



## BOLETIN resumen de notificaciones primer TRIMESTRE 2022

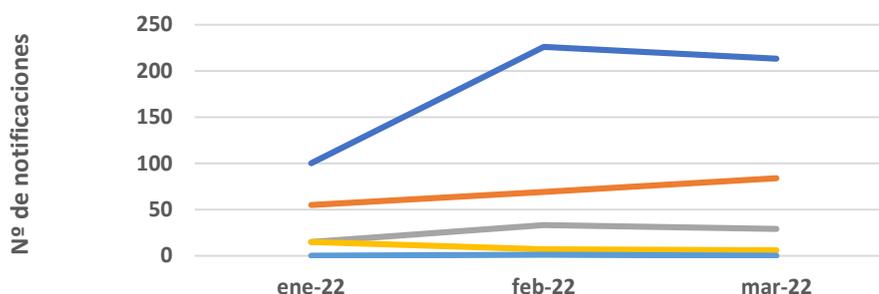
### Uso Seguro de Medicamentos

Durante el primer trimestre de 2022 (enero-marzo) se han recibido **853** notificaciones relacionadas con errores de medicación (EM). La participación en el Programa de Notificación de Errores de Medicación se ha distribuido, según procedencia, del siguiente modo:

#### ● Número de Errores de Medicación recibidos y participación en el Programa (%) - periodo enero-marzo 2022:

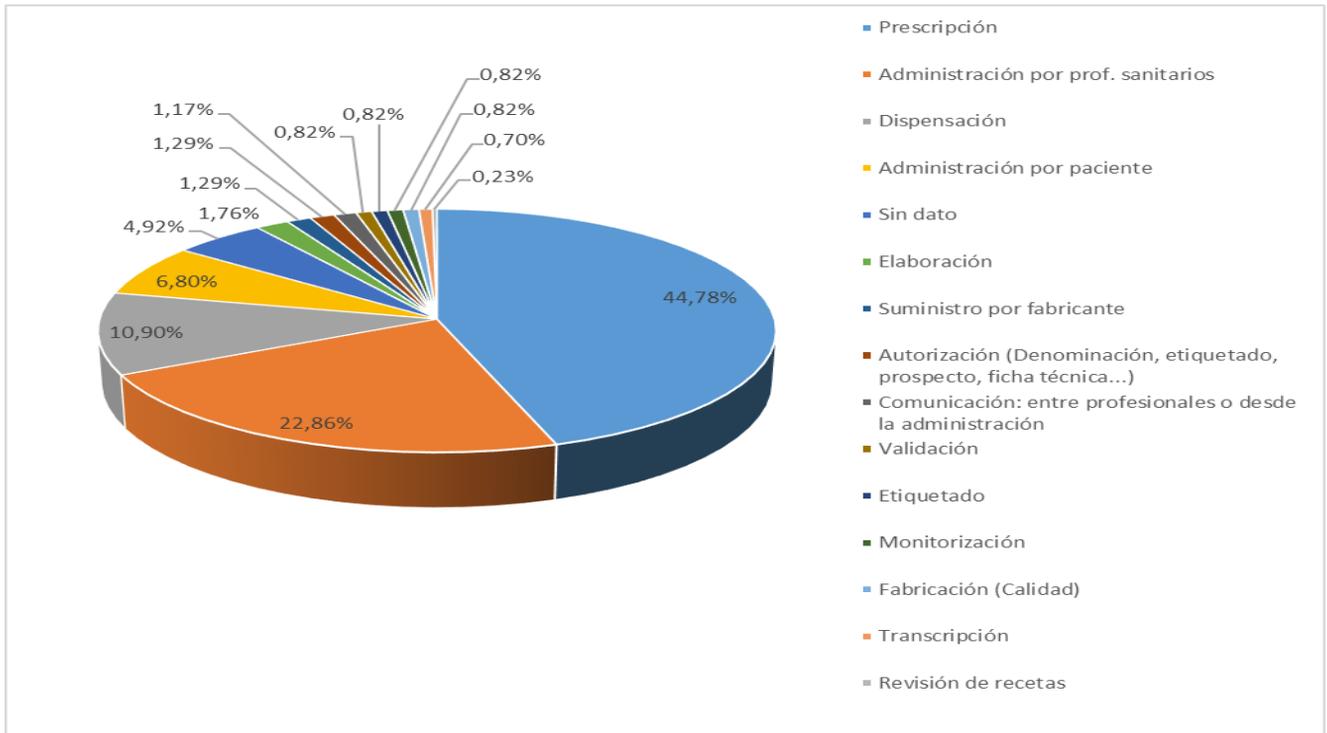
UNIDADES FUNCIONALES PARA LA GESTIÓN DE RIESGOS A. HOSPITALARIA	539	63,19%
UNIDADES FUNCIONALES PARA LA GESTIÓN DE RIESGOS A. PRIMARIA	208	24,38%
OFICINAS DE FARMACIA DE LA RED DE FARMACIAS CENTINELA	77	9,03%
CENTROS SOCIO-SANITARIOS	28	3,28%
SUMMA112	1	0,12%

#### ● Evolución de la Participación en el Programa:



	ene-22	feb-22	mar-22
UFGR AH	100	226	213
UFGR AP	55	69	84
RFC	15	33	29
CSS	15	7	6
SUMMA 112	0	1	0

## ● Clasificación de los Errores de Medicación recibidos según origen/etapa del error (enero-marzo 2022) :



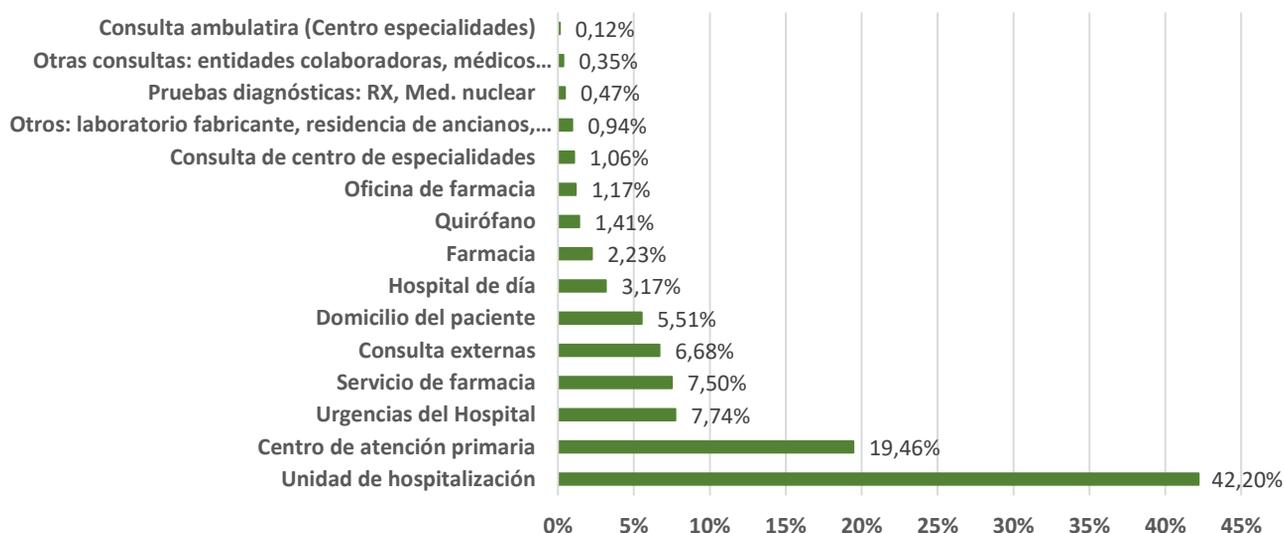
## ● Clasificación de los Errores de Medicación recibidos según tipo de error (enero-marzo 2022):

TIPO DE ERROR	% vs TOTAL
Error en la dosis: omisión o incorrecta	24,38%
Selección inapropiada del medicamento: no indicado, contraindicación, historia de alergia o RAM previa, duplicidad terapéutica, medicamento innecesario...(Error en el principio activo)	18,76%
Frecuencia de administración errónea	7,39%
Paciente equivocado	6,21%
Duplicidad de medicamentos o utilización de fármacos innecesarios	5,04%
Error en la preparación/manipulación/acondicionamiento (incluye el cálculo de dosis)	4,57%
Error de almacenamiento	3,87%
Medicamento deteriorado: caducado, mal conservado o con defectos en la calidad	3,75%
Sin dato	3,63%
Vía de administración incorrecta	3,52%
Forma farmacéutica errónea	3,05%
Error en el principio activo	3,05%
Monitorización insuficiente del tratamiento	1,64%
Duración del tratamiento incorrecta	1,52%
Prescripción y/o utilización de fármacos fuera de indicación	1,29%
Velocidad de administración incorrecta	1,17%
Técnica de administración errónea	1,06%
Falta de cumplimiento del paciente	0,94%
Error administrativo, subsanable por el farmacéutico	0,94%
Hora de administración incorrecta	0,82%
No administración de medicamento prescrito (omisión)	0,82%
Se prescribe un medicamento que no está comercializado	0,82%
Prescripción y/o utilización de fármacos contraindicados en ficha técnica	0,82%
Se prescribe un fármaco que no suministra los distribuidores	0,59%
Error en el envase prescrito o dispensado	0,35%

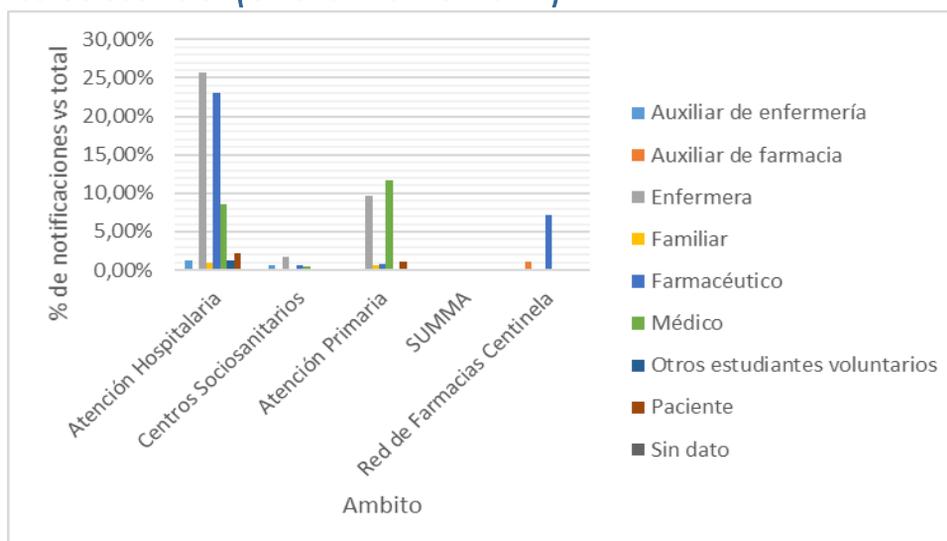
## ● Clasificación de los errores recibidos según causas (enero-marzo 2022):

CAUSAS	% vs TOTAL
Falta de cumplimiento o de procedimientos de trabajo establecidos	25,56%
Sin dato	21,10%
Falta de conocimientos/formación	13,36%
La presentación de la especialidad farmacéutica da lugar a confusión: nombre similares, similitud de envases	9,96%
Otros: situación de emergencias, personal insuficiente o sin experiencia	5,86%
Problemas en la interpretación de la prescripción: ambigua, ilegible, uso de abreviaturas	5,74%
Problemas en los equipos y dispositivos de dispensación/ preparación/ administración	3,40%
Falta o fallo en el procedimiento de conciliación de la medicación: al ingreso	3,17%
Incorrecta identificación del paciente	3,05%
Comunicación verbal incorrecta/incompleta/ambigua	2,81%
Falta de concordancia entre las bases de datos y los medicamentos comercializados	2,58%
Falta o fallo en el procedimiento de conciliación de la medicación: al alta	1,29%
Defectos en la calidad del medicamento	1,29%
Falta o fallo en el procedimiento de conciliación de la medicación: entre unidades asistenciales	0,82%

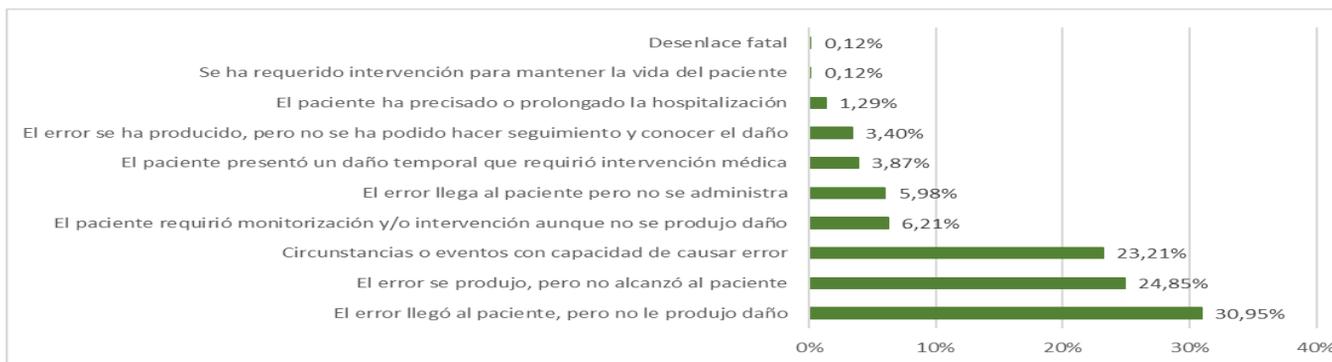
## ● Clasificación de los EM según lugar donde se producen (enero-marzo 2022)



## ● Clasificación de los EM recibidos según la persona que descubre el error por ámbito asistencial (enero-marzo 2022):



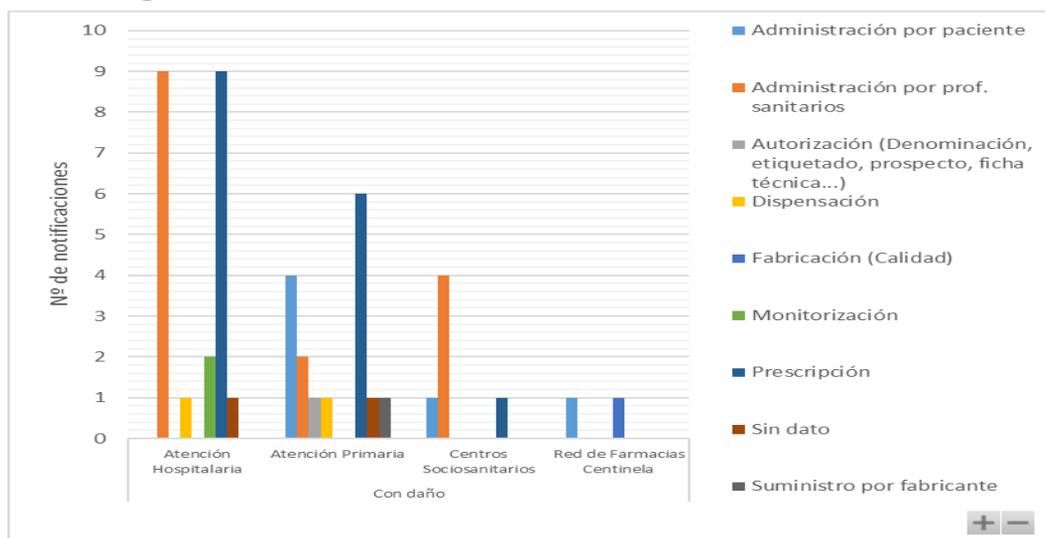
## ● Clasificación de los errores recibidos según las **CONSECUENCIAS** para el paciente (enero-marzo 2022):



### ■ Procedencia de los errores de medicación donde se refiere **DAÑO** (n=46)

Atención Hospitalaria	22	47,83%
Atención Primaria	16	34,78%
Centros Socio sanitarios	6	13,04%
Red de Farmacias Centinela	2	4,35%
<b>TOTAL</b>	<b>46</b>	<b>100%</b>

### ■ Origen de los errores de medicación donde se refiere **DAÑO** (n=46) al paciente según procedencia.



### ■ Tipo de error de medicación donde se refiere **DAÑO** al paciente (n=46)

Error en la dosis: omisión o incorrecta	21,74%
Selección inapropiada del medicamento: no indicado, contraindicación, historia de alergia o RAM previa, duplicidad terapéutica, medicamento innecesario...(Error en el principio activo)	15,22%
Monitorización insuficiente del tratamiento	6,52%
Paciente equivocado	6,52%
Sin dato	6,52%
Frecuencia de administración errónea	6,52%
Medicamento deteriorado: caducado, mal conservado o con defectos en la calidad	6,52%
Duplicidad de medicamentos o utilización de fármacos innecesarios	4,35%
Velocidad de administración incorrecta	4,35%
Duración del tratamiento incorrecta	4,35%
Forma farmacéutica errónea	2,17%
Error en el principio activo	2,17%
Falta de cumplimiento del paciente	2,17%
Técnica de administración errónea	2,17%
No administración de medicamento prescrito (omisión)	2,17%
Vía de administración incorrecta	2,17%
Error en la preparación/manipulación/acondicionamiento (incluye el cálculo de dosis)	2,17%
Prescripción y/o utilización de fármacos contraindicados en ficha técnica	2,17%

## ● Descripción de algunos errores de medicación remitidos al CFV (Centro de Farmacovigilancia de la Comunidad de Madrid) por referir consecuencias al paciente (enero-marzo 2022)

### Desde Atención Hospitalaria:

- ✓ Paciente a la que le administran por error morfina 30 mg IV sin prescripción ni haber recibido orden verbal. Al parecer, desde enfermería se pensó que estaban administrando antibioterapia que tenía prescrita. La paciente presentó sensación nauseosa y disminución del nivel de consciencia. Revertió con la administración de naloxona.
- ✓ Paciente pluripatológico con insuficiencia renal crónica que ingresa en urgencias por posible crisis comicial y se le pauta levetiracetam. Dos días después ingresa desde residencia por bajo nivel de conciencia. La dosis de levetiracetam no se ajustó a la función renal del paciente, por lo que el segundo ingreso pudo ser provocado por una sobredosificación del fármaco.
- ✓ Se inicia tratamiento antibiótico por orden verbal sin registrarlo posteriormente en la prescripción, lo que lleva la omisión de la siguiente dosis de tratamiento .
- ✓ Paciente que se conocía intolerancia previa a metamizol, pero esta no estaba correctamente registrado, lo que condujo a un error en la prescripción y el consiguiente desarrollo de agranulocitosis como consecuencia de la administración del fármaco.
- ✓ Paciente ingresado en urgencias con hipotensión grave que precisa administración de noradrenalina. Al no tener disponible una vía central, se administra por vía periférica, produciéndose extravasación. La paciente requirió administración de fentolamina e ingreso en la UCI para continuar con el tratamiento por vía central.
- ✓ Paciente a la que se prescribe dexametasona, mediante orden verbal, y por error se le administra dexmedetomidina. El paciente sufrió inicialmente sensación de calor intenso y posteriormente pérdida de conciencia, que tras intervención recuperó y se logró ventilación espontánea, sin incidencias.
- ✓ Paciente alérgico a penicilina y  $\beta$ lactámicos, al que se le administra cefazolina 2gr IV en sala preoperatoria; el profesional que identifica el error se da cuenta en quirófano al comprobar la medicación administrada; se queda ingresado para observación de posibles complicaciones tardías. No presentó alteraciones sistémicas en ningún momento.
- ✓ Se prescribe Losartan 50 mg con alerta que indica "no administrar si TAS menor a 140 mmHg". Por la mañana la tensión era 100 mmHg y se le administró la medicación, presentando cuadro de hipotensión de 80/50mmHg que agravo la situación.
- ✓ Paciente que acude por hipotensión y elevación del INR. Se pauta Sintrom<sup>®</sup>. Más tarde se pauta enoxaparina con sangrado activo (hematoma). El paciente presentó un shock hemorrágico.
- ✓ Se administra al paciente, por error, levomepromazina 100 mg en lugar de lamotrigina 100 mg. Presentó mareos e hipotensión severa

### Desde Atención Primaria:

- ✓ Paciente que se le prescribe en receta electrónica una dosis de lorazepam de 5 mg en lugar de la mínima dosis eficaz. La paciente, tras la toma del fármaco, presentó somnolencia excesiva.
- ✓ Paciente a la que cambian lercanidipino 10 mg y enalapril 20 mg, por enalapril 20/ lercanidipino 10, juntos en una sola pastilla, pero se les olvida anular la medicación previa de la receta electrónica. La paciente presenta mareos e hipotensión por administración de exceso de medicación.
- ✓ Paciente que tras ingreso se le pauta, al alta, pregabalina 25 mg pero en la receta figura pregabalina 225 mg que es lo que se dispensa en farmacia y lo que se administra el paciente. Presentó somnolencia excesiva que precisó valoración por el SUMMA, que tras advertir el error, retiró la medicación sin secuelas.

### Desde Centros Sociosanitarios:

- ✓ Paciente institucionalizado en centros de discapacidad intelectual de AMAS, que tras intervención de cataratas se prescribe acetazolamida y suplemento de potasio para control de glaucoma de ángulo cerrado agudo postquirúrgico especificando la pauta pero sin especificar la duración de tratamiento por parte de oftalmólogo. En el centros sociosanitario se transcribe la prescripción como de larga duración. A los 5 días debuta con depresión de SNC, y sufre caída con traumatismo craneoencefálico e incisión que precisa visita a urgencias en dos ocasiones. La prescripción de oftalmología no constaba en MUP. Tras consulta al oftalmólogo se confirma la duración del tratamiento que era 3 días. El tratamiento se continuo durante 20 días hasta que pudo aclararse la prescripción inicial.
- ✓ Mujer de 85 años que vive en domicilio derivada al hospital por su MAP por hallazgo de calcio en analítica. Había estado en casa de una hija, que le había administrado Hidroferol<sup>®</sup> diario por error. Consecuencia 22 días de ingreso. En MUP aparecen 4 dispensaciones de 4 envases de 10 cap. en el transcurso de un mes, a pasar de estar bien prescrito por el MAP.

### Desde la Red de Farmacias Centinela:

- ✓ Desde la OF se contacta con la paciente para comprobar si dispone de algún lote de la leche afectado por la retirada, indica que durante 7 días la niña tuvo gastroenteritis, vómitos y diarrea verde que requirió intervención medica, estos síntomas se le achararon a que la paciente sufre de insuficiencia renal pero no se relaciono con la ingesta de la nutrición afectada.
- ✓ Se prescribe StopCold<sup>®</sup> a paciente alérgica a alguno de sus componentes. La paciente no se lo indicó al médico. Aparació un sarpullido en todo el cuerpo. Para aliviar el picor, el médico de urgencias prescribió Atarax<sup>®</sup> y Lexxema<sup>®</sup> emulsión.

## ● Medicamentos de alto riesgo en A. Hospitalaria:

Citostáticos, parenterales y orales	21
Opiáceos IV, transdérmicos y orales (todas las presentaciones)	11
Heparina y otros anticoagulantes parenterales (ej., antitrombina III, heparina sódica, enoxaparina, fondaparinux, lepirudina)	9
Grupos terapéuticos y Medicamentos específicos	4
Anticoagulantes orales (ej. acenocumarol, dabigatrán)	3
Anestésicos generales inhalados e IV (ej. ketamina, propofol)	2
Bloqueantes neuromusculares (ej. suxametonio, rocuronio, vecuronio)	2
Agonistas adrenérgicos IV (ej. ADRENalina, DOPamina, noradrenalina)	2
Medicamentos orales para sedación moderada en niños (ej. hidrato de cloral, midazolam)	1
Insulina IV y subcutánea	1
Medicamentos para administración por vía epidural o intratecal	1
Agentes inotrópicos IV (ej. digoxina, milrinona)	1
Soluciones de glucosa hipertónica (mayor o igual que 20%)	1
Cloruro sódico hipertónico (mayor o igual que 0,9%)	1
Fosfato potásico IV	1

## ● Causas de los EM en personas ≥ 75 años (n=231)

CAUSAS de los EM	UFGR- AH	UFGR- AP	CSS	RFC
Falta de cumplimiento o de procedimientos de trabajo establecidos	15,15%	5,19%	0,43%	1,73%
La presentación de la especialidad farmacéutica da lugar a confusión: nombre similares, similitud de envases	8,66%	0,87%	0,87%	0,00%
Falta de conocimientos/formación	7,79%	3,03%	0,87%	4,33%
Sin dato	6,06%	8,23%	0,00%	0,00%
Falta o fallo en el procedimiento de conciliación de la medicación: al ingreso	5,63%	0,00%	0,00%	0,00%
Problemas en la interpretación de la prescripción: ambigua, ilegible, uso de abreviaturas	3,03%	2,16%	0,87%	0,87%
Otros: situación de emergencias, personal insuficiente o sin experiencia	2,16%	0,43%	1,73%	3,03%
Problemas en los equipos y dispositivos de dispensación/ preparación/ administración	2,16%	0,87%	0,00%	0,00%
Comunicación verbal incorrecta/incompleta/ambigua	1,73%	1,73%	0,43%	0,00%
Incorrecta identificación del paciente	1,73%	0,87%	3,03%	0,00%
Falta o fallo en el procedimiento de conciliación de la medicación: entre unidades asistenciales	0,87%	0,00%	0,43%	0,00%
Falta de concordancia entre las bases de datos y los medicamentos comercializados	0,43%	0,00%	0,00%	0,43%
Falta o fallo en el procedimiento de conciliación de la medicación: al alta	0,00%	1,73%	0,00%	0,00%
Defectos en la calidad del medicamento	0,00%	0,43%	0,00%	0,00%

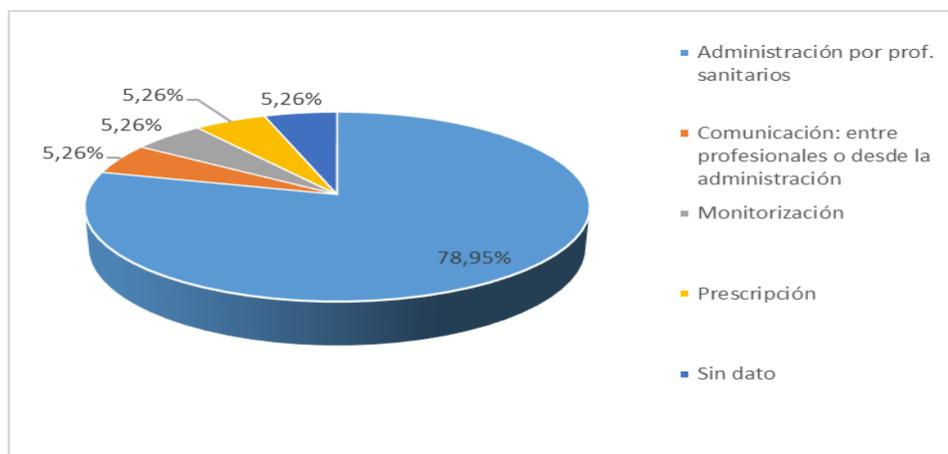
## ● Causas de los EM niños ≤ 18 años (n=158):

CAUSAS de los EM	UFGR- AH	UFGR- AP	RFC	SUMMA 112
Sin dato	18,35%	7,59%	0,00%	0,00%
Falta de cumplimiento o de procedimientos de trabajo establecidos	10,13%	8,86%	1,90%	0,63%
Falta de conocimientos/formación	7,59%	6,33%	1,90%	0,00%
La presentación de la especialidad farmacéutica da lugar a confusión: nombre similares, similitud de envases	5,70%	2,53%	0,63%	0,00%
Problemas en los equipos y dispositivos de dispensación/ preparación/ administración	5,70%	0,63%	0,00%	0,00%
Comunicación verbal incorrecta/incompleta/ambigua	3,16%	0,00%	0,00%	0,00%
Problemas en la interpretación de la prescripción: ambigua, ilegible, uso de abreviaturas	2,53%	0,63%	1,27%	0,00%
Incorrecta identificación del paciente	1,90%	0,00%	0,00%	0,00%
Defectos en la calidad del medicamento	1,90%	1,27%	0,63%	0,00%
Otros: situación de emergencias, personal insuficiente o sin experiencia	1,90%	1,27%	0,00%	0,00%
Falta o fallo en el procedimiento de conciliación de la medicación: al ingreso	1,90%	0,00%	0,00%	0,00%
Falta de concordancia entre las bases de datos y los medicamentos comercializados	0,63%	0,00%	1,90%	0,00%

## ● Notificaciones recibidas relacionadas con la vacunación frente al Covid-19 (enero-marzo 2022):

Durante los meses de enero a marzo de 2022 se han recibido 19 notificaciones sobre errores de medicación relacionadas con las vacunas frente al Covid-19. Representa un 2% frente al total de errores de medicación recibidos en este periodo (n=853). La procedencia de los casos fue del ámbito de At. Primaria:

En cuanto al **origen/etapa del error**, se muestra en el siguiente gráfico:



En cuanto al **tipo de error** registrado, se muestra en la siguiente tabla:

Error en la preparación/manipulación/acondicionamiento (incluye el cálculo de dosis)	31,58%
Error en la dosis: omisión o incorrecta	15,79%
Frecuencia de administración errónea	15,79%
Duplicidad de medicamentos o utilización de fármacos innecesarios	10,53%
Monitorización insuficiente del tratamiento	10,53%
Medicamento deteriorado: caducado, mal conservado o con defectos en la calidad	10,53%
Paciente equivocado	5,26%

En cuanto a las **causas** registradas, se muestra en la siguiente tabla:

Falta de cumplimiento o de procedimientos de trabajo establecidos	47,37%
Sin dato	31,58%
Defectos en la calidad del medicamento	5,26%
Problemas en los equipos y dispositivos de dispensación/ preparación/ administración	5,26%
Comunicación verbal incorrecta/incompleta/ambigua	5,26%
Problemas en la interpretación de la prescripción: ambigua, ilegible, uso de abreviaturas	5,26%

## ACTUACIONES REALIZADAS :

### Boletines de Recomendaciones a Profesionales para mejorar la seguridad en el uso de los medicamentos

**Nº1/2022.- ANALISIS ERRORES DE MEDICACION CON DAÑO 2021.**  
Conclusiones: Tener en cuenta que el tipo de error mas frecuente que ha ocasionado daño al paciente durante el año 2021 fué el error en la dosis, seguido de la selección inapropiada del medicamento y de la administración a un paciente equivocado. El origen se situa en la administración por el profesional, la prescripción y la administración por el paciente. Por ello, es importante tener precaución en estos puntos críticos para evitar errores de medicación que pueden tener consecuencias en el paciente.

**Nº2/2022.- NORDIMET® SOLUCION INYECTABLE EN PLUMA PRECARGADA (METOTREXATO).** Se recomienda: Asegurar que el paciente comprende que debe tener especial cuidado en administrar el medicamento correctamente para evitar errores que pueden producir reacciones tóxicas graves, al tratarse de un medicamento de alto riesgo. Aportar al paciente la Hoja de Medicación donde se incluye la pauta de dosificación, una vez a la semana, y cerciorarse que la ha comprendido. Instruir a los pacientes sobre la técnica de autoadministración de metotrexato vía subcutánea.

**Nº3/2022.- ERRORES DE MEDICACIÓN ORIGINADOS EN LA ETAPA DE ADMINISTRACIÓN POR EL PACIENTE.** Se recomienda: Explicar siempre el tratamiento prescrito, y asegurarnos de que el paciente lo ha entiendo correctamente. En los casos más complejos, reforzar la información verbal con información escrita.

**COMUNICACIÓN DE INCIDENCIAS A LOS PROFESIONALES SANITARIOS**  
Fecha publicación: febrero de 2022

**MEDICAMENTO IMPLICADO**  
**ANÁLISIS ERRORES DE MEDICACION CON DAÑO 2021**

**CARACTERÍSTICAS DE LOS ERRORES**  
Durante el año 2021, a través del Portal de Uso Seguro del Medicamento (PUSM), hemos tenido conocimiento de 342 notificaciones donde se refiere algún tipo de consecuencias de daño para el paciente. De ellas, un 54,93% proceden de Atención Hospitalaria, un 29,58% de Atención Primaria, un 14,79% de Centros Sociosanitarios y un 0,70% de la Red de Farmacias Centinela. El análisis de estas notificaciones nos muestra que la administración por profesionales sanitarios y la prescripción fue el origen del error mas frecuente.

**COMUNICACIÓN DE INCIDENCIAS A LOS PROFESIONALES SANITARIOS**  
Fecha publicación: marzo de 2022

**MEDICAMENTO IMPLICADO**  
**NORDIMET® SOLUCION INYECTABLE EN PLUMA PRECARGADA (METOTREXATO)**

**CARACTERÍSTICAS DEL ERROR**  
A través del Portal de Uso Seguro del Medicamento (PUSM) hemos tenido conocimiento, de un error de medicación procedente de una unidad funcional de gestión de riesgos de atención hospitalaria, originado en la etapa de la administración por parte del paciente. El error pudo tener lugar a consecuencia de una falta de información al paciente sobre el tipo de tratamiento instaurado, unido a una falta de información sobre la forma de autoadministración.

**COMUNICACIÓN DE INCIDENCIAS A LOS PROFESIONALES SANITARIOS**  
Fecha publicación: marzo de 2022

**MEDICAMENTO IMPLICADO**  
**ERRORES DE MEDICACION ORIGINADOS EN LA ETAPA DE ADMINISTRACIÓN POR EL PACIENTE**

**CARACTERÍSTICAS DEL ERROR**  
A través del Portal de Uso Seguro del Medicamento (PUSM), durante el primer trimestre de 2022, hemos tenido conocimiento, de 56 errores de medicación (7,5% del trimestre), originados en la etapa de la administración por parte del paciente. Los errores en su mayoría, han podido tener lugar a consecuencia de una posible falta de información al paciente unido a una comprensión deficiente por parte del mismo, sobre la pautas especiales (ej. descendentes o discontinuas), o modificadas.

Algunos de los casos fueron los siguientes:

- ✓ Paciente recientemente ingresado, al alta le prescriben entre otros Urbaasón® 16 mg como un pauta descendente (1 como en desayuno durante 5 días, 1/2 como en desayuno durante 5 días, 1/4 como en desayuno durante 5 días), medio como en desayuno 5 días y suspendido. El paciente acude para revisión y refiere que ha entendido y toma dosis. Al revisar el tratamiento, indica que ya no está tomando Urbaasón. Expone que el tratamiento solo era 1 como durante 5 días y esas de que se le había explicado la pauta descendente y estaba reflejado en el informe de alta.
- ✓ Paciente en tratamiento con hidroclorido cefalosporina, acude a consulta porque no le haga el tratamiento, por lo que se revisa la prescripción y dispensación sin advertir anomalías. La paciente insiste forzando 1 caja cada dos semanas, cuando la prescripción era 2 caja al mes. Aunque se le explica verbalmente y por escrito, no fue suficiente.
- ✓ Paciente que en consulta telefónica se le revisaba el tratamiento antihipertensivo. Enfermo que indica tener el doble de dosis de lo prescrito y así se le administró. Acude a consulta porque no dispone de medicación en receta electrónica y se advierte el error.
- ✓ Paciente que tiene prescrito metanzolol 2 como cada 12 horas y por confusión se administró 4 como, de episodio de 80 mg, al día. Presenta síntomas de falta renal que ocasiona derivación a urgencias hospitalarias.
- ✓ Paciente, mayor polimedica, acude a la oficina de farmacia para dispensación de servitina porque, según indica, se le ha acabado, pero en su tarjeta electrónica falta un mes para la dispensación, que le entregan como se le administra y responde que 7 al día, cuando se revisa la prescripción del médico se observa que la posología indicada es media comprimido al día. Faltaba faltando el doble de dosis indicada.

**RECOMENDACIONES**

- ✓ Explicar siempre el tratamiento prescrito, y asegurarnos de que el paciente lo ha entendido correctamente.
- ✓ En los casos más complejos, reforzar la información verbal con información escrita.

REVISIÓN DE SEGURIDAD MEDICAMENTOS DE LA COMISIÓN DE FARMACOS  
P.O. de la Comisión: 061 - Valencia 06000 Valencia  
Versión: 14 del 15/11/2022 (previo a la actualización de la versión anterior)

Todos los Boletines publicados están disponibles en:

<https://saluda.salud.madrid.org/atematica/areafarmacia/Paginas/Documentosparaprofesionales.aspx>

<https://seguridadmedicamento.salud.madrid.org/>

### Modificaciones del MUP (Módulo Unico de Prescripción) para mejorar la seguridad en el uso de los medicamentos

A raíz de un error de medicación desde sistemas de información, se procede a modificar el nombre de la agrupación homogénea sobre el nomenclátor para evitar que la denominación que aparece en el MUP como "valproico 200mg/87 mg", que en la farmacia se traduce como Depakine Crono 300 mg, pueda confundirse con el Depakine comp. 200 mg. común.