

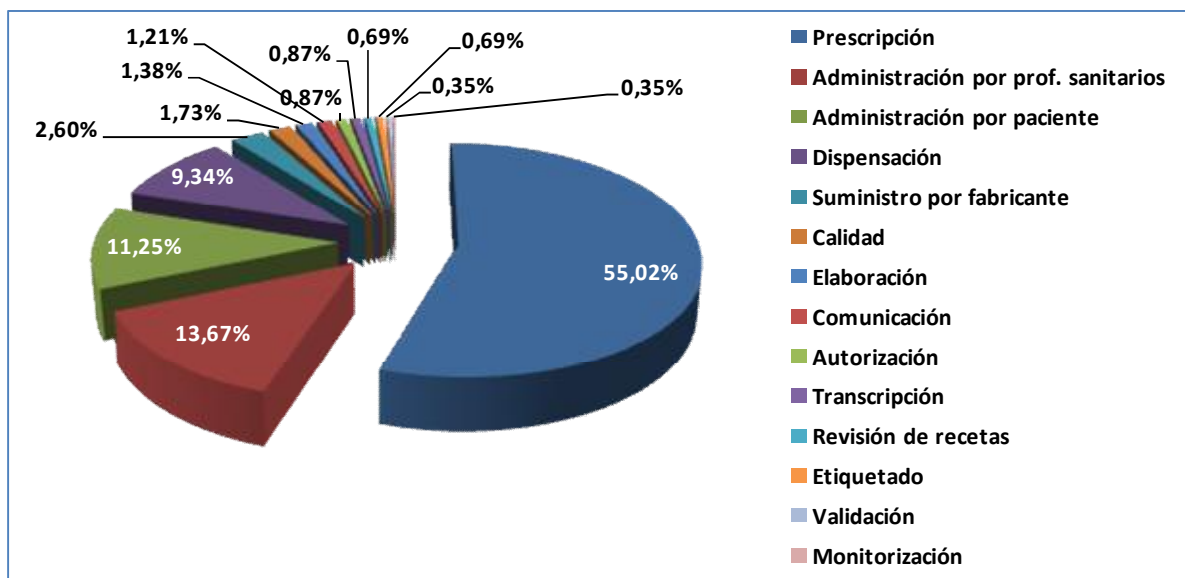


BOLETIN RESUMEN DE NOTIFICACIONES DICIEMBRE AÑO 2017

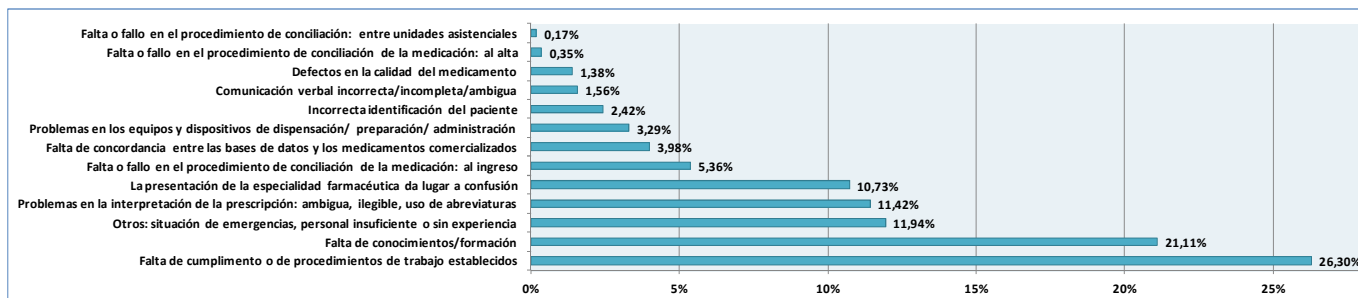
Durante el mes de diciembre del año 2017 se han recibido en el Portal de Uso Seguro de Medicamentos **578** notificaciones relacionadas con errores de medicación con la siguiente distribución según procedencia :

PROCEDENCIA	Nº NOTIF. (% DEL TOTAL)
Unidades Funcionales para la Gestión de Riesgos (AE):	307 (54,53%)
Unidades Funcionales para la Gestión de Riesgos (DA):	225 (39,96%)
Oficinas de Farmacia de la Red de Farmacias Centinela (RFC):	31 (5,51%)
Residencias de Ancianos (RA):	11 (1,95%)
Sección Medicamentos extranjeros (ME):	4 (0,71%)

- En el siguiente gráfico se muestra el porcentaje de los errores de medicación notificados según el origen del error:



- Las causas de los errores de medicación notificados durante este mes han sido las siguientes:



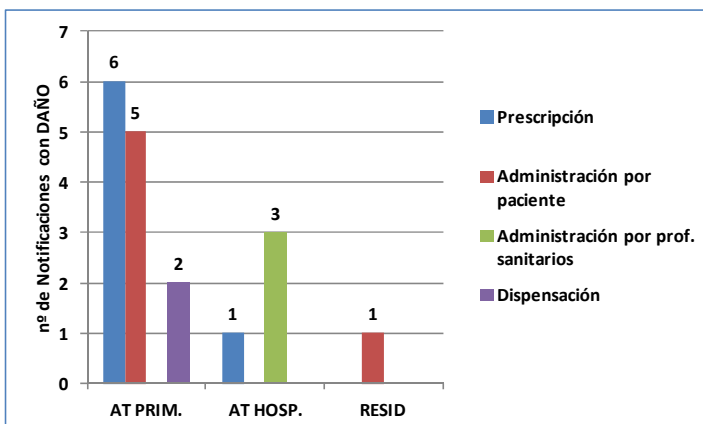
- La clasificación de las notificaciones recibidas según el tipo de error ha sido la siguiente:

TIPO DE ERROR	% (vs total)
Error en la dosis: omisión o incorrecta	33,04%
Selección inapropiada del medicamento: no indicado, contraindicación, historia de alergia o RAM previa, duplicidad terapéutica, medicamento innecesario...(Error en el principio activo)	19,90%
Frecuencia de administración errónea	9,00%
Duplicidad de medicamentos o utilización de fármacos innecesarios	4,33%
Paciente equivocado	3,81%
Error en la preparación/manipulación/acondicionamiento (incluye el cálculo de dosis)	3,63%
Medicamento deteriorado: caducado, mal conservado o con defectos en la calidad	3,63%
Forma farmacéutica errónea	3,11%
Se prescribe un fármaco que no suministra los distribuidores	2,94%
Error de almacenamiento	2,08%
Falta de cumplimiento del paciente	1,73%
Técnica de administración errónea	1,73%
Duración del tratamiento incorrecta	1,56%
Prescripción y/o utilización de fármacos contraindicados en ficha técnica	1,56%
No administración de medicamento prescrito (omisión)	1,38%
Prescripción y/o utilización de fármacos fuera de indicación	1,38%
Monitorización insuficiente del tratamiento	1,21%
Se prescribe un medicamento que no está comercializado	1,21%
Error en el principio activo	0,87%
Vía de administración incorrecta	0,69%
Hora de administración incorrecta	0,52%
Velocidad de administración incorrecta	0,52%
Error en el envase prescrito o dispensado	0,17%

- La clasificación de las notificaciones recibidas según las consecuencias para el paciente ha sido la siguiente:

CONSECUENCIAS PARA EL PACIENTE	% (vs total)
El error llegó al paciente, pero no le produjo daño	30,45%
El error se produjo, pero no alcanzó al paciente	25,78%
Circunstancias o eventos con capacidad de causar error	25,43%
El error llega al paciente pero no se administra	7,61%
El paciente requirió monitorización y/o intervención aunque no se produjo daño	4,84%
El error se ha producido, pero no se ha podido hacer seguimiento y conocer el daño	2,77%
El paciente presentó un daño temporal que requirió intervención médica	2,42%
El paciente ha precisado o prolongado la hospitalización	0,69%

- Origen** de los errores de medicación con consecuencias de DAÑO al paciente, según el ámbito de procedencia:



Se han notificado **18** errores de medicación con consecuencias de DAÑO al paciente.

■ **CAUSAS** de los errores de medicación con **DAÑO** (n=18; 3,1% del total), según ámbito

AT PRIM.	13
Otros: situación de emergencias, personal insuficiente o sin experiencia	3
Falta de conocimientos/formación	3
Problemas en la interpretación de la prescripción: ambigua, ilegible, uso de abreviaturas	3
Falta de cumplimiento o de procedimientos de trabajo establecidos	3
La presentación de la especialidad farmacéutica da lugar a confusión: nombre similares, similitud de envases	1
AT HOSP.	4
Falta de cumplimiento o de procedimientos de trabajo establecidos	2
La presentación de la especialidad farmacéutica da lugar a confusión: nombre similares, similitud de envases	1
Incorrecta identificación del paciente	1
RESID	1
Otros: situación de emergencias, personal insuficiente o sin experiencia	1

■ **DESCRIPCIÓN** de algunos EM con **DAÑO** (remitidas al Centro de Farmacovigilancia):

AP:

- ✓ Paciente alérgica a penicilina, según consta en la historia, y se le prescribe, por error, amoxicilina 750 mg 1 comp. cada 8 horas. Presenta reacción alérgica y exantema habonoso pruriginoso.
- ✓ Paciente que tras dos trasplantes hepáticos es dada de alta en tratamiento inmunosupresor con Advagraf® (tacrolimus de liberación prolongada) 15 mg cada 24 horas (3 cápsulas de 5 mg). Durante revisión hospitalaria se le ajusta la dosis según niveles a 17 mg cada 24 horas. Durante la prescripción no se localiza Advagraf de 2 mg en el nomenclator y, por error, se añade Adoport® 2 mg cada 24 horas, que es una formulación de liberación normal. Como consecuencia la paciente estuvo con niveles plasmáticos de tacrolimus subterapéuticos y presentó una disfunción del injerto que requirió ingreso hospitalario y ha correspondido con un rechazo agudo.

AE:

- ✓ Por error, se da la medicación del desayuno, de un paciente a otro. Consecuencias: hipotensión
- ✓ Paciente con alergia registrada a mepivacaina recibe en consulta de traumatología infiltración intra-articular con mepivacaina y celestone presentando reacción alérgica.
- ✓ Por error de selección en el buscador, el médico prescribe levomepromazina en lugar de levotiroxina presentando somnolencia, disartria y boca seca

RESID:

- ✓ Paciente con demencia se toma (lo coge él, no se lo dan) la medicación triturada en la comida de otra residente (quetiapina, omeprazol, simvastatina). Requiere monitorización por somnolencia y forzar ingesta hídrica.

● Incidentes relacionados con el suministro y notas de la AEMPS :

MEDICAMENTO

➤ **REANUDACION DEL SUMINISTRO**

BLEOMICINA MYLAN 15.000 UI (PH EUR) = 15 U (USP) POLVO Y DISOLVENTE PARA SOLUCION INYECTABLE

PROBLEMAS DE SUMINISTRO DEL MEDICAMENTO SULFADIAZINA REIG JOFRE COMPRIMIDOS

La Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios recomienda reservar las unidades disponibles de SULFADIAZINA REIG JOFRE COMPRIMIDOS, 20 COMPRIMIDOS (C.N. 828350) para el tratamiento de la toxoplasmosis en enfermos VIH o en pacientes inmunosuprimidos, y así como para la toxoplasmosis congénita.

ACTUACIONES REALIZADAS DERIVADAS DE LA NOTIFICACION DE ERRORES

Boletines de Recomendaciones a Profesionales:

✓ERRORES DE MEDICACIÓN EN LA ETAPA DE ADMINISTRACIÓN POR EL PACIENTE:

Se recuerda insistir en la educación a los pacientes para evitar errores de medicación, que muchos de ellos, pueden llegar a tener consecuencias para el paciente.

✓LOSARTAN-HIDROCLOROTIAZIDA-DEXKETOPROFENO:

Se recuerda que es necesario insistir en la necesidad de revisar los tratamientos, sobre todo en pacientes de edad avanzada con patología renal o cardíaca de base, para detectar prescripciones con triple terapia combinada (IECA o ARA II con diuréticos y con AINES), y de este modo evitar que se produzcan errores de medicación que pueden llegar a tener consecuencias de fallo renal agudo en el paciente.

✓NOMBRES SIMILARES, SIMILITUD DE ENVASES:

Se recuerda a los profesionales sanitarios que es preciso insistir a los pacientes para que revisen la medicación antes de su administración para cerciorarse que se administran los medicamentos correctos y advertir a los pacientes, que se administran varios tipos de insulina en forma de bolígrafo, de los posibles efectos adversos y consecuencias en caso de errores por confusión de los mismos.

✓PROBLEMAS EN LA INTERPRETACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN: AMBIGUA, ILEGIBLE, USO DE ABREVIATURAS:

Se recuerda a los profesionales sanitarios que es necesario insistir en la importancia de trasladar al paciente una prescripción clara para evitar errores en la administración de los medicamentos y seguir las recomendaciones de estandarización de abreviaturas, símbolos y expresiones utilizadas en la prescripción y administración de medicamentos de la Comunidad de Madrid para evitar errores de medicación.

COMUNICACIÓN DE INCIDENCIAS A LOS PROFESIONALES SANITARIOS
Incidentes: 17/2017
Fecha comunicación: DICIEMBRE de 2017

MEDICAMENTO IMPLICADO
ERRORES DE MEDICACIÓN EN LA ETAPA DE ADMINISTRACIÓN POR EL PACIENTE

CARACTERÍSTICAS DE LOS ERRORES
Durante el periodo de enero hasta el 23 de noviembre de 2017 hemos tenido conocimiento en el Portal de Uso Seguro de Medicamentos, de 450 errores de medicación (0,1% del total de errores registrados en ese periodo) en la etapa de administración por parte del paciente. De ellos en el 36% de los casos (n=172) se produjo algún tipo de DAÑO en el paciente. Las causas de estos errores con daño fueron en un 70% debidos a una falta de conocimientos y a problemas en la interpretación de la prescripción: ambigua, ilegible, uso de abreviaturas. A continuación se exponen los casos notificados:

COMUNICACIÓN DE INCIDENCIAS A LOS PROFESIONALES SANITARIOS
Incidentes: 19/2017
Fecha comunicación: DICIEMBRE de 2017

MEDICAMENTOS IMPLICADOS
LOSARTAN-HIDROCLOROTIAZIDA-DEXKETOPROFENO

CARACTERÍSTICAS DEL ERROR
Hemos tenido conocimiento de un error de medicación notificado desde una Unidad Funcional de Gestión de Riesgos de Atención Primaria, relacionado con la triple asociación de IECA/ARA II con Diuréticos y con Antidiuréticos no esteroideos (AINES). El caso fue el siguiente:
Paciente de 67 años con patología cardíaca de base y en tratamiento habitual, entre otros, con losartan con hidroclorotiazida, ácido α glicérico por dolor lumbar y se prescribe, entre otras medidas, dexketoprofeno 12 mg (1 comprimido) cada 8 horas durante 7 días. El paciente acude al centro de salud para recoger las recetas y es cuando se detecta la prescripción combinada de un ARA II junto a un diurético y un AINE (Triple Whammy). El error llegó al paciente para su defecto con ansiedad y no se produjo daño.
Triple Whammy es un término usado para describir el efecto nefrotóxico causado por la combinación de fármacos hipotensores inhibidores del sistema renina angiotensina: inhibidores de la angiotensina II, diuréticos y AINEs.
En pacientes con fallo renal agudo se debe evitar la combinación de estos fármacos.

COMUNICACIÓN DE INCIDENCIAS A LOS PROFESIONALES SANITARIOS
Incidentes: 19/2017
Fecha comunicación: DICIEMBRE de 2017

MEDICAMENTOS IMPLICADOS
NOMBRES SIMILARES, SIMILITUD DE ENVASES

CARACTERÍSTICAS DE LOS ERRORES
Durante el año 2017 (periodo enero a 28 de noviembre), hemos tenido conocimiento a través del Portal de Uso Seguro del Medicamento de 487 errores de medicación siendo la causa de los mismos la presentación de la especialidad farmacéutica que da lugar a confusión por nombres similares o bien similitud de envases. En nueve casos el error de medicación tuvo consecuencias de daño para el paciente (2,3% de los casos), siendo el origen del error la administración por el paciente o la dispensación, en su mayoría, tal y como se observa en el gráfico:
Cabe destacar que de los 9 casos con daño en 3 ocasiones el medicamento implicado fue una insulina en presentación tipo pluma.
En pacientes con fallo renal agudo se debe evitar la combinación de estos fármacos.

Casos donde el medicamento implicado fue insulina en presentación tipo bolígrafo:

COMUNICACIÓN DE INCIDENCIAS A LOS PROFESIONALES SANITARIOS
Incidentes: 20/2017
Fecha comunicación: DICIEMBRE de 2017

MEDICAMENTOS IMPLICADOS
PROBLEMAS EN LA INTERPRETACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN: AMBIGUA, ILEGIBLE, USO DE ABREVIATURAS

CARACTERÍSTICAS DE LOS ERRORES
Durante el año 2017 (periodo enero a 23 de noviembre), hemos tenido conocimiento a través del Portal de Uso Seguro del Medicamento de 416 errores de medicación siendo la causa de los mismos problemas en la interpretación de la prescripción: ambigua, ilegible, uso de abreviaturas... En 28 casos el error de medicación tuvo consecuencias de daño para el paciente (5,8 % de los casos), siendo el origen del error la administración por el paciente en su mayoría (50,33% de los casos). En el siguiente gráfico se muestra la distribución de las notificaciones por ámbito y el porcentaje de notificaciones con daño.

En este segundo gráfico se muestra el origen del error de las notificaciones con daño.

A continuación se exponen algunos de los casos notificados:

SECRETARÍA DE MEDICAMENTOS DE LA COMUNIDAD DE MADRID
Plaza de Castilla, Torre Borsari nº7, 28002-Madrid
Teléfono: 91 428 9338 - email: gremio@semsm.madrid.org

