

Recomendaciones para la prevención de errores de medicación

ISMP-España

Boletín nº 17 (Marzo 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 asociados al uso de metotrexato oral

Problema: Se han recibido tres nuevas notificaciones sobre errores asociados a la utilización de metotrexato oral en pacientes hospitalizados. En todos los casos, la causa radicó en la falta de conocimiento del régimen de dosificación semanal de metotrexato por profesionales que no manejan este medicamento. Dos de ellos ocurrieron al prescribirse al ingreso de pacientes con artritis reumatoide "**metotrexate 7,5 mg vo/24h**" y "**metotrexato 2,5 mg (0-3-0)**", respectivamente, en lugar de la pauta semanal de 7,5 mg. Los farmacéuticos que validaron estas prescripciones detectaron el error. El otro caso sucedió al transcribir la enfermera a la hoja de administración de enfermería una prescripción médica de "**metotrexato 2,5 mg vo/8h, un día a la semana**" como diaria y reclamar al Servicio de Farmacia la medicación para administrar presumiblemente "el segundo día de tratamiento", detectándose entonces el error.

Recomendación: El riesgo de que ocurran acontecimientos adversos graves como consecuencia de la administración diaria en lugar de semanal del metotrexato ya ha sido comunicado por el ISMP-España que ha emitido una alerta al respecto y está trabajando con la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Este mismo problema ha ocurrido en otros países y ha sido recogido en otros programas de prevención de errores de medicación.

En estos tres últimos casos comunicados, afortunadamente los errores fueron detectados e interceptados en Servicios de Farmacia que estaban concienciados de este problema potencial y habían establecido medidas al respecto. Por ello, se

aconseja considerar detenidamente las recomendaciones recogidas en la alerta del ISMP-España y establecer las medidas que se consideren más apropiadas en cada centro para evitar o detectar los posibles errores que se pueden producir con el uso de este fármaco.

2. Errores por etiquetado inapropiado

* CLORURO MÓRFICO 1% BRAUN® (morfina)

Problema: Se ha notificado un nuevo error de sobredosificación, con consecuencias graves, causado por el etiquetado de las ampollas de Cloruro mórfito Braun 1%. En el serigrafiado de estas ampollas la cantidad de principio activo que contienen viene expresada por la concentración de morfina en porcentaje (1%), en lugar de indicar la cantidad de morfina en miligramos. El paciente tenía prescrito 5 mg de morfina y se le administró una dosis de 50 mg, ya que tanto la enfermera como el médico con el que ésta consultó al dudar de los cálculos que había realizado, interpretaron que la dosis de morfina que tenía cada ampolla era de 1 mg, en lugar de 10 mg.

Recomendación: La morfina es uno de los medicamentos considerados de "alto riesgo", con los que hay que extremar al máximo las medidas de prevención, ya que los errores en su utilización pueden conllevar efectos adversos muy graves. El etiquetado de las ampollas de esta especialidad no es seguro, dado que exige efectuar un cálculo para determinar la dosis a administrar. A instancias de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios que colabora con el programa del ISMP-España, Laboratorios Braun va a modificar el etiquetado de esta especialidad. Hasta que este



cambio se haga efectivo, se recomienda alertar al personal de enfermería de la posibilidad de errores de sobredosisificación debido al serigrafiado actual, así como incorporar etiquetas adicionales en las que se indique la dosis total contenida en cada ampolla.



* INYESPRIN oral® (acetilsalicilato de lisina)

Problema: El etiquetado de los sobres de **Inyesprín oral®** e **Inyesprín oral forte®** puede dar lugar a errores de dosificación, al interpretarse equivocadamente la cantidad de principio activo que contienen. El **Inyesprín oral forte®** viene en sobres de dos en dos, pero la composición que se indica es la cantidad por sobre y está indicada correctamente en cada sobre del medicamento (1.800 mg de acetilsalicilato de lisina). Sin embargo, en el **Inyesprín oral®**, que viene presentado también en sobres de dos en dos, la cantidad de principio activo que contiene corresponde al contenido del par de sobres y se indica sólo en uno de los sobres como "composición por sobre doble: 900 mg de acetilsalicilato de lisina" y en el otro se expresa "cada medio sobre contiene 450 mg". Se ha comunicado al ISMP-España un error que se detectó al llamar una enfermera al Servicio de Farmacia porque se le habían enviado dos sobres de **Inyesprín oral®** para el tratamiento de un paciente que tenía prescritos 900 mg de acetilsalicilato de lisina en lugar de uno sólo.

Recomendaciones: Laboratorios Grunental a instancias de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios va a modificar el texto del etiquetado de la especialidad **Inyesprín oral®** de forma que se exprese que cada sobre contiene 450

mg. Mientras tanto se recomienda advertir a los profesionales de este posible error e incluir señales explicativas en los lugares donde se almacene, para evitar errores de dosificación.



3. Errores por etiquetado y envasado de apariencia similar

* MYOLASTÁN® (tetrazepam) y TRANGOREX® (amiodarona)

Problema: Debido a la similitud de los envases de las especialidades **Myolastan®** (tetrazepam) y **Trangorex®** (amiodarona), un paciente ambulatorio al que se le prescribió Trangorex® tomó por equivocación Myolastan® que tenía en el botiquín de su domicilio.

Recomendaciones: Este problema de similitud en el cartonaje de muchas especialidades farmacéuticas es frecuente cuando el diseño está dirigido a mantener una "imagen de marca" que caracterice los productos del laboratorio, en lugar de analizar la seguridad en su uso. El laboratorio Sanofi-Synthelab debería modificar el cartonaje de una de las dos especialidades para que no se confundan tan fácilmente. Se recomienda advertir al personal sanitario mediante alertas en los lugares de almacenamiento, acerca de la posibilidad de confusión entre estas especialidades. Asimismo se recomienda revisar con los pacientes la medicación que toman para evitar cualquier error de medicación.

