

# Aportaciones al Algoritmo de Revisión de Pacientes Polimedicados

Blázquez Puerta A<sup>1,2</sup>, Chacón Coronado AM<sup>1</sup>, Esteban Bueno G<sup>1</sup>, Guerrero García FJ<sup>1</sup>, Lozano Prieto PP<sup>1</sup>, Medina de la Casa R<sup>1</sup>, Perera Martín G<sup>1</sup>, Pérez Durillo FT<sup>1</sup>, Pulido Vázquez C<sup>1</sup>,

*Especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria*

<sup>1</sup> Grupo de trabajo SAMFyC URM. Servicio Andaluz de Salud

<sup>2</sup> Coordinador grupo de trabajo SAMFyC URM

Aceptado para publicación el 03-02-2020

Desde el Servicio de Gestión de Prestación Farmacéutica del Servicio Andaluz de Salud (SAS) se ha propuesto para el contrato programa del año 2020 un objetivo de revisión de la medicación en los pacientes que toman de forma crónica 15 o más fármacos diferentes, siendo preciso que los médicos de familia revisen al menos el 90% de aquellas personas con polimedicación atendidas en su cupo.

En esta línea de atención al paciente con enfermedad crónica y alta complejidad, desde la Sociedad Andaluza/Española de Medicina Familiar y Comunitaria hemos venido realizando un esfuerzo extra para orientar la atención hacia este grupo de especiales características e insistiendo en la línea del “no hacer”. Esto incluye la prescripción farmacológica, que debe ser muy bien valorada por el médico de familia (y los médicos que trabajan en el ámbito hospitalario) para evitar medicación innecesaria o que pueda causar más daño que beneficio, con la eficiencia y el uso racional del medicamento como base de la prescripción.

Desde el grupo de trabajo de Uso Racional del Medicamento (URM) se realizan algunas aportaciones al algoritmo de revisión de los pacientes polimedicados que nos parecen necesarias para poder desarrollar y conseguir el objetivo propuesto desde el SAS. El presente algoritmo

se corresponde con un tipo de revisión de polimedicados tipo 3, es decir, una revisión crítica y estructurada del régimen terapéutico, denominada revisión clínica de la medicación<sup>1</sup>.

Este tipo de revisiones son complejas y requieren:

1. La presencia del paciente.
2. Acceso a la evidencia actualizada de los fármacos implicados en la revisión de forma ágil mediante enlaces directos a herramientas de detección de fármacos inapropiados, a procesos asistenciales integrados revisados, bases de datos (UpToDate), y formación a través sesiones en red/cursos.
3. Instauración real de un Programa de Polimedicados/Paciente Crónico Complejo, adecuadamente estructurado en la agenda y con al menos 30 minutos por paciente.
4. Trabajo en equipo con las Unidades de Farmacia de Atención Primaria y Servicios Hospitalarios a través de consultorías virtuales y presenciales.

El objetivo final de esta revisión sistemática de la medicación es conseguir que los beneficios en salud que el paciente obtenga como consecuencia de su tratamiento farmacológico sean los máximos esperables. Esto es posible porque

permite decidir si es necesario añadir, retirar o continuar con alguno de los medicamentos prescritos, valorando los beneficios y riesgos de la decisión tomada en base a una evaluación

crítica basa en la indicación, adecuación, efectividad y seguridad de los fármacos, integrando la perspectiva del paciente.

**Tabla 1. Beneficios de la revisión clínica de polimedicados para el paciente**

OBJETIVOS DE LA REVISIÓN	BENEFICIOS PARA EL PACIENTE
<b>Garantizar y maximizar los beneficios en salud. Optimizar la efectividad de los tratamientos en base a las mejores evidencias disponibles</b>	Asegurar que cada medicamento del paciente se corresponde con una indicación o problema de salud, para el cual el tratamiento farmacológico es la mejor estrategia terapéutica. Eliminar medicación innecesaria.
	Asegurar que para cada medicamento se ha definido y acordado con el paciente el objetivo terapéutico concreto en que se basa la monitorización y seguimiento del tratamiento, promoviendo la selección del medicamento apropiado para cada indicación.
	Adecuar dosis y pautas prescritas a las recomendadas en base a los objetivos terapéuticos planteados.
	Identificar problemas de salud no tratados y evaluar la necesidad de tratamiento.
<b>Minimizar el número de problemas asociados a los medicamentos. Mejorar la seguridad y minimizar los riesgos.</b>	Reflexionar ante un nuevo síntoma, si podría ser un efecto secundario de un medicamento prescrito.
	Monitorizando periódicamente los tratamientos, comprobando si algún medicamento prescrito está produciendo efectos secundarios, y en su caso, cambiando a la mejor alternativa.
	Revisar si existe interacción entre los medicamentos prescritos, y en su caso, cambiar a la alternativa más adecuada.
	Eliminar medicación innecesaria para la situación actual del paciente.
<b>Optimizar la adecuación de la prescripción al paciente y conseguir el acuerdo con el mismo sobre su tratamiento y seguimiento</b>	Detectar problemas de incumplimiento terapéutico y poner en marcha las acciones necesarias para su mejora.
	Aumentar el grado de conocimiento de sus medicamentos por parte del paciente y/o cuidador.
	Ajustar las formas farmacéuticas y posología utilizadas a las condiciones específicas del paciente.
	Detectar acumulación innecesaria de medicamentos en los domicilios y adecuar la prescripción a las necesidades reales del paciente.
<b>Optimizar y maximizar la eficiencia reduciendo costes innecesarios</b>	Utilizar las alternativas más eficientes

Se han descrito diferentes estrategias para optimizar el uso de medicamentos, medir la adecuación terapéutica e identificar y retirar los fármacos inapropiados. Clásicamente, se han catalogado en dos tipos de sistemas<sup>2</sup>:

A. Explícitos o basados en juicios que tratan de medir la adecuación de la prescripción a criterios predefinidos normalmente proceden-

tes de la evidencia disponible y de consensos.

B. Implícitos o basados en juicios que tratan de evaluar el tratamiento en sí mismo y considerando todas las características del paciente. Se pretende que los medicamentos estén correctamente prescritos y respondan a una indicación/necesidad.

No hay un sistema de evaluación ideal, los dos métodos tienen ventajas, limitaciones, utilidades e inconvenientes.

Tabla 2. Métodos de detección de medicamentos potencialmente inapropiados	
MÉTODOS EXPLÍCITOS:	MÉTODOS IMPLÍCITOS:
STOPP/START	MAI
LISTA MARC	LIPTON
BEERS	HAMDY
ACOVE	ASSESSMENT UNDERUTILIZATION MEDICATION
MCLEOD	SCREENING TOOL MEDICATION REVIEW
HANLON	
DUE	
PRISCUS	
IPET	

Algunos de los métodos más utilizados son:

A. **Los criterios STOPP/START<sup>3,4,5</sup>** se organizan por sistemas fisiológicos, pueden aplicarse rápidamente (en aproximadamente 5 minutos), recogen los errores más comunes de tratamiento y la omisión en la prescripción. Son fáciles de relacionar con los diagnósticos activos y la lista de fármacos que aparece en el módulo de prescripciones de la historia de salud digital (HSD).

Consisten en 2 grupos de criterios: STOPP (87 criterios para los errores más comunes de tratamiento) y START (34 indicadores de prescripción para las omisiones más comunes de tratamiento). Los criterios STOPP/START están traducidos al castellano, son aplicables a pacientes crónicos y son fáciles y rápidos de utilizar. Por ello son los más recomendables para la práctica clínica diaria.

B. **Proyecto o lista MARC<sup>6</sup>**. Es un proyecto financiado por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y desarrollado por el Instituto para el Uso Seguro de los medicamentos. Su objetivo fue elaborar una lista de medicamentos de alto riesgo para los pacientes crónicos. Los “medicamentos de alto riesgo” son aquellos que utilizados incorrectamente presentan mayor probabilidad de causar daños graves o incluso mortales a los pacientes. Estos medicamentos son obje-

tivo prioritario de muchas de las estrategias de mejora de la seguridad del paciente.

Hay que tener en cuenta a la hora de aplicar ese esquema de revisión de polimedicados su situación clínica y funcional, de forma que pueden existir grandes diferencias entre los mismos, este hecho ha dificultado hasta la fecha decidir las intervenciones en función del pronóstico.

Otros determinantes a contemplar serían la decisión del propio enfermo, la situación sociofamiliar, el estilo de vida, los aspectos socioeconómicos, ambientales, educativos o culturales.

En el caso de los pacientes pluripatológicos, disponer de una herramienta pronóstica nos va a permitir en función del mismo decidir qué medidas diagnósticas y terapéuticas son adecuadas y cuales no (por ejemplo anticoagulación tras diagnóstico de una fibrilación auricular o el uso de estatinas en pacientes con una expectativa vital de meses). Esta herramienta debería de poder ayudarnos a conocer el riesgo de mortalidad de los pacientes, de forma que podamos marcar objetivos clínicos realistas, asumir riesgos a la hora de proponer pruebas diagnósticas o procedimientos invasivos, evitando la obstinación terapéutica y garantizar unos cuidados paliativos de calidad llegado el momento.

El índice PROFUND es una escala pronóstica desarrollada y validada para pacientes pluripatológicos atendidos en el ámbito hospitalario, y permite la estratificación del riesgo de muerte de estos pacientes pluripatológicos en los siguientes 12 meses con una mortalidad al año que oscila entre 12,1% en el cuartil más bajo al 68% en el superior<sup>7</sup>. Es el único que actualmen-

te está desarrollado específicamente para pacientes pluripatológicos, y ha demostrado que su discriminación y calibración se mantiene cuando se ha aplicado a otras cohorte de PP. Su utilidad también se ha testado en pacientes pluripatológicos de Atención Primaria, donde se ha procedido a una recalibración de las horquillas de puntuaciones<sup>8</sup>.

Tabla 3. Cálculo del Índice PROFUND

COHORTE DE VALIDACIÓN HOSPITALARIA			
Características	Odds ratio (ic) / p	Índice profund	
Demográficas ≥85 años	1.71 (1.15-2.5) / .008	3	
Variables clínicas Neoplasia activa	3.36 (1.9-5.8) / <.0001	6	
Demencia	1.89 (1.1-3.1) / .019	3	
Clase Funcional III-IV de la NYHA y/o MRC	2.04 (1.4-2.9) / <.0001	3	
Delirium en el último ingreso	2.1 (1.5-4.9) / .001	3	
Parámetros analíticos (sangre-plasma) Hemoglobina <10 g/dL	1.8 (1.2-2.7) / <.005	3	
Variables cognitivas funcionales-sociofamiliares Índice de Barthel <60	2.6 (1.38-3.4) / <.0001	4	
Cuidador diferente al cónyuge	1.51 (1.02-2.2) / .038	2	
Variable asistencial ≥4 hospitalizaciones en los últimos 12 meses	1.9 (1.07-3.29) / .028	3	
Total de parámetros que puntúan =9		0-30 puntos	
Grupo	Profund Score	Mortalidad a los 12 meses	Mortalidad a los 4 años
Bajo riesgo	0-2 puntos	12,1%-14,6%*	52%
Riesgo bajo-intermedio	3-6 puntos	21,5%-31,5%	73,5%
Riesgo intermedio-alto	7-10 puntos	45%-50%	85%
Riesgo alto	≥11 puntos	68%-61,3%	92%
COHORTE DE VALIDACIÓN ATENCIÓN PRIMARIA			
Grupo	Profund Score	Probabilidad de fallecimiento a los 2 años en Atención Primaria	
Bajo riesgo	0-2 puntos	8,5%-11%	
Riesgo bajo-intermedio	3-6 puntos	18%-21,6%	
Riesgo intermedio-alto	7-10 puntos	26,8%-29,5%	
Riesgo alto	≥11 puntos	41,8-43,7%	

Una vez conocidos los beneficios de la revisión clínica de polimedicados, las herramientas/recursos que se requieren y la situación pronóstica del paciente, podemos aplicar el esquema propuesto de la siguiente forma<sup>6</sup>:

1. Jerarquizando los problemas de salud según criterio del equipo clínico-asistencial y del paciente.
2. Asociar los medicamentos a los problemas de salud que presenta el paciente.
3. Establecer el objetivo terapéutico para cada tratamiento considerando la edad y situación clínica del paciente.
4. Valorar la adecuación, efectividad, seguridad, coste y adherencia terapéutica.

Como se explicó al principio del documento, la revisión clínica del tratamiento de un paciente debe realizarse con el apoyo de las Unidades de Farmacia de Atención Primaria y Servicios Hospitalarios, así como de los Facultativos Especialistas de Área implicados en la atención integral de los pacientes en el hospital, esto es, los dedicados a la Medicina Interna, y por último y no menos importante, contar con la valiosa e imprescindible colaboración de la Enfermería de Atención Primaria.

A continuación sugerimos las actividades que podrían realizar cada uno de ellos en el Algoritmo de Revisión de Polimedicados del Servicio Andaluz de Salud:

### 1. Unidades de Farmacia Atención Primaria:

- a) Obtención de los listados de pacientes polimedicados susceptibles de ser revisados, a partir de ellos aplicar los otros dos tipos de revisiones.
  - Revisión tipo 1: revisión de potenciales problemas de prescripción, tiene por objetivo identificar posibles errores de prescripción para su resolución por parte de profesional que prescribe: duplicidades, errores de posología y/o pauta de prescripción; medicamentos desaconsejados en pacientes mayores, adecuación a función renal, mejorar el coste-eficacia, etc.

- Revisión tipo 2: revisión de prescripciones y problemas de salud. Tiene por objetivo identificar y resolver posibles errores de prescripción, así como potenciales problemas de adecuación de uso del medicamento a sus indicaciones y condiciones de uso según las guías de práctica clínica.

Podrían ser utilizados los criterios STOPP-START, además de la lista MARC para la detección de los principales grupos de fármacos a tener en cuenta (benzodiazepinas, anti-depresivos, antipsicóticos, inhibidores bomba de protones, antiagregantes, anticoagulantes, antihipertensivos, antidiabéticos orales/insulinas, estatinas, antiinflamatorios no esteroideos, opiodes, vitamina D y antireabsortivos) y problemas relacionados con la prescripción. Los criterios mencionados son fáciles de relacionar con los diagnósticos activos y la lista de fármacos que aparece en el módulo de prescripciones de la historia de salud digital, podría hacerse saltar una señal de alarma si se cumple alguno de ellos en el momento de realizar una nueva prescripción.

- b) Elaboración de tablas de grupos terapéuticos:
  - Ajustados a función renal y edad del paciente, destacando: Antidiabéticos orales, Antibióticos, Anticoagulantes orales.
  - Con riesgo de caídas.
  - Bajo valor intrínseco.
  - Riesgo moderado y alto de interaccionar.
- c) Aportar links a la última evidencia de los grupos terapéuticos revisados, un ejemplo podría ser accesos al Boletín Terapéutico Andaluz / Cadime, Fisterra, Guías Clínicas, UpToDate.
- d) Realizar sesiones conjuntas con los médicos/as y enfermeros/as de familia referentes de cada centro de salud, para formar homogéneamente sobre la metodología a emplear.
 

Se habilitarán canales de comunicación entre el Servicio de Farmacia y Atención Primaria (teléfonos, correo electrónico...) para comentar y resolver posibles incidencias en relación a estas revisiones.

## 2. Médicos/as de Familia y Comunitaria:

- a) Realizarán la revisión clínica (tipo 3) de la hoja de prescripciones registrada en receta XXI, accediendo por el botón rojo a una aplicación específica, similar a la utilizada para la realización del plan de acción personalizado del paciente crónico complejo.

En dicha aplicación habrá acceso a los criterios STOPP-START y de la lista MARC, las tablas de ajuste de fármacos por función renal y edad, interacciones de riesgo moderado/alto, fármacos con riesgo de caídas y fármacos de bajo valor intrínseco facilitadas por el servicio de Farmacia y que agilizarán la evaluación del régimen terapéutico del paciente.

Se realizará utilizando el informe emitido con anterioridad por la Unidad de Farmacia de Distrito/Área, en horario fuera de las consultas a demanda y en una agenda específica para el programa de atención a pacientes con enfermedad crónica compleja con una duración media de 20 minutos.

- b) Registrarán las alergias y reacciones adversas medicamentosas por principio activo y no en texto libre, para que puedan ser advertidas en caso de ser prescrito el medicamento.
- c) Citarán al paciente y/o al cuidador principal en una consulta presencial programada (o realizarán visita a domicilio programada en el caso de pacientes inmovilizados) con una duración media de 30 minutos, fuera de las consultas a demanda y en una agenda específica para el programa de atención a pacientes con enfermedad crónica compleja, para valorar la adherencia terapéutica, explicar los resultados y gestionar los cambios de forma consensuada. La presencia de enfermería es deseable/necesaria para realizar una valoración integral exhaustiva (VIE) y una revisión conjunta de la medicación y otros productos farmacéuticos (absorbentes, tiras reactivas, apósitos...). Hacer especial hincapié en revisar manejo de dispositivos terapéuticos: inhaladores, insulinas... si el paciente los utiliza.

Esta consulta debe reflejarse en una hoja de seguimiento de consulta, empleando un check-list que puede estar situado en el "botón rojo" para facilitar el registro. Se comprobará la seguridad del tratamiento preguntando por los efectos secundarios más frecuentes y se simplificará el régimen terapéutico lo máximo posible (minimizar y simplificar: pensar en posibles combinaciones de medicamentos "2 ó 3 en 1", presentaciones de liberación prolongada... reduciendo el número de dosis en lo posible, lo que disminuiría la posibilidad de errores y olvidos). Debe estar enlazada con el Plan de Acción Personalizado (PAP) para poder valorar el índice Profund y no duplicar registros.

- d) Se explicarán los cambios de forma detallada al paciente, que deberá salir de la consulta con un informe de la revisión estructurada del tratamiento que se ha llevado a cabo detallando para qué sirve cada medicamento, horario de cada dosis y duración del tratamiento, y una cita de revisión al mes para evaluar el resultado de los cambios.
- e) Realizará una reunión de equipo con el/la Enfermero/a de Atención Primaria para comunicar el resultado de la intervención y para que pueda realizar las actividades que le corresponden. Lo ideal sería poder hacer de forma conjunta la consulta con el paciente.

## 3. Enfermería de Atención Primaria:

- a) Optimizar las medidas del tratamiento no farmacológicas y valorar el uso adecuado de dispositivos (inhaladores, insulinas, glucómetros...) a través de consultas programadas y escuela de pacientes, para así empoderar al paciente.
- b) Visita domiciliaria a los 3 meses: Revisar el botiquín domiciliario para evaluar cumplimiento terapéutico, acúmulo de fármacos, el uso de pastilleros (si precisa) y automedicación. Debe quedar registrada en una hoja de seguimiento de consulta.
- c) Realizar reuniones de equipo con el/la Médico/a de Familia, para resolver incidencias y comunicar resultados.

Debemos tener en cuenta que la valoración del tratamiento farmacológico es parte de la Valoración Integral Exhaustiva (VIE) de los pacientes crónicos complejos en la que tiene un papel fundamental la enfermería, que realiza también la valoración funcional. Actualmente, en la mayoría de los centros de salud, los/las Médicos/as y las/los Enfermeras/os de Familia realizan su actividad por separado, unificando los resultados en la HSD. Sin embargo, lo ideal sería poder realizar una consulta en equipo y así trabajar de forma más integral. Esto conllevaría coordinar las agendas y programas de ambos profesionales.

#### 4. Médicos/as Internistas:

- a) Consultas/altas hospitalarias: Explicarán los cambios en el tratamiento de forma detallada al paciente, facilitando una copia impresa del tratamiento completo especificando para qué sirve cada nuevo medicamento, horario de cada dosis y duración del mismo. Incluirán en Receta XXI los medicamentos de nueva prescripción por el tiempo necesario hasta la siguiente revisión, y si no procede, al menos los tres primeros meses, para evitar visitas innecesarias en Atención Primaria para renovación de recetas. No deben olvidar CANCELAR los fármacos que hayan sido suspendidos en el nuevo tratamiento.
- b) Consultorías presenciales o telemáticas para resolver casos complejos ya sea por la pluriopatología, uso de medicación hospitalaria, cuidados de alta intensidad (nutrición enteral/parenteral, medicación intravenosa...) o cuestiones relacionadas con la bioética.
- c) Realización de sesiones clínicas de formación continuada, presenciales o en red, para mejorar el manejo de determinadas enfermedades y de forma secundaria adecuar la prescripción al perfil de paciente.
- d) Actuar como intermediario con otras especialidades hospitalarias con las que valorar el inicio o interrupción de tratamientos relacionados con sus áreas de trabajo.
- e) Los Facultativos Hospitalarios deberían tener objetivos de farmacia similares a los/las

Médicos/as de Familia, siendo prioritario que adecúen la prescripción a los criterios STOP/START.

#### 5. Servicio Andaluz de Salud:

- a) Implantar de forma real un Programa de Polimedicados/ Paciente Crónico Complejo, debidamente estructurado en la agenda. Distinguiríamos dos tipos de visitas:

Visita no presencial: en la que se estudia el informe de revisión tipo1 y 2 realizado por Farmacia, la historia de salud digital del paciente y se resuelven las dudas consultando la evidencia o realizando interconsulta telefónica o telemática con quien proceda, para finalmente realizar el informe provisional de la revisión clínica del tratamiento. Estimamos que con 20 minutos podría llevarse a cabo.

Visita presencial: contamos con el paciente y/o su cuidador para informarles de los resultados obtenidos de la revisión tipo 3, consensuarlos, explicar los cambios que surjan y por último se les extiende un informe detallado con la revisión estructurada de la medicación, comprobando que la han entendido. En caso de ser un paciente crónico complejo, completaremos la VIE pasándole las escalas de valoración funcional, cognitiva y social. Para llevarla a cabo, necesitaríamos al menos 30 minutos para este tipo de visitas.

Entendemos que si se quiere cambiar el enfoque del nuevo modelo de asistencia sanitaria, el SAS debería considerar este programa una prioridad frente a la consulta a demanda/demora.

- b) Fomentar la realización de campañas en medios de comunicación y redes sociales para concienciar a la población del riesgo de la polimedicación, uso de determinados grupos de medicamentos de forma crónica (Ejemplos: Benzodiazepinas, hipnóticos, antidepresivos) y resaltando la figura del Médico/a y Enfermería de familia como referente para la revisión de los pacientes polimedicados.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Guía de trabajo para la revisión sistemática de medicación en pacientes polimedificados en Atención Primaria. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud; 2013.
2. Orueta R, Sánchez-Oropesa A, Gómez-Calcerrada R, Arriola M, Nieto I. Adecuación terapéutica en pacientes crónicos. *Rev Clin Med Fam.* 2015;8(1):31-47.
3. Gallagher P, Ryan C, Byrne S, Kennedy J, O'Mahony D. STOPP (Screening Tool of Older Person's Prescriptions) and START (Screening Tool to Alert doctors to Right Treatment). Consensus validation. *Int J Clin Pharmacol Ther.* 2008; 46(2): 72-83.
4. O'Mahony D, Gallagher P, Ryan C, Byrne S, Hamilton H, Barry P et al. STOPP & START criteria: A new approach to detecting potentially inappropriate prescribing in old age. *Eur Geriatric Med.* 2010; 1(1): 45-51.
5. Delgado Silveira, E, Montero-Erasquin B, Muñoz García M, Vélez-Díaz-Pallarés M, Lozano Montoya I, Sánchez-Castellano C, et al. Mejorando la prescripción de medicamentos en las personas mayores: una nueva edición de los criterios STOPP/START. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2015; 50:89-96 - DOI: 10.1016/j.regg.2014.10.005 44.
6. Curso OPIMEC: Como realizar un plan de acción personalizado. Unidad 2: Valoración Integral Exhaustiva.
7. Bernabeu-Wittel M, Ollero Baturone M, Moreno-Gaviño L, Barón-Franco M, Fuertes A, Murcia-Zaragoza et al. Development of a new predictive model for polypathological patients. The profund index. *Eur J Intern Med.* 2011; 22: 311-17.
8. Bohórquez Colombo P, Nieto Martín MD, Pascual de la Pisa B, García Lozano MJ, Ortiz Camúñez MA, Bernabéu Wittel M. Validación de un modelo pronóstico para pacientes pluripatológicos en atención primaria. Estudio PROFUND en atención primaria. *Aten Primaria.* 2014, 46(Supl 3): 41-48.