

# MEDICAMENTOS DE ASPECTO O NOMBRE PARECIDOS



Grupo de trabajo:

Buenas prácticas en el uso de medicamentos



#### DECLARACIÓN DEL PROBLEMA E IMPACTO:

---

La existencia de nombres confusos de medicamentos es una de las causas más comunes de error de medicación y es una preocupación en todo el mundo <sup>(1)</sup>. Con decenas de miles de medicamentos actualmente en el mercado, el potencial de error por causa de nombres confusos de los medicamentos es importante. Esto incluye denominaciones comunes y especiales (marcas registradas o nombres comerciales). Muchos medicamentos tienen aspecto o nombre parecidos a otros medicamentos. Contribuyen con esta confusión la caligrafía ilegible, el conocimiento incompleto de los nombres de los medicamentos, los productos nuevos en el mercado, los envases o etiquetas similares, el uso clínico similar, las concentraciones similares, las formas de dosificación, la frecuencia de administración, la falta de reconocimiento por parte de fabricantes y organismos de reglamentación del potencial de error y la falta de realización de rigurosas evaluaciones de riesgo, tanto en caso de las denominaciones comunes como de las marcas registradas, previo a la aprobación de los nombres para los productos nuevos <sup>(2,3)</sup>.

En 2004, sólo en los Estados Unidos de América, se dio parte de más de 33 000 denominaciones de medicamentos de marca registrada y 8000 denominaciones comunes <sup>(4)</sup>, y en el mercado canadiense se dio parte de un estimado de 24000 productos médicos terapéuticos. El Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos (ISMP) publicó un listado de ocho páginas con pares de nombres de medicamentos que efectivamente se ven involucrados en errores de medicación <sup>(5)</sup>. Existen muchas otras combinaciones que tienen aspectos o nombres parecidos (LASA) que podrían tener como resultado errores de medicación. La Tabla I incluye ejemplos de pares de nombres iguales y parecidos a medicamentos comercializados en España.

#### TEMAS ASOCIADOS

---

El Grupo de Expertos en Denominaciones Comunes Internacionales de la Organización Mundial de la Salud trabaja para determinar denominaciones comunes internacionales para las sustancias farmacéuticas medicinales, para su aceptación en todo el mundo. No obstante, los nombres de las marcas son determinados por el patrocinador del producto, y a menudo difieren bastante entre los países. Algunos medicamentos, si bien se comercializan bajo la misma marca o una que suena parecido, pueden contener distintos ingredientes activos en distintos países. Es más, el mismo medicamento comercializado por más de una empresa podría tener más de una marca.

Las marcas, también denominadas nombres comerciales o nombres fantasía, son aprobadas por un organismo de reglamentación como por ejemplo la FDA en los Estados Unidos o el Grupo de Revisión de Nombres Fantasía (INRG)/Comité para la Evaluación de Productos Medicinales (CPMP) en la Unión Europea.

En los últimos años, durante el proceso de denominación, las autoridades han evaluado el potencial de confusión de un nombre con otros medicamentos, entre otros criterios. También los fabricantes de medicamentos comenzaron a incorporar métodos de evaluación informática y pruebas de facultativos en su proceso de desarrollo de una marca. Aun así, continúan aprobándose denominaciones nuevas similares a otras ya existentes, y siguen sucediéndose los errores de medicación. Además, han surgido muchos problemas con pares de nombres de medicamentos en un país que representan un problema similar en otro lado. Por ejemplo, los medicamentos Losec (omeprazol) y Lasix (furosemida) son una cuestión problemática en todo el mundo. Se necesita más investigación para desarrollar los mejores métodos para asegurar que las nuevas marcas y denominaciones comunes no se confundan. Además, los organismos de



reglamentación de todo el mundo y la industria farmacéutica mundial deben hacer más énfasis en las cuestiones de seguridad asociadas con los nombres de los medicamentos.

El potencial en aumento de errores de medicación por medicamentos con aspecto o nombres parecidos se destacó en la Alerta del Evento Centinela de la Comisión Conjunta <sup>(7)</sup> en los Estados Unidos de América y se incorporó a los Objetivos nacionales para la seguridad del paciente de la Comisión Conjunta <sup>(8)</sup>. Las recomendaciones se centran en asegurar la legibilidad de las recetas, mediante una mejora de la caligrafía y la impresión, o el uso de órdenes preimpresas o recetas electrónicas. Exigir que las órdenes de medicamentos y recetas incluyan tanto la marca como la denominación común, la forma de dosificación, la concentración, las instrucciones e indicaciones de uso puede resultar útil para diferenciar los medicamentos de aspecto o nombre parecidos.

Exigir la lectura posterior(\*) y la aclaración de las órdenes orales y mejoras en la comunicación con los pacientes son otras formas importantes de reducir el potencial de error <sup>(9)</sup>.

\*Proceso mediante el cual tiene lugar una comunicación oral, se transcribe y se vuelve a leer al interlocutor. Este proceso asegura de la mejor manera que el mensaje haya sido escuchado y transcrito correctamente.

Otras recomendaciones dirigidas a minimizar la confusión de denominaciones incluyen la realización de un análisis periódico de los nombres de los productos nuevos, la separación física de los medicamentos con aspecto o nombre parecidos en todas las áreas de almacenamiento, la inclusión tanto de la marca como de la denominación común en las órdenes de medicamentos para ofrecer una redundancia, y la utilización de tamaños de letra mezclada (mayúsculas y minúsculas) al escribir (por ej., DOPamina en comparación con DoBUTamina), para hacer énfasis en las diferencias entre los nombres de los medicamentos <sup>(10)</sup>. También se recomienda la capacitación y educación de los profesionales de atención sanitaria sobre medicamentos de aspecto o nombre parecidos y el importante riesgo de errores de medicación, porque la educación inadecuada de los profesionales de atención sanitaria puede ser un factor contribuyente al fracaso en la solución de este problema. Al incorporar medidas como estas, las organizaciones de atención sanitaria pueden disminuir en gran medida el riesgo de errores de medicación por este tipo de medicamentos.

Si bien muchos errores debidos a medicamentos de aspecto o nombre parecidos ocurren en hospitales, el problema es al menos igual de grave en entornos de atención ambulatoria, que requieren el mismo grado de rigor en la implementación de estrategias de reducción de riesgos.



### MEDIDAS SUGERIDAS

---

Las siguientes estrategias deberán ser tenidas en cuenta por los hospitales del SSPA

1. Garantizar que las organizaciones de atención sanitaria identifiquen y administren activamente los riesgos asociados con los medicamentos de aspecto o nombre parecidos mediante:

- a. La revisión anual de este tipo de medicamentos en su organización.

**8 PUNTOS**

*PUNTO 67 del Cuestionario de autoevaluación de la seguridad del sistema de utilización de los medicamentos en los hospitales del ISMP-España*

- b. La implementación de protocolos clínicos que:

- Minimizar el uso de órdenes orales y telefónicas. **4 PUNTOS**

*PUNTO 58 del Cuestionario de autoevaluación de la seguridad del sistema de utilización de los medicamentos en los hospitales del ISMP-España*

- Hacer énfasis en la necesidad de leer atentamente la etiqueta cada vez que se tiene acceso a un medicamento, y otra vez antes de su administración, en vez de confiar en el reconocimiento visual, la ubicación u otras pautas menos específicas.

- Hacer énfasis en la necesidad de verificar el propósito del medicamento en la receta u orden, y, antes de administrarlo, verificar que haya un diagnóstico activo que coincida con el propósito o la indicación. **8 PUNTOS**

*PUNTO 74 del Cuestionario de autoevaluación de la seguridad del sistema de utilización de los medicamentos en los hospitales del ISMP-España*

- Incluir tanto la designación común como la marca del medicamento en las órdenes y etiquetas de los medicamentos, con la designación común cerca de la marca, y con letras más grandes.

- c. La elaboración de estrategias para evitar la confusión o interpretación incorrecta causada por recetas u órdenes de medicamentos ilegibles, incluyendo las que:

- Requieren la impresión de los nombres y las dosis del medicamento.

- Hacen énfasis en las diferencias en el nombre del medicamento utilizando métodos tales como la mezcla de mayúsculas y minúsculas. **4 PUNTOS**

*PUNTO 73 del Cuestionario de autoevaluación de la seguridad del sistema de utilización de los medicamentos en los hospitales del ISMP-España*

- Los nemónicos de los medicamentos deben diseñarse para que no aparezcan en la misma pantalla del ordenador medicamentos con nombres similares. **8PUNTOS**

*PUNTO 70 del Cuestionario de autoevaluación de la seguridad del sistema de utilización de los medicamentos en los hospitales del ISMP-España*



## MEDICAMENTOS DE ASPECTO O NOMBRE PARECIDOS

### Buenas prácticas en el uso de medicamentos

- d. El almacenamiento de los medicamentos problemáticos en sitios separados o en orden no alfabético, como por ejemplo por número de recipiente, en estantes o en dispositivos de dispensación automática. **4 PUNTOS**

*PUNTO 69 del Cuestionario de autoevaluación de la seguridad del sistema de utilización de los medicamentos en los hospitales del ISMP-España*

- e. La utilización de técnicas tales como negrita y colores diferentes para reducir la confusión asociada con el uso de nombres similares en etiquetas, recipientes de almacenamiento y estantes, pantallas de ordenador, dispositivos de dispensación automática y registros de administración de medicamentos.

- f. La elaboración de estrategias para involucrar a pacientes y cuidadores en la reducción de riesgos a través de:

- Entregar a pacientes y cuidadores información escrita sobre los medicamentos, incluidas las indicaciones del medicamento, la denominación común y la marca, y los posibles efectos secundarios del medicamento. **4 PUNTOS**

*PUNTO 173 del Cuestionario de autoevaluación de la seguridad del sistema de utilización de los medicamentos en los hospitales del ISMP-España*

- Elaborar estrategias para incluir a los pacientes con trastornos de visión, diferencia de idiomas y conocimientos limitados de la atención sanitaria.
- Prever la revisión de los medicamentos dispensados por parte del farmacéutico, junto al paciente, para confirmar las indicaciones y la apariencia esperada, en especial al dispensar un medicamento que se sabe que tiene un nombre problemático. **4 PUNTOS**

*PUNTO 182 del Cuestionario de autoevaluación de la seguridad del sistema de utilización de los medicamentos en los hospitales del ISMP-España*

- g. La garantía de cumplimiento de todos los pasos del proceso de administración de medicamentos por parte de personas calificadas y competentes. **12 PUNTOS**

*PUNTO 68 del Cuestionario de autoevaluación de la seguridad del sistema de utilización de los medicamentos en los hospitales del ISMP-España*

2. Incorporar educación sobre medicamentos con el potencial de tener aspecto o nombre parecidos en el plan de estudios, orientación y desarrollo profesional permanente para los profesionales de atención sanitaria.

- a. Garantizar que en la adquisición de medicamentos se incorporen las consideraciones respecto a este tipo de medicamentos a tener en cuenta y las pruebas del usuario en el proceso de adquisición del producto nuevo. **12 PUNTOS**

*PUNTO 68 del Cuestionario de autoevaluación de la seguridad del sistema de utilización de los medicamentos en los hospitales del ISMP-España*



#### **EXPECTATIVAS**

---

La utilización de Prescripción Electrónica Asistida (PEA), códigos de barra o dispositivos de dispensación automática para minimizar errores de medicación deben reconocer los riesgos asociados con la PEA. Entre ellos se incluyen el tamaño limitado de los campos, que da como resultado el truncamiento de nombres o campos de datos de “autollenado”. Deberían estudiarse la posibilidad de incluir definiciones de sufijos en los sistemas PEA y la incorporación de alertas de nombres en los sistemas de PEA.

#### **SOLIDEZ DE LA EVIDENCIA**

---

Opinión y consenso de expertos.

#### **APLICABILIDAD**

---

- Reguladores (organizaciones y autoridades sanitarias).
- Empresas farmacéuticas.
- Todos los entornos donde se ordenan, dispensan o administran medicamentos.
- Situaciones de manejo de medicamentos por pacientes en cama, incluida la autoadministración y a administración por parte de un familiar o cuidador.

#### **OPORTUNIDADES DE PARTICIPACIÓN DEL PACIENTE Y DE LA FAMILIA**

---

Aconsejar, instruir y sensibilizar a los pacientes, las familias y los cuidadores sobre los problemas potenciales relacionados con los medicamentos de aspecto o nombre parecidos y cómo evitarlos, por ejemplo, cómo leer las palabras con mayúsculas y minúsculas mezcladas en las etiquetas.

- Animar a los pacientes, a las familias y a los cuidadores a aprender la denominación común como identificador clave de sus medicamentos.
- Instruir a los pacientes sobre cómo alertar a los cuidadores siempre que un medicamento parezca variar en cualquier forma respecto al modo en que generalmente se toma o es administrado.
- Alertar a los pacientes respecto al problema de los medicamentos de aspecto o nombre parecidos cuando obtengan sus medicamentos por Internet.
- Fomentar en los pacientes el uso de las farmacias de su comunidad como fuente de información sobre medicamentos de aspecto nombre parecidos y otras fuentes de error de medicación, y cómo evitarlos.



### BARRERAS POTENCIALES

---

- Producción y comercialización continuadas de medicamentos de aspecto o nombres parecidos.
- Preferencias personales de quienes recetan, y su falta de disposición para cumplir con un formulario limitado.
- Campaña de educación compleja, necesaria para informar a pacientes y facultativos.
- Costos relacionados con la presentación de aplicaciones de tecnología para recetar.
- Falta de recursos para implementar un soporte tecnológico como la PEA.
- Expansión del uso de envases que caracterizan la marca dentro de la industria.
- Aumento en el desarrollo de productos de múltiples concentraciones combinadas con sufijos descriptores comunes.
- Falta de un método estándar de empleo de combinación de letras mayúsculas y minúsculas.
- Uso sistemático de marcas en lugar de denominaciones comunes.
- Presión a nivel de comercialización de las empresas farmacéuticas para usar las marcas.
- Reticencia de las autoridades y los profesionales de atención sanitaria a fomentar el uso de las denominaciones comunes de los medicamentos.
- Insuficiente investigación generalmente aceptada, datos y justificación económica referentes al análisis de costo y beneficio o el retorno de la inversión (ROI) para la implementación de estas recomendaciones.
- RIESGOS DE CONSECUENCIAS NO DELIBERADAS
- Necesidad percibida del aumento de los costos de producción que luego se transfieren a los pacientes y a las instituciones.
- Promoción del uso de la marca, concentrándose en estrategias de reducción de riesgos en vez de en la prevención de riesgos mediante el uso de denominaciones comunes.

**TOTAL PUNTUACIÓN PRÁCTICA: 68 PUNTOS**



### REFERENCIAS

---

1. Lambert BL et al. Similarity as a risk factor in drug-name confusion errors. *Medical Care*, 1999, 37(12):1214–1225.
2. McCoy LK. Look-alike, sound-alike drugs review: include look-alike packaging as an additional safety check. *Joint*
3. *Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 2005, 31(1):47–53.
4. Hoffman JM, Proulx SM. Medication errors caused by drug name confusion. *Drug Safety*, 2003,26:445–452.
5. Drug name confusion: preventing medication errors. *FDA Consumer Magazine*, July–August 2005, 39(4). [http://www.fda.gov/fdac/features/2005/405\\_confusion.html](http://www.fda.gov/fdac/features/2005/405_confusion.html).
6. [fda.gov/fdac/features/2005/405\\_confusion.html](http://www.fda.gov/fdac/features/2005/405_confusion.html).
7. Look-alike and sound-alike drug names—a step forward. *Hospital News*, January 2004. <http://ismp-canada.org/download/HNews0401.pdf>.
8. [www.ismp.org/Tools/confuseddrugnames.pdf](http://www.ismp.org/Tools/confuseddrugnames.pdf), accessed 11 June 2006).
9. ISMP’s list of confused drug names. Huntingdon Valley, PA, Institute for Safe Medication Practices, 1 April 2005 (<http://www.ismp.org/Tools/confuseddrugnames.pdf>).
10. Look-alike, sound-alike drug names. *Sentinel Event Alert*, Issue 19, May 2001. *Joint Commission*.[http://www.jointcommission.org/SentinelEvents/SentinelEventAlert/sea\\_19.htm](http://www.jointcommission.org/SentinelEvents/SentinelEventAlert/sea_19.htm).
11. [org/SentinelEvents/SentinelEventAlert/sea\\_19.htm](http://www.jointcommission.org/SentinelEvents/SentinelEventAlert/sea_19.htm).
12. 2006 National Patient Safety Goals. Oakbrook Terrace, IL, The Joint Commission, 2006 ([http://www.jointcommission.org/PatientSafety/NationalPatientSafetyGoals/06\\_npsg\\_cah.htm?print=yes](http://www.jointcommission.org/PatientSafety/NationalPatientSafetyGoals/06_npsg_cah.htm?print=yes), accessed 11 June 2006).
13. [org/PatientSafety/NationalPatientSafetyGoals/06\\_npsg\\_cah.htm?print=yes](http://www.jointcommission.org/PatientSafety/NationalPatientSafetyGoals/06_npsg_cah.htm?print=yes), accessed 11 June 2006).
14. Davis NM, Cohen MR, Teplitsky B. Look-alike and sound-alike drug names: the problem and the solution. *Hospital Pharmacy*, 1992, 27:95–98, 102–105, 108–110.
15. Filik R et al. Drug name confusion. Evaluating the effectiveness of capital (« Tall Man ») letters using eye movement data. *Social Science & Medicine*, 2004, 59:2597–2601.
16. *Social Science & Medicine*, 2004, 59:2597–2601.





### OTROS RECURSOS SELECCIONADOS

---

1. Improve core processes for dispensing medications: eliminate or reduce the availability of multiple medication strengths. IHI Patient Safety Medication Systems Changes. Cambridge, MA, Institute for Healthcare Improvement, 2006  
<http://www.ihl.org/IHI/Topics/PatientSafety/MedicationSystems/Changes/Improve+Core+Processes+for+Dispensing+Medications.htm>, accessed 11 June 2006
2. Look-alike/sound-alike medication errors. Safety First Alert, January 2001. Massachusetts Coalition for the Prevention of Medical Errors.  
<http://www.macoalition.org/documents/SafetyFirst4.pdf>
3. National Quality Forum (NQF) Safe Practices for Better Health Care:  
[http://www.qualityforum.org/projects/completed/safe\\_practices/](http://www.qualityforum.org/projects/completed/safe_practices/)

#### Nombres idénticos de medicamentos

<b>AKNEFUG</b>	Benzoilo peróxido (Suiza)	Eritromicina (Alemania)
<b>BUPREX</b>	Ibuprofeno (Ecuador)	Buprenorfina (España)
<b>CELEX</b>	Cefalexina (Tailandia)	Clonixina (Chile)
<b>MONOCID</b>	Claritromicina (Austria)	Cefonicid (Portugal)
<b>MOXACEF</b>	Cefadroxilo (Bélgica)	Moxalactam (Italia)
<b>PREVISCAN</b>	Fluindiona (Francia)	Pentoxifilina (Argentina)
<b>SERENAL</b>	Oxacepan (Portugal)	Clozazolam (Japón, Argentina)
<b>SERENASE</b>	Lorazepam (Bélgica)	Haloperidol (Italia)
<b>VERMIN</b>	Piperazina (México)	Verapamilo (Finlandia)



### Medicamentos de nombres similares

EFEROX (Levotiroxina-Alemania)	EFEXOR (Venlafaxina-Suiza)
--------------------------------	----------------------------

IBIMYCIN (Doxicilina-Thailandia)	IBIMICYN (Ampicilina-Italia)
----------------------------------	------------------------------

IMEX (Tetraciclina-Alemania)	IMET (Indometacina-Italia)
------------------------------	----------------------------

MONOCID (ver anterior)	Monocide (Bioaletrina-Israel)
------------------------	-------------------------------

PRAZAC (Prazosina-Dinamarca)	PROZAC (Fluoxetina-España)
------------------------------	----------------------------

SERELAN (Mianserina-Bélgica)	SERENAL (ver anterior)
------------------------------	------------------------

VIVARIN (Cafeina-EEUU)	VIVARINT (Viloxazina-España)
------------------------	------------------------------