

Recomendaciones para la prevención de errores de medicación

ISMP-España

Boletín nº 20 (Febrero 2005)

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 inapropiado

* LOITÍN® INYECTABLE (fluconazol):

Problema: Las especialidades Loitín® 100 mg/ 50 mL y Loitín® 200 mg/100 mL, que vienen acondicionadas en bolsas viaflex, tienen un etiquetado que puede dar lugar a errores de dosificación. Como se puede apreciar en la foto, el volumen está indicado en dos posiciones en letra grande y destacada, mientras que la dosis de fluconazol aparece en letra más pequeña. Esto puede llevar a confundir el volumen de la solución con la cantidad de principio activo y, como consecuencia, puede dispensarse o administrarse Loitín® 100 mL en lugar de Loitín® 100 mg.



Recomendaciones: Se recomienda adquirir este medicamento a otro proveedor en una presentación que tenga un etiquetado más seguro. Si esto no fuera posible, se aconseja alertar a los profesionales sanitarios que utilizan esta especialidad de la posibilidad de error e incorporar etiquetas adicionales que indiquen la cantidad de fluconazol en cada bolsa.

NOTA importante: El laboratorio fabricante ha indicado al ISMP-España que va a modificar el etiquetado de esta especialidad.

* SIMDAX® (levosimendán):

Problema: En el boletín anterior se advertía de los errores de dosificación graves que se pueden producir con este medicamento, debido a que tanto en el acondicionamiento primario como en el cartonaje de Simdax® se expresa el contenido en levosimendán como concentración de principio activo por mL (2,5 mg/mL), en lugar de indicar el contenido total de medicamento por volumen total (12,5 mg/5 mL). Esto ha llevado a interpretar que el contenido total del envase es de 2,5 mg, en lugar de 12,5 mg, y a administrar una dosis cinco veces mayor a la prescrita.



En esta ocasión nos han comunicado un error en el almacenamiento de este medicamento, debido a que el etiquetado de Simdax® está en dos idiomas: español y portugués. En el cartonaje la información de las condiciones de conservación aparece primero en portugués e indica: "Conservar entre 2° C- 8° C (no frigorífico)" y en portugués "no frigorífico" quiere decir "en el frigorífico". En una UCI de un hospital mantuvieron el medicamento fuera del frigorífico, al confundirse por la expresión en portugués. Afortunadamente al ir a utilizarlo surgió la duda y preguntaron a Farmacia, donde se aconsejó desechar la medicación.



Recomendaciones: Se recomienda alertar a los profesionales sanitarios que utilizan esta especialidad de la posibilidad de error. También se aconseja incluir etiquetas adicionales que indiquen la cantidad total de producto por volumen total y que avisen de la necesidad de mantener este medicamento en frigorífico, o bien tachar la expresión de conservación en portugués. Una medida adicional sería la colocación de alertas en los lugares de almacenamiento que adviertan de estos problemas al personal sanitario encargado de la preparación y dispensación, para que extremen las precauciones.

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

* ENTOCORD® (budesonida) Y EMCONCOR® bisoprolol):

Problema: Debido a la similitud en el nombre de las especialidades Entocord® cápsulas (budesonida) y Emconcor® comprimidos (bisoprolol) se produjo un error de dispensación por confusión entre ambas. Un auxiliar de farmacia de un hospital colocó Emconcor® en el carro de unidosis, en lugar de Entocord®, aunque la transcripción había sido correcta y la hoja de llenado de carros indicaba Entocord®. El error no fue descubierto al revisar el carro de medicación, ni al administrar el medicamento en la unidad. El paciente se sintió mal al recibir el beta-bloqueante y fue una enfermera la que finalmente se dio cuenta de la confusión. Al error de dispensación contribuyó el hecho de que el Entocord® se utiliza en limitadas ocasiones, mientras que es muy frecuente utilizar el Emconcor®.

Recomendación: Entre las medidas que se aconseja implantar para evitar errores entre las especialidades que presentan un riesgo elevado de confusión por similitud en los nombres están:

- Colocar notas de alerta en los cajetines o lugares de almacenamiento que adviertan de la posibilidad de error en la dispensación.
- Incorporar alertas en el programa de gestión de la farmacia que avisen para prestar especial atención.
- Concienciar a los prescriptores de la importancia de la correcta legibilidad de los tratamientos y de que indiquen el motivo del tratamiento. Una medida general para evitar errores por similitud de nombres es especificar siempre en la receta los dos nombres (genérico y comercial) de los medicamentos, puesto que es difícil que ambos sean similares.
- En oficinas de farmacia, conviene también confirmar con el paciente la indicación para la que se le ha prescrito el medicamento e informarle para que tome parte activa en el control de su tratamiento.

Nota: Es importante conocer los pares de nombres de medicamentos que pueden dar lugar a confusiones para advertir a los profesionales sanitarios. El Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos (COF) junto con el ISMP-España desarrolló una campaña dirigida a la detección y notificación de errores de medicación ocasionados por la similitud de los nombres de los medicamentos. Los resultados obtenidos y las estrategias de prevención propuestas para evitar en lo posible este tipo de problema pueden consultarse en esta página web o en la página web del Consejo General de COF (<http://www.portalfarma.com>).

En el momento actual, cualquier error de medicación que ocurra por esta causa y que interese ser comunicado, para difundir y mantener actualizada la base de datos con los pares de nombres de medicamentos que se prestan a confusión, puede notificarse a través de la página web del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos (<http://www.portalfarma.com>) o al programa del ISMP-España (<http://www.usal.es/ismp>)