

# Errores en medicamentos de alto riesgo.

## Prácticas seguras con insulinas, heparinas y anticoagulantes orales.

Autor: González Návals J

### Introducción

- Los errores de medicación constituyen la principal amenaza a la seguridad del paciente.
- Existe un grupo llamado de «alto riesgo» cuya atención debe ser prioritaria ya que utilizados incorrectamente, presentan un riesgo elevado de causar daños graves o incluso mortales.
- Los errores asociados a estos medicamentos no implican mayor frecuencia sino que, en caso de producirse un error, las consecuencias para los pacientes suelen ser más graves.

### Objetivos

- Identificar errores descritos en el uso de Insulinas, Heparinas y anticoagulantes orales (ACO).
- Identificar prácticas seguras en el uso de Insulinas, Heparinas y anticoagulantes orales.
- Disminuir la tasa de incidentes de seguridad asociados al uso de insulinas, heparinas y ACO.
- Aplicar prácticas seguras en el centro de trabajo para disminuir errores de medicación.

### Método

Revisión bibliográfica en CUIDEN, PubMed, Cochrane, organismos relacionados con la seguridad del paciente sobre medicamentos catalogados de alto riesgo. Selección de los grupos de insulinas, anticoagulantes orales y heparinas, y errores frecuentes y estrategias para evitar errores con cada grupo de fármacos.

## Resultados

MEDICAMENTO	ERRORES DETECTADOS	PRÁCTICAS SEGURAS
<i>Anticoagulantes orales</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Confusión de dosis</li> <li>•Prescripción ambigua</li> <li>•Sobredosificación por ajuste inapropiado en geriatría</li> <li>•Falta de detección de interacciones</li> <li>•Errores de administración</li> <li>•Monitorización inapropiada del IRN</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Limitar las presentaciones en la institución</li> <li>•Estandarizar las prescripciones</li> <li>•Incluir alertas</li> <li>•Implicar al paciente en su tratamiento, educándole</li> <li>•Entregar al paciente esquemas sencillos de dosificación</li> <li>•Establecer protocolos de monitorización del INR</li> </ul>
<i>Heparina y otros antitrombóticos</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Errores debidos a etiquetado inapropiado o similar</li> <li>•Existencia de viales multidosis</li> <li>•Confusión con insulina</li> <li>•Duplicidad terapéutica</li> <li>•Sobredosificación en pacientes con IR</li> <li>•Confusión de “U” con “O”, lo que implica 10 veces más</li> <li>•Error en dilución</li> <li>•Programación incorrecta de bombas de perfusión</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Adquirir presentaciones correctamente etiquetadas</li> <li>•Reducir variedad de concentraciones disponibles, y prestar atención a almacenamiento</li> <li>•Separar la insulina de la heparina</li> <li>•Escribir “unidades” en vez de “U”</li> <li>•Estandarizar dosis y seguimiento mediante protocolos que contemplen edad, función renal, tiempos de coagulación, etc.</li> <li>•Protocolizar la administración pre y post-quirúrgica</li> <li>•Estandarizar la administración: etiquetar las bolsas indicando volumen, dosis, y realizar doble chequeo de programación y administración.</li> </ul>
<i>Insulinas</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Confusiones entre tipos, concentraciones y marcas</li> <li>•Confusión de nombres parecidos</li> <li>•Confusión a “tipo” de insulina: rápida, intermedia y prolongada</li> <li>•Confusión con heparina</li> <li>•Interpretar la “U” como “0”, con administración de dosis errónea</li> <li>•Administrar la insulina independiente de las comidas</li> <li>•Confundir las dosis de diferentes insulinas para un mismo paciente</li> <li>•Duplicidad terapéutica al sustituir una insulina</li> <li>•Error en las diluciones</li> <li>•Administración por vía errónea</li> <li>•Programación incorrecta de la bomba</li> <li>•Utilización incorrecta de los dispositivos o plumas, por ejemplo, una pluma para varios pacientes</li> <li>•Administración incorrecta por pacientes con dificultad visual</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Simplificar las presentaciones disponibles</li> <li>•Incorporar alertas sobre nombres parecidos</li> <li>•Almacenar presentaciones similares en sitios separados</li> <li>•Prescribir por nombre comercial para que se identifique la insulina</li> <li>•No almacenar heparina junto a insulina</li> <li>•Prescribir “unidades” en vez de “U”</li> <li>•Prescribir de forma clara las pautas y especificar la administración con las comidas</li> <li>•Estandarizar las concentraciones de insulina para todas las perfusiones</li> <li>•Realizar doble chequeo en las preparaciones y diluciones</li> <li>•Simplificar regímenes en la manera de lo posible, para evitar errores y mejorar el cumplimiento</li> <li>•Educar al paciente. Revisar con él cómo administrar y que lo comprenda, hacer hincapié en los puntos críticos y revisarlos en sucesivas visitas</li> <li>•Instar al paciente a que compruebe siempre el envase y etiquetado del medicamento dispensado en la farmacia</li> </ul>

### Conclusiones

- El uso de insulinas, anticoagulantes orales, y heparinas es muy frecuente y tienen gran potencial lesivo ya que además son medicamentos catalogados de alto riesgo.
- Conocer, señalar en los botiquines los medicamentos de alto riesgo y utilizar las prácticas seguras descritas contribuye a disminuir los errores de medicación y mejora la seguridad del paciente en los centros de trabajo.

### Bibliografía

Gómez de Salazar ME, Domínguez-Gil Hurié A, Moreno Álvarez PI. Seguridad de medicamentos. Prevención de errores de medicación. Farm Hosp. 2002; 26(4):2504. Disponible en: <http://www.ismp-espana.org/ficheros/Fichero10.pdf>  
 Prácticas Seguras Simples recomendadas por agentes gubernamentales para la prevención de efectos adversos (EA) en los pacientes atendidos en hospitales. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008.  
 Ministerio de Sanidad y Consumo. Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos (ISMP-España). Prácticas para mejorar la seguridad de los medicamentos de alto riesgo. Madrid; 2007.