

# ENVASES SEGUROS, CUIDADOS SEGUROS

Torres Robles, José Carlos

## INTRODUCCIÓN

Los errores relacionados con la medicación constituyen un grave problema sanitario, con repercusiones asistenciales y económicas, perjudicando la seguridad del paciente. Según la Estrategia de Seguridad del Paciente del S.N.S. 2015-2020, son responsables de casi un 5% de ingresos hospitalarios y una media de 17 errores al día por cada 100 pacientes hospitalizados.

Una de las causas más importantes son los diseños similares en cuanto al envasado y etiquetado de fármacos diferentes, dificultando su diferenciación, y provocando mayor tasa de errores en su administración.

En este estudio se pretende concienciar del problema para prevenirlo y promover prácticas seguras.

## METODOLOGÍA

Se trata de un estudio epidemiológico de tipo observacional, descriptivo y transversal. Primeramente se realiza búsqueda bibliográfica en CUIDEN escogiendo artículos menores de 5 años de antigüedad, y se consultan webs especializadas con la temática del estudio. Posteriormente se ha pasado un cuestionario de 15 ítems a 64 enfermeros (escogidos mediante muestreo aleatorio simple) sobre prácticas seguras y errores en la administración de medicación. Al igual, se ha llevado a cabo observación directa sobre el funcionamiento de diversas unidades y profesionales.

## RESULTADOS

Fue notificado un error al ISMP-España al producirse una confusión en el llenado de carros de dosis unitarias de Elgadi® (urapidilo) y Eufilina® (teofilina). Como apreciamos en Imagen1, existe un diseño, color y tamaño tan similar que dificulta su diferenciación e induce a error.

Otra notificación al ISMP-España ocurrió por apariencia muy semejante de Myolastan® (tetrazepam) y Trangorex® (amiodarona). El cartonaje de ambos es idéntico en tamaño, color, diseño y tipo de letra (Imagen2) lo que generó una equivocación en la toma de un paciente ambulatorio, precisando ingreso hospitalario.

Otro ejemplo de errores notificados al ISMP-España por isoapariencia de distintos fármacos ocurrió con ampollas de Sandostatín® (octreótido) y Sandimmun® (ciclosporina). Ambas ampollas son del mismo tamaño, etiquetado muy similar en diseño y con dos bandas amarilla y azul (Imagen3). Esto provocó dos errores notificados, uno en la administración y otro en la dispensación por parte de farmacia. Finalmente, el laboratorio acordó modificar su diseño.



Imagen 1



Imagen 2



Imagen 3



Imagen 4



Imagen 5



Imagen 6

Durante la observación, en algunas unidades de urgencias se observan prácticas que son muy propicias a cometer errores en la administración de fármacos, tales como rotular jeringas cargadas (Imagen4).

Igualmente, se observa que medicación de uso común en urgencias (Naloxona, Haloperidol y Atropina) tienen un diseño muy similar en cuanto a colores, tamaño y etiquetado. Esto provoca que, junto al estrés y celeridad necesaria en urgencias, constituya un potencial grave de riesgo en la administración de fármacos (Imagen5). Otro ejemplo de isoapariencia de distintos fármacos se da con Diclofenaco y Flumil® (Imagen 6).

Con respecto al cuestionario dirigido a enfermeros, el 71% afirma conocer el protocolo a seguir para notificar errores de medicación. Paralelamente, un 65% admite haber cometido alguna vez un error de medicación (Figura1).

Al preguntar por las causas que precipitan errores medicamentosos, las más significativas son carga de trabajo excesiva (76%) e isoapariencia de distintos fármacos (69%).



Figura 1



Figura 2

## CONCLUSIONES

- ✓ En España no existe ninguna norma específica para el envasado y etiquetado seguro de medicamentos que resuelva la problemática de la similitud en el aspecto de los fármacos comercializados.
- ✓ Es imprescindible que la AEMPS, M. Sanidad e industria farmacéutica se comprometan a implementar medidas y normas para solucionar esta problemática, como se está haciendo en Europa.
- ✓ Fomentar prácticas seguras: No almacenar conjuntamente fármacos de apariencia similar, etiquetar jeringas cargadas de medicación en lugar de rotularlas (Imagen7), etc.
- ✓ Asegurar los "5 correctos": Paciente, medicamento, dosis, vía de administración y momento correcto.



Imagen 7

## BIBLIOGRAFÍA

- "Medicamentos de aspecto o nombres parecidos". Observatorio para la Seguridad del Paciente. Junta de Andalucía.
- "Seguridad de Medicamentos. Prevención de errores de medicación". M.J. Otero López, B. Garrido Corro et al. Vol. 28 Nº4 2011. Farm. Hosp. ISMP-España.
- Web del Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos. Delegación Española del Institute for Safe Medication Practices. Disponible en [www.ismp-espana.org](http://www.ismp-espana.org)

*Si son distintos, que parezcan distintos*