

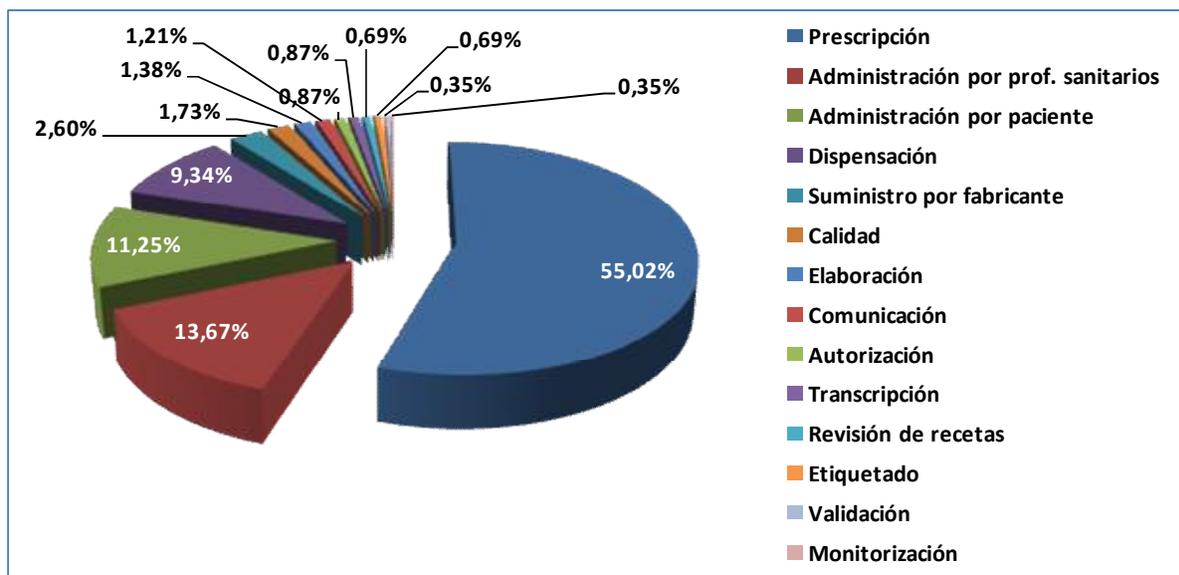


## BOLETIN RESUMEN DE NOTIFICACIONES DICIEMBRE AÑO 2017

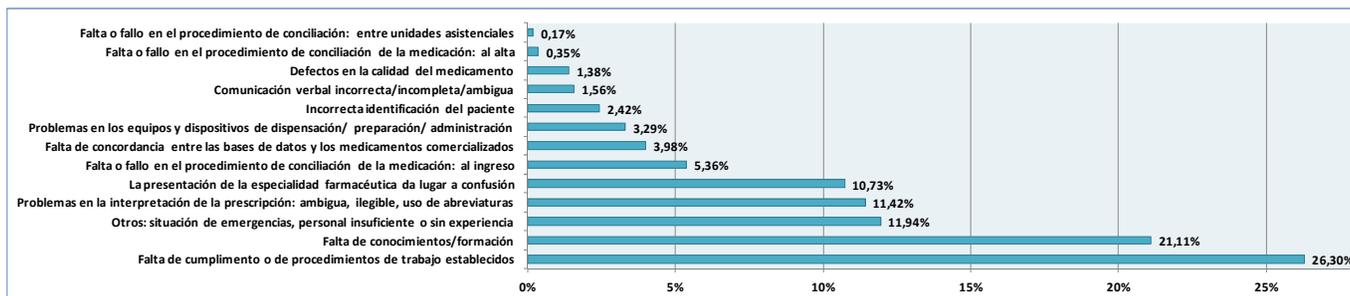
Durante el mes de diciembre del año 2017 se han recibido en el Portal de Uso Seguro de Medicamentos **578** notificaciones relacionadas con errores de medicación con la siguiente distribución según procedencia :

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:



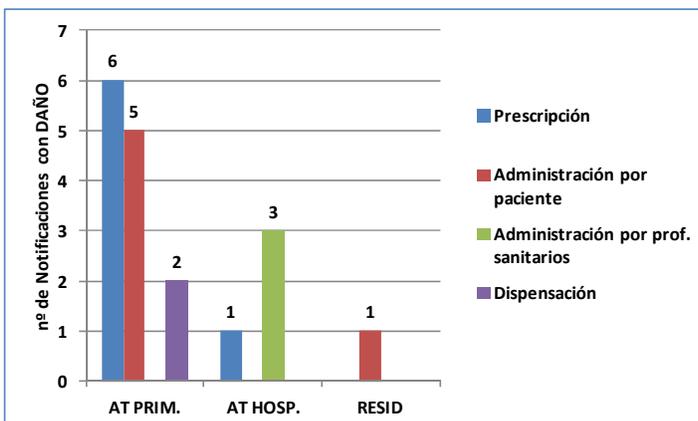
- La clasificación de las notificaciones recibidas según el tipo de error ha sido la siguiente:

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

<b>AT PRIM.</b>	<b>13</b>
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
<b>AT HOSP.</b>	<b>4</b>
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
<b>RESID</b>	<b>1</b>
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=72) 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 (AINE). El caso fue el siguiente:  
Paciente de 67 años con patología cardíaca de base y en tratamiento habitual, entre otros, con losartan con hidroclorotiazida, acuda a urgencias 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 AINE. Este efecto puede ser potencialmente mortal por disminución de la perfusión renal.  
Los que pueden ser en pacientes que estén en tratamiento con triple terapia combinada de IECA/ARA II con Diuréticos y con AINES.

---

**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 que estén en tratamiento con triple terapia combinada de IECA/ARA II con Diuréticos y con AINES.

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.  
EM causa problemas en la interpretación de la prescripción: ambigua, ilegible uso de abreviaturas  
% not. vs total    % not. 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@semedic.madrid.org

