

Aplicabilidad de la herramienta “Prácticas seguras en pacientes con medicamentos de uso crónico” en el ámbito sociosanitario

CACHAFEIRO PIN AI¹, TAJES GONZÁLEZ YM¹, VILLAVARDE PIÑEIRO L², CASTRO RUBINOS C¹

1 Facultativa Especialista en Farmacia Hospitalaria. Servicio de Farmacia. Hospital Público da Mariña. Lugo (España)

2 Facultativa Especialista en Farmacia Hospitalaria. Servicio de Farmacia. Hospital Público de Monforte de Lemos. Lugo (España)

Fecha de recepción: 05/05/2022 - Fecha de aceptación: 31/05/2022

DOI: <http://dx.doi.org/10.4321/S1699-714X2024000100011>

RESUMEN

Objetivo: Describir la aplicabilidad de la herramienta “Prácticas seguras en pacientes con medicamentos de uso crónico” en el ámbito de la atención sociosanitaria.

Métodos: Estudio observacional transversal (junio 2018) de pacientes institucionalizados en residencia de pacientes asistidos, cuya atención sociosanitaria se realiza desde el Servicio de Farmacia de un hospital de primer nivel. Se aplicaron 18 prácticas seguras a cada tratamiento.

Resultados: 153 pacientes incluidos, 69,3% mujeres, mediana edad 83 años (51-101), mediana medicamentos prescritos 12 (1-28). No fueron de aplicación a nuestra población 4 criterios de 18: PG10 (bifosfonatos), PO2 (fentanilo liberación rápida), PG11 (teriparatida por un tiempo superior a 2 años) y PG03 (buprenorfina como deshabitación en pacientes a tratamiento con otros opioides). 14 cri-

terios de 18 detectan prescripciones relacionadas con los criterios de seguridad (monitorizar) y 8 de 18 criterios detectan prescripciones de riesgo en la población, siguiendo la siguiente distribución: 3 PG2 (AAS dosis >150 mg), 2 PG5 (AINE+antitrombótico), 2 PG6 (Triple Whammy), 3 PG7 (2 SSRA), 4 PG8 (2 o más anticolinérgicos), 1 PG9.1 (R/G/D+ anticolinérgicos), 2 PG9.2 (memantina+anticolinérgicos), 1 PO1 (opioides menor+mayor).

Conclusiones: La utilización de esta herramienta garantiza la continuidad asistencial de los pacientes, constituye un punto de partida para el desarrollo de un programa de atención farmacéutica sociosanitaria y fomenta la colaboración entre los diferentes niveles asistenciales. A la vista de los resultados, existe una oportunidad de mejora a la hora de rediseñar estos criterios para ser aplicados a esta población institucionalizada.

Palabras clave: Polimedicación, error de medicación, cultura de seguridad, atención farmacéutica, prácticas seguras.

Applicability of the tool “Safe practices in patients with chronic medicines” in social healthcare

SUMMARY

Objective: To describe the applicability of the tool “Safe practices in patients with chronic medicines” in social healthcare. **Method:** Cross-sectional observational study (June 2018) that included all patients admitted to a care home, whose social healthcare is provided by the Pharmacy Service at a top-tier hospital. **Results:** The study included 153 patients, 69.3% of whom were female. The average age was 83 (51-101) years. The mean medicines prescribed were 12

(1-28). A total of 4 criteria out of 18 did not apply to our study population: PG10 (biphosphonates), PO2 (rapid release fentanyl), PG11 (teriparatide for a period greater than 2 years) and PG03 (buprenorphine as detoxification in patients treated with other opioids). 14 criteria out of 18 detect treatments related to safety criteria (monitor) and 8 of 18 criteria detect high-risk prescriptions in the population according to the following distribution: 3 PG2 (AAS dose >150 mg), 2 PG5 (NSAID + antithrombotic),

2 PG6 (Triple Whammy), 3 PG7 (2 SSRI), PG8 (2 or more anticholinergics), 1 PG9.1 (R/G/D+anticholinergics), 2 PG9.2 (memantine+anticholinergics), 1 PO1 (strong+weak opioids).

Conclusions: The use of this tool guarantees the continuity of care of patients, constitutes a starting point for the development of a pharmaceutical care programme in care homes. and encourages collaboration between the different levels of care. In view of the results, there is an opportunity for improvement when it comes to redesigning these criteria to be applied to this institutionalized population.

Key words: Medication errors, drug events adverse, patient safety, pharmaceutical care, pharmacy service hospital.

INTRODUCCIÓN

Los eventos adversos (EA) secundarios a la atención sanitaria representan una causa de elevada morbimortalidad en todos los sistemas sanitarios, como han mostrado diversos estudios epidemiológicos^{1,2}.

El farmacéutico de hospital siempre ha sido consciente de la importancia de la seguridad clínica y la morbilidad generada por los errores de medicación (EM), trabajando constantemente en el desarrollo de prácticas seguras de utilización de medicamentos y en la gestión de riesgos. La colaboración y participación multidisciplinar con el resto del personal sanitario ha sido cada vez más activa, lo cual es primordial para la prevención de los mismos.

Uno de los primeros pasos en la implicación del farmacéutico hospitalario en la seguridad clínica derivó de la implementación de los sistemas de distribución de medicamentos en dosis unitarias (SDMDU), que en España se llevó a cabo por primera vez en la Residencia 20 de Noviembre de Santander en 1971, a través de Ferrándiz JR³.

La publicación de prácticas seguras del National Quality Forum (NQF)⁴, organismo que reúne a organizaciones públicas y privadas sanitarias estadounidenses, establece que el farmacéutico es el profesional sanitario que debe tener la responsabilidad y el liderazgo para lograr la implementación de las prácticas seguras de utilización de medicamentos en los hospitales. El liderazgo del Servicio de Farmacia es el elemento clave para el éxito de un programa de gestión de riesgos y de seguridad de la medicación.

En el año 2018 se publican las "Prácticas seguras en pacientes con medicamentos de uso crónico"^{5,6}, herramienta que permite detectar la población diana seleccionada para trabajar a través del "Programa de mejora en la calidad de la atención al paciente crónico polimedicado del Servicio Gallego de Salud (SERGAS)" en el ámbito de la atención primaria. Se trata de 14 criterios o recomendaciones de seguridad cuyo objetivo es detectar pacientes crónicos con prescripción de medicamentos de alto riesgo u otros que podrían causar problemas potenciales de seguridad. La Subdirección General de Farmacia del SERGAS remite telemáticamente desde el año 2018, con periodicidad trimestral, informes de los pacientes que incumplen alguno de los criterios. La información se extrae de las prescripciones activas en la tarjeta sanitaria electrónica.

El artículo publicado por Reboredo et al.⁷ sugiere que se deben de poner en marcha estrategias en el ámbito de los pacientes polimedicados, que impliquen a profesionales del ámbito sanitario y sociosanitario, garantizando así la continuidad asistencial.

Por este motivo, tras realizar la implementación durante el mes de noviembre de 2017 de la atención farmacéutica sociosanitaria en la Residencia DomusVi-Viveiro (Lugo), desde el servicio de farmacia hospitalaria del Hospital Público da Mariña (Lugo) y en el marco de la colaboración multidisciplinar, nos planteamos utilizar la herramienta "Prácticas seguras con medicamentos de uso crónico" con el objetivo de valorar su aplicabilidad en el ámbito sociosanitario así como describir sus ventajas y limitaciones.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional descriptivo transversal que incluyó a los pacientes adultos institucionalizados en la residencia DomusVi-Viveiro, durante el mes de junio de 2018, con independencia de su edad y número de medicamentos prescritos. Se excluyeron los pacientes pertenecientes a mutualidades

(MUFACE, MUGEJU e ISFAS) y aquellos cuyo seguimiento de patologías crónicas se realiza en el ámbito de la sanidad privada.

A cada tratamiento de cada paciente se aplicaron los 14 criterios (desglosados en 18 subcategorías)^{5,6} de la herramienta "Prácticas seguras en pacientes con medicamentos de uso crónico", clasificándolos en 3 categorías (tabla 1): no aplica (el tratamiento no contiene ningún medicamento implicado en los criterios de seguridad), susceptible de monitorización (prescripción de fármacos implicados en criterios de seguridad y/o durante tiempo inferior al definido en el criterio, con probabilidad de llegar a incurrir en un problema de seguridad), y en riesgo (se detecta en el tratamiento una prescripción que precisa de intervención).

Para la extracción de datos se emplearon la historia clínica electrónica (IANUS®), el aplicativo de prescripción electrónica (Silicon®) y la orden médica en formato papel utilizada para la prescripción de medicamentos en la residencia.

De cara al análisis estadístico, las variables categóricas se describieron como número y porcentaje; las continuas con la media y desviación estándar. Se ha usado el software R®, versión 2.6.2.

Se obtuvo el dictamen favorable del Comité de Ética de la Investigación con Medicamentos de Galicia para la realización de este estudio.

RESULTADOS

Se seleccionaron un total de 154 pacientes de los que se incluyeron 153 (uno pertenecía a MUFACE). La mediana de edad de los pacientes fue de 83 (51-101) años, siendo el 69,3% mujeres. La mediana de medicamentos prescritos por paciente fue de 12 (1-28). El porcentaje de pacientes con polifarmacia, toma de 5 o más medicamentos, fue del 95,4%. Se analizaron un total de 1849 prescripciones de 153 tratamientos.

Como se observa en la tabla 1, tras aplicar los criterios a la totalidad de tratamientos, 4 de 18 criterios no detectan ningún tratamiento que contenga una prescripción relacionada con los criterios de seguridad (no son de aplicación en esta población): PG10 (bifosfonatos), PG11 (teriparatida por un tiempo superior a 2 años), PO2 (fentanilo liberación rápida), y PG03 (buprenorfina como deshabituación en pacientes a tratamiento con otros opioides). 14 criterios de 18 detectan prescripciones relacionadas con los criterios de seguridad, lo que nos permite realizar una monitorización activa de los mismos por su potencial para generar un problema de seguridad. 8 de 18 criterios detectan prescripciones de riesgo en la población susceptibles de intervención, siguiendo la distribución que aparece reflejada en la figura 1.

DISCUSIÓN

El desarrollo de herramientas que aseguren la calidad y seguridad de las prescripciones debe formar parte de la misión de toda institución dedicada a mejorar la salud de los pacientes a los que atiende. Iniciativas como los criterios "Prácticas seguras en pacientes con medicamentos de uso crónico" del SERGAS son necesarias dado que no existe "gold standard" definido para evaluar la calidad de la prescripción. A su vez contribuyen a la formación del profesional sanitario en materia de seguridad del paciente, lo que supone el primer paso para la mejora de la cultura de seguridad en la institución.

A la vista de los resultados obtenidos, los criterios son aplicables y pueden ser utilizados en nuestra población. No obstante, se observa que existen criterios que no se adaptan

Tabla 1. Resultados tras aplicar los criterios " Prácticas seguras" a la población de estudio. Valores en casos absolutos y porcentajes entre paréntesis

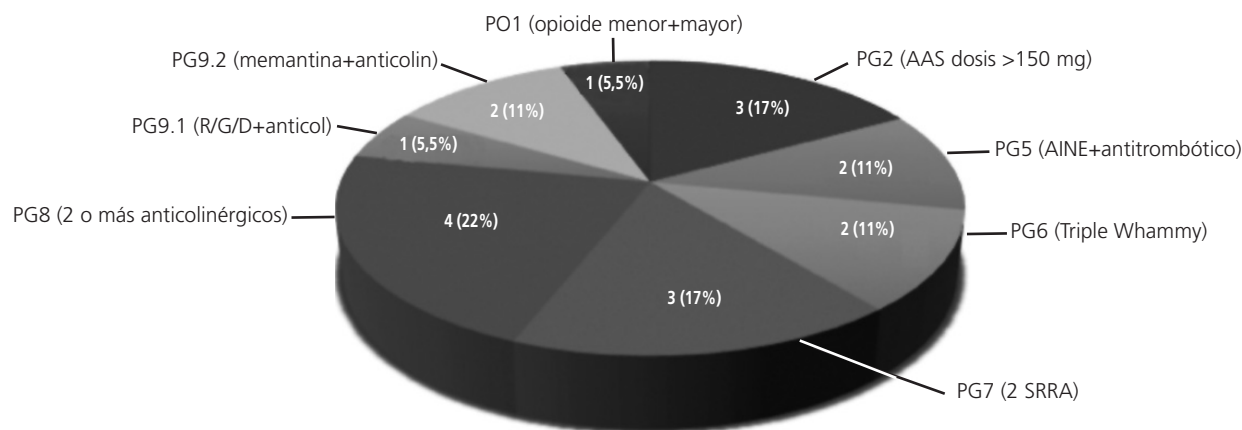
Código	Descripción	Número de prescripciones (%)		
		No aplica	Monitorizar	Riesgo
PG1	Prescripción de dos o más antitrombóticos durante más de 12 meses	89 (58)	64 (42)	0 (0)
PG2	Prescripción de ácido acetilsalicílico en tratamiento crónico a dosis superiores a 150 mg	95 (62)	55(36)	3 (2)
PG3	Prescripción de dos AINES (agudo o crónicos)	46 (30)	107 (70)	0 (0)
PG4.1	Prescripción de dos corticoides inhalados	148 (97)	5 (3)	0 (0)
PG4.2	Prescripción de dos inhaladores de tipo LAMA	148 (97)	5 (3)	0 (0)
PG4.3	Prescripción de dos inhaladores de tipo LABA	145 (95)	8 (5)	0 (0)
PG5	Prescripción crónica de AINE en pacientes tratados con terapia antitrombótica	86 (56)	65 (43)	2 (1)
PG6	Prescripción de IECA/ARAI/aliskiren +diurético+AINE crónico (Triple Whammy)	2 (1)	149 (98)	2 (1)
PG7	Uso combinado de medicamentos que actúan sobre el sistema renina angiotensina	103 (67)	47 (31)	3 (2)
PG8	Prescripción de dos o más medicamentos con propiedades anticolinérgicas	121 (79)	28 (18)	4 (3)
PG9.1	Prescripción de medicamentos antidecencia (rivastigmina, galantamina y donepezilo) + medicamentos con potencial anticolinérgico	137 (89,5)	15 (10)	1 (0,5)
PG9.2	Prescripción de medicamentos antidecencia (memantina) + medicamentos con potencial anticolinérgico	127 (83)	24 (16)	2 (1)
PG10	Bifosfonatos durante un período de tiempo superior a 5 años	153(100)	0(0)	0(0)
PG11	Teriparatida durante un período de tiempo superior a 2 años	153 (100)	0 (0)	0 (0)
PO1	Prescripción concomitante de opioides mayores y menores	128 (83,5)	24 (16)	1 (0,5)
PO2	Prescripción de fentanilo de liberación rápida para el dolor irruptivo en pacientes sin tratamiento de mantenimiento previo para el dolor crónico oncológico	153 (100)	0 (0)	0 (0)
PO3.1	Prescripción de buprenorfina (agonista mixto) en pacientes a tratamiento con otros opioides	152 (99,5)	1 (0,5)	0 (0)
PO3.2	Prescripción de buprenorfina como deshabituación (agonista mixto) en pacientes a tratamiento con otros opioides	153 (100)	0 (0)	0 (0)

al perfil poblacional de prescripciones. En este sentido, los criterios de bifosfonatos, buprenorfina y fentanilo sublingual de liberación rápida (fármacos incluidos en guía sociosanitaria del SERGAS), circunstancialmente no resultan aplicables en nuestra población ya que en el momento de extracción de los datos no constaban prescripciones activas.

Por otra parte, respecto al criterio PG11 (teriparatida) algunos estudios en atención primaria muestran que el número de pacientes con prescripciones inadecuadas de teriparatida es elevado^{8,9}, sin embargo, en el ámbito sociosanitario no se encuentra incluido en la guía sociosanitaria del SERGAS, por lo que entendemos será menos prescrito en nuestra población.

Subyace por tanto la posibilidad de adaptar la herramienta "Prácticas seguras con medicamentos de uso crónico" a nivel de la atención sociosanitaria y contribuir así a la mejora del uso de los fármacos prescritos en los pacientes institucionalizados. Se necesitan más estudios que describan el perfil de las prescripciones en estos pacientes y los subgrupos ATC implicados para poder decidir qué criterios se deberían incluir u omitir en una posible adaptación.

Cabe destacar que, una de las principales aportaciones a la práctica que supone la aplicación de estos criterios es que permiten la estratificación de la población sociosanitaria en estudio, identificando no sólo los pacientes que presentan un problema de seguridad en la actualidad, sino que también posibilita la detección precoz de aquellos con mayor probabilidad de padecer problemas de seguridad en el futuro y por tanto, debemos monitorizar. Como ejemplo, indicar que tras aplicar el criterio PG6 (Triple Whammy), un porcentaje muy reducido de tratamientos 2 (1%) se encuentra en riesgo, pero existe un elevado porcentaje de población expuesta a un posible problema de seguridad 149 (98%) al que debemos realizar un seguimiento. Según la Ley de ordenación farmacéutica de Galicia 3/2019¹⁰, el seguimiento farmacoterapéutico se establece como una función compartida entre las oficinas de farmacia, las unidades de farmacia de atención primaria y servicios de farmacia hospitalaria. El farmacéutico hospitalario, en el desarrollo de sus funciones en el ámbito sociosanitario, se sitúa como eje central de comunicación entre los distintos niveles asistenciales (sociosanitario- especializada- atención primaria)

Figura 1. Distribución de las prescripciones de riesgo detectadas en la población

y los distintos profesionales sanitarios implicados. La utilización de esta herramienta por parte del farmacéutico no sólo garantiza la continuidad asistencial de los pacientes, sino que contribuye a mantener la colaboración entre los diferentes niveles de atención sanitaria.

Una barrera importante que debemos tener en cuenta, a la hora de implementar estrategias basadas en esta herramienta en el ámbito de la atención sociosanitaria, es el tiempo que supone realizar el cribado poblacional de forma manual. Se trata de un factor clave limitante para la aplicabilidad de estos criterios: los pacientes institucionalizados cuya prestación farmacéutica es asumida por el SERGAS carecen de recetas activas en su tarjeta sanitaria, de forma que, a diferencia de lo que ocurre en atención primaria donde el médico dispone de los datos de explotación de recetas de forma automática, no se dispone de esta información cuando el paciente ingresa en el centro sociosanitario. El tratamiento crónico de los pacientes consta en el aplicativo de prescripción electrónica (Silicon®) accesible desde la historia clínica electrónica integrada (IANUS®). La prescripción electrónica posibilita, por tanto, el acceso a la información que precisamos extraer y evaluar. Como se ha podido comprobar en otras investigaciones¹¹, el diseño de herramientas informáticas que faciliten la explotación protocolizada de la información disponible de la prescripción electrónica, resulta imprescindible para solventar esta limitación y permitir que la herramienta "Prácticas seguras en pacientes con medicamentos de uso crónico" adopte una visión transversal y multidisciplinar que permita incrementar la calidad asistencial y fomente la cultura de seguridad, evitando eventos adversos prevenibles.

Mediante la concienciación de los profesionales en la cultura de seguridad y la utilización de herramientas informatizadas, se podrá realizar una estratificación ágil de la población y así detectar los pacientes en situación de riesgo sobre los que actuar.

Es necesario disponer de indicadores de la calidad de la prescripción farmacoterapéutica para la consecución de tratamientos más efectivos y seguros para nuestros pacientes, un objetivo común para las instituciones y profesionales sanitarios.

La recomendación final es el diseño de criterios adaptados a la población institucionalizada en residencias sociosanitarias a través del trabajo multidisciplinar y la constante actualización conforme a nuevas evidencias.

Agradecimientos: A Catalina Caamaño Isorna, por su inestimable cooperación y apoyo.

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Zhan C, Miller MR. Excess length of stay, charges, and mortality attributable to medical injuries during hospitalization. *JAMA*. 2003;290(14):1868-74. doi: 10.1001/jama.290.14.1868.
2. Phillips D, Christenfeld N, Glynn L. Increase in US medication-error deaths between 1983 and 1993. *Lancet*. 1998;351(9103):643-4. doi: 10.1016/S0140-6736(98)24009-8.
3. Ferrándiz JR. Distribución unidosis de medicamentos en hospitales. XIX Asamblea Nacional de Farmacéuticos de Hospitales, Torremolinos 8-13 octubre 1974.
4. National Quality Forum (NQF) Safe Practices for Better Healthcare. 2010 Update: A Consensus Report. Washington, DC: National Quality Forum; 2010.
5. Casal-Llorente C, Reboredo-García S, Pardo-Ponte I, Santaló-Ríos J, Santiago-Freijanes C, Balea Filgueiras J. Prácticas seguras con medicamentos de uso crónico I. [monografía en Internet]. Centro de Información Farmacoterapéutica, Subdirección Xeral de Farmacia, SERGAS; 2018 [acceso 19 de febrero de 2021]. Disponible en: <https://extranet.sergas.es/catpb/Docs/cas/Publicaciones/Docs/Farmacia/PDF-2687-es.pdf>.
6. Casal-Llorente C, Reboredo-García S, Pardo-Ponte I, Santaló-Ríos J, Santiago-Freijanes C, Balea Filgueiras J. Prácticas seguras con medicamentos de uso crónico II. [monografía en Internet]. Centro de Información Farmacoterapéutica, Subdirección Xeral de Farmacia, SERGAS; 2018 [acceso 19 de febrero de 2021]. Disponible en: <https://extranet.sergas.es/catpb/Docs/cas/Publicaciones/Docs/Farmacia/PDF-2688-es.pdf>.
7. Reboredo-García S, Mateo CG, Casal-Llorente C. Implantación de un programa de polimedicados en el marco de la Estrategia Gallega de Atención Integral a la Cronicidad. *Aten Primaria*. 2014;46(3):33-40. doi: 10.1016/S0212-6567(14)70063-0.
8. Cantudo Cuenca MR, Guzmán Ramos MI, Cantudo Cuenca MD, Manzano García M, Saborido Cansino MC, Sánchez Pedrosa A. Adecuación de la terapéutica y grado de aceptación de las recomendaciones farmacoterapéuticas en un área de gestión sanitaria. *Farm Hosp*. 2016;40(4): 237-245. doi:10.7399/fh.2016.40.4.9953.
9. Bellver O, Moreno L, Salar L. Prescripciones potencialmente inadecuadas en pacientes ancianos polimedicados. Intervención y seguimiento del farmacéutico comunitario. *Farmacéuticos Comunitarios*. 2018; 10(2):5-14. doi: 10.5672/FC.2173-9218.(2018/Vol10).002.02.
10. Galicia. Ley 3/2019, de 2 de julio, de ordenación farmacéutica de Galicia. 2020. Boletín Oficial del Estado, de 24 de septiembre de 2019, núm.229.
11. Portela Romero M, Zarra Ferro I, Esteban Cartelle H, Souto Pereira M, Nuñez Masid E. Líneas estratégicas para mejorar la calidad de la atención al paciente crónico polimedicado. *Journal of healthcare quality research*. 2019; 34(6):314-322. doi:10.1016/j.jhqr.2019.06.002.



Este obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional.