

Butlletí de Prevenció d'Errors de Medicació de Catalunya

Vol. 13, núm. 2 · abril - junio 2015



Butlletí de

**Prevenció d'Errors
de Medicació**

de Catalunya

- Errores de medicación durante la prescripción en distintos niveles asistenciales.

Errores de medicación durante la prescripción en distintos niveles asistenciales ■

Cristina Ibañez y Corinne Zara

Farmacéuticas de la Regió Sanitaria Barcelona.
Servei Català de la Salut (CatSalut)

■ Introducció

La verdadera asistencia centrada en el paciente es un reto de nuestro sistema sanitario, pero también de muchos otros.¹⁻⁴ La complejidad, la fragmentación y la separación entre los niveles asistenciales puede dar lugar a errores de medicación (EM), a menudo previsibles y potencialmente graves, especialmente cuando los pacientes hacen una **transición** entre estos niveles.⁵⁻

⁷ Las actividades de **conciliación** de la medicación al ingreso y al alta hospitalaria son aspectos que se trabajan habitualmente y que se encuentran

enmarcados dentro de los objetivos del Plan de salud 2011-2015 de Cataluña.⁸

Otra situación que puede dar lugar a EM es la prescripción desde diferentes niveles asistenciales, especialmente si se trata de medicamentos hospitalarios de dispensación ambulatoria (MHDA) y de medicamentos de dispensación con receta en oficinas de farmacia (OF). La falta de coordinación en la prescripción puede dar lugar a la aparición de diferentes problemas relacionados con los medicamentos: interacciones, duplicidades, etc. El resultado final sobre el paciente dependerá, en gran parte, de los sistemas para prevenir la generación de estos EM y de los sistemas de detección precoz.

■ Análisis de los condicionantes de los errores de medicación y de las posibles consecuencias

Este artículo pretende mostrar estas situaciones de riesgo mediante algunos ejemplos ilustrativos.

Paciente con infección por el VIH en tratamiento con antirretrovirales al que se prescribe una estatina.

En el Estado español, la prescripción de tratamiento antirretroviral (TAR) se produce en el ámbito hospitalario desde los inicios de la epidemia en los años ochenta. El grado de especialización de todos los profesionales sanitarios de los centros hospitalarios implicados es muy alto y requiere una actualización constante de las novedades en el conocimiento de la enfermedad, de la introducción de nuevos fármacos, del manejo de los efectos secundarios, las interacciones, la posología, etc.

En nuestro entorno, el papel de la atención primaria (AP) y de las OF en el seguimiento de estos pacientes es prácticamente anecdótico y, a menudo, se limita a la detección precoz de la infección por el VIH.^{9,10}

La mejora en los resultados del control de la infección por el VIH se relaciona con un aumento de la esperanza de vida de estos pacientes, pero también les ha convertido en enfermos crónicos con diferentes patologías asociadas.¹¹ Estos pacientes a menudo requieren tratamiento para el control de trastornos lipídicos, renales, de diabetes y de salud mental, entre otros.¹² El médico internista infectólogo es quien a menudo hace el seguimiento de esta comorbilidad asociada a la infección pero, seguramente y cada vez más, sería interesante que el seguimiento de la patología crónica asociada se hiciera desde la AP de forma coordinada con otros entornos asistenciales y que se tuviera en cuenta que la polimedicación de estos pacientes puede ser un aspecto muy relevante. Es en este punto donde se pueden producir los EM ya que el TAR es MHDA y, por lo tanto, se dispensa desde la farmacia del hospital. En cambio, las estatinas, los antidiabéticos u otros medicamentos son dispensados por las OF.

Desde la Región Sanitaria Barcelona (RSB) se analizó la situación de estos pacientes durante el año 2012. Se identificaron 7.939 pacientes con VIH en

tratamiento con inhibidores de la proteasa (IP), de los cuales 808 recibían también tratamiento con estatinas. En 98 de estos pacientes se identificaron asociaciones contraindicadas (simvastatina con cualquier IP potenciado) y en 106 pacientes la dosis de la estatina era superior a la recomendada.¹³ La interacción de IP con estatina puede comportar daño muscular, rabdomiólisis o fracaso renal, lo cual ha motivado la publicación de alertas de seguridad.¹⁴

En este análisis, la estatina se prescribió únicamente en la AP en un 78,6% de los casos y en el 21,4% restante se prescribió desde el hospital y desde la AP. En la RSB adoptaron acciones informativas, dirigidas a los profesionales implicados, sobre la situación de riesgo de interacción con las asociaciones identificadas. Con respecto a las prescripciones hechas en la AP, la respuesta mayoritaria fue que se desconocía la MHDA prescrita en el hospital. En algunos casos, se produjo el cambio de la estatina prescrita desde el hospital con el fin de adecuarse a los estándares propios de la AP. En el caso de la prescripción de estatina iniciada en el hospital, la causa más probable del error fue el desconocimiento, o el olvido, del riesgo de interacción con los IP.¹³ El análisis se ha repetido pasados unos meses de la intervención y algunas de las incidencias se han resuelto, pero también se han identificado nuevos pacientes en riesgo. Actualmente se está valorando si estas asociaciones de riesgo requirieron una actuación específica o bien motivaron el ingreso hospitalario de alguno de los pacientes.

Este ejemplo pone de manifiesto la fragmentación y la falta de coordinación entre niveles asistenciales y la necesidad de hacer actuaciones periódicas. El hecho de disponer de un plan de medicación integral con todos los fármacos prescritos al paciente podría evitar estos EM. Sin embargo, algunos aspectos de confidencialidad relacionados merecen una reflexión; el paciente tiene derecho a que determinada medicación no conste en el plan de medicación o que lo haga aparte, o bien que el acceso de los profesionales a sus datos esté limitado, aunque eso puede dar lugar a EM por falta de conocimiento, cómo se ha puesto de manifiesto en el ejemplo descrito. Así pues, hay que buscar

mecanismos de intercambio de información entre profesionales que garanticen la continuidad de la asistencia, que ofrezcan una atención de calidad al paciente (siempre con su consentimiento y con consideración al derecho que tiene que se respete la confidencialidad de sus datos) y que informen al paciente sobre la conveniencia de compartir esta información entre los diferentes profesionales que lo atienden.¹⁵ Finalmente, los sistemas de ayuda a la prescripción y la generación de alertas por interacciones farmacológicas son herramientas imprescindibles para asegurar la detección de este tipo de errores, así como la formación continuada de todos los profesionales que trabajan en este ámbito.

Paciente en tratamiento con bisfosfonatos orales al que se prescribe un bisfosfonato intravenoso de administración anual o viceversa

Una de las áreas de desarrollo de la industria farmacéutica es la de la síntesis de nuevos fármacos con un perfil cinético prolongado que permita espaciar su administración. La modificación de la pauta posológica de un medicamento requiere acciones con el fin de evitar los posibles EM bien sea en la toma del medicamento o bien por una posible duplicidad terapéutica.

Los bisfosfonatos irrumpieron en el mercado en pautas de administración diaria y más tarde aparecieron las formas de administración semanal y mensual; todos los bisfosfonatos se dispensaban en la OF. En el año 2005 se comercializó el primer bisfosfonato de administración anual para el tratamiento de la osteoporosis, el ácido zoledrónico (Aclasta), en una dosis de 5 mg por vía intravenosa. Así pues, la administración de Aclasta, intravenoso y anual en el hospital, es una alternativa a la administración oral diaria, semanal o mensual de los bisfosfonatos dispensados en la OF. Las duplicidades que se puedan producir con estos fármacos pueden provocar un mayor riesgo de los efectos adversos descritos con los bisfosfonatos (hipocalcemia, osteonecrosis mandibular, alteraciones de la función renal, posiblemente fibrilación auricular, etc.), además de los costes innecesarios asociados. Por este motivo, se han emitido recomendaciones

específicas en relación con la necesidad de suspender los bisfosfonatos orales en pacientes que inician el tratamiento intravenoso con Aclasta.¹⁶

Ante la sospecha de posibles EM por duplicidad de prescripciones de bisfosfonatos entre niveles asistenciales, desde la RSB se empezó a analizar la situación el año 2008.

Se identificaron 805 pacientes que recibieron Aclasta en el hospital, de los cuales 221 continuaban en tratamiento con un bisfosfonato oral (27%). Estos datos se presentaron a los directivos y farmacéuticos de hospital en las reuniones de seguimiento de la MHDA para que se tomara conciencia del EM y de la necesidad de mejorar los sistemas de comunicación y coordinación con la AP cuando se prescribiera el bisfosfonato intravenoso.

La AP también fue informada por escrito de estas duplicidades, a fin de que se revisaran y se retiraran los tratamientos orales con bisfosfonatos. Posteriormente, se ha repetido el análisis para ver la evolución de este tipo de duplicidad y se ha observado que ha ido disminuyendo con el tiempo.

Este ejemplo evidencia que, en términos de medicación, la comunicación entre niveles requiere mejorar. Nuevamente, el hecho de disponer de un plan de medicación integral con todos los fármacos pautados al paciente podría haber ayudado a evitar estos EM. Como alternativa se planteó que, una vez administrado el bisfosfonato intravenoso, desde el hospital se hiciera algún tipo de comunicación a la AP (informe dirigido a la AP, registro en la historia clínica compartida, etc.) con el fin de darles a conocer que el paciente ya estaba cubierto y no necesitaba el bisfosfonato oral. Adicionalmente, el hecho de informar al paciente del tratamiento y de la no necesidad de recibir el bisfosfonato oral, también puede resultar útil para prevenir el EM, ya que se ha mostrado que también es conveniente hacerle partícipe de este proceso y darle un papel más activo en la conciliación de su medicación.¹⁷ Finalmente, los sistemas de ayuda a la prescripción y la generación de alertas por duplicidades también resultan muy útiles en este tipo de situación.

■ Conclusiones

Con este artículo breve se pretende alertar sobre un aspecto relevante de la prevención de EM, la prescripción de MHDA y de medicamentos dispensados con receta en OF. Los EM entre niveles asistenciales que hemos detectado han motivado que se llevaran a cabo una serie de actuaciones de detección y notificación de EM en relación con interacciones medicamentosas y duplicidades terapéuticas cuyo origen ha sido a menudo la falta de comunicación, de registros comunes y de un plan integrado de medicación.

El análisis de los EM y de las causas que los han motivado tendría que ser el catalizador para identificar otras situaciones de riesgo y para implementar acciones de mejora. En este sentido, el hecho de que la receta electrónica incluya y facilite un plan integral de la medicación dispensada en los diferentes entornos (oficina de farmacia y farmacia hospitalaria) será fundamental en la prevención de estos EM; pero también lo será la aplicación de otras medidas individuales y complementarias, como que las entidades proveedoras promuevan compartir, informar, alertar y formar a sus profesionales en todos estos aspectos. En este sentido, algunos proveedores de salud ya han empezado a compartir las prescripciones hechas como MHDA y las prescripciones hechas en la AP.

Se tiene que abandonar el concepto de la prescripción cerrada y aislada desde diferentes niveles asistenciales y hacer un abordaje realmente integral centrado en el paciente. La concienciación, la comunicación y la formación son tres aspectos que hemos identificado como primordiales en este análisis de EM entre niveles asistenciales.

■ Referencias bibliográficas

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 línea 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-Escolies 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 línea 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 línea 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 línea 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. Departamento de Salud

Directora: Roser Vallès

Comité Editorial: Tomàs Casasín, Gloria Cereza, Laura Diego, María José Gaspar, Carmen Lacasa, Marta Massanés, Glòria Oliva, Manel Rabanal y Laia Robert.

Conflicto de interés. Los miembros del Comité Editorial declaran que no existe ningún conflicto de interés relacionado con los contenidos de esta publicación.

Suscripciones. Puede formalizar su suscripción al boletín a través de la dirección de correo electrónico errorsmedicacio@gencat.cat, indicando su nombre y apellidos, y la dirección de correo electrónico donde quiera recibirlo.

ISSN 2013-3065

www.errorsmedicacio.org
<http://medicaments.gencat.cat>