

Recomendaciones para la prevención de errores de medicación

ISMP-España

Boletín nº 8 (Marzo 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.

* ALDOCUMAR® COMPRIMIDOS (warfarina)

Nuevas presentaciones:

Problema: Hasta hace algún tiempo la única presentación disponible en España de Aldocumar® (warfarina) era la de comprimidos de 10 mg. Recientemente, laboratorios Aldo-Unión ha comercializado nuevas presentaciones de 1 mg, 3 mg y 5 mg, pero, probablemente, no ha informado suficientemente de la existencia de las mismas a todos los profesionales sanitarios: médicos de familia, farmacéuticos comunitarios y de hospitales, etc.

Hemos recibido una notificación en el ISMP en la que, como consecuencia de este desconocimiento, un paciente al que el especialista le había prescrito la nueva presentación de 3 mg acabó tomando en su domicilio una dosis de 10 mg, debido a una serie de errores consecutivos. Normalmente se tiende a prescribir, dispensar y administrar aquella presentación que se conoce y si sólo hay una, muchas veces no se expresa la dosis de la misma; en este caso se da la circunstancia de que el Aldocumar estaba sólo registrado en la presentación de 10 mg, que es la de mayor dosis, por lo que el riesgo de sobredosificación y las consecuencias derivadas para los pacientes son especialmente importantes si se dispensa o administra esta presentación en lugar de las nuevas.

Recomendación: Con el fin de prevenir errores de medicación se recomienda: 1) alertar a los médicos y farmacéuticos de la existencia de estas nuevas presentaciones, 2) solicitar a los prescriptores que especifiquen claramente la dosis y, siempre que se trate de las nuevas presentaciones, la señalen o subrayen para advertir que corresponde a una presentación diferente a la hasta ahora habitual, y 3) informar a los pacientes de la dosis que precisan

para que estén alerta y eviten posibles errores de prescripción y/o dispensación.

NUEVO El laboratorio Aldo Unión ha organizado una campaña recordando las nuevas presentaciones que comercializa de este medicamento a todos los profesionales que utilizan el medicamento.

1. Errores por etiquetado o envasado parecido o inapropiado

* NERDIPINA® (nicardipino) y HEMOVAS® (pentoxifilina):

Problema: El acondicionamiento primario de los comprimidos de los envases clínicos de las especialidades farmacéuticas Nerdipina® (nicardipino) y Hemovás® (pentoxifilina) es muy similar, por lo que se pueden confundir fácilmente. Se nos ha notificado un error al colocar equivocadamente estas especialidades en el cajetín de unidosis debido a su gran parecido, lo que llevó a su vez a un error en la dispensación. En la planta, la enfermera a cargo del paciente se dio cuenta y evitó que la medicación incorrecta fuera administrada.



Recomendación: Convendría que el laboratorio fabricante modificara el acondicionamiento primario de una de estas especialidades para poder distinguirlas inequívocamente. Debe evitarse que coexistan estas especialidades en los hospitales.

* HALOPERIDOL® y DIGOXINA® ampollas:

Problema: El serigrafiado de las ampollas de Haloperidol Esteve® y Digoxina Boehringer® es muy similar en cuanto a diseño y tipo de letra, lo cual puede ocasionar errores de dispensación y/o administración. A pesar de que el serigrafiado de Haloperidol Esteve® es de color blanco y el de Digoxina Boehringer®, amarillo, debido al pequeño tamaño de las letras, esto no es suficiente para diferenciar ambas especialidades.



Recomendación: Las características de estos medicamentos y el elevado riesgo que supone para los pacientes una confusión entre ellos hacen que sea especialmente importante que las ampollas de estas dos especialidades sean distinguibles de un modo inequívoco. Convendría modificar el serigrafiado de las ampollas y mientras este cambio se produce, se recomienda no almacenarlas en lugares próximos y señalizar claramente en las estanterías y cajetines de unidad qué especialidad contienen. También es necesario alertar y concienciar al personal encargado de manejar estos medicamentos del riesgo de confusión.

* TIENAM® 250 mg y TIENAM® 500 mg (imipenem):

Problema: El nuevo cartonaje de las presentaciones de 250 mg y 500 mg de Tienam IV® de laboratorios MSD es prácticamente idéntico en tamaño, color y tipo de letra. Debido a que anteriormente el diseño y tamaño del cartonaje de estas presentaciones era diferente, y que ahora el de ambas se asemeja más al de la presentación anterior de 250 mg, es fácil la confusión entre ambas y pueden producirse errores de dispensación.



Recomendación: Sería conveniente que el laboratorio fabricante introdujera alguna modificación en el cartonaje de una de las dos especialidades, con el fin de facilitar su diferenciación y evitar errores. Otras alternativas serían el almacenamiento en lugares no contiguos donde se señale claramente cada presentación y la alerta a los profesionales que manejan estos medicamentos de la posible confusión.

* NALOXONE® ampollas:

Problema: En las ampollas de Naloxone Abelló®, única presentación de naloxona en el mercado, no consta la dosis de naloxona (0,4 mg), y en el cartonaje sólo aparece indicada la cantidad de principio activo en un lateral, junto con el resto de componentes de la especialidad.

Recomendación: Sería conveniente modificar el etiquetado de las ampollas y el cartonaje de la especialidad para que aparezca claramente la cantidad de principio activo contenido en cada ampolla de 1 ml, con el fin de disminuir la probabilidad de que ocurran errores de medicación y contribuir a una mayor seguridad en el empleo de este medicamento.



NUEVO El laboratorio Abelló ha modificado el etiquetado de esta especialidad, en el que no

figuraba la dosis que contenía, para que conste este dato en la ampolla y se eviten problemas de

dosificación.

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.

