

Emilio Jesús Alegre-del Rey^{a,*}, Silvia Fénix-Caballero^a,
Jorge Díaz-Navarro^a y Esteban Rodríguez-Martín^b

^a Servicio de Farmacia, Hospital Universitario Puerto Real, Puerto Real (Cádiz), España

^b Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital Punta de Europa, Algeciras (Cádiz), España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: emilioj.alegre.sspa@juntadeandalucia.es
(E.J. Alegre-del Rey).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.04.024>

Intervención integral al paciente polimedcado



Global intervention in the polymedicated patient

Sr. Director:

Hemos leído con gran interés el artículo de Nicieza-García et al.¹ sobre el proyecto que está desarrollando el Servicio de Salud del Principado de Asturias para evaluar las medicaciones de pacientes con polimedcación y nos gustaría comentar algunos aspectos que consideramos importantes sobre los criterios utilizados a la hora de seleccionar a los/las pacientes polimedcados/as.

En primer lugar, la definición de paciente polimedcado/a varía en función de la fuente consultada, y se entiende por polimedcación o polifarmacia el consumo a diario de cuatro, cinco o incluso ocho fármacos. La definición básica es bastante simple: se prescriben o se toman más medicamentos de los que son clínicamente apropiados². En el proyecto se incluyeron solo pacientes que toman diariamente 10 o más fármacos¹. En este sentido, nos gustaría destacar que la frecuencia de eventos adversos a fármacos es del 6% cuando un/a paciente toma dos medicamentos, del 50% cuando toma cinco y casi del 100% cuando toma ocho o más medicamentos³, por lo que consideramos que pacientes que tomen diariamente cinco o más fármacos es un grupo poblacional muy amplio que podría beneficiarse también de este tipo de iniciativa.

En segundo lugar, la falta de adherencia a los tratamientos en el paciente polimedcado aumenta con el número de fármacos y la complejidad del régimen terapéutico. En pacientes con enfermedades crónicas se ha documentado un incumplimiento del 15% cuando se toma solo una medicación, de un 25% con dos o tres fármacos y de hasta un 35% con cuatro o más². Por ello, creemos que podría ser insuficiente considerar, como único criterio de selección, el número de envases de medicación retirados en las oficinas de farmacia, ya que varios factores no mensurados relacionados con la adherencia terapéutica podrían interferir con el número de envases entregados.

Teniendo en cuenta lo anteriormente mencionado, consideramos que, para optimizar la revisión de la medicación de pacientes polimedcados/as, sería recomendable incluir intervenciones basadas en la revisión farmacoterapéutica, sometiendo a una reevaluación periódica de la medicación a estos pacientes, no solo por los envases retirados de las oficinas de farmacia. En referencia a esto, consideramos que una buena labor de seguimiento de los/las pacientes polimedcados/as debe incluir, además de una automatización y una aplicación generalizada, una entrevista personal para detectar necesidades y problemas, incidir en la educación y la formación (tanto de pacientes como de profesionales sanitarios), introducir sistemas computarizados de ayuda a la toma de decisiones para detectar prescripción inadecuada en pacientes ancianos, hacer un programa de seguimiento de la adherencia terapéutica de estos/as pacientes y, por supuesto, integrar la información entre los distintos niveles asistenciales, en especial en los servicios de

urgencias, donde muchos de los errores relacionados con los medicamentos de estos pacientes se deben a la falta de información y de conciliación de los cambios farmacológicos realizados con la transición entre distintos niveles asistenciales^{4,5}.

Financiación

Ninguna.

Contribuciones de autoría

E. Rodríguez del Río, M. Martínez Agüero, L. Arias Fernández y F.J. Martín-Sánchez han contribuido a la escritura del trabajo, han realizado la revisión crítica con importantes contribuciones intelectuales y han aprobado la versión final del manuscrito para su publicación.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Bibliografía

1. Nicieza-García ML, Salgueiro-Vázquez ME, Jimeno-Demuth FJ, et al. Optimización de la información sobre la medicación de personas polimedcadas en atención primaria. *Gac Sanit.* 2016;30:69-72.
2. Villafaina Barroso, Gavilán Moral E, Atanasio Moraga JA. Implicaciones y consecuencias de la polimedcación. En: Gavilán Moral E, Villafaina Barroso A, editores. *Polimedcación y salud: estrategias para la adecuación terapéutica*. Barcelona: Reprodisseny; 2011. p. 23-31.
3. Estudio ENEAS. Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la hospitalización. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006. (Consultado el 10/2/2016.) Disponible en: http://www.mssi.gov.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/opsc_sp2.pdf
4. Martín de Rosales Cabrera AM. Coordinación multidisciplinaria para asegurar la correcta medicación del paciente: conciliación de la medicación. *Rev Calid Asit.* 2010;25:239-43.
5. Piqueras Romero C, Calderón Hernanz B, Segura Frago A, et al. Ensayo clínico controlado y aleatorizado para evaluar el efecto que tiene la intervención de un farmacéutico especialista en los problemas relacionados con la medicación de pacientes ancianos ingresados en una unidad de corta estancia de urgencias. *Emergencias.* 2015;27:364-70.

Elena Rodríguez del Río^a, María Martínez Agüero^b,
Lourdes Arias Fernández^a y Francisco Javier Martín-Sánchez^{b,c,*}

^a Servicio de Farmacia Hospitalaria, Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España

^b Servicio de Urgencias, Hospital Clínico San Carlos, Madrid; Instituto de Investigación Sanitaria del Hospital Clínico San Carlos (IdISSC), Madrid, España

^c Facultad de Medicina, Universidad Complutense, Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: fjms@hotmail.com (F.J. Martín-Sánchez).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.04.023>