



EDICIÓN ESPECIAL COVID-19

La pandemia del COVID-19 ha supuesto un aumento sin precedentes en la presión asistencial para los profesionales sanitarios españoles. Esto ha hecho que, desde que comenzara el estado de alarma, los incidentes comunicados al Sistema de Notificación y Aprendizaje de Errores de Medicación y al Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente (SiNASP) hayan sido mínimos, aunque no cabe duda de que muy valiosos. En este boletín se recogen dos problemas detectados a través de los mismos, así como información proporcionada por el ISMP en Estados Unidos y otros organismos pertenecientes al International Medication Safety Network (IMSN), cuyo objetivo, y más en estos momentos, es compartir la información en beneficio de la seguridad de los pacientes de todo el mundo.

Recordar el uso de jeringas orales para administrar los medicamentos orales líquidos

En esta situación de sobrecarga de trabajo y estrés motivada por la pandemia del COVID-19 es si cabe más necesario advertir de la necesidad de aplicar las prácticas de seguridad prioritarias para evitar errores de medicación. En este sentido, una práctica prioritaria recomendada por la Organización Mundial de la Salud y otros organismos expertos en seguridad del paciente es el uso de jeringas orales para preparar y administrar los medicamentos líquidos orales¹⁻⁴. Esta simple medida permite evitar la administración equivocada por vía intravenosa de los medicamentos orales líquidos, error que puede tener consecuencias graves.

Este error puede ocurrir cuando un medicamento oral líquido se dosifica para administrar en una jeringa parenteral y el paciente tiene algún acceso intravenoso. Se puede conectar la jeringa por error e inyectar el medicamento por vía intravenosa, particularmente si concurren otros factores, como una falta de etiquetado de la jeringa, que la medicación se administre por una persona diferente de la que la prepara, y que no se verifique en la hoja de registro de enfermería el medicamento, dosis y vía, en el momento de la administración. **El uso de jeringas orales específicas con un cono diferente al cono luer o luer-lock impide la posibilidad de conexión con los catéteres o puertos intravenosos y evita el riesgo de administración por vía errónea.**

Una notificación que se ha recibido refiere un error en el que a un paciente se le administró equivocadamente una solución oral de parafina por vía intravenosa. El paciente estaba ingresado por oclusión intestinal e infección por SARS-CoV-2 y fue trasladado desde la unidad donde estaba hospitalizado a una unidad COVID-19 positiva, por cierre del ala donde se encontraba. La nueva enfermera encargada del paciente recibió de la enfermera de soporte una jeringa sin identificar con un líquido transparente, supuso que era una medicación intravenosa y se la administró al paciente. Inmediatamente después descubrió que se trataba de una solución de parafina que estaba pautada desde hacía días en la orden médica. Avisó al médico quien contactó con el Instituto Nacional de Toxicología e instauró un tratamiento con corticoides intravenosos y medidas de soporte.

En este incidente confluyeron los factores mencionados anteriormente, todos ellos desviaciones de prácticas básicas de utilización segura de los medicamentos⁵: la medicación oral se cargó en una jeringa intravenosa que no se etiquetó con la información del medicamento; la persona que preparó la medicación fue diferente a la persona que la administró y antes de administrar la medicación no se comprobó la hoja de registro de administración de enfermería, para verificar que paciente, medicamento, dosis, vía y hora eran correctos. No obstante, **si se hubiera utilizado una jeringa oral incompatible con los accesos intravenosos, el error no habría ocurrido.**

Recomendaciones

- ▶ **Utilizar solamente jeringas orales para dosificar y administrar los medicamentos orales líquidos.**
- ▶ **Asegurarse de que TODAS las unidades asistenciales dispongan de jeringas orales.**
- ▶ **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) World Health Organization. World Alliance for Patient Safety. Avoiding catheter and tubing misconnections. Patient Safety Solutions. Solution 7. May 2007. 2) National Patient Safety Agency. Patient Safety Alert 19. Promoting safer measurement and administration of liquid medicines via oral and other enteral routes. March, 2007. 3) Institute for Safe Medication Practices. Avoiding inadvertent IV injection of oral liquids. ISMP Medication Safety Alert! 2012; 17 (17): 1-2. 4) ISMP-España. Errores por administración de medicamentos orales líquidos por vía intravenosa. Boletín 29. Mayo, 2009. 5) 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.

Riesgos derivados de los cambios en las presentaciones de medicamentos disponibles en los centros sanitarios

El gran aumento de los pacientes con infección por SARS-CoV-2 ingresados en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) ha motivado un incremento en la demanda de los medicamentos necesarios para el manejo de estos pacientes. Afortunadamente, la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) articuló desde el inicio de la pandemia medidas destinadas a garantizar la cobertura y el suministro de estos medicamentos en todo el país. No obstante, esto ha supuesto que, para cubrir su demanda, los centros sanitarios recibieran **medicamentos con el mismo principio activo comercializados por distintos laboratorios y con diferentes etiquetados, medicamentos con apariencia similar o medicamentos etiquetados en otros idiomas**, lo que puede aumentar el riesgo de errores de medicación.

Un caso que precisa particular atención es el del midazolam, medicamento de alto riesgo del que coexisten en España unos medicamentos comercializados que expresan su composición cuantitativa en el nombre mediante la cantidad total por volumen total y otros que la expresan mediante la concentración. Así, los laboratorios Normon y Reig Jofré tienen comercializadas presentaciones de midazolam con el nombre de: "Midazolam 5 mg/5 mL, 15 mg/3 mL y 50 mg/10 mL solución inyectable", mientras que Accord y Braun los tienen con el nombre: "Midazolam 1 mg/mL ó 5 mg/mL solución inyectable y para perfusión". La figura 1 recoge las presentaciones de 50 mg de estos laboratorios.



Figura 1. Ampollas con 50 mg de midazolam comercializadas por Accord, Reig Jofré, Normon y Braun.

Desde el ISMP y el IMSN siempre se ha recomendado que **la dosis en los medicamentos inyectables se exprese mediante la cantidad total por volumen total**¹, ya que se pueden producir errores de sobredosificación por el uso de la concentración por mililitro, porque se puede confundir con la cantidad total en la ampolla o vial. El riesgo de confusión es aún mayor cuando la cantidad total de una presentación coincide con la concentración de otra, como ocurre con el midazolam, ya que la concentración indicada en algunas presentaciones de 15 y 50 mg (5 mg/mL) coincide con la cantidad total de la presentación de 5 mg².

Otro riesgo descrito con el midazolam radica en la similitud en la apariencia de las ampollas de Midazolam Normon® de 5 mg/ 5 mL y de 15 mg/ 3 mL, ya que tienen un acondicionamiento con un serigrafiado similar e igual tamaño (véase Figura 2).



Figura 2. Ampollas de Midazolam Normon® 5 mg/ 5 mL y de 15 mg/ 3 mL.

En esta situación de pandemia, los centros sanitarios han tenido que adquirir los medicamentos disponibles y se han encontrado con la coexistencia de presentaciones de midazolam procedentes de distintos laboratorios con expresiones de etiquetados distintos o con este problema de similitud. Tanto para este medicamento, como para otros se aconseja seguir las recomendaciones que se indican a continuación^{3,4}.

Recomendaciones

- ▶ Revisar los nuevos medicamentos que se reciben ante los problemas de suministros en esta situación excepcional, para detectar si tienen etiquetados que puedan llevar a confusión o envasados con apariencia similar, y establecer medidas para reducir la posibilidad de que ocurran errores.
- ▶ Controlar los medicamentos que se van dispensando a las unidades para evitar que coexistan medicamentos con la misma composición y distinto acondicionamiento.
- ▶ Advertir a los profesionales sanitarios de los cambios que se van produciendo en las presentaciones y de que comprueben el etiquetado de los medicamentos nuevos.
- ▶ Re-etiquetar en caso necesario los medicamentos (p.ej. ante idioma no comprensible).
- ▶ En caso de disponer de recursos, preparar en el Servicio de Farmacia soluciones intravenosas estandarizadas de los medicamentos con mayor riesgo de error.

Referencias: 1) International Medication Safety Network. Position Statement. Making medicines naming, labelling and packaging safer; 2013. 2) ISMP-España. Errores por etiquetado o envasado parecido o inapropiado. Boletín 4; Marzo 2001. 3) 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. 4) Pennsylvania Patient Safety Authority. Drug shortages: Shortchanging quality and safe patient care. Pa Patient Saf Advis. 2019 Mar; 1.

Información y recursos sobre prácticas seguras con medicamentos publicados durante la pandemia del COVID-19

► ISMP (<https://ismp.org/covid-19-resources>)

El ISMP ha lanzado una sección COVID-19 en su web que incluye información y recursos internos y externos de interés para los profesionales sanitarios de todo el mundo

En esta sección se puede acceder también de forma gratuita al boletín del ISMP para hospitales, que se publica desde el 26 de marzo como edición especial semanalmente, para ayudar a los profesionales durante la pandemia de COVID-19.

Entre los boletines publicados hasta ahora, cabe destacar el Boletín del 16 de Abril | [PDF Versión](#) | [Online Versión](#) que contiene información muy útil sobre:

- Utilización de los sistemas automatizados de dispensación durante la pandemia del COVID-19.
- Estandarización de las infusiones de medicamentos en cuidados críticos.
- Devoluciones a la farmacia de medicamentos no utilizados en pacientes COVID-19 positivos.

► ISMP-Canada (<https://www.ismp-canada.org/index.htm>)

El ISMP-Canada ha publicado un boletín para profesionales sanitarios con recomendaciones para realizar entrevistas virtuales a los pacientes para obtener la historia de medicación domiciliaria y para realizar la educación al alta:

<https://www.ismp-canada.org/download/safetyBulletins/2020/ISMPCSB2020-i2-VirtualBPMHDischargeEducation.pdf>

También otro boletín destinado a los pacientes para que preparen con antelación las entrevistas virtuales con los profesionales sanitarios: <https://safemedicationuse.ca/newsletter/virtual-health-meetings.html>

► Irish Medication Safety Network (<https://imsn.ie>)

Ha publicado el poster "The COVID drug check" para advertir a los profesionales de los hospitales que realicen comprobaciones adicionales del envasado y etiquetado de los medicamentos, debido al mayor uso de medicamentos con los que el personal no está familiarizado: https://imsn.ie/wp-content/uploads/2020/04/Poster_COVID_Drug_Check_April_2020_HSE_IMSN.pdf

► Prescrire (<https://www.prescrire.org>)

Prescrire ha publicado varias noticias referentes a la utilización de hidroxiclороquina en el tratamiento de la infección por SARS-CoV-2: <https://english.prescrire.org/en/Summary.aspx>

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).

© 2020 Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos (ISMP-España)