

# Recomendaciones para la prevención de errores de medicación

ISMP-España

Boletín nº 3 (Febrero 2001)

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 similitud ortográfica o fonética en los nombres de los medicamentos

### \* DIANBÉN® (metformina) y DIOVÁN® (valsartán):

**Problema:** La similitud de los nombres de estos dos medicamentos, sobre todo en cuanto a la pronunciación, puede dar lugar a confusión entre ambos. Este problema se puede presentar más frecuentemente en pacientes diabéticos, ya que por su patología pueden estar en tratamiento con cualquiera de los dos fármacos. A veces el propio paciente no ha sido capaz de precisar verbalmente al médico cual de los dos nombres se corresponde con el del medicamento que toman.

**Recomendación:** Prestar especial atención a las prescripciones de estas dos especialidades. Evitar en lo posible la comunicación verbal como fuente de información.

## 2. Errores por etiquetado o envasado de apariencia similar

### \* ADRENALINA y ATROPINA BRAUN®:

**Problema:** Nos han comunicado un error al confundirse las especialidades de Adrenalina y Atropina Braun®. Ambas son ampollas de 1 mL de color topacio y, aunque una de ellas está serigrafiada en amarillo y la otra en blanco, resulta fácil confundirlas cuando ambas están almacenadas en el carro de paradas y hay una emergencia.



**Recomendación:** Siempre que se pueda, utilizar la adrenalina en jeringas precargadas. Si esto no es posible, incorporar un anillo o etiqueta adhesiva de color llamativo en una de las dos especialidades de manera que se distingan fácilmente.

**NUEVO** Gracias a las gestiones de la Sociedad Española de Farmacia Pediátrica, el laboratorio Braun va a modificar próximamente el serigrafiado de la ampolla de adrenalina para evitar este tipo de confusiones.

### \* Especialidades farmacéuticas genéricas:

**Problema:** Los laboratorios fabricantes de las especialidades farmacéuticas genéricas suelen utilizar un material de acondicionamiento de apariencia similar para envasar estas especialidades, lo que conlleva un riesgo de confusión. Por citar un caso, se ha notificado un error al dispensarse Atenolol Normon EFG® 50 mg en lugar de Captopril Normon EFG® 25 mg. Los blister de unidosis de estas especialidades tienen el mismo tamaño y la letra impresa es de tamaño similar y de color verde.

**Recomendación:** En el proceso de selección de una nueva especialidad farmacéutica para incluir en el hospital es preciso considerar su presentación con el fin de prevenir errores de dispensación y administración. La similitud en las presentaciones de



las EFG puede solventarse mediante la adquisición de estas especialidades a diferentes proveedores.



**NUEVO** El laboratorio Normon va a modificar el diseño de los blisters aumentando el tamaño de letra e incorporando nuevas combinaciones de colores en el texto y fondo del aluminio, de forma que sea más fácil la diferenciación de las distintas especialidades.

### 3. Errores de interpretación de las prescripciones médicas

#### \* Utilización de decimales en la dosificación de PHARKÉN® (pergolida):

**Problema:** La especialidad farmacéutica Pharkén® puede presentar problemas de dosificación debido al uso de decimales. Así, ante una prescripción en una orden médica hospitalaria de "Pharkén® 0,5 mg (1-1-1)", el farmacéutico puede dudar si la intención del médico era pautar "Pharkén® 0,05 mg (1-1-1)" o bien "Pharkén® 1 mg (½-½-½)". La dosis varía 10 veces entre una y otra interpretación.

**Recomendación:** Asegurar la dosis prescrita en aquellos fármacos donde se utilicen fracciones decimales. En este caso sería preferible utilizar los microgramos como unidad de dosificación.

#### \* Uso de abreviaturas: POLARAMINE® R (dexclorfeniramina):

**Problema:** La utilización de abreviaturas puede dar lugar a errores. En este caso se comunicó un error de dispensación en la siguiente prescripción:

*Polaramine R 1-0-1*

El farmacéutico en lugar de leer "R", que sería la abreviatura de la forma de Polaramine® Repetabs, leyó "2" y envió la presentación de Polaramine® 2 mg.

**Recomendación:** Evitar la utilización de abreviaturas en las prescripciones médicas y consultar con el prescriptor ante cualquier ambigüedad en las órdenes de tratamiento.

### 4. Otros errores

#### \* Prescripción de fluoroquinolonas en pacientes con riesgo de convulsiones:

**Problema:** Se han notificado varios casos de prescripción de fluoroquinolonas en pacientes hospitalizados con riesgo de convulsiones. En uno de los casos, un paciente con antecedentes de crisis convulsivas después de haber sufrido un accidente cerebrovascular presentó una convulsión tras recibir levofloxacino. Según las fichas técnicas de los laboratorios fabricantes, levofloxacino y ofloxacino se encuentran contraindicados en este grupo de pacientes mientras que ciprofloxacino y moxifloxacino deben usarse con precaución. Este error se produce por desconocimiento de los prescriptores de que las fluoroquinolonas disminuyen el umbral convulsivo.

**Recomendación:** Para la detección de este problema potencial resultan de especial ayuda los sistemas de alerta conectados con el programa informático de dispensación en unidosis. El Servicio de Farmacia debería enviar una nota informativa al prescriptor cuando detecte la prescripción conjunta de fármacos antiepilepticos y fluoroquinolonas.

#### 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.

