

Recomendaciones para la prevención de errores de medicación

ISMP-España

Boletín nº 7 (Enero 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

* TOMUDEX® (raltitrexed):

Problema: La etiqueta de los viales de Tomudex® (raltitrexed) no indica la cantidad de principio activo que contienen. En el lugar de la composición aparece la leyenda: "véase cartonaje exterior". Además de ser un inconveniente, este etiquetado puede dar lugar a errores en la preparación de la solución citostática.



Recomendación: El etiquetado de los viales debe modificarse de forma que indique claramente que cada vial contiene 2 mg de raltitrexed. Mientras el laboratorio fabricante realiza este cambio, es conveniente advertir de este problema a los profesionales sanitarios que preparan citostáticos para evitar que puedan producirse errores de dosificación.

NUEVO El laboratorio Astra Zeneca ha estudiado la notificación que le fue enviada y ha decidido modificar el etiquetado de los viales para que figure expresamente su composición.

* SUMIAL® (propranolol) y TENORMÍN® (atenolol):

Problema: Los comprimidos de los envases clínicos de Sumial® 10 mg y 40 mg, así como de Tenormín® 100 mg, están acondicionados en blister de aluminio con el mismo tipo, tamaño y color de letra azul, presentando una apariencia muy similar. Se han comunicado varios errores de dispensación producidos al preparar los carros de dosis unitarias, lo cual se ve favorecido por el hecho de que ambas especialidades se suelen encontrar colocadas en lugares próximos en el Servicio de Farmacia.



Recomendación: Sería conveniente que el laboratorio fabricante modifique el acondicionamiento primario de estas especialidades, para poder distinguir claramente cada producto y sus dosificaciones. Mientras tanto, se recomienda adquirir cada principio activo a un proveedor diferente para evitar que coexistan estas especialidades en los hospitales.

NUEVO El laboratorio fabricante va a modificar el color de Sumial® 10 a negro y el de Tenormín® a rojo. Aunque esta medida permite diferenciar Tenormín® de Sumial®, las dos especialidades de Sumial® continúan presentando un acondicionamiento similar.

* BERODUAL® aerosol (bromuro de ipratropio / bromhidrato de fenoterol):

Problema: Se ha comunicado al ISMP-España que la información del cartonaje de la especialidad Berodual® aerosol dosificador está incompleta y puede inducir a error, especialmente a las personas

poco familiarizadas con el medicamento. Esta especialidad contiene bromuro de ipratropio y bromhidrato de fenoterol como principios activos. Sin embargo, tanto en la parte delantera como en la trasera del cartonaje debajo del nombre comercial sólo aparece como componente activo el bromuro de ipratropio, omitiéndose el bromhidrato de fenoterol.



Recomendación: Alertar de este posible error a los profesionales sanitarios que prescriben este fármaco, a los farmacéuticos y a los pacientes que lo utilizan. Hasta que el laboratorio fabricante modifique el cartonaje, se recomienda recurrir a otras alternativas terapéuticas.

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

* **BACTIL® (ebastina) y BICETIL® (quinapril / hidroclorotiazida):**

Problema: Se ha comunicado al ISMP-España un error potencial por confusión entre los nombres de estas dos especialidades. Un paciente comunicó verbalmente a su nuevo médico de cabecera que estaba tomando Bicetil® desde hacía tiempo. Dada la similitud fonética entre estas dos especialidades, el médico entendió Bactil®. Afortunadamente le pareció extraño que el paciente recibiera crónicamente ebastina y comprobó la historia clínica, a la cual tenía acceso informatizado.

Recomendación: Estos nombres tan parecidos fonéticamente y ortográficamente pueden originar errores de prescripción, transcripción y dispensación. Por ello, es conveniente alertar a los profesionales sanitarios de la posible confusión entre ellos.

Además, siempre que exista alguna duda es preciso corroborar la prescripción con el médico. También conviene evitar la comunicación verbal como fuente de información para la prescripción y dispensación de medicamentos. Por último, sería deseable disponer de acceso informatizado a la historia farmacoterapéutica del paciente como soporte a la prescripción.

* **ACOVIL® 5 mg (ramiprilo) y DAONIL® (glibenclamida):**

Problema: Cuando los nombres de los medicamentos son similares ortográficamente, el tipo de caligrafía puede dar lugar a confusiones entre ellos. Se han registrado varios errores al transcribir como Daonil® 5 mg tratamientos en los que estaba prescrito realmente Acovil® 5 mg. A continuación se recoge la letra de uno de estos casos:



Favorece este error el hecho de que ambos fármacos tengan 5 mg y que se suelen administrar una vez al día. En un caso, una paciente hipertensa en tratamiento con Acovil® 5 mg ingresó en un hospital. Por un error de transcripción, se le dispensó y administró Daonil® 5 mg y sufrió una crisis hipoglucémica que hizo pensar en un ictus. Afortunadamente una de las enfermeras que la atendían se dio cuenta de que la paciente no era diabética y que había recibido el antidiabético oral, por lo que se le determinó la glucemia y se descubrió el error.

Recomendación: Alertar a los profesionales sanitarios de la posibilidad de que puedan producirse errores semejantes entre estos medicamentos. Potenciar la implantación de la prescripción electrónica. Insistir en la conveniencia de indicar el diagnóstico del paciente en 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.

