

# Pacientes polimedificados frágiles, un reto para el sistema sanitario<sup>1</sup>

**Villafaina Barroso, A.** Doctor en Farmacia. Farmacéutico de Área Gerencia de Área de Salud de Plasencia. Coordinador Responsable del Laboratorio de Prácticas Innovadoras en Polimedicación y Salud. Gerencia del Área de Salud de Plasencia. Servicio Extremeño de Salud.

**Gavilán Moral, E.** Doctor en Medicina, Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Responsable de Innovación e Investigación del Laboratorio de Prácticas Innovadoras en Polimedicación y Salud. Gerencia de Salud de Plasencia. Servicio Extremeño de Salud.

## RESUMEN

Cualitativamente, polimedicación, es el hecho de tomar más medicamentos de los clínicamente apropiados, un paciente polimedificado frágil es el que, cumpliendo estos criterios cualitativos, le faltan recursos físicos, psíquicos, sociales o del propio sistema sanitario, para evitar los riesgos graves y moderados consecuencia de la polimedicación. En la polimedicación influyen factores biológicos, psicológicos, sociales y propios del sistema sanitario, por lo tanto el abordaje deberá tener en cuenta todos estos aspectos. La coordinación entre profesionales resulta imprescindible. La adecuación del tratamiento tiene que tener en cuenta factores como: 1) las metas de la atención prestada, 2) los objetivos del tratamiento pautado, 3) la esperanza y expectativa de vida del paciente y 4) el tiempo estimado del tratamiento pautado hasta que exista un beneficio clínico significativo. Debemos aprender estrategias de desprescripción, entendiendo esta como el proceso cuidadoso y estandarizado encaminado a suspender algunos de los medicamentos que se han ido acumulando en el tratamiento del paciente.

**PALABRAS CLAVE:** Polimedicación. Atención sanitaria.

## ABSTRACT

Qualitatively polypharmacy is the act of taking more medication than what it is clinically appropriate. A frail polypharmacy patient meets the qualitative criteria and lack physical, mental, social or appropriate health system resources to prevent moderate and serious consequences of polypharmacy.

Several factors have a significant influence in polypharmacy such as biological, psychological, social and factors inherent to each health system. So the approach to polypharmacy must take into account all the above mentioned aspects.

Treatment appropriateness has to take into consideration factors such as 1) the aims of care 2) the objectives of the prescribed treatment 3) hope and expectation of patients' life 4) estimated time until there is a significant clinical benefit of the prescribed treatment.

We must learn deprescribing strategies, understanding it as a careful and standardised process designed to discontinue the use of treatments that have accumulated in the patient treatment regimen.

**KEY WORDS:** Polipharmacy. Sanitary attention

*Inf Ter Sist Nac Salud 2011; 35: 114-123*

## Introducción

La atención sanitaria es un proceso continuo en el que los profesionales sanitarios comparten responsabilidades a lo largo del mismo. Hasta hace poco eran el médico y el odontólogo los únicos profesionales facultados para prescribir, pero en virtud del Real Decreto 1718/2010, sobre receta médica y órdenes de dispensación, se han sumado podólogos y enfermeras. Sin embargo, no son los únicos que intervienen en la farmacoterapia. Los farmacéuticos, los

auxiliares de ayuda a domicilio y de farmacia, trabajadores sociales, el propio paciente, la industria farmacéutica, la administración sanitaria... todos ellos, por acción u omisión, juegan un importante papel en ella.

En el sistema actual, donde médicos especialistas en distintas áreas pueden iniciar o modificar el tratamiento de un mismo paciente, se hace necesaria la figura de un profesional coordinador. El candidato lógico es el médico de familia, que suele ser el primer contacto

<sup>1</sup> Parte del material del presente artículo ha sido extraído del libro "Polimedicación y Salud: Estrategias para la adecuación terapéutica". (\*) Disponible en polimedificado.com. Agradecemos a los autores de los capítulos del mismo.

del paciente con el sistema sanitario y es quien debería tener una visión holística del paciente. Sin embargo, en la práctica, la ausencia de una historia clínica unificada, la frecuente falta de comunicación entre niveles y la sobrecarga asistencial y burocrática de la atención primaria de salud, hacen difícil esta labor. En este sentido, se ha demostrado que la atención de varios médicos sobre un mismo paciente está relacionada con un aumento de la polimedicación.<sup>(1)</sup>

La estrategia promovida por el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad de mejorar la atención a los pacientes crónicos y polimedificados, tiene como objetivo principal, implantar «procedimientos de control de la calidad de la prestación farmacéutica, que establezcan modelos de relación entre los profesionales sanitarios, para abordar un adecuado control que contribuya a conseguir la efectividad y la seguridad de los tratamientos con fármacos, que reciben estos pacientes, mejorando tanto la calidad asistencial como la eficiencia en el uso de los recursos»<sup>(2)</sup>. Numerosas comunidades autónomas han elaborado, dentro de esta estrategia o anteriormente a ella, sus propios programas de atención al paciente polimedificado.

En este contexto, se hace necesaria una revisión del concepto, determinantes e implicaciones del concepto de la polimedicación, y de las distintas actividades encaminadas a la mejora de la adecuación terapéutica de los pacientes, centrándonos especialmente en aquellos que, por sus circunstancias, tienen mayor riesgo de sufrir las consecuencias de la polimedicación.

## 1. ¿Qué es un paciente polimedicado?

Se entiende por polimedicación en términos cualitativos, el hecho de tomar más medicamentos de los clínicamente apropiados, mientras que los criterios cuantitativos establecen un límite en el número de fármacos empleados. El número más extendido parece ser el de 5 medicamentos utilizados de forma crónica, cifra a partir de la cual, hay una relación independiente con el uso inadecuado de los medicamentos<sup>(3)</sup>. Rollason y Vogt distinguen tres posibles situaciones<sup>(4)</sup>:

- *Polimedicación adecuada*, cuando el paciente toma muchos fármacos, pero todos ellos tienen indicación clínica. El objetivo en este caso no es reducir la polimedicación, sino mejorar la adecuación terapéutica.
- *Polimedicación inadecuada*, cuando se toman más medicamentos de los clínicamente necesarios. El objetivo en este caso es, reducir al máximo posible el número de fármacos inapropiados.
- *Pseudopolimedicación*, que sería el caso del paciente en cuyo historial están registrados más fármacos de los que realmente toma. El objetivo es entonces,

actualizar los registros y coordinar adecuadamente la atención clínica entre los distintos profesionales y niveles asistenciales involucrados.

Existen dos patrones diferentes en el paciente polimedicado. Uno sería el paciente con una sola enfermedad que requiere de múltiples medicamentos, como podría ser el ejemplo del paciente portador del virus VIH. El otro sería el paciente, generalmente mayor, con comorbilidad acusada, donde cada enfermedad precisa de uno o varios medicamentos, por ejemplo un paciente diabético, hipertenso y dislipémico. El segundo perfil probablemente sea el más frecuente, y es en el que nos centraremos primordialmente en este artículo.

Por nuestra parte, consideramos **paciente polimedicado frágil** al que, cumpliendo los criterios cualitativos de polimedicación, le faltan recursos físicos, psíquicos, sociales o del propio sistema sanitario para evitar los riesgos graves y moderados consecuencia de la polimedicación. El polimedicado no frágil es el que cuenta con una combinación de tales recursos como para poder evitar esos riesgos.

## 2. ¿Qué factores intervienen en su aparición?

Existen numerosos factores asociados a la polimedicación. Podríamos considerar que existen tres categorías: los factores dependientes del paciente (aspectos físicos, psicológicos, familiares y sociales del paciente), del sistema sanitario y de la sociedad en su conjunto. En la tabla I hemos recogido los que, de forma estadísticamente significativa, se asocian al fenómeno de la polimedicación inadecuada de una forma dependiente o independiente<sup>(5)</sup>.

**Tabla I. Algunos factores dependientes e independientes asociados a la polimedicación inadecuada**

<p><b>Dependientes del paciente</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Factores biológicos: Edad anciana (mayor de 75 años), mujeres.</li> <li>• Consumo de fármacos específicos: Ansiolíticos, sedantes, antidepresivos, analgésicos, inhibidores de plaquetas o espasmolíticos</li> <li>• Morbilidad asociada: Tener tres o más enfermedades crónicas, enfermedades respiratorias, hipertensión arterial, enfermedades cardiovasculares, diabetes y síntomas digestivos.</li> <li>• Factores psicológicos: Depresión, pobre autopercepción de la salud.</li> <li>• Factores sociales: Situación económica deficiente, nivel educativo bajo, soledad, situación de dependencia física, vivir en zonas rurales.</li> </ul>
<p><b>Dependientes del sistema sanitario</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Contacto con los servicios sanitarios en los últimos 3 meses.</li> <li>• Ingresos hospitalarios previos.</li> <li>• Haber tenido interconsultas entre especialistas.</li> <li>• Ser atendido por diferentes prescriptores o acudir a múltiples farmacias.</li> <li>• Existencia de discrepancias entre pacientes y facultativos en cuanto a la historia farmacoterapéutica.</li> </ul>

Algunos de los determinantes de la polimedición, como vemos, exceden lo estrictamente sanitario y pertenecen al ámbito de lo social. Cualquier intento de describir el fenómeno de la polimedición y la adecuación farmacológica, así como toda intervención que considere entre sus objetivos adecuar la polimedición y reducir sus efectos negativos, debe necesariamente tener en cuenta estos determinantes de forma global e integral.

### 3. ¿Qué consecuencias tiene la polimedición?

Los efectos y consecuencias de la polimedición son casi siempre graves. Por un lado, la adherencia terapéutica decae con la complejidad del régimen terapéutico, y cuanto mayor es el número de medicamentos prescritos. Los efectos adversos y las interacciones medicamentosas también aumentan con el número de medicamentos en el tratamiento. En un estudio, Hanlon y cols. encontraron que el 35% de los pacientes ancianos polimedados, desarrollan algún efecto adverso<sup>(6)</sup>. En Atención Primaria la estimación en el estudio APEAS (Estudio sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria de salud) es que el 48,2% de los efectos adversos ligados a la asistencia sanitaria están causados por la medicación, y que el 59,1% eran prevenibles<sup>(7)</sup>. Todos estos factores y sus consecuencias directas, podrían ser responsables de un aumento del riesgo de ser hospitalizado<sup>(8)</sup>, de sufrir caídas en los ancianos<sup>(9)</sup>, de aumentar la morbilidad, e incluso, la mortalidad<sup>(10)</sup>.

### 4. Evaluación integral del paciente polimedado.

Para realizar una valoración integral del paciente polimedado es necesario evaluar no sólo los aspectos biomédicos (grado de adecuación y adherencia terapéutica), sino también los factores psicológicos, funcionales y sociales, cuyo papel, según hemos visto anteriormente, es fundamental para entender la situación del paciente polimedado.

#### 4.1. Evaluación de la adecuación terapéutica

Clásicamente se han dividido en dos métodos sistemas implícitos y explícitos. Los primeros se basan en juicios clínicos, suelen tener en cuenta resultados en salud y suelen ser más válidos. Los segundos se basan en criterios previamente definidos, y por tanto son más fiables, aunque no tienen en cuenta la particularidad de cada paciente. No hay un sistema de evaluación ideal. Quizá por esto mismo y porque son sistemas complementarios, algunos autores aconsejan la aplicación simultánea de ambos<sup>(11, 12, 13)</sup>.

#### 4.1.1. Métodos explícitos

Básicamente, son criterios que crea un grupo de expertos, a través generalmente de métodos de generación de consenso, sobre todo el método Delphi. Estos criterios pueden detectar situaciones de sobreprescripción (fármacos cuya indicación no es adecuada o es inválida) y prescripción inadecuada (fármacos que deben evitarse o que no están indicados para determinadas condiciones o patologías), pero también infraprescripción (medicamentos que deberían estar tomando el paciente para tratar o prevenir condiciones o enfermedades concreta, a menos que hubiese contraindicaciones).

Los criterios más utilizados en la literatura son los de prescripción inadecuada en los ancianos, sobre todo los que van dirigidos a detectar medicamentos que deben evitarse en esta población, por estar teóricamente asociados a problemas relacionados con los medicamentos. Los más populares y de uso más extendido son los criterios de Beers<sup>(14)</sup>, que se centran en detallar en listados, los medicamentos a evitar en cualquier circunstancia, especificando si la posibilidad de provocar efectos adversos graves es alta o baja, las dosis de determinados fármacos que no se deben superar y fármacos a evitar en determinadas patologías (interacciones fármaco-enfermedad). La última actualización fue publicada en 2003 y tiene 68 criterios. Como desventajas, destacamos que valoran los medicamentos de forma aislada, y sin valorar el contexto clínico, no tienen en cuenta las posibles interacciones entre medicamentos, ni las duplicidades ni la inframedicación. Además, no está claro que estén asociados a un mayor riesgo de padecer efectos adversos graves<sup>(15,16)</sup>. Por todo ello, es una herramienta cuya utilidad clínica es un tanto limitada.

Además de estos criterios, en los últimos años un equipo de geriatras irlandeses ha elaborado una herramienta de cribado consistente en dos instrumentos: el *Screening Tool to Alert Doctors to Right Treatment* (START), que consiste en un inventario basado en la evidencia de 22 indicadores de prescripción de medicamentos, para enfermedades prevalentes en la edad anciana, y el *Screening Tool of Older Persons Prescriptions* (STOPP), que es un listado de 65 criterios clínicamente relevantes de medicamentos de prescripción potencialmente inapropiada, ordenado por sistemas fisiológicos. Se centran en problemas potenciales asociados con las medicaciones, en un contexto de la comorbilidad propia de la edad anciana<sup>(17)</sup>, y detectan no sólo sobreprescripción y prescripción inadecuada, sino también infraprescripción. Recientemente se ha comprobado la relación de estos indicadores con el riesgo de presentar efectos adversos<sup>(18)</sup>. Además, se ha publicado su versión española adaptada a nuestro sistema sanitario y contexto cultural<sup>(19)</sup>.

### 4.1.2. Métodos implícitos

Los métodos implícitos parten de una evaluación clínica del paciente y su medicación, a partir de los cuales se realiza un juicio de si los fármacos prescritos son o no apropiados. Son generalmente métodos más válidos, pero para mantener niveles adecuados de fiabilidad precisan de un entrenamiento adecuado en su uso, así como especificaciones muy detalladas.

Quizá el más utilizado es el *Medication Appropriateness Index (MAI)*<sup>(20)</sup>. Mide la adecuación de cada uno de los medicamentos del paciente a través de 10 ítems que son valorados en una escala tipo likert de tres grados (desde apropiado a inapropiado). Cada ítem marcado como inapropiado tiene una puntuación que oscila entre 1 y 3, dependiendo de su importancia: la indicación y la efectividad son los ítems cuyo peso es mayor. La suma de cada ítem genera una puntuación ponderada por cada fármaco, que puede oscilar entre 0 y 18 puntos, de manera que a mayor puntuación menor adecuación terapéutica. Si además se suman los índices de cada fármaco, se obtiene el índice global del paciente. El método MAI ha demostrado ser un método fiable y válido. Además, predice la aparición de resultados clínicos adversos potencialmente graves.

Su principal inconveniente es que requiere mucho tiempo para poder ejecutarlo (una media de unos 10 minutos por fármaco) y que requiere de una formación adecuada en su uso. Además, no mide infrautilización ni tiene en cuenta los efectos adversos de los fármacos o el incumplimiento. En la clínica puede ser útil para

planificar actuaciones sanitarias en función de los resultados de la evaluación, permitiendo además monitorizar la evolución en el tiempo a medida que se van ejecutando los cambios propuestos.

El índice dispone de un manual del usuario que recoge definiciones operacionales, instrucciones explícitas y ejemplos sobre cómo evaluar cada fármaco. Nuestro grupo ha traducido y adaptado al contexto de la atención primaria de nuestro país este manual<sup>(21)</sup>, del cual extractamos las instrucciones correspondientes al criterio 2. (Tabla II)

En nuestro país, el método implícito más utilizado es el de detección de los Resultados Negativos de la Medicación (RNM)<sup>(22)</sup>, que se definen como *los resultados en la salud del paciente no adecuados al objetivo de la farmacoterapia y asociados al uso de medicamentos*. Por tanto, se trata de un sistema que facilita la detección de fármacos inadecuados en cuanto a que potencialmente pueden ocasionar problemas de salud. Éstos se dividen en tres grupos:

- Necesidad
  - Una necesidad de medicamento (problema de salud no tratado).
  - Una no necesidad de medicamento (efecto de un medicamento innecesario).
- Efectividad
  - Una ineffectividad no cuantitativa.
  - Una ineffectividad cuantitativa.
- Seguridad
  - Una inseguridad no cuantitativa.
  - Una inseguridad cuantitativa.

**Tabla II. Criterio 2 del Medication Appropriateness Index**

Pregunta 2: ¿La medicación es efectiva para la situación?

A \_\_\_\_\_ B \_\_\_\_\_ C \_\_\_\_\_ Z \_\_\_\_\_  
 efectivo      parcialmente eficaz      no eficaz      no sabe

**Definición:** Efectiva se define como productora de un resultado clínico beneficioso. La pregunta evalúa si el fármaco prescrito ha demostrado ser eficaz para la indicación correspondiente en un grupo de pacientes en la práctica clínica real.

**Instrucciones:** La indicación y efectividad similares pero no exactamente iguales. Los facultativos pueden prescribir un fármaco para una situación dada debido a razones teóricas y de prácticas estándar (indicación), pero en este ítem los evaluadores-investigadores deben valorar lo que la evidencia muestra sobre ese medicamento. Por ejemplo, que el fármaco en ensayos clínicos es inefectivo (p. ej., dihidroergotoxina como potenciador de la memoria). Al contrario, puede que no se haya documentado una indicación para un fármaco (con lo que en el anterior ítem se valoraría como "C"), aunque el fármaco haya demostrado en diversos estudios funcionar bien para un efecto deseado (p. ej., cloruro potásico y diuréticos). En esos casos, el revisor debe anotar la indicación asumida en los comentarios. Igualmente, si un medicamento no es considerado como de primera línea en las guías de práctica clínica (p. ej., corticoides orales en un EPOC en fase estable en comparación con anticolinérgicos o agonistas beta), o no existen evidencias que sustenten su uso, deben considerarse inefectivos.

Además, cualquier fármaco considerado por la AGEMED (Agencia Española del Medicamento) como de "Baja Utilidad Terapéutica" y que aparezca en la lista del "nomenclator digitalis" del Ministerio de Sanidad, se debe puntuar como inefectivo ("C").

Por último, los fármacos en los que los riesgos potenciales superen los beneficios potenciales y que, por tanto, no sean capaces de ser efectivos en la práctica real, por ejemplo, aquellos clasificados por los criterios START/STOPP, se deben puntuar como inefectivos ("C"). Serán considerados como "parcialmente efectivos ("B") aquellos medicamentos para los que la evidencia disponible para su uso no es conclusiva y no existen alternativas disponibles (p. ej., la aspirina en mujeres con bajo riesgo coronario usado en la prevención primaria de la enfermedad cardiovascular).

**Ejemplos:** HCTZ para la hipertensión = A. Profilaxis con antagonista H<sub>2</sub> en una persona con historial de úlcera gástrica inducida por AINE = C. Meperidina para el dolor muscular = C (ya que no es efectivo para esa condición). Atorvastatina (y demás estatinas) para tratamiento de la enfermedad de Alzheimer= C.

(Fuente: traducción y adaptación de los autores).



## 4.2. Valoración de la adherencia terapéutica

Paralelamente a la valoración de la adecuación terapéutica se debe evaluar el grado de seguimiento del paciente a las recomendaciones o prescripciones de su médico. La adherencia terapéutica adquiere mayor importancia si cabe cuando, una vez reevaluados los objetivos terapéuticos y adaptados a la situación clínica del paciente y sus preferencias, se alcanzan niveles de adecuación farmacológica altos, ya que es cuando potencialmente se pueden obtener balances beneficios/riesgos más favorables.

Dada la diversidad de factores que intervienen en el origen de la falta de adherencia terapéutica, no es posible detectarla con total validez y fiabilidad. Por este motivo, se han utilizado y evaluado diferentes herramientas que nos ayudarán a establecer el diagnóstico de incumplimiento terapéutico. En la tabla III recogemos los valores de validez de los principales métodos empleados.

**Tabla III. Validez de los métodos indirectos de valoración del incumplimiento terapéutico, expresados en porcentaje.**

METODO	SENSIBILIDAD	ESPECIFICIDAD	VPP	VPN
Juicio clínico	28	78	44	64
Autocomunicado	37	70	43	64
Morisky-Green	53	63	49	66
Test Batalla	81	41	48	76
Control proceso	56	61	49	67
Asistencia citas	37	70	43	64

VPP: Valor predictivo positivo. VPN: Valor predictivo negativo. Extraído de referencia<sup>(23)</sup>.

## 4.3. Criterios y métodos para realizar la evaluación psicosocial

Cuando el medicamento es adecuado y aún así detectamos que los resultados del tratamiento difieren de lo esperado, lo primero que se suele pensar es en una falta de adherencia. Pero en ocasiones ésta puede ser adecuada, sin que haya mejoría en la respuesta terapéutica. ¿Qué es lo que sucede entonces? La clave en estas circunstancias suele estar en el estado funcional y la esfera psicosocial. No sólo están en sí mismos en el origen de la polimedición, el uso inadecuado de medicamentos y la falta de adherencia a los mismos, sino que, por sí mismos, influyen de forma determinante en la respuesta a los fármacos. Por este motivo, es imprescindible completar la evaluación de la persona incluyendo aspectos funcionales y psicosociales.

### 4.3.1. Situación funcional

En ocasiones la persona presenta limitaciones (sensoriales, cognitivas, de manipulación) que impiden o dificultan que desempeñe adecuadamente la tarea de manejar sus medicamentos. Conocer su situación funcional servirá para adaptar en lo posible el tratamiento al paciente. Algunas de las medidas que se pueden introducir, una vez hayamos evaluado la situación funcional del paciente, podrían ser modificar la forma de presentación del fármaco prescrito, apoyarnos en herramientas que faciliten su correcta administración (hoja de tratamiento o pastillero), etc. En ocasiones se hace necesario identificar e involucrar a otra persona de su entorno para que colabore con él, o le sustituya en el control del tratamiento.

### 4.3.2. Situación emocional

La instauración del tratamiento por parte de los facultativos presupone el deseo de la persona de sanar y prevenir riesgos que pudieran complicar su salud. Con frecuencia nos encontramos con personas con situaciones emocionales en las que, al menos, habría que cuestionarse la existencia de dicha premisa. A veces los intereses o preferencias de los profesionales no son coincidentes con los de las personas con las que trabajamos. Un ejemplo de ello es cuando nos dirigimos a personas en situación de duelo, cuya motivación para tomar el fármaco que le ayuda a evitar el aumento de la presión arterial sea, cuanto menos, dudosa.

En ocasiones es necesario llevar a cabo una intervención específica de apoyo en este sentido.

### 4.3.3. Situación socio-familiar

La existencia de red social de apoyo, así como la competencia de la misma, puede repercutir favorablemente en la consecución de los objetivos terapéuticos en dos sentidos: por un lado, va a tener un efecto positivo sobre la situación emocional de la persona, lo que conllevará posiblemente una actitud más receptiva al cumplimiento terapéutico; y por otro, va a compensar las limitaciones funcionales de la misma que pudieran poner en riesgo la adherencia y la respuesta terapéuticas. Otras circunstancias de su situación sociofamiliar también pueden incidir en los resultados del tratamiento, como son su entorno físico-vivienda, su situación económica, la organización familiar, la dinámica intrafamiliar, los valores y creencias, sus relaciones sociales y otros recursos de apoyo con los que cuenta.

En la tabla IV podemos encontrar algunas de las herramientas más comúnmente utilizadas para realizar la valoración sociofamiliar, psicológica y funcional de los pacientes ancianos polimedificados.

A través de la utilización de estas herramientas se pueden identificar necesidades concretas cuyo manejo complementa la intervención clínica. En todo abordaje

**Tabla IV. Ejemplos de métodos y sistemas para la valoración sociofamiliar, psicológica y funcional de los pacientes ancianos polimedicados.**

<b>Situación funcional</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Actividades instrumentales de la Vida Diaria: Escala de Lawton y Brody<sup>(24)</sup>.</li> <li>• Autonomía para las Actividades de la Vida Diaria: Barthel<sup>(25,26)</sup>.</li> <li>• Mini-mental State Examination de Folstein (MMSE-30)<sup>(27)</sup>.</li> <li>• Mini examen cognoscitivo de Lobo (MEC-35)<sup>(28)</sup>.</li> </ul>
<b>Situación emocional</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Escala de Depresión Geriátrica: Test de Yesavage<sup>(29)</sup>.</li> <li>• Escala de valoración de Hamilton para la ansiedad<sup>(30)</sup>.</li> <li>• Cuestionario Montgomery-Asberg Depresión Rating Scale<sup>(27)</sup>.</li> </ul>
<b>Situación sociofamiliar</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Percepción de la función familiar-Cuestionario Apgar familiar<sup>(31)</sup>.</li> <li>• Riesgo Social: Escala de Valoración Sociofamiliar de Gijón<sup>(32)</sup>.</li> <li>• Inventario de recursos sociales en ancianos<sup>(33)</sup>.</li> <li>• Cuestionario Zarit (valora la sobrecarga del cuidador principal, quien con frecuencia, sustituye al paciente en la responsabilidad del tratamiento)<sup>(34)</sup>.</li> </ul>

es imprescindible detectar los factores sociales y emocionales que interfieren en el tratamiento, así como establecer un plan de actuación social dirigido a eliminar, compensar, minimizar o paliar los factores psicosociales que comprometen la consecución de los objetivos del mismo. Aunque el plan de actuación social variará en cada caso en función de la situación que el usuario presente, con frecuencia son objetivos del mismo:

- Conocer los factores socio-familiares que influyen en la adherencia y la respuesta terapéutica.
- Contribuir al análisis y toma de conciencia de la situación- problema.
- Motivar para el cambio de actitud respecto a su situación.
- Promover la adquisición de habilidades para afrontar la situación.
- Potenciar los recursos personales.
- Apoyar los procesos de toma de decisión.
- Ofrecer apoyo emocional.
- Facilitar la accesibilidad a recursos socio-sanitarios.

## 5. ¿Qué caminos seguir para actuar con el paciente polimedicado?

Existen diversos procedimientos y estrategias que contribuyen a coordinar y conciliar la medicación que toman los pacientes. Entre ellas encontramos:

- La revisión de la medicación, entendiendo ésta como un examen estructurado y crítico de la medicación que toma un paciente, con el objeto de llegar a un acuerdo con él acerca de su tratamiento, optimizando el efecto de la medicación, minimizando el número de problemas asociados a ésta y reduciendo su

malgasto<sup>(35)</sup>. El informe *Room for Review* de 2002 distingue cuatro niveles de revisión:

- Nivel 0- *Ad hoc*: Revisión espontánea y no estructurada.
- Nivel 1- Revisión de las prescripciones: revisión técnica de la hoja de prescripción.
- Nivel 2- Revisión de los tratamientos: revisión de la medicación, incluidas las notas de los pacientes (el paciente puede estar o no presente).
- Nivel 3- Revisión clínica de la medicación: revisión personalizada de la medicación del paciente y su patología.
- Prescripción adecuada: Para mejorar la prescripción farmacéutica, podemos seguir una serie de consejos resumidos en la tabla V<sup>(36)</sup>.

**Tabla V. Consideraciones para optimizar la prescripción en el paciente polimedicado.**

1. Realizar una prescripción razonada (diagnóstico preciso y objetivo terapéutico claro).
2. Considerar tratamientos no farmacológicos.
3. Revisar periódicamente la medicación (incluyendo plantas medicinales, medicamentos sin receta y suplementos dietéticos).
4. Interrumpir terapias innecesarias.
5. Considerar como posible Evento Adverso a Medicamento cualquier nuevo síntoma (caídas, confusión, incontinencia urinaria, cambios de comportamiento, depresión...).
6. Sustituir por alternativas más seguras.
7. Usar dosis recomendadas en ancianos (fórmulas de aclaramiento renal).
8. Monitorizar fármacos problemáticos (p. ej: iones en tratamiento con diuréticos, IECA/ARAI).
9. Promover la adherencia al tratamiento.

Modificado de referencia<sup>36</sup>.

- La coordinación por parte del médico de familia: La intervención de múltiples prescriptores provoca en ocasiones la duplicación de tratamientos, motivo por el cual, el médico de familia debe ser el que coordine toda la medicación que toma el paciente.
- Hay estudios que demuestran la falta de información para el seguimiento de los pacientes y desacuerdos en la selección de fármacos entre los médicos de familia y los hospitalarios<sup>(37)</sup>. La mayoría de los autores recomiendan la elaboración conjunta entre los médicos de familia y hospitalarios de protocolos consensuados, guías de práctica clínica, formularios y actividades de formación continuada<sup>(38, 39)</sup>. También se recomienda la creación de comisiones formadas por profesionales de los dos niveles asistenciales para consensuar los tratamientos de las enfermedades más prevalentes.
- Interconsultas: las derivaciones del médico de familia deben recoger los diagnósticos previos, la razón de la derivación y los tratamientos del paciente,

así como el informe de atención especializada debe tener recogido el diagnóstico, el plan de seguimiento y el tratamiento propuesto.

- El contacto directo y las reuniones periódicas entre los profesionales de los equipos de atención primaria y los farmacéuticos comunitarios permitirían establecer la comunicación y aunar criterios de atención.
- Hojas de tratamiento: Un elemento importante en el proceso de coordinación y conciliación de la medicación lo constituyen las hojas de tratamiento que ayudan, en el domicilio, a evitar errores; en la oficina de farmacia, permiten prestar los servicios de seguimiento farmacoterapéutico con mayor seguridad; en consulta médica, permiten conocer la medicación que toma el paciente, para así adaptar mejor las posibles prescripciones que se indicasen; y en la consulta de enfermería se permite revisar fácilmente los cambios y ayudar a mejorar la adherencia al tratamiento.
- Promover que la prescripción figure en los informes clínicos generados en los dos niveles asistenciales como principio activo, para disminuir los posibles errores en la interpretación.
- Fomentar una mayor participación de los pacientes y los cuidadores, tanto en el diseño como en la prestación de los programas de revisión de la medicación, lo que permite una toma de decisiones compartida en relación con la medicación<sup>(40)</sup>.

La coordinación se plantea pues, inevitablemente, como multidisciplinaria, tratando de aunar los esfuerzos

de los profesionales sanitarios y sociosanitarios que deben estar implicados, tanto en la facilitación del seguimiento de los planes de tratamiento por parte de los usuarios, como en la prevención de los potenciales problemas derivados de dichos planes. Y todo ello dirigido especialmente a las personas que presentan mayores dificultades.

Las actividades de cada profesional implicado podrían quedar resumidas en el siguiente cuadro (Figura 1).

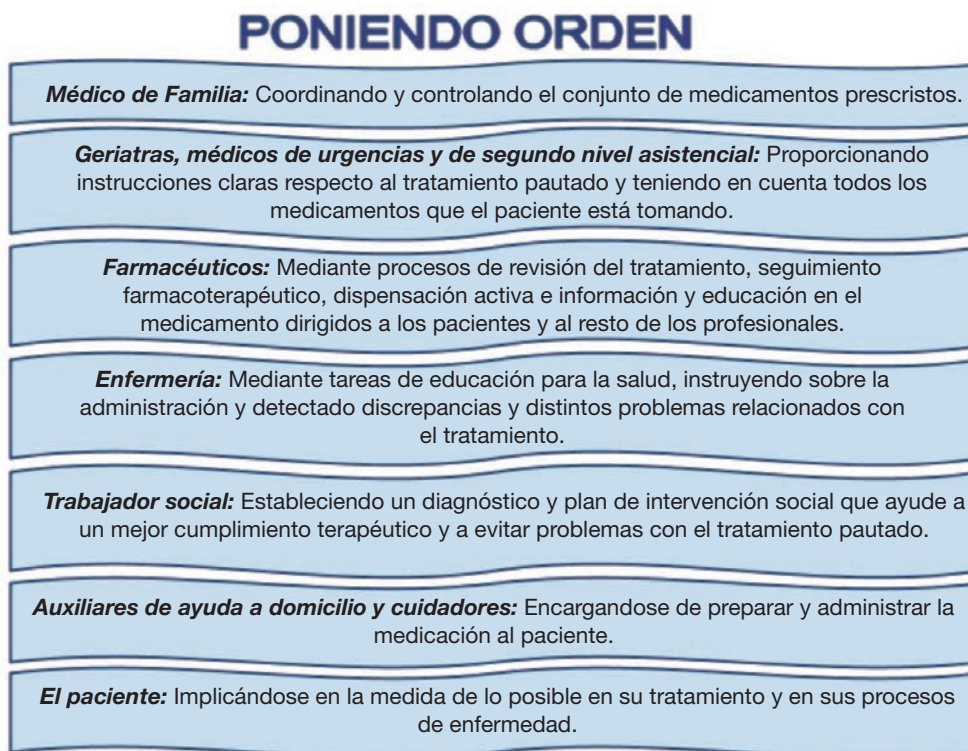
### 5.1. ¿Qué otros elementos pueden modificar la situación?

- La receta electrónica puede reducir los errores de prescripción y mejorar la asistencia al paciente<sup>(36)</sup>.
- La historia electrónica compartida entre profesionales de diferentes niveles permite minimizar los errores o los retrasos de comunicación entre los profesionales sanitarios<sup>(42)</sup>.
- Los sistemas personalizados de dispensación (SPD), que han resultado efectivos en la mejora de resultados clínicos de los pacientes<sup>(41)</sup>.

### 5.2. Herramientas para la despolimedicación:

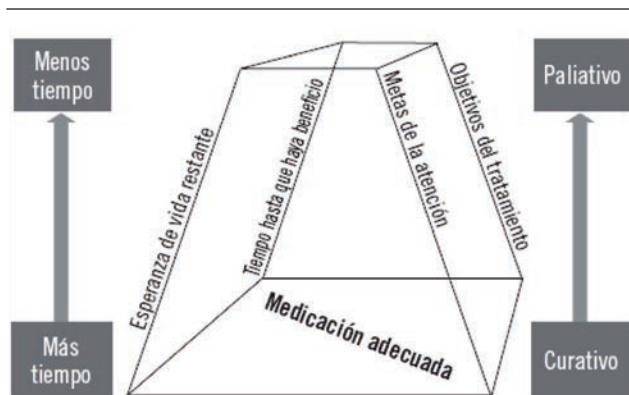
En muchos casos, las actuales guías de práctica clínica están basadas en evidencias extraídas de estudios realizados en población joven y con poca comorbilidad. Por ello, su aplicación en personas pluripatológicas polimedicaadas de edad avanzada puede tener efectos no deseados<sup>(42)</sup>.

**Figura 1. Actividades y funciones de cada colectivo en el manejo del paciente polimedicaado.**



La optimización o adecuación del tratamiento tiene que tener en cuenta necesariamente una serie de factores que hemos representado en la figura 2. Dichos factores serían los cuatro pilares de la pirámide truncada: 1) las metas de la atención prestada, 2) los objetivos del tratamiento pautado, 3) la esperanza y expectativa de vida del paciente y 4) el tiempo estimado del tratamiento pautado hasta que exista un beneficio clínico significativo. En la parte superior de la pirámide están representados los pacientes cuya esperanza de vida restante es más limitada. En ellos, los medicamentos deben obtener beneficio en el menor tiempo posible, las metas de atención son paliativas y el objetivo del tratamiento se centra en la gestión de los síntomas. Avanzando hacia la base de la pirámide, la esperanza de vida del paciente es más larga, existe también una mayor proporción de medicamentos adecuados, el tiempo de latencia hasta el beneficio clínico generalmente es más largo, los objetivos de la atención son más agresivos y las metas de tratamiento se dirigen más a las estrategias preventivas<sup>(43)</sup>.

**Figura 2. Esquema de toma de decisiones relacionadas con la medicación.**



Modificado de Holmes y cols<sup>43</sup>.

La toma de decisiones compartida entre los distintos profesionales sanitarios y los pacientes y sus familias acerca de las metas de la atención es un aspecto muy importante a la hora de decidir si parar, iniciar o continuar un tratamiento con un medicamento para un paciente concreto. Después de que se hayan establecido estas metas de la atención sanitaria, deben enfrentarse con los objetivos que puede lograr el tratamiento farmacológico, para asegurar el acuerdo.

### 5.2.1. Aprendamos a desprescribir

Con los niveles actuales de medicalización de nuestra sociedad, que favorecen la polimedización, debemos aprender estrategias encaminadas a la desprescripción.

El término medicalización denota la expansión del ámbito de actuación de la medicina más allá de lo justificado (medicalización de la vida cotidiana)<sup>(44)</sup>, donde el medicamento juega un papel desmesurado

en el acto médico. Toda queja o motivo de consulta debe desembocar en la prescripción de un remedio farmacológico. Este binomio, motivo de consulta-medicamento, ha llegado hoy en día a obtener un poder tal que, cuando no se cumple, provoca frustración tanto en el paciente como en el profesional sanitario. Lo común a estas situaciones es la utilización innecesaria de intervenciones médicas. Innecesarias por no haber demostrado eficacia, por tener efectividad escasa o dudosa o por no ser coste-efectivas o prioritarias.

Podemos entender desprescripción<sup>(45)</sup> (*deprescribing* en inglés) como el proceso cuidadoso y estandarizado encaminado a suspender algunos de los medicamentos que se han ido acumulando en el tratamiento del paciente.

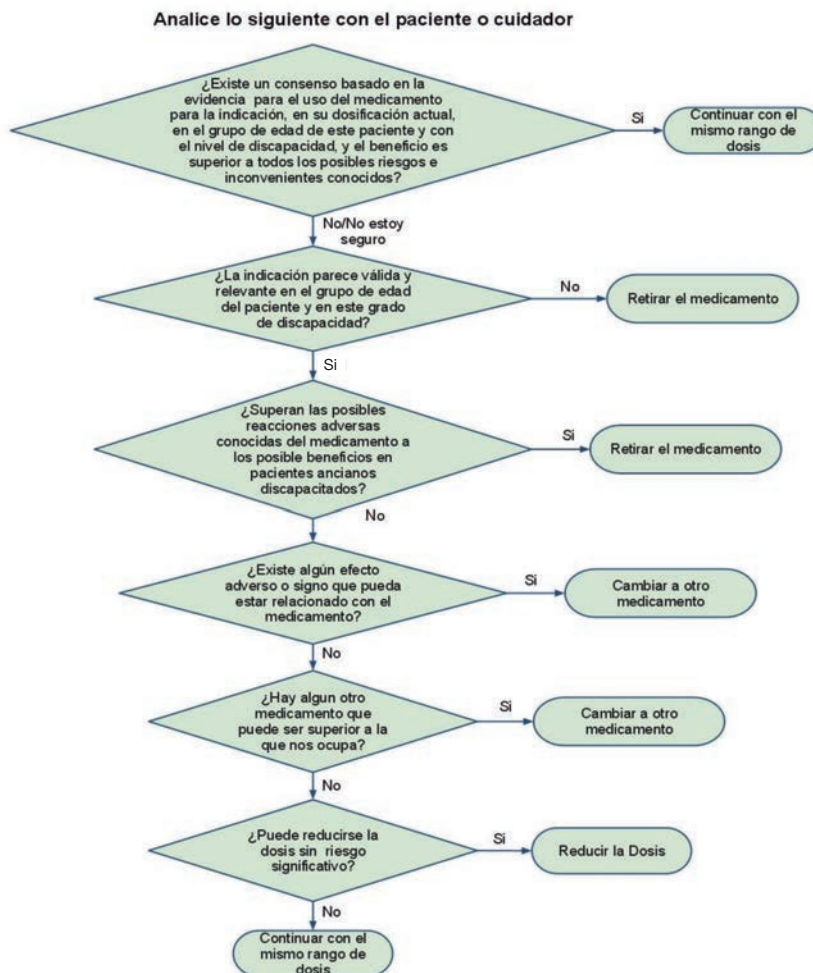
Una forma de resolver este problema en los pacientes polimedizados frágiles es aplicar algoritmos de toma de decisiones, cuyo objetivo es suspender los medicamentos que no sean estrictamente necesarios, y dejar sólo los que tengan demostrada eficacia y seguridad en este tipo de pacientes. Un grupo de trabajo israelí<sup>(42)</sup> aplicó a una cohorte de 70 pacientes ancianos ambulatorios, un algoritmo que había sido previamente validado. Siguiendo ese algoritmo, se recomendó suspender más de la mitad del total de los medicamentos consumidos, siendo mantenida en el 81% de los casos recomendados esa interrupción. La suspensión del tratamiento no se asoció con efectos adversos significativos, y en el estudio previo<sup>(46)</sup>, se observó incluso una mejoría en la morbimortalidad.

## 6. Puntos esenciales del tema

- Entendemos por **polimedización** en términos cualitativos el hecho de tomar más medicamentos de los clínicamente apropiados, mientras que los criterios cuantitativos establecen un límite en el número de fármacos empleados.
- **Paciente polimedizado frágil** es aquel que, cumpliendo los criterios cualitativos de polimedización, le faltan recursos físicos, psíquicos, sociales o del propio sistema sanitario para evitar los riesgos graves y moderados consecuencia de la polimedización.
- En la polimedización influyen factores biológicos, psicológicos, sociales y propios del sistema sanitario. Por lo tanto, el abordaje deberá tener en cuenta todos estos aspectos. La coordinación entre profesionales resulta imprescindible.
- La adecuación del tratamiento tiene que tener en cuenta una serie de factores como: 1) las metas de la atención prestada, 2) los objetivos del tratamiento pautado, 3) la esperanza y expectativa de vida del paciente y 4) el tiempo estimado del tratamiento pautado hasta que exista un beneficio clínico significativo.
- Debemos aprender estrategias de desprescripción. Podemos entender desprescripción como el proceso cuidadoso y estandarizado encaminado a suspender algunos de los medicamentos que se han ido acumulando en el tratamiento del paciente.



**Figura 3 . Algoritmo de Desprescripción\*.**



(\*) = Traducido y adaptado de ref. 46.

## Bibliografía

1. LeSage J. Polypharmacy in geriatric patients. *Nurs Clin North Am* 1991;26:273-290.
2. Programas de mejora en la atención a los pacientes crónicos y polimedicados durante el año 2009. *Inf Ter Sist Nac Salud* 2009;33:28.
3. Fialová D, Topinková E, Gambassi G et al. Potentially inappropriate medication use among elderly home care patients in Europe. *JAMA* 2005;293:1348-1358.
4. Rollason V, Vot N. Reduction of polypharmacy in the elderly. A systematic review of the role of the pharmacist. *Drugs Aging* 2003;20:817-832.
5. Villafaina Barroso A, Gavilán Moral E. Polimedicación e inadecuación farmacológica: ¿dos caras de una misma moneda? *Pharm Care Esp* 2011;13:23-29.
6. Hanlon JT, Schmadre KE, Koronkowski MJ, et al. Adverse drug events in high risk older outpatients. *J Am Geriatr Soc* 1997;45:945-948.
7. Estudio APEAS. Estudio sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria de salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008.
8. Klarin I, Wimo A, Fastbom J. The association of inappropriate drug use with hospitalisation and mortality. *Drugs Aging* 2005;22:69-82.
9. Suelves JM, Martínez V, Medina A. Lesiones por caídas y factores asociados en personas mayores de Cataluña, España. *Rev Panam Salud Publica* 2010;27:37-42.
10. Jyrkkä J, Enlund H, Korhonen MJ, Sulkava R, Hartikainen S. Polypharmacy as an indicator of mortality in an elderly population. *Drugs Aging* 2009;26:1039-1048.
11. Shelton PS, Fritsch MA, Scout MA. Assessing medication appropriateness in the elderly. *Drugs Aging* 2000;16:437-450.
12. Spinewine A, Schmadre KE, Barber N, et al. Appropriate prescribing in elderly people: how well can it be measured and optimised? *Lancet* 2007;370:173-184.
13. Laroche ML, Charles JP, Bouthier F, Merle L. Inappropriate medications in the elderly. *Clin Pharmacol Ther* 2009;85:94-97.
14. Fick DM, Cooper JW, Wade WE, et al. Updating the Beers criteria for potentially inappropriate medication use in older adults: Results of a US consensus panel of experts. *Arch Inter Med* 2003;163:2716-2724.

15. Budnitz DS, Shehab N, Kegler SR, Richards CL. Medication use leading to emergency department visits for adverse drug events in older adults. *Ann Intern Med* 2007;147:755-765.
16. Rask KJ, Wells KJ, Teitel GS, Hawley JN, Richards C, Gazmararian JA. Can an algorithm for appropriate prescribing predict adverse drug events? *Am J Manag Care* 2005;11:145-151.
17. Gallagher P, Ryan C, Byrne S, Kennedy J, O'Mahony D. STOPP (Screening Tool of Older Persons Prescriptions) and START (Screening Tool to Alert doctors to Right Treatment). Consensus validation. *Int J Clin Pharmacol Ther* 2008;46:72-83.
18. O'Mahony D, Gallagher P, Ryan C, et al. STOPP/START criteria: A new approach to detecting potentially inappropriate prescribing in old age. *Eur Geriatric Med* 2010;1:45-51.
19. Delgado Silveira E, Muñoz García M, et al. Prescripción inapropiada de medicamentos en los pacientes mayores: los criterios STOPP/START. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2009;44:273-279.
20. Hanlon JT, Schmadler KE, Samsa GP, et al. A method for assessing drug therapy appropriateness. *J Clin Epidemiol* 1992;45:1045-1051.
21. Gavilán Moral E, Villafaina Barroso A (Coord). Medication Appropriateness Index, manual del usuario, versión española; 2010. Disponible en: [www.polimedicado.com](http://www.polimedicado.com)
22. Comité de Consenso GIAF-UGR, GIFA-USE, GIF-UGR. Tercer Consenso de Granada sobre Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM) y Resultados Negativos asociados a la Medicación (RNM). *Ars Pharm* 2007;48:5-17.
23. Orueta Sánchez R. Adherencia a las intervenciones sanitarias y persistencia terapéutica. En: Villafaina Barroso A, Gavilán Moral E (Edit). Polimedicación y Salud: Estrategias para la adecuación terapéutica. Fundesalud 2011. Disponible en: [www.polimedicado.com](http://www.polimedicado.com)
24. Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist* 1969;9:179-186.
25. Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: the Barthel Index. *Md State Med J* 1965;14:61-65.
26. Baztán JJ, Pérez del Molino J, Alarcón T, y col. Índice de Barthel: instrumento válido para la valoración funcional de pacientes con enfermedad cerebrovascular. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1993;28:32-40.
27. Bermejo F, Morales JM, Valerga C, y col. Comparación entre dos versiones españolas abreviadas de evaluación del estado mental en el diagnóstico de demencia. Datos de un estudio en ancianos residentes en la comunidad. *Med Clin (Barc)* 1999;122:330-333.
28. Lobo A, Ezquerro J, Gómez-Burgada F, Sala JM, Seva Díaz A. El minexamen cognoscitivo: un "test" sencillo, práctico para detectar alteraciones intelectuales en paciente médicos. *Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr* 1979;7:189-201.
29. Martínez de la Iglesia J, Onís Vilches MC, Dueñas Herrero R, y col. Versión española del cuestionario de Yesavage abreviado (GDS) para el cribado de depresión en mayores de 65 años: adaptación y validación. *Medifam* 2002;12: 620-630.
30. Lobo A, Camorro L, Luque A, y col. Validación de las versiones en español de la Montgomery-Asberg Depression Rating Scale y la Hamilton Anxiety Rating Scale para la evaluación de la depresión y de la ansiedad. *Med Clin (Barc)* 2002;118:493-499.
31. Bellón JA, Delgado A, Luna del Castillo JD, Lardelli P. Validez y fiabilidad del cuestionario de función familiar Apgar-familiar. *Aten Primaria* 1996;18:289-295.
32. Cabrera D, Menéndez A, Fernández-Sánchez A, y col. Evaluación de la fiabilidad y validez de una escala de valoración social en el anciano. *Aten Primaria* 1999;23:434-440.
33. Díaz Veiga. En: La valoración de las personas mayores: evaluar para conocer, conocer para intervenir. Leturia Arrazola, F.J, Yanguas Letuán J.J, Arriola Manchola E, Uriarte Méndez, A. Madrid. Cáritas Española. 2001;135-158.
34. Martín M, Salvadó I, Nadal, S, y col. Adaptación para nuestro medio de la Escala de Sobrecarga del Cuidador (Caregiver Burden Interview) de Zarit. *Rev Gerontol* 1996;6:338-346.
35. Task Force on Medicines Partnership Nacional Collaborative Medicines Management Services Programme. Room for Review. A guide to medication review: The agenda for patients, practitioners and managers 2002. Disponible en: <http://www.keele.ac.uk/schools/pharm/npcplus/medicinespartner/roomforreview.htm>
36. Milton JC, Hill-Smith I, Jackson SH. Prescribing for older people. *BMJ* 2008;336:606-609.
37. Fernández Liz E, Rodríguez Cumplido D, Diogéne Fadini E, por el grupo de Estudio de la Prescripción inducida a médicos de atención primaria procedente del hospital de referencia, Hospital Universitari Vall d'Hebron. *Aten Primaria* 2004;33:118-125.
38. Kvanne OJ, Olesen F, Samuelsson M. Improving the interface between primary and secondary care: a statement from the european working party on quality in family practice (EquiP). *Qual Health Care* 2001;10:33-39.
39. Kasje WN, Dening P, De° Graeff PA, Haaijer-ruskamp FM. Physicians' views on joint treatment guidelines for primary and secondary care. *Int J Qual Health Care* 2002;14:509-518.
40. Clyne W, Blenkinsopp A, Seal R. Guía para el diseño e implementación de un programa de revisión de medicación. *SEFAP. Series divulgativas*. 2008. Documento nº 13.
41. Lee JK, Grace KA, Taylor AJ. Effect of a pharmacy care program on medication adherence and persistence, blood pressure, and Low-Density Lipoprotein cholesterol: A randomized controlled trial. *JAMA* 2006;296:2563-2571.
42. Garfinkel D, Mangin D. Feasibility study of a systematic approach for discontinuation of multiple medications in older adults: Addressing polypharmacy. *Arch Intern Med* 2010;170:1648-1654.
43. Holmes HD, Hayley DC, Alexander GC, Sachs GA. Reconsidering medication appropriateness for patients late in life. *Arch Intern Med* 2006;166:605-609.
44. García Miguel F, Merino Senovilla A, Sanz Cantalapiedra R. Procedimientos operativos y técnicos en la medicalización de la prevención. *Aten Primaria* 2009;41:702-706.
45. Woodward M. Deprescribing: achieving better health outcomes for older people through reducing medications. *J Pharm Pract Res* 2003;33:323-328.
46. Garfinkel D, Zur-Gil S, Ben-Israel J. The war against polypharmacy: a new, cost-effective, geriatric-palliative approach for improving drug therapy in disabled elderly people. *IMAJ* 2007;9: 430-434.