

John Fredy Nieto-Ríos^{a,*}, Mónica Zuluaga Quintero^b,
Leonardo Moreno Gómez^c, Arbey Aristizábal-Alzate^a,
Catalina Ocampo-Kohn^a, Lina María Serna-Higuera^b
y Gustavo Adolfo Zuluaga-Valencia^a

^a Hospital Pablo Tobón Uribe, Universidad de Antioquia, Medellín,
Colombia

^b Universidad Pontificia Bolivariana, Medellín, Colombia

^c Hospital Pablo Tobón Uribe, Medellín, Colombia

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: johnfredynieto@gmail.com
(J.F. Nieto-Ríos).

0211-6995/© 2016 Sociedad Española de Nefrología. Publicado
por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access
bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.nefro.2016.05.006>

Blanket orders, práctica desaconsejada pero cada vez más frecuente

Blanket orders, an unadvisable practise, yet more and more frequent

Sr. Director:

Una de las preocupaciones relacionada con la seguridad de los medicamentos la constituye la conciliación del tratamiento farmacológico de los pacientes al desplazarse entre los distintos ámbitos de la atención sanitaria. La casuística pone de manifiesto que tanto los ingresos hospitalarios como los traslados entre servicios o el alta hospitalaria causan errores en la medicación.

La conciliación al alta incluye una doble comparación. Se deben conciliar tanto la lista de los fármacos que el enfermo tomaba previamente al ingreso como los prescritos durante el ingreso para obtener una lista única conciliada. No son aceptables órdenes o instrucciones genéricas del tipo «reiniciar la medicación habitual», «continuar el tratamiento habitual» o «resto del tratamiento igual» conocidas como *blanket orders*^{1,2}.

Decidimos valorar la magnitud de las *blanket orders* en nuestro servicio, su evolución y las variables asociadas. Para ello, realizamos un análisis retrospectivo de los informes de alta hospitalaria y de consulta externa del Servicio de Nefrología de nuestro hospital desde 2006 hasta 2014. Se recogieron las siguientes variables: fecha del informe, autor, días de ingreso, edad y sexo del paciente, presencia o no de pluripatología (4 o más enfermedades), terapia renal sustitutiva (diálisis), utilización de *blanket order* y tipo. Nuestro hospital no dispone de historia clínica informatizada y, por ello, los informes clínicos son la herramienta de la que disponen los facultativos para comunicar los cambios terapéuticos.

En este periodo en nuestro servicio se emitieron 2.358 informes y, tras excluir los pacientes fallecidos (61), se redujeron a 2.297, que fueron analizados para este trabajo. De ellos, 1.190 correspondían a altas hospitalarias (50,5%). El 55% de los enfermos eran varones, el 68,3% eran pluripatológicos y el 26% procedía de diálisis. Se utilizaron *blanket orders* en el 50,2% de los casos (1.153), con mayor frecuencia entre los hospitalizados que en aquellos procedentes de consulta externa (53,1 frente a 47,1%; $p = 0,004$). Los tipos de *blanket order* encontrados fueron «resto como venía realizando» en el 65% (751), «como

se le indicó en el momento del alta» 27,4% (316), «resto de la medicación como pautó otro especialista» 4,16% (48) y otras *blanket orders* en el 3,2% (37). Los porcentajes de *blanket orders* aumentaron a lo largo de los años (37,5% en 2006 frente a 57,8% en 2014; $p = 0,000$), pero no estaban influidos por el mes del informe, ni por la edad o sexo del paciente. Por el contrario, eran más frecuentes en enfermos pluripatológicos (55,3 frente a 38,1%; $p = 0,000$), en los que precedían de diálisis (64,8 frente a 44,9%; $p = 0,000$) y en ingresos menos prologados (media \pm DE) ($6,98 \pm 6,29$ frente a $10,25 \pm 8,23$ días; $p = 0,000$).

Las *blanket orders* son utilizadas prácticamente en la mitad de los informes y los datos indican que esto, lejos de disminuir, ocurre cada vez con mayor frecuencia. No sorprende que sean más frecuentes en enfermos con estancias breves y pluripatológicos, en los que la conciliación terapéutica requiere mayor esfuerzo y es más compleja. Aunque no está informatizada la historia clínica, sí disponemos de un programa de seguimiento de pacientes en diálisis, lo que justificaría la existencia de elevado porcentaje de *blanket orders* en estos enfermos (posiblemente por entregarles copia del programa informatizado sin transcribir dicho tratamiento en el informe de alta).

La utilización de *blanket orders* es una práctica que debería eliminarse en el ejercicio médico. De hecho, están explícitamente prohibidas por el Medication Management Standard MM 3.20 de la JCAHO³. La existencia de una orden de este tipo muestra inmediatamente que el proceso de conciliación no se ha producido. En 2006, la JCHO añadió la exigencia de entregar al paciente la lista de medicación conciliada al alta redactada en lenguaje adecuado y comprensible⁴.

Esperamos que en el futuro las nuevas herramientas informáticas ayuden a mejorar estos cuidados, pero la concienciación de todos los profesionales continuará siendo imprescindible.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Delgado Sánchez O, Anoz Jiménez L, Serrano Fabia A, Nicolás Pico J. Conciliación de la medicación. *Med Clin (Bar)*. 2007;129:343-7.
2. Guía para la implantación de programas de conciliación de la medicación en los centros sanitarios. Societat Catalana de Farmacia Clínica; enero de 2009. [consultado 29 Feb 2016]. Disponible en: https://www.google.es/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwi5kpPz353LAhVGOhQKHVs0BJcQFggcMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.sefap.org%2Fmedia%2Fupload%2Ffarxius%2Fformacion%2Faula_fap_2010%2FBibliografia%2FGuia_conciliacion_medica_SCFC.pdf&usq=AFQjCNG4XSM8xF_0KH_zlMg3QDqEgHOzQ
3. Rich DS. New JCAHO medication management standards for 2004. *Am J Health Sys Pharm*. 2004;61:1349-58.
4. Issue 35: Using medication reconciliation to prevent errors. Joint Commission. Sentinel Event Alert, January 25, 2006 [consultado 29 Feb 2016]. Disponible en: https://www.google.es/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=6&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwjukq374J3LAhXH7BQKHRTbCg8QFghLMAU&url=http%3A%2F%2Fwww.jointcommission.org%2Fassets%2F1%2F18%2Fsea_35.pdf&usq=AFQjCNElOh2kN3cDaL-TsFQPZ7sOk5tjw

Anunciación González López^{a,*}, Álvaro Nava Rebollo^a, Beatriz Andrés Martín^a, Ángel Chocarro Martínez^b, Francisco Herrera Gómez^a, Henar Santana Zapatero^a, Julia Diego Martín^a, Cipriano Escaja Muga^a, Hugo Díaz Molina^a y Jesús Grande Villoria^a

^a Servicio de Nefrología, Hospital Virgen de la Concha, Zamora, España

^b Servicio de Medicina Interna, Hospital Virgen de la Concha, Zamora, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: gonzaleza@senefro.org (A. González López).

0211-6995/© 2016 Sociedad Española de Nefrología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.nefro.2016.05.002>

Gaucher disease and Lupus: A rare association?

Gaucher y lupus: ¿una rara asociación?

Dear Editor,

Gaucher disease (GD), is an autosomal recessive lysosomal storage disease that is due to mutations in the glucocerebrosidase (GC) gene, with a prevalence of 1/57,000 to 1/75,000 births worldwide¹ and significantly more common among the Ashkenazi Jewish heritage.² GD is categorized into three clinical types⁴ and the clinical manifestations result from the accumulation of the lipid-laden macrophages in the spleen, liver, bone, bone marrow,³ leading to impairment of central nervous system in the most severe cases.⁴

Although several reports are available related to the risk of GD patients developing other diseases like Parkinson's disease⁵ and increased rates of malignancies, particularly hematologic,⁶ systemic lupus erythematosus (SLE) has not been described in association with GD.

We report a case of a 32-year-old Caucasian woman diagnosed with GD type 1 at 17 years-old. She had a grandmother with GD, an uncle with SLE and a cousin with rheumatoid arthritis. There is no known Jewish heritage in her family. She was medicated with velaglucerase.

With 30 years old, the patient developed malar-rash and chest eczema, associated with sun exposure. One year after she noticed worsening asthenia, anorexia, nausea, hair loss, myalgias, bilateral gonalgia, oral ulcers, Raynaud syndrome and arterial hypertension (TA 140/90 mmHg). The patient was

referred to the nephrology unit with peripheral edema and the laboratory investigation showed parameters of ferropenic anemia (without signs of hemolysis), leukopenia, thrombocytopenia, elevated seric creatinine, hypoalbuminemia, active urinary sediment and nephrotic-range proteinuria observed in the 24 h urine sample (Table 1). The immune assays revealed positive antinuclear antibodies (ANA) and anti-Sjögren's-syndrome-related antigen A, elevated immunoglobulin (Ig) G (20.7 g/L) and IgA (4.64 g/L), circulating immunocomplexes (>100 µgEq/mL) and low serum complement (C3 0.16 g/L, C4 0.021 g/L, C1q 0.208 g/L). The complementary immunologic and serologic study was negative. Renal and abdominal ultrasounds showed normal sized kidneys, increased cortical echogenicity with maintained differentiation and mild/moderate homogeneous hepatosplenomegaly. Echocardiogram revealed thickened pericardium and nuclear magnetic resonance of the inferior members showed bone alterations and moderate intra-articular left knee and mild right knee effusion.

Kidney biopsy established the diagnosis of class IV-G lupus nephritis (LN) and the treatment according to KDIGO (Kidney Disease: Improving Global Outcomes) guideline⁷ was started. Hydroxychloroquine was redrawn due to gastric intolerance. She was discharged 1 month after admission with serum creatinine 1.5 mg/dL, proteinuria 4500 mg observed in the 24 h urine sample (mg/24 h), complement levels arose and albuminemia was at the normal range (Table 1). Six months after