

Boletín de Recomendaciones para la Prevención de Errores de Medicación

Errores de medicación de mayor riesgo para los pacientes notificados en 2021

El pasado año publicamos un boletín con los 10 tipos más frecuentes de errores de medicación que motivaron eventos adversos a los pacientes, que fueron comunicados en 2020 por los profesionales sanitarios al Sistema de Notificación y Aprendizaje de Errores de Medicación y al SiNASP¹. Este año hemos realizado un análisis similar de los incidentes notificados a ambos sistemas en el año 2021, cuyos resultados se recogen en la Tabla 1. Es preciso mencionar que estos datos representan sólo una parte de los errores que se producen y tienen sus limitaciones; no es posible extrapolar ni el espectro ni la incidencia de los errores que realmente ocurren de la información procedente de los sistemas de notificación voluntaria. Además, el análisis incluye sólo a los errores con daño y estos se producen en un elevado porcentaje en la administración, ya que los errores que se originan en etapas anteriores tienen más probabilidad de que se detecten y se subsanen antes de alcanzar a los pacientes. No obstante, es una información muy valiosa para aprender y mejorar la seguridad de los pacientes.

Desgraciadamente los tipos de errores más frecuentes que ocasionaron daños a los pacientes se han repetido en su mayoría, lo que pone de manifiesto que las prácticas seguras recomendadas para evitarlos no están completamente implementadas y que es preciso seguir trabajando para lograrlo. En el análisis también aparecen algunos problemas diferentes, aunque no nuevos, que requieren atención, como son los errores asociados a la toma de medicación del propio paciente en el hospital, a la administración de paracetamol intravenoso (IV) en niños y a prescripciones verbales.

El lema del día mundial de la Seguridad del Paciente de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de 2022 es la seguridad en el uso de los medicamentos. No cabe duda de que es una oportunidad para concienciar a todos los agentes implicados sobre este problema y promover la implantación de las prácticas seguras que evitarían que estos errores volvieran a suceder.

Tabla 1. Los 10 tipos de errores de medicación con consecuencias más graves notificados en 2021.

1	Errores por incorrecta identificación de los pacientes
2	Errores por omisión o retraso de la medicación
3	Errores en pacientes con alergias o efectos adversos conocidos a medicamentos
4	Errores en la conciliación de la medicación en las transiciones asistenciales
5	Errores por la toma de medicación del propio paciente en el hospital
6	Errores en las prescripciones verbales
7	Errores asociados a la falta de utilización de bombas de infusión inteligentes
8	Errores por la administración de dosis elevadas de paracetamol IV en niños
9	Errores por similitud en el nombre o en la apariencia de los medicamentos
10	Administración equivocada por vía IV de medicamentos orales líquidos

1 Errores por incorrecta identificación de los pacientes

Los eventos adversos causados por errores en la identificación de los pacientes han sido los notificados con más frecuencia en 2021. En su mayoría se han producido en el proceso de administración y han consistido en la administración de la medicación de un paciente a otro, por haber omitido algún paso en el procedimiento de verificación del paciente y de la medicación. Se han comunicado también algunos incidentes en el seguimiento, debidos a que se proporcionaron resultados analíticos de un paciente a otro diferente, en concreto las pautas de control de anticoagulación.

El Ministerio de Sanidad y las comunidades autónomas han trabajado desde hace años en este tema prioritario que está incluido en la Estrategia Nacional de Seguridad del Paciente². En boletines anteriores, que se aconseja consultar para más información, se ha insistido en la necesidad de que los centros sanitarios establezcan prácticas para asegurar una correcta identificación de los pacientes^{3,4}.

Ejemplo de incidente

Se administró por equivocación el tratamiento con un anticuerpo monoclonal de un paciente a otro paciente diferente, porque no se comprobó previamente su identidad y que le correspondía el fármaco que se iba a administrar. Se descubrió el error porque el paciente presentó una reacción de hipersensibilidad y se encontró que el fármaco de este paciente estaba en la encimera sin administrar.



Prácticas recomendadas

- ▶ Los centros sanitarios deben establecer al menos dos identificadores únicos para verificar la identidad del paciente, que no sean el número de habitación o cama, y deben fomentar que los profesionales sanitarios los utilicen antes de prescribir, preparar, dispensar o administrar un medicamento. Asimismo resulta totalmente necesario que implementen un sistema automatizado de verificación mediante código de barras o similar, y que sea utilizado por los profesionales.
- ▶ Los profesionales sanitarios tienen que verificar la identidad del paciente en el momento de administrar un medicamento:
 - comprobando los identificadores establecidos en la pulsera identificativa del paciente y/o preguntando directamente al paciente o familiar, y cotejando que estos datos se corresponden con los indicados en la hoja de administración de enfermería (electrónica o en papel). Para ello, se debe llevar esta hoja de administración hasta la cama del paciente junto a la medicación. Además se debe verificar que el medicamento, dosis, vía y tiempo de administración corresponden a ese paciente, y comprobar la etiqueta de cada medicamento que se vaya a administrar.
 - pasando un lector de códigos por la pulsera identificativa del paciente y por cada dosis de medicamento que se va a administrar, y comprobando su concordancia con la información de la hoja de administración electrónica de enfermería (eMAR, por sus siglas en inglés).
- ▶ Promover la participación de los pacientes y sus familiares en su identificación. Informarles de la necesidad de que comprueben bien sus datos cuando recojan una nueva receta o los resultados analíticos de control de la medicación.

2

Errores por omisión o retraso de la medicación

En 2021 se han seguido notificando numerosos incidentes por omisión o retraso en la administración de uno o más medicamentos necesarios para un paciente. Estos incidentes se pueden producir en cualquier proceso, pero la mayoría de los casos comunicados se han originado en la prescripción y en la administración. Entre las causas indicadas destacan los defectos en la configuración de los programas de prescripción electrónica, particularmente en la transmisión de las prescripciones, de forma que la medicación prescrita no se vuelca adecuadamente a la eMAR o, cuando un paciente se traslada de una unidad a otra, sus medicamentos no aparecen en la eMAR de la nueva unidad. Otros motivos de retrasos u omisiones han sido la falta de comunicación entre los profesionales sanitarios y la falta de disponibilidad de la medicación prescrita en la unidad. Se aconseja consultar un boletín anterior para una información más detallada sobre este problema y las prácticas seguras a implementar para evitarlo ⁵.

Ejemplo de incidente

Paciente con lesión ocupante de espacio cerebral con edema en tratamiento con dexametasona. A pesar de estar prescrito en el sistema informático, el fármaco no se administró durante 48 h y el paciente sufrió un empeoramiento de la clínica atribuido al edema cerebral. El paciente se había trasladado de unidad y la hoja de administración de enfermería no reflejaba convenientemente la prescripción médica.

Prácticas recomendadas

- ▶ Revisar el procedimiento completo de gestión de la medicación en el centro y asegurar que incluye directrices específicas sobre la importancia de prescribir, dispensar y administrar los medicamentos a tiempo.
- ▶ Establecer una lista de los medicamentos críticos en los que la administración a tiempo es crucial, y definir los horarios y los márgenes aceptables para la administración a tiempo de estos medicamentos (p.ej. insulina, dosis iniciales de antibióticos IV y anticonvulsivantes, etc.).
- ▶ Configurar correctamente el programa de prescripción electrónica y la eMAR:
 - asegurarse de que las prescripciones electrónicas se transmiten adecuadamente a la eMAR.
 - configurar el programa de prescripción para que cuando se prevea que la administración de la primera dosis de un nuevo medicamento crítico prescrito se va a demorar más de 5 horas, porque el sistema informático lo pauté automáticamente para la siguiente hora de administración, el sistema advierta a los prescriptores que puede ser preciso administrar una dosis extra inicial y luego continuar con el horario habitual de administración.
 - configurar la eMAR de forma que muestre las dosis pendientes de administrar, cuando se han sobrepasado los límites de tiempo definidos para la administración a tiempo de la medicación.
- ▶ Sensibilizar a los profesionales sanitarios sobre la importancia de los errores de omisión o retraso en la administración de los medicamentos.

3

Errores en pacientes con alergias o efectos adversos conocidos a medicamentos

Los errores asociados con la prescripción o administración de medicamentos en pacientes con alergias o efectos adversos previamente conocidos han continuado ocurriendo de forma reiterada, tanto en hospitales como en el medio ambulatorio. La causa principal de los errores comunicados ha sido de nuevo la falta de comprobación de los antecedentes de alergias del paciente en la historia clínica o en los sistemas de prescripción o administración, antes de prescribir o administrar los medicamentos. Tampoco se comprueba el historial de alergias preguntando simplemente a los pacientes o personas cuidadoras sobre las posibles alergias previas. Los medicamentos implicados han sido principalmente antiinfecciosos, analgésicos y contrastes yodados.

Este tema es uno de los más emblemáticos en seguridad de medicamentos ^{6,7} y está incluido por la OMS en sus líneas prioritarias ⁸. Sin embargo, parece que sigue sin abordarse de forma efectiva por los centros sanitarios.

Ejemplo de incidente

Paciente derivado por cuadro oclusivo de un box de exploración y diagnóstico del servicio de urgencias a un box de observación. Presenta dolor y se pauta y administra metamizol intravenoso, siendo alérgico el paciente. La alergia estaba recogida en las alertas de la historia clínica, pero el sistema informático no vuelca una alerta a la prescripción. El paciente refirió que a su llegada a urgencias lo había comentado va-rias veces a los profesionales que le habían atendido.

Prácticas recomendadas

- ▶ Comprobar siempre los antecedentes de alergia del paciente antes de prescribir, dispensar o administrar los medicamentos. Si la información no estuviera disponible, preguntar al paciente o personas cuidadoras, y registrar dicha información.
- ▶ Registrar la información sobre las alergias del paciente correctamente:
 - asegurarse de que los antecedentes de alergias de los pacientes, incluyendo "no alergias conocidas a medicamentos", están registrados en la historia clínica y en los impresos o sistemas electrónicos que registran la medicación.
 - cuando se produce una nueva reacción, asegurar que se monitoriza y se actualiza el registro adecuadamente.
- ▶ Disponer de sistemas efectivos con alertas de alergias a medicamentos, integrados en la historia clínica y en el sistema de prescripción electrónica, que permitan detectar automáticamente los medicamentos a los que son alérgicos los pacientes.
- ▶ Considerar las alertas informáticas sobre alergias. No asumir nunca que una alerta no es importante.
- ▶ Documentar las alergias del paciente en los informes de traslado (derivación desde primaria al hospital, al alta hospitalaria, etc.), así como en la información que se proporciona al paciente.
- ▶ Informar a los pacientes sobre las alergias y los medicamentos que tienen que evitar, y proporcionarles información escrita para que la transmitan siempre que precisen asistencia sanitaria.

4 Errores en la conciliación de la medicación en las transiciones asistenciales

Las transiciones asistenciales constituyen puntos críticos con un elevado riesgo de que se produzcan errores de medicación por discrepancias en la transmisión de la información sobre los tratamientos que reciben los pacientes. En el año 2021 se han notificado numerosos errores que han ocurrido en estos puntos de transición, bien sea al ingreso del paciente en el hospital, en los traslados de unidad, en el momento del alta o después del alta hospitalaria. También después de que los pacientes recibieran atención en servicios de urgencias. Los errores más frecuentes han sido de omisión de medicamento y de dosificación. Algunos de estos errores ocasionaron eventos adversos en los pacientes.

La OMS en el tercer reto mundial de seguridad del paciente "Medicación sin daño" y el Ministerio de Sanidad en sus estrategias de seguridad del paciente y de cronicidad han recomendado implementar prácticas para conciliar la medicación en las transiciones asistenciales, con el fin de reducir estos errores y garantizar una continuidad asistencial sin fisuras ^{2,9-11}. También las comunidades autónomas, sociedades científicas y centros sanitarios han trabajado en conciliación de la medicación. No obstante, la implantación de estas prácticas sigue siendo escasa, porque precisan recursos humanos y tecnológicos. Es necesario seguir trabajando e implicar tanto a los profesionales sanitarios como a los pacientes y personas cuidadoras.

Ejemplo de incidente

En un ingreso por la tarde de un paciente geriátrico en un hospital se prescribe digoxina (Lanacordin pediátrico) que el paciente tomaba en su domicilio, pero a una dosis muy superior (0,8 mg). Se administra una dosis y el paciente presenta efectos adversos (vómitos). Se determina la concentración de digoxina resultando tóxica. Se revisa su medicación y el farmacéutico se da cuenta del error en la dosis.

Prácticas recomendadas

- ▶ Al ingreso hospitalario: a) obtener una historia completa de la medicación domiciliaria, utilizando al menos una fuente de información, y realizando una entrevista estructurada al paciente y/o familiares o cuidadores, para completar y verificar dicha información; b) comparar esta historia con los nuevos medicamentos que se prescriben; c) resolver las posibles discrepancias preferentemente dentro de las primeras 24 horas del ingreso hospitalario; y d) asegurar que en todo momento está disponible una lista completa y actualizada de la medicación para todos los profesionales que le atienden, incluyendo los medicamentos que toma sin receta, plantas medicinales y otros productos.
- ▶ En los traslados en el hospital: a) comunicar la medicación que el paciente estaba recibiendo en la unidad de procedencia a los siguientes profesionales que le atienden; b) comparar la nueva medicación prescrita en la unidad de traslado, con la medicación anterior y la hoja de registro de administración, así como con la historia completa de medicación domiciliaria; c) resolver las posibles discrepancias y registrar los cambios realizados.
- ▶ Al alta hospitalaria: a) comparar el listado completo de medicación al alta con la historia completa de la medicación domiciliaria y con la medicación administrada en las últimas 24 horas en el hospital; b) identificar y resolver las discrepancias; c) elaborar un informe de alta para los siguientes profesionales que atienden al paciente con un apartado referido a la medicación que especifique los cambios que se han producido en el tratamiento domiciliario y reacciones adversas; y d) proporcionar la hoja de medicación al alta y las recetas al paciente y/o familiares o cuidadores, y explicar la medicación al alta y los cambios producidos, asegurándose de que comprende la medicación que debe tomar al alta.

5 Errores por la toma de medicación del propio paciente en el hospital

Los medicamentos prescritos y administrados para los pacientes mientras están hospitalizados se tienen que proporcionar por el servicio de farmacia del hospital. No obstante, se aconseja que los pacientes lleven su medicación cuando ingresan para obtener una historia precisa de su medicación domiciliaria y conciliarla con la medicación al ingreso. Asimismo, en algunas ocasiones puede ser necesario utilizar algún medicamento para evitar interrupciones o retrasos innecesarios en el tratamiento ¹². El control de estos medicamentos constituye un verdadero reto para los centros y pueden generarse errores importantes, si no están bajo control de los profesionales sanitarios y los pacientes toman estos medicamentos por su cuenta.



En el año 2021 se han notificado varios incidentes relacionados con este problema con consecuencias graves para los pacientes. Es preciso que los centros articulen un procedimiento que controle la medicación que los pacientes puedan llevar al hospital en el momento de su ingreso y que se proporcione una educación apropiada al respecto, tanto a los pacientes como a las personas cuidadoras¹²⁻¹⁴.

Ejemplo de incidente

El paciente presentó un cuadro de intoxicación por medicamentos. Preguntado se supo que la enfermera le estaba administrando la medicación prescrita, pero que la esposa del paciente también le estaba administrando la medicación que estaba tomando en su casa (opioides y zolpidem). Se administró naloxona y se trasladó a reanimación hasta que se redujeron los síntomas. El familiar no sabía que no podía dar la medicación.

Prácticas recomendadas

- ▶ Establecer un procedimiento en el centro que defina cómo se gestiona la medicación que el paciente o su familia lleve desde su domicilio cuando ingresa en el hospital.

Se debe especificar en el procedimiento qué hacer en caso de que se precise utilizar algún medicamento aportado por el paciente para evitar interrupciones en su tratamiento, particularmente:

 - quién recepciona el medicamento y revisa su integridad.
 - dónde se almacena el medicamento en la unidad de hospitalización y cómo se identifica.
 - cómo se prescribe y cómo se registra su administración.
- ▶ En el momento del ingreso es preciso informar al paciente o personas cuidadoras sobre la medicación domiciliaria. Es importante asegurarse que conocen que durante la estancia hospitalaria no pueden tomar ningún medicamento por su cuenta y que si en algún caso se les solicita para su administración en el centro, esta se efectuará exclusivamente por los profesionales sanitarios que le atienden.

6 Errores en las prescripciones verbales

Las prescripciones verbales se restringen en la práctica asistencial a situaciones específicas en que no resulta posible realizar de forma inmediata una prescripción electrónica o manual, por tratarse de casos de emergencias, en que otro tipo de prescripción retrasaría la administración del fármaco, o por realizarse en el curso de un procedimiento estéril¹⁵⁻¹⁶. Aunque este tipo de prescripción es escasa, limitándose a unidades de cuidados intensivos, ambulancias, servicios de urgencias y quirófanos, presenta un mayor riesgo de que se produzcan errores ocasionados por problemas en la transmisión de la información. Los profesionales que emiten una orden verbal pueden no expresar con claridad la prescripción u omitir información relevante, y los que la reciben pueden no entenderla correctamente. Además, no dispone de ninguna alerta o de una validación que ayude a interceptar los errores.

El pasado año se han comunicado incidentes asociados a fallos y confusiones en las prescripciones verbales, principalmente errores en la dosis, que indican la necesidad de que los centros sanitarios revisen las prácticas seguras implementadas para prevenir la aparición de estos errores.

Ejemplo de incidente

En una situación de emergencia, en la que se emiten numerosas órdenes al mismo tiempo, se indica por el pediatra la administración de una dosis de insulina, sin especificar la unidad de medida. No se confirma la dosis indicada y esta se interpreta por la enfermera que se trata de mililitros en lugar de unidades internacionales. En consecuencia, se administra una dosis mayor, causando hipoglucemia al paciente.

Prácticas recomendadas

- ▶ Disponer de un procedimiento que establezca unas prácticas seguras para las prescripciones verbales. Este procedimiento debe restringir las prescripciones verbales a aquellas situaciones de emergencia u otras condiciones en las que el prescriptor no puede realizar de forma inmediata una prescripción electrónica o manual.
- ▶ Las prescripciones verbales deben comunicarse de forma clara y deben ser completas, incluyendo el nombre del medicamento, dosis y vía de administración, así como la velocidad de administración si procede.
- ▶ Establecer la utilización de una técnica de repetición de forma que el profesional sanitario que reciba la orden verbal confirme con el emisor que la ha comprendido correctamente, antes de que se administre el medicamento. Para ello, se recomienda el uso de herramientas para la comunicación estandarizada.
- ▶ Indicar la obligatoriedad de registrar posteriormente la prescripción verbal, en cuanto la situación lo permita, y de registrar la administración.

7 Errores asociados a la falta de utilización de bombas de infusión inteligentes

Los errores en la administración por perfusión intravenosa de los medicamentos de alto riesgo son frecuentes en los hospitales. Durante el año 2021 se han seguido notificado numerosos incidentes, algunos con consecuencias graves, que describen errores en las dosis prescritas o administradas, en la velocidad de infusión o en la programación de las bombas de infusión. Estos errores podrían evitarse utilizando bombas de infusión "inteligentes", con sistemas de reducción de errores en la dosis (SRED)^{17,18}, que generan alertas cuando se vulneran los límites de dosis o de velocidad de infusión.

Ejemplo de incidente

Se prescriben 900 mg de amiodarona en 250 mL de glucosado 5% a administrar en perfusión continua a una velocidad inicial de 15 mL/h. La solución preparada se administró en 1 hora, causando efectos adversos en el paciente.

Prácticas recomendadas

- ▶ Utilizar bombas de infusión inteligentes para administrar al menos los medicamentos intravenosos de alto riesgo, con todas las funcionalidades de seguridad activadas, que permitan interceptar y evitar los errores de dosis o de velocidad de infusión.
- ▶ Establecer un equipo interdisciplinar que estandarice las concentraciones de los medicamentos IV utilizadas en las distintas unidades clínicas, y que elabore y actualice periódicamente la biblioteca de medicamentos de las bombas de infusión.

8 Errores por la administración de dosis elevadas de paracetamol IV en niños

En 2021 se han comunicado varios incidentes en pacientes pediátricos por la administración de dosis elevadas de paracetamol IV. Estos incidentes merecen una mención especial, aunque podrían englobarse en el apartado anterior porque una de sus causas fue una incorrecta programación de la bomba de infusión o la falta de utilización de una bomba para su administración.

Otro factor que propició estos errores fue que para administrar la dosis prescrita se utilizó la presentación intravenosa comercializada de 1000 mg/100 mL de paracetamol, cuando se trataba de niños pequeños que precisaban dosis bajas de este fármaco y, al menos, para reducir la dosis administrada en caso de error, se podría haber utilizado la presentación con 500 mg/ 50 mL.

La Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios emitió en 2012 una alerta con recomendaciones para evitar los errores por sobredosificación de paracetamol IV, particularmente los debidos a la confusión entre miligramos y mililitros y al uso de dosis altas en pacientes con un peso ≤ 10 Kg ¹⁹. También otros organismos de seguridad del paciente y sociedades científicas han emitido recomendaciones ²⁰⁻²². Se aconseja que los centros sanitarios revisen cómo se está administrando este fármaco y las apliquen en caso necesario.

Ejemplo de incidente

En un servicio de urgencias pediátrico se administró a un niño de 2 años 1 g de paracetamol IV, por un error en la programación de la bomba de infusión. Esta dosis suponía 76 mg/kg de peso, por lo que se decidió ingresar al paciente y contactar con el Centro de Toxicología que indicó que se realizara un control analítico de paracetamol y tratamiento con N-acetilcisteína. Después de 4 horas, la concentración de paracetamol presentó un valor fuera de riesgo.

Prácticas recomendadas

- ▶ En niños con un peso < 33 kg se debe utilizar la presentación comercial de 500 mg/50 mL de paracetamol.
- ▶ En niños que pesen ≤ 10 kg, la bolsa o vial de paracetamol IV no se debe perfundir directamente, para evitar una sobredosis accidental debido al pequeño volumen a administrar en estos pacientes. En estos casos, se debe retirar el volumen a administrar de la solución comercial de paracetamol y, dependiendo de este, se puede administrar sin diluir o bien, particularmente si el volumen es $< 2,5$ mL, diluido con cloruro sódico al 0,9% o glucosa 5% en una proporción 1:10 (1 volumen de la solución de paracetamol en 9 volúmenes de diluyente).
- ▶ En neonatos, lactantes y niños se debe administrar en perfusión de 15 minutos mediante una bomba de infusión inteligente.

9 Errores por similitud en el nombre o en la apariencia de los medicamentos

Las confusiones entre diferentes medicamentos atribuidas a una similitud en el nombre o en la apariencia de su envasado y/o etiquetado han continuado ocurriendo el pasado año, según describen muchos de los incidentes notificados.

En 2021, el ISMP-España actualizó semestralmente en su página web la base de datos de pares de nombres de medicamentos que se prestan a confusión ²³. Esta herramienta se puede utilizar por los centros sanitarios para identificar aquellos medicamentos de que disponen cuyos nombres se prestan a confusión e implementar medidas de prevención. Además, el ISMP-España publicó en la página web 10 nuevas notas de advertencia a los profesionales sanitarios sobre problemas detectados que estaban relacionados con un etiquetado o envasado proclive a error. Se recuerda la conveniencia de que los centros establezcan prácticas seguras para evitar estos errores ²⁴⁻²⁷.

Ejemplo de incidente

Se solicitó a farmacia Anexate (flumazenilo) en un impreso con el nombre del paciente. Por error se dispensó Anectine (suxametonio). El auxiliar de farmacia se dio cuenta del error al ir a imputar el consumo y contactó con la unidad donde le indicaron que el fármaco se estaba administrando. Afortunadamente la enfermera no llegó a administrar toda la ampolla al notar la relajación muscular. Los intensivistas atendieron al paciente que sufrió bradicardia y bradipnea, y lo trasladaron a la UVI para observación.

Prácticas recomendadas

- ▶ Establecer un procedimiento para revisar el nombre y el etiquetado o envasado de los nuevos medicamentos y compararlo con los ya disponibles en el centro, antes de incluir un nuevo medicamento en la Guía Farmacoterapéutica, cuando se cambia de proveedor de un medicamento y ante adquisiciones temporales motivadas por situaciones de desabastecimiento.
- ▶ Siempre que sea posible, cuando se detectan medicamentos con etiquetado o envasado de apariencia similar, adquirirlos a distintos fabricantes para ayudar a diferenciarlos.
- ▶ Si esto no fuera posible, tomar medidas para reducir el riesgo de que se confundan (p. ej. almacenamiento separado, señalización con alertas o reetiquetado).
- ▶ Disponer de una lista con los medicamentos que se utilizan en el centro que tengan nombres similares, y establecer las medidas pertinentes para evitar confusiones.
- ▶ Utilizar letras mayúsculas resaltadas para diferenciar los medicamentos con nombres similares en los programas de prescripción, dispensación y administración, y para etiquetar las estanterías o los contenedores donde se almacenan.
- ▶ Utilizar un lector de códigos para verificar el medicamento antes de su dispensación y administración.

10 Administración equivocada por vía IV de medicamentos orales líquidos

El uso de jeringas orales para dosificar y administrar los medicamentos orales líquidos es una práctica de seguridad prioritaria recomendada por la OMS y otros organismos expertos en seguridad del paciente, para evitar la administración equivocada de los medicamentos orales líquidos por vía intravenosa ²⁸. A pesar de que en varios boletines se ha insistido en la necesidad de implantar esta práctica de seguridad simple y efectiva ²⁹⁻³⁰, sigue sin implementarse por completo en los centros, por lo que



siguen ocurriendo estos errores de vía equivocada que pueden tener consecuencias graves en los pacientes.

Ejemplo de incidente

Se administra por vía intravenosa a un lactante una medicación destinada a la vía oral. Una enfermera había preparado la dosis prescrita de jarabe en una jeringa de medicación intravenosa en lugar de en una jeringa para medicación oral. Una vez cargada la dejó en una batea para su administración. Una alumna de prácticas junto con una segunda enfermera se encargaron de la administración de la misma, siendo administrada por vía intravenosa.

Prácticas recomendadas

- ▶ Utilizar solamente jeringas orales para dosificar y administrar los medicamentos orales líquidos.
- ▶ Etiquetar las jeringas indicando claramente vía oral y la medicación y dosis que contienen.
- ▶ Dispensar los medicamentos orales líquidos que se preparen en el Servicio de Farmacia también acondicionados en jeringas orales.
- ▶ Recordar la necesidad de tener disponible la hoja de registro de enfermería en el momento de la administración, para comprobar que el paciente, el medicamento, la dosis y la vía son correctos.

Referencias

- 1)** ISMP-España. Los 10 errores de medicación de mayor riesgo detectados en 2020 y cómo evitarlos. Boletín 50; Febrero 2021.
- 2)** Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud. Periodo 2015-2020. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2015.
- 3)** ISMP-España. Errores por confusión en la identificación de pacientes. Boletín 30; Agosto 2009.
- 4)** ISMP-España. Errores por incorrecta identificación de los pacientes. Boletín 47; Diciembre 2018.
- 5)** ISMP-España. Prevención de errores por omisión o retraso de la medicación. Boletín 41; Diciembre 2015.
- 6)** ISMP-España. Prevención de errores de medicación en pacientes con alergias conocidas a medicamentos. Boletín 39; Diciembre 2014.
- 7)** ISMP-España. Errores en pacientes con alergias a medicamentos. Boletín 48; Diciembre 2019.
- 8)** Medication safety in high-risk situations. Geneva: World Health Organization; 2019 (WHO/UHC/SDS/2019.10). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- 9)** Medication Safety in Transitions of Care. Geneva: World Health Organization; 2019 (WHO/UHC/SDS/2019.9). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- 10)** Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2012.
- 11)** Recomendaciones de Prácticas Seguras en la Conciliación de la Medicación al Alta Hospitalaria en Pacientes Crónicos. Madrid: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social; 2019.
- 12)** Pennsylvania Patient Safety Authority. Patients taking their own medications while in the hospital. Pa Patient Saf Advis. 2012 Jun; 9(2):50-7.
- 13)** Joint Commission International. Joint Commission International Standards for Hospitals. 7th edition; 2020.
- 14)** ISMP-Canada. Using your own medications while in hospital. SafeMedicationUse.ca Newsletter; April 25; 2018.
- 15)** Institute for Safe Medication Practices. Despite technology, verbal orders persist, read back is not widespread, and errors continue. ISMP Medication Safety Alert! 2017 May 18; 22 (10): 1-4.
- 16)** ISMP-España. Prescripciones verbales y errores de medicación. Boletín 44; Julio 2017.
- 17)** Institute for Safe Medication Practices. 2018-2019 Targeted medication safety best practices for hospitals.
- 18)** Institute for Safe Medication Practices. Guidelines for optimizing safe implementation and use of smart infusion pumps. 2020.
- 19)** Agencia Española de medicamentos y Productos Sanitarios. Paracetamol de administración intravenosa (IV): casos de errores de dosificación Nota informativa; 29/3/2012.
- 20)** Institute for Safe Medication Practices. IV acetaminophen and overdoses in kids. ISMP Medication Safety Alert! 2012 April 19; 17 (8): 1,4.
- 21)** Comité de Medicamentos de la Asociación Española de Pediatría. Fichas de paracetamol (acetaminofén). Pediamécum. Edición 2015. ISSN 2531-2464. Disponible en: <https://www.aeped.es/comite-medicamentos/pediamecum/paracetamol-acetaminofen>.
- 22)** Irish Medication Safety Network. Safety Alert. Risks with intravenous paracetamol. Version 2: Nov 2019.
- 23)** ISMP-España. Prevención de errores por confusión en los nombres de los medicamentos. Disponible en: <http://www.ismp-espana.org/documentos/view/63>.
- 24)** World Health Organization. World Alliance for Patient Safety. Look-alike, sound-alike medication names. Patient Safety Solutions. Solution 1. May 2007.
- 25)** ISMP-España. Recomendaciones para prevenir los errores causados por confusión en los nombres de los medicamentos. Septiembre 2011.
- 26)** Cuestionario de autoevaluación de la seguridad del sistema de utilización de los medicamentos en los hospitales. Versión española II (2018). Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2018.
- 27)** Institute for Safe Medication Practices. Adopt strategies to manage look-alike and/or sound-alike medication name mix-ups. ISMP Medication Safety Alert! 2022 June 2; 27 (11): 1-4.
- 28)** World Health Organization. World Alliance for Patient Safety. Avoiding catheter and tubing mis-connections. Patient Safety Solutions. Solution 7. May 2007.
- 29)** ISMP-España. Uso de jeringas orales para administrar medicamentos orales líquidos: una práctica de seguridad prioritaria que no está suficientemente implantada. Boletín 35; Octubre 2012.
- 30)** ISMP-España. Recordar el uso de jeringas orales para administrar los medicamentos orales líquidos. Boletín 49; Abril 2020.

Los contenidos de este boletín se han elaborado a partir de los incidentes comunicados por los profesionales sanitarios al Sistema de Notificación y Aprendizaje de Errores de Medicación y al Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente (SiNASP), sistemas financiados por el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. La difusión de estas recomendaciones tiene como objetivo evitar que vuelvan a producirse otros errores del mismo tipo.

Los profesionales sanitarios que deseen notificar incidentes por medicamentos al Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos (ISMP-España) pueden hacerlo a través de la página web: <http://www.ismp-espana.org>. También se puede contactar con el ISMP-España a través de correo electrónico (ismp@ismp-espana.org).

© 2022 Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos (ISMP-España)

