3,77% |
| Falta o fallo en el procedimiento de conciliación de la medicación: entre unidades asistenciales | 0,38% | 0,00% | 1,13% | 0,00% |
| Defectos en la calidad del medicamento | 0,00% | 0,00% | 0,75% | 0,75% |
| Falta de concentración | 0,00% | 0,00% | 1,13% | 0,00% |
| Medicamento no disponible | 0,38% | 0,00% | 0,00% | 0,00% |

| TIPO DE ERROR | CSS | RFC | AH | AP |
|---|-------|-------|--------|--------|
| Error en la dosis: omisión o incorrecta | 0,57% | 0,28% | 14,77% | 14,20% |
| Selección inapropiada del medicamento: no indicado, contraindicación, historia de alergia o RAM previa, duplicidad terapéutica, medicamento innecesario o interacción | 0,00% | 0,00% | 11,65% | 5,97% |
| Duplicidad de medicamentos o utilización de fármacos innecesarios | 0,00% | 0,28% | 3,98% | 7,95% |
| Frecuencia de administración errónea | 0,28% | 0,00% | 3,41% | 3,69% |
| Paciente equivocado | 0,57% | 0,00% | 4,26% | 0,85% |
| Error en la preparación/manipulación/acondicionamiento (incluye el cálculo de dosis) | 0,28% | 0,00% | 2,56% | 1,42% |
| Duración del tratamiento incorrecta | 0,00% | 0,00% | 1,14% | 1,70% |
| Vía de administración incorrecta | 0,00% | 0,00% | 2,56% | 0,28% |
| Medicamento deteriorado: caducado, mal conservado o con defectos en la calidad | 0,00% | 0,00% | 0,57% | 2,27% |
| Monitorización insuficiente del tratamiento | 0,00% | 0,00% | 0,57% | 1,42% |
| Forma farmacéutica errónea | 0,00% | 0,00% | 0,85% | 1,14% |
| Hora de administración incorrecta | 0,28% | 0,00% | 1,42% | 0,00% |
| Administración de medicamento no prescrito | 1,42% | 0,00% | 0,00% | 0,00% |
| No administración de medicamento prescrito (omisión) | 0,00% | 0,00% | 1,42% | 0,00% |



| | | | | |
|---|-------|-------|-------|-------|
| Prescripción y/o utilización de fármacos fuera de indicación | 0,00% | 0,00% | 0,00% | 1,42% |
| Falta de cumplimiento del paciente | 0,00% | 0,00% | 0,00% | 1,14% |
| Prescripción y/o utilización de fármacos contraindicados en ficha técnica | 0,00% | 0,00% | 0,00% | 1,14% |
| Error de almacenamiento | 0,00% | 0,00% | 1,14% | 0,00% |
| Velocidad de administración incorrecta | 0,00% | 0,00% | 0,57% | 0,00% |
| Técnica de administración errónea | 0,00% | 0,00% | 0,28% | 0,28% |

12.- ACTUACIONES REALIZADAS:

Notificaciones relacionadas con similitud de envases y/o etiquetado:

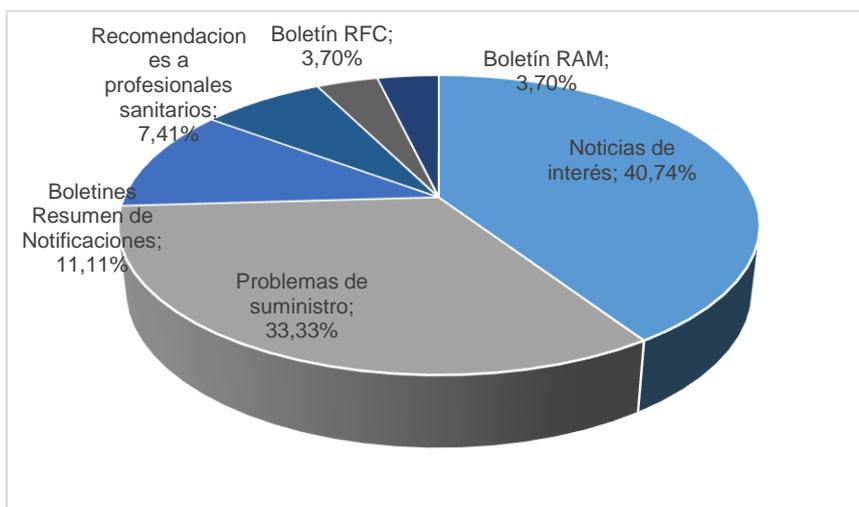
Remitidos a la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS):

- ✓ Se han remitido 8 casos relacionados con similitud de envases.

Notificaciones relacionadas con sistemas de información:

- ✓ Se notifica a sistemas de información que la prescripción de la fórmula magistral clobetasol 0,05% 100 ml suspensión para enjuague bucal, no permite establecer correctamente la posología. Se corrige en el MUP para que se pueda prescribir por envases.

Noticias publicadas en el Portal de Uso Seguro del Medicamento (PUSM):



BOLETINES DE RECOMENDACIONES PARA MEJORAR LA SEGURIDAD EN EL USO DE LOS MEDICAMENTOS

Boletines de Recomendaciones a Profesionales del Sermas:

- ✓ **Nº 8/2024: ERRORES DE MEDICACION EN pacientes PEDIATRICOS durante las URGENCIAS.** Se analizan los errores de medicación que han tenido lugar en las Urgencias y en pacientes pediátricos.

COMUNICACIÓN DE INCIDENCIAS A LOS PROFESIONALES SANITARIOS Incidencia: 8/2024
Fecha comunicación: diciembre de 2024

ERRORES DE MEDICACION EN PACIENTES PEDIATRICOS DURANTE LAS URGENCIAS

CARACTERÍSTICAS DE LOS ERRORES

Hemos analizado los errores de medicación notificados en el Portal de Uso Seguro del Medicamento que han tenido lugar en los servicios de urgencia durante el periodo 1 de enero a 12 de diciembre de 2024, y se ha observado que de los 105 casos que han tenido lugar en urgencias, un 84% (n=88) se han producido en pacientes pediátricos. Por ámbitos, el 73% se han producido en hospitales y un 22% en primaria. Se incluyen algunos casos:

- ✓ Paciente de 2 años con diagnóstico de neumonía. El peso que aparece en sistema informático es 35,5 kg, por lo que se pasa el tratamiento para el ingreso en base a este peso (paracetamol, cefotaxima, clindamicina). El peso real del paciente es de 12 kg (totalmente 35,5 correspondía a la temperatura) y se ha introducido por error desde luego en la carta del peso. Hasta el día siguiente no se advierte el error, por lo que el paciente recibe varias dosis de medicación con la dosis errónea.
- ✓ Paciente de 14 meses que se diagnostica en urgencias de hospital de infección respiratoria de vías altas y se le prescribe para la fiebre paracetamol (100mg/ml) 3,5 ml cada 8h (350 mg/8h). El paciente pesa 10 kilos. Fiebre Técnica indica la dosis diaria recomendada de paracetamol es aproximadamente de 60 mg/kg/día, que se reportó en 4 o 6 tomas al día, en abril 23 mg/kg cada 8 horas o 20 mg/kg cada 4 horas.
- ✓ Paciente de 3 años que acude a urgencias por dolor en contexto de postoperatorio de cirugía otorinolaringológica. Se prescribe metaxolol vía oral: 7 gotas o 3 ml. 7 gotas sería la dosis ajustada a su peso para 3 ml es una dosis supratraslapada ya que le correspondían 6,3 ml. Se envía prescripción en MUP y está en dosis adecuada.
- ✓ Niña de 12 años a la que se prescribe en consulta de atención primaria budonemida 3 inhalaciones cada 12 horas por los días. Días después acude a urgencias hospitalarias por empeoramiento y prescriben salbutamol 4 inhalaciones cada 8 horas manteniendo budonemida. La madre acaba dando la budonemida con la pauta del salbutamol y el salbutamol con la pauta de la budonemida. Se entiende que ha habido un error en la comunicación del tratamiento al explicar qué inhalador es cada uno.

Nota: con transcripciones de las notificaciones pueden ser útiles para evitar interpretaciones equivocadas

El análisis del origen y el tipo de error de los 88 casos que se han producido en pacientes pediátricos, se muestra en el siguiente gráfico y tabla:

| | |
|---|--------|
| Error en la dosis, omisión o incorrecta | 41,86% |
| Selección inapropiada del medicamento no indicado, contraindicación, historia de alergia o RMAD previa, duplicidad terapéutica, medicamento innecesario o interferido | 14,80% |
| Frecuencia de administración errónea | 5,14% |
| Duplicidad de medicamentos o utilización de fármacos innecesarios | 3,81% |
| Error en la preparación (farmacología/condicionamiento) | 4,65% |
| Incluye el cálculo de dosis | 4,65% |
| Vía de administración incorrecta | 4,65% |
| Paciente equivocado | 4,65% |
| Forma farmacéutica errónea | 4,65% |

RECOMENDACIONES

Estos errores de medicación ocurren con mayor frecuencia en la etapa de la prescripción y en la administración, observándose un gran porcentaje de errores en la dosificación.

Con el objetivo de prevenir estos errores, se recuerda la importancia de:

- Indicar el peso en la prescripción.
- Expresar la dosis en unidades de masa.
- Poner especial cuidado a la hora de calcular la dosis del fármaco, efectuando un doble chequeo en los medicamentos de alto riesgo.
- Informar y educar a padres, cuidadores y niños con madurez suficiente.

SEGURIDAD DE MEDICAMENTOS DE LA COMUNIDAD DE MADRID
Dirección General de Gestión Económica, Subdirección General de Farmacia y Productos Sanitarios
Pº de la Castellana, 285, 4º planta-28046 Madrid. Teléfono: 91 428 53 83. e-mail: proyectos@demadrid.madrid.org

Boletines de Recomendaciones a Profesionales del AMAS:

- ✓ **Nº 1/2024: BUENAS PRÁCTICAS PARA PREVENIR ERRORES DE MEDICACIÓN A TRAVÉS DEL MÓDULO ÚNICO DE PRESCRIPCIÓN (MUP).** Se incluyen las recomendaciones para un uso correcto del MUP

RECOMENDACIONES PARA EL USO SEGURO DE LOS MEDICAMENTOS A LOS PROFESIONALES DE LOS CENTROS SOCIOSANITARIOS DE LA AMAS Fecha: octubre 2024

BUENAS PRÁCTICAS PARA PREVENIR ERRORES DE MEDICACIÓN A TRAVÉS DEL MÓDULO ÚNICO DE PRESCRIPCIÓN (MUP)

El Módulo Único de Prescripción (MUP) permite disponer de la historia farmacoterapéutica del paciente, facilitando que todos los profesionales sanitarios públicos puedan prescribir a través de la misma plataforma.

Su utilización ha mejorado la calidad y seguridad de la prescripción, permitiendo la estandarización de la información farmacológica. Sin embargo, sigue existiendo un riesgo potencial de que se produzcan errores de medicación con el uso del MUP, sobre todo en pacientes crónicos en seguimiento por varios prescriptores.

Recientemente se ha implantado un "Sistema de Ayuda a la Prescripción" con el objetivo de facilitar la toma de decisiones clínicas y terapéuticas, así como reducir los riesgos asociados a la prescripción. El sistema contiene una base de datos central de alertas (FarmAlert) que incluye un conjunto de mensajes de especial relevancia. Se han definido dos tipos de alertas:

No Bloqueantes: aparecen en el MUP con un icono de color azul y son aquellas que el prescriptor debe tener en cuenta pero no impiden finalizar el proceso de prescripción.

Bloqueantes: aparecen con un icono de color rojo y son aquellas que por su gravedad impiden que se finalice el proceso de prescripción hasta que se resuelvan.

RECOMENDACIONES PARA USO CORRECTO DEL MUP

- Revisa el tratamiento completo ante cualquier cambio en la prescripción incluyendo las alergias e intolerancias. Esto reduce potenciales duplicidades, interacciones, medicamentos innecesarios, etc.
- Incluye en el MUP tanto los medicamentos financiados como los no financiados.
- Asocia cada medicamento a su episodio o diagnóstico clínico para facilitar la comprensión de la indicación del tratamiento y la revisión por otros profesionales sanitarios.
- Si cierras una prescripción, indica el motivo del cierre para que otros profesionales conozcan las razones por las que se le retiró la medicación al paciente.
- No prescribas "medicamentos agudos" como "crónicos", así evitarás que puedan ser dispensados más tiempo del necesario. Tampoco prescribas "medicamentos crónicos" como "agudos" ya que al finalizar la duración de la prescripción, desaparecerá de la hoja de tratamiento con el riesgo potencial de omisión del tratamiento.
- Emplea las "pautas especiales" para medicamentos con pautas que no se ajustan a las habituales de "desayuno, comida, cena, al acostarse" (ej. mensual, semanal, días alternos).
- Consulta las alertas de MUP e interprétalas en el contexto individual de cada paciente.
- Revisa la situación de visado de inspección de todos aquellos medicamentos que lo requieran.
- Firma y envía todas las prescripciones para finalizar el proceso correctamente y que los medicamentos puedan ser dispensados en la oficina de farmacia.
- No imprimas recetas desde el MUP. Si lo haces, se imprimirán todas las recetas disponibles para el tiempo seleccionado y durante ese intervalo de tiempo no se podrá recoger la medicación con receta electrónica. Evita realizar recetas manuales.
- Con cada cambio de tratamiento genera e imprime SIEMPRE una nueva hoja de tratamiento.

SEGURIDAD DE MEDICAMENTOS DE LA COMUNIDAD DE MADRID
SUBDIRECCIÓN GENERAL DE FARMACIA Y PRODUCTOS SANITARIOS
Pº de la Castellana, 285, 4º planta-28046 Madrid. Teléfono: 91 428 53 83. e-mail: proyectos@demadrid.madrid.org



Boletines de Recomendaciones a Profesionales de la RFC:

- ✓ **Nº 4/2024:** Se incluye un resumen de las notificaciones registradas en el PUSM y las actuaciones realizadas por los farmacéuticos de las oficinas de farmacia de la RFC, durante el último año.





**Comunidad
de Madrid**