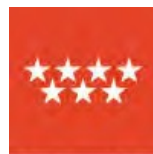


BUENAS PRÁCTICAS DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS SANITARIOS EN CENTROS SOCIOSANITARIOS

Contenidos	
Píldoras formativas	Utilización de laxantes Recomendaciones sobre vacunas en adultos y mayores vulnerables 2017/2018
Noticias de interés	Inclusión de nuevos medicamentos en el botiquín de urgencias
Buenas prácticas	Cambio en el etiquetado de SPD
Avance próximo boletín	Anticoagulación oral y parenteral
Bibliografía	



NORMAS EDITORIALES

En cada boletín, de periodicidad trimestral, se publicarán aquellas experiencias de buenas prácticas que se han implantado de manera exitosa en alguno o varios centros, así como los errores de medicación detectados y las acciones correctoras ejecutadas.

El Comité de Redacción seleccionará aquellas prácticas positivas y que sean fácilmente extrapolables. Para ello se revisarán las propuestas enviadas en los dos primeros meses de cada trimestre (Enero-Febrero/Abril-Mayo/Julio-Agosto/Octubre-Noviembre).

La estructura general del Boletín será la siguiente:

- ./Información sobre medicamentos en forma de Píldoras Formativas
 - ./Noticias de interés
 - ./Experiencias de buenas prácticas extrapolables a centros
 - ./Avance próximo boletín
-

COMITÉ DE REDACCIÓN:

Daniele Alioto¹, Francisco Apolo Carvajal¹, Juan Carlos Bando Beltrán², Betsabé Cáliz Hernández¹, Iciar Cañamares Orbis¹, Elena Capilla Santamaría¹, Alicia Escudero Brocal¹, María González Martínez¹, María Teresa Llanos García¹, Yolanda Martín Alguacil², Nuriá Martínez Casanova¹, Eugenia Martínez Sánchez¹, Isabel Mayorga Bajo¹, Fernando Novales Parra², Ignacio Retuerto Massa²

Invitados

- Miriam Cano Martínez. RM Arganda.
- Carlos Martínez Cepa. Servicio de Vacunación Dirección General Salud Pública.
- José Antonio Pinto Fontanillo. Dirección General de Salud Pública.

COMITÉ EDITORIAL:

Ainhoa Aranguren Oyarzábal¹, María José Calvo Alcántara¹, Hilario Hernández Ovejero² y Primitivo Ramos Cordero².

Edita:

¹Subdirección General de Farmacia y Productos Sanitarios. Servicio Madrileño de Salud. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid

²Agencia Madrileña de Atención Social. Consejería de Políticas Sociales y Familia.

ISSN: 2530-5743

Para dudas o sugerencias: farmacia.residencias@salud.madrid.org; coordinacionma.amas@madrid.org

URL:

http://www.madrid.org/cs/Satellite?c=CM_Publicaciones_FA&cid=1354638775478&language=es&pagename=ComunidadMadrid%2FEstructura&site=ComunidadMadrid

con una edad media de $85,7 \pm 11,6$ años (73,7 % mujeres) tiene prescrito algún laxante, según la siguiente distribución:

UTILIZACIÓN DE LAXANTES

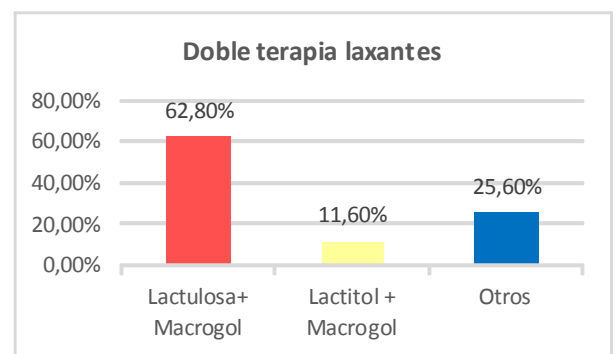
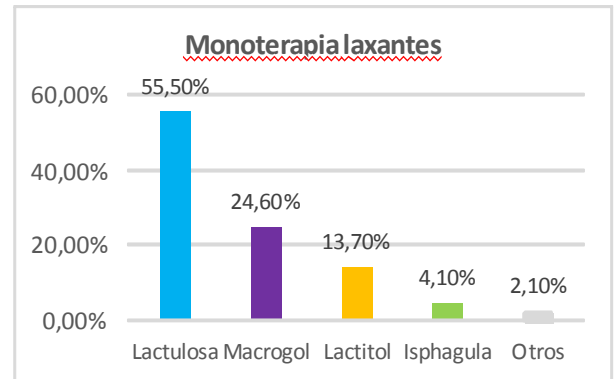
El diagnóstico del estreñimiento se basa en los criterios ROMA III. De una forma general, el tratamiento farmacológico del estreñimiento crónico en mayores estará indicado en las siguientes situaciones:

- Estreñimiento persistente a pesar de un correcto cumplimiento de las medidas no farmacológicas.
- Estreñimiento asociado a enfermedades médicas o a cirugía.
- Estreñimiento en pacientes tratados con fármacos que reduzcan la motilidad intestinal (y no puedan ser sustituidos o suspendidos).
- Estreñimiento con ingesta inadecuada y con limitaciones de la movilidad junto con debilidad de la musculatura abdominal.

Entre los laxantes podríamos hablar de fármacos con una acción más fisiológica (formadores de bolo y osmóticos) y otros menos fisiológicos (estimulantes y emolientes) con resultados irregulares y mayor riesgo de efectos secundarios. Además de la vía oral existen laxantes que actúan a nivel rectal (supositorios y enemas) y algunos específicos para estreñimiento por opioides (metilnaltrexona subcutánea) VER Tabla 1.

Aproximadamente el 30 % de las personas mayores que viven en la comunidad padecen estreñimiento, porcentaje que puede llegar a un 75 % en el caso de mayores institucionalizados. Influyen factores como disminución de la motilidad intestinal, hábitos higiénico-dietéticos inadecuados, inmovilización, sedentarismo y polimedicación que lo convierten en un gran síndrome geriátrico.

En un estudio de corte transversal realizado en 10 residencias de mayores de la AMAS, se evaluó el perfil de utilización de laxantes. Se incluyeron en el estudio 2.545 residentes y se encontró que el 40,1% (n=1021).



Respecto a la pauta fija versus "si precisa", 3 de cada 4 residentes tiene una pauta fija. El porcentaje de utilización de laxantes se incrementa según se aumenta la proporción de asistidos por residencia, van desde valores del 27,8% en residencias con 0% de asistidos a 75,3% en centros con el 100% de asistidos.

Como vemos, la prevalencia de utilización de laxantes de forma crónica en residencias de mayores es muy elevada, destacando los laxantes tipo osmótico.

Son precisas estrategias para la adecuación del uso de laxantes en residentes como pueden ser la revisión de medidas higiénico-dietéticas y del empleo de enemas, la supervisión de la ingesta de laxantes, la valoración de carga anticolinérgica, etc.

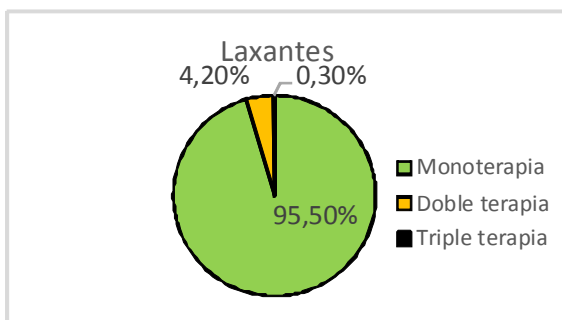


Tabla 1. Tipos de laxantes. Modificada de INFAC Volumen 23. Nº 10. 2015.

FORMADORES DE BOLO Actúan igual que la fibra dietética, reteniendo líquido e incrementando la masa fecal, lo que estimula el peristaltismo	Plantago ovata	<ul style="list-style-type: none"> - Pueden tardar varios días (1-3 días) en hacer efecto; no son adecuados para el alivio rápido de síntomas. - Debido al riesgo de obstrucción deben acompañarse de una ingesta suficiente de líquidos y no se deben utilizar inmediatamente antes de acostarse. - Provocan flatulencia y distensión abdominal y están contraindicados en pacientes con impactación fecal u obstrucción intestinal. - No deben utilizarse en pacientes inmovilizados o con impactación fecal. - Son seguros a largo plazo. - Pueden interferir en la absorción de hierro, calcio y otras sustancias (digoxina, salicatos); por ello debe separarse una o dos horas la toma de otra medicación
	Metilcelulosa	<ul style="list-style-type: none"> - Plantago ovata: en personas en contacto ocupacional continuado con preparados de semillas de Plantago ovata en forma de polvo, pueden presentarse reacciones de hipersensibilidad por inhalación del polvo del preparado, en particular en pacientes atópicos (VER nota informativa AEMPS). Financiado sólo en enfermedad inflamatoria intestinal, colon irritable y diverticulosis.
OSMÓTICOS Retienen fluidos en el intestino, por ósmosis o modificando la distribución de agua en las heces	Lactulosa	<ul style="list-style-type: none"> - Pueden tardar hasta 3 días en hacer efecto, por lo que no son adecuados para el alivio rápido de los síntomas. - Requieren una adecuada ingesta de líquido. Producen frecuentes calambres y distensión abdominal.
	Lactitol	<ul style="list-style-type: none"> - Lactulosa: se recomienda un especial control clínico en pacientes diabéticos, debido a que la absorción de sus metabolitos (fructosa, lactosa) puede alterar la glucemia.
	Macrogol (polietilenglicol)	<ul style="list-style-type: none"> - Macrogol: superior a lactulosa en la frecuencia, en la escala de esfuerzo y en mejoría global pero también se asoció a mayor incidencia de heces líquidas aunque a menor aparición de flatulencia.
	Macrogol (polietilenglicol) con electrolitos	<ul style="list-style-type: none"> - Sales de magnesio y otras sales: contraindicados en insuficiencia renal, insuficiencia cardíaca, ileostomías y pacientes encamados.
	Sales de magnesio y otras sales	<ul style="list-style-type: none"> - * Los enemas de fosfato se utilizan para la limpieza intestinal previa a cirugía o exploraciones, y nunca para el tratamiento del estreñimiento. No se recomiendan tiempos de retención superiores a 5 minutos. Los enemas de fosfato de sodio pueden producir hipotensión, depleción de volumen, fallo renal, hiperfosfatemia, hipo/hiperkaliemia, acidosis metabólica y cambios en el electrocardiograma (alargamiento del intervalo QT), por lo que se deben usar con especial precaución en ancianos.
	Fosfatos*	<ul style="list-style-type: none"> - Lactulosa y lactitol: financiados para encefalopatía portosistémica y paraplejía.
ESTIMULANTES (de contacto) Actúan por estimulación directa de la motilidad intestinal y disminuyendo la reabsorción de líquidos y electrolitos. Los supositorios de glicerina tienen también propiedades emolientes y osmóticas	Bisacodilo	<ul style="list-style-type: none"> - Por vía oral alcanzan su efecto en 6-12 horas, por lo que se recomienda administrarlos por la noche. La vía rectal es más rápida (20-60 minutos).
	Picosulfato sódico	<ul style="list-style-type: none"> - Pueden producir frecuentemente calambres abdominales y están contraindicados en pacientes con obstrucción intestinal.
	Ricino	<ul style="list-style-type: none"> - En general, se recomienda utilizarlos a corto plazo, debido a que su uso crónico puede causar desequilibrios electrolíticos y colon atónico. En algunos casos (ancianos encamados, cuidados paliativos) puede estar justificado su uso a largo plazo.
	Sen	
	Senósidos A+B	
	Cáscara sagrada	
	Glicerina(glicérol)	
LUBRICANTES Y EMOLIENTES Ablandan las heces disminuyendo la tensión de superficie y favoreciendo la penetración de los fluidos intestinales	Parafina	<ul style="list-style-type: none"> - No se recomienda su uso, en pacientes de edad avanzada y con riesgo de aspiración (accidente cerebrovascular, demencia, encamados), ya que son más propensos a la aspiración pulmonar de las gotas de aceite (neumonía lipoidea). - No administrar este medicamento en posición acostada. - No debe administrarse en las 2 horas anteriores o posteriores a las comidas y a la toma de otro medicamento. - Puede interferir la absorción de sustancias liposolubles (vitaminas A, D, E, K, etc.), calcio, fósforo y potasio o suplementos de potasio. - La administración conjunta con laxantes ablandadores de las heces (emolientes) puede aumentar la absorción sistémica de la parafina líquida, dando lugar a la formación en los tejidos de depósitos parecidos a tumores o lipogranuloma.

<p>ANTAGONISTAS DE RECEPTORES PERIFÉRICOS OPIOIDES Bloquean los receptores opioides mu periféricos sin alterar el efecto analgésico de los opioides en el sistema nervioso central</p>	<p>Metilnaltrexona</p>	<p>Indicada en el tratamiento del estreñimiento inducido por opioides en pacientes adultos con una respuesta inadecuada a los laxantes. Metilnaltrexona se administra por vía subcutánea. Medicamento no financiado, comercializado por un laboratorio británico. No disponible en oficinas de farmacia. Financiado para pacientes oncológicos.</p>
---	------------------------	---

Tabla 2. Aspectos prácticos laxantes
INICIO
<p>-El primer escalón para el tratamiento del estreñimiento lo constituyen las medidas higiénico-dietéticas (adecuado contenido de fibra y mayor aporte de agua, un hábito defecatorio regular y una actividad física suficiente). Y si es preciso se añadirá algún laxante de forma individualizada teniendo en cuenta las características del paciente y del laxante.</p> <p>-Considerar la retirada o sustitución de los fármacos que puedan condicionar el estreñimiento: anticolinérgicos, opiáceos, AINE, antagonistas del calcio, benzodiacepinas, antidepresivos tricíclicos, abuso de laxantes, antiácidos, etc.</p> <p>-No deben emplearse laxantes en pacientes con vómitos, náuseas, dolor abdominal, calambres, flatulencia o en general ningún síntoma o signo de carácter agudo.</p> <p>-Existe poca evidencia de la efectividad comparada entre los distintos laxantes.</p> <p>-Se recomienda una utilización escalada de laxantes, comenzando por laxantes menos agresivos y evitando duplicidades (asociación de laxantes con el mismo mecanismo de acción). Recomendaciones prácticas: 1. Incrementadores del bolo para personas mayores con movilidad e ingesta de agua adecuada; 2. Osmóticos: para inmovilizados o en los que la ingesta de líquidos no sea la adecuada. Iniciar con lactulosa o lactitol y si es preciso cambio a macrogol. 3. En paliativos pueden ser útiles los estimulantes; 4. Los laxantes por vía rectal en casos muy seleccionados y con mucha precaución.</p>
SUSPENSIÓN DE LAXANTES
<p>-Debe considerarse como un tratamiento temporal. En el caso del estreñimiento crónico, se recomienda fijar una fecha objetivo realista para retirar los laxantes.</p> <p>-Una vez restablecida la normalidad debe retirarse gradualmente, una vez que se consiga regularizar el tránsito intestinal (p. ej. 2-4 semanas después de que se haya establecido un buen patrón de motilidad intestinal).</p> <p>-Tras un período de utilización prolongada de laxantes, puede sobrevenir un período de estreñimiento, aumento de peso, distensión abdominal, etc. Por ello se deben retirar progresivamente, aumentando el ejercicio físico, la ingesta de fibra y de líquidos en la dieta.</p>
ABUSO DE LAXANTES
<p>-Una idea equivocada del ritmo intestinal normal por el paciente puede incitar al consumo desmedido de laxantes.</p> <p>-Las complicaciones derivadas del abuso de laxantes dependen de la duración y el tipo de agente utilizado.</p> <p>-El efecto secundario más frecuente es, obviamente, la diarrea. También pueden aparecer calambres y dolor abdominal, alteraciones electrolíticas (hipokaliemia, hipocalcemia), pérdida del tono muscular intestinal, osteomalacia, esteatorrea, alteraciones hepáticas, etc. Los formadores de bolo a dosis altas o sin el aporte hídrico necesario pueden dar lugar a obstrucción. Los supositorios de glicerina pueden dar lugar a un síndrome de colon irritable.</p> <p>-El uso continuado de laxantes puede producir tolerancia (la necesidad de aumentar las dosis para conseguir el mismo efecto) y esto agrava el problema del abuso.</p> <p>-Los estimulantes, pueden destruir las neuronas del sistema nervioso entérico y provocar un deterioro en la motilidad, un empeoramiento del estreñimiento y una disminución de la efectividad de los mismos (síndrome del intestino perezoso).</p>
IMPACTACIÓN FECAL
<p>-Cuando aparece esta complicación puede ser necesaria la desfragmentación del fecaloma junto con la administración de enemas de limpieza (cantidad variable de agua), enemas salinos o minerales (140-250 ml) y/o supositorios de glicerina o bisacodilo para terminar de evacuar el recto y segmentos superiores del colon. Están contraindicados los formadores de bolo.</p> <p>-En pacientes en los que se pueda utilizar la vía oral o sean portadores de sonda nasogástrica/gastrostomía endoscópica percutánea, la administración de macrogol (polietilenglicol) a dosis de 8 sobres en 6 horas ha demostrado ser tan efectiva como los enemas sin las desventajas/complicaciones de los mismos. Pueden disolverse 8 sobres en 1 litro de agua.</p> <p>-El uso de enemas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • puede provocar una reacción vagal (sudoración, malestar, palidez facial, palpitations, etc.) ante lo que se tendrá que detener la infusión. • algunas contraindicaciones para su administración: patología ano-rectal (hemorroides dolorosas, fisuras, abscesos), con

intervenciones quirúrgicas recientes en la zona, patología cardíaca, etc.

- se ha asociado a casos de perforación intestinal, hiperfosfatemia (de fosfatos ver apartado de osmóticos), sepsis, pudiendo causar la muerte.
- se desaconseja el uso de enemas jabonosos dado que se han comunicado casos de colitis con necrosis mucosa y shock anafiláctico.

-Se desaconseja la administración rectal de laxantes osmóticos por vía rectal (únicamente está indicado el uso de lactulosa vía rectal pero en casos de encefalía portosistémica).

RECOMENDACIONES SOBRE VACUNACIONES EN ADULTOS Y MAYORES VULNERABLES 2017/2018

El otoño es la etapa ideal para la vacunación frente a la gripe estacional y para recordar que las vacunas constituyen una herramienta esencial en la prevención de enfermedades inmunoprevenibles en cualquier grupo de edad, pero especialmente en los mayores, debido al fenómeno de la "*inmunosenescencia*" o envejecimiento del sistema inmune y en otros adultos vulnerables, ya que tienen un mayor riesgo de padecer infecciones.

Existe suficiente base científica para rechazar determinadas campañas mediáticas contra las vacunas, que carecen de base sólida desde el punto de vista científico y que solo resaltan los efectos adversos de éstas, obviando los numerosos efectos beneficiosos.

Las vacunas que son provistas por los Servicios de Salud Pública de las Comunidades Autónomas son:

1.- Vacunación Antigripal:

La gripe estacional se desarrolla en forma de brotes epidémicos en la estación fría y húmeda, que duran 5-7 semanas, afectando anualmente al 5-15% de la población, de los que un 4% requieren hospitalización. Cada año, en Europa, fallecen 40.000 personas por la gripe y sus complicaciones. De éstos, el 85% no estaban vacunados y el 90% son mayores de 65 años. Los mayores de 65 años, las personas de cualquier edad pertenecientes a grupos de riesgo, los menores de 2 años y las embarazadas, son los que tienen mayor riesgo de complicaciones (neumonías) o descompensaciones de otras enfermedades.

El Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad recomienda para la temporada 2017-2018:

- Reforzar la captación de las personas incluidas en el grupo de edad mayor o igual de 65 años y de profesionales sanitarios.

- El objetivo es alcanzar o superar para la temporada 2017-2018 una cobertura de vacunación del 65% en el grupo de edad mayor o igual de 65 años y superar una cobertura del 40% en el grupo de profesionales sanitarios.

La finalidad es ir acercándonos al objetivo establecido por la Organización Mundial de la Salud y por la Comisión Europea de lograr coberturas de, al menos, el 75% en el grupo de mayores tan pronto como sea posible y aumentar las coberturas de vacunación en profesionales sanitarios y grupos de riesgo.

Un objetivo deseable es conseguir es conseguir una inmunidad de grupo o "de rebaño" más amplia que minimice la circulación ambiental del virus.

El virus de la gripe muta fácilmente y genera numerosos subtipos, por ello es necesario actualizar la vacuna y administrarla anualmente.

La vacunación antigripal anual debe efectuarse de forma óptima en el mes de octubre-noviembre, o posteriormente si no se ha podido vacunar en esas fechas, con la vacuna que contenga las cepas recomendadas por la OMS. Para la **Campaña 2017-2018** son: Cepa análoga a A/Michigan/45/2015 (H1N1), Cepa análoga a A/Hong Kong/4801/2014 (H3N2), Cepa análoga a B/Brisbane/60/2008 (linaje Victoria) y añadidamente la Cepa del virus B/Phuket/3073/2013 (linaje Yamagata) en la vacuna tetravalente. Se vacunará a las siguientes personas:

1. Universal a los **mayores de 60 años**, en razón exclusivamente de edad.
2. **Menores de 60 años pertenecientes a grupos de riesgo:** enfermedad crónica, institucionalizados...
3. Valorar la vacunación a partir de los 50 años (40% de las personas de 50 a 60 años pertenecen a grupos de riesgo para la vacunación antigripal).
4. **Familiares, convivientes y cuidadores de los mayores** (adultos e incluso niños mayores de 6 meses).
5. **Personal sanitario de cualquier categoría y ámbito asistencial que atiende a los mayores.**
6. **Trabajadores de servicios básicos.**
7. **Trabajadores expuestos directamente a aves o a cerdos en granjas o explotaciones avícolas o porcinas y también a aves silvestres.** La finalidad es reducir la oportunidad de una infección concomitante de virus humano y aviar o porcino, disminuyendo la posibilidad de recombinación o intercambio genético entre ambos virus.

Los anticuerpos frente al virus de la gripe se alcanzan hacia los 14 días de la vacunación, por ello en los mayores se recomiendan vacunas adyuvadas, intradérmicas o virosómicas, que confieren una respuesta más rápida, robusta y duradera. La vacunación antigripal en adultos inmunocompetentes previene un 70-90% de los casos de gripe y más del 60% en los mayores de 65 años, reduce las neumonías en el 29-32%, las descompensaciones cardíacas un 19% y la enfermedad cerebrovascular el 16-23%; además disminuyen las visitas ambulatorias en un 30-40%, las hospitalizaciones y la mortalidad hasta el 50%.

Las reacciones adversas no alcanzan el 5%, siendo locales y solo está contraindicada de forma absoluta en personas con antecedentes de reacción anafiláctica a la misma o a sus componentes, incluyendo la proteína del huevo. Sólo se recomienda posponerla ante una enfermedad aguda moderada o severa.

2.- Vacunación Antineumocócica:

La enfermedad neumocócica está producida por el *Streptococcus pneumoniae* o *neumococo* y es responsable del 36-50% de las neumonías adquiridas en la comunidad y del 20-50% de las hospitalarias en los países desarrollados. La enfermedad neumocócica invasora en los mayores, es un grave problema, con una mortalidad entre el 20-40%, pese al tratamiento antibiótico adecuado. El neumococo cada vez, presenta más resistencias a los antibióticos, por lo que la vacunación antigripal anual y la vacunación antineumocócica, resultan esenciales. Actualmente existen dos vacunas, la vacuna polisacárida de 23 serotipos (VNP 23V), no conjugada y la vacuna conjugada de proteínas de 13 serotipos (VNC 13V).

Con el conocimiento científico actual, se recomienda la vacunación a todas las personas que hayan cumplido 60 o más años, especialmente a los que viven en instituciones y a todas las personas menores de 60 años que son inmunocompetentes pero que pertenecen a grupos de riesgo (enfermedad cardiovascular y pulmonar crónica, tabaquismo, hepatopatía crónica, alcoholismo, diabetes mellitus y antecedentes de enfermedad neumocócica invasora) o bien que estén inmunocomprometidos (neoplasias hematológicas, asplenia funcional o anatómica, inmunodeficiencia congénica o adquirida -VIH/sida- o tratamiento inmunosupresor crónico -esteroides-, fallo renal crónico o síndrome nefrótico, receptores de trasplante sólido o médula ósea, fístulas de líquido cefalorraquídeo o implante coclear), con la siguiente pauta vacunal, secuencial y complementaria, en función del riesgo estratificado de desarrollar la enfermedad neumocócica invasora:

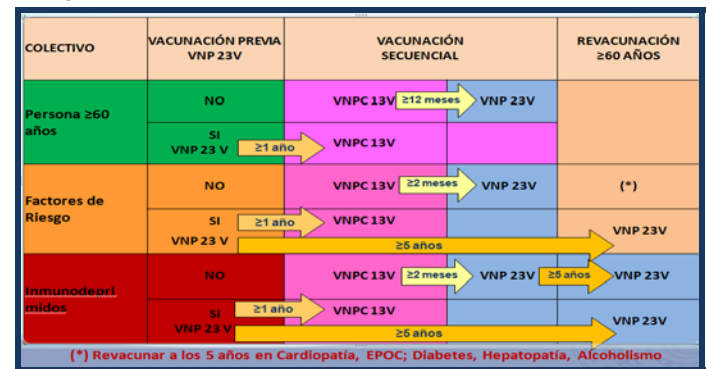
- Adultos sanos que cumplan 60 años, en 2017:** administrar una dosis de VNC 13V y 2 meses después, una dosis de VNP 23V. Si anteriormente estaba vacunado con VNP 23V, esperar 12 meses y poner una dosis de VNC 13V. La tendencia es que sea una única dosis de VNC 13V, sin refuerzo de VNP 23V.
- Adultos inmunocompetentes pertenecientes a grupos de riesgo:** a los no vacunados previamente con VNP 23V, poner la VNC 13V y al menos 2 meses después se le administrará la VNP 23V a los Cardiópatas, EPOC y Diabéticos. A los que por su patología se les administro VNP 23 V, al cumplir los 60 años, administrar la VNC 13V si previamente no se le puso ésta, al menos 1 año después de la VNP 23V y posteriormente, al menos 5 años después de la VNP 23V poner otra VNP 23V.
- Pacientes inmunocomprometidos:** pauta mixta con VNC 13V y 2 meses después, complementar con la VNP 23V y administrar una nueva VNP 23V, si se han cumplido los 60 años y han transcurrido al menos 5 años desde la anterior. Si se vacunó previamente con la VNP 23V, esperar al menos 12 meses y administrar

la VNC 13V y 5 años después de la VNP 23V poner otra dosis de VNP 23V. IMAGEN 1.

La vacunación antineumocócica en las personas mayores inmunocompetentes, confiere efecto protector en el 60-70% de los casos, frente a las formas invasoras de la enfermedad, reduce la hospitalización por neumonías en un 25%, acorta su estancia media y tiene una buena relación coste/efectividad.

La cobertura vacunal antineumocócica acumulada, en mayores de 65 años, está entre el 53-75%, según las comunidades autónomas; lejos del objetivo del 90%, del Healthy People para 2020. La vacuna antineumocócica está contraindicada ante reacción anafiláctica previa a esta vacuna o sus componentes y como precaución se recomienda posponerla ante una enfermedad aguda, moderada o severa.

IMAGEN 1



Conviene advertir que estas vacunas, no tienen carácter estacional y que por tanto, su administración está abierta a cualquier etapa del año en la que la persona reúna criterios para ello. Es decir, no es necesario esperar para administrarla conjuntamente con la antigripal, aunque si coincidiese el momento de la administración, se pueden administrar conjuntamente, en lugares diferentes.

3.- Vacunación Difteria-Tétanos-Tosferina:

La difteria en la última década ha resurgido de forma epidémica en adultos en algunos países del este europeo, por vacío inmunitario de este grupo poblacional. El tétanos en los países desarrollados tiene una incidencia muy baja y se da en mayores de 50 años. Las personas mayores con caídas de repetición por el riesgo de heridas y las que presentan úlceras cutáneas, tienen un mayor riesgo de contaminación de estas heridas.

En España se comercializan dos tipos de vacunas: **bivalentes (vacunas Td)** que contienen los toxoides tetánico y diftérico o **trivalentes (vacunas dTpa)** que además contiene antígenos frente a la tos ferina. La vacunación de los adultos con la vacuna de la *tos ferina*

hasta hace poco tiempo, no era posible por los efectos secundarios en edades avanzadas. Las vacunas actuales de tos ferina con carga antigénica más reducida (adaptadas al sistema inmune del adulto), permiten su administración.

Las **vacunas dTpa** están indicadas en España para su uso como dosis de recuerdo a partir de la edad de 4 años, y tras haber completado una serie de inmunización primaria con los toxoides diftérico y tetánico (Td). No deben utilizarse en los que no hayan recibido previamente la vacunación primaria completa con toxoides de difteria y tétanos (Td). Las vacunas dTpa son seguras y el efecto secundario local más frecuente es el dolor, eritema e hinchazón, en el punto de inoculación y a nivel sistémico durante los 15 días posteriores a la vacunación son el dolor de cabeza, malestar corporal general y cansancio.

Actualmente se recomienda la vacunación en adultos sin dosis previas de vacunas con la siguiente pauta: iniciar la pauta de vacunación tan pronto como sea posible, poniendo la **1ª dosis** con la vacuna bivalente (Td); al menos un mes después poner la **2ª dosis** con la vacuna bivalente (Td); y al menos seis meses después de la 1ª dosis, poner la **3ª dosis** con vacuna bivalente (Td). Diez años después de la 3ª dosis, poner un 1º Recuerdo (**4ª dosis**) con vacuna bivalente (Td) o con vacuna trivalente (dTpa). Diez años después de la 4ª dosis, poner un 2º Recuerdo (**5ª dosis**) con vacuna bivalente (Td) o con vacuna trivalente (dTpa).

Si tuviese alguna dosis previa constatable a través de algún registro sanitario fiable se pondrán las dosis complementarias hasta llegar a la **3ª dosis** y diez años después un 1º Recuerdo (**4ª dosis**) con vacuna bivalente (Td) o con vacuna trivalente (dTpa). Diez años después de la 4ª dosis, poner un 2º Recuerdo (**5ª dosis**) con vacuna bivalente (Td) o con vacuna trivalente (dTpa). Es decir, actualmente se sigue el principio de: "**Dosis puesta = Dosis válida**", no teniendo que iniciar el ciclo como se hacía antes.

En la actualidad, hay problemas de suministro de vacuna bivalente Diftavax® suspensión inyectable y Ditanrix® adultos suspensión inyectable y de la vacuna trivalente Triaxis® suspensión inyectable (está previsto el restablecimiento de suministro el 16-10-2017).

El informe aprobado el 18 de febrero de 2009, por la Comisión de Salud Pública del Sistema Nacional de Salud, recomienda vacunar a grupos vulnerables: viajeros internacionales, mujeres embarazadas, inmunodeprimidos, usuarios de drogas por vía parenteral, individuos mayores de 50 años.

El Comité Asesor en Vacunas de la Comunidad de Madrid, el 15 de diciembre 2009, considera correctamente vacunado 5 dosis Tda documentadas y una dosis a los 60 años.

NOTICIAS DE INTERÉS

Inclusión de nuevos medicamentos en el botiquín de urgencia

El primer botiquín de urgencias en una RM (Residencia de Mayores) se implantó en marzo de 2015. Desde entonces, se han ido instalando gradualmente en el resto de RM, CADP y CO, ascendiendo a un total de 37 botiquines. Tras este período inicial se han ido detectando necesidades que han llevado a una actualización tanto de los stocks como del catálogo de medicamentos. Así, se ha procedido, tras la evaluación de las solicitudes recibidas, a la inclusión de **8 medicamentos nuevos**:

- ácido acetilsalicílico 500 mg comprimidos
- biperideno 5 mg inyectable
- hidrocortisona 100 mg inyectable
- insulina rápida inyectable
- lorazepam 1 mg comprimidos
- mepivacaína 1% inyectable
- paracetamol 1 g inyectable
- suero glucosalino 1/3 de 500 ml

BUENAS PRÁCTICAS

Cambio en el etiquetado del SPD

Los centros sociosanitarios de la AMAS atienden a personas frágiles y vulnerables que generalmente presentan múltiples problemas de salud asociados y que, por tanto, requieren múltiples tratamientos.

Una gran parte de estos residentes, carecen o han perdido su capacidad para manejar y llevar a cabo la administración de sus medicamentos de una forma racional y autónoma, debiendo efectuarse por parte de los profesionales de los centros. En estos casos, tras su almacenamiento, los medicamentos han de manipularse para prepararlos y acomodarlos en los sistemas personalizados de dosificación (SPD).

Estos procedimientos se llevan a cabo por profesionales formados de los centros, sin embargo, como cualquier procedimiento, no está exento de riesgos. La repercusión que puede llegar a tener hace necesario revisar el proceso de preparación de SPD y en caso necesario adoptar medidas.

Los SPD deberán llevar una etiqueta adhesiva que indica el nombre del residente, los medicamentos y el horario de las tomas (desayuno-comida-merienda-cena, o bien pauta horaria especial).

Ante modificaciones en el tratamiento médico de un residente, se deberá obtener una nueva hoja de tratamiento médico (HTM) y se modificará inmediatamente la etiqueta adhesiva de su SPD.

Si hubiera discrepancia entre la HTM y la etiqueta adhesiva del SPD, se deberá corregir según proceda, asegurando la pauta más actual en ambos casos.

El farmacéutico de cada centro actúa como agente de salud colaborando y asesorando a los profesionales sanitarios así como supervisando la preparación de la medicación en los SPD mediante revisiones periódicas y registro de las incidencias detectadas para su posterior evaluación, con el fin de poder implantar junto al personal del centro, soluciones y medidas de mejora.

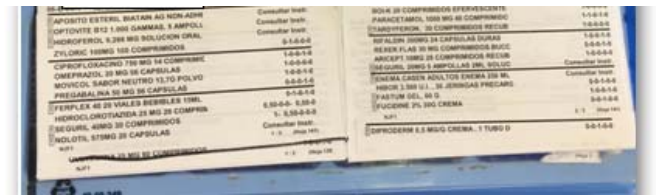
En relación a esto, hace casi un año (Octubre 2016) en la RM de Arganda tras una reunión con el personal médico y

de enfermería y bajo la coordinación de la JATA y el director del centro, propusimos un cambio en el etiquetado del SPD, que hasta entonces incluía toda la medicación que tomaba cada residente (incluyendo colirios, soluciones, sobres, etc.) por etiquetas donde se incluyera tan sólo la medicación contenida en el SPD. Adicionalmente, se mejoró el registro de control de administración de los medicamentos no contenidos en el SPD.

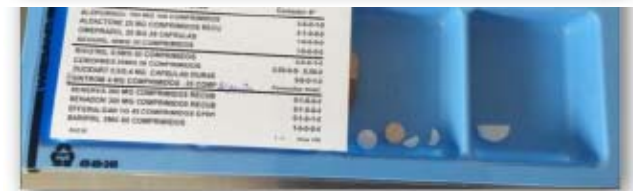
Esta medida ha tenido muy buena aceptación entre el personal de la residencia ya que ha contribuido a facilitar la preparación y la revisión de los SPD. Cuando dispongamos de datos suficientes, podremos evaluar en qué medida se ha producido una disminución de incidencias, mejorando la seguridad de los residentes.

A continuación os mostramos casos reales de SPD preparados en la RM de Arganda.

Figura1: SPD con etiqueta antigua donde se incluía toda la medicación prescrita.



Figuras 2 y 3: SPD con etiqueta donde aparece tan sólo la medicación contenida en los mismos.



AVANCE PRÓXIMO BOLETÍN

En el próximo boletín se publicará una revisión sobre anticoagulación oral y parenteral.

BIBLIOGRAFÍA

1. INFAC. -Estreñimiento y laxantes: actualización. Volumen 23. Nº 10. 2015. Disponible en: http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/cevime_infac/es_cevime/adjuntos/INFAC_Vol_23_n_10_estre%C3%B1imiento.pdf
2. INFAC. Anexo Tipos de laxantes y presentaciones. Volumen 23. Nº 10. 2015. Disponible en: http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/cevime_infac/es_cevime/adjuntos/INFAC_vol_23_n_10_tabla.pdf
3. Cuidados farmacéuticos en personas en situación de dependencia. Aspectos generales y farmacoterapia. Cuidados farmacéuticos en personas en situación de dependencia. ISBN: 978-84-7429-418-7. Año 2009
4. AEMPS. Nota informativa: Plantago ovata: reacciones de hipersensibilidad por inhalación, asociadas a la exposición ocupacional prolongada. Disponible en: https://www.aemps.gob.es/informa/notasInformativas/medicamentosUsoHumano/medPlantas/2011/NI-MUH_08-2011.htm
5. Fundación Española del Aparato Digestivo (FEAD). Guía práctica de actuación diagnóstico-terapéutica en estreñimiento crónico. Año 2013.
6. Vázquez Roque M, Bouras EP. Epidemiology and management of chronic constipation in elderly patients. Clin Interv Aging. 2015 Jun 2;10:919-30. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4459612/pdf/cia-10-919.pdf>
7. Sociedad Española de Geriátría y Gerontología (SEGG) Estreñimiento en el anciano. Guía de Buena Práctica Clínica en Geriátría. ISBN:978-84-7867-256-1. Año 2014.
8. Reinaldo Andrés Rincón S et al. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento del estreñimiento crónico funcional en población adulta. Rev Col Gastroenterol / 30 Supl 1 2015 <http://www.gastrocol.com/file/Revista/v30s1a07.pdf>
9. Fermín Mearin, Agustín Balboa, Miguel A. Montoro. Extreñimiento. Disponible en: http://www.aegastro.es/sites/default/files/archivos/ayudas-practicas/08_Estre%C3%B1imiento.pdf
10. Niv G, Grinberg T, Dickman R, Wasserberg N, Niv Y. Perforation and mortality after cleansing enema for acute constipation are not rare but are preventable. Int J Gen Med. 2013 Apr 26;6:323-8.
11. Ori Y, Rozen-Zvi B, Chagnac A, Herman M, Zingerman B, Atar E, Gafer U, Korzets A. Fatalities and severe metabolic disorders associated with the use of sodium phosphate enemas: a single center's experience. Arch Intern Med. 2012 Feb 13;172(3):263-5
12. Jacobson RM, Peery J, Thompson WO, Kanapka JA, Caswell M. Serum electrolyte shifts following administration of sodium phosphates enema. Gastroenterol Nurs. 2010 May-Jun;33 (3):191-201.
13. Fundación Hospital de Jove. Protocolo de administración de enema de limpieza. Año 2014. Disponible en: http://www.hospitaldejove.com/archivos/enlaces_1437727898.pdf
14. Asociación Española de Gastroenterología. Capítulo 8. Estreñimiento. Disponible en: http://www.aegastro.es/sites/default/files/archivos/ayudas-practicas/08_Estre%C3%B1imiento.pdf
15. Harish K, Tony J, Sunilkumar R, Thomas V. Severe colitis induced by soap enemas. Indian J Gastroenterol 2006;25:99-100
16. Mínguez M, López Higuera A y Júdez J. Utilización del polietilenglicol como tratamiento en el estreñimiento funcional y la impactación fecal. Rev Esp Enferm Dig 2016, Vol. 108, N.º 12, pp. 790-806.
17. AEMPS. NOTA informativa. Laxantes con alto contenido en fosfatos: riesgo de hiperfosfatemia. Disponible en: https://www.aemps.gob.es/informa/notasInformativas/medicamentosUsoHumano/seguridad/2004/NI_2004-16_laxantes_hiperfosfatemia.htm
18. Recomendaciones de vacunación para adultos y mayores 2017-2018. Sociedad Española de Geriátría y Gerontología. Ed. IM&C. Madrid. 2017.
19. Guía Práctica y Protocolos de Actuación. Vacunación en adultos y mayores. Sociedad Española de Geriátría y Gerontología. Ed. IM&C. Madrid. 2011.
20. Grupo Estudio de Vacunación del Adulto. News infogripe. Nº 1 Junio 2012.
21. Vega JM, Rodríguez C. Tratado de Geriátría para residentes. Ed. IMC. ISBN: 84-689-8949-5.
22. Mato G., Mariano A et al. Vacunación antigripal en personas mayores. Rev Esp de Geriátría y Gerontología. 2011; 46 (2) 89-95.
23. Picazo JJ, et al. Consenso sobre la vacunación frente a la gripe en el personal sanitario. Vacci Rev Esp Quimioter 2012; 25(3): 226-239.
24. Salleras L, Domínguez A. Vacunación antineumocócica polisacárida 23-Valente.- Vacunas 2010 (Supl. 2) 66-73.
25. Salleras Domínguez A, Navas E, Prots G. Eficacia y efectividad de la vacuna antineumocócica en las personas de 65 años o mayores. Vacunas 2000; 1: 75-9.
26. Centro de Información on line de la Agencia Española del Medicamento (CIMA). Disponible en: <https://www.aemps.gob.es/cima/fichasTecnicas.do?metodo=buscar> (consultado el 9/10/2017).
27. "Protocolo de preparación, colocación y administración de medicamentos y productos sanitarios en residencias de mayores". SRBS-GO-06/2009. Servicio Regional de Bienestar Social. Consejería de familia y asuntos sociales. Comunidad de Madrid.