

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 parecido o inapropiado

* KETOLAR® (ketamina) inyectable:

Problema: En tres de las cuatro caras del cartonaje se indica "Ketolar, 50 mg, 10 ml", sin especificar que contiene 50 mg/ml y una cantidad total de 500 mg. El etiquetado de los viales también resulta confuso pues lleva impreso "Ketolar 50 mg" y sólo en letra pequeña y difícilmente legible se indica que contiene 50 mg por ml.

Recomendación: Alertar de este error potencial al personal que maneje este fármaco. Incorporar etiquetas adicionales que indiquen la cantidad total de fármaco en el vial, hasta que el laboratorio fabricante modifique el material de acondicionamiento.

NUEVO A partir de las notificaciones sobre este tema remitidas a la Agencia Española del Medicamento a través del ISMP, se han realizado las gestiones adecuadas para modificar el nombre de esta especialidad, la cual pasará a denominarse **Ketolar® 50 mg/mL**.



* OGLOS® 0,01 y 0,02 ampollas (morfina clorhidrato):

Problema: En la cara frontal del envase se indica que son ampollas de 1 ml, sin especificar la dosis en mg ni la concentración. El serigrafiado de las ampollas no lleva impresa la cantidad de morfina que contiene, ni tampoco el volumen o la concentración.

Recomendación: Se recomienda incorporar etiquetas adicionales que informen de la dosis de cada ampolla.

NUEVO Después de varios meses de gestiones de la AEM, el laboratorio Grünenthal va a modificar el nombre de estas especialidades, que pasarán a llamarse Oglos 10 mg/mL y 20 mg/mL, y adecuarán su material de acondicionamiento a estas nuevas denominaciones.

* AGUA PARA INYECCIÓN BRAUN®:

Problema: El etiquetado del Agua para Inyección Braun® en miniplasco presenta actualmente una apariencia similar a la del Suero Fisiológico Braun®, por lo que se han encontrado almacenados conjuntamente por error en las unidades de enfermería.

Recomendación: Avisar al personal implicado de la posible confusión entre estas especialidades y de la conveniencia de almacenarlas en lugares bien diferenciados para evitar errores.

NUEVO El laboratorio fabricante, después de estudiar la notificación remitida por el ISMP, **va a modificar de nuevo el etiquetado** para que estas especialidades puedan identificarse más fácilmente.



cantidad total y el volumen total que contienen, evitando así nuevos errores de dosificación.

* **FORTECORTIN® 1 mg (dexametasona) y DACORTIN® 5 mg (prednisona):**

Problema: El envase clínico de Fortecortín® 1 mg y Dacortín® 5 mg orales incluye el reenvasado en dosis unitarias de ambos medicamentos idénticos en la forma, tamaño y color.

Recomendación: Alertar al personal de Farmacia y de las Unidades de Enfermería de esta posible confusión y almacenar dichas especialidades en lugares diferentes.

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

* **LINFOGLOBULINA® (inmunoglobulina antitimocítica de caballo) y TIMOGLOBULINA® (inmunoglobulina antitimocítica de conejo):**

Problema: Se han comunicado dos notificaciones de error en la prescripción de estas dos inmunoglobulinas antitimocíticas, uno por confusión entre ambos nombres comerciales y otro porque la orden médica solamente indicaba "inmunoglobulina antitimocítica". En ambos casos los errores fueron interceptados por farmacéuticos, evitándose las graves consecuencias derivadas de las diferentes dosis utilizadas.

Recomendación: La prescripción debe hacer constar claramente el nombre comercial y especificar la procedencia de la inmunoglobulina (caballo o conejo). Extremar la supervisión de la orden médica y de las dosis prescritas para interceptar posibles errores en la prescripción.

* **FORADIL® (formoterol) y TORADOL® (ketorolaco):**

Problema: En un Servicio de Farmacia se recibió la siguiente prescripción:



* **TRACRIUM® 2,5 y 5 mL (atracurio besilato):**

Problema: Las etiquetas de las ampollas de ambas presentaciones indican solamente el volumen contenido, sin especificar la cantidad de principio activo, lo cual dificulta la correcta dosificación las mismas.

Recomendación: Informar al personal que maneje estos fármacos de la dosis contenida en cada ampolla e incorporar, si fuera necesario, etiquetas adicionales con esta información, hasta que el laboratorio responsable modifique el etiquetado.

NUEVO El laboratorio fabricante ha modificado el texto de la etiqueta de forma que actualmente se indica tanto el volumen como la cantidad de principio activo que contienen las ampollas.

* **FENITOÍNA RUBIÓ® ampollas (fenitoína sódica):**

Problema: Las ampollas de Fenitoína Rubió® solo llevan inscrita la dosis total que contienen, sin hacer referencia su volumen o concentración. Esta deficiencia puede dar lugar a errores en la administración de este medicamento cuando la dosis a administrar no se corresponde con el contenido total de fenitoína de la ampolla.

Recomendación: Incorporar etiquetas adhesivas adicionales que indiquen el volumen de cada ampolla.

NUEVO Después de varios meses de gestiones, por fin se encuentran disponibles los nuevos blisters y ampollas de Fenitoína Rubió en las que consta la



Debido a la mala caligrafía del médico, el ATS que atendía al paciente interpretó la prescripción como Toradol® comp, cuando en realidad se encontraba prescrito Foradil®. El error fue interceptado por el farmacéutico cuando se reclamó la dispensación de la medicación equivocada.

Recomendación: Establecer y difundir normas de correcta prescripción e informar a los prescriptores de la importancia que puede tener la legibilidad de la orden médica en el tratamiento del paciente.

* **PROZAC® (fluoxetina) y PROSCAR® (finasterida):**

Problema: Debido a la similitud entre los nombres de estos medicamentos, un malentendido en el momento del ingreso en la comunicación verbal del paciente con el médico llevó a prescribirle durante su estancia hospitalaria Proscar®, cuando el paciente estaba siendo tratado previamente de forma ambulatoria con Prozac®.

Recomendación: Evitar la comunicación verbal como fuente para la prescripción. Disponer de un documento informatizado con la historia farmacoterapéutica completa del paciente.

3. Otros errores

* **Errores en la dosificación de FENITOÍNA al cambiar la vía de administración:**

Problema: Se han notificado varios casos de intoxicación por fenitoína debido a que al pasar de la vía oral a la vía intravenosa el prescriptor substituyó un comprimido o una cápsula (100 mg) por un vial (250 mg), por desconocimiento de la diferente cantidad de principio activo en dichas presentaciones.

Recomendación: Recomendar que en toda prescripción se especifique la dosis en cantidad de principio activo y no en unidades de la forma farmacéutica (comprimidos, viales, etc.). Extremar la supervisión de las prescripciones médicas de este fármaco. Establecer un protocolo para el cambio de vía de administración de fenitoína.

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.

