

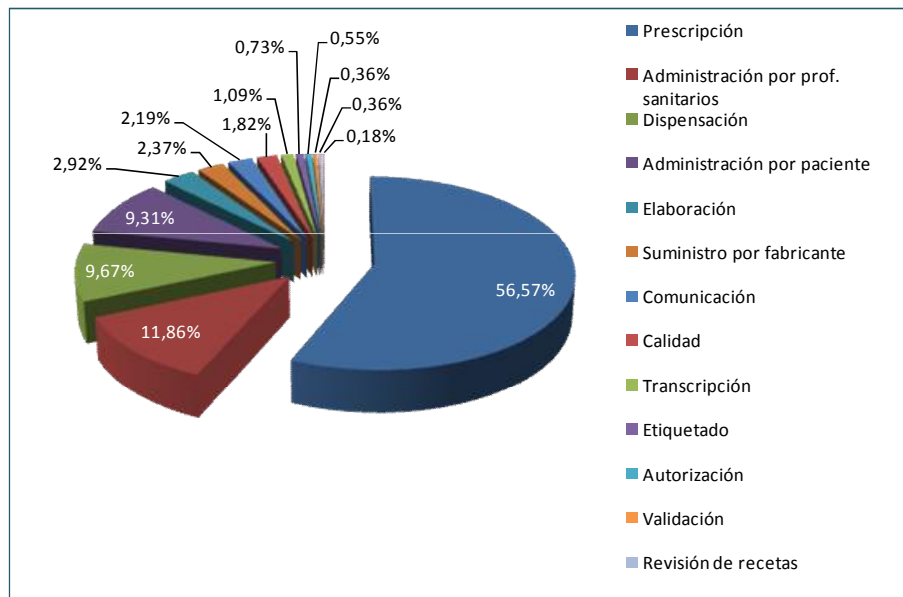


## BOLETIN RESUMEN MENSUAL DE NOTIFICACIONES OCTUBRE 2015

La distribución de las notificaciones recibidas en el Portal de Uso Seguro de Medicamentos en el mes de OCTUBRE (n= 548), según la procedencia de los datos fue la siguiente:

PROCEDENCIA	Nº NOTIF. % vs TOTAL
Unidades Funcionales para la Gestión de Riesgos (AE)	303 (56,42%)
Unidades Funcionales para la Gestión de Riesgos (AP)	204 (37,99%)
Red de Farmacias Centinela (RFC)	30 (5,59%)
Residencias de Ancianos	11 (2,05%)
Sección Medicamentos Extranjeros	0 (0%)

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



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



La clasificación de las notificaciones recibidas según el tipo de error fue la siguiente:

TIPO DE ERROR	% (vs total)
Error en la dosis: omisión o incorrecta	30,11%
Selección inapropiada del medicamento	26,28%
Frecuencia de administración errónea	6,75%
Error en la preparación	6,20%
Se prescribe un fármaco que no suministra los distribuidores	3,47%
Duplicidad de medicamentos o utilización de fármacos innecesarios	3,28%
Medicamento deteriorado	2,92%
Forma farmacéutica errónea	2,37%
Se prescribe un medicamento que no está comercializado	2,37%
Vía de administración incorrecta	2,37%
Paciente equivocado	2,01%
Prescripción y/o utilización de fármacos fuera de indicación	1,82%
Duración del tratamiento incorrecta	1,82%
Error de almacenamiento	1,64%
Monitorización insuficiente del tratamiento	1,28%
Falta de cumplimiento del paciente	1,09%
Técnica de administración errónea	0,91%
Hora de administración incorrecta	0,91%
Error administrativo, subsanable por el farmacéutico	0,73%
Error en el principio activo	0,55%
Prescripción y/o utilización de fármacos contraindicados en ficha técnica	0,36%
Velocidad de administración incorrecta	0,36%
Error en el envase prescrito o dispensado	0,18%
Prescripción de fórmulas magistrales a partir de especialidades farmacéuticas	0,18%

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

CONSECUENCIAS PARA EL PACIENTE	% (vs total)
El error se produjo, pero no alcanzó al paciente	32,48%
Circunstancias o eventos con capacidad de causar error	26,64%
El error llegó al paciente, pero no le produjo daño	25,36%
El paciente requirió monitorización y/o intervención aunque no se produjo daño	4,56%
El error llega al paciente pero no se administra	4,01%
El error se ha producido, pero no se ha podido hacer seguimiento y conocer el daño	3,28%
<b>El paciente presentó un daño temporal que requirió intervención médica</b>	<b>3,10%</b>
<b>Se ha requerido intervención para mantener la vida del paciente</b>	<b>0,36%</b>
<b>El paciente ha precisado o prolongado la hospitalización</b>	<b>0,18%</b>

Se ha recibido comunicación de la AEMPS o desde Control farmacéutico, relacionada con los siguientes restablecimientos/faltas de suministro:

C.N	Medicamento	Situación	Observaciones de la AEMPS
776211	KETOLAR 50 mg/ml SOLUCION INYECTABLE , 1 vial de 10 ml	Restablecimiento de suministro	El 13/10/2015 se ha reanudado el suministro.
991240	LUDIOMIL 75 mg , 28 comprimidos (maprotilina)	Problemas de suministro	El Servicio de Medicación Extranjera de la AEMPS ha confirmado su importación
670133	SECALIP 250 mg CAPSULAS DURAS DE LIBERACION PROLONGADA , 30 cápsulas	Restablecimiento de suministro	Con fecha 18/09/2015 restableció el suministro y actualmente tiene stock suficiente para abastecer al mercado
836585	TOFRANIL 25 mg COMPRIMIDOS RECIBIERTOS , 50 comprimidos (imipramina hidrocioruro)	Problemas de suministro	El Servicio de Medicación Extranjera de la AEMPS ha confirmado su importación.

Listado completo de medicamentos con problemas de suministro en la web de la AEMPS. Disponible en:  
<http://www.aemps.gob.es/cima/fichasTecnicas.do?metodo=buscarDesabastecidos>

**ALGUNAS NOTIFICACIONES RECIBIDAS EN EL PORTAL DE USO SEGURO DE MEDICAMENTOS CON CONSECUENCIAS DE DAÑO (remisión al Centro de Farmacovigilancia de la Comunidad de Madrid):**

**MIRAPEXIN 0,7MG 30 COMPRIMIDOS (pramipexol)**

Se pauta al paciente Mirapexin® por síndrome de piernas inquietas. Por error, se pauta 0,7 mg en lugar de 0,18 mg. La primera noche el paciente se despierta con epigastralgia, disnea y malestar, con posible síncope a los pocos segundos. Se despierta por la mañana con somnolencia y epigastralgia.

**SERTRALINA 50 MG COMPRIMIDO RECUBIERTO**

Prescripción de Sertralina 50 mg con pauta ½ comp. por la mañana los primeros 10 días y después 1 comp. entero por la mañana de continuo. La paciente tomó 1-0- ½ y presentó náuseas y mareo.

**STOPCOLD 5/120 MG 20 COMP. (cetirizina y pseudoefedrina)**

Paciente hipertensa con alergia registrada en historia clínica hace muchos años al Stopcold®. Se le prescribe por cuadro viral Stopcold®. La paciente se administra un comprimido por la mañana y, al poco tiempo, le produce erupción cutánea tipo eritema en tronco.

**TAPENTADOL**

Paciente que refiere mareo intenso con náuseas desde hace 3 días. Se realiza exploración neurológica (normal) y cardiológica (ECG con bradiarritmia). Se disminuye la dosis del betabloqueante. Al finalizar la consulta solicita que le adelanten una receta de Tapentadol (receta electrónica) porque se va a ir fuera unos días y le van a faltar. Añade que ha intentado alargar la duración del último envase partiendo las pastillas. En este momento se advierte la causa de su situación clínica. Se le explica que ese tipo de comprimidos, de liberación prolongada, no se pueden partir, morder ni triturar.

**TRYPTIZOL 25 mg**

Paciente en tratamiento, desde neurología, por migrañas con Tryptizol® 25 mg un comp. por la noche y refiere que ha leído el prospecto donde se indica que puede tomar más dosis, por lo que está utilizando 25 mg cada 12 horas. Por eso presenta importante somnolencia.

**AMOXICILINA/ACIDO CLAVULANICO NORMON 1.000 MG/200 MG POLVO PARA SOLUCION INYECTABLE Y PARA PERFUSION**

Se administra, por error, amoxicilina/clavulánico 1 g a un paciente equivocado alérgico a esta medicación. Al administrarle aproximadamente un cuarto del vial, el paciente comienza a tener sintomatología de mareo y sudoración. En ese momento se advierte el error y se suspende inmediatamente la administración. Se tomaron las medidas terapéuticas pertinentes para la estabilización del paciente

**GLUCOSADO HIPERTONICO 40% FRESENIUS KABI, 12 FRASCOS DE 250 ML (carbohidratos)**

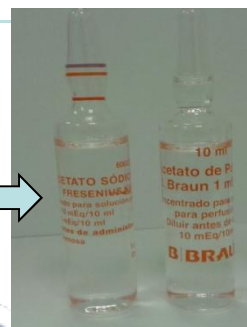
Se solicita parenteral para un paciente con el menor volumen posible y se le advierte, por teléfono, que se reducirá la glucosa a 70 g y también el aporte calórico; no se transcribe el cambio de prescripción en el programa informático. La prescripción de glucosa se mantiene en 100 g jueves y viernes y el miércoles se prepara con 70 g ya que no aumentaron el volumen. No se conoce las consecuencias del error.

**SUERO FISIOLÓGICO**

Paciente que se le iba a anestesiar en una cirugía programada de tórax. Una vez cogida la vía periférica y administrar la premedicación, el anestesta se da cuenta que lo que la enfermera había colocado en el abocath era el sistema de la bomba de perfusión de remifentanilo, que al estar sin colocar aún la bomba tenía caída gravitacional le produjo una desaturación importante, rigidez y disminución del nivel de consciencia. Hubo que ventilar con mascarilla facial, bolsa y administrar naloxona. A los 23 minutos revirtió el cuadro.

**NOTAS REMITIDAS A LA AEMPS:**

**1.- ACETATO DE POTASIO B.BRAUN 1 mEq/ml CONCENTRADO PARA SOLUCION PARA PERFUSION , 10 ampollas de 10 ml y ACETATO SODICO 1M FRESENIUS KABI CONCENTRADO PARA SOLUCION PARA PERFUSION, 100 ampollas de 10 ml: Similitud de envases, se propone introducir algún cambio que facilite la diferenciación de las ampollas.**



**2.- DECAPEPTYL TRIMESTRAL 11,25 mg POLVO Y DISOLVENTE PARA SUSPENSION INYECTABLE, 1 vial + 1 ampolla de disolvente: Se propone el cambio de la aguja que tenga sistema de seguridad para que , si es preciso, se pueda cambiar por otra disponible.**



<p>Servicio Madrileño de Salud Servicio Central de Coordinación Comunidad de Madrid</p>	<p>SEGURIDAD DE MEDICAMENTOS PROCESOS AUTOMATIZADOS DE LA COMUNIDAD DE MADRID</p> <p>Comunicación de incidencias Nº DE IMP-0 Nº 12/2016 Fecha recibida: 06/05/2016</p>
<p>MEDICAMENTOS IMPLICADOS</p> <p>DECAPEPTYL TRIMESTRAL 11,25 mg POLVO Y DISOLVENTE PARA SUSPENSION INYECTABLE, 1 vial + 1 ampolla de disolvente (C. N. 869889)</p>	
<p>PROBLEMA DETECTADO</p> <p>En el marco del Programa de Notificación de Errores de Medicación de la Comunidad de Madrid, hemos tenido conocimiento a través de una Unidad Funcional de Gestión de Riesgos de Atención Primaria de la existencia de una especialidad farmacéutica de administración intramuscular: DECAPEPTYL TRIMESTRAL 11,25 mg POLVO Y DISOLVENTE PARA SUSPENSION INYECTABLE, 1 vial + 1 ampolla de disolvente que incluye una aguja que no tiene sistema de seguridad (imagen de la izquierda). El problema que nos comunican fue que al administrar el profesional sanitario el medicamento, observó que se había precipitado en la aguja, por lo que se desechó a cambiar la aguja con otra disponible en el Centro de Salud, pero actualmente todas las agujas disponen de sistema de seguridad, con rosca (ver imagen centro y derecha) por lo que no se pudo cambiar la aguja y no se pudo administrar el medicamento. El envase se tuvo que desechar y la paciente tuvo que volver otro día para que le administrasen otro envase.</p>	

**3.- DOGMATIL 50 mg/ml SOLUCION INYECTABLE, 12 ampollas de 2 ml; Ante la falta de suministro se importa el medicamento con etiquetado en alfabeto diferente. Esto puede originar un problema de seguridad, por eso se propone que el medicamento se suministre identificado para evitar errores de medicación.**