

BUENAS PRÁCTICAS DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS SANITARIOS EN CENTROS SOCIOSANITARIOS

	Contenidos
Píldoras formativas	Inhibidores de la Bomba de Protones: recomendaciones de uso
Noticias de interés	Cursos de formación de Reanimación Cardiopulmonar
Buenas prácticas	-Circuito de eliminación de medicamentos -Control de temperatura medicamentos -Actividad de la Unidad Docente Multiprofesional en geriatría de la Residencia de Mayores de Alcorcón de la A.M.A.S.
Avance próximo Boletín	Fármacos y prolongación del intervalo QT
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:

Francisco Apolo Carvajal¹, Juan Carlos Bando Beltrán², Betsabé Cáliz Hernández¹, Iciar Cañamares Orbis¹, Elena Capilla Santamaría¹, María González Martínez¹, Yolanda Martín Alguacil², Nuria Martínez Casanova¹, Eugenia Martínez Sánchez¹, Isabel Mayorga Bajo¹, Fernando Novales Parra², Ignacio Retuerto Massa²

Invitados:

Esther Higuera Sánchez, Flor Raigada González e Inmaculada Toledo Lucendo.
Residencia de Mayores Alcorcón

Belén Fernández Jiménez, Juan García Martínez y Marta Ruíz Mariscal. Hospital Severo Ochoa. Leganés. SERMAS

COMITÉ EDITORIAL:

Ainhoa Aranguren Oyarzábal¹, María José Calvo Alcántara¹, Encarnación Cruz Martos¹, Hilario Hernández Ovejero², Primitivo Ramos Cordero²

Edita:

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

² Agencia 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

PÍLDORAS FORMATIVAS: Inhibidores de la Bomba de Protones: recomendaciones de uso

De acuerdo a datos obtenidos recientemente de la base de facturación de recetas Farm@drid®, el 68% de la población institucionalizada en una residencia de mayores de la Comunidad de Madrid consume inhibidores de la bomba de protones (IBP) de forma habitual, siendo muy superior al consumo en atención primaria. En personas mayores se ha establecido una asociación de la prescripción de IBP con la institucionalización y, dentro de éstos, entre el uso de IBP y el índice de comorbilidad de Charlson o el número medio de medicamentos. Las altas tasas de utilización en los centros sociosanitarios hace pensar que se pueda estar prescribiendo IBP a personas polimedicaadas por el hecho de serlo, sin indicación o sin justificación por el aumento del riesgo gastrointestinal. En general estos fármacos se han considerado seguros; sin embargo, en los

últimos años se ha puesto en entredicho su seguridad a largo plazo ya que se han visto asociados a un mayor riesgo de aparición de infecciones por *C. difficile*, hipomagnesemia, hipocalcemia, déficit de vitamina B12 y riesgo de fracturas óseas aunque el significado clínico de estas asociaciones en la actualidad es incierto. Por todo ello, se debería evitar un uso innecesario de estos medicamentos, especialmente en personas de edad avanzada.

Actualmente se considera que los distintos IBP tienen una eficacia y seguridad similar entre sí cuando se utilizan a dosis equipotentes, por lo que el de elección es omeprazol por ser el más coste-efectivo.

Por otra parte, ha habido mucha controversia sobre la posible interacción con el uso de omeprazol y esomeprazol conjuntamente con clopidogrel. Actualmente la recomendación de las agencias reguladoras es evitar la asociación. Sin embargo, los resultados de los metaanálisis publicados en estos últimos años no demuestran una asociación positiva entre el uso de IBP y el aumento de eventos vasculares.

Tabla 1. Recomendaciones de uso de los IBP.

RECOMENDACIONES DE USO	PAUTA POSOLÓGICA OMEPRAZOL (30 minutos antes de la toma)
CICATRIZACIÓN ULCUS PÉPTICO NO ASOCIADO A HELICOBACTER PYLORI	
<p>Las medidas no farmacológicas a tener en cuenta incluyen la supresión del hábito tabáquico y de los AINE. Se recomienda la supresión únicamente de los alimentos que produzcan síntomas, así como moderar la ingesta de alcohol.</p> <p>El fármaco de elección es un IBP por tener mayor potencia antisecretora que los anti-H₂. Una vez finalizado el tratamiento no se recomienda mantener el IBP si no tiene otra indicación.</p>	<p>20-40 mg cada 24 horas Duración: 4 semanas en úlcera duodenal; 6-8 en gástrica Si úlcera de gran tamaño (>1-2 cm) utilizar dosis doble 40 mg hasta 12 semanas</p>
INFECCIÓN POR HELICOBACTER PYLORI	
<p>Se debe tratar a todos los pacientes con úlcera péptica e infección. Además, se recomienda investigar y tratar a pacientes con antecedentes de úlcera y tratamiento prolongado con AINE o ácido acetilsalicílico, linfoma MALT gástrico, resección quirúrgica o endoscópica de cáncer gástrico, familiares de primer grado de pacientes con cáncer gástrico, anemia ferropénica de causa no aclarada, déficit de vitamina B12 de causa desconocida y púrpura idiopática trombocitopénica.</p> <p>Se sugiere utilizar como primera línea una pauta cuádruple concomitante con IBP, claritromicina, amoxicilina y metronidazol si el porcentaje de resistencia a claritromicina supera el 15%, lo que en España ocurre frecuentemente. Se podría utilizar la triple terapia clásica como primera opción solo en áreas donde la resistencia a claritromicina sea inferior al 15% ó la eficacia de la triple terapia se sitúe por encima del 90%. La duración de las pautas varía entre 10-14 días. Sólo se debe mantener el tratamiento antisecretor hasta 4-8 semanas en los pacientes con úlcera gástrica mayor de 1 cm.</p>	<p>20 mg cada 12 horas en cuádruple terapia concomitante 40 mg cada 12 horas en triple terapia clásica Duración: 10-14 días</p> <p>CUÁDRUPLE TERAPIA Omeprazol 20 mg cada 12 horas Claritromicina 500 mg cada 12 horas Amoxicilina 1 g cada 12 horas Metronidazol 500 mg cada 12 horas Duración: 14 días</p>

GASTROPATÍA POR ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS (AINE)

No se debe prescribir un IBP a un paciente polimedicado por el hecho de serlo; las personas que más se van a beneficiar de la gastroprotección con IBP son aquéllas con riesgo gastrointestinal moderado-alto en tratamiento con AINE. Otros grupos de fármacos pueden potencialmente aumentar el riesgo de sufrir una hemorragia digestiva alta como los antiagregantes, los anticoagulantes, los corticoides y los ISRS; sin embargo, en éstos la evidencia del beneficio de la gastroprotección con IBP es escasa y en algunos casos controvertida. Por otra parte, los criterios STOPP recomiendan no administrar AAS en personas con antecedentes de úlcera péptica sin uso concomitante de IBP.

Las personas mayores de 65 años tienen un riesgo gastrointestinal moderado o alto por lo que habrá que gastroproteger con IBP a todos los que estén en tratamiento con AINE durante el tiempo que tengan el antiinflamatorio.

20 mg cada 24 horas
Duración: mientras se esté en tratamiento concomitante con AINE

DISPEPSIA FUNCIONAL

El diagnóstico de dispepsia funcional es un diagnóstico por exclusión, debiendo previamente haber descartado la presencia de una lesión orgánica y sus causas. Los síntomas de la dispepsia funcional pueden clasificarse en dos categorías en las que se va a basar el abordaje farmacoterapéutico: síndrome de distrés postprandial y síndrome de dolor epigástrico. Las guías recomiendan como aproximación terapéutica la administración durante un mes de procinéticos en el primer caso y de antisecretores (preferiblemente IBP a dosis estándar) en el segundo. Los antiácidos, el sucralfato y las sales de bismuto no han mostrado mejoría frente a placebo. La dispepsia por fármacos no debe tratarse con un IBP.

10-40 mg cada 24 horas
Duración: 4 semanas pudiendo repetir el ciclo a dosis doble si no hubo respuesta en las primeras 4 semanas

ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO

Las medidas no farmacológicas a recomendar son: disminuir de peso, elevar el cabecero de la cama, no acostarse hasta 2 horas tras ingesta y evitar el decúbito derecho. No se deben hacer restricciones dietéticas generalizadas sino sólo ayudar a identificar posibles alimentos o sustancias que agraven los síntomas (picantes, café, chocolate, comida picante, refrescos, alcohol, etc.).

ERGE no investigada con síntomas típicos ocasionales: Antiácidos±alginato o Anti-H2 o IBP a demanda; si no hay remisión IBP a dosis estándar 4 semanas.

ERGE no investigada con síntomas típicos o dolor torácico, ERGE no erosiva y esofagitis leve (grado A-B): Tratamiento empírico con IBP a dosis estándar 4 semanas; si no hay remisión IBP a dosis doble 4-8 semanas.

ERGE no investigada con síntomas extraesofágicos: Ensayo terapéutico con IBP a dosis doble 8-12 semanas.

ERGE erosiva grave (grado C-D): IBP a dosis doble 8 semanas; si no hay remisión prolongar 8 semanas.

Fase aguda: 20-40 mg al día

Mantenimiento:

ERGE no grave: 10-40 mg al día a demanda

ERGE grave: 20-40 mg al día indefinido

NOTICIAS DE INTERÉS

Cursos de formación de Reanimación Cardiopulmonar

Los centros de AMAS están acogidos al programa de "*Espacios Cardioprottegidos*", por este motivo se lleva a cabo una formación de reciclaje cada 5 años. En colaboración con la Subdirección General de Farmacia del SERMAS, la AMAS ha programado cursos para las Residencias de Mayores y Centros de Personas con Discapacidad Intelectual, Centros de Mayores y Comedores Sociales, los cuales han sido impartidos por la Escuela de Formación del SUMMA-112. A continuación indicamos las fechas, horarios y lugares de celebración.

Curso /Dirigido a	Fecha, horario y lugar de celebración
Actualización en primeros auxilios y formación inicial en el uso de desfibriladores semiautomáticos Personal Auxiliar de atención en Centros de Mayores y Comedores Sociales de la Agencia Madrileña de Atención Social de la Comunidad de Madrid	29 de marzo del 2017 de 09,00 a 14,30 horas Centro de Mayores Los Cármenes. Glorieta de los Cármenes Nº 2. 28047
	30 de marzo de 2017 de 09,00 a 14,30 horas. Centro de Mayores Usera. Calle Carmen Bruguera 33. Madrid 28026.
	31 de marzo de 2017 de 09,00 a 14,30 horas. Centro de Mayores Alonso Heredia. Calle Alonso Heredia Nº 2. Madrid 28028
Curso /Dirigido a	Fecha, horario y lugar de celebración
Actualización en Soporte Vital instrumentalizado. Nivel Intermedio Personal sanitario (Médicos y Enfermeras) de las Residencias de Mayores y Centros de Personas con Discapacidad Intelectual de la Agencia Madrileña de Atención Social de la Comunidad de Madrid.	21 y 22 de marzo de 2017 de 09,00 a 14,30 horas. Residencia de Mayores Adolfo Suárez. Calle Rávena 18. Madrid. 28030.
	23 y 24 de marzo de 2017 de 09,00 a 14,30 horas. Residencia de Mayores Vista Alegre. Calle General Ricardos 177. Madrid. 28025
	27 y 28 de marzo de 2017 de 09,00 a 14,30 horas. Centro Ocupacional Juan de Austria. Calle Arturo Soria 12. Madrid. 28027

BUENAS PRÁCTICAS

1) Circuito de eliminación de medicamentos

En la farmacia de cada centro existe un punto de recogida de medicamentos caducados, medicamentos que no se utilizan, cajas de medicamentos y envases vacíos con restos (punto SIGRE). De esta forma, se realiza un correcto tratamiento medioambiental de los residuos generados y los riesgos sanitarios derivados del uso inadecuado de los mismos. A continuación se realizan una serie de recomendaciones:

- No se deben depositar agujas o material punzante, termómetros, gasas, radiografías, productos químicos o pilas.
- El personal sanitario debe conocer la localización de este punto y hacer uso adecuado del mismo.
- No debe estar accesible a los residentes.
- Se debe gestionar periódicamente para evitar acumulación.
- Se aconseja disponer de un cartel informativo para su correcta identificación.
- Se debe informar a los residentes que se autoadministran que pueden llevar al almacén de medicamentos del centro todos los medicamentos caducados o suspendidos.

2) Control de temperatura de los medicamentos

La Ley del Medicamento de 1990 y la Ley 19/1998 de 25 de noviembre, de Ordenación de Atención Farmacéutica de la Comunidad de Madrid, dispone que se debe llevar un registro diario de las temperaturas máximas y mínimas y una comprobación del correcto funcionamiento de la cadena de frío en el momento en el que dispensamos un medicamento o producto sanitario. En los últimos años estamos asistiendo a un incremento en la utilización de medicamentos termolábiles, encontrando que estos productos han pasado a representar el 4,7% del total en 2004 hasta el 30% según algunos estudios.

Los incrementos de temperatura aumentan la degradación y aceleran el deterioro de los medicamentos y productos sanitarios, por ello, el control de la temperatura se ha convertido en una tarea esencial para poder garantizar la estabilidad de los mismos siendo importante la existencia de un procedimiento de actuación bien definido que determine las acciones a realizar ante la rotura de la cadena de frío de forma ágil y segura.

La integración del farmacéutico en las residencias ha permitido incidir en la adecuada cumplimentación del protocolo de contrastación térmica y reforzar, mediante la impartición de sesiones formativas, el registro de temperaturas y los criterios de actuación en caso de rotura de la cadena de frío.

Las sesiones han ido dirigidas al personal auxiliar y de enfermería. Además el farmacéutico de cada centro dispone de información específica sobre estabilidad de los medicamentos termolábiles y ante cualquier incidencia detectada el personal del centro puede consultarle. Las recomendaciones generales a seguir son las siguientes:

Almacenamiento a temperatura ambiente	<ul style="list-style-type: none"> -Que sean lugares limpios, secos, frescos, de fácil acceso y protegidos de focos directos de luz o calor. -En el recinto debe haber un termómetro de temperatura ambiente de máximas y mínimas. -Registro semanal de temperatura en turno de mañana y tarde, excepto los meses de verano (junio-septiembre) en los que el control debe ser diario
Almacenamiento en frigorífico	<ul style="list-style-type: none"> -Frigoríficos preferentemente de una sola puerta y de cristal. -Alejados de cualquier fuente de calor -Descongelar si la capa de hielo es superior o igual a 0,5 cm -No almacenar alimentos ni bebidas en su interior -No almacenar vacunas ni medicamentos termolábiles en la puerta -Separar los medicamentos al menos 5 cm de las paredes del frigorífico -No congelar vacunas ni medicamentos termolábiles -Hacer revisiones periódicas de caducidad -Disponer de termómetro de máxima y mínima situado en la parte media del frigorífico. Registrar la temperatura dos veces al día en turno de mañana y tarde, comprobando que se mantiene entre +2°C y +8°C.
Medidas a tomar en caso de rotura de la cadena de frío	<p>Si se alcanza una temperatura superior a +8°C durante más de 12 horas o temperaturas superiores a +12°C independientemente del tiempo de exposición:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Anotar la incidencia, indicando la temperatura alcanzada y el periodo de tiempo. -Consultar el listado de estabilidades del procedimiento de control de temperaturas y contrastación térmica del AMAS y ante cualquier duda, consultar al farmacéutico de la residencia.

3) Actividad de la Unidad Docente Multiprofesional en Geriatría de la Residencia de Mayores de Alcorcón de la A.M.A.S.

En el año 2012 se constituye la Unidad Docente Multiprofesional en Geriatría, acreditada por el Ministerio de Sanidad y Política Social entre la Residencia de Mayores Alcorcón de la AMAS y el Hospital Universitario Severo Ochoa de Leganés perteneciente al SERMAS, a través de la coordinación llevada a cabo entre las tres instituciones por la Coordinación Médico Asistencial de la AMAS.

La Unidad Docente tiene los siguientes objetivos y criterios de compromiso:

- Organizar, supervisar, desarrollar y evaluar las rotaciones realizadas por los residentes (MIR y EIR).
- El contenido de la colaboración se centra en el área de Instituciones Sociales (Residencias y Centro de Día).
- Los tutores se nombran de acuerdo con el artículo 11 apartado 5 del RD 183/2008, a propuesta de los Jefes de las Unidades Docentes y previo informe favorable de las Comisiones de Docencia.

Los responsables colaboradores docentes son en la Residencia, el Jefe del Área Técnico Asistencial, M^a Esther Higuera Sánchez. Enfermera Especialista en Geriatría y en el Hospital Severo Ochoa los Tutores de

los EIR Daniel Odorica, Enfermero Especialista en Geriatría y de los MIR en Geriatría, Carmen Navarro, Médico Geriatra.

Esta Unidad Docente Multiprofesional supuso un nuevo reto para la R.M. Alcorcón: formar a nuevos profesionales incrementando la calidad asistencial a la vez que se propiciaba un intercambio y enriquecimiento profesional entre Atención Especializada y Residencial y se mejoraba la calidad de vida de los residentes.

La Unidad Docente del Hospital y la Unidad Docente de la Residencia han establecido un itinerario docente con los siguientes ciclos rotatorios:

EIR: 3 meses, el 1º año rotando por todos los módulos de la Residencia y el 2º año por el Centro de día, acompañado por Enfermera de referencia Especialista en Geriatría y supervisado por el Jefe de Área Técnico Asistencial.

MIR: 1 mes, acompañado por el Médico en todas las unidades de la Residencia y consulta médica Supervisado por la Jefe de Área Técnico Asistencial.

La primera rotación de EIR se inició el 24 noviembre 2014 y para MIR el 1 de julio 2015.

Los EIR y MIR han sido formados en las siguientes áreas temáticas:

- Programas informáticos asistenciales: HIRE, CFR, AP-MADRID, HORUS.
- Valoraciones geriátricas, planes interdisciplinares y diferentes técnicas.
- Formación en Protocolos, procesos, instrucciones, organigramas y guías asistenciales del AMAS.
- Técnicas, habilidades y destrezas para la utilización de recursos, conocimientos y decisiones.
- Participación en Reuniones Interdisciplinares, sesiones clínicas, planes de cuidados y tratamientos.

AVANCE PRÓXIMO BOLETÍN

En el próximo boletín se publicará una revisión de fármacos y prolongación del intervalo QT.

BIBLIOGRAFIA

1. Barrera E, Gómez E, Mataix A, Parramón M, Pascual JM, Revilla E, et al. Criterios de Selección de Inhibidores de la Bomba de Protones [Internet]. Servicio Madrileño de Salud. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid; 2011 [cited 2013 Nov 28]. Available from: https://saluda.salud.madrid.org/atematica/areafarmacia/Protocolos%20%20Definitivos/Criterios_IBP.pdf
2. Authors/Task Force Members, Steg PG, James SK, Atar D, Badano LP, Lundqvist CB, et al. ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation: The Task Force on the management of ST-segment elevation acute myocardial infarction of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Heart J*. 2012 Aug 24;33(20):2569–619.
3. Authors/Task Force Members, Hamm CW, Bassand J-P, Agewall S, Bax J, Boersma E, et al. ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation: The Task Force for the management of acute coronary syndromes (ACS) in patients presenting without persistent ST-segment elevation of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Heart J*. 2011 Aug 26;32(23):2999–3054.
4. De la Coba Ortiz C, Argüelles Arias F, Martín de Argila de Prados C, Júdez Gutiérrez J, Linares Rodríguez A, Ortega Alonso A et al. Proton-pump inhibitors adverse effects: a review of the evidence and position statement by the Sociedad Española de Patología Digestiva. *Rev Esp Enferm Dig*. 2016 Apr;108(4):207–24.
5. Darakhshan Shams, Najmul Hasan Siddiqui, Muhannad M. Heif. Gastroesophageal Reflux Disease in Older Adults: What Is the Difference? *Clin Geriatr*. 2009;17(3):32–7.
6. Poh CH, Navarro-Rodríguez T, Fass R. Review: Treatment of Gastroesophageal Reflux Disease in the Elderly. *Am J Med*. 2010 Jun;123(6):496–501.
7. Gisbert JP, Calvet X, Ferrándiz J, Mascort J, Alonso-Coello P, Marzo M. Guía de práctica clínica sobre el manejo del paciente con dispepsia. Actualización 2012. *Gastroenterol Hepatol*. 2012;35(10):725–e1.
8. Gisbert JP, et al. IV Conferencia Española de Consenso sobre el tratamiento de la infección por *Helicobacter pylori*. *Gastroenterol Hepatol*. 2016 doi: 10.1016/j.gastrohep.2016.05.003.
9. Barber ND, Alldred DP, Raynor DK, Dickinson R, Garfield S, Jesson B, et al. Care Homes' Use of Medicines Study: prevalence, causes and potential harm of medication errors in care homes for older people. *Qual Saf Health Care*. octubre de 2009;18(5):341-6
10. Estudio EARCAS: Eventos Adversos en Residencias y Centros Asistenciales Sociosanitarios [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2011. Recuperado a partir de: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/EARCAS.pdf>
11. Van den Bemt PMLA, Idzinga JC, Robertz H, Kormelink DG, Pels N. Medication administration errors in nursing homes using an automated medication dispensing system. *J Am Med Inform Assoc JAMIA*. Agosto de 2009;16(4):486-92.
12. Procedimiento de control de temperaturas y contrastación termométrica de equipos para la conservación de medicamentos y productos sanitarios en residencias de mayores del servicio regional de Bienestar Social, ISRBS 4/2015

Tras finalizar las rotaciones se realiza una evaluación de la rotación:

-Conocimientos, habilidades y actitudes

Al acabar la rotación se entrega un Certificado de realización de la rotación.

Desde que se inició esta experiencia docente han rotado 3 EIR de primer año, 2 EIR de segundo año y 2 MIR de primer año.

La experiencia es francamente enriquecedora tras haber superado el temor que entraña un nuevo proyecto de tanta trascendencia y alcance por temor al fracaso. Una vez puesto en marcha se ha conseguido la participación del 100% del equipo de Enfermería, Médicos, así como de todos los restantes profesionales de la Residencia.

-Ha de destacarse el alto nivel de satisfacción de los residentes y familiares, así como desarrollo profesional y motivación para todos los profesionales.