

Medicamentos de alto riesgo

Se denominan “**medicamentos de alto riesgo**” aquellos que pueden causar daños graves o incluso mortales cuando se produce un error en su utilización. Esta definición no indica que los errores asociados a estos medicamentos sean más frecuentes, sino que en caso de producirse un error, **las consecuencias para los pacientes suelen ser más graves**.

La Unidad Funcional de Gestión de Riesgos del Hospital ha elaborado un documento, basado en las **Prácticas para mejorar la seguridad de los medicamentos de alto riesgo, del Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud**, publicado por el Ministerio de Sanidad y Consumo en diciembre 2007. En el se recogen las actuaciones recomendadas para mejorar la seguridad en el uso de tres de estos medicamentos: **HEPARINA, INSULINAS y solución concentrada de CLORURO POTÁSICO**. En este boletín recogemos las recomendaciones de dicho documento y cuales han sido las actuaciones llevadas a cabo en el Hospital por la Comisión de Farmacia y Terapéutica y el Servicio de Farmacia.

1. HEPARINA

Posibles causas de error	Recomendaciones de actuación
Errores por confusión entre dosis y concentración debidos a etiquetados inapropiados o similares. Existencia de viales multidosis que pueden ocasionar sobredosificación por error.	Reducir la variedad de concentraciones disponibles y prestar atención en el almacenamiento Almacenar separadas las heparinas de distintas concentraciones, en caso de disponer de más de una.
Confusión con insulina al dosificarse ambas en unidades.	Separar la heparina de la insulina, así como de otros medicamentos que se dosifiquen en unidades.
Administración inadvertida de dos medicamentos antitrombóticos (duplicidad terapéutica).	Incluir alertas en los programas informáticos de prescripción y de dispensación que informen de existencia de duplicaciones, así como de interacciones relevantes con otros medicamentos.
Sobredosificación por ajuste inapropiado de dosis de heparina de bajo peso molecular en pacientes con insuficiencia renal.	Estandarizar la dosificación y seguimiento de los tratamientos mediante protocolos que consideren el peso del paciente, función renal, control de los tiempos de coagulación, etc.
Confusión de la abreviatura “U” de unidades con un cero, lo que ocasiona la administración de una dosis 10 veces mayor.	Escribir “unidades” en lugar de “U”.
Errores en las diluciones cuando hay que manejar distintas concentraciones.	Protocolizar la administración pre y postquirúrgica.
Programación incorrecta de las bombas de perfusión.	Estandarizar los procedimientos de administración, etiquetar las bolsas de perfusión indicando volumen y dosis total y realizar un doble chequeo de las preparaciones y sistemas de administración.

Pasa a pág. 2

EN ESTE NÚMERO DESTACAMOS:

Alertas de Farmacovigilancia

Suspensión de comercialización de sitaxentan

3

Cuatro nuevos medicamentos de dispensación hospitalaria

Lectura recomendada:

Interrupción perioperatoria de la medicación

4

Medicamentos de alto riesgo

viene de pág. 1

En el Servicio de Farmacia se cuenta con 2 presentaciones de heparina sódica:

1% 5ml vial (5.000UI/vial)

5% 5ml vial (25.000UI/vial)

Las presentaciones están etiquetadas con distintos colores.

Por acuerdo de la Comisión de Farmacia y Terapéutica, **desde el Servicio de Farmacia únicamente se dispensará de manera sistemática heparina sódica en la concentración del 5% a las unidades clínicas de DIÁLISIS y NEFROLOGÍA.** Sólo se dispensará a otros Servicios y unidades cuando confirmen que se desea esta concentración.



2. INSULINAS

Posibles causas de error	Recomendaciones de actuación
Confusión entre los distintos tipos, concentraciones y marcas de insulina.	Simplificar las presentaciones de insulina disponibles en la institución.
Confusión por la similitud de nombres, p. ej. Humulina®, Humalog®, Humaplus®.	Almacenar las especialidades con nombre y etiquetado similar en lugares separados.
Confusión entre las presentaciones debido a que la denominación de las insulinas no especifica sus características (rápida, intermedia o prolongada).	Indicar en la prescripción el tipo de insulina y la marca comercial para que se identifique correctamente el tipo de insulina.
Interpretación de la abreviatura "U" (unidades) como un "0" ó un "4" lo que ocasiona administrar una dosis mayor.	Prescribir de manera clara, legible, a poder ser en mayúsculas, y nunca emplear "U", sino escribir la palabra completa "unidades".
Confusión de las dosis de diferentes insulinas prescritas para el mismo paciente.	Comprobar previamente a cada administración qué presentación y dosis son las que corresponden.
Administración por vía intravenosa de insulinas que no pueden administrarse por dicha vía.	Establecer un sistema de doble chequeo cuando se administre una perfusión IV de insulina.
Administración de insulinas rápidas independientemente del horario de las comidas, ante una prescripción incorrecta como "cada 8 horas".	Coordinar siempre los horarios de administración de insulina con los horarios de las comidas.
Errores en la preparación de diluciones de insulina, especialmente en pediatría.	Realizar un doble chequeo cuando se preparen diluciones de insulinas en las unidades de hospitalización.
Administración de dosis incorrectas en pacientes con dificultad visual.	Establecer un procedimiento para educar al paciente. Revisar con él detenidamente el procedimiento de administración y asegurarse de que lo comprende. Hacer hincapié en los puntos críticos en que pueda haber mayor riesgo de errores.
En el caso de plumas de insulina, uso de la misma pluma para varios pacientes. Aunque se cambie la aguja desechable, el cartucho de la pluma se puede contaminar por sangre del usuario y transmitirse posibles agentes patógenos.	<p>Cuando se inicie el tratamiento con una pluma de insulina, etiquetar con los datos identificativos del paciente. .</p> <p>Si un paciente aporta su pluma de insulina, esta debe etiquetarse con el nombre y otros datos identificativos</p> <p>Verificar que la pluma correcta se utiliza para el paciente correcto</p>

La Comisión de Farmacia ha acordado que sólo esté disponible una marca comercial de insulina NPH, Humulina NPH®



3. SUPLEMENTOS DE POTASIO (Cloruro potásico 1 M (1 mEq K+/mL) y 2M (2 mEq K+/mL))

La rápida administración de soluciones de cloruro potásico causa paro cardíaco y frecuentemente es mortal. La inyección de soluciones concentradas de cloruro potásico se ha producido por la confusión con otros medicamentos o diluyentes.

Posibles causas de error	Recomendaciones de actuación
Confusión de viales de ClK con otras soluciones IV de aspecto similar.	Asegurar que los viales o ampollas de potasio se diferencien de otros medicamentos.
Administración por error del ClK a una velocidad superior a 10mEq/h que puede causar parada cardíaca.	Usar protocolos para la administración del potasio en los que se incluya indicaciones, concentración máxima y velocidad permitidas, etc.
Prescripción por "ampollas" o viales en lugar de utilizar unidades de cantidad (ej: mEq).	Prescribir por unidades de cantidad.
Almacenamiento de soluciones concentradas en los botiquines.	Retirar los viales de potasio concentrado de las unidades asistenciales. Si debe permanecer en ellas, identificarlos y controlar su almacenamiento.

La Comisión de Farmacia ha acordado que sólo haya **dos presentaciones de cloruro potásico en el Hospital: viales de vidrio de 20 mL de cloruro potásico 2M y viales de plástico de cloruro potásico 1M.**

ALERTAS DE FARMACOVIGILANCIA

Suspensión de comercialización de sitaxentan

La Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) informa en su Nota Informativa 2010/15 de la suspensión de comercialización del fármaco sitaxentan, utilizado en el tratamiento de la hipertensión arterial pulmonar. Esta suspensión se lleva a cabo de manera voluntaria por el Laboratorio Fabricante tras la aparición de dos nuevos casos de daño hepático agudo con desenlace mortal en pacientes que recibían el medicamento.

La AEMPS comunica a los profesionales sanitarios:

- Los pacientes no deben interrumpir el tratamiento con sitaxentan sin consultar con el médico.
- Éste deberá valorar el cambio a otras alternativas terapéuticas.

NOVEDADES EN EL HOSPITAL

ALTAS Los siguientes medicamentos han sido **incluidos en la Guía Farmacoterapéutica** por acuerdo de la Comisión de Farmacia y Terapéutica, en su reunión de 30 de noviembre de 2010:

EVEROLIMUS (Affinitor®)

Antineoplásico oral indicado en pacientes con carcinoma de células renales, en progresión tras tratamiento con terapia dirigida al factor de crecimiento del endotelio vascular (VEGF).

GOLIMUMAB

Medicamento del grupo de anti-TNF, con indicaciones autorizadas en artritis reumatoide, artritis psoriásica y espondilitis anquilosante. Comercializado como Simponi®.

SUPLEMENTO NUTRICIONAL DHA-BASIC®

Preparado que contiene ácido docosahexanoico, específico para pacientes con fibrosis quística y otros errores congénitos del metabolismo.

Cuatro nuevos medicamentos de dispensación hospitalaria

En sucesivos números de **Actualidad del Medicamento** hemos informado de que la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios de la Comunidad de Madrid ha ido incluyendo una serie de fármacos dentro del programa de Asistencia Farmacoterapéutica a pacientes externos.

La resolución 1050/10, añade otros cuatro medicamentos a aquellos que se **dispensan exclusivamente en los Servicios de Farmacia** de los hospitales de la Comunidad de Madrid.

Se trata de:

- **Anagrelide** (Xagrid®), indicado para el tratamiento de trombocitemia esencial.
- **Capecitabina** (Xeloda®), usado en la terapia de cáncer colorrectal y cáncer de mama
- **Deferasirox** (Exjade®), fármaco quelante de hierro.
- **Omalizumab** (Xolair®), con indicación en el tratamiento del asma alérgico persistente grave.

A partir del 1 de febrero de 2011, estos cuatro medicamentos se tienen que prescribir, como el resto de medicamentos de Uso Hospitalario, por el correspondiente especialista, usando la receta específica para prescripción a pacientes externos, siendo dispensados a los pacientes en el Servicio de Farmacia.

LECTURA RECOMENDADA

■ Interrupción perioperatoria de la medicación

Interrupción perioperatoria de la medicación crónica.
Bol Ter Andal
2010;26(3): 9-12

El siempre interesante Boletín Terapéutico Andaluz, editado por CADIME (Centro Andaluz de Información de Medicamentos – Escuela Andaluza de Salud Pública) publica en su número 3 del año 2010 un artículo que intenta dar respuesta a la pregunta de qué hacer con la medicación que un pacien-



te recibe crónicamente cuando es sometido a una intervención quirúrgica. El artículo incluye una tabla de recomendaciones sobre los medicamentos que deberían interrumpirse, por qué motivo y cuando (por ejemplo los AINE deberían suspenderse de 1 a 3 días previos a la cirugía según su vida media para evitar complicaciones hemorrágicas), cuales deberían seguir siendo administrados (como los antiarrítmicos o los estimulantes beta adrenérgicos) y aquellos en que debe valorarse en cada paciente el balance beneficio-riesgo.

Se puede acceder a este Boletín en la siguiente dirección de internet: www.easp.es/web/documentos/BTA/00016552documento.pdf