

Butlletí de Prevenició d'Errors de Medicació de Catalunya

Vol. 13, núm. 2 · abril – juny 2015



Butlletí de
**Prevenició d'Errors
de Medicació**
de Catalunya

- Errors de medicació durant la prescripció en diferents nivells assistencials

Errors de medicació durant la prescripció en diferents nivells assistencials ■

Cristina Ibáñez i Corinne Zara

Farmacèutiques de la Regió Sanitària Barcelona.
Servei Català de la Salut (CatSalut)

■ Introducció

La veritable assistència centrada en el pacient és un repte del nostre sistema sanitari, però també de molts d'altres.¹⁻⁴ La complexitat, la fragmentació i la separació entre els nivells assistencials pot donar lloc a errors de medicació (EM), sovint previsibles i potencialment greus, especialment quan els pacients fan una **transició** entre aquests nivells.⁵⁻⁷ Les activitats de **conciliació** de la medicació a l'ingrés i a l'alta hospitalària són aspectes que es treballen habitualment i que es troben emmarcats dins dels objectius del Pla de salut 2011-2015 de Catalunya.⁸

Una altra situació que pot donar lloc a EM és la prescripció des de diferents nivells assistencials, especialment si es tracta de medicaments hospitalaris de dispensació ambulatoria (MHDA) i de medicaments de dispensació amb recepta en oficines de farmàcia (OF). La manca de coordinació en la prescripció pot donar lloc a l'aparició de diferents problemes relacionats amb els medicaments: interaccions, duplicitats, etc. El resultat final sobre el pacient dependrà, en gran part, dels sistemes per prevenir la generació d'aquests EM i dels sistemes de detecció precoç.

■ Anàlisi dels condicionants dels errors de medicació i de les possibles conseqüències

Aquest article pretén mostrar aquestes situacions de risc mitjançant alguns exemples il·lustratius.

Pacient amb infecció pel VIH en tractament amb antiretrovirals al qual se li prescriu una estatina

A l'Estat espanyol, la prescripció de tractament antiretroviral (TAR) es produeix a l'àmbit hospitalari des dels inicis de l'epidèmia als anys vuitanta. El grau d'especialització de tots els professionals sanitaris dels centres hospitalaris implicats és molt alt i requereix una actualització constant de les novetats en el coneixement de la malaltia, de la introducció de nous fàrmacs, del maneig dels efectes secundaris, les interaccions, la posologia, etc.

En el nostre entorn, el paper de l'atenció primària (AP) i de les OF en el seguiment d'aquests pacients és pràcticament anecdòtic i, sovint, es limita a la detecció precoç de la infecció pel VIH.^{9,10}

La millora en els resultats del control de la infecció pel VIH es relaciona amb un augment de l'esperança de vida d'aquests pacients, però també els ha convertit en malalts crònics amb diferents patologies associades.¹¹ Aquests pacients sovint requereixen tractament pel control de trastorns lipídics, renals, de diabetis i de salut mental, entre d'altres.¹² El metge internista infectòleg és qui sovint fa el seguiment d'aquesta comorbiditat associada a la infecció però, segurament i cada vegada més, seria interessant que el seguiment de la patologia crònica associada es fes des de l'AP de forma coordinada amb altres entorns assistencials i que es tingués en compte que la polimediació d'aquests pacients pot ser un aspecte molt rellevant. És en aquest punt on es poden produir els EM atès que el TAR és MHDA i, per tant, es dispensa des de la farmàcia de l'hospital. En canvi, les estatines, els antidiabètics o altres medicaments són dispensats per les OF.

Des de la Regió Sanitària Barcelona (RSB) es va analitzar la situació d'aquests pacients durant l'any 2012. Es van identificar 7.939 pacients amb VIH en tractament amb inhibidors de la proteasa (IP), dels quals 808 rebien també tractament amb estatines. En 98 d'aquests pacients es van identificar associacions contraindicades (simvastatina amb qualsevol IP potenciat) i en 106 pacients la dosi de l'estatina era superior a la recomanada.¹³ La interacció d'IP amb estatina pot comportar dany muscular, rhabdomiòlisi o fracàs renal, la qual cosa ha motivat la publicació d'alertes de seguretat.¹⁴

En aquesta anàlisi, l'estatina es va prescriure únicament a l'AP en un 78,6% dels casos i en el 21,4% restant es va prescriure des de l'hospital i des de l'AP. A la RSB van adoptar accions informatives, adreçades als professionals implicats, sobre la situació de risc d'interacció amb les associacions identificades. Pel que fa a les prescripcions fetes a l'AP, la resposta majoritària va ser que se'n desconeixia la MHDA prescrita a l'hospital. En alguns casos, es va produir el canvi de l'estatina prescrita des de l'hospital per tal d'adequar-se als estàndards propis de l'AP. En el cas de la prescripció d'estatina iniciada a l'hospital, la causa més probable de l'error va ser el desconeixement, o l'oblit, del risc d'interacció amb els IP.¹³ L'anàlisi s'ha repetit passats uns mesos de la intervenció i algunes de les incidències s'han resolt, però també s'han identificat nous pacients en risc. Actualment s'està valorant si aquestes associacions de risc van requerir una actuació específica o bé van motivar un ingrés hospitalari d'alguns dels pacients.

Aquest exemple posa de manifest la fragmentació i la manca de coordinació entre nivells assistencials i la necessitat de fer actuacions periòdiques. El fet de disposar d'un pla de medicació integral amb tots els fàrmacs prescrits al pacient podria evitar aquests EM.

Tanmateix, alguns aspectes de confidencialitat relacionats mereixen una reflexió; el pacient té dret que determinada medicació no consti en el pla de medicació o que ho faci a banda, o bé que l'accés dels professionals a les seves dades estigui limitat, tot i que això pot donar lloc a EM per manca de coneixement, com s'ha posat de manifest en l'exemple descrit. Així doncs, cal buscar mecanismes d'intercanvi d'informació entre professionals que garanteixin la continuïtat de l'assistència, que ofereixin una atenció de qualitat al pacient (sempre amb el seu consentiment i amb consideració al dret que té que es respecti la confidencialitat de les seves dades) i que informin el pacient sobre la conveniència de compartir aquesta informació entre els diferents professionals que l'atenen.¹⁵ Finalment, els sistemes d'ajuda a la prescripció i la generació d'alertes per interaccions farmacològiques són eines imprescindibles per assegurar la detecció d'aquest tipus d'errors, així com la formació continuada de tots els professionals que treballen en aquest àmbit.

Pacient en tractament amb bifosfonats orals al qual se li prescriu un bifosfonat intravenós d'administració anual o viceversa

Una de les àrees de desenvolupament de la indústria farmacèutica és el de la síntesi de nous fàrmacs amb un perfil cinètic prolongat que permeti espaiar-ne l'administració. La modificació de la pauta posològica d'un medicament requereix accions per tal d'evitar els possibles EM, bé sigui en la presa del medicament o bé per una possible duplictat terapèutica.

Els bifosfonats van irrompre al mercat en pautes d'administració diària i més tard en van aparèixer les formes d'administració setmanal i mensual; tots els bifosfonats es dispensaven a l'OF. L'any 2005 es va comercialitzar el primer bifosfonat d'administració anual per al tractament de l'osteoprosi, l'àcid zoledrònic

(Aclasta), en una dosi de 5 mg per via intravenosa. Així doncs, l'administració d'Aclasta, intravenós i anual a l'hospital, és una alternativa a l'administració oral diària, setmanal o mensual dels bifosfonats dispensats a l'OF. Les duplicitats que es puguin produir amb aquests fàrmacs poden provocar un risc més gran dels efectes adversos descrits amb els bifosfonats (hipocalcèmia, osteonecrosi mandibular, alteracions de la funció renal, possiblement fibril·lació auricular, etc.), a més dels costos innecessaris associats. Per aquest motiu, s'han emès recomanacions específiques en relació amb la necessitat de suspendre els bifosfonats orals en pacients que inicien el tractament intravenós amb Aclasta.¹⁶

Davant de la sospita de possibles EM per duplictat de prescripcions de bifosfonats entre nivells assistencials, des de la RSB es va començar a analitzar la situació l'any 2008.

Es van identificar 805 pacients que van rebre Aclasta a l'hospital, dels quals 221 continuaven en tractament amb un bifosfonat oral (27%). Aquestes dades es van presentar als directius i farmacèutics d'hospital en les reunions de seguiment de la MHDA perquè es prenguéssin consciència de l'EM i de la necessitat de millorar els sistemes de comunicació i coordinació amb l'AP quan es prescrigués el bifosfonat intravenós.

L'AP també va ser informada per escrit d'aquestes duplicitats, per tal que es revisessin i es retiressin els tractaments orals amb bifosfonats. Posteriorment, s'ha repetit l'anàlisi per veure l'evolució d'aquest tipus de duplictat i s'ha observat que ha anat disminuint amb el temps.

Aquest exemple evidencia que, en termes de medicació, la comunicació entre nivells requereix millorar. Novament, el fet de disposar d'un pla de medicació integral amb tots els

fàrmacs pautats al pacient podria haver ajudat a evitar aquests EM. Com a alternativa, es va plantejar que un cop administrat el bifosfonat intravenós, des de l'hospital es fes algun tipus de comunicació a l'AP (informe adreçat a l'AP, registre a la història clínica compartida, etc.) per tal de donar-los a conèixer que el pacient ja estava cobert i no requeria el bifosfonat oral. Addicionalment, el fet d'informar el pacient del tractament i de la no necessitat de rebre el bifosfonat oral, també pot resultar útil per prevenir l'EM, ja que s'ha mostrat que també és convenient fer-lo participi d'aquest procés i donar-li un paper més actiu en la conciliació de la seva medicació.¹⁷ Finalment, els sistemes d'ajuda a la prescripció i la generació d'alertes per duplicitats també resulten molt útils en aquest tipus de situació.

■ Conclusions

Amb aquest article breu es pretén alertar sobre un aspecte rellevant de la prevenció d'EM, la prescripció de MHDA i de medicaments dispensats amb recepta en OF. Els EM entre nivells assistencials que hem detectat han motivat que es duguessin a terme una sèrie d'actuacions de detecció i notificació d'EM en relació amb interaccions medicamentoses i duplicitats terapèutiques l'origen de les quals ha estat sovint la manca de comunicació, de registres comuns i d'un pla integrat de medicació.

L'anàlisi dels EM i de les causes que els han motivat hauria de ser el catalitzador per identificar altres situacions de risc i per implementar accions de millora. En aquest sentit, el fet que la recepta electrònica inclogui i faciliti un pla integral de la medicació dispensada en els diferents entorns (oficina de farmàcia i farmàcia hospitalària) serà fonamental en la prevenció d'aquests EM; però també ho serà l'aplicació d'altres mesures individuals i complementàries com ara que les entitats proveïdores promoguin compartir,

informar, alertar i formar els seus professionals en tots aquests aspectes. En aquest sentit, alguns proveïdors de salut ja han començat a compartir les prescripcions fetes com a MHDA i les prescripcions fetes a l'AP.

S'ha d'abandonar el concepte de la prescripció tancada i aïllada des de diferents nivells assistencials i fer un abordatge realment integral centrat en el pacient. La conscienciació, la comunicació i la formació són tres aspectes que hem identificat com a primordials en aquesta anàlisi d'EM entre nivells assistencials.

■ Referències bibliogràfiques

1. Frolich A, Host D, Schnor H et al. Integration of healthcare rehabilitation in chronic conditions. *Int J Integr Care* 2010;10:e033.
2. Gress S, Baan CA, Calnan M et al. Co-ordination and management of chronic conditions in Europe: the role of primary care-position paper of the European Forum for Primary Care. *Qual Prim Care* 2009;17(1):75-86.
3. Armitage GD, Suter E, Oelke ND et al. Health systems integration: state of the evidence. *Int J Integr Care* 2009;9:e82.
4. Suter E, Oelke ND, Adair CE et al. Ten key principles for successful health systems integration. *Healthc Q* 2009;13:16-23.
5. Van Durme T, Macq J, Anthierens S et al. Stakeholders' perception on the organization of chronic care: a SWOT analysis to draft avenues for health care reforms. *BMC Health Serv Res* 2014;14:179.
6. Taylor MJ, Sweissen H. Medicare and chronic disease management: integrated care as an exceptional circumstance? *Aust Health Rev.* 2010;34(2):152-61.
7. Gleason KM, Groszek JM, Sullivan C et al. Reconciliation of discrepancies in medication histories and admission orders of newly hospitalized patients. *Am J Health Syst Pharm* 2004;61:1689-95.
8. Departament de Salut. Programa de prevenció i atenció a la cronicitat (PPAC). També disponible en línia a: <<http://bit.ly/1AMNRjt>> [Consulta: agost 2014]
9. Gorostiza I, Elizondo E, Braceras L. Programa de cribado de VIH/sida en las oficinas de farmacia en la Comunidad Autónoma del País Vasco. *Gac Sanit* 2013;27:164-6.
10. Guayta-Escobias R, Giménez A, Rifà B et al. Cribado de VIH/sida en las farmacias comunitarias. *Gac Sanit* 2014;28(3):253-9.
11. Deeks SG, Phillips AN. HIV infection, antiretroviral treatment, ageing, and non-AIDS related morbidity. *BMJ* 2009;338:a3172.
12. Gleason LJ, Luque AE, Shah K. Polypharmacy in the HIV-infected older adult population. *Clin Interv Aging* 2013;8:749-63.
13. Ibáñez C, Zara C, González H. Detección de interacciones farmacológicas en la prescripción entre

- niveles asistenciales en pacientes infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana. Med Clin (Barc). 2014;142(2):89-93.
14. U.S. Food and Drug Administration. FDA Drug Safety Communication: Interactions between certain HIV or hepatitis C drugs and cholesterol-lowering statin drugs can increase the risk of muscle injury. Safety Announcement [3-01-2012]. També disponible en línia a: www.fda.gov/drugs/drugsafety/ucm293877.htm [Consulta: agost 2014]
 15. Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària (CAMFiC). Grup d'ètica. Reflexions de la pràctica quotidiana. Confidencialitat: el dret a la intimitat. 2003. També disponible en línia a: http://publicacions.camfic.cat/docs/Butlleti/intimitat_butlleti.pdf [Consulta: agost 2014]
 16. Zoledronic acid (Aclasta) for osteoporosis. Updated 01 April 2009. NPS Radar. NPS Medicinewise. També disponible en línia a: <http://www.nps.org.au/publications/health-professional/nps-radar/2009/april-2009/zoledronic-acid#revhistory> [Consulta: setembre 2014]
 17. Heyworth L, Paquin AM, Clark J et al. Engaging patients in medication reconciliation via a patient portal following hospital discharge. J Am Med Inform Assoc 2014;21(e1):e157-62.

©2011. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut

Directora: Roser Vallès

Comitè Editorial: Tomàs Casasín, Gloria Cereza, Laura Diego, Maria José Gaspar, Carmen Lacasa, Marta Massanés, Glòria Oliva, Manel Rabanal i Laia Robert.

Conflicte d'interès. Els membres del Comitè Editorial declaren que no hi ha cap conflicte d'interès relacionat amb els continguts d'aquesta publicació.

Subscripcions. Podeu formalitzar la vostra subscripció al butlletí a través de l'adreça de correu electrònic errorsmedicacio@gencat.cat mitjançant la indicació del vostre nom i els cognoms, i l'adreça de correu electrònic on el vulgueu rebre.

ISSN 2013-3065

www.errorsmedicacio.org