



BOLETÍN resumen de notificaciones primer TRIMESTRE 2024

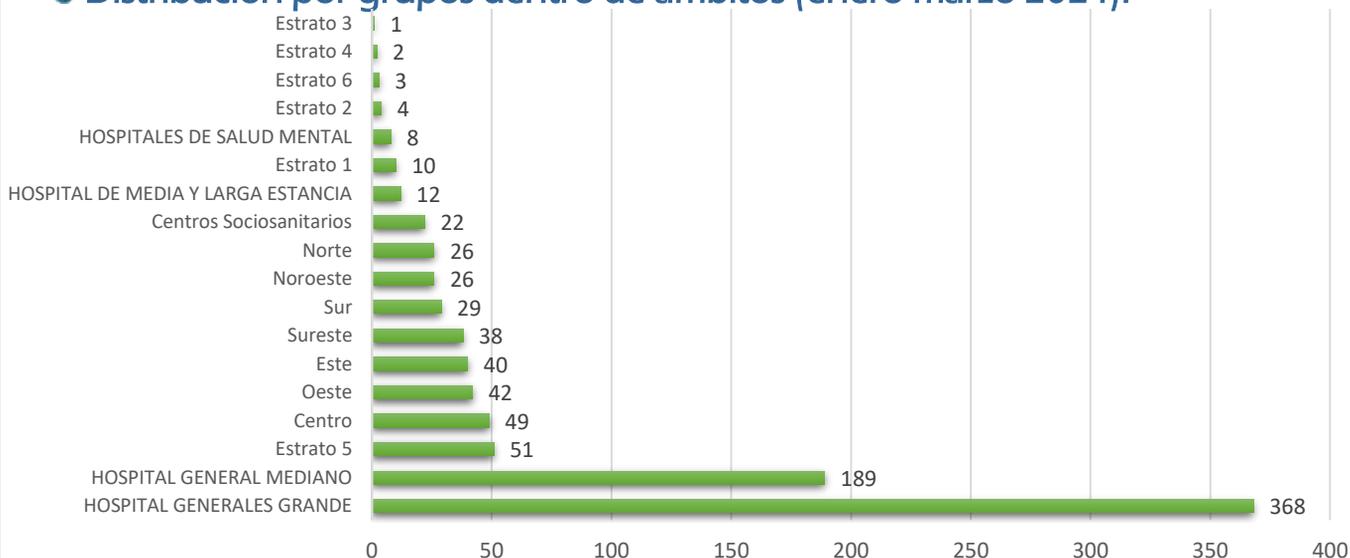
Uso Seguro de Medicamentos

Durante el primer trimestre de 2024 (enero-marzo) se han recibido **920** 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:

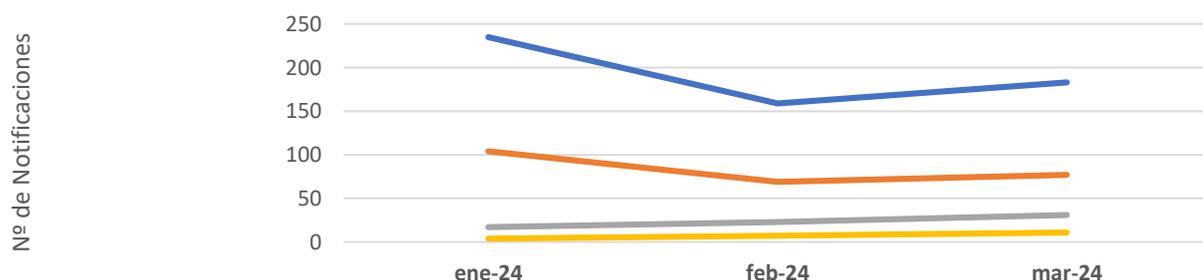
● Número de Errores de Medicación recibidos y participación en el Programa (enero-marzo 2024):

Atención Hospitalaria	577	62,72%
Atención Primaria	250	27,17%
Red de Farmacias Centinela	71	7,72%
Centros Sociosanitarios	22	2,39%
Total general	920	100,00%

● Distribución por grupos dentro de ámbitos (enero-marzo 2024):



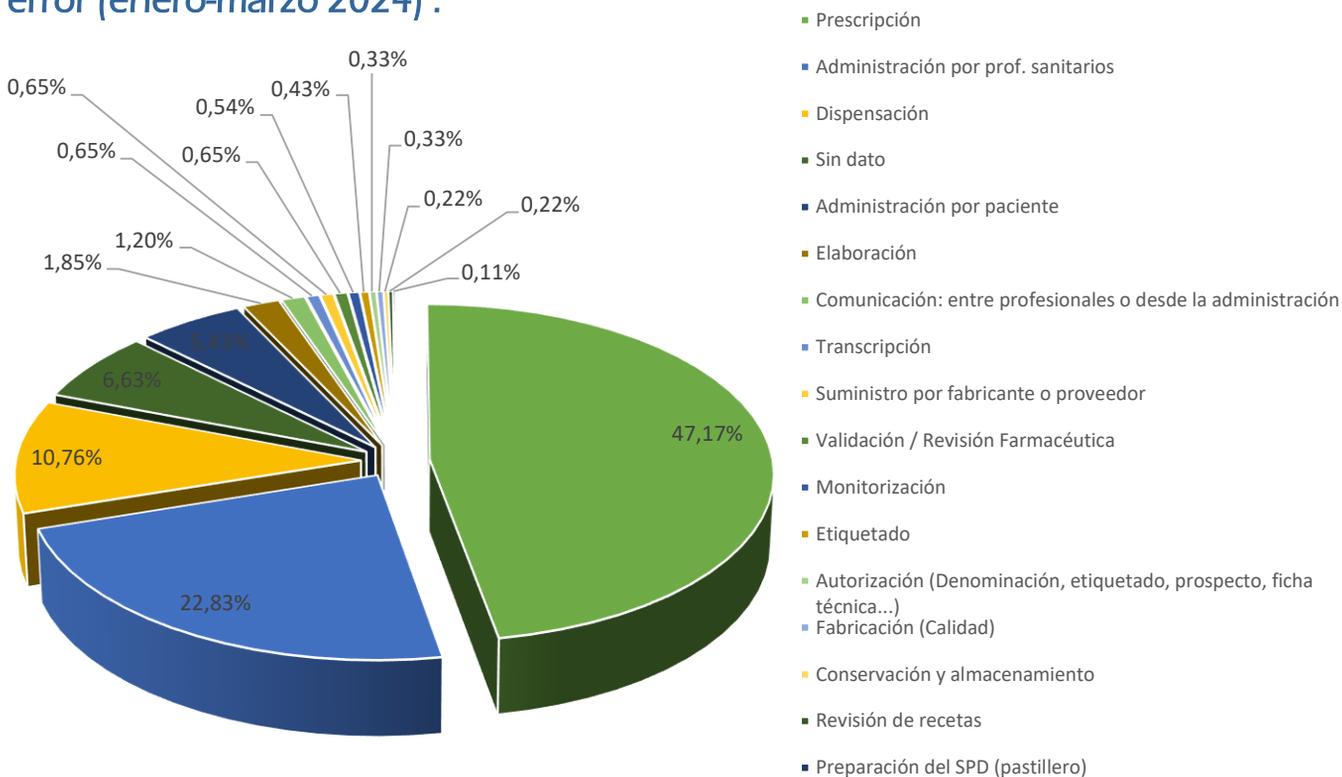
● Evolución de la Participación en el Programa (año 2024):



	ene-24	feb-24	mar-24
Atención Hospitalaria	235	159	183
Atención Primaria	104	69	77
Red de Farmacias Centinela	17	23	31
Centros Sociosanitarios	4	7	11

SEGURIDAD DE MEDICAMENTOS DE LA COMUNIDAD DE MADRID

● Clasificación de los Errores de Medicación recibidos según origen/etapa del error (enero-marzo 2024) :



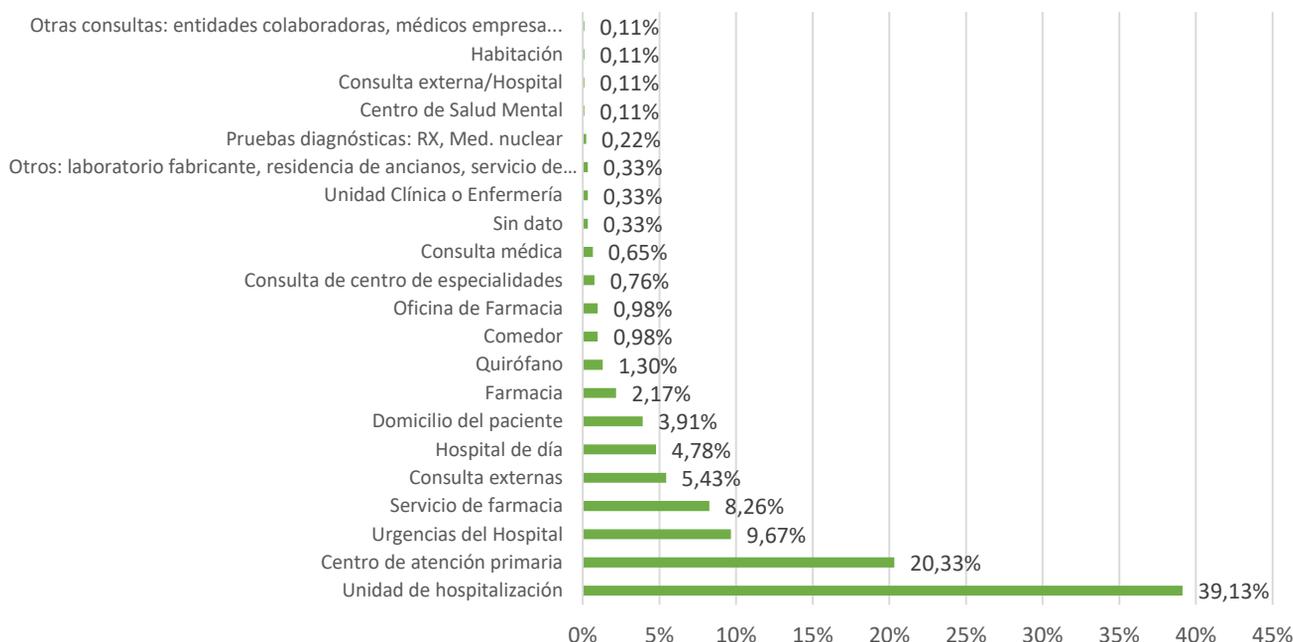
● Clasificación de los Errores de Medicación recibidos según tipo de error (enero-marzo 2024):

TIPO DE ERROR	% vs TOTAL
Error en la dosis: omisión o incorrecta	22,83%
Selección inapropiada del medicamento: no indicado, contraindicación, historia de alergia o RAM previa, duplicidad terapéutica, medicamento innecesario o interacción	16,96%
Duplicidad de medicamentos o utilización de fármacos innecesarios	9,46%
Frecuencia de administración errónea	8,59%
Error de almacenamiento	5,98%
Paciente equivocado	5,33%
Error en la preparación/manipulación/ acondicionamiento (incluye el cálculo de dosis)	4,67%
Sin dato	3,80%
Medicamento deteriorado: caducado, mal conservado o con defectos en la calidad	3,37%
Vía de administración incorrecta	3,26%
Forma farmacéutica errónea	2,72%
Prescripción y/o utilización de fármacos fuera de indicación	2,61%
Duración del tratamiento incorrecta	2,28%
Hora de administración incorrecta	1,85%
Prescripción y/o utilización de fármacos contraindicados en ficha técnica	1,09%
Monitorización insuficiente del tratamiento	0,98%
Error en el principio activo	0,87%
Error administrativo, subsanable por el farmacéutico	0,76%
No administración de medicamento prescrito (omisión)	0,76%
Velocidad de administración incorrecta	0,65%
Técnica de administración errónea	0,43%
Falta de cumplimiento del paciente	0,43%
Prescripción de medicamento no indicado	0,22%
Administración de medicamento no prescrito	0,11%

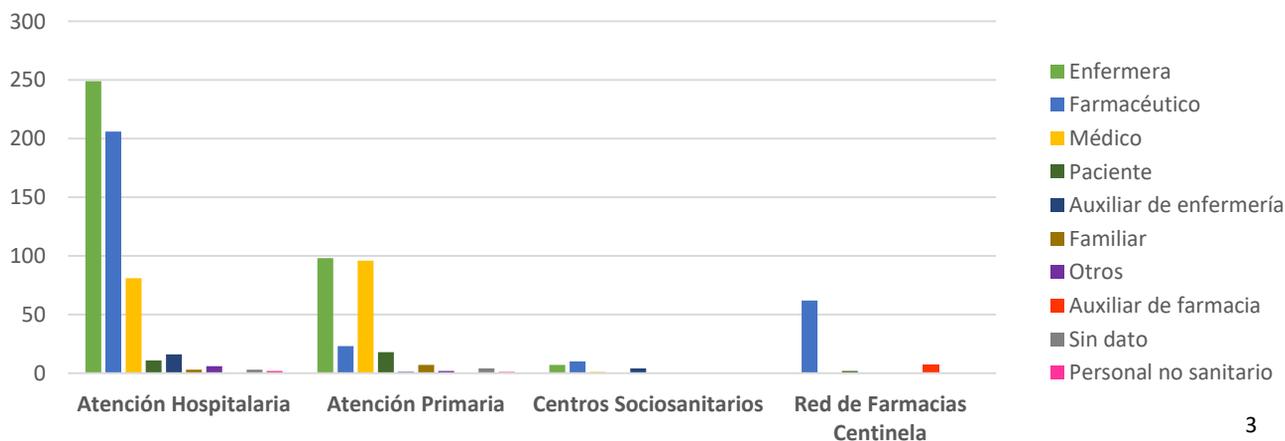
● Clasificación de los errores recibidos según causas (enero-marzo 2024):

CAUSAS	% vs TOTAL
Sin dato	24,02%
Falta de cumplimiento o de procedimientos de trabajo establecidos	21,96%
Falta de conocimientos/formación	12,83%
La presentación de la especialidad farmacéutica da lugar a confusión: nombres similares, similitud de envases	8,70%
Falta de concentración	7,39%
Problemas en los equipos y dispositivos de dispensación/ preparación/ administración	4,13%
Problemas en la interpretación de la prescripción: ambigua, ilegible, uso de abreviaturas	3,59%
Falta o fallo en el procedimiento de conciliación de la medicación: al alta	3,48%
Falta o fallo en el procedimiento de conciliación de la medicación: al ingreso	3,26%
Incorrecta identificación del paciente	2,28%
Comunicación verbal incorrecta/incompleta/ambigua	2,07%
Otros: situación de emergencias, personal insuficiente o sin experiencia	2,07%
Defectos en la calidad del medicamento	1,85%
Falta de concordancia entre las bases de datos y los medicamentos comercializados	0,98%
Falta o fallo en el procedimiento de conciliación de la medicación: entre unidades asistenciales	0,65%
Falta de acceso a la información clínica del paciente	0,54%
Medicamento no disponible	0,22%

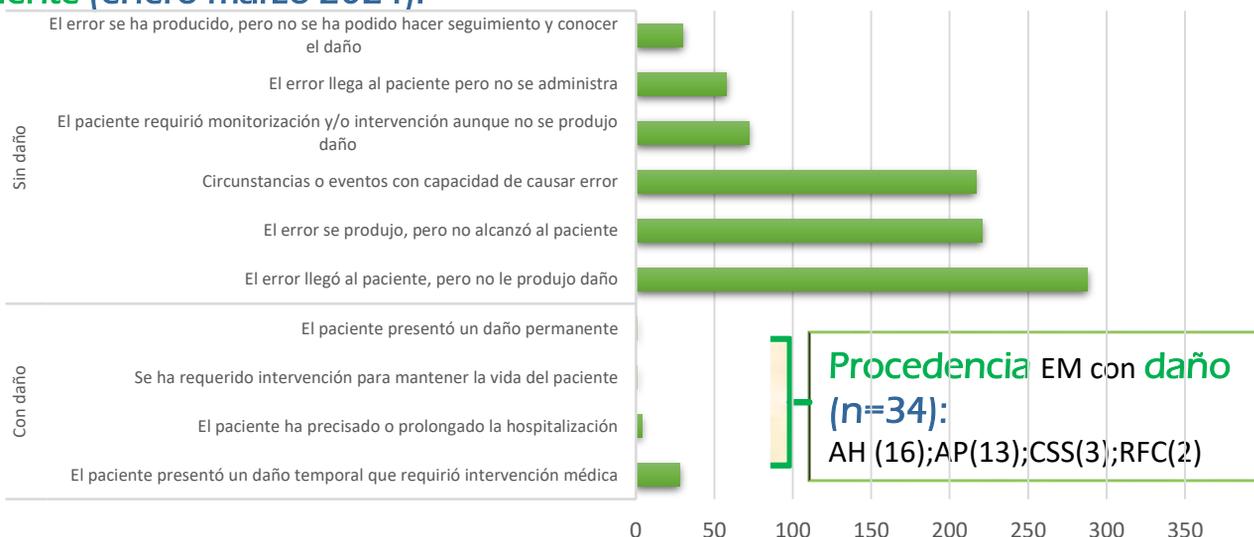
● Clasificación de los EM según lugar donde se producen (enero-marzo 2024)



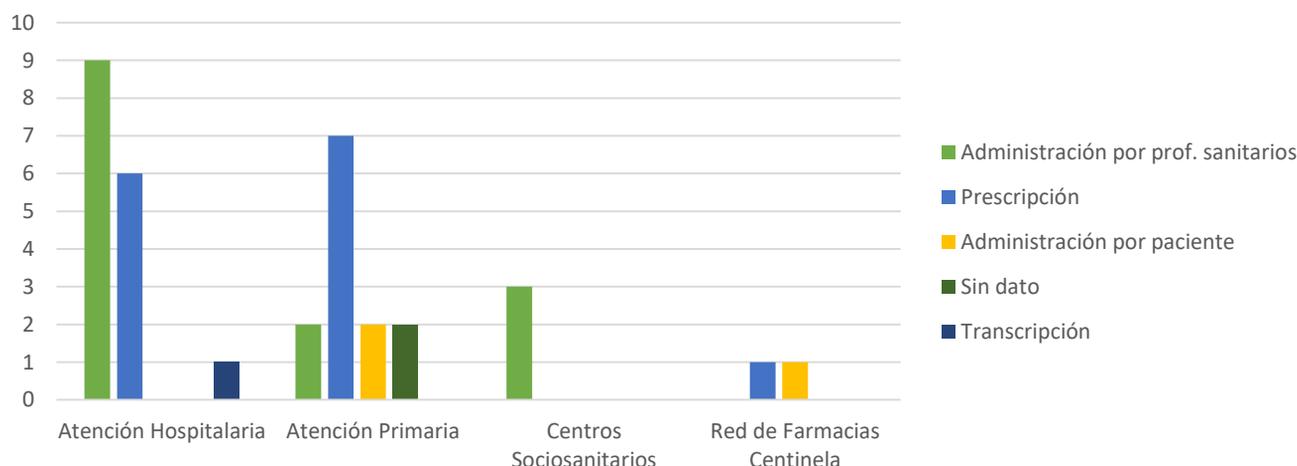
● Clasificación de los EM recibidos según la persona que descubre el error por ámbito asistencial (enero-marzo 2024):



Clasificación de los errores recibidos según las CONSECUENCIAS para el paciente (enero-marzo 2024):



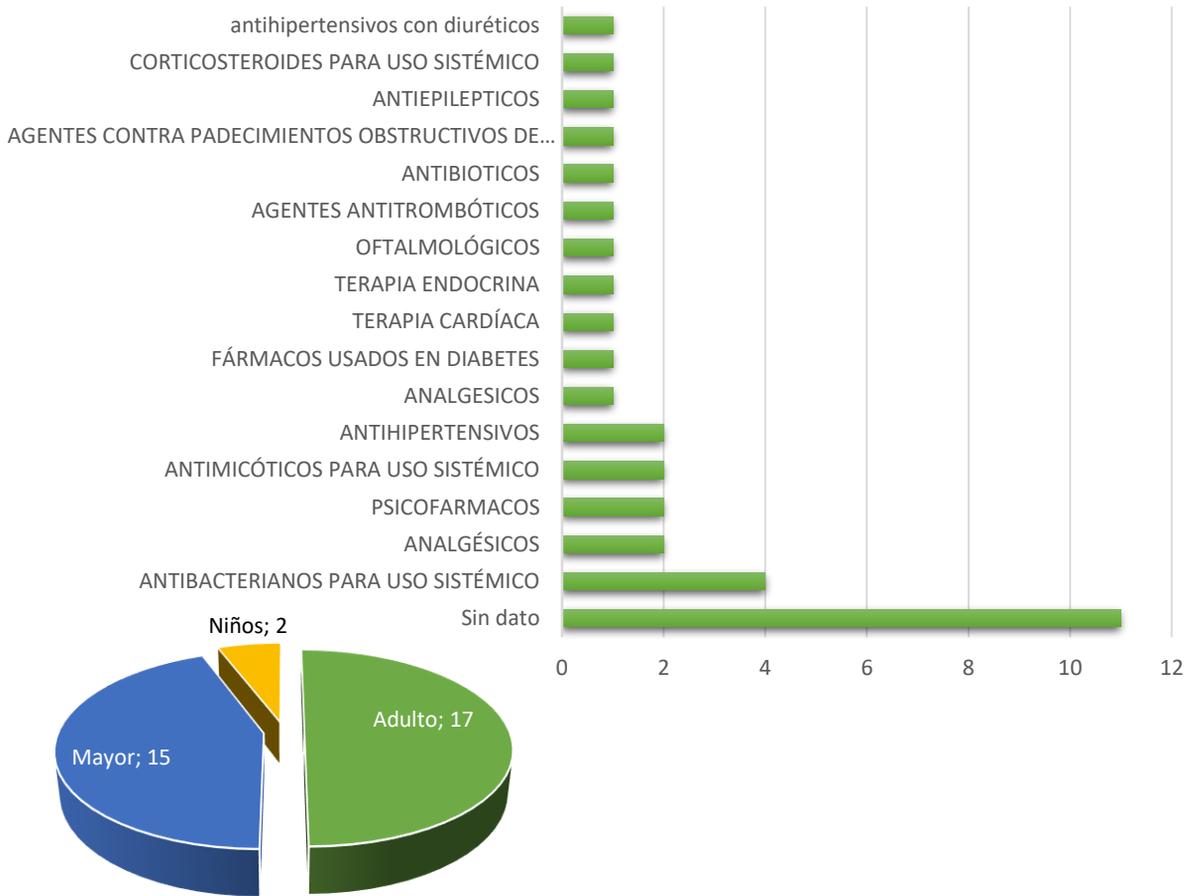
Origen de los errores de medicación donde se refiere DAÑO (n=34) al paciente según procedencia.



Tipo de error de medicación donde se refiere DAÑO al paciente (n=34)

Error en la dosis: omisión o incorrecta	8
Selección inapropiada del medicamento: no indicado, contraindicación, historia de alergia o RAM previa, duplicidad terapéutica, medicamento innecesario o interacción	6
Frecuencia de administración errónea	5
Duplicidad de medicamentos o utilización de fármacos innecesarios	3
Sin dato	2
Vía de administración incorrecta	2
Duración del tratamiento incorrecta	2
Paciente equivocado	1
Administración de medicamento no prescrito	1
Velocidad de administración incorrecta	1
Error en el principio activo	1
Error en la preparación/manipulación/acondicionamiento (incluye el cálculo de dosis)	1
Técnica de administración errónea	1

● Grupo de medicamentos con DAÑO y grupo de EDAD:



● Descripción de algunos errores de medicación remitidos al CFV (Centro de Farmacovigilancia de la Comunidad de Madrid) (enero-marzo 2024):

Algunos casos desde A. Hospitalaria:

- Paciente con hipoglucemia sintomática de 42, enfermería no le administra insulina rápida y le administra 18 unidades de insulina lenta. El paciente continua con hipoglucemias durante la tarde y precisa sueroterapia. Posteriormente presentó crisis comiciales en este contexto.
- Se prescribe por HTA para una paciente de la medicina interna nitroprusiato en vez de nitroglicerina. El medico responsable escribe en el evolutivo que quiere nitroglicerina pero se produce un error a la hora de prescribir por similitud de los nombres. La paciente está 16 horas con la perfusión de nitroprusiato y como consecuencia, desarrolla una metahemoglobinemia leve que se resuelve con la administración de B12 en dosis única (sin requerir antídotos mayores como el azul de metileno al ser una intoxicación leve).

Algunos casos desde Centros Sociosanitarios:

- Residente en tratamiento con aripiprazol 5mg cada 12 horas y haloperidol 15 gotas en cena al que se le administra, por error, Tiaprizal® 4 gotas en cena, medicación correspondiente a otro residente. La administración le provoca hipotensión que requiere ingreso en la unidad de clínica de la residencia y administración de suero fisiológico.
- La mañana de antes la DUE consulta a la farmacéutica las gotas a administrar a una residente que tiene prescrito RIVOTRIL 2,5MG/ML GOTAS ORALES EN SOLUCIÓN al que se le han pautado 0,2ml. Se da información por escrito tanto a DUE como a médico de la dosis a administrar: 0,2ml: 0,5mg: 5 GOTAS. El médico indica en observaciones por indicación del farmacéutico que hay que administrar 5 GOTAS.
- Al día siguiente, un DUE que trabaja ese día en la planta, le administra a la residente 1 ML que equivale a 25 GOTAS por lo que se administra una dosis total de 2,5mg.
- La residente sufre una hipotensión grave (64/35) con pérdida de consciencia que requiere ingreso hospitalario. Al día siguiente se le da de alta por resolución del proceso

Algunos casos desde A. Primaria:

- Mujer de 81 años pluripatológica que acude a consulta de médico de atención primaria por molestias en la garganta desde hace varios días. La ve otro médico que no es el suyo habitual. A la exploración se observa candidiasis orofaríngea y revisando la medicación que toma (16 fármacos) se detecta que esta tomando ciprofloxacino 500 mg desde el 27/9/2023 pautado por nefrología por ITU como medicación crónica por error (se comprueba en MUP que se le han dispensado en la farmacia 6 cajas desde entonces).
- Paciente que utiliza un inhalador en combinación con cámara formoterol/budesónida y en consulta especialidades se cambia a dispositivo *turbohaller* sin finalizar prescripción anterior. La paciente usa cada vez uno y esta mal controlada.
- Por error de prescripción, se seleccionó 300 mg de pregabalina en lugar de 25 mg. Fue suministrada en la farmacia y le produjo mareo y vómitos que requirieron consulta hospitalaria.
- La paciente ha tomado 4 veces la dosis normal de Dacortin oral y se le ha producido un cuadro clínico compatible con úlcera gástrica aguda secundaria
- Paciente que toma lormetazepam 1mg para insomnio, acude a geriatría y le prescribe Distraneurine® además de lo anterior y cambia Edunix® por MST 5 mg cada 12 horas y no cierra lormetazepam 1mg. Acude a consulta de AP y dice que prefiere Noctamid® como antes y se abre prescripción de 2mg pero no se comprueba la medicación anterior. La paciente tomó unos días lormetazepam de 1 mg y de 2mg junto con distraneurine antes de irse a la cama. Hoy consulta por somnolencia y confusión leve. Se revisa la medicación y se explica el error.
- Administración de midazolam en lugar de metamizol. El paciente acude al PAC con molestias musculares y el médico le prescribe metamizol para administrar en el centro. La enfermera coge de los cajetines el midazolam en lugar del metamizol (un cajetín estaba encima del otro) y se lo administra al paciente. El paciente se va del centro y posteriormente llaman porque se encuentra mal, mareado, le indican que vuelva para administración del antídoto pero acuden al hospital, donde recibe tratamiento y permanece varias horas en observación.

Algunos casos desde la Red de Farmacias Centinela:

- El paciente se estaba tomando Dolocatil®1gr, Zal diar y paracetamol 1gr todo junto porque es lo que tenía prescrito en la hoja de medicación. Le hicieron una analítica y salieron alterados los valores referentes al hígado.

● Medicamentos de alto riesgo en A. Hospitalaria (enero-marzo 2024):

Citostáticos, parenterales y orales	31
Opiáceos IV, transdérmicos y orales (todas las presentaciones)	14
Heparina y otros anticoagulantes parenterales (ej., antitrombina III, heparina sódica, enoxaparina, fondaparinux, lepirudina)	10
Grupos terapéuticos y Medicamentos específicos	6
Medicamentos para sedación moderada IV (ej. midazolam, dexmedetomidina)	5
Nutrición parenteral	3
Insulina IV y subcutánea	3
Anticoagulantes orales (ej. acenocumarol, dabigatrán)	3
Metotrexato oral (uso no oncológico)	2
Bloqueantes neuromusculares (ej. suxametonio, rocuronio, vecuronio)	2
Fosfato potásico IV	2
Cloruro potásico, IV (solución concentrada)	2
Nitroprusiato sódico IV	1
Agentes de Contraste IV	1
Antiagregantes plaquetarios IV (ej. abciximab, eptifibatida, tirofiban)	1
Vasopresina	1
Antiinflamatorios no esteroideos	1
Antipsicóticos	1
Anestésicos generales inhalados e IV (ej. ketamina, propofol)	1
Soluciones de glucosa hipertónica (mayor o igual que 20%)	1
Opioides	1
Cloruro sódico hipertónico (mayor o igual que 0,9%)	1
Medicamentos que tienen presentación convencional y en liposomas (ej. anfotericina B)	1
M.Específico: Espironolactona/eplerenona	1
Inmunosupresores	1

● EM en niños ≤ 18 años (n=182):

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

Causas:

CAUSAS	A.H	A.P	RFC
Sin dato	31,18%	32,35%	0,00%
Falta de cumplimiento o de procedimientos de trabajo establecidos	29,03%	8,82%	57,14%
Falta de conocimientos/formación	8,60%	30,88%	9,52%
La presentación de la especialidad farmacéutica da lugar a confusión: nombres similares, similitud de envases	9,68%	10,29%	14,29%
Problemas en los equipos y dispositivos de dispensación/ preparación/ administración	4,30%	4,41%	0,00%
Defectos en la calidad del medicamento	2,15%	5,88%	0,00%
Falta de concentración	3,23%	0,00%	9,52%
Problemas en la interpretación de la prescripción: ambigua, ilegible, uso de abreviaturas	4,30%	0,00%	4,76%
Otros: situación de emergencias, personal insuficiente o sin experiencia	2,15%	1,47%	0,00%
Comunicación verbal incorrecta/incompleta/ambigua	2,15%	1,47%	0,00%
Incorrecta identificación del paciente	1,08%	1,47%	0,00%
Falta de concordancia entre las bases de datos y los medicamentos comercializados	1,08%	1,47%	0,00%
Falta o fallo en el procedimiento de conciliación de la medicación: entre unidades asistenciales	1,08%	0,00%	0,00%
Falta de acceso a la información clínica del paciente	0,00%	0,00%	4,76%

Tipo de error:

TIPO DE ERROR	A.H	A.P	RFC
Error en la dosis: omisión o incorrecta	14,29%	5,49%	1,10%
Error de almacenamiento	8,24%	0,00%	0,00%
Selección inapropiada del medicamento: no indicado, contraindicación, historia de alergia o RAM previa, duplicidad terapéutica, medicamento innecesario o interacción	5,49%	9,34%	0,00%
Frecuencia de administración errónea	4,95%	0,00%	1,65%
Paciente equivocado	2,75%	0,55%	0,00%
Sin dato	2,75%	1,10%	0,00%
Error en la preparación/manipulación/condicionamiento (incluye el cálculo de dosis)	2,75%	2,75%	0,00%
Medicamento deteriorado: caducado, mal conservado o con defectos en la calidad	2,20%	2,20%	0,00%
Forma farmacéutica errónea	2,20%	0,55%	0,55%
Duplicidad de medicamentos o utilización de fármacos innecesarios	1,65%	2,75%	4,40%
Hora de administración incorrecta	1,65%	0,00%	0,00%
No administración de medicamento prescrito (omisión)	0,55%	0,00%	0,00%
Monitorización insuficiente del tratamiento	0,55%	0,00%	0,00%
Duración del tratamiento incorrecta	0,55%	0,00%	0,55%
Vía de administración incorrecta	0,55%	0,00%	0,55%
Error en el principio activo	0,00%	0,00%	2,20%
Prescripción y/o utilización de fármacos contraindicados en ficha técnica	0,00%	3,30%	0,55%
Prescripción y/o utilización de fármacos fuera de indicación	0,00%	9,34%	0,00%

● EM en personas ≥ 75 años (n=255). Causas y Tipo de error:

CAUSAS	AH	AP	CSS	RFC
Sin dato	25,33%	32,00%	0,00%	0,00%
Falta de cumplimiento o de procedimientos de trabajo establecidos	18,67%	14,67%	26,32%	18,18%
Falta de concentración	14,00%	0,00%	36,84%	27,27%
Falta de conocimientos/formación	12,00%	10,67%	0,00%	18,18%
La presentación de la especialidad farmacéutica da lugar a confusión: nombres similares, similitud de envases	10,00%	2,67%	0,00%	9,09%
Falta o fallo en el procedimiento de conciliación de la medicación: al alta	0,67%	21,33%	0,00%	0,00%
Falta o fallo en el procedimiento de conciliación de la medicación: al ingreso	7,33%	0,00%	0,00%	0,00%
Incorrecta identificación del paciente	2,00%	4,00%	15,79%	0,00%
Problemas en los equipos y dispositivos de dispensación/ preparación/ administración	3,33%	4,00%	0,00%	0,00%
Problemas en la interpretación de la prescripción: ambigua, ilegible, uso de abreviaturas	0,67%	8,00%	0,00%	0,00%
Otros: situación de emergencias, personal insuficiente o sin experiencia	2,67%	1,33%	5,26%	0,00%
Falta o fallo en el procedimiento de conciliación de la medicación: entre unidades asistenciales	0,67%	0,00%	10,53%	0,00%
Comunicación verbal incorrecta/incompleta/ambigua	1,33%	1,33%	0,00%	0,00%
Medicamento no disponible	0,00%	0,00%	5,26%	9,09%
Falta de concordancia entre las bases de datos y los medicamentos comercializados	0,67%	0,00%	0,00%	9,09%
Defectos en la calidad del medicamento	0,67%	0,00%	0,00%	0,00%

TIPO DE ERROR	AH	AP	CSS	RFC
Error en la dosis: omisión o incorrecta	16,08%	7,06%	2,75%	0,78%
Selección inapropiada del medicamento: no indicado, contraindicación, historia de alergia o RAM previa, duplicidad terapéutica, medicamento innecesario o interacción	11,37%	5,49%	0,78%	0,00%
Frecuencia de administración errónea	7,84%	2,35%	0,78%	0,78%
Duplicidad de medicamentos o utilización de fármacos innecesarios	4,31%	5,88%	0,00%	1,18%
Paciente equivocado	4,31%	1,96%	2,35%	0,00%
Sin dato	3,14%	0,78%	0,00%	0,00%
Error en la preparación/manipulación/acondicionamiento (incluye el cálculo de dosis)	1,96%	0,39%	0,00%	0,00%
Vía de administración incorrecta	1,57%	0,00%	0,00%	0,00%
No administración de medicamento prescrito (omisión)	1,18%	0,00%	0,39%	0,00%
Error de almacenamiento	1,18%	0,00%	0,00%	0,00%
Duración del tratamiento incorrecta	1,18%	0,78%	0,39%	0,00%
Hora de administración incorrecta	1,18%	0,00%	0,00%	0,00%
Técnica de administración errónea	0,78%	0,00%	0,00%	0,00%
Monitorización insuficiente del tratamiento	0,78%	0,39%	0,00%	0,00%
Velocidad de administración incorrecta	0,39%	0,00%	0,00%	0,00%
Prescripción de medicamento no indicado	0,39%	0,00%	0,00%	0,00%
Falta de cumplimiento del paciente	0,39%	0,39%	0,00%	0,00%
Forma farmacéutica errónea	0,39%	0,39%	0,00%	0,39%
Medicamento deteriorado: caducado, mal conservado o con defectos en la calidad	0,39%	0,39%	0,00%	0,00%
Error en el principio activo	0,00%	0,00%	0,00%	0,39%
Prescripción y/o utilización de fármacos fuera de indicación	0,00%	2,75%	0,00%	0,00%
Error administrativo, subsanable por el farmacéutico	0,00%	0,00%	0,00%	0,78%
Prescripción y/o utilización de fármacos contraindicados en ficha técnica	0,00%	0,39%	0,00%	0,00%

● ACTUACIONES REALIZADAS :

Casos sobre similitud de nombres, de envases y de etiquetado:

- Caso: Las ampollas de ácido tranexámico (Medsamic) 100 mg/ml de 10 ml y las de 5 ml son exactamente iguales (excepto el tamaño) lo que puede dar lugar a confusión. Se remite el caso al correo de etiquetado de la AEMPS para su evaluación.
- Caso: El médico prescribe somatropina en vez de atropina. Se remite al ISMP para su estudio y evaluación por si fuera necesario incorporarlo al listado de medicamentos que se prestan a confusión.
- Caso: Administración de midazolam en lugar de metamizol. Este caso tuvo consecuencias para el paciente. Se remite al ISMP para su estudio y evaluación por si fuera necesario incorporarlo al listado de medicamentos que se prestan a confusión.
- Caso: Se prescribe para una paciente de medicina interna para hipertensión arterial nitroprusiato en vez de nitroglicerina. Se remite al ISMP para su estudio y evaluación por si fuera necesario incorporarlo al listado de medicamentos que se prestan a confusión.

Casos relacionados con Sistemas de Información – MUP

- Desde atención primaria notifican que la presentación Inalacor® 50mcg (686196) aparece en el nomenclátor de APMadrid como Inalacor® 500mcg, sobrándole un 0. Se remite a Sistemas de Información para su corrección.
- Desde atención primaria notifican que al seleccionar la presentación de fluticasona 50 microgramos inhalador se dan cuenta que hay un error en las unidades de las dosis de todas las presentaciones de fluticasona (via inhalatoria) ya que en todas aparecen las unidades de dosis en microgramos en vez de mg: 0,05 mcg, 0,1mcg, 0,125 mcg, 0,25mcg, 0,5 mcg. Se remite a Sistemas de Información para su corrección.

The screenshot shows the MUP interface with the following elements:

- Search Filters:** Principio Activo: fluticason, Nombre Comercial: [empty].
- Principios activos:** fluticasona, combinaciones con fluticasona (inhalatorio), fluticasona (nasal), fluticasona (topico).
- Dosis:** 0,05 mcg, 0,1 mcg, 0,125 mcg, 0,25 mcg, 0,5 mcg, 2 mg.
- Table of Products:**

TIPO	ESPECIALIDAD FARMACÉUTICA	CÓD. NAC.	P.V.P./REF	FICHA	IND.	V.P.
	FLUTICASONA ALDO-UNION 0,25 MG/ ML SUSPENSION PARA INHALACION POR NEBULIZADOR, 20 ...	726516	10.49/ 10.49	Ver		★
	FLUTICASONA ALDO-UNION 1 MG/ ML SUSPENSION PARA INHALACION POR NEBULIZADOR, 20 AM...	726517	41.96/ 41.96	Ver		★
	FLIXOTIDE ACCUHALER 500 MICROGRAMOS, POLVO PARA INHALACION , 1 INHALADOR DE 60 DO...	689687	31.47/ 31.47	Ver		★
	FLIXOTIDE 250 MICROGRAMOS, SUSPENSION PARA INHALACION EN ENVASE A PRESION, 1 INHAL...	689745	31.47/ 31.47	Ver		★
	FLUSONAL ACCUHALER 500 MICROGRAMOS POLVO PARA INHALACION , 1 INHALADOR DE 60 DOSIS	689042	31.47/ 31.47	Ver		★

Casos relacionados con posibles problemas de suministro: Se pone en conocimiento de la AEMPS a través del Servicio de Control Farmacéutico:

- Notifican desde un Hospital los problemas de suministro de INTUNIV 4MG COMPRIMIDOS. Nos comunican que el titular de autorización de comercialización está realizando una distribución controlada al existir unidades limitadas

ACTUACIONES REALIZADAS:

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

Nº 1/2024: ERRORES DE MEDICACION MAS FRECUENTE 2023

Nº 2/2024: FÓRMULAS MAGISTRALES. Se recomienda que antes de prescribir una fórmula magistral es importante conocer el procedimiento y las cuestiones relacionadas con la facturación de las mismas, para evitar trastornos a los pacientes y posibles errores de medicación.

Nº 3/2024: VIA DE ADMINISTRACIÓN INCORRECTA. Se recomienda: Antes de administrar un medicamento se debe comprobar que la vía de administración es la correcta para evitar posibles errores. Usar jeringas orales para preparar y administrar los medicamentos líquidos orales para evitar posibles errores que pueden tener consecuencias graves. Asegurarse de que TODAS las unidades asistenciales dispongan de jeringas orales. Etiquetar las jeringas indicando claramente vía oral y la medicación y dosis que contienen.

COMUNICACIÓN DE INCIDENCIAS A LOS PROFESIONALES SANITARIOS
Incidencia: 1/2024
Fecha comunicación: febrero de 2024

ORIGEN, TIPO Y CONSECUENCIAS DEL ERROR

ERRORES DE MEDICACIÓN MAS FRECUENTES AÑO 2023

CARACTERÍSTICAS DE LOS ERRORES

Durante el año 2023 se han registrado en el Portal de Uso Seguro del Medicamento 4.218 notificaciones sobre errores de medicación de los que un 72,4% (n=3.055) proceden de Atención Hospitalaria y un 24,4% (n=1.029) de Atención Primaria. El análisis de los errores, en estos ámbitos,

COMUNICACIÓN DE INCIDENCIAS A LOS PROFESIONALES SANITARIOS
Incidencia: 2/2024
Fecha comunicación: marzo de 2024

MEDICAMENTO

FÓRMULAS MAGISTRALES

CARACTERÍSTICAS DE LOS ERRORES

Durante el mes de febrero de 2024 se han notificado en el Portal de Uso Seguro del Medicamento 3 errores de medicación relacionados con la prescripción de una fórmula magistral. A continuación se muestran los casos (2 procedentes de la Red de Farmacias Centinela y 1 de Atención Primaria):

- Recetan sulfato de zinc en solución oral cuando en realidad, hablando con el paciente sabemos que es vía tópica.
- En contexto de brote de herpes zóster lumbar se prescribe fórmula magistral de sulfato de Zn uso tópico. El profesional erróneamente prescribe fórmula magistral de administración oral. El paciente, al haber entendido instrucciones del profesional, y al comprobar que la prescripción que le van a administrar en la farmacia no coincide con lo explicado, evita uso del fármaco y comunica con profesional para confirmar.
- Paciente que acude a la farmacia con dos recetas para la elaboración de fórmulas magistrales: L-metionina 200mg cistina 100mg lisina 100mg ácido pantoténico 150mg zinc sulfato 15mg biotina 10mg minoxidil 0,05mg finasteride 5mg csp 90 caps. 2 - minoxidil 0,5mg diasterida 0,5mg csp 90 caps. Al ver que hay prescrito dos ambidros de la aila reductores para el tratamiento de la alopecia androgenica en una mujer hemos derivado a la mujer al medio para que asegure la receta ya que viendo la información de la ficha técnica esta contraindicada por la aparición de efectos adversos por adición en el efecto de ambos medicamentos.

COMUNICACIÓN DE INCIDENCIAS A LOS PROFESIONALES SANITARIOS
Incidencia: 3/2024
Fecha comunicación: abril de 2024

TIPO DE ERROR

VIA DE ADMINISTRACIÓN INCORRECTA

CARACTERÍSTICAS DEL ERROR

Hemos tenido conocimiento de un error de medicación originado en la etapa de la administración por profesionales sanitarios al administrar el medicamento por vía intravenosa en lugar de por vía oral. El caso, del que no se ha podido hacer seguimiento y conocer el daño, fue el siguiente:

Nos llamaron desde la planta comentando que el paciente se le ha administrado la dosis que tenía prescrita (10 mg) de desamfetamina (MOTILUM 1MG/ML 200ML SUSPENSION) por vía intravenosa en lugar oral (como aparece en la hoja de prescripción). Les preguntamos que como ha podido ocurrir y nos dicen que ha sido una alumna en prácticas y que no disponen en la planta de jeringas de administración oral, por lo que emplean para esta vía los mismos que para admm. (sistema luer). Se contacta con el Instituto de Toxicología, desde donde nos indican que lo más probable es que se limite a una reacción local en caso de que se produzca una reacción. Llamamos a los médicos responsables y a la enfermería de la planta, explicando que de momento no es necesario tomar medidas adicionales. Sin embargo, los transmisivos que cualquier cosa que ocurra, nos lo hagan saber para transmitirlo.

Nota: Las transcripciones de las notificaciones pueden ser llevadas para evitar interpretaciones equivocadas.

Cuestiones a tener en cuenta:

El uso de jeringas orales específicas con un cono diferente al cono luer o luer-lock impide la posibilidad de conexión con los catéteres o puertos intravenosos y evita el riesgo de administración por vía errónea.

Disponibles en: Boletín OAMP España nº 49 [Resultados del Programa de Notificación de Errores \(nmg.es/ur\)](#)

En la intranet corporativa está disponible:

- La información sobre la necesidad de tener implantada la estrategia prioritaria de identificación de vías, así como las Resoluciones publicadas.
- El material (tarjetas, posters) para difundir.
- El Material de formación para el personal sanitario.

Disponibles en: [Programa de racionalización del uso de productos sanitarios \(medit.org\)](#)

RECOMENDACIONES

- ✓ Antes de administrar un medicamento se debe comprobar que la vía de administración es la correcta para evitar posibles errores.
- ✓ Usar jeringas orales para preparar y administrar los medicamentos líquidos orales para evitar posibles errores que pueden tener consecuencias graves.
- ✓ Asegurarse de que TODAS las unidades asistenciales dispongan de jeringas orales.
- ✓ Etiquetar las jeringas indicando claramente vía oral y la medicación y dosis que contienen.

SEGURIDAD DE MEDICAMENTOS DE LA COMUNIDAD DE MADRID
Pº de la Castellana, 280, 4º planta 28046 Madrid, teléfono: 91 426 53 88 • e-mail: proyeccion.farmacias@salud.madrid.org

Comunidad de Madrid
SEGURIDAD DE MEDICAMENTO DE LA COMUNIDAD DE MADRID

COFM
Pseudoefedrina

Errores de medicación - RFC

La Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, publicó el pasado 4 de diciembre de 2023 una Nota de seguridad relacionada con **Pseudoefedrina** donde establece una serie de medidas para minimizar el riesgo de encefalopatía posterior reversible (PRES) y síndrome de vasoconstricción cerebral reversible (SVCR).

En España pseudoefedrina está autorizada sola o en combinación con otros principios activos para el alivio sintomático a corto plazo de la congestión nasal o sinusitis causada por el resfriado común o la rinitis.

La nota indica que recientemente se han notificado, de forma infrecuente, en la Unión Europea, casos de síndrome de encefalopatía posterior reversible (PRES) y de síndrome de vasoconstricción cerebral (SVCR) tras el uso de pseudoefedrina que se resuelven generalmente con un diagnóstico y tratamiento rápido, aunque en ocasiones pueden llegar a causar complicaciones graves y ser potencialmente mortales.

El Comité para la evaluación de riesgos en Farmacovigilancia ha recomendado la contraindicación del uso de medicamentos que contienen este principio activo en pacientes con hipertensión grave o no controlada, ni en pacientes con enfermedad renal grave (aguda o crónica) o con fallo renal.

Advierte a los pacientes que suspendan el tratamiento de inmediato y busquen asistencia sanitaria si desarrollan síntomas de PRES o SVCR. Estos síntomas son: cefalea intensa de aparición brusca, cefalea en trueno, náuseas, vómitos, confusión, convulsiones y/o alteraciones visuales.

Medicamentos comercializados en España con Pseudoefedrina: Cinfatos Complex, Cinfatos Descongestivo, Clarifline Plus, Frenadol Descongestivo, Gelocast Grip Con Pseudoefedrina, Grippal Con Pseudoefedrina Y Dextrometorfano, Inistón Mucosidad Y Congestión, Inistón Tas Y Congestión Jarabe, Lasa Con Codeína, Nasine Repetabs, Pharmofren, Pharmatusgrip, Reactine Cetirizina/Pseudoefedrina, Respindia Expectorante, Respindia, Stopcoid, Rinobactil, Rino-Ebastei, Termalgin Resfríado, Vincisgrip, Vincisgrip Forte, Virlix Plus.

Nota completa de la AEMPS disponible en: [\(PDF\) Pseudoefedrina: medidas para minimizar el riesgo de síndrome de encefalopatía posterior reversible \(PRES\) y de síndrome de vasoconstricción cerebral reversible \(SVCR\)](#) (aemps.gob.es)

RECOMENDACIONES

- Se debe advertir a los pacientes sobre la necesidad de suspender el tratamiento inmediatamente y buscar asistencia sanitaria si desarrollan síntomas de PRES o SVCR, tales como cefalea intensa de aparición brusca, cefalea en trueno, náuseas, vómitos, confusión, convulsiones y/o alteraciones visuales.

SEGURIDAD DE MEDICAMENTOS DE LA COMUNIDAD DE MADRID
Pº de la Castellana, 280, 4º planta 28046 Madrid, teléfono: 91 426 53 88 • e-mail: proyeccion.farmacias@salud.madrid.org
Agradecemos a las Oficinas de la RFC y a los USG de 4º y 5º de AM que notifica en el Portal de Uso Seguro de Medicamentos



Boletines de la Red de Farmacias Centinela para mejorar la seguridad en el uso de medicamentos

BOLETÍN Nº 1 RFC: Pseudoefedrina

Todos los Boletines publicados están disponibles en la [Seguridad de Medicamentos \(madrid.org\)](#); [Seguridad de Medicamentos \(sanidadmadrid.org\)](#)

Noticias publicadas PUSM:

