

Recomendaciones para la prevención de errores de medicación

ISMP-España

Boletín nº 16 (Noviembre 2003)

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 de apariencia similar

* SANDIMMUN® 50 mg (ciclosporina) y SANDOSTATIN® 0,05 mg (octreótido):

Problema: Las ampollas de Sandimmun® 50 mg / 1 mL y Sandostatín® 0,05 mg / 1 mL son del mismo tamaño, con un etiquetado muy similar en diseño y con dos bandas de colores amarillo y azul en la parte superior. Esto, unido a la similitud de los nombres y a su pequeño tamaño, hace que puedan confundirse. Se han notificado dos errores relacionados con estas dos especialidades. En uno de ellos, se dispensaron varias ampollas de Sandostatín® 0,05 mg en lugar de Sandimmun® y el error fue detectado por la enfermera de la planta que recibió la medicación. En el otro se incorporaron dos ampollas de Sandimmun® a una nutrición parenteral que debía llevar dos ampollas de Sandostatín® 0,05 mg. El error fue detectado por la enfermera encargada de la preparación de nutriciones parenterales al introducir las ampollas en la preparación y observar una viscosidad diferente de la esperada.



Recomendación: Se recomienda incorporar etiquetas adhesivas en los lugares de almacenamiento, para advertir al personal encargado de la dispensación y administración de esta

posibilidad de confusión. Para detectar los posibles errores en las preparaciones de inyectables se aconseja establecer sistemas de doble chequeo en las mismas.

* AKINETON® (biperideno) y MANIDON® (verapamilo):

Problema: Las especialidades de Akinetón® y Manidón® en ampollas tienen un aspecto muy similar y pueden confundirse fácilmente. Ambas se presentan en envases del mismo tamaño, diseño y color. Además, las ampollas también son muy similares, pues tienen el mismo tamaño y en el etiquetado llevan el mismo diseño y colores rojo y negro. El error se ve favorecido por el hecho de que ambas tienen la misma cantidad de principio activo por ampolla (5 mg). Se ha notificado un error de dispensación al colocarse por equivocación varios envases de Manidón® ampollas en la gaveta de Akinetón®.

NUEVO El laboratorio Abbott ha comunicado que próximamente modificará el color de la banda del cartonaje externo de Manidón para que pueda diferenciarse del de Akinetón.



Recomendación: Se recomienda advertir al personal sanitario mediante alertas en los lugares de almacenamiento, acerca de la posibilidad de confusión entre estas dos especialidades.

* PLACIS® (cisplatino):

Problema: Los frascos de las especialidades de Placis® de 50 y 100 mg tienen el mismo tamaño y etiquetado, diferenciándose por el volumen de la solución que contienen. Esto puede llevar a errores graves de dosificación si al preparar las mezclas se toma por equivocación un vial por otro y los cálculos de la dosis se realizan por número de envases.



Recomendación: Considerando que se trata de un medicamento citostático y que un posible error puede tener consecuencias muy graves para los pacientes, sería recomendable adquirir solamente una de las dos presentaciones. Recordar que los cálculos en las preparaciones de este tipo deben hacerse efectuarse en unidades de volumen y no en número de envases; y que son necesarios sistemas de doble chequeo antes de comenzar la preparación.

NUEVO: Los laboratorios Chiesi España han modificado el diseño del material de acondicionamiento de las distintas presentaciones de Placis® de forma que el contenido y la concentración de principio activo se indicarán en color verde en la presentación de Placis® 10 mg, en color amarillo en la presentación de 50 mg y en color rojo en la presentación de 100 mg.

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

* DIGARIL® (fluvastatina) y SEGURIL® (furosemida):

Problema: Una orden de tratamiento en la que se encontraba prescrito Digaril® 40 mg cápsulas fue transcrita como Seguril® 40 mg comprimidos, debido a la similitud ortográfica entre ambos nombres, a que presentan la misma dosis y a la mayor familiaridad del farmacéutico con este último medicamento, ya que Digaril® no figuraba en la Guía Farmacoterapeútica del hospital y Seguril® sí.

* AREMIS® (sertralina) y ARIMIDEX® (anastrozol):

Problema: Debido a la similitud de los nombres de estas dos especialidades, en un Servicio de Farmacia de un hospital se dispensaron en varias ocasiones comprimidos de Arimidex® en lugar de Aremis®.

RECOMENDACIONES:

- Es importante concienciar a los prescriptores de la importancia de la correcta legibilidad de los tratamientos para evitar este tipo de errores y también de la conveniencia de indicar el motivo de la misma. La prescripción electrónica resulta de gran ayuda para evitar confusiones en el proceso de validación y 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.

- Reducir al máximo la comunicación verbal como fuente para la prescripción, con el fin de prevenir errores entre pares de nombres similares fonéticamente. Establecer un procedimiento de verificación para los casos en que no sea posible, de forma que el profesional sanitario que reciba la orden verbal lea o repita la información al prescriptor, para verificar la exactitud de lo que ha oido y registre inmediatamente la prescripción.

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.