

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 parecido o inapropiado

*** ZANTAC® 300 mg (ranitidina) y ZINNAT® 500 mg (cefuroxima-axetilo):**

Problema: Los comprimidos de los envases clínicos de Zantac® 300 mg (ranitidina) y Zinnat® 500 mg (cefuroxima-axetilo) están acondicionados en blister de aluminio con la letra en color rojizo muy similar, lo que puede dar lugar a errores en la dispensación o en la administración a los pacientes. A este hecho hay que añadir que ambas especialidades se suelen almacenar en lugares próximos, si se sigue un orden alfabético. Se han comunicado dos errores de dispensación ocurridos al preparar los carros de dosis unitarias. Afortunadamente ninguno de los dos llegó hasta el paciente.



Recomendación: Sería conveniente que el laboratorio fabricante modificara el acondicionamiento primario de estas especialidades, para poder distinguirlas con facilidad. Mientras tanto se recomienda adquirir cada principio activo a un proveedor diferente para evitar que coexistan las dos especialidades.

*** Acondicionamiento primario de los envases clínicos de las especialidades genéricas de laboratorios Normon:**

Problema: Los blister de los envases clínicos de Alprazolam 0,25 mg, Atenolol 50 mg, Captopril 25 mg, Metamizol 575 mg, y Fluoxetina 20 mg son prácticamente iguales. Todos ellos tienen el mismo formato y presentan el mismo tipo y tamaño de letra, en colores verdes sobre fondo blanco, lo que puede hacer difícil distinguirlos. Las posibilidades de confusión son mayores incluso entre Alprazolam 0,25 mg, Atenolol 50 mg y Captopril 25 mg, debido a que en este caso las especialidades están formuladas como comprimidos de color blanco y resultan muy similares ambas caras del blister. En las recomendaciones de Febrero de 2.001 ya advertimos de la posible confusión entre Atenolol 50 mg y Captopril 25 mg.



El mismo problema se plantea con los blister de los envases clínicos de Atenolol 100 mg y Ciprofloxacino 750 mg, los cuales presentan el etiquetado en color rojo.



Recomendación: Sería conveniente analizar y modificar el acondicionamiento primario de estas especialidades para prevenir situaciones que induzcan a error. Hasta que el laboratorio fabricante realice los cambios pertinentes, se recomienda



seleccionar las especialidades genéricas considerando la seguridad de su presentación. En caso necesario, adquirirlos a distintos proveedores.

NUEVO El laboratorio Normon va a modificar el diseño de los blisters aumentando el tamaño de letra e incorporando nuevas combinaciones de colores en el texto y fondo del alumbrado, de forma que sea más fácil la diferenciación de las distintas especialidades.

*** FERROPROTINA® 100 mg ampollas bebibles (ferritina):**

Problema: Se ha notificado que cuando se abren las ampollas de la especialidad Ferroprotina 100 mg ampollas bebibles®, éstas pueden desprender minúsculos trozos de cristal que los pacientes podrían tragarse accidentalmente. Este hecho adquiere mayor importancia si se tiene en cuenta que se trata de un medicamento empleado para tratamientos a largo plazo, especialmente en pacientes pediátricos.

Recomendación: El laboratorio fabricante debería estudiar el empleo de materiales alternativos más seguros para envasar este preparado que eviten este problema potencial sin alterar sus propiedades. Mientras tanto, se aconseja recurrir a otra especialidad farmacéutica.

2. Errores por similitud ortográfica o fonética en los nombres de los medicamentos

*** ECAZIDE® (captopril/hidroclorotiazida) y ESKAZINE® (trifluoperazina):**

Problema: Debido a la similitud de los nombres de estos dos medicamentos, a una mujer diagnosticada de hipertensión arterial a la que se le prescribió

Ecazide®, le fue dispensado por equivocación en una oficina de farmacia un envase de Eskazine®. Como consecuencia de la administración errónea, la paciente sufrió temblores y pérdida del conocimiento y tuvo que ser ingresada 48h hasta su recuperación.

Recomendación: Alertar a los profesionales sanitarios que manejan estos fármacos de la probabilidad de que se confundan ambos nombres. Corroborar con el paciente o el prescriptor cualquier duda acerca de la identidad del medicamento.

3. Errores en la interpretación de las prescripciones médicas

*** Confusión por la equivalencia entre unidades y miligramos de la especialidad METALYSE® (tenecteplasa):**

Problema: Nos han comunicado varios errores debidos a la prescripción en miligramos de la especialidad Metalyse® (tenecteplasa), ya que la información anglosajona de este producto indica la dosificación en miligramos. Sin embargo, en España, tanto en el cartonaje como en el prospecto de esta especialidad, la dosis viene expresada sólo en unidades y en ninguno de ellos aparece la equivalencia entre unidades y miligramos.

Recomendación: Se recomienda advertir a los profesionales sanitarios que prescriban esta especialidad siempre en unidades para evitar este tipo de errores. Sería también conveniente modificar el cartonaje, el etiquetado y el prospecto de la especialidad farmacéutica, de modo que aparezca la equivalencia entre unidades y miligramos.

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.

