



PROSPERIDAD  
PARA TODOS

# FarmaSeguridad



Publicación del Grupo de Farmacovigilancia de la Dirección de Medicamentos y Productos Biológicos del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos- INVIMA  
Bogotá D.C., Vol. 1 No. 3. Noviembre de 2012. [farmacovigilanciaprm@invima.gov.co](mailto:farmacovigilanciaprm@invima.gov.co)

## DOS TRABAJOS COLOMBIANOS DISTINGUIDOS EN EL IX ENCUENTRO INTERNACIONAL DE FARMACOVIGILANCIA

En Brasilia el 10 de Noviembre el Comité Académico de este evento internacional otorgó el segundo lugar del premio científico al trabajo “Prueba piloto para la implementación de un formato para la notificación de fallo terapéutico”, el cual contó con el respaldo institucional de **INVIMA** y la Universidad Nacional de Colombia (UNAL). Los autores del trabajo son: José Julián López (UNAL), Ángela Acosta S., (INVIMA), Susán Moncayo (INVIMA), Diego Gutiérrez (INVIMA) Roxana De las Salas M. (Universidad del Norte) y José G. Orozco (UNAL). Por su parte, el trabajo “Evaluación de las prescripciones autorizadas por tutelas en cinco entidades promotoras de salud-EPSs de Bogotá durante los años 2010-2011” obtuvo mención de honor. Este trabajo contó con el respaldo de Audifarma, UNAL y la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud; y sus autores son: Alfredo Portilla Pinzón, José Julián López, Diana Carolina Montealegre y Andrea Carolina Sepúlveda. **INVIMA** lideró la delegación colombiana que en Brasil presentó ocho trabajos científicos, ello como expresión de su liderazgo panamericano en Farmacovigilancia que en 2013 se reeditará con la realización del X Encuentro Internacional en nuestro país.

EN ESTA  
EDICIÓN

\* Gestión de riesgo de medicamentos “LASA” o que tienen nombre o apariencia similar **Página 2**

\*Experiencias nacionales: Farmacovigilancia en la ESE Hospital Regional de Moniquirá-Boyacá

**Página 6**

## NOVEDADES EN EL REPORTE DE REACCIONES ADVERSAS A MEDICAMENTOS-RAMs

Según el Oficio [600-0325 de INVIMA](mailto:600-0325@invima.gov.co) (26 de Octubre de 2012) se indica que los reportes de RAMs generados en formato CIOMS, al no contener número de identificación de paciente, no se consideran como información de buena calidad. Eventual duplicidad de información o imposibilidad de identificar el caso y adelantar el respectivo seguimiento, además de dificultades en la correspondiente trazabilidad, dan soporte a esta consideración. En consecuencia, se recomienda que los reportes de RAMs se envíen a INVIMA en [formato FORAM](#).

De otro lado, la Circular [600-0326 de INVIMA](mailto:600-0326@invima.gov.co) (31 de Octubre de 2012) aclara con base en lo establecido en la Resolución 2004009455 de 2004 de INVIMA, que los titulares de registros sanitarios deben enviar a INVIMA el consolidado de reportes de RAMs en caos no serios que a la vez son esperados, durante los cinco últimos días hábiles de cada bimestre. Si no se presentaran RAMs durante un periodo, el informe correspondiente debe presentarse según se mencionó antes, indicando en la sección correspondiente y de manera explícita que no se presentaron RAMs.

### ATENCIÓN

\* [En el sitio web de Farmacovigilancia de INVIMA](#) es posible consultar por parte de pacientes, cuidadores, instituciones de salud, titulares de registros sanitarios y ciudadanos en general, información relacionada con seguridad en el uso de medicamentos, así como noticias, boletines e información de interés sobre Farmacovigilancia.

\* Para inscribirse en la **RED NACIONAL DE FARMACOVIGILANCIA**, por favor diligencie el formulario que está disponible al final del siguiente plano en línea: <http://web.invima.gov.co/portal/faces/index.jsp?id=52692> y envíelo al buzón electrónico [invimafv@invima.gov.co](mailto:invimafv@invima.gov.co)



**PROSPERIDAD  
PARA TODOS**

# FarmaSeguridad



## **MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL**

**Instituto Nacional de Vigilancia de  
Medicamentos y Alimentos (INVIMA)**

### **Directora General**

Blanca Elvira Cajigas de Acosta

### **Director de Medicamentos y Productos Biológicos**

Carlos Augusto Sánchez Estupiñán

### **Equipo de Comunicaciones de INVIMA**

Diana Marcela Gil Henao

Andrés Eduardo Mogollón Echeverry

### **Comité Editorial de FarmaSeguridad/ Boletín mensual**

#### **Grupo de Farmacovigilancia de la Dirección de Medicamentos y Productos Biológicos**

Ángela Acosta Santamaría. QF MSc. Líder del  
Grupo de Farmacovigilancia  
César Eduardo Moreno Romero. QF MSc. PhD-c-  
Coordinación editorial  
Diego Alejandro Gutiérrez Triana. MD MSc.  
Julián Sánchez Castillo. MD Esp. MSc.  
Katerin Lorena Barrera Jara. QF.  
Liliana Estefanía Villota Montenegro. OD Esp.  
Luis Alejandro Piñeros Barreto. MD.  
Sergio Rodrigo Basto Pacheco. QF.  
Susan Dayana Moncayo Bravo. QF MSc.

---

Tel. (571) 2948700 Ext. 3916  
farmacovigilanciaprm@invima.gov.co  
www.invima.gov.co

NOTA TERAPEUTICA////////////////////////////////////

## **GESTIÓN DE RIESGO DE MEDICAMENTOS “LASA” O QUE TIENEN NOMBRE O APARIENCIA SIMILAR**

### **Julián Sánchez Castillo**

MD Epidemiólogo MSc Farmacología

Grupo de Farmacovigilancia,

Dirección de Medicamentos y Productos

Biológicos,

Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos

y Alimentos

[jsanchezca@invima.gov.co](mailto:jsanchezca@invima.gov.co)

La existencia de medicamentos con nombres que son similares a la vista (*look alike*) o que al ser leídos en voz alta suenan parecido (*sound alike*) son una de las causas más comunes de errores de medicación, de almacenamiento y de dispensación de productos farmacéuticos, de ahí la pertinencia de publicar este artículo acerca de los medicamentos “LASA” o *Look Alike Sound Alike*, que sea útil a las instituciones de salud en una necesaria revisión de sus listados de medicamentos que integran su arsenal farmacoterapéutico (1). Factores adicionales que inciden en riesgo de confusiones son caligrafía ilegible, el conocimiento incompleto de los nombres de los medicamentos, los productos nuevos en el mercado, los envases o etiquetas parecidas, el uso clínico similar, las concentraciones similares, las formas de dosificación semejantes, la frecuencia de administración, entre otros. (2, 3)

En 2004, en los Estados Unidos de América, se encontraron medicamentos con nombres o sonido similar en más de 33.000 denominaciones de medicamentos de marca registrada, y en Canadá en cerca de 24.000 productos farmacéuticos. (4)

En la alerta del evento centinela de la Comisión Conjunta en los Estados Unidos de América se destacó el potencial aumento de errores de medicación por los medicamentos con aspecto o nombres parecidos, centrando recomendaciones en mejorar la calidad de las prescripciones en cuanto caligrafía, y precisión en datos como la dosificación, concentración, instrucciones e indicaciones. (5)

Otras recomendaciones tendientes a minimizar este tipo de errores son la explicación por parte de los profesionales de salud y el servicio farmacéutico de las órdenes médicas a los pacientes, la separación de los medicamentos con nombre parecido en el almacenamiento, la utilización de letras mayúsculas que diferencien los nombres de los medicamentos y la capacitación a profesionales de salud en esta materia. (6)

En servicios ambulatorios se presenta esta situación con iguales consecuencias en cuanto a errores de medicación o de dispensación, sin embargo los estudios en la materia se han enfocado más a la situación actual en instituciones hospitalarias, consecuencia de ello deben implementarse estrategias de reducción de riesgos en los dos ámbitos: hospitalario y ambulatorio.

Un ejemplo de esta situación es el caso presentado en España, publicado en la agencia francesa de seguridad sanitaria, de un paciente francés que en tratamiento crónico con un anticoagulante oral, solicitó su medicamento, denominado Previscan® en una oficina de farmacia de España, el cual se identificó con el mismo nombre del medicamento francés, Previscan®, pero con principio activo, pentoxifilina, que no es anticoagulante como el medicamento francés, sino vasodilatador periférico, consecuencia de ello, el paciente presentó una reacción adversa grave, relacionada con esta confusión. Consecuencia de ello, las diferentes estrategias de gestión de riesgo deben generarse para prevenir estas situaciones.

Las tablas 1 y 2 muestran ejemplos de medicamentos con nombres idénticos y similares.

**Tabla 1. Nombres Idénticos de Medicamentos**

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

Fuente: Medicamentos de Aspecto o Nombres parecidos disponible en:

[http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridadpaciente/gestor/sites/PortalObservatorio/usosegurodemedicamentos/documentos/GPS\\_SIMILITUD\\_VALORADA.pdf](http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridadpaciente/gestor/sites/PortalObservatorio/usosegurodemedicamentos/documentos/GPS_SIMILITUD_VALORADA.pdf)

**Tabla 2. Medicamentos de Nombres Similares**

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 (Cafeína-EEUU)	VIVARINT (Viloxazina-España)

Fuente: Medicamentos de Aspecto o Nombres parecidos disponible en:

[http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridadpaciente/gestor/sites/PortalObservatorio/usosegurodemedicamentos/documentos/GPS\\_SIMILITUD\\_VALORADA.pdf](http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridadpaciente/gestor/sites/PortalObservatorio/usosegurodemedicamentos/documentos/GPS_SIMILITUD_VALORADA.pdf)

A continuación se mencionan algunas situaciones que ayudan a corregir la aparición de eventos adversos relacionados con medicamentos LASA. (7)

## CADENA DEL MEDICAMENTO Y ESTRATEGIAS ANTE MEDICAMENTOS LASA

### En la prescripción (8):

Los errores pueden ocurrir cuando el nombre del medicamento no se escribe claramente o es malinterpretado por una enfermera o un

farmacéutico, por lo tanto, para minimizar la ocurrencia de los errores se debe:

- Escribir legiblemente incluyendo nombre genérico o comercial.
- Comunicarse claramente. Pronunciar el nombre del medicamento y dosis con claridad.
- Educar a los pacientes respecto a la denominación del medicamento.
- No usar abreviaciones.

### **En la dispensación:**

Los errores pueden ocurrir si hay problemas en la selección por problemas de diferenciación en los productos:

- Minimizar el número de nombres que se ven parecidos en el tamizaje de selección.
- Separar los medicamentos que se ven similares en las áreas de almacenaje.
- Utilizar en el servicio farmacéutico diferentes tipos de letra o negrilla para diferenciar medicamentos LASA.
- Capacitación continua al personal de farmacia y a los profesionales de salud en el proceso de dispensación de medicamentos con base en guías establecidas, en las cuales se corrobore el diagnóstico antes de la entrega del medicamento, verificando que la dosis sea la adecuada para el medicamento dispensado.

### **En la Administración:**

- El personal de enfermería puede administrar por error el medicamento si el nombre es confuso. Implementar distintivos puede ser una medida que atenúe riesgos de confusión.
- Implementar el sistema de unidosis con empaques debidamente rotulados.
- Involucrar al paciente y/o a cuidadores en capacitaciones relacionadas con la administración de medicamentos.
- Revisar las dosis apropiadas de los medicamentos.

### **En la adquisición:**

Los departamentos de compras, aparte de evaluar los precios de los medicamentos, deben evaluar la posibilidad que se minimice la adquisición de medicamentos LASA, para lo cual se sugiere:

- Analizar el nombre de los medicamentos que como nuevos productos se van a adicionar al vademécum institucional.
- Recomendar estrategias de prescripción a médicos y odontólogos.
- Establecer un listado de los medicamentos en orden alfabético, y ejemplos con los viales y ampollas que estén en la farmacia.
- Reportar problemas que ocurren en la recepción técnica y en el almacenamiento de productos farmacéuticos.
- En listados de medicamentos marcar en mayúscula los nombres de medicamentos que generan confusión.
- Minimizar el número de medicamentos LASA en nuevos medicamentos que se adquieren.

Otras estrategias deben ser tenidas en cuenta para disminuir los errores de medicación asociado a Medicamentos LASA (9):

1. Garantizar que las organizaciones de atención sanitaria identifiquen y administren activamente los riesgos asociados con los medicamentos de aspecto o nombre parecidos mediante la revisión anual de este tipo de medicamentos en su organización.
2. Implementar protocolos clínicos en los cuales se enfatice en:
  - Minimizar o prohibir el uso de órdenes orales y telefónicas relacionadas con prescripción, dispensación o administración de medicamentos.
  - Siempre leer la etiqueta en la dispensación del medicamento, y en su administración, sin confiar en el reconocimiento visual, la ubicación u otras pautas menos específicas de identificación deficiente del medicamento.
  - 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.
3. Elaborar estrategias para evitar la confusión o interpretación incorrecta causada por recetas u órdenes de medicamentos ilegibles, lo cual incluye hacer énfasis en las diferencias en el nombre del medicamento utilizando métodos tales como la mezcla de mayúsculas y

minúsculas que diferencien los nombres (ej: tobrEX y tobrADEX).

4. El almacenamiento de los medicamentos que tienden a confundirse en sitios separados o en orden no alfabético, como por ejemplo, por número de recipiente, en estantes o en otros dispositivos.

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

6. 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 internacional, la marca, y los posibles efectos secundarios del medicamento.

– Identificar a los pacientes con trastornos de visión, diferencia de idiomas y conocimientos limitados de la atención sanitaria y crear estrategias para evitar errores de medicación en dichas esta poblaciones.

– 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 similar a otros.

7. Garantizar cumplimiento de todos los pasos del proceso de administración de medicamentos por parte de personas calificadas y competentes.

8. Educación continuada a profesionales de la salud sobre medicamentos con aspecto o nombres parecidos en las instituciones y dentro de la formación profesional.

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

También pueden en este tema existir oportunidades para la participación del paciente y de la familia o cuidadores como son:

- 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 internacional como identificador clave de sus medicamentos.

- Instruir a los pacientes sobre cómo alertar a los cuidadores siempre que un medicamento se parezca a otro, variar en cualquier forma respecto al modo en que generalmente se toma o es administrado.

- Fomentar en los pacientes la consulta en sus instituciones de salud de medicamentos de aspecto o nombre parecidos y otras fuentes de error de medicación, y cómo evitarlos.

## **BIBLIOGRAFIA**

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. Look-alike and sound-alike drug names—a step forward. *Hospital News*, January 2004.

<http://ismp-canada.org/download/>

6. ISMP's list of confused drug names. Huntingdon Valley, PA, Institute for Safe Medication Practices, 1 April 2005.

7. Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé. Médicaments et voyages à l'étranger: Attention, un médicament peut en cacher un autre !! *Vigilances* 2007; 37: 4. Disponible en: <http://afssaps.sante.fr/pdf/5/vigi37.pdf>

8. 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>

9. Medicamentos de Aspecto o Nombres parecidos disponible en:

[http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridadpaciente/gestor/sites/PortalObservatorio/usosegurodemedicamentos/documentos/GPS\\_SIMILITUD\\_VALORADA.pdf](http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridadpaciente/gestor/sites/PortalObservatorio/usosegurodemedicamentos/documentos/GPS_SIMILITUD_VALORADA.pdf)



## **FARMACOVIGILANCIA EN LA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONQUIRÁ-BOYACÁ**

### **Rafael Bermúdez Bastos**

Químico Farmacéutico

Director Técnico, Servicio Farmacéutico.  
E.S.E. Hospital Regional Monquirá.

[raberbas@gmail.com](mailto:raberbas@gmail.com)

### **INTRODUCCIÓN**

Reportar Reacciones Adversas a Medicamentos (RAM), involucra al personal de salud que participa del diligenciamiento y registro de la correspondiente información, lo cual implica emplear recursos, tiempo y espacio en las labores diarias de la ESE, así como afrontar el temor a las acciones punitivas que algunos profesionales perciben, puede conllevar la acción de reportar. De otro lado, la Farmacovigilancia debe estar anclada a un proceso dinámico de ayudas didácticas de reporte y seguimiento continuo en la oportunidad de la detección y reporte de las RAM para desarrollar estrategias preventivas y correctivas.

En consecuencia, son necesarios esfuerzos de gestión e implementación de estrategias como la EFAPRECO (Educamos, Facilitamos, Analizamos, Prevenimos y Corregimos), que han permitido obtener información más oportuna, confiable y segura.

### **JUSTIFICACIÓN**

Buscando cumplir con lo establecido en la reglamentación nacional en la cual se indica que “Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios,

deberán contar con un programa institucional de Farmacovigilancia, con una perspectiva especialmente clínica/individual que permita establecer y prevenir problemas relacionados con la indicación, efectividad y seguridad de los medicamentos” (1), y a raíz de un débil sistema de reporte institucional que en 2009 sólo había logrado reportar 3 casos de RAM, se decidió consolidar un sistema de vigilancia cuyo alcance permitiera notificar, identificar, evaluar, analizar y gestionar los eventos, reacciones e incidentes adversos que se podían presentar con el uso de medicamentos y dispositivos médicos, denominado “Sistema Integrado de Farmacovigilancia y Tecnovigilancia, “Todos, vigilando y reportando”.

### **DESCRIPCIÓN**

Se inició por parte del Servicio Farmacéutico junto al Área de Coordinación Médica y Asistencial y Asesoría de Calidad, la verificación de los compromisos misionales para dar cumplimiento a los estándares de habilitación, luego de lo cual se identificaron a través de encuestas, el estado situacional, los resultados a alcanzar y los indicadores con los que habrían de cuantificar logros.

Para la contextualización del programa, se realizaron ajustes a la conformación y funciones del Comité de Farmacia y Terapéutica (CFyT), así como la aprobación del Sistema Integrado de Farmacovigilancia y la publicación de compromisos en el Acta del CFyT, y la verificación del cumplimiento de los mismos.

Luego se dio inicio a capacitaciones que permitieron a los profesionales de la salud relacionados con el programa ahondar en los conocimientos y nociones básicos de Farmacovigilancia, seguridad en el uso de medicamentos y gestiones relacionadas.



**Fig 1: Portadilla de presentación sobre Farmacovigilancia**



**Fig 2: Apartado de presentación de apoyo en capacitación**

Fue necesaria la intervención con ayudas didácticas, como la “Tarjeta Amarilla: Tarjeta de reporte rápido”, y las cajas de recepción de reporte de tarjetas amarillas, las cuales permitieron desarrollar un enfoque de mayor colectividad en el reporte fácil y seguro de una reacción adversa con medicamentos o incidente adverso con dispositivos.

**Fig 3. Tarjeta Amarilla: Tarjeta de Reporte Rápido.**

HOSPITAL REGIONAL DE MONQUIRÁ E.S.E NIT 897006398-7 CALLE 19 No 10 B - 10 Teléfono: 7282360-7282630-7282854		FECHA EDICIÓN: DICIEMBRE / 2010
FICHA DE REPORTE RÁPIDO DE SOSPECHA DE REACCIONES ADVERSAS A MEDICAMENTOS E INCIDENTES ADVERSOS CON DISPOSITIVOS MÉDICOS		FARMACIA Versión 0
Fecha:	Servicio:	
Nombre Paciente	Nº de Cama	
Descripción del Evento Adverso (Reacción(es) adversa(s) a medicamento y/o incidente(s) adverso(s) con dispositivos médicos sospechada(s))		
Comunicador del Evento		Teléfono o email.
URGENTE. POR FAVOR REPORTAR INMEDIATAMENTE LLENANDO ESTE FORMATO Y LLAMAR A LA EXTENSIÓN 119, PARA PODER TOMAR CADA UNO DE LOS DATOS NECESARIOS PARA EL ANÁLISIS DEL CASO.		

Una de las claves en el desarrollo e implementación del programa fue un enfoque de capacitación con grupos menores a cuatro (4) personas, esto permitía un ambiente acogedor que propiciaba un debate abierto, espontáneo, académico y profesional, así como el espacio para aclarar dudas. Dentro de los factores de éxito del programa estuvo el diseño de la tarjeta de reporte que incorporó el color amarillo, el cual resultó de alta

remembranza, de tal modo que en el momento en que sucediera un evento adverso, lo primero que se debía hacer era tomar y diligenciar la “hoja amarilla”, la tarjeta amarilla de reporte rápido. También se desarrolló una campaña publicitaria, que incorporó herramientas como boletines o botones. (Ver Figura 4).



**Fig.4: Botones Publicitarios**



**Fig 5. Participación y Capacitación**

### ARTICULACIÓN CON EL SERVICIO FARMACÉUTICO

Ha sido decisivo para el Programa Institucional de Farmacovigilancia la articulación lograda con los demás procesos de apoyo del servicio farmacéutico mediante boletines informativos para pacientes (Fig 6) y folletos para personal de la salud (Fig 7),

intervención en los programas radiales de manera mensual, con el lema *Farmacia Sana*, siempre promoviendo el uso adecuado de los medicamentos.



Fig. 6



Fig. 7

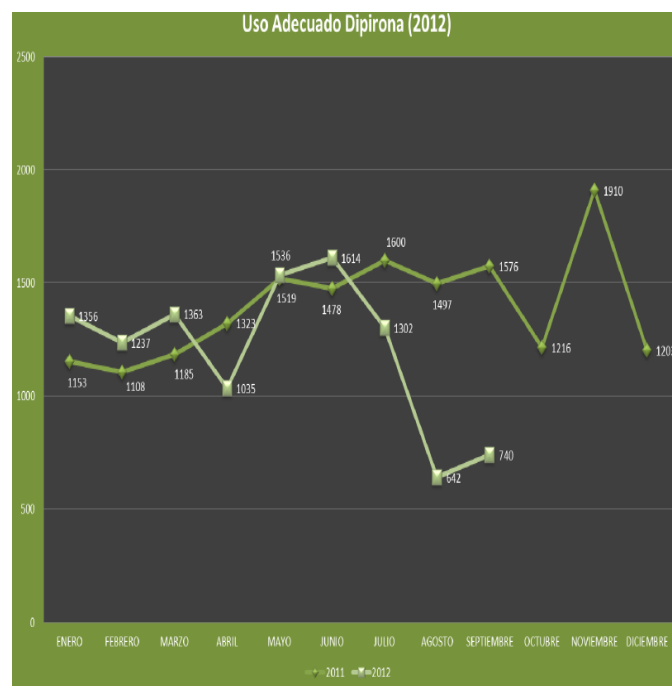
Otras acciones relevantes fruto de esta articulación en bien del uso racional de medicamentos son:

Realización de estudios de utilización de medicamentos en pacientes anticoagulados y aquellos que utilizan anticonvulsivantes, dado que son medicamentos con características cinéticas complejas;

Restringir el uso de antibióticos de amplio espectro mediante formato de solicitud de los mismos y autorización del Comité de Infecciones;

Exclusividad en la prescripción de Metoclopramida y Loratadina por parte de médico pediatra.

Es de resaltar que este tipo de programas permitió una disminución en el consumo de Dipirona, realizada la guía de manejo de uso adecuado de Dipirona, como lo indica la gráfica 1 en la cual en tono más claro está la curva de consumo de Dipirona 1 g S.I. durante 2012, observándose una disminución respecto a la curva con tono más oscuro, que representa el consumo durante 2011.



Gráfica 1: Consumo Dipirona 1g solución Inyectable Año 2011 – 2012



A través de una serie de herramientas ha sido posible desarrollar estrategias que conduzcan a una mejor prescripción, facilitando así los procesos de dispensación, distribución y administración de los medicamentos, mediante el formato de orden médica:




El uso de tarjetas toxicoalérgicas ha permitido la participación del paciente en el ámbito de seguridad, lo cual está plenamente justificado, dado los riesgos de hipersensibilidad a los que están expuestos. A continuación, un ejemplo del formato empleado:

### Impacto logrado y observaciones

Se logró aumentar el número de reportes, el cual pasó de 3 en 2009, a 11 en 2010, 38 en 2011 y 29 en 2012 (hasta Octubre).

A continuación se presenta clasificación de los eventos reportados.

Tabla 2: Relación eventos adversos

Eventos Adversos	Cantidad
Hipersensibilidad a Medicamentos	27
RAM PRUM Interacción	16
Errores de prescripción	10
RAM PRUM Fallo terapéutico	6
Errores de dispensación	4
Flebitis Química	4
Efectos secundarios	4
RAM Dolor y ardor en la administración Diclofenaco	4
Inestabilidad Química Soluciones	3
Sobredosificación/Toxicidad	2
PRUM: Inhalador sin funcionar	1

La creación y la retroalimentación del Comité de Seguridad al Paciente ha permitido el análisis de los eventos adversos y mejorar en la prestación de los servicios de salud. De este modo la Farmacovigilancia no ha permanecido como una labor sólo circunscrita a las responsabilidades del Químico Farmacéutico, sino que ha trascendido a una serie de acciones colectivas e interdisciplinarias.

Capacitaciones continuas y el uso de herramientas publicitarias, permiten una adherencia mayor al sistema de reporte.

Desarrollar estrategias de reporte como la tarjeta amarilla, permitieron al personal asistencial agilizar el reporte y recordar el proceso asociado al mismo.

La consolidación del Programa Institucional de Farmacovigilancia ha evidenciado lo fructífero que resulta unir esfuerzos en bien del paciente, ello con arraigo en la política institucional de calidad, cuyo cumplimiento es vigilado por el Comité de Seguridad del Paciente, y en cuyo marco se detallan, analizan y se toman las respectivas acciones correctivas y preventivas.

## Bibliografía

(1) Ministerio de la Protección Social. República de Colombia. Resolución 1403 de 2007 (14 de mayo): Por la cual se determina el Modelo de Gestión del Servicio Farmacéutico, se adopta el Manual de Condiciones Esenciales y Procedimientos y se dictan otras disposiciones. Capítulo III, Procedimientos para los procesos especiales. Apartados 5. Farmacovigilancia, 5.2. Programa Institucional de Farmacovigilancia.

## PROGRAMA NACIONAL DE FARMACOVIGILANCIA

El INVIMA a través del Programa Nacional de Farmacovigilancia (PNFV), trabaja en pro del uso seguro de los medicamentos de manera mancomunada con los programas institucionales y regionales de farmacovigilancia. El PNFV tiene como objetivo principal recibir, analizar, retroalimentar, consolidar y transmitir al Centro Internacional de Monitoreo de Uppsala información relacionada con reacciones adversas a medicamentos y asuntos conexos, así como socializar información relevante para el uso adecuado de los medicamentos en Colombia.

El PNFV constituye el nodo central de la [Red Nacional de Farmacovigilancia](#), la cual cuenta con dos grupos de actores:

Personas (Pacientes, cuidadores y profesionales de la salud -médicos tratantes, odontólogos, enfermeros, químicos farmacéuticos, etc.-)

Instituciones (Hospitales, clínicas, autoridades seccionales de salud, laboratorios farmacéuticos, importadores y comercializadores de medicamentos, Invima).

El Programa Nacional permite al Invima conocer los eventos adversos o problemas relacionados con el uso de los medicamentos y de esta forma conocer o ampliar la información de seguridad y promover el uso seguro y adecuado de los mismos en Colombia a través de una serie de contactos institucionales y personales.

Dos de las normas vigentes relacionadas con farmacovigilancia son:

[Resolución 2004009455 de 2004 del INVIMA](#)

[Resolución 1403 de 2007 del Ministerio de la Protección Social](#)

////////////////////////////////////