

BOLETÍN resumen de notificaciones

Segundo Trimestre 2024

Uso Seguro de Medicamentos



**Comunidad
de Madrid**

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



CONTENIDO

1.- Introducción

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

1.2.- Distribución por grupos dentro de cada ámbito

2.- Evolución de la Participación en el Programa

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

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

5.- Clasificación de los errores según causas

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

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

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

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

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

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

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

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

10.- Medicamentos de alto riesgo en Atención Hospitalaria

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

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

12.- Actuaciones realizadas

12.1.- Relacionadas con las notificaciones recibidas

12.2.- V Jornada de seguridad de medicamentos

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

12.4.- Boletines de Recomendaciones



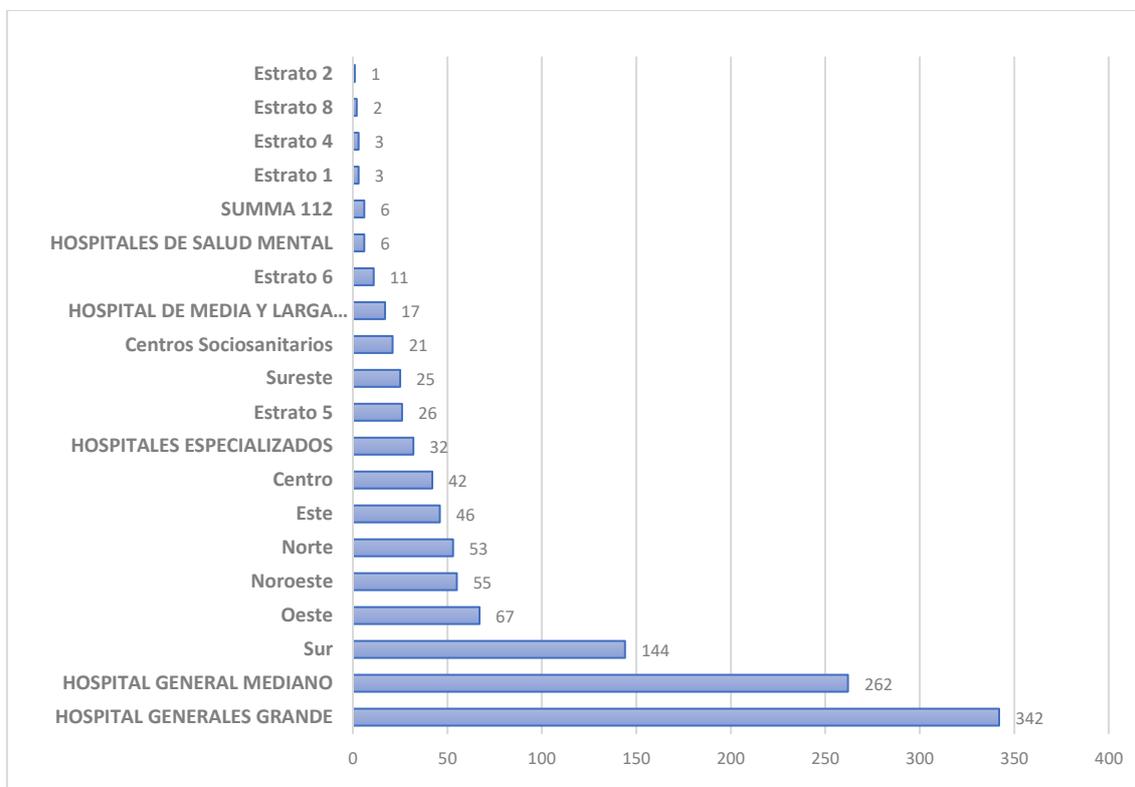
1.- INTRODUCCIÓN:

Durante el segundo trimestre de 2024 (abril-junio) se han recibido en el Portal de Uso Seguro del Medicamento 1.164 notificaciones relacionadas con errores de medicación (EM). A lo largo del documento analizaremos el origen, el tipo y las causas de estos errores, así como los que han llegado a producir algún tipo de consecuencia para el paciente. Posteriormente se analizan los errores según el grupo de edad y para terminar con las actuaciones realizadas durante este periodo para mejorar la seguridad en el uso de los medicamentos.

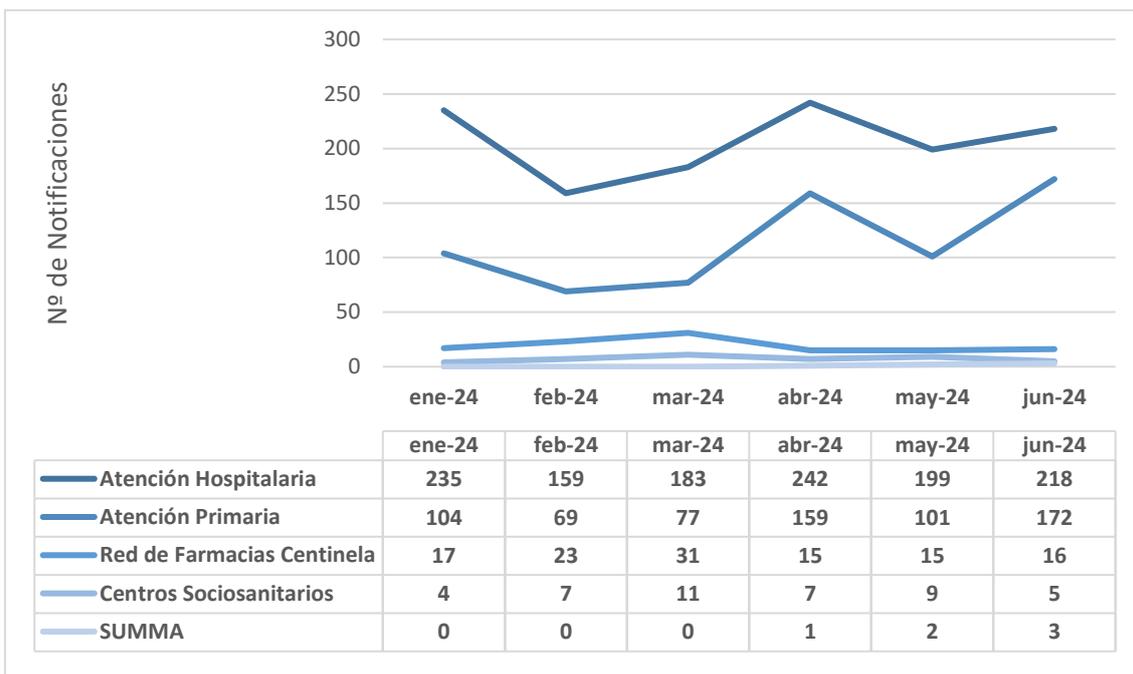
1.1.- Número de Errores de Medicación recibidos y participación en el Programa por ámbitos:

Atención Hospitalaria	659	56,62%
Atención Primaria	432	37,11%
Red de Farmacias Centinela	46	3,95%
Centros Socio sanitarios	21	1,80%
Summa112	6	0,52%
<i>Total general</i>	<i>1164</i>	<i>100,00%</i>

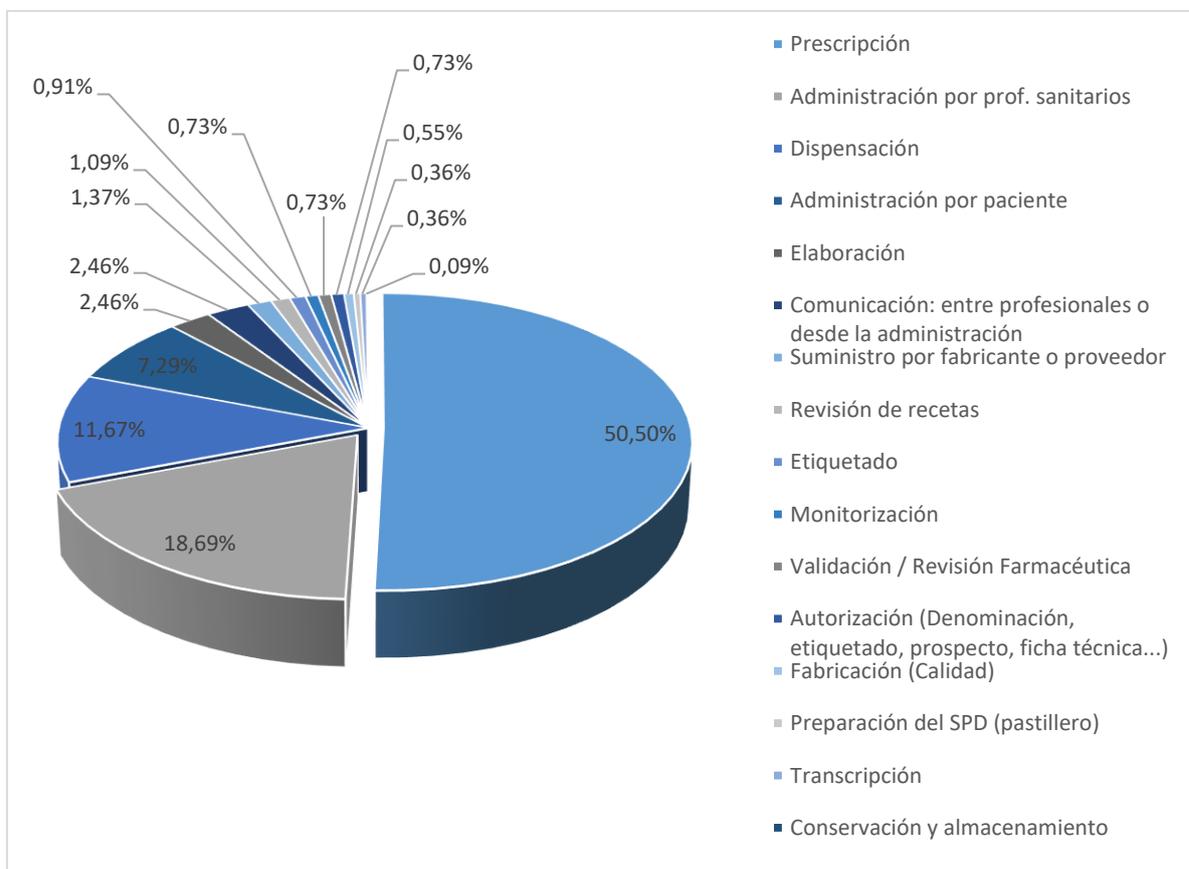
1.2.- Distribución por grupos dentro de cada ámbito:



2.- EVOLUCIÓN DE LA PARTICIPACIÓN EN EL PROGRAMA:



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



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

TIPO DE ERROR	% vs TOTAL
Error en la dosis: omisión o incorrecta	29,12%
Selección inapropiada del medicamento: no indicado, contraindicación, historia de alergia o RAM previa, duplicidad terapéutica, medicamento innecesario o interacción	17,29%
Duplicidad de medicamentos o utilización de fármacos innecesarios	10,84%
Frecuencia de administración errónea	9,86%
Error en la preparación/manipulación/acondicionamiento (incluye el cálculo de dosis)	5,82%
Paciente equivocado	4,84%
Error de almacenamiento	3,94%
Medicamento deteriorado: caducado, mal conservado o con defectos en la calidad	3,14%
Forma farmacéutica errónea	2,06%
Duración del tratamiento incorrecta	1,97%
No administración de medicamento prescrito (omisión)	1,97%
Falta de cumplimiento del paciente	1,34%
Vía de administración incorrecta	1,16%
Monitorización insuficiente del tratamiento	0,90%
Prescripción y/o utilización de fármacos contraindicados en ficha técnica	0,90%
Hora de administración incorrecta	0,90%
Error en el principio activo	0,81%
Prescripción y/o utilización de fármacos fuera de indicación	0,81%
Velocidad de administración incorrecta	0,72%
Técnica de administración errónea	0,63%
Se prescribe un medicamento no disponible en la farmacia: no comercializado, falta suministro	0,45%
Error administrativo, subsanable por el farmacéutico	0,18%
Administración de medicamento no prescrito	0,18%
Prescripción de medicamento no indicado	0,18%

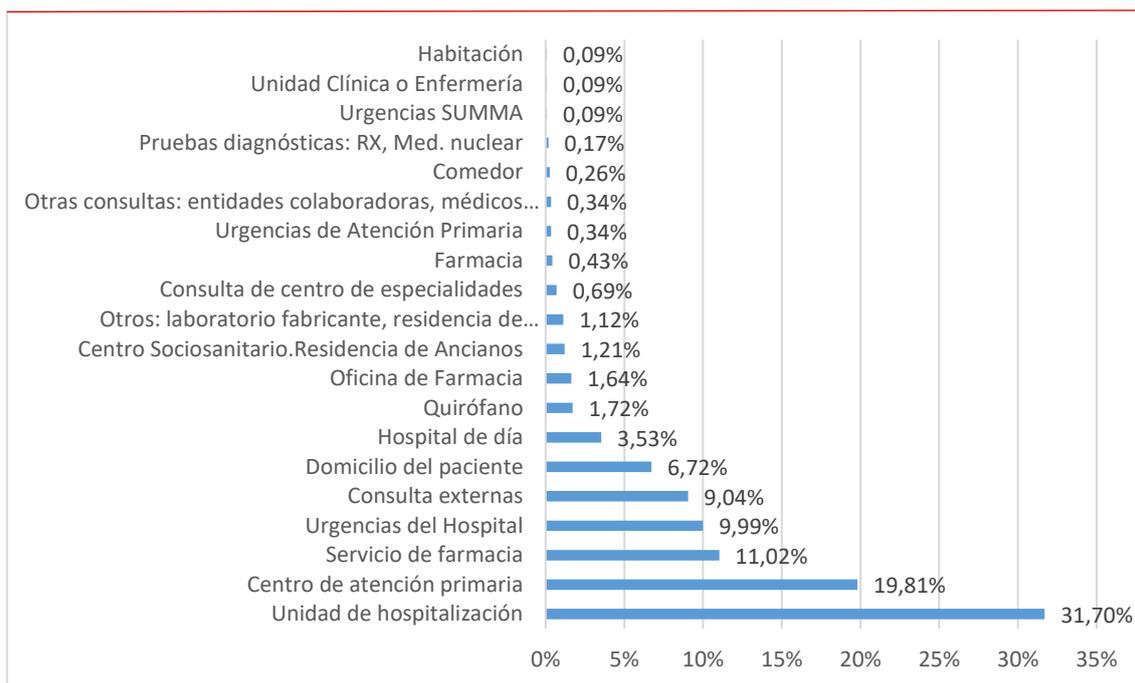
5.- CLASIFICACIÓN DE LOS ERRORES SEGÚN CAUSAS:

CAUSAS	% vs TOTAL
Falta de cumplimiento o de procedimientos de trabajo establecidos	25,18%
Falta de conocimientos/formación	18,23%
La presentación de la especialidad farmacéutica da lugar a confusión: nombres similares, similitud de envases	9,47%
Problemas en la interpretación de la prescripción: ambigua, ilegible, uso de abreviaturas	6,24%
Falta de concentración	5,88%
Comunicación verbal incorrecta/incompleta/ambigua	5,76%
Falta o fallo en el procedimiento de conciliación de la medicación: al alta	5,52%
Problemas en los equipos y dispositivos de dispensación/ preparación/ administración	4,68%
Otros: situación de emergencias, personal insuficiente o sin experiencia	4,20%

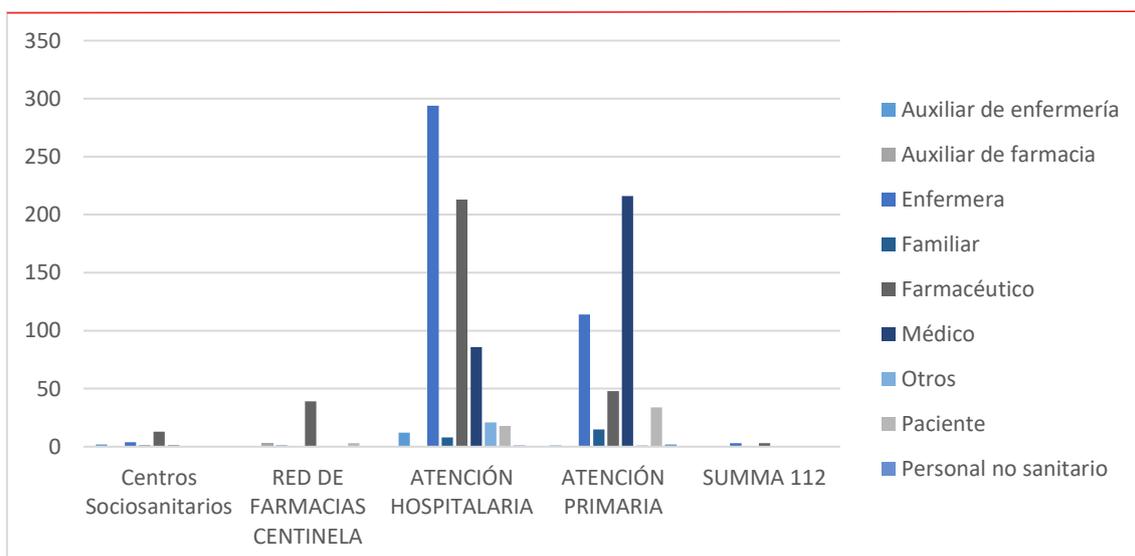


Falta de concordancia entre las bases de datos y los medicamentos comercializados	4,20%
Falta o fallo en el procedimiento de conciliación de la medicación: al ingreso	4,08%
Incorrecta identificación del paciente	3,72%
Defectos en la calidad del medicamento	1,56%
Falta o fallo en el procedimiento de conciliación de la medicación: entre unidades asistenciales	0,60%
Falta de acceso a la información clínica del paciente	0,24%
Desabastecimiento por el laboratorio	0,24%
Defectos en la calidad del medicamento	0,12%
Medicamento no disponible	0,12%

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

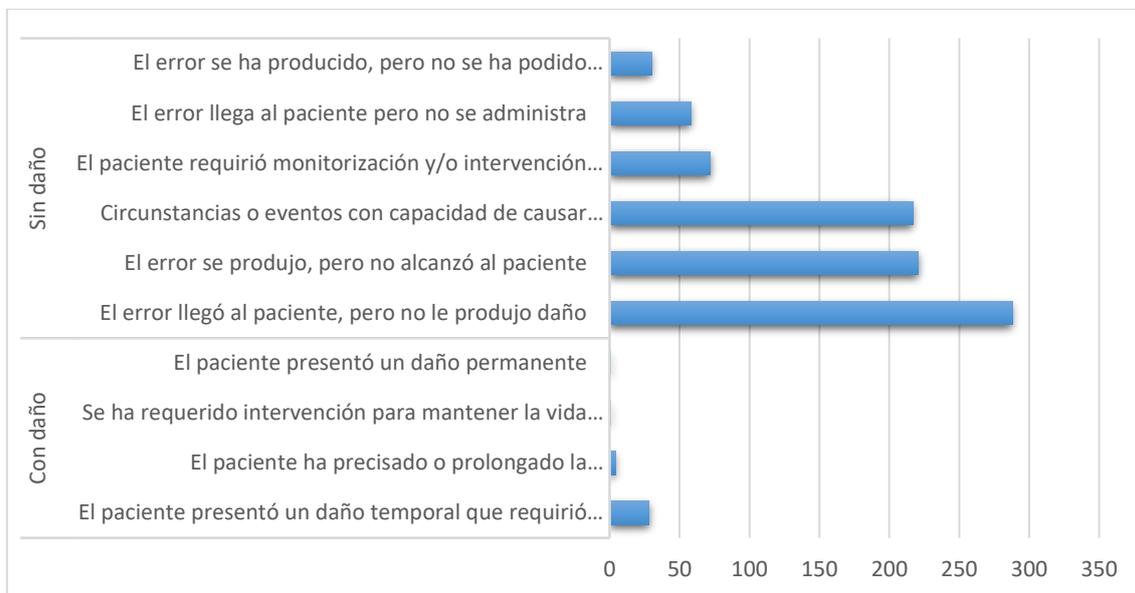


7.- CLASIFICACIÓN DE LOS EM RECIBIDOS SEGÚN LA PERSONA QUE DESCUBRE EL ERROR POR ÁMBITO ASISTENCIAL:

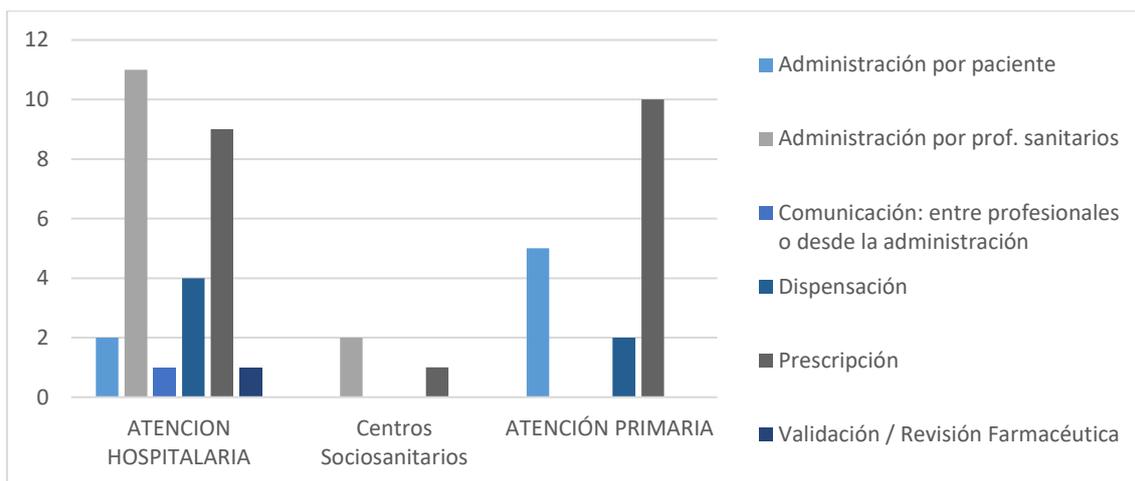


8.- CLASIFICACIÓN DE LOS ERRORES SEGÚN LAS CONSECUENCIAS PARA EL PACIENTE:

Se han recibido un total de 48 errores de medicación con consecuencias para el paciente de los que 28 proceden de atención hospitalaria 17 de atención primaria y 3 de centros socio sanitarios.



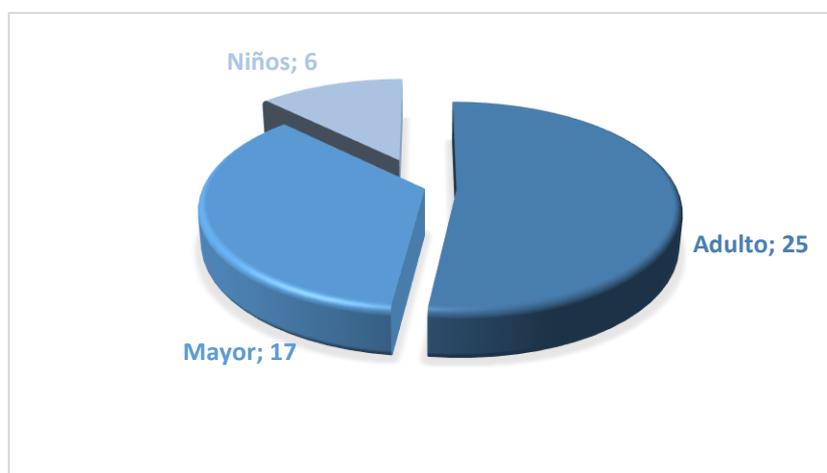
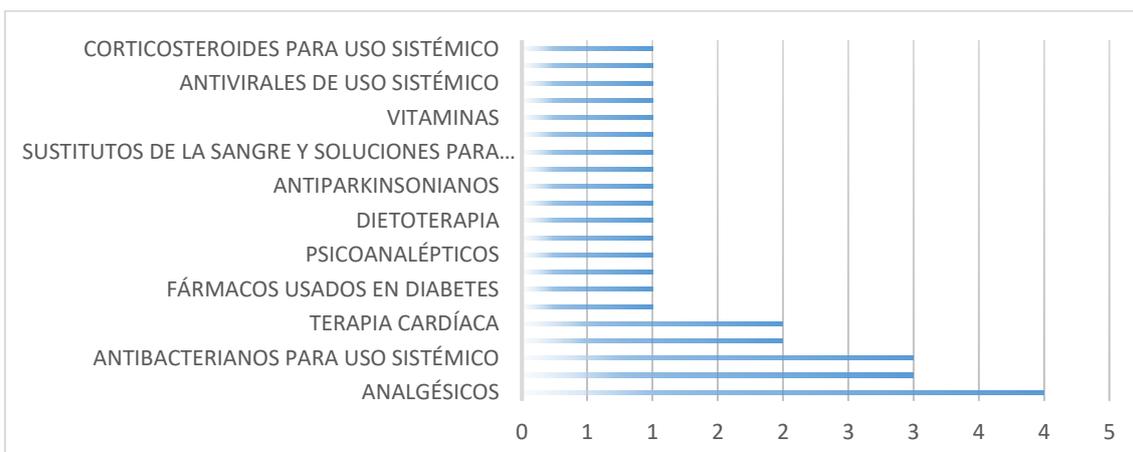
8.1.- Origen de los errores de medicación donde se refiere daño al paciente según procedencia:



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

Error en la dosis: omisión o incorrecta	21
Selección inapropiada del medicamento: no indicado, contraindicación, historia de alergia o RAM previa, duplicidad terapéutica, medicamento innecesario o interacción	8
Frecuencia de administración errónea	3
Duración del tratamiento incorrecta	2
Técnica de administración errónea	1
Paciente equivocado	1
Duplicidad de medicamentos o utilización de fármacos innecesarios	1
Forma farmacéutica errónea	1
Falta de cumplimiento del paciente	1
Prescripción y/o utilización de fármacos contraindicados en ficha técnica	1
Vía de administración incorrecta	1
Velocidad de administración incorrecta	1
Administración de medicamento no prescrito	1
Monitorización insuficiente del tratamiento	1
Medicamento deteriorado: caducado, mal conservado o con defectos en la calidad	1

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



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

Algunos casos desde A. Primaria:

Paciente de 89 años en tratamiento con fentanilo 75 microgramos cada 72 horas; el MAP decide cambiar a morfina oral, pero retira el parche y empieza a titular con morfina subcutánea a muy bajas dosis y pasa a MST 5 mg medio comprimido cada 12 horas. (liberación prolongada no se puede partir), la equivalencia a morfina oral sería de 160 mg día. La paciente tuvo un claro episodio de privación y desde entonces está con mal control de dolor

Paciente pluripatológico con insuficiencia cardiaca avanzada derivado a ESAD desde el servicio de hospitalización a domicilio por presentar importante deterioro funcional con encamamiento y aumento de disnea. Se inició tratamiento con opioides, MST 30mg cada 12 horas y rescates de MST de 10mg hasta cada 4 horas si precisaba por disnea. Sobre el deterioro que ya presentaba el paciente, al día siguiente presentaba signos de neurotoxicidad inducida por opioides con alucinaciones visuales y mioclonías.

Paciente institucionalizado en residencia que entra en situación de últimos días con pérdida de vía oral. Médico de la residencia comienza a administrar medicación por vía subcutánea a través de infusor, sin tener en cuenta la dosis previa de morfina que tomaba el paciente por vía oral (MST 130mg cada 12 horas) y administra menos dosis. El paciente estuvo inquieto y agitado, probablemente por un síndrome de abstinencia.

Paciente de 7 días de vida al que se prescribe vitamina D, 0.2 mL al día, se entrega hoja de medicación y se explica. Con 1 mes y 1 semana de vida los padres solicitan cita telefónica para solicitar nueva receta pues no les aparece en la tarjeta. Se pregunta por dosis y habían estado administrando 2 mL al día durante 3 semanas. En la farmacia les dieron, sin receta, el segundo envase tras acabar el primero. Se deriva al paciente a urgencias para control por posible hipercalcemia.

Algunos casos desde Centros Socio sanitarios:

Residente en tratamiento con haloperidol durante los últimos 30 años se deriva a traumatología por problemas en la marcha. En neurología se sospecha de parkinsonismo inducido por fármacos. También valorada en psiquiatría. Se inicia descenso de haloperidol y se inicia tratamiento con sinemet plus. Antes de la institucionalización, acude a consulta por diferentes síntomas. El neurólogo indica suspensión del sinemet por no tolerancia y el psiquiatra cambio de neuroléptico. Al ingreso de la residencia se prescribe el tratamiento habitual que no incluye los cambios realizados. El farmacéutico de residencia detecta fallo en la conciliación de la medicación que se subsana. Se actualiza el tratamiento y desaparecen los síntomas.

Tras revaloración psiquiátrica de residente, se inicia tratamiento con aripiprazol 1mg/ml solución según pauta 10mg-5mg-5mg. El envase tiene un dosificador con forma de cuenta gotas y enfermería interpreta que las unidades a administrar son gotas en lugar de mg por lo que residente está infradosificada. La residente presenta un episodio de heteroagresividad hacia otra residente y precisa rescate con haloperidol.

Un residente, en la cena, se toma la medicación de otro y presenta síntomas de bajo nivel de conciencia, adormilamiento.

Algunos casos desde A. Hospitalaria:

Paciente que presenta mal control del dolor. Se aumenta dosis de oxicodona/naloxona a 40/20mg, se prescribe 20/10mg, pero se pauta solo un comprimido en vez de dos. La paciente toma menos dosis de la que requiere y el dolor no se controla. Al avisarnos por mal control del



dolor, conciliamos medicación y observamos que no está adecuadamente prescrita. Se corrige.
Paciente en urgencias generales a la que se le prescribe metoclopramida IV para los vómitos. La enfermera lo dispensa en un bolo en vez de diluirlo, por lo que a los 30 min la paciente presenta temblor y rigidez, compatible con síndrome extrapiramidal. Requiere permanecer en observación y tratamiento con biperideno.
Paciente intervenida de quiste hidatídico recidivado. Los cirujanos solicitan cloruro sodico al 20%, por error se dispensa suero hipertónico al 2%. Se ha infra tratado una recidiva de quiste hidatídico con riesgo de nueva recidiva cuyo tratamiento implicaría una cirugía compleja con alto riesgo para la paciente.
No aparece pauta dexametasona previa a ciclo de quimioterapia con efectos adversos en el paciente.
Mujer, postoperatorio de mastectomía bilateral radical. Le administran, por error, heparina 80 mg en vez de 20 mg. Al día siguiente aumento de débito hemático por drenajes.
Paciente en tratamiento con Soltrim® por infección por <i>S. Maltophilia</i> . Se inicia tratamiento la paciente ha recibido 750mg cada 8 horas y debería haber recibido 750mg al día repartidos en 3 dosis. Se avisa a médico de guardia y enfermera responsable del paciente, la enfermera refiere que la paciente se encuentra con náuseas. Se recomienda monitorización analítica de alteraciones electrolíticas (hiponatremia e hiperpotasemia) y alteraciones hematológicas principales efectos adversos relacionados con el fármaco.
Paciente que acude a urgencias por cuadro compatible con gastroenteritis aguda con dolor epigástrico, vómitos alimentarios y biliosos. Ante el cuadro clínico de la paciente los médicos de urgencias solicitan niveles de digoxina que resultan elevados. Se interroga de nuevo a paciente y familia y se advierte que lo ha estado tomando de manera incorrecta ya que han interpretado que necesitaba 2 comprimidos de 0,25 mg para hacer el total de 0.5 tal y como les figura en la hoja de tratamiento del MUP.

10.- MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO EN ATENCIÓN HOSPITALARIA:

Citostáticos, parenterales y orales	39
Opiáceos IV, transdérmicos y orales (todas las presentaciones)	10
Insulina IV y subcutánea	9
Medicamentos para sedación moderada IV (ej. midazolam, dexmedetomidina)	9
Heparina y otros anticoagulantes parenterales (ej., antitrombina III, heparina sódica, enoxaparina, fondaparinux, lepirudina)	7
Anestésicos generales inhalados e IV (ej. ketamina, propofol)	6
Agonistas adrenérgicos IV (ej. ADRENalina, DOPamina, noradrenalina)	6
Grupos terapéuticos y Medicamentos específicos	5
Cloruro potásico, IV (solución concentrada)	4
Medicamentos orales para sedación moderada en niños (ej. hidrato de cloral, midazolam)	3
Nutrición parenteral	2
Antiarrítmicos IV (ej. amiodarona, lidocaína)	2
Antidiabéticos orales (ej. gliBENCLAMida)	2
Bloqueantes neuromusculares (ej. suxametonio, rocuronio, vecuronio)	2
Opioides	2
Agentes inotrópicos IV (ej. digoxina, milrinona)	2
Anticoagulantes orales (ej. acenocumarol, dabigatrán)	1
Cloruro sódico hipertónico (mayor o igual que 0,9%)	1



Medicamentos para administración por vía epidural o intratecal	1
Nitroprusiato sódico IV	1
Sulfato de magnesio IV	1
Fosfato potásico IV	1

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

En niños ≤18años (n=403):

CAUSAS	CSS	RFC	SUMMA	A.H	A.P
Falta de cumplimiento o de procedimientos de trabajo establecidos	0,00%	1,40%	0,00%	15,38%	8,04%
Falta de conocimientos/formación	0,00%	0,70%	0,00%	13,29%	4,90%
La presentación de la especialidad farmacéutica da lugar a confusión: nombres similares, similitud de envases	0,00%	0,00%	0,35%	10,49%	4,20%
Falta de concordancia entre las bases de datos y los medicamentos comercializados	0,00%	0,00%	0,00%	7,69%	0,70%
Problemas en los equipos y dispositivos de dispensación/ preparación/ administración	0,00%	0,00%	0,00%	4,55%	0,35%
Problemas en la interpretación de la prescripción: ambigua, ilegible, uso de abreviaturas	0,00%	0,00%	0,00%	3,50%	2,10%
Falta o fallo en el procedimiento de conciliación de la medicación: al ingreso	0,00%	0,00%	0,00%	3,15%	0,00%
Incorrecta identificación del paciente	0,00%	0,00%	0,00%	2,10%	0,70%
Comunicación verbal incorrecta/incompleta/ambigua	0,00%	0,00%	0,00%	2,10%	2,45%
Defectos en la calidad del medicamento	0,00%	0,35%	0,00%	1,75%	0,35%
Otros: situación de emergencias, personal insuficiente o sin experiencia	0,00%	0,00%	0,35%	1,75%	1,05%
Falta de concentración	0,35%	2,45%	0,00%	0,70%	0,00%
Falta o fallo en el procedimiento de conciliación de la medicación: al alta	0,00%	0,00%	0,00%	0,70%	0,70%
Falta o fallo en el procedimiento de conciliación de la medicación: entre unidades asistenciales	0,00%	0,00%	0,00%	0,35%	0,00%

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

TIPO DE ERROR	CSS	RFC	SUMMA	A.H	A.P
Error en la dosis: omisión o incorrecta	0,00%	0,74%	0,00%	20,10%	5,71%
Selección inapropiada del medicamento: no indicado, contraindicación, historia de alergia o RAM previa, duplicidad terapéutica, medicamento innecesario o interacción	0,00%	0,00%	0,00%	15,14%	6,45%
Error de almacenamiento	0,00%	0,00%	0,25%	6,45%	0,00%
Error en la preparación/manipulación/acondicionamiento (incluye el cálculo de dosis)	0,25%	0,00%	0,25%	6,20%	0,99%
Paciente equivocado	0,00%	0,00%	0,00%	3,23%	0,99%
Frecuencia de administración errónea	0,00%	1,49%	0,00%	3,23%	2,48%
Duplicidad de medicamentos o utilización de fármacos innecesarios	0,00%	0,74%	0,00%	2,98%	2,73%



Medicamento deteriorado: caducado, mal conservado o con defectos en la calidad (en blanco)	0,00%	0,25%	0,74%	2,23%	2,98%
Duración del tratamiento incorrecta	0,00%	0,00%	0,00%	1,24%	0,25%
Forma farmacéutica errónea	0,00%	0,00%	0,00%	1,24%	1,24%
No administración de medicamento prescrito (omisión)	0,00%	0,00%	0,00%	1,24%	0,00%
Velocidad de administración incorrecta	0,00%	0,00%	0,00%	0,99%	0,00%
Hora de administración incorrecta	0,00%	0,00%	0,00%	0,74%	0,00%
Técnica de administración errónea	0,00%	0,00%	0,00%	0,50%	0,25%
Vía de administración incorrecta	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,25%
Error en el principio activo	0,00%	0,25%	0,00%	0,00%	0,00%
Prescripción y/o utilización de fármacos contraindicados en ficha técnica	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,50%
Prescripción y/o utilización de fármacos fuera de indicación	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	1,24%
Falta de cumplimiento del paciente	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,50%

En personas ≥ 75 años (n=304):

CAUSAS	CSS	RFC	AH	AP
Falta de cumplimiento o de procedimientos de trabajo establecidos	0,00%	0,95%	10,95%	10,95%
Falta o fallo en el procedimiento de conciliación de la medicación: al ingreso	0,48%	0,00%	9,05%	0,00%
Falta de conocimientos/formación	1,90%	0,48%	6,19%	7,62%
Problemas en la interpretación de la prescripción: ambigua, ilegible, uso de abreviaturas	0,00%	0,00%	5,24%	3,33%
Falta de concentración	2,86%	0,95%	4,76%	0,00%
Otros: situación de emergencias, personal insuficiente o sin experiencia	0,00%	0,00%	2,86%	1,90%
Incorrecta identificación del paciente	0,48%	0,00%	2,38%	2,38%
La presentación de la especialidad farmacéutica da lugar a confusión: nombres similares, similitud de envases	0,48%	0,00%	1,90%	0,48%
Comunicación verbal incorrecta/incompleta/ambigua	0,00%	0,00%	1,90%	3,81%
Problemas en los equipos y dispositivos de dispensación/ preparación/ administración	0,00%	0,00%	0,95%	1,90%
Falta o fallo en el procedimiento de conciliación de la medicación: al alta	0,00%	0,00%	0,95%	9,05%
Falta o fallo en el procedimiento de conciliación de la medicación: entre unidades asistenciales	0,48%	0,00%	0,48%	0,00%
Defectos en la calidad del medicamento	0,00%	0,00%	0,48%	0,00%
Falta de concordancia entre las bases de datos y los medicamentos comercializados	0,00%	0,00%	0,00%	0,48%
Medicamento no disponible	0,00%	0,48%	0,00%	0,00%
Falta de acceso a la información clínica del paciente	0,48%	0,00%	0,00%	0,00%

TIPO DE ERROR	CSS	RFC	AH	AP
Error en la dosis: omisión o incorrecta	1,37%	0,69%	16,15%	16,49%
Selección inapropiada del medicamento: no indicado, contraindicación, historia de alergia o RAM previa, duplicidad terapéutica, medicamento innecesario o interacción	1,03%	0,00%	9,97%	4,81%



Duplicidad de medicamentos o utilización de fármacos innecesarios	0,00%	0,34%	4,47%	11,68%
Frecuencia de administración errónea	0,00%	0,00%	3,09%	4,81%
Paciente equivocado	0,00%	0,00%	3,09%	1,72%
Error en la preparación/manipulación/acondicionamiento (incluye el cálculo de dosis)	2,06%	0,00%	2,06%	0,69%
No administración de medicamento prescrito (omisión)	0,00%	0,00%	1,37%	0,00%
Duración del tratamiento incorrecta	0,00%	0,00%	1,37%	0,34%
Error de almacenamiento	0,00%	0,00%	1,03%	0,00%
Forma farmacéutica errónea	0,34%	0,00%	0,69%	0,69%
Hora de administración incorrecta	0,00%	0,00%	0,69%	0,00%
Velocidad de administración incorrecta	0,00%	0,00%	0,34%	0,00%
Medicamento deteriorado: caducado, mal conservado o con defectos en la calidad	0,00%	0,00%	0,34%	0,00%
Vía de administración incorrecta	0,00%	0,00%	0,34%	0,34%
Prescripción de medicamento no indicado	0,00%	0,00%	0,34%	0,00%
Se prescribe un medicamento no disponible en la farmacia: no comercializado, falta suministro	0,00%	0,34%	0,00%	0,00%
Falta de cumplimiento del paciente	0,00%	0,00%	0,00%	2,41%
Administración de medicamento no prescrito	0,34%	0,00%	0,00%	0,00%
Error en el principio activo	0,00%	0,69%	0,00%	0,00%
Monitorización insuficiente del tratamiento	0,00%	0,00%	0,00%	2,06%
Prescripción y/o utilización de fármacos fuera de indicación	0,00%	0,00%	0,00%	0,69%
Prescripción y/o utilización de fármacos contraindicados en ficha técnica	0,00%	0,00%	0,00%	0,69%

12.- ACTUACIONES REALIZADAS:

Notificaciones relacionadas con similitud de envases y/o etiquetado y de pares de nombres:

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

- ✓ Lenalidomida Teva de 25 mg y de 15 mg; Risperidona Kern Pharma 1mg/ml solución oral y Rivastigmina Kern Pharma 2mg/ml solución oral; Midazolam Normon de 5 mg (mg/ml) y de 15 mg (5mg/ml); Butilescopolamina Kalceks y Dexametasona Kalceks 4mg; Gentamicina Gobens de 20 mg/ml y de 40 mg/ml; Envases de tenofovir disoproxilo 245 mg y emtricitabina/tenofovir disoproxilo 200mg/245mg de Macleods; Olanzapina flas 5 mg Qualigen y Clopidogrel Sandoz 75 mg

Remitidos al ISMP:

- ✓ Brintelix - Bilaxten; nitroprusiato – nitroglicerina

Notas remitidas a la AEMPS:

- ✓ CITARABINA PFIZER 20 MG/ML SOLUCION INYECTABLE Y PARA PERFUSION, 1 vial de 5 ml y VINCRISTINA PFIZER 1 mg/ml SOLUCION INYECTABLE EFG, 1 vial con 2 ml, se informa de la similitud de envases y nos contestan que evaluarán el caso



internamente y contactaran con el laboratorio para tratar de minimizar el riesgo de que se produzcan errores de medicación relacionados con este asunto.

- ✓ **FLUOMIZIN 10 mg COMPRIMIDOS VAGINALES, 6 comprimidos:** Se remite propuesta de valorar la posibilidad de hacer más visible que la vía de administración es vaginal para evitar nuevos errores de administración.
- ✓ **MODIGOID PLUS (vacunas/extractos hiposensibilizantes):** Se remite propuesta de valorar la posibilidad de hacer más visible la diferenciación entre los tapones de los viales y/o de que la vacuna se presente en cajas individuales con el disolvente y soluto.

Notificaciones relacionadas con Sistemas de Información – Módulo Único de Prescripción (MUP)

Nota remitida al Ministerio de Sanidad:

- ✓ **METILFENIDATO:** Se informa de que, al prescribir por marca comercial, la descripción no indica el porcentaje de liberación del medicamento y esto ha conllevado errores durante el proceso de prescripción. Propuesta: valorar la posibilidad de que en la descripción de todos los medicamentos que contienen metilfenidato de liberación retardada (genéricas y por marca) aparezca el porcentaje de liberación para no inducir a error en la prescripción y dispensación y se eviten errores de dosificación en el paciente que pueden tener consecuencias.

TIPO	ESPECIALIDAD FARMACÉUTICA
	METILFENIDATO 50MG 30 CAPSULAS LIBERACION MODIF (30%_70%)
	METILFENIDATO 54 MG 30 COMPRIMIDOS LIBERACION MODIFICADA (22%_78%)
	METILFENIDATO 60 MG 30 CAPSULAS LIBERACION MODIFICADA (50%_50%)
	MEDIKINET 5 MG CAPSULAS DURAS DE LIBERACION MODIFICADA , 30 CAPSULAS
	MEDIKINET 50 MG CAPSULAS DURAS DE LIBERACION MODIF 30 CAPSULAS

Notificaciones relacionadas con posibles problemas de suministro y de calidad: (se pone en conocimiento de la AEMPS a través del Servicio de Control Farmacéutico)

- ✓ **Notificación de posibles problemas de suministro de PYLERA 140 MG/125 MG/125 MG CAPSULAS, 120 CAPSULAS, TILAVIST 20MG 5ML COLIRIO y FML 1 MG/ML COLIRIO EN SUSPENSION, 1 ENVASE CUENTAGOTAS DE 5 ML:** Comunican que se ha confirmado con los almacenes mayoristas los problemas de suministro.
- ✓ **Notificación de posibles problemas de suministro de CISPLATINO:** La AEMPS actualiza la situación de suministro de cisplatino 1 mg/ml concentrado para perfusión.
- ✓ **Notificación de posibles problemas de calidad de cierto lote de OMEPRAZOL NORMON 40 MG POLVO PARA SOLUCION PARA PERFUSION EFG, 50 VIALES.**



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

- ✓ **Boletines de Recomendaciones a Profesionales del Sermas:**
 - ✓ N° 4/2024: Análogos del GLP1: Se recomienda prestar atención cuando se prescriba la pauta de tratamiento y tener en cuenta la información emitida por la AEMPS que actualiza la situación de suministro de los medicamentos análogos del GLP-1 y las recomendaciones a profesionales sanitarios
 - ✓ N° 5/2024: Fentanilo: Se recomienda, entre otros puntos, que antes de prescribir fentanilo y/o cualquier medicamento del grupo de los opioides, tener en cuenta las recomendaciones para su uso prudente
- ✓ **Boletines a profesionales de la Red de Farmacias Centinela: n° 2 RFC:** Paracetamol en pediatría
- ✓ **Boletines de Recomendaciones para Pacientes:** Medicamentos con pseudoefedrina

Errores de medicación - RFC Paracetamol en pediatría

Hemos tenido conocimiento de varios errores de medicación notificados en el Portal de Uso Seguro del Medicamento relacionados en un caso con la administración y otro con la prescripción de paracetamol, en un paciente pediátrico. Los casos presentados proceden de Atención Primaria y de una oficina de farmacia de la RFC:

- Paciente de unos 15 meses de edad, 12kg de peso, que acude por proceso febril de urgencias al centro de salud. Al revisar la medicación administrada durante el fin de semana la madre refiere que el sábado le administró en una ocasión 5ml de paracetamol (500mg) y el domingo en 3-4 ocasiones esa misma dosis. La dosis correspondiente por peso era de 1,8ml (180mg)/6-8h. Derivación a urgencias del hospital.
- Paciente acude a la farmacia a por una caja de paracetamol que tiene prescrita en su receta, al comprobarlo se observa que tiene prescrita once cajas debido a un error en la frecuencia de administración, se le prescriben dieciséis comprimidos al día. Se le explica al paciente y se le dispensa una sola caja; además se envía notificación al médico para que lo revise.

Nota: Las notificaciones de los medicamentos pueden ser filtradas para evitar interpretaciones erróneas.

La Comunidad de Madrid tiene a disposición de los usuarios una [calculadora de dosis pediátrica](#) para el cálculo de dosis de paracetamol e ibuprofeno en niños.

RECOMENDACIONES

- Usar la calculadora de dosis pediátrica de paracetamol e ibuprofeno para evitar errores de dosificación que pueden tener consecuencias para el paciente.
- Recomendar el uso de esta calculadora pediátrica desde las oficinas de Farmacia, como buena práctica para evitar este tipo de errores.

SEGUIDAD DE MEDICAMENTOS DE LA COMUNIDAD DE MADRID
 Pº de Castellana, 261, 4º planta 28014 Madrid, teléfono: 91 420 5118 e-mail: seguridad@comunidad.madrid
 Agradecimiento a las Oficinas de la RFC y a las UGR de AP de AM que notifican en el Portal de Uso Seguro de Medicamentos

MEDICAMENTOS. le interesa saber

MEDICAMENTOS CON PSEUDOEFEDRINA

La Pseudoefedrina es un principio activo que se encuentra en muchos medicamentos, sólo o en combinación con otros, y que se utiliza para el alivio de los síntomas a corto plazo de la congestión nasal o sinusal causada por el resfriado o la rinitis.

La Pseudoefedrina NO SE DEBE UTILIZAR si tiene la tensión arterial muy alta (hipertensión) o no controlada con la medicación.

La Pseudoefedrina NO SE DEBE UTILIZAR si padece enfermedad renal grave (aguda o crónica) o fallo renal.

CONSULTE CON SU MÉDICO O FARMACÉUTICO

Antes de iniciar el tratamiento, informe al farmacéutico si tiene hipertensión o enfermedad renal. Si durante el tratamiento experimenta dolor de cabeza intenso y repentino, náuseas, vómitos, confusión y/o alteraciones visuales deje de utilizar el medicamento y acuda urgentemente al médico.

DE UTILIDAD. RECUERDE REVISAR LA COMPOSICIÓN DE SUS MEDICAMENTOS:

Los medicamentos comercializados actualmente en España que contienen pseudoefedrina son: Cinfatos Complex, Cinfatos Descongestivo, Clarifine Plus, Frenadol Descongestivo, Gelocastl Gripe Con Pseudoefedrina, Grippal Con Pseudoefedrina y Dextrometorfano, Iniston Mucosidad Y Congestión, Iniston Tos Y Congestión Jarabe, Lasa Con Codeína, Narine Respetabs, Pharmafen, Pharnatagrip, Reacine Catarrina/Pseudoefedrina, Respindra Expectorante, Respindra, Stopocod, Rinobactil, Rino-Ebasetl, Termalgin Resfriado, Vincigrip, Vincigrip Forte, Virlix Plus

Para más información consultar la nota informativa de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios aemps.madrid.gob.es.

Subdirección General de Farmacia y Productos Sanitarios
 Consejería de Sanidad, Comunidad de Madrid

ENERO 2024

COMUNICACIÓN DE INCIDENCIAS A LOS PROFESIONALES SANITARIOS
 Boletines: 4/2024
 Fecha comunicación: mayo de 2024

MEDICAMENTOS ANALOGOS DEL GLP1

CARACTERÍSTICAS DEL ERROR

Hemos tenido conocimiento de un error de medicación, originado en la etapa de la prescripción, con un medicamento análogo del GLP1 y pauta de prescripción especial. El error, no alcanzó al paciente al ser detectado a tiempo desde la oficina de farmacia. Fue el siguiente:

Paciente de 65 años que acude a la oficina de farmacia a por su medicación para la diabetes mellitus tipo 2, tiene prescrito Traligly® 1,5 mg solución inyectable en pluma preinyectada con una psicóloga embozo, puesto que le salen disponibles once envases y sólo necesita uno al mes. La psicóloga es un pinchazo o la semana.

Nota: Las notificaciones de los medicamentos pueden ser filtradas para evitar interpretaciones erróneas.

Cuestiones a tener en cuenta sobre los medicamentos GLP1:

La AEMPS ha emitido recientemente una [Nota Informativa](#) donde actualiza la situación de suministro de los medicamentos análogos del GLP-1 y actualiza algunas de las recomendaciones a profesionales sanitarios.

Además en el [Boletín sobre Seguridad de Medicamentos de la AEMPS](#), de febrero de 2024, se incluye nueva información de seguridad sobre **Semaglutina: interacción con derivados de la cumarina y obstrucción intestinal**. Se han notificado casos de INVI documentado durante el uso concomitante de semaglutina y semaglutina. Se recomienda un control frecuente del INVI al inicio del tratamiento con semaglutina en pacientes tratados con warfarina u otros derivados de la cumarina. Se advierte obstrucción intestinal como reacción adversa con frecuencia no conocida.

RECOMENDACIONES

COMUNICACIÓN DE INCIDENCIAS A LOS PROFESIONALES SANITARIOS
 Boletines: 5/2024
 Fecha comunicación: junio de 2024

MEDICAMENTO FENTANILO

CARACTERÍSTICAS DE LOS ERRORES

Hemos tenido conocimiento a lo largo de los últimos 5 años de 113 errores de medicación con fentanilo de los que un 10% han ocasionado daño al paciente. El análisis del origen del error muestra que un 50,47% tuvo su origen en la etapa de la prescripción, un 25,23% en la administración por profesionales sanitarios y un 12,31% en la administración por el paciente, como se muestra en el gráfico:

Origen del error	Porcentaje
Administración por profesionales sanitarios	25,23%
Administración por el paciente	12,31%
Prescripción	50,47%

Nota: Las notificaciones de los medicamentos pueden ser filtradas para evitar interpretaciones erróneas.

La Agencia Española de Medicamentos ha informado en el último Boletín de Seguridad de Medicamentos (Febrero 2024) que:

"El uso repetido de fentanilo transdérmico puede causar trastorno por consumo de opiáceos (TOC). El riesgo de TOC es mayor con dosis más altas que con una duración más prolongada del tratamiento con opiáceos. Antes de iniciar o durante el tratamiento con fentanilo, deben acordarse con el paciente la duración, los objetivos, y un plan de interrupción del tratamiento (ver anexo 2.2 de la OIRN Medicinal). Para que el paciente sea consciente de los riesgos del TOC, recomendamos a los pacientes que se preparen en contacto con la medicina en caso de aparición de dichos signos. Debido a los riesgos asociados a la exposición accidental, el uso indebido y el abuso, incluido el suicidio, los pacientes y sus cuidadores deben mantener estos medicamentos en un lugar seguro y protegido al que no puedan acceder otras personas. Se ha observado recuperación rápida tras el uso de antídotos del fentanilo."

Revisión en [Boletines de Seguridad de Medicamentos de la AEMPS](http://aemps.madrid.gob.es).

RECOMENDACIONES

- ✓ Antes de prescribir fentanilo y/o cualquier medicamento del grupo de los opioides, se deben tener en cuenta las [recomendaciones para su uso prudente](#).
- ✓ Se debe informar al paciente y si es posible a los familiares de los [posibles riesgos](#) asociados a su uso continuado así como de los signos y síntomas que pueden advertir de un trastorno por consumo de opiáceos.
- ✓ Se debe informar y acordar con el paciente, la duración del tratamiento y el plan de suspensión del mismo.
- ✓ Se debe mantener este medicamento en un lugar protegido y seguro para evitar el acceso al uso indebido de otras personas y exposición accidental de niños.
- ✓ Revisar la información adicional: [información para pacientes y personas cuidadoras](#) sobre el tratamiento con opiáceos y el [plan de optimización de la utilización de analgésicos opiáceos en dolor crónico no oncológico en el sistema nacional de salud](#).

SEGUIDAD DE MEDICAMENTOS DE LA COMUNIDAD DE MADRID
 Pº de Castellana, 261, 4º planta 28014 Madrid, teléfono: 91 420 5118 e-mail: seguridad@comunidad.madrid





**Comunidad
de Madrid**