



BOLETIN resumen de notificaciones tercer TRIMESTRE 2022

Uso Seguro de Medicamentos

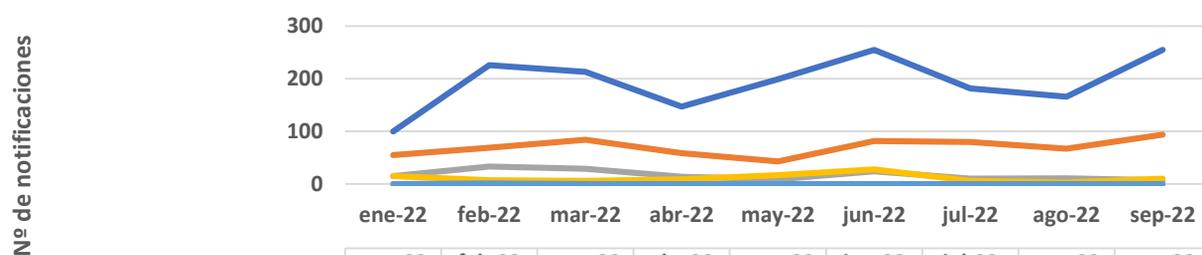
Durante el tercer trimestre de 2022 (julio-septiembre) se han recibido **891** notificaciones relacionadas con errores de medicación (EM). La participación en el Programa de Notificación de Errores de Medicación se ha distribuido, según procedencia, del siguiente modo:

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

Atención Hospitalaria	603	67,68%
Atención Primaria	241	27,05%
Red de Farmacias Centinela	28	3,14%
Centros Sociosanitarios	19	2,13%
Total general	891	100,00%

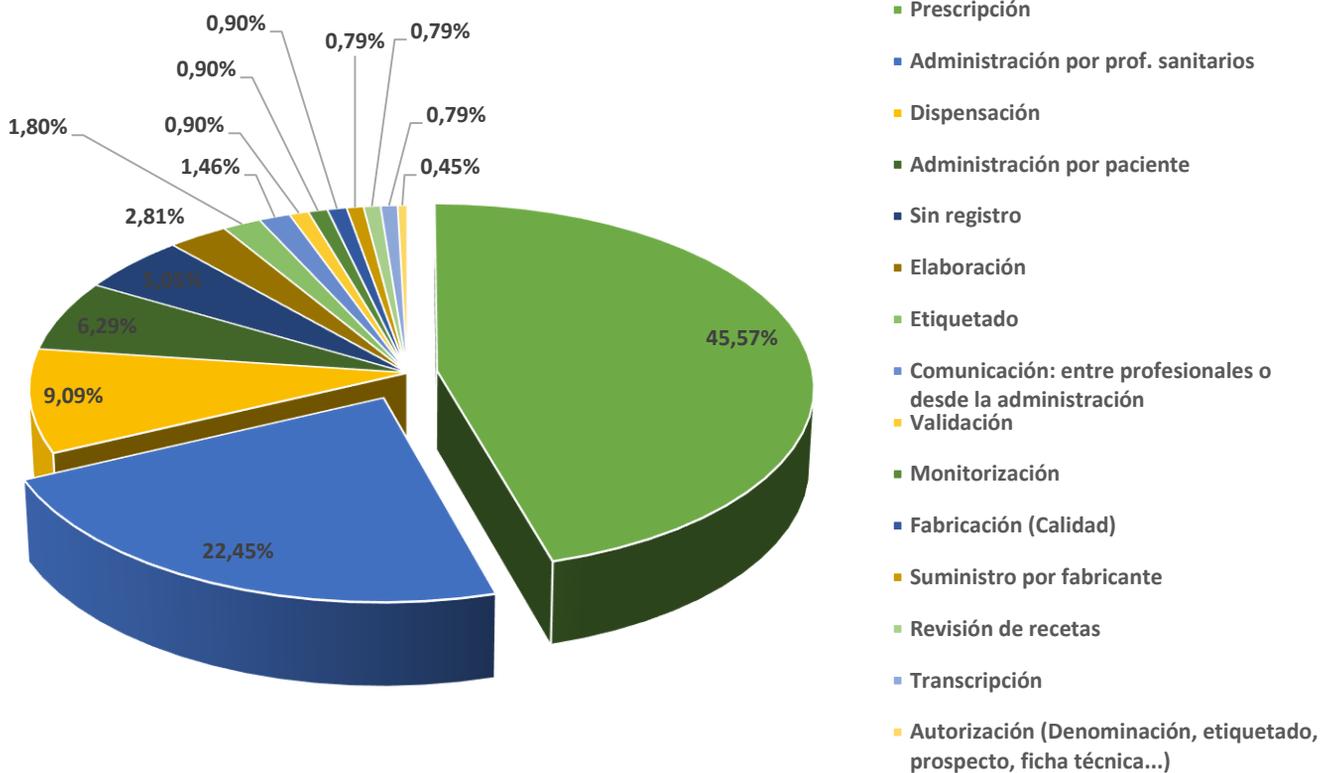
● Evolución de la Participación en el Programa:

Evolución de las notificaciones



	ene-22	feb-22	mar-22	abr-22	may-22	jun-22	jul-22	ago-22	sep-22
Atención Hospitalaria	100	226	213	147	199	255	182	166	255
Atención Primaria	55	69	84	59	43	82	80	67	94
Red de Farmacias Centinela	15	33	29	14	9	24	10	11	7
Centros Sociosanitarios	15	7	6	9	17	28	6	3	10
SUMMA 112	0	1	0	0	0	0	0	0	0

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



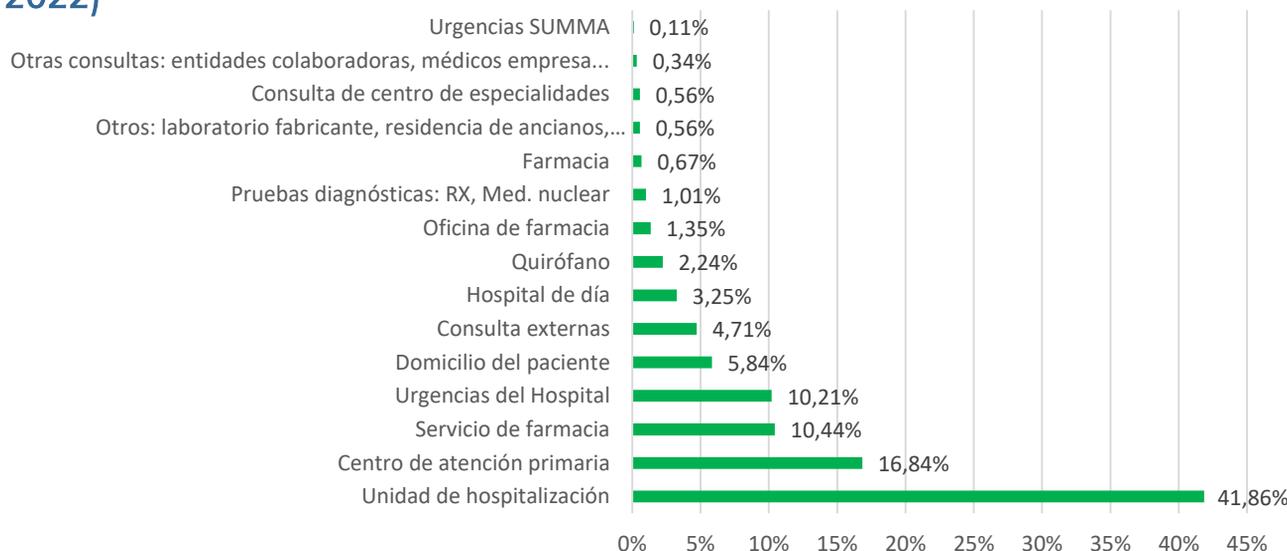
● Clasificación de los Errores de Medicación recibidos según tipo de error (julio-septiembre 2022):

TIPO DE ERROR	% vs TOTAL
Error en la dosis: omisión o incorrecta	28,06%
Selección inapropiada del medicamento: no indicado, contraindicación, historia de alergia o RAM previa, duplicidad terapéutica, medicamento innecesario...(Error en el principio activo)	18,29%
Frecuencia de administración errónea	8,87%
Duplicidad de medicamentos o utilización de fármacos innecesarios	6,73%
Error en la preparación/manipulación/acondicionamiento (incluye el cálculo de dosis)	4,83%
Paciente equivocado	4,71%
Sin registro	2,92%
Medicamento deteriorado: caducado, mal conservado o con defectos en la calidad	2,92%
Error de almacenamiento	2,58%
Vía de administración incorrecta	2,58%
No administración de medicamento prescrito (omisión)	2,58%
Monitorización insuficiente del tratamiento	2,47%
Duración del tratamiento incorrecta	2,13%
Velocidad de administración incorrecta	1,91%
Prescripción y/o utilización de fármacos fuera de indicación	1,68%
Hora de administración incorrecta	1,57%
Forma farmacéutica errónea	1,46%
Técnica de administración errónea	1,01%
Prescripción y/o utilización de fármacos contraindicados en ficha técnica	0,79%
Falta de cumplimiento del paciente	0,67%
Error en el principio activo	0,56%
Error administrativo, subsanable por el farmacéutico	0,34%
Se prescribe un fármaco que no suministra los distribuidores	0,34%

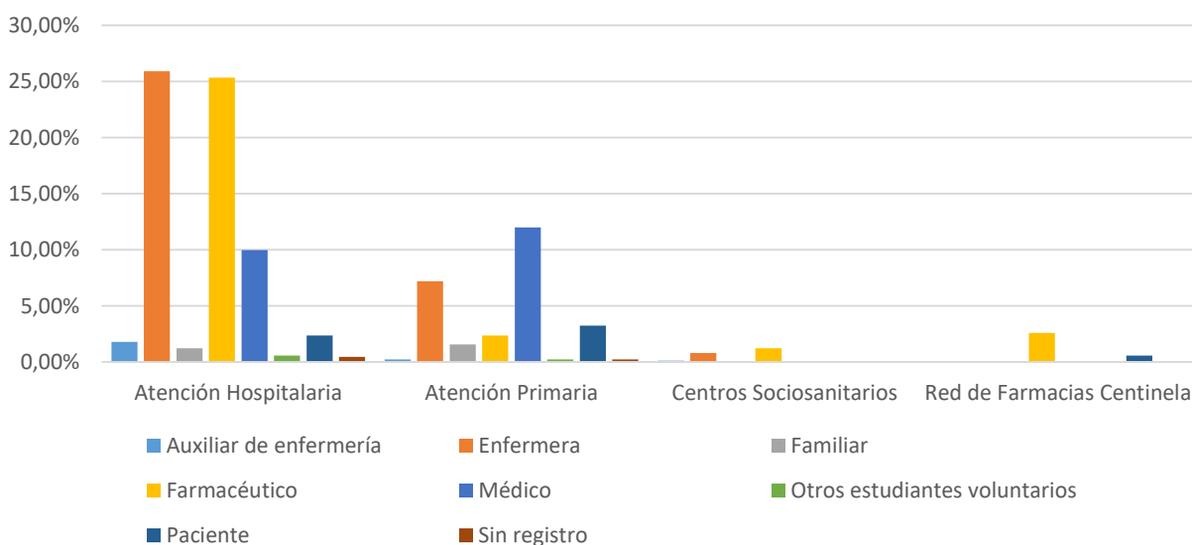
● Clasificación de los errores recibidos según causas (julio-septiembre 2022):

CAUSAS	% vs TOTAL
Sin registro	26,37%
Falta de cumplimiento o de procedimientos de trabajo establecidos	22,33%
Falta de conocimientos/formación	17,06%
La presentación de la especialidad farmacéutica da lugar a confusión: nombre similares, similitud de envases	5,72%
Problemas en la interpretación de la prescripción: ambigua, ilegible, uso de abreviaturas	5,05%
Falta o fallo en el procedimiento de conciliación de la medicación: al ingreso	4,26%
Problemas en los equipos y dispositivos de dispensación/ preparación/ administración	3,70%
Otros: situación de emergencias, personal insuficiente o sin experiencia	3,59%
Comunicación verbal incorrecta/incompleta/ambigua	3,03%
Falta o fallo en el procedimiento de conciliación de la medicación: al alta	2,92%
Incorrecta identificación del paciente	2,58%
Falta de concordancia entre las bases de datos y los medicamentos comercializados	1,23%
Defectos en la calidad del medicamento	1,23%
Falta o fallo en el procedimiento de conciliación de la medicación: entre unidades asistenciales	0,90%

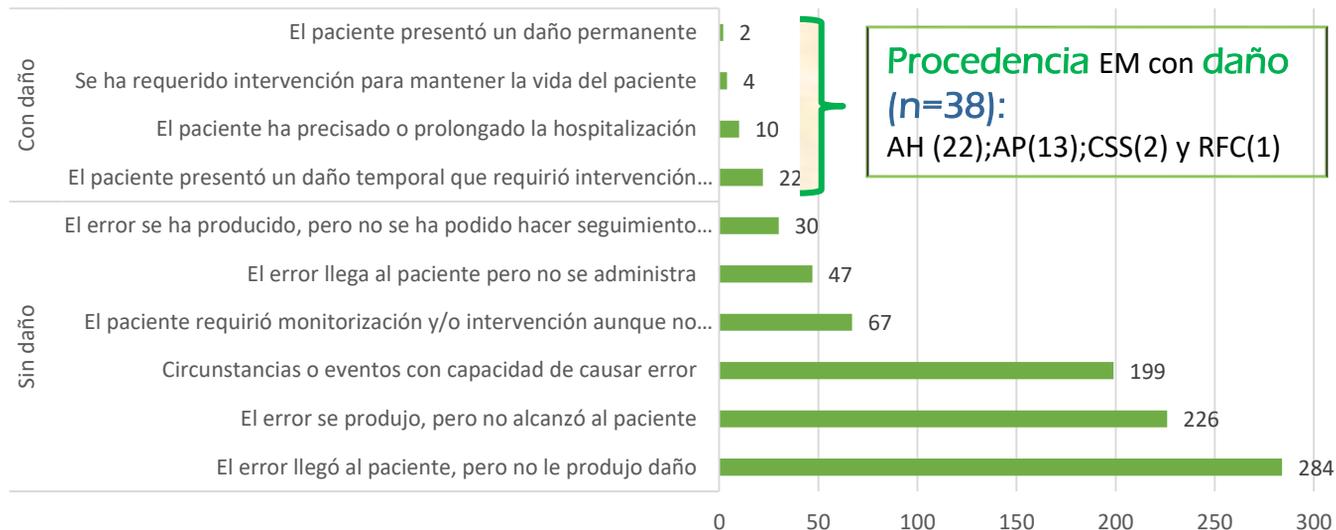
● Clasificación de los EM según lugar donde se producen (julio-septiembre 2022)



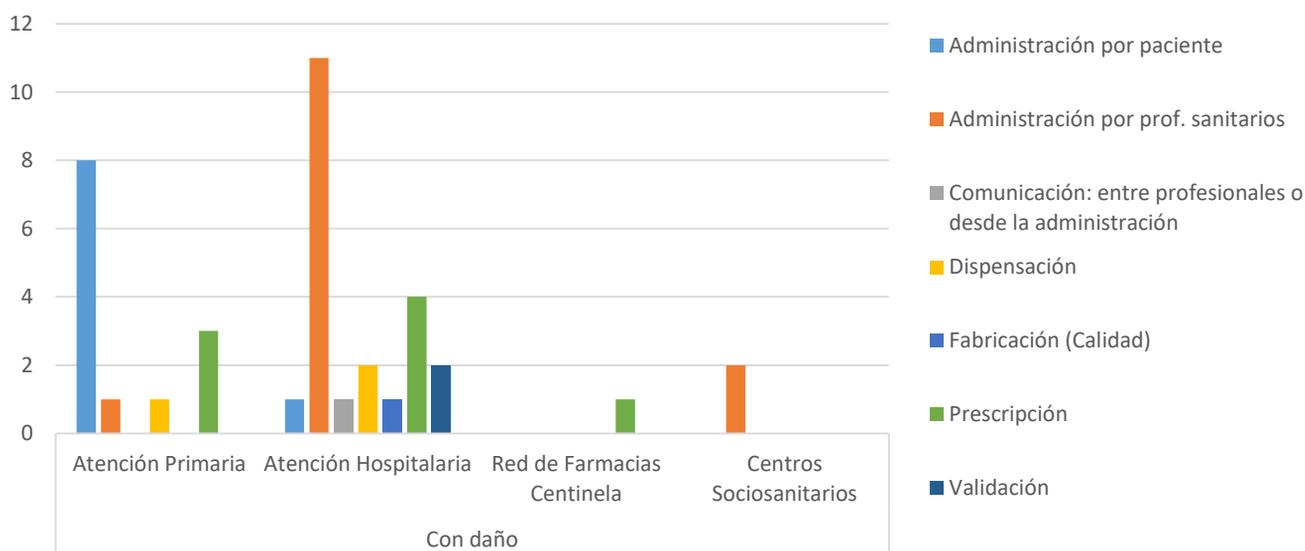
● Clasificación de los EM recibidos según la persona que descubre el error por ámbito asistencial (julio-septiembre 2022):



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



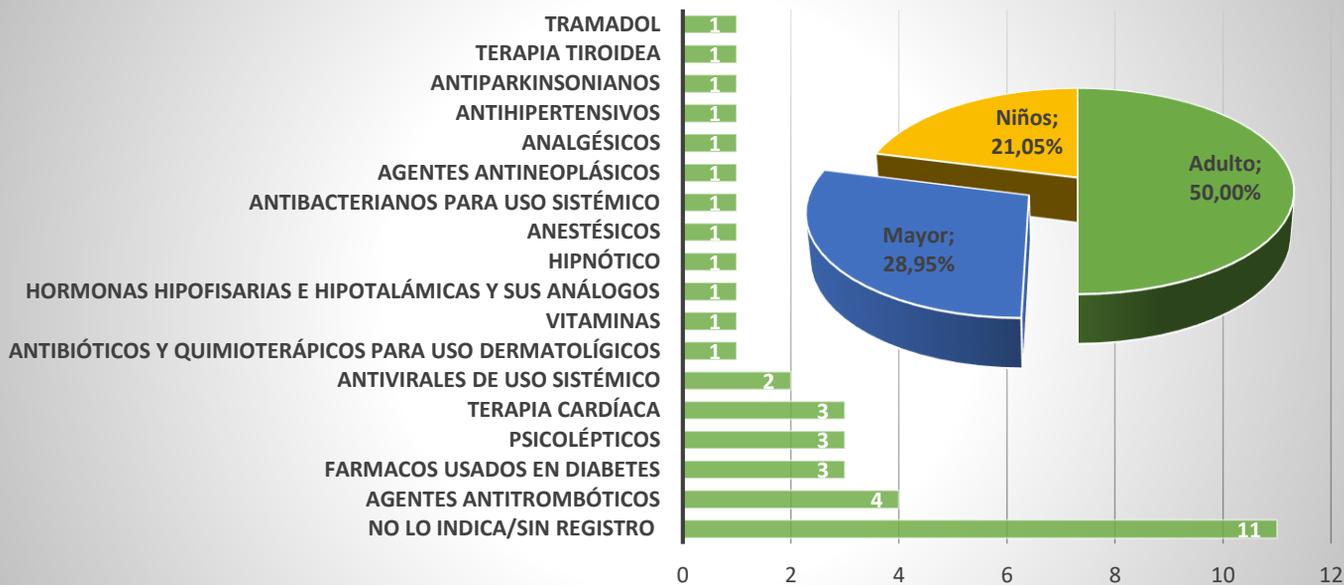
■ Origen de los errores de medicación donde se refiere **DAÑO** (n=38) al paciente según procedencia.



■ Tipo de error de medicación donde se refiere **DAÑO** al paciente (n=38)

Error en la dosis: omisión o incorrecta	39,47%
Selección inapropiada del medicamento: no indicado, contraindicación, historia de alergia o RAM previa, duplicidad terapéutica, medicamento innecesario...(Error en el principio activo)	21,05%
Prescripción y/o utilización de fármacos fuera de indicación	5,26%
Duplicidad de medicamentos o utilización de fármacos innecesarios	5,26%
Vía de administración incorrecta	5,26%
Frecuencia de administración errónea	5,26%
Monitorización insuficiente del tratamiento	5,26%
No administración de medicamento prescrito (omisión)	5,26%
Paciente equivocado	2,63%
Medicamento deteriorado: caducado, mal conservado o con defectos en la calidad	2,63%
Técnica de administración errónea	2,63%

● Grupo de medicamentos con DAÑO y grupo de EDAD (julio-septiembre 2022):



Casos errores de medicación con daño desde A. Hospitalaria:

El paciente informa discrepancia a la hora de administración de Tamiflu®, en urgencias le dieron una jeringuilla pequeña y por la noche le dieron dos jeringas grandes, se le administro 30 ml, y se le debía haber administrado 30 mg.

Administración de dosis errónea de fluido terapia IV. Ocasiona balance positivo, edemas. Requiere suspensión de fluidoterapia IV, monitorización de diuresis y análisis de sangre.

Paciente programada para intervención quirúrgica de catarata. En la cirugía se administró midazolam produciéndole un cuadro de desorientación, por lo que se indicó no administrar en el segundo ojo, pero no se miró la nota y se administró nuevamente.

Se notifican 2 episodios, en menos de un mes, de acidosis láctica debida a metformina. Uno de los casos se debe a una intoxicación tras una reducción de la ingesta hídrica en contexto de ola de calor, lo que provocó que el paciente acudiera a urgencias intoxicado por metformina, en fallo renal y con síntomas de acidosis láctica, requiriendo monitorización y adecuación del tratamiento por parte de los médicos de urgencias y de medicina intensiva. El otro de los casos también es un varón diabético en tratamiento con metformina que ingresa tras una semana de diarrea en contexto de infección por coronavirus, con shock hipovolémico con acidosis láctica y fallo renal, intoxicado con metformina, que acabó ingresando en UVI para resucitación y estabilización hemodinámica.

El paciente sufre una extravasación del medicamento derivado de la administración del fármaco por vía periférica, cuando se recomienda por vía central. Debido a la sobrecarga asistencial y falta de cama para trasladar al paciente, el paciente sigue en el área de observación donde no es posible canalizar una vía central. Como consecuencia, se considera suspender el tratamiento con fármacos vasoactivos con la consecuente hipotensión sostenida en el paciente

Paciente en recuperación post anestésica tras cesárea por pre eclampsia grave que se realizó bajo anestesia epidural sin incidencias. Se avisa de urgencia por disminución del nivel de consciencia de la paciente, sin causa aparente, con parada respiratoria e importante de saturación y tras iniciar ventilación con ambú y estabilizar a la paciente, no recupera la consciencia; Se pensó en un accidente cerebrovascular o incluso una crisis de eclampsia. Cuando se disponía a intubarla para trasladarla al TAC, se evidencia el vial de Propofol administrado endovenoso "a caída libre", que había sido confundido por parte de la enfermera con un vial de paracetamol que estaba pautado en el tratamiento de la paciente.

El paciente ingresa en neurología por Ictus isquémico, en antecedentes personales se recoge que tomaba doxazosina 4mg cada 8 horas y se pauta así desde la Urgencias. Las primeras 24 horas con HTA secundario al ictus y posteriormente hipoTA y presenta síncope en la habitación, recuperado en pocos segundos y sin nuevos déficits neurológicos. Revisando consultas previas, prescripción en MUP y tratamiento habitual con la familia el paciente tomaba doxazosina 4mg por la noche únicamente.

La paciente tenía prescrita 1 amp de fitomenadiona IV. El enfermero delega en la estudiante de enfermería dicha administración. La estudiante entra en el box del paciente buscando la ampolla del fármaco mencionado y se encuentra con una ampolla pequeña, opaca, de características similares a la fitomenadiona y se la administra sin comprobar el contenido. A los pocos segundos, la estudiante avisa de inestabilidad hemodinámica de la paciente: crisis hipertensiva y taquicardia sinusal. Tras avisar a médicos de guardia y estabilizar a la paciente, se busca la causa del evento adverso encontrando que la ampolla administrada ha sido de adrenalina.

Paciente en tratamiento con carbamazepina por neuralgia del trigémino que acude a urgencias por episodio de epilepsia focal tras iniciar tratamiento con enzalutamida. Se sospecha que enzalutamida puede haber causado una disminución de los niveles de carbamazepina y haber desencadenado el episodio.

Se prescribió incorrectamente 3 comprimidos de antiparkinsoniano cada 8 horas en vez de 1 comprimido cada 8 horas. El motivo fue que se interpretó que se pautaban 3 comprimidos al día (dosis total), a administrar cada 8h.

RNPT con síndrome de distrés respiratorio en contexto de enfermedad de membrana hialina. Se decide sedación para intubación oro traqueal por empeoramiento del paciente y administración de surfactante, con morfina 1%: administración de 0.1 mg de morfina. Se realiza dilución por enfermería, entendiéndose orden en todo momento, con administración de 1 mg de morfina (10 veces más) de dosis. Paciente requiere medidas de RCP secundarias a administración de mórfico, precisando mantener intubación durante varias horas así como varias dosis de naloxona para mejoría.

Administración de contraste en TAC pedido sin contraste. Consecuencia : deterioro de la función renal

Se administran por orden oral 1.6 mg (1ml) en bolo de somatostatina en lugar de 250 mcg (0.16 ml). Medicina lo prescribe posteriormente y cuando se va a validar en farmacia y se llama para avisar ya se ha puesto el tratamiento. La paciente sufre calor nauseas y dolor según enfermería que mejoran a lo largo de la mañana. No fue necesaria la dispensación desde farmacia porque la medicación la tenían de stock

Casos errores de medicación con daño desde A. Primaria:

- La paciente acude a la consulta de enfermería para cura de uña encarnada; se había administrado crema Diprogenta®, que le dispensaron en la farmacia, pero el MAP había pautado ácido fusídico (activo en prescripciones). No sabemos el motivo exacto por el que se le dispensó Diprogenta®. Consecuencias: La piel se había levantado y aún había signos de infección en el dedo 4 días más tarde.
- La paciente tiene prescrito 5 gotas de tramadol cada 8 horas para dolor; en la farmacia le dispensan la presentación en puff. Cada puff equivale a 5 gotas, es decir que la paciente estaba recibiendo una dosis cinco veces superior a la prescrita. Presenta xerostomía incapacitante y estreñimiento.
- Mujer trasplantada renal hace menos de 1 año con infección confirmada por Sarsov2 y siguiendo protocolo, se prescribe Paxlovid® ajustado a función renal pero presenta interacción con tacrolimus que ocasiona acumulación de niveles del mismo.
- Mujer de 81 años acude a urgencias por cefalea holocraneal, siendo diagnosticada de hematoma subdural con signos de sangrado activo, y es trasladada a la unidad de neurocirugía del hospital. La paciente estaba en tratamiento ambulatorio por FA con Eliquis® 5mg 101. En función de su edad (81 años) y su peso (37 kg), le correspondería un ajuste de dosis a 2,5mg.
- Paciente con patología oncológica que presenta dolor mal controlado. Se pauta tratamiento con MST 5mg cada 8 horas alterno con Zaldiar (cada 4 horas un comprimido de analgesia) sin profilaxis antiemética ni laxante. La paciente no solo presenta mal control de dolor a pesar de esta medida (hiperalgesia??) sino que tiene estreñimiento pertinaz, sensación de mareo y nauseas.
- Paciente que por error se toma 3 comprimidos juntos de Lixiana® 30 (edoxabán). Los guardaban en un pastillero aparte y lo tomó por error. Inicia cuadro de astenia, mareo, melenas, anemia. Diagnosticado de hemorragia digestiva alta.
- Se deja un infusor con cloruro mórfico, Buscapina® y levomepromacina. Al no funcionar la palomilla correctamente el paciente sufre una agitación que no se puede controlar
- La paciente confundió durante 1 semana la pauta de Eutirox®, duplicándola mañana y noche, coincidente con un proceso de estrés familiar. La paciente detectó el error a la vez que se encontraba con mareo, palpitaciones...
- En analítica de control se detecta hipervitaminosis D ya que la paciente, por error, está tomando vitamina D de forma diaria en lugar de semanal como le fue prescrito.
- Paciente que ingresa en el servicio de neurocirugía de hospital para realizar procedimiento quirúrgico de liberación raíces nerviosas L3L4; al alta, se remite a domicilio indicando en el informe, analgesia consistente en: tramadol 37,5/paracetamol 325mg 1111, dexketoprofeno 25mg 111, diazepam 5mg 001. Ninguno de los medicamentos se prescribe en receta electrónica ni en receta de papel. Tampoco el paciente ha entendido que le pautaban la medicación (bien no se lo han explicado, bien la comunicación ha sido deficiente y no se han asegurado de su comprensión). Al día siguiente acude la esposa del paciente a consulta (el no puede ni moverse) refiriendo mucho dolor que le ha impedido dormir y solicitando analgesia. Se valora dolor, se pauta analgesia, se prescribe correctamente y se explica.

Casos errores de medicación con daño desde centros sociosanitarios:

- Por error se administra a un paciente Xeplion® (paliperidona) 150 mg inyectable de otro residente con el mismo nombre. Se monitorizan las constantes, aparece agitación psicomotriz, se contacta con SUMMA 112 y se deriva a urgencias y se interconsulta con psiquiatría que refieren la posibilidad de reacciones distónicas en pacientes con encefalopatía hipóxica neonatal que son más sensibles a los antipsicóticos atípicos. Se explica a su familiar administración depot y probable efectos secundarios durante un mes. No queda del todo claro si la agitación está en contexto de su enfermedad de base, de traslado o si es un efecto secundario. Monitorización de constantes y traslado a enfermería de centro sociosanitario para monitorización más estrecha durante 15 días.
- Por error, se administra dos veces la pauta de insulina Toujeo® (glucemia 57 mg/dL). Se comunica a doctora, se baja a enfermería para controles cada dos horas el día siguiente.

Casos errores de medicación con daño desde la Red de Farmacias Centinela:

- Paciente al que le prescribe su MAP trimetazidina para tratamiento de *tinnitus*. Se le dispensa y tras unos días vuelve a la farmacia confirmando que el *tinnitus* ha mejorado pero que han aparecido síntomas parkinsonianos (movimientos involuntarios de sus brazos). Desde la farmacia, de acuerdo con las alertas y recomendaciones emitidas por AEMPS para la aparición de síntomas parkinsonianos en trimetazidina, le indicamos suspender tratamiento y reevaluación por su MAP.

● Medicamentos de alto riesgo en A. Hospitalaria:

Citostáticos, parenterales y orales	18
Heparina y otros anticoagulantes parenterales (ej., antitrombina III, heparina sódica, enoxaparina, fondaparinux, lepirudina)	7
Nutrición parenteral	7
Insulina IV y subcutánea	4
Agonistas adrenérgicos IV (ej. ADRENalina, DOPamina, noradrenalina)	4
Opiáceos IV, transdérmicos y orales (todas las presentaciones)	4
Antidiabéticos orales (ej. gLIBENCLAMida)	2
Grupos terapéuticos y Medicamentos específicos	2
Anestésicos generales inhalados e IV (ej.ketamina, propofol)	1
Medicamentos para administración por vía epidural o intratecal	1
Medicamentos orales para sedación moderada en niños (ej. hidrato de cloral, midazolam)	1
Metotrexato oral (uso no oncológico)	1
Antiarrítmicos IV (ej. amiodarona, lidocaína)	1
Bloqueantes neuromusculares (ej. suxametonio, rocuronio, vecuronio)	1
Anticoagulantes orales (ej. acenocumarol, dabigatrán)	1
Soluciones de glucosa hipertónica (mayor o igual que 20%)	1
Agentes inotrópicos IV (ej. digoxina, milrinona)	1
Cloruro potásico, IV (solución concentrada)	1
Total general	58

● EM en niños ≤ 18 años (n=188):

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

CAUSAS	A.H	A.P	RFC
Sin registro	27,13%	7,98%	0,00%
Falta de cumplimiento o de procedimientos de trabajo establecidos	13,30%	5,32%	1,06%
Falta de conocimientos/formación	11,70%	4,79%	0,53%
Problemas en los equipos y dispositivos de dispensación/ preparación/ administración	4,79%	0,00%	0,00%
Problemas en la interpretación de la prescripción: ambigua, ilegible, uso de abreviaturas	4,79%	0,00%	0,00%
La presentación de la especialidad farmacéutica da lugar a confusión: nombre similares, similitud de envases	4,26%	1,60%	0,53%
Comunicación verbal incorrecta/incompleta/ambigua	3,19%	1,06%	0,00%
Otros: situación de emergencias, personal insuficiente o sin experiencia	1,60%	1,06%	0,00%
Defectos en la calidad del medicamento	1,06%	0,00%	0,00%
Incorrecta identificación del paciente	1,06%	1,06%	0,00%
Falta o fallo en el procedimiento de conciliación de la medicación: al ingreso	1,06%	0,00%	0,00%
Falta o fallo en el procedimiento de conciliación de la medicación: al alta	0,53%	0,00%	0,00%
Falta de concordancia entre las bases de datos y los medicamentos comercializados	0,00%	0,53%	0,00%

TIPO DE ERROR	A.H	A.P	RFC
Error en la dosis: omisión o incorrecta	33,51%	4,26%	0,53%
Selección inapropiada del medicamento: no indicado, contraindicación, historia de alergia o RAM previa, duplicidad terapéutica, medicamento innecesario...(Error en el principio activo)	10,11%	5,85%	0,00%
Frecuencia de administración errónea	4,79%	4,79%	0,00%
Medicamento deteriorado: caducado, mal conservado o con defectos en la calidad	3,72%	0,53%	0,00%
Velocidad de administración incorrecta	3,19%	0,00%	0,00%
Error de almacenamiento	3,19%	0,00%	0,00%
Error en la preparación/manipulación/acondicionamiento (incluye el cálculo de dosis)	3,19%	2,13%	0,00%
Duplicidad de medicamentos o utilización de fármacos innecesarios	2,13%	1,06%	0,00%
Técnica de administración errónea	1,60%	0,53%	0,00%
Vía de administración incorrecta	1,60%	0,00%	0,00%
Forma farmacéutica errónea	1,60%	0,53%	0,53%
Paciente equivocado	1,60%	0,53%	0,53%
Hora de administración incorrecta	1,60%	0,00%	0,00%
Monitorización insuficiente del tratamiento	1,60%	1,06%	0,00%
No administración de medicamento prescrito (omisión)	1,06%	0,00%	0,00%
Prescripción y/o utilización de fármacos contraindicados en ficha técnica	0,00%	0,53%	0,00%
Prescripción y/o utilización de fármacos fuera de indicación	0,00%	0,53%	0,00%
Sin registro	0,00%	1,06%	0,00%
Error en el principio activo	0,00%	0,00%	0,53%

● EM en personas ≥ 75 años (n=243)

CAUSAS	A.H	A.P	CSS	RFC
Sin registro	13,58%	8,64%	0,00%	0,00%
Falta de conocimientos/formación	13,17%	5,35%	0,41%	0,00%
Falta de cumplimiento o de procedimientos de trabajo establecidos	11,11%	4,12%	1,23%	0,82%
Falta o fallo en el procedimiento de conciliación de la medicación: al ingreso	9,05%	0,00%	0,41%	0,00%
La presentación de la especialidad farmacéutica da lugar a confusión: nombre similares, similitud de envases	2,88%	2,47%	0,00%	0,00%
Otros: situación de emergencias, personal insuficiente o sin experiencia	2,47%	0,82%	0,41%	0,82%
Problemas en la interpretación de la prescripción: ambigua, ilegible, uso de abreviaturas	2,06%	1,23%	0,82%	0,41%
Comunicación verbal incorrecta/incompleta/ambigua	2,06%	2,06%	0,00%	0,00%
Incorrecta identificación del paciente	2,06%	0,82%	0,41%	0,00%
Falta o fallo en el procedimiento de conciliación de la medicación: al alta	1,65%	2,88%	0,00%	0,00%
Falta o fallo en el procedimiento de conciliación de la medicación: entre unidades asistenciales	1,65%	0,00%	0,00%	0,00%
Problemas en los equipos y dispositivos de dispensación/ preparación/ administración	1,23%	0,82%	0,00%	0,00%
Defectos en la calidad del medicamento	0,00%	0,41%	0,00%	0,41%
Falta de concordancia entre las bases de datos y los medicamentos comercializados	0,00%	0,82%	0,00%	0,41%

TIPO DE ERROR	A.H	A.P	CSS	RFC
Error en la dosis: omisión o incorrecta	19,75%	9,05%	1,23%	0,41%
Selección inapropiada del medicamento: no indicado, contraindicación, historia de alergia o RAM previa, duplicidad terapéutica, medicamento innecesario...(Error en el principio activo)	13,58%	3,70%	0,82%	0,00%
Frecuencia de administración errónea	6,17%	3,29%	0,41%	0,00%
Paciente equivocado	5,35%	0,82%	0,82%	0,00%
No administración de medicamento prescrito (omisión)	4,53%	0,00%	0,00%	0,00%
Duplicidad de medicamentos o utilización de fármacos innecesarios	4,12%	4,12%	0,00%	0,41%
Sin registro	1,65%	2,06%	0,00%	0,00%
Vía de administración incorrecta	1,65%	0,00%	0,00%	0,00%
Error en la preparación/manipulación/acondicionamiento (incluye el cálculo de dosis)	1,23%	0,41%	0,41%	0,00%
Forma farmacéutica errónea	1,23%	0,41%	0,00%	0,00%
Duración del tratamiento incorrecta	0,82%	0,41%	0,00%	0,41%
Velocidad de administración incorrecta	0,82%	0,00%	0,00%	0,00%
Monitorización insuficiente del tratamiento	0,82%	0,82%	0,00%	0,00%
Error de almacenamiento	0,82%	0,00%	0,00%	0,00%
Falta de cumplimiento del paciente	0,41%	1,23%	0,00%	0,00%
Técnica de administración errónea	0,00%	0,41%	0,00%	0,00%
Error administrativo, subsanable por el farmacéutico	0,00%	0,00%	0,00%	0,41%
Prescripción y/o utilización de fármacos fuera de indicación	0,00%	2,06%	0,00%	0,00%
Prescripción y/o utilización de fármacos contraindicados en ficha técnica	0,00%	0,82%	0,00%	0,00%
Se prescribe un fármaco que no suministra los distribuidores	0,00%	0,00%	0,00%	0,41%
Error en el principio activo	0,00%	0,00%	0,00%	0,41%
Medicamento deteriorado: caducado, mal conservado o con defectos en la calidad	0,00%	0,82%	0,00%	0,41%

● ACTUACIONES REALIZADAS :

☐ Relacionadas con problemas de suministro:

- **GLP1- SEMAGLUTIDE 1 mg y TRULICITY 0.25 y 0.5 mg:** Se actualiza en MUP la información relacionada con los problemas de suministro, incluida en la BD de la AEMPS, de todas las presentaciones de dulaglutida y la dosis de 1 mg de semaglutida, impidiendo la generación de nuevos tratamientos. Las dosis de semaglutida de 0,25 mg y 0,50 mg, se dan de baja para prescripción, pudiéndose dispensar los tratamientos ya activos pero no crear nuevos ni reabrir tratamientos no activos. Se incluye información a nivel de principio activo en el sistema de prescripción para informar a los profesionales de esta situación. Se eliminará la posibilidad de realizar nuevos tratamientos en indicaciones no financiadas.
- **DEPO-PROGEVERA 150MG 1 VIAL SOLUCION INYECTABLE:** Remisión a Control Farmacéutico.
- **RIVOTROL 2 MG COMP (Clonazepam):** Remisión a Control Farmacéutico y la AEMPS actualiza la BD.
- **INSUCOR 2,5 MG COMPRIMIDOS, 28 comprimidos (Blister PVC-PVDC-Aluminio):** Remisión a Control Farmacéutico y la AEMPS actualiza la BD.

☐ Relacionadas con problemas de calidad – similitud de envases- etiquetado

- **METILPREDNISOLONA NORMON 40 mg y 20 mg POLVO Y DISOLVENTE PARA SOLUCION INYECTABLE 1 VIAL Y 1 AMPOLLA:** Notifican similitud de envases y la AEMPS contesta: *Los envases de los medicamentos que nos indica, se han actualizado, a fecha de Febrero 2022, con el objetivo de diferenciar las dosis de 20 y 40 mg. Se entiende que la notificación de confusión entre envases, se produjo con los envases del etiquetado antiguo. Tengan en cuenta que durante un tiempo conviven en el mercado ambos tipos de envase hasta que definitivamente se queda solo el actualizado.*
- **SHINGRIX POLVO Y SUSPENSION PARA SUSPENSION INYECTABLE, 10 VIALES (POLVO) Y 10 VIALES (SUSPENSION):** Notifican similitud de los dos viales que componen la vacuna y se amplía la información, el error se produjo con el formato de 10 viales de polvo + 10 viales de disolvente. Es el que está en los centros. La AEMPS contesta: *El medicamento del que nos hace la consulta, es un medicamento aprobado por procedimiento centralizado por lo que se hace más complejo para nosotros solicitar cambios y modificaciones. No obstante, en caso de que se encontrasen más errores de medicación como el descrito podríamos contactar con las oficinas en España del laboratorio.*

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



- ✓ **Nº7/2022.- ERRORES DE MEDICACIÓN POR ALMACENAMIENTO INCORRECTO.** Se recomienda: Evitar la coexistencia en el hospital de medicamentos con envases similares. Durante el proceso de adquisición de medicamentos, tenerlo en cuenta. En caso de que coexistan medicamentos con nombres similares y/o con apariencia similar, almacenarlos en lugares separados. También se deben incorporar advertencias para evitar errores de medicación o bien emplear *tall man letters* en las etiquetas (herramienta para ayudar a reducir la confusión entre palabras que se parezcan). Verificar los 5C (cinco correctos) antes de administrar medicación. Sólo utilizar prescripciones verbales en situaciones de emergencia descritas en los protocolos del centro.
- ✓ **Nº8/2022.-ERRORES DE ADMINISTRACION: MEDICACIÓN CADUCADA, DETERIORADA O MAL CONSERVADA.** Se recomienda: Cumplir los procedimientos de trabajo establecidos para la revisión de la caducidad de los medicamentos y para la correcta conservación de los medicamentos que se administran al paciente.
- ✓ **Nº9/2022.- ADRENALINA LEVEL 1MG/ML SOLUCIÓN INYECTABLE EN JERINGA PRECARGADA.** Se recomienda: Precaución a la hora de administrar adrenalina level 1mg/ml solución inyectable en jeringa precargada, para evitar errores de sobredosificación. Tener en cuenta la nota de seguridad de la AEMPS, donde informa de la imposibilidad de administrar Adrenalina Level 1mg/ml solución inyectable en jeringa precargada, a través de los sistemas de inyección sin agujas Clave o MicroClave, con el consiguiente riesgo vital para el paciente.
- ✓ **Nº10/2022.-PAXLOVID 150 MG 100 MG COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA (nirmatrelvir y RITONAVIR).** Se recomienda: Revisar las posibles interacciones de Paxlovid® con la medicación habitual. Está disponible la tabla de consulta de [Interacciones Paxlovid](#) y la revisión de interacciones en [Farm@web](#). Precaución a la hora de prescribir e interpretar la prescripción para evitar errores en la dosis. Formación de los profesionales sobre la forma de prescribir Paxlovid en el hospital y la pauta de dosificación. Realizar la conciliación de la medicación al ingreso. En pacientes que ingresan en hospital y ya están en tratamiento con Paxlovid, si es posible, continuar el tratamiento con la medicación aportada por el paciente. Aportar información al paciente, verbal y escrita, para evitar errores de administración, cerciorándose de que lo ha comprendido. También se dispone de una [hoja informativa para pacientes](#). En el apartado Paxlovid® de [Salud@Farmacia](#) se dispone de toda la información actualizada.
- ✓ **Nº11/2022.-ELIQUIS 5 MG 100 COMPRIMIDOS RECUBIERTO CON PELICULA (APIXABAN).** Precaución a la hora de prescribir apixaban ya que, además de tener en cuenta las indicaciones aprobadas, hay que comprobar si es preciso realizar un ajuste de dosis cuando el paciente cumpla al menos dos de las siguientes características: edad \geq 80 años, peso corporal \leq 60 kg, o creatinina sérica \geq 1,5 mg/dl (133 micromoles/l). En estos casos la dosis recomendada es de 2,5 mg administrados dos veces al día.

❑ Boletines de Recomendaciones a Profesionales para mejorar la seguridad en el uso de los medicamentos (continuación).

- ✓ **Nº12/2022.-METFORMINA 850 MG COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG.** Se recomienda: Alertar a los pacientes en tratamiento con metformina que deben mantener una ingesta hídrica adecuada y en caso de aumento de las pérdidas de agua (diarreas, sudoración) o deficiente hidratación, que acudan a su médico para ajuste o suspensión del tratamiento, para evitar situaciones que pueden llegar a ser graves.
- ✓ **Nº13/2022.-MEDICAMENTOS QUE CONTIENEN NORADRENALINA.** Se recomienda: Almacenar los envases de noradrenalina en espacios diferenciados, tanto en el Servicio de Farmacia Hospitalaria como en los servicios clínicos. Si, de momento, coexisten envases con distintas denominaciones en la expresión de la dosis, además de diferenciar claramente su almacenamiento y dar visibilidad a este hecho al profesional, centralizarlos en el Servicio de Farmacia. Adaptar, en caso necesario, la prescripción electrónica y los protocolos fármaco terapéuticos internos de cada centro a esta nueva expresión de la dosis del medicamento en forma de base. Recordar la equivalencia de dosis entre la sal y noradrenalina base (1 mg de noradrenalina sal bitartrato = 0,5 mg de noradrenalina base). Coordinación entre los servicios clínicos implicados y los Servicios de Farmacia Hospitalaria para llevar a cuantas acciones se consideren necesarias con el fin de evitar errores de dosificación.
- ✓ **Nº14/2022.- FALTA DE ACTUALIZACIÓN DEL MUP EN NUEVAS PRESCRIPCIONES.** Se recomienda: Cuando se actualicen tratamientos en el MUP, se deben eliminar los antiguos, para evitar duplicidades y errores de medicación. La prescripción en el MUP debe ser clara para no inducir a error. En los inicios de tratamiento, además de facilitar el informe médico al paciente, se debe incluir la prescripción en MUP, para facilitar la medicación al paciente lo antes posible y evitar trastornos innecesarios.
- ✓ **Nº15/2022.- BRIVUDINA y 5 FLUOROURACILO: INTERACCION POTENCIALMENTE MORTAL.** Se recomienda que cuando se prescriba o dispense brivudina (Nervinex®) es indispensable que el profesional sanitario se asegure de que el paciente no está recibiendo quimioterapia antineoplásica con medicamentos que contienen 5- fluorouracilo (5-FU), incluyendo también sus preparaciones tópicas, sus profármacos (por ejemplo, capecitabina, tegafur) y combinación de fármacos que contengan estos principios activos u otras fluoropirimidinas, para evitar esta asociación potencialmente mortal.

Todos los Boletines publicados están disponibles en la [Página de Uso Seguro de Medicamentos y Productos Sanitarios](#):

Bienvenida

Una Farmacoterapia más segura

La seguridad de los pacientes es una línea estratégica de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. Teniendo en cuenta que la terapia con medicamentos es uno de los servicios sanitarios más utilizados y una de las tecnologías más efectivas y completas, es necesario prestar una especial atención a la seguridad en el uso de los mismos.

Para vigilar los riesgos con medicamentos, se cuenta con todos los profesionales sanitarios que trabajan en la Comunidad de Madrid y muy especialmente con las Unidades Funcionales para la Gestión de Riesgos y los farmacéuticos de la Red de Farmacias Centinela. Esta página web permite realizar un enfoque global de la seguridad, integrando las actividades de farmacovigilancia con la notificación y gestión de errores de medicación.

Deseo suscribirme a:

Indique su correo:

Darme de alta