

Recomendaciones para prevenir los errores causados por confusión en los nombres de los medicamentos

ISMP-España

ISMP

La confusión entre los nombres de los medicamentos es una causa frecuente de errores de medicación. Estos errores ocurren fundamentalmente por la similitud existente entre nombres comerciales (p.ej. *Aricept* y *Azilect*, *Sumial* y *Luminal*), entre nombres genéricos (p.ej. dopamina y dobutamina, valaciclovir y valganciclovir) o entre nombres comerciales y genéricos (p.ej. *Esmerón* y esmolol, *Rohipnol* y ropinirol). Los errores por esta causa pueden ocurrir en cualquier etapa del circuito de utilización de los medicamentos, desde la prescripción a la administración, pasando por el almacenamiento o la dispensación. Hay diversos factores que aumentan el riesgo de confusión entre los nombres de los medicamentos, como son una prescripción manuscrita poco legible, la coincidencia en la forma farmacéutica, dosis y/o intervalo de administración, la similitud en la apariencia del etiquetado y/o envasado, el desconocimiento del nombre del medicamento, en particular de medicamentos de reciente comercialización o poco habituales, etc.

El ISMP y otros organismos, como el *Consejo de Europa* y la *Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente de la Organización Mundial de la Salud*, consideran que es necesario sensibilizarse del papel que tienen los nombres de los medicamentos en la seguridad del paciente y establecer prácticas seguras para evitar los errores por esta causa. A continuación se recogen algunas recomendaciones dirigidas a instituciones y profesionales sanitarios.

Prácticas para reducir los errores por confusión en los nombres de los medicamentos

- ▶ Las instituciones deben revisar periódicamente los nombres de los medicamentos que disponen en el centro que se prestan a confusión, elaborar al menos anualmente una lista reducida con los nombres de medicamentos que tienen un mayor riesgo de ocasionar daño a los pacientes si se confunden, difundir esta lista a todos los profesionales del centro involucrados en el uso de los medicamentos y fomentar el cumplimiento de estrategias específicas para reducir este tipo de errores. Para elaborar dicha lista puede consultarse la base de datos de nombres de medicamentos similares que mantiene el ISMP-España (www.ismp-espana.org).
- ▶ Es importante promover la denominación de los medicamentos mediante el nombre del principio activo, en lugar del nombre comercial, dado que permite la identificación inequívoca de los medicamentos y facilita la comunicación entre profesionales y pacientes, tanto nacional como internacionalmente.
- ▶ En los hospitales, antes de incluir un nuevo medicamento en la guía farmacoterapéutica se debe evaluar el posible riesgo de confusión con los nombres de los medicamentos ya disponibles. También cuando se cambia de proveedor como resultado de modificaciones en los contratos de compra. Evitar siempre que sea posible que coexistan aquellos medicamentos cuyos nombres puedan ocasionar confusiones.
- ▶ Facilitar la diferenciación entre los medicamentos con nombres similares en todos los lugares del sistema de utilización de medicamentos. Una técnica propuesta es la utilización de "letras mayúsculas resaltadas" (*tall man lettering*), que consiste en destacar en mayúsculas las letras de los nombres que son distintas, con el fin de acentuar sus diferencias (p.ej. DOBUTamina, DOPamina). Estas letras pueden destacarse aún más utilizando letra negra, color, color de fondo o mediante otros recursos.

Es conveniente utilizar este procedimiento de diferenciación para distinguir los nombres de los medicamentos en las pantallas o listados de: sistemas informáticos de prescripción y de dispensación, prescripciones preimpresas, registros electrónicos de administración, sistemas automatizados de dispensación y bases de datos de bombas de infusión inteligentes. También en las etiquetas generadas en farmacia y en las etiquetas que se colocan en los cajetines, gavetas o estanterías de almacenamiento.

- ▶ Utilizar el nombre comercial, además del nombre del principio activo, en la descripción de los medicamentos que tienen un elevado riesgo de error o para evitar confusiones entre medicamentos que tienen diferentes formulaciones (p.ej. de liberación normal y retardada), tanto en los sistemas informáticos de prescripción y de dispensación, como en los registros electrónicos de administración y en los sistemas automatizados de dispensación. Conviene utilizar diferentes tipos de letras para los nombres de los principios activos que para los nombres comerciales (p.ej. mayúsculas y minúsculas), con el fin de advertir del riesgo de confusión y distinguir convenientemente los principios activos de los nombres comerciales de los medicamentos que los contienen.
- ▶ Implantar la prescripción electrónica. Configurar la descripción de los medicamentos en los sistemas de prescripción de forma que se evite al máximo el riesgo de seleccionar un medicamento equivocado, utilizando los procedimientos de diferenciación o de redundancia indicados anteriormente.



Prácticas para reducir los errores por confusión en los nombres de los medicamentos (continuación)

- ▶ La prescripción manual debe ser perfectamente legible. Escribir de forma clara y evitar abreviaturas. Especificar la dosificación y la forma farmacéutica. Con objeto de minimizar los errores por confusión en los nombres, se recomienda incluir la indicación clínica en la prescripción, para que otros profesionales sanitarios y los pacientes puedan contrastar el nombre del medicamento con el motivo de la prescripción.
- ▶ Evitar las prescripciones verbales. Establecer un procedimiento de verificación para las situaciones de emergencia u otras en que no sea posible la prescripción escrita, que indique la necesidad de que el profesional sanitario que reciba una prescripción verbal la repita de nuevo al médico, para verificar la exactitud de lo que ha oído, y que el médico la registre después en cuanto sea posible.
- ▶ Incluir señales de aviso en los sistemas informáticos de prescripción o de dispensación de la farmacia, para los medicamentos con mayor riesgo de confusión.
- ▶ Evitar el almacenamiento de los medicamentos con riesgo elevado de confusión en lugares próximos. Utilizar "letras mayúsculas resaltadas" en los letreros de los cajetines, gavetas o de las estanterías donde se almacenen medicamentos con nombres similares, para diferenciar los nombres y advertir del riesgo de confusión. Si es preciso, colocar alertas auxiliares que adviertan de la posibilidad de error.
- ▶ Antes de dispensar o de administrar un medicamento, verificar que el nombre, la dosis y la forma farmacéutica son correctos. Comprobar que el medicamento se corresponde con la indicación para la que fue prescrito. Extremar las precauciones ante medicamentos nuevos o no habituales.
- ▶ Corroborar con el médico la prescripción siempre que exista cualquier duda sobre la misma. No asumir o sobreentender nada.
- ▶ Implantar un sistema automatizado de verificación, mediante código de barras o radiofrecuencia, que permita garantizar la selección correcta del medicamento, dosis y vía, en el momento de la administración.
- ▶ Sensibilizar a los pacientes, familiares y cuidadores sobre los problemas por confusiones entre los nombres de los medicamentos, e informarles de cómo evitarlos.
- ▶ Instruir a los pacientes para que se fijen y utilicen siempre el nombre de los principios activos como elemento identificativo de los medicamentos que toman.
- ▶ Revisar los tratamientos con los pacientes, comprobando que conocen los medicamentos que toman. Elaborar y/o supervisar con ellos un listado de los medicamentos que están tomando que especifique: nombre del principio activo, nombre comercial, pauta posológica, indicación y duración del tratamiento. Instarles a que lleven consigo esta lista siempre que soliciten asistencia sanitaria.
- ▶ Al dispensar los medicamentos, verificar con el paciente que el medicamento dispensado se corresponde con el prescrito, mostrándole el envase y el etiquetado del medicamento. Educarlo para que compruebe siempre el nombre y el envase del medicamento que le han dispensado en la farmacia, y se asegure que coincide con el prescrito.
- ▶ Animar a los pacientes para que tomen parte activa en su tratamiento y consulten ante cualquier duda sobre los medicamentos que están recibiendo.

Referencias:

- Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos. Campaña de prevención de errores de medicación causados por similitud en los nombres de los medicamentos. Madrid, 2005.
- Cohen MR. The role of drug names in medication errors. En: Cohen MR, editor. Medication Errors. 2nd ed. Washington (DC): American Pharmaceutical Association; 2007. p. 87-110.
- Expert Group on Safe Medication Practices. Creation of a better medication safety culture in Europe: Building up safe medication practices. Marzo 2007. Disponible en: http://www.coe.int/t/e/social_cohesion/soc-sp/Medication%20safety%20culture%20report%20E.pdf
- World Health Organization. World Alliance for Patient Safety. Patient Safety Solutions. Look-alike, sound-alike medication names. Patient Safety Solutions. Solution 1. May 2007. Disponible en: <http://www.ccforspatientsafety.org/>
- Institute for Safe Medication Practices. Progress with preventing name confusion errors. ISMP Medication Safety Alert! 2007 August 9; 12 (16): 1-3.
- Otero López MJ, Martín Muñoz R, Sánchez Barba M, et al, en representación del Grupo de Trabajo TML. Elaboración de una relación de nombres de medicamentos similares en los que se recomienda utilizar letras mayúsculas resaltadas. Farm Hosp. 2011; 35: 225-35. Disponible en: http://www.sefh.es/fh/118_121v35n05pdf002.pdf

