

# Medicamentos LASA

**Casi mil pares de medicamentos que por su denominación o su presentación pueden inducir a error en la prescripción o dispensación surgieron como resultado de un estudio colaborativo multicéntrico, desarrollado por cinco farmacéuticas y dos médicos. Marcela Rousseau, una de las autoras, describe el estudio que se presentará ante la ANMAT y advierte la importancia de identificar aquellos fármacos “Look-Alike, Sound-Alike” o LASA para evitar graves consecuencias para la salud de los pacientes.**

“Este es el único estudio sistemático respecto de los medicamentos LASA que se hizo en el país”, asegura la Farm. Marcela Rousseau, integrante de la Asociación Argentina de Farmacéuticos de Hospital y miembro del equipo que, haciendo una revisión de 20517 medicamentos, descubrió 927 pares de medicamentos que pueden provocar errores de medicación, porque se parecen visualmente o su denominación comercial o genérica suena similar. La investigación resultó ganadora de una beca Carrillo-Oñativia 2007 y así se financió el trabajo coordinado por la Dra. Mónica Confalone Gregorian (IIE, Academia Nacional de Medicina, Buenos Aires) y desarrollado durante 2008 y parte de 2009 por Laura Bugna, de la Dirección de Bioquímica, Farmacia y D. C. de Santa Fe; Marcela Fontana, Farmacéutica de la Zona Sanitaria Metropolitana Subsecretaría de Salud, del Ministerio de Salud de Neuquén; el Dr. Sergio Morales, de la Cátedra de Farmacología de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional del Nordeste; Gabriela González Capdevila, Farmacéutica del Hospital Italiano y Graciela Calle y Marcela Rousseau, de la Asociación Argentina de Farmacéuticos de Hospital.

**-¿Qué motivó la investigación de los medicamentos LASA?**

-Decidimos el desarrollo de la investigación teniendo en cuenta la problemática que se venía observando de los errores que podían cometerse por medicamentos con similitud fonética, ortográfica o de envasado. Es un proble-

ma que en el mundo ya se venía estudiando, pero esas investigaciones no son extrapolables a nuestro país porque los nombres, las presentaciones comerciales, los colores y los diseños son distintos, por lo cual cada país tiene que hacer su propia experiencia.

**-¿En qué consistió la investigación?**

-Se estudiaron los medicamentos disponibles en el mercado, observándose las similitudes de distintas clasificaciones, tanto de los principios activos, de nombres genéricos, como de los nombres comerciales, sus presentaciones, los envasados y el etiquetado. La observación se hizo en base a experiencias que hemos tenido, por errores cometidos o por el reporte de colegas y comentarios del personal de Salud, o bien porque surgen de una cuestión bastante subjetiva a veces en cuanto a su similitud. De hecho, cuando un medicamento empieza con las mismas letras, es bastante frecuente que pueda dar a error.

La clasificación se basó en bibliografía internacional y se realizó de acuerdo a si era similitud fonética, ortográfica, visual, si tenía el mismo principio activo u otro, como una forma de ordenar los datos, porque no es lo mismo que sean parecidos y tengan el mismo principio activo a que sean parecidos y tengan diferente principio activo. También se analizaron las similitudes entre nombres genéricos o entre comerciales y genéricos.



**-¿Además de los que están en el mercado, se estudiaron los de uso hospitalario?**

-Sí, todos los que estaban disponibles en los manuales en Internet, en Alfa Beta y Kairos.

**-¿Los de venta libre también?**

-Sí.

**-¿Ustedes crearon las herramientas para realizar el estudio?**

-Las herramientas fueron diseñadas por el equipo en base a búsquedas bibliográficas. Esa fue la primera etapa del trabajo. Después se diseñó una página web con información actualizada, que tiene resúmenes de trabajos científicos para facilitar la lectura de las novedades relacionadas con este tema. Una de las cosas más importantes que hizo el trabajo fue el acceso al reporte voluntario de los errores tipo LASA, que todavía funciona. Esto quedó abierto en la página. Principalmente los que reportaron fueron los investigadores en base a la experiencia que tenían. Estos errores pueden ser potenciales o reales. Es decir, si ha llegado o no a afectar al paciente por alguna intervención de algún miembro del equipo de salud.

De esos reportes tenemos ochenta registros y se hicieron los análisis correspondientes.



**-¿Cuáles fueron los hallazgos de la investigación?**

-En el caso de los reportes voluntarios, por ejemplo, la mayoría representaron similitud fonética y ortográfica a la vez, 18% de los medicamentos presentaron un alto riesgo de confusión por múltiples factores contribuyentes. Entonces los mismos notificantes expusieron cuáles son los problemas que consideran que son factores que contribuyen al error. Por ejemplo, uno es falta de atención sobre la condición clínica del paciente en el momento de la prescripción, falta de atención en la condición clínica en el momento de la dispensación, falta de chequeo de los botiquines, falta de actualización del prescriptor sobre nuevas presentaciones comerciales. Falencias en registros, sobrecarga laboral, falta de doble chequeo, falta de forma-

ción del personal, la mala caligrafía del prescriptor; es decir, hay muchos factores que pueden contribuir.

**-¿Qué aplicación le dieron a los datos hallados?**

-Se elaboraron alertas como estrategia para reducir los errores. Por ejemplo se hizo una alerta con respecto a las especialidades farmacéuticas denominadas "dúo" luego de un análisis de todas las que tienen esa denominación como prefijo o sufijo en la forma comercial. Y se encontró que hubo siete situaciones distintas que involucraban a la palabra "dúo": más concentración, menos concentración, otro principio activo agregado, que se daba dos veces al día, es decir, no había un solo criterio uniforme por lo cual es lógico que esto pueda llevar a errores. Entonces se elaboró una alerta mostrando lo que habíamos encontrado con la recomendación de elegir sólo una de las posibles acepciones para el mercado argentino.

**-¿Dónde se dirigieron estas alertas?**

-Las alertas son parte del trabajo, todo el resultado está presentado en el Ministerio de Salud. También se presentaron en una jornada científica. La idea ahora es empezar a difundir estas alertas. Por ejemplo, se hizo una alerta sobre errores en medicamentos pediátricos, considerando esta población de riesgo. Otra sobre medicamentos citotáticos para la farmacia hospitalaria y una sobre gases medicinales: los problemas de conexión, de no identificación también pueden llevar a consecuencias muy graves. Se hizo una alerta sobre medicamentos antirretrovirales, porque estos fármacos tienen mucha jerga, es decir, mucha sigla y todo lo que es sigla y no es nombre puede llevar a error. Se hicieron alertas sobre bifosfonatos, otra de similitud fonética, ortográfica y/o de envasado de medicamentos. También se advirtió sobre las especialidades inyectables en ampollas de cloruro de potasio.

**-¿Qué riesgos se encontraron en cuanto a este medicamento?**

-En la alerta se siguen las tendencias internacionales que propenden a que la preparación de las mezclas intravenosas de toda solución que tenga altas concentraciones de potasio se centralice en las farmacias hospitalarias para reducir el riesgo. Eso sería importante, todos los hospitales deberían tener la infraestructura necesaria para esto.

**-¿Se han dado casos de errores?**

-Están descritos en la literatura, con casos de muerte, porque no hay otro atenuante. La inyección letal es eso: cloruro de potasio concentrado, por lo cual merece mucha atención. De todos modos el personal sanitario está atento a que el potasio no puede darse sin diluir, es algo muy conocido, pero la bibliografía habla de errores: de confusión de sodio con potasio.

Igualmente existe normativa al respecto, que obliga a cambiar los colores de presentación de los inyectables, lo que puede reducir el riesgo de confusión en el envase.

**-¿Hubo a partir de los resultados del trabajo alguna reacción por parte de las autoridades sanitarias?**

-El Ministerio tiene todos los datos del trabajo, los 927 pares de medicamentos LASA. Pero oficialmente no recibi-

mos ninguna respuesta. Sí, en forma de actividad científica los resultados se presentaron en unas jornadas de seguridad en la provincia de Santa Fe. Actualmente se está tramitando el ingreso del estudio a la ANMAT. Consideramos que esto tiene que servir para modificar alguna conducta y que llegue a reducir los errores posibles en la población.

**-¿Qué medidas aconsejan los organismos internacionales en cuanto a los medicamentos?**

-Por ejemplo, cuando un medicamento tiene un principio activo parecido a otro, se recomienda resaltar en mayúsculas las letras diferentes entre cada principio activo, remarcándose las letras problemáticas, y se identifican los envases con colores distintos. Esto desde el punto de vista comercial. También se recomienda no almacenar nunca medicamentos similares en el mismo lugar, conocer la mayor cantidad de datos del paciente, tener mucho cuidado con los medicamentos que tienen agregados al nombre comercial alguna sigla o nombre como NF, DUO, porque uno puede leer un nombre solo sin ver que tiene una asociación que quizás el paciente necesita. Ese es un error bastante frecuente. Además, tener en cuenta una caligrafía legible, evitar el uso de abreviaturas, de siglas, educar al paciente de acuerdo a su tratamiento y propender a la prescripción electrónica. Son estrategias que resultan útiles para reducir los errores.

**-¿Consideran que han quedado muchos medicamentos LASA en el mercado fuera de esos 927 casos estudiados?**

-Seguramente que sí, muchos, porque la base de datos comerciales cambia continuamente. Este trabajo se hizo con un listado de julio de 2008, porque había que poner un límite de tiempo y esto necesita actualizarse permanentemente.

**-¿Los laboratorios colaboran realizando los cambios pertinentes cuando se difunden los resultados de estos estudios?**

-Sí, por ejemplo, durante el desarrollo del trabajo encontramos un laboratorio que a raíz de un problema que hubo, modificó todo su packaging distinguiendo bien un medicamento de otro. Hay laboratorios con muy buena predisposición.

**-¿No realizan un estudio previo del mercado de medicamentos antes de ponerle el nombre o crear el packaging de un nuevo producto?**

-Seguramente que sí, pero muchas veces son guiados por intereses comerciales o de marketing. Es ahí donde el Estado no puede delegar funciones y tiene que intervenir. Y la uniformidad que tienen algunas marcas de algunos productos se tiene que rever. Supongo que es una cuestión de conciencia y también responsabilidad de la autoridad regulatoria.

**-¿Cuál es el rol del farmacéutico y cuál el del médico para evitar este tipo de confusiones?**

-Hay muchísimas consideraciones, tanto para médicos, farmacéuticos, enfermeros y pacientes.

La atención al paciente a través del acto y farmacéutico, individualizada, preocupándose por el conocimiento del paciente, sin duda reduce los errores. Si uno dispensa un medicamento sabiendo para qué lo utiliza el paciente, qué condiciones clínicas, sabe su patología de base, sabe otros

medicamentos que está tomando, le va a hacer una barrera para que el error no suceda. Si el paciente sabe para qué le están dando el medicamento, seguramente va a reducir los errores. En cuanto al médico, la prescripción por nombre genérico disminuye muchísimo los errores, así como la caligrafía clara, poner datos del paciente, si por ejemplo es un paciente diabético.

Por otra parte, el médico debe recibir actualización de las formas farmacéuticas, que cambian permanentemente. A veces supone que un medicamento tiene un principio activo y cambió a otro. Simplemente por una cuestión de marketing, para poder mantener un nombre que es marketinero, a veces se le cambian los principios activos y esto viene pasando hace mucho tiempo.

**-¿Existe alguna iniciativa para informar a los prescriptores en cuanto a estos cambios en los principios activos o diferencias en las presentaciones que inducen a error?**

-Sí, todo lo que es actualización, educación al personal sanitario, la idea era que el grupo pudiera seguir trabajando, continuar con el reporte de errores a través de listados, como sucede en otros países; poder mantener la página web, pero la beca concluyó en mayo de este año, nos presentamos a la renovación y no salió renovada, por lo que hoy tenemos muchos inconvenientes para poder continuar el trabajo.

**-¿En qué consiste la continuidad del estudio, además de la detección de nuevas presentaciones LASA?**

-Hay muchos temas para seguir investigando, por ejemplo, el traslado de pacientes en el Mercosur, donde los medicamentos se llaman igual y en realidad son distintos. Por eso habíamos pensado en abrir la base de datos a países limítrofes y hemos tenido incluso contacto con sociedades científicas de estos países. Además, continuar haciendo alertas, porque hay muchísimos temas que son para difundir entre el equipo de salud y también educar a los pacientes. Entendemos que el estudio debería ser una forma continuada de trabajo a través de reportes y alertas. Y a su vez buscar una forma electrónica o sistemática de detección porque hasta ahora la investigación se basó en lo subjetivo. En trabajos similares realizados en inglés se utilizaron algoritmos que determinan cuando un medicamento es parecido a otro, esta sería una herramienta más precisa, más científica y menos subjetiva.

**-¿Qué induce más a error, el nombre comercial o el genérico?**

-Nosotros encontramos, con abrumadora diferencia, que el nombre comercial induce mucho más al error que el nombre genérico. 🐼

El listado de 927 pares de medicamentos LASA, se difundirá luego de presentarse próximamente a la ANMAT. Estará disponible en la página web del trabajo:

<http://www.errorenmedicina.anm.edu.ar/LASA/index.asp> y de la COFA: [www.cofa.org.ar](http://www.cofa.org.ar)

Para más información sobre los medicamentos LASA:

<http://www.errorenmedicina.anm.edu.ar/LASA/index.asp>