



## Implantación de un programa de polimedidados en el marco de la Estrategia Gallega de Atención Integral a la Cronicidad

Silvia Reboredo-García\*, Carolina González-Criado Mateo y Carmen Casal-Llorente

Subdirección Xeral de Farmacia, Dirección Xeral de Asistencia Sanitaria, Servizo Galego de Saúde Santiago de Compostela, A Coruña, España

### PALABRAS CLAVE

Polifarmacia;  
Revisión;  
Prescripción  
de medicamentos;  
Cumplimiento  
de la medicación;  
Seguridad  
del paciente

### Resumen

**Introducción:** El 22,8% de los ciudadanos gallegos son mayores de 65 años, y representan una población más envejecida y con mayor prevalencia de enfermedades crónicas que la del conjunto nacional. En la Estrategia SERGAS 2014 y en la Estrategia Gallega de Atención Integral a la Cronicidad se contempla el desarrollo de un programa específico orientado a mejorar la salud y la calidad de vida de los pacientes mayores polimedidados.

**Objetivo:** describir el Programa de mejora de la calidad en la atención al paciente crónico y polimedicado, así como los primeros resultados tras su implantación.

**Resultados:** En abril de 2011 se inició en 11 centros de salud un piloto del programa desplegándose progresivamente y alcanzando el 100% de implantación en los 480 centros de salud y consultorios de Galicia. La población diana inicial estuvo representada por los pacientes que tomaban más de 15 medicamentos prescritos de manera crónica. A 31 de diciembre de 2013 estaban incorporados 20.319 pacientes al programa, lo que representa el 88% de la población con más de 12 medicamentos. El patrón demográfico responde fundamentalmente a mujeres (60%) y con edades superiores a los 70 años (70%). La evaluación de resultados obtenidos, fruto de la revisión de la medicación e intervenciones realizadas en los pacientes incluidos desde el inicio, muestra una reducción del 47, el 32,7 y el 22% en el número de pacientes con más de 15, más de 12 y más de 10 medicamentos prescritos de manera crónica, respectivamente. El farmacéutico de atención primaria realizó al menos una propuesta de intervención en el 72% de los pacientes, y se detectó al menos 1 criterio START (Screening Tool to Alert doctors to Right Treatment) en el 6% y al menos 1 STOPP (Screening Tool of Older Persons' Prescriptions) en el 27% de los pacientes. El 35% de los pacientes incluidos dispone de un informe de enfermería de revisión de la medicación (7.092 informes).

**Conclusiones:** El Programa de mejora de la calidad en el paciente crónico y polimedicado de Galicia constituye una iniciativa acertada y necesaria dado el elevado porcentaje de población pluripatológica y polimedificada existente. Se muestran claros beneficios a diferentes niveles: una mejoría de la calidad de la prescripción y una mejoría de la seguridad del paciente, al disminuir el número de medicamentos que toman y detectar prescripciones potencialmente inadecuadas.

© 2014 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

\*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: silvia.reboredo.garcia@sergas.es (S. Reboredo García).

**KEYWORDS**

Polypharmacy;  
 Review;  
 Prescription;  
 Adherence to  
 medication;  
 Patient safety

## Implantation of a program for polymedicated patients within the framework of the Galician Strategy for Integrated Chronic Care

**Abstract**

**Introduction:** A total of 22.8% of citizens in Galicia are older than 65 years and, compared with the Spanish population as a whole, they represent a more elderly population with a higher prevalence of chronic diseases. The SERGAS 2014 strategy and the Galician Strategy for Integrated Chronic Care envision the development of a specific program to improve the health and quality of life of older polymedicated patients.

**Aim:** To describe the program for the improvement of the quality of care of chronic polymedicated patients, as well as the initial results after its implantation.

**Results:** A pilot program was started in 11 health centers in April 2011. The program was progressively developed, until reaching 100% implantation in 480 health centers and consulting rooms in Galicia. The initial target population consisted of patients chronically taking more than 15 prescribed medications. By 31 December 2013, 20,319 patients were included in the program, representing 88% of the population taking more than 12 medications. The demographic pattern consisted mainly of women (60%) older than 70 years (70%). Evaluation of the results obtained by reviewing the medication and interventions performed in the patients included since the start of the program showed a reduction of 47%, 32.7% and 22% in the number of patients with > 15, > 12 and > 10 chronically prescribed medications, respectively. The primary care pharmacist proposed at least one intervention in 72% of the patients, and > 1 START criterion (Screening Tool to Alert doctors to Right Treatment) was detected in 6% and > 1 STOPP criterion (Screening Tool of Older Persons' Prescriptions) in 27% of the patients. A total of 35% of the patients included had a nursing medication review (7,092 reports).

**Conclusions:** The program to improve the quality of care provided to chronic polymedicated patients in Galicia is a timely and necessary initiative, given the high percentage of the population with multiple comorbidities receiving polymedication. The program has clear benefits: the quality of prescription and patient safety improved due to the reduction in the number of medications administered and the detection of potentially inappropriate prescriptions.

© 2014 Elsevier España, S.L. All rights reserved.

## Introducción

El envejecimiento demográfico es uno de los desafíos más graves a los que se enfrenta Europa. Según proyecciones recientes, el número de europeos mayores de 65 años será más del doble en los próximos 50 años, pasando de 87 millones en 2010 a 148 millones en 2060. Si esta transición demográfica no se aborda de frente aumentará considerablemente la preocupación por la sostenibilidad financiera de los sistemas de salud. El gasto público en salud ya representa el 7,8% del PIB en la UE y para el año 2060 se espera que aumente en un 3% del PIB, debido al envejecimiento<sup>1</sup>.

Otra de las consecuencias del cambio demográfico es el rápido incremento de pacientes que comparten múltiples enfermedades crónicas. Según la Encuesta Nacional de Salud de España 2011/12<sup>2</sup>, la evolución de algunos de los principales trastornos crónicos y factores de riesgo muestra una tendencia ascendente; la hipertensión arterial, el colesterol elevado y la diabetes, todos ellos son factores de riesgo cardiovascular que continúan aumentando su prevalencia. Además de la avanzada edad y el sexo femenino, otras circunstancias que incrementan la posibilidad de presentar procesos pluripatológicos son la obesidad, los bajos niveles socioeconómicos o culturales, el vivir sólo o residir en instituciones para ancianos<sup>3</sup>.

Esto es particularmente importante en Galicia, que presenta una población más envejecida y con mayor prevalencia de enfermedades crónicas que la media nacional<sup>4</sup>. El 22,9% de la población es mayor de 64 años, frente a 18,3% del conjunto de España, y las provincias más envejecidas son Ourense (29,4%) y Lugo (28,1%)<sup>5</sup>, reflejando la realidad que es la estimada para Europa en 2050.

El desarrollo con la edad de enfermedades crónicas es uno de los elementos principalmente implicados en la polimedicación, aunque existen numerosos factores asociados<sup>6</sup>. Podríamos considerar que existen 3 categorías: los factores dependientes del paciente (aspectos físicos, psicológicos, familiares y sociales), del sistema sanitario y de la sociedad en su conjunto<sup>7</sup>. En un estudio transversal de base poblacional realizado en una población anciana en nuestro país, los factores estadísticamente relacionados, a través de un análisis de regresión logística, con un mayor consumo de fármacos fueron: mayor contacto con los servicios sanitarios en los últimos 3 meses (*odds ratio* [OR]: 2,73), ingresos hospitalarios previos (OR: 2,67), tener 3 o más enfermedades crónicas (OR: 2,24), padecer trastornos depresivos (OR: 1,68), ser mayor de 75 años (OR: 1,63), dependencia física (OR: 1,59) y pobre autopercepción de la salud (OR: 1,45)<sup>8</sup>.

La polimedicación se relaciona con potenciales consecuencias negativas en la seguridad del paciente. Está descrito que puede aumentar el riesgo de falta de adherencia

terapéutica, de sufrir efectos adversos de la medicación y/o interacciones medicamentosas. Se necesita, por tanto, un abordaje interdisciplinar y multifactorial de este problema para favorecer que se incremente la seguridad y los niveles de salud de los pacientes<sup>6</sup>.

Existe un enorme potencial de mejora en la calidad asistencial si somos capaces de articular medidas que permitan un adecuado seguimiento farmacoterapéutico a los pacientes crónicos polimedicados. En este marco surge la necesidad en el Servicio Galego de Saúde de un Programa de mejora de la calidad en la atención al paciente crónico y polimedicado que se pone en marcha en el mes de abril de 2011.

## Antecedentes

Desde el Servicio Galego de Saúde se detecta una necesidad de cambio de modelo sanitario y de modelo de relación, asumiendo que se precisan nuevos paradigmas en la atención a los pacientes pluripatológicos que superen la tradicional división compartimentada de la asistencia sanitaria para lograr una asistencia integrada y eficiente, que sitúe permanentemente al paciente en el centro de la atención.

Así, en la hoja de ruta del Servicio Galego de Saúde, la Estrategia SERGAS 2014<sup>9</sup> y en la Estrategia Gallega de Atención Integral a la Cronicidad, se contempla el desarrollo de un programa específico orientado a mejorar la salud y la calidad de vida de los pacientes mayores polimedicados.

Galicia ha implantado un sistema de receta electrónica en el 100% de los centros de salud y de atención hospitalaria, con conexión a todas las oficinas de farmacia. En la actualidad, el porcentaje de prescripción electrónica en Galicia supera el 97% y el de dispensación asciende al 100%. Este sistema de receta electrónica se encuentra incorporado en la historia clínica electrónica única (IANUS).

Un rasgo diferencial de nuestra comunidad es que el farmacéutico de atención primaria (FAP) es un profesional integrado en el equipo del centro de salud, con experiencia y la misión de trabajar activamente con el resto de profesionales sanitarios en programas de uso racional del medicamento y buenas prácticas de prescripción/dispensación.

## Descripción del Programa de mejora de la calidad en la atención al paciente crónico y polimedicado

### Objetivos

El Programa de mejora de la calidad en la atención al paciente crónico y polimedicado nace en Galicia en el año 2011, con el objetivo general de mejorar la calidad asistencial y la prestación farmacéutica de los pacientes crónicos y polimedicados.

Los objetivos específicos que se persiguen son: detectar y resolver problemas relacionados con el uso de medicamentos (revisión sistemática de la medicación), mejorar el cumplimiento terapéutico de los pacientes crónicos polimedicados (información adecuada sobre la farmacoterapia, incluyendo la importancia de la adherencia al tratamiento y el adiestramiento en el uso de los medicamentos) y mejorar el conocimiento de los pacientes respecto del uso y las indica-

ciones de los medicamentos (educación sanitaria individual y colectiva).

La población diana a la que se dirige el programa son los pacientes crónicos y polimedicados que toman 6 o más medicamentos, de forma continuada, durante un período igual o superior a 6 meses.

### Gestión del programa

El programa se coordina desde la Unidad de Apoyo a la Prescripción (UAP) de la Subdirección General de Farmacia.

Con la colaboración de la Subdirección General de Sistemas y Tecnologías de la Información se emite un "Informe de pacientes polimedicados" para cada farmacéutico de atención primaria que recoge información de la población diana correspondiente a su área de influencia y que muestra además para cada médico el listado de pacientes polimedicados de su cupo, así como las distintas prescripciones abiertas para cada paciente. La UAP valida el contenido de estos informes y se hacen llegar a cada FAP cifrados con contraseña, al contener datos especialmente protegidos.

Además, la UAP sirve de soporte logístico del programa facilitando un servicio continuo de apoyo, tanto telefónico como a través de buzón de correo electrónico, proporcionado desde el pilotaje hasta el despliegue total y seguimiento actual del programa.

### Flujograma de trabajo y funciones de los profesionales sanitarios

La actividad del programa se realiza según el flujograma que se muestra en la figura 1.

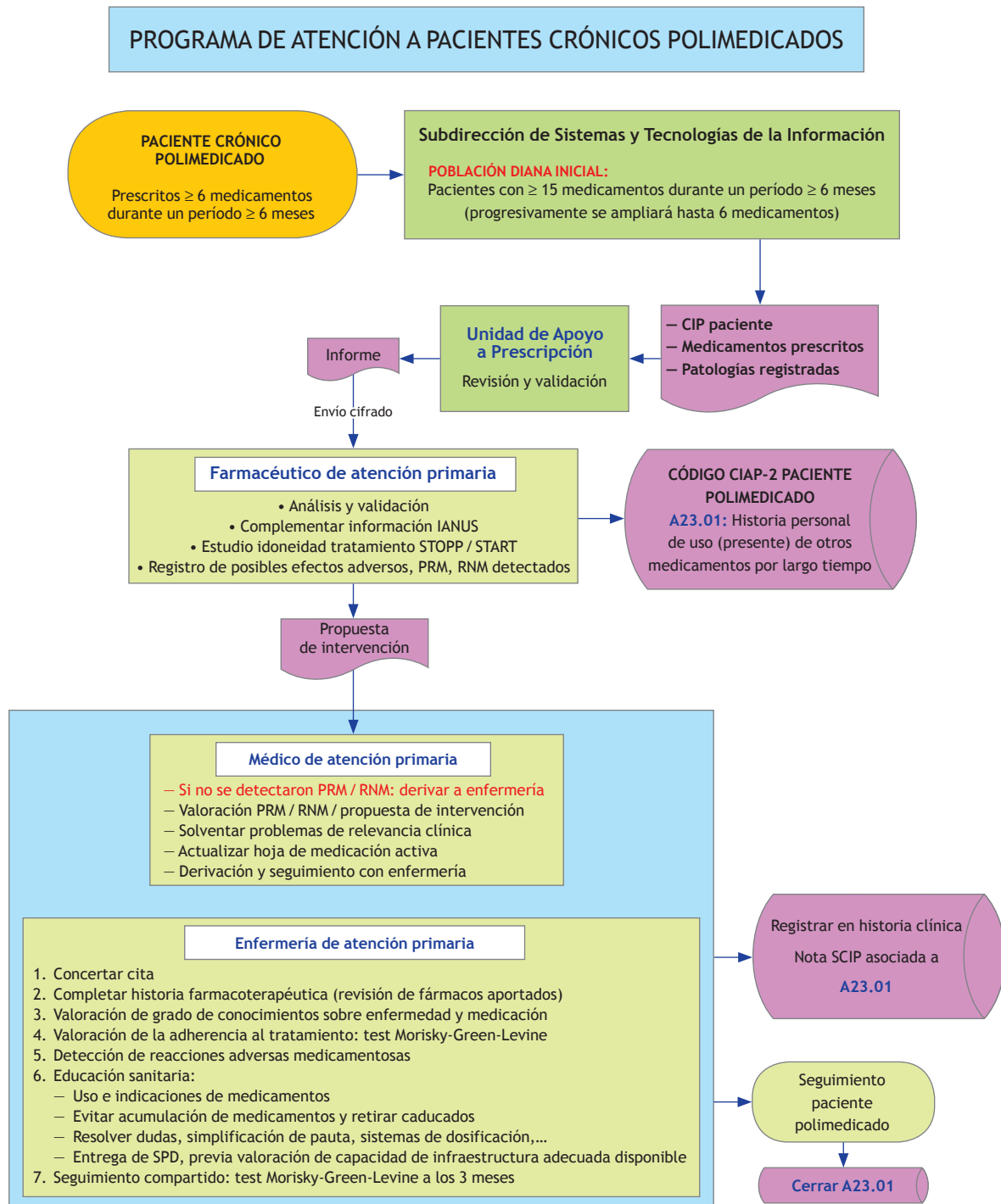
#### Actividades del farmacéutico de atención primaria

En la tabla 1 se exponen las funciones del FAP. El papel fundamental del FAP es realizar una revisión sistemática de la medicación del paciente, junto con el médico de atención primaria (MAP) y el personal de enfermería. Además, dada la integración del FAP en la actividad asistencial, es una figura clave en la implantación del programa, implicándose en su difusión y coordinación en los centros asistenciales asignados y participando activamente en actividades formativas.

Como material complementario para la revisión sistemática, y con la finalidad de evaluar la adecuación de la medicación, se proporcionan 2 herramientas en formato plantilla, disponibles en IANUS para su registro:

1. Criterios STOPP (Screening Tool of Older Persons' Prescriptions)/START (Screening Tool to Alert doctors to Right Treatment)<sup>10</sup>. Constituyen criterios explícitos de evaluación de idoneidad/adecuación a la patología y condiciones clínicas del paciente mayor de 65 años, cuya versión española está adaptada a nuestro sistema sanitario y contexto cultural.
2. Detección de los resultados negativos asociados a los medicamentos (RNM) que se definen como los resultados en la salud del paciente no adecuados al objetivo de la farmacoterapia y asociados al uso de medicamentos<sup>11</sup>.

La integración del FAP en el equipo asistencial permite, en una parte de los casos, contactar personalmente con el médico y hacer una valoración conjunta de la propuesta de



**Figura 1** Flujograma del programa de mejora de la calidad en la atención al paciente crónico y polimedicado. CIP: código de identificación del paciente; CIAP: Clasificación Internacional de Atención Primaria; IANUS: historia clínica electrónica única; PRM: problemas relacionados con la medicación; RNM: resultados negativos de la medicación; SOIP: subjetivo, objetivo, impresión, plan; SPD: sistemas personalizados de dosificación; START: Screening Tool to Alert doctors to Right Treatment; STOPP: Screening Tool of Older Persons' Prescriptions.

intervención y las acciones a tomar en el tratamiento del paciente.

En el momento en el que el FAP crea el episodio A23.01, tanto al MAP como al personal de enfermería correspondiente se les carga el código de identificación del paciente

(CIP) en una lista de trabajo denominada “Mis pacientes polimedificados”. La lista de trabajo para el médico o personal de enfermería se les muestra junto a la lista de pacientes citados para el día y, además, incluye la fecha de apertura del episodio y las observaciones anotadas en dicho episodio.

**Tabla 1** Actividades del farmacéutico de atención primaria

*Actividades relacionadas con la implantación del programa*

- Recepción del “informe de pacientes polimedicados”
- Difusión y coordinación del programa de polimedicado en los centros asignados
- Participar activamente en las actividades formativas

*Actividades relacionadas con el paciente*

- Selección del paciente polimedicado a través del informe de pacientes polimedicados
- Revisión sistemática de la medicación según criterios de indicación/necesidad, efectividad y seguridad
- Registro en IANUS: abrir episodio A 23.01, plantilla de PRM/RNM y plantilla de criterios STOPP/START detectados (plantillas asociadas al episodio)
- Realización de informe de propuestas de intervención al médico: plantilla/nota SOIP
- Contactar con el médico de atención primaria para la valoración del paciente: personalmente/lista de trabajo “Mis pacientes polimedicados”
- Colaborar en el seguimiento farmacoterapéutico del paciente polimedicado

IANUS: historia clínica electrónica única; PRM: problemas relacionados con la medicación; RNM: resultados negativos de la medicación; SOIP: subjetivo, objetivo, impresión, plan; START: Screening Tool to Alert doctors to Right Treatment; STOPP: Screening Tool of Older Persons’ Prescriptions.

**Actividades del médico de atención primaria**

Las funciones del MAP se recogen en la tabla 2.

El MAP, observando las propuestas realizadas por otros profesionales sanitarios (FAP y personal de enfermería), revalúa las prescripciones del paciente, valorando no solamente su indicación terapéutica sino teniendo en cuenta la persona y su contexto familiar, comunitario y social, con el fin de que los medicamentos obtengan un máximo beneficio, minimizando sus potenciales riesgos, utilizándolos para los fines que sean más acordes con sus necesidades y su expectativa y calidad de vida. Resulta especialmente relevante que, si se producen cambios en el tratamiento, se actualice el árbol de prescripciones del paciente en IANUS.

**Actividades del personal de enfermería**

Las funciones del personal de enfermería se recogen en la tabla 3.

El personal de enfermería desempeña un papel fundamental en el programa, al revisar los aspectos relacionados con el comportamiento del paciente en el manejo de la medicación.

El personal de enfermería concertará una cita con paciente y/o cuidador encargado de la medicación y le indicará que acuda a la cita con la “bolsa de medicamentos” (medicamentos que utiliza tanto de forma habitual como esporádica, incluyendo especialidades farmacéuticas publicitarias, productos de fitoterapia o medicina alternativa) y una anotación de los medicamentos que guarda en la nevera.

Para la preparación de la entrevista clínica con el paciente, el personal de enfermería dispone de la información recogida en la historia clínica electrónica IANUS y de las

**Tabla 2** Actividades del médico de atención primaria

- Selección del paciente a través de la lista de trabajo “Mis pacientes polimedicados”
- Revisión clínica de la medicación/valoración de la propuesta de intervención realizada por el FAP/enfermería
- Cita con el paciente: comunicar cambios en su tratamiento y actualización de la HMA
- Registro en IANUS (en nota SOIP) de las decisiones terapéuticas/intervenciones
- Derivación a enfermería para continuar el programa
- Seguimiento del paciente polimedicado

FAP: farmacéutico de atención primaria; HMA: hoja de medicación activa; IANUS: historia clínica electrónica única; SOIP: subjetivo, objetivo, impresión, plan.

**Tabla 3** Actividades de enfermería de atención primaria

- Preparación de la entrevista
- Concertar cita con el paciente y/o cuidador, solicitándole que acuda con la “bolsa de medicamentos”
- Entrevista clínica inicial:
  - Valoración de la concordancia: revisión de medicamentos que aporta el paciente (bolsa de medicamentos), comprobando si coinciden con los recogidos en la historia clínica
  - Valoración de la adherencia al tratamiento (test de Morisky-Green-Levine)<sup>12</sup>
  - Valoración del grado de conocimiento del paciente sobre su enfermedad y medicación
  - Detección de Problemas relacionados con los medicamentos
  - Resolución de dudas planteadas por el paciente/cuidador
  - Educación sanitaria
- Entrevista clínica de seguimiento (nueva cita en espacio de tiempo según particularidades o necesidades del paciente, orientativo 3 meses): Nueva valoración de la adherencia al tratamiento (pacientes incumplidores)
- Registro de actividad en IANUS: nota SOIP e Informe de enfermería para el paciente polimedicado
- Cierre del episodio A23.01 (si se cumplieron los objetivos propuestos)

IANUS: historia clínica electrónica única; SOIP: subjetivo, objetivo, impresión, plan.

siguientes herramientas: hoja de medicación activa e historial farmacoterapéutico (ambos documentos disponibles para imprimir), información farmacológica sobre los medicamentos que tiene prescritos el paciente (fichas de medicamentos accesibles desde la historia clínica), información en IANUS sobre la dispensación o no de los medicamentos en la oficina de farmacia. En la “hoja de preparación de la entrevista” (fig. 2) se recoge la información más relevante en relación con las prescripciones activas: medicamento, posología, indicación terapéutica crónica/aguda, datos de dispensación en oficina de farmacia y otras observaciones. Para ello cuenta con la colaboración del FAP. Asimismo, este

PACIENTE:		FECHA:					
	PRESCRIPCIÓN	DOSIS		DISPENSACIÓN	INDICACIONES		OBSERVACIONES
		IANUS	S.PACIENTE		CRÓNICA	SINTOMÁTICA	
PLAN TERAPÉUTICO							
NO INCLUIDAS EN PLAN T.							

Figura 2 Hoja de preparación de la entrevista.

documento sirve para recoger de manera clara y ordenada la información obtenida del paciente en la entrevista clínica.

En la entrevista clínica con el paciente se podrán evaluar no solo aspectos relacionados con el uso de los medicamentos sino también los factores psicológicos, funcionales y sociales, cuyo papel es fundamental para entender la situación del paciente y adecuar sus tratamientos.

Entre las actividades realizadas con el paciente se realiza una valoración de la adherencia al tratamiento donde, junto con el Test de Morinsky-Gren-Levine<sup>12</sup>, se explorarán los motivos que conducen a una mala adherencia, cuando así lo sea, y el nivel de ayuda que se puede recomendar al paciente. Con el objetivo de mejorar la adherencia podrán realizarse intervenciones de información oral, información escrita o entrega del Sistema Personalizado de Dosificación.

## Resultados

En el mes de abril de 2011 se inició, en 11 centros de salud, un piloto del programa con una duración de 6 meses. Tras la finalización de dicho piloto, el programa se desplegó progresivamente y alcanzó el 100% de implantación en los 480 centros de salud y consultorios de Galicia en el mes de junio de 2013.

Al comienzo del programa, en Galicia habían 9.500 pacientes con más de 15 medicamentos, 34.300 con más de 12 y 74.500 con más de 10 medicamentos prescritos de forma crónica, por ello la población diana inicial estuvo representada únicamente por los pacientes que tomaban más de 15 medicamentos de manera crónica, con el fin de disponer de un grupo poblacional manejable. Puesto que a 31 de diciembre de 2012 la cobertura del programa incluía el 79% de la población gallega con más de 15 medicamentos, se pro-

cedió a rebajar el umbral de población diana para trabajar sobre los pacientes que tomaban más de 12 medicamentos prescritos de manera crónica.

A fecha de 31 de diciembre de 2013 se habían incorporado 20.319 pacientes al programa, dato que representa el 88% de la población gallega con más de 12 medicamentos prescritos de manera crónica. La cobertura del programa en este último año aumentó en 12.841 pacientes respecto a la alcanzada en el mes de diciembre de 2012. La distribución de la población incorporada al programa por Estructura Organizativa de Gestión Integrada (EOXI) se muestra en la figura 3.

El patrón demográfico de estos pacientes responde fundamentalmente a mujeres (60%) y pacientes mayores de 70 años (70%), destacando 995 pacientes con edades comprendidas entre los 91 y los 103 años (fig. 4).

La evaluación de resultados obtenidos fruto de la revisión de la medicación e intervenciones realizadas en los pacientes incluidos desde el inicio del programa muestra una reducción del 47, el 32,7 y el 22% en el número de pacientes con > 15, > 12 y > 10 medicamentos prescritos de manera crónica, respectivamente.

El FAP realizó al menos una propuesta de intervención en el 72% de los pacientes incluidos en el programa, y en el 6% detectó, al menos, un criterio START y en el 27% al menos un criterio STOPP. El 35% de los pacientes incluidos dispone de un informe de enfermería de revisión de la medicación (7.092 informes). El número de FAP implicados en la revisión de la medicación fue de 68 y el número de profesionales de enfermería de 720.

En cuanto a la actividad de formación, esta se desarrolló mediante una estrategia de formador de formadores. Así, durante el año 2012 se impartió a 35 farmacéuticos y personal de enfermería un curso de "formador de formadores en atención al paciente polimedcado en enfermería". Poste-

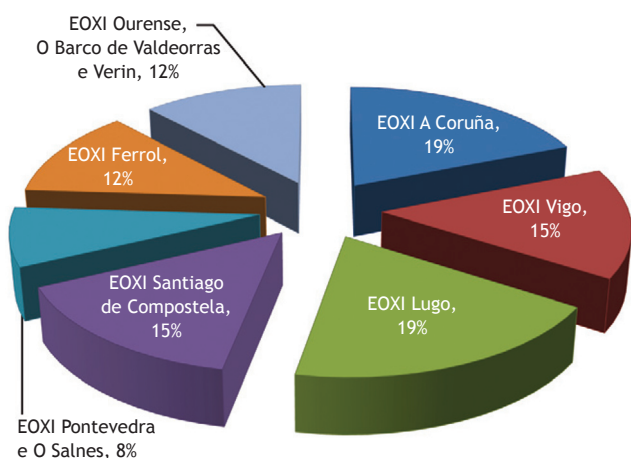


Figura 3 Distribución de la población incorporada al programa por Estructura Organizativa de Xestión integrada (EOXI).

riormente, esos profesionales impartieron en sus respectivas EOXI 17 ediciones del mismo, y se llegó a alcanzar la cifra de 374 profesionales formados.

En el año 2013 se realizaron cuatro “talleres para el abordaje y seguimiento del paciente polimedicado”, con un total de 88 profesionales formados. En este mismo año, otra de las grandes iniciativas desarrolladas en el campo de la formación fue la realización del “Estudio cualitativo en la revisión de la medicación y el seguimiento farmacoterapéutico del paciente polimedicado”, con metodología de *focus group*. Las conclusiones de este estudio nos van a permitir el desarrollo de una serie de tareas para mejorar la organización y gestión del programa y favorecer su optimización.

### Conclusiones

Todos los datos de los que disponemos a día de hoy constatan que el Programa de mejora de la calidad en la atención

EOXI Pontevedra e O Salnes, 8%

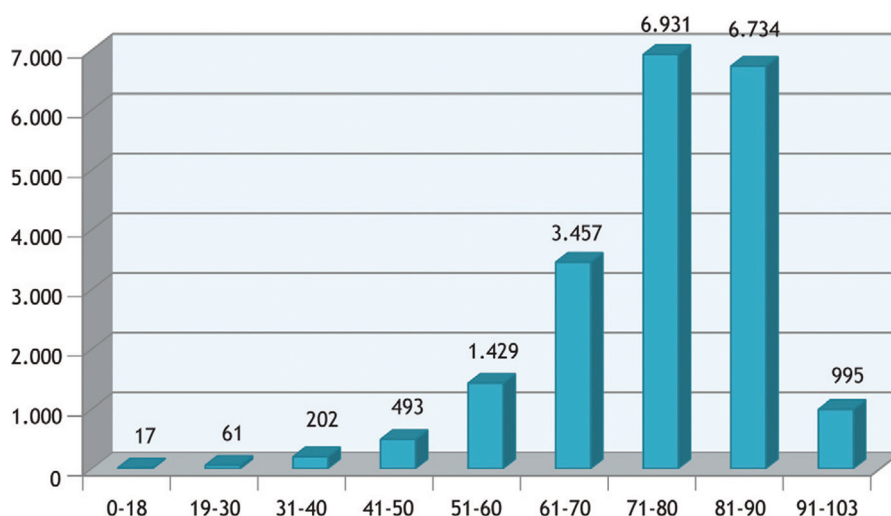


Figura 4 Número de pacientes polimedicados incorporados al programa por tramo de edad.

#### Lo conocido sobre el tema

- Una de las consecuencias del envejecimiento demográfico es la pluripatología, y como consecuencia de ésta, la polimedicación.
- La polimedicación supone una enorme dificultad por parte del paciente para mantener la adherencia al tratamiento, además de aumentar el riesgo de interacciones medicamentosas y las reacciones adversas. Se estima que las reacciones adversas a medicamentos (RAM) son responsables de hasta un 30% de los ingresos hospitalarios en los pacientes mayores, y la prescripción inapropiada de medicamentos es un problema frecuente que contribuye al aumento del riesgo de RAM.

#### Qué aporta este estudio

- La implantación de un proceso de revisión de la medicación de carácter multidisciplinar redundará en una mejora en la calidad asistencial al articular medidas que permiten un adecuado seguimiento farmacoterapéutico a los pacientes crónicos polimedicados de Galicia.
- Se deben de poner en marcha estrategias en el ámbito de este programa, que impliquen a profesionales del ámbito sanitario y sociosanitario, garantizando así la continuidad asistencial.
- El Programa de mejora de la calidad en el paciente crónico y polimedicado de Galicia constituye una iniciativa acertada y necesaria con beneficios de mejora de la calidad de la prescripción, y mejora de la seguridad y salud del paciente.

al paciente crónico y polimedicado de Galicia constituye una iniciativa acertada y necesaria, dado el elevado porcentaje de población pluripatológica y polimedicada existente.

Los resultados obtenidos, tras 6 meses de pilotaje, 20 meses de despliegue y solo 6 meses de implantación en la totalidad de los centros de salud de Galicia, se pueden considerar satisfactorios, pues se muestran claros beneficios a diferentes niveles: una mejora de la calidad de la prescripción, implícita al proceso de revisión de la medicación y de la adecuación de la prescripción, y una mejora de la seguridad, al disminuir el número de medicamentos que toma el paciente y detectar prescripciones potencialmente inadecuadas (criterios STOPP).

La implantación de un proceso de revisión de la medicación de carácter multidisciplinar, que implica al farmacéutico, al médico y al personal de enfermería de atención primaria, permite un reparto de tareas a realizar en el paciente polimedicado y complementar las actividades específicas de cada uno, redundando en una mejora de la asistencia al paciente crónico.

No obstante, el programa se encuentra en un momento de desarrollo decisivo en el que se deben poner en marcha estrategias que impliquen a nuevos profesionales en el ámbito de la atención primaria y profesionales de atención hospitalaria, garantizando así la continuidad asistencial.

## Agradecimientos

Desde la Dirección Xeral de Asistencia Sanitaria (Subdirección Xeral de Farmacia) se quiere agradecer: a los farmacéuticos de atención primaria, por el liderazgo e impulso al programa; a enfermería de atención primaria por su implicación y colaboración en la elaboración de la herramienta de trabajo descrita en este documento “hoja de preparación de la entrevista”; a los farmacéuticos, enfermería y médicos de atención primaria por su dedicación y ayuda en el programa de formación específico que se está llevando a cabo.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## Bibliografía

1. European Commission. Taking forward the Strategic Implementation Plan of the European Innovation. Partnership on Active and Healthy Ageing. Disponible en: [http://ec.europa.eu/information\\_society/newsroom/cf/item-detail-dae.cfm?item\\_id=7852](http://ec.europa.eu/information_society/newsroom/cf/item-detail-dae.cfm?item_id=7852)
2. Encuesta Nacional de Salud de España 2011/12. Disponible en: <https://www.mssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2011.htm>
3. Orozco-Beltrán D, Ollero Baturone M. Conferencia nacional para la atención al paciente con enfermedades crónicas. Aten Primaria. 2011;43:165-6.
4. Montes Santiago J, Casariego Vales E, De Toro Santos M, Mosquera E. La asistencia a pacientes crónicos y pluripatológicos. Magnitud e iniciativas para su manejo: La Declaración de Sevilla. Situación y propuestas en Galicia. Galicia Clin. 2012; 73 Supl 1:57-14.
5. Instituto Gallego de Estadística. Indicadores demográficos 12-05-2013 Disponible en: [http://www.ige.eu/igebdt/esq.jsp?paxina=002001&c=0201004&ruta=verPpalesResultados.jsp?OP=1&B=1&M=&COD=722&R=1\[14:15:0:10:11:12:4:5:6:7:8:16:9:17\]&C=9912\[all\]&F=T\[1:0\];2:0&S=](http://www.ige.eu/igebdt/esq.jsp?paxina=002001&c=0201004&ruta=verPpalesResultados.jsp?OP=1&B=1&M=&COD=722&R=1[14:15:0:10:11:12:4:5:6:7:8:16:9:17]&C=9912[all]&F=T[1:0];2:0&S=)
6. Gavilán Moral E, Villafaina Barroso A, editores. Polimedicación y Salud: Estrategias para la adecuación terapéutica. 1.ª ed. Plasencia: Reprodisseny; 2011.
7. Villafaina Barroso A, Gavilán Moral E. Pacientes polimedicados frágiles, un reto para el sistema sanitario. Inf Ter Sist Nac Salud. 2011;35:114-23.
8. López-Torres Hidalgo JL, Cerdá Díaz R, Fernández Olano C, Requena Gallego M, Fernández Casalderrey C, Otero Puime A. Factores asociados al consumo de medicación crónica en personas ancianas. Med Clin (Barc). 1997;108:572-6.
9. Estrategia SERGAS 2014. La sanidad pública al servicio del paciente. Disponible en: [http://www.sergas.es/Docs/Conselleria/Estrategia\\_Sergas\\_2014.pdf](http://www.sergas.es/Docs/Conselleria/Estrategia_Sergas_2014.pdf)
10. Delgado Silveira E, Muñoz García M, Montero Errasquin B, Sánchez Castellano C, Gallagher P, Cruz-Jentoft A. Prescripción inapropiada de medicamentos en los pacientes mayores: los criterios STOPP/START. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2009;44: 273-9.
11. Foro de Atención Farmacéutica. Documento de Consenso. Enero 2008. Disponible en: [http://www.portalfarma.com/inicio/atencionfarmaceutica/forodeattfarma/Documents/FORO\\_At\\_farma.pdf](http://www.portalfarma.com/inicio/atencionfarmaceutica/forodeattfarma/Documents/FORO_At_farma.pdf)
12. Rodríguez Chamorro MA, García-Jiménez E, Amariles P, Rodríguez Chamorro A, Faus MJ. Revisión de tests de medición del cumplimiento terapéutico utilizados en la práctica clínica. Aten Primaria. 2008;40:413-7.