

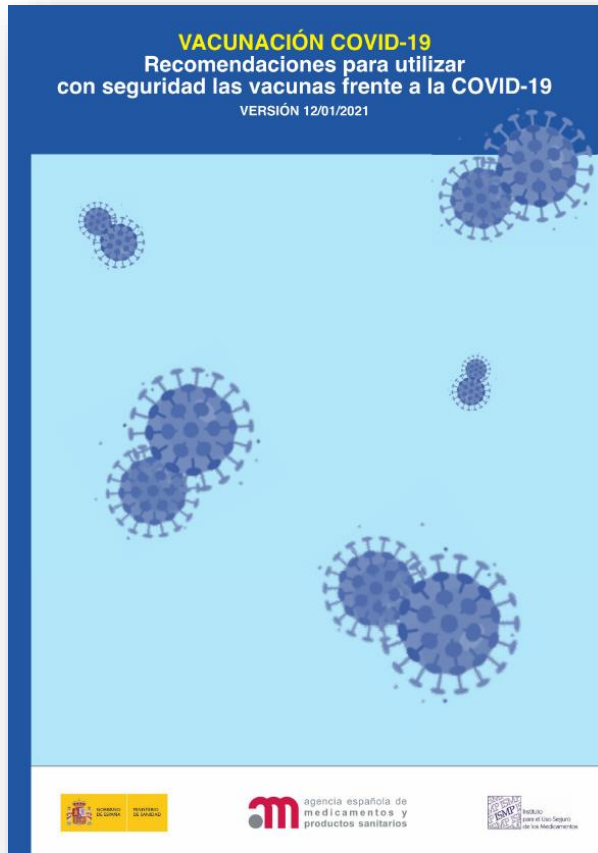
Overview of ISMP-Spain activities

Dra. María José Otero

Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos (ISMP-Spain)

***16th Annual IMSN Virtual Meeting
November 8-9, 2021***

Recommendations for the Safe Use of COVID-19 vaccines



Assessment of the implementation of safe medication practices in Intensive Care Units



Objectives:

- To assess the level of implementation of medication safety practices in ICUs to prioritize joint initiatives to improve the safety of critically ill patients.

National Medication Error Reporting & Learning System

- **Objective:** “Learning effectively from failures”
- Supported by the Spanish Ministry of Health through the Patient Safety Strategy.
- Collaborate with the Spanish Medication Agency & the Spanish Pharmacovigilance System.

➔ **FEEDBACK:**

- Drug-packaging and labeling changes
- Web advertisements about relevant cases of packaging and labeling prone to errors
- Bulletins

Feedback: Labeling and packaging prone to errors

Sistema de Notificación y Aprendizaje de Errores de Medicación

Etiquetado/envasado proclive a error

► Riesgo de errores asociados al etiquetado de las jeringas precargadas de Hepaxane® (enoxaparina)

14/08/2021

Se han comunicado al ISMP-España dos problemas asociados al etiquetado de las jeringas de Hepaxane® (enoxaparina). En primer lugar, el blíster en el que vienen acondicionadas las jeringas no está etiquetado, de forma similar a lo que ocurre con las jeringas de otro medicamento con enoxaparina (Inhixa®) y que ha sido recogido anteriormente en esta sección (18/5/21). Sólo está etiquetada la jeringa, por lo que es difícil leer la dosis de enoxaparina que contienen, con el consiguiente riesgo de errores de dosificación.

En segundo lugar, las diferentes presentaciones de Hepaxane® se distinguen por presentar en el etiquetado un color distinto para resaltar la dosis que contienen. Sin embargo, el color de las jeringas de 20 mg y de 80 mg es similar, lo que puede llevar a errores en el almacenamiento, dispensación y administración.

Para evitar posibles errores se recomienda adquirir este medicamento a otro proveedor.



Hepaxane® jeringas precargadas de varias dosificaciones



Hepaxane® 20 mg/0,2 mL y 80 mg/0,8 mL

Sistema de Notificación y Aprendizaje de Errores de Medicación

Etiquetado/envasado proclive a error

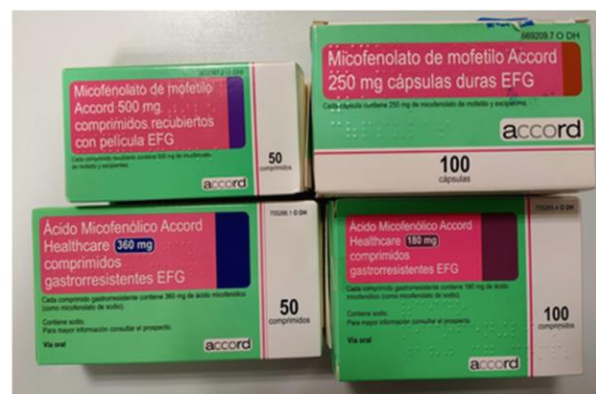
► Riesgo de confusión entre Micofenolato de mofetilo Accord® 250 y 500 mg y Ácido micofenólico Accord® 180 y 360 mg

08/09/2021

Los envases de las presentaciones de Micofenolato de mofetilo Accord® 250 y 500 mg y Ácido micofenólico Accord® 180 y 360 mg tienen un diseño idéntico y una apariencia similar. Esta similitud en el envase, junto con el nombre análogo, puede llevar a intercambiarlos pensando que se trata simplemente de diferentes dosificaciones del mismo medicamento en lugar de medicamentos diferentes, lo que puede tener consecuencias clínicas graves.

Se ha recibido una comunicación advirtiendo de este problema después de que un paciente tuviera dificultades para reconocer el cambio de un medicamento a otro.

Para evitar posibles errores por confusión se recomienda adquirir cada medicamento a un proveedor diferente.



Micofenolato de mofetilo Accord® y Ácido micofenólico Accord®

Feedback: Bulletins with cases and recommendations

1/5

ISMP-España
NÚMERO 50 – FEBRERO 2021

Boletín de Recomendaciones para la Prevención de Errores de Medicación

Los 10 errores de medicación de mayor riesgo detectados en 2020 y cómo evitarlos

En el año 2020 se han comunicado menos incidentes que en años anteriores al Sistema de Notificación y Aprendizaje de Errores de Medicación y al Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente (SINASP), debido sin duda a la gran presión asistencial existente durante las distintas olas de la pandemia por COVID-19. A pesar de ello, los profesionales sanitarios han seguido notificando incidentes voluntariamente, lo que pone de manifiesto su interés por compartir esta información y porque se utilice para aprender y evitar que vuelvan a producirse incidentes del mismo tipo, en beneficio de la seguridad de los pacientes.

Este boletín recoge los 10 tipos de errores de medicación que han tenido consecuencias más graves para los pacientes en el año 2020, que han sido identificados a través del análisis de los incidentes comunicados a dichos sistemas (Tabla 1). Cabe destacar que estos incidentes son recurrentes y que podrían evitarse o minimizarse implementando prácticas seguras. En cada apartado se resumen las prácticas recomendadas para evitarlos.

Tabla 1. Los 10 tipos de errores de medicación con consecuencias más graves detectados en 2020.

1	Errores por omisión o retraso de la medicación
2	Administración de medicamentos a un paciente equivocado
3	Errores asociados a alergias o efectos adversos conocidos a medicamentos
4	Errores en el cálculo de la dosis en pacientes pediátricos
5	Errores por similitud en el etiquetado o envasado de medicamentos comercializados
6	Errores asociados a la falta de utilización de bombas de infusión inteligentes
7	Errores por administración accidental de bloqueantes neuromusculares
8	Administración equivocada por vía IV de medicamentos orales líquidos
9	Errores en la conciliación de la medicación al ingreso y al alta hospitalaria
10	Errores por problemas de comprensión de los pacientes de cómo utilizar los medicamentos

1. Errores por omisión o retraso de la medicación

Los errores de omisión o de retraso en la administración de los medicamentos han sido uno de los tipos de errores notificados con más frecuencia en 2020. Estos errores han causado eventos adversos, dependiendo de la situación clínica del paciente y del medicamento implicado (p. ej. si los han causado cuando se ha retrasado la administración de un antibiótico en un paciente con sepsis).

Estos errores se pueden producir en cualquier proceso, pero la mayoría de los incidentes comunicados se han originado en la prescripción y en la administración. Entre los motivos señalados destacan los errores en el manejo de los programas de prescripción electrónica y, particularmente, los fallos en la transmisión de las prescripciones por defectos en la configuración de los sistemas de prescripción, de forma que la medicación prescrita no se vuelca a la hoja de administración electrónica de enfermería (eMAR) o, cuando un paciente se traslada de una unidad a otra, sus medicamentos no aparecen en la eMAR de la nueva unidad. Otro motivo ha sido la falta de disponibilidad de la medicación en la unidad. En cualquier caso, estos errores suelen reflejar deficiencias organizativas importantes, como se indicó en un boletín anterior, que se recomienda consultar para más información¹.

Ejemplo de incidente
Se me avisa sobre las 7.30 h de paciente hematólogo con neutropenia febril en urgencias. Lo valoro y pauto antibioterapia empírica de amplio espectro sobre las 8.30 h. Indico también que se cambie de vía para administrar el tratamiento, al observar edema en la extremidad donde tiene vía periférica. A posteriori recibo noticias de que el paciente ingresa en la planta sobre las 12.30 h, con la vía extravasada y sin haberse administrado la antibioterapia pautada, lo que repercute negativamente en el paciente.

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, administrar y monitorizar 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.).
- ▶ Sensibilizar a los profesionales sanitarios sobre la importancia de los errores de omisión o retraso en la administración de los medicamentos.



Instituto para el
Uso Seguro de los Medicamentos
www.ismp-espana.org
jimo@ismp-espana.org



GOBIERNO DE ESPAÑA
MINISTERIO DE SANIDAD

Thank you

ISMP-Spain



www.ismp-espana.org