

BUENAS PRÁCTICAS DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS SANITARIOS EN CENTROS SOCIOSANITARIOS

Contenidos	
Píldoras formativas	Anticoagulación parenteral
Noticias de interés	Curso de atención nutricional a personas institucionalizadas
Buenas prácticas	Sistema de identificación de residentes alérgicos en la RM Francisco de Vitoria
Avance próximo boletín	Lidocaína en parches
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, Nuria Martínez Casanova¹, Eugenia Martínez Sánchez¹, Isabel Mayorga Bajo¹, Fernando Novales Parra², Teresa González Alonso², Mari Carmen Álvarez Ozcariz², Ignacio Retuerto Massa², Carmen Seco Heras³, Susana Domínguez Marques³

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.

³RMM Francisco de Vitoria (Alcalá de Henares)

ISSN: 2530-5743

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

URL: <http://www.comunidad.madrid/publicacion/1354638775478>



Esta versión forma parte de la Biblioteca Virtual de la Comunidad de Madrid y las condiciones de su distribución y difusión se encuentran amparadas por el marco legal de la misma.



comunidad.madrid/publicamadrid

PÍLDORAS FORMATIVAS: ANTICOAGULACIÓN PARENTERAL

HEPARINAS DE BAJO PESO MOLECULAR

Las heparinas de bajo peso molecular (HBPM) han llegado a convertirse en el tratamiento de elección para:

- prevención de la enfermedad tromboembólica venosa (ETV) de los pacientes a los que se les va a intervenir quirúrgicamente.
- prevención de la ETV del resto de los pacientes no quirúrgicos
- tratamiento inicial de la enfermedad tromboembólica.

Ver tabla3.

Indicaciones	Grado de riesgo	Bemiparina	Dalteparina	Enoxaparina	Nadroparina	Tinzaparina
Profilaxis ETV en cirugía	Cirugía general con riesgo moderado de ETV	2500 UI/día	2500 UI/día	2000 UI/día	2850 UI/día	3500 UI/día
	Cirugía ortopédica con riesgo alto de ETV	3500 UI/día	2500 UI/12 h o 5000 UI/día	4000 UI/día	Hasta el 3º día: -Para peso <70 kg: 2850 UI/día -Para peso ≥70 kg: 3800 UI/ día Y luego: -Para peso <70 kg: 3800 UI/día -Para peso ≥70 kg: 5700 UI/ día	4500 UI/día
Profilaxis ETV en pacientes médicos no quirúrgicos	Riesgo moderado de ETV	2500 UI/día	2500 UI/día	2000 UI/día	2850 UI/día	3500 UI/día
	Riesgo alto de ETV	3500 UI/día	5000 UI/día	4000 UI/día	Para peso 51-70 kg: 3800 UI/día Para peso >70 kg: 5700 UI/día	4500 UI/día
Tratamiento de la TVP con o sin embolia pulmonar		115 UI/Kg/día durante 7±2 días	100 UI/kg/12h o 200 UI/kg/ día durante al menos 5 días	100 UI/Kg/12 h o 150 mg/kg/día durante 10 días	85,5/Kg/12 h ajustando según peso durante 10 días <50 kg: 3800 UI/12h 50-59 kg: 4750 UI/12h 60-69 kg: 5700 UI/12h 70-79 kg: 6650 UI/12h ≥ 80 kg: 7600 UI/12h	175 UI/kg/día durante al menos 6 días

Fuente: Adaptado de INFAC. Heparinas de bajo peso molecular en atención primaria. Año 2012, volumen 20, Nº 9.

Estos fármacos también han sido ampliamente evaluados y ha quedado bien establecido su uso en el tratamiento del síndrome coronario agudo, trombosis asociada a la gestación, cáncer, hemodiálisis y en la sustitución de la anticoagulación oral en pacientes anticoagulados, que precisan someterse a procedimientos invasivos (“terapia puente”).

Aspectos clave del uso de las heparinas:

PROFILAXIS:

Las HBPM son de primera elección en la profilaxis de ETV en la mayoría de pacientes quirúrgicos y en pacientes con patologías médicas; salvo que exista contraindicación o riesgo elevado de hemorragia. La profilaxis de ETV con HBPM reduce la morbimortalidad en los pacientes de riesgo y siempre se requiere valoración previa del riesgo de ETV frente al riesgo de hemorragia en cada paciente:

- **Pacientes quirúrgicos:** existen modelos validados para valorar el riesgo de hemorragia y estratificar el riesgo de ETV (muy bajo, bajo, moderado, alto, muy alto) en función del tipo y duración de la intervención y otros factores de riesgo. En la mayoría de intervenciones quirúrgicas se recomienda mantener la trombotoprofilaxis farmacológica mientras persista el riesgo de ETV o hasta que el paciente recupere la movilidad (5-10 días según los casos), incluso si es después de finalizada la estancia hospitalaria. En intervenciones de riesgo elevado como la cirugía de cadera y rodilla (artroplastia y fractura) se recomienda prolongar la trombotoprofilaxis un mínimo de 10-14 días (rodilla) y preferiblemente, hasta 28-35 días (cadera); y hasta 28 días en cirugía oncológica (abdominal y pélvica).

- **Pacientes con patología médica:** no se dispone de modelos o escalas consensuadas y/o validadas para estratificar el riesgo de hemorragia o de ETV, aunque existen propuestas para valorar el riesgo de ETV en función del grado de inmovilización y otros factores de riesgo. Sin embargo, la Guía PRETEMED (ver tabla 4) –elaborada por la Sociedad Andaluza de Medicina Interna, SEMI, SEMFyC – ha sido ampliamente aceptada por los profesionales sanitarios por su utilidad en la práctica clínica. Esta guía plantea el cálculo del riesgo ajustado de ETV en pacientes con procesos médicos (ambulatorios y hospitalarios), ponderando diferentes factores de riesgo en cada paciente. Tampoco hay modelos validados para valorar el riesgo de hemorragia en estos pacientes, pero -de forma aproximada- puede aplicarse el Índice validado por Wells.

La dificultad asociada a la prescripción en profilaxis médica radica en que existe menos información disponible que en pacientes quirúrgicos y los pacientes son heterogéneos con circunstancias clínicas complejas y factores de riesgo múltiples, por lo que existe dificultad para decidir sobre la trombotoprofilaxis y una elevada morbimortalidad asociada a ETV.

Tabla 4. Cálculo del riesgo de enfermedad tromboembólica venosa en procesos médicos e indicaciones de trombotoprofilaxis PRETEMED 2007			
PESOS AJUSTADOS			
	1	2	3
Procesos precipitantes	Embarazo/puerperio ^a Viajes en avión > 6 horas	Enfermedad inflamatoria intestinal activa Infección aguda grave Insuficiencia cardíaca clase III Neoplasia	Accidente vascular agudo con parálisis de miembros inferiores EPOC con descompensación grave Infarto agudo de miocardio Insuficiencia cardíaca clase IV Mieloma con quimioterapia ^d Traumatismos de miembros inferiores sin cirugía
Procesos Asociados	Diabetes mellitus Hiperhomocisteinemia Infección por VIH Parálisis de miembros inferiores Trombosis venosa superficial previa	Síndrome nefrótico Trombofilia ^b TVP previa ^c Vasculitis (Behçet/Wegener)	
Fármacos	Anticonceptivos hormonales Antidepresivos Antipsicóticos Inhibidores de la aromataasa Tamoxifeno-raloxifeno Terapia hormonal sustitutiva	Quimioterapia	
Otros	Catéter venoso central Edad > 60 años IMC > 28 Kg/m ² Tabaquismo > 35 cigarrillos/día	Encamamiento > 4 días	

(a) Peso 3 si: embarazo y trombofilia; Peso 4 si: embarazo y TVP previa.
 (b) Peso 2 si: factor V de Leyden en > 60 años, déficit de proteína S o C, déficit combinado, déficit de antitrombina, anticuerpos antifosfolípidos.
 Peso 1 si: factor VIII > 150% o factor V de Leyden en < 60 años.
 (c) Peso 3 si: TVP previa espontánea.
 Peso 5 si: TVP previa y trombofilia.
 (d) Peso 4 si: mieloma en tratamiento con quimioterapia y talidomida.

Cálculo del riesgo ajustado (RA)	
RA= suma de pesos de los distintos procesos precipitantes (color rojo) + suma de pesos de otras circunstancias de riesgo (verde)	
Esta fórmula sólo puede aplicarse si el paciente presenta al menos un proceso precipitante o un proceso asociado con peso ajustado superior o igual a 2.	

No se recomienda utilizar tromboprofilaxis farmacológica rutinaria en pacientes extrahospitalarios con inmovilización crónica, dada la insuficiente evidencia disponible; ni en aquéllos con vida sedentaria, cuando estas circunstancias no se asocian otros factores de riesgo de ETV. En caso de traumatismo de miembro inferior sin fractura (esguince de tobillo), la indicación de profilaxis con HBPM se hará en función de la presencia de otros factores de riesgo y de la necesidad o no de inmovilización y reposo, administrándose la HBPM durante el periodo de inmovilización de la extremidad inferior. Aunque no se ha establecido de forma definitiva la duración óptima de la tromboprofilaxis farmacológica en pacientes con patología médica, en general se recomienda mantenerla mientras persista la situación de riesgo o hasta que se resuelva el factor desencadenante; habitualmente durante el período de inmovilización o hasta recuperar la movilidad o la deambulación completa del paciente (mínimo 5-10 días). La prolongación de la tromboprofilaxis durante más tiempo no ha mostrado beneficios en estos casos y en cambio, podría aumentar el riesgo de efectos adversos, en particular de hemorragia.

Riesgo ajustado	Recomendación
1-3	Considerar el uso de medidas físicas
4	Se sugiere profilaxis con HBPM
> 4	Se recomienda profilaxis con HBPM

TRATAMIENTO:

El inicio del tratamiento con HBPM requiere confirmación del diagnóstico y valoración individualizada del riesgo/beneficio en cada paciente.

Las HBPM son de primera elección en el tratamiento inicial (5-7 días) de episodios agudos de ETV (TVP y TEP sin complicaciones hemodinámicas), salvo que exista contraindicación o riesgo elevado de hemorragia.

A partir 1ª semana de tratamiento con HBPM tras un episodio de ETV se debe continuar tratamiento con antivitaminicos K durante 3 meses. No se ha establecido la duración óptima del tratamiento antitrombótico. Puede prolongarse más de 3 meses o incluso indefinido, en función del riesgo de recurrencias, características y preferencias de cada paciente, riesgo de hemorragia y tipo de ETV. De acuerdo con las recomendaciones de la Comunidad de Madrid:

Diagnóstico	Indicación antivitaminico K	INR	Duración	Observaciones
ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA (ETEVE) FLEBITIS Y TROMBOFLEBITIS DE VASOS PROFUNDOS DE LOS MIEMBROS INFERIORES	Trombosis venosa profunda (profilaxis postquirúrgica o inmovilización prolongada)	2-3	3 meses	
	Trombosis venosa profunda (esencial, idiopática)	2-3	6-12 meses	Bajo/Moderado riesgo hemorrágico* continuar indefinidamente** Alto riesgo hemorrágico* suspender acenocumarol
	Trombosis venosa profunda (persistente)	2-3	Indefinido Precisaría valoración por atención especializada cada 6 meses para evaluar riesgo hemorrágico/trombótico e indicación de la duración	Bajo riesgo hemorrágico* continuar indefinidamente** Alto riesgo hemorrágico* continuar indefinidamente**
	Trombosis venosa profunda (recurrente)	2,5-3,5	Indefinido Precisaría valoración por atención especializada cada 6 meses para evaluar riesgo hemorrágico/trombótico e indicación de la duración	Bajo riesgo hemorrágico* continuar indefinidamente**

*Según escalas HAS-BLED de riesgo hemorrágico

** Evaluar anualmente

Se han analizado las prescripciones activas de HBPM en los 38 CSS públicos de la Comunidad de Madrid a noviembre de 2017, revisando las indicaciones y duraciones de tratamiento. Se encontraron 142 pacientes con prescripción de HBPM (72,5% mujeres, edad media 84,6 años) las indicaciones fueron: 14,4% para el tratamiento de la TVP (trombosis venosa profunda) con o sin embolia pulmonar, 18,4 % en profilaxis de ETV (enfermedad tromboembólica venosa) en pacientes médicos no quirúrgicos, 20,4 % en profilaxis de ETV en pacientes quirúrgicos y un 47,2% en otras indicaciones. Como resultados destacables:

- En el tratamiento de la TVP con o sin embolia pulmonar se ha observado una duración excesiva con HBPM, una media de 403 días, con una dosis de manteniendo más baja que la inicial pero realizándose el desescalado a antivitámnicos K sólo en 3 casos.
- En la profilaxis de ETV en pacientes médicos no quirúrgicos la duración media de es de 669 días. En estos casos complejos en las que se dan diversos factores de riesgo parece necesaria una reevaluación periódica individual y si es preciso la evaluación por parte del especialista sobre la necesidad de continuación de tratamiento.
- En la profilaxis quirúrgica de ETV la duración media es de 156 días. En estos casos se recomienda la movilización precoz y retirar lo antes posible, entendiendo que la recuperación en pacientes institucionalizados pueda ser más lenta. Se han detectado casos de prolongación innecesaria en el tiempo.
- En otras indicaciones destaca en un 17,6 % la utilización de la HBPM para el tratamiento a largo plazo de la fibrilación auricular permanente (media 865 días de tratamiento), en un 4,9% se ha utilizado como terapia puente, en un 4,9% como rescate en FA si no se logra rango de INR con los antivitámnicos K, en un 1,4% en hemodiálisis, en 7,0 % como desconocidas y el resto corresponden a otras indicaciones. Recordemos que la anticoagulación de la FA con HBPM no es una indicación autorizada y que la primera opción son los antivitámnicos K, con los ACOD como tratamiento alternativo en los pacientes que cumplan los criterios establecidos. Los antiagregantes plaquetarios podrían otra alternativa, aunque se conoce su menor eficacia.
- Las HBPM son medicamentos de alto riesgo, no se han estudiado a largo plazo, cuando se utilizan incorrectamente presentan una mayor probabilidad de causar daños graves o incluso mortales, y sus efectos secundarios son hemorragias, trombocitopenia y, hiperkalemia, exigen mayor precaución en pacientes ancianos, con insuficiencia renal u obesidad y por último presentan mayor coste.

Por todo ello, se recomienda su utilización según las indicaciones autorizadas y durante un corto plazo de tiempo. En el tratamiento de ETV a largo plazo para prevenir recurrencias, las HBPM pueden ser una alternativa a los antivitámnicos K cuando exista contraindicación, intolerancia o riesgo de anticoagulación errática; o de primera elección en pacientes con cáncer.

NOTICIAS DE INTERÉS:

CURSO DE ATENCIÓN NUTRICIONAL A PERSONAS INSTITUCIONALIZADAS

Durante los meses de febrero y marzo se han celebrado cuatro ediciones del curso de “atención nutricional en personas institucionalizadas en centros sociosanitarios”. Estas jornadas iban dirigidas a médicos, enfermeros y farmacéuticos de los centros sociosanitarios públicos dependientes de la Agencia Madrileña de Atención Social.

Este curso de formación continuada tuvo lugar tras la resolución del Acuerdo Marco 10/2017 por el cual se establece el suministro centralizado de productos dietoterápicos a centros sociosanitarios del AMAS. El objetivo fue reforzar los conocimientos teórico-prácticos necesarios para llevar a cabo una atención nutricional estandarizada, segura y eficiente en personas institucionalizadas.

El curso tuvo una duración de 6 horas y asistieron 194 alumnos en total. El profesorado estaba constituido por un equipo multidisciplinar pudiendo contar con la experiencia de endocrinos, enfermeras, geriatras y farmacéuticos especialistas de la Subdirección General de Farmacia y Productos Sanitarios que desarrollan su actividad profesional en los Centros del AMAS. Entre otros, se revisaron los siguientes temas:

- Desnutrición: concepto, tipos, prevalencia, causas y factores de riesgo.
- Cribado y valoración nutricional: importancia de la detección precoz, herramientas (MNA-SF; MUST) y criterios diagnósticos.
- Requerimientos nutricionales en personas institucionalizadas.
- Intervención nutricional: objetivo terapéutico del tratamiento y algoritmo de decisión.
- Tipos de soporte nutricional: suplementos y nutrición enteral. Características, indicación, selección, requisitos que permiten el acceso a la prestación farmacéutica.
- Seguimiento, monitorización y cuidados: efectividad, seguridad, prevención y manejo de complicaciones más frecuentes.

- Prescripción informatizada y listados de peticiones mensuales de dietoterápicos a través de la Aplicación Informática HIRE.

Con estas jornadas se espera en todos los centros:

- Desarrollar e implementar estrategias de prevención de la desnutrición en centros sociosanitarios.
- Llevar a cabo intervenciones nutricionales seguras y eficientes adecuadas a las necesidades clínicas del usuario.
- Detectar y corregir complicaciones asociadas al uso de productos dietoterápicos de nutrición enteral domiciliaria

La valoración del curso por parte de los asistentes fue positiva puntuando en las encuestas de satisfacción la utilidad para su trabajo con un notable alto.

CURSO DE SEGURIDAD EN LAS PERSONAS MAYORES INSTITUCIONALIZADAS

Próximamente, a lo largo del último cuatrimestre del año 2018, se va a llevar a cabo un curso para mejorar la seguridad de las personas mayores institucionalizadas en centros de la AMAS.

En dicho curso se van a abordar res grandes áreas problema:

1. Evitar el uso de sujeciones mecánicas y valorar el riesgo del uso de las mismas.
2. Prevención y manejo de las caídas y accidentes en centros residenciales de la AMAS.
3. Prevención y gestión de los errores de medicación.
4. Comunicación de eventos adversos.

BUENAS PRÁCTICAS: IDENTIFICACIÓN DE LOS RESIDENTES CON ALERGIAS EN LA RM FRANCISCO DE VITORIA.

La alergia a un medicamento es una reacción anormal del sistema inmunitario a ese medicamento debido a que lo identifica como una sustancia perjudicial y crea un anticuerpo específico contra él. Esto puede ocurrir la primera vez que tomas el medicamento, pero a veces, una alergia no se manifiesta hasta que no hay exposiciones reiteradas. Cualquier medicamento puede producir alergia aunque algunos de ellos con más probabilidad que otros (penicilinas, AINES etc...). Los signos y síntomas más frecuentes son urticaria, erupción o fiebre y pueden llegar a provocar reacciones más graves que pongan en riesgo la vida de la persona (anafilaxia).

A menudo, los signos y síntomas de una alergia grave a los medicamentos se producen dentro de la hora de haberlo tomado. Otras reacciones (erupciones) pueden ocurrir horas, días o semanas más tarde.

Debido a la gravedad que pueden suponer las reacciones alérgicas, todo residente debe informar al personal de cada centro para que se puedan tomar las medidas oportunas.

A los residentes que viven en los centros de la AMAS se les pregunta durante el ingreso si son alérgicos a algún medicamento o alimento y se comprueba con los informes médicos previos. Cuando se detecta una alergia, se anota en el programa HIRE de forma que queda reflejado tanto en la hoja de tratamiento como en la etiqueta del pastillero (con una línea vertical).

En la RM Francisco de Vitoria, además las auxiliares de farmacia y las enfermeras coordinadas por la JATA, han ideado varios mecanismos para identificar por todas las vías posibles a los pacientes alérgicos (a algún medicamento o alimento). Las medidas adoptadas son las siguientes:

- Al imprimir la **hoja de tratamiento** de un residente alérgico, se le pone una **etiqueta color naranja** "fosforito" donde aparece escrito ALERGIA. (foto 1)
- Los **cajetines** de medicación de los residentes alérgicos se señalan con el **nombre del residente en rojo** (el nombre de los residentes sin alergias va en negro). Además cada dos meses las auxiliares de farmacia revisan todos los cajetines para asegurar que están correctamente identificados. (foto 2)

- Las auxiliares tienen un **listado de administración de medicamentos multidosis** que van actualizando periódicamente y "marcan" con un **asterisco rojo** aquellos residentes alérgicos. (foto 3)

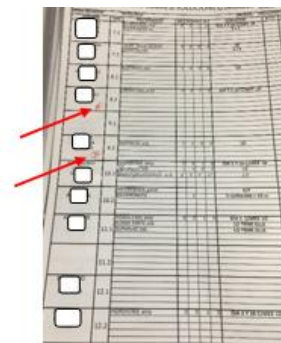
A continuación os mostramos fotos con ejemplos: **(foto1). HTM con etiqueta identificativa.**



(foto2). Cajetines con el nombre en rojo de los residentes alérgicos.



(foto3). Hojas de administración de soluciones con marcas (*) en los residentes alérgicos.



AVANCE PRÓXIMO BOLETÍN

En el próximo boletín se publicará:

- Una revisión sobre la lidocaína en parches.
 - Un Protocolo o procedimiento operativo para la manipulación segura de "medicamentos peligrosos" en centros de la AMAS
-

