

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: expresión de la composición cuantitativa mediante la concentración de principio activo por mililitro

#### \* **SIMDAX® (levosimendán):**

**Problema:** En el acondicionamiento primario y en el cartonaje de Simdax® la concentración aparece expresada como mg de levosimendan por mL (2,5 mg/mL), y en un lugar diferente se indica el volumen total del vial (5 mL). Este etiquetado puede dar lugar a errores graves, como el que sucedió cuando en un Servicio de Farmacia un auxiliar dispensó 5 viales, al interpretar que el contenido total del envase era de 2,5 mg. La enfermera de la planta también interpretó lo mismo y administró 5 viales de Simdax® en perfusión continua de 24 horas, cuando el médico había prescrito 12,5 mg. Un factor que contribuyó a este error fue la ausencia de farmacéutico para validar la prescripción, debido a la hora en que se produjo el incidente (21:00 h). El error se detectó a la mañana siguiente, cuando el farmacéutico revisó los medicamentos dispensados durante su ausencia, y en ese momento se interrumpió la infusión (12 h después del inicio).



#### \* **MABCAMPATH® (alemtuzumab):**

**Problema:** Se han notificado dos errores graves asociados a la preparación de Mabcampath® (alemtuzumab) (uno de ellos ya comentado en el boletín número 15). Al igual que en el caso de Simdax®, en el etiquetado de las ampollas de Mabcampath® la composición viene expresada en mg/mL (10 mg/mL), en lugar de indicar el contenido total de medicamento por volumen total de la ampolla (30 mg/3 mL), y en una posición diferente de la etiqueta se indica el volumen. En ambos casos se prescribió la dosis habitual (30 mg) y las enfermeras al preparar la medicación interpretaron que cada ampolla contenía 10 mg y, por ello, cargaron 3 ampollas. Además, el envase contiene 3 ampollas, por lo que pensaron que correspondían justo con la cantidad necesaria para preparar la dosis de 30 mg.



**Recomendaciones:** Dado el uso tan limitado y específico de estas dos especialidades, se recomienda alertar a los profesionales sanitarios que las utilizan de la posibilidad de error. También se aconseja incluir etiquetas adicionales que indiquen la cantidad total de producto por volumen total y/o alertas en los lugares de almacenamiento que adviertan al personal sanitario encargado de la preparación y dispensación, para que extremen las



precauciones. Se trata de dos medicamentos que pueden ocasionar efectos adversos graves y, por tanto, un error en la preparación que suponga la administración de dosis 5 ó 3 veces superiores a las habituales conlleva graves riesgos para los pacientes.

## 2. Errores por etiquetado o envasado de apariencia similar

### \* HALOPERIDOL ESTEVE® y DIGOXINA BOEHRINGER®:

**Problema:** Las ampollas de estas especialidades tienen la misma forma, tamaño y color topacio, y el ambas presentan un serigrafiado con poco contraste. Esta similitud entre ambas especialidades ocasionó un error de dispensación que afortunadamente no llegó al paciente. Este problema ya ha sido comunicado en otras ocasiones al ISMP-España.



### \* ULTRACAÍN EPINEFRINA® (epinefrina + articaína) y SCANDINIBSA® (mepivacaína):

**Problema:** Un problema análogo al anterior ocurre con los cartuchos de estas especialidades que presentan una apariencia similar en cuanto a tamaño, forma y color del serigrafiado. Esta similitud fue la causa de un error potencial comunicado al ISMP-España que fue detectado por una enfermera de quirófano.



**Recomendaciones:** La similitud en el envasado y etiquetado es una causa frecuente de errores de medicación. Para evitar los posibles errores en la dispensación y administración con especialidades de aspecto similar se recomienda, en caso de que sea posible, adquirir a otro laboratorio una de las especialidades que pueden generar confusión, incorporar etiquetas adicionales en los acondicionamientos primarios que ayuden a diferenciar unas especialidades de otras o incluir alertas en los lugares de almacenamiento que adviertan al personal sanitario encargado de la dispensación y administración.

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

### \* MITOXANTRONA Y MITOMICINA:

**Problema:** Se ha comunicado al ISMP-España un error que ocurrió en el Servicio de Farmacia de un hospital cuando al preparar la medicación de una prescripción que indicaba "mitoxantrona 21,5 mg" se preparó en su lugar equivocadamente "mitomicina 21,5 mg". La medicación se administró al paciente. El error fue debido a un lapsus de la enfermera que confundió los dos fármacos, debido a la similitud de los nombres. El farmacéutico detectó el error al hacer el recuento de viales gastados y avisó a Oncología para que se monitorizara el paciente.

**Recomendación:** Este caso concreto probablemente se hubiera evitado si en el momento de preparar el medicamento en la cabina de citostáticos se hubiera realizado un doble chequeo por otra persona diferente. El doble chequeo en la preparación de medicamentos de alto riesgo puede prevenir también otros errores similares, ya que sirve para comprobar que tanto la especialidad farmacéutica, como los cálculos de la cantidad a utilizar son correctos. También son muy recomendables los programas informáticos de preparación de citostáticos que indican tanto el nombre genérico como el nombre de la especialidad, el número de envases a utilizar y el volumen total a cargar. Una medida general para evitar errores por similitud de nombres es especificar siempre los dos nombres (genérico y comercial) de



los medicamentos, puesto que es difícil que ambos sean similares.

**Nota:** *Es importante conocer los pares de nombres de medicamentos que pueden dar lugar a confusiones para advertir a los profesionales sanitarios. El Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos (COF) junto con el ISMP-España puso en marcha una [campaña dirigida a la detección y notificación de errores de medicación ocasionados por la similitud de los nombres de los medicamentos](#), cuyo periodo de recogida de notificaciones ya ha*

finalizado. En fechas próximas se comunicarán los resultados obtenidos y las estrategias de prevención propuestas para evitar en lo posible este tipo de problemas. Puede obtenerse más información de esta campaña en la página web del Consejo General de COF (<http://www.portalfarma.com>).

En el momento actual, cualquier error de medicación que ocurra por esta causa y que interese ser comunicado puede notificarse al programa del ISMP-España (<http://www.usal.es/ismp>)

**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.

