

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 inapropiado

*** AUGMENTINE® SUSPENSIÓN 125/31,25 mg y SUSPENSIÓN PEDIÁTRICA 100/12,5 mg (amoxicilina clavulánico):**

Problema: Recientemente se ha comercializado una nueva presentación de "Augmentine® 100/12,5 mg suspensión pediátrica" con una proporción mayor de amoxicilina. Además, sigue estando comercializada otra presentación oral líquida denominada "Augmentine® 125/31,25 mg suspensión". Las concentraciones de ambas presentaciones son muy distintas y se encuentran expresadas de forma diferente, lo que puede dar lugar a errores importantes de dosificación si se dispensan o administran equivocadamente. En la nueva presentación pediátrica la concentración se expresa en miligramos de cada principio activo (100/12,5) por **1mL** a diferencia de la presentación anterior, cuya concentración se indica en miligramos (125/31,25) por **5 mL**. Esto es, la nueva suspensión pediátrica es más concentrada que la anterior (500/62,5 mg por 5 mL frente a 125/31,25 mg por 5 mL).



Recomendación: Sería conveniente que el laboratorio fabricante retirara una de las dos especialidades, para evitar la existencia de dos formulaciones en suspensión con concentraciones diferentes. Con el fin de evitar errores de dosificación se recomienda informar a los profesionales que prescriben y dispensan estos medicamentos que estén alerta ante la diferencia de concentraciones entre ambos productos. Los prescriptores deben especificar la dosis en mg de principios activos y no en volumen de suspensión. Corroborar con el prescriptor cualquier duda acerca de la presentación o dosis prescrita.

2. Errores por etiquetado o envasado de apariencia similar

Problema: Muchos laboratorios diseñan el envasado y el etiquetado de sus especialidades de forma que tengan una imagen de marca característica que permita identificar fácilmente sus productos. Esto hace que algunas especialidades presenten una apariencia muy similar, lo que conlleva un riesgo de que se produzcan errores de medicación. Se han recibido en el ISMP-España distintas notificaciones por esta causa referentes a las siguientes especialidades:

*** RENITEC® (enalapril) y ZOCOR® (simvastatina):**

Ha sido comunicado un error causado por la similitud de los blister de los envases clínicos de Renitec® 5 y 20 mg y Zocor® 10 y 20 mg, ya que tienen el mismo tamaño y diseño, con el código de barras, el logotipo del laboratorio y los nombres comerciales en el mismo color, tipo y tamaño de letra.



*** CLINDAMICINA NORMON EFG® y AMIKACINA NORMON EFG®:**

Se han notificado dos errores relacionados con la similitud del cartonaje de estas dos especialidades ya que ambas vienen presentadas en embalajes del mismo tamaño, diseño y color.

*** DILUTOL® (torasemida) y DIGOXINA® (digoxina):**

También ha sido notificado recientemente un error relacionado con los blister de los envases clínicos de Digoxina® y Dilutol®, ambos del mismo tamaño y color, con el texto impreso en el mismo tipo y tamaño de letra y el logotipo del laboratorio. En este caso el error se ve favorecido por el hecho de que ambas se encuentren almacenadas en lugares próximos cuando se colocan alfabéticamente.



Recomendaciones: Sería necesario que los laboratorios fabricantes se concienciaran de la importancia del envasado y etiquetado de sus especialidades para evitar errores de medicación. Asimismo, sería recomendable que evaluaran la seguridad de estos aspectos antes de la comercialización de sus productos, dando siempre prioridad a un manejo más seguro frente a la imagen de marca. En los hospitales, es aconsejable evitar que coexistan estos productos similares, adquiriendo a diferentes proveedores las especialidades que se conoce pueden dar lugar a este tipo de errores de medicación.



*** CLAFORÁN® 1g IV y CLAFORÁN® 1g IM (cefotaxima):**

Otro error se ha producido al dispensar y administrar la presentación intramuscular de Claforán® en lugar de la intravenosa, debido a la dificultad de diferenciar ambas especialidades. Ambas tienen un cartonaje muy similar en tamaño, color y tipo de letra, y los viales presentan también una apariencia similar.

*** CLORURO POTÁSICO BRAUN® 1M y 2 M:**

Problema: Los miniplascos de Cloruro Potásico 1M y 2M del laboratorio B Braun son muy similares. Ambos tienen 10 mL de solución y tienen una etiqueta con el mismo diseño y colores (rojo, verde y blanco) como distintivo de contener potasio y el texto que especifica la concentración es muy pequeño. Por ello, es muy fácil confundirlos, con las graves consecuencias que se pueden derivar.



Recomendación: El laboratorio fabricante tendría que modificar el etiquetado de una de las dos especialidades para que se diferencien más fácilmente. En cualquier caso, el ISMP recomienda simplificar al máximo el número de opciones disponibles en los hospitales de los medicamentos de alto riesgo y seleccionar una única presentación de potasio concentrado. Siempre que sea posible, se dispensarán por el Servicio de Farmacia las soluciones de potasio diluido, con el fin de retirar el cloruro potásico concentrado de las unidades de enfermería.

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

* **XALATÁN® (latanoprost) y XALACOM® (latanoprost/timolol):**

Problema: Se ha comunicado un error debido a la similitud de los nombres de estos medicamentos que hace que sean fáciles de confundir especialmente cuando se encuentran manuscritos.

* **SALIDUR® (furosemida/triamtereno) y SOLIÁN® (amisulpride):**

Problema: También se ha producido un error al dispensarse Salidur® en lugar de Solián® que era el medicamento que se encontraba prescrito. Al error contribuyó el hecho de que el farmacéutico estuviera más familiarizado con el primero, ya que Solián® ha aparecido recientemente en el mercado. El error fue detectado por la enfermera en el momento de administrar el medicamento al paciente.

Recomendación: Prestar especial atención a las prescripciones de estos pares de medicamentos para evitar confusiones entre ellos. Concienciar a los prescriptores de la importancia de una correcta caligrafía. Corroborar cualquier duda acerca de la identidad del medicamento prescrito.

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.

