

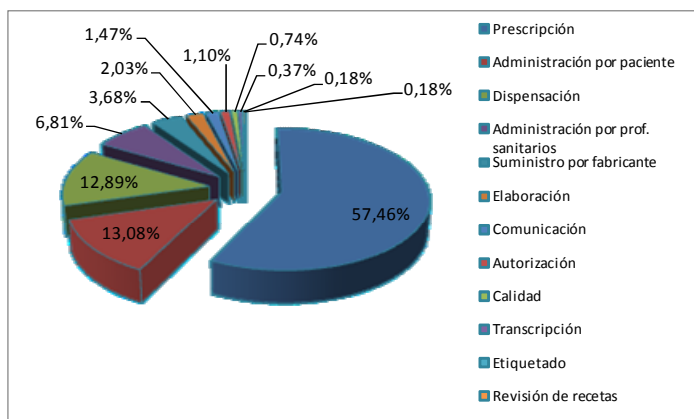


BOLETIN RESUMEN MENSUAL DE NOTIFICACIONES MARZO 2015

La distribución de las notificaciones recibidas (n= 547) en el mes de MARZO, según la procedencia de los datos es la siguiente:

PROCEDENCIA	Nº NOTIF. % vs TOTAL
Unidades Funcionales para la Gestión de Riesgos (AE)	226 (42,09%)
Unidades Funcionales para la Gestión de Riesgos (AP) • Se han incluido en este ámbito las notificaciones de la Sección de Medicamentos Extranjeros (n=2)	255 (47,49%)
Oficinas de Farmacia de la RFC	59 (10,99%)
Residencias de Ancianos	7 (1,3%)

Origen del error (n= 547)



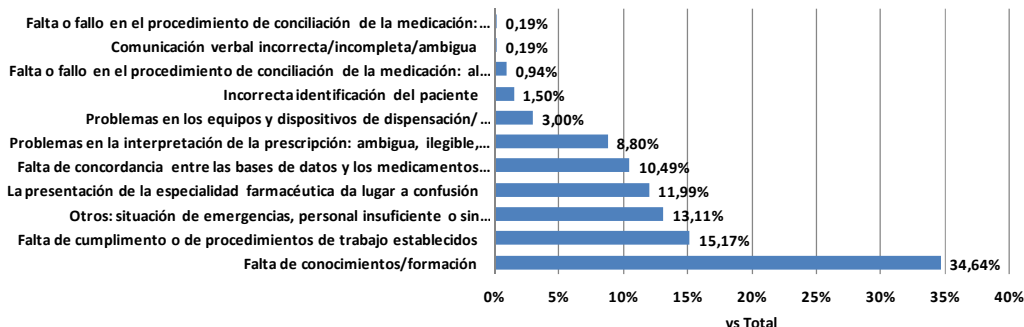
Consecuencias para el paciente

	% (n= 547)
El error se produjo, pero no alcanzó al paciente	30,76%
El error llegó al paciente, pero no le produjo daño	27,26%
Circunstancias o eventos con capacidad de causar error	19,89%
El error llega al paciente pero no se administra	9,94%
El paciente requirió monitorización y/o intervención aunque no se produjo daño	6,45%
El paciente presentó un daño temporal que requirió intervención médica	2,95%
El error se ha producido, pero no se ha podido hacer seguimiento y conocer el daño	2,03%
El paciente ha precisado o prolongado la hospitalización	0,55%
Se ha requerido intervención para mantener la vida del paciente	0,18%

Tipo de error

Tipo de error	% (n=547)
Error en la dosis: omisión o incorrecta	28,91%
Selección inapropiada del medicamento	20,44%
Frecuencia de administración errónea	7,92%
Se prescribe un fármaco que no suministra los distribuidores	6,45%
Error en la preparación	4,97%
Se prescribe un medicamento que no está comercializado	4,60%
Forma farmacéutica errónea	4,05%
Duplicidad de medicamentos	4,05%
Paciente equivocado	2,58%
Medicamento deteriorado	1,84%
Error en el principio activo	1,84%
Prescripción y/o utilización de fármacos contraindicados en ficha técnica	1,84%
Vía de administración incorrecta	1,66%
Duración del tratamiento incorrecta	1,66%
Prescripción y/o utilización de fármacos fuera de indicación	1,29%
Error administrativo, subsanable por el farmacéutico	1,29%
Falta de cumplimiento del paciente	1,29%
Técnica de administración errónea	0,92%
Error en el envase prescrito o dispensado	0,92%
Monitorización insuficiente del tratamiento	0,92%
Velocidad de administración incorrecta	0,37%
Error de almacenamiento	0,18%

Causas (n= 547)



ALGUNAS NOTIFICACIONES CON CONSECUENCIAS DE DAÑO (remitidas al centro de farmacovigilancia de la CM)

ALGIDOL SOBRES , 12 SOBRES

Paciente con intolerancia a codeína que desde consulta de atención primaria se pauta Algidol® por catarro de vías altas. La paciente al tomar el primer sobre, comienza con epigastralgia intensa y reflujo, necesitando acudir de urgencias al centro de salud.

AMOXICILINA

El paciente toma por error amoxicilina con conocimiento de su alergia a B lactámicos (tenía el fármaco en su casa por prescripción a un familiar).

ANALGESICO

Paciente oncológica que ingresa en el hospital y se da de alta con su medicación habitual, entre la que figura medio parche de fentanilo de 12 mcg cada 72 horas. Por error la paciente sale de alta con un parche de 25 mcg que le produjo esa noche menor reactividad a estímulos y mayor deterioro.

ANTIBIÓTICO

Paciente acude a urgencias al centro de salud por urticaria, picores y enrojecimiento facial. Se había administrado, por confusión, un comprimido de amoxicilina en vez de paracetamol, para tratar una cefalea.

BUSCAPINA 20 MG SOLUCION INYECTABLE , 6 AMPOLLAS DE 1 ML

Paciente al que se le pauta vía subcutánea Buscapina® (butil bromuro de hioscina, pero en la farmacia le dispensan Buscapina compositum® (con metamizol) que es un medicamento que no se debe administrar vía subcutánea. Consecuencias, picor, dolor e irritación de la piel a nivel local.

CAPTOPRIL

Paciente alérgica a captopril, registrado en la historia, se administra captopril. Se detecta el error en los primeros tres minutos de después de la administración. Se monitoriza en el centro, presenta leve angioedema en labio y se administra corticoide.

ORAMORPH 2 MG/ML

Paciente terminal a la que se prescribe Oramorph® 2 mg/ml 1,5 ml (3 mg) cada 4 horas. La cuidadora interpreta, por error, 1,5 ml en la medida del vaso medidor cuando lo que marcaba en realidad eran 15 ml (30 mg) (2 veces al día). La paciente presentó neurotoxicidad, somnolencia, mioclonias y bajo nivel de conciencia.

PREGABALINA 75

Paciente en tratamiento con pregabalina en dosis progresivas al que le corresponde revisión para ajuste de dosis (tomaba 75 mg cada 12 horas). Ante la ausencia de mejoría, el médico retira la medicación y pauta naproxeno y tramadol. Como consecuencia le produjo síndrome de abstinencia e intolerancia digestiva al tramadol. Fue atendido por SUMMA en domicilio.

ALGIDOL SOBRES , 12 SOBRES

Paciente con intolerancia a codeína que desde consulta de atención primaria se pauta Algidol® por catarro de vías altas. La paciente al tomar el primer sobre, comienza con epigastralgia intensa y reflujo, necesitando acudir de urgencias al centro de salud.

ADVAGRAF 1 MG 60 CAPSULAS DURAS LIBER PRO

Paciente trasplantado hepático ingresado en el servicio de Digestivo, en tratamiento con Advagraf 1 mg comp. una vez al día. Como este medicamento no está incluido en el Sistema Automatizado de Dispensación (SAD, Pyxis(R)) de la unidad de enfermería, le administran en su lugar Prograf® 1 mg caps una vez al día, pensando que son lo mismo al tener el mismo principio activo y la misma dosis. Por su farmacocinética, el Advagraf® se administra cada 24 horas pero el Prograf® debe administrarse cada 12 horas.

INSULATARD FLEXPEN 100UI/ML 5 PLU PRE 3ML SUS INY

Paciente que ingresa en el Servicio de Oncología. Durante el ingreso consiguen controlar adecuadamente las glucemias con insulino terapia. Al alta se establece en el informe la siguiente pauta de insulina: Insulina NPH 20 unidades por la mañana y 16 a mediodía. Insulina Actrapid según controles previos a las 3 comidas descritos en el informe. Durante el ingreso, al paciente, no se le enseñó a administrarse la insulina ya que en el hospital no están incluidos los bolígrafos que se dispensan en la oficinas de farmacia y las glucemias se controlan mediante fracciones de viales. Por error, en el domicilio, el paciente se administra varias veces la insulina. Como consecuencia le recoge la ambulancia con DXT: 27, hipotenso y sudoroso y le administran glucosmon, suero glucosado al 5% y se traslada a hospital. Tras corregirse, se da de alta, pero al día siguiente vuelve a tener hipoglucemias y se le vuelve a ingresar, administrando glucagon, glucosmon y suero glucosado al 5%.

ALGUNOS PROBLEMAS DE CALIDAD COMUNICADOS EN EL PORTAL DE USO SEGURO DE MEDICAMENTO

- MEDICACIÓN DE ENSAYO CLÍNICO: •OFTALMOWELL , 1 TUBO DE 5 ML: Detectan la tapa rota •VACUNA HIPOSENSIBILIZANTE : Incluyen jeringas de insulina
- SALINA FISIOLÓGICA GRIFOLS 0,9% SOLUCION PARA PERFUSION, 50 BOLSAS DE 100 ML (FLEBOFLEX): Detectan bolsas infladas.
- CLOTRIMAZOL BAYFARMA 100 MG 6 COMP. VAGINALES :El paciente detecta deficiente calidad.

Notas de la AEMPS sobre problemas de suministro:

- ✓MUNOCARE 50 MG/G CREMA 24 sobres unidosis de 50 mg. Restablecido el suministro
- ✓POLARAMINE INYECTABLE. Restablecido el suministro
- ✓COLIRCUSI FLUORESCINA 20 mg/ml COLIRIO EN SOLUCION , 1 frasco de 10 ml. Disponible por Medicamentos Extranjeros
- ✓PENTACARINAT 300 mg solución inyectable , 5 viales + 5 ampollas de disolvente. Disponible por Medicamentos Extranjeros

Notificaciones recibidas sobre posibles faltas de suministro

•BILINA 0.05% COLIRIO 4 ML	•BOI-K 50 COMPRIMIDOS EFERVESCENTES	•KOFRON 250MG/5ML 100ML SUSPENS EXTEMPORAN	•RYTMONORM 150
•PARACETAMOL 1000 MGRS. 40 SOBRES EFERVESCENTES	•POLARAMINE 2 MG 20 COMP.	•CEFUROXIMA 250MG/5ML 60 ML SOLUCION/SUSPENSION ORAL	•CLARITROMICINA 250 MGRS./5 ML. 100 ML. SUSP.
•DROSURE DIARIO 0.03 MG/3 MG COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG , 84 (3 X 28) COMPRIMIDOS			
•FORMATRIS NOVOLIZER 6 MICROGRAMOS/DOSIS, POLVO PARA INHALACIÓN, 1 INHALADOR+1 CARTUCHO DE 60 DOSIS			
•ACTOCORTINA 100 MG POLVO Y DISOLVENTE PARA SOLUCION INYECTABLE , 10 VIALES			

LISTADO DE MEDICAMENTOS CON PROBLEMAS DE SUMINISTRO: <http://www.aemps.gob.es/cima/fichasTecnicas.do?metodo=buscarDesabastecido>

Boletín de Recomendaciones a Profesionales:

☐CODEÍNA, ERRORES DE MEDICACIÓN: A raíz de un error de dosificación del medicamento TOSEINA, 1 frasco de 250 ml (codeína), en un niño de 2 años de edad, se recuerda la pauta de dosificación en niños así como las nuevas restricciones de uso de la codeína como antitusígeno en pediatría, difundidas por la AEMPS para evitar casos de intoxicación en pacientes que genéticamente son metabolizadores ultrarrápidos. Además se concluye que el abordaje de la tos crónica en niños deberá ser preferentemente etiológico.