

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

*** De nuevo problemas con el OGLOS® (morfina clorhidrato):**

Problema: Se ha comunicado un error al dispensarse confundidas varias cajas de Oglos® 0,02 en lugar de Oglos® 0,01. El diseño de los envases es muy similar en forma y color, diferenciándose únicamente porque la presentación de 0,02 g/mL tiene una solapa lateral de color morado.

Recomendación: Alertar al personal sanitario de la posibilidad de que puedan producirse errores semejantes. Almacenar las dos especialidades de distinta dosis en lugares bien diferenciados para reducir el riesgo de confusión.

NUEVO Después de varios meses de gestiones de la AEM, el laboratorio Grünenthal va a modificar el nombre de estas especialidades, que pasarán a llamarse Oglos 10 mg/mL y 20 mg/mL, y adecuarán su material de acondicionamiento a estas nuevas denominaciones.

*** PULMICORT® suspensión nebulizador (budesonida):**

Problema: Las monodosis de Pulmicort® suspensión nebulizador no llevan impresos la vía de administración, la fecha de caducidad ni el lote, por lo que cuando se extraen del envase metalizado en el que vienen agrupadas de cinco en cinco no quedan convenientemente acondicionadas en envase unitario. El principal problema que se puede producir es su administración por vía parenteral en lugar de inhalatoria.

Recomendación: No conviene extraer las monodosis del envase metalizado en el que vienen hasta el momento de su administración. Para su dispensación en dosis unitarias se recomienda adjuntar etiquetas en las que se incluyan los datos que faltan en el serigrafiado de las ampollas hasta que el laboratorio fabricante subsane este error.



*** SOLTRIM® inyectable (trimetoprim y sulfametoxazol):**

Problema: Los dos principios activos que componen esta especialidad se suministran por separado en una ampolla que contiene trimetoprim y un vial con sulfametoxazol. Al revisar los botiquines de las unidades de enfermería de un hospital se ha detectado que los viales no siempre se reconstituyen con las ampollas, al creer que éstas contienen únicamente disolvente. Contribuye aún más a este error el hecho de que el serigrafiado de las ampollas de Soltrim® indique que su contenido es de 5 ml de disolvente en negrita y sólo en letra menos marcada que contienen 160 mg de trimetoprim.

Recomendación: Alertar de este posible error a las unidades de enfermería. Dispensar desde el Servicio de Farmacia esta especialidad incorporando unas etiquetas adhesivas que unan el vial y la ampolla e indiquen la necesidad de administrarlos conjuntamente.



NUEVO El laboratorio fabricante, tras analizar la notificación que les fue enviada, va a modificar el texto del cartón, prospecto y etiquetado; de manera que, a partir de los lotes fabricados en Septiembre de 2.001, se indicará más claramente que la ampolla contiene el trimetoprim y que es necesario administrar conjuntamente el vial con la ampolla.

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

* **SELOKEN® (metoprolol) y SEROQUEL® (quetiapina):**

Problema: Hemos recibido varias notificaciones sobre la posibilidad de confusión entre estas dos especialidades farmacéuticas que presentan nombres muy similares ortográfica y fonéticamente. Se ha comunicado también el caso de un paciente asmático que recibió Selokén® en lugar de Seroquel®, lo que dio lugar a una crisis asmática grave. El incidente se produjo como consecuencia de varios errores, debidos a la similitud ortográfica de ambos, a que presentan la misma dosificación y a la novedad en el mercado del Seroquel®.

Recomendación: Evitar que coexistan en los hospitales ambas especialidades, para reducir así el riesgo de errores de dispensación. Además, es

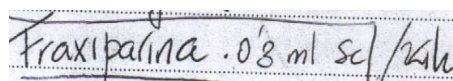
necesario prestar especial atención ante cualquier prescripción de estas especialidades y ante cualquier duda corroborar la prescripción con el médico, por el riesgo potencial de efectos adversos importantes derivados de una posible confusión entre ambos.

NUEVO Tras remitir a la AEM las notificaciones recibidas acerca del problema que existe entre los nombres de estas dos especialidades, nos han comunicado el próximo **cambio de nombre de la especialidad Selokén® por Belokén®**, con lo que creemos que pueden evitarse muchas confusiones.

3. Errores de interpretación de las prescripciones médicas

* **Errores de transcripción:**

Problema: En el Servicio de Farmacia de un hospital se recibió la siguiente orden de tratamiento:



Fraxiparina .0'8 ml sc / qd

Debido a la caligrafía confusa, no es posible diferenciar si la dosis prescrita corresponde a la presentación de 0,3 ó 0,8 ml.

Recomendación: Es necesario insistir a los prescriptores de la importancia de la correcta cumplimentación de las órdenes de tratamiento.

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.

