

CASO CLÍNICO - COMUNICACIÓN

“EL RETO DE MEJORAR LA PRÁCTICA CLÍNICA”

ERROR EN DUPLICACIÓN DE PRESCRIPCIÓN

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Varón de 68 años, con antecedentes destacados de diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial de difícil control y cardiopatía isquémica, con un infarto agudo de miocardio hace 5 años, con revascularización de dos vasos. En tratamiento actual con Losartán/Hidroclorotiazida 50/12'5 mg, Bisoprolol 5 mg, Rosuvastatina 40 mg, Ácido Acetil-salicílico 100 mg y Omeprazol 20 mg.

En seguimiento por Cardiología, última consulta hace una semana. Aportó registros de tensión arterial, en los que se mostraba mal control, con cifras de hasta 170/98 mmHg. Por ello el cardiólogo añadió el combinado Perindopril/Amlodipino/Indapamida 7/5/2'5mg, pero NO suspendió en la receta el tratamiento anterior de Losartán/Hidroclorotiazida ni le explicó al paciente de manera específica que debía suspenderlo.

Acude a consulta de no demorable en el centro de salud por mareo intenso y debilidad generalizada. A su llegada se objetiva tensión arterial de 90/58 mmHg, frecuencia cardiaca de 64 lpm y temperatura de 35'4°C, con el resto de la exploración física sin hallazgos de interés. Se suspende Losartán/Hidroclorotiazida y se solicita análisis de sangre urgente con función renal. Se revisa al paciente una semana después: se encuentra mejor, ya sin mareo, con mejor control de tensiones y se descarta daño renal.

Se trata de un incidente de seguridad en el tratamiento pautado, por duplicidad de fármacos de similar grupo terapéutico, que causó daño en el paciente, aunque estos no fueron irreversibles ni letales.

ANÁLISIS DEL CASO

Se realiza diagrama de Ishikawa evaluando los factores que intervienen en la duplicidad de fármacos:

- Factores individuales del profesional: el cardiólogo que le atendió en consulta contaba con varios años de experiencia profesional, pero pudo haber cometido un error humano habitual o haber tenido un mal día.
- Factores relacionados con el paciente: desconocimiento de los fármacos que toma, su función o grupo terapéutico, probable tendencia a no preguntar dudas en consulta.
- Factores ligados a las condiciones de trabajo y ambientales: saturación de consultas, sobrecarga laboral, tiempo insuficiente para dedicar a los pacientes.

- Factores estratégicos y organizativos: ausencia de un sistema de alerta automática informatizada que dé el aviso de que se están duplicando fármacos en el mismo paciente.

CONCLUSIONES / APRENDIZAJE

Es frecuente encontrar este tipo de errores en una consulta rutinaria de Atención Primaria, cometidos por médicos hospitalarios o de centro de salud influenciados por los múltiples factores explicados anteriormente. Entre ellos, destacan la sobrecarga laboral a la que estamos sometidos en consultas y la ausencia de educación al paciente en cuanto al tratamiento que toma a diario y con buena adherencia. Sería recomendable instruir a los pacientes en su tratamiento para implicarles en el mismo y hacerles partícipes de la toma de decisiones terapéuticas, abandonando así la visión paternalista.

La revisión de la medicación de los pacientes es una de las más importantes funciones de cualquier médico que los atiende, tanto en el ámbito ambulatorio como en el hospitalario. En esa revisión hay que fijarse especialmente en las interacciones medicamentosas y en las duplicidades farmacológicas, tal y como ocurre en este caso, muy ilustrativo de la práctica clínica diaria.

PROPUESTA DE MEJORA

Comunicar todos los casos similares a este a través de CISEM para que la Unidad Funcional de Riesgos (UFGR) revise el incidente y recomiende formas para evitar repetirlo en el futuro.

Por otro lado, la implantación de una alarma en el sistema informático en el Módulo Único de Prescripción (MUP) avisara de forma automática de que se producen duplicidades para así evitar errores tan frecuentes como los de este caso.