



BOLETIN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE.

Nº 1. MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO EN ATENCION PRIMARIA.(MISP-3)

Fecha: ENERO 2015

Edición: 01

SERVICIO: UNIDAD DE CALIDAD. SERVICIO DE FARMACIA DE ATENCION PRIMARIA.

¿Qué son los medicamentos de alto riesgo?

Los **medicamentos de alto riesgo (MAR)** son aquellos que presentan una probabilidad elevada de causar efectos adversos graves o incluso mortales cuando no se utilizan correctamente. El Institute for Safe Medication Practices (ISMP) estableció una relación de estos MAR que incluye categorías farmacológicas y fármacos específicos de riesgo.

¿Qué es un error de medicación?

Cualquier incidente **prevenible** que puede causar daño al paciente o dé lugar a una utilización inapropiada de los medicamentos, cuando éstos están bajo control de los profesionales sanitarios o del paciente.

Estrategias:

1.- Restricción del acceso a las medicaciones de alto riesgo.

El centro de salud debe disponer de procedimientos difundidos y conocidos por todo el equipo en los que se detalla el sistema de supervisión, la ubicación, forma de almacenamiento, y las indicaciones de uso de este tipo de fármacos, así como el personal autorizado para su uso.

2.- Identificación de las medicaciones de alto riesgo.

Estas medicaciones deberán contar con un sistema de identificación-rotulación claro: **“medicación de alto riesgo”**.

Ejemplo de etiqueta de identificación de medicación de alto riesgo.



MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO EN EL CENTRO DE SALUD

PRINCIPIO ACTIVO	NOMBRE COMERCIAL	PRESENTACION
AMIODARONA	TRANGOREX	AMPOLLAS 150 mg/3 mL. 3mL.
ATROPINA	ATROPINA BRAUN	AMPOLLAS 0,5 mg/mL. 1 mL.
INSULINA HUMANA DE ACCION RAPIDA.	ACTRAPID	100 Unidades/l/mL. 10 ml.
EPINEFRINA	ADRENALINA BRAUN	AMPOLLAS 1mg/mL. 1mL.
CLORAZEPATO	TRANXILIUM	AMPOLLAS 50 mg/2,5 mL. 2,5 mL.
BIPERIDENO	AKINETON	AMPOLLAS 5 mg/mL. 1 mL.
HALOPERIDOL	HALOPERIDOL EFG	AMPOLLAS 5 mg/mL. 1 mL.
DIAZEPAM	VALIUM	AMPOLLAS 10 mg/2 ml. 2mL.
MIDAZOLAM	MIDAZOLAM EFG	AMPOLLAS DE 15mg/3mL.
MORFINA	MORFINA BRAUN 10 mg	AMPOLLA 1% 1 mL
	MORFINA BRAUN 40 mg	AMPOLLA 2% 2 mL
	MORFINA BRAUN 400 mg	VIAL 2% 20 mL
GLUCOSA	GLUCOCEMIN 50%	GLUCOSA 50%. FRASCO 20 mL
GLUCOSA	SUERO GLUCOSADO 50%	GLUCOSA 50%. FRASCO 100 mL
CLOPIDOGREL	PLAVIX	COMPRIMIDOS DE 75 Y 300 mg



BOLETIN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE.

Nº 1. MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO EN ATENCION PRIMARIA.(MISP-3)

Fecha: ENERO 2015

Edición: 01

SERVICIO: UNIDAD DE CALIDAD. SERVICIO DE FARMACIA DE ATENCION PRIMARIA.

MEDICACION DE ALTO RIESGO DE USO FRECUENTE EN ATENCION PRIMARIA

MEDICAMENTO	ERRORES DETECTADOS	PRACTICAS SEGURAS
ANTICOAGULANTES ORALES	Confusión de dosis Prescripción ambigua Sobredosificación por ajuste inapropiado en geriatría Falta de detección de interacciones Errores de administración Monitorización inapropiada del IRN	Estandarizar las prescripciones. Incluir alertas. Implicar al paciente en su tratamiento, educándole. Entregar al paciente esquemas sencillos de dosificación. Establecer protocolos de monitorización del INR.
HEPARINA Y OTROS ANTITROMBOTICOS.	Errores debidos a etiquetado inapropiado o similar. Confusión con insulina. Duplicidad terapéutica. Sobredosificación en pacientes con IR. Confusión de "U" con "O", lo que implica 10 veces más.	Adquirir presentaciones correctamente etiquetadas. Reducir variedad de concentraciones disponibles, y prestar atención a almacenamiento. Separar la insulina de la heparina. Escribir "unidades" en vez de "U". Estandarizar dosis y seguimiento me diante protocolos que contemplen edad, función renal, tiempos de coagulación, etc. Protocolizar la administración pre y post quirúrgica.
INSULINAS	Confusiones entre tipos, concentraciones y marcas. Confusión de nombres parecidos. Confusión a "tipo" de insulina: rápida, intermedia y prolongada. Confusión con heparina. Interpretar la "U" como "O", con administración de dosis errónea. Administrar la insulina independiente de las comidas. Confundir las dosis de diferentes insulinas para un mismo paciente. Duplicidad terapéutica al sustituir una insulina. Utilización incorrecta de los dispositivos o plumas, por ejemplo, una pluma para varios pacientes. Administración incorrecta por pacientes con dificultad visual.	Incorporar alertas sobre nombres parecidos. Simplificar las presentaciones disponibles. Almacenar presentaciones similares en sitios separados. Prescribir por nombre comercial para que se identifique la insulina. No almacenar heparina junto a insulina. Prescribir "unidades" en vez de "U". Prescribir de forma clara las pautas y especificar la administración con las comidas. Simplificar regímenes en la manera de lo posible, para evitar errores y mejorar el cumplimiento. Educar al paciente. Revisar con él cómo administrar y que lo comprenda, hacer hincapié en los puntos críticos y revisarlos en sucesivas visitas. Instar al paciente a que compruebe siempre el envase y etiquetado del medicamento dispensado en la farmacia.
METOTREXATO ORAL	Administración diaria en vez de semanal, con la consiguiente sobredosificación. Confusión con mitoxantrona, por prescribirse como MTX.	Informar a los profesionales sanitarios de los graves efectos derivados de la sobredosificación. Especificar la indicación en la prescripción. No usar abreviaturas. Incluir alertas que adviertan de la importancia de confirmar dosis y frecuencia de administración. Prestar atención especial en población más vulnerable (ancianos, IR, etc.). Asegurarse de que el paciente conoce perfectamente su tratamiento, frecuencia y riesgos de sobredosificación. Entregar al paciente información por escrito y establecer el día concreto de la semana a administrárselo.



BOLETIN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE.

Nº 1. MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO EN ATENCION PRIMARIA.(MISP-3)

Fecha: ENERO 2015

Edición: 01

SERVICIO: UNIDAD DE CALIDAD. SERVICIO DE FARMACIA DE ATENCION PRIMARIA.

MEDICAMENTO	ERRORES DETECTADOS	PRACTICAS SEGURAS
OPIACEOS	Confusión entre diferentes presentaciones de morfina IV y, oral, de liberación rápida o retardada. Diferentes tipos de dosificación. Error preparación infusores. Dolor no controlado por desconocimiento de funcionamiento de la PCA por el paciente. No retirada del parche antes de la administración del siguiente, o retirada antes de que haya terminado de liberar su dosis Aplicación de varios parches en el lugar donde el paciente refiere dolor. Falta de comprobación de las alergias.	Estandarizar los opiáceos disponibles. Limitar las unidades disponibles en las unidades asistenciales. Almacenar en sitios diferentes las presentaciones que puedan confundirse, y etiquetar si fuera necesario. Establecer protocolos que incluyan dosis máximas. Asegurar la disponibilidad de naloxona en las unidades donde habitualmente se usan opiáceos. Protocolizar la administración, especificando indicación, concentración máxima, velocidad permitida, colocación de la vía, etc. Señalizar extremos distales de los infusores. Educar a los pacientes sobre el uso de los infusores y de los parches de fentanilo. Informarse sobre posibles alergias de los pacientes.
ANTIIDIABETICOS ORALES	Confusión de dosis. Prescripción ambigua. Sobredosificación por ajuste inapropiado en Geriatría. Falta de detección de interacciones. Errores en la administración.	Estandarizar las prescripciones. Incluir alertas. Implicar al paciente en su tratamiento, educándole. Entregar al paciente esquemas sencillos de dosificación.

LISTA DE MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO PARA PACIENTES CRONICOS.

PROYECTO MARC.

GRUPOS TERAPEUTICOS
ANTIAGREGANTES PLAQUETARIOS (incluyendo aspirina)
ANTICOAGULANTES ORALES
ANTIEPILEPTICOS DE ESTRECHO MARGEN (carbamacepina, fenitoina y valpróico)
ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS
ANTIPSICOTICOS
BENZODIACEPINAS Y ANÁLOGOS
B-BLOQUEANTES ADRENERGICOS
CITOSTATICOS ORALES
CORTICOSTEROIDES A LARGO PLAZO (> 3 MESES)
DIURETICOS DE ASA
HIPOGLUCEMIANTES ORALES
INMUNOSUPRESORES
INSULINAS
OPIOIDES



MEDICAMENTOS ESPECIFICOS
AMIODARONA/DRONEDARONA
DIGOXINA ORAL
ESPIRONOLACTONA/EPLENERONA
METOTREXATO ORAL (uso no oncológico)



BOLETIN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE.

Nº 1. MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO EN ATENCION PRIMARIA.(MISP-3)

Fecha: ENERO 2015

Edición: 01

SERVICIO: UNIDAD DE CALIDAD. SERVICIO DE FARMACIA DE ATENCION PRIMARIA.

EJEMPLO DE BUENAS PRACTICAS EN SEGURIDAD DEL PACIENTE:

Cambio en isoapariciencia de fármaco genérico.

Cambio de acondicionamiento primario que ha realizado el laboratorio *Kern Pharma* en las distintas presentaciones del fármaco Diazepam (5 mg y 10 mg). Como se puede observar en la fotografía (Compartida en twitter por [@ngsayago](#)) anteriormente ambas dosis tenían el mismo aspecto por lo que era muy difícil su identificación. Con el nuevo formato la dosis de 5 mg pasa a tener un color **naranja** mientras que la dosis de 10 mg pasa a ser de color **azul**.



Bibliografía:

1. Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos. Lista de medicamentos de alto riesgo. ISMP-España, Septiembre 2012.
2. Alós Almiñana M, Bonet Deán M. Análisis retrospectivo de los acontecimientos adversos por medicamentos en pacientes ancianos en un centro de salud de atención primaria. Atención Primaria. 2008 ;40: 75-80.
3. Proyecto MARC. Elaboración de una lista de medicamentos de alto riesgo para los pacientes crónicos. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2014.