MÁS ALLÁ DEL ERROR: REFORZAR BARRERAS PARA MEJORAR LA SEGURIDAD

1 DESCRIPCIÓN DEL INCIDENTE

Durante el **inventario permanente** en Farmacia se detectó una discrepancia entre las existencias reales e informatizadas de fostamatinib 100 mg y 150 mg.



1. **Detección en Farmacia**
   Se identifica una discrepancia en el inventario permanente.
2. **Alerta a la unidad clínica**
   Desde Farmacia se contacta inmediatamente con la unidad.
3. **Comprobación por Enfermería**
   Se confirma que se había enviado la presentación de 150 mg en lugar de los 100 mg prescritos.
4. **Error interceptado**
   El error se detecta **antes de la administración al paciente.**

2 ANÁLISIS DE CAUSAS
(FACTORES CONTRIBUYENTES)

La revisión del incidente y de otros similares identificó **debilidades en la identificación y almacenamiento de** medicamentos con nombres similares (LASA, del inglés *Look-Alike, Sound-Alike*) y de distintas dosis de un mismo principio activo.

- **Almacenamiento contiguo** de ambas presentaciones.
- LASA — **Identificación insuficiente** en algunas presentaciones.
- **Ausencia de un listado específico** de medicamentos de riesgo.
- **Falta de criterios estandarizados** para su diferenciación.
- **Ausencia de un registro sistemático** de incidentes y acciones correctoras.

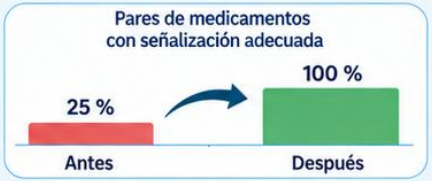
3 APRENDIZAJE
(ACCIONES DE MEJORA Y RESULTADOS OBTENIDOS)

El análisis permitió reconocer tanto las debilidades del sistema como la eficacia de las barreras que evitaron el error. Como respuesta, se puso en marcha una intervención de mejora que incluyó:

- Identificación de **12 pares de medicamentos** susceptibles de confusión.
- Elaboración de un **listado de medicamentos con riesgo** de confusión por similitud de nombres o distintas dosis.
- **Señalización diferenciada** mediante **códigos de color** y letras mayúsculas resaltadas (Tall Man Lettering).
- **Separación física** de las presentaciones.
- **Formación** del personal.
- **Implantación de un sistema de registro y análisis** de incidentes.

RESULTADOS

Tras la intervención, la proporción de pares de medicamentos con **señalización adecuada** aumentó del **25 % al 100 %,** y se consiguió **sistematizar** la documentación de los incidentes, sus causas y las acciones correctoras adoptadas.



Registro sistemático de incidentes implantado

CONCLUSIÓN

Este caso ilustra cómo un incidente interceptado a tiempo puede convertirse en una oportunidad de aprendizaje organizativo, impulsando medidas preventivas que reduzcan el riesgo de errores similares y refuercen la seguridad del paciente durante el proceso de utilización de medicamentos.