

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

#### \* VALTRES<sup>®</sup> 500 mg (valaciclovir):

**Problema:** Los blister de la caja de 42 comprimidos de Valtrex<sup>®</sup> 500 mg pueden inducir a errores de dosificación. Esta especialidad está acondicionada en alvéolos que contienen dos comprimidos y por el reverso de cada uno de estos alvéolos se indica "Valtrex<sup>®</sup> 500 mg". Esto puede llevar a pensar que la dosis de los dos comprimidos suma 500 mg, cuando en realidad esta es la dosis de cada comprimido.

**Recomendación:** Alertar de este posible error a los profesionales que prescriben este fármaco, a los farmacéuticos y a los pacientes que lo utilicen. Reenvasar siempre que sea posible los comprimidos de uno en uno, hasta que el laboratorio fabricante modifique el material de acondicionamiento.



#### \* NAROPÍN<sup>®</sup> ampollas (ropivacaína):

**Problema:** Las especialidades de Naropín<sup>®</sup> ampollas de 20, 75 y 100 mg tienen una apariencia muy similar, tanto en la forma, tamaño y etiquetado de las ampollas, como en los blister en que se encuentran acondicionadas. Ello puede ocasionar

fácilmente errores de dispensación o de administración.

**Recomendación:** Incorporar etiquetas adicionales de colores diferentes que permitan distinguir con facilidad las especialidades según su dosis.



**NUEVO** El laboratorio AstraZeneca Farmacéutica va a modificar el etiquetado de las ampollas para que la concentración se distinga más fácilmente, de manera que a partir de ahora irá dentro de un recuadro y con mayor tamaño de letra.

#### \* TRANGOREX<sup>®</sup> ampollas (amiodarona) y disolventes de TRANXILIUM<sup>®</sup> inyectable:

**Problema:** Las ampollas de Trangorex<sup>®</sup> y las de los disolventes de Tranxilium<sup>®</sup> inyectable de 20 mg y 50 mg son muy similares en forma, tamaño y aspecto del serigrafiado. Esto ha dado lugar a un error de dispensación después de colocarse en el Servicio de Farmacia de un hospital una devolución de disolventes de Tranxilium<sup>®</sup> en la gaveta de Trangorex<sup>®</sup>. A este error contribuye también el hecho de que ambos medicamentos se coloquen alfabéticamente bastante próximos.

**Recomendación:** Alertar a los profesionales sanitarios de la posibilidad de confusión entre estas dos especialidades hasta que el laboratorio



fabricante modifique el aspecto de las mismas. Incluir etiquetados adicionales que favorezcan su identificación.



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

### \* **DILUTOL® (torasemida) y DIOTUL® (dosmalfato):**

**Problema:** Cuando ingresó un paciente que tenía como tratamiento Diotul®, el médico que lo atendió lo transcribió por el diurético Dilutol®, por la similitud de ambos nombres. Afortunadamente el error se interceptó en el Servicio de Farmacia.

**Recomendación:** Prestar especial atención a las prescripciones de estos dos fármacos para evitar confusiones entre ellos. Evitar que coexistan ambas especialidades en los hospitales.

### \* **PROZAC® (fluoxetina) y PARIZAC® (omeprazol):**

**Problema:** En un Servicio de Farmacia se recibió una prescripción médica de Parizac®, medicamento no incluido en la guía farmacoterapéutica del hospital. El farmacéutico transcribió el tratamiento como Prozac®, debido a la similitud de los nombres y a la mayor familiaridad con este último fármaco. El error se vio favorecido por el hecho de que los dos productos tienen la misma forma farmacéutica y dosis, ya que ambos son cápsulas de 20 mg.

**Recomendación:** Alertar a los profesionales sanitarios de la posibilidad de confusión por similitud en el nombre de las dos especialidades.

Corroborar la prescripción con el médico siempre que exista alguna duda sobre la misma. Evitar que coexistan ambas especialidades en los hospitales.

### \* **ESPEDÉN® (norfloxacino) y ESPIDIFÉN® (ibuprofeno):**

**Problema:** Se ha notificado un error debido a la dispensación de Espidifén® en una Oficina de Farmacia en lugar de Espedén®, que era el medicamento que el paciente tenía prescrito. El error fue detectado por el médico de cabecera cuando el paciente acudió a consulta para solicitar un nuevo envase de medicamento después de haber terminado el envase completo de Espidifén®.

**Recomendación:** Alertar al personal sanitario de la posibilidad de confusión entre estas dos especialidades debido a la similitud de los nombres. Corroborar la prescripción con el médico siempre que exista alguna duda sobre la misma. Informar a los prescriptores de los errores que puede ocasionar una mala caligrafía.

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

### \* **FLAGYL® 500 vo (metronidazol) 2/8h:**

**Problema:** Se ha notificado un error debido a la siguiente prescripción: "Flagyl 500 vo 2 /8h". La prescripción se interpretó como tres dosis de 1g y se dispensaron 12 comprimidos de 250 mg de Flagyl®. Sin embargo, la intención del médico era que le administraran tres dosis de 500 mg al día, es decir, 2 comprimidos de 250 mg en cada toma.

**Recomendación:** Evitar la prescripción en número de unidades de la forma farmacéutica y realizarla siempre en cantidad de principio activo (en este caso mg).

### \* **DIGOXINA 0,5 C /48h:**

**Problema:** Se ha notificado un error debido a la siguiente prescripción:

"Digoxina 0,5 C /48h"

Esta prescripción resulta muy ambigua, ya que se puede interpretar como 0,5 mg de digoxina, es decir,



2 comprimidos de 250 mcg, o bien como la mitad de un comprimido de digoxina cada 48h, lo que supondría una dosis de 125 mcg cada 48h. En medicamentos de estrecho margen terapéutico como la digoxina, este tipo de prescripciones pueden dar lugar a graves errores de dosificación.

NOTA: Cabe destacar que si existiera en nuestro país una presentación comercializada de digoxina de 125 mcg, presentación que ha sido solicitada en numerosas ocasiones por el ISMP-España al laboratorio Roche, podrían prevenirse en gran medida este tipo de errores.n

**Recomendación:** Establecer unas "normas de correcta prescripción" donde se indique que es necesario especificar claramente la dosis en cantidad de principio activo y no en número de unidades de la forma farmacéutica.

**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.

