

Los contenidos de este boletín de recomendaciones se elaboran a partir de las 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 que los profesionales sanitarios conozcan los incidentes que han ocurrido en otros centros y tomen medidas para prevenir que el mismo tipo de incidentes vuelvan a producirse.

## 1. Errores por etiquetado inapropiado o incompleto

### \* VENOFUSÍN® 8,4% (Bicarbonato sódico):

**Problema:** En el etiquetado de los frascos de la especialidad Venofusín® 250 mL, el contenido en bicarbonato sódico únicamente se expresa como porcentaje (8,4%) y no se indica la molaridad (Bicarbonato sódico 1M), que es la forma habitual de prescribir este producto. Se ha comunicado al ISMP-España un incidente que se produjo al administrar por error esta especialidad en lugar de **Bicarbonato sódico 1/6 M 500 mL** que se había prescrito a un paciente. La enfermera de la unidad retiró del stock de planta Venofusín® 8,4%, pensando por equivocación que equivalía al Bicarbonato sódico 1/6 M, y le administró al paciente 2 frascos de 250 mL de Venofusín.

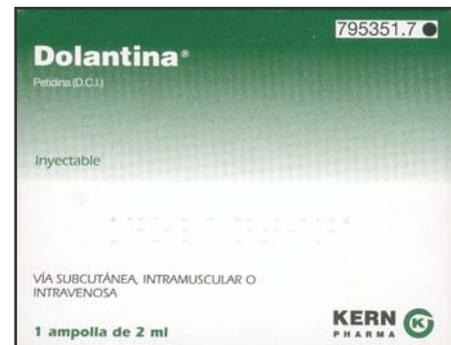


**Recomendaciones:** Se recomienda extremar las precauciones con el manejo de este producto e incorporar etiquetas adicionales que especifiquen que se trata de Bicarbonato sódico 1M, con el fin de diferenciarlo fácilmente del Bicarbonato 1/6 M. También se recomienda evitar el almacenamiento de esta especialidad en las unidades de hospitalización.

## 2. Errores por etiquetado o envasado similar

### \* FENTANEST® (Fentanilo) y DOLANTINA® (Petidina):

**Problema:** Se han recibido en el ISMP-España varias notificaciones de errores de almacenamiento y de dispensación que se han producido por la similitud en el embalaje externo de las especialidades **Fentanest®** y **Dolantina®**. El laboratorio Kern Pharma ha aumentado recientemente el tamaño del envase de la especialidad Dolantina®, elemento que constituía la principal característica que permitía diferenciarlo del envase de Fentanest®. Ahora es fácil confundir una especialidad con otra, máxime cuando ambas se almacenan en lugares contiguos, al tratarse de especialidades con estupefacientes.



**Recomendaciones:** El ISMP-España ha comunicado a la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios este problema, recomendando que el laboratorio fabricante modifique, por lo menos, el tamaño del cartón de una de estas especialidades, ya que incluso el tamaño del envase de Dolantina® resulta inusualmente grande para contener sólo 1 ampolla de esta especialidad. Mientras tanto, se recomienda incorporar una etiqueta de color llamativo en dos de las caras del envase de Dolantina®, con el fin de facilitar su diferenciación.

#### \* Colirio de ciclosporina:

**Problema:** La apariencia similar en el envasado y etiquetado de fórmulas magistrales elaboradas en las farmacias o adquiridas a otros proveedores puede dar lugar a errores de dispensación y administración. Se ha notificado al ISMP-España un incidente que ocurrió en un Servicio de Farmacia, motivado principalmente por la similitud en el acondicionamiento de dos fórmulas magistrales. Un paciente trasplantado de córnea acudió al Servicio de Farmacia a recoger un colirio de ciclosporina. Este colirio de ciclosporina se adquiría como fórmula magistral y se encontraba acondicionado en viales con una presentación idéntica a otros preparados elaborados por el mismo proveedor. Por una reestructuración del Servicio, se habían almacenado juntos temporalmente todos los preparados de este proveedor y se encontraban mezclados los colirios de ciclosporina con viales de glicerina fenicada al 10%. Ese día acudieron un gran número de pacientes a recoger medicación y se trabajaba con gran presión. Se dispensó, por error, un vial de glicerina fenicada en lugar del colirio de ciclosporina. El paciente no se dio cuenta del error, no leyó la etiqueta y se administró la glicerina fenicada. Al instante sintió una gran irritación, comprobó la etiqueta y descubrió el error. Entonces llamó al Servicio de Farmacia donde se le aconsejó que acudiera inmediatamente al hospital y allí se le diagnosticó de una queratitis.

**Recomendaciones:** Se debe prestar una especial atención al etiquetado y envasado de todas las preparaciones que se elaboren o se adquieran como fórmulas magistrales.

Es conveniente cuidar muy especialmente tanto su etiquetado como su almacenamiento, mejorando el diseño del etiquetado, con el fin de facilitar su diferenciación, y alertando a los profesionales que las manejan para evitar errores de almacenamiento, dispensación y administración.

### 3. Errores por utilización de abreviaturas

#### \*¿Qué se entiende por CSF-D? :

**Problema:** La utilización de abreviaturas y acrónimos en la prescripción médica es una causa conocida de errores de medicación. En un Servicio de Farmacia de un hospital se recibió una prescripción solicitando "CSF-D". El farmacéutico al transcribir la orden médica interpretó que se trataba de **filgrastim** y desde el Servicio de Farmacia se dispuso este medicamento. Sin embargo, sorprendentemente el medicamento prescrito bajo esas siglas era "**Calcium Sandoz Forte D**". Afortunadamente la enfermera de la unidad descubrió el error y no llegó a administrar al paciente el filgrastim.

**Recomendaciones:** El uso de abreviaturas y símbolos para indicar los nombres de los medicamentos y las expresiones de dosis es una práctica generalizada entre los profesionales sanitarios que ha dado lugar a numerosos incidentes. El ISMP y otras organizaciones consideran que una de las medidas más básicas de mejora de la seguridad, cuya aplicación está al alcance de todas las instituciones, es establecer unas normas y procedimientos explícitos para evitar el uso generalizado de abreviaturas, así como elaborar y mantener una lista de las abreviaturas y símbolos que no pueden nunca ser utilizados en el centro. Es importante que se evite la utilización de abreviaturas no estandarizadas tanto en la prescripción médica, como en cualquier otro documento que se maneje en el centro: protocolos, guía farmacoterapéutica, hojas de tratamiento pre-impresas, hojas de administración de enfermería, etc.

En la página web del ISMP-España se puede consultar un listado de abreviaturas, símbolos y expresiones de dosis que han causado errores de medicación.

