

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. sí 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 información ¹.

Ejemplo de incidente

Se me avisa sobre las 7.30 h de paciente hematológico 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 13.30 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.



- ▶ Configurar correctamente el programa de prescripción electrónica y la eMAR para evitar fallos de transmisión y ayudar a la identificación de los medicamentos críticos:
 - el programa de prescripción electrónica debe configurarse de forma 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 pautará 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.
 - la eMAR debe configurarse de forma que muestre las dosis pendientes de administrar, cuando se han sobrepasado los límites de tiempo definidos localmente para la administración a tiempo de la medicación.

2. Administración de medicamentos a un paciente equivocado

Los errores por administración de medicamentos a un paciente equivocado continúan ocurriendo de forma reiterada en los centros sanitarios. Estos errores se producen principalmente por no verificar la identidad del paciente antes de la administración, debido a un exceso de confianza en que se conoce la localización del paciente, o por omitir algún paso en el procedimiento de verificación del paciente y de la medicación. Sobre este tema prioritario en seguridad del paciente se han publicado anteriormente sendos boletines, en los que se ha insistido en la necesidad de que los centros sanitarios establezcan prácticas seguras de identificación de pacientes ^{2,3}. El Ministerio de Sanidad incluye la correcta identificación de los pacientes dentro de sus prioridades en la Estrategia Nacional de Seguridad del Paciente ⁴.

Ejemplo de incidente

Se administró por error a un paciente una dosis elevada de clozapina destinada a otro paciente. No se comprobaron los 5 correctos antes de proceder a la administración, ni se tuvo en cuenta la duda que creó el acompañante sobre la medicación. Se comunicó el error y se administró carbón activo por SNG y sueroterapia, efectuando un seguimiento continuo del paciente hasta su recuperación completa.

Prácticas recomendadas

- ▶ Los centros sanitarios deben establecer 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 deberían implementar un sistema automatizado de verificación mediante código de barras o similar.
- ▶ 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 son los correctos, y comprobar la etiqueta de cada medicamento que 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 del eMAR.

- ▶ Promover la participación de los pacientes y sus familiares en su identificación e informarles de cómo los profesionales deben verificar su identidad en el curso de su asistencia.

3. Errores asociados a alergias o efectos adversos conocidos a medicamentos

En 2020 se han seguido recibiendo notificaciones procedentes de hospitales y de otros centros sanitarios, que describen errores en la prescripción o administración de medicamentos en pacientes con alergias o efectos adversos previamente conocidos. Los medicamentos habitualmente implicados han sido antiinfecciosos, analgésicos y contrastes. La causa más frecuente de los errores comunicados ha sido la falta de comprobación de los antecedentes de alergias del paciente en la historia clínica, en los sistemas de prescripción o preguntando a los pacientes y/o familiares o cuidadores, antes de prescribir o administrar los medicamentos. Este tema ya fue abordado en boletines anteriores, que se aconseja consultar para mayor información ^{5,6}.

Ejemplo de incidente

Tras administrar dexketoprofeno, el paciente presenta compromiso respiratorio y edema palpebral. Se administra primero adrenalina y metilprednisolona, y después adrenalina e hidrocortisona, y se traslada a la UVI para vigilancia, mejorando clínicamente. El paciente procedía de otra CC.AA. Se contacta con su familia que indica que el paciente era alérgico a aspirina, antiinflamatorios no esteroideos y otros medicamentos. Se incluye la alerta al respecto.

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 y familiares o cuidadores, 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 el cálculo de la dosis en pacientes pediátricos

En los pacientes pediátricos confluyen diversos factores que hacen que presenten una mayor incidencia de errores de medicación que los adultos y que estos sean potencialmente más graves⁷. Uno de estos factores es la necesidad de tener que calcular la dosis en función de la edad, el peso o la superficie corporal. Además, las dosis pueden variar ampliamente en los distintos grupos de edad, lo que facilita que los errores no se reconozcan por los profesionales. Se han comunicado diversos errores en la dosis, especialmente en la prescripción y en la administración.

Ejemplo de incidente

Se decide iniciar un tratamiento con vancomicina IV cada 6 h. Al realizar el cálculo para administrar una dosis de 60 mg/kg/día repartida en 4 tomas para una paciente de 15 kg, se comete el error de obviar la división de la dosis total entre las 4 administraciones diarias. No se comprobó nuevamente el cálculo de la dosis y esta se introdujo en el sistema informático de prescripción que no disponía de herramientas de seguridad. Se administraron 2 dosis. En la monitorización de niveles realizada antes de la tercera dosis se detectaron concentraciones fuera de rango y se revisó la dosis, detectándose el error. Se suspendió el fármaco y se efectuó seguimiento clínico y analítico de la paciente.

Prácticas recomendadas

- ▶ Las prescripciones para pacientes pediátricos, además de los elementos generales de toda prescripción, deben incluir la siguiente información: edad y/o fecha de nacimiento; peso corporal; dosis calculada para el paciente en unidades de masa (p.ej. en miligramos) y por toma, y dosis en mg/kg.
- ▶ Realizar un doble chequeo de los cálculos, por una segunda persona independiente, especialmente cuando se prescriben, preparan o administran medicamentos de alto riesgo.
- ▶ Disponer de un programa de prescripción electrónica con un sistema de soporte a la decisión clínica que contenga límites de dosis (en función de la edad y peso) y que proporcione alertas cuando se prescriban dosis potencialmente incorrectas.
- ▶ Utilizar bombas de infusión inteligentes que tengan una biblioteca de medicamentos específica para pediatría y un sistema de comprobación de dosis que verifique la dosis por peso (p.ej. mg/kg) y la dosis total.

5. Errores por similitud en el etiquetado o envasado de medicamentos comercializados

La dificultad para distinguir diferentes medicamentos o diferentes presentaciones del mismo medicamento, debido a un envasado y/o etiquetado de apariencia similar, ha sido una causa frecuente asociada a muchos de los incidentes notificados. La mayoría de los casos se refieren a medicamentos comercializados por el mismo laboratorio en los que predomina un diseño basado en la imagen de marca (p.ej. Misofar® comprimidos vaginales de 25 y 200 microgramos; Cisatracurio Normon® ampollas de 10 y 20 mg) o medicamentos diferentes comercializados por diferentes laboratorios en ampollas serigrafadas que se utilizan en los mismos ámbitos (p.ej. Solinitrina Fuerte® y Noradrenalina Normon® ampollas; Fentanest® y Ondansetron Normon® 4 mg ampollas).

En 2020, el ISMP-España publicó en la página web 11 casos nuevos de etiquetado/envasado proclive a error, comunicó a la AEMPS 49 incidentes y recogió este problema en un boletín⁸. Los problemas de desabastecimiento motivados por la pandemia COVID-19 han contribuido aún más a que se produjeran este tipo de incidentes, ya que los centros sanitarios han tenido que cambiar en ocasiones los medicamentos que adquirirían habitualmente y comprar los medicamentos disponibles, sin poder seleccionar aquellos que no se confundieran con los existentes en el centro.

Ejemplo de incidente

Descubrimos ampollas de Noradrenalina Normon en el cajetín de la UCI donde se almacenaban las ampollas de Solinitrina Fuerte. Las ampollas de noradrenalina eran nuevas y prácticamente idénticas a las de Solinitrina. Al mismo tiempo se había iniciado una perfusión continua con Solinitrina Fuerte al paciente intervenido ese día y objetivamos que el paciente sorprendentemente presentaba un aumento brusco de la tensión arterial hasta 190 mmHg, por lo que sospechamos que se había cargado la medicación equivocada. Se comunicó inmediatamente y se retiró.

Prácticas recomendadas

- ▶ Establecer un procedimiento para revisar el etiquetado o envasado de los nuevos medicamentos y compararlo frente a 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).

6. Errores asociados a la falta de utilización de bombas de infusión inteligentes

Los errores en la administración de medicamentos intravenosos son frecuentes en los hospitales. Durante el año 2020 se han notificado numerosos errores, 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)^{9,10}, que generan alertas cuando se vulneran los límites de dosis o de velocidad de infusión.

Ejemplo de incidente

Un paciente en estado crítico, hemodinámicamente inestable, estaba recibiendo noradrenalina mediante una bomba de jeringa. A lo largo del día fue necesitando dosis más y más altas, con escasa respuesta, que en un primer momento se relacionó con su cuadro clínico, lo que hizo que se administraran otros fármacos vasoactivos. Ante la persistencia de la falta de respuesta, se revisó la evolución de la tensión y se observó que su deterioro había coincidido con el cambio de la jeringa del fármaco. Entonces se comprobó que la programación de la bomba era errónea y que se estaba administrando una dosis en microgramos/kg/hora, en lugar de en microgramos/kg/minuto, es decir, una dosis 60 veces menor a la prescrita.

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.

7. Errores por administración accidental de bloqueantes neuromusculares

Los errores por administración accidental de relajantes neuromusculares a pacientes que no están sometidos a ventilación mecánica no son frecuentes, pero cuando ocurren existe un riesgo elevado de que se causen daños graves o incluso mortales. Se han registrado comunicaciones de errores de administración equivocada de estos medicamentos a pacientes sin ventilación mecánica que se podrían haber evitado de haber estado implementadas las prácticas seguras recomendadas para estos medicamentos de alto riesgo^{10,11}.

Ejemplo de incidente

Durante cirugía de cesárea, tras extracción del feto, se observa que la paciente está desaturando. El anestesiólogo pregunta si se había administrado realmente oxitocina y se comprueba que, en lugar de haberse utilizado 3 ampollas de oxitocina, había abiertas 2 ampollas de oxitocina y 1 de suxametonio. El anestesiólogo aplica las medidas necesarias y la cesárea termina sin más complicaciones, pasando a la paciente a reanimación para vigilancia estrecha hasta que es dada de alta a planta.

Prácticas recomendadas

- ▶ Eliminar la disponibilidad de relajantes neuromusculares en unidades que no atiendan a pacientes con ventilación mecánica. Una excepción son los carros de parada cardiorrespiratoria que se precintarán para retirar la medicación sólo en caso de emergencia.
- ▶ En las unidades que precisen relajantes neuromusculares, almacenarlos en cajetines separados del resto de medicamentos, tanto cuando se almacenan en frigorífico como fuera de éste. Si se almacenan en sistemas automatizados de dispensación (SAD) deben colocarse en cajetines con tapa.
- ▶ Colocar etiquetas de alerta identificativas de color rojo en los cajetines de almacenamiento y SAD que indiquen: "Alerta: Agente Paralizante- Causa parada respiratoria". También en jeringas y otras preparaciones.

8. Administración equivocada por vía IV de medicamentos orales líquidos

Al inicio de la pandemia por COVID-19 se difundió un boletín que recordaba la necesidad de utilizar jeringas orales para dosificar y administrar los medicamentos orales líquidos¹². Esta práctica de seguridad, que es la más efectiva para evitar la administración equivocada de los medicamentos orales líquidos por vía intravenosa, sigue sin implementarse por completo en los centros, por lo que siguen produciéndose estos errores de vía equivocada que pueden tener consecuencias graves.

Ejemplo de incidente

Un paciente, ingresado por oclusión intestinal e infección por SARS-CoV-2, fue trasladado desde la unidad en que se encontraba a una unidad COVID-19 positiva. 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. Inmediatamente después descubrió que se trataba de una solución de parafina que estaba pautada desde hacía días. Avisó al médico quien contactó con el Instituto Nacional de Toxicología e instauró un tratamiento con corticoides IV y medidas de soporte.

Prácticas recomendadas

- ▶ Utilizar solamente jeringas orales para dosificar y administrar los medicamentos orales líquidos.
- ▶ Asegurarse de que TODAS las unidades asistenciales disponen 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.

9. Errores en la conciliación de la medicación al ingreso y al alta hospitalaria

Durante el año 2020 se han notificado numerosos errores de medicación en las transiciones asistenciales, motivados por fallos en la comunicación sobre los tratamientos que reciben los pacientes, algunos de los cuales ocasionaron eventos adversos en los pacientes. La Organización Mundial de la Salud (OMS) en el tercer reto mundial de seguridad del paciente y el Ministerio de Sanidad en sus estrategias de seguridad del paciente y de cronicidad señalan la necesidad de establecer prácticas de conciliación de la medicación durante las transiciones asistenciales, y han desarrollado guías prácticas y herramientas para fomentar su implantación en los centros sanitarios^{4,13-15}. No obstante, su implantación efectiva es lenta, ya que precisan recursos humanos y tecnológicos.

Ejemplo de incidente

A primera hora de la mañana se observa que la paciente presenta mucha flojedad, debilidad y que no responden sus miembros inferiores. Se solicita TAC urgente que no muestra ningún cambio. Se revisa su medicación y el médico se da cuenta de que se ha prescrito una dosis errónea de alprazolam, muy superior a la dosis que la paciente tomaba en su domicilio.

Prácticas recomendadas

- ▶ Al ingreso hospitalario: a) obtener una historia completa de la medicación domiciliar, 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.



- ▶ Al alta hospitalaria: a) comparar el listado completo de medicación al alta con la historia completa de la medicación domiciliar 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.

10. Errores por problemas de comprensión de los pacientes de cómo utilizar los medicamentos

Los errores asociados a una incorrecta administración de los medicamentos en el domicilio de los pacientes son frecuentes y su causa principal es una falta de información a los pacientes y/o familiares o cuidadores de cómo deben utilizar los medicamentos¹⁶. Aunque muchos no tienen consecuencias negativas, en algunos casos los pacientes sufren daños. La OMS, autoridades sanitarias, organismos de seguridad y organizaciones de pacientes, insisten en la necesidad de promover la participación de los pacientes en el uso seguro de los medicamentos y que, para ello, los profesionales sanitarios que les atienden deben facilitarles una información apropiada sobre sus medicamentos, así como animarles a que consulten y resuelvan sus dudas, en especial cuando se prescribe un medicamento nuevo, se modifica la dosis o se retira algún medicamento del tratamiento¹⁶⁻¹⁸. En el año 2020 la provisión de esta información se ha complicado debido a la necesidad de realizar consultas telefónicas para reducir los desplazamientos de los pacientes a los centros, consultas en las que es más difícil detectar una falta de comprensión de la información por parte del paciente y/o familiares o cuidadores.

Ejemplo de incidente

Paciente de edad avanzada a la que se pauta Rosalgin vaginal sobres (bencidamina hidrocloreto). La paciente que entendió mal la vía de aplicación, tomó los sobres por vía oral. Acudió a urgencias hospitalarias y precisó tratamiento durante más de 12 horas para corregir la acidosis metabólica. La prescripción fue telefónica.

Prácticas recomendadas

- ▶ Cuando se prescribe un nuevo medicamento, explicar a los pacientes y/o familiares o cuidadores qué principio activo es, para qué se va a utilizar y durante cuánto tiempo, cómo deben utilizar correctamente la medicación, qué deben hacer si se olvidan de tomar una dosis y los principales efectos adversos que cabe esperar. Hacer especial hincapié en los medicamentos de alto riesgo. Asegurarse de que han comprendido la información.

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).

© 2021 **Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos (ISMP-España)**

- ▶ Cuando se informa sobre el plan de tratamiento en las consultas telefónicas, comprobar que el paciente y/o familiar o cuidador escucha y entiende. Preguntar o corroborar que está de acuerdo con el plan propuesto. Decirle que anote las instrucciones comunicadas y pedirle que las repita para verificar que ha comprendido la información.
- ▶ Ayudar y motivar a los pacientes para que tomen parte activa en su tratamiento y pregunten cualquier duda sobre su medicación.
- ▶ Proporcionar a los pacientes o ayudarles a mantener una lista de los medicamentos que están tomando. Instarles a que lleven consigo esta lista siempre que soliciten asistencia sanitaria.

Referencias:

- 1) ISMP-España. Prevención de errores por omisión o retraso de la medicación. Boletín 41; Diciembre 2015.
- 2) ISMP-España. Errores por confusión en la identificación de pacientes. Boletín 30; Agosto 2009.
- 3) ISMP-España. Errores por incorrecta identificación de los pacientes. Boletín 47; Diciembre 2018.
- 4) Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud. Periodo 2015-2020. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2015.
- 5) ISMP-España. Prevención de errores de medicación en pacientes con alergias conocidas a medicamentos. Boletín 39; Diciembre 2014.
- 6) ISMP-España. Errores en pacientes con alergias a medicamentos. Boletín 48; Diciembre 2019.
- 7) ISMP-España. Prevención de errores de medicación en pacientes pediátricos. Boletín 46; Septiembre 2018.
- 8) ISMP-España. Riesgos derivados de los cambios en las presentaciones de medicamentos disponibles en los centros sanitarios. Boletín 49; Abril 2020.
- 9) 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.
- 10) Institute for Safe Medication Practices. Guidelines for optimizing safe implementation and use of smart infusion pumps. 2020. https://www.ismp.org/resources?field_resource_type_target_id%5B33%5D=33#resources--resources_list
- 11) ISMP-España. Prevención de los errores de administración accidental de relajantes neuromusculares. Boletín 38; Octubre 2014.
- 12) ISMP-España. Recordar el uso de jeringas orales para administrar los medicamentos orales líquido. Boletín 49; Abril 2020.
- 13) Medication Safety in Transitions of Care. Geneva: World Health Organization; 2019 (WHO/UHC/SDS/2019.9). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- 14) Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2012.
- 15) 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.
- 16) ISMP-España. Educación al paciente y prevención de errores de medicación. Boletín 42; Diciembre 2016.
- 17) World Health Organization. 5 Moments for Medication Safety. <https://www.who.int/patientsafety/medication-safety/5moments/en/>
- 18) ISMP Canada. 5 Questions to Ask about Your Medications. <https://www.ismp-canada.org/medrec/5questions.htm>

