

Butlletí de Prevenció d'Errors de Medicació

de Catalunya

Vol. 19, núm. 3 · julio – septiembre 2021



Generalitat de Catalunya
Departament de Salut

Butlletí de
Prevenció d'Errors
de Medicació
de Catalunya

- Errores de medicación por similitud de nombres y envases en los diferentes ámbitos asistenciales.

Errores de medicación por similitud de nombres y envases en los diferentes ámbitos asistenciales ■

Mercè Armelles, Anna M. Jambrina. Servicio de Ordenación y Calidad Farmacéuticas. Dirección General de Ordenación y Regulación Sanitaria. Departamento de Salud.

■ Introducción

La Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) tiene, publicados en una guía,¹ unos criterios de aceptación de los nombres de los medicamentos de uso humano con el objetivo de evitar aquellos nombres que puedan inducir a error en la prescripción o dispensación de medicamentos, por denominaciones ya existentes. En relación con los medicamentos que no requieren prescripción médica, la misma Agencia establece que su denominación no puede ser igual que la de otro medicamento de prescripción médica o financiado

con fondos públicos ni puede inducir a confusión. En definitiva, la norma trata de garantizar que el nombre del medicamento se identifique correctamente y que no induzca, en ningún caso, a error o confusión con otros medicamentos.

Según la guía mencionada, la denominación de un medicamento se puede constituir de dos maneras:

- Uso de la denominación oficial española (DOE) o de la denominación común internacional (DCI).
- Uso de la marca comercial.

El Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos (ISMP) ha publicado una [lista de medicamentos con nombres que se pueden confundir por su similitud](#), así como unas recomendaciones para prevenir este tipo de errores de medicación (EM).

En un número anterior de este boletín, publicado en octubre del año 2019, se hacía eco de estas recomendaciones, algunas de las cuales ya se han implementado en Cataluña.²

Recomendaciones para prevenir errores de medicación por similitud de nombres o de envases

- ✚ Revisar los nombres de los medicamentos que se prestan a confusión para elaborar **listas y difundirlas** a los profesionales.
- ✚ Promover el uso de los **nombres genéricos** para una identificación inequívoca del medicamento.
- ✚ Facilitar la diferenciación mediante el uso de **letras mayúsculas resaltadas (tall man lettering)**, que consiste en destacar en mayúsculas las letras de los nombres que son diferentes, para fijar la atención sobre las letras. Se tiene que aplicar cada vez que haya que distinguirlos en cualquier paso de la cadena de uso del medicamento.
- ✚ Implantar la **prescripción electrónica** y el **doble control** o lista de verificación en el proceso de dispensación/administración de medicamentos.
- ✚ **Evitar las prescripciones verbales.**
- ✚ **Evitar el almacenaje en lugares próximos** de los medicamentos con riesgo elevado de confusión.
- ✚ Implantar **sistemas automatizados de verificación** mediante código de barras o radiofrecuencia.
- ✚ **Corroborar con el médico la prescripción** siempre que haya duda.
- ✚ Educar a los pacientes para que **comprueben siempre su medicación** en el momento de la dispensación y cuando se lo administren.

A pesar de todo, se siguen produciendo EM, atribuibles a la similitud de nombres o presentaciones, que tienen repercusión en la salud de cada paciente. Para poder determinar la categoría de la gravedad del EM se ha utilizado la clasificación del ISMP siguiente:³

Categoría A: Circunstancia con capacidad de causar error.

Categoría B: El error se ha producido, pero se ha detectado antes de llegar al paciente.

Categoría C: El error ha llegado al paciente, pero no le ha producido lesión.

Categoría D: El error ha llegado al paciente, no le ha producido lesión, pero es necesario un seguimiento.

Categoría E: El error ha causado una lesión temporal al paciente y ha necesitado tratamiento o intervención.

Categoría F: El error ha causado una lesión temporal al paciente y ha necesitado hospitalización o alargar su estancia en el hospital.

Categoría G: El error ha causado una lesión permanente al paciente.

Categoría H: El error ha comprometido la vida del paciente.

Categoría I: El error ha causado la muerte del paciente.

El presente boletín describe los principales EM atribuibles a similitud de envases o nombres notificados por la Red de farmacias centinela 2020-2021⁴ durante el periodo comprendido entre enero de 2020 y agosto de 2021, así como los declarados al Sistema de Declaración de Errores de Medicación (TCSPCloud) del Departamento de Salud de la Generalitat de Catalunya, donde se recogen los EM detectados en la atención primaria y los centros hospitalarios de Cataluña durante los meses que van de enero de 2020 a mayo de 2021.

■ EM atribuibles a similitud de envases o nombres similares

Durante el periodo descrito, 66 oficinas de farmacia centinela han notificado un total de 831 EM. A partir

de los centros de atención primaria y de los hospitales se han detectado 2.583 EM.

Del total de casos notificados a las oficinas de farmacia centinela, sólo 56 EM (6,7%) se han producido por similitud de nombres o envases. En el caso de la atención primaria y la hospitalaria, los casos de EM atribuibles a similitud de nombres o envases han sido un total de 33 (un 1,3% del total). Con respecto a los casos detectados por las oficinas de farmacia centinela, en 37 casos (66,1%) los EM no han llegado al paciente (categorías A y B); y de los que sí que han llegado, 2 de ellos han provocado lesión. Asimismo, en los centros de atención primaria y los hospitales, la situación es similar; en la mayoría de casos (23 casos; 70%) los EM no han llegado al paciente. La distribución por gravedad de todos los casos se puede observar en la tabla 1.

Tabla 1. Clasificación de los EM por similitud de nombres o envases por gravedad según el ámbito asistencial

Categoría de la gravedad	Nº de casos en las OF* centinela	Nº de casos en la AP* y hospitalaria
A: Circunstancia con capacidad de causar error	17 (30,3%)	14 (42,4%)
B: El error se ha producido, pero se ha detectado antes de llegar al paciente	20 (35,7%)	9 (27,3%)
C: El error no ha producido lesión al paciente	16 (28,6%)	6 (18,2%)
D: El paciente ha requerido observación, pero no se ha producido lesión	1 (1,8%)	1 (3,0%)
E: El paciente ha necesitado tratamiento o intervención	2 (3,6%)	3 (9,1%)
Total general	56	33

*OF: oficinas de farmacia; AP: atención primaria

Errores de medicación detectados en las oficinas de farmacia centinela

De los 56 casos detectados en las oficinas de farmacia centinela, dos de ellos han provocado lesión al paciente. En ambos casos ha habido una dispensación

incorrecta de la medicación y el paciente ha tomado el medicamento erróneo durante unos días, hecho que le ha causado una lesión temporal. A continuación, se describen los dos casos de EM.

***CASO 1:** Una paciente tiene pautado Alopurinol 100 mg. Cuando su hija va a la farmacia a comprar una caja de más, sin la receta electrónica, por error pide Alopurinol 300 mg.*

A los 15 días, la paciente empieza a notar mareo y consulta al farmacéutico. Es entonces cuando en la farmacia se detecta el error en la solicitud del medicamento y su venta posterior, hecho que comporta un error de sobredosificación. La paciente ha dejado la dosis incorrecta de 300 mg y, actualmente, continúa con la dosis de 100 mg, que es la que tiene prescrita.

***CASO 2:** A una paciente que va a la farmacia, por error se le dispensa Hemogel en lugar de Hemoal, dado que los dos envases eran similares.*

Al cabo de unos días, la paciente vuelve a la farmacia y se queja de picores. Finalmente, el farmacéutico se da cuenta de que se ha hecho una dispensación incorrecta de la medicación.



Hay que destacar la importancia de notificar al Centro de Farmacovigilancia de Cataluña, a través de la **Tarjeta amarilla**, aquellos EM que hayan causado un daño al paciente, excepto los errores por omisión de tratamiento.

En las tablas 2 y 3 se detallan los medicamentos implicados en EM causados por similitud de nombres o envases. Concretamente, en la tabla 3 se

especifican 18 casos (32,1%) notificados sólo con un único medicamento implicado y, desgraciadamente, la información que se muestra no es completa; falta información que permita conocer los factores que han conducido a cometer el error.

Tabla 2. Medicamentos implicados en EM causados por similitud de nombres o envases detectados en las oficinas de farmacia centinela

Aerius 5 mg / Aremis 50 mg
Alopurinol 100 mg / Alopurinol 300 mg
Amoxicilina 500 mg / Amoxicilina 750 mg
Amoxicilina/clavulánico / Amoxicilina ARDINE 750 mg comp.
Budesonida ALCON 50 mcg pulv. nasal / Budesonida ALCON 50 mcg inhalada
Cetirizina / Cafinitrina
Dolocatil / Nolotil
Doxazosina 20 mg / Doxazosina 4 mg
Enalapril 20 mg / Enalapril 5 mg
Enalapril/hidroclorotiazida / Enalapril
Exforge 10/160 mg / Exforge 5/160 mg
Fluconazol STADA 150 mg / Levofloxacino STADA 500 mg
Hemoal / Hemogel
Hidroclorotiazida / Hidroxizina EFG 25 mg comp.
Hidroclorotiazida STADA 50 mg / Captopril STADA 50 mg
Humalog KWIKPEN 100 U/ml 5 plumas / Humulina
Ibuprofeno 600 mg / Naproxeno RATIOPHARM 500 mg comp.
Itragerm / Intrarosa 6,5 mg óvulos
Loette 21 comp. / Loette 28 comp.
Lormetazepam 1 mg / Lorazepam 1 mg
Losartan MYLAN 50 mg / Omeprazol MYLAN
Lovastatina / Loratadina 10 mg comp.
Macrogol / Manasul
Metamizol NORMON 2 g amp. / Metamizol NORMON 2 g cáp.
Metamizol NORMON cáp. / Alprazolam 0,25 NORMON cáp.
Naproxeno NORMON 500 mg comp. / Diclofenaco NORMON 50 mg comp.
Normodorm 25 mg comp. / Dormodorm
Omeprazol PENSA / Omeprazol STADA
Prednisona 5 mg / Primperan 10 mg
Silodyx 8 mg / Zyloric

Spiolto Respimat 2,5 mcg solución inhalación (726795/706878)
Synjardy 5/1000 mg / Synjardy 12,5/1000 mg
Terracortril pomada oftálmica / Terramicina pomada oftálmica
Tobrex / Tobradex
Tobrex colirio 5 ml / Tobradex
Torsemida RATIO 10 mg / Amlodipino RATIO 5 mg
Tramadol / Actromadol
Xumadol EFG 1 g comp. / Xumadol EFG 1 g comp. efervescentes

Tabla 3. Medicamentos implicados en EM causados por similitud de nombres y envases notificados individualmente y detectados en las oficinas de farmacia centinela

Diclofenaco TEVA 30 mg/g gel
Drosbela Diario EFG 0,03 28 comp.
Enalapril NORMON 20 mg
Fórmula magistral
Gonal F 150 UI
Kefloridina
Lormetazepam STADA 2 mg comp.
Masdil Retard 120 mg comp.
Movicol solo oral sobres
Omeprazol 20 mg
Omeprazol PENSA 40 mg cáp.
Paracetamol 1 g comp.
Pectox solución oral
Penilevel cáp.
Ristfor 50/1000 mg
Spiolto Respimat
Systane gotas
Tramadol RATIOPHARM 50 mg

A continuación, se muestran dos casos correspondientes a la tabla 3 donde se especifica de forma más detallada el EM con el medicamento implicado.

En el caso de la fórmula magistral, el error se ha producido en la oficina de farmacia centinela elaboradora, la cual ha servido a la farmacia dispensadora una fórmula errónea que correspondía a otra paciente con el mismo nombre de pila de otra farmacia.

En relación al caso del Diclofenaco TEVA 30 mg/g gel, la médica del CAP creyó que este medicamento se podía recetar como antiinflamatorio tópico y en realidad sólo está autorizada su indicación en casos de queratosis actínicas localizadas.

Este error es muy frecuente y se podría prevenir mejor si antes de la dispensación del medicamento se pudiera conocer el diagnóstico o la indicación.

Ipratropio (3)	Budesonida (3)		Difusión intranet hospital
Lidocaína 5%	Lidocaína 2%		Comprobar orden médica
Naloxona IV	Fenilefrina IV		Comprobar orden médica
Pregabalina	Omeprazol		Difusión intranet hospital
Suero glucosado 10%	Suero glucosado 5%		Comprobar orden médica

Errores de medicación detectados en la atención primaria y en los hospitales

De los 2.583 EM declarados al Sistema TCSPCloud durante el periodo estudiado, 21 han sido causados por similitud de envases y han afectado a 32 medicamentos (tabla 4), y 14 han sido causados por similitud de nombres y han afectado a 24 medicamentos (tabla 5). En ambas tablas también se indica la intervención propuesta para que el error no se vuelva a producir.

Tabla 4. Medicamentos implicados en EM causados por similitud de envases

Medicamento prescrito	Error	Con lesión	Solución de mejora
Ácido tranexámico	Midazolam		Comprobar orden médica
Amoxicilina	Amoxicilina-Clavulánico	C	No compartir cajones
Budesonida 50 (2)	Budesonida 200 (2)	C	Comprobar orden médica
Bupivacaina/adrenalina	Aceite de parafina	D	Colores en las etiquetas
Carbonato cálcico	Carbonato de litio	C	Comprobar dispensación
Cefoxitina	Ceftriaxona		Difusión intranet hospital
Ciprofloxacino (2)	Paracetamol (2)		Cambio proveedor
Diazepam	Atenolol	C	Comprobar orden médica
Digoxina	Propranolol	E	Comprobar orden médica
Fentanilo	Ondasentron		Verificar envases
Glicina (2)	Suero fisiológico (2)		Comprobar orden médica

Los enfermeros son los que han declarado los EM descritos en un 90% de los casos; el otro 10% lo declaran por igual los auxiliares de enfermería y los médicos.

Todos los servicios hospitalarios se ven afectados por EM; y el Área de Quirófanos (5 casos de EM) y el Servicio de Pediatría (4 casos de EM) son los servicios cuantitativamente con una afectación más importante.

En el ámbito de la atención primaria no se han declarado EM por similitud de envases; sólo se han detectado 4 EM por similitud de nombres, a los cuales hay que sumar los 10 producidos por similitud de nombres en el entorno hospitalario (tabla 5). De entre los medicamentos afectados, 24 se han confundido por similitud de nombre.

En el caso de EM por similitud de nombres, los profesionales de enfermería siguen siendo los profesionales de la salud que más declaran este tipo de EM (64,3%), seguidos de los farmacéuticos (28,6%) y los médicos (7,1%).

Las tablas 4 y 5 describen los 10 EM con lesión detectados en el ámbito hospitalario y de la atención primaria. Hay que pensar que, en el ámbito asistencial, los medicamentos se dispensan y se administran sin el cartonaje original. Por lo tanto, el error se produce, habitualmente, durante la fase de llenado de las cajitas de medicación; y se puede producir por la similitud de las presentaciones (color y forma) o del envase.

Tabla 5. Medicamentos implicados en EM causados por similitud de nombres

Medicamento prescrito	Error	Con lesión	Solución de mejoría
Clorazepato (AP)*	Clopidrogel	E	No compartir cajones
Vacuna Engerix (AP)	Vacuna Fendrix	C	Revisar e-cap
Vacuna DTP (AP)	Vacuna DT		No compartir cajones
Pantox (AP)	Pantoprazol	E	Cambiar marca por p.a.
Calcifediol (2) (H)**	Calcitriol (2)		Comprobar orden médica
Clexane 40 (H)	Clexane 60		Comprobar orden médica
Codeína fosfato (H)	Codeína/paracetamol		No compartir cajones
Efedrina (H)	Fenilefrina		No compartir cajones
Fentanilo (H)	Remifentanilo		Comprobar orden médica
Lorazepam (H)	Lorazepam		Comprobar orden médica
Metalyse (H)	Actilyse	C	Comprobar orden médica
Sulfato de magnesio (2) (H)	Sulfato hidróxido (2)		Comprobar orden médica

* AP: Atención primaria. ** H: Hospitales.

■ Conclusiones

Detectar, declarar y analizar aquellos medicamentos que, por su semejanza de nombre y embalaje, son susceptibles de producir EM permite identificarlos y promover estrategias de mejoría con el fin de prevenir estas situaciones.

Es importante recordar que la dispensación de un medicamento erróneo puede causar una lesión al paciente, la cual se tiene que notificar a [Tarjeta Amarilla](#).

Los casos notificados por las oficinas de farmacia centinela han permitido detectar un importante número de EM por similitud de envases y de nombres en que el medicamento implicado es un genérico (50%).

Comprobar las órdenes médicas y no compartir cajones son las principales medidas de prevención de errores declaradas en el ámbito asistencial (atención primaria y hospitalaria).

■ Referencias bibliográficas

¹ Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Guía para la aceptación de nombres de medicamentos. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2011.

² Nuevas actualizaciones del Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos (ISMP) y similitud de apariencia de medicamentos. Butll Prev Errors Medicació Catalunya. 2019;17(04). Disponible en: https://scientiasalut.gencat.cat/bitstream/handle/11351/4888/butll_prev_errors_mediacio_catalunya_2019_17_04_cas.pdf?sequence=2&isAllowed=y

³ Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos (ISMP). Clasificación de los errores de medicación. Madrid: ISMP; 2008.

⁴ Departamento de Salud. Red de Farmacias Centinela de Cataluña. Barcelona: Departamento de Salud; 2021. Disponible en: <http://medicaments.gencat.cat/ca/empreses/oficines-de-farmacia/projecte-farmacies-sentinella/>

©2011. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut

Directora: Azucena Carranzo Tomàs

Comité editorial: Mercè Armelles, Guillermo Bagaria, Eva Borrás, Ferran Bossacoma, Jordina Capella, Glòria Cereza, Anna Jambriña, Marta Leston, Manel Rabanal y Laia Robert.

Conflicto de intereses. Los miembros del comité editorial declaran no tener ningún conflicto de interés relacionado con los contenidos de esta publicación.

Suscripciones. Podéis formalizar vuestra suscripción al boletín a través de la dirección de correo electrónico errorsmedicacio@gencat.cat, indicando vuestro nombre, apellidos y dirección de correo electrónico donde queréis recibirlo.

ISSN: 2013-3065

<http://medicaments.gencat.cat>