



BOLETIN resumen de notificaciones tercer TRIMESTRE 2021

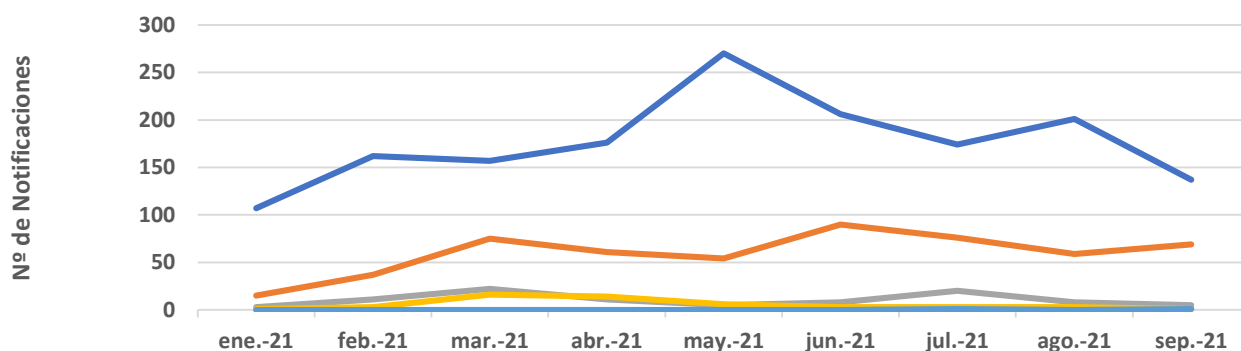
Uso Seguro de Medicamentos

Durante el tercer trimestre de 2021 (julio-septiembre) se han recibido **758** 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 julio-septiembre 2021:

UNIDADES FUNCIONALES PARA LA GESTIÓN DE RIESGOS AH	512	67,55%
UNIDADES FUNCIONALES PARA LA GESTIÓN DE RIESGOS AP	204	26,91%
CENTROS SOCIO-SANITARIOS	33	4,35%
OFICINAS DE FARMACIA DE LA RED DE FARMACIAS CENTINELA	7	0,92%
SUMMA112	2	0,26%

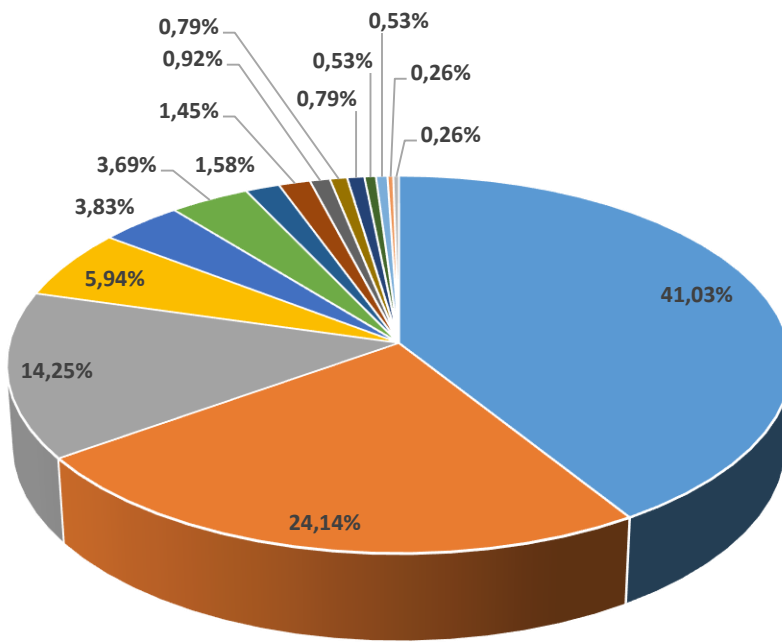
● Evolución de la Participación en el Programa durante el año 2021 :



	ene.-21	feb.-21	mar.-21	abr.-21	may.-21	jun.-21	jul.-21	ago.-21	sep.-21
UFGR AH	107	162	157	176	270	206	174	201	137
UFGR AP	15	37	75	61	54	90	76	59	69
CSS	3	11	22	11	5	8	20	8	5
RFC	1	3	16	14	6	3	3	3	1
SUMMA 112	0	0	0	0	0	0	1	0	1

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

● Clasificación de los Errores de Medicación recibidos según origen/etapa del error (julio-septiembre 2021) :



- Prescripción
- Administración por prof. sanitarios
- Dispensación
- Administración por paciente
- No lo indica
- Elaboración
- Etiquetado
- Comunicación: entre profesionales o desde la administración
- Monitorización
- Transcripción
- Fabricación (Calidad)
- Revisión de recetas
- Suministro por fabricante
- Validación
- Autorización (Denominación, etiquetado, prospecto, ficha técnica...)

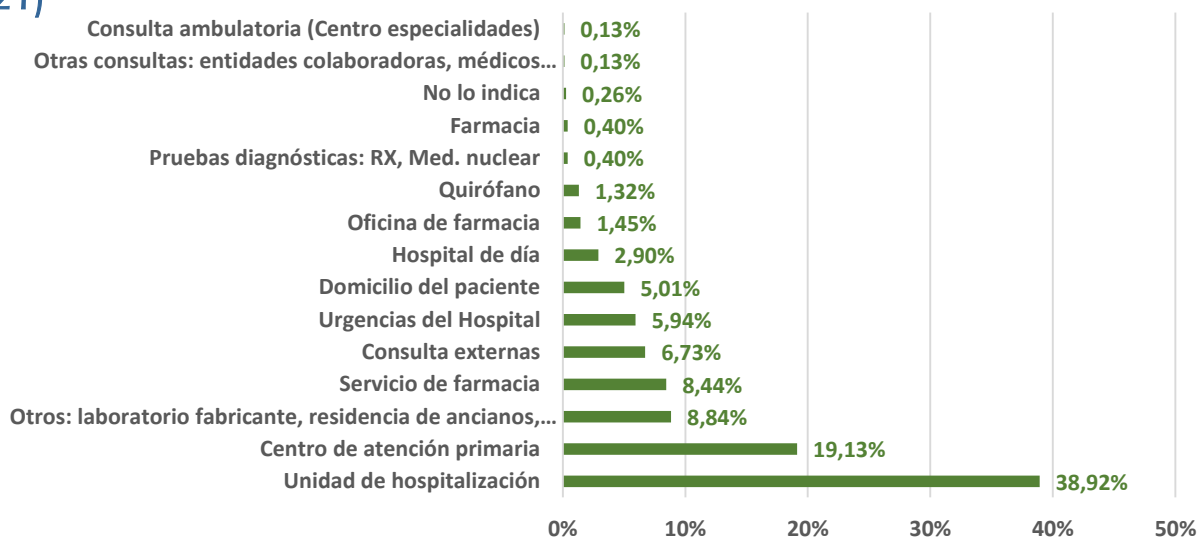
● Clasificación de los Errores de Medicación recibidos según tipo de error (julio-septiembre 2021):

TIPO DE ERROR	% vs TOTAL
Error en la dosis: omisión o incorrecta	26,78%
Selección inapropiada del medicamento: no indicado, contraindicación, historia de alergia o RAM previa, duplicidad terapéutica, medicamento innecesario...(Error en el principio activo)	17,55%
No lo indica	9,10%
Error en la preparación/manipulación/acondicionamiento (incluye el cálculo de dosis)	7,12%
Paciente equivocado	6,46%
Frecuencia de administración errónea	6,20%
Duplicidad de medicamentos o utilización de fármacos innecesarios	5,94%
Medicamento deteriorado: caducado, mal conservado o con defectos en la calidad	2,77%
No administración de medicamento prescrito (omisión)	2,77%
Duración del tratamiento incorrecta	2,37%
Forma farmacéutica errónea	2,11%
Vía de administración incorrecta	1,98%
Hora de administración incorrecta	1,98%
Error de almacenamiento	1,85%
Técnica de administración errónea	1,45%
Monitorización insuficiente del tratamiento	1,19%
Falta de cumplimiento del paciente	0,66%
Prescripción y/o utilización de fármacos fuera de indicación	0,53%
Prescripción y/o utilización de fármacos contraindicados en ficha técnica	0,40%
Velocidad de administración incorrecta	0,26%
Se prescribe un medicamento que no está comercializado	0,26%
Se prescribe un fármaco que no suministra los distribuidores	0,13%
Error en el principio activo	0,13%

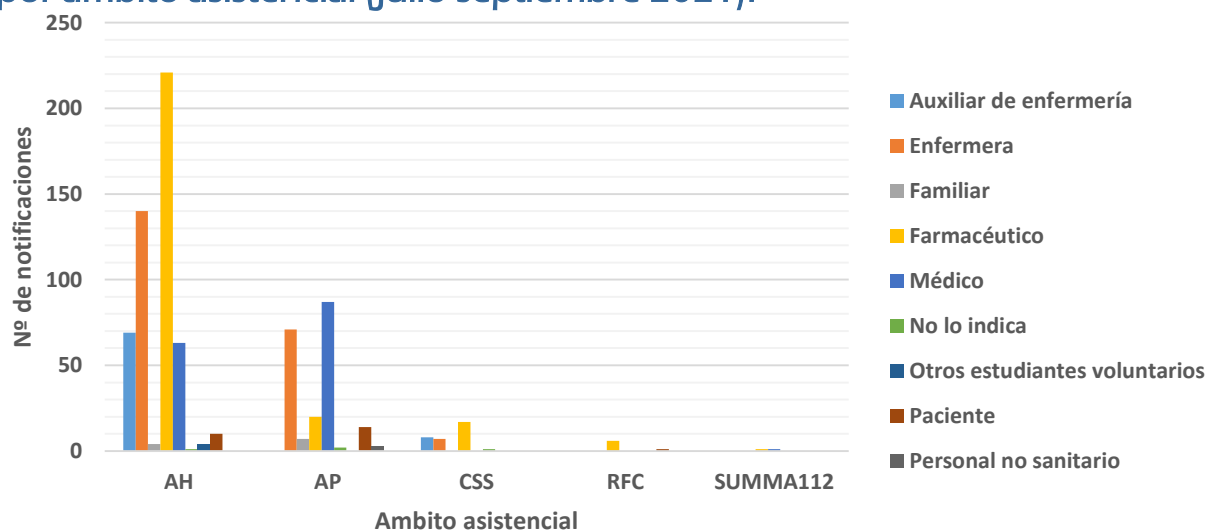
● Clasificación de los errores recibidos según causas (julio-septiembre 2021):

CAUSAS	% vs TOTAL
No lo indica	26,39%
Falta de cumplimiento o de procedimientos de trabajo establecidos	16,09%
Falta de conocimientos/formación	12,93%
Comunicación verbal incorrecta/incompleta/ambigua	12,27%
Falta o fallo en el procedimiento de conciliación de la medicación: al ingreso	7,92%
La presentación de la especialidad farmacéutica da lugar a confusión: nombre similares, similitud de envases	5,28%
Otros: situación de emergencias, personal insuficiente o sin experiencia	3,83%
Incorrecta identificación del paciente	3,69%
Problemas en la interpretación de la prescripción: ambigua, ilegible, uso de abreviaturas	3,17%
Problemas en los equipos y dispositivos de dispensación/ preparación/ administración	3,03%
Falta o fallo en el procedimiento de conciliación de la medicación: al alta	2,37%
Defectos en la calidad del medicamento	1,19%
Falta o fallo en el procedimiento de conciliación de la medicación: entre unidades asistenciales	1,06%
Falta de concordancia entre las bases de datos y los medicamentos comercializados	0,79%

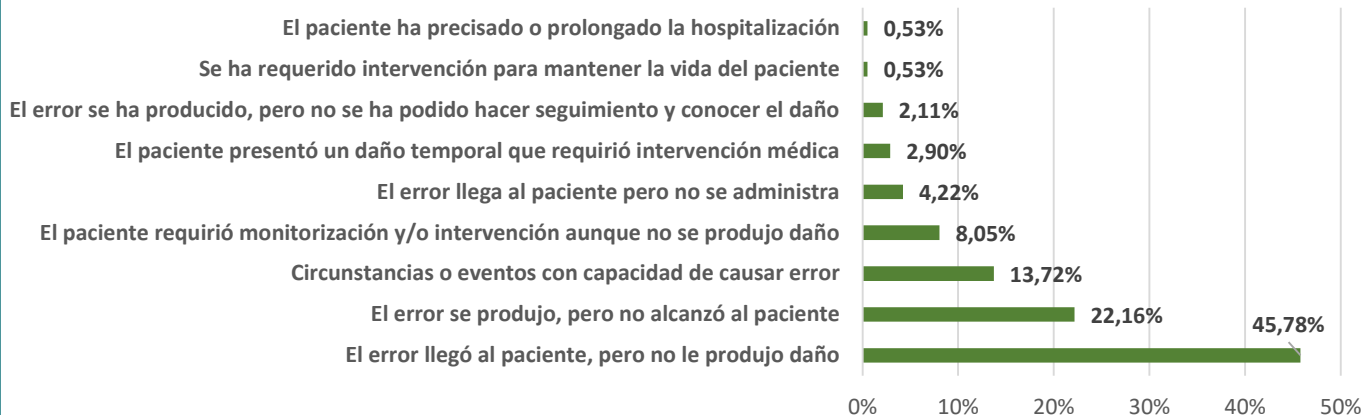
● Clasificación de los EM según el lugar donde se producen (julio-septiembre 2021)



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



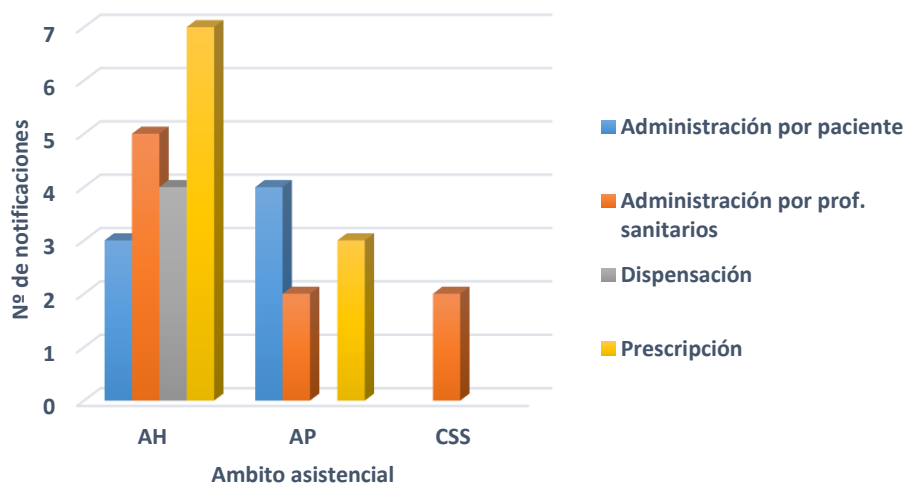
● Clasificación de los errores recibidos según las **CONSECUENCIAS** para el paciente (julio-septiembre 2021):



■ Procedencia de los errores de medicación donde se refiere **DAÑO** (n=30)

Atención Hospitalaria (AH)	19
Atención Primaria (AP)	9
Centros Sociosanitarios (CSS)	2
Total	30

■ Origen de los errores de medicación donde se refiere **DAÑO** (n=30) al paciente según procedencia.



■ Tipo de error de medicación donde se refiere **DAÑO** al paciente (n=30)

Selección inapropiada del medicamento: no indicado, contraindicación, historia de alergia o RAM previa, duplicidad terapéutica, medicamento innecesario...(Error en el principio activo)	26,67%
Error en la dosis: omisión o incorrecta	26,67%
Paciente equivocado	16,67%
Prescripción y/o utilización de fármacos contraindicados en ficha técnica	6,67%
No administración de medicamento prescrito (omisión)	6,67%
Técnica de administración errónea	3,33%
Error en la preparación/manipulación/acondicionamiento (incluye el cálculo de dosis)	3,33%
Velocidad de administración incorrecta	3,33%
Frecuencia de administración errónea	3,33%
No lo indica	3,33%

● 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:

- ✓ La enfermera responsable del paciente preparó la medicación oral de todos los pacientes asignados, en sobres individuales etiquetados, dejándolos en una bandeja para que el profesional se lo administrara a cada paciente. Por error el profesional se confundió y administró la medicación al paciente de la habitación contigua. Al reclamar el familiar la medicación, la enfermera detectó el error y avisó al médico de guardia. Se inició y administró el tratamiento necesario para revertir la situación.
- ✓ Interacción entre miconazol gel oral tópico y acenocumarol, le produjo al paciente un aumento del INR teniendo que acudir a la urgencias con hematuria.
- ✓ El paciente, en tratamiento con Erleada® (apalutamida) desde el mes de abril, acude a farmacia (con su hija) muy preocupado porque desde hace unos días le han aparecido unas lesiones cutáneas tipo rash. Hace 2 semanas estuvo en urgencias por el mismo motivo y hace 4 días también. Le prescribieron corticoides y antihistamínico. La hija del paciente dice que las lesiones están creciendo cada vez más rápido y que tiene muchas molestias. Revisando la historia y la medicación se descubre que en mayo empezó tratamiento con Eliquis (apixaban), que está contraindicado junto con apalutamida, ya que puede disminuir la concentración sérica de apixaban.
- ✓ Se administran 2mg de midazolam, no prescritos, a un paciente en reanimación por ansiedad. La paciente había salido de quirófano una hora antes. Presenta desaturación súbita, con necesidad de ventilación manual con ambu por parte del personal médico. Al preguntar el personal médico que se le ha administrado, se refiere que 2mg de midazolam (puede llegar a causar esto en un postoperatorio), pero al buscar la ampolla se dan cuenta que es una ampolla que concentración de 5mg/ml, y no de las de 1mg/ml, por lo que se le han administrado 10mg creando una depresión respiratoria grave en un postoperatorio.
- ✓ Se produce shock anafiláctico tras administración de metamizol. No venía reflejada en historia clínica la alergia de la paciente. Precisó tratamiento médico con aminas. Del evento y deterioro de la paciente informó su familiar (quien estaba en la habitación en el horario de visita).
- ✓ Sobredosificación de Sintrom® por falta de comprensión de la prescripción por el paciente, al que se le prescribe Sintrom® 4mg 1/2 comp cada 24 horas de Lunes a Domingo y el paciente se administra 1/2 comp de Sintrom® 4mg cada 12 horas vía oral ese día. La paciente ingresa en urgencias por sobredosificación de acenocumarol y hematoma espontáneo en miembro superior derecho cutáneo, de poca extensión, entre otros diagnósticos relacionados con el tratamiento ACO.

Desde Atención Primaria:

- ✓ Paciente que acude a consulta de alergia y se le pauta prednisona 30 mg 1 comp en desayuno 3 días, prednisona 20 mg 1 comp en desayuno al día 3 días y prednisona 10 mg 1 comp al día en desayuno 3 días. Se introduce en recet@ prednisona 30 mg 1 comp en desayuno y no se anota ninguna observación en indicaciones al paciente. Se le entrega la hoja de medicación a la paciente y ve que tiene pautada prednisona 30 mg 1 en desayuno y lo toma así hasta venir a consulta 12 días después. Refiere hinchazón de cara y manos y cifras altas de glucemia (es diabética) que requiere ajuste de dosis de antidiabéticos orales.
- ✓ Paciente a la que en mayo le dio reacción alérgica con eritema facial al etoricoxib. Acude de urgencias por dolor articular, se le pauta Arcoxia® (nombre comercial), que la paciente se toma porque no reconoce que sea lo mismo que el genérico y acude de nuevo con eritema facial que precisa administración de Urbason y Polaramine intramuscular.
- ✓ Paciente alérgico a metamizol. Su mujer sabía que era alérgico a Nolotil. Llevaba varios días con dolor y le dio metamizol que tenía para ella (desconocía que era lo mismo), le ha provocado pancitopenia que ha precisado ingreso. Ya de alta y han diagnosticado de posible origen multifactorial (por infección además de metamizol).
- ✓ Prescrito metotrexato de forma diaria (2,5 mg/diario) cuando la posología recomendada es semanal (en el caso de esta paciente 7,5 mg/semana según historia clínica hospitalaria). La familia no descarta que se haya podido tomar la medicación diaria. La paciente ingresa en el hospital a inicios de septiembre por dolor abdominal, y tras varias pruebas concluyen que presenta pancitopenia de origen tóxico por MTX como uno de los diagnósticos principales (además probable diverticulitis aguda). Inician tratamiento con ácido fólico. Permanece ingresada una semana.

Desde Centros Sociosanitarios:

- ✓ Residente sin alergias a medicamentos conocidas al que se le administra la medicación de otro residente en la cena presentando dificultad para respirar, hinchazón del rostro, cuello, labios, lengua o garganta, erupción cutánea, enrojecimiento y picor.
- ✓ Por error, se administra insulina de otro residente (3 veces la dosis que le tocaba), se realizan controles de glucemia más exhaustivos e ingesta de carbohidratos.

● Medicamentos de alto riesgo con consecuencias de daño, en Atención Hospitalaria (n=3):

Anticoagulantes orales (ej. acenocumarol, dabigatrán)	1
Grupos terapéuticos y Medicamentos específicos	1
Opiáceos IV, transdérmicos y orales (todas las presentaciones)	1

● Causas de los EM en personas ≥ 65 años (n=302)

CAUSAS de los EM	UFGR- AH	UFGR-AP	CSS	RFC
No lo indica	14,90%	6,29%	0,00%	0,00%
Falta de cumplimiento o de procedimientos de trabajo establecidos	9,93%	3,31%	1,99%	0,00%
Falta de conocimientos/formación	9,27%	3,97%	1,32%	0,33%
Falta o fallo en el procedimiento de conciliación de la medicación: al ingreso	13,91%	0,00%	0,00%	0,00%
Incorrecta identificación del paciente	1,99%	1,99%	2,98%	0,00%
Comunicación verbal incorrecta/incompleta/ambigua	2,98%	2,98%	0,00%	0,00%
La presentación de la especialidad farmacéutica da lugar a confusión: nombre similares, similitud de envases	2,32%	1,99%	0,00%	0,00%
Problemas en la interpretación de la prescripción: ambigua, ilegible, uso de abreviaturas	1,99%	0,99%	0,66%	0,00%
Falta o fallo en el procedimiento de conciliación de la medicación: al alta	1,32%	2,32%	0,00%	0,00%
Problemas en los equipos y dispositivos de dispensación/ preparación/ administración	1,99%	0,99%	0,00%	0,00%
Otros: situación de emergencias, personal insuficiente o sin experiencia	2,32%	0,00%	0,33%	0,00%
Falta o fallo en el procedimiento de conciliación de la medicación: entre unidades asistenciales	2,65%	0,00%	0,00%	0,00%
Falta de concordancia entre las bases de datos y los medicamentos comercializados	0,99%	0,33%	0,00%	0,00%
Defectos en la calidad del medicamento	0,00%	0,33%	0,00%	0,33%

● Causas de los EM niños ≤ 18 años (n=113):

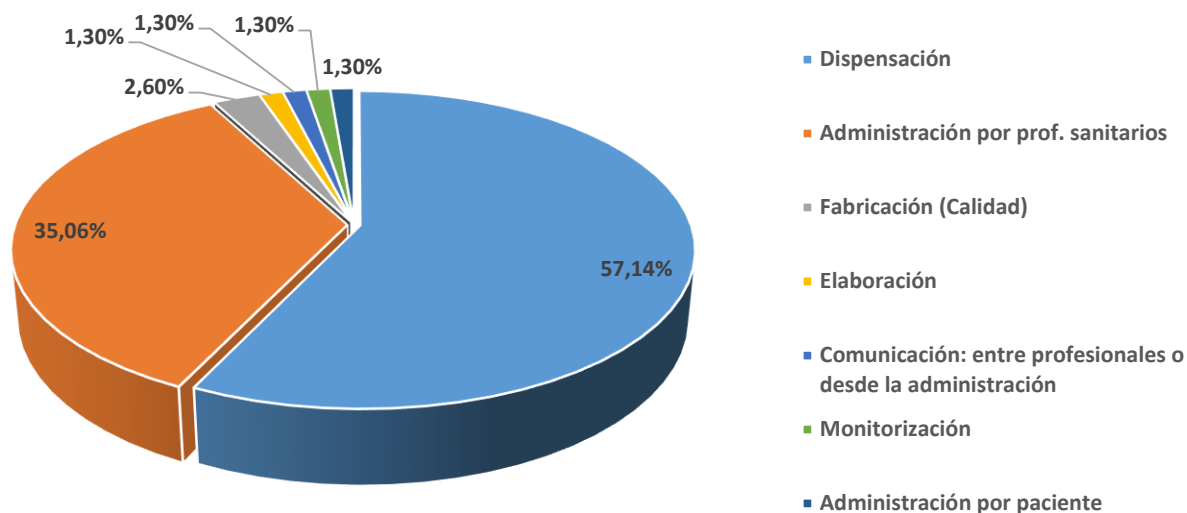
CAUSAS de los EM	UFGR- AH	UFGR- AP	CSS	RFC	SUMMA 112
No lo indica	23,89%	20,35%	0,00%	0,00%	0,00%
Falta de conocimientos/formación	8,85%	7,08%	0,00%	0,88%	0,00%
Falta de cumplimiento o de procedimientos de trabajo establecidos	5,31%	6,19%	0,00%	0,88%	0,00%
La presentación de la especialidad farmacéutica da lugar a confusión: nombre similares, similitud de envases	5,31%	2,65%	0,00%	0,00%	1,77%
Comunicación verbal incorrecta/incompleta/ambigua	5,31%	0,88%	0,00%	0,00%	0,00%
Problemas en los equipos y dispositivos de dispensación/ preparación/ administración	1,77%	1,77%	0,00%	0,00%	0,00%
Problemas en la interpretación de la prescripción: ambigua, ilegible, uso de abreviaturas	1,77%	0,88%	0,00%	0,00%	0,00%
Incorrecta identificación del paciente	0,88%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Otros: situación de emergencias, personal insuficiente o sin experiencia	0,00%	0,00%	0,88%	0,00%	0,00%
Falta de concordancia entre las bases de datos y los medicamentos comercializados	0,00%	0,00%	0,00%	0,88%	0,00%
Defectos en la calidad del medicamento	0,88%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Falta o fallo en el procedimiento de conciliación de la medicación: al ingreso	0,88%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%

● Notificaciones recibidas relacionadas con la vacunación frente al Covid-19 (julio-septiembre 2021):

Durante los meses de julio a septiembre de 2021 se han recibido 77 notificaciones sobre errores de medicación relacionadas con las vacunas frente al Covid-19. Representa un 10% frente al total de errores de medicación recibidos en este periodo (n=758). La procedencia de los casos fue:

Atención Hospitalaria:	64	83,12%
Atención Primaria:	13	16,88%

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	71,43%
Error en la preparación/manipulación/acondicionamiento (incluye el cálculo de dosis)	11,69%
Selección inapropiada del medicamento: no indicado, contraindicación, historia de alergia o RAM previa, duplicidad terapéutica, medicamento innecesario...(Error en el principio activo)	10,39%
Medicamento deteriorado: caducado, mal conservado o con defectos en la calidad	2,60%
Prescripción y/o utilización de fármacos fuera de indicación	1,30%
Duplicidad de medicamentos o utilización de fármacos innecesarios	1,30%
Frecuencia de administración errónea	1,30%

● ACTUACIONES REALIZADAS :

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

Nº6/2021.- MEDICAMENTOS CON DOSIS DE INICIO Y MANTENIMIENTO:

Se recomienda precaución a la hora de prescribir medicamentos que precisan al comienzo una “pautade inicio” y posteriormente se debe monitorizar y/o modificar para continuar con una “pautade mantenimiento”. Es importante modificar la pauta de inicio para evitar errores de sobredosificación que pueden llegar a ser graves. Fomentar la prescripción automática de pautas de mantenimiento, tras la finalización de la pauta de inicio, para evitar este tipo de errores. En el caso de la digoxina, recordar que es un fármaco de estrecho margen terapéutico y la monitorización de los niveles plasmáticos es importante para evitar intoxicaciones.

Existen recomendaciones a profesionales previas publicadas que se pueden consultar en el siguiente enlace:

<https://saludnav.salud.madrid.org/farmacia/Boletines%20Us%20seguro%20de%20medicamentos/15.-%20DIGOXINA.pdf>

COMUNICACIÓN DE INCIDENCIAS A LOS PROFESIONALES SANITARIOS
Incidencia: 6/2021
Fecha comunicación: Junio de 2021.

MEDICAMENTOS IMPLICADOS

MEDICAMENTOS CON DOSIS DE INICIO Y MANTENIMIENTO

CARACTERÍSTICAS DEL ERROR

A través del Portal de Uso Seguro del Medicamento (PUSM) hemos tenido conocimiento, de varios errores de medicación procedentes de diferentes Unidades Funcionales de Gestión de Riesgos de Atención Hospitalaria, con medicamentos que precisan dosis de inicio y mantenimiento. El error se produjo al mantener la misma pauta de dosis de inicio durante la fase de mantenimiento con el consiguiente riesgo de sobredosificación. Las notificaciones fueron las siguientes:

Se pauta, por error, Plavix 300 mg (clopidogrel) como dosis de carga de manera crónica en lugar de una dosis de carga única y después 75 mg. El paciente lo recibió durante varios días. Se detectó unos días después durante la validación farmacéutica y se añadió nota para suspender. Se llama al prescriptor para que arreglase la pauta en el momento.

Se produce un error de prescripción de Cimzia 200 mg solución inyectable en pluma precargada, la frecuencia de administración de certalizumab en psoriasis en placas es de 2 plumas cada 2 semanas durante la inducción (semanas 0,2,4) y a partir de la semana 6, la dosis es de 1 pluma cada 2 semanas.

El médico prescribe teicoplanina con una dosis de inducción de 400 mg cada 12 horas durante tres días. A partir del cuarto día la pauta es cada 24 horas, pero no se cambia en la historia clínica pudiendo llegar a que el personal sanitario se lo siga dosificando con la pauta de inducción. El servicio de farmacia se da cuenta del error en el proceso de validación y lo notifica al responsable, de manera que se modifica la pauta.

Paciente ingresado en la Unidad de Reanimación con diagnóstico de shock séptico abdominal secundario a perforación intestinal, con buena evolución. El paciente tiene una FA con respuesta ventricular rápida que no se controla con amiodarona por lo que se inicia tratamiento con digoxina, pautando 0,75 mg durante dos días como dosis de carga, dos días después el paciente presenta parada cardiorrespiratoria súbita y, revisando la historia para conocer una probable causa desencadenante, se objetiva una analítica en la que se indican que los niveles de digoxina están en dosis tóxica.

RECOMENDACIONES

- ✓ Precaución a la hora de prescribir medicamentos que precisan al comienzo una “pauta de inicio” y posteriormente se debe monitorizar y/o modificar para continuar con una “pauta de mantenimiento”. Es importante modificar la pauta de inicio para evitar errores de sobredosificación que pueden llegar a ser graves.
- ✓ Fomentar la prescripción automática de pautas de mantenimiento, tras la finalización de la pauta de inicio, para evitar este tipo de errores.
- ✓ En el caso de la digoxina, recordar que es un fármaco de estrecho margen terapéutico y la monitorización de los niveles plasmáticos es importante para evitar intoxicaciones. Existen recomendaciones a profesionales previas publicadas que se pueden consultar en el siguiente enlace: [Recomendaciones a profesionales Digoxina](#)

SEGURIDAD DE MEDICAMENTOS DE LA COMUNIDAD DE MADRID
Plaza de Carlos Tío Barrio nº 7, 28003 Madrid
Teléfono: 91 426 53 83, e-mail: prevencion.farmacologia@salud.madrid.org
Incidencia: 2/2021
Fecha comunicación: JULIO de 2021.

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

En el Portal de Uso Seguro del Medicamento, hemos tenido conocimiento a través de la Unidad Funcional de Gestión de Riesgos del Hospital Príncipe de Asturias, de un incidente relacionado con el etiquetado de los sueros: POTASIO KABI 0,02 MEQ/ML EN CLORURO DE SODIO 0,9% SOLUCION PARA PERFUSIÓN EFG y POTASIO KABI 0,04 MEQ/ML EN CLORURO DE SODIO 0,9% SOLUCION PARA PERFUSION EFG

Tras la oportuna comunicación a la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS), ésta nos informa que procederán a valorarlo y llevarán a cabo las medidas necesarias para evitar errores de medicación, ya que efectivamente las etiquetas son muy similares.

COMUNICACIÓN DE INCIDENCIAS A LOS PROFESIONALES SANITARIOS
INCIDENTES RELACIONADOS CON LA CALIDAD DE LOS MEDICAMENTOS
Incidencia: 2/2021
Fecha comunicación: JULIO de 2021.

MEDICAMENTOS IMPLICADOS

POTASIO KABI 0,02 MEQ/ML EN CLORURO DE SODIO 0,9% SOLUCION PARA PERFUSION EFG y POTASIO KABI 0,04 MEQ/ML EN CLORURO DE SODIO 0,9% SOLUCION PARA PERFUSION EFG

NOTIFICACION

En el Portal de Uso Seguro del Medicamento, hemos tenido conocimiento a través de la Unidad Funcional de Gestión de Riesgos del Hospital Príncipe de Asturias, de un incidente relacionado con el etiquetado de los sueros: POTASIO KABI 0,02 MEQ/ML EN CLORURO DE SODIO 0,9% SOLUCION PARA PERFUSION EFG y POTASIO KABI 0,04 MEQ/ML EN CLORURO DE SODIO 0,9% SOLUCION PARA PERFUSION EFG.

Descripción del incidente:
Los sueros con potasio ya diluido tienen una apariencia muy similar entre las presentaciones de 0,02 meq/ml y 0,04 meq/ml en cloruro sódico 0,9%, cloruro de sodio 0,9% 500 ml + 10 meq kcl y cloruro de sodio 0,9% 500 ml + 20 meq kcl, lo que puede ocasionar errores en la administración. Fotos adjuntas



RESULTADO:

Tras la oportuna comunicación a la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS), ésta nos informa que procederán a valorarlo y llevarán a cabo las medidas necesarias para evitar errores de medicación, ya que efectivamente las etiquetas son muy similares.

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.

SEGURIDAD DE MEDICAMENTOS DE LA COMUNIDAD DE MADRID
Plaza de Carlos Tío Barrio nº 7, 28003 Madrid
Teléfono: 91 426 53 83, e-mail: prevencion.farmacologia@salud.madrid.org