



## BOLETIN resumen de notificaciones segundo TRIMESTRE 2021

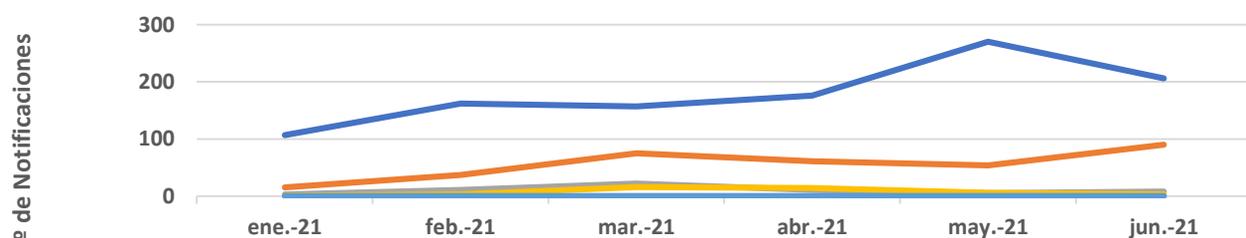
### Uso Seguro de Medicamentos

Durante el segundo trimestre de 2021 (abril-junio) se han recibido **904** 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 abril-junio 2021:

UNIDADES FUNCIONALES PARA LA GESTIÓN DE RIESGOS AH	652	72,12%
UNIDADES FUNCIONALES PARA LA GESTIÓN DE RIESGOS AP	205	22,68%
CENTROS SOCIO-SANITARIOS	24	2,65%
OFICINAS DE FARMACIA DE LA RED DE FARMACIAS CENTINELA	23	2,54%

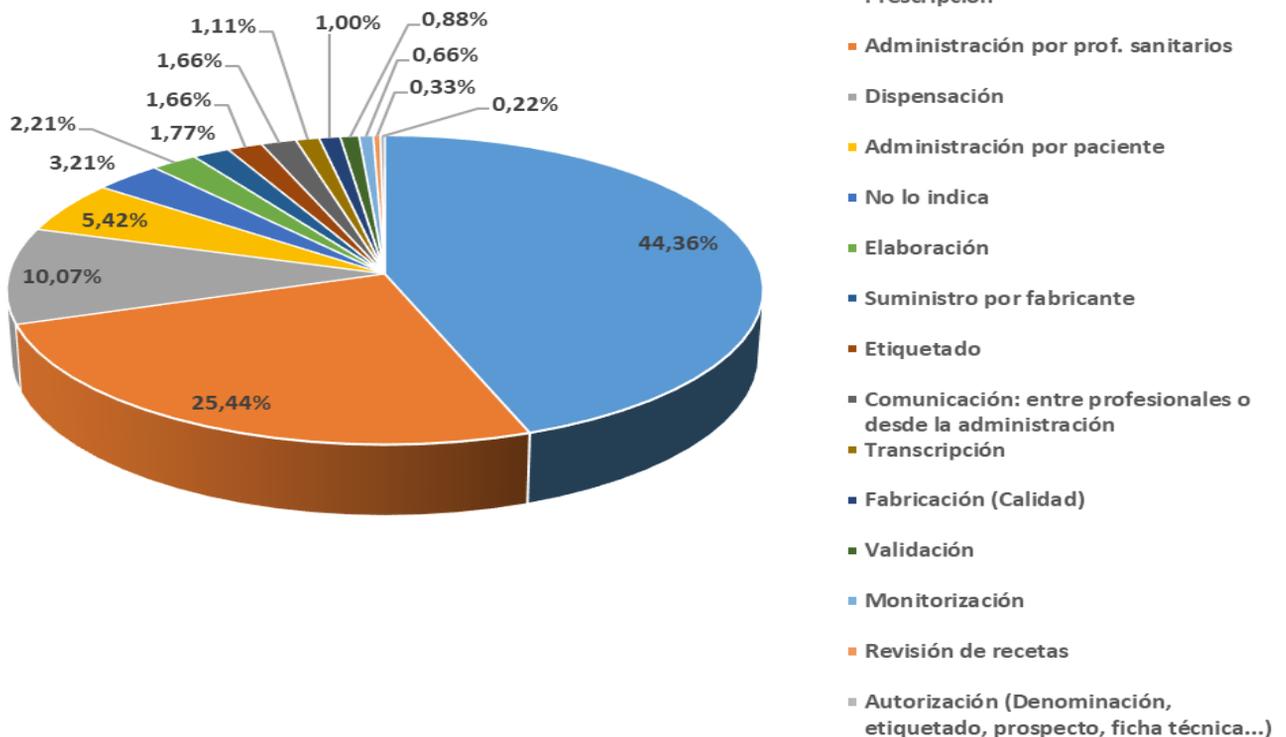
#### ● Evolución de la Participación en el Programa durante el año 2021 :



	ene.-21	feb.-21	mar.-21	abr.-21	may.-21	jun.-21
UFGR AH	107	162	157	176	270	206
UFGR AP	15	37	75	61	54	90
CSS	3	11	22	11	5	8
RFC	1	3	16	14	6	3
SUMMA 112	0	0	0	0	0	0

— UFGR AH — UFGR AP — CSS — RFC — SUMMA 112

## ● Clasificación de los Errores de Medicación recibidos según origen/etapa del error (abril-junio 2021) :



## ● Clasificación de los Errores de Medicación recibidos según tipo de error (abril-junio 2021):

TIPO DE ERROR	% vs TOTAL
Error en la dosis: omisión o incorrecta	31,53%
Selección inapropiada del medicamento: no indicado, contraindicación, historia de alergia o RAM previa, duplicidad terapéutica, medicamento innecesario...(Error en el principio activo)	18,58%
Frecuencia de administración errónea	9,40%
Paciente equivocado	6,19%
Error en la preparación/manipulación/acondicionamiento (incluye el cálculo de dosis)	5,53%
Duplicidad de medicamentos o utilización de fármacos innecesarios	3,87%
No lo indica	3,32%
Medicamento deteriorado: caducado, mal conservado o con defectos en la calidad	3,10%
Vía de administración incorrecta	2,65%
Error de almacenamiento	2,54%
Forma farmacéutica errónea	2,43%
Duración del tratamiento incorrecta	1,77%
No administración de medicamento prescrito (omisión)	1,77%
Se prescribe un fármaco que no suministra los distribuidores	1,33%
Hora de administración incorrecta	1,11%
Monitorización insuficiente del tratamiento	1,11%
Velocidad de administración incorrecta	0,88%
Prescripción y/o utilización de fármacos contraindicados en ficha técnica	0,77%
Técnica de administración errónea	0,55%
Prescripción y/o utilización de fármacos fuera de indicación	0,55%
Falta de cumplimiento del paciente	0,44%
Error en el principio activo	0,33%
Se prescribe un medicamento que no está comercializado	0,11%
Error administrativo, subsanable por el farmacéutico	0,11%

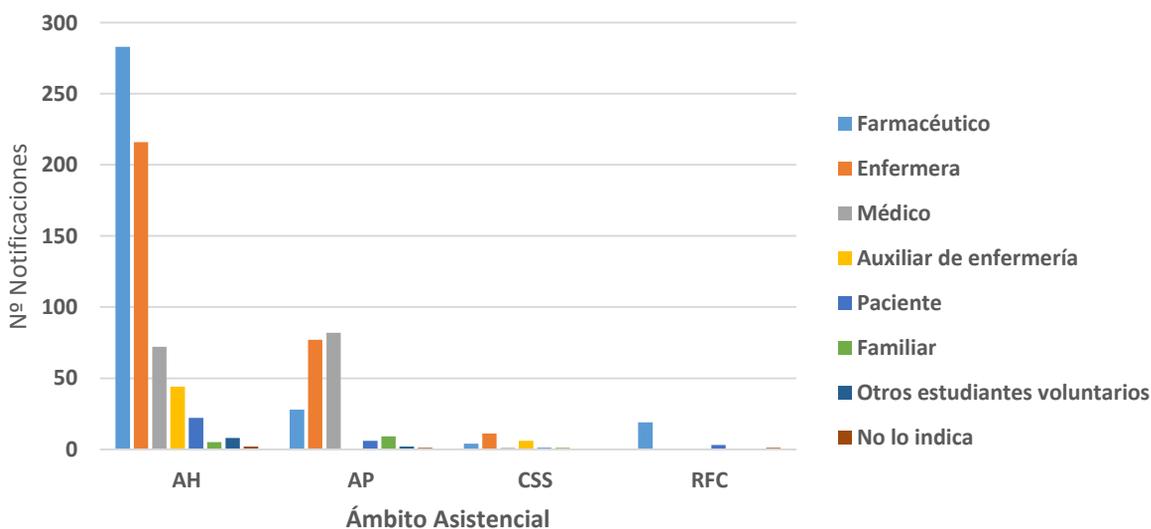
## ● Clasificación de los errores recibidos según causas (abril-junio 2021):

CAUSAS	% vs TOTAL
No lo indica	27,21%
Falta de cumplimiento o de procedimientos de trabajo establecidos	21,46%
Falta de conocimientos/formación	14,60%
La presentación de la especialidad farmacéutica da lugar a confusión: nombres similares, similitud de envases	6,64%
Comunicación verbal incorrecta/incompleta/ambigua	6,08%
Problemas en la interpretación de la prescripción: ambigua, ilegible, uso de abreviaturas	4,87%
Falta o fallo en el procedimiento de conciliación de la medicación: al ingreso	4,76%
Incorrecta identificación del paciente	3,21%
Otros: situación de emergencias, personal insuficiente o sin experiencia	2,54%
Problemas en los equipos y dispositivos de dispensación/ preparación/ administración	2,21%
Falta o fallo en el procedimiento de conciliación de la medicación: al alta	2,21%
Falta de concordancia entre las bases de datos y los medicamentos comercializados	1,66%
Falta o fallo en el procedimiento de conciliación de la medicación: entre unidades asistenciales	1,44%
Defectos en la calidad del medicamento	1,11%

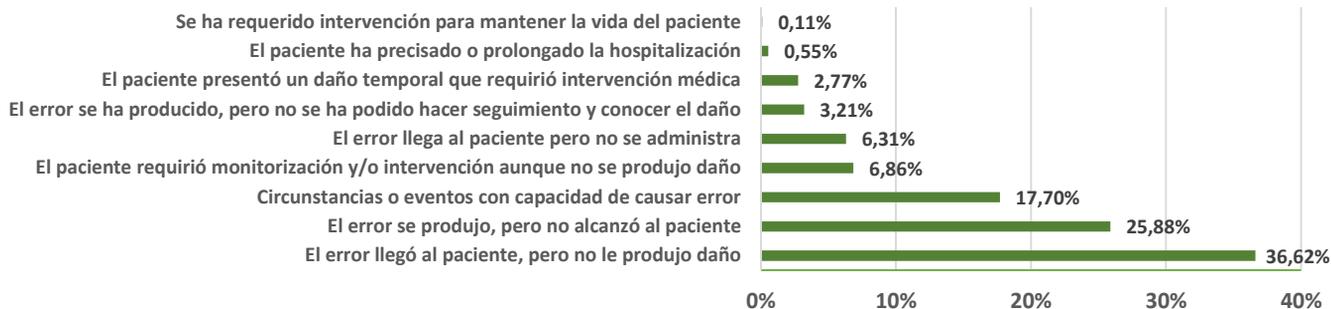
## ● Clasificación de los EM según el lugar donde se producen (abril-junio 2021)



## ● Clasificación de los EM recibidos según la persona que descubre el error por ámbito asistencial (abril-junio 2021):



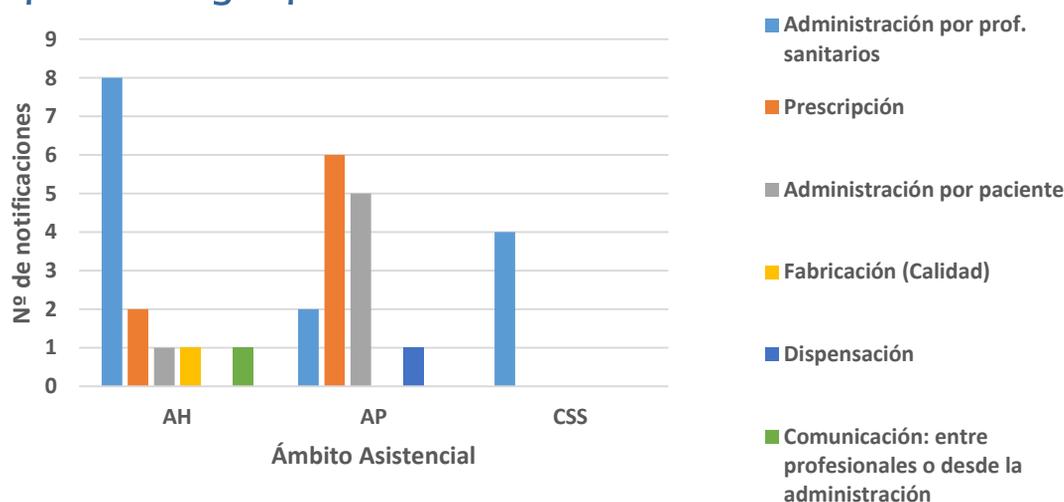
## ● Clasificación de los errores recibidos según las **CONSECUENCIAS** para el paciente (abril-junio 2021):



### ■ Procedencia de los errores de medicación donde se refiere **DAÑO** (n=31)

Atención Hospitalaria (AH)	13
Atención Primaria (AP)	14
Centros Sociosanitarios (CSS)	4
<b>Total</b>	<b>31</b>

### ■ Origen de los errores de medicación donde se refiere **DAÑO** (n=31) al paciente según procedencia.



### ■ Tipo de error de medicación donde se refiere **DAÑO** al paciente (n=31)

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...(Error en el principio activo)	5
Paciente equivocado	4
Monitorización insuficiente del tratamiento	2
Técnica de administración errónea	2
Velocidad de administración incorrecta	2
Vía de administración incorrecta	2
Duplicidad de medicamentos o utilización de fármacos innecesarios	1
Duración del tratamiento incorrecta	1
Error en la preparación/manipulación/acondicionamiento (incluye el cálculo de dosis)	1
Frecuencia de administración errónea	1
Hora de administración incorrecta	1
Medicamento deteriorado: caducado, mal conservado o con defectos en la calidad	1

## ● Descripción de algunos errores de medicación remitidos al CFV (Centro de Farmacovigilancia de la Comunidad de Madrid) por referir consecuencias al paciente (abril-junio 2021):

(desde el Centro de Farmacovigilancia nos recuerdan que es importante incluir la clínica que presentó el paciente para incorporar el EM como reacción adversa).

### Desde Atención Hospitalaria:

- ✓ Error en la administración del nimodipino, primero se administró IV en vez de vía oral como estaba pautado, además en vez de administrarlo en perfusión durante 2 horas, se administró de forma rápida a caída.
- ✓ Se pauta AMOXICILINACLAVULÁNICO por otitis media aguda bilateral. Se calcula la dosis del medicamento a 100 mg/Kg/día pero en lugar de dividir la dosis total para calcular cada 8 horas se prescribe dosis total cada 8 horas (en lugar de 190 mg cada 8 horas se prescribió 570 mg cada 8 horas). Sólo se administraron 2 tomas a esa dosis ya que al día siguiente del ingreso se revisó la hoja de prescripción. No se volvió a administrar ningún antibiótico hasta 24 horas después en que se reinició el tratamiento. El paciente presentó dos deposiciones blandas líquidas sin otra clínica asociada.
- ✓ Se administra, por error, 1 ml de Pramep 20 mg/ml solución oral EFG, 1 frasco de 473 ml (pregabalina) por vía intravenosa en lugar de vía oral. La enfermera había cargado el jarabe oral en una jeringa para vía IV. Se revisan los componentes de la formulación y se realiza consulta al Instituto Nacional de Toxicología. Se recomienda vigilancia neurológica, tensional y cardíaco. Ante el riesgo de trombosis se recomienda incorporar profilaxis antitrombótica a la prescripción. Ante el riesgo se bacteriemia por ausencia de asepsia en formulación, se recomienda añadir cobertura antibiótica.
- ✓ Al finalizar la Intervención de catarata el cirujano solicita urbason para inyección subconjuntival. Por error la enfermera le entrega fenilefrina 1ml (10mg), que se inyecta según lo planeado. La paciente sale de quirófano a sala de Recuperación y a los pocos minutos refiere dolor precordial irradiado a brazo izquierdo. Tras varias actuaciones médicas el cuadro remite, pero precisa vigilancia e ingreso para control.
- ✓ Paciente ingresada por neumonía bilateral COVID 19, con insuficiencia respiratoria aguda grave y trabajo respiratorio. En dieta absoluta con isoplasma a 80ml/hora y perfusión de cloruro mórfico a 1 ml/hora para control de los síntomas respiratorios. Un día, la enfermera avisa por bajo nivel de consciencia al médico de guardia y se comprueba que el isoplasma está a 1ml/hora y la perfusión de cloruro mórfico a 80ml/hora. Precisa la administración de antídoto (naloxona) y antieméticos para los vómitos. Finalmente se coloca SNG durante 48horas.
- ✓ El familiar del paciente administra por error 100 UI de insulina en vez de 10 UI. Era un tratamiento de reciente incorporación al tratamiento habitual.

### Desde Atención Primaria:

- ✓ Paciente alérgica a tramadol que acude a urgencias del Hospital y se le pauta tramadol/paracetamol a pesar de aparecer en historia que no lo tolera. acude a consulta a las 48 horas, con vómitos, mareos, etc, y se retira.
- ✓ Administración de dosis potencialmente tóxica de paracetamol como tratamiento preventivo de una posible reacción vacunal (se administró en el domicilio 7 ml en vez de 0,7 ml. El niño pesaba 5,5 kg).
- ✓ La paciente tomó paracetamol/codeína 100 y a la vez tramadol/paracetamol 1-1-1 presentando mareo como consecuencia de la mezcla de opioides (no consultó, lo tomó por su cuenta).
- ✓ Paciente de 90 años, vive solo, en tratamiento antidiabético con Toujeo 66 unidades y andiabéticos orales y mal control de su diabetes. Acude a urgencias por presentar "hi" en su glucómetro. Es autónomo pero, por su edad, esta algo lento en las actividades diarias. Llama la atención la dosis tan alta de insulina (pesa 60 kg). La médico de urgencias solicita al paciente que le enseñe como se pincha la insulina y el paciente pone la aguja insertada en el boli de insulina correctamente pero sin quitar el capuchón protector de la aguja se la pone en el abdomen. El paciente reconoce que no sabía que había que quitar el capuchón de la aguja, de hecho no sabía que había un capuchón. Posiblemente el mal control de su diabetes se debe a que no se está administrando la insulina basal al no introducir la aguja en el abdomen.
- ✓ Paciente alérgico al metamizol que acude a urgencias de Hospital y le pautan 1 ampolla de metamizol cada 8 horas. Acude de urgencias por lesiones de piel e intenso prurito.

### Desde Centros Sociosanitarios:

- ✓ Se administra medicación a un residente que corresponde a otro, en varios casos.

## ● Medicamentos de alto riesgo registrados en los EM con consecuencias de daño, en Atención Hospitalaria (n= 1):

### Insulina IV y subcutánea

## ● Causas de los EM en personas ≥ 65 años (n=359)

CAUSAS de los EM	UFGR- AH	UFGR-AP	CSS	RFC
No lo indica	17,83%	5,57%	0,00%	0,00%
Falta de cumplimiento o de procedimientos de trabajo establecidos	16,99%	3,06%	0,28%	0,00%
Falta de conocimientos/formación	13,37%	5,29%	0,00%	0,00%
Falta o fallo en el procedimiento de conciliación de la medicación: al ingreso	6,96%	0,00%	0,00%	0,00%
Comunicación verbal incorrecta/incompleta/ambigua	2,79%	1,95%	0,00%	0,00%
La presentación de la especialidad farmacéutica da lugar a confusión: nombres similares, similitud de envases	2,51%	1,11%	0,00%	0,00%
Problemas en la interpretación de la prescripción: ambigua, ilegible, uso de abreviaturas	2,23%	1,11%	0,84%	0,28%
Otros: situación de emergencias, personal insuficiente o sin experiencia	1,95%	0,00%	1,67%	0,00%
Falta o fallo en el procedimiento de conciliación de la medicación: al alta	1,95%	2,51%	0,00%	0,00%
Falta o fallo en el procedimiento de conciliación de la medicación: entre unidades asistenciales	1,95%	0,00%	0,56%	0,00%
Incorrecta identificación del paciente	1,67%	0,56%	1,95%	0,00%
Problemas en los equipos y dispositivos de dispensación/preparación/ administración	1,39%	0,28%	0,28%	0,00%
Falta de concordancia entre las bases de datos y los medicamentos comercializados	0,28%	0,28%	0,00%	0,28%
Defectos en la calidad del medicamento	0,00%	0,00%	0,00%	0,28%

## ● Causas de los EM niños ≤ 18 años (n=137):

CAUSAS de los EM	UFGR-AH	UFGR-AP	RFC
No lo indica	24,09%	10,22%	0,00%
Falta de cumplimiento o de procedimientos de trabajo establecidos	14,60%	7,30%	0,73%
Falta de conocimientos/formación	8,03%	6,57%	0,73%
Problemas en la interpretación de la prescripción: ambigua, ilegible, uso de abreviaturas	5,11%	1,46%	0,00%
La presentación de la especialidad farmacéutica da lugar a confusión: nombre similares, similitud de envases	2,92%	5,84%	0,00%
Comunicación verbal incorrecta/incompleta/ambigua	2,92%	1,46%	0,00%
Falta o fallo en el procedimiento de conciliación de la medicación: al ingreso	1,46%	0,00%	0,00%
Problemas en los equipos y dispositivos de dispensación/ preparación/ administración	0,73%	1,46%	0,00%
Defectos en la calidad del medicamento	0,73%	0,00%	0,00%
Falta de concordancia entre las bases de datos y los medicamentos comercializados	0,00%	0,73%	0,00%
Otros: situación de emergencias, personal insuficiente o sin experiencia	0,00%	2,92%	0,00%

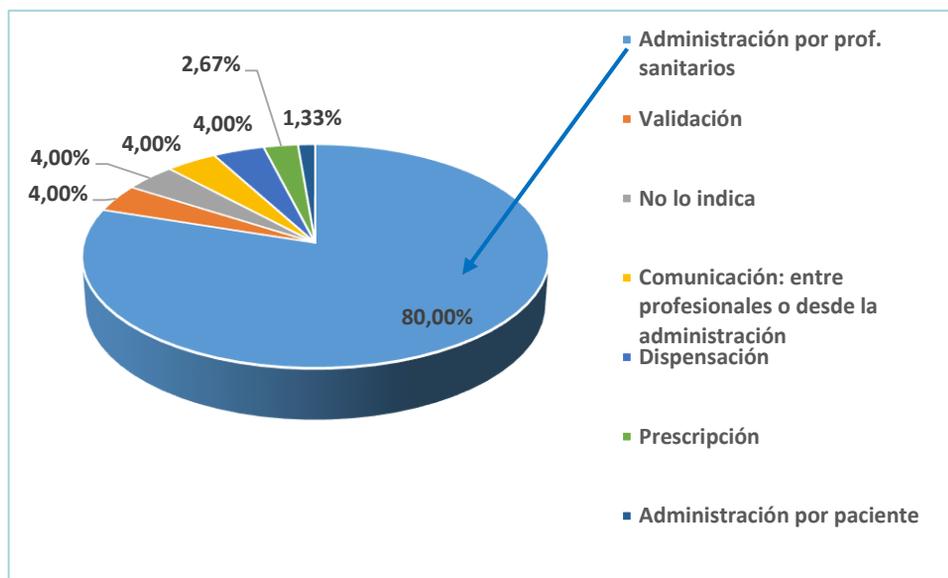
## ● Notificaciones recibidas relacionadas con la vacunación frente al Covid-19 (abril-junio 2021):

Durante los meses de abril a junio de 2021 se han recibido 75 notificaciones sobre errores de medicación relacionadas con las vacunas frente al Covid-19. Representa un 4% frente al total de errores de medicación recibidos en este periodo (n=904). Respecto al trimestre anterior las notificaciones han incrementado un 64%. La procedencia de los casos fue:

Atención Primaria: 58,67% (n=44)

Atención Hospitalaria: 41,33% (n=31)

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 dosis: omisión o incorrecta	50,67%
Selección inapropiada del medicamento: no indicado, contraindicación, historia de alergia o RAM previa, duplicidad terapéutica, medicamento innecesario...(Error en el principio activo)	18,67%
Error en la preparación/manipulación/acondicionamiento (incluye el cálculo de dosis)	10,67%
Frecuencia de administración errónea	6,67%
Paciente equivocado	4,00%
Duplicidad de medicamentos o utilización de fármacos innecesarios	2,67%
No lo indica	1,33%
Prescripción y/o utilización de fármacos contraindicados en ficha técnica	1,33%
Prescripción y/o utilización de fármacos fuera de indicación	1,33%
Medicamento deteriorado: caducado, mal conservado o con defectos en la calidad	1,33%
Monitorización insuficiente del tratamiento	1,33%

## ● ACTUACIONES REALIZADAS :

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

- **Nº2/2021.- METOTREXATO SEMANAL 2,5 MG COMPRIMIDOS:** Se recomienda precaución a la hora de prescribir METOTREXATO SEMANAL 2,5 mg COMPRIMIDOS, cerciorarse de seleccionar correctamente la pauta y confirmar que el paciente la ha comprendido para evitar que se produzcan errores de administración, que pueden llegar a producir consecuencias graves.
- **Nº3/2021.- Pautas especiales: PROLIA 60 mg SOLUCION INYECTABLE, 1 jeringa precargada de 1 ml (DENOSUMAB) y BONVIVA 150 mg, COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA, 1 comprimido (ACIDO IBANDRONICO).** Se recomienda tener en cuenta que hay que seleccionar la pauta especial y después la posología correcta para evitar errores de prescripción.
- **Nº4/2021.-PARACETAMOL - ERRORES DE MEDICACIÓN EN NIÑOS.** Se recomienda revisión exhaustiva de los tratamientos por parte de médicos, farmacéuticos y enfermería para filtrar al máximo posibles errores de dosificación. Revisar la dosis antes de proceder a su administración. Si se prescribe paracetamol, para administración por parte de los padres del paciente hacer hincapié en la dosis a administrar. Informar sobre la calculadora de dosis pediátrica existente en la web de la Comunidad de Madrid, para ratificar la dosis a administrar.
- **Nº5/2021.-INSULINA.** Se recomienda seguir realizando educación diabética periódicamente a los pacientes para comprobar que realizan correctamente las técnicas de autoadministración de la insulina, incluso en pacientes que llevan años con el mismo tratamiento. También es importante mantener la comunicación entre las oficinas de farmacia y primaria para la detección precoz de este tipo de errores de medicación.

	<b>COMUNICACIÓN DE INCIDENCIAS A LOS PROFESIONALES SANITARIOS</b> Incidencia: 2/2021 Fecha comunicación: mayo de 2021
	<b>MEDICAMENTO IMPLICADO</b> <b>METOTREXATO SEMANAL 2,5 mg COMPRIMIDOS</b>
	<b>CARACTERÍSTICAS DEL ERROR</b> Hemos tenido conocimiento a través de una Unidad Funcional de Gestión de Riesgos de Atención
	<b>COMUNICACIÓN DE INCIDENCIAS A LOS PROFESIONALES SANITARIOS</b> Incidencia: 3/2021 Fecha comunicación: mayo de 2021
	<b>MEDICAMENTOS IMPLICADOS</b> <b>PROLIA 60 mg SOLUCION INYECTABLE, 1 jeringa precargada de 1 ml (DENOSUMAB) y BONVIVA 150 mg, COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA, 1 comprimido (ACIDO IBANDRONICO)</b>
	<b>CARACTERÍSTICAS DEL ERROR</b> A través del Portal de Uso Seguro del Medicamento hemos tenido conocimiento, desde enero a abril de 2021, de 17 notificaciones sobre errores de medicación (EM) con paracetamol. De los cuales en el 88% de los casos (n=15), se han producido en niños. Además en el 53,33% de los casos se produjeron en la familia de edad de 4 a 8 años.
	<b>COMUNICACIÓN DE INCIDENCIAS A LOS PROFESIONALES SANITARIOS</b> Incidencia: 1/2021 Fecha comunicación: mayo de 2021
	<b>MEDICAMENTO IMPLICADO</b> <b>PARACETAMOL - ERRORES DE MEDICACIÓN EN NIÑOS</b>
	<b>CARACTERÍSTICAS DEL ERROR</b> A través del Portal de Uso Seguro del Medicamento hemos tenido conocimiento, desde enero a abril de 2021, de 17 notificaciones sobre errores de medicación (EM) con paracetamol. De los cuales en el 88% de los casos (n=15), se han producido en niños. Además en el 53,33% de los casos se produjeron en la familia de edad de 4 a 8 años.
	<b>COMUNICACIÓN DE INCIDENCIAS A LOS PROFESIONALES SANITARIOS</b> Incidencia: 3/2021 Fecha comunicación: mayo de 2021
	<b>MEDICAMENTO IMPLICADO</b> <b>INSULINA</b>
	<b>CARACTERÍSTICAS DEL ERROR</b> A través del Portal de Uso Seguro del Medicamento (PUSM) hemos tenido conocimiento, de dos errores de medicación uno procedente de la Red de Farmacias Comunitarias y otro de una Unidad Funcional de Gestión de Riesgos de Atención Primaria, con las plumas precargadas de ABASAGLAR 100 UNIDADES/ML KWIKPEN y TOUJEO 300 UNIDADES/ML. El origen de ambos errores fue la administración por parte del paciente y las causas que los motivaron fueron la falta de conocimientos sobre la forma correcta de su administración. En el segundo caso el paciente precisó ingreso hospitalario.
<b>Procedencia Red de Farmacias Comunitarias:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Prescriben una insulina lenta a un paciente sin haber sido adestrado correctamente en el empleo de los dispositivos y el paciente refiere problemas a la hora de administrarse la insulina durante los primeros dos meses de tratamiento. Acude a la farmacia con el medicamento y comprobamos que no se ha administrado durante estos dos meses la insulina por no haber retirado correctamente la primera aguja. Ello ha originado un procedimiento para la colocación de los correspondientes agujas en todos y cada uno de los momentos en que debía de utilizar el dispositivo.</li> </ul>	
<b>Procedencia Atención Primaria:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Paciente de 90 años que vive solo, autónomo, pero algo lento en las actividades diarias. En tratamiento con insulina y paracetamol. Inicialmente controlado. Acude a urgencias por presentar "no" en su glucómetro, llama la atención la dosis tan alta de insulina que debe ser la que para él su hijo le prepara para control de su diabetes. Le medimos de urgencias solicita al paciente que le enseñe como se pincha la insulina y el paciente por la aguja inyectada se le pincha en el abdomen. El paciente reconoce que no sabía que había que quitar el capuchón de la aguja, de hecho no sabía que había un capuchón. Puntualmente el mal control de su diabetes se debe a que no se está administrando la insulina basar al no introducir la aguja en el abdomen. El paciente precisó ingreso hospitalario.</li> </ul>	
Durante el periodo enero 2021 al 13 mayo 2021, se han notificado 52 errores de medicación con origen la administración por el paciente (5,66%; n=947), de los que 6 casos han tenido consecuencias para el paciente (0,63%).	
<b>RECOMENDACIONES</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Es importante seguir realizando educación diabética periódicamente a los pacientes para comprobar que realizan correctamente las técnicas de autoadministración de la insulina, incluso en pacientes que llevan años con el mismo tratamiento.</li> <li>✓ También es importante mantener la comunicación entre las oficinas de farmacia y primaria para la detección precoz de este tipo de errores de medicación.</li> </ul>	
SECRETARÍA DE REGISTRO DE LA COMUNIDAD DE MADRID Plaza de San Juan de los Baños, 1. 28014 Madrid Teléfono: 91 578 01 00 - correo: info@as.madrid.org	

Todos los Boletines publicados están disponibles en:

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

### ❑ Modificaciones de Etiquetado para mejorar la seguridad en el uso de los medicamentos

Desde varios Hospitales se notifica un incidente relacionado con el etiquetado del medicamento PAZENIR 5 MG/ML POLVO PARA DISPERSION PARA PARA PERFUSION EFG, 1 VIAL C.N.: 725827. Se trataba de paclitaxel-nanoparticulas de albumina, genérico de Abraxane®. En el envase especifica paclitaxel, y en pequeño, en un lateral, paclitaxel unido a nanoparticulas de albumina. Se notifica riesgo elevado al poder intercambiarlo con paclitaxel convencional, dado que no queda nada claro que sea diferente al paclitaxel convencional. Tras la oportuna comunicación a la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS), el Área de Control Farmacéutico y P. Sanitarios, nos informo de que, desde la Agencia, han contactado con la compañía para exponerle el caso y les han comunicado que la EMA ha aceptado la modificación de indicar en la cara principal de la caja que paclitaxel está unido a albúmina. También nos trasladan que procederán a implementar la nueva maqueta en cuanto sea posible por parte de su fabricante.

	<b>COMUNICACIÓN DE INCIDENCIAS A LOS PROFESIONALES SANITARIOS</b> INCIDENTES RELACIONADOS CON LA CALIDAD DE LOS MEDICAMENTOS Incidencia: 1/2021 Fecha comunicación: febrero de 2021
	<b>MEDICAMENTO IMPLICADO</b> <b>PAZENIR 5 MG/ML POLVO PARA DISPERSION PARA PERFUSION EFG, 1 VIAL C.N.: 725827</b>
	<b>NOTIFICACION</b> En el Portal de Uso Seguro del Medicamento, hemos tenido conocimiento a través de la Unidad Funcional de Gestión de Riesgos del Hospital Puerta de Hierro, de un incidente relacionado con la Autorización (Denominación, etiquetado, prospecto, folheto...) del medicamento PAZENIR 5 MG/ML POLVO PARA DISPERSION PARA PERFUSION EFG, 1 VIAL, C.N.: 725827. El incidente fue tramitado al Área de Control Farmacéutico y P. Sanitarios por su estudio y traslado a la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios.
<b>Descripción del incidente:</b> Se comunicó paclitaxel-nanoparticulas de albumina, genérico de Abraxane®, en un vial con el nombre más del paclitaxel, en un lateral, paclitaxel unido a nanoparticulas de albumina. Este supone un riesgo muy grande al poder intercambiarse con paclitaxel convencional, dado que no queda nada claro que sea diferente al paclitaxel convencional. Fecha de notificación:	
<b>RESULTADO:</b> Tras la oportuna comunicación a la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS), el Área de Control Farmacéutico y P. Sanitarios, nos informo que desde la Agencia, han contactado con la compañía para exponerle el caso y les han comunicado que la EMA ha aceptado la modificación de indicar en la cara principal de la caja que paclitaxel está unido a albúmina. También nos trasladan que procederán a implementar la nueva maqueta en cuanto sea posible por parte de su fabricante.	
Desde la Subdirección de Farmacia y Productos Sanitarios os animamos a que sigáis notificando todos los incidentes que puedan suponer un riesgo para la seguridad en el uso de los medicamentos.	
SECRETARÍA DE REGISTRO DE LA COMUNIDAD DE MADRID Plaza de San Juan de los Baños, 1. 28014 Madrid Teléfono: 91 578 01 00 - correo: info@as.madrid.org	

## ACTUACIONES REALIZADAS :

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

- ✓ **Nº 1.- MEOTREXATO.** Se recomienda tener precaución a la hora de dispensar metotrexato semanal para evitar dispensaciones excesivas debidas a un error de prescripción. Los errores de administración del metotrexato por parte del paciente pueden tener su origen en la prescripción, si no se selecciona correctamente la pauta posológica, pero si desde la Oficina de Farmacia se detectan estos errores, durante la dispensación, se pueden evitar errores que pueden ser GRAVES en el paciente. Durante el acto de dispensación, también se debe recordar al paciente la pauta que se debe administrar con el fin de evitar, también en este punto, el posible error.
- ✓ **Nº2.- Prolia® y Bonviva®.** Se recomienda que, si durante la dispensación se detecta algún error en la pauta de prescripción, se comunique para que se pueda subsanar cuanto antes. No dispensar cantidades mayores a las necesarias y confirmar que el paciente ha comprendido la pauta correctamente.
- ✓ **Nº 3.- Insulina.** Se recomienda comprobar si el paciente conoce la forma de administración y si se lo está administrando correctamente durante la dispensación. Informar al paciente que puede consultar las instrucciones de uso en el prospecto del medicamento. A pesar del adiestramiento a los pacientes en este tipo de dispositivos, es posible que surjan este tipo de errores, que se deben detectar cuanto antes. La colaboración entre diferentes ámbitos asistenciales es fundamental para su detección.

**SEGUIMIENTO DE MEDICAMENTOS**  
DE LA COMUNIDAD DE MADRID

**Uso Seguro de los Medicamentos RFC**  
**Metotrexato®**

Desde el Portal de Uso Seguro de Medicamentos hemos tenido conocimiento, de un error de medicación con Metotrexato de administración semanal. Por error, el paciente se lo administra uno al día en lugar de uno a la semana, por lo que requiere consulta médica por los efectos adversos producidos. El caso, notificado desde una unidad funcional de gestión de riesgos de un hospital, fue el siguiente:

El paciente se autoadministra la dosis semanal del metotrexato como dosis diaria. En la farmacia le suministran los envases correspondientes. Tras 17 días, el paciente se encuentra mal y consulta por efectos adversos: mucositis, dolor en la garganta al tragar, úlceras periangulares y erosiones en las placas de MMII. Hace neutropenia e hipertransaminemia, finalmente se recupera.

Desde la Subdirección G de Farmacia y PE se ha iniciado una línea de trabajo enfocada a evitar errores de medicación con origen en la prescripción y posteriormente la dispensación. Metotrexato es uno de los medicamentos que se está abordando en esta línea. Hay que tener en cuenta que los errores de dosificación con metotrexato pueden llegar a ser graves, tal y como indica la ficha técnica del medicamento:

**Advertencia importante respecto a la posología de metotrexato semanal comprimidos :**  
En el tratamiento de enfermedades reumáticas, o enfermedades de la piel que requieren una dosificación una vez por semana, metotrexato 2,5 mg comprimidos (metotrexato) solo se debe tomar una vez por semana. Los errores de administración durante el uso de metotrexato comprimidos (metotrexato) pueden producir reacciones adversas graves, incluida la muerte.

**RECOMENDACIONES:**

- ✓ Tener precaución a la hora de dispensar metotrexato semanal para evitar dispensaciones excesivas debidas a un error de prescripción. Los errores de administración del metotrexato por parte del paciente, pueden tener su origen en la prescripción, si no se selecciona correctamente la pauta posológica, pero si desde la Oficina de Farmacia se detectan estos errores, durante la dispensación, se pueden evitar errores que pueden ser GRAVES en el paciente.
- ✓ Durante el acto de dispensación, también se debe recordar al paciente la pauta que se debe administrar con el fin de evitar, también en este punto, el posible error.

SEGUIMIENTO DE MEDICAMENTOS DE LA COMUNIDAD DE MADRID  
Plaza de Carlos III s/n, Barrio de Argemosa, 28014 Madrid, España. Teléfono: 91 421 23 84 ext 4000  
Agredocentes y las USFA y Oficinas de la RFC que notifica en el Portal de Uso Seguro de Medicamentos

**SEGUIMIENTO DE MEDICAMENTOS**  
DE LA COMUNIDAD DE MADRID

**Uso Seguro de los Medicamentos RFC**  
**Prolia® y Bonviva®**

Hemos tenido conocimiento a través de varias Unidades Funcionales de Gestión de Riesgos de diferentes ámbitos asistenciales así como de la información sobre la dispensación en oficinas de farmacia, de posibles errores y/o incidentes de medicación con origen en la prescripción y posteriormente en la dispensación de cantidades mayores a las necesarias de los medicamentos PROLIA 60 mg SOLUCIÓN INYECTABLE, 1 jeringa precargada de 5 ml (DENOSUMAB) y BONVIVA 150 mg, COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELÍCULA, 1 comprimido (IBANDRONICO ACIDO). Al tratarse de pautas especiales el error, probablemente, se produjo al seleccionar la pauta estándar en lugar de la pauta especial. Tal y como indica la ficha técnica de estos medicamentos, para el tratamiento de la osteoporosis, las dosis recomendadas son: 60 mg de denosumab administrados en una única inyección subcutánea una vez cada 6 meses y para el ácido ibandronico, es de un comprimido recubierto con película de 150 mg una vez al mes.

Algunos casos fueron los siguientes:

- Mujer de 88 años que en receta electrónica, desde hace varios meses, tiene pautado, por error, ácido ibandronico 150 mg 1 comp cada 24 horas, pero la paciente se lo ha tomado correctamente, 1 comp al mes. En una consulta con su doctora habitual le dice que le salen muchas cajas de acid ibandronico en la farmacia, pero que ella no las coge. La doctora comprueba que la posología estaba mal puesta, pero que las dispensaciones eran correctas y lo corrige en la receta electrónica.
- La paciente solicita que se incluya en receta electrónica Prolia y, por error, se "corta" la posología 1 al día. Al cabo de un tiempo vuelve la paciente a consulta y se comprueba que se han retirado 3 unidades de Prolia en la oficina de farmacia, una cada mes (se consulta la hoja de medicación y se advierte el error). La paciente, con suficiente información como para saber que no debe administrarse más que una cada 6 meses, reconoce que las tiene en casa en el frigorífico para asegurarse que tiene la medicación.

**RECOMENDACIONES:**

- ✓ Si durante la dispensación se detecta algún error en la pauta de prescripción, es importante comunicarlo para que se pueda subsanar cuanto antes.
- ✓ No dispensar cantidades mayores a las necesarias y confirmar que el paciente ha comprendido la pauta correctamente.

SEGUIMIENTO DE MEDICAMENTOS DE LA COMUNIDAD DE MADRID  
Plaza de Carlos III s/n, Barrio de Argemosa, 28014 Madrid, España. Teléfono: 91 421 23 84 ext 4000  
Agredocentes y las USFA y Oficinas de la RFC que notifica en el Portal de Uso Seguro de Medicamentos

**SEGUIMIENTO DE MEDICAMENTOS**  
DE LA COMUNIDAD DE MADRID

**Uso Seguro de los Medicamentos RFC**  
**Insulina**

Desde el Portal de Uso Seguro de Medicamentos, a través de una oficina de farmacia perteneciente a la Red de Farmacias Centinela, hemos tenido conocimiento, de un error de administración, por parte del paciente, de la insulina utilizando plumas precargadas. Desde la oficina de farmacia detectan que el paciente no se estaba administrando correctamente la insulina, por lo que se pudo evitar, a tiempo, algún tipo de consecuencia para el paciente. El caso fue el siguiente:

Prescriben insulina lenta a un paciente sin haber sido adiestrada correctamente en el empleo de los dispositivos y el paciente refiere problemas a la hora de administrarse la insulina durante los primeros dos meses de tratamiento. Acude a la farmacia con el medicamento y comprobamos que no se ha administrado la insulina durante estos dos meses por no haber retirado correctamente la primera aguja. Ello ha originado un impedimento para la colocación de las agujas en todos y cada uno de los momentos en que debía de utilizar el dispositivo.

En el prospecto de las plumas precargadas con insulina, se incluye de forma detallada las instrucciones de uso para el paciente.

**RECOMENDACIONES:**

- ✓ Durante la dispensación de estos dispositivos, es recomendable comprobar si el paciente conoce la forma de administración y si se lo está administrando correctamente.
- ✓ A pesar del adiestramiento a los pacientes en este tipo de dispositivos, es posible que surjan este tipo de errores, que se deben detectar cuanto antes. La colaboración entre diferentes ámbitos asistenciales es fundamental para su detección.
- ✓ Informar al paciente que puede consultar las instrucciones de uso en el prospecto del medicamento.

SEGUIMIENTO DE MEDICAMENTOS DE LA COMUNIDAD DE MADRID  
Plaza de Carlos III s/n, Barrio de Argemosa, 28014 Madrid, España. Teléfono: 91 421 23 84 ext 4000  
Agredocentes y las USFA y Oficinas de la RFC que notifica en el Portal de Uso Seguro de Medicamentos

Todos los Boletines publicados están disponibles en: <https://seguridaddelmedicamento.sanidadmadrid.org/home.aspx>