

Manejo de la medicación en el paciente crónico: conciliación, revisión, desprescripción y adherencia.

Octubre de 2014

© 2015, Generalitat de Catalunya. Departamento de Salud



Els continguts d'aquesta obra estan subjectes a una llicència de Reconeixement-NoComercial-SenseObresDerivades 3.0 de Creative Commons.

La llicència es pot consultar a: <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/es/>

Edita:

Departamento de Salud

1a edició:

Barcelona, octubre de 2014

URL:

http://salutweb.gencat.cat/ca/detalls/Articles/05_documentacio

Sumario

Justificación	4
Conciliación de la medicación.....	6
Revisión de la medicación	9
Desprescripción	19
Estrategia de implantación de un programa de revisión / conciliación / adherencia de la medicación	22
Bibliografía.....	22
Autores / colaboradores	25

Justificación

La medicación es la primera causa de acontecimientos adversos (AA) derivados de la asistencia sanitaria a los pacientes, por lo que se han desarrollado distintas iniciativas, propuestas y programas que incrementan la seguridad en el uso de fármacos.

El Institute for Safe Medication Practices estima que el 50% de los errores de medicación y el 20% de los efectos adversos a medicamentos se podrían evitar con una conciliación adecuada de la medicación, lo cual contribuiría a mejorar la seguridad de los pacientes. Existen distintos estudios que demuestran una elevada incidencia de los problemas relacionados con medicamentos (PRM), sobre todo en la población mayor de 65 años, que podrían ser corregidos con una revisión sistemática de la medicación. La revisión realizada por Hajjar nos muestra una prevalencia de entre el 32% y el 60% de los pacientes que tomaban un medicamento sin estar indicado; del 7% al 16% presentaban una duplicidad y en el 18% de los pacientes el medicamento prescrito no era efectivo. El estudio de Barnett indica que un 31% de los pacientes recibían un medicamento potencialmente inadecuado según los criterios de Beers. Por otra parte, es sabido que la adherencia terapéutica es un problema asociado a la medicación crónica en los pacientes con patologías de larga evolución. En una revisión de la literatura realizada por DiMatteo, se observó que el 25% de los pacientes no se adhieren a la medicación o a las recomendaciones médicas, aunque los tratamientos crónicos presentan más riesgo de no adherencia respecto a los tratamientos por patologías agudas.

1. Mejorar la seguridad de los pacientes, y reducir los PRM:
 - a) Eliminar la medicación que no necesita el paciente.
 - b) Prescribir un fármaco que necesita el paciente y que no figura prescrito en su historial farmacoterapéutico.
 - c) Detectar y resolver acontecimientos adversos a la medicación
 - d) Disminuir los ingresos hospitalarios, las visitas a urgencias, las visitas médicas ocasionadas por reacciones adversas relacionadas con el tratamiento farmacológico del paciente.
2. Mejorar los resultados en salud y aumentar el control de las patologías del paciente.
3. Mejorar la adherencia
4. Mejorar la calidad asistencial y de vida del paciente.

Para lograr estos objetivos, es conveniente elaborar una metodología de optimización de los tratamientos farmacológicos en los pacientes crónicos mediante la implantación de procedimientos interdisciplinarios de conciliación de la medicación y revisión de la medicación y de mejora de la adherencia al tratamiento, centrados en el paciente y adecuados a sus necesidades, y no en la organización, el ámbito asistencial o los colectivos profesionales.

Esta metodología deberá definir los mínimos que han de aplicarse para garantizar la calidad y la continuidad de los tratamientos farmacológicos en todo el sistema sanitario, de acuerdo con los objetivos del nuevo modelo de prevención y atención a la cronicidad del Departamento de Salud, y que, por lo tanto, han de contribuir a lo siguiente:

1. Combatir la polimedicación innecesaria, así como al infratratamiento de problemas de salud por omisión de medicación necesaria, con el objetivo de conseguir un mejor control de la enfermedad.
2. Reducir los errores de conciliación de la medicación originados por problemas de comunicación en las transiciones asistenciales, y mejorar así la seguridad y efectividad de los tratamientos.
3. Mejorar la adherencia de los pacientes mediante la implicación y la corresponsabilidad.
4. Adecuar los tratamientos farmacológicos a las particularidades de cada paciente teniendo en cuenta la comorbilidad, el momento en que se encuentra dentro de la evolución de la enfermedad, su esperanza de vida y sus preferencias.

Conciliación de la medicación

Definición

La conciliación de la medicación es un proceso formal y protocolizado que consiste en comparar sistemáticamente la medicación habitual del paciente con la medicación prescrita **tras** una transición asistencial o traslado dentro del **mismo ámbito asistencial**, con el objetivo de analizar y resolver las discrepancias detectadas, documentar los cambios y comunicarlos.

La práctica de la conciliación de medicación requiere lo siguiente:

- Una revisión o validación sistemática y exhaustiva de toda la medicación de un paciente (teniendo en cuenta tanto la información clínica de los registros como la información aportada por el paciente durante la entrevista clínica), con el objetivo de garantizar que los medicamentos que hay que **añadir/iniciar, cambiar o retirar sean evaluados esmeradamente** con el fin de mantener un **listado exacto y actualizado** de los medicamentos, **disponible** para el paciente o su familia/cuidador, así como para todos los proveedores que intervienen en su cuidado.
- Se deberá llevar a cabo en **todas las transiciones** a lo largo del continuo asistencial (tabla 1).

Tabla 1. Transiciones en el sistema de salud

Atención ambulatoria	Atención hospitalaria*
<ul style="list-style-type: none">• Visita a la AP (MFyC, pediatría)• Visita a consulta externa de atención especializada• Altas hospitalarias recientes• Visita a especialistas de la AP: salud mental, ginecología...• Visita a médicos prescriptores privados• Visita a urgencias:<ul style="list-style-type: none">• Hospitalaria• CUAP• Atención continuada• Visita a hospital de día• Visita domiciliaria• Visita no presencial• Ingreso en residencias geriátricas• Alta en un centro sociosanitario• Servicios de atención farmacéutica en farmacia comunitaria	<ul style="list-style-type: none">• Ingreso• Traslados internos• Alta:<ul style="list-style-type: none">• Al domicilio• En otro centro (hospital o centro sociosanitario)• En una residencia geriátrica

MFyC: medicina familiar y comunitaria.
CUAP: centro de urgencias de atención primaria.

*Se recomienda **priorizar la conciliación de la medicación al ingreso y al alta** respecto de otros puntos de transición asistencial, ya que el error de conciliación no detectado al alta del paciente tiene una gravedad potencial mayor a la que puede producirse dentro del hospital.

El objetivo es garantizar que los pacientes reciben todos los medicamentos necesarios que tomaban previamente, y que dichos medicamentos están prescritos en la dosis, vía de administración, pauta y duración correctas, y que son adecuados a la nueva prescripción realizada. En ningún caso se trata de evaluar la práctica médica ni de cuestionar las decisiones clínicas individuales, sino de detectar y corregir posibles errores de medicación que habrían pasado inadvertidos.

Idealmente, el **listado completo de medicación / listado farmacoterapéutico debería registrar medicamentos** de prescripción, incluida la medicación hospitalaria de dispensación ambulatoria y la de dispensación en el hospital de día, la medicación prescrita por la sanidad privada, la medicación en ensayo clínico, la automedicación, los medicamentos que no requieren prescripción, las plantas medicinales y los medicamentos homeopáticos.

Terminología y clasificación de las discrepancias y los errores de conciliación de la medicación.

Una *discrepancia* es una diferencia entre los medicamentos que tomaba el paciente de forma habitual y los medicamentos del nuevo plan terapéutico, la cual no constituye necesariamente un error. De hecho, la mayor parte de las discrepancias se deben al inicio de medicación o a cambios del tratamiento crónico producidos por el nuevo estado clínico del paciente o bien por la realización de exploraciones y/o intervenciones con las que puede interferir la medicación habitual. Existe una [clasificación de las discrepancias](#) en función de la situación analizada.

Los *errores de conciliación de la medicación* son las **discrepancias o las diferencias no justificadas clínicamente** entre la medicación crónica habitual del paciente y la nueva prescripción después de una transición asistencial (tabla 1).

Entendemos que **una discrepancia**:

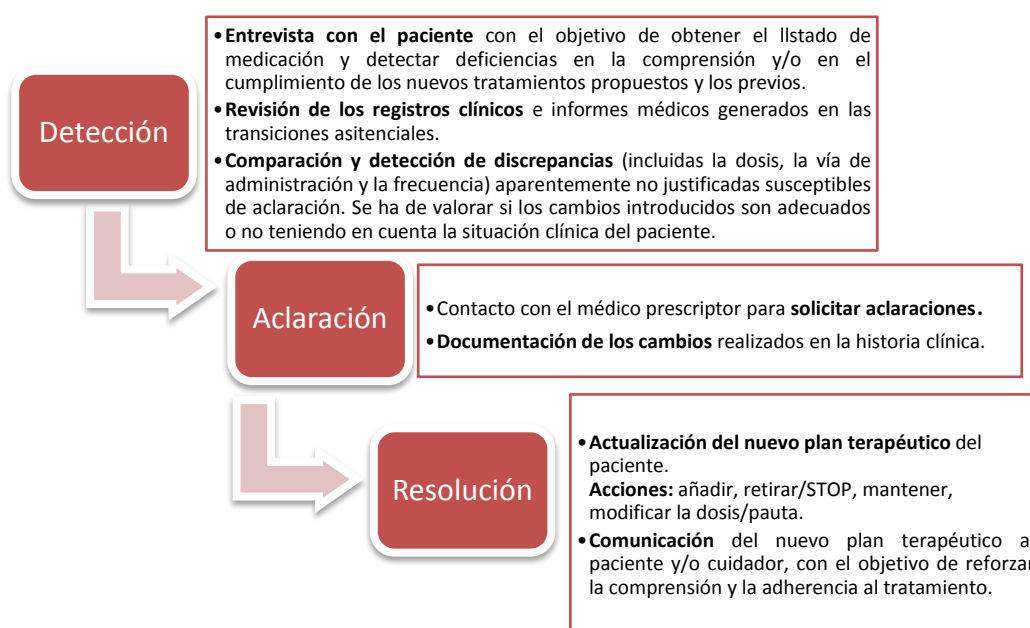
- **Es justificada** cuando se explica por la situación clínica del paciente o se justifica cuando se consulta al médico.
- Es un error de conciliación de la medicación cuando no se explica por la situación clínica del paciente, no está justificada en el curso clínico o el informe médico y **es aceptada como error por el médico prescriptor después de solicitar la aclaración.**

Etapas del proceso de conciliación de la medicación.

En la figura 1 se recogen las distintas etapas del proceso de conciliación de la medicación.

Se recomienda iniciar el proceso a partir de la lista de **medicación** actualizada de los medicamentos que realmente toma el paciente, **previamente a la transición asistencial**. **Con la entrevista clínica al paciente**, en el marco de la visita con el profesional sanitario y los distintos **registros clínicos** existentes actualmente (registro de prescripción activa en la atención primaria, HCCC, historia clínica, informes de alta hospitalaria, informes de la atención especializada, medicamentos de dispensación hospitalaria, farmacia comunitaria y fuentes complementarias), se procede a la detección de discrepancias.

Figura 1. Etapas del proceso de conciliación de la medicación.



Selección de pacientes

La conciliación de la medicación se aplica a todos los pacientes en todas las transiciones asistenciales, cada vez que el paciente cambia de ámbito asistencial o de área en el mismo ámbito. La conciliación de la medicación debe formar parte de la **práctica clínica habitual en todos los ámbitos asistenciales**.

Revisión de la medicación

Definición

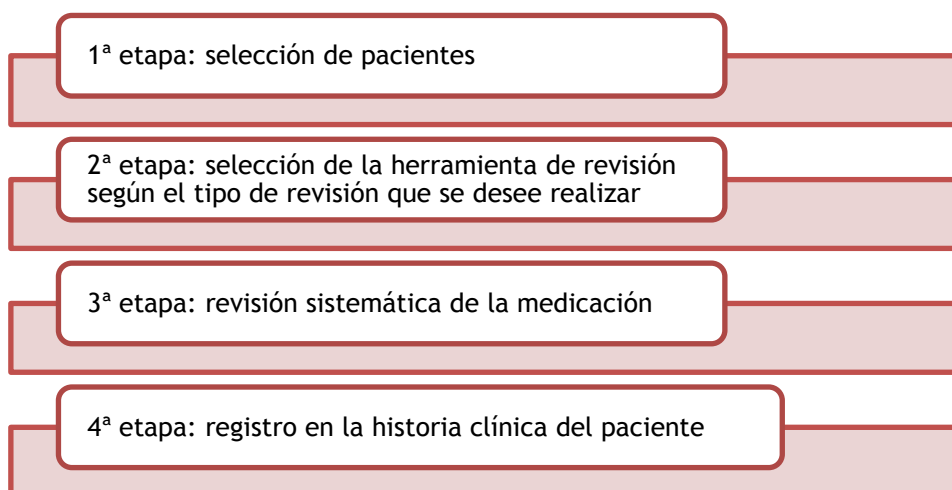
La *revisión de la medicación* se define como un **examen crítico y estructurado del régimen terapéutico del paciente**, que tiene que estar consensuado con él, con la finalidad de optimizar el impacto de la medicación, reducir los problemas relacionados con la medicación, simplificar la pauta y maximizar la eficiencia.

La revisión de la medicación pretende buscar **la adecuación del tratamiento farmacológico en el paciente crónico complejo (PCC) a lo largo del tiempo y durante las distintas etapas de la evolución de su enfermedad.**

Etapas del proceso de revisión

En la figura 2 se recogen las diversas etapas a seguir en el proceso de revisión de la medicación.

Figura 2. Etapas del proceso de revisión de la medicación

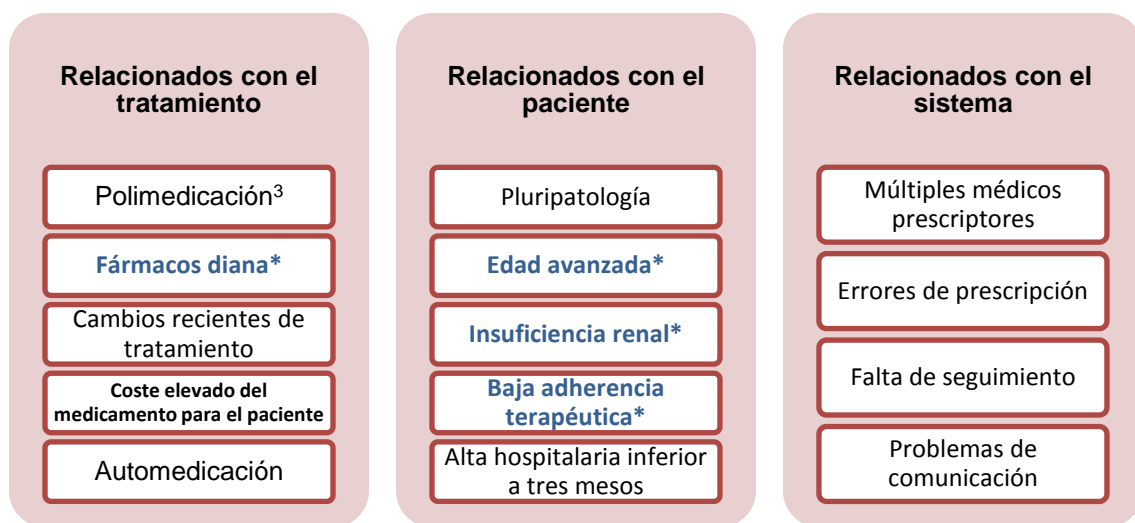


Selección de pacientes

Todos los pacientes con tratamiento crónico se deberían someter a una revisión del tratamiento farmacológico una vez al año, de acuerdo con la Instrucción 04/2012 del CatSalut; sin embargo, los pacientes que más se benefician de la implementación de un programa de revisión de la medicación son aquéllos que presentan más riesgo de sufrir acontecimientos adversos por medicamentos (AAM), ya sea por el tipo de medicación que toman, por su situación clínica, las características relacionadas con el paciente o las derivadas del mismo sistema sanitario. A mayor riesgo, mayor es la probabilidad de sufrir un AAM y, en consecuencia, también el beneficio obtenido con la revisión de la medicación.

En la figura 3 se presentan los factores de riesgo que se han relacionado más frecuentemente con un AAM y que, cuando están de manera combinada, nos indican una prioridad más alta. Por ejemplo, un paciente que presente diferentes factores de riesgo como pluripatología, edad adelantada o polimedicación, con ingresos hospitalarios frecuentes tendría que ser priorizado en un programa de revisión de la medicación, ya que obtiene más beneficios de este proceso que un paciente que presente menos factores de riesgo.

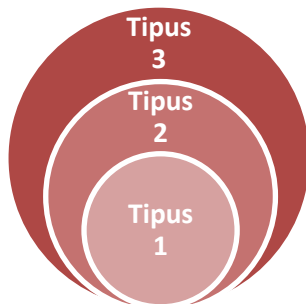
Figura 3. Factores de riesgo relacionados más frecuentemente con acontecimientos adversos por medicamentos



(*Contiene enlaces a documentos relacionados)

Tipo de revisión

Los diversos tipos de revisión se clasifican teniendo en cuenta los criterios siguientes: la finalidad de la revisión, la presencia del paciente en el marco de la visita, la revisión exclusiva de la medicación o si se revisa la medicación relacionándola con la situación clínica del paciente o bien todas ellas de forma conjunta.



Tipo 1. Revisión de las prescripciones farmacológicas

Tipo 2. Revisión de la adherencia y "concordancia" (acuerdos)

Tipo 3. Revisión clínica

La **revisión clínica** de la medicación podría plantearse como un modelo secuencial, ya que engloba las revisiones tipo 1 y tipo 2.

- **Tipo 1. Revisión de las prescripciones farmacológicas**

Sólo evalúa los aspectos "técnicos" del tratamiento farmacológico del paciente, sin tener en cuenta otros datos de la historia clínica, como pruebas analíticas o diagnósticos del paciente. **El objetivo es mejorar la seguridad y la eficiencia.**

¿Qué se revisa? Duplicidades, interacciones, contraindicaciones, fármacos desaconsejados en determinados grupos de edad (por ejemplo, personas de edad avanzada), medicamentos sustituibles por alternativas más rentables, entre otros.

Se puede realizar *sin que el paciente esté presente*. No obstante, los cambios en el tratamiento farmacológico que se puedan derivar de la revisión de la medicación se deberían llevar a cabo con la participación y el consentimiento del paciente.

Herramientas para realizar este tipo de revisión. [Cuestionario de Hamdy](#) adaptado, listados de medicamentos asociados a reacciones adversas graves en un determinado grupo de edad, especialmente personas mayores; los listados más utilizados son los criterios de Beers, elaborados en los EE.UU., los criterios PRISCUS de Alemania y los criterios de McLeod de Canadá. Dichos listados detallan los medicamentos a evitar en cualquier situación, las alternativas terapéuticas existentes, las dosis de determinados medicamentos que no deben superarse y los fármacos a evitar en determinadas patologías. Otra herramienta muy usada es el Screening Tool to Alert Doctors to Right Treatment (START), formada por 22 indicadores de prescripción basados en la evidencia existente de ciertos medicamentos para enfermedades frecuentes en personas mayores y el Screening Tool of Older Person's Prescription (STOPP), un listado de 65 criterios clínicamente relevantes de medicamentos de prescripción inadecuada, ordenados por sistemas fisiológicos. A partir de las diferentes listas y criterios expuestos, se ha elaborado una [tabla de fármacos inadecuados en personas mayores](#) adaptada a nuestro entorno.

Idealmente, las estaciones clínicas de trabajo tendrían que disponer de herramientas de prescripción electrónica asistida (PEA) que incorporaran criterios técnicos preestablecidos de seguridad o eficiencia como los que se han comentado, ya que facilitan la automatización de este tipo de revisión.

¿A qué tipo de pacientes se tendría que aplicar sistemáticamente este tipo de revisión? A todos los pacientes con tratamientos crónicos.

- **Tipo 2. Revisión de la adherencia y "concordancia" (acuerdos)**

Se utiliza para evaluar la adherencia al tratamiento farmacológico y debe realizarse en presencia del paciente, en el marco de la visita. **El objetivo de este tipo de revisión es mejorar la efectividad del tratamiento.**

Definición. La adherencia terapéutica se define como el grado de correspondencia entre el comportamiento del paciente y las recomendaciones terapéuticas acordadas con el médico. La adherencia terapéutica no deja de ser un proceso dinámico del cual el paciente es parte fundamental y activa. Siguiendo esta línea, en los últimos años se ha propuesto un cambio conceptual basado en la configuración de un modelo de relación profesional sanitario-paciente centrado en las necesidades del paciente definidas por él mismo, en el cual sus valores tienen un rol central y deben ser explorados, respetando sus preferencias por las distintas alternativas terapéuticas, si las hubiese. En este modelo, la definición de *adherencia* se ve sustituida por la de *concordancia*. Con esta perspectiva, el proceso de prescripción y de toma de la medicación está considerado como una alianza en la cual el paciente y el médico participan para conseguir un acuerdo sobre las medicaciones que hay que tomar, cuándo y cómo se tienen que tomar, y hacerlo a partir de los conocimientos y la experiencia del profesional y de las creencias, experiencias y preferencias del paciente. A pesar de las dificultades prácticas de este nuevo modelo, el aspecto clave radica en el cambio de rol del profesional sanitario, ya que se pasa de un modelo paternalista a un modelo de decisión compartida.

Herramientas para medir la adherencia: **no existe una medida de la adherencia que tenga una validez contrastada**; por esta razón, se aconseja combinar varios métodos. Habitualmente se utilizan cuestionarios que el paciente debe responder y se realiza el recuento de los comprimidos que toma. En último término, **el grado de control de la enfermedad puede ser una medida efectiva.**

Estrategias para mejorar la adherencia

Haynes estableció una serie de intervenciones (presentadas en la tabla 1.1) para mejorar la adherencia que han resultado efectivas, las cuales han pasado a constituir una aproximación clásica a este tema y han servido de base para trabajos posteriores.

Tabla 2. Estrategias efectivas para mejorar la adherencia

Información
<ul style="list-style-type: none">- Simplificar la pauta tanto como sea posible.- Proporcionar al paciente indicaciones claras sobre el régimen terapéutico prescrito, si es posible, entregarlas también por escrito.
Para tratamientos crónicos
Recordatorios
<ul style="list-style-type: none">- Prescribir la medicación adaptada a las actividades cotidianas del paciente.- Recordar la importancia de la adherencia en cada visita.- Ajustar la frecuencia de las visitas a las necesidades del paciente.- Llamar al paciente si no acude a la visita programada.- Utilizar las TIC (SMS, etc.).
Premios
<ul style="list-style-type: none">- Reconocer los esfuerzos que realiza el paciente en cada visita por mejorar la adherencia.- Reducir el número de visitas si la adherencia es adecuada.
Apoyo social
<ul style="list-style-type: none">- Implicar a la familia y los amigos.

Vista la importancia de la adherencia en la relación asistencial y en las repercusiones para la salud del paciente, es evidente que los resultados obtenidos con las intervenciones en esta área son insuficientes. Se debe cambiar la perspectiva que se ha aplicado hasta ahora e incorporar nuevos enfoques procedentes de las teorías que están emergiendo en la educación para la salud, algunas de las cuales trataremos de describir brevemente.

Debemos evitar la idea de que una única intervención aplicada para mejorar la adherencia en un momento determinado será eficaz durante el resto de la vida de un PCC. De hecho, la adherencia varía con el tiempo transcurrido desde que un paciente inicia un tratamiento, especialmente en el caso de patologías crónicas; y dichos cambios pueden estar relacionados con el estado de salud del paciente, pero también con los cambios en la relación con el médico, con la satisfacción de los servicios sanitarios que utiliza o con otros aspectos de su vida. Una buena relación entre el profesional sanitario y el paciente a partir de la empatía es la base de una relación de confianza que facilita la adherencia a las recomendaciones.

La individualización de los tratamientos (*tailoring*) es un componente fundamental de muchas estrategias actuales utilizadas para mejorar la adherencia, especialmente cuando se refiere a una patología crónica, como se deduce de la teoría de los estadios del cambio. Para conseguir esta individualización, la tecnología informática es un instrumento potente que ha ido ganando importancia en los últimos años. Se han elaborado diferentes programas que permiten individualizar las recomendaciones para cada persona, una vez ha cumplimentado un breve cuestionario informático con relación a su enfermedad y opiniones personales relevantes para el tratamiento y la adherencia.

Otras estrategias de interés son los [instrumentos de ayuda a la decisión del paciente](#) (patient decision aids), documentos informativos que se presentan en soporte papel o digital, con la información necesaria y objetiva presentada de forma sencilla y comprensible para la mayoría de pacientes, de manera que les permita tomar una decisión informada, bajo la perspectiva de su enfermedad en situaciones clínicas con distintas alternativas terapéuticas. La difusión de estas tecnologías abre nuevas perspectivas en la manera de plantear las intervenciones para mejorar la adherencia.

Herramienta para sistematizar la revisión de tipo 2. Es un algoritmo que facilita llevar a la práctica asistencial las recomendaciones descritas anteriormente para mejorar la adherencia; así como sistematizar la información que recibe al paciente sobre su medicación y detectar los [obstáculos que dificultan la adherencia](#) y proponer la intervención más adecuada.

A qué tipo de pacientes se debería aplicar sistemáticamente la revisión de tipo 2

- a) Pacientes que presenten un control inadecuado de la enfermedad o bien cambios bruscos en la evolución de dicha enfermedad, o bien que no respondan al tratamiento.
- b) Pacientes con tratamientos que causen efectos adversos frecuentes que empeoren su calidad de vida y pacientes en los que no se presenta un efecto adverso frecuente asociado al tratamiento.
- c) Pacientes polimedicados, especialmente si son ancianos.
- d) Pacientes con tratamientos complejos y de larga duración y/o con medicamentos cuya administración es compleja y requiere un adiestramiento periódico de la técnica.

- **Tipo 3. Revisión clínica**

Esta tercera estrategia de revisión es la más global, ya que integra las dos anteriores y profundiza en la seguridad de la medicación. **Tiene por objetivo mejorar de forma combinada la adecuación al tratamiento, la seguridad y la efectividad.**

Definición. La revisión clínica de la medicación es el proceso en el cual el médico, durante la visita que realiza al paciente, valora la eficacia terapéutica de cada medicamento, y la relaciona con la evolución de las patologías que le está tratando, así como la prevención y resolución de los PRM, la adherencia al tratamiento y el conocimiento que tiene el paciente del tratamiento farmacológico y sus patologías.

La finalidad es decidir si es necesario añadir, retirar o continuar alguno de los medicamentos de la medicación que toma el paciente, y valorar los beneficios y riesgos que comporta la terapia.

Qué se revisa. La **indicación** de la medicación en relación con las patologías que tiene el paciente; la **adecuación** de cada uno de los medicamentos que toma el paciente a la edad y/o las condiciones clínicas como la insuficiencia renal o hepática, así como la adecuación de la dosis, la pauta y la duración; también se valora **la efectividad** del tratamiento con relación al objetivo terapéutico planteado y los aspectos relacionados con la **seguridad** de los medicamentos para evitar PRM y lograr **la adherencia** al tratamiento.

Para realizar este tipo de revisión es imprescindible consultar la historia clínica del paciente y su presencia para valorar la adherencia y acordar con él los cambios efectuados en su tratamiento.

A qué tipo de pacientes de pacientes se debería aplicar sistemáticamente el tipo de revisión 3

Se priorizan los pacientes que presenten unos o más factores de riesgo de los que están recogidos en la figura 3.

Metodología para llevar a cabo la revisión clínica

A continuación se presentan los pasos para la realización sistemática de la revisión clínica. Figura 4. Revisión clínica

1^{er} paso. Jerarquizar las patologías teniendo en cuenta el criterio del profesional y del paciente.

2^o paso. Asociar los medicamentos a las patologías que presenta el paciente.

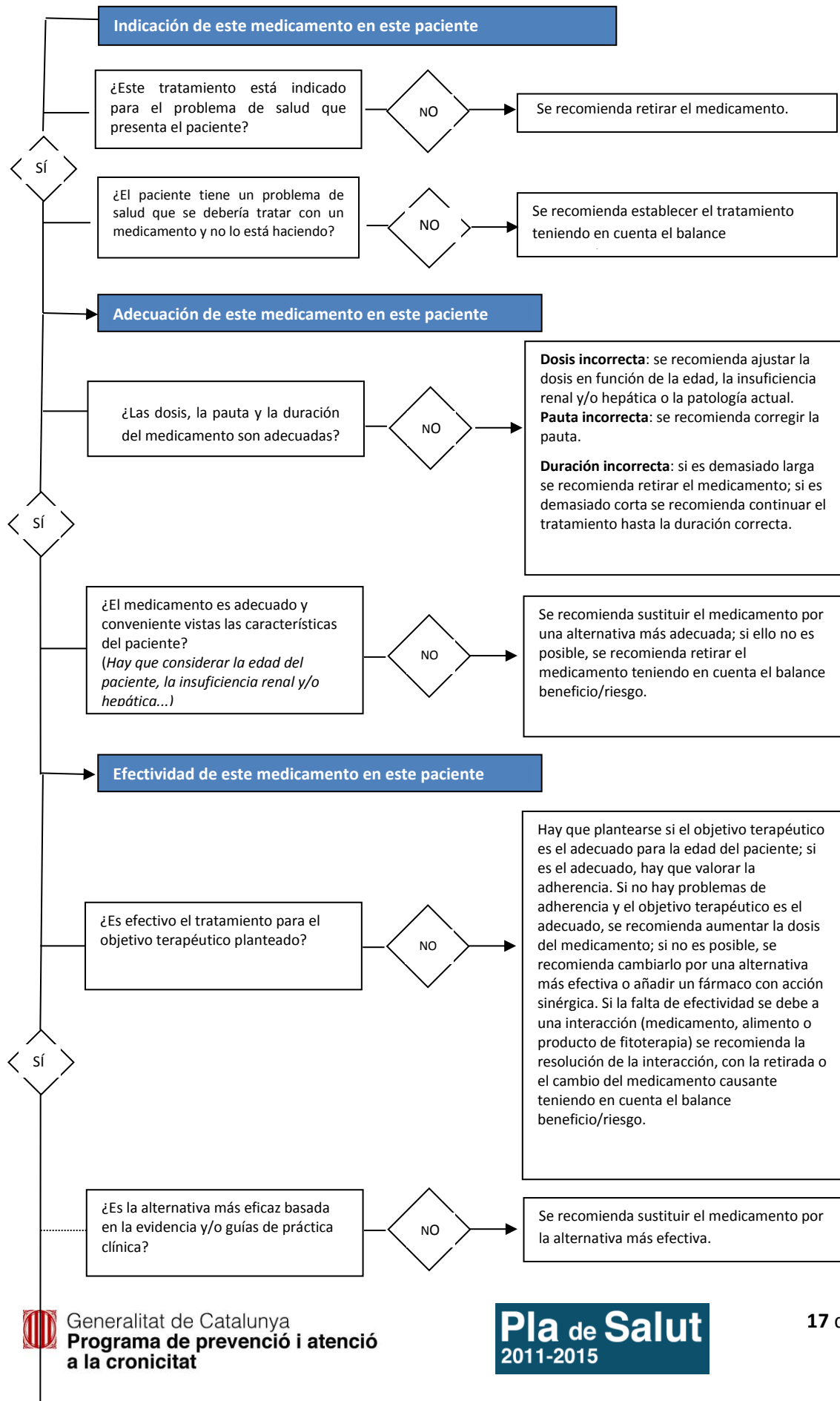
3^{er} paso. Establecer el objetivo terapéutico para cada tratamiento teniendo en cuenta la edad y situación clínica del paciente.

4^o paso. Aplicar el algoritmo de revisión clínica de la medicación (figura 5) para valorar la indicación, adecuación, efectividad, seguridad, coste y adherencia terapéutica.

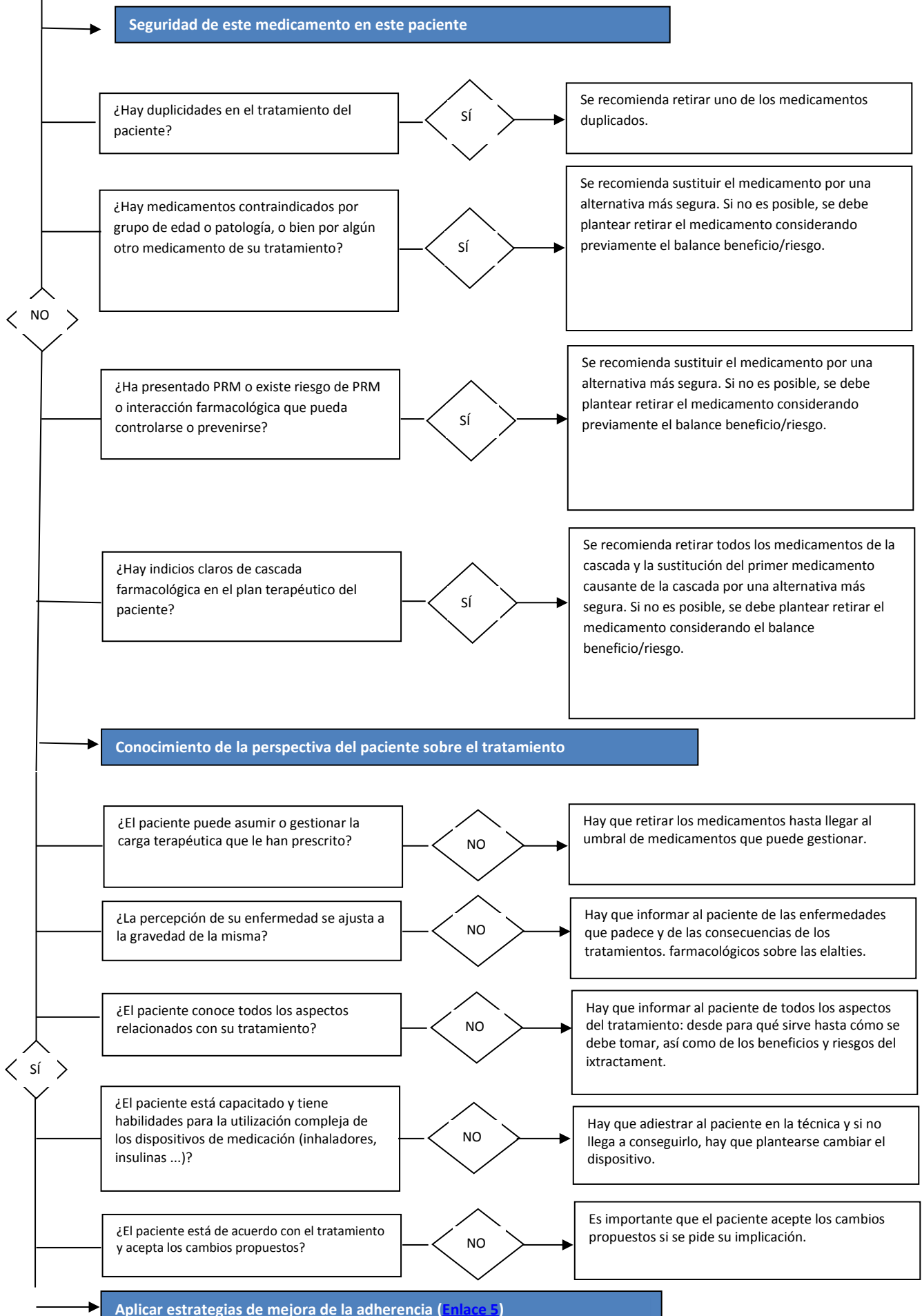
Herramientas para sistematizar la revisión tipo 3. Existen diferentes herramientas para realizar este tipo de revisión, entre las que podemos mencionar el Assessing Care of Vulnerable Elderly (ACOVE), instrumento orientado al paciente de edad avanzada; NO TEARS Tool, que indica las dimensiones evaluadas de la medicación a partir de la evidencia científica, y el Screening Tool for Medication Review, que está orientado a pacientes polimedicados.

Finalmente, también se dispone del único instrumento que se ha validado en nuestro medio, el Medication Appropriateness Index (MAI), que presenta problemas de factibilidad para la utilización en la atención primaria por la complejidad que tiene de aplicación y la exhaustividad de las dimensiones que mide. Se puede encontrar una descripción detallada en el libro publicado por la Sociedad Española de Farmacéuticos de Atención Primaria (SEFAP), que ha diseñado un algoritmo que revisa las cinco dimensiones (indicación, adecuación, efectividad, seguridad y adherencia) descritas anteriormente y de fácil aplicabilidad en nuestro medio (figura 5).

Figura 5. ALGORITMO DE LA REVISIÓN CLÍNICA DE LA MEDICACIÓN EN EL PACIENTE CRÓNICO COMPLEJO



Manejo básico de la medicación en el paciente crónico: conciliación, revisión, desprescripción y adherencia



Desprescripción

Definición

Se trata de una retirada planificada y estandarizada de la medicación crónica, sobradamente recomendada en personas mayores. En ausencia de estudios y guías centradas específicamente en la retirada de la medicación, la desprescripción se debería fundamentar en la epidemiología de los problemas relacionados con la prescripción (por ejemplo, los medicamentos desaconsejados en personas mayores, o con un perfil de mayor riesgo, que deberían ser un objetivo prioritario de retirada); debería ser individualizada y regirse por el sentido común.

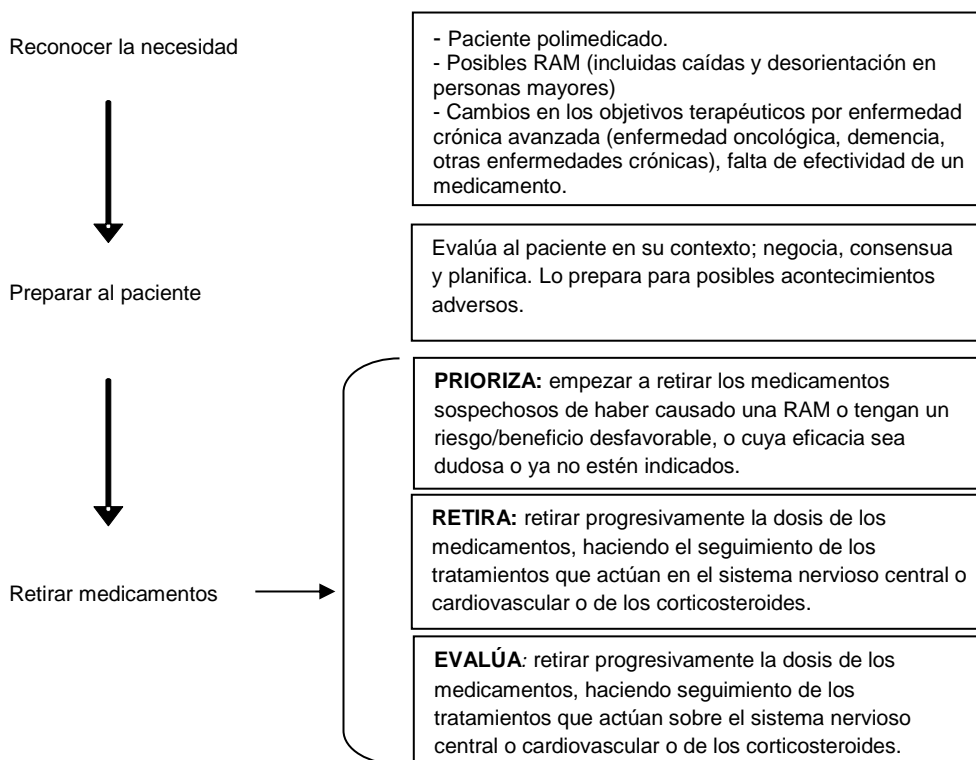
Situaciones que favorecen la desprescripción

Existen situaciones en las que se debería que plantear la revisión de la medicación con el objetivo concreto de retirar medicamentos. Son los siguientes casos:

1. **Falta de efectividad del tratamiento**, ya sea porque se trata de lo siguiente:
 - Medicamento no indicado.
 - Carece de evidencia sobre los beneficios en general o en la población de personas mayores.
 - Existencia de recomendaciones en contra del uso del medicamento en personas mayores o con problemas de salud específicos.
2. **Personas con polimedicación**. Diferentes estudios indican que es posible implementar estrategias de retirada de medicamentos en pacientes ancianos polimedicados y que no solo no producen el deterioro de las enfermedades del paciente o la reaparición de los síntomas, sino que pueden mejorar el estado cognitivo del paciente, reducir el riesgo de caídas y mejorar la calidad de la vida.
3. **Reacciones adversas a medicamentos (RAM)**. Se incluyen acontecimientos adversos frecuentes en personas mayores con consecuencias potencialmente graves. Muchos de estos acontecimientos se han considerado durante mucho tiempo “normalmente relacionados con el envejecimiento”, como caídas, desorientación y deterioro cognitivo o trastornos de la conducta, como agitación. Según algunos autores, “cada síntoma en un paciente mayor debería considerarse una RAM hasta que no exista una prueba contraria”.
4. **Cambios en los objetivos terapéuticos**, sobre todo ante una enfermedad crónica avanzada, incluidas las enfermedades oncológicas o la demencia en un estado

avanzado. A medida que la enfermedad progresa y es más claro que la prevención o curación no son objetivos realistas, un enfoque individualizado y consensuado con el paciente, más dirigido a la paliación y control de los síntomas puede ser lo más adecuado. Este cambio de enfoque debería acompañarse de una revisión de la medicación con la retirada de medicamentos que ya no se ajustan a los objetivos. Habitualmente, uno de los objetivos puede ser el confort y el control de síntomas (dolor, ansiedad, ahogo, etc.), pero en otras situaciones puede combinarse o anteponer el deseo o la necesidad de mantener la capacidad de interactuar con el entorno o dejar resueltas algunas situaciones familiares o asuntos prácticos. Asimismo, hay que tener en cuenta que algunos medicamentos (por ejemplo, estatinas, antihipertensivos o bifosfonatos) pueden tener un objetivo preventivo mal ajustado a la situación, o requieren un tiempo largo, posiblemente incluso superior a la esperanza de vida de la persona para ser efectivos. Otros medicamentos pueden ver sus efectos influidos por cambios orgánicos asociados a la enfermedad (cambios en la composición corporal en situación de caquexia, o trastornos del metabolismo hepático y renal, por ejemplo), que pueden determinar un incremento del riesgo de reacciones adversas.

Etapas de la desprescripción



¿Cómo abordar la retirada de la medicación?

Cuando el proceso de desprescripción es lento, se retira bajo supervisión médica no más de un medicamento al mismo tiempo, y se reduce progresivamente la dosis si es necesario a fin de que se minimicen las reacciones clínicas adversas asociadas a la retirada.

A pesar de ello, hay que tener en cuenta la eventual aparición de lo siguiente:

- Síndromes de retirada. Se manifiesta sobre todo con medicamentos que actúan sobre el sistema nervioso central como benzodiazepinas, antidepresivos, levodopa, bloqueantes β o corticosteroides.
- Efecto de rebote. Algunos ejemplos son la taquicardia por la retirada de bloqueantes β , la hipersecreción ácida por la retirada de inhibidores de la bomba de protones y el insomnio por retirada de hipnóticos.
- Desenmascaramiento de interacciones. Por ejemplo, con la retirada de omeprazol se puede tener que modificar la pauta de anticoagulantes orales que previamente era estable, porque el omeprazol puede modificar el metabolismo de los anticoagulantes.
- Reparición de la enfermedad subyacente: síntoma original o factor de riesgo. Es un fenómeno aparentemente infrecuente, pero que debe tenerse en cuenta.

En caso de que aparezcan síndromes de retirada o reaparezcan enfermedades subyacentes, es preciso reiniciar el tratamiento a las dosis de partida y realizar un reensayo de retirada a un ritmo más lento. En estos casos, puede ser útil la información sobre [las posibles reacciones adversas causadas por la retirada y las recomendaciones para gestionarlas](#).

Estrategia de implantación de un programa de revisión, conciliación y adherencia de la medicación

No disponemos de ningún modelo ideal de programas de **revisión, conciliación y adherencia**, y por ello se hace necesario adaptar estos procesos a cada entorno teniendo en cuenta, entre otros, la organización, recursos y sistemas de información disponibles.

Los puntos fundamentales son los siguientes:

- **Formar un equipo multidisciplinar e implicar a toda la organización.**
- **Protocolizar los procesos de conciliación, revisión, desprescripción y adherencia asignando funciones, responsabilidades y evitar la duplicidad de tareas, lo cual se debe mantener en el tiempo.**
- **Definir un plan de acción que prevea objetivos, proyecto piloto, fases, cronograma, fuentes de información, selección de pacientes y seguimiento del programa.**
- **Apoyo de los sistemas de información y gestión clínica: módulos de prescripción electrónica para la prevención de PRM y para la revisión sistemática de los medicamentos.**
- **Plan de formación y difusión del programa a los profesionales.**
- **Formar al paciente e implicarlo activamente en su tratamiento.**
- **Disponer de comisiones multidisciplinarias entre ámbitos asistenciales: estandarizar procesos.**
- **Facilitar un registro único de la medicación (historia clínica compartida de Cataluña, HCCC): disponer de un registro único actualizado en tiempo real.**

Bibliografía sobre revisión

W Clyne, A Blenkinsopp, R Seal. A guide to medication review 2008. (Citat 1 de juliol 2012). Disponible en http://www.npc.nhs.uk/review_medicines/intro/resources/agtmr_web1.pdf

Instrucció 04/2012. Requeriments i criteris comuns mínims per a la prescripció, revisió i renovació de tractaments crònics mitjançant recepta. Disponible a: http://www10.gencat.cat/catsalut/archivos/instruccions/instruccio_04_2012.pdf

Gandhi TK, Weingart SN, Borus J, Seger AC, Peterson J, Burdick E, et al. Adverse drug events in ambulatory care. *N Engl J Med*. 2003;348:1556-64.

Gurwitz JH, Field TS, Harrold LR, Rothschild J, Debellis K, Seger AC, et al. Incidence and preventability of adverse drug events among older persons in the ambulatory setting. *JAMA*. 2003;289:1107-16.

Bourgeois FT, Shannon MW, Valim C, Mandl KD. Adverse drug events in the outpatient setting: an 11-year national analysis. *Pharmacoepidemiol Drug Saf*. 2010;19: 901-10.

Howard RL, Avery AJ, Slavenburg S, Royal S, Pipe G, Lucassen P, et al. Which drugs cause preventable admissions to hospital? A systematic review. *Br J Clin Pharmacol*. 2007;63:136-47.

Otero MJ, Alonso P, Maderuelo JA, Ceruelo J, Domínguez-Gil A, Sánchez A. Prevalencia y factores asociados a los acontecimientos adversos prevenibles por medicamentos que causan el ingreso hospitalario *Farm Hosp*. 2006;30:161-70.

Koehler JA, Abramowitz PW, Swim SE, Daniels CE. Indicators for the selection of ambulatory patients who warrant pharmacist monitoring. *J Hosp Pharm*. 1989;46:729-32.

Hajjar ER, Hanlon JT, Artz MB, Lindblad CI, Pieper CF, Sloane RJ, et al. Adverse drug reaction risk factors in older outpatients. *Am J Geriatr Pharmacother*. 2003;1:82-9.

Hamdy RC, Wyatt S, Whalen K, Donnelly JP, Compton R, Testerman F, et al. Reducing polypharmacy in extended care. *South Med J*. 1995;88(5):534-8.

The American Geriatrics Society 2012 Beers Criteria Update Expert Panel. American Geriatrics Society updated Beers Criteria for potentially inappropriate medication use in older adults. *J Am Geriatr Soc*. 2012 Apr;60(4):616-31.

Holt S, Schmiedl S, Petra A, Thürmann PA. Potentially inappropriate medications in the elderly: the PRISCUS List. *Dtsch Arztebl Int*. 2010;107:543-51.

McLeod PJ, Huang AR, Tamblyn RM, Gayton DC. Defining inappropriate practices in prescribing for elderly people: a national consensus panel. *CMAJ*. 1997;156:385-91.

Delgado E, Muñoz M, Montero B, Sánchez C, Gallagher PF, Cruz-Jentoft AJ. Prescripción inapropiada de medicamentos en los pacientes mayores: los criterios STOPP/START. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2009;44:273-9.

Nunes V, Neilson J, O'Flynn N, et al. Clinical guidelines and evidence review for medicines adherence: involving patients in decisions about prescribed medicines and supporting adherence. London: National Collaborating Centre for Primary Care and Royal College of General Practitioners; 2009.

Coulter A, Ellins J. Effectiveness of strategies for informing, educating and involving patients. *BMJ* 2007;355:24-7.

Mariner M, Berkingsog, Bould C, et al. From compliance to concordance: achieving shared goals in medicine taking. London: Royal Pharmaceutical Society; 1997.

Elwyn G, Edwards A, Britten N. Doing prescribing: how doctors can be more effective. *BMJ*. 2003; 327:864-7.

McNutt RA. Shared decision-making: problems, process, progress. *JAMA*. 2004;292:2516-8.

Haynes RB, Wang E, Da Mota Gomes M. A critical review of interventions to improve compliance with prescribed medications. *Patient Educ Counselling*. 1987;10:155-66.

Prochaska JO, Redding CA, Evers KE. The transtheoretical model and stages of change. In: Glanz K, Lewis FM, Rimer BK, editors. *Health behaviour and health education*. San Francisco: Jossey Bass; 1997: 60-84.

Butler C, Bolnik S, Stott N. The practitioner, the patient and resistance to change: recent ideas on compliance. *CMAJ*. 1996;154:1357-62.

De Vries H, Broug J. Computer-tailored interventions motivating people to adopt health promoting behaviour: introduction to a new approach. *Patient Educ Counselling*. 1999;36:99-105.

Bental DS, Cawsey A, Joens R. Patient information systems that tailor to the individual. *Patient Educ Counselling*. 1999;36:171-80.

Amado E, Izko N, De Palma D, Massot M, Rodríguez G, Rosich I. Elementos básicos del abordaje de la medicación en el paciente crónico: información al paciente, conciliación, revisión y adherencia. Barcelona: SEFAP; 2012.

Zermansky AG, Petty DR, Raynor DK, Freemantle N, Vail A, Lowe CJ. Randomised controlled trial medication review by a pharmacist of elderly patients receiving repeat prescriptions in general practice. *BMJ*. 2001;323:1-5.

Knight E, Avorn J. Quality indicators for appropriate medication use in vulnerable elders. *Ann Intern Med*. 2001;135:703-10.

Higashi T, Shekelle P, Solomon D, Knight E, Roth C, Chang J, et al. The quality of pharmacologic care for vulnerable older patients. *Ann Intern Med*. 2004;140:714-20.

Lewis T. Using NO TEARS Tool for medication review. *BMJ*. 2004;329:434.

De Smet P, Denneboom W, Kramers C, Grol R. A composite screening tool for medication reviews of outpatients. *Drugs Aging*. 2007;24(9):733-60.

Hanlon JT, Schmander KE, Samsa GP, Weinberger M, Uttech KM, Lewis IK, et al. A method for assessing drug therapy appropriateness. *J Clin Epidemiol*. 1992;45(10):1045-51.

Fitzgerald LS, Hanlon JT, Shelton PS, Landsman PB, Schmander KE, Pulliman C, et al. Reliability of a modified medication appropriateness index in ambulatory older persons. *Ann of Pharmacotherapy*. 1997;31:543-8.

Bibliografía sobre desprescripción

Garfinkel D, Mangin D. Feasibility study of a systematic approach for discontinuation of multiple medications in older adults: addressing polypharmacy. *Arch Intern Med*. 2010 Oct 11;170(18):1648-54.

Steinman MA, Hanlon JT. Managing medications in clinically complex elders: "There's got to be a happy medium". *JAMA*. 2010 Oct 13;304(14):1592-601.

Rochon PA, Gurwitz JH. Optimising drug treatment for elderly people: the prescribing cascade. *BMJ*. 1997 Oct 25;315(7115):1096-9.

[Hardy J, Hilmer S. Deprescribing in the last year of life. *J Pharm Pract Res*. 2011;41:146-51].

Bibliografía sobre conciliación

How-to guide: prevent adverse drug events by implementing medication reconciliation. Cambridge (MA): Institute for Healthcare Improvement; 2011. Disponible en: www.ihl.org

Gleason KM, Brake H, Agramonte V, Perfetti C. Medications at transitions and clinical handoffs (MATCH) toolkit for medication reconciliation. (Prepared by the Island Peer Review Organization, Inc., under

Contract No. HHS2902009000 13C.) AHRQ Publication No. 11(12)-0059. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality; diciembre de 2011.

JCAHO. Rich DS, editor. Medication Reconciliation Handbook. 1st ed. Oakbrook Terrace (IL): Joint Commission Resources; 2006.

The Institute for Healthcare Improvement. 5 Million Lives Campaign. Getting Started Kit: Prevent Adverse Drug Events (Medication Reconciliation) How-to Guide. Cambridge (MA): Institute for Healthcare Improvement; 2008. Disponible en: <http://www.ihl.org/NR/rdonlyres/98096387-C903-4252-8276-5BFC181C0C7F/0/ADE HowtoGuide.doc>

National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE), National Patient Safety Agency. Technical patient safety solutions for medicines reconciliation on admission of adults to hospital. Disponible en: <http://www.nice.org.uk/guidance/index.jsp?action=byld&o=11897>

Roure C, Gorgas MQ, Delgado O, coord. Guía para la implantación de programas de conciliación de la medicación en los centros sanitarios. [S.l.]: Sociedad Catalana de Farmacia Clínica; 2009.

Roure C, Delgado O, Aznar MT, Villar Y, Fuster L, coord. Documento de consenso en terminología y clasificación de los programas de conciliación de la medicación 2009. Barcelona: Ediciones Mayo; 2009.

Roure C. Conciliació de la medicació: una eina necessària per garantir la continuïtat assistencial i millorar la seguretat del pacient. Butlletí d'Informació Terapèutica. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. BIT. 2010; 22(4).

Greenwald JL, Halasyamani L, Greene J, LaCivita C, E Stucky, Benjamín B, et al. Making inpatient medication reconciliation patient centered, clinically relevant, and implementable: a consensus statement on key principles and necessary first steps. J Hosp Med. 2010 Oct; 5(8):477-85.

Amado E, Izko N, De Palma D, Massot M, Rodríguez G, Rosich I. Elementos básicos del abordaje de la medicación en el paciente crónico: información al paciente, conciliación, revisión y adherencia. Barcelona: SEFAP; 2012. Disponible en: <http://www.sefap.org>

Griffin FA, Vaida AJ, Williams MV. Making inpatient medication reconciliation patient centered, clinically relevant, and implementable: a consensus statement on key principles and necessary first steps. J Hosp Med 2010 Oct;5(8):477-85.

Bibliografía web

Safer Healthcare Now! Disponible en: www.saferhealthcarenow.ca

Massachusetts Coalition for Prevention of Medical Errors. Disponible a: www.macoalition.org

Institute for Healthcare Improvement. Disponible en: <http://www.ihl.org/explore/ADEsMedicationReconciliation/>

Societat Catalana de Farmàcia Clínica. Disponible en: <http://www.scfarmclin.org>

Sociedad Española de Farmacéuticos de Atención Primaria (SEFAP). Disponible en: <http://www.sefap.org>

Sociedad Española de Farmacéuticos de Hospital. Disponible en: <http://www.sefh.es>

Responsable del proyecto: Corinne Zara

Grupo de revisión

Responsable

Ester Amado

Miembros

Albert Broto	Carles Pardo	Anna Coma
Núria Escoda	Esther Limón	Isabel Rosich
M. Antonia Llauger	Maite Pérez	Marco Inzitari
Mireia Massot	Montse Boqué	Neus Esgueva de Haro
Corinne Zara		

Grupo de conciliación

Responsable

Isabel Rosich

Miembros

M. Àngels Pellicer	Carmen Olmos	Cristina Roure
Núria Escoda	M. Carmen Buixeda	M. Queralt Gorgas
Ester Amado	Gemma Rodriguez	Neus Rams
Marga Torio	Mercè Mercadé	Mercè Rodríguez
Josemi Baena	Corinne Zara	

