

INVESTIGACIÓN
2010



**PROYECTO ACAPP: ADECUACIÓN,
CONCILIACIÓN Y ADHERENCIA EN
EL PACIENTE PLURIPATOLÓGICO**

FUNDACIÓN MAPFRE

www.fundacionmapfre.org

Investigador Principal

Bernardo Santos Ramos

Ldo. En Farmacia
Servicio de Farmacia.
Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Equipo Investigador

Eva Rocío Alfaro Lara

Ldo. en Farmacia
Unidad Clínica de Farmacia. Universitario Virgen del Rocío, Sevilla

M^a Dolores Nieto Martín

Ldo. en Medicina
Unidad Clínica de Atención Médica Integral. Hosp. Universitario Virgen del Rocío, Sevilla

M^a Dolores Vega Coca

Ldo. en Farmacia
Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía, Sevilla

Manuel Ollero Baturone

Ldo. en Medicina
Unidad Clínica de Atención Médica Integral. Hosp. Universitario Virgen del Rocío, Sevilla

Máximo Bernabeu-Wittel

Ldo. en Medicina
Unidad Clínica de Atención Médica Integral. Hosp. Universitario Virgen del Rocío, Sevilla

Mercedes Galván Banqueri

Ldo. en Farmacia
Unidad Clínica de Farmacia. Universitario Virgen del Rocío, Sevilla

Roberto Marín Gil

Ldo. en Farmacia
Servicios Centrales del Servicio Andaluz de Salud, Sevilla

Índice

	Página
1. DESARROLLO DEL PROYECTO	4
1.1. FASE 1. Estudio bibliográfico	4
1.2. FASE 2. Selección de los instrumentos identificados como de mayor utilidad para el paciente pluripatológico mediante un panel de expertos	4
1.3. FASE 3. Validación de los instrumentos seleccionados	4
1.4. FASE 4. Intervención para la mejora de la adherencia, adecuación o conciliación	4
1.5. FASE 5. Evaluación inicial y final. Impacto de la intervención	5
2. PRINCIPALES RESULTADOS	5
2.1. Publicaciones	5
2.1.1. Revisión bibliográfica	6
2.1.2. Panel de expertos	6
2.1.3. Validación de los instrumentos seleccionados	6
2.1.4. Evaluación de las intervenciones	7
2.2. Comunicaciones a congresos	7
2.2.1. Adherencia	8
2.2.2. Adecuación	9
2.2.3. Conciliación	11
3. OTRAS CONSIDERACIONES DEL DESARROLLO DEL PROYECTO	12

1. DESARROLLO DEL PROYECTO

1.1. FASE 1. Estudio bibliográfico

Se ha desarrollado completamente el estudio bibliográfico previo en el que se identificaron métodos y herramientas para realizar o medir la adherencia, la conciliación de tratamientos y la adecuación en pacientes similares a los pluripatológicos.

Adecuación

Se recuperaron 108 artículos, de los que se seleccionaron 39. La consulta de sus referencias bibliográficas permitió incorporar 20 trabajos más, en total 59 artículos. Se identificaron 2 métodos implícitos (MAI y Hamdy) y 6 métodos explícitos (criterios Beers, IPET, STOPP/START, ACOVE, CRIME y NORGEP). Ninguno era específico para pluripatológicos. El cuestionario MAI, los criterios Beers y sus modificaciones son los más usados en la literatura médica. Las ventajas de los criterios explícitos hacen que muchos de ellos se hayan desarrollado recientemente.

Conciliación

Se recuperaron 273 artículos, de los que se seleccionaron 25. La mayoría de estudios son al ingreso y alta hospitalarios, como principales fuentes de información destacan la entrevista e historia clínica, entre otras. En la mayoría de trabajos no se especifica un tiempo preestablecido, ni se usa formulario y el principal responsable es el farmacéutico clínico. Además de la medicación domiciliaria, hábitos de automedicación y fitoterapia también son registrados. Se recogen como errores de conciliación desde omisiones de fármacos hasta interacciones medicamentosas.

Adherencia

En la búsqueda bibliográfica se identificaron 509 artículos, en los que se hacía referencia a 61 cuestionarios diferentes. De estos 61 cuestionarios, únicamente 5 cumplieron los criterios de inclusión de la revisión sistemática: A14 Scale, Adherence to Refill and Medication Scale (ARMS), ASK20 Adherence Barrier Questionnaire, Brief Medication Questionnaire, General Adherence Scale. Ninguno de ellos había sido validado en pluripatológicos, aunque sí en pacientes con características similares.

1.2. FASE 2.- Selección de los instrumentos identificados como de mayor utilidad para el paciente pluripatológico mediante un panel de expertos

Se ha desarrollado completamente esta fase consistente en el juicio colectivo de un panel de expertos que priorizó y valoró los métodos y herramientas identificados en la fase previa.

Los resultados fueron los siguientes:

La herramienta para determinar la adherencia al tratamiento considerada adecuada y con un alto grado de

acuerdo en todos los aspectos evaluados fue el cuestionario "Adherence to Refill and Medication Scale" (ARMS). En adecuación, como método implícito los ítems que integran el cuestionario Medication Appropriateness Index (MAI) se consideraron adecuados, así como otros detectados a partir de la literatura científica así como a partir del método Dáder. Como método explícito los criterios STOPP/START resultaron los más adecuados. El mayor grado de acuerdo respecto a conciliación fue acerca de la necesidad de realizarla, tanto al ingreso, como al alta, como tras la visita en Atención Primaria, así como en la información que debe recogerse y las variables consideradas como discrepancias.

1.3. FASE 3. Validación de los instrumentos seleccionados

Adecuación

Se ha estudiado la fiabilidad inter e intraobservador para el cuestionario MAI modificado generado a partir del panel de expertos.

Conciliación

Como se comentó en la memoria anterior no se realizará para el método de conciliación al carecer de un método estándar con el que compararlo.

Adherencia

Se ha realizado el trabajo de campo, pero está pendiente el análisis estadístico.

1.4. FASE 4. Intervención para la mejora de la adherencia, adecuación o conciliación

Ya ha finalizado la fase de reclutamiento de pacientes, obteniéndose el tamaño muestral necesario.

Adecuación

Se realizaron un total de 840 intervenciones farmacéuticas, estando la mayoría de ellas dirigida a evitar interacciones, lo que parece lógico al tratarse de pacientes que toman una media del orden de 12 fármacos diarios. Las siguientes intervenciones más frecuentes son del tipo instrucciones al paciente como recomendaciones de administrar ciertos medicamentos fuera de las comidas, seguidas de diagnóstico o síntoma no tratado como la infraprescripción relacionada con la diabetes, tanto para su tratamiento con antidiabéticos como para la prevención del riesgo cardiovascular con estatinas y antiagregantes. También destaca por su frecuencia la no indicación, debido al uso masivo de omeprazol.

Respecto a los criterios STOPP los más frecuentemente incumplidos fueron: *clase de medicamento duplicada y uso prolongado de benzodiazepinas de vida media larga o con metabolitos de acción larga; y para los START los IECAs en la insuficiencia cardíaca crónica y estatinas y antiagregantes en la diabetes mellitus si coexisten uno o más factores de riesgo.*

Conciliación

Se incluyeron 114 pacientes, encontrándose errores de conciliación en el 75,4% de ellos. Los pacientes tenían 1397 fármacos prescritos, de los cuales 234 presentaron discrepancias que requirieron aclaración con el clínico responsable. Los tipos de error fueron: omisión de medicamentos (139), comisión (9), dosis, pauta o vía diferentes (24) y por prescripción incompleta (12). Entre los subgrupos farmacoterapéuticos más afectados por los errores se encontraron los antianémicos, vitaminas, y psicoanalépticos.

Adherencia

Según datos tabulados hasta abril de 2012, se han realizado un total de 467 intervenciones para la mejora de la adherencia. A continuación se detallan las intervenciones realizadas: entrega de recetas (240 pacientes), entrega de etiquetas con pictogramas relativos a la posología, para su colocación en los envases de los diferentes medicamentos (108 pacientes), entrega del esquema simplificado del tratamiento farmacológico (58 pacientes), educación sobre la importancia del cumplimiento (42 pacientes), educación sobre patologías (2 pacientes), educación a cuidadores (1 paciente), simplificación del régimen posológico (2 pa-

cientes), recordatorio de adquisición de medicamentos (14 pacientes).

1.5. FASE 5. Evaluación inicial y final. Impacto de la intervención

Adecuación

La tasa de respuesta del médico a los informes de adecuación es baja (56%), no obstante, la tasa de aceptación de aquéllos que responden es elevada (80%).

Adherencia

Actualmente se está desarrollando la fase de reevaluación de la adherencia de los pacientes, con la que se pretende evaluar la efectividad de las intervenciones realizadas, por lo que aún no se dispone de resultados.

Conciliación

De las 234 discrepancias encontradas, el clínico modificó la prescripción en 184 de ellas, consideradas errores de conciliación.

2. PRINCIPALES RESULTADOS

2.1. Publicaciones

Tabla 1. Situación publicaciones.

ARTÍCULO	REVISTA	SITUACIÓN
Búsqueda bibliográfica		
Adherencia	Pendiente	No enviado
Conciliación	Pendiente	No enviado
Adecuación del tratamiento farmacológico en el paciente pluripatológico	Atención Primaria	Aceptado, pendiente de publicación
Modelos de atención al paciente pluripatológico y el papel de la farmacia hospitalaria	Farmacia Hospitalaria	Aceptado, pendiente de publicación
Panel de expertos		
Selection of tools for reconciliation, compliance and appropriateness of treatment in patients with multiple chronic conditions	European Journal of Internal Medicine. 2012; 23: 506-12.	Publicado
Validación de los instrumentos seleccionados		
Fiabilidad de un cuestionario para la adecuación del tratamiento farmacológico en pacientes pluripatológicos	Revista Clínica Española	En proceso de revisión
Validación del cuestionario ARMS	Pendiente	No enviado
Evaluación de las intervenciones		
Evaluación de la adecuación del tratamiento farmacológico en pacientes pluripatológicos	Atención Primaria	En proceso de revisión
Errores de conciliación al ingreso hospitalario en pacientes pluripatológicos mediante metodología estandarizada	Revista Clínica Española	En proceso de revisión
Perfil de adherencia de los pacientes pluripatológicos	Pendiente	No enviado
Análisis de los factores relacionados con la adherencia al tratamiento en los pacientes pluripatológicos	Pendiente	No enviado

2.1.1. Revisión bibliográfica

Productos

Están previstas dos publicaciones una por cada área temática pendiente: adherencia y conciliación.

Resultados

Adherencia. Ningún cuestionario de adherencia de los 61 identificados se había diseñado, validado o cuando menos empleado en PP, aunque 18 de ellos fueron diseñados y utilizados en el contexto de pacientes crónicos o ancianos. Sólo 5 reunieron los criterios de inclusión.

Conciliación. A su vez se detectaron 14 items derivados de trabajos con instrumentos específicos, de los cuáles 6 se incluyeron como indicaciones en el panel. La mayoría de las variables o características a tener en cuenta en la organización de un procedimiento de conciliación se incorporaron al panel en forma de indicaciones, aunque de las 34 iniciales se reagruparon o re-definieron en 31 posibilidades.

Producto

Se ha enviado un artículo de los resultados de la búsqueda bibliográfica sobre adecuación a la revista "Atención Primaria", ha sido aceptado y está pendiente de publicación.

Resultados

Se identificaron dos cuestionarios de adecuación, el Medication Appropriateness Index (MAI) y el cuestionario Hamdy. Sólo se incluyó como indicación para el panel el primero, el segundo se descartó por ir dirigido principalmente a la reducción de la polifarmacia y no estar suficientemente validado en trabajos posteriores.

De los 6 criterios de evaluación objetiva identificados en la búsqueda (ACOVE Beers, CRIME, IPET, NORGEP y STOPP/START). Se incorporaron como indicaciones al panel 3 de ellos (Beers, IPET y STOPP/START). Se excluyeron del panel los métodos ACOVE, NORGEP y CRIME por los siguientes motivos: Los ACOVE, Assesing Care of the Vulnerable Elder, debido a que se considera un método de evaluación de la calidad del cuidado integral del anciano y no solo de los medicamentos (contiene un 29% de indicadores sobre el tratamiento). Los criterios CRIME y NORGEP por tratarse de criterios desarrollados específicamente para una población italiana y noruega respectivamente y por estar publicados muy recientemente (evidencia disponible escasa).

Producto

El artículo sobre "Modelos de atención al paciente pluripatológico y el papel de la farmacia hospitalaria" ha sido enviado a la revista "Farmacia Hospitalaria", ha sido aceptado y está pendiente de publicación.

Resultados

Existen numerosos modelos en el panorama internacional, fundamentalmente el Modelo de Atención a Enfermedades Crónicas Complejas y el Modelo Kaiser Permanente. En nuestro país el Proceso Asistencial Integrado de Andalucía, la estrategia de Crónicos de Euskadi y, sobre todo, el modelo en desarrollo a partir de la Conferencia Nacional de Atención a Pacientes Crónicos de Sevilla.

Para la farmacia hospitalaria española la atención a crónicos en un modelo multiprofesional, cooperativo y transversal es todo un reto. Los servicios de farmacia y la SEFH deberán re-orientar sus estrategias de atención farmacéutica, su formación continua y su investigación según el nuevo modelo. En especial cobran interés actividades como la conciliación, la adherencia y las intervenciones para la mejora de la adecuación de tratamientos siempre a través del énfasis en los autocuidados del paciente o cuidadora.

2.1.2. Panel de expertos

Producto

El artículo "Selection of tools for reconciliation, compliance and appropriateness of treatment in patients with multiple chronic conditions" ha sido publicado en la revista "European Journal of Internal Medicine".

Resultados

Se seleccionaron para el panel 46 indicaciones: 5 sobre adherencia, 20 sobre adecuación y 31 sobre conciliación. La herramienta considerada adecuada y con un alto grado de acuerdo en todos los aspectos evaluados fue el cuestionario "Adherence to Refill and Medication Scale" (ARMS). En adecuación, el cuestionario Medication Appropriateness Index (MAI) fue considerado adecuado, pero sin acuerdo. Los criterios STOPP/START resultaron los más adecuados. El mayor grado de acuerdo respecto a conciliación fue acerca de la necesidad de realizarla, tanto al ingreso, como al alta, como tras la visita en Atención Primaria, así como en la información que debe recogerse y las variables consideradas como discrepancias.

2.1.3. Validación de los instrumentos seleccionados

Producto

Se ha enviado un artículo sobre la fiabilidad del cuestionario seleccionado por el panel de expertos (cuestionario Medication Appropriateness Index modificado) a la Revista Clínica Española. Actualmente está en proceso de revisión.

Resultados

Respecto al cuestionario MAI modificado, se obtiene un kappa global débil para la fiabilidad interobservador y moderado y muy bueno para la fiabilidad intraobservador del médico y del farmacéutico respectivamente. Por otra

parte, la tasa de acuerdo global tanto interobservador como intraobservador es muy elevada. Podemos concluir que este cuestionario constituye la primera herramienta diseñada específicamente para ser aplicada en PP con el objetivo de mejorar la adecuación del tratamiento farmacológico, no obstante, serían necesarios más estudios para poder solventar las limitaciones observadas en su aplicación.

Producto

Está previsto el envío de un artículo sobre la validación del cuestionario ARMS en pacientes pluripatológicos.

Resultados

Se ha realizado el trabajo de campo, pero está pendiente el análisis estadístico.

2.1.4. Evaluación de las intervenciones

Producto

Se ha enviado el artículo “Evaluación de la adecuación del tratamiento farmacológico en pacientes pluripatológicos” a la revista Atención primaria. Actualmente está en proceso de revisión.

Resultados

Se realizaron un total de 840 intervenciones farmacéuticas, estando la mayoritaria de ellas dirigida a evitar interacciones, lo que parece lógico al tratarse de pacientes que toman una media del orden de 12 fármacos diarios. Las siguientes intervenciones más frecuentes son del tipo instrucciones al paciente como recomendaciones de administrar ciertos medicamentos fuera de las comidas, seguidas de diagnóstico o síntoma no tratado como la infraprescripción relacionada con la diabetes, tanto para su tratamiento con antidiabéticos como para la prevención del riesgo cardiovascular con estatinas y antiagregantes. También destaca por su frecuencia la no indicación, debido al uso masivo de omeprazol.

Respecto a los criterios STOPP los más frecuentemente incumplidos fueron: *clase de medicamento duplicada y uso prolongado de benzodiazepinas de vida media larga o con metabolitos de acción larga; y para los START los IECAs en la insuficiencia cardíaca crónica y estatinas y antiagregantes en la diabetes mellitus si coexisten uno o más factores de riesgo.*

La tasa de respuesta del médico a los informes de adecuación es baja, no obstante, la tasa de aceptación de aquéllos que responden es elevada. Esto pone de manifiesto la importancia de integrar a un farmacéutico (u otro profesional con conocimientos análogos) en el equipo multidisciplinar de atención integral al paciente pluripatológico.

Producto

Artículo “Errores de conciliación al ingreso hospitalario en pacientes pluripatológicos mediante metodología estanda-

rizada”, enviado a Revista Clínica Española y pendiente de revisión.

Resultados

Se realizó conciliación al ingreso hospitalario siguiendo la metodología considerada como más adecuada para estos pacientes por un panel de expertos, según el método Delphi. La fuente de información principal utilizada fue la historia clínica digital, tanto la hospitalaria, como la de atención primaria, recurriendo a la entrevista clínica en caso necesario. Se registraron tanto las discrepancias justificadas por el clínico como los errores de conciliación. Se analizó el tipo de error, los grupos farmacológicos implicados y se valoró la gravedad de cada uno de ellos.

Se incluyeron 114 pacientes, encontrándose errores de conciliación en el 75,4% de ellos. Los pacientes tenían 1397 fármacos prescritos, de los cuales 234 presentaron discrepancias que requirieron aclaración con el clínico responsable. De estas 234 discrepancias, el clínico modificó la prescripción en 184 de ellas, consideradas errores de conciliación. Los tipos de error fueron: omisión de medicamentos (139), comisión (9), dosis, pauta o vía diferentes (24) y por prescripción incompleta (12). Entre los subgrupos farmacoterapéuticos más afectados por los errores se encontraron los antianémicos, vitaminas, y psicoalépticos.

Producto

Está previsto el envío de dos artículos sobre adherencia:

- Perfil de adherencia de los pacientes pluripatológicos (según el cuestionario ARMS). Principales barreras detectadas.
- Análisis de los factores relacionados con la adherencia al tratamiento en los pacientes pluripatológicos (edad, nº de fármacos, tipo de patología, grado de dependencia...).

2.2. Comunicaciones a congresos

Producto

Herramientas para la optimización de la farmacoterapia en el paciente pluripatológico. Congreso Nacional de Atención al Paciente Crónico, San Sebastián 2011.

Resultados

Búsqueda bibliográfica:

Artículos identificados:

- 509 (adherencia)
- 108 (adecuación)
- 213(conciliación).

Herramientas/procedimientos identificados:

- 61 (adherencia)
- 33 (adecuación)
- 31 (conciliación).

Herramientas/procedimientos preseleccionados:

- 5 (adherencia)

- 22 (adecuación)
- 31 (conciliación).

Panel de expertos:

Herramientas/procedimientos considerados adecuados con alto grado de acuerdo:

Adherencia:

- “Adherence to Refill and Medication Scale”.

Adecuación:

- “Criterios STOPP/START”, criterios individuales del “Medication Appropriateness Index” (MAI).

Conciliación:

- Momento adecuado: ingreso hospitalario/alta/tras consulta de Primaria.
- Datos necesarios: fármaco/dosis/pauta/vía administración/fitoterapia/automedicación/alergias/intolerancias/interrupciones previas de tratamiento.
- Discrepancias de conciliación: omisión/comisión/diferente dosis, vía, intervalo posológico/prescripción incompleta/duplicidades/interacciones.

No existen cuestionarios de adherencia/adecuación validados para pluripatológicos, ni un procedimiento de conciliación establecido. La escala ARMS se perfila como la más adecuada para determinar la adherencia en esta población. Los criterios STOPP/START son los más adecuados para medir adecuación, aunque existe la posibilidad de generar un cuestionario específico derivado del MAI. La selección/implantación de un procedimiento normalizado facilitaría el proceso de conciliación.

2.2.1. Adherencia

Producto

Herramientas para la evaluación de la adherencia en el paciente pluripatológico. Congreso de la SAFH, Almería 2011.

Resultados

Búsqueda bibliográfica: 509 artículos, 61 cuestionarios diferentes, de los cuales sólo 5 cumplían criterios de preselección: A14 Scale, Adherence to Refill and Medication Scale (ARMS), ASK20 Adherence Barrier Questionnaire, Brief Medication Questionnaire, General Adherence Scale. Ninguno había sido validado en pluripatológicos, aunque sí en pacientes con características similares. Panel de expertos: ARMS: única herramienta considerada adecuada en todos los aspectos evaluados (alto grado de acuerdo). Resto de cuestionarios: grado de adecuación dudoso para uno/varios de los aspectos evaluados (grado de acuerdo variable).

No existen cuestionarios de adherencia validados para pluripatológicos, aunque sí para pacientes con características comunes. De las herramientas disponibles, la escala ARMS se perfila como la más adecuada para la determinar la adherencia en esta población, aunque sería necesaria una validación previa.

Producto

“Adherence to refills and medication scale”: validez y fiabilidad en el paciente pluripatológico. Congreso de la SEFH, Santiago 2011.

Resultados

Se incluyeron un total de 53 pacientes, de los cuales el 54.7% eran mujeres, con una edad media de 76 años (rango: 59 - 87).

Validez: se observó una correlación moderada-alta entre la puntuación total de la escala ARMS y la puntuación total del cuestionario de Morisky y colaboradores para cada paciente, obteniéndose un coeficiente de correlación de Spearman de -0.590 ($p < 0.01$).

Fiabilidad: el grado de concordancia interobservadores fue muy alto, obteniéndose un coeficiente Kappa por ítems > 0.9 en todos los casos, y un coeficiente de correlación intraclase para la puntuación global de la escala de 0.973 (IC 95%: 0.954-0.984; $p < 0.001$).

A la luz de los resultados obtenidos, la escala ARMS se perfila como una herramienta válida y fiable para determinar la adherencia en el paciente pluripatológico.

Producto

Perfil de adherencia en el paciente pluripatológico. Congreso de la SAFH, Almería 2011.

Resultados

Se incluyeron un total de 50 pacientes [edad media: 76 años (60,98), 58% mujeres, nº medio de fármacos administrados: 11 (4,19)]. La tasa media de adherencia fue del 96% (46%,100%), y se consideró adherente al 76% de los pacientes. En el 52% de los pacientes se identificó alguna barrera para el cumplimiento terapéutico (96% relacionadas con la administración, 38% relacionadas con la adquisición de medicamentos, 35% ambos tipos).

Principales causas de incumplimiento: olvido (54%), falta de planificación para la adquisición de medicamentos (38%), ausencia del cuidador (31%), mejoría/enfermedad (31%), omisión intencionada (27%), olvido de medicamentos con varias tomas/día (19%), modificación posológica según necesidad (15%).

Por lo general, el grado de adherencia en estos pacientes es bastante elevado.

En la mayoría de los casos las barreras para el cumplimiento terapéutico están relacionadas con la administración de los medicamentos, siendo el olvido la principal causa de incumplimiento.

Producto

Factores relacionados con la adherencia en el paciente pluripatológico. Congreso de la SEFH, Bilbao 2012.

Resultados:

Se incluyeron un total de 263 pacientes [50,4% varones, edad media: 76 años (rango: 27-98), número medio de fármacos: 12 (rango: 4-25)]. El 59,9% presentaba al menos 3 categorías de patologías definitorias de PPP y el 59% eran adherentes al tratamiento.

De las variables analizadas, las únicas que mostraron una asociación estadísticamente significativa con la adherencia fueron:

- *Necesidad cubierta de cuidador:* el 75% de los pacientes que requieren cuidador y no lo tienen son no adherentes al tratamiento vs. el 38,8% de aquellos con necesidades cubiertas [$p=0,047$ (unilateral)].
- *Grado de dependencia:* las cifras más altas de pacientes adherentes se dan entre aquellos que presentan algún grado de dependencia (64%). Sin embargo, en pacientes con autonomía total es mayor el porcentaje de no adherentes (56,6%) [$p=0,008$ (bilateral)].

La prevalencia de pacientes no adherentes al tratamiento en la muestra analizada es bastante elevada, lo que está en consonancia con los resultados publicados para diversas patologías crónicas (a nivel individual). En el paciente pluripatológico, la adherencia se ve influenciada por el grado de dependencia y la cobertura de las necesidades de cuidador.

2.2.2. Adecuación**Producto**

Selección de herramientas para la evaluación de la adecuación del tratamiento en pacientes pluripatológicos mediante un panel de expertos. Congreso de la SAFH, Almería 2011.

Resultados

Se recuperaron 108 artículos, seleccionándose finalmente 59. Se identificaron 33 posibles escenarios, que tras aplicar los filtros previstos se redujeron a 22. Se seleccionaron 12 expertos entre los que se produjo un gran acuerdo hacia la adecuación en una mayoría de los escenarios. El mayor grado de acuerdo se dio en los criterios STOPP/START y en el análisis pormenorizado de los criterios extraídos del cuestionario MAI. El mayor grado de no acuerdo (indeterminado) se produjo en los criterios Beers e IPET.

La existencia de numerosas herramientas para evaluar la adecuación nos conduce a la posibilidad de seleccionar y generar un cuestionario específico para PP derivado del MAI en base a los resultados del panel de expertos.

Producto

Adecuación del tratamiento en pacientes pluripatológicos en un hospital de tercer nivel. Congreso de la SAFH, Almería 2011.

Resultados

Se reclutaron un total de 50 pacientes, quedando finalmente 27.

La media de edad fue de 74.3 años, siendo el 55,5 % mujeres. El nº medio de diagnósticos por paciente fue de 7 y el de medicamentos prescritos de 12. Se realizaron un total de 98 intervenciones (media de 3,6 por paciente), distribuyéndose de la siguiente manera: 4 intervenciones de "no indicación", 12 de "diagnóstico/síntoma no tratado", 9 de "dosis", 13 de "duración", 25 de "pauta horaria", 11 de "instrucciones al paciente", 1 de "contraindicaciones", 15 de "interacciones", 3 de "duplicidad", 3 de "coste-efectividad", 2 de "vía de administración" y ninguna de "no medicamento eficaz". La tasa de aceptación de las intervenciones fue del 77.8% (33,3 % completa y 44,5% parcial).

El número de intervenciones realizadas es elevado así como la tasa de aceptación. Esta situación pone de manifiesto la necesidad de una atención combinada de los distintos profesionales sanitarios que permita una mejoría en la calidad asistencial a los PP.

Producto

Adecuación del tratamiento farmacológico en pacientes pluripatológicos en un hospital de tercer nivel. III Congreso Nacional de Atención Sanitaria al Paciente Crónico, San Sebastián 2011.

Resultados

Se reclutaron (proceso completo) 41 pacientes. La media de edad fue de 77 años, siendo el 51,2 % mujeres. El nº medio de diagnósticos por paciente fue de 8 y el de medicamentos prescritos de 13. Se realizaron un total de 150 intervenciones (media de 3,7 por paciente), distribuyéndose de la siguiente manera: 8 intervenciones de "no indicación", 20 de "diagnóstico/síntoma no tratado", 10 de "dosis", 17 de "duración", 27 de "pauta horaria", 11 de "instrucciones al paciente", 5 de "contraindicaciones", 41 de "interacciones", 3 de "duplicidad", 6 de "coste-efectividad", 2 de "vía de administración" y ninguna de "no medicamento eficaz". La tasa de aceptación de las intervenciones fue del 75.6% (51.6 % completa y 48.4% parcial).

El número de intervenciones realizadas es elevado así como la tasa de aceptación. Esta situación pone de manifiesto la necesidad de una atención combinada de los distintos profesionales sanitarios que permita una mejoría en la calidad asistencial a los PP.

Producto

Adecuación del tratamiento al alta según los criterios STOPP-START en una población de pacientes pluripatológicos de un hospital de tercer nivel. Congreso de la SEFH, Santiago 2011.

Resultados

Se incluyeron 97 pacientes. En 42 de ellos (43.29 %) se aplicó alguno de los criterios STOPP-START (18 y 30 pacientes respectivamente). Se realizaron 25 intervenciones STOPP y 40 START. La distribución por sistemas fue la siguiente:

- Sistema cardiovascular: 7 intervenciones STOPP y 5 START.
- Sistema respiratorio: 3 intervenciones START.
- Sistema nervioso central: 8 intervenciones STOPP y 2 START.
- Sistema músculo-esquelético: 1 intervención STOPP y 5 START.
- Sistema endocrino: 2 intervenciones STOPP y 21 START.
- Sistema gastrointestinal: 4 intervenciones START.
- Fármacos que afectan negativamente en los propensos a caerse: 2 intervenciones STOPP.
- Medicamentos duplicados: 5 intervenciones STOPP.

Los criterios individuales más frecuentemente incumplidos fueron:

- Estatinas en la diabetes mellitus si coexisten uno o más factores de riesgo cardiovascular (11 pacientes).
- Metformina en la diabetes mellitus tipo 2 con o sin síndrome metabólico (6 pacientes).
- Uso prolongado de neurolépticos como hipnóticos a largo plazo (5 pacientes).
- Clase de medicamentos duplicados (5 pacientes).
- Suplementos de calcio y vitamina D en pacientes con osteoporosis conocida (5 pacientes).

Los criterios STOPP-START permiten detectar una oportunidad de mejora en la adecuación del tratamiento en 1 de cada 2,3 pacientes pluripatológicos de nuestro hospital. Se detectan el doble de oportunidades tipo START que STOPP. Dentro de los STOPP, el sistema cardiovascular y el SNC suponen las mayores áreas de intervención, así como dentro de los START el sistema endocrino.

Producto

Adecuación y seguridad del tratamiento farmacológico en el paciente pluripatológico. Jornadas de seguridad del Paciente, 15 de Noviembre de 2011, Sevilla.

Resultados

Se reclutaron un total de 141 pacientes. La media de edad fue de 76 años, siendo el 50.35 % hombres. El nº medio de diagnósticos por paciente fue de 8 y el de medicamentos prescritos de 13. Se realizaron un total de 499 intervenciones (media de 3 por paciente), distribuyéndose de la siguiente manera: 56 intervenciones de “no indicación”, 2 de “no medicamento eficaz”, 83 de “diagnóstico/síntoma no tratado”, 29 de “dosis”, 40 de “duración”, 43 de “pauta horaria”, 13 de “instrucciones al paciente”, 15 de “contraindicaciones”, 187 de “interacciones”, 7 de “duplicidad”,

19 de “coste-efectividad” y 2 de “vía de administración”. La tasa de respuesta fue del 60%. Entre los informes para los que se obtuvo respuesta la tasa de aceptación de las intervenciones fue: completa para el 39% parcial para el 42% y de no aceptación para el 19%.

El número de intervenciones realizadas es elevado así como la tasa de aceptación. Esta situación pone de manifiesto la necesidad de una atención combinada de los distintos profesionales sanitarios que permita una mejora en la calidad asistencial a los PP así como una mayor seguridad en el uso de medicamentos.

Producto

Interacciones farmacológicas de riesgo intermedio-alto y paciente pluripatológico. IX Congreso de la SAFH, Jerez 2012.

Resultados

Se incluyeron un total de 174 pacientes, entre los cuáles un 50% presentaron alguna interacción farmacológica de riesgo intermedio-alto. El total de las mismas detectadas fue de 158 y la media por paciente de uno.

Las interacciones más frecuentemente detectadas así como el plan de actuación propuesto fueron:

- Clopidogrel-omeprazol (24 pacientes): Tema controvertido. Se recomendó valorar continuar o cambiar a pantoprazol o ranitidina.
- Acetilcisteína-nitroglicerina (15 pacientes): Se recomendó monitorización de la tensión arterial y advertir el riesgo de dolor de cabeza.
- Simvastatina-acenocumarol (13): Se recomendó monitorización del INR y de los signos de miopatía y rabdiomiolisis.
- Acenocumarol-paracetamol (9): Se recomendó monitorización del INR.
- IECA-espironolactona (8): Se recomendó monitorización de los niveles séricos de potasio.

Por otra parte, los fármacos implicados en más tipos de interacciones farmacológicas fueron: el ácido acetilsalicílico (10), el acenocumarol (8), la amiodarona (5), y la simvastatina (5).

Los pacientes pluripatológicos son susceptibles de sufrir numerosas interacciones farmacológicas dado que la mayoría están polimedicados. Por ello, es necesario el seguimiento y monitorización de las mismas por parte de un farmacéutico.

Producto

Factores determinantes de una menor adecuación del tratamiento farmacoterapéutico en el paciente pluripatológico. IX Congreso de la SAFH, Jerez 2012.

Resultados

Se incluyeron un total de 174 pacientes. La edad media fue de 76 ± 8 años, el número medio de diagnósticos de 8 ± 3 , y el número medio de fármacos de 12 ± 4 .

Se realizaron un total de 610 intervenciones, siendo la media por paciente de 4 ± 2 .

El análisis refleja que hay una correlación débil (coeficiente de correlación de 0.022) sin significación estadística ($p > 0.05$) entre el número de intervenciones y la edad del paciente y una correlación moderada entre éstas y el número de diagnósticos y el número de fármacos (coeficiente de correlación de 0.318 en ambos casos) con significación estadística ($p = 0.01$ en ambos casos).

En los pacientes pluripatológicos, tanto la presencia de un mayor número de comorbilidades como el tratamiento con un mayor número de fármacos determinan una menor adecuación del tratamiento farmacoterapéutico, entendida ésta como la necesidad de un mayor número de intervenciones farmacéuticas. Por otra parte, la edad no constituye un factor determinante justificándose porque la gran mayoría de los pacientes fueron mayores de 65 años.

Estos resultados nos indican que sería posible seleccionar como pacientes candidatos a sufrir inadecuaciones del tratamiento aquellos que tengan más de 8 diagnósticos y 12 fármacos.

Producto

Adecuación del tratamiento al alta en el paciente pluripatológico. Congreso de la SEFH, Bilbao 2012.

Resultados

Se incluyeron un total de 192 pacientes. La media de edad fue de 72 ± 8 años, siendo el 51% hombres. El nº medio de diagnósticos por paciente fue de 8 ± 3 y el de medicamentos prescritos de 12 ± 4 .

Se realizaron un total de 692 intervenciones (media de 4 por paciente), distribuyéndose de la siguiente manera: 80 intervenciones de "no indicación", 2 de "no medicamento eficaz". 117 de "diagnóstico/sintoma no tratado", 40 de "dosis", 48 de "duración", 49 de "pauta horaria", 13 de "instrucciones al paciente", 23 de "contraindicaciones", 283 de "interacciones", 9 de "duplicidad", 23 de "coste-efectividad" y 2 de "vía de administración".

La tasa de aceptación de las intervenciones fue del 44% (21% completa y 23% parcial).

El número de intervenciones realizadas es elevado así como la tasa de aceptación. Esta situación pone de manifiesto la necesidad de una atención combinada de los distintos profesionales sanitarios que permita una mejora de la adecuación farmacológica en los PP.

2.2.3. Conciliación

Producto

Selección de un método normalizado para la conciliación del tratamiento en pacientes pluripatológicos. Congreso de la SAFH, Almería 2011.

Resultados

Entre los 12 expertos hubo acuerdo en la importancia de realizar conciliación tanto al ingreso hospitalario, como al alta, como tras la consulta en Atención Primaria; así como en la utilidad de registrar: fármaco, dosis, pauta, vía de administración, fitoterapia, automedicación, alergias medicamentosas, intolerancias e interrupciones previas de tratamiento.

En el paciente pluripatológico, la selección e implementación de un procedimiento normalizado facilita el proceso de conciliación.

Producto

Errores de conciliación al ingreso hospitalario en pacientes pluripatológicos en un hospital de tercer nivel. Congreso de la SEFH, Santiago 2011.

Resultados

Se incluyeron un total de 37 pacientes, de los que 29 (78,3%) presentaron al menos un error de conciliación. Los pacientes tenían 409 fármacos prescritos, de los cuales 68 (14,7%) presentaron discrepancias no justificadas en la historia clínica. De las 68 discrepancias no justificadas, en 57 discrepancias, el médico las aceptó como errores de conciliación. Estos datos dan una cifra de errores de conciliación en el 83,8% de las discrepancias (uno de cada 7,1 medicamentos prescritos). Los tipos de error fueron por omisión de los medicamentos (94%), diferencia en las dosis o en la pauta (4%) y por prescripción incompleta (2%).

Existe una alta incidencia de errores de conciliación al ingreso en estos pacientes. El error más frecuente es la omisión del medicamento y generalmente se tratan de errores que alcanzan al paciente, pero sin haber causado daño. Esto pone de manifiesto la necesidad de implementar programas de conciliación estandarizados en el subgrupo de pacientes pluripatológicos.

Producto

Conciliación: Análisis y Categorización de errores de conciliación en el HUVR. Jornadas de seguridad del Paciente, 15 de Noviembre de 2011, Sevilla.

Resultados

De los 55 pacientes, 45 (69,2%) presentaron al menos un error de conciliación. Los pacientes tenían 638 fármacos prescritos, de los cuales 119 (18,6%) presentaron discrepancias no justificadas en la historia clínica. De las 119 discrepancias no justificadas, el médico aceptó 104 como errores de conciliación. Estos datos dan una cifra de errores de conciliación en el 87,4% de las discrepancias (uno de cada 6,1 medicamentos prescritos). Los tipos de error fueron: omisión de medicamentos, destacando antidepresivos y suplementos de hierro, (91,3%), comisión (1%), dosis o pauta diferentes (4,8%) y por prescripción incompleta (2,8%). En cuanto a la gravedad, el 7% fueron errores potenciales, el 10% de los errores producidos no alcanzaron al paciente, el 72% alcanzó al paciente pero no le causó daño y el 11% no causaron daño, pero podrían haber requerido monitorización del paciente.

Existe una alta incidencia de errores de conciliación en estos pacientes. La actividad de conciliar la medicación debe entenderse como una oportunidad de mejora en seguridad del paciente y es fundamental desarrollar e implantar procedimientos estandarizados en pacientes vulnerables a estos errores, como es el caso de los pacientes pluripatológicos.

Producto

Indicadores de calidad en el proceso de conciliación y gravedad de los errores producidos en pacientes pluripatológicos en un hospital de tercer nivel. IX Congreso de la SAFH, Jerez 2012.

Resultados

De los 70 pacientes, 49 presentaron al menos 1 EC, es decir, hubo un 70% de pacientes con EC. Los pacientes tenían 819 fármacos prescritos, de los cuales 142 (17%) presentaron discrepancias que requirieron aclaración con el prescriptor. De estas 142 discrepancias no justificadas, el clínico modificó la prescripción en 124 (87%) de ellas, consideradas errores de conciliación. El número de EC/paciente fue 2,53 y el número de EC detectados (número de EC/discrepancias que requieren aclaración) fue 0,87. Los tipos de error fueron: omisión de medicamentos, destacando antidepresivos y suplementos de hierro, (90,98%), comisión (1%), dosis o pauta diferentes (4,8%) y por prescripción incompleta (3,22%). En cuanto a la gravedad, el 4% fueron errores potenciales, el 8% de los errores producidos no alcanzaron al paciente, el 75% alcanzó al paciente pero no le causó daño y el 13% no

causaron daño, pero podrían haber requerido monitorización del paciente.

Existe una alta incidencia de pacientes pluripatológicos con errores de conciliación aunque la proporción de discrepancias es baja respecto al alto número de medicamentos prescritos. El error más frecuente es la omisión del medicamento. La gravedad es baja.

3. OTRAS CONSIDERACIONES DEL DESARROLLO DEL PROYECTO

Modificaciones en la metodología inicialmente no previstas

Dado que el instrumento STOPP/START para valorar la adecuación se mostró en el panel como una herramienta que podría ser muy importante en pacientes pluripatológicos y dado que no existe hasta el momento una validación de este instrumento en este tipo de pacientes, se ha realizado un trabajo de campo específico.

La validación del cuestionario de adherencia elegido por el panel se hará frente a un nuevo estándar. En lugar de utilizar los dispositivos MEMS se utilizará como estándar los registros del sistema de receta electrónica del Servicio Andaluz de Salud (Receta XXI) para lo cual ya se han obtenido los permisos pertinentes.

El cuestionario validado para la evaluación de la adecuación del tratamiento farmacológico se aplicó en el momento de inclusión en el estudio pero, no se administró al final del período de intervención tal y como estaba previsto. Esta modificación se llevó a cabo en base a las dificultades prácticas que planteaba su realización.

Conflicto de intereses

Los autores hemos recibido ayuda económica de FUNDACIÓN MAPFRE para la realización de este proyecto. No hemos firmado ningún acuerdo por el que vayamos a recibir beneficios u honorarios por parte de alguna entidad comercial o de FUNDACIÓN MAPFRE.