

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 de apariencia similar

#### \* **COROPRES® (carvedilol) 25 mg y 6,25 mg:**

**Problema:** Los blisters de los envases clínicos de estas dos presentaciones son muy similares, ya que ambos llevan el logotipo del fabricante, así como el nombre y la dosis del medicamento, impresos con el mismo tipo, color y tamaño de letra. Además, la coincidencia del número "25" en la dosis y el almacenamiento en lugares contiguos favorece la confusión.



**Recomendación:** Se recomienda incorporar alertas en los lugares de almacenamiento, advirtiendo a los profesionales sanitarios que manejan estos fármacos de la posibilidad de confusión entre ellos debido a su aspecto similar.

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

#### \* **CATEX® (ciprofloxacino) y KETEK® (telitromicina):**

**Problema:** Debido a la escritura de la receta y a la similitud de los nombres, en una oficina de farmacia,

una receta de Ketek® fue interpretada como Catex®. Como no se disponía del medicamento, se encargó al almacén de distribución y se le pidió al paciente que volviera al cabo de un tiempo. Esto permitió que la receta volviera a ser revisada por otro farmacéutico antes de la dispensación, quien se dio cuenta que la frecuencia de administración no era la habitual de ciprofloxacino y advirtió el error.

#### \* **LINOTÉN® (pamidronato) y LONITÉN® (minoxidilo):**

**Problema:** Recientemente se ha comercializado en España una nueva especialidad de pamidronato denominada Linotén®, cuyo nombre comercial es muy similar al de Lonitén®, especialidad que contiene minoxidilo. Aunque las indicaciones y la forma farmacéutica son diferentes, ambos medicamentos podrían llegar a confundirse en una prescripción incompleta o confusa.

#### **RECOMENDACIONES:**

- 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 escritura legible, así como de precisar la indicación para la que se prescribe el medicamento.
- Corroborar con el prescriptor cualquier duda acerca de la identidad del medicamento prescrito.
- Implantar sistemas de prescripción electrónica.

### 3. Errores por nombre y envasado similar

#### \* **FARMIBLASTINA® (doxorubicina) y FARMORUBICINA® (epirubicina):**

**Problema:** Los envases de estas dos especialidades son muy similares en tamaño, forma, diseño y color, con el texto impreso en el mismo tamaño y tipo de letra. Además, son muy similares sus nombres comerciales y genéricos, lo que puede dar lugar fácilmente a confusiones. El error se ve favorecido porque ambos medicamentos tienen presentaciones de 10 y 50 mg y, al tratarse de citostáticos, suelen encontrarse almacenados de forma contigua en el mismo área del Servicio de Farmacia.



**Recomendación:** El laboratorio fabricante debería modificar el diseño del envase de una de las dos especialidades. Así mismo, sería conveniente que destacara en letras mayúsculas grandes las partes de los nombres que los diferencian (Farm**IBLAST**ina y Farm**ORUBIC**ina). Se recomienda adquirir la doxorubicina a otro fabricante o, en el caso de que no sea posible, incorporar alertas en los lugares de almacenamiento, advirtiendo a los profesionales sanitarios de la posibilidad de confusión.

#### 4. Errores de interpretación de las prescripciones

\* **"Mesna 2.100 mg repartidos en cuatro dosis..."**

**Problema:** En una orden de tratamiento preimpresa, se encontraba prescrito "2.100 mg de mesna repartidos en cuatro dosis antes, a las 0, 4 y 8h de la administración de ifosfamida". Por un error de interpretación, la enfermera administró toda la dosis de mesna justo antes de la ifosfamida. El paciente no sufrió ningún daño y el error fue detectado después de la administración, pero hubo que recalcular la dosis post-quimioterapia de este medicamento.

**Recomendación:** Las prescripciones médicas deben indicar específicamente la dosis a administrar y la pauta de administración. En este caso, si se hubiera especificado "525 mg de Mesna antes, a las 0, 4 y 8h de la administración de ifosfamida", no hubiera sido posible una interpretación errónea. Las órdenes preimpresas pueden ser una ayuda para mejorar los sistemas de utilización de los medicamentos, siempre que se revisen antes de su implantación siguiendo unos criterios de seguridad .

#### **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.