

Bibliografía

1. Morán Sánchez I, Navarro-Mateu F, Robles Sánchez F, de Concepción Salesa A. Validez del diagnóstico clínico de trastorno por déficit de atención con hiperactividad en las derivaciones de pediatría a la consulta de psiquiatría infantil. *Aten Primaria*. 2008;40:29–33.
2. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, 4 ed., texto revisado, DSM-IV-TR. Barcelona: Masson; 2002.
3. García Campayo J, Santed Germán MA, Cerdán Lanero C, Alda Díez M. Tratamiento del trastorno por déficit de atención. *Aten Primaria*. 2007;39:671–4.

Esperanza Navarro-Pardo^{a,*}, Juan Carlos Meléndez-Moral^b
y Alicia Sales Galán^c

^a *Unidad de Salud Mental de Infancia y Adolescencia, Departamento de Salud n.º 10, Valencia, España*

^b *Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación, Universidad de Valencia, Valencia, España*

^c *Departamento de Metodología de las Ciencias del Comportamiento, Universidad de Valencia, Valencia, España*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: esperanza.navarro@uv.es
(E. Navarro-Pardo).

doi:10.1016/j.aprim.2011.05.008

Interacciones farmacológicas en atención primaria y seguridad del paciente

Drug interactions in primary care and patient safety

Sr. Director:

Respecto al trabajo de López-Picazo et al.¹ sobre las interacciones medicamentosas en atención primaria (AP), queremos realizar algunas observaciones.

Los efectos adversos en relación con la medicación en AP, estimados en el estudio APEAS, se debieron especialmente a las reacciones adversas medicamentosas (53,9%), y no a las interacciones medicamentosas como indican los autores, ya que solo supusieron el 7,3% del total². En este trabajo se analizan las interacciones farmacológicas basándose en las prescripciones registradas en la historia clínica informatizada, que con relativa frecuencia no está actualizada y arrastra prescripciones antiguas no activas, y no incluye prescripciones de otros especialistas ni la automedicación. Desconocemos si los autores han valorado la concordancia de las prescripciones registradas en OMI-AP con la medicación que realmente tomaban los pacientes, ya que varios trabajos indican la existencia de discordancias en el 57,2–94% de los casos^{3–5}. También han sido excluidas las interacciones farmacológicas causadas por alimentos (disminuyen la absorción, por ejemplo, de amoxicilina o ciprofloxacino), alcohol (inductor o inhibidor enzimático dependiendo de la dosis y del tipo de consumo), zumo de pomelo (inhibidor del CYP3A4) o productos de herbolario como *Hypericum perforatum* -hierba de San Juan (inductor enzimático), que son relevantes en la práctica clínica⁶.

En este trabajo, cinco principios activos (omeprazol, diazepam, acenocumarol, ibuprofeno y calcio, en este orden) son los más frecuentemente implicados en potenciales interacciones graves (35,4%) y muestran el mayor índice de riesgo de interacción grave (e-PIG); no parece, por tanto, que el uso de e-PIG aporte información complementaria diferente a la obtenida de las frecuencias de las interacciones. Además e-PIG se obtiene a partir de la frecuencia de uso de cada fármaco y del número de interacciones graves en las que ha intervenido, por lo que se introduce un sesgo a favor de los fármacos de uso frecuente, ya que el número de interacciones graves en las que interviene un fármaco depende también de la frecuencia con que se emplea.

No estamos de acuerdo con los autores cuando afirman que e-PIG permite evaluar el riesgo de interacción que un paciente soporta al serle prescrito un medicamento, por dos motivos. En primer lugar, e-PIG evalúa incorrectamente el riesgo individual de los pacientes a los que se prescribe un fármaco de uso poco frecuente pero con elevado riesgo real de numerosas interacciones significativas, ya que no serían clasificados como de riesgo e-PIG alto. En segundo lugar, el riesgo de interacción farmacológica no depende solo del fármaco (ruta metabólica única, metabolismo de primer paso elevado, ventana estrecha terapéutica), sino también de las características del paciente⁶. Así, el riesgo de interacción aumenta con el número de fármacos administrados simultáneamente, con la edad avanzada, la gravedad de la enfermedad crónica o la presencia de insuficiencia renal o hepática⁶.

Pese a las observaciones realizadas queremos resaltar la utilidad de este estudio, ya que conocer los medicamentos más implicados en potenciales interacciones graves en AP permite priorizar medidas que prevengan su aparición, teniendo en cuenta el perfil de los pacientes con mayor riesgo para presentarlas.

Bibliografía

1. López-Picazo JJ, Ruiz JC, Sánchez JF, Ariza A, Aguilera B. Escala de peligro para interacción grave: una herramienta para la priorización de estrategias de mejora en la seguridad de la prescripción en medicina de familia. *Aten Primaria*. 2011;43:254–62.
2. Estudio sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria de salud (APEAS) [consultado 15 July 2011]. Disponible en: http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/Estudio_APEAS_resumen.
3. Warholak TL, McCulloch M, Baumgart A, Smith M, Fink W, Fritz W. An exploratory comparison of medication lists at hospital admission with administrative database records. *J Manag Care Pharm*. 2009;15:751–8.
4. Orrico KB. Sources and types of discrepancies between electronic medical records and actual outpatient medication use. *J Manag Care Pharm*. 2008;14:626–31.
5. Kaboli PJ, McClimon BJ, Hoth AB, Barnett MJ. Assessing the accuracy of computerized medication histories. *Am J Manag Care*. 2004;10:872–7.
6. Morales-Olivas FJ, Estañ L. Interacciones medicamentosas. Nuevos aspectos. *Med Clin (Barc)*. 2006;127:269–75.

Luis Angel Sánchez-Muñoz*, Begoña Monteagudo-Nogueira,
Mariano López De Juan
y Eduardo Mayor-Toranzo

*Servicio de Medicina Interna, Hospital Clínico
Universitario de Valladolid, Valladolid, España*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: lsanchezmunoz@gmail.com
(L.A. Sánchez-Muñoz).

doi:[10.1016/j.aprim.2011.09.008](https://doi.org/10.1016/j.aprim.2011.09.008)

Respuesta de los autores

Author's reply

Sr. Director:

Agradecemos a los autores de la anterior carta al director el interés mostrado por nuestro artículo¹ y por considerar que la escala que proponemos puede ser útil para facilitar el diseño de estrategias de mejora de la seguridad del uso de medicamentos.

Es cierto y compartimos que, por motivos de constructo e índole práctica, nuestra escala de peligro para interacción grave (e-PIG) solo incluye las interacciones entre medicamentos y que, por tanto, las originadas por alimentos, etc., no están contempladas en ella. Sin embargo, no compartimos algunas de sus otras afirmaciones.

Como describimos en el apartado de metodología, seleccionamos las prescripciones activas en la historia clínica electrónica OMI-AP teniendo en cuenta su fecha de prescripción y duración del tratamiento. Por ello solo son analizados aquellos principios activos que el paciente pudiera estar tomando simultáneamente y no todos los registrados en OMI-AP. Si bien es cierto que no conocemos si esos medicamentos han llegado a ser efectivamente retirados de la oficina de farmacia y consumidos, la prescripción de riesgo por parte del médico (que es lo que tratamos de controlar) se ha producido.

Obviamente, no poseemos datos de automedicación ni de prescripciones desde otros especialistas o del ejercicio privado, que aportarían mayor valor a la escala. No obstante, queremos señalar que la gran mayoría de las prescripciones son realizadas por el médico de familia a través de OMI-AP, en el entorno de nuestro estudio.

La escala e-PIG es construida en función del riesgo de que aparezca una interacción grave al prescribir un determinado medicamento en un contexto social y temporal determinado (en nuestro caso, el entorno de la medicina de familia en la Región de Murcia en el invierno de 2007). El sesgo a favor de los medicamentos potencialmente peligrosos y de uso frecuente que comentan los autores de la carta anterior es pues un efecto buscado, deseado y, a nuestro juicio, una de las fortalezas de la escala.

Igualmente, y como también explicamos en nuestro artículo¹, e-PIG está diseñado para valorar el riesgo específico de interacción grave por medicamento y no por paciente. Por ello, los autores de la carta deducen correctamente que e-PIG no es útil para valorar el riesgo individual de pacientes concretos, que depende además de otros factores como los que citan y algunos más, y que hemos podido cuantificar utilizando la misma base de datos de interacciones que para el diseño de e-PIG². No obstante, recordamos que pueden calcularse los valores de e-PIG para diferentes emplazamientos, situaciones (estacionales, etc.) o subgrupos de población (ancianos, mujeres, enfermos crónicos: hipertensos, diabéticos, etc.) si lo que se desea es priorizar iniciativas de mejora concretas en ellos.

En resumen, creemos que e-PIG puede representar una estrategia útil para identificar los medicamentos (que no pacientes) que más probablemente presentarán interacciones graves cuando son prescritos por el médico de familia, y por ello una base para priorizar acciones de mejora en este campo.

Bibliografía

1. López-Picazo JJ, Ruiz JC, Sánchez JF, Ariza A, Aguilera B. Escala de peligro para interacción grave: una herramienta para la priorización de estrategias de mejora en la seguridad de la prescripción en medicina de familia. *Aten Primaria*. 2011;43:254–62.
2. Lopez-Picazo JJ, Ruiz JC, Sanchez JF, Ariza A, Aguilera B, Lazaro D. Prevalence and typology of potential drug interactions occurring in primary care patients. *Eur J Gen Pract*. 2010;16:92–9.

Julio J. López-Picazo Ferrer

*Medicina de Familia y Comunitaria, Dirección General
de Asistencia Sanitaria, Servicio Murciano de Salud,
Murcia, España*

Correo electrónico: julioj.lopez-picazo@carm.es

doi:[10.1016/j.aprim.2011.09.009](https://doi.org/10.1016/j.aprim.2011.09.009)