

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

* VINCRISTINA PHARMACIA EFG®:

Problema: Esta especialidad muestra en el embalaje externo y en el etiquetado de los viales de forma muy visible la concentración (1 mg/mL) y sólo con letra más pequeña la dosis total (1 mg, 2 mg ó 5 mg, según presentaciones). Se ha notificado un error en la preparación de una solución de vincristina, para la que se dispusieron más viales de los necesarios al interpretarse que cada vial contenía 1 mg en lugar de 2 mg, es decir, por confundir la concentración con la dosis total del vial. La medicación no llegó a prepararse porque el farmacéutico revisó los envases antes de su dilución.

Recomendación: Alertar a las personas implicadas en la preparación de citostáticos del posible error de dosificación que se puede producir debido a este etiquetado confuso. Es necesario un doble chequeo de los componentes antes de la preparación de las mezclas intravenosas para evitar que este tipo de errores lleguen hasta el paciente.



Problema: Las ampollas de Cloruro Mórfico 1% Braun® no indican la total de las mismas, sino solamente su concentración en porcentaje. Se ha producido un error grave de dosificación al interpretar una enfermera que cada ampolla contenía 1 mg en lugar de 10 mg, por lo que el paciente recibió 300 mg en lugar de 30 mg que tenía prescritos.

Recomendación: Alertar de este posible error de cálculo a los profesionales que manejan este fármaco. Incorporar etiquetas adicionales en las que se indique la dosis total contenida en cada ampolla.

* DROAL® (ketorolac), TORIOL® (ranitidina) y YATROX®(ondansetrón):

Problema: Las ampollas de Droal®, Toriol®, Yatrox® 4 mg y Yatrox® 8 mg, todas ellas del laboratorio Vita, son fáciles de confundir debido a que vienen acondicionadas en blister del mismo color blanco opaco, cerrados con papel de aluminio y con la información escrita con el mismo tipo, tamaño y color de letra .

Recomendación: Incorporar etiquetas adicionales que permitan la diferenciación de estas especialidades. Adquirir cada principio activo a un proveedor diferente para evitar que coexistan estas especialidades en los hospitales.

* CLORURO MÓRFICO 1% BRAUN®:



NUEVO El laboratorio Vita ha estudiado y aprobado el cambio del material de acondicionamiento para prevenir confusiones. De ahora en adelante, el aluminio de cobertura de los blisters de Droal® será de color **azul celeste**, el de Toriol® de color **amarillo paja**, el de Yatrox® 4 mg de color **verde musgo** y el de Yatrox® 8 mg de color **verde esmeralda**.

* **CLEXANE® (enoxaparina), DECIPAR® (enoxaparina) e HIBOR® (bemiparina):**

Problema: Los émbolos de las jeringas de Hibor® 2.500 UI/ 0,2 mL, Clexane® 4.000 UI/ 0,4 mL y Decipar® 4.000 UI/ 0,4 mL son todos ellos de color amarillo. Esto puede dar lugar a confusiones con repercusiones clínicas si se administra por error bemiparina en vez de enoxaparina, ya que las dosis de estas presentaciones no son equivalentes.

Recomendación: Sería recomendable que los fabricantes de heparinas de bajo peso molecular se coordinaran en el código de color para los émbolos de las jeringas. Hasta que eso ocurra, restringir el número de heparinas de bajo peso molecular de la guía farmacoterapéutica del hospital para evitar confusiones entre ellas.

NUEVO Laboratorios Rovi ha tomado la decisión de cambiar el color del vástago de la jeringa de la especialidad Hibor® 2.500 UI de color amarillo a color natural, con el fin de evitar confusiones con las jeringas de Clexane® 4.000 UI y Decipar® 4.000 UI.



* **DOBUTAMINA ABBOTT EFG® y PANTOMICINA® (eritromicina):**

Problema: En un hospital se dispensó Dobutamina Abbott EFG® 250 mg IV en lugar de Pantomicina® 1 g IV, debido a la similitud de los envases en diseño, tamaño y tipo de letra. El error se produjo como consecuencia de que previamente se habían almacenado varios envases de Dobutamina Abbott EFG® en el lugar de la Pantomicina®. La confusión fue detectada por la enfermera al recibir el medicamento en la unidad médica.

Recomendación: El hecho de que la imagen de marca prime sobre el resto de las características del envase es la causa de esta similitud tan acusada. Utilizar otro proveedor de dobutamina inyectable para evitar que coexistan ambas especialidades.



NUEVO Abbott Laboratorios ha analizado esta notificación y ha modificado el cartonaje de la Dobutamina Abbott EFG de manera que ahora es de **color verde** para facilitar la diferenciación de ambas especialidades.

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

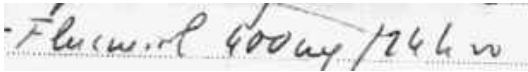
* **MONUROL® (fosfomicina) y MOVICOL® (laxante osmótico):**

Problema: Se ha producido un error al transcribir un tratamiento en el que estaba pautado Movicol® sobres por Monurol® sobres. Al error contribuyeron la mayor familiaridad del farmacéutico con la especialidad de Monurol®, ya que ésta figuraba en la guía farmacoterapéutica del hospital mientras que Movicol® no, la similitud ortográfica de ambos nombres y la mala legibilidad de la prescripción. Cuando se avisó de la confusión a la enfermera responsable del enfermo, ya se le habían administrado dos dosis.

Recomendación: Prestar especial atención a las prescripciones de estos dos fármacos para evitar confusiones entre ellos.

*** FLUCONAZOL y FLUIMUCIL® (acetilcisteína):**

Problema: Debido a la mala legibilidad se transcribió como Fluimucil® una prescripción de fluconazol. El error fue descubierto por la enfermera de planta antes de administrar la medicación al paciente.



Recomendación: Informar a los prescriptores de la importancia de una escritura legible en la prescripción. Corroborar la prescripción con el médico siempre que exista alguna duda sobre la misma.

*** DAFLÓN® (diosmina) y DEFLOX® (terazosina):**

Problema: Debido a la escasa legibilidad de un tratamiento médico, se transcribió una prescripción de Deflox® comprimidos como Daflón® comprimidos. El error fue detectado por la enfermera de planta, antes de su administración al enfermo. Al error contribuyó el hecho de que el farmacéutico fuera nuevo en el Servicio y no estuviera familiarizado con la guía farmacoterapéutica del hospital, donde figuraba Deflox®.

Recomendación: Alertar a los profesionales sanitarios de la posibilidad de confusión por la similitud en los nombres de estas dos especialidades. Si es posible, evitar que coexistan ambas especialidades en los hospitales.

3. Errores en la interpretación de las prescripciones médicas

*** MEBONAT® (clodronato) 300 mg vo / 5 días:**

Problema: En un paciente con hipercalcemia se encontró pautado clodronato 300 mg cada 5 días en lugar de la pauta correcta que es de 300 mg durante 5 días. El farmacéutico que detectó el error se puso en contacto con el prescriptor, quien modificó la prescripción.

Recomendación: Es necesaria la revisión farmacéutica sistemática de todos los tratamientos, para evitar que los posibles errores de prescripción tengan consecuencias sobre los pacientes. Consultar con los prescriptores cualquier ambigüedad en los tratamientos.

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.

