

# Recomendaciones para la prevención de errores de medicación

ISMP-España

Boletín nº 10 (Julio 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 o envasado parecido o inapropiado

### \* APIRETAL® gotas 60 mL (paracetamol):

**Problema:** Nos han comunicado cinco casos de intoxicación por paracetamol en niños lactantes. En cuatro de ellos el error estuvo motivado por la utilización de la presentación de 60 mL de Apiretal® gotas. Esta presentación aunque está registrada como formulación en gotas no dispone de dispositivo de gotero, sino que en su lugar lleva una jeringa que dosifica en mL a diferencia de la presentación de 30 mL.



Los errores de administración se debieron a que el medicamento se prescribió en gotas (referidas a la presentación de 30 mL) pero los pacientes utilizaron la presentación de 60 mL (con la cual no se pueden administrar gotas). Los padres de los niños, por error, interpretaron como fracciones de mL (rayas de la escala de la jeringa) la prescripción que se les había hecho en gotas, por lo que les administraron dosis muy superiores.

**Recomendación:** El ISMP-España ha solicitado al laboratorio fabricante que cambie la denominación y el envasado del Apiretal® 60 mL. Mientras tanto, se recomienda evitar el uso de dicha presentación.

Estar alerta cuando se prescribe y cuando se dispensa Apiretal® gotas, de forma que se utilice siempre la presentación de 30 mL para evitar errores debido al dispositivo. En todos los casos informar a los padres y verificar que han comprendido la dosis correcta que deben administrar.

### \* FLAGYL® 500 mg/ 100 mL solución inyectable (metronidazol):

**Problema:** La bolsa Viaflex® de la especialidad Flagyl® inyectable 500 mg que fabrica Baxter ha sido sustituida por el nuevo tipo de bolsa Vialflo®. Mientras que la presentación anterior en Viaflex® carecía de punto de inyección, lo que permitía diferenciarla de las bolsas de suero y evitar que se pudiera adicionar otros medicamentos, la nueva bolsa Vialflo® de la especialidad Flagyl® 500 mg es la misma que la de los Sueros de Baxter de 100 mL y presenta el punto de adición de medicamentos (ver foto). Esto puede dar lugar a errores de confusión entre dichos productos, así como a que puedan adicionarse otros medicamentos erróneamente en la nueva bolsa de Flagyl®.



**Recomendación:** El ISMP-España ha solicitado al laboratorio fabricante que modifique el acondicionamiento de esta especialidad, eliminando

el punto de adición de medicamentos o incluyendo un dispositivo de clampaje. De esta manera se evitaría tanto la confusión con los sueros de Baxter como la adición de otros productos. El laboratorio fabricante está estudiando en la actualidad con Baxter el cambio a realizar. Mientras tanto, se recomienda adquirir este medicamento a otro proveedor.

**\* HERCEPTÍN® (trastuzumab) y MABTHERA® (rituximab):**

**Problema:** Se han notificado dos nuevos errores relacionados con el almacenamiento de varios envases de Mabthera® en el lugar correspondiente a Herceptín® y viceversa debido a la similitud en tamaño, diseño y color del cartonaje externo de ambas especialidades. Al error contribuye también el hecho de que ambas especialidades se almacenen en frigorífico.

**Recomendación:** Sería conveniente que el laboratorio fabricante modificara el acondicionamiento de estas especialidades, para poder distinguirlas con facilidad. Advertir al personal sanitario que los maneje de la posibilidad de confusión entre ambas.



**\* COZAAR® 50 mg y COZAAR INICIO® 12,5 mg (losartán):**

**Problema:** Los comprimidos de los envases clínicos de Cozaar® 50 mg y Cozaar Inicio® 12,5 mg están acondicionados en blister con un diseño, color y tamaño de letra muy similares, lo que puede dar lugar a errores en la dispensación o en la administración a los pacientes.

**Recomendación:** El laboratorio fabricante debería estudiar el empleo de blister diferentes para envasar estas dos especialidades, mejorando así su seguridad. Se aconseja advertir a los profesionales

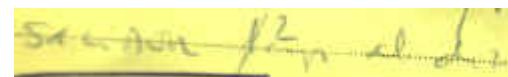
sanitarios que utilizan estos fármacos de esta posibilidad de error.



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

**\* SALIDUR® (furosemida/triamtereno) y SINTROM® (acenocumarol):**

**Problema:** Se ha notificado un error debido a la transcripción del tratamiento preoperatorio de un paciente con Salidur® como Sintrom®. Al error contribuyó la mala legibilidad de la prescripción médica y que se validara el tratamiento en un momento de gran carga de trabajo en el Servicio de Farmacia. Afortunadamente la enfermera responsable del paciente se dio cuenta del error al recibir la medicación y ésta no llegó hasta el paciente.



**Recomendación:** Concienciar a los médicos de la importancia de una correcta caligrafía de las órdenes de tratamiento. Corroborar con el prescriptor cualquier duda acerca de la identidad de cualquier medicamento prescrito.

**\* TRYPTIZOL® (amitriptilina) y TIAPRIZAL® (tiaprida):**

**Problema:** Debido a la similitud de los nombres de estos dos medicamentos, al pasar la prescripción de una orden de tratamiento a la del día siguiente, el médico escribió Tiaprizal® en lugar de Tryptizol®, que era el tratamiento habitual. El paciente recibió el fármaco equivocado durante 24 horas antes de que se detectara el error, aunque afortunadamente no tuvo consecuencias para él.

**Recomendación:** Prestar especial atención a las prescripciones de estos dos fármacos para evitar confusiones entre ellos. Corroborar cualquier duda acerca de la identidad del medicamento prescrito.

**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.

