

MEMORIA DE ACTIVIDADES 2015

ESTRATEGIA DE SEGURIDAD EN EL USO DE
MEDICAMENTOS.
COMUNIDAD DE MADRID.



25/01/2016

Subdirección de Farmacia y Productos Sanitarios.

Área de Proyectos Farmacéuticos

ÍNDICE:

**SEGURIDAD DE
MEDICAMENTOS**

SMCM



**COMUNIDAD DE
MADRID**

1.- Análisis notificaciones recibidas:	Pg
Notificaciones/errores de medicación (EM) recibidas por ámbito asistencial y participación en el Programa de Uso Seguro de Medicamentos	3
Análisis de las notificaciones recibidas según el Origen del error	4
Análisis según la persona que descubre el error	7
Análisis de los EM con daño según la persona que lo descubre	8
Notificaciones recibidas según el tipo de error	11
Principales causas de los EM	12
Principales grupos de fármacos notificados	13
Notificaciones relacionadas con una posible falta de suministro	14
Notificaciones relacionadas con posibles defectos de calidad	14
Notificaciones relacionadas con la prescripción	14
Notificaciones relacionadas con la administración por los pacientes	15
Notificaciones relacionadas con la administración por los profesionales	16
Notificaciones recibidas según la edad de los pacientes	17
Clasificación EM con causa los problemas en la interpretación de la prescripción, uso de abreviaturas...	17
Clasificación notificaciones según las consecuencias para el paciente	18
EM con medicamentos de alto riesgo en Hospitales	21
2.- Actuaciones realizadas	
Evaluación y Gestión de Notificaciones sobre errores de medicación recibidas en el Portal de Uso Seguro de Medicamentos. Comunicaciones a la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios	22
Informes seguimiento de Indicadores de seguridad	22
Boletines Análisis Mensual de Atención Especializada	22
Boletín Análisis Mensual de Atención Primaria	23
Boletines Recomendaciones a profesionales	23
Boletines Mensuales de Errores de Medicación	23
3.- Otras actividades	
Campaña difusión Documento de Estandarización de abreviaturas a Oficinas de Farmacia y Pacientes	23
Publicación de Noticias en el Portal de Uso Seguro del Medicamento	24
Congresos, Cursos y Jornadas	24
Formulario de Notificación de Atención Especializada. Mejoras realizadas	24
Colaboraciones. Recomendaciones Generalizables de Seguridad	25

1.- Análisis notificaciones recibidas en el año 2015

Análisis de las Notificaciones recibidas por ámbito asistencial y participación en el Programa.

Durante el año 2015 se han comunicado en el Portal de Uso Seguro de Medicamentos de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, un total de 6.910 notificaciones relacionadas con errores de medicación (EM), un 10,86 % más que en el año 2014. Se ha continuado trabajando fomentando la notificación de los errores de medicación (EM) por parte de las Unidades Funcionales tanto de Atención Especializada (UFGR-AE) como de Atención Primaria (UFGR-AP). En este sentido se ha producido un aumento, del 17% y del 3,3% respectivamente en el número de notificaciones registradas en el Portal de Uso Seguro de Medicamentos respecto al año 2014. La Red de Farmacias Centinela (RFC), por el contrario, ha disminuido su participación en un 13% respecto al año anterior.

Este año, la Subdirección de Farmacia ha incorporado en el Programa de notificación de EM a las Residencias de Ancianos (con un 2,3% de participación en el año 2015) y a la Sección de Medicamentos Extranjeros (ME) (con un 0,2% de participación en el año 2015).

La distribución y evolución del nº de notificaciones comunicados en últimos años según la procedencia de los datos se muestra en la tabla 1 y tabla 2 (últimos tres años) y en el gráfico 1:

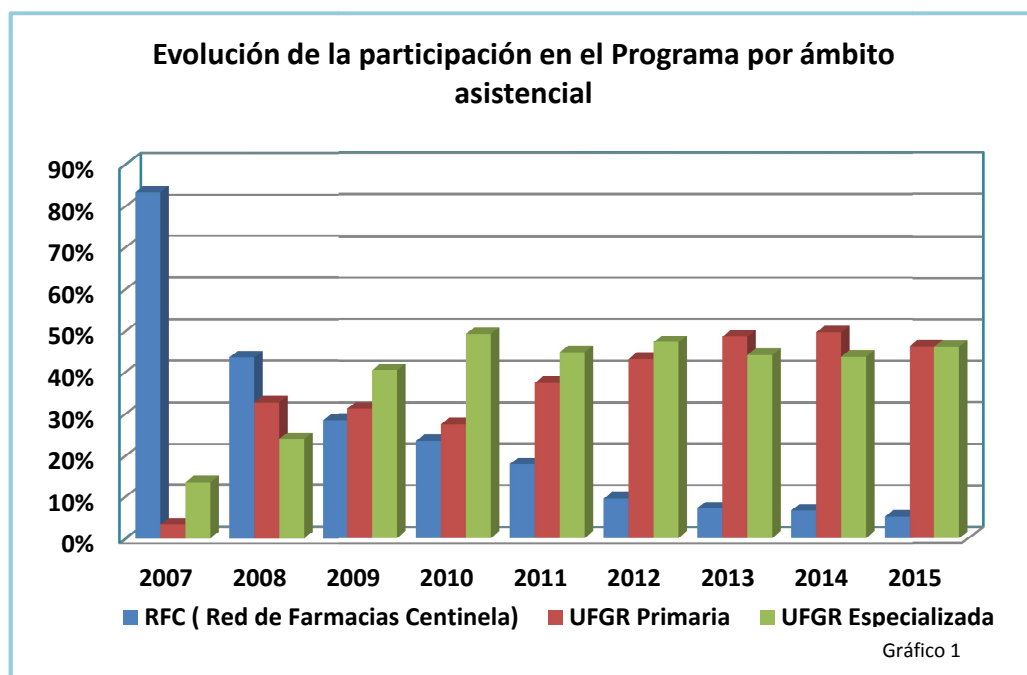
Ámbito notificación	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
RFC	845	760	997	993	1.025	625	438	413	358
UFGR- AP*	33	572	1.096	1.167	2.156	2.830	2.929	3.092	3.194
UFGR -AE*	136	419	1.419	2.095	2.579	3.087	2.662	2.727	3.190
Administrador								1	
RESIDENCIAS									156
Sección ME									12
TOTAL	1.014	1.751	3.512	4.255	5.760	6.543	6.029	6.233	6.910

Tabla 1

*Fecha de creación abril de 2007

	nº EM 2013	% vs total 2013	nº EM 2014	% vs total 2014	nº EM 2015	% vs total 2015
RFC	438	7,26%	413	6,63%	358	5,22%
UFGR -AE	2.662	44,15%	2.727	43,76%	3.190	46,2%
UFGR- AP	2.929	48,58%	3.092	49,61%	3.194	46,2%
Administrador			1			
Residencias					156	2,3%
Sección ME					12	0,2%
TOTAL	6.029		6.233		6.910	100%

Tabla 2



Con el fin de poder establecer estrategias de mejora en la seguridad de los medicamentos se realiza un análisis de las notificaciones recibidas este año 2015.

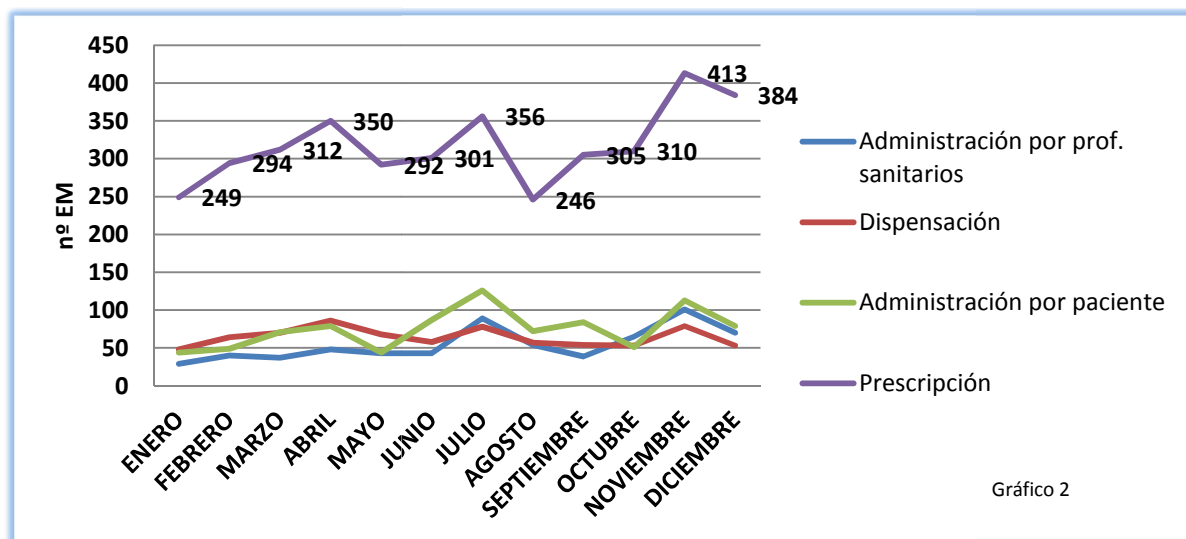
Análisis de las notificaciones recibidas según el Origen del error:

Las notificaciones registradas en el Portal de Uso Seguro de Medicamentos, en el año 2015, según el origen del error, se clasifican de la siguiente manera:

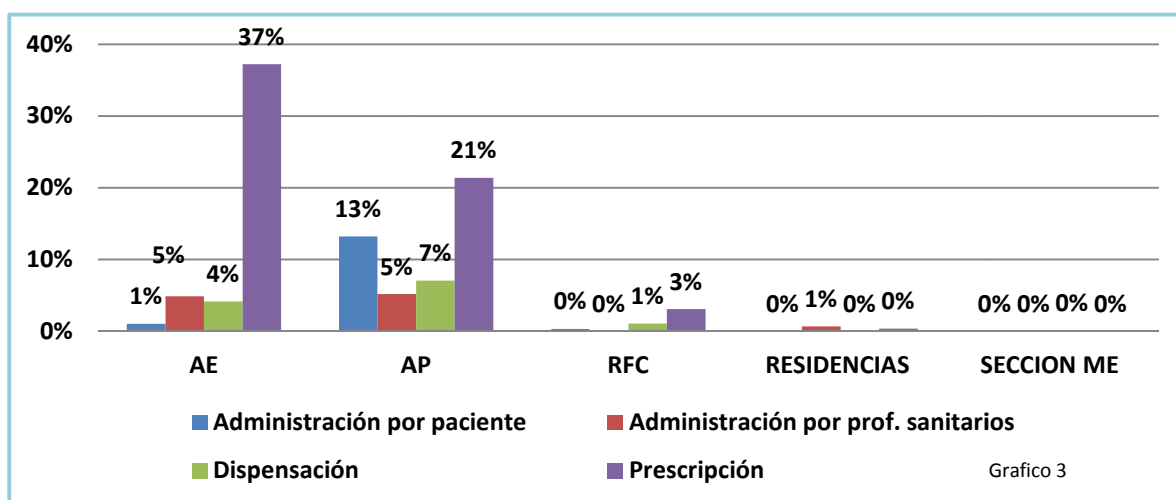
ORIGEN DEL ERROR	% vs TOTAL registrado
Prescripción	55,51%
Administración por paciente	13,09%
Dispensación	11,18%
Administración por profesionales sanitarios	9,58%
Suministro por fabricante	2,78%
Elaboración	2,43%
Comunicación	1,63%
Calidad	1,43%
Autorización	0,90%
Transcripción	0,61%
Etiquetado	0,36%
Revisión de recetas	0,22%
Validación	0,20%
Monitorización	0,06%

Tabla 3

Más de la mitad de los EM han tenido su origen en la etapa de la prescripción ($n=3.812$). En el gráfico 2 se muestra la evolución de los EM que han tenido su origen en la etapa de la prescripción, de la administración por profesionales sanitarios y por pacientes a lo largo del 2015.



La distribución de los EM, más notificados y según el origen del error por ámbito asistencial, queda reflejado en el siguiente gráfico nº 3.



En la siguiente tabla nº 4 se muestran los errores de medicación con daño ($n=269$) según el origen del error. Como en el año anterior, el mayor porcentaje de errores de medicación con daño se han originado en la etapa de la administración por el paciente 36,8% ($n=99$), seguido de la etapa de la prescripción 28,25% ($n=76$) y de la etapa de administración por profesionales sanitarios 20,82% ($n=56$).

NOTIFICACIONES CON DAÑO AL PACIENTE SEGÚN EL ORIGEN DEL ERROR	Nº	% (n=269)
Administración por paciente	99	36,80%
El paciente presentó un daño temporal que requirió intervención médica	84	31,23%
El paciente ha precisado o prolongado la hospitalización	11	4,09%
Se ha requerido intervención para mantener la vida del paciente	3	1,12%
El paciente presentó un daño permanente	1	0,37%
Prescripción	76	28,25%
El paciente presentó un daño temporal que requirió intervención médica	64	23,79%
El paciente ha precisado o prolongado la hospitalización	10	3,72%
Se ha requerido intervención para mantener la vida del paciente	2	0,74%
Administración por profesionales sanitarios	56	20,82%
El paciente presentó un daño temporal que requirió intervención médica	45	16,73%
El paciente ha precisado o prolongado la hospitalización	8	2,97%
Se ha requerido intervención para mantener la vida del paciente	3	1,12%
Dispensación	29	10,78%
El paciente presentó un daño temporal que requirió intervención médica	25	9,29%
El paciente ha precisado o prolongado la hospitalización	4	1,49%
Comunicación	4	1,49%
El paciente presentó un daño temporal que requirió intervención médica	2	0,74%
El paciente ha precisado o prolongado la hospitalización	2	0,74%
Transcripción	2	0,74%
El paciente presentó un daño temporal que requirió intervención médica	2	0,74%
Suministro por fabricante	2	0,74%
El paciente presentó un daño temporal que requirió intervención médica	1	0,37%
El paciente ha precisado o prolongado la hospitalización	1	0,37%
Calidad	1	0,37%
El paciente presentó un daño temporal que requirió intervención médica	1	0,37%
TOTAL	269	100,00%

Tabla 4

Las notificaciones con daño han supuesto un 3,89% del total, por lo que se ha producido una disminución del 0,1% respecto al año 2014 (3,99% del total).

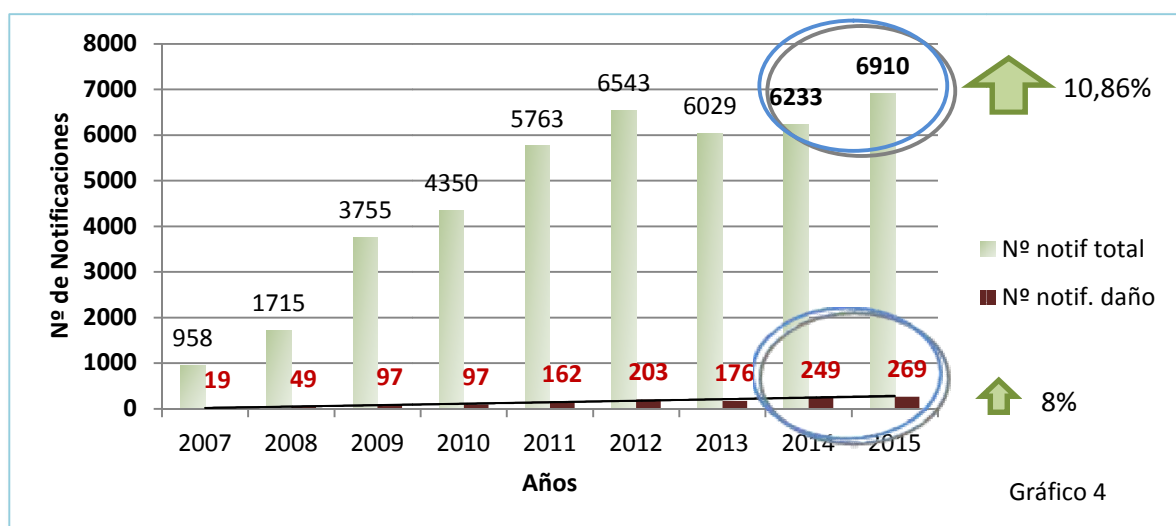
Según ámbito asistencial, éstos EM con daño se han distribuido de la siguiente manera, (tabla 5):

CONSECUENCIAS PARA EL PACIENTE	Nº	% vs total
AP	170	63,20%
El paciente presentó un daño temporal que requirió intervención médica	152	56,51%
El paciente ha precisado o prolongado la hospitalización	15	5,58%
Se ha requerido intervención para mantener la vida del paciente	2	0,74%
El paciente presentó un daño permanente	1	0,37%
AE	77	28,62%

El paciente presentó un daño temporal que requirió intervención médica	53	19,70%
El paciente ha precisado o prolongado la hospitalización	19	7,06%
Se ha requerido intervención para mantener la vida del paciente	5	1,86%
RFC	16	5,95%
El paciente presentó un daño temporal que requirió intervención médica	16	5,95%
RESIDENCIAS	6	2,23%
El paciente presentó un daño temporal que requirió intervención médica	3	1,12%
El paciente ha precisado o prolongado la hospitalización	2	0,74%
Se ha requerido intervención para mantener la vida del paciente	1	0,37%
TOTAL	269	100,00%

Tabla 5

En el siguiente gráfico 4 se muestra la evolución del número de notificaciones totales respecto a las notificaciones con daño, comunicadas en el Portal de de Uso Seguro de Medicamentos a lo largo de los años.

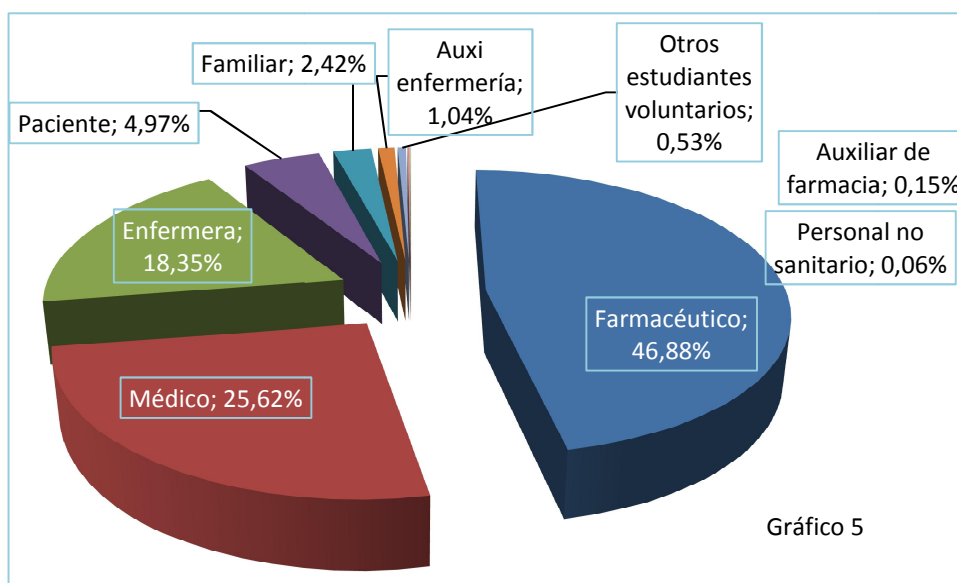


En valor absoluto se ha producido un aumento de 2014 a 2015 del 10,86% en las notificaciones totales y del 8% en las notificaciones con daño al paciente.

Estos datos, a nivel porcentual, indican una **DISMINUCION del 0,1%** de los errores de medicación con daño (del 3,99% en 2014 al 3,89% en 2015).

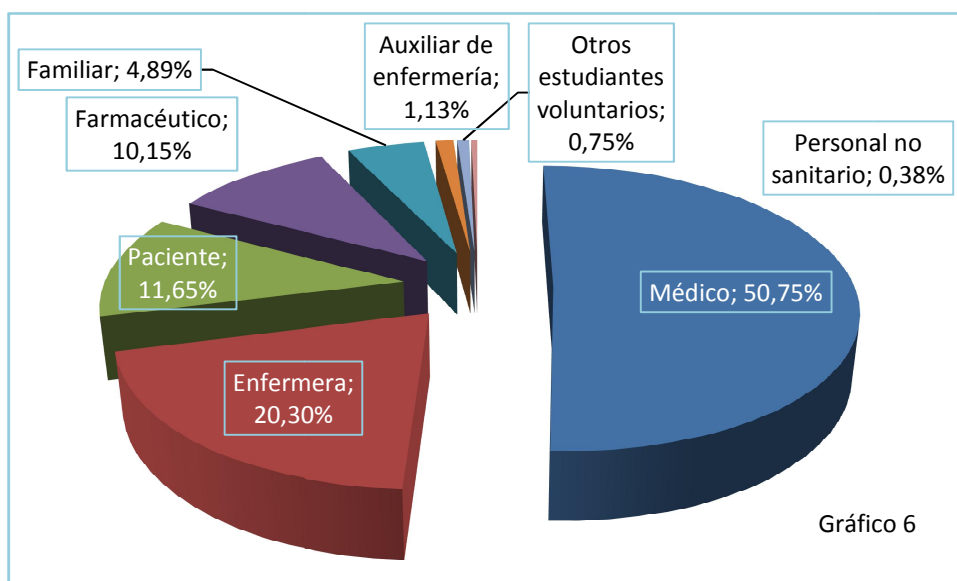
Análisis según la persona que descubre el error:

Como se observa en el siguiente gráfico nº 5, el 46,38% (n=3.199) de los errores de medicación son descubiertos por el farmacéutico, seguido del médico 25,62% (n=1.748) y de la enfermera 18,35% (n=1.252).



Análisis de los errores con daño según la persona que lo descubre:

Se han notificado 269 EM con daño al paciente (3,89% del total de EM). En el gráfico 6 se muestra la distribución de los EM con daño (n=268, existe 1 EM sin identificar la persona) según la persona que lo descubre y lo notifica, destacando que como en el año anterior es el médico el que descubre la mitad de los EM con daño al paciente (50,75%), seguido del paciente y los familiares (total ambos 16,5%) y del farmacéutico (10,15%).



Los errores de medicación que ocasionen un daño en el paciente se consideran reacciones adversas, excepto aquellos derivados del fallo terapéutico por omisión de un tratamiento, tal y como indica el **RD 577/2013 de Farmacovigilancia** art. 2 pto 7, donde también se define *error de medicación como el fallo no intencionado en el proceso de prescripción, dispensación o administración de un medicamento bajo el control del profesional sanitario o del ciudadano que consume el medicamento.*

La clasificación **los errores de medicación con daño (n=269)**, según la persona que los descubre en el 2015 queda de la siguiente manera (tabla 6):

Persona que descubre el EM con DAÑO	% vs total	Nº EM con daño
Médico	50,75%	135
El paciente presentó un daño temporal que requirió intervención médica	42,11%	112
El paciente ha precisado o prolongado la hospitalización	7,52%	20
Se ha requerido intervención para mantener la vida del paciente	1,13%	3
Enfermera	20,30%	54
El paciente presentó un daño temporal que requirió intervención médica	16,54%	44
El paciente ha precisado o prolongado la hospitalización	2,63%	7
Se ha requerido intervención para mantener la vida del paciente	0,75%	2
El paciente presentó un daño permanente	0,38%	1
Paciente	11,65%	31
El paciente presentó un daño temporal que requirió intervención médica	10,90%	29
Se ha requerido intervención para mantener la vida del paciente	0,38%	1
El paciente ha precisado o prolongado la hospitalización	0,38%	1
Farmacéutico	10,15%	27
El paciente presentó un daño temporal que requirió intervención médica	9,02%	24
El paciente ha precisado o prolongado la hospitalización	1,13%	3
Familiar	4,89%	13
El paciente presentó un daño temporal que requirió intervención médica	3,76%	10
El paciente ha precisado o prolongado la hospitalización	0,75%	2
Se ha requerido intervención para mantener la vida del paciente	0,38%	1
Auxiliar de enfermería	1,13%	3
El paciente presentó un daño temporal	0,75%	2

que requirió intervención médica		
• Se ha requerido intervención para mantener la vida del paciente	0,38%	1
Otros estudiantes voluntarios	0,75%	2
• El paciente presentó un daño temporal que requirió intervención médica	0,38%	1
• El paciente ha precisado o prolongado la hospitalización	0,38%	1
Personal no sanitario	0,38%	1
• El paciente ha precisado o prolongado la hospitalización	0,38%	1
• Se ha requerido intervención para mantener la vida del paciente	0,38%	1

Tabla 6

Las notificaciones con daño al paciente según el ámbito, quedan clasificadas de la siguiente manera en el año 2015 (tablas 7):

ÁMBITO NOTIFICACION	Nº	% vs Total
AT. PRIMARIA	170	63,20%
AT. ESPECIALIZADA	77	28,62%
RFC	16	5,95%
RESIDENCIAS	6	2,23%
TOTAL	269	100,00%

Tabla 7.1

Dentro de cada ámbito por Dirección Asistencial, Hospital y Oficina de Farmacia:

AT. PRIMARIA	170
UFR DASURESTE	42
UFR DAOESTE	29
UFR DACENTRO	28
UFR DANORTE	23
UFR DASUR	20
UFR DANOROESTE	17
UFR DAESTE	11
AT. ESPECIALIZADA	77
UFR PRINCIPE DE ASTURIAS	15
UFR GREGORIO MARAÑÓN	12
UFR RAMON Y CAJAL	8
UFR GETAFE	5
UFR INFANTA LEONOR	4
UFR PUERTA DE HIERRO	4
UFR CLINICO SAN CARLOS	3
UFR VIRGEN DE LA POVEDA	3
UFR SUMMA	3

Comunidad de Madrid

UFR SURESTE	2
UFR FUNDACIÓN JIMENEZ DIAZ	2
UFR ALCORCON	2
UFR SERERO OCHOA	2
UFR NIÑO JESÚS	2
UFR PSIQUIÁTRICO JOSE GERMAIN	2
UFR LA PAZ	1
UFR FUENLABRADA	1
UFR VIRGEN DE LA TORRE	1
UFR CENTRAL DE LA CRUZ ROJA	1
UFR INFANTA CRISTINA	1
UFR TAJO	1
UFR ESCORIAL	1
UFR REY JUAN CARLOS	1
RFC	16
FARMAC161	6
FARMAC68	4
FARMAC167	2
FARMAC79	1
FARMAC151	1
FARMAC129	1
FARMAC51	1
RESIDENCIAS	6
UFRRESID	6
Total general	269

Tabla 7.2

Análisis según el tipo de error:

Según el tipo de error, durante el año 2015 los errores de medicación se han concentrado en los errores en la dosis y en los errores en la selección inapropiada del medicamento. En la siguiente tabla nº 8, se refleja la clasificación de todas las notificaciones que lo han incluido reflejado.

TIPO DE ERROR	Nº	% vs total
Error en la dosis: omisión o incorrecta	2037	29,66%
Selección inapropiada del medicamento	1434	20,88%
Frecuencia de administración errónea	580	8,45%
Se prescribe un fármaco que no suministra los distribuidores	387	5,64%
Error en la preparación	365	5,32%
Duplicidad de medicamentos o utilización de fármacos innecesarios	311	4,53%
Forma farmacéutica errónea	256	3,73%
Medicamento deteriorado	203	2,96%
Paciente equivocado	174	2,53%
Se prescribe un medicamento que no está comercializado	173	2,52%
Prescripción y/o utilización de fármacos fuera de indicación	121	1,76%
Vía de administración incorrecta	121	1,76%

Duración del tratamiento incorrecta	120	1,75%
Falta de cumplimiento del paciente	113	1,65%
Monitorización insuficiente del tratamiento	73	1,06%
Prescripción y/o utilización de fármacos contraindicados en ficha técnica	73	1,06%
Error de almacenamiento	70	1,02%
Técnica de administración errónea	70	1,02%
Error administrativo, subsanable por el farmacéutico	45	0,66%
Hora de administración incorrecta	44	0,64%
Error en el principio activo	38	0,55%
Velocidad de administración incorrecta	27	0,39%
Error en el envase prescrito o dispensado	26	0,38%
Prescripción de fórmulas magistrales a partir de especialidades farmacéuticas	4	0,06%
No administración de medicamento prescrito (omisión)	2	0,03%

Tabla 8

Análisis según las causas del error:

Según las causas que han motivado los errores de medicación, éstas han sido la falta de conocimientos y de cumplimiento de los procedimientos normalizados de trabajo, las situaciones de emergencia y los problemas en la interpretación de la prescripción, como el uso de abreviaturas (tabla 9).

CAUSAS	Nº	% vs total
Falta de conocimientos/formación	1755	25,56%
Falta de cumplimiento o de procedimientos de trabajo establecidos	1623	23,63%
Otros: situación de emergencias, personal insuficiente o sin experiencia	903	13,15%
La presentación de la especialidad farmacéutica da lugar a confusión: nombre similares, similitud de envases	685	9,98%
Problemas en la interpretación de la prescripción: ambigua, ilegible, uso de abreviaturas	593	8,64%
Falta de concordancia entre las bases de datos y los medicamentos comercializados	541	7,88%
Problemas en los equipos y dispositivos	308	4,49%
Falta o fallo en el procedimiento de conciliación de la medicación: al ingreso	173	2,52%
Incorrecta identificación del paciente	135	1,97%
Defectos en la calidad del medicamento	91	1,33%
Comunicación verbal incorrecta/incompleta/ambigua	33	0,48%
Falta o fallo en el procedimiento de conciliación de la medicación: entre unidades asistenciales	22	0,32%
Falta o fallo en el procedimiento de conciliación de la medicación: al alta	5	0,07%

Tabla 9

Análisis por grupos de fármaco:

Los principales grupos de fármacos y principios activos que han intervenido en los errores de medicación se muestran en las siguientes tablas 10 y 11:

GRUPOS DE FARMACOS	Nº EM
1. ANTIBACTERIANOS PARA USO SISTÉMICO	689
2. AGENTES ANTITROMBÓTICOS	319
3. ANALGÉSICOS	290
4. AGENTES ANTINEOPLÁSICOS	289
5. PSICOLÉPTICOS	195
6. AGENTES CONTRA PADECIMIENTOS OBSTRUCTIVOS DE LAS VÍAS RESPIRATORIAS	158
7. ANTIVIRALES DE USO SISTÉMICO	158
8. FÁRMACOS USADOS EN DIABETES	153
9. PSICOANALÉPTICOS	139
10. TERAPIA CARDÍACA	132
11. PREPARADOS ANTIANÉMICOS	130
12. PRODUCTOS ANTIINFLAMATORIOS Y ANTIRREUMÁTICOS	125
13. VACUNAS	124
14. SUSTITUTOS DE LA SANGRE Y SOLUCIONES PARA PERFUSIÓN	116

Tabla 10

PRINCIPIO ACTIVO	Nº EM	% vs total
1. AMOXICILINA + ACIDO CLAVULANICO	140	2,50%
2. ACENOCUMAROL	116	2,07%
3. PARACETAMOL	93	1,66%
4. ENOXAPARINA	84	1,50%
5. IBUPROFENO	73	1,31%
6. LEVOTIROXINA SÓDICA	71	1,27%
7. OMEPRAZOL	69	1,23%
8. ÁCIDO ACETILSALICÍLICO	66	1,18%
9. AMOXICILINA	65	1,16%
10. LEVOFLOXACINO	59	1,06%
11. DIGOXINA	58	1,04%
12. METAMIZOL (DIPIRONA)	53	0,95%
13. MORFINA	44	0,79%
14. DARBEPOETINA ALFA	43	0,77%
15. METOTREXATO	42	0,75%

Tabla 11

Notificaciones relacionadas con una posible falta de suministro:

En este año, se han recibido en el Portal de Uso Seguro de Medicamentos 191 notificaciones relacionados con posibles problemas de suministro.

En la siguiente tabla nº 12 se muestran la distribución, por ámbito, de las notificaciones relacionadas con posibles desabastecimientos.

AMBITO	% VS TOTAL	Nº
AP	63,87%	122
RFC	25,13%	48
AE	10,47%	20
Sección ME	0,52%	1
TOTAL	100,00%	191

Tabla 12

Notificaciones recibidas relacionadas con posibles defectos de Calidad:

Durante el año 2015 se han notificado en el Portal de Uso Seguro de Medicamentos 98 notificaciones relacionadas con un posible defecto de calidad.

En la siguiente tabla nº 13 se muestran la distribución, por ámbito, de las notificaciones relacionadas con los posibles defectos de calidad.

AMBITO	% VS TOTAL	Nº
AE	41,84%	41
AP	30,61%	30
RFC	25,51%	25
SECCION EXTRANJEROS SERMAS	1,02%	1
RESIDENCIAS	1,02%	1
TOTAL	100,00%	98

Tabla 13

Notificaciones relacionadas con la prescripción:

Durante este año se han recibido un total de 3812 EM con origen la prescripción y en 76 casos (el 2%), se produjeron consecuencias de daño al paciente. En la siguiente tabla 14 se muestran las causas de estos EM con daño

CAUSAS en los EM con daño de origen la prescripción	Nº EM
• Falta de conocimientos/formación	23
• Falta de cumplimiento o de procedimientos de trabajo establecidos	22
• Otros: situación de emergencias, personal insuficiente o sin experiencia	14
• Problemas en la interpretación de la prescripción: ambigua, ilegible, uso de abreviaturas	7
• La presentación de la especialidad farmacéutica da lugar a confusión:	5

nombre similares, similitud de envases	
• Falta o fallo en el procedimiento de conciliación de la medicación: al ingreso	2
• Problemas en los equipos y dispositivos de dispensación/ preparación/ administración	1
• Comunicación verbal incorrecta/incompleta/ambigua	1
• Incorrecta identificación del paciente	1
TOTAL	76

Tabla 14

Notificaciones relacionadas con la administración por los pacientes:

Se ha realizado un análisis de los EM con origen la administración por el paciente (n=899), de los que en un 11% (n= 99), se ha producido daño al paciente. En la siguiente tabla se muestra la gravedad del daño. En las tablas 15 y 16 se indican las consecuencias del daño y sus causas:

Origen del error	CONSECUENCIAS	Nº EM
Administración por paciente	• El paciente presentó un daño temporal que requirió intervención médica	84
	• El paciente ha precisado o prolongado la hospitalización	11
	• Se ha requerido intervención para mantener la vida del paciente	3
	• El paciente presentó un daño permanente	1
TOTAL		99

Tabla 15

CAUSAS en los EM con daño de origen la administración por el paciente	Nº EM
• Falta de conocimientos/formación	38
• Problemas en la interpretación de la prescripción: ambigua, ilegible, uso de abreviaturas	23
• La presentación de la especialidad farmacéutica da lugar a confusión: nombre similares, similitud de envases	11
• Falta de cumplimiento o de procedimientos de trabajo establecidos	9
• Otros: situación de emergencias, personal insuficiente o sin experiencia	7
• Problemas en los equipos y dispositivos de dispensación/ preparación/ administración	4
• Incorrecta identificación del paciente	4
• Defectos en la calidad del medicamento	2
• Comunicación verbal incorrecta/incompleta/ambigua	1
TOTAL	99

Tabla 16

Notificaciones recibidas relacionadas con la administración por los profesionales sanitarios:

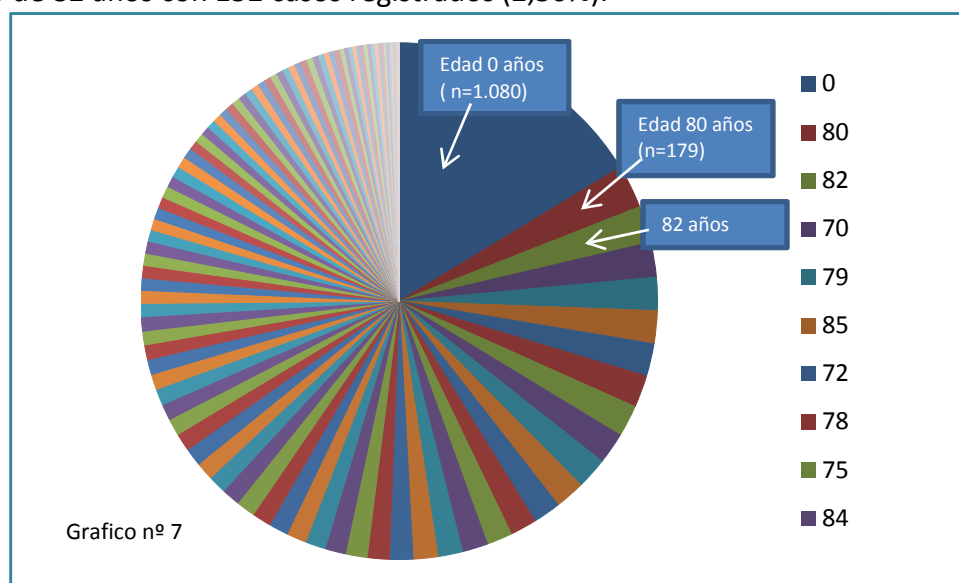
Se han recibido 658 notificaciones relacionadas con la administración por profesionales sanitarios de las que en 56 ocasiones se produjo daño al paciente (de estas 32 corresponden ámbito hospitalario, 19 al ámbito de Primaria y 5 a las Residencias). En la tabla 17 se exponen las causas de los errores con daño cuando el origen ha sido la administración por los profesionales sanitarios.

CAUSAS en los EM con daño de origen la administración por el profesional sanitario	Nº EM
• Falta de cumplimiento o de procedimientos de trabajo establecidos	22
• Falta de conocimientos/formación	7
• La presentación de la especialidad farmacéutica da lugar a confusión: nombre similares, similitud de envases	7
• Problemas en los equipos y dispositivos de dispensación/ preparación/ administración	6
• Otros: situación de emergencias, personal insuficiente o sin experiencia	6
• Incorrecta identificación del paciente	5
• Problemas en la interpretación de la prescripción: ambigua, ilegible, uso de abreviaturas	3
TOTAL	56

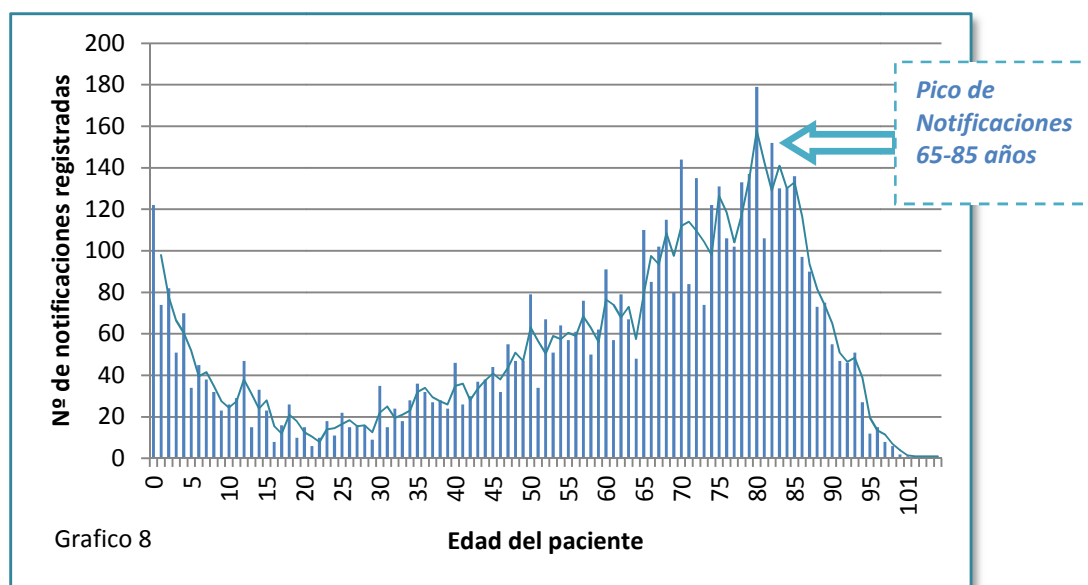
Tabal 17

Notificaciones recibidas según la edad de los pacientes involucrados en el error.

Se realizamos un análisis de la edad de los pacientes que han sufrido un EM, observamos en el grafico 7, que en un 16,33 % (n=1.080) de los casos la edad registrada es de 0 años. La siguiente edad más frecuente corresponde a los 80 años con 179 casos registrados (2,71%), seguido de 82 años con 152 casos registrados (2,30%).



En el siguiente gráfico nº 8 se ha ajustado el dato de edad, eliminando la edad de 0 años cuando no va acompañada del sexo del paciente, de esta forma se analiza de forma más real el nº de notificaciones por edad del paciente. Concretamente se han eliminado 958 notificaciones con edad 0 años cuando no incluían el sexo y se han mantenido 122 notificaciones cuando incluyen el sexo del paciente.



El perfil del paciente que sufre un EM es un paciente de edad avanzada, entre 65 y 85 años, según se aprecia en el Gráfico 8.

Clasificación de los errores que han tenido como causa los problemas en la interpretación de la prescripción: ambigua, ilegible, uso de abreviaturas no estandarizadas:

Los problemas en la interpretación de la prescripción continúan siendo una de las causas de los errores de medicación que es necesario tener en cuenta y analizar tanto por el nº que asciende a 593 (supone un 8,64% de todos los EM registrados) como por las consecuencias para el paciente, ya que en 36 ocasiones (6% de los casos) el EM, con esta causa, produjo daño al paciente. Comparando con el año 2014 se ha producido un aumento del 9,6% en el nº de EM por esta causa (n=541 en 2014), y se ha producido un aumento del 0,1% de los EM con daño (5,9% de los casos con daño en 2014). Hemos analizado el origen del error de los 36 casos de este año, que se muestra en la siguiente tabla 18:

Problemas en la interpretación de la prescripción: ambigua, ilegible, uso de abreviaturas. Origen del error	Nº	% (n=36)
Administración por paciente	23	63,89%
Prescripción	7	19,44%
Administración por profesionales sanitarios	3	8,33%

Dispensación	2	5,56%
Comunicación: entre profesionales o desde la administración	1	2,78%
TOTAL	36	100,00%

Tabla 18

Destaca la administración por el paciente con el 63,89 % de los casos donde se ha producido daño al paciente.

Como en el año 2014, durante el año 2015, se ha incluido en los informes mensuales de especializada un análisis de los errores de medicación que han tenido esta causa.

En la siguiente tabla nº 19, se muestran la clasificación de estos EM según el tipo de error para todos los ámbitos de notificación:

Tipo de error con causa la interpretación de la prescripción, abreviaturas..	nº	% (n=593)
Error en la dosis: omisión o incorrecta	259	43,68%
Frecuencia de administración errónea	104	17,54%
Selección inapropiada del medicamento	81	13,66%
Duplicidad de medicamentos o utilización de fármacos innecesarios	41	6,91%
Forma farmacéutica errónea	21	3,54%
Falta de cumplimiento del paciente	15	2,53%
Error en la preparación	14	2,36%
Duración del tratamiento incorrecta	11	1,85%
Monitorización insuficiente del tratamiento	9	1,52%
Vía de administración incorrecta	7	1,18%
Se prescribe un fármaco que no suministra los distribuidores	5	0,84%
Prescripción y/o utilización de fármacos fuera de indicación	5	0,84%
Técnica de administración errónea	4	0,67%
Error en el principio activo	4	0,67%
Se prescribe un medicamento que no está comercializado	3	0,51%
Error en el envase prescrito o dispensado	3	0,51%
Paciente equivocado	3	0,51%
Medicamento deteriorado:	2	0,34%
Error administrativo, subsanable por el farmacéutico	1	0,17%
Hora de administración incorrecta	1	0,17%
TOTAL	593	100,00%

Tabla 19

Clasificación de las notificaciones según las consecuencias para el paciente:

Durante el año 2015, se han comunicado un total de 6.910 notificaciones, que según las consecuencias para el paciente se clasifican de la siguiente manera (tabla 20).

CONSECUENCIAS	nº	% (n=6.910)
---------------	----	-------------

El error se produjo, pero no alcanzó al paciente	2180	31,55%
El error llegó al paciente, pero no le produjo daño	1866	27,00%
Circunstancias o eventos con capacidad de causar error	1359	19,67%
El error llega al paciente pero no se administra	603	8,73%
El paciente requirió monitorización y/o intervención aunque no se produjo daño	418	6,05%
El paciente presentó un daño temporal que requirió intervención médica	224	3,24%
El error se ha producido, pero no se ha podido hacer seguimiento y conocer el daño	172	2,49%
Sin registro del daño	43	0,62%
El paciente ha precisado o prolongado la hospitalización	36	0,52%
Se ha requerido intervención para mantener la vida del paciente	8	0,12%
El paciente presentó un daño permanente	1	0,01%
TOTAL	6910	100,00%

Tabla 20

De las 6.910 notificaciones, 269 tuvieron consecuencias de daño al paciente. Las notificaciones con daño al paciente se consideran Reacciones Adversas a medicamentos tal y como se establece en REAL DECRETO 577/2013 por el que se regula la farmacovigilancia de medicamentos de uso humano, donde se define el error de medicación como: "Fallo no intencionado en el proceso de prescripción, dispensación o administración de un medicamento bajo el control del profesional sanitario o del ciudadano que consume el medicamento. Se indica también que los errores de medicación que ocasionen un daño en el paciente se consideran reacciones adversas, excepto aquellos derivados del fallo terapéutico por omisión de un tratamiento".

El detalle por ámbitos de los 269 EM, tablas nº 21, 22 y 23, 24 y 25.

Distribución de las notificaciones con consecuencias según ámbito asistencial	Nº	%
AP	170	63,20%
AE	77	28,62%
RFC	16	5,95%
RESIDENCIAS	6	2,23%
TOTAL	269	100,00%

Tabla 21

DIRECCIÓN ASISTENCIAL	Nº EM	% vs total
PRIMARIA		
DA Sureste	42	24,71%
DA Oeste	29	17,06%
DA Centro	28	16,47%
DA Norte	23	13,53%
DA Sur	20	11,76%
DA Noroeste	17	10,00%
DA Este	11	6,47%

TOTAL	170	100,00%
--------------	------------	----------------

Tabla 22

HOSPITAL	Nº EM	%
Hospital Príncipe de Asturias	15	19,48%
Hospital Gregorio Marañón	12	15,58%
Hospital Ramón y Cajal	8	10,39%
Hospital de Getafe	5	6,49%
Hospital Infanta Leonor	4	5,19%
Hospital Puerta de Hierro	4	5,19%
Hospital Clínico San Carlos	3	3,90%
Hospital Virgen de la Poveda	3	3,90%
SUMMA	3	3,90%
Hospital Severo Ochoa	2	2,60%
Hospital del Niño Jesús	2	2,60%
Hospital de Sureste	2	2,60%
Psiquiátrico José Germain	2	2,60%
Hospital de Alcorcón	2	2,60%
Fundación Jiménez Díaz	2	2,60%
Hospital de Fuenlabrada	1	1,30%
Hospital Rey Juan Carlos	1	1,30%
Hospital Virgen de la Torre	1	1,30%
Hospital del Escorial	1	1,30%
Hospital del Tajo	1	1,30%
Hospital de la Cruz Roja	1	1,30%
Hospital La Paz	1	1,30%
Hospital Infanta Cristina	1	1,30%
TOTAL	77	100,00%

Tabla 23

RFC	Nº EM	%
farmac161	6	37,50%
farmac68	4	25,00%
farmac167	2	12,50%
farmac79	1	6,25%
farmac151	1	6,25%
farmac129	1	6,25%
farmac51	1	6,25%
TOTAL	16	100,00%

Tabla 24

RESIDENCIAS	Nº EM	%
TOTAL	6	100,00%

Tabla 25

EM con medicamentos de alto riesgo en Hospitales

De las 3190 notificaciones procedentes de Atención Especializada, en un 9,37% (299 casos), ha intervenido un medicamento definido como de alto riesgo por el ISMP España, y de estos de los en 12 ocasiones se produjo daño al paciente (4%).

2.- Actuaciones realizadas:

Evaluación y Gestión de Notificaciones sobre errores de medicación recibidas en el Portal de Uso Seguro de Medicamentos. Comunicaciones a la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios

Durante el año 2015 se han revisado 569 notificaciones comunicadas en el Portal de Uso Seguro de Medicamentos. De las que se han producido las siguientes actuaciones:

- 1.- Se han remitido 11 Notificaciones a la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios con propuestas de cambio en las presentaciones por similitud de envases, para mejorar la presentación y así evitar errores de medicación. En anexo se adjunta modelo
- 2.- Se han evaluado y en su caso remitido a la Sub. General de Inspección y Ordenación Farmacéutica, Área de Control Farmacéutico, 98 incidentes para investigación posterior, por posibles problemas relacionados con la calidad del medicamento
- 3.- Se han evaluado y en su caso remitido a la Sub. General de Inspección y Ordenación Farmacéutica, Área de Control Farmacéutico, 191 incidentes relacionados con el suministro de los medicamentos por la posibilidad de que pudieran originar alguna laguna terapéutica.
- 4.- Se han evaluado y en su caso remitidas al Centro de Farmacovigilancia (CFV) de la Comunidad de Madrid 269 notificaciones sobre errores de medicación con indicación de daño al paciente, al ser consideradas, en ciertos casos, reacciones adversas a medicamentos. Desde el CFV, hemos recibido 13 notificaciones sobre EM comunicados en la aplicación de notificación directa de reacciones adversas: www.notificaram.es

Informes de seguimiento de objetivos

Como en años anteriores se ha elaborado el Informe Mensual de Seguimiento de Objetivos tanto para Atención Primaria como Especializada. Se han realizado un total de 24 Informes que han sido remitidos vía correo electrónico mensualmente a cada Gerencia y/o Dirección Asistencial. En anexo se adjuntan modelos

Boletín Mensual de Atención Especializada.

Durante el año 2015 se han realizado 12 Boletines mensuales para Atención Especializada, donde se analizan las notificaciones recibidas en el mes en ese nivel asistencial y se presentan los datos agrupados según el origen del error, el tipo de error, las causas, los EM con daño al paciente y la información más relevante del mes. También se aporta información sobre los EM con medicamentos de alto riesgo. En anexo se adjunta modelo

Boletín Mensual de Atención Primaria

Desde febrero del año 2015 se comenzado la elaboración de los Boletines mensuales para Atención Primaria con el formato de los Boletines de Atención Especializada. Se han realizado 11. En este caso también se analizan las notificaciones recibidas durante ese mes en dicho nivel asistencial y se presentan los datos agrupados según el origen del error, el tipo de error, las causas, los EM con daño al paciente y la información más relevante del mes. También se analizan las causas de los EM en niños y en ancianos. En anexo se adjunta modelo.

Recomendaciones a Profesionales

Durante el año 2015 se han elaborado y publicado 25 Boletines son de Recomendaciones a Profesionales derivadas del análisis de las notificaciones recibidas, con el objetivo de mejorar la seguridad en el uso de los medicamentos. En anexo se adjunta modelo

Boletines Resumen Mensual de Notificaciones

Durante el año 2015 se han elaborado y publicado 12 Boletines Resumen Mensual de Notificaciones, destinados a todos los niveles asistenciales y ámbitos. En ellos se resumen todas las notificaciones sobre EM recibidos en el mes, las actividades realizadas, las notificaciones de la AEMPS sobre faltas de suministro recibidas y cualquier información de interés relacionada con la seguridad de medicamentos. En anexo se adjunta modelo

3.- Otras actividades

Campaña Estandarización de Abreviaturas:

Se ha realizado una campaña para la difusión de las Recomendaciones para la Estandarización de Abreviaturas en la Comunidad de Madrid dirigido a:

- **RFC** (Red de Farmacias Centinela): Se ha editado un Boletín especial difundido a través del portal de Uso Seguro de Medicamentos y del Portal del Colegio de Farmacéuticos. Se adjunta en el anexo
- **Pacientes**: Se ha editado para los Pacientes un Boletín especial. Se adjunta en el anexo

Noticias publicadas en el Portal de Uso Seguro de Medicamentos:

Durante el año 2015 se han publicado un total de 101 Noticias a los profesionales sanitarios, empleando la vía de comunicación del Portal de Uso Seguro de Medicamentos y Productos Sanitarios, entre las que se encuentran Noticias sobre Alertas Farmacéuticas (23), Problemas de suministro (18), Boletines Publicados (38), Noticias de Interés (17), Boletines RAM, Recomendaciones de Seguridad Generalizables y participación en Congresos (5).

Durante el año 2015 el número de profesionales inscritos en la web y dados de alta en las listas de distribución, para acceder a las noticias publicadas, ascendió a 2.160 (un 8% más que el año anterior 2014).

Congresos:

Durante el año 2015 se ha participado en el 20 Congreso de la SEFAP (Sociedad Española de Farmacéuticos de Atención Primaria) 2015, con el lema “El Farmacéutico en los Equipos de Salud “ donde se ha presentado:

- ***El Poster seleccionado:*** “Inadecuada interpretación de la prescripción y sus consecuencias “, que fue nominado para su presentación en el auditorio.
- ***La Comunicación Oral seleccionada*** “Estandarización de abreviaturas, símbolos y expresiones utilizados en la prescripción y la administración de medicamentos en una comunidad autónoma”

Cursos y Jornadas:

- Durante el año 2015 hemos participado en las Jornadas de Uso Seguro de Medicamentos en el SUMMA 112 y Uso Seguro de Medicamentos en Cuidados Paliativos.

Actualización y mejora de los Formularios de Notificación de EM.

Durante el año 2015 se ha actualizado el Formulario de notificación de EM para Atención especializada *incluyendo un apartado de registro de los medicamentos considerados de alto riesgo y un apartado de EM debidos a los problemas de conciliación de la medicación.*

Colaboración para la revisión de las Recomendaciones de Seguridad Generalizables de la Dirección Técnica de Procesos y Calidad Gerencia Adjunta de Planificación y Calidad.

Revisión de la RSG: Lanacordin Pediátrico

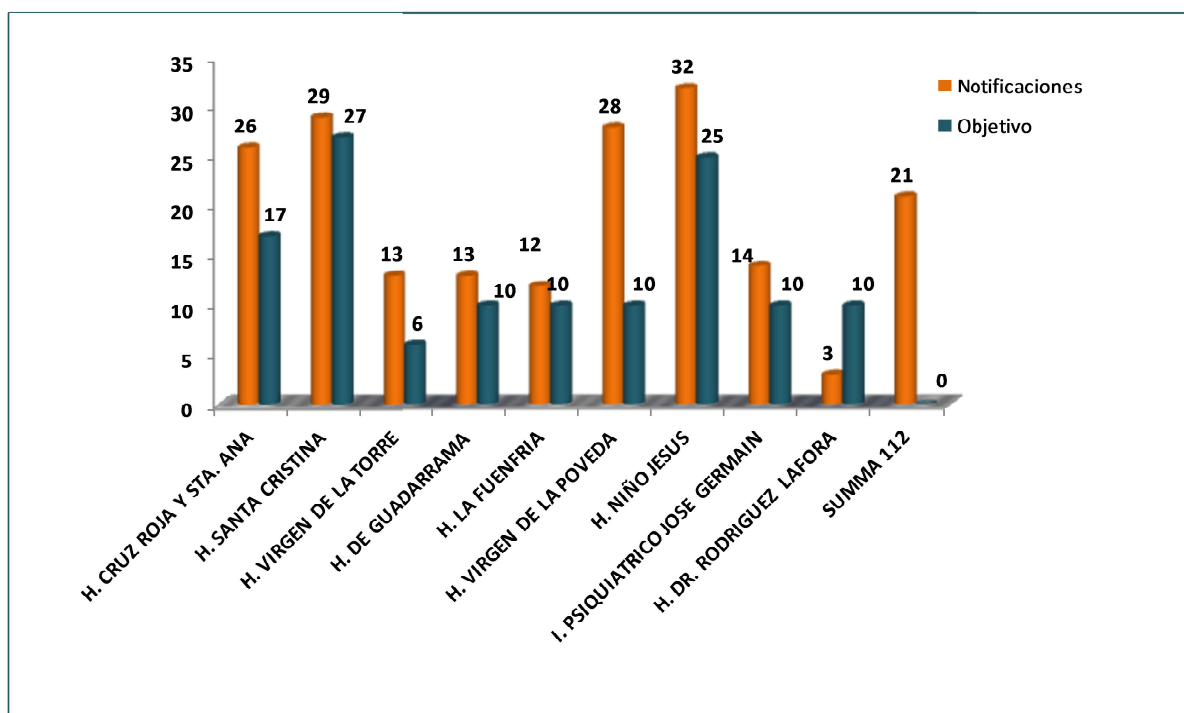
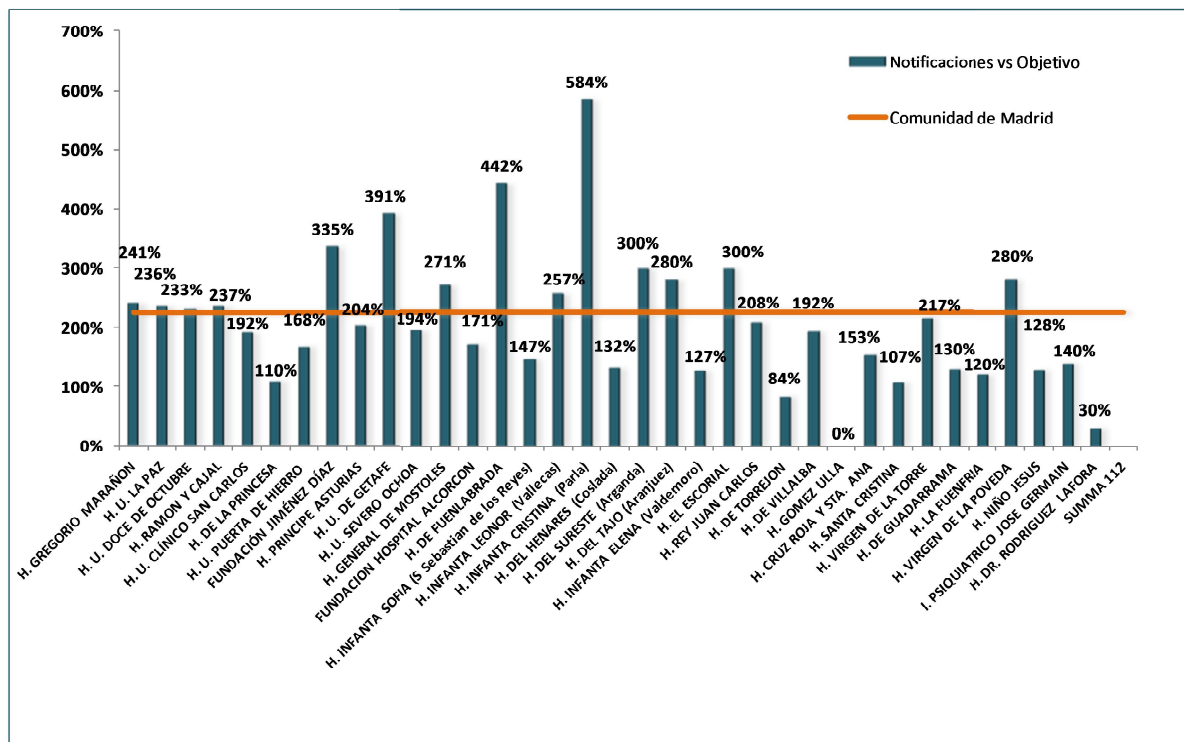
ANEXOS: Se incluyen un ejemplo de cada una de las actividades:

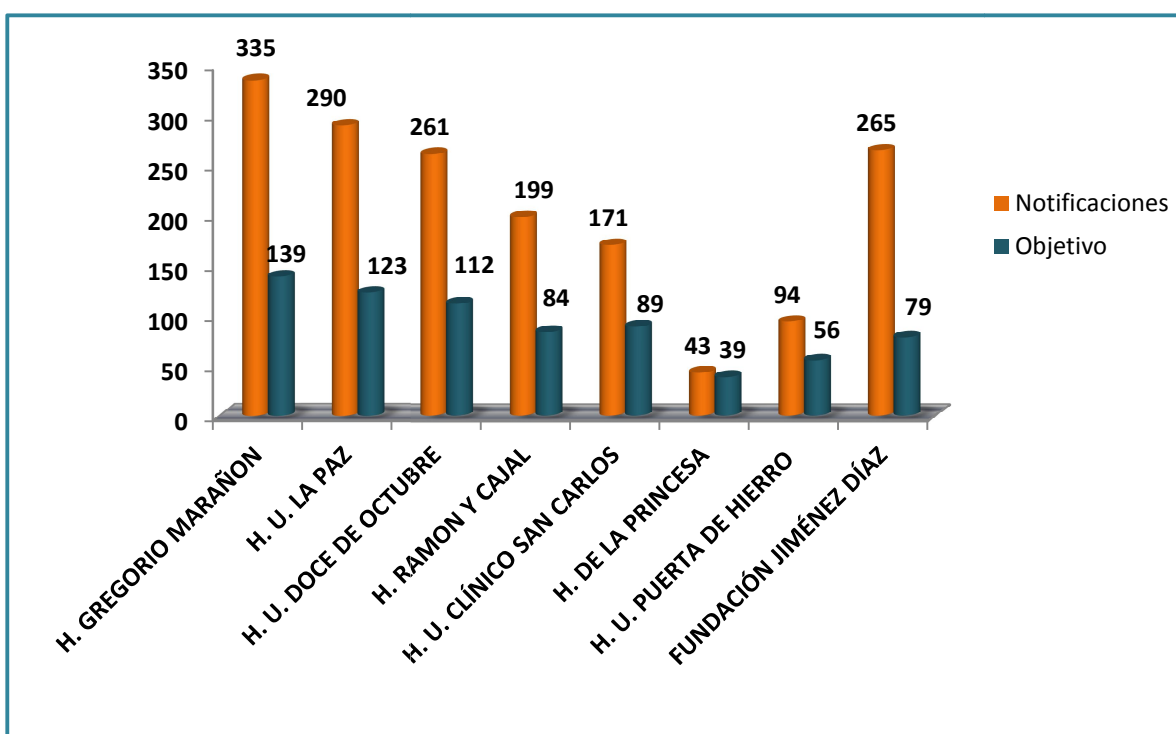
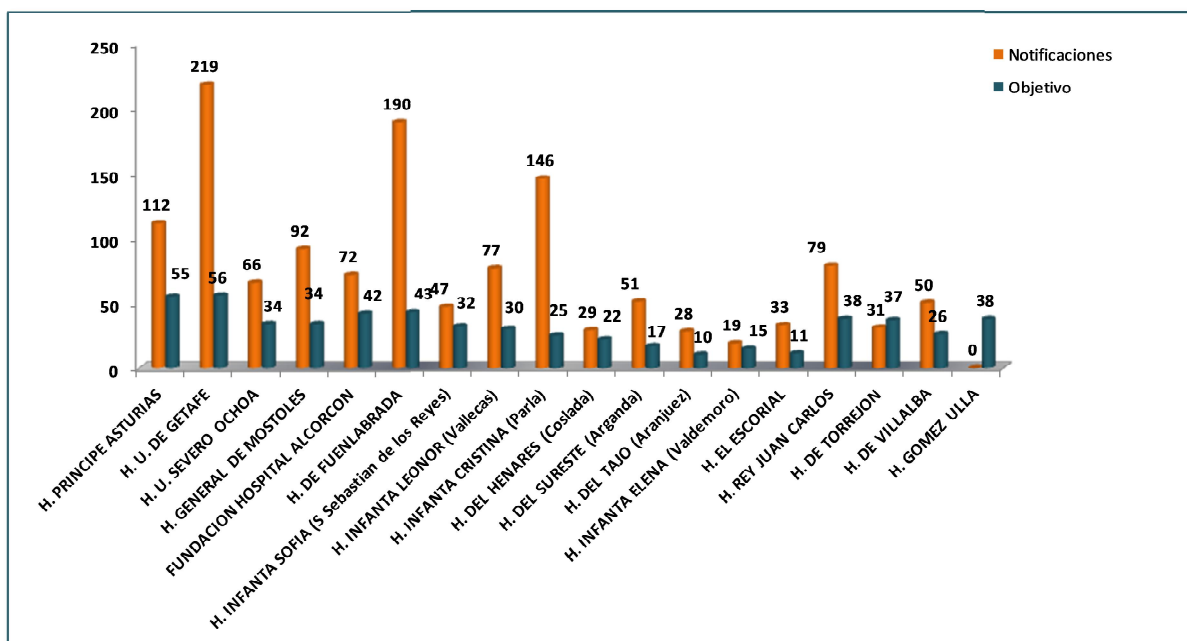
1.-Informes de seguimiento de objetivos. Diciembre 2015- Hospitales-

INFORME SEGUIMIENTO OBJETIVOS ERRORES DE MEDICACIÓN ATENCIÓN ESPECIALIZADA DICIEMBRE 2015										
	UNIDADES FUNCIONALES PARA LA GESTIÓN DE RIESGO EN ATENCIÓN ESPECIALIZADA	Objetivo 2015	1 ^{ER} TRIMESTRE	2 ^º TRIMESTRE	3 ^º TRIMESTRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	TOTAL 2015	Total vs Objetivo
HOSPITALES GENERALES GRANDES	H. GREGORIO MARAÑÓN	139	74	132	90	25	6	8	335	241%
	H. U. LA PAZ	123	61	73	87	20	17	32	290	236%
	H. U. DOCE DE OCTUBRE	112	16	47	73	29	42	54	261	233%
	H. RAMON Y CAJAL	84	58	75	32	6	18	10	199	237%
	H. U. CLÍNICO SAN CARLOS	89	51	41	35	20	7	17	171	192%
	H. DE LA PRINCESA	39	19	8	4	11		1	43	110%
	H. U. PUERTA DE HIERRO	56	44	11	20	1	18		94	168%
	FUNDACIÓN JIMÉNEZ DÍAZ	79	38	67	47	39	32	42	265	335%
HOSPITALES GENERALES MEDIANOS	H. PRINCIPE ASTURIAS	55	18	19	34	15	15	11	112	204%
	H. U. DE GETAFE	56	28	64	52	24	24	27	219	391%
	H. U. SEVERO OCHOA	34	27	4	17	18			66	194%
	H. GENERAL DE MOSTOLES	34	12	31	26	7	10	6	92	271%
	FUNDACION HOSPITAL ALCORCON	42	13	36	8	3	7	5	72	171%
	H. DE FUENLABRADA	43	54	40	40	23	13	20	190	442%
	H. INFANTA SOFIA (S Sebastian de los Reyes)	32	9	15	10	3	7	3	47	147%
	H. INFANTA LEONOR (Vallecas)	30	10	21	18		5	23	77	257%

Comunidad de Madrid

	H. INFANTA CRISTINA (Parla)	25	39	28	50	10	10	9	146	584%
	H. DEL HENARES (Coslada)	22	6	9	12	2			29	132%
	H. DEL SURESTE (Arganda)	17	2	14	6	6	10	13	51	300%
	H. DEL TAJO (Aranjuez)	10	0	21	0			7	28	280%
	H. INFANTA ELENA (Valdemoro)	15	9	10	0				19	127%
	H. EL ESCORIAL	11	9	11	6	3	2	2	33	300%
	H. REY JUAN CARLOS	38	9	22	20	10	12	6	79	208%
	H. DE TORREJON	37	5	1	12	4	2	7	31	84%
	H. DE VILLALBA	26	9	6	12	10		13	50	192%
	H. GOMEZ ULLA	38	0	0	0				0	0%
HOSPITALES DE MEDIA Y LARGA ESTANCIA	H. CRUZ ROJA Y STA. ANA	17	11	5	1	2	2	5	26	153%
	H. SANTA CRISTINA	27	5	9	5	1	7	2	29	107%
	H. VIRGEN DE LA TORRE	6	3	8	1		1		13	217%
	H. DE GUADARRAMA	10	0	0	0			13	13	130%
	H. LA FUENFRIA	10	0	4	2	2	3	1	12	120%
	H. VIRGEN DE LA POVEDA	10	2	9	10	1	3	3	28	280%
HOSPITALES ESPECIALIZADOS	H. NIÑO JESUS	25	4	10	12	2	4		32	128%
HOSPITALES DE SALUD MENTAL	I. PSIQUIATRIC O JOSE GERMAIN	10	5	4	5				14	140%
	H. DR. RODRIGUEZ LAFORA	10	0	0	0	2		1	3	30%
	SUMMA 112	0	4	10	1	4		2	21	
TOTAL ATENCIÓN ESPECIALIZADA		1.411	654	865	748	303	277	343	3.190	226%





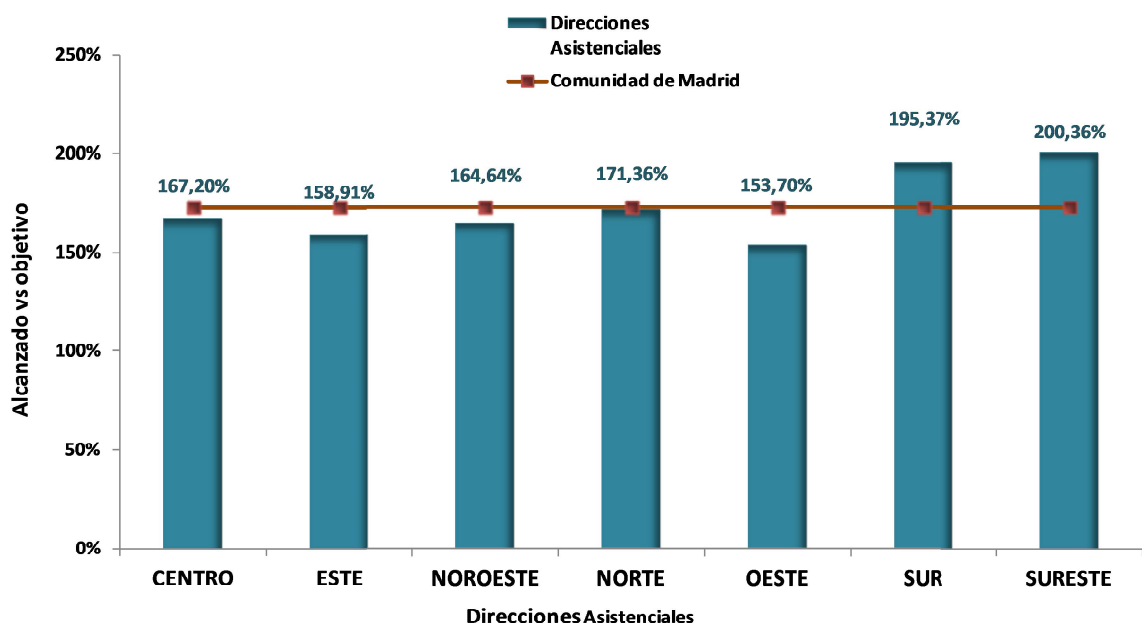
1.-Informes de seguimiento de objetivos. Diciembre 2015-Primaria

Seguimiento Indicador de Errores de medicación por Dirección Asistencial. DICIEMBRE 2015												
		1 ^{ER} TRIMESTRE	2 ^º TRIMESTRE	3 ^º TRIMESTRE	OCTUBRE		NOVIEMBRE		DICIEMBRE		TOTAL 2015	Alcanzado vs objetivo
DIRECCION ASISTENCIAL	Objetivo 2015: Notificar 6% de los eventos adversos que se producen	Nº Notif.	Nº Notif.	Nº Notif.	Nº Notif.	Notif. sin CS	Nº Notif.	Notif. sin CS	Nº Notif.	Notif. sin CS		
CENTRO	378	129	168	178	58		57		42		632	167,20%
ESTE	275	80	126	114	22		64	2	29		437	158,91%
NOROESTE	263	52	64	169	47	1	50		46	4	433	164,64%
NORTE	220	82	73	115	18	1	53		34	1	377	171,36%
OESTE	216	85	83	75	14		41		34		332	153,70%
SUR	216	88	78	120	17		93		25	1	422	195,37%
SURESTE	279	125	123	156	26		73	1	55	0	559	200,36%
ATENCIÓN PRIMARIA	1847	641	715	927	202	2	431	3	265	6	3192	172,82%
TOTAL	1847	641	715	927	204		434		271		3.192	172,82%

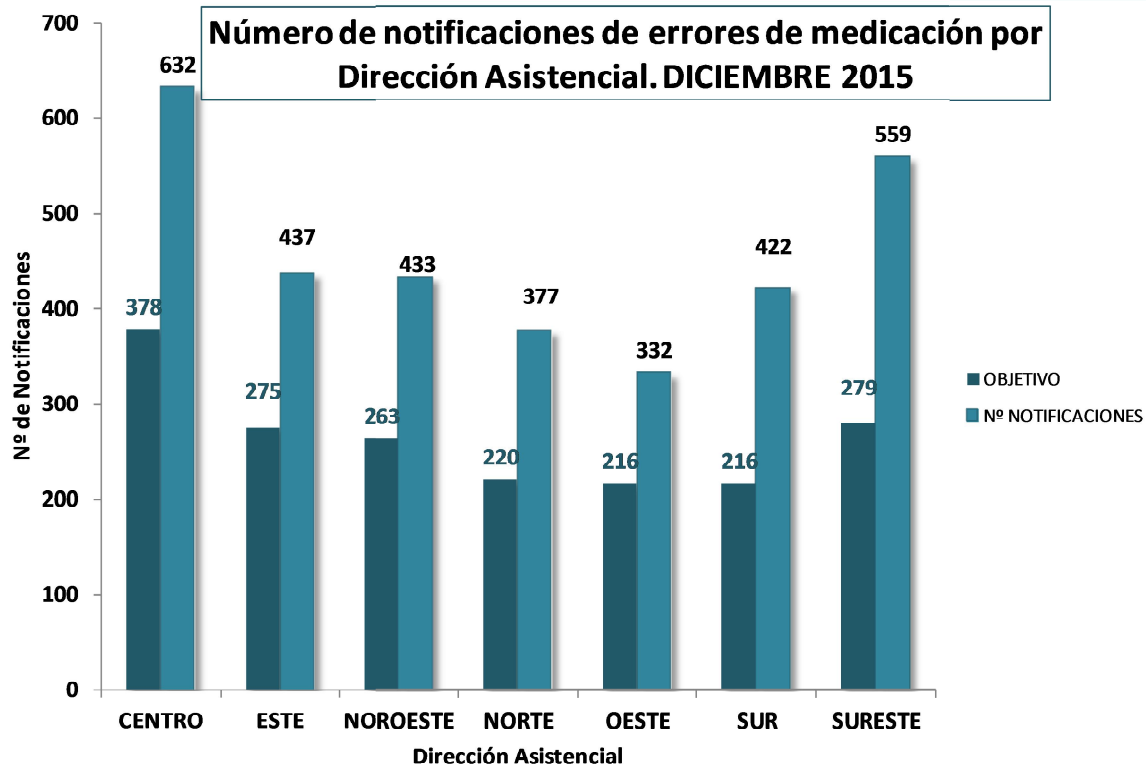
ANEXO:

ENERO: notificación 41976 (DA NOROESTE) asignado a diciembre 2014;notificación 41991 (DA CENTRO) asignados a diciembre 2014; nº notificación 41944 (D. CENTRO) reasignada a C.S Abrantes. SIN IDENTIFICAR: nº notificación 42150 (DA OESTE). MARZO, Sin identificar: 43528 (DA ESTE) Y 43114 (DA NOROESTE). JUNIO: Sin identificar: 45234 y 45382 (DA ESTE); 45010 y 45011 (DAOESTE);45180 (DASUR) JULIO: Sin identificar: 45581 y 46112 (DA ESTE) y 45593,45718 y 45808 (D. NOROESTE). AGOSTO: Sin identificar: 46414 (DA ESTE). SEPTIEMBRE: Sin Identificar: 46950 (DA Centro: reasignada a CS Potosi); 46850 y 47011 DA Noroeste; 47049 (DA Norte). OCTUBRE: Sin identificar: 47533(DA Noroeste); 47580 (DA Norte). NOVIEMBRE: Sin identificar: 48766 y 48075 (DA ESTE); 48534 (DA SURESTE). DICIEMBRE: Sin identificar: 49522 (DAESTE: Reasignada al C.S de SanChinarro); 49197,49316,49455,49460 (DANOROESTE);49294 (DANORTE);49503 (DASUR). DASURESTE: 49608, 49610 de Enero de 2016 contabilizan en Diciembre 2015 al CS Campo de la Paloma y 49647, 49648 de Enero de 2016 contabilizan en Diciembre 2015 al CS El Puerto.

Alcanzado vs Objetivo Porcentaje de Errores de Medicación por Dirección Asistencial DICIEMBRE 2015



Número de notificaciones de errores de medicación por Dirección Asistencial. DICIEMBRE 2015



2.- Boletín Mensual de Atención Especializada- Diciembre 2015-



Servicio Madrileño de Salud

Dirección General de Coordinación
de la Asistencia Sanitaria

Comunidad de Madrid

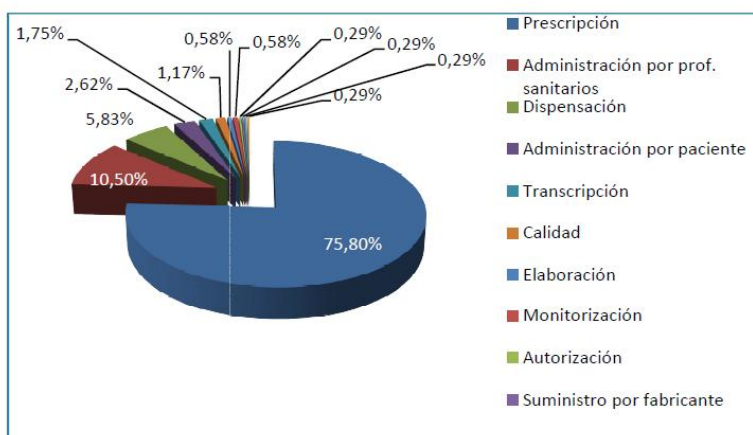
ANÁLISIS DE LAS NOTIFICACIONES ATENCIÓN HOSPITALARIA

ERRORES DE MEDICACIÓN DICIEMBRE 2015

Durante el mes de DICIEMBRE de 2015 los Hospitales de la Comunidad de Madrid han comunicado en el Portal de Uso Seguro de Medicamentos 343 notificaciones relacionadas con errores de medicación, de un total de 640 errores de medicación procedentes de todos los ámbitos asistenciales. De los procedentes del ámbito hospitalario podemos destacar lo siguiente:

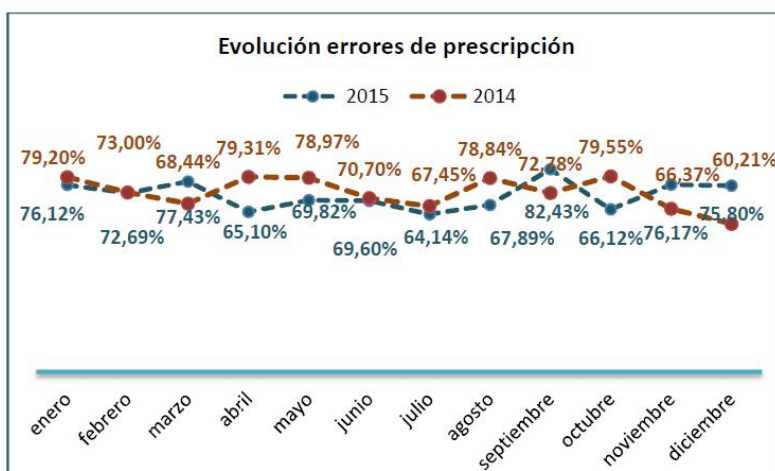
1.- Según el Origen del error:

Según el origen del error, las notificaciones recibidas en el ámbito hospitalario se clasifican tal y como se muestra en el siguiente gráfico.



2.- Evolución de los errores de prescripción

En el siguiente gráfico se muestra la evolución de los errores de medicación que han tenido su origen en la etapa de la prescripción, durante el año 2014 y el 2015.





Servicio Madrileño de Salud

Dirección General de Coordinación
de la Asistencia Sanitaria

 **Comunidad de Madrid**

3.- Clasificación de los errores notificados según la persona que los descubre y el tipo de error detectado.

PERSONA	% (vs total)
Farmacéutico	77,55%
Enfermera	13,12%
Paciente	3,79%
Médico	2,62%
Auxiliar de enfermería	2,33%
Familiar	0,29%
Otros estudiantes voluntarios	0,29%

4.- Clasificación de los errores notificados según el tipo de error:

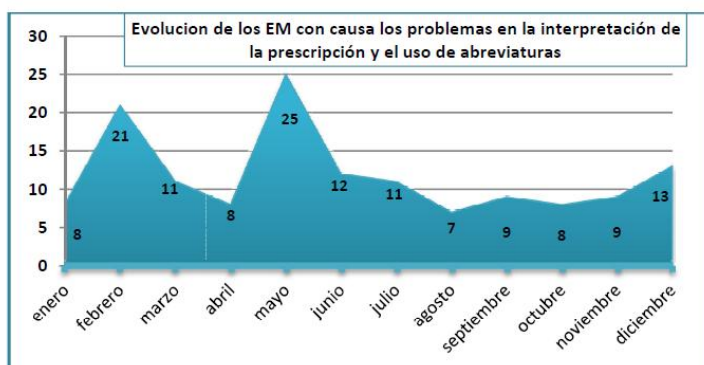
TIPO DE ERROR	% vs total
Error en la dosis: omisión o incorrecta	35,57%
Selección inapropiada del medicamento	32,36%
Frecuencia de administración errónea	8,75%
Error en la preparación/manipulación/acondicionamiento (incluye el cálculo de dosis)	4,37%
Forma farmacéutica errónea	3,79%
Medicamento deteriorado: caducado, mal conservado o con defectos en la calidad	2,92%
Paciente equivocado	2,33%
Error de almacenamiento	2,04%
Monitorización insuficiente del tratamiento	2,04%
Velocidad de administración incorrecta	1,17%
Vía de administración incorrecta	1,17%
Técnica de administración errónea	0,87%
Duración del tratamiento incorrecta	0,87%
No administración de medicamento prescrito (omisión)	0,58%
Falta de cumplimiento del paciente	0,58%
Hora de administración incorrecta	0,58%

5.- Clasificación de los errores notificados según las causas que los motivaron:

CAUSAS	% vs total
Falta de conocimientos/formación	32,65%
Falta de cumplimiento o de procedimientos de trabajo establecidos	25,07%
Otros: situación de emergencias, personal insuficiente o sin experiencia	15,74%
Falta o fallo en el procedimiento de conciliación de la medicación: al ingreso	8,45%
Problemas en los equipos y dispositivos de dispensación/ preparación/ administración	5,54%
La presentación de la especialidad farmacéutica da lugar a confusión: nombre similares, similitud de envases	5,25%
Problemas en la interpretación de la prescripción: ambigua, ilegible, uso de abreviaturas	3,79%
Incorrecta identificación del paciente	1,75%
Comunicación verbal incorrecta/incompleta/ambigua	1,17%
Falta de concordancia entre las bases de datos y los medicamentos comercializados	0,29%
Falta o fallo en el procedimiento de conciliación de la medicación: entre unidades asistenciales	0,29%

6.- Problemas en la interpretación de la prescripción: uso de abreviaturas, etc. clasificación según el tipo de error:

TIPO DE ERROR	% (n=13)
Error en la dosis: omisión o incorrecta	23,08%
Selección inapropiada del medicamento	23,08%
Frecuencia de administración errónea	15,38%
Error en la preparación/manipulación/acondicionamiento (incluye el cálculo de dosis)	15,38%
Forma farmacéutica errónea	15,38%
Monitorización insuficiente del tratamiento	7,69%



7.- Clasificación de las notificaciones según las consecuencias para el paciente.

CONSECUENCIAS	% vs total
El error se produjo, pero no alcanzó al paciente	60,06%
Circunstancias o eventos con capacidad de causar error	14,58%
El error llegó al paciente, pero no le produjo daño	13,70%
El paciente requirió monitorización y/o intervención aunque no se produjo daño	5,54%
El error se ha producido, pero no se ha podido hacer seguimiento y conocer el daño	5,25%
El paciente presentó un daño temporal que requirió intervención médica	0,58%
El paciente ha precisado o prolongado la hospitalización	0,29%

8. Medicamentos de Alto Riesgo ISMP.

Durante este mes se han notificado 56 errores de medicación con medicamentos de alto riesgo (16,32 % del total).

Nº DE ERRORES DE MEDICACIÓN CON MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO	
• Citostáticos, parenterales y orales	27
• Sin identificar	13
• Anticoagulantes orales (ej. acenocumarol, dabigatrán)	4
• Heparina y otros anticoagulantes parenterales (ej., antitrombina III, heparina sódica, enoxaparina, fondaparinux, lepirudina)	



Servicio Madrileño de Salud

Dirección General de Coordinación
de la Asistencia Sanitaria

Comunidad de Madrid

• Agonistas adrenérgicos IV (ej. ADRENalina, DOPamina, noradrenalina)	2
• Antiarrítmicos IV (ej. amiodarona, lidocaína)	2
• Agentes inotrópicos IV (ej. digoxina, milrinona)	2
• Opiáceos IV, transdérmicos y orales (todas las presentaciones)	1
• Insulina IV y subcutánea	1
• Cloruro potásico, IV (solución concentrada)	1

9.- Descripción de algunos errores de medicación que han tenido consecuencias de daño al paciente.

BUDESONIDA ALDO UNION 200 MICROGRAMOS/PULSACION SUSPENSION PARA INHALACION

Paciente que acude a urgencias con broncoespasmo. En el proceso de conciliación se detecta que ha dejado de tomar los inhaladores, budesonida y formoterol, tras leer el prospecto, por los posibles efectos adversos que pudieran ocasionarle debido a su patología cardíaca. El paciente precisó ingreso de 7 días.

PLENUR 400MG 100 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS (LITIO)

Paciente, en tratamiento con litio por trastorno bipolar desde hace 30 años, ingresa y se le prescribe su medicación habitual litio 400 mg cada 12 horas, según informes aportados, pero el farmacéutico detecta que en realidad la dosis que tomaba era 200 mg cada 12 horas.

COLCHICINA SEID 1 MG COMPRIMIDOS, 40 COMPRIMIDOS

Paciente con nefrectomía, acude a urgencias y se detecta que, debido a un aumento de dosis de la colchicina (3 comprimidos al día por crisis gotosa), presenta hiperpotasemia moderada sin repercusión ECG.

10.- Problemas/Incidentes relacionados con el Suministro:

Durante el mes de diciembre hemos tenido conocimiento de los siguientes restablecimientos de suministro:

C.N	Medicamento	Situación	Observaciones de la AEMPS
700503	DECENTAN , 50 comprimidos	Restablecimiento de suministro	Con fecha 23 de diciembre de 2015.
700622	DOGMATIL 50 mg/ml SOLUCION INYECTABLE , 12 ampollas de 2 ml	Restablecimiento de suministro	Con fecha 23 de diciembre de 2015
836585	TOFRANIL 25 mg COMPRIMIDOS RECIBIERTOS , 50 comprimidos	Restablecimiento de suministro	Con fecha 18 de diciembre de 2015
837658	ZINNAT 250 mg/5 ml GRANULADO PARA SUSPENSION ORAL EN FRASCO	Restablecimiento de suministro	Con fecha 18 de diciembre de 2015

ARCOTANE (Perfluoroetano): La AEMPS ha instado a las empresas distribuidoras del producto en nuestro país, a cesar la comercialización y retirar todos los lotes del producto ARCOTANE en el mercado español.

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

3.- Boletín Mensual de Atención Primaria



Servicio Madrileño de Salud

Dirección General de Coordinación
de la Asistencia Sanitaria

 **Comunidad de Madrid**

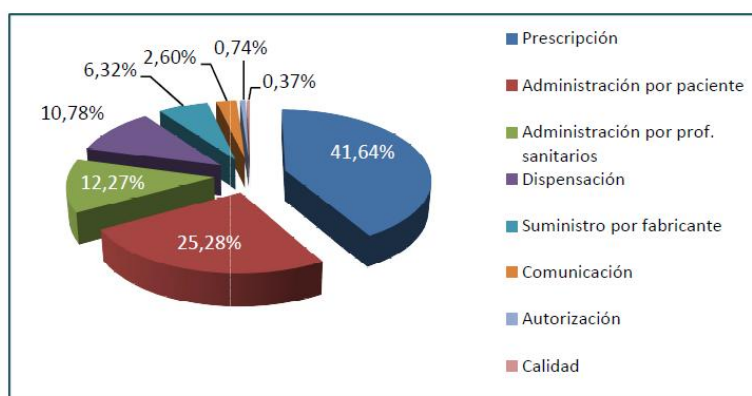
ANÁLISIS DE LAS NOTIFICACIONES ATENCIÓN PRIMARIA

ERRORES DE MEDICACIÓN DICIEMBRE 2015

Durante el mes de DICIEMBRE de 2015 se han recibido en el Portal de Uso Seguro de Medicamentos 271 notificaciones relacionadas con errores de medicación procedentes del ámbito de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid, de un total de 640 errores de medicación procedentes de todos los ámbitos asistenciales. En relación a las procedentes del ámbito de atención primaria podemos destacar lo siguiente:

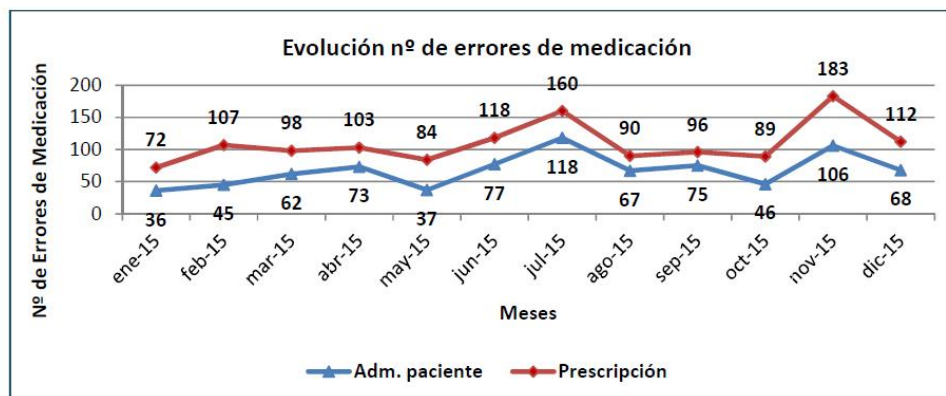
1.- Según el Origen del error:

Según el origen del error, las notificaciones procedentes de atención primaria se clasifican tal y como se muestra en el siguiente gráfico:



2.- Evolución de los errores de prescripción y administración por los pacientes:

En el siguiente gráfico se muestra la evolución de los errores de medicación que han tenido su origen en la etapa de la prescripción y en la etapa de la administración por los pacientes desde enero hasta diciembre de 2015.



3.- Clasificación de los errores según la persona que los descubre.

En la tabla adjunta se presentan los datos de las notificaciones recibidas en el Portal de Uso Seguro de Medicamentos según la persona que lo descubre.

PERSONA QUE LO DESCUBRE	% (vs total)
Médico	47,96%
Enfermera	20,82%
Farmacéutico	18,96%
Familiar	6,32%
Paciente	5,95%

4.- Según el tipo de error:

En la tabla se muestra la clasificación de los principales errores según el tipo de error.

TIPO DE ERROR	% (vs total)
Error en la dosis: omisión o incorrecta	21,56%
Selección inapropiada del medicamento	13,75%
Duplicidad de medicamentos o utilización de fármacos innecesarios	11,52%
Se prescribe un fármaco que no suministra los distribuidores	10,78%
Frecuencia de administración errónea	8,18%
Prescripción y/o utilización de fármacos fuera de indicación	4,46%
Forma farmacéutica errónea	4,09%
Error en la preparación/manipulación/acondicionamiento	3,72%
Técnica de administración errónea	3,72%
Medicamento deteriorado	3,35%
Falta de cumplimiento del paciente	2,60%
Paciente equivocado	2,60%
Prescripción y/o utilización de fármacos contraindicados en ficha técnica	2,23%
Se prescribe un medicamento que no está comercializado	2,23%
Monitorización insuficiente del tratamiento	2,23%
Duración del tratamiento incorrecta	1,86%
Vía de administración incorrecta	1,12%

5.- Principales causas de los errores de medicación:

En la tabla se muestra la clasificación de los principales errores según las causas que lo motivaron.

CAUSAS	% (vs total)
Falta de cumplimiento o de procedimientos de trabajo establecidos	25,28%
Falta de conocimientos/formación	20,82%
La presentación de la especialidad farmacéutica da lugar a confusión: nombre similares, similitud de envases	13,01%
Falta de concordancia entre las bases de datos y los medicamentos comercializados	12,64%

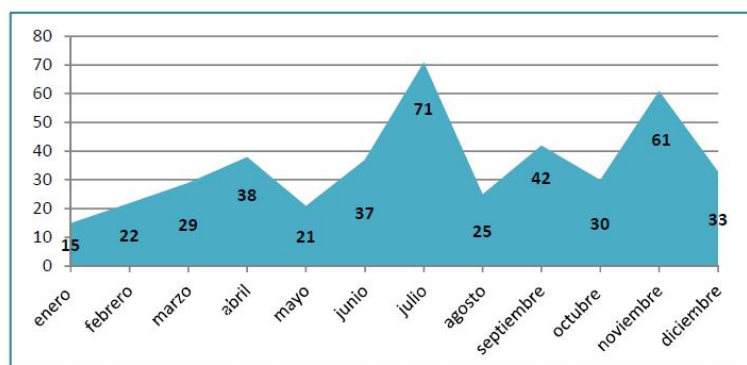
Problemas en la interpretación de la prescripción: ambigua, ilegible, uso de abreviaturas	12,27%
Otros: situación de emergencias, personal insuficiente o sin experiencia	7,81%
Problemas en los equipos y dispositivos de dispensación/ preparación/ administración	4,83%
Incorrecta identificación del paciente	2,23%
Defectos en la calidad del medicamento	1,12%

6.- Error cuya causa son los problemas en la interpretación de la prescripción: uso de abreviaturas, etc.

En esta tabla se muestran los errores que han tenido como causa los problemas en la interpretación de la prescripción, según el tipo de error.

TIPO DE ERROR	% (n=33)
Error en la dosis: omisión o incorrecta	42,42%
Duración del tratamiento incorrecta	15,15%
Selección inapropiada del medicamento	12,12%
Frecuencia de administración errónea	12,12%
Técnica de administración errónea	6,06%
Se prescribe un medicamento que no está comercializado	3,03%
Duplicidad de medicamentos o utilización de fármacos innecesarios	3,03%
Falta de cumplimiento del paciente	3,03%
Forma farmacéutica errónea	3,03%

Evolución mensual del nº de notificaciones:



7.- Clasificación de las notificaciones según las consecuencias para el paciente.

En esta tabla se muestran los errores según las consecuencias producidas en el paciente:

CONSECUENCIAS	% (vs total)
El error llegó al paciente, pero no le produjo daño	34,20%
Circunstancias o eventos con capacidad de causar error	24,16%
El error llega al paciente pero no se administra	17,10%

El error se produjo, pero no alcanzó al paciente	11,15%
El paciente requirió monitorización y/o intervención aunque no se produjo daño	7,81%
El paciente presentó un daño temporal que requirió intervención médica	4,46%
El error se ha producido, pero no se ha podido hacer seguimiento y conocer el daño	1,12%

8.- Descripción de algunos de los errores de medicación que han tenido consecuencias de daño al paciente.

AMLODIPINO 5 mg

Paciente al que se le retira el tratamiento con fibrato para comprobar los niveles basales de lípidos, pero el paciente, por error, entiende que debe suspender amlodipino por lo que la TA aumenta.

BINOSTO 70 MG COMPRIMIDOS EFERVESCENTES, 4 COMPRIMIDOS (ÁCIDO ALENDRÓNICO)

Paciente con osteoporosis secundaria, pendiente de trasplante pulmonar y polimedicada. Se prescribe ácido alendrónico efervescente y se dispensa en la farmacia el comprimido normal. Le produce epigastralgia.

LANTUS 100UI/ML 5 CARTUCHOS 3ML (INSULINA GLARGINA)

Paciente hospitalizado que durante el ingreso inicia terapia con insulina. Al alta, acude al centro de salud para que le suministren las tiras reactivas y las agujas, indicando que un sobrino enfermero se va a hacer cargo. Mas adelante acude a consulta para control y se observa que la glucemia está muy por encima del rango, por lo que se procede a subir la dosis. Al final se detecta que el paciente se ponía la insulina sin quitar el tapón, es decir no se ponía la insulina.

LOSARTAN/HIDROCLOROTIAZIDA ALMUS 50 MG/12.5 MG COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA, 28 COMPRIMIDOS

Durante el ingreso en el hospital, un profesional le indica verbalmente al paciente que no se administre la medicación antihipertensiva que traía de casa (losartan/hidroclorotiazida). En su informe de alta no figuraba dicho tratamiento. Como consecuencia la paciente presentó cefalea y la tensión arterial, siendo necesario reanudar el tratamiento habitual.

METILPREDNISOLONA

Se infiltra Urbason® fuera del espacio articular y le produce un hematoma subcutáneo.

SINTROM UNO GEIGY 1MG 60 COMPRIMIDOS (ACENOCUMAROL)

Paciente atendido en urgencias del hospital por rectorragia, acude posteriormente a control de INR, y se detecta que había aumentado la dosis a 4 mg cuando en realidad le habían bajado la dosis a 1 mg.

TRAMADOL/PARACETAMOL ALTER 37,5 MG/325 MG COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG, 20 COMPRIMIDOS

Paciente, en tratamiento con Tramadol 50 mg cada 12 horas, acude a consulta por mal control de dolor. Se sustituye por Tramadol y Paracetamol 37,5/325 mg cada 8 horas. En un control posterior refiere vómitos, mareo y estreñimiento advirtiéndole que estaba tomando las dos medicaciones juntas.

TRANSTEC 35 microgramos

Paciente en tratamiento con Transtec® 35 mcg, uno al día por lumbalgia. Por su cuenta, se administra hasta 5 parches porque sigue con dolor. Como consecuencia acude a urgencias del hospital por encontrarse somnolienta, obnubilada, nauseosa, donde se advierte el error.

TRAZODONA NORMON 100 MG COMPRIMIDOS EFG, 30 COMP.

Paciente mayor y polimedicada que es habitualmente atendida por una cuidadora y una hija que son responsables de administrar su medicación (compleja). Periódicamente se les facilita la hoja de prescripción crónica actualizada para evitar errores. Durante el mes de vacaciones de la cuidadora, la hija que administra la medicación se ausenta y deja a otra hermana a cargo de la tarea. Esta confunde trazodona con otro medicamento durante varios días por lo que sufre somnolencia, desorientación, mareo y malestar que motiva consulta en centro de salud y hospital.

9.- Principales causas de los errores de medicación en niños:

En la siguiente tabla se muestran las causas de los errores de medicación en niños.

CAUSAS de los Errores de Medicación en NIÑOS (n=49). Edad: 0 -18 años	
Falta de conocimientos/formación	20,41%
Problemas en la interpretación de la prescripción: ambigua, ilegible, uso de abreviaturas	18,37%

La presentación de la especialidad farmacéutica da lugar a confusión: nombre similares, similitud de envases	16,33%
Falta de cumplimiento o de procedimientos de trabajo establecidos	14,29%
Falta de concordancia entre las bases de datos y los medicamentos comercializados	10,20%
Problemas en los equipos y dispositivos de dispensación/ preparación/ administración	8,16%
Otros: situación de emergencias, personal insuficiente o sin experiencia	8,16%
Defectos en la calidad del medicamento	2,04%

10.- Principales causas de los errores de medicación en mayores 65 años:

En la siguiente tabla se muestran las causas de los errores de medicación en mayores de 65 años.

CAUSAS de los Errores de Medicación en mayores de 65 años (n=112).	
Falta de cumplimiento o de procedimientos de trabajo establecidos	29,46%
Falta de conocimientos/formación	25,89%
Problemas en la interpretación de la prescripción: ambigua, ilegible, uso de abreviaturas	10,71%
La presentación de la especialidad farmacéutica da lugar a confusión: nombre similares, similitud de envases	10,71%
Falta de concordancia entre las bases de datos y los medicamentos comercializados	8,93%
Otros: situación de emergencias, personal insuficiente o sin experiencia	7,14%
Problemas en los equipos y dispositivos de dispensación/ preparación/ administración	4,46%
Incorrecta identificación del paciente	1,79%
Defectos en la calidad del medicamento	0,89%

11.- Problemas/Incidentes relacionados con el Suministro:

Durante el mes de diciembre hemos tenido conocimiento de los siguientes restablecimientos de suministro:

C.N	Medicamento	Situación	Observaciones de la AEMPS
700503	DECENTAN , 50 comprimidos	Restablecimiento de suministro	Con fecha 23 de diciembre de 2015.
700622	DOGMATIL 50 mg/ml SOLUCION INYECTABLE , 12 ampollas de 2 ml	Restablecimiento de suministro	Con fecha 23 de diciembre de 2015
836585	TOFRANIL 25 mg COMPRIMIDOS RECIBIERTOS , 50 comprimidos	Restablecimiento de suministro	Con fecha 18 de diciembre de 2015
837658	ZINNAT 250 mg/5 ml GRANULADO PARA SUSPENSION ORAL EN FRASCO	Restablecimiento de suministro	Con fecha 18 de diciembre de 2015

ARCOTANE (Perfluoroetano): La AEMPS ha instado a las empresas distribuidoras del producto en nuestro país, a cesar la comercialización y retirar todos los lotes del producto ARCOTANE en el mercado español.

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>

4.- Recomendaciones a Profesionales

SEGURIDAD DE
MEDICAMENTOS
DE LA COMUNIDAD DE MADRID

SMCM

Comunicación de incidencias a los profesionales del
SERVICIO MADRILEÑO DE SALUD

Incidencia: 1/2015

Fecha comunicación: enero de 2015

MEDICAMENTOS IMPLICADOS

OLIMEL N9 EMULSION PARA PERFUSION, 6 BOLSAS DE 1.000 ML
ERRORES DE MEDICACIÓN

CARACTERÍSTICAS DEL ERROR

La Agencia Española de Medicamentos y productos Sanitarios ha difundido a través del Boletín Mensual de Noviembre de 2014 un recordatorio acerca de la importancia de realizar una correcta preparación y administración de la nutrición parenteral debido a que:

Se han notificado errores de medicación durante el uso de Olimel/PeriOlimel relacionados con la falta de "activación" (mezclado) o con una "activación" incompleta de los compartimentos de la bolsa, u otros tipos de errores de medicación, tales como velocidad de infusión excesiva o vía de administración incorrecta



Estos errores de medicación pueden dar lugar a reacciones adversas graves tales como hiperglucemia, manifestaciones de sobredosificación o reacciones en el punto de inyección debidas a la extravasación del producto.

A raíz de esta advertencia, se han revisado los casos registrados en el Portal de Uso Seguro de Medicamentos, y hemos tenido conocimiento de un caso relacionado con con la advertencia anterior en el que intervienen los productos: OLIMEL N9 EMULSION PARA PERFUSION, 6 bolsas de 1.000 ml, que **sólo** se administra por **vía central** y SMOFKABIVEN PERIFERICO emulsion para perfusion, 4 bolsas de 1.448 ml, que se puede administrar por **vía periférica o central**.

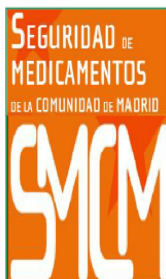
Se prescribió nutrición por vía periférica (SMOFKABIVEN PERIFERICO) pero, se seleccionó mal el producto y por error, se subió a la planta la nutrición parenteral que sólo se puede administrar por vía central (OLIMEL N9). Por suerte no se llegó a administrar ya que desde farmacia se dieron cuenta del error al dar la salida del lote. Se subió a la planta y se retiró la nutrición errónea. Si se hubiese administrado OLIMEL N9 por vía errónea (vía periférica) podía haber tenido consecuencias para el paciente.

La AEMPS recuerda también, que las formulaciones de Olimel deben administrarse solo por vía intravenosa central. Únicamente PeriOlimel N4E puede ser administrada también por vía intravenosa periférica debido a su osmolaridad (760 mOsm/l).

RECOMENDACIONES

- ✓ Se deben seguir cuidadosamente las nuevas recomendaciones e instrucciones para la preparación y la administración de este medicamento para minimizar el riesgo de posibles errores de medicación que pueden tener consecuencias para el paciente. Seguir las indicaciones aprobadas en la ficha técnica del medicamento.
- ✓ Tener especial cuidado en la selección de la nutrición prescrita, para evitar errores de administración.

SEGURIDAD DE MEDICAMENTOS DE LA COMUNIDAD DE MADRID
Plaza de Carlos Trias Bertran nº7
28020-Madrid
Teléfono: 91 426 59 80/81
e-mail: seguridadmedicamento@salud.madrid.org



Comunicación de incidencias a los profesionales del
SERVICIO MADRILEÑO DE SALUD

Incidencia: 15/2015
Fecha comunicación: JULIO de 2015

PRODUCTO IMPLICADO

METOTREXATO VIA ORAL PARA PAUTAS SEMANALES

CARACTERÍSTICAS DEL ERROR

Hemos tenido conocimiento a través de una Unidad Funcional de Gestión de Riesgos de Atención Primaria de un nuevo error de medicación ocurrido con el medicamento METOTREXATO para administración oral en pautas semanales. El error se produjo en la etapa de administración por el paciente debido a la administración diaria en vez de semanal. El caso requirió ingreso hospitalario:

Caso: Paciente diagnosticada recientemente de arteritis de la temporal, le prescriben Metotrexato 2,5 mg, 3 comp. a la semana (los viernes) pero, por error, se administra Metotrexato 2,5 mg, 3 comp. al día en vez de a la semana durante 8 días. Al 8º día solicita atención urgente en el domicilio por vómitos y diarrea indicándole al médico el error en la administración del medicamento. Fue derivado a urgencias del Hospital donde permaneció ingresado por intoxicación por metotrexato (leucopenia por inmunosupresión, diarrea y mucositis) durante al menos una semana.

En la Ficha Técnica del medicamento se incluye la advertencia:

SE DEBE ADVERTIR A LOS PACIENTES QUE NO EXCEDAN LA DOSIS RECOMENDADA. DEBE ENFATIZARSE AL PACIENTE QUE LA DOSIS RECOMENDADA PARA ARTRITIS REUMATOIDE Y PSORIASIS SE ADMINISTRA DE FORMA SEMANAL. SE HAN NOTIFICADO CASOS DE MUERTE RELACIONADOS CON LA ADMINISTRACIÓN DIARIA EN LUGAR DE SEMANAL, ESPECIALMENTE EN PACIENTES DE EDAD AVANZADA. El médico debe especificar el día de la semana de la toma en la receta.

En el Prospecto se incluye la siguiente advertencia

NO EXCEDA LA DOSIS RECOMENDADA POR SU MÉDICO. LA DOSIS PARA ARTRITIS REUMATOIDE Y PSORIASIS SE ADMINISTRA UNA VEZ A LA SEMANA. SE HAN NOTIFICADO CASOS DE MUERTE RELACIONADOS CON LA ADMINISTRACIÓN DIARIA DE ESTE MEDICAMENTO, EN LUGAR DE SEMANAL. CONSULTE A SU MÉDICO O FARMACÉUTICO SI NO ESTÁ SEGURO ACERCA DE QUÉ CANTIDAD Y CON QUÉ FRECUENCIA DEBE TOMAR

RECOMENDACIONES

- 1.- Cuando se prescriba Metotrexato via oral para pautas semanales, informar e insistir al paciente que sólo lo debe tomar una vez a la semana.
- 2.- Subrayar en la hoja de medicación y/o en la receta la pauta del medicamento, indicando por ejemplo: **SÓLO LOS VIERNES.**
- 3.- Asegurarse que el paciente ha entendido lo que se le entrega por escrito.
- 4.- Existe un documento de información al paciente que puede imprimirse y ser utilizado como poster en las consultas donde se prescribe este medicamento:

http://intranet.madrid.org/es/Satellite?cid=1354197897647&language=es&pagename=PortalSalud%2FPagina%2FPSTA_pintarContenidoFinal&vest=1156329829857

SEGURIDAD DE MEDICAMENTOS DE LA COMUNIDAD DE MADRID
Plaza de Carlos Trias Bertrán nº7
28020-Madrid
Teléfono: 91 426 53 83/59 81
e-mail: proyectos.farmacia@salud.madrid.org

VACUNAS IMPLICADAS

VACUNAS:

**BOOSTRIX SUSPENSION INYECTABLE EN JERINGA PRECARGADA (dTpa) e
INFANRIX SUSPENSION INYECTABLE EN JERINGA PRECARGADA (DTPa)**

CARACTERÍSTICAS DEL ERROR

En el marco del Programa de Notificación de Errores de Medicación de la Comunidad de Madrid, hemos tenido conocimiento de varios incidentes ocasionados por confusión entre las vacunas: **BOOSTRIX SUSPENSION INYECTABLE EN JERINGA PRECARGADA** (Vacuna combinada inactivada anti difteria/tétanos/tosferina, **dTpa de baja carga antigénica**) e **INFANRIX SUSPENSION INYECTABLE EN JERINGA PRECARGADA** (Vacuna combinada inactivada anti difteria/tétanos/tosferina, **DTPa de alta carga antigénica**). Estas vacunas contienen diferentes cargas antigénicas y tienen diferentes indicaciones, según la edad y las situaciones de la persona. Hay que tener **especial precaución** en mujeres embarazadas, donde el médico puede recomendar la vacuna de baja carga (dTpa) **BOOSTRIX®**.

A modo de ejemplo incluimos algunos de los casos recientemente notificados:

Casos:

- *Paciente embarazada que, por prescripción del ginecólogo, acude a consulta para vacunarse, y trae de la farmacia la vacuna no indicada en el embarazo, la DTPa de alta carga antigénica (Infanrix®), cuando debía ser la dTpa de baja carga antigénica (Boostrix®). Se detecta el error y no se administra.*
- *Por error se administra a dos niñas, en revisión de 6 años, la vacuna DTPa de alta carga antigénica (Infanrix®) en lugar de dTpa de baja carga antigénica (Boostrix®). El profesional se da cuenta al finalizar la jornada laboral y se contacta con las familias para comunicarles el incidente.*

Tal y como indica la Ficha Técnica de **Infanrix®**, la vacuna DTPa de alta carga, no está destinada para su administración en adultos y no se dispone de datos de su administración en embarazo en humanos, ni de estudios de reproducción en animales. Según el calendario vacunal actual de la Comunidad de Madrid, la vacuna DTPa de alta carga, se administra en niños a los 2-4-6 meses de edad. A los 6 años se administra la vacuna dTpa de baja carga ¹.

1. https://saluda.salud.madrid.org/atencionprimaria/saludpublica/Bcalendario_vacinfantil/Cartel_vacunas_31_agosto_2015.pdf [consultado el 30/11/2015]

RECOMENDACIONES

- En mujeres embarazadas, **SOLO** se debe administrar la vacuna dTpa de baja carga antigénica.
- Según la edad del niño/paciente se administrará la vacuna DTPa de alta carga antigénica o la dTpa de baja carga antigénica (a partir los 6 años de edad, en la Comunidad de Madrid).
- Puede ser necesario incluir advertencias especiales, en la nevera o en el lugar de la administración de las vacunas, para evitar errores de medicación.

5.- Boletines Resumen Mensual de Notificaciones

**SEGURIDAD DE MEDICAMENTOS
DE LA COMUNIDAD DE MADRID
ENERO 2015**



Servicio Madrileño de Salud
Dirección General de Coordinación Económica y de
Compras de Productos Farmacéuticos y Sanitarios

Comunidad de Madrid



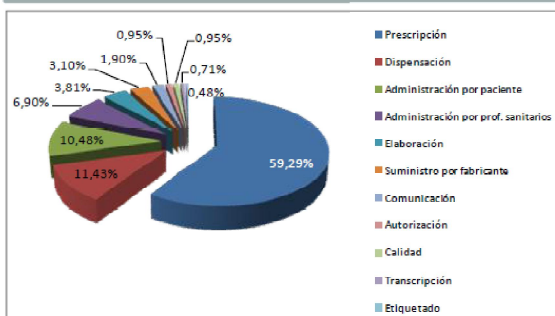
BOLETIN RESUMEN MENSUAL DE NOTIFICACIONES ENERO 2015

La distribución de las notificaciones recibidas (n= 423) en el mes de ENERO, según la procedencia de los datos es la siguiente:

Procedencia	nº notif.(%)
Unidades Funcionales para la Gestión de Riesgos (AE)	201 (47,52 %)
Unidades Funcionales para la Gestión de Riesgos (AP)*	166 (39,25 %)*
Oficinas de Farmacia de la RFC	44 (10,40 %)
Residencias de Ancianos	12 (2,84 %)

* Se incluyen en este ámbito las notificaciones de la Sección de Medicamentos Extranjeros c/Sagasta 6 (n=1)

Origen del error (n= 423)



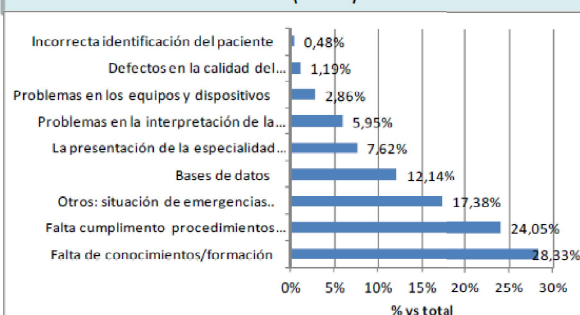
Consecuencias para el paciente

	% (n= 423)
El error se produjo, pero no alcanzó al paciente	31,43%
El error llegó al paciente, pero no le produjo daño	27,86%
Circunstancias o eventos con capacidad de causar error	20,71%
El error llega al paciente pero no se administra	11,43%
El paciente requirió monitorización y/o intervención aunque no se produjo daño	3,57%
El paciente presentó un daño temporal que requirió intervención médica	2,14%
El error se ha producido, pero no se ha podido hacer seguimiento y conocer el daño	1,90%
El paciente ha precisado o prolongado la hospitalización	0,71%
Se ha requerido intervención para mantener la vida del paciente	0,24%

Tipo de error

	% (n=423)
Error en la dosis: omisión o incorrecta	33,10%
Selección inapropiada del medicamento	15,48%
Frecuencia de administración errónea	8,10%
Se prescribe un fármaco que no suministra los distribuidores	7,86%
Error en la preparación	6,43%
Duplicidad de medicamentos o utilización de fármacos innecesarios	5,00%
Se prescribe un medicamento que no está comercializado	4,52%
Medicamento deteriorado	3,57%
Prescripción y/o utilización de fármacos fuera de indicación	2,62%
Forma farmacéutica errónea	1,90%
Falta de cumplimiento del paciente	1,67%
Vía de administración incorrecta	1,43%
Duración del tratamiento incorrecta	1,43%
Monitorización insuficiente del tratamiento	1,19%
Paciente equivocado	1,19%
Técnica de administración errónea	0,95%
Error administrativo, subsanable por el farmacéutico	0,95%
Error en el principio activo	0,95%
Prescripción y/o utilización de fármacos contraindicados en ficha técnica	0,71%
Error en el envase prescrito o dispensado	0,48%
Hora de administración incorrecta	0,48%

Causas (n= 423)



NOTIFICACIONES CON CONSECUENCIAS DE DAÑO (REMITIDAS AL CENTRO DE FARMACOVIGILANCIA DE LA CM)

1.- AVASTIN 25 MG/ML CONCENTRADO PARA SOLUCION PARA PERFUSION, 1 VIAL DE 4 ML

En el servicio de farmacia se reenvasa el vial de Avastin® (bevacizumab) en jeringas de 0,3 ml. La dosis que se debe administrar es de 0,05 ml purgando previamente la aguja. La oftalmóloga consulta al servicio de farmacia qué cantidad exacta se le debe poner al paciente ya que a este paciente las dos últimas veces se le ha administrado 0,1 ml (por error) e inmediatamente se quejaba de dolor de cabeza. Se le explica que son 0,05 ml, es decir la mitad de lo que se le estaba administrando. La jeringa va perfectamente etiquetada con la concentración y cantidad que tiene la jeringa.

2.- GENTAMICINA BRAUN 1 MG/ML SOLUCION PARA PERFUSION INTRAVENOSA, 20 FRASCOS DE 80 ML

Se pauta 11 mg de gentamicina IV, en bomba, a un niño prematuro de 34 semanas y 24 horas de vida. La bomba avisa al terminar y el auxiliar de enfermería que oye la alarma, pensando que lo que administraba era suero, en vez de apagar la bomba le da a reiniciar de modo que se administra nuevamente la dosis. Se obtienen niveles del antibiótico en sangre (5,6 mg/ml) y se decide pautar una nueva dosificación ajustada a los niveles individualizados.

3.- PERFALGAN 10MG/ML SOLUCION PARA PERFUSION, 12 FRASCOS DE 100 ML

Se administra en bomba una dosis 10 veces superior a la terapéutica porque al parecer la bomba no avisa y pasa más cantidad de la debida. Se le da N acetilcisteína como antidoto. Se ha requerido intervención para mantener la vida del paciente.

4.- PLAVIX 75 MG COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA, 50 COMPRIMIDOS

Le dan de alta a un paciente tras implante de *stent farmacactivo* con prescripción de clopidogrel durante un año, pero la paciente no lo toma, porque según indica, la inspección no le podía visar la receta entregada. Acude a urgencias por síndrome coronario agudo por trombosis del *stent*, que requirió angioplastia con *stent*. Ingresa en el hospital y continúa durante casi un mes.

El paciente ha precisado o prolongado la hospitalización

5.- METOTREXATO PFIZER 2 ML SOLUCION INYECTABLE, 50 MG/2 ML DE SOLUCION INYECTABLE

Por un problema de comunicación entre profesionales no le administraron a una paciente metotrexato tal como le había prescrito el ginecólogo. La consecuencia fue que la paciente prolongó su hospitalización. Se dieron cuenta de este incidente cuando al solicitar otro metotrexato para embarazo ectópico, preguntaron por el anterior, comprobando que no se había preparado.

6.- VYTORIN 10 MG/40 MG COMPRIMIDOS, 28 COMPRIMIDOS

El médico le cambia la prescripción al paciente en consulta, de simvastatina 20 mg a simvastatina 40 mg y ezetimiba juntos (Vytorin®). La paciente no lo entiende bien y sigue tomando simvastatina 20 mg y el nuevo fármaco, presentando dolores articulares, cervicalgia y sudores.

7.- CIPROFLOXACINO

Paciente que por iniciativa propia solicita en farmacia un antibiótico, y se le dispensa ciprofloxacino (sin receta médica). Presenta una reacción anafiláctica (edema de glotis).

8.- CORTICOIDE ORAL

Paciente con broncoespasmos de repetición en tratamiento con budesonida inhalador y salbutamol a demanda. Presenta broncoespasmo y se le pauta adicionalmente estilsona durante 3 días. Acude a urgencias por fiebre y dificultad respiratoria e informa que ha estado tomando estilsona durante casi un mes. Requiere ingreso por neumonía y se realiza pauta descendente de estilsona.

9.- ASTEFOR 400/30 MG COMPRIMIDOS CON CUBIERTA PELICULAR, 30 COMPRIMIDOS

Se pauta a un paciente Cod Efferalgan® para control de síntomas gripales; 3 días más tarde acude de nuevo por tos muy intensa, y se sustituye por Astefor® 400 (ibuprofeno y codeína). La paciente no interpreta adecuadamente la modificación de su tratamiento y continúa tomando ambas especialidades, presentando náuseas y mareo.

10.- FUROSEMIDA 40mg

Paciente que toma por la mañana 2 comp. simvastatina 20 mg en vez de 2 comp. de furosemida 40 mg (la presentación de los fármacos es muy similar ya que son del mismo laboratorio) y requiere ingreso hospitalario por descompensación de su insuficiencia cardíaca crónica.

11.- AMOXICILINA/ACIDO CLAVULANICO CINFA 875 MG/125 MG POLVO PARA SUSPENSION ORAL EN SOBRES EFG, 20 SOBRE

Paciente que acude a urgencias y le prescriben amoxicilina más clavulánico y se le entregan 4 sobres para inicio hasta que acuda a su médico. Este le prescribe el antibiótico en receta electrónica y le dispensan comprimidos. La paciente se toma a la vez el sobre y el comprimido durante 3 tomas. Inicia cuadro de diarrea profusa con vómitos que requiere urgencias.

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

**HIDROCORTISONA COLOR AMP 100 MG
MEDICAMENTO EXTRANJERO**

Notifican que las ampollas de este medicamento que la AEMPS está importando debido al desabastecimiento de Actocortina vial 100 mg se abren con demasiada dificultad, de manera que hay riesgo importante tanto para el paciente ya que pueden caer esquirlas del vidrio dentro de la solución como para la enfermera que lo administra.

PARACETAMOL KERN PHARMA 1 G

En uno de los cajetines devuelven 3 unidades de paracetamol unidas por el blister tal comprimidos EFG, 500 COMPRIMIDOS y como se dispensaron. Se advierte que una unidad está defectuosa ya que falta un trozo del comprimido

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

EUTIROX 150	NITROPLAST 15 56,2MG/PAR 30 PARCHES TRANSD
ENGERIX B 20MCG 1 JERINGA PRECARGADA 1ML	PNEUMO 23 1 JERINGA PRECARGADA 0,5ML INYECTABLE
LEVOTHROID 100 MCG 50 COMPRIMIDOS	PULMICORT SUSP NEBULIZ 0.25MG/ML 5 DOSIS 2 ML
LEVOTHROID 50 MCG 50 COMPRIMIDOS	PARACETAMOL CUVE 1 G POLVO PARA SOLUCION ORAL , 40 SOBRES
URBAL SUSPENSION , 50 SOBRES	ACTOCORTINA 100 MG POLVO Y DISOLVENTE PARA SOLUCION INYECTABLE , 10 VIALES
GINECANESMED 100MG 6 COMPRIMIDOS VAGINALES	TAMIFLU 6 MG/ML POLVO PARA SUSPENSION ORAL, 1 FRASCO DE 100 ML

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

NOTAS REMITIDAS A LA AEMPS

HIDROCORTISONA COLOR AMP 100 MG MEDICAMENTO EXTRANJERO	Se remita a la AEMPS el problema detectado desde una unidad funcional de gestión de riesgos de atención especializada, donde indican que las ampollas de este medicamento se abren con demasiada dificultad, de manera que hay riesgo importante tanto para el paciente -ya que pueden caer esquirlas del vidrio dentro de la solución- como para la enfermera que lo administra. Se propone: Tener en cuenta estos hechos para sucesivas autorizaciones y si es posible, exponer estos hechos al laboratorio fabricante, para que traten de subsanarlo.
---	--

BOLETINES publicados: Recomendaciones a Profesionales

HIDROCORTISONA COLOR AMP 100 MG
MEDICAMENTO EXTRANJERO



Se expone el caso remitido a la AEMPS, sobre la dificultad para abrir las ampollas de **HIDROCORTISONA COLOR**.

Se recomienda:

- Tener en cuenta esta dificultad para abrir las ampollas y las consecuencias que se pueden derivar (heridas o cortes).
- Utilizar algún protector a la hora de abrirlo para evitar cortes o heridas.
- Asegurarse, de que durante el proceso de apertura, no se ha desprendido alguna esquirla dentro de la ampolla

OLIMEL N9 EMULSION PARA
PERFUSION, 6 BOLSAS DE 1.000 ML



Tras la publicación del Boletín Mensual de la Agencia Española de Medicamentos y productos Sanitarios donde se recuerda la importancia de realizar una correcta preparación y administración de la nutrición parenteral, se han revisado los casos registrados en el Portal de Uso Seguro de Medicamentos y se expone uno de ellos, que se detectó a tiempo, pero si se hubiese administrado por vía incorrecta podía haber tenido consecuencias para el paciente.

Se recomienda:

- Seguir cuidadosamente las nuevas recomendaciones e instrucciones para la preparación y la administración de este medicamento para minimizar el riesgo de posibles errores de medicación que pueden tener consecuencias para el paciente. Seguir las indicaciones aprobadas en la ficha técnica del medicamento.
- Tener especial cuidado en la selección de la nutrición prescrita, para evitar errores de administración.

DAPSONA

Como consecuencia del desabastecimiento de sulfona comp. , desde el 7-7-09, la AEMPS está autorizando la importación de Dapsona, en dos presentaciones: DISULONE ®(que contiene Gluten) y DAPSON-FATOL® (que **no** contiene Gluten). Se recomienda separar y rotular ambas presentaciones para evitar errores de dispensación. A nivel de prescripción, tener en cuenta que DISULONE ® contiene oxalato de hierro, mientras que DAPSON-FATOL® no lo contiene.

**SEGURIDAD DE MEDICAMENTOS DE
LA COMUNIDAD DE MADRID
DICIEMBRE 2015**



Servicio Madrileño de Salud
Dirección General de Coordinación
de la Asistencia Sanitaria

Comunidad de Madrid

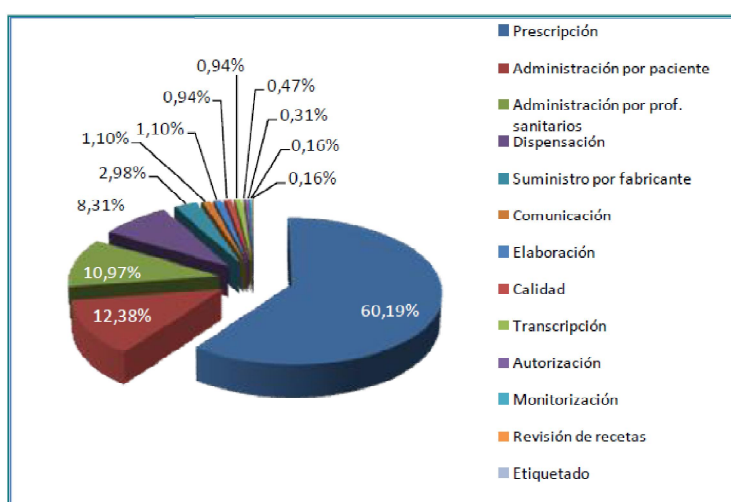


BOLETIN RESUMEN MENSUAL DE NOTIFICACIONES DICIEMBRE 2015

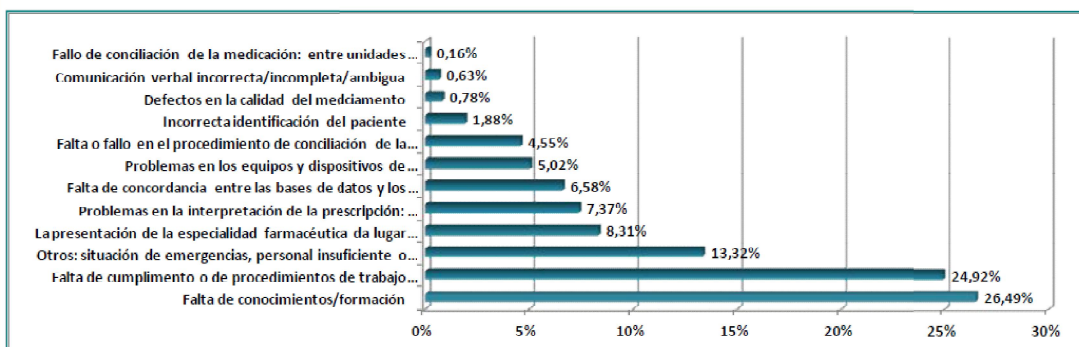
La distribución de las notificaciones recibidas en el Portal de Uso Seguro de Medicamentos en el mes de DICIEMBRE (n= 640), según la procedencia de los datos fue la siguiente:

PROCEDENCIA	Nº NOTIF. % vs TOTAL
Unidades Funcionales para la Gestión de Riesgos (AE)	343 (54,53%)
Unidades Funcionales para la Gestión de Riesgos (AP)	271 (43,08%)
Red de Farmacias Centinela (RFC)	15 (2,38%)
Residencias de Ancianos	8 (1,27%)
Sección Medicamentos Extranjeros	3 (0,48%)

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:



SEGURIDAD DE MEDICAMENTOS DE LA COMUNIDAD DE MADRID

Plaza de Carlos Trías Bertrán nº 7. 28020-Madrid; teléfono: 91 426 53 83 e-mail: proyectos.farmacia@salud.madrid.org
internet: <https://seguridadmedicamento.sanidadmadrid.org/> intranet: <https://seguridadmedicamento.salud.madrid.org/>

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	29,15%
Selección inapropiada del medicamento	23,35%
Frecuencia de administración errónea	8,31%
Se prescribe un fármaco que no suministra los distribuidores	5,64%
Duplicidad de medicamentos o utilización de fármacos innecesarios	5,17%
Error en la preparación	4,08%
Forma farmacéutica errónea	3,92%
Medicamento deteriorado	3,29%
Paciente equivocado	2,51%
Monitorización insuficiente del tratamiento	2,04%
Técnica de administración errónea	2,04%
Prescripción y/o utilización de fármacos fuera de indicación	1,88%
Falta de cumplimiento del paciente	1,41%
Duración del tratamiento incorrecta	1,25%
Vía de administración incorrecta	1,10%
Error de almacenamiento	1,10%
Se prescribe un medicamento que no está comercializado	0,94%
Prescripción y/o utilización de fármacos contraindicados en ficha técnica	0,94%
Velocidad de administración incorrecta	0,63%
Error administrativo, subsanable por el farmacéutico	0,47%
Hora de administración incorrecta	0,31%
No administración de medicamento prescrito (omisión)	0,31%
Error en el envase prescrito o dispensado	0,16%

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	38,40%
El error llegó al paciente, pero no le produjo daño	21,94%
Circunstancias o eventos con capacidad de causar error	19,59%
El error llega al paciente pero no se administra	7,68%
El paciente requirió monitorización y/o intervención aunque no se produjo daño	6,58%
El error se ha producido, pero no se ha podido hacer seguimiento y conocer el daño	3,45%
El paciente presentó un daño temporal que requirió intervención médica	2,19%
El paciente ha precisado o prolongado la hospitalización	0,16%

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
700503	DECENTAN , 50 comprimidos	Restablecimiento de suministro	Con fecha 23 de diciembre de 2015.
700622	DOGMATIL 50 mg/ml SOLUCION INYECTABLE , 12 ampollas de 2 ml	Restablecimiento de suministro	Con fecha 23 de diciembre de 2015
836585	TOFRANIL 25 mg COMPRIMIDOS RECIBIERTOS , 50 comprimidos	Restablecimiento de suministro	Con fecha 18 de diciembre de 2015
837658	ZINNAT 250 mg/5 ml GRANULADO PARA SUSPENSION ORAL EN FRASCO	Restablecimiento de suministro	Con fecha 18 de diciembre de 2015

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):

BUDESONIDA ALDO UNION 200 MICROGRAMOS/PULSACION SUSPENSION PARA INHALACION

Paciente que acude a urgencias con broncoespasmo. En el proceso de conciliación se detecta que ha dejado de tomar los inhaladores, budesonida y formoterol, tras leer el prospecto, por los posibles efectos adversos que pudieran ocasionarle debido a su patología cardíaca. El paciente precisó ingreso de 7 días.

PLENUR 400MG 100 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS (LITIO)

Paciente, en tratamiento con litio por trastorno bipolar desde hace 30 años, ingresa y se le prescribe su medicación habitual litio 400 mg cada 12 horas, según informes aportados, pero el farmacéutico detecta que en realidad la dosis que tomaba era 200 mg cada 12 horas.

COLCHICINA SEID 1 MG COMPRIMIDOS, 40 COMPRIMIDOS

Paciente con nefrectomía, acude a urgencias y se detecta que, debido a un aumento de dosis de la colchicina (3 comprimidos al día por crisis gotosa), presenta hiperpotasemia moderada sin repercusión.

AMLODIPINO 5 mg

Paciente al que se le retira el tratamiento con fibrato para comprobar los niveles basales de lípidos, pero el paciente, por error, entendiéndolo que debe suspender amlodipino por lo que la TA aumenta.

BINOSTO 70 MG COMPRIMIDOS EFERVESCENTES, 4 COMPRIMIDOS (ÁCIDO ALENDRÓNICO)

Paciente con osteoporosis secundaria, pendiente de trasplante pulmonar y polimedicada. Se prescribe ácido alendrónico efervescente y se dispensa en la farmacia el comprimido normal. Le produce epigastralgia.

LANTUS 100UI/ML 5 CARTUCHOS 3ML (INSULINA GLARGINA)

Paciente hospitalizado que durante el ingreso inicia terapia con insulina. Al alta, acude al centro de salud para que le suministren las tiras reactivas y las agujas. Mas adelante acude a consulta para control y se observa que la glucemia está muy por encima del rango. Al final se detecta que el paciente se ponía la insulina sin quitar el tapón, es decir no se ponía la insulina.

LOSARTAN/HIDROCLOROTIAZIDA ALMUS 50 MG/12.5 MG COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA, 28 COMPRIMIDOS

Durante el ingreso en el hospital, un profesional le indica verbalmente al paciente que no se administre la medicación antihipertensiva que traía de casa (losartan/hidroclorotiazida). En su informe de alta no figuraba dicho tratamiento. Como consecuencia la paciente presentó cefalea y la tensión arterial, siendo necesario reanudar el tratamiento habitual.

METILPREDNISOLONA

Se infiltra Urbason® fuera del espacio articular y le produce un hematoma subcutáneo.

SINTROM UNO GEIGY 1MG 60 COMPRIMIDOS (ACENOCUMAROL)

Paciente atendido en urgencias del hospital por rectorragia, acude posteriormente a control de INR, y se detecta que había aumentado la dosis a 4 mg cuando en realidad le habían bajado la dosis a 1 mg.

TRAMADOL/PARACETAMOL ALTER 37,5 MG/325 MG COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG, 20 COMPRIMIDOS

Paciente, en tratamiento con Tramadol 50 mg cada 12 horas, acude a consulta por mal control de dolor. Se sustituye por Tramadol y Paracetamol 37,5/325 mg cada 8 horas. En un control posterior refiere vómitos, mareo y estreñimiento advirtiéndolo que estaba tomando las dos medicaciones juntas.

TRANSTEC 35 microgramos

Paciente en tratamiento con Transtec® 35 mcg, uno al día por lumbalgia. Por su cuenta, se administra hasta 5 parches porque sigue con dolor. Como consecuencia acude a urgencias del hospital por encontrarse somnolienta, obnubilada, nauseosa, donde se advierte el error.

TRAZODONA NORMON 100 MG COMPRIMIDOS EFG, 30 COMP.

En paciente polimedicada, el cuidador confunde trazodona con otro medicamento durante varios días por lo que sufre somnolencia, desorientación, mareo y malestar.

BOLETINES DE RECOMENDACIONES A PROFESIONALES:

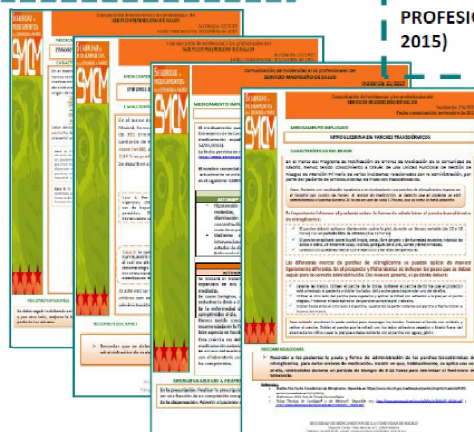
1.-ERRORES DE MEDICACIÓN CON CAUSA LOS PROBLEMAS EN LA INTERPRETACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN Y EL USO DE ABREVIATURAS (MAYO-OCTUBRE 2015):

2.- NITROGLICERINA EN PARCHES

TRANSDÉRMICOS: Recordar a los pacientes la pauta y forma de administración de los parches transdérmicos de nitroglicerina, para evitar errores de medicación. Insistir en que, habitualmente, se aplica una vez al día, retirándolos durante un periodo de tiempo de 8-12 horas para minimizar el fenómeno de tolerancia.

3.- FLUDROCORTISONA 0,1mg: Los comprimidos NO deben dividirse .

4.- ERRORES DE MEDICACION CON ORIGEN LA ADMINISTRACIÓN POR PROFESIONALES (MAYO-OCTUBRE 2015)



6.- Campaña Estandarización de Abreviaturas a Oficinas de Farmacias y Pacientes

SEGURIDAD DE MEDICAMENTOS
DE LA COMUNIDAD DE MADRID



Servicio Madrileño de Salud
Dirección General de Gestión Económica y de
Compras de Productos Farmacéuticos y Sanitarios

Comunidad de Madrid



Errores de medicación notificados por la RFC

Problemas en la interpretación de la prescripción, uso de abreviaturas

RFC

DIFUSION

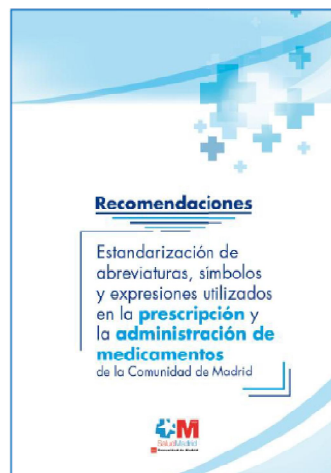
Junio 2015

RED DE
FARMACIAS
CENTINELA
DE LA
COMUNIDAD
DE MADRID

Los problemas en la interpretación de la prescripción unido al uso de abreviaturas no estandarizadas es una de las causas frecuentes de errores de medicación (EM) en las oficinas de farmacia y en otros ámbitos asistenciales.

Desde que se inició el Programa de Notificación de Errores de Medicación (año 2005) hasta el 15 de abril de 2015, el 8,5% (n=3.238) de los EM notificados ha tenido como causa los problemas en la interpretación de la prescripción y el uso de abreviaturas. De ellos un 4,8% ha llegado a producir daño al paciente. Desde la Red de Farmacias Centinela, se han comunicado, en ese mismo periodo, un total de 7.418 notificaciones relacionadas con errores de medicación de las que en un 9% de los casos (n=618), la causa del error fueron los problemas en la interpretación de la prescripción debido al uso de abreviaturas, una prescripción ilegible y/o ambigua. En 5 de estos casos, se produjo un daño temporal que requirió intervención médica.

Con el fin de minimizar estos errores, la Consejería de Sanidad ha publicado el documento: *Recomendaciones para la Estandarización de abreviaturas, símbolos y expresiones utilizados en la prescripción y la administración de medicamentos*, de la Comunidad de Madrid



Con su implantación se pretende mejorar la seguridad en el uso de los medicamentos al tratar de evitar la ambigüedad en el uso de abreviaturas no estandarizadas. Los ciudadanos/pacientes también deben familiarizarse con las abreviaturas aceptadas.

Contenidos del Documento:

- 1.- Principios para evitar errores en la prescripción.
- 2.- Tabla con la relación de las abreviaturas y acrónimos aceptados.
- 3.- Tabla con las abreviaturas, símbolos y acrónimos no aceptados por ser causa de numerosos errores de medicación.
- 4.- Anexo con los nombres de medicamentos similares que se prestan a confusión y en los que se recomienda resaltar algunas letras mayúsculas.

ABREVIATURAS Y TÉRMINOS ACEPTADOS

Unidades de medida		Formas de administración	
EXPRESIÓN	ABREVIATURA ACEPTADA	EXPRESIÓN	ABREVIATURA ACEPTADA
gotas	gts	capsula	cap.
gramos	g	comprimido	comp.
microgramo	microgramo o mcg	efervescente	eferv.
miliequivalente	mEq	gragea	gg
miligramos	mg	inhalación o inhalatoria	inh.
mililitros	ml	jarabe	jbe
milimoles	mmol	solución	sol.
porcentaje	%	supositorio	supos.
Kilogramo	Kg	Vías de administración	
Unidades Internacionales	UI	EXPRESIÓN	ABREVIATURA ACEPTADA
Frecuencia de dosis/ horario		derecha	dcha
EXPRESIÓN	ABREVIATURA ACEPTADA	Inhalatoria o inhalación	inh.
antes del desayuno, comida y cena	antes del De-Co-Ce. Si es preciso especificar la pauta horaria.	intramuscular	IM
con el desayuno, comida y cena	con el De-Co-Ce	intravenosa	IV
Desayuno	De	izquierda	izda
Comida	Co	nebulizada	NEB.
Cena	Ce	oral	VO
cuatro veces al día	cada 6 horas	sonda nasogástrica	SNG
después del desayuno y/o comida y/o cena	después del De-Co-Ce. Si es preciso especificar la pauta horaria.	sonda nasoyeyunal	SNY
dos veces al día	cada 12 horas	Vacunas	
Merienda	Me	EXPRESIÓN	ABREVIATURA ACEPTADA*
minuto	min.	Difteria, Tetanos, Tos ferina acelular	DTPa
segundo	seg.	Difteria, Tétanos, tos ferina acelular (componentes difteria y tos ferina de baja carga)	dTpa
seis veces al día	cada 4 horas	<i>Haemophilus influenzae</i> tipo b	Hib
tres veces a la semana	"3" o "tres" veces a la semana y especificar los días. Por ej.: lunes, miércoles y sábado	Meningococo C	Men C
tres veces al día	cada 8 horas	Vacuna antineumocócica conjugada 13 valente	VNC13
una vez a la semana	"1" o "una" vez a la semana, y especificar el día de la semana. Por ej.: el lunes	Tétanos, difteria (componente difteria de baja carga)	Td
una vez al día	cada 24 horas	Triple Vírica (sarampión-rubeola-parotiditis)	TV
		Varicela	VVZ
		Virus papiloma humano	VPH
		Polio virus Inactivado	VPI

* Actualizado según ORDEN 369/2015, de 10 de abril, del Consejero de Sanidad, por la que se da publicidad al Acuerdo adoptado por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, en su reunión de 14 de enero de 2015, sobre el Calendario de Vacunación Infantil del Sistema Nacional de Salud, y se actualiza el Calendario Vacunal Infantil de la Comunidad de Madrid.
No se recomienda utilizar abreviaturas para la expresión de otros términos que no estén incluidos en esta tabla, para evitar errores con las abreviaturas aceptadas.



Servicio Madrileño de Salud
Dirección General de Gestión Económica y de
Compras de Productos Sanitarios y Farmacéuticos

Comunidad de Madrid

Subdirección General de Compras de Farmacia y Productos Sanitarios.
Consejería de Sanidad, Comunidad de Madrid



ABREVIATURAS... CONOCE EL SIGNIFICADO



✓ Las abreviaturas aceptadas se pueden utilizar en documentos médicos y recetas médicas para indicar cómo tiene que tomar los medicamentos.

✓ Se deben interpretar de manera correcta para evitar errores de medicación.

suspensión ↔ suspender

~~susp.~~ ❌

Abreviatura no aceptada
Figurarán las palabras completas

supositorio

supos. ✅

Abreviatura aceptada

Abreviaturas aceptadas

capsula	cap.	Kilogramo	Kg
Cena	Ce	Merienda	Me
Comida	Co	microgramo	microgramo o mcg
comprimido	comp.	miliequivalente	mEq
derecha	dcha	miligramos	mg
Desayuno	De	mililitros	ml
efervescente	eferv.	milimoles	mmol
gotas	gts	minuto	min.
gragea	gg	nebulizada	NEB.
gramos	g	oral	VO
inhalaación o inhalatoria	inh.	porcentaje	%
Intramuscular	IM	segundo	seg.
intravenosa	IV	solución	sol.
izquierda	izda	supositorio	supos.
jarabe	jbe	Unidades	UI
		Internacionales	

Subdirección General de Compras de Farmacia y Productos Sanitarios.
Consejería de Sanidad, Comunidad de Madrid

medicamentos, le interesa saber

7

Mes
2015