

Recomendaciones para la prevención de errores de medicación

ISMP-España

Boletín nº 12 (Diciembre 2002)

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

* FENITOÍNA RUBIÓ® (fenitoína):

Problema: Se han notificado varios errores ocasionados por el nuevo etiquetado de la especialidad Fenitoína Rubió®. Tanto el serigrafiado de las ampollas, como los blister y cartonajes, indican solamente la concentración que contienen por mL (50 mg/mL) en lugar de la dosis total por ampolla (250 mg). En todos los casos las enfermeras han supuesto que la cantidad de fenitoína por ampolla era de 50 mg en lugar de 250 mg, con lo cual se han administrado dosis 5 veces mayores. Algunos de los errores han sido detectados por el Servicio de Farmacia antes de que se administrara la medicación a los pacientes, al reclamar la enfermera más ampollas, pero otros han ocasionado intoxicaciones y acontecimientos adversos graves por sobredosificación. No hay que olvidar el metabolismo no lineal de fenitoína y su perfil de toxicidad.



Recomendación: Es necesario que el laboratorio fabricante modifique el texto en el acondicionamiento primario y en el embalaje externo, indicando la dosis total y el volumen que

contienen las ampollas (250 mg/ 5 mL). Mientras tanto, se recomienda alertar al personal de enfermería de la posibilidad de confusión de dosis en el proceso de preparación y administración del medicamento. Sería conveniente reetiquetar los blister especificando la dosis total que contienen.

NUEVO: Despues de varios meses de gestiones, por fin se encuentran disponibles los nuevos blisters y ampollas de Fenitoína Rubió® en las que consta la cantidad total y el volumen total que contienen, evitando así nuevos errores de dosificación.

* COLIRCUSI GENTAMICINA® 1/2 y 1 (gentamicina):

Problema: La denominación que aparece en el cartonaje de estas especialidades resulta ambigua, ya que el colirio de concentración 0,6% se denomina "Colircusi gentamicina 1" y el de concentración 0,3% "Colircusi gentamicina 1/2". Nos han comunicado un error al interpretarse equivocadamente que la concentración de "Colircusi gentamicina 1" es el 1% y la de "Colircusi gentamicina 1/2" es el 0,5%.

Recomendación: El laboratorio fabricante debería modificar la denominación de estas especialidades para que su nombre no induzca a error. Mientras tanto, se recomienda advertir a los profesionales que manejan estos fármacos de la existencia de este problema y corroborar con el prescriptor cualquier duda acerca de la concentración deseada.

NUEVO: El laboratorio AlconCusí va a modificar la denominación de estas dos especialidades para que se incluya en su nombre claramente la concentración que contienen.

2. Errores por etiquetado o envasado de apariencia similar

* CASPOFUNGÍN MSD® 50 y 70 mg (caspofungina):

Problema: Han sido comunicados dos errores al dispensar y administrar Caspofungín MSD® 70 mg en lugar de Caspofungín MSD® 50 mg, debido a la similitud del cartonaje y etiquetado de las dos especialidades. Ambas presentaciones tienen el mismo tamaño, forma y diseño, y el etiquetado y cartonaje externo sólo se diferencian en la banda estrecha que indica la dosis. El error se ve favorecido por el hecho de que son especialidades nuevas y de uso bastante limitado, por lo que los profesionales sanitarios aún no se encuentran familiarizados con su aspecto.



* FOSFATO MONOSÓDICO 1M Y ACETATO POTÁSICO 1M GRIFOLS®:

Problema: Se ha notificado un error potencial por la similitud en tamaño, diseño y color de las ampollas de Fosfato Monosódico y Acetato Potásico Grifols®. En este caso, las ampollas suelen almacenarse en lugares contiguos, dado que se utilizan en el Servicio de Farmacia para la preparación de mezclas intravenosas, por lo que la posibilidad de confusión es mayor.



* SPORANOX® (itraconazol) e HYDREA® (hidroxicarbamida):

Problema: Se han notificado dos errores al almacenarse y dispensarse erróneamente cápsulas de Hydrea® en lugar de Sporanox®. Los errores se debieron a la gran similitud en el tamaño y la combinación de colores de las cápsulas de ambos medicamentos.



RECOMENDACIONES:

- Alertar a los profesionales sanitarios que manejan estos fármacos de la posibilidad de confusión entre ellos debido a su aspecto similar.
- Colocar etiquetas identificativas en los lugares de almacenamiento, para evitar confusiones en la colocación y dispensación, especialmente en aquellas que se almacenan en lugares próximos.
- Incorporar etiquetas adicionales en una de las especialidades, para favorecer su diferenciación en todos los procesos.

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

* AMERIDE® (amiloride/hidroclorotiazida) y AMARYL® (glimepirida):

Problema: Se ha notificado un error de medicación al prescribirse Ameride® en lugar de Amaryl®. El farmacéutico que validaba las órdenes de tratamiento interceptó el error porque el paciente tenía a la vez otro diurético similar y, además, la dosis propuesta no coincidía con la de las presentaciones de esta especialidad.

* CAPOTÉN® (captopril) y COROPRES® (carvedilol):

Problema: Debido a la similitud de los nombres, a un paciente en tratamiento con Capotén® 25 mg le fue prescrito Coropres® 25 mg. Al error contribuyó el hecho de que sean medicamentos que se usan en el mismo tipo de pacientes y que presentan la misma dosis.

RECOMENDACIONES:

- Prestar especial atención a las prescripciones de estos pares de medicamentos para evitar confusiones entre ellos.
- Concienciar a los prescriptores de la importancia de una correcta caligrafía.
- Corroborar cualquier duda acerca de la identidad del medicamento prescrito.

4. Errores en la interpretación de las prescripciones médicas

*** "Pamidronato 90 mg iv hoy y mañana llevar a radioterapia":**

Problema: Se ha comunicado un error al interpretar incorrectamente la siguiente prescripción: "pamidronato 90 mg iv hoy y mañana llevar a radioterapia". La prescripción realmente se refería a administrar una dosis de pamidronato y llevar al paciente a radioterapia el día siguiente, pero la enfermera interpretó que el pamidronato lo debía

administrar dos días ("hoy y mañana") y después llevar al paciente al servicio de radioterapia. El error fue interceptado en el Servicio de Farmacia cuando la enfermera reclamó la segunda dosis del fármaco.

*** "Micofenolato de mofetilo 1 - 1/2 - 1/2 - 1":**

Problema: Un tratamiento con micofenolato de mofetilo intravenoso fue prescrito de la siguiente manera: "micofenolato de mofetilo 1 - 1/2 - 1/2 - 1". Al transcribirse la orden en el Servicio de Farmacia se interpretó que la pauta era: 1 vial - 1/2 vial - 1/2 vial - 1 vial, cuando en realidad el médico había querido prescribir: 1g - 1/2g - 1/2g - 1 g.

RECOMENDACIONES:

- Concienciar a los prescriptores de la importancia de evitar ambigüedades en las órdenes de tratamiento para que éstas sean interpretadas correctamente por todos los profesionales sanitarios que atienden al paciente.
- Especificar siempre en la prescripción el nombre comercial y/o genérico, la vía de administración, la frecuencia de administración y la dosis en unidades de peso del sistema internacional. Separar claramente en la prescripción el tratamiento farmacológico de cualquier otra actuación o medida destinada al cuidado del paciente.
- Corroborar con el prescriptor cualquier aspecto del tratamiento que pueda ser susceptible de doble interpretación.

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.

