



Errores de medicación

Michael R. Cohen, ScD, MS, RPH, presidente del Institute for Safe Medication Practices

SISTEMAS AUTOMÁTICOS DE DISPENSACIÓN

Recuerde el ABC de la seguridad de los sistemas automáticos de dispensación

Una enfermera de la UCI fue a coger un enalapril i.v., un inhibidor de la enzima de conversión de la angiotensina, de un sistema automático de dispensación (SAD) y, ante su sorpresa, encontró un vial de vasopresina, un vasopresor, mezclado en el cajetín de los viales de enalapril. Como puede observarse en la foto, el tapón de ambos viales es azul. La vasopresina fue retirada y devuelta a farmacia.



Los viales de enalapril y vasopresina se mezclaron debido a la similitud de los tapones

El personal de farmacia reconoció que al reponer los *stocks* en los SAD, con frecuencia empaquetan y transportan viales de múltiples medicamentos a la vez. Durante la reposición, se escanea el código de barras, pero solo de uno de los viales. Otros hospitales han notificado errores similares al empaquetar múltiples dosis o viales en bolsas de plástico o pequeños contenedores y escanear solo la etiqueta de la parte exterior de la bolsa o contenedor. No escanear todos los viales crea un riesgo continuo de que se dispense una medicación errónea en el SAD, especialmente si el embalaje es similar. Como en el caso expuesto, el color del tapón puede provocar una confusión al coger el producto de la bolsa o el cajetín, principalmente si se asocia el color del tapón a un producto concreto y se almacena la medicación solo con el tapón a la vista.

El control del código de barras no es eficaz si no se escanean todos los viales. Para prevenir errores, los centros deberían adherirse e implementar estrategias preventivas tales como:

FÁRMACOS DE ALTO RIESGO

Utilizar ambas manos

¿Cuál es el mejor modo de revisar la etiqueta de un fármaco de alto riesgo cuando se trabaja solo, sin que haya nadie disponible para realizar una doble revisión independiente? Utilizar ambas manos, afirma el Dr. John Senders, asesor científico principal del Institute for Safe Medication Practices (ISMP) e ISMP Canadá. Cuando se coge un vial de fármaco etiquetado, la mano oculta casi siempre parte de la etiqueta. Cuando se cambia el vial a la otra mano, se revela frecuentemente la parte que ha quedado oculta. El Dr. Senders teoriza acerca de que esta técnica aprovecha también el talento de las partes izquierda y derecha del cerebro. Más importante aún, el Dr. Senders recomienda leer la etiqueta *en voz alta* mientras se sostiene con la mano derecha, y quizá de nuevo cuando se sostiene con la mano izquierda. Las dos lecturas suponen solamente unos 8 segundos—un tiempo bien empleado para impedir errores peligrosos con los fármacos de alto riesgo.

- Doble comprobación de todos los medicamentos del *stock* de farmacia antes de que sean enviados a las unidades.
- Evitar dispensar o colocar mucha medicación en un único cajetín, incluso si este tiene número de habitación.
- Si el SAD dispone de escáner, prográmelo con una función de escaneo obligatorio a la *retirada* de medicamentos de los cajetines. Esto contribuye a garantizar que la medicación seleccionada coincide con la prescrita y con la dispensada. En el hospital donde se produjo este error potencial, los contenedores de medicación de la farmacia han sido separados por medicamentos y etiquetados claramente.

ETIQUETAJE DEL PPD

Un vial, diez dosis

En al menos dos ocasiones, en un hospital, ante la solicitud de 5 unidades de derivado de proteína purificada de tuberculina (PPD), la farmacia dispensó de forma inadvertida un vial entero de 1 ml de tuberculina 5 unidades/0,1 ml (10 dosis).

El etiquetaje de la caja que contiene el vial explicita que el vial contiene 10 dosis. Pero una vez fuera de la caja, esta información ya no es tan aparente.

La etiqueta frontal del vial solo explicita 5 UI/0,1 ml (véase en la foto). Para descubrir la información adicional, debe leerse la etiqueta de la parte trasera del vial, en donde se explicita que este contiene 10 dosis. La enfermera puede saber que la dosis correcta es de 5 unidades (0,1 ml) y que 0,1 ml es el volumen máximo de solución que habitualmente se administra por vía intradérmica. Todas las dosis de PPD deberían dispensarse desde farmacia en jeringas precargadas para administración intradérmica en la dosis



La etiqueta frontal omite destacar que el vial contiene 10 dosis

correcta prescrita.

Los informes descritos en esta sección de *Errores de medicación* se recibieron a través del sistema de comunicación de errores del ISMP. Informe de errores, situaciones de riesgo o condiciones peligrosas al Institute for Safe Medication Practices

(ISMP) en <http://www.ismp.org>, 1-800-FAIL Safe, o en ismpinfo@ismp.org. Michael R. Cohen es miembro del comité editorial de *Nursing2014*. ■