

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 inapropiado

* MABCAMPATH® (alentuzumab):

Problema: Se ha notificado un error en la preparación de un tratamiento de 30 mg de Mabcampath® (alentuzumab) ocasionado por el etiquetado de las ampollas. En éstas se indica en letra grande la concentración por mL (10 mg/mL), en lugar del contenido total por ampolla (30 mg), y en otra posición menos visible, que obliga a girar la ampolla, el volumen (3 mL). La enfermera encargada de la preparación supuso que la cantidad de alentuzumab por ampolla era de 10 mg en lugar de 30 mg, por lo que incorporó a la mezcla tres ampollas, es decir, 90 mg. El error fue detectado cuando ya se le estaba administrando la medicación al paciente. El paciente presentó temporalmente temblores, tuvo que ser monitorizado y se le suspendió la siguiente dosis que tenía programada.



Recomendación: Es necesario que el laboratorio fabricante modifique el etiquetado de las ampollas y se indique claramente la dosis total y el volumen de las ampollas (30 mg / 3 mL). Mientras tanto, se recomienda reetiquetar las ampollas con este dato.

El error podría también evitarse estableciendo un sistema de doble chequeo en la preparación que permitiera detectar este tipo de errores antes de que alcanzaran a los pacientes o con un programa informático de gestión de medicamentos citostáticos que ayudara al cálculo de los volúmenes a utilizar en las mezclas.

* SOMATOSTATINA COMBINOPHARM®:

Problema: La especialidad Somatostatina Combinopharm® está acondicionada en forma de ampollas con polvo liofilizado y ampollas del mismo tamaño con disolvente. Los blisters de los envases clínicos vienen presentados de manera que llevan cinco ampollas de principio activo y cinco de disolvente. Es fácil que en la dispensación puedan producirse errores al dispensarse de manera separada o bien darse dos ampollas de disolvente o principio activo juntas en lugar de una de cada tipo.



Recomendación: Si es posible, se recomienda adquirir esta especialidad a otro proveedor. En caso de no ser así, advertir al personal sanitario, mediante alertas en los lugares de almacenamiento, acerca de la necesidad de dispensar y administrar juntas una ampolla de principio activo y otra de disolvente.

NUEVO: Laboratorios Combinopharm ha comunicado que va a proceder a realizar un cambio

en el acondicionamiento de la Somatostatina Combinopharm EFG. Esta especialidad constará de 25 blisters unitarios, conteniendo cada uno de ellos la ampolla de principio activo junto con la del disolvente.

2. Errores por etiquetado o envasado de apariencia similar

* EUTIROX® (levotiroxina):

Problema: La especialidad Eutirox (levotiroxina) se presenta en forma de comprimidos de 25, 50, 75, 100, 125, 150 y 175 microgramos; todos ellos de pequeño tamaño, forma redonda y color blanco. Esta similitud puede dar lugar a errores en la administración.

Recomendación: El laboratorio fabricante debería comercializar los comprimidos de cada dosis en colores diferentes, para que se distingan fácilmente, tal y como ocurre en otros países con otras especialidades de levotiroxina.

* DEPAKINE® comprimidos 200 y 500 mg (valproato sódico):

Problema: Los blister de los envases clínicos de estas dos especialidades son muy similares en forma, tamaño, diseño y color del serigrafiado, por lo que es fácil que puedan confundirse en la dispensación o administración al paciente.

Recomendación: El laboratorio fabricante debería modificar el color de los blister de una de las dos especialidades, para facilitar su identificación. Mientras tanto se recomienda colocar alertas en el lugar de almacenamiento advirtiendo a las personas que los dispensan de la posibilidad de confusión.

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.

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

* ACOVIL® (ramiprilo) y ACABEL® (lornoxicam):

Problema: Se ha notificado una confusión entre estos dos medicamentos debido a la gran similitud fonética de sus nombres. Esto ha ocasionado transcripciones y dispensaciones equivocadas de un medicamento por otro en el Servicio de Farmacia, tras recibir órdenes de tratamiento verbales.

* RENITEC MAX® (enalapril/ hidroclorotiazida) y RETIMAX® (pentoxifilina):

Problema: Debido a la similitud fonética de los nombres de estas dos especialidades pueden producirse errores al prescribirse o dispensarse una por la otra.

RECOMENDACIONES:

- Reducir al máximo la comunicación verbal como fuente para la prescripción, con el fin de prevenir errores entre pares de nombres similares fonéticamente. Establecer un procedimiento de verificación para los casos en que no sea posible, de forma que el profesional sanitario que reciba la orden verbal lea o repita la información al prescriptor, para verificar la exactitud de lo que ha oído y registre inmediatamente la orden.
- Comprobar siempre que la medicación que se le prescribe al paciente está relacionada con los diagnósticos que presenta.

