



BOLETIN resumen de notificaciones segundo TRIMESTRE 2022

Uso Seguro de Medicamentos

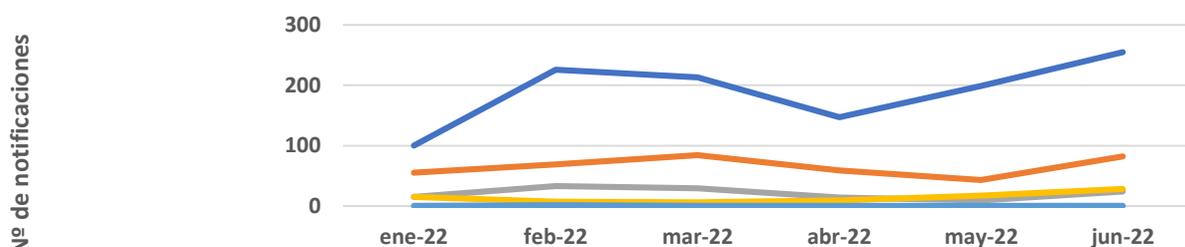
Durante el segundo trimestre de 2022 (abril-junio) se han recibido **887** notificaciones relacionadas con errores de medicación (EM). La participación en el Programa de Notificación de Errores de Medicación se ha distribuido, según procedencia, del siguiente modo:

● Número de Errores de Medicación recibidos y participación en el Programa (%) - periodo abril-junio 2022:

Atención Hospitalaria	601	67,76%
Atención Primaria	184	20,74%
Centros Socio-sanitarios	54	6,09%
Red de Farmacias Centinela	47	5,30%
Industria	1	0,11%

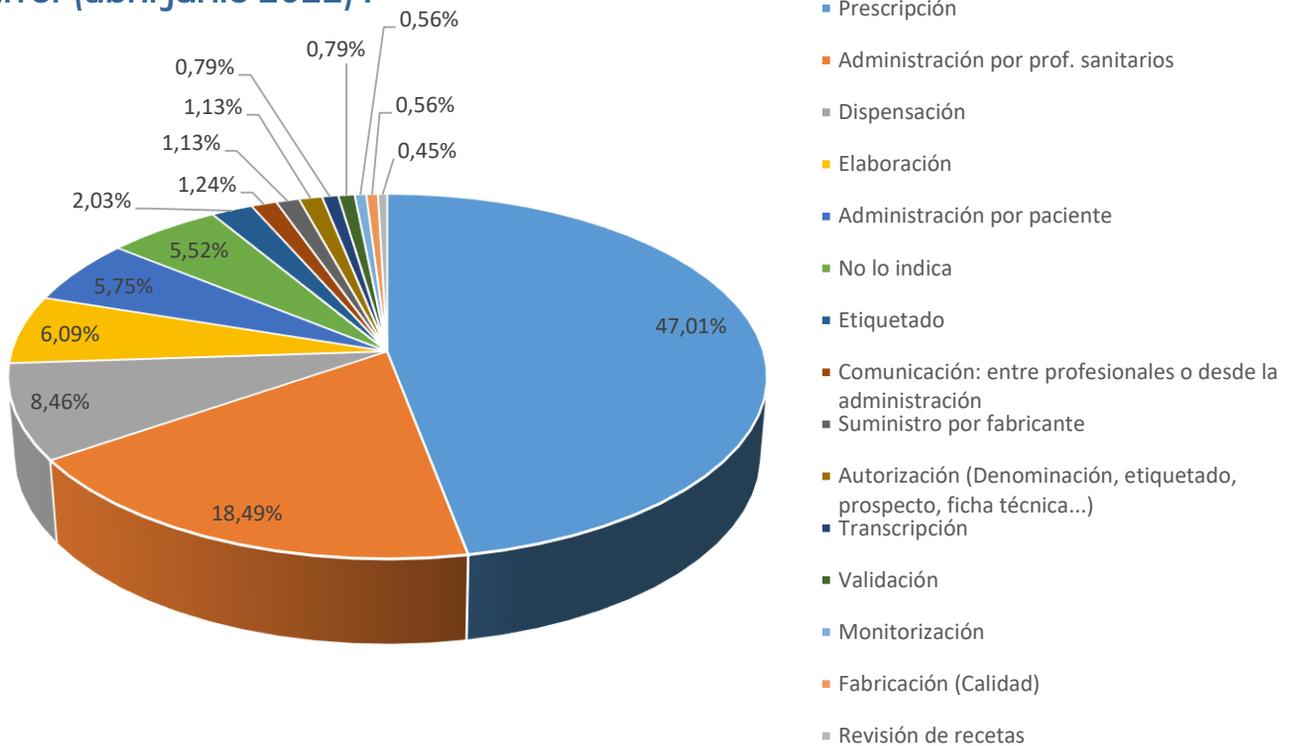
● Evolución de la Participación en el Programa:

Evolución de las notificaciones



	ene-22	feb-22	mar-22	abr-22	may-22	jun-22
Atención Hospitalaria	100	226	213	147	199	255
Atención Primaria	55	69	84	59	43	82
Red de Farmacias Centinela	15	33	29	14	9	24
Centros Sociosanitarios	15	7	6	9	17	28
SUMMA 112	0	1	0	0	0	0

● Clasificación de los Errores de Medicación recibidos según origen/etapa del error (abril-junio 2022) :



● Clasificación de los Errores de Medicación recibidos según tipo de error (abril-junio 2022):

TIPO DE ERROR	% vs TOTAL
Error en la dosis: omisión o incorrecta	29,99%
Selección inapropiada del medicamento: no indicado, contraindicación, historia de alergia o RAM previa, duplicidad terapéutica, medicamento innecesario...(Error en el principio activo)	14,88%
Frecuencia de administración errónea	8,46%
Duplicidad de medicamentos o utilización de fármacos innecesarios	5,75%
Error en la preparación/manipulación/acondicionamiento (incluye el cálculo de dosis)	5,64%
Paciente equivocado	5,30%
Error de almacenamiento	4,85%
No lo indica	4,62%
Forma farmacéutica errónea	2,71%
Medicamento deteriorado: caducado, mal conservado o con defectos en la calidad	2,48%
Vía de administración incorrecta	2,25%
Hora de administración incorrecta	2,25%
Duración del tratamiento incorrecta	2,03%
Monitorización insuficiente del tratamiento	1,47%
No administración de medicamento prescrito (omisión)	1,24%
Técnica de administración errónea	1,01%
Prescripción y/o utilización de fármacos fuera de indicación	1,01%
Error en el principio activo	0,90%
Falta de cumplimiento del paciente	0,79%
Velocidad de administración incorrecta	0,68%
Se prescribe un medicamento que no está comercializado	0,34%
Error administrativo, subsanable por el farmacéutico	0,34%
Se prescribe un fármaco que no suministra los distribuidores	0,34%
Error en el envase prescrito o dispensado	0,23%
Prescripción y/o utilización de fármacos contraindicados en ficha técnica	0,23%
Prescripción de fórmulas magistrales a partir de especialidades farmacéuticas	0,11%
No EM ni RAM	0,11%

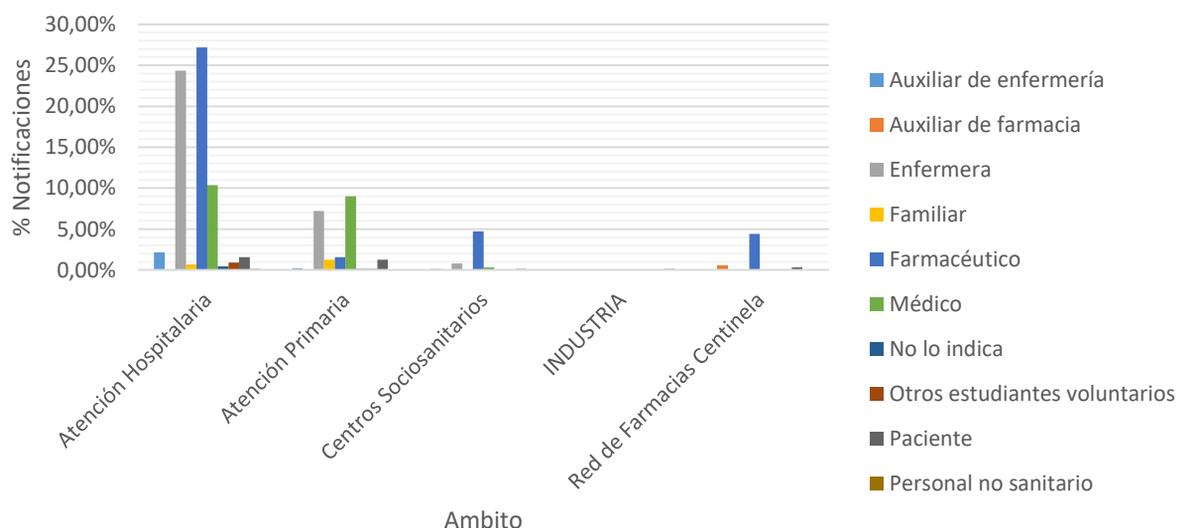
● Clasificación de los errores recibidos según causas (abril-junio 2022):

CAUSAS	% vs TOTAL
Falta de cumplimiento o de procedimientos de trabajo establecidos	26,04%
No lo indica	22,21%
Falta de conocimientos/formación	16,57%
La presentación de la especialidad farmacéutica da lugar a confusión: nombre similares, similitud de envases	7,89%
Problemas en la interpretación de la prescripción: ambigua, ilegible, uso de abreviaturas	4,85%
Problemas en los equipos y dispositivos de dispensación/ preparación/ administración	4,06%
Falta o fallo en el procedimiento de conciliación de la medicación: al ingreso	3,72%
Otros: situación de emergencias, personal insuficiente o sin experiencia	3,49%
Incorrecta identificación del paciente	3,38%
Falta o fallo en el procedimiento de conciliación de la medicación: al alta	2,14%
Comunicación verbal incorrecta/incompleta/ambigua	2,14%
Falta de concordancia entre las bases de datos y los medicamentos comercializados	1,24%
Defectos en la calidad del medicamento	1,13%
Falta o fallo en el procedimiento de conciliación de la medicación: entre unidades asistenciales	1,13%

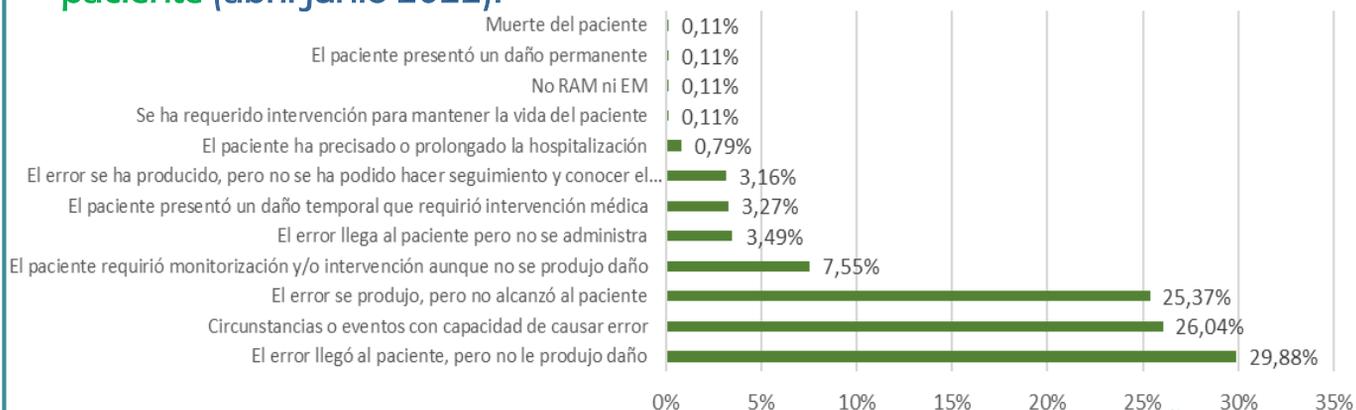
● Clasificación de los EM según lugar donde se producen (abril-junio 2022)



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



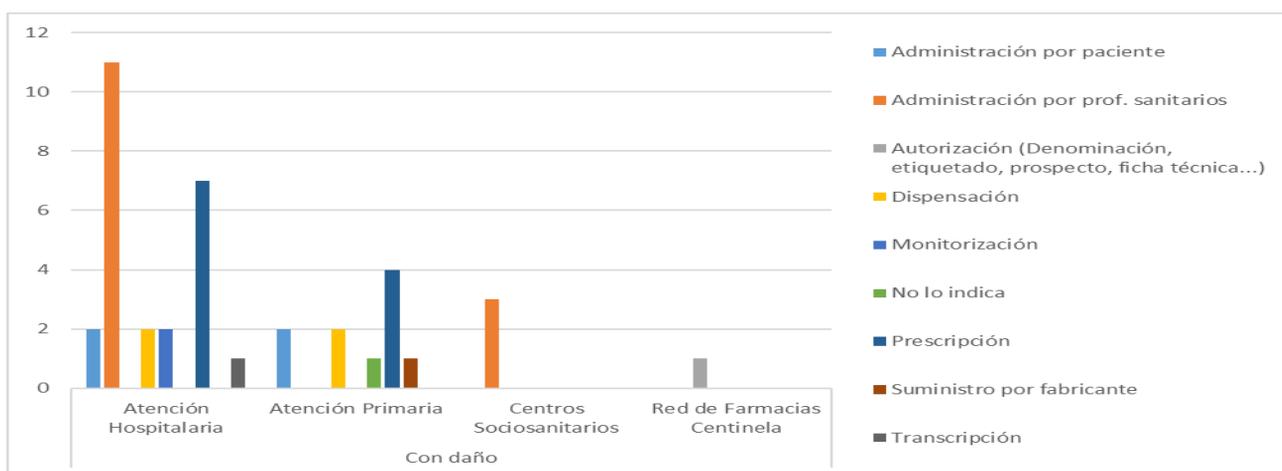
● Clasificación de los errores recibidos según las **CONSECUENCIAS** para el paciente (abril-junio 2022):



■ Procedencia de los errores de medicación donde se refiere **DAÑO** (n=39)

Atención Hospitalaria	25
Atención Primaria	10
Centros Sociosanitarios	3
Red de Farmacias Centinela	1

■ Origen de los errores de medicación donde se refiere **DAÑO** (n=39) al paciente según procedencia.



■ Tipo de error de medicación donde se refiere **DAÑO** al paciente (n=39)

Error en la dosis: omisión o incorrecta	33,33%
Selección inapropiada del medicamento: no indicado, contraindicación, historia de alergia	23,08%
Paciente equivocado	10,26%
No lo indica	7,69%
Monitorización insuficiente del tratamiento	7,69%
Duración del tratamiento incorrecta	5,13%
Duplicidad de medicamentos o utilización de fármacos innecesarios	5,13%
Técnica de administración errónea	2,56%
Error en el principio activo	2,56%
Frecuencia de administración errónea	2,56%

● Descripción de algunos errores de medicación remitidos al **CFV** (Centro de Farmacovigilancia de la Comunidad de Madrid) (abril-junio 2022):

Atención Hospitalaria

Paciente en tratamiento activo con lisinopril 20mg cada 24h se le prescribe Septrin® forte 111 por lesiones en piernas. Tras 5 días de tratamiento concomitante, ingresa por malestar, hiperpotasemia severa con fracaso renal agudo.

En el proceso de conciliación al ingreso en urgencias se detecta que la paciente no conoce la técnica de uso del inhalador ni la posología (no introduce la cápsula correspondiente en el inhalador previo a utilizarlo). La paciente desarrolla una reagudización de EPOC que precisa ingreso hospitalario y soporte respiratorio con ventilación mecánica no invasiva

Paciente al que se le prescribe prednisona al alta y "reevaluar hasta la próxima consulta" en un centro hospitalario distinto, donde nunca se reevaluó y la paciente continuó el tratamiento hasta ingreso dos años después, por una causa no relacionada con el error. El error causó en la paciente osteoporosis, fracturas vertebrales múltiples y posible cushing externo.

Según glucemia al cargar la insulina lispro en jeringa de 1ml se contabiliza mal las unidades a administrar. Consecuencia, hipoglucemias mantenidas a pesar del tratamiento con glucosmon.

Paciente con múltiples alergias a diversos principios activos (AINES, anestésicos locales, betalactámicos...) registrados en Selene ingresa por mala evolución de hemorroide fistulizada con dolor intenso. Se le prescribe pomada hemorroidal con corticoide (triamcinolona), anestésico local (lidocaína) y un heparinoide (pentosano sulfonato). Consecuencia: eritema en zona perineal.

Paciente con insuficiencia cardiaca en tratamiento con diurético (furosemida en dosis altas por bomba de infusión continua). Tras la adecuada depleción de volumen, el servicio de cardiología suspendió la bomba de furosemida. Sin embargo, se siguió administrando en los 3 turnos consecutivos. Requirió tratamiento con sueroterapia y vigilancia estrecha por tendencia a la hipotensión y el deterioro del nivel de consciencia.

Paciente que tenía pendiente confirmar si se administra clexane por posible quirófano. Se decide intervenir, pero se observa que se ha validado el clexane. Al parecer se ha validado automáticamente con el resto de la medicación, la enfermera que lo lleva cree no habérselo puesto pero ante la duda se suspende el quirófano.

Paciente de UCI que recibe nutrición enteral por SNG. la paciente presenta diarrea por lo que se le prescribe nutrición enteral con fibra goma guar, que contienen un espesante y es específica para este tipo de patología. En el cambio de botella de NE se produce un error y se le pone al paciente nutrición enteral de diabético sin fibra. La paciente presenta empeoramiento de su cuadro diarreico.

Paciente diagnosticado de adenocarcinoma de colon pT3pN1b. Tras cirugía y con buen estado general comienza tratamiento de quimioterapia adyuvante con esquema XELOX (oxaliplatino + capecitabina). Tras 10 días de tratamiento el paciente comienza con malestar, vómitos (grado 3), intolerancia oral, diarrea (grado 1) y neutropenia (grado 3). Se pauta tratamiento sintomático y se ingresa en el hospital. En el tercer día de ingreso se diagnostica shock séptico de origen abdominal por neutropenia grado 4 e ingresa en UCI, con acidosis metabólica y diselectrolitemia. Se sospecha toxicidad por capecitabina. Prueba genética de dihidropirimidina deshidrogenasa no realizada previa al tratamiento. Tras 5 días en UCI con soporte vital, el paciente fallece. Se realiza autopsia donde se confirma déficit del 50% del enzima dihidropirimidina deshidrogenasa.

Paciente diagnosticado de esquizofrenia paranoide en tratamiento con paliperidona depot (Trevicta®) y comienzan crisis convulsivas. Se cambia formulación depot a Byanny® por si fuera problema de la formulación. Tras la primera dosis comienza con crisis convulsivas y estatus epiléptico que requiere ingreso en UCI. Paliperidona incluye en ficha técnica la aparición de crisis convulsivas. Con la primera dosificación, la repetición puede ser más frecuentes.

Se solicita 25mg de ketamina para sedación superficial y, por error, se carga 10mg/1ml (25ml), es decir 250mg de ketamina.

Paciente con noradrenalina en perfusión IV continua con infusión en bomba. De pronto la bomba se para y deja de infundir medicación, con hipotensión severa secundaria del paciente. Nadie oyó alarmas de la bomba (paciente en box aislado)

Paciente de 91 años en situación de últimos días a cargo de paliativos que presentaba dolor, tenía pautado morfina si dolor y se ha administrado paracetamol, cuando paracetamol sólo estaba prescrito sin fiebre.

Atención Primaria

Paciente con alergia a varios antibióticos; acude por cuadro de celulitis y se pauta uno al que es alérgico y que constaba en último listado.

Paciente que acude a urgencias por clínica de 4 días de evolución consistente en disartria e inestabilidad en la marcha que primero se atribuye a ITU en tratamiento empírico con cefixima. Durante la estancia en la urgencia el familiar se da cuenta que, por error, ha estado tomando diazepam 10 mg dispensado en la farmacia en lugar de diltiazem que tiene pautado (el paciente no tiene pautado diazepam).

Paciente de 8 años de edad con diabetes mellitus tipo 1 recientemente diagnosticada. A los cinco días de ser diagnosticada, los padres le administraron 10 UI de insulina rápida en vez de 10 UI de Levemir (10 veces la dosis habitual). Acuden a urgencia del Hospital presentando hipoglucemia asintomático (55 mg/dl) que precisa atención hospitalaria con buena evolución y corrigiendo la hipoglucemia causada.

Se prescribe FENISTIL® gel, para picadura de insecto, no indicado por producir reacciones locales, como así ocurre.

Paciente de 61 años múltiples veces a Urgencias del Centro de Salud por mal control del dolor (cervicalgia y omalgia). En 2018 abandonó los seguimientos (Unidades de Dolor y Salud Mental). Desde entonces acude en múltiples ocasiones, a diferentes consultas de Atención Primaria, Urgencias Hospitalarias y Urgencias del Centro de Salud, preocupado por no tener suficientes parches de Fentanilo, demandando incremento en su pauta analgésica, llegando a tener pautado 615 ugr/día de Fentanilo, 80 mgr de Sevredol y altas dosis de Benzodiacepinas. Detectada sospecha de abuso de opioides con una pauta aberrante y excesiva, que precisa reajuste de medicación y valorar ingreso para desintoxicación, se contacta con su MAP (para reducir pauta) y Farmacia de Atención Primaria para notificar a Inspección. El paciente, al no conseguir sus demandas, cambia de médico (4 facultativos en una semana) solicitando continuamente más recetas de Fentanilo, alegando que no le quedan.

Mujer de 88 años en tratamiento con Sintrom® por FA paroxística. El 24/03/2022 ingreso en el hospital donde se cambió anticoagulación a Heparina al alta. Se indicó volver a Sintrom® cuando se normalizasen cifras de hemoglobina. El 1/05/2022 ingresa de nuevo por accidente cerebrovascular tras encontrarse 2 días sin administración de anticoagulante (no se había reintroducido en Sintrom® y le caducó la receta de Heparina por lo que no pudo comprar más). Fue dada de alta el día 4/05 con Eliquis®, sin secuelas.

Centros Socio-sanitarios

Se administra por error la medicación de otro residente. Consecuencias: Parece adormecida. Al día siguiente, disnea y dolor abdominal y derivación hospitalaria; insuficiencia respiratoria global secundario a episodio de agudización ICC. Episodio resuelto.

Se administra por error la medicación de otro residente. Consecuencias: tendencia a hipoglucemia. Episodio resuelto

Se administra medicación a un residente que corresponde a otro que no es diabético. Consecuencias: Mareo, Se informa a medicina para vigilancia y control de glucemias. Residente recuperada.

Red de Farmacias Centinela

Paciente que notifica en la oficina de farmacia que Diován® 80 mg le está produciendo mareo que figura en el prospecto como reacción adversa frecuente. Suspende la medicación y consulta con el médico.

● Medicamentos de alto riesgo en A. Hospitalaria:

Citostáticos, parenterales y orales	24
Opiáceos IV, transdérmicos y orales (todas las presentaciones)	16
Heparina y otros anticoagulantes parenterales (ej., antitrombina III, heparina sódica, enoxaparina, fondaparinux, lepirudina)	7
Anticoagulantes orales (ej. acenocumarol, dabigatrán)	7
Agonistas adrenérgicos IV (ej. ADRENalina, DOPamina, noradrenalina)	7
Cloruro potásico, IV (solución concentrada)	5
Grupos terapéuticos y Medicamentos específicos	3
Insulina IV y subcutánea	3
Medicamentos orales para sedación moderada en niños (ej. hidrato de cloral, midazolam)	2
Fosfato potásico IV	2
Anestésicos generales inhalados e IV (ej. ketamina, propofol)	1
Antiarrítmicos IV (ej. amiodarona, lidocaína)	1
Nutrición parenteral	1
Cloruro sódico hipertónico (mayor o igual que 0,9%)	1
Oxitocina IV	1
Antidiabéticos orales (ej. gliBENCLAMida)	1
Medicamentos para sedación moderada IV (ej. midazolam, dexmedetomidina)	1

● Causas de los EM en personas ≥ 75 años (n=239)

CAUSAS de los EM	Hospital	Primaria	CSS	RFC
No lo indica	13,81%	8,79%	0,00%	0,00%
Falta de conocimientos/formación	13,81%	4,18%	0,42%	1,26%
Falta de cumplimiento o de procedimientos de trabajo establecidos	12,97%	6,28%	3,35%	1,67%
Falta o fallo en el procedimiento de conciliación de la medicación: al ingreso	9,21%	0,00%	0,00%	0,00%
Problemas en la interpretación de la prescripción: ambigua, ilegible, uso de abreviaturas	5,02%	0,42%	0,42%	0,00%
La presentación de la especialidad farmacéutica da lugar a confusión: nombre similares, similitud de envases	2,09%	0,00%	0,00%	0,00%
Falta o fallo en el procedimiento de conciliación de la medicación: al alta	1,67%	1,67%	0,00%	0,00%
Problemas en los equipos y dispositivos de dispensación/ preparación/ administración	1,26%	1,67%	0,00%	0,00%
Otros: situación de emergencias, personal insuficiente o sin experiencia	1,26%	0,84%	1,26%	1,26%
Comunicación verbal incorrecta/incompleta/ambigua	0,84%	1,26%	0,42%	0,00%
Incorrecta identificación del paciente	0,84%	0,42%	0,42%	0,00%
Falta de concordancia entre las bases de datos y los medicamentos comercializados	0,42%	0,00%	0,00%	0,42%
Falta o fallo en el procedimiento de conciliación de la medicación: entre unidades asistenciales	0,00%	0,00%	0,42%	0,00%

● Causas de los EM niños ≤ 18 años (n=150):

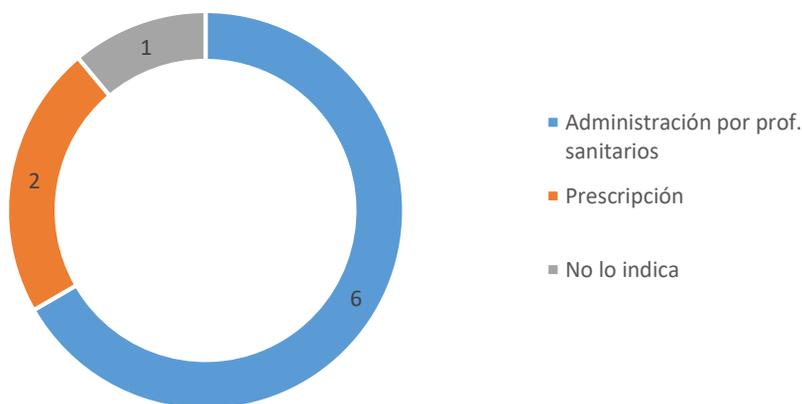
CAUSAS de los EM	Hospital	Primaria	RFC
No lo indica	23,49%	8,72%	0,00%
Falta de cumplimiento o de procedimientos de trabajo establecidos	14,09%	3,36%	0,67%
Falta de conocimientos/formación	6,71%	3,36%	2,01%
La presentación de la especialidad farmacéutica da lugar a confusión: nombre similares, similitud de envases	6,71%	4,70%	1,34%
Problemas en los equipos y dispositivos de dispensación/ preparación/ administración	6,71%	0,00%	0,00%
Problemas en la interpretación de la prescripción: ambigua, ilegible, uso de abreviaturas	4,70%	0,67%	0,67%
Incorrecta identificación del paciente	2,68%	0,67%	0,00%
Defectos en la calidad del medicamento	1,34%	0,00%	0,00%
Otros: situación de emergencias, personal insuficiente o sin experiencia	1,34%	0,00%	0,00%
Falta o fallo en el procedimiento de conciliación de la medicación: al ingreso	1,34%	0,00%	0,00%
Comunicación verbal incorrecta/incompleta/ambigua	0,67%	2,01%	0,00%
Falta o fallo en el procedimiento de conciliación de la medicación: entre unidades asistenciales	0,67%	0,00%	0,00%
Falta de concordancia entre las bases de datos y los medicamentos comercializados	0,00%	0,67%	0,67%

● Notificaciones recibidas relacionadas con la vacunación frente al Covid-19 (abril-junio 2022):

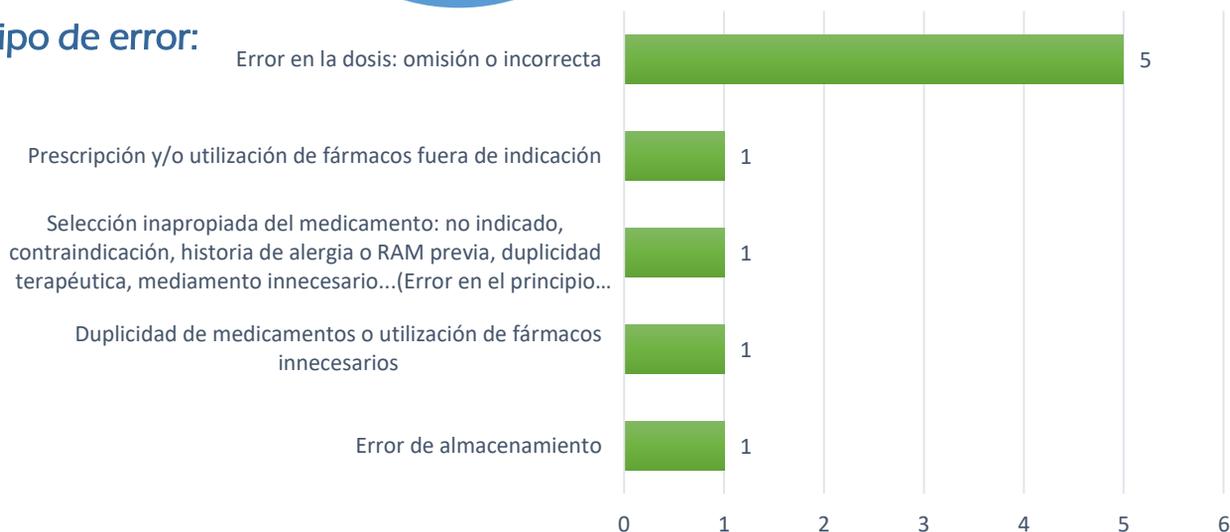
Durante los meses de abril a junio de 2022 se han recibido 9 notificaciones sobre errores de medicación relacionadas con las vacunas frente al Covid-19. Representa un 1% frente al total de errores de medicación recibidos en este periodo (n=887). La procedencia de los casos fue:

Atención Hospitalaria	3
Atención Primaria	6

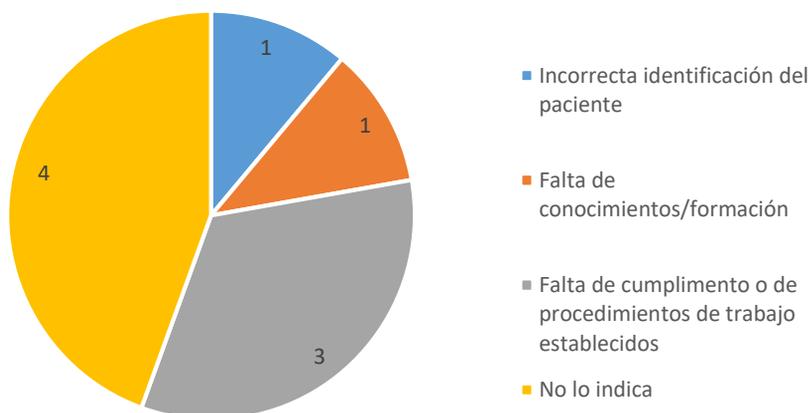
En cuanto al **origen/etapa del error**, se muestra en el siguiente gráfico:



Tipo de error:



Causas:



● ACTUACIONES REALIZADAS :

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

Nº4/2022.- ERRORES DE MEDICACIÓN ORIGINADOS EN LA ETAPA DE PRESCRIPCIÓN (DUPLICIDAD DE MEDICAMENTOS). Se recomienda: Para evitar duplicidades y posibles errores de medicación, revisar la medicación siempre que se incluyan presentaciones adicionales en la prescripción y cerciorarse quedan cerradas las no actualizadas.

Nº5/2022.- ERRORES DE MEDICACIÓN CON CAUSA LOS PROBLEMAS EN LA INTERPRETACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN. Los problemas en la interpretación de la prescripción se siguen produciendo sobre todo en el ámbito hospitalario por lo que se hace necesario insistir en poner en práctica los principios para evitar errores en la interpretación de la prescripción. Disponible en: Recomendaciones para la estandarización de abreviaturas, símbolos y expresiones utilizados en la prescripción y la administración de medicamentos:

https://seguridadmedicamento.salud.madrid.org/pdf/Folleto_abreviaturas_web_3-9-14.pdf

Nº6/2022.- ERRORES DE MEDICACIÓN POR DUPLICIDAD DE ANTICOAGULANTES. Se recomienda: Cuando se inicie, modifique o añada un anticoagulante, es especialmente importante la valoración de la situación clínica del paciente para la pertinencia o no del inicio/cambio del anticoagulante. Cuando se inicie, modifique o añada un anticoagulante, es también, especialmente importante, revisar el tratamiento completo para evitar posibles duplicidades o interacciones con potenciales problemas de seguridad. Asegurar que el paciente recibe toda la información que necesita para un uso seguro y adecuado de su tratamiento anticoagulante.

COMUNICACIÓN DE INCIDENCIAS A LOS PROFESIONALES SANITARIOS
Incidencia: 4/2022
Fecha comunicación: abril de 2022

MEDICAMENTO IMPLICADO
ERRORES DE MEDICACIÓN ORIGINADOS EN LA ETAPA DE PRESCRIPCIÓN (DUPLICIDAD DE MEDICAMENTOS)

CARACTERÍSTICAS DEL ERROR
A través del Portal de Uso Seguro del Medicamento (PUSM), durante el primer trimestre de 2022, hemos tenido conocimiento de 367 errores de medicación (46,93% del total del trimestre), originados en la etapa de la prescripción. En 27 casos (7,36%) el error se ha debido a duplicidad de medicamentos.

COMUNICACIÓN DE INCIDENCIAS A LOS PROFESIONALES SANITARIOS
Incidencia: 5/2022
Fecha comunicación: abril de 2022

MEDICAMENTO IMPLICADO
ERRORES DE MEDICACIÓN CON CAUSA LOS PROBLEMAS EN LA INTERPRETACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN

CARACTERÍSTICAS DEL ERROR
A través del Portal de Uso Seguro del Medicamento (PUSM), durante el primer trimestre de 2022, hemos tenido conocimiento de 367 errores de medicación (46,93% del total del trimestre), originados en la etapa de la prescripción. En 21 casos (5,72%) la causa más probable fueron los problemas en la interpretación de la prescripción. La procedencia de este tipo de errores fue desde atención hospitalaria. Algunos de los casos con problemas en la interpretación de la prescripción fueron los siguientes:

COMUNICACIÓN DE INCIDENCIAS A LOS PROFESIONALES SANITARIOS
Incidencia: 6/2022
Fecha comunicación: abril de 2022

MEDICAMENTO IMPLICADO
ERRORES DE MEDICACIÓN POR DUPLICIDAD DE ANTICOAGULANTES

CARACTERÍSTICAS DEL ERROR
A través del Portal de Uso Seguro del Medicamento (PUSM), hemos tenido conocimiento, desde una unidad funcional de gestión de riesgos de atención hospitalaria, de un error de medicación con consecuencias graves, debido a la administración conjunta de dos anticoagulantes. El caso fue el siguiente:

Hay que tener en cuenta que los anticoagulantes orales se consideran "medicamentos de alto riesgo", ya que tienen un riesgo elevado de causar eventos adversos a los pacientes cuando se utilizan erróneamente. Se han recibido otros casos, sobre duplicidad de anticoagulantes:

RECOMENDACIONES

- Cuando se inicie, modifique o añada un anticoagulante, es especialmente importante la valoración de la situación clínica del paciente para la pertinencia o no del inicio/cambio del anticoagulante.
- Cuando se inicie, modifique o añada un anticoagulante, es también, especialmente importante, revisar el tratamiento completo para evitar posibles duplicidades o interacciones con potenciales problemas de seguridad.
- Asegurar que el paciente recibe toda la información que necesita para un uso seguro y adecuado de su tratamiento anticoagulante.

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

✓ **BOLETIN RFC Nº 1/2022: NORDIMET®.** Se recomienda: Durante la dispensación informar al paciente del tipo de medicamento que se va a administrar y de la importancia de seguir la pauta correctamente, asegurando que el paciente lo entiende adecuadamente y que conoce la técnica de autoadministración de metotrexato vía subcutánea. Si durante la dispensación surgen dudas sobre la continuidad de un tratamiento, sobre todo si se trata de un medicamento de alto riesgo, intentar ponerse en contacto con el médico o farmacéutico de atención primaria para aclarar el tratamiento. Tener conocimiento del listado de medicamentos de alto riesgo en hospitales y en pacientes crónicos para poder informar durante la atención farmacéutica.

✓ **BOLETIN RFC Nº 2/2022: NOTIFICACIONES PRIMER TRIMESTRE 2022.** Se recomienda: Seguir la tendencia de aumento del número de notificaciones. Si se detectan posibles errores de prescripción intentar ponerlo en conocimiento del prescriptor a través del farmacéutico de atención primaria.

Uso Seguro de los Medicamentos RFC
Notificaciones primer trimestre 2022

Desde el Portal de Uso Seguro de Medicamentos hemos tenido conocimiento, de un error de medicación con Nordimet® (metotrexato de administración oral) vía subcutánea. El error, originado en la etapa de la administración por parte del paciente, pudo estar motivado por la falta de información al paciente sobre el tipo de tratamiento prescrito junto a la falta de información al paciente sobre la forma de autoadministración del medicamento. El caso fue el siguiente:

Paciente de 82 años en tratamiento con NORDIMET 22,5 mg, dosis 22,5 mg vía subcutánea, en un momento, quiso administrar vía oral un error de administración, en domicilio, debido a una subnotificación, al haberse administrado vía oral.

Uso Seguro de los Medicamentos RFC
Notificaciones primer trimestre 2022

Desde el Portal de Uso Seguro de Medicamentos hemos tenido conocimiento, durante el primer trimestre de 2022, de 77 notificaciones procedentes de la RFC, que supone un 9,03% de participación en el Programa. Se ha producido un aumento significativo de las notificaciones comparado con el trimestre del año 2021 que se notificaron 20. El análisis de las notificaciones sitúa a la prescripción como la etapa con mayor número de casos y el error en el principio activo el tipo de error más frecuente.

REPARTICIÓN DE LAS NOTIFICACIONES POR TIPO DE ETAPA DE LA PRESCRIPCIÓN

Prescripción	42,03%
Administración por paciente	32,90%
Dispensación	10,27%
Antes de dispensación	10,27%
Antes de administración	4,52%
Antes de administración (farmacia)	0,00%
Administración por farmacéutico	0,00%
Administración en domicilio	0,00%
Administración en farmacia	0,00%

Caso (Farmacia) 10/2022: Paciente que en receta electrónica le figura paracetamol 500mg 2 comprimidos de 500mg "3 veces al día". Al dispensar mayor de 30 dosis del medicamento se le ha podido administrar de manera incorrecta.

REPARTICIÓN DE LAS NOTIFICACIONES POR TIPO DE ETAPA DE LA PRESCRIPCIÓN

Etapa de la prescripción	14,73%
Error administrativo, subsanable por el farmacéutico	10,27%
Falta de información al paciente	9,09%
Falta de información al paciente (no está comercializado)	9,09%
Duplicidad de medicamentos o interacciones con otros medicamentos	7,27%
Error en la dosis, entidad o frecuencia	6,36%
Se prescriben fármacos que no están comercializados en España	6,36%
Prescripción de fármacos que no están comercializados en España	6,36%
Error en el nombre prescrito o de la dosis	4,55%
Vía de administración incorrecta	2,27%
Medicamento deteriorado, caducado, mal conservado o con defectos en la calidad	2,27%
Duración del tratamiento incorrecta	2,27%
Prescripción de fármacos controlados en receta electrónica	2,27%
Botas farmacéuticas erróneas	2,27%

Todos los Boletines publicados están disponibles en:

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

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