

Medicaments i seguretat, és cosa de tots

Finalment sembla que la seguretat del malalt és una de les fites que s'ha incorporat no solament en el nostre treball diari, sinó també com a element prioritari en els objectius de les nostres institucions i/o centres de salut. En els darrers anys s'estan portant a terme diverses iniciatives, tant a nivell autonòmic com a nivell europeu i/o mundial, per vetllar i garantir al màxim la seguretat del malalt. Concretament el 2004 s'inicia des de l'OMS una campanya anomenada "World alliance for patient safety" per conscienciar i sensibilitzar els governs sobre la importància de tractar aquest tema i augmentar, en la mesura de les possibilitats de cadascun, la seguretat dels malalts.¹

En el cas concret del medicament i la seguretat en el seu ús, fa anys que en la nostra comunitat es varen iniciar iniciatives dirigides a la notificació i/o prevenció d'errors o, millor dit, d'incidents relacionats amb els medicaments, liderades pel Departament de Salut, Subdirecció General de Farmàcia i pel Grup de Prevenció d'Errors de la Societat Catalana de Farmàcia Clínica.²

Ara és hora de fer un esforç conjunt perquè tothom prengui consciència i col·labori en el Programa de prevenció d'incidents i millora del procés d'utilització de medicaments, en la mesura de les seves possibilitats i les que el lloc de treball permeti.

Que s'entén per incident de medicació?

Són tots els problemes que es produeixen, bé sigui per error o no, en el procés d'utilització de medicaments i que poden causar o no lesió al malalt. En la figura 1 s'explica la terminologia emprada i les diferències entre reacció adversa i error de medicament -esdeveniment advers prevenible i potencial-.³

Es produeixen molts incidents?

La majoria d'estudis descriuen la polimediació com un dels factors determinants en l'aparició d'esdeveniments adversos a medicaments (EAM). La incidència de reaccions adverses a medicaments i d'interaccions s'incrementen amb l'edat, a causa en part a canvis farmacocinètics i farmacodinàmics associats amb la vellesa, però també a la presència de moltes malalties i els seus respectius tractaments farmacològics.

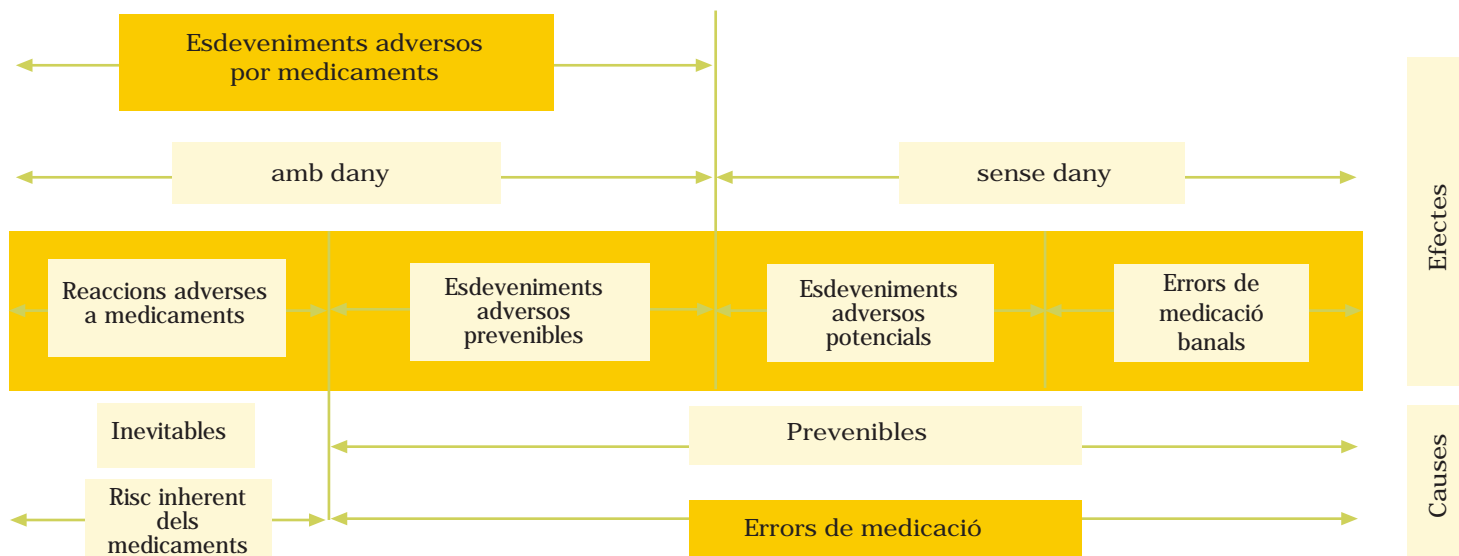
Els pacients amb múltiples tractaments farmacològics presenten més risc d'ingressos hospitalaris, d'estades hospitalàries de més llarga durada, un increment de mortalitat i un major risc de readmissió un cop donats d'alta.

La polimediació també és un factor predictiu d'ingrés en centres sanitaris, de malnutrició, de fractures i de mobilitat limitada.⁴ Naturalment, segons l'estat dels malalts i les diverses publicacions consultades la incidència d'EAM en persones grans pot anar del 10 al 67,4%, i arriba a ser del 10-35% dels casos, la causa d'ingrés hospitalari.⁵

Si considerem també el compliment del malalt envers al tractament podem assolir xifres realment esfereïdores. En malalts que pateixen malalties de caràcter crònic i que necessiten prendre medicació de forma continuada en el temps, les xifres de compliment són en la majoria dels casos al voltant del 50%.⁶

En l'àmbit hospitalari, trobem que un 7,7% dels malalts que ingressen a través del Servei d'Urgències ho fan a causa d'un EAM,⁷ i que el 10% dels malalts ingressats és probable que desenvolupin un EAM durant la seva estada hospitalària.

Figura 1. Incidents amb medicaments



Un altre problema que es detecta en la realitat del dia a dia són els errors de conciliació de tractament, referits a les discrepàncies de tractament no justificades que es produeixen quan el malalt canvia d'àmbit assistencial.

Els errors de conciliació a l'ingrés hospitalari oscil·len entre el 26,9 i el 65%, segons els casos.

Una de les causes principals dels errors de medicació és la polimediació del pacient, ja que la prescripció es realitza com un procés fragmentat en el qual participen diferents prescriptors que conflueixen en el pacient.

La dificultat de conèixer el tractament habitual del malalt fa que en molts casos s'ignori i, per tant, el malalt pugui deixar de rebre algun fàrmac. De fet, el tipus d'error més freqüent és el d'omissió de medicaments, que arriba al 42-57% dels casos. Si aquests errors es perpetuen poden afectar l'efectivitat i la seguretat del pacient, si bé és cert que s'ha descrit que només en un 5,7% haurien pogut causar un dany important.⁸

Què podem fer per evitar que els incidents arribin al malalt?

Afortunadament, gairebé la meitat dels EAM són evitables. La millor estratègia per impedir que arribin al malalt es identificar aquests incidents, buscar les causes i conèixer en quina de les etapes del complex procés d'utilització dels medicaments s'han originat, i implantar les mesures adients que impedeixin que arribin al malalt.

Però per això és necessària la implicació de tothom: els metges en fer una prescripció segura i entenedora, els farmacèutics validant la prescripció, garantint la correcta dispensació i seguiment, les infermeres assegurant i comprovant una administració correcta, i tots ells donant en cada punt de la cadena la informació necessària i, sobretot, entenedora per al malalt.

Es tracta d'un treball en equip centrat en el malalt, en què la participació del malalt és també fonamental.

Hem de canviar el seu paper i tractar d'incorporar-lo de forma activa i participativa en la presa de decisions amb el compromís de complir els acords que hagin consensuat amb l'equip d'atenció. Aquest és un gran canvi que necessita temps d'adaptació per a ambdues parts.

Identifiquem alguns elements claus en la millora d'aquests processos:

1. Història clínica electrònica, accessible des dels diferents àmbits d'atenció. Tots els professionals de la salut haurien de tenir accés a la història electrònica del malalt, per tal de disposar de dades totalment necessàries per prendre decisions (tractament habitual del malalt, malalties associades i resultats de proves diagnòstiques).

2. Prescripció electrònica amb ajudes. Poder disposar d'informació sobre interaccions, contraindicacions, dosis habituals, efectes adversos, ajust de dosis en insuficiència renal o hepàtica, etc., és una eina fonamental per decidir el millor tractament per al malalt en cada moment.

3. Receptes i full de tractament per al malalt. És molt útil per al malalt poder disposar d'un full complementari on de forma senzilla, gràfica i entenedora se li expliqui, a més de la dosi, durada de tractament i com ha de prendre cadascun dels medicaments que se li han prescrit, informació de per què serveixen i quines precaucions s'ha de tenir en compte en prendre cada medicament.

4. Dispensació de medicaments. Si en el moment de dispensar i com a part de l'equip, el farmacèutic té accés a les dades farmacològiques del malalt, pot ajudar a fer un seguiment acurat del malalt i augmentar el compliment, aconsellant el malalt i comprovant els resultats immediats de la teràpia.

5. Comprometre el malalt en la presa de decisions. El malalt s'ha de fer responsable del seu tractament i complir els acords que hagi consensuat amb l'equip d'atenció.

Totes aquestes mesures són viables en el sistema de salut actual, només cal voluntat i començar en algun dels punts per anar millorant i augmentant la seguretat dels nostres pacients.

És bo conèixer la situació i promoure campanyes per tal de sensibilitzar i augmentar la seguretat en l'ús del medicament. La notificació dels incidents és una eina fonamental que ajuda a conèixer quin és l'estat de la qüestió i cap a on hem de dirigir els esforços, a la vegada que constitueix un element didàctic bàsic per aprendre dels errors. A la pàgina web del Departament de Salut trobareu les especificacions del Programa per a la prevenció d'errors, així com el procediment per notificar-los². Entre tots podem millorar, col·laborem-hi.

Carles Codina. Farmacèutic. Hospital Clínic
Aintzane Alberdi. Farmacèutica. CAPSE
Josep Miquel Sotoca. Farmacèutic. CAP Les Corts, Barcelona

Bibliografia

1. WHO. World Alliance for Patient Safety. Disponible a: <http://www.who.int/patientsafety/en/> (consultat el 10 de març de 2008)
2. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Programa per a la prevenció dels errors de medicació a Catalunya. Disponible a: http://www.gencat.net/salut/depsan/units/sanitat/html/ca/farmacia/dir_1_7_doc_3242.html (consultat el 10 de març de 2008).
3. Otero MJ, Domínguez-Gil A. Acontecimientos adversos por medicamentos: una patología emergente. Farm Hosp 2000;24(4):258-66.
4. Milton JC, Jackson SH. Inappropriate polypharmacy: reducing the burden of multiple medication. Clin Med 2007;7(5):514-7.
5. Otero MJ, Valverde MP. Acontecimientos adversos por medicamentos en personas mayores. Noticias Farmacoterapéuticas 2000;27:1-3.
6. Merino J, Gil VF. Cumplimiento: un hallazgo y un desafío. Med Clin (Barc). 2001;116(Supl.2):1-3.
7. Martín M, Codina C, Tuset M, Carné X, Nogué S, Ribas J. Problemas relacionados con la medicación como causa de ingreso hospitalario. Med Clin (Barc). 2002;118(6): 205-210.
8. Delgado O, Anoz L, Serrano A, Nicolás J. Conciliación de la medicación. Med Clin (Barc). 2007;129(9):343-8.