

Recomendaciones para la prevención de errores de medicación

ISMP-España

Boletín nº 18 (Julio 2004)

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

* ELGADIL® (urapidil) y EUFILINA® (teofilina)

Problema: El acondicionamiento primario de las ampollas de estas dos especialidades de laboratorios Altana Pharma mantiene una "imagen de marca" característica, siendo muy similar en cuanto a tamaño, diseño y color, de manera que estas especialidades únicamente se distinguen por el nombre. Esta similitud fue la causa de un error comunicado al ISMP-España, al producirse una confusión entre estas especialidades en el llenado de los carros de dosis unitarias. Un auxiliar de farmacia interceptó el error al verificar la carga del carro.



* DIAZEPAM PRODES EFG® 2,5 mg y 25 mg

Problema: El riesgo de que se produzcan errores de medicación motivados por la similitud en el envasado puede ser aún mayor cuando se trata de diferentes presentaciones de un mismo principio activo. Así sucede con el cartonaje de estas dos especialidades que ha motivado errores de dispensación en oficinas de farmacia. Se han comunicado dos errores de este tipo. En un caso se dispensó diazepam 2,5 mg por diazepam 25 mg, es decir una dosis menor de la

prescrita, mientras que en el otro se dispensó diazepam 25 mg en lugar de diazepam 2,5 mg, dosis diez veces superior a la prescrita.

*ACETILCISTEÍNA FARMASIERRA EFG® 200 mg y 600mg.

Problema: Un problema análogo al anterior ocurre con la similitud del etiquetado de las dos presentaciones (200 mg y 600 mg) de la especialidad Acetilcisteína Farmasierra EFG®. Ambas especialidades presentan el mismo acondicionamiento, con idénticos colores y diseño del texto impreso, tanto en los sobres monodosis como en el cartonaje, por lo que es fácil que puedan producirse confusiones en la dispensación de las mismas.



Recomendaciones:

La similitud en el envasado y etiquetado es una causa frecuente de errores de medicación. Este problema deriva en gran medida de que la mayoría de los laboratorios diseñan el envasado y etiquetado de sus especialidades de forma que tengan una "imagen de marca" que permita identificar fácilmente los productos del laboratorio, en lugar de considerar la seguridad de su uso.

Para evitar los posibles errores en la dispensación y administración con especialidades de aspecto similar

se recomienda, en caso de que sea posible, adquirir a otro laboratorio una de las especialidades que pueden generar confusión, incorporar etiquetas adicionales en los acondicionamientos primarios que ayuden a diferenciar unas especialidades de otras o incluir alertas en los lugares de almacenamiento que adviertan al personal sanitario encargado de la dispensación y administración de que extremen las precauciones.

En las oficinas de farmacia, se debería revisar con los pacientes la medicación dispensada para prevenir posibles errores. Asimismo, sería conveniente incorporar alertas en los lugares de almacenamiento para advertir de la posibilidad de confusión entre estas especialidades.

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

*** SUTRIL® (torasemida) y SUTIF® (terazosina)**

Se ha comunicado al ISMP-España un error ocurrido en una oficina de farmacia por confusión entre los nombres de estos medicamentos, que afortunadamente se detectó en la propia oficina de farmacia antes de que el paciente tomara la medicación. El error se vio favorecido en este caso porque ambos medicamentos tienen la misma dosis, además de presentar una gran similitud ortográfica y fonética entre sus nombres.

*** MONUROL® (fosfomicina) y MAGNUROL® (terazosina)**

Otro error comunicado por similitud en los nombres de los medicamentos sucedió al ingresar en un hospital un paciente que estaba en tratamiento domiciliario con **Magnurol® (terazosina)**. El médico de guardia transcribió dicho medicamento al prescribirlo como **Monurol® (fosfomicina)**. El error fue interceptado por el farmacéutico al no existir presentación de Monurol de 5 mg.

*** SUMIAL® (propranolol) y LUMINAL® (fenobarbital)**

Un error de transcripción comunicado al ISMP-España ocurrió en el Servicio de Farmacia de un hospital donde se transcribió como **Luminal® (fenobarbital)** una orden de tratamiento en la que se encontraba prescrito **Sumial® (propranolol)**. En este caso el error fue detectado posteriormente en la unidad médica.

Recomendaciones:

- A la hora de seleccionar las nuevas especialidades para incluir en las guías farmacoterapéuticas de los hospitales, debe tenerse su posible similitud ortográfica o fonética con respecto a las otras especialidades existentes, evitando en lo posible que coexistan aquellas cuyos nombres pueden ocasionar confusiones.
- Concienciar a los prescriptores de la importancia de la correcta legibilidad de los tratamientos y de que se indique el motivo del mismo. La prescripción electrónica resulta de gran ayuda para evitar confusiones en el proceso de transcripción. Disponer de la historia informatizada del paciente en la que se indiquen las principales patologías y tratamientos anteriores puede ser de utilidad.
- Corroborar con el médico la prescripción siempre que existan dudas acerca de los medicamentos prescritos.
- Revisar los tratamientos con los pacientes, comprobando que el paciente conoce bien los nombres de los medicamentos que toma, la indicación, la dosis y la duración del 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** puso en marcha una **campaña dirigida a la detección y notificación de errores de medicación ocasionados por la similitud de los nombres de los medicamentos**, cuyo periodo de recogida de notificaciones ya ha finalizado.

En fechas próximas se comunicarán los resultados obtenidos y las estrategias de prevención propuestas para evitar en lo posible este tipo de problemas. Puede obtenerse más información de esta campaña 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 puede notificarse al programa del ISMP-España (<http://www.usal.es/ismp>)

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.

