



# *Abordaje de la* **Medicación en el** *Paciente* **Crónico**

**Marisa Nicieza. Simone Andrea Mogut**



**Conciliación de la Medicación**

**Revisión de la**

**Medicación**

**Revisión de la**

**Adherencia**

**Entrevista clínica**

# ¿Conciliación?....

## **Definición:**

“La Conciliación es un proceso formal consistente en comparar la medicación habitual del paciente con la medicación prescrita después de una **transición asistencial** o de un **traslado dentro del propio nivel asistencial**, con el objetivo de analizar y resolver **las discrepancias detectadas**”



# ¿Quién debe Conciliar y Cuando?



# Tipos de Discrepancias

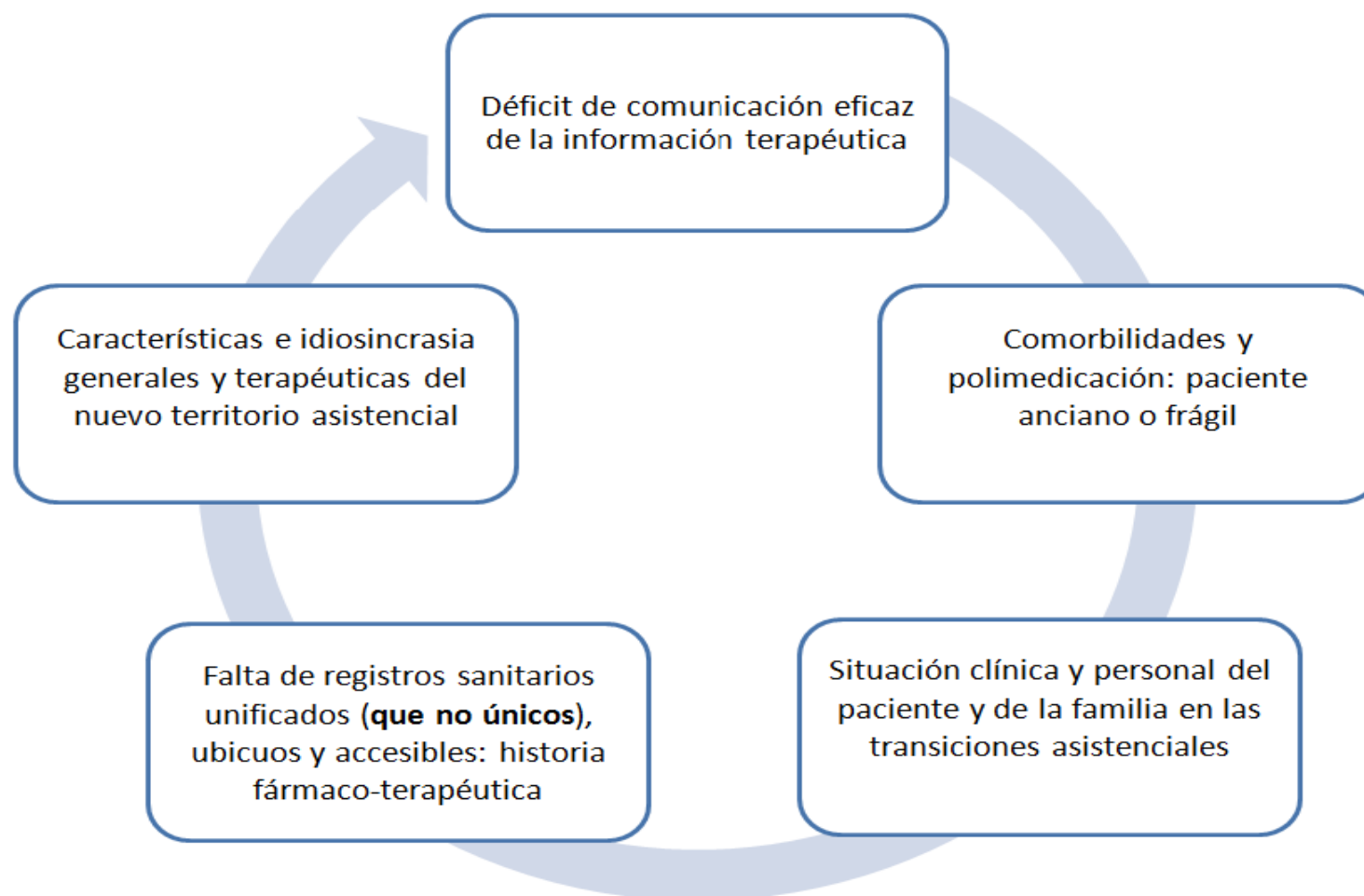
## CLASIFICACIÓN: DISCREPANCIA JUSTIFICADA QUE NO REQUIERE

- **Decisión médica de no prescribir** un fármaco o de cambiar su dosis, frecuencia o vía en base a nueva situación clínica.
- **Inicio de una nueva medicación** justificada por la nueva situación clínica
- **Sustitución terapéutica** según guías F.T. o programas de intercambio terapéutico

## DISCREPANCIA NO JUSTIFICADA QUE REQUIERE ACLARACIÓN

- **Omisión de medicamento necesario** que el paciente tomaba sin una justificación clínica
- **Se modifique la dosis, vía o frecuencia** sin justificación clínica para ello.
- **La prescripción del tratamiento crónico se realiza de forma incompleta** y requiere aclaración.
- **Medicamento equivocado:** se prescribe un nuevo medicamento sin justificación clínica, confundiéndolo con otro que el paciente tomaba y que no ha sido prescrito.
- **Inicio de medicación** (discrepancia de comisión) que el paciente no tomaba, sin justificación. **Duplicidad:** entre la medicación previa y la nueva
- **Se presenta una Interacción clínicamente relevante** entre la medicación previa y
- **Mantener medicación crónica contraindicada** por la nueva situación clínica del paciente

Figura 1.- Causas de los errores de conciliación (diversos autores)



# Revisión *de la* Medicación

**“*Se define* como el examen crítico y estructurado del régimen terapéutico del paciente, con el OBJETIVO de aumentar los beneficios en salud y *minimizar riesgos* asociados a medicación”**



# ***La Revisión nos sirve***

***para..***

- Reducir carga terapéutica
- Prevenir, detectar y resolver R.N.M
- Fomentar adherencia



# **Pasos *en el proceso***

## **Revisión**

1 paso

- Selección de pacientes

2 paso

- Selección de la herramienta de revisión

3 paso

- Jerarquización de las patologías; asociar los tratamientos a cada patología y aplicar el algoritmo de la revisión

4 paso

- Registro (comunicación)

5 paso

- Evaluación

# Selección de pacientes

## Relacionados con el tratamiento

Polimedicación

Fármacos diana

Cambios recientes de tratamiento

Gasto en medicamentos

Automedicación

## Relacionados con el paciente

Pluripatología

Mala adherencia

Edad avanzada

Alta reciente

Insuficiencia renal

## Relacionados con el sistema

Múltiples prescriptores

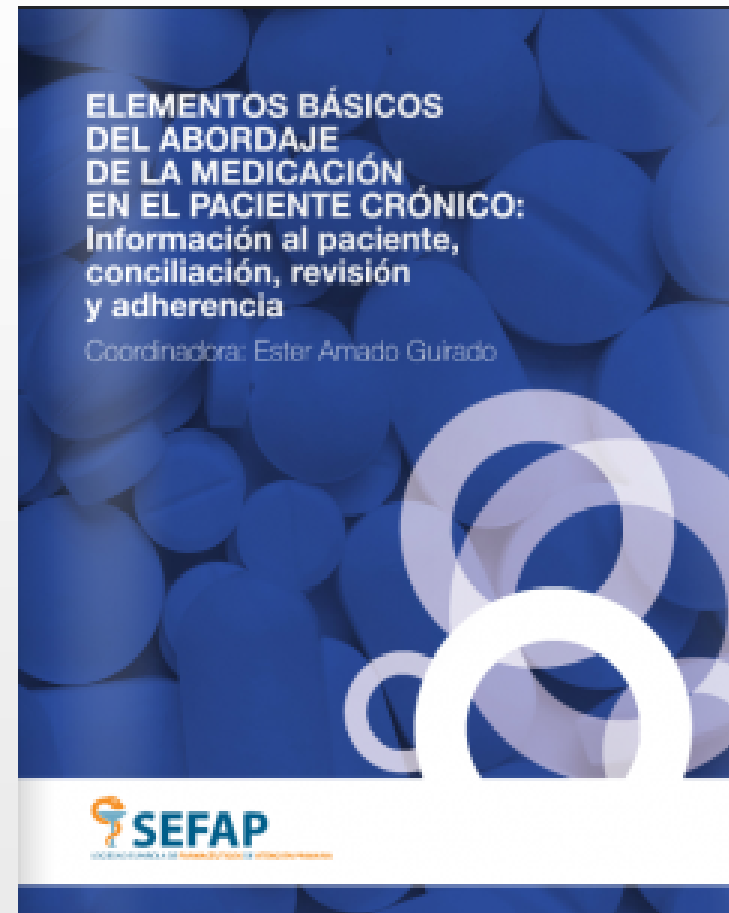
Errores de prescripción

Ausencia de seguimiento

Problemas de comunicación

# *Tipos **de** Revisión*

- **Tipo 1:** Revisión de la prescripción (**sin paciente y solo medicamentos**)
- **Tipo 2:** Revisión de la prescripción, la concordancia y adherencia (**utilización**)
- **Tipo 3:** Revisión clínica de la medicación (**medicamentos, uso y condiciones clínicas**)



# Herramientas según tipo..

**Tipo 1**  
**(sin paciente)**

Herramientas  
Fcos nefrotóxicos  
en ERC  
Medicamentos UTB  
Criterios de Beers  
STOPP-START  
Priscus  
Algoritmo IES

**Tipo2**  
**(Adherencia)**



**Tipo 3: clínica**  
**(con paciente)**

Cuestionario de  
Índice de  
**Adecuación a los  
Medicamentos  
(MAI)**  
**Assessing Care of  
Vulnerable Elders  
(ACOVE)**

# Criterios explícitos Beers

## Fármacos inapropiados en ancianos

- Ejemplos:
  - digoxina 0,25 mg/d en I. cardíaca-  
toxicidad-
  - dronedarona si signos de I. cardíaca
  - amitriptilina –efectos anticolinérgicos-
  - benzodiacepinas -riesgo caídas-

## CRITERIOS DE BEERS 2002 PARA MEDICACIÓN POTENCIALMENTE NO ADECUADA EN ANCIANOS: INDEPENDIENTE DEL DIAGNÓSTICO O CONDICIÓN CLÍNICA.

MEDICAMENTO O GRUPO DE MEDICAMENTOS (ALTA O BAJA)	ASUNTO	SEVERIDAD
Aceite mineral.	Riesgo potencial de aspiración y efectos adversos. Existen alternativas más seguras.	Alta
Ácido Etacrínico.	Riesgo potencial de hipertensión y desequilibrios de líquidos. Existen alternativas más seguras.	Baja
Amiodarona.	Asociada con problemas del intervalo QT y riesgo de producir "torsades de pontes". Escasa eficacia en ancianos.	Alta
Amitriptilina y Perfenazina-Amitriptilina.	Debido a sus potentes propiedades anticolinérgicas y sedativas, Amitriptilina raramente es el antidepresivo de elección en ancianos.	Alta
Anfetaminas (excluyendo metilfenidato y anorexígenos).	Efectos adversos estimulantes del SNC.	Alta
Anfetaminas y anorexígenos	Estos fármacos tienen un potencial para causar dependencia, hipertensión, angina e infarto de miocardio.	Alta
Anticolinérgicos y Antihistamínicos (Clorfeniramina, Difenhidramina, Hidroxizina, Ciproheptadina, Prometazina, Tripelenamina, Dexclorfeniramina).	Todos los antihistamínicos pueden tener propiedades anticolinérgicas potentes. Se prefiere el uso de antihistamínicos no anticolinérgicos para tratar reacciones alérgicas.	Alta
Antiespasmódicos gastrointestinales (Dicycloverina, Alcaloides de Belladona).	Los antiespasmódicos gastrointestinales son altamente anticolinérgicos con una eficacia incierta. Se recomienda evitar estos fármacos (especialmente su uso prolongado).	Alta
Barbitúricos (todos excepto Fenobarbital) excepto cuando se usan para el control de la epilepsia	En ancianos son altamente adictivos, pudiendo causar más efectos adversos que la mayoría de los hipnóticos y sedantes.	Alta
Benzodiazepinas de acción corta a dosis mayores de: 3 mg de Lorazepam, 60 mg de Oxazepam, 2 mg de Alprazolam, 15 mg de Temazepam y 0,25 mg de Triazolam.	Debido a una sensibilidad incrementada a las Benzodiazepinas en ancianos, dosis más pequeñas podrían seguir siendo eficaces y mejor toleradas. La dosis total diaria no debe exceder la dosis máxima recomendada.	Alta
Benzodiazepinas de larga acción (Clordiazepóxido, Diazepam, Quazepam, Halazepam y Clorazepato)	Estos fármacos tienen larga vida media en ancianos (con frecuencia días), produciendo sedación prolongada e incremento del riesgo de caídas y fracturas. En caso necesario es preferible una Benzodiazepina de acción corta e intermedia.	Alta

**CRITERIOS DE BEERS 2002 PARA MEDICACIÓN POTENCIALMENTE NO ADECUADA EN ANCIANOS:  
CONSIDERANDO EL DIAGNÓSTICO O LA CONDICIÓN CLÍNICA.**

ENFERMEDAD O CONDICIÓN	MEDICAMENTO	ASUNTO	SEVERIDAD (ALTA O BAJA)
Anorexia y malnutrición.	Estimulantes del SNC (Antetaminas, Metilfenidato y Fluoxetina).	Efectos de supresión del apetito.	Alta
Aritmias.	Antidepresivos tricíclicos (Imipramina, Doxepina y Amitriptilina).	Efectos proarrítmicos y capacidad para producir cambios en el intervalo QT.	Alta
Constipación crónica.	Bloqueantes de canales de calcio. Anticolinérgicos. Antidepresivos tricíclicos (Imipramina, Doxepina y Amitriptilina).	Puede exacerbar la constipación.	Baja
Crisis convulsiva o epilepsia.	Clozapina, Clorpromazina, Tioridazina y Tiotixeno.	Puede bajar el umbral de la crisis.	Alta
Daño cognitivo.	Barbitúricos, Anticolinérgicos, Antiespasmódicos y Relajantes musculares. Estimulantes del SNC (Anfetaminas, Metilfenidato).	Efectos sobre el SNC.	Alta
Depresión.	Benzodiazepinas de larga duración. Agentes simpaticolíticos (Metildopa, Reserpina y Guanetidina).	Puede producir o exacerbar la depresión.	Alta
Enfermedad de Parkinson.	Metoclopramina, Antipsicóticos convencionales y Tacrina.	Efectos colinérgicos/antidopaminérgicos.	Alta
EPOC.	Benzodiazepinas de acción larga (Clordiazepósido, Diazepam, Quazepam, Halazepam y Clorazepato). Betabloqueantes (Propranolol).	Efectos adversos sobre el SNC. Puede inducir, exacerbar o causar depresión respiratoria.	Alta
Hipertensión.	Fenilpropranolamina, Pseudoefedrina, y Anfetaminas.	Puede producir elevación de la presión sanguínea secundaria a actividad simpatomimética.	Alta
Incontinencia de estrés.	Alfa-bloqueantes (Doxazosina, Prazosina y Terazosina). Anticolinérgicos. Antidepresivos tricíclicos (Imipramina, Doxepina y Amitriptilina). Benzodiazepinas de acción larga.	Puede producir poliuria y empeoramiento de la incontinencia.	Alta
Insomnio.	Descongestionantes, Teofilina, Metilfenidato, IMAOs y Anfetaminas.	Efectos estimulantes sobre el SNC.	Alta

# Criterios **STOPP/START**

Adecuación de prescripciones > 65 años

Recogen errores comunes y omisión en la prescripción

Presentación ordenada por sistemas fisiológicos

- 22 criterios START
- 68 criterios STOPP:

# 68 Criterios STOPP

- **A4. Tiazidas con antecedentes de gota**
- **A8. Antagonistas calcio en estreñimiento crónico**
- **A12. AAS a dosis superiores a 150 mg**
- **A15. Warfarina 1ª episodio TEP no complicado > 6 meses**
- **B7. Uso prolongado más 1 mes de BZD vida media larga**
- **C4. IBP a dosis plenas, más de 8 semanas**
- **E2. AINE - HTA moderada grave**
- **E4. AINE más de 3 meses para el alivio de dolor articular**
- **E5. Warfarina y AINE juntos**
- **E6. AINE con IRC**
- **J. Cualquier clase de medicamento duplicada**

## 22 Criterios START

- **A1.** Warfarina en presencia de una fibrilación auricular crónica
- **B1.** Agonista beta-2 o anticolinérgico inhalado pautado en el asma o la EPOC leve a moderada
- **C2.** Antidepresivos en presencia de síntomas depresivos moderados a graves durante al menos 3 meses.

## Questionario de Hamdy adaptado

1. ¿Sigue estando presente la indicación para la cual se prescribió la medicación?
2. ¿Hay duplicidades en el tratamiento farmacológico?  
¿Puede simplificarse el tratamiento?
3. ¿Incluye el régimen terapéutico medicamentos para un efecto adverso de otro medicamento? Si es así, ¿puede suspenderse el medicamento original?
4. ¿Pueden las dosis utilizadas ser subterapéuticas o tóxicas en relación con la edad del paciente o su función renal?
5. ¿Hay alguna interacción significativa entre medicamentos o entre medicamentos y enfermedad en este paciente?

Hamdy R, et al. South Med J. 1995;88:534-38

# Índice Adecuación Medicamentos (1)

1. ¿Hay alguna indicación para el fármaco?

*Comentarios:*

A  B  C  Z   
Indicado No Indicado ND

2. ¿La medicación es efectiva para la situación?

*Comentarios:*

A  B  C  Z   
Efectiva No Efectiva ND

3. ¿La dosis es la correcta?

*Comentarios:*

A  B  C  Z   
Correcta Incorrecta ND

4. ¿Las instrucciones de uso son adecuadas?

*Comentarios:*

A  B  C  Z   
Adecuadas Inadecuadas ND

5. ¿La pauta de administración es práctica para el paciente?

*Comentarios:*

A  B  C  Z   
Práctica No Práctica ND

5a. ¿Tiene el paciente significativos problemas para tomar los medicamentos?

*Comentarios:*

A  B  C  Z   
Insignificantes Significativas ND

5b. ¿El paciente sigue adecuadamente las instrucciones de uso de la medicación?

*Comentarios:*

A  B  C  Z   
Adecuadamente Inadecuadamente ND

## Índice Adecuación Medicamentos (2)

6. ¿Existen interacciones entre fármacos clínicamente significativas?

*Comentarios:*

A  B  C  Z   
Insignificantes Significativas ND

7. ¿Existen interacciones fármaco – enfermedad/situación clínicamente significativas?

*Comentarios:*

A  B  C  Z   
Insignificantes Significativas ND

8. ¿Existen duplicaciones innecesarias con otros fármacos?

*Comentarios:*

A  B  C  Z   
Necesarias Innecesarias ND

9. ¿La duración del tratamiento es aceptable?

*Comentarios:*

A  B  C  Z   
Aceptable No Aceptable ND

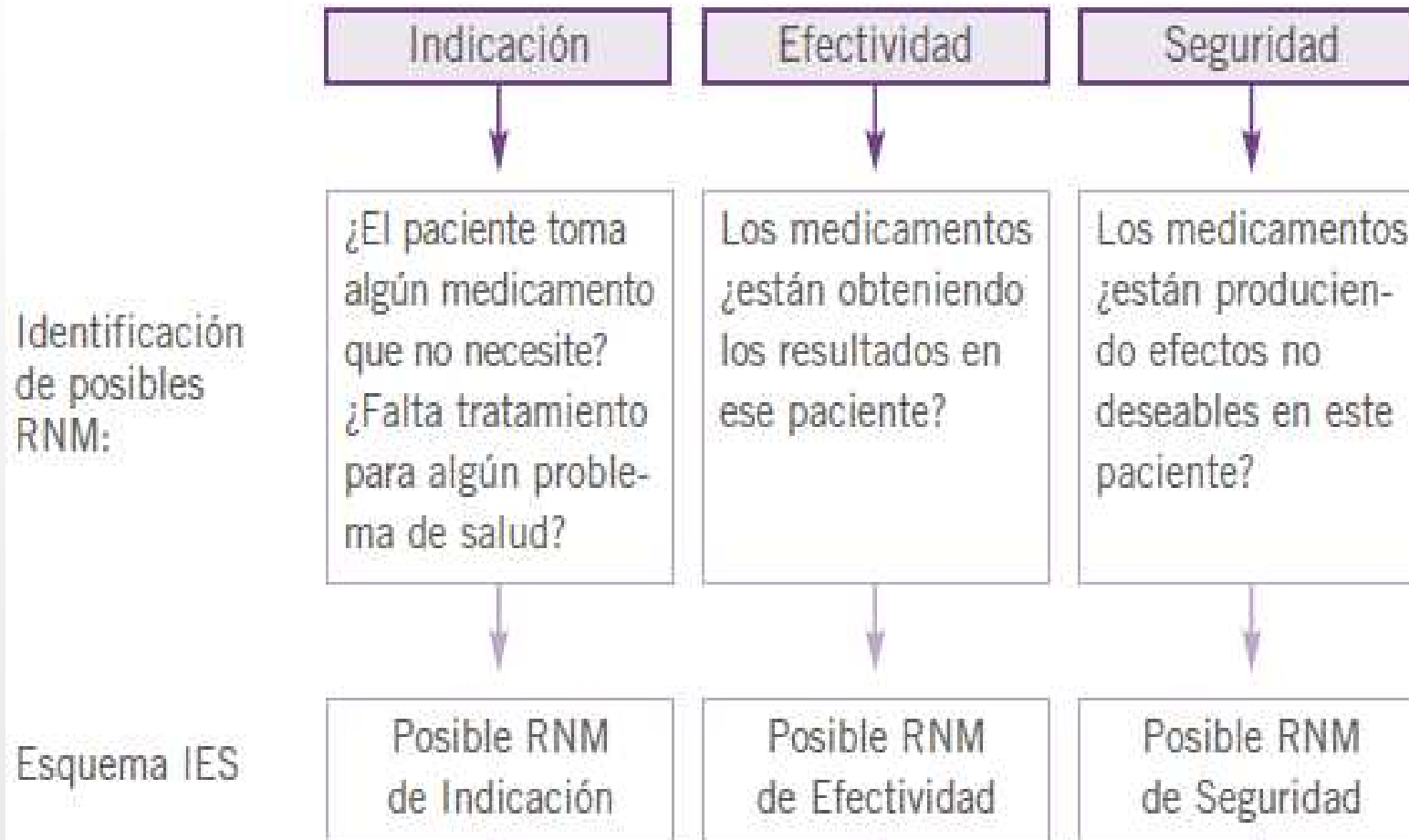
10. ¿Es el fármaco la alternativa más coste-eficiente (CE)?

*Comentarios:*

A  B  C  Z   
Más CE Menos CE ND

Gavilán E, et al. Aten Farm. 2012 (en prensa)

# Para cada fármaco prescrito



# ALGORITMO DE REVISIÓN

## INDICACIÓN

¿Está indicado este tratamiento para el problema de salud que presenta el paciente?

¿Tiene el paciente un problema de salud que debería ser tratado con un medicamento y no lo está?

## MEDICAMENTO

Revisión de todos los medicamentos que toma el paciente y su adecuación según edad o características como insuficiencia renal o hepática (IR o IH), etc.

¿El medicamento es adecuado y conveniente dadas las características del paciente?

¿La dosis pauta y duración del tratamiento son adecuadas?

# ALGORITMO DE REVISIÓN

## EFFECTIVIDAD

¿Es la alternativa más eficaz basada en la evidencia y/o Guías de Práctica Clínica (GPC)?

¿Está siendo efectivo el tratamiento para el objetivo terapéutico planteado?

## SEGURIDAD

¿Hay duplicidades, o bien medicamentos contraindicados por edad o por la patología?

¿Ha presentado o hay riesgo de RAM o interacción farmacológica que pueda controlarse o prevenirse?

¿Hay indicios claros de cascada farmacológica en el plan terapéutico del paciente ?

# ALGORITMO DE REVISIÓN

## PACIENTE

Explorar la adherencia al tratamiento

¿Conoce el paciente todos los aspectos relacionados con su tratamiento?

¿El paciente está capacitado para la utilización compleja de los dispositivos de medicación (inhaladores, insulinas...)?

¿Está de acuerdo o acepta el tratamiento propuesto?



# **ALGORITMO *DE* REVISIÓN**

- ***Hacer una *Tabla de Análisis:****
  - Jerarquizar patologías y asociarlas al tto
  - Valorar para cada medicamento:
    - Objetivo terapéutico
    - Necesidad del fármaco (indicación)
    - Evaluación de la eficacia o efectividad
    - Relación beneficio/riesgo
    - Conclusiones o acción a realizar



## *Etapas*

Revisión del  
tratamiento

Identificación de  
los tratamientos  
que pueden ser  
suspendidos

Negociar los  
cambios con el  
paciente

Seguimiento de  
los resultados

# **Cumplimiento es..**

**“El grado en que la conducta del paciente en la toma de la medicación y el seguimiento de las recomendaciones sobre hábitos de vida saludable coincide con la prescripción médica”**



# ***Estrategias de Mejora de la Adherencia***

## **PARA TODOS LOS TRATAMIENTOS INFORMACIÓN**

- Simplificar la pauta tanto como sea posible.
- Dar instrucciones claras y con material escrito (mensajes claros y explícitos).

## **PARA LOS TRATAMIENTOS CRÓNICOS RECORDATORIOS, PREMIOS Y SOPORTE SOCIAL**

- Prescribir la medicación adaptada a las actividades cotidianas del paciente.
- Recordar la importancia del cumplimiento en cada visita.
- Ajustar la frecuencia de las visitas a las necesidades del paciente.
- Llamar al paciente si no acude a la visita programada.
- Reconocer los esfuerzos que realiza el paciente en cada visita para mejorar adherencia
- Reducir nº de visitas si la adherencia es adecuada.
- Implicar a la familia y amigos.

# Mensajes de Refuerzo de la Adherencia

## MENSAJES PARA REFORZAR EL ÁREA DEL CONOCIMIENTO

### Mensaje 1

- Asegúrese de haber comprendido correctamente las instrucciones. **Es importante que le quede claro la dosis y a que hora debe tomar la medicación y también saber para que problema de salud se la toma.**
- **Solicite información a su médico o enfermera sobre los medicamentos que debe tomar**
- Recuerde que debe tomarse los medicamentos exactamente como le ha indicado su médico o enfermera. **No deje de tomar su medicación ni disminuya las dosis sin consultárselo.**
- En el caso de medicamentos que requieran una técnica compleja (inhaladores, insulina) hay que comprobar en cada visita la técnica de utilización.

# Mensajes de Refuerzo de la Adherencia

## MENSAJES PARA REFORZAR EL ÁREA DEL COMPORTAMIENTO

### Mensaje 2

- Si se olvida de tomar una o varias dosis, **tómesela lo antes posible, pero si le falta poco para la próxima toma, espere a ésta. Sobre todo, nunca tome una dosis doble para compensar el olvido.**
- Cumpla los horarios de las tomas. **Procure tomar los medicamentos siempre a la misma hora, así evitará posibles olvidos.**

## MENSAJES PARA REFORZAR EL ÁREA DE LAS EMOCIONES

### Mensaje 3

- **Todos los medicamentos pueden provocar, ocasionalmente, molestias en algunas personas.** No obstante, a usted no tiene porque pasarle lo mismo. Para su enfermedad los beneficios de la medicación superan con creces los riesgos de la misma.
- Si aparece algún efecto adverso de forma inesperada o molesta **no abandone su medicación, comuníquese a su médico o enfermera. Ellos le aconsejarán lo más conveniente.**