

# SEGURIDAD DE MEDICAMENTOS

## Prevención de errores de medicación

M<sup>a</sup>. P. VALVERDE, R. MARTÍN

*Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos. ISMP-España*

Los **errores de medicación** y sus consecuencias negativas, los **acontecimientos adversos por medicamentos**, constituyen un grave problema de salud pública, cuya prevención precisa la participación y el esfuerzo de todos.

La SEFH y el Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos (ISMP-España), conscientes de su importancia, mantienen esta sección con el fin de que sea un foro de análisis y discusión de los errores de medicación que se producen en nuestro medio, que favorezca la creación de la cultura de seguridad necesaria para mejorar la calidad del sistema de utilización de los medicamentos. Desde aquí os animamos a que colaboréis con nosotros, haciéndonos llegar vuestras sugerencias, comentarios y experiencias.

### ► Recomendaciones para la prevención de errores de medicación

Al igual que en el primer número de esta sección, a continuación se exponen algunas notificaciones recibidas en el programa de notificación de errores de medicación del ISMP-España. Con ello se pretende informar de los errores asociados con determinados procesos o medicamentos para evitar que vuelvan a producirse.

#### 1. Errores por etiquetado o envasado similar o inapropiado

*Medicamento:* Midazolam Rovi EFG®:

*Problema:* en todas las presentaciones de Midazolam Rovi EFG® ampollas se indica en letra grande la concentración de principio activo y en letra pequeña el volumen y la cantidad total (Fig. 1). Además se da la circunstancia de que coincide la concentración de las especialidades de



Fig. 1.-

15 y 50 mg (5 mg/ml) con la dosis total de la especialidad de 5 mg. Se han comunicado errores de dispensación y administración al utilizarse Midazolam Rovi EFG® 15 mg en lugar de Midazolam Rovi EFG® 5 mg.

*Recomendación:* añadir etiquetas en las que se especi-

*Correspondencia:* M<sup>a</sup>. P. Valverde, Servicio de Farmacia. Instituto para el uso seguro de los medicamentos. Hospital Universitario de Salamanca. P<sup>o</sup>. de San Vicente, 58. 37007 Salamanca.

fique claramente el contenido de cada ampolla o bien utilizar otras especialidades farmacéuticas más seguras.

**Medicamento:** Naropín® ampollas (ropivacaína):

**Problema:** las especialidades de Naropín® 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 los que se encuentran acondicionadas (Fig. 2). Ello puede ocasionar fácilmente errores de dispensación o de administración.

**Recomendación:** incorporar etiquetas adicionales de colores diferentes que permitan distinguir las especialidades de manera sencilla según su dosis.



Fig. 2.-

**Medicamento:** Valtrex® 500 mg (valaciclovir):

**Problema:** los blister de la caja de 42 comprimidos de Valtrex® 500 mg pueden inducir a errores de dosificación. Esta especialidad está acondicionada en alveolos que contienen dos comprimidos y por el reverso de cada uno de estos alveolos se indica "Valtrex® 500 mg" (Fig. 3). Esto puede llevar a pensar que la dosis de los dos comprimidos suma 500 mg, cuando en realidad ésta es la dosis de cada comprimido.



Fig. 3.-

**Recomendación:** alertar de este posible error a los profesionales que prescriban este fármaco, a los farmacéuticos y a los pacientes que lo utilicen. En el medio hospitalario, reenvasar siempre que sea posible los comprimidos para evitar los errores que puede originar el embalaje original.

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

**Medicamento:** Prozac® (fluoxetina) y Parizac® (omeprazol):

**Problema:** la similitud en los nombres de los medicamentos ocasiona uno de cada cuatro errores de medicación. Este tipo de error se ve favorecido cuando los medicamentos tienen la misma forma farmacéutica y dosis. Además, otro factor contribuyente es la mayor familiaridad de los profesionales sanitarios con determinados fármacos, como ocurre en los hospitales con aquellos medicamentos incluidos en la guía farmacoterapéutica. Así, se ha notificado un error producido en un Servicio de Farmacia al transcribirse como Prozac® una prescripción de Parizac®, medicamento no incluido en la guía farmacoterapéutica del hospital. El error se vio favorecido por el hecho de que ambos productos vienen presentados en cápsulas de 20 mg y su dosificación diaria habitual es la misma.

**Medicamento:** Fluimucil® (acetilcisteína) y Fluconazol:

**Problema:** otra causa que contribuye a la producción de errores cuando hay similitud de nombres es la ilegibilidad de la prescripción. En un Servicio de Farmacia se transcribió como Fluimucil® una orden de tratamiento en la que se encontraba prescrito con mala caligrafía fluconazol (Fig. 4).

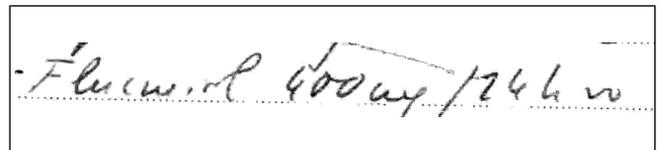


Fig. 4.-

**Medicamento:** Espedén® (norfloxacin) y Espidifén® (ibuprofeno):

**Problema:** se ha notificado otro error causado por la mala caligrafía en la prescripción que ocasionó la dispensación de Espidifén® en una Oficina de Farmacia en lugar de Espedén®. El error fue detectado por el médico de cabecera cuando el paciente acudió a la consulta para solicitar un nuevo envase de medicamento después de varios días en tratamiento con Espidifén®.

**Recomendaciones:**

a) Evitar en lo posible que coexistan en las guías farmacoterapéuticas de los hospitales especialidades cuyos nombres tengan similitud ortográfica o fonética.

b) En el caso de disponer en el hospital de especialidades con nombres similares, alertar a los profesionales sanitarios de la posibilidad de confusión entre ellos.

c) Evitar la comunicación verbal como fuente para la prescripción, dispensación o administración de medicamentos.

d) Corroborar la prescripción con el médico siempre que exista alguna duda sobre la misma, especialmente cuando estén implicadas las especialidades con mayor riesgo de confusión por similitud de su nombre con el de otros medicamentos.

e) Potenciar la implantación de la prescripción electrónica con el fin de eliminar la orden de tratamiento manuscrita. Hasta que esto sea posible se debería concienciar a los prescriptores de la importancia de la correcta legibilidad de los tratamientos para evitar estos errores de medicación.

### 3. Errores por el uso de abreviaturas

*Medicamento:* VP-16 (etopósido) y VM-26 (tenipósido):

*Problema:* la utilización de abreviaturas en la prescripción médica es una fuente potencial de errores y aún más cuando ambas son muy similares. En un Servicio de Farmacia se recibió la siguiente prescripción: "VP-16 80 mg iv x 2 días". Afortunadamente, el farmacéutico que revisaba los tratamientos oncológicos observó que la dosis no correspondía con la utilizada en los protocolos del hospital, por lo que contactó con el médico. De esta manera se interceptó un error grave, debido a un lapsus del prescriptor, ya que el tratamiento correcto era tenipósido (VM-26) en lugar de etopósido (VP-16).

*Recomendación:* confirmar con el médico el principio activo o el nombre comercial de cualquier medicamento escrito con abreviaturas, especialmente en aquellos tratamientos, como los oncológicos, en los que un error puede tener consecuencias graves para el paciente. Establecer normas para una correcta prescripción donde se indique que es necesario evitar el uso de abreviaturas con el fin de prevenir estos errores de medicación.

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

*Medicamento:* 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 1 g y se dispensaron 12 comprimidos de 250 mg de Flagyl®. Sin embargo la intención del médico era que se administrasen 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).

### Mejoras conseguidas en la seguridad del uso de algunos medicamentos

Gracias a las gestiones de la Agencia Española del Medicamento (AEM) y al apoyo de la SEFH, a través del programa de notificación de errores de medicación del ISMP se ha conseguido realizar modificaciones en algunas especialidades farmacéuticas, para tratar de prevenir nuevos errores y mejorar la seguridad del uso de los medicamentos. Desde aquí agradecemos la colaboración de la industria farmacéutica y muy especialmente la participación de todos los compañeros que con sus notificaciones han hecho posible estos cambios.

*Medicamento:* Soltrim® inyectable. Almirall Prodesfarma ha realizado cambios tanto en el cartonaje como en el etiquetado y prospecto de esta especialidad, para evitar la posibilidad de que se reconstituya inapropiadamente el vial de sulfametoxazol sin incorporar la ampolla de trimetoprim.

*Medicamento:* Agua para Inyección Braun® y Suero Fisiológico Braun®. Laboratorios Braun va a modificar el etiquetado del Agua para Inyección en miniplasco que será de nuevo de color azul para diferenciarla mejor del Suero Fisiológico.

*Medicamento:* Actocortina® viales. El laboratorio Byk Elmu cambiará en breve el color de las cápsulas que recubren los tapones de las presentaciones de 100, 500 y 1.000 mg para hacer más fácil su diferenciación. La especialidad de 100 mg tendrá la cápsula dorada, la de 500 mg de color azul y la de 1.000 mg, roja.

*Medicamento:* Seroquel® (quetiapina) y Selokén® (metoprolol). Próximamente el laboratorio Zeneca Farma realizará el cambio de nombre de la especialidad Selokén® por Belokén® con el fin de evitar las confusiones derivadas de la similitud ortográfica y fonética de estas especialidades.

*Medicamento:* Fentanest®/Dehidrobenzperidol®/ Thalamonal®. El laboratorio Kern Pharma ha modificado el color del serigrafiado de estas especialidades. La impresión actualmente es blanca en las ampollas de Dehidrobenzperidol®, roja en las de Fentanest® y negra en las de Thalamonal® para que sea más fácil la identificación de las mismas.

**El Grupo Español de Farmacia Pediátrica (GEFP)** ha conseguido con sus gestiones que se modifique el serigrafiado de las ampollas de **Adrenalina Braun®**, con el fin de evitar confusiones debidas a la similitud existente entre esta especialidad y la Atropina Braun®, tal y como se comentó en esta

sección de la revista 2001; 2(25): 122. El GEFP agradece la colaboración de Laboratorios Braun y valora el esfuerzo económico y dedicación que supone el cambio. En la fotografía adjunta (Fig. 5) se recoge la nueva presentación que, como se puede observar, incluye una banda amarilla para destacar el nombre de la especialidad y permitir una diferenciación más clara con respecto a la Atropina Braun®. Desde aquí queremos felicitar a todos por esta iniciativa.



Fig. 5.-

### ►Díptico de información al paciente sobre "Cómo utilizar sus medicamentos de forma segura"

El ISMP-España y la Organización de Consumidores y Usuarios (OCU) han editado recientemente un díptico financiado por el Instituto Nacional del Consumo que proporciona información a los pacientes para que utilicen sus medicamentos de forma segura.

Las claves principales para mejorar la seguridad residen en hacer que el paciente se informe y conozca los medicamentos que utiliza, así como que se sienta corresponsable de su tratamiento. Se insiste también en la importancia de hacer una lista de todos los medicamentos que el paciente está tomando en cada momento y que la lleve siempre consigo cuando acuda al médico de cabecera, al especialista o al hospital. Se incluye una plantilla a modo de ejemplo.

Para los que estén interesados, este documento puede obtenerse en formato pdf a través de la página web <http://www.usal.es/ismp>.

Los profesionales que deseen notificar errores de medicación o colaborar con su experiencia en cualquier aspecto que ayude a evitarlos pueden contactar con el Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos (ISMP-España. Hospital Universitario de Salamanca. Servicio de Farmacia. Tfno: 923 291172, e-mail: [ismp@gugu.usal.es](mailto:ismp@gugu.usal.es), página web: <http://www.usal.es/ismp>). Todas las notificaciones se tratarán de forma confidencial.