

Los contenidos de este boletín de recomendaciones se elaboran a partir de las 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 que los profesionales sanitarios conozcan los incidentes que han ocurrido en otros centros y tomen medidas para prevenir que el mismo tipo de incidentes vuelvan a producirse.

1. Errores por similitud en los nombres de los medicamentos:

*EBIXA® (memantina) y EVISTA® (raloxifeno)

Se ha comunicado al ISMP-España un error en el almacenamiento de las especialidades **Ebixa® (memantina)** y **Evista® (raloxifeno)** ocurrido en un Servicio de Farmacia de hospital. Dicho error fue atribuido a la similitud entre los nombres de estas especialidades y al hecho de que ambas tienen que ser reenvasadas en dosis unitarias cuando se distribuyen en el hospital, por lo que en este caso su acondicionamiento resulta también muy similar.

*Fondaparinux y FRAXIPARINA® (nadroparina)

Se ha recibido también un error por la similitud entre el nombre genérico **fondaparinux** y el comercial **Fraxiparina®**. Un paciente sufrió una reacción adversa a enoxaparina y se solicitó una consulta a Hematología que recomendó en la hoja de interconsulta la utilización de fondaparinux 2,5 mg/ 24h. El médico de la unidad transcribió en la orden médica Fraxiparina 2,5 mg/ 24h. A ello contribuyó el hecho de que el fondaparinux no estaba incluido en la Guía del hospital. El error fue interceptado por el farmacéutico al no existir la presentación de Fraxiparina® de 2,5 mg.

*VFEND® (voriconazol) y VENOFER® (hierro inyectable)

Un paciente hematológico, ingresado como ectópico en una unidad quirúrgica, que tenía prescrito **Vfend®** 200 mg/12 horas recibió por error tres dosis de 200 mg/ 12 horas de **Venofer®** (6 ampollas de 100 mg). El paciente presentó astenia y dolor epigástrico. El incidente se descubrió al preguntar el paciente al médico por qué le estaban administrando tanto hierro. El error se vio favorecido porque el personal que atendía al paciente había utilizado el Venofer®, pero no estaba familiarizado con el Vfend®.

Recomendaciones: La similitud entre los nombres de los medicamentos es una causa frecuente de errores de medicación. Hay muchos medicamentos con nombres similares. Por ello, el ISMP y otras organizaciones consideran que es necesario tomar medidas dirigidas específicamente a evitar los

errores por esta causa. La *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* incluyó entre los *National Patient Safety Goals* del 2005 que las instituciones debían elaborar y revisar al menos anualmente una lista de los medicamentos con nombres similares utilizados en el centro y establecer medidas para evitar errores por confusión entre estos medicamentos.

Para preparar una relación de medicamentos con similitud en los nombres, se puede consultar en la página web del ISMP-España o del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos (COF) (www.portalfarma.com) la lista de los medicamentos con nombres similares que se prestan a confusión y seleccionar aquellos medicamentos disponibles en el centro que presentan un riesgo elevado de equivocación en los nombres. Esta lista fue elaborada en el año 2005 con las notificaciones recogidas a través de la campaña de prevención de errores por similitud en los nombres de los medicamentos que fue iniciada por ambos organismos y desde entonces mantienen una base de datos actualizada a nivel nacional.

Entre las medidas que se aconseja implantar para evitar este tipo de errores están:

- Dar a conocer a los profesionales del centro los nombres de medicamentos que se prestan a confusión.
- Evaluar la posible similitud en el nombre, cuando se incorpora un nuevo medicamento a la guía farmacoterapéutica del centro.
- Colocar notas de alerta en los cajetines o lugares donde se almacenen medicamentos con nombres similares que adviertan de la posibilidad de error.
- Evitar la colocación de los medicamentos con riesgo elevado de confusión en lugares próximos.
- Incorporar alertas en el sistema informático de la farmacia.
- Facilitar la diferenciación de estos medicamentos en el sistema informático, en el etiquetado de cajetines o gavetas, etc, destacando en mayúsculas las letras de los nombres que son distintas.
- Concienciar a los prescriptores de la importancia de la correcta legibilidad de los tratamientos y de que se indique el motivo del mismo.
- Implantar la prescripción electrónica.



- Corroborar con el médico la prescripción siempre que exista cualquier duda sobre la misma.
- Informar a los pacientes y animarles para que tomen parte activa en su tratamiento y consulten ante cualquier duda.

En el momento actual, cualquier error de medicación que ocurra por esta causa, bien sea por confusión entre pares de nombres nuevos o por confusión entre pares de nombres que ya están incluidos en el listado mencionado anteriormente, puede notificarse a través de la web del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos (www.portalfarma.com) o al ISMP-España (www.usal.es/ismp). Después de la publicación de dicho listado inicial se han comunicado errores por confusión entre los nuevos pares de nombres de medicamentos que se recogen en la siguiente tabla:

Nuevos pares de nombres similares de medicamentos

- Cardiovás- Co Diován
- Cardurán- Condrosán
- Clotiapina- Clozapina
- Dalparán- Dafalgán
- Decentán- Dercutane
- Dorival- Dolvirán
- Esmerón- Esmolol
- Ferplex- Flurpax
- Fondaparinux- Fraxiparina
- Parizac- Pazital
- Paidofebril- Paidoterín
- Pentoxifilina- Pectox-lisina
- Plasimine- Polaramine
- Relpax- Relapaz
- Sinequan- Sinogán
- Sutril- Sufil
- Termalgín- Terbasmán
- Tramadol- Tromalyt
- Tramadol- Xumadol
- Vfend- Venofer

(para añadir al listado inicial publicado en 2005)

2. Errores por etiquetado o envasado similar

* TARCEVA® comprimidos de 100 y 150 mg (erlotinib):

Se ha comunicado un nuevo error debido a la similitud en el envasado de un medicamento comercializado por laboratorios Roche. En este caso, a un paciente se le dispensó por error **Tarceva® 100 mg** en lugar de **Tarceva® 150 mg**. Como se puede observar, el cartón de ambas especialidades presenta el mismo diseño y colores, por lo que es fácil que puedan producirse confusiones.



Recomendaciones: Se debe prestar una especial atención a las especialidades con etiquetado y/o envasado de apariencia similar. Este problema se origina fundamentalmente porque los laboratorios no diseñan el envasado de sus productos considerando la seguridad en su utilización, ni efectúan test de evaluación de la seguridad de su uso con los profesionales y pacientes, antes del registro.

Para prevenir posibles errores, se recomienda incorporar alertas en los lugares de almacenamiento para advertir de la posibilidad de confusión entre estas especialidades, así como revisar con los pacientes la medicación dispensada.

3. DURACIÓN EXCESIVA DE LOS TRATAMIENTOS: FLATORIL®/ CLANZOFLAT®

Flatoril® y **Clanzoflat®** son asociaciones de simeticona o dimeticona con cleboprida, agente procinético con actividad antidopaminérgica que puede dar lugar a la aparición de efectos adversos extrapiramidales. Se han registrado varios casos de pacientes con parkinsonismo, tras la toma de estos medicamentos durante largos periodos de tiempo (>1 año). En todos los casos, se habían prescrito para trastornos digestivos inespecíficos y se mantenían de forma continuada, sin advertir el riesgo potencial que implica su administración prolongada. Tampoco se había reconocido el origen medicamentoso del parkinsonismo. Afortunadamente tras la retirada de estos medicamentos se resolvió progresivamente el cuadro neurológico.

Recomendaciones: Es importante efectuar periódicamente una revisión de toda la medicación de los pacientes, analizando si sigue siendo necesaria y comprobando los posibles efectos adversos e interacciones. Cuando aparece un parkinsonismo, se debe investigar de forma minuciosa todos los fármacos que recibe el paciente. Prestar especial atención a los pacientes que tomen **Flatoril®** o **Clanzoflat®**, ya que muchas veces los prescriptores no advierten que contienen cleboprida, además del antiflatulento.

ENCUESTA DEL ISMP-ESPAÑA SOBRE LA ADMINISTRACIÓN DE VINCRISTINA IV

La administración de vincristina por vía intratecal en lugar de por vía intravenosa es un error de consecuencias fatales para el paciente que desafortunadamente continúa ocurriendo y que, sin embargo, es necesario y posible prevenir. El ISMP-España y GEDEFO ha editado una alerta especial con recomendaciones dirigidas a evitar la administración de vincristina por vía intratecal.

Si usted trabaja en un hospital donde se administre quimioterapia IV e intratecal, por favor, complete esta encuesta sobre la administración de vincristina intravenosa y de la medicación intratecal. Para ello, puede imprimir esta página, cumplimentar la encuesta y enviarla al ISMP-España por fax (923 291174) o bien puede obtener el archivo de esta encuesta en formato word en la web del ISMP-España (www.usal.es/ismp), cumplimentarla y enviarla al ISMP-España por e-mail (ismp@usal.es)

Remitir solo una encuesta por cada hospital.

1. Por favor, indique si alguna de las siguiente estrategias de prevención de errores se está utilizando en su institución cuando se prepara, dispensa y/o administra vincristina IV.

Medidas de prevención de errores	Sí	No	Algunas veces
- ¿ Se prepara la vincristina IV diluida y acondicionada en minibolsa?			
- ¿ Se etiquetan las preparaciones de vincristina IV con una alerta que indique "Para uso exclusivo IV" o similar?			
- ¿ Se etiquetan las preparaciones de medicamentos para administración intratecal con una alerta que indique "Para uso exclusivo intratecal"?			
- ¿Se acondicionan las preparaciones de medicamentos para administración intratecal en una bolsa distintiva para diferenciarla de la medicación IV?			
- ¿La medicación intratecal se administra en un lugar separado de la medicación IV?			
- ¿En pacientes que van a recibir medicación intratecal e IV se programa la administración para efectuarla a diferentes tiempos?			
- ¿Si un paciente tiene prescrito vincristina IV y medicación intratecal a la vez, está establecido un procedimiento para verificar que se ha administrado la medicación intratecal antes de dispensar la vincristina IV (o viceversa)?			
- ¿Está establecido un sistema de doble chequeo por dos profesionales sanitarios distintos para comprobar la administración de la medicación intratecal?			
- Por favor, si se utilizan otras medidas para prevenir la administración equivocada de vincristina por vía intratecal, descríbalas brevemente:			

2. Por favor, indique la siguiente información sobre el hospital.

Nombre del hospital*:				
Nº de camas:	<input type="checkbox"/> ≤ 200	<input type="checkbox"/> 200-500	<input type="checkbox"/> 500-1000	<input type="checkbox"/> ≥ 1000
Tipo de hospital:	<input type="checkbox"/> Comarcal	<input type="checkbox"/> Provincial, general	<input type="checkbox"/> Provincial, con especialidades de Onco-Hematología	<input type="checkbox"/> Oncológico
Pacientes oncológicos que atiende:	<input type="checkbox"/> Adultos	<input type="checkbox"/> Pediátricos	<input type="checkbox"/> Adultos y pediátricos	
¿Se preparan los medicamentos citostáticos en el Servicio de Farmacia?	<input type="checkbox"/> Todos	<input type="checkbox"/> Ninguno	<input type="checkbox"/> Sólo parcialmente	

* Es un dato voluntario. Solo se utilizará para saber que no se procesa más de una encuesta del mismo hospital.

