

Cómo prevenir errores de medicación por

SIMILITUD DEL NOMBRE, ENVASE O ETIQUETADO DE MEDICAMENTOS

Según la OMS los medicamentos con nombres similares o con etiquetado y/o envasado parecido, denominados **“medicamentos LASA”** (del inglés: Look Alike-Sound Alike) son una **causa frecuente de errores y daños**, y suponen uno de los problemas que se debe abordar con prioridad



Errores por similitud en los nombres

nombres **genéricos** similares



dopamina y dobutamina
metamizol y metronidazol...

nombres **comerciales** similares



Almax y Atarax, Minipres y Minitrán
Zyvoxid y Zyloric...

nombres **comerciales** y **genéricos**



Trandate y tramadol...



Cuando las **letras comunes están al comienzo del nombre**, el riesgo de confusión parece ser mayor

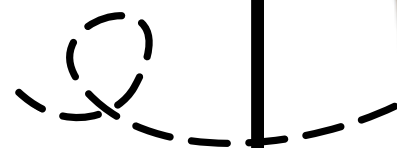
Por ejemplo, **levofloxacino**, **levotiroxina**, **levosimendan**,
levetiracetam, **levomepromazina**

Cómo prevenir errores de medicación por

SIMILITUD DEL NOMBRE, ENVASE O ETIQUETADO DE MEDICAMENTOS

Errores por similitud en envase o etiquetado

Confusión entre diferentes medicamentos o distintas presentaciones del mismo medicamento, fabricados por el **mismo laboratorio**



Confusión entre medicamentos de **distintos laboratorios** acondicionados en formatos de pequeño tamaño (ej. ampollas o viales) con un **diseño y disposición del etiquetado similar**

Uso de un **acondicionamiento con una apariencia similar** para medicamentos destinados a la **administración por diferentes vías** (p.ej. vía IV e epidural)



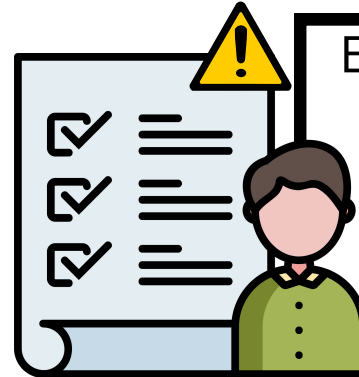
Cómo prevenir errores de medicación por

SIMILITUD DEL NOMBRE, ENVASE O ETIQUETADO DE MEDICAMENTOS

Algunas recomendaciones para prevenir estos errores



Implantar la tecnología de **código de barras** para verificar medicamentos



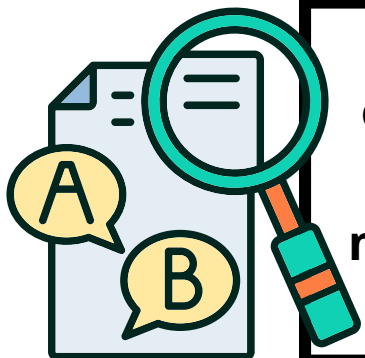
Elaborar **lista** reducida con nombres medicamentos que tengan mayor riesgo de ocasionar daños si se confunden y difundirla



Disponer de **prescripción electrónica**
Valorar **alertas** para medicamentos + problemáticos



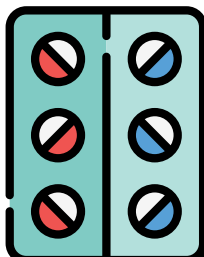
utilizar “letras mayúsculas resaltadas” (**tall man letters**) en nombres similares + problemáticos



Configurar prescripción electrónica y SAD para que profesional introduzca **al menos 5 letras** del nombre para buscar medicamento



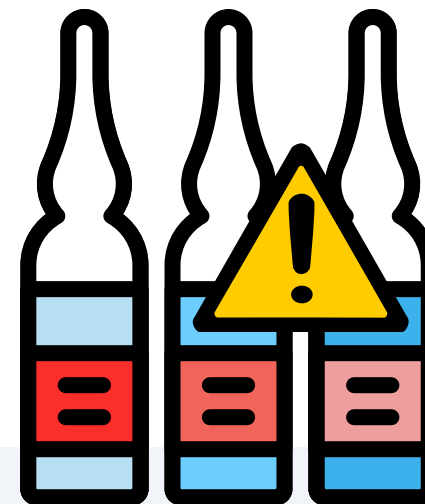
Utilizar la **DCI** (en España la **DOE**: Denominación Oficial Española), en lugar del nombre comercial



Si es posible, utilizar **nombre comercial**, además de DCI/DOE, para evitar confusiones entre medicamentos con DCI/DOE similares o que se comercializan en diferentes formulaciones

SIMILITUD DEL NOMBRE, ENVASE O ETIQUETADO DE MEDICAMENTOS

Recomendaciones específicas



Selección/Adquisición

- En los hospitales, establecer un procedimiento para revisar el nombre y el etiquetado/envasado de los nuevos medicamentos y evaluar el posible riesgo de confusión con los medicamentos ya disponibles en el centro, antes de incluir un nuevo medicamento en la Guía Farmacoterapéutica. También cuando se cambia de proveedor. Extremar las precauciones ante adquisiciones temporales motivadas por situaciones de desabastecimiento, cada vez más frecuentes.
- Siempre que sea posible, cuando se detectan medicamentos con etiquetado o envasado de apariencia similar, adquirirlos a distintos fabricantes si esto permite diferenciarlos.

Almacenamiento

- Evitar el almacenamiento de los medicamentos con riesgo elevado de confusión en lugares próximos.
 - Utilizar "letras mayúsculas resaltadas" en las etiquetas de los cajetines, gavetas o de las estanterías donde se almacenan medicamentos con nombres similares, para diferenciarlos.
 - En el caso de los medicamentos con envasado/etiquetado similares más problemáticos, colocar alertas auxiliares que adviertan de la posibilidad de error.
- En los SAD se recomienda almacenar los medicamentos con nombres similares en cajetines con tapa o en cajetines separados.

SIMILITUD DEL NOMBRE, ENVASE O ETIQUETADO DE MEDICAMENTOS

Recomendaciones específicas



Prescripción

- Prescribir preferentemente todos los medicamentos electrónicamente y comprobar los medicamentos que se han seleccionado en el programa.
- En caso de prescripción manual, escribir de forma legible y evitar abreviaturas. Especificar la dosificación y la forma farmacéutica. Se recomienda también incluir la indicación clínica para los medicamentos más problemáticos, con el fin de que otros profesionales sanitarios y los pacientes puedan contrastar el nombre del medicamento con el motivo de la prescripción.
- Restringir las prescripciones verbales a situaciones de emergencia u otras en las que no sea posible realizar una prescripción electrónica o manual. Establecer un procedimiento de verificación para aceptar estas prescripciones, de forma que el profesional que recibe la orden verbal la repita de nuevo al prescriptor, para verificar la exactitud de lo que ha oído.

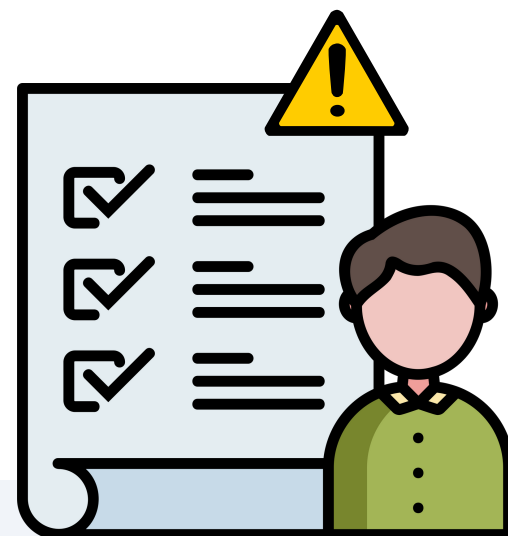
Dispensación

- Cuando se va a dispensar un medicamento, comprobar que el nombre, la dosis y la forma farmacéutica se corresponden con el prescrito. Extremar las precauciones si no se dispone de código de barras en la dispensación y ante medicamentos nuevos o no habituales.
- Al dispensar los medicamentos a los pacientes, verificar con ellos que el medicamento dispensado coincide con el prescrito, mostrándole el envase y el etiquetado del medicamento.

Administración

- Cuando se va a preparar y administrar un medicamento, leer detenidamente el etiquetado al retirarlo de un SAD, del carro de unidosis o del botiquín de la unidad. No confiar en una etiqueta parcialmente girada o en el color de la etiqueta o del tapón, para identificar un producto.
- Antes de administrar un medicamento, verificar que el nombre, la dosis, la forma farmacéutica y la vía de administración son correctos y se corresponden con la indicación para la que fue prescrito. Extremar las precauciones si no se dispone de código de barras en la administración.

Recomendaciones específicas



Transiciones asistenciales

- Al ingreso hospitalario o atención en consultas o en urgencias: obtener un listado único, completo y preciso de toda la medicación domiciliaria del paciente, a partir de las fuentes disponibles (historia electrónica, informes médicos, etc.) y verificarlo mediante entrevista con el paciente o cuidadores. Extremar la precaución con los nombres de medicamentos proclives a error o con los medicamentos nuevos o poco habituales.
- Al alta hospitalaria o de urgencias o al finalizar la consulta: recoger en el informe una lista completa con toda la medicación que especifique los cambios que se han producido en el tratamiento domiciliario. Proporcionar la hoja de medicación y las recetas al paciente o cuidadores, y explicarles la medicación y los cambios producidos, asegurándose de que comprenden la medicación que debe tomar y de que consulten ante cualquier duda.

Educación al paciente

- Sensibilizar a los pacientes y familiares o cuidadores sobre los problemas por confusiones entre los nombres o los envases de los medicamentos. Educarles para que comprueben siempre el nombre y el envase del medicamento que le dispensan en la farmacia, y que informen si les parece diferente.
- los pacientes y/o familiares o cuidadores qué principio activo es, para qué se va a utilizar y durante cuánto tiempo, cómo utilizarlo correctamente y los principales efectos adversos que cabe esperar. Asegurarse de que han comprendido la información.

Cómo prevenir errores de medicación por SIMILITUD DEL NOMBRE, ENVASE O ETIQUETADO DE MEDICAMENTOS

Más información:



The cover features the Patient Safety logo on the left and the World Health Organization logo on the right. The main title is 'Medication safety for look-alike, sound-alike medicines' in white and orange text on a blue background. Below the title is an image of a red and white capsule and a white tablet. At the bottom, it says 'MEDICATION WITHOUT HARM Global Patient Safety Challenge'.



The bulletin cover includes the ISMP-España logo and the issue information 'NÚMERO 52 - NOVIEMBRE 2023'. The title is 'Boletín de Recomendaciones para la Prevención de Errores de Medicación'. The main article title is 'Prevenção de errores de medicación causados por la similitud del nombre o de la apariencia de los medicamentos'. The text discusses the WHO's 2017 global patient safety challenge and provides recommendations for preventing medication errors.

Errores por similitud en los nombres de los medicamentos

Los medicamentos diferentes que presentan una similitud fonética u ortográfica en sus nombres son una causa de errores de medicación del tipo "medicamento equivocado" ^{2,4,7}. Estos errores pueden ocurrir por confusión entre nombres genéricos similares (p.ej. dopamina y dobutamina, cisplatino y carboplatino, metamizol y metronidazol), entre nombres comerciales (p.ej. Almax y Atarax, Benert y Beriplex, Minipres y Minitrán, Zymoaid y Zyloric), o entre nombres comerciales y genéricos (p.ej. Trandate y tramadol) ⁸.

Las confusiones se atribuyen a que los medicamentos presentan algunas letras idénticas o similares en sus nombres, bien sea al principio, en el medio o al final ². En particular, cuando las letras comunes están al comienzo del nombre, el riesgo de confusión parece ser mayor ². Por ejemplo, son frecuentes las confusiones entre los medicamentos cuyo nombre comienza por "lev" (levofloxacino, levotiroxina, levosimendan, levetiracetam levomepromazina).

Los nombres genéricos o denominaciones comunes internacionales (DCI) se establecen por la OMS. Para formar estos nombres se utilizan prefijos, infijos y sobre todo sufijos para identificar a los principios activos que pertenecen a un mismo grupo con actividad farmacológica similar (p.ej. -prazol para los inhibidores selectivos de la bomba de protones, -calci- para los análogos de la vitamina D, etc.). Aunque no cabe duda de las innegables ventajas en términos de seguridad de la DCI, ya que es un nombre estandarizado y único a nivel internacional, que permite una identificación clara e inequívoca de los fármacos por los profesionales de la salud y evita duplicidades en la prescripción y administración, es preciso considerar que en ocasiones, la partícula común que comparten los medicamentos del mismo grupo puede contribuir a una mayor semejanza entre sus nombres (p.ej. cef- para las cefalosporinas, vin- para los alcaloides de la vinca) ^{10,11}. Por ello, es necesario prestar particular atención a las DCI previas a confusión y aplicar medidas de prevención de errores.

La prevalencia de estos errores se desconoce, pero se estima que podrían representar entre el 6,2% y el 14,7% de los errores de medicación ⁷.

Hay diversos factores que aumentan el riesgo de que se produzcan confusiones entre medicamentos con nombres similares, como son que coincide además la forma farmacéutica, dosis o intervalo de administración, que tengan la misma indicación, o que el etiquetado y/o envasado presente una apariencia similar ^{2,5}. También las prescripciones manuscritas poco legibles o las prescripciones verbales poco claras, el desconocimiento del nombre del medicamento por los profesionales, en particular de medicamentos de reciente comercialización o poco habituales, etc.

ISMP

Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos
www.ismp-espana.org
info@ismp-espana.org

GOBIERNO DE ESPAÑA
MINISTERIO DE SANIDAD