



## CARTAS AL DIRECTOR

## Revisión de la medicación de pacientes polimedicados en atención primaria

## Medication review of the polymedicated patient in primary care

Sr. Director:

Para identificar y resolver los resultados negativos asociados a la medicación (RNM) en pacientes polimedicados de un cupo médico del Centro de Salud Salvador Caballero de Granada, se realizó un estudio cuasi experimental sin

grupo control, durante 4 meses, de octubre de 2002 a enero de 2003.

La muestra de estudio estuvo constituida por todos los pacientes polimedicados de un cupo médico del centro de salud. Se define al paciente polimedicado como «toda persona con enfermedad crónica que toma 5 o más medicamentos, de forma continuada, durante un periodo igual o superior a 6 meses».

Para la identificación de los RNM se realizó un seguimiento farmacoterapéutico individualizado de los pacientes utilizando el Método Dáder adaptado al centro de salud<sup>1</sup>. El farmacéutico realizó la entrevista con el paciente, consultó la historia clínica y tras la fase de estudio y evaluación puso

**Tabla 1** Características de la población con resultados negativos asociados a la medicación vs población sin resultados negativos asociados a la medicación

Variables	Pacientes con RNM (n = 44)	Pacientes sin RNM (n = 55)	p
Edad (años), media $\pm$ DE	76,05 $\pm$ 8,61	73,70 $\pm$ 9,36	NS
Rango de edad, n (%)			
< 70 años	8 (18,18)	23 (41,81)	
70-80 años	22 (50)	17 (30,91)	
> 80 años	14 (31,81)	15 (27,27)	
Género (mujer), n (%)	30 (68,20)	33 (60)	NS
Número de medicamentos (media de medicamentos por paciente $\pm$ DE)	7,7 $\pm$ 2,11	7,6 $\pm$ 2,21	NS
Número de medicamentos por rango, n (%)			
5-7 medicamentos	26 (59,1)	30 (54,54)	
> 7 medicamentos	18 (40,9)	25 (45,45)	
Número de prescriptores (media de prescriptores por paciente $\pm$ DE)	2,3 $\pm$ 0,83	2,3 $\pm$ 0,91	NS
Número de prescriptores por rango, n (%)			
1-2 prescriptores	25 (56,82)	32 (58,18)	
> 2 prescriptores	19 (43,18)	23 (41,82)	
Enfermedad crónica, n (%)			NS
HTA + cardiopatía	13 (29,54)	17 (30,91)	
HTA + diabetes	12 (27,27)	11 (20)	
Sistema nervioso central	7 (15,91)	7 (12,73)	
Hipertensión	5 (11,36)	9 (16,36)	
Asma o EPOC	3 (6,81)	6 (10,91)	
Diabetes	2 (4,54)	1 (1,81)	
Aparato circulatorio	2 (4,54)	4 (7,27)	

en común con el médico las sospechas de RNM identificados. Tras esta evaluación conjunta se confirmaron o no los RNM y se plantearon las intervenciones a realizar para resolverlos.

Fueron incluidos en el estudio 99 pacientes polimedificados, el 63% eran mujeres con una media de edad de 74,75 años (DE 9,07; 50-92).

Cerca de la mitad de los pacientes polimedificados del cupo médico presentó un RNM (47,4%; IC del 95% 37,34-57,71). Se intervino en el 51% de los RNM y en el 91,67% de las ocasiones se resolvió el problema de salud.

Estos resultados coinciden con el estudio de Alegre et al.<sup>2</sup> y la intervención realizada en el trabajo de Parody et al.<sup>3</sup>.

No se encontraron diferencias entre la población con o sin RNM (tabla 1). Esto podría explicarse porque la edad de los pacientes y el número de medicamentos que utilizaban estaban muy por encima de la media en la población general, lo que no permitió encontrar relación con los RNM identificados.

Cerca de una de cada 5 consultas realizadas durante el periodo de estudio por los pacientes polimedificados de un cupo médico (19,04%; IC 95% 8,58-29,54) fueron originadas por un RNM. Aunque no se encontraron trabajos que analicen los RNM como causa de visita al médico de atención primaria, se podría comparar con el resultado publicado por Martínez et al.<sup>4</sup> que determina que el 26,50% de las consultas urgencias de atención primaria de un centro de salud son causadas por un RNM. La revisión clínica realizada por Gnjidic et al.<sup>5</sup> acerca de las diferentes intervenciones para disminuir la morbilidad asociada a la polimedicación señala que las diversas publicaciones obtienen resultados contradictorios y no concluyentes. Parece que las intervenciones multidisciplinares obtienen mejores resultados.

El desarrollo de programas de seguimiento farmacoterapéutico en farmacia comunitaria y en pacientes hospitalizados ha demostrado reducir costes y disminuir los RNM<sup>6</sup>.

Pensamos que la entrevista con el paciente y la evaluación conjunta con el médico podrían ser los puntos fuertes de este trabajo, ya que son una fuente de información imprescindible para realizar una evaluación completa.

Por otro lado, aunque los diferentes servicios de salud proponen la revisión de la medicación como una actividad asistencial de los equipos de atención primaria necesaria para mejorar el uso de la medicación en personas mayores polimedizadas, actualmente no hay un modelo implantado para llevarlo a cabo. El trabajo en equipo del médico con el farmacéutico podría suponer una forma de colaboración útil que podría mejorar la efectividad y seguridad del tratamiento farmacológico de los pacientes, y podría disminuir el número de consultas relacionadas con los malos resultados de su farmacoterapia.

## Autoría

Fernando Martínez concibió y coordinó el estudio; Isabel Baena, María José Faus y José Jiménez colaboraron en el

diseño, revisión y puesta en marcha del trabajo. Juan Tormo participó en el trabajo de campo del estudio. Este manuscrito es producto del proceso de formación de Macarena Flores en el programa de doctorado en Atención Farmacéutica de la Universidad de Granada, y fue empleado como parte del material presentado en la defensa de su tesis doctoral.

## Financiación

Este trabajo ha recibido financiación de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía a través de convocatoria pública.

## Bibliografía

1. Fajardo PC, Baena MI, Alcaide Andrade J, Martínez Olmos J, Faus MJ, Martínez Martínez F. Adaptación del Método Dáder de seguimiento farmacoterapéutico al nivel asistencial de atención primaria. *Seguimiento Farmacoterapéutico*. 2005;3:158-64.
2. Alegre EJ, Martínez L, Tejedor I, Rabadán A. Asistencia farmacéutica a la prescripción para aproximar la práctica clínica a la evidencia científica. *Aten Primaria*. 2001;27:663-6.
3. Parody Rúa E, Segu Tolosa J. Efectividad y estimación de costes en una intervención sobre problemas relacionados con los medicamentos en atención primaria. *Aten Primaria*. 2005;35:472-7.
4. Martínez Jiménez V, Flores Dorado M, Espejo J, Jiménez Vicente P, Martínez Martínez F, Bernabé E. Resultados negativos asociados a la medicación que son causa de visita al servicio de urgencias de un centro de atención primaria. *Aten Primaria*. 2012;44:128-35.
5. Gnjidic D, le Couteur DG, Kouladjian L, Hilmer SN. Deprescribing trials: methods to reduce polypharmacy and the impact on prescribing and clinical outcomes. *Clin Geriatr Med*. 2012;28:237-53.
6. Torres A, Baena MI, Fajardo PC, Araujo JM, Antelo R. Pharmacotherapeutic follow-up in older patients with fracture. *Pharm World Sci*. 2008;30:663-4.

Macarena Flores Dorado<sup>a,b,\*</sup>, Isabel Baena Parejo<sup>a,c</sup>, José Jiménez Martín<sup>a,d</sup> y María José Faus Dáder<sup>a,e</sup>

<sup>a</sup> Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica (CTS-131), Universidad de Granada, Granada, España

<sup>b</sup> Fundación Pública para la Gestión de la Investigación en Salud, Sevilla, España

<sup>c</sup> Departamento Provincial de Salud de Córdoba, Córdoba, España

<sup>d</sup> Departamento de Farmacología, Universidad de Farmacia de Granada, Granada, España

<sup>e</sup> Departamento de Bioquímica y Biología Molecular, Universidad de Farmacia de Granada, Granada, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [maktub77@hotmail.com](mailto:maktub77@hotmail.com) (M. Flores Dorado).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2012.11.004>