

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

ISMP-España



La confusión en los nombres de los medicamentos es una causa frecuente de errores de medicación. Estos errores ocurren fundamentalmente por la similitud existente entre los nombres comerciales (p.ej. *Aricept* y *Azilect*, *Sumial* y *Luminal*), entre los nombres genéricos (p.ej. dopamina y dobutamina, metimazol y metamizol) o entre los nombres comerciales y los genéricos (p.ej. *Alapryl* y enalapril, *Esmerón* y esmolol). Los errores por esta causa pueden ocurrir en cualquier etapa durante la 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, la dosis y/o el 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 medicamentos que disponen en el centro que se prestan a confusión, elaborar al menos anualmente una lista reducida con los nombres proclives a errores 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 pueden consultar la base de datos con nombres de medicamentos similares que mantiene el ISMP-España con el Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos.
- ▶ Es importante promover el uso de los nombres genéricos en lugar de los nombres comerciales en todo el circuito de utilización del medicamento, dado que permiten la identificación inequívoca de los medicamentos y facilitan 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 donde aparezcan nombres. Un procedimiento propuesto es el denominado "tall man lettering" que consiste en destacar en mayúsculas las letras de los nombres que son distintas (p.ej. DOBUTamina, DOPamina), con el fin de fijar la atención sobre ellas. Estas letras pueden destacarse aún más utilizando letra negrita, 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 en farmacia, prescripciones preimpresas, hojas de administración de enfermería informatizadas, 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 genérico junto con el nombre comercial en la descripción de medicamentos con elevado riesgo de error, o cuando se producen confusiones entre nombres genéricos y comerciales, tanto en los sistemas informáticos de prescripción y de dispensación, como en las hojas de administración de enfermería y en los sistemas automatizados de dispensación. Conviene utilizar diferentes tipos de letras, para los nombres genéricos que para los comerciales (p.ej. mayúsculas y minúsculas), con el fin de advertir del riesgo de confusión y distinguir convenientemente entre los principios activos y 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. Para 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, de forma que el profesional sanitario que reciba la prescripción verbal la repita de nuevo al médico, para verificar la exactitud de lo que ha oído, y 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 "tall man lettering" 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 genérico 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 genérico, 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.ccforsafety.org/>
- Institute for Safe Medication Practices. Progress with preventing name confusion errors. ISMP Medication Safety Alert! 2007 August 9; 12 (16): 1-3.

