

Los contenidos de este boletín de recomendaciones para la prevención de errores de medicación corresponden a comunicaciones enviadas por profesionales sanitarios al Programa Nacional de Notificación de Errores de Medicación que mantiene el ISMP-España en colaboración con la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Consideramos que la difusión de esta información puede ser de gran utilidad para prevenir que otros errores de medicación del mismo tipo vuelvan a producirse.

1. Errores por etiquetado o envasado de apariencia similar

* **ZANTAC® (ranitidina), ZOFRÁN® 8 mg y ZOFRÁN® 4 mg (ondansetrón) ampollas:**

Problema: El laboratorio GSK ha modificado los blisters en que vienen acondicionadas las ampollas de estas especialidades, de manera que en el momento actual todos tienen la misma forma, tamaño y color. Además, el nombre de la especialidad se encuentra impreso en una lámina metalizada idéntica y con el mismo color, tipo y tamaño de letra. La similitud en la apariencia de estas especialidades ha dado lugar a errores en la dispensación. En uno de ellos, en las gavetas del Servicio de Farmacia del Hospital, se colocaron mezcladas ampollas de Zantac y Zofrán 8 mg y fueron dispensadas y administradas confundidas a varios pacientes.



NUEVO: Los textos de los blisters de los envases clínicos y las etiquetas de las ampollas de estas especialidades han sido modificados para evitar confusiones. Los textos aparecerán en color morado en el caso de Zofrán® 4 mg, en verde en el caso de Zofrán® 8 mg y en negro en el caso de Zantac®.

* **RIFALDÍN® (rifampicina), RIFINAH® (isoniazida/rifampicina) y RIFATER® (isoniazida/rifampicina/pirazinamida):**

Problema: Los blisters de los envases clínicos de estas tres especialidades son de un material metalizado muy brillante y están serigrafiados en colores malva, naranja y granate con muy poco contraste, lo que hace difícil su lectura y resulta fácil confundirlos a simple vista. El error se ve favorecido por la similitud ortográfica en los nombres de estos medicamentos.



* **PULMICORT TURBUHALER® (budesonida) 200 y 400 mcg /dosis:**

Problema: El cartonaje de estas especialidades ha cambiado recientemente y en la actualidad tienen el mismo tamaño, forma, diseño y color. Esto puede dar lugar a errores en la dispensación y administración a los pacientes.



RECOMENDACIONES:

- Alertar a los profesionales sanitarios que manejan estos fármacos de la posibilidad de confusión entre ellos debido a su aspecto similar.
- Al seleccionar las especialidades para incluir en la Guía Farmacoterapéutica del Hospital debe tenerse en cuenta la seguridad en el envasado y etiquetado, evitando la adquisición de especialidades de apariencia similar en aquellos casos en que sea posible.
- Incorporar alertas en los lugares de almacenamiento advirtiendo a los profesionales sanitarios de la posibilidad de confusión.

2. Errores por etiquetado inapropiado*** OGLOS 0,01® (morfina clorhidrato):**

Problema: Se ha notificado un nuevo error de dosificación con las ampollas de Oglos 0,01 ocasionado porque el etiquetado no especifica la dosis de morfina que contienen. En esta ocasión, a un paciente que debía recibir 4 mg como dosis de choque le fueron administradas 4 ampollas de Oglos 0,01, es decir 40 mg. El error fue detectado en Farmacia cuando la enfermera solicitó más ampollas para continuar con el tratamiento y explicó que se había agotado el stock.

Recomendación: Después de varios meses de gestiones de la Agencia Española del Medicamento y el ISMP, el laboratorio Grünenthal va a modificar el nombre de esta especialidad, que pasará a llamarse Oglos 10 mg/mL y adecuará su material de acondicionamiento a esta nueva denominación. Hasta que este cambio se haga efectivo, se recomienda alertar al personal de enfermería de la posibilidad de errores de sobredosificación debido al serigrafiado actual, así como incorporar etiquetas adicionales en las que se indique la dosis total contenida en cada ampolla.

3. Errores por similitud ortográfica o fonética en los nombres de los medicamentos*** ALAPRYL® (halazepam) y AMARYL® (glimepirida):**

Problema: Se ha notificado un error de medicación al dispensarse por error en una farmacia un envase de Alapryl® en lugar de Amaryl®. La paciente no se dio cuenta del error y tomó el medicamento equivocado durante varios días, lo que le produjo una descompensación de su diabetes que su médico, ajeno a la confusión producida, no era capaz de controlar. El error fue detectado posteriormente por el médico de cabecera al entrevistar al paciente y comentarle éste que las "pastillas" que tomaba habían cambiado últimamente de aspecto.

*** DALACÍN® (clindamicina) y DACORTÍN® (prednisona):**

Problema: Debido a la mala calidad de la copia de la orden de tratamiento, a la caligrafía confusa y a la similitud ortográfica de los nombres, una prescripción de Dacortín® 30 mg fue transcrita como Dalacín® 300 mg.

*** TROPHIRES® (folcodina) y TROFOREX® (carnitina / ciproheptadina / hidroxicoBALAMINA...):**

Problema: En una farmacia se recibió una receta en la que se encontraba prescrito "Trophorex". La auxiliar, al no encontrar ninguna especialidad con ese nombre, dispensó Trophires, ya que la paciente tenía prescrito también un antibiótico y le parecía posible que recibiera además un antitusígeno. Al llegar a casa, la paciente se dio cuenta del error al leer las indicaciones del prospecto y ver que no se trataba del estimulante del apetito que el médico le había indicado que tomara.



RECOMENDACIONES:

- Prestar especial atención a las prescripciones de estos pares de medicamentos para evitar confusiones entre ellos.
- Concienciar a los prescriptores de la importancia de una correcta caligrafía, así como de precisar la indicación para la que se prescribe el medicamento.

- Corroborar con el prescriptor cualquier duda acerca de la identidad del medicamento prescrito.
- Implantar sistemas de prescripción electrónica.

Vuestras notificaciones nos ayudan a elaborar estrategias para la prevención de nuevos errores de medicación

Desde aquí, agradecemos la colaboración de todos los profesionales que participan en el Programa Nacional de Notificación de Errores de Medicación. Para notificar errores de medicación o colaborar con en cualquier aspecto que ayude a evitarlos, puede contactarse con el Instituto para el Uso Seguro de los medicamentos (ISMP-España) en la dirección abajo señalada. Todas las notificaciones se tratarán de forma confidencial.

