



Información

# Farmacoterapèutica

de la Comunitat Valenciana

nº 11

Publicación de la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios



## III JORNADA DE FORMACIÓN EN USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO Y FARMACOTERAPIA “Desprescripción y desmedicalización”

El pasado 24 de enero de 2013, la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios junto con a la Dirección General de Asistencia Sanitaria en colaboración con la Sociedad Española de Farmacéuticos de Atención Primaria (SEFAP), organizan la III Jornada de Formación en Uso Racional del Medicamento y Farmacoterapia bajo el título “Desprescripción y Desmedicalización”.

El presente número del Boletín de Información Farmacoterapèutica de la Comunitat Valenciana, recoge los resúmenes de las ponencias presentadas en dicha jornada.

**Edita:** Generalitat . Conselleria de Sanitat  
© de la presente edición: Generalitat, 2012  
**ISSN:** 1989-5771  
**Título abreviado:** Inf. farmacoter. Comunitat Valencia.  
**Diseño y Maquetación:** Ografic  
**Depósito Legal:**  
**Imprime :**

**Consultas:** <http://www.san.gva.es/cas/prof/dgf/homedgf.html>  
**Comentarios y sugerencias:** [terapeuticafarm-owner@runas.cap.gva.es](mailto:terapeuticafarm-owner@runas.cap.gva.es)  
**Suscripciones:** <http://runas.cap.gva.es/mailman/listinfo/terapeuticafarm>

**Elabora:**  
Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios

**Con la supervisión del Comité de Redacción del Boletín de Farmacoterapéutica, constituido por:**

Alberola Cuñat, Vicent. Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios  
Alós Almiñana, Manuel. Hospital General de Castellón. Servicio de Farmacia Hospitalaria  
Aznar Saliente, Teresa. Hospital Sant Joan d' Alacant. Servicio de Farmacia Hospitalaria  
Broseta Solaz, Rocío. Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios. Oficina GAIA  
Canelles Gamir, José. M<sup>a</sup>. Departamento de Salud Valencia-La Fe. Servicio de Farmacia de Area de Salud  
Clérigues Benlloch, José Eduardo. Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios  
Díaz Mondejar, Rosa. Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios. CAVIME  
Díez Domingo, Javier. Centro Superior de Investigación y Salud Pública  
Domínguez Carabantes, Alberto. Hospital la Fe de Valencia. Servicio de Psiquiatría  
Escolano Puig, Manuel. Secretaría Autonómica de Sanidad  
Fernández Villalba, Elia María. Servicio Farmacia Sociosanitaria de la Cañada  
Franco Donat, Mercedes. Dir. General de Farmacia y Prod. Sanitarios. Oficina de Formación y Uso Racional del Medicamento  
González Castellano, Patricia. Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios. Oficina Programas Farmacéuticos  
Grau Rubio, M<sup>a</sup> Antonia. Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios. CAVIME  
López Briz, Eduardo. Hospital la Fe de Valencia. Servicio de Farmacia Hospitalaria  
Marco Peiró, Sergio. Farmacéutico Atención Comunitaria  
Mármol López, M<sup>a</sup> Isabel. Departamento de Salud Valencia-La Fe. Dirección de Atención Primaria  
Palop Larrea, Vicente. Departamento de Salud de la Ribera. Subdirector Médico Asistencial Area de Salud  
Pascual de la Torre, Manuel. Dirección General de Ordenación y Asistencia Sanitaria. Oficina de Gestión de Abucasis  
Pastor Navarro, Carmen. Departamento de Salud Valencia-La Fe. Dirección de Atención Primaria  
Pedros Marí, Beatriz. Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios. Oficina Programas Farmacéuticos  
Poquet Jornet, Jaime E. Hospital de Denia. Servicio de Farmacia Hospitalaria  
Quirce Andrés, Fernando. Departamento de Salud de Alicante H.General. Centro Salud Alicante La Florida  
Ruiz Rojo, Elías. Dirección General de Salud Pública  
San Martín Ciges, M<sup>a</sup> Dolores. Departamento de Salud Requena. Servicio de Farmacia de Area de Salud  
Sánchez Navajas, Ana M<sup>a</sup>. Dirección Territorial de Alicante. Inspección de Farmacia  
Sánchez Pérez, Joaquín. Departamento de Salud de la Ribera. Servicio de Farmacia de Area de Salud  
Trillo Mata, José Luis. Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios  
Uso Talamantes, Ruth. Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios. Oficina de Farmacoeconomía  
Zapater Hernández, Pedro. Hospital General de Alicante. Servicio de Farmacología Clínica

# Desmedicalizar a la mujer. Una necesidad urgente

Vicente Palop Larrea.  
Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Subdirector Médico Asistencial Dirección de Salud. Departamento de Salud de La Ribera.

Son muchas las condiciones que hacen que a las mujeres se les prescriba o consuman más medicamentos y en muchas ocasiones de forma innecesaria o medicamentos con una relación beneficio riesgo negativo. Queda por dilucidar quién o qué condiciona el incremento de problemas de salud en las mujeres con respecto a los hombres y si son problemas de salud reales, grados diferentes de malestar o enfermedades inventadas por la industria farmacéutica para vender más medicamentos e incrementar sus beneficios.

A pesar de los grandes avances en salud que se han producido en los últimos 100 años de mano de la Salud Pública (alcantarillado, lavado de manos,...) y de la investigación en farmacología (antimicrobianos, anestésicos, antiarrítmicos, anticoagulantes....), a lo largo de la historia del medicamento las mujeres y su descendencia han sufrido verdaderos dramas relacionadas con la administración de fármacos. Basta recordar los más de 10.000 niños con focomelia cuyas madres habían tomado talidomida como ansiolítico en el embarazo o los casos de cáncer de endometrio en niñas adolescentes e hipospadias en niños al nacer cuyas madres habían tomado dietilestilbestrol para la amenaza de aborto. Pero estos ejemplos relatan circunstancias, en parte, inesperadas por la falta de medidas de farmacovigilancia, inexistentes a principios de los años 60. En la actualidad pocas veces se tiene en cuenta el hecho de ser mujer como una característica diferencial que condiciona una respuesta diferente a la administración de los fármacos, ya que las mujeres no se incluyen en los ensayos clínicos y después se les extrapolan los resultados obtenidos en hombres. Esta no es la única característica diferencial en la utilización de medicamentos entre hombres y mujeres que hace a estas, las víctimas de un uso terapéutico que en ocasiones (ralla) raya la maleficencia en la prescripción de medicamentos.

Como afirmábamos en el boletín nº 10 de farmacoterapéutica de la Comunitat Valenciana: “Prácticamente cualquier proceso considerado como un problema o un inconveniente, es susceptible de ser medicalizado. Así, se convierten enfermedades autolimitadas, procesos banales, síntomas y factores de riesgo, en dianas erróneas de la asistencia sanitaria. Por ejem-

plo, la instauración de tratamiento antidiabético, hipolipemiente, antiagregante o antihipertensivo para la prevención primaria de eventos cardiovasculares, o el tratamiento de la osteopenia para evitar fracturas osteoporóticas. Procesos que se solucionan con medidas higiénico-dietéticas como la diarrea banal o las infecciones víricas de las vías respiratorias superiores, habitualmente son tratados farmacológicamente. Estos hechos, la instauración de objetivos terapéuticos cada vez más estrictos y programas de cribado para múltiples patologías, introducen a un mayor número de “pacientes” en el sistema sanitario. La medicalización de un proceso se convierte en un factor de riesgo para sufrir más medicalización, y aumenta la prescripción de tratamientos para paliar los efectos indeseados de otros fármacos o de terapias “protectoras” frente a estos efectos.

Recientemente en la “Jornada sobre Desmedicalización” organizada por la Dirección General de Farmacia de la Conselleria de Sanidad hablábamos de la medicalización de la mujer como la población diana que más se medicaliza de forma innecesaria. Las verdaderas víctimas de la medicalización son las mujeres, acosadas en todas las etapas de la vida, son quienes consumen más medicamentos innecesarios con una relación beneficio-riesgo claramente negativa: fármacos dirigidos al síndrome premenstrual, a la anticoncepción, a la disfunción sexual femenina, al embarazo, al parto, a la supresión de la lactancia, a la menopausia, a la osteoporosis, al insomnio e incluso al malestar social.

Hay diferentes factores que participan en la utilización de fármacos de forma irracional en la mujer:

- la actividad del sistema sanitario y de sus profesionales, que expone cada vez más a las mujeres a intervenciones diagnósticas y terapéuticas sin eficacia demostrada.
- la medicalización de la sociedad transformando situaciones sociales o fisiológicas en categorías de enfermedad, confundiendo síntomas y signos de la normalidad con algo patológico.
- el interés de la industria farmacéutica en crear en las mujeres enfermedades con una prevalencia exagerada y tratarlas con medicamentos.

Son muchos los ejemplos de medicalización y prescripción irracional de medicamentos en la mujer:

- la recomendación durante años de la terapia hormonal sustitutiva en las peri-menopáusicas o menopáusicas, que supuso un incremento de mortalidad por cáncer de mama, infarto de miocardio, o tromboembolismo pulmonar, motivo por el que fue retirado a nivel mundial. Actualmente son múltiples las tentativas para medicalizar la menopausia con productos que no han demos-

- trado su eficacia mediante ensayos clínicos reglados (isoflavonas,...).
- b. la medicalización de la pérdida de masa ósea con fármacos de dudosa eficacia y con efectos adversos graves como los bifosfonatos o el denosumab. Comentario a parte son las miles de prescripciones realizadas y mujeres tratadas con calcitoninas durante más de 30 años para el tratamiento de la osteoporosis (sin una eficacia clara demostrada) y para las que en la actualidad se conoce que incrementan el riesgo de cáncer.
  - c. la enfermedad de fibromialgia que se caracteriza por dolor generalizado que afecta fundamentalmente a mujeres (prevalencia superior al 4%) y que durante años y aún en la actualidad no es reconocida por muchos profesionales sanitarios. Quienes la padecen son consideradas somatizadoras, ansiosas o locas y remitidas a salud mental, sometiéndolas a tratamientos incorrectos, lo que incrementa la frustración, la ansiedad y el dolor que produce la propia enfermedad. Es frecuente que sean tratadas con fármacos ineficaces para su enfermedad y con fármacos para otros problemas que empeoran la enfermedad de fibromialgia.
  - d. las miles de prescripciones de flevotónicos ineficaces prescritos para el tratamiento de las varices.
  - e. la psiquiatrización de la menopausia como una enfermedad mental con la comercialización y prescripción durante años de un neuroléptico (Veralapríd: Agreal®).
  - f. la teórica disfunción sexual femenina y la labilidad emocional premenstrual para las que se han recomendado estimulantes de la libido y antidepresivos.
  - g. la medicalización innecesaria del embarazo es quizá la situación más perversa encontrada en la práctica clínica médica, ya que incrementa el riesgo de complicaciones en la mujer y en la viabilidad y salud de su descendencia. Medicalización cada vez más frecuente y menos justificada.
  - h. la bromocriptina es el fármaco más prescrito en España para la supresión de la lactancia, para la que se han notificado un número importante de reacciones adversas graves e incluso muertes y se ha retirado en diversos países.
  - i. quedan aparte todas las características estéticas que no encajen en los cánones actuales de belleza o que se deriven del envejecimiento, características fuertemente medicalizadas. La sociedad condiciona a la mujer a no aceptar el envejecimiento y a someterse a múltiples tratamientos (médicos o quirúrgicos) para mejorar la imagen, ocultar arrugas, tonificar los músculos..., no siempre efectivos y que crean verdaderos problemas de salud.

Estos ejemplos ponen de manifiesto que con las mujeres se ha perdido el principio hipocrático de “primum non nocere”, se les prescribe medicamentos innecesarios para situaciones fisiológicas, y medicamentos ineficaces y con efectos adversos graves para enfermedades reales. Con esta lista no acabada de procesos medicalizados en la mujer, no es de extrañar que el Dr. Lorenzo Arribas dijera muy acertadamente aquello de “¡mujeres sanas de milagro!”.

Ya afirmábamos que: “La tarea de desmedicalizar supone dar respuestas saludables desde el sistema sanitario (administración sanitaria) en el ámbito clínico, social y cultural. Para llevarla a cabo es necesario trabajar con límites basados en criterios éticos y científicos, lo cual implica una formación continua del médico, con independencia de la industria farmacéutica, disponer de estudios de calidad que permitan tomar decisiones que sean relevantes para la salud de las personas, hacer copartícipe a la población en su conjunto y a cada persona en particular en la toma de decisiones, frenar el auge de enfermedades inventadas o soluciones mágicas, y desarrollar una potente relación asistencial basada en la confianza y el respeto. Todo ello es responsabilidad ineludible de la administración sanitaria para garantizar el mejor grado de salud de la población de la forma más eficiente”.

Los profesionales sanitarios tenemos la obligación moral y científica de dar respuesta a los problemas de salud que sufre la mujer directamente relacionados con la “medicalización”; informando sobre este tema a la población general y a las pacientes de forma individual, desmedicalizando los procesos para los cuales no es necesario la utilización de medicamentos, prescribir o recomendar hábitos de vida saludable en vez de medicamentos, realizar un abordaje biológico-psicológico-social del malestar y de la ansiedad, evitar inventar enfermedades de etapas fisiológicas de la vida de la mujer, y poner un freno a la prescripción de medicamentos a las mujeres desde el momento del nacimiento. Para todo ello es necesario que la administración sanitaria contrate a los mejores profesionales, los someta a evaluación periódica respecto a sus resultados en salud y se desprenda de aquellos profesionales que no den la talla; de ello depende, en parte, la salud de la población.

# Desprescribir: mejorar la calidad de vida

Dra Blanca Folch Marín.  
Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. SVMFIC

**“La selección de un medicamento no es un ejercicio de austeridad, sino de inteligencia clínica.”  
(Joan Ramón Laporte)**

La decisión final de seleccionar un medicamento o de no hacerlo en un determinado momento, debería seguir la misma secuencia de análisis y los mismos principios de la prescripción prudente.

Una buena práctica clínica implica la necesidad de revisar periódicamente la medicación que toma cada paciente y evaluar la pertinencia de seguir con el tratamiento, suspenderlo, ajustar la dosis o sustituirlo. Este proceso es el que se revisa cada uno de los eslabones de la “cadena del medicamento”, como si se tratara de un “desmontaje de la prescripción”, se ha llamado desprescripción. La desprescripción tiene como objetivo mejorar la calidad de la prescripción reduciendo la medicación inapropiada, ya sea por sobreutilización o falta de indicación, o por inadecuación –medicaciones innecesarias o que suponen más riesgos que beneficios (polifarmacia cuantitativa o cualitativa)–, o por infrautilización, cuando hay evidencia de los beneficios de su uso para el tratamiento o prevención de enfermedades. Para medir la adecuación terapéutica, identificar los fármacos inapropiados y retirarlos se han desarrollado diferentes estrategias y herramientas que trataremos de explicar en esta exposición.

Aunque no hablamos de nada nuevo, la necesidad de desprescribir surge, y urge, ante una población cada vez más polimedicada, cuya prevalencia ronda el 70% de la población anciana y alcanza el 90% de los pacientes institucionalizados. Un envejecimiento poblacional que comporta mayor comorbilidad, cronificación de enfermedades y con ello la posibilidad de estar polimedicado; a mayor edad mayor número de fármacos, pero a mayor número de fármacos y mayor edad, mayor es la probabilidad de que alguno sea inadecuado. Todo ello comporta un aumento del riesgo de efectos adversos (EA), de cascadas clínico-terapéuticas, una mayor dificultad de adherencia terapéutica, menor cumplimiento y menor eficacia del plan de tratamiento. Además, la medicación inadecuada se relaciona con mayor deterioro funcional y cognitivo, riesgo de caídas, número de ingresos y mortalidad, de forma directa con el número de fármacos que se consumen. Algunos estudios muestran

la magnitud de este problema en diferentes ámbitos, como ejemplos: una revisión sistemática de un grupo holandés encontró que 1 de cada 5 medicamentos prescritos en personas de edad avanzada es inapropiado; en una cohorte de ancianos inmovilizados en España, Gavilán y Villafaina obtuvieron un prevalencia que llegaba al 35%; en el estudio APEAS sobre seguridad de los pacientes en AP los medicamentos estaban implicados en el 48,2% de los EA ligados a la asistencia sanitaria, y el 59,1% de éstos eran prevenibles.

Ante este panorama surge la necesidad de velar por la seguridad del paciente y desprescribir como una de las estrategias clave de la prescripción prudente, mejorar el perfil de prescripción y disminuir la iatrogénica inducida.

Entre las estrategias explícitas o tipo “tala selectiva” –acertado paralelismo utilizado por Gavilán y col.– destacan los criterios Beers y los criterios STOPP/STAR como herramientas explícitas que utilizan criterios centrados en el fármaco. Los sistemas implícitos o tipo “poda”, utilizan criterios basados en juicios clínicos, que requieren más tiempo pero ofrecen información más relevante para el paciente. El medication appropriateness index (MAI) es la herramienta implícita más utilizada, cuya reciente versión española se presenta como una herramienta útil: válida, fiable y con una elevada concordancia intraobservador. No hay herramienta ideal para identificar y medir la prescripción inadecuada, todas tienen ventajas y limitaciones, y en ningún momento pretenden sustituir el juicio clínico.

Recientemente se han publicado numerosas guías de revisión sistemática de la medicación y se han aplicado algoritmos de desprescripción con éxito y de forma segura; veremos algún ejemplo significativo y su viabilidad.

Por último, al hilo del tema de la mesa, ante la necesidad de desmontar las barreras que dificultan la desprescripción en la práctica clínica, se comentaran algunos de los requisitos y habilidades para desprescribir.

# Desprescripción: responsabilidad y confianza

Dra Juana Cantero Llorca. Directora de Atención  
Primaria del Departamento de Salud de Valencia- Dr. Peset.

Según Enrique Gavilán **Desprescripción** es: “proceso de adaptación del régimen terapéutico de un paciente mediante la reducción de dosis, sustitución o eliminación de fármacos; el cual debe tener en cuenta las evidencias científicas disponibles, la funcionalidad física y social, la calidad de vida, la comorbilidad y las preferencias del paciente”.

Aunque el término parezca novedoso el proceso en sí mismo no lo es. Los facultativos siempre han ejercido la **responsabilidad** de **revisar** los tratamientos pautados para **valorar** los posibles cambios que han sufrido con el tiempo y el contexto de la sociedad (medicalización creciente, botiquines domiciliarios, complicada situación económica, aumento de reacciones adversas, problemas relacionados con la medicación...).

Ante este contexto de polimedicación, y de necesidad de revisar tratamientos, la Administración implanta el *Programa de revisión de la farmacoterapia de pacientes crónicos y polimedcados* **REFAR**.

A pesar del cambio que supone el Programa, nuevamente impera la **responsabilidad** de los profesionales (médicos, enfermeros, farmacéuticos, auxiliares...) y entre todos se revisa gran cantidad de tratamientos. El Departamento Valencia Doctor Peset revisa más de 6.000 tratamientos y cerca de 2.000 pacientes crónicos polimedcados, realizando las modificaciones pertinentes, y traduciéndose esta actividad en un aumento de la **confianza** de los pacientes en el sistema sanitario.

Así, tras un año de actividad REFAR los **resultados** avalan que:

- La revisión y desprescripción de medicamentos es necesaria, debiendo estar integrada como una tarea más de la consulta médica
- Los facultativos, enfermeras, farmacéuticos, administración, todos, tenemos la responsabilidad de garantizar la seguridad del paciente y contribuir al uso racional del medicamento
- Es necesaria la concienciación y cambio cultural del especialista en la prescripción electrónica, para evitar el sobreesfuerzo actual que supone la desmedicalización en los profesionales, sobre todo el médico de familia
- El Programa REFAR debe evolucionar con las mejoras propuestas por los profesionales

# Conjugando la desmedicalización: nosotros, vosotros y ellos

Emilia Montagud Penadés.  
Farmacéutica de Área. de Salud. Departamento de Salud Elx-Crevillent.

El objetivo de la ponencia es mostrar la visión de **nosotros** “los farmacéuticos”, la actitud y conocimiento de **vosotros** “los médicos” y la aprobación de **ellos** “los pacientes” y como afecta esta visión, actitud y aceptabilidad en el resultado final del abordaje de la desprescripción.

El inicio de un tratamiento farmacológico es un acto que ocurre a diario miles de veces. Cuando se invierte el balance beneficio-riesgo asociado a un medicamento, la información para guiar al clínico en su retirada es escasa. La experiencia demuestra la dificultad de gestionar cualquier tipo de «disminución» ya que solo los incrementos son posibles.

El excesivo gasto en sanidad y el abuso en el consumo de medicamentos es un problema ampliamente estudiado a nivel internacional que no ha sido abordado hasta alcanzar un nivel crítico con fuerte trascendencia social. El escenario actual presenta una multiplicación de especialidades con escasos avances terapéuticos y un coste elevado sin relación con la eficacia real.

El número de medicamentos utilizados en los hospitales, tras ser objeto de una selección, evaluación y revisión (SER) puede situarse en unos 1.200, mientras las Oficinas de Farmacia dispensan habitualmente más de 8.500, un hecho que induce a creer que no se trata de los mismos fármacos. Se antoja esencial el papel de los farmacéuticos de Atención Primaria y de Hospital como gestores de la desinversión farmacológica al realizar la SER de los medicamentos. Debería tomarse en consideración la necesidad de elaborar una Guía Farmacoterapéutica Departamental a partir de una selección de medicamentos consensuada por todos los agentes sanitarios.

La Oficina de Farmacia como establecimiento sanitario de fácil acceso, es asiduamente frecuentada por los usuarios. Los farmacéuticos comunitarios deberían realizar una adecuada atención farmacéutica y que la información obtenida como fruto de esta actividad se implementara en la historia clínica de los pacientes.

En el acto de la prescripción la receta parece ser el punto final y la justificación de la consulta. Su automatismo conduce a una pérdida de perspectiva en la medida de la realidad clínica. La pulsión por diagnosticar es un reflejo del deseo por reducir a cero la incertidumbre clínica. La seguridad en la práctica clínica implica un balance entre beneficios y riesgos que debe evaluarse en cada acto prescriptor.

Retirar un fármaco recetado con fines preventivos es paradójicamente más complicado que uno prescrito para obtener mejoría sintomática. El desconocimiento del valor a largo plazo del “efecto preventivo” y de sus potenciales riesgos o beneficios para el paciente inhibe la acción desprescriptora. Disipar esa duda pasa por apoyar a los facultativos unificando criterios para la toma de decisiones, cuyo éxito depende de un requisito, la participación activa del paciente. Las autoridades sanitarias deben invertir esfuerzos en tender un puente de comunicación entre facultativo y paciente, que precisa un nuevo modelo de información de estos últimos.

El Médico de Familia, garante de la salud de sus pacientes, debería actuar como “director de orquesta” de sus terapias dirigiendo la intervención de cualquier agente sanitario incluidos los médicos especialistas.

# Control del cumplimiento terapéutico como herramienta en el uso racional del medicamento

Dr. Francisco Valls Roca.  
Médico de Familia. SEMERGEN. CS Benigànim.

El adecuado cumplimiento terapéutico o adherencia terapéutica es fundamental para conseguir los efectos deseados cuando se indican modificaciones de estilos de vida o tratamientos farmacológicos a los pacientes con cualquier tipo de patología. En los abundantes estudios realizados para evaluar este cumplimiento, muchos de ellos realizados en España, donde existen grupos de investigación con probada experiencia y abundantes publicaciones, el incumplimiento medio detectado está alrededor del 50% en tratamiento con fármacos y mucho mayor en los estilos de vida.

Las consecuencias de este incumplimiento son la falta de consecución de objetivos terapéuticos, adición de fármacos no necesarios con aumento de riesgo de efectos secundarios, aumento de morbimortalidad por eventos no prevenidos adecuadamente, aumento de visitas e ingresos hospitalarios, aumento de costes y pérdida de calidad en la relación sanitario-paciente.

Entre las causas de incumplimiento se pueden citar: olvidos, efectos secundarios, falta de información, pautas de tratamiento complejas, razones económicas, enfermedades asintomáticas, decisión (razonada o no) del propio paciente, pacientes lábiles con escaso soporte familiar o social, estilo de vida poco organizado ...etc.

Existe gran dificultad para alcanzar los objetivos terapéuticos recomendados en la guías de práctica clínica en patologías tan importantes y prevalentes como la hipertensión arterial, diabetes mellitus o dislipemia en las que apenas se llega al 50% de pacientes con un adecuado control, lo que conlleva un aumento marcado de riesgo cardiovascular y por tanto mayor número de eventos y mortalidad.

Es fundamental implementar estrategias para mejorar: comunicación eficaz, empatía, motivación, información, decisiones compartidas, negociación de objetivos, corresponsabilidad y apoyo de todo el personal sanitario involucrado, administración sanitaria y entorno social.

El mejor resultado se obtiene cuando se utilizan estrategias mixtas sobre todas las posibles causas y existen evidencias respecto al alto beneficio obtenido en comparación con el número de intervenciones realizadas.



# Normalización del trabajo enfermero: la enfermera de atención primaria pieza clave en el proceso de desmedicalización y desprescripción

Amparo Andrés Pruñonosa.  
Enfermera Comunitaria. Asociación de Enfermería Comunitaria. Responsable de Abucasis de enfermería del Departamento de Salud de la Plana. Salvador Esteve Tello.  
Enfermero Comunitario. Asociación de Enfermería Comunitaria Coordinador de enfermería de la zona básica de salud 9 del Departamento de Salud Valencia La Fe.

## Escenario

Actualmente los objetivos de buen control de las enfermedades crónicas y de los factores de riesgo farmacológicamente tratables (HTA, diabetes, hipercolesterolemia...) no son alcanzados por gran parte de los pacientes en tratamiento.

El 50% de los medicamentos prescritos no se toman como se prescriben. La principal causa a este problema es la falta de cambios en el estilo de vida y la baja adherencia a los tratamientos crónicos.

## Ámbito actuación

En este sentido, las enfermeras de Atención Primaria constituyen la fortaleza del sistema sanitario para llevar a cabo este modelo de intervención y deben asumir el liderazgo dentro de los equipos de trabajo, fundamentalmente ante aquellos ciudadanos dependientes o en situaciones de salud que generan especial fragilidad.

## Metodología enfermera utilizada en el programa REFAR

1. Conciliación de la medicación: Cotejar la medicación que realmente toma el paciente con la medicación prescrita, mediante la revisión del historial farmacoterapéutico disponible en la historia clínica informatizada, Abucasis.
2. Evaluar adherencia: Valorar el grado en el que un paciente actúa en concordancia a una recomen-

dación dada.

3. Detectar PRM: Problemas Relacionados con la Medicación. Ej: conservación inadecuada, duplicidad, error en la dispensación...
4. Valorar conocimiento del fármaco: Indicaciones para problemas de salud, si conoce la posología y si toma los medicamentos en la forma correcta.
5. Identificar posibles efectos adversos, RAM: Considerar cualquier nuevo síntoma, caídas, confusión, cambios de comportamiento...
6. Valoración cognitiva y social del paciente y su entorno: En ocasiones la persona presenta limitaciones (sensoriales, cognitivas, de manipulación) que impiden o dificultan que desempeñe adecuadamente la tarea de manejar sus medicamentos. Valorar la existencia o no de una red social de apoyo, que pueda compensar las limitaciones funcionales del paciente.
7. Educación sanitaria: La enfermera es un elemento fundamental en el fomento del autocuidado. Cuenta con intervenciones propias de su disciplina que están específicamente definidas para la educación para la salud, puesto que apoyan el funcionamiento psicosocial y facilitan los cambios en los estilos de vida.

## Ejemplos de Intervenciones enfermeras. Taxonomía NIC

- Intervenciones para facilitar el aprendizaje:
  - 5616 enseñanza: medicamentos prescritos
  - Preparación de un paciente para que tome de forma segura los medicamentos prescritos y observar sus efectos.
- Intervenciones para facilitar los efectos deseados de los agentes farmacológicos:
  - 2380 manejo de la medicación
  - Facilitar la utilización segura y efectiva de los medicamentos prescritos y de libre dispensación.
  - 2395 control de la medicación
  - Comparación de la medicación que toma el paciente para asegurar la exactitud y la seguridad del paciente.

## Seguimiento

Se realizará integrado en otros programas de salud, aprovechando la educación sanitaria de las diferentes patologías crónicas para:

Recordar necesidades de tratamiento.

- Revisar toma de medicación.
- Grado de comprensión del paciente.
- Instruir en nombres y posibles efectos secundarios.
- Conservación adecuada medicación.

# Prescripción prudente: un objetivo alcanzable

Dr. Dantés Tórtola Graner.  
Especialista Medicina Interna. SVMFIC.

La prescripción es un acto clínico complejo que además de conocimientos técnicos, requiere habilidades de escucha y comunicación y una reflexión sobre los valores que están implícitos en dicho acto y las actitudes con que lo afrontamos.

Una buena prescripción debe perseguir cuatro objetivos: la máxima efectividad, los mínimos riesgos, el respeto a la elección del paciente y el menor coste posible. Sin embargo, en la práctica clínica resulta difícil cumplir todos estos objetivos a la vez.

España es el segundo país del mundo en consumo de medicamentos por persona, más de un 85% del mercado farmacéutico es financiado por el Sistema Nacional de Salud (SNS).

El médico puede prescribir más de 12.000 presentaciones de diferentes medicamentos (a partir de unos 1.700 principios activos) a cargo del SNS. España es el país de la UE con mayor captación de medicamentos nuevos protegidos por patente (en contraste, Alemania y Gran Bretaña, con una potente industria farmacéutica, son de los que menos medicamentos nuevos consumen). El coste de los medicamentos hospitalarios crece a tasas de alrededor del 20% anual (Laporte, 2012).

En Junio de 2011 se publicó un artículo sobre los principios para la prescripción prudente de medicamentos. El artículo fue muy comentado en la red y en reuniones profesionales, y en octubre un grupo de profesionales sanitarios españoles pusieron en marcha la Iniciativa para una Prescripción Prudente en la red (<http://prescripcionprudente.wordpress.com/>)

Las líneas generales de estos principios, son:

- a. Piensa más allá de los medicamentos.
- b. Práctica una prescripción más estratégica.
- c. Mantente alerta ante la aparición de reacciones adversas a los medicamentos.
- d. Aproxímate a los nuevos medicamentos y a las nuevas indicaciones con prudencia y escepticismo.
- e. Se debe trabajar con los pacientes para obtener objetivos comunes.
- f. Valora los efectos del tratamiento de forma amplia y a largo plazo.

En definitiva, ninguno de estos principios son novedosos, pero en su conjunto representan un cambio en el paradigma de la prescripción desde mientras más nuevo y más mejor; a mientras menos y con más experiencia de uso, mejor.

# Desmedicalización: un nuevo tratamiento

Dr. Juan Andrés Mota Santiago.

Especialista en Medicina Interna. Vicepresidente 1º de la Sociedad de Medicina Interna de la Comunidad Valenciana. Departamento de Salud de la Ribera. Hospital Universitario de La Ribera.

Nuestra sociedad experimenta un fenómeno de consumismo sanitario y medicalización de la población sana.

Los efectores implicados son:

1. La industria farmacéutica, que ejerce una posición de dominio en la investigación científica, que tiende a sobredimensionar problemas de salud y que tiende a entender riesgo como enfermedad.
2. La administración sanitaria: que burocratiza la asistencia en detrimento de tiempo clínico; que, en ocasiones, diseña políticas sanitarias defensivas que favorecen el ejercicio defensivo de la Medicina y que también en ocasiones contribuye a una alarma sociosanitaria excesiva.
3. Los medios de comunicación: que contribuyen al sensacionalismo biotecnológico y a generar expectativas, a veces, alejadas del ejercicio clínico.
4. Los profesionales sanitarios: que hemos delegado nuestra propia necesidad de formación, contribuido a la medicamentación no siempre ajustada al conocimiento científico, a la fragmentación asistencial especializada y a la actitud defensiva.
5. Los ciudadanos: a los que entre todos hemos mal instruido sanitariamente hablando, que tienden a priorizar la tecnología al juicio clínico y la inmediatez a la calidad.

La mejor manera de desmedicalizar es no medicalizar.

Pero en la situación actual la aportación necesaria para invertir este proceso es la información adecuada, que desde las consultas médicas precisa de tiempo para la recuperación de la confianza en los profesionales y no en los fármacos o las técnicas.

Las actuaciones concretas que desde Medicina Interna y la atención hospitalaria podemos implementar pasan por el concepto de prevención cuaternaria, la mejora en la seguridad de la prescripción y por la detección y reorganización de procesos ineficientes que no redundan en la mejora de la salud poblacional.

# Colaboración del farmacéutico de atención primaria en la desmedicalización: por el cambio

José María Canelles Gamir.  
Farmacéutico de Área de Salud. Departamento de Salud Valencia La Fe.

En el año 2011 por cada 1.000 habitantes se generaron al mes 6,63 kg de residuos de medicamentos procedentes de los domicilios particulares. Dado que el medicamento es un bien común que deberíamos proteger y no desperdiciar, nos podríamos preguntar a qué es debido este hecho: ¿Incumplimiento terapéutico?, ¿Prescripción inadecuada?, ¿Medicalización excesiva?, ¿Nula percepción de la valía real del medicamento?

Por otra parte, el progresivo envejecimiento de la población lleva asociado un incremento de pacientes en riesgo de sufrir enfermedades crónicas con el consiguiente aumento de la polimedicación y sus repercusiones para el sistema sanitario. El anciano crónico y polimedicado es un perfil de paciente cada vez más prevalente y dado que en atención primaria hasta el 40 % de los pacientes pluripatológicos presentan tres o más enfermedades crónicas y el 94% están polimedcados, es este nivel asistencial el eje de atención al paciente crónico, donde además se considera que esta condición supone el 80% de las consultas.

En este contexto, el farmacéutico de área de salud en la Comunidad Valenciana juega un papel relevante, en primer lugar por la normativa que lo regula tanto a nivel estatal como autonómico como estructura de soporte en AP (atención primaria) para el URM (uso racional del medicamento), en segundo lugar por su localización en el departamento, donde por su cercanía y relación con los gestores y diferentes profesionales implicados en la utilización de medicamentos y productos sanitarios emplea sus conocimientos tanto para el análisis y utilización de medicamentos en su demarcación como para el manejo del paciente ambulatorio crónico polimedcado mediante la revisión sistemática de tratamientos, contribuyendo a optimizar la farmacoterapia de estos pacientes con especial incidencia en los aspectos de seguridad dado su papel como un agente más del sistema español de farmacovigilancia.

Y en tercer lugar por la disponibilidad de acceso a las mejores herramientas de gestión para la evaluación clínica de la prescripción y su aplicación para la toma de decisiones como es el sistema de información GAIA, la historia clínica y farmacoterapéutica, los informes PRM (problemas relacionados con los medicamentos) y el SCP-cv (sistema de clasificación de pacientes de la Comunidad Valenciana) para la selección prioritaria de pacientes y las publicaciones periódicas de la DGF y PS. Todo ello permite aumentar la implicación en la actividad asistencial y su integración en los EAP (equipos de atención primaria).

# Medicación crónica y enfermería gestora de casos

Elena Legorburu Manterola.  
Enfermera Gestora de Casos. Asociación Enfermería Comunitaria. Departamento de Salud de la Plana.

Nuevo perfil de enfermería:

- EGCH: Enfermera gestora de casos hospitalaria, en el hospital.
- EGCC: Enfermera gestora de casos comunitaria, en centros de salud.

La EGC trabaja con casos complejos, no con enfermedades.

- CASO: Enfermo + Cuidador + Entorno.
- Tipos de complejidad:
  - De manejo clínico: Pluripatología, Gravedad, Cuidados de la piel, Visitas a urgencias hospitalarias e Ingresos no programados.
  - De manejo comunitario: Polimedicación, Tecnología domiciliaria, Ayudas técnicas, Dependencia funcional y cognitiva, Riesgo de caídas, Cuidadores, Problemas socio-familiares.

## Modelo de trabajo de la EGC

Captación mediante búsqueda activa y derivación de otros profesionales.

Intervención intensiva, pero breve en el tiempo.

Trabaja en colaboración con el resto del equipo, nunca sustituyéndoles, para conseguir una continuidad de cuidados, consensuando la información, coordinando los diferentes niveles asistenciales y reforzando su UBA referencial.

## EGC y Programa REFAR

En La Plana, dos circuitos, uno AP y otro circuito complementario: captación de pacientes por la EGCC, en ambos casos la comunicación de todos los profesionales implicados es mediante la Intranet.

La EGCH cuando capta al paciente, recomienda a otro profesional, hacer el REFAR.

La EGCC al hacer la valoración domiciliaria del paciente, realiza el REFAR.

## Caso clínico

Varón de 62 años, Caso crónico complejo, Polimedica- do y Pluripatológico.

### Valoración domiciliaria

- Barthel 30.
- Enfermedad crónica avanzada
- Manejo ineficaz del régimen terapéutico
- No puede desplazarse al centro de salud
- Requiere silla de ruedas.

### Revisión de fármacos

- Medicamentos duplicados y acumulado.
- Incapacidad para manejo de la medicación
- Falta de apoyo de cuidador principal

### Intervención de EGC

Instrucción a paciente y cuidador del manejo de la medicación

Apoyo al autocuidado

Escucha activa y apoyo emocional

Derivación a MAP para ajuste de medicación

Explicación de circuitos sanitarios

### Resultados

- Cumplimiento T. Farmacológico
- Mejora de autocuidado
- Utilización racional circuitos sanitarios

**“Ha mejorado la atención sanitaria, ya que ha pasado de ser un paciente oculto, a estar bajo control de la UBA”**

# Colaboración del farmacéutico comunitario en la desmedicalización. Lo que siempre quise hacer y nunca me dejaron

Luis Salar Ibáñez.

Farmacéutico Comunitario. Secretario de la delegación Valenciana de la SEFAC.

En la ley 29/2006 de garantías y uso racional de los medicamentos, artículo 84, se establece claramente la obligación de cooperar médico y farmacéutico, pero no está regulada de ninguna forma. Cuando existe se basa en la buena voluntad de las partes.

Esta cooperación es posible, como se ha demostrado en el trabajo “Coordinación entre el Centro de Salud Daroca (Madrid) y las farmacias comunitarias de la zona” presentado en el V Congreso de SEFAC (Barcelona 2012) Es necesario, y posible, celebrar sesiones clínicas conjuntas en los Centros de Salud, grupos de trabajo conjuntos y establecer vías de comunicación. Y es muy razonable que la farmacia pueda acceder a la historia clínica del paciente para consultarla y escribir en ella lo que considere oportuno, por ejemplo “sospecho incumplimiento”, con todas las garantías de responsabilidad que sean necesarias

Esta cooperación es necesaria. Un porcentaje importante de pacientes desconoce aspectos básicos de su tratamiento (indicación, posología, forma de uso, duración tratamiento) y cuando eso ocurre la percepción de efectividad y seguridad de su tratamiento disminuye a la mitad. (Programa D-Valor; V Congreso de SEFAC)

La farmacia puede colaborar revisando la medicación con criterios consensuados e informando al médico prescriptor. Se ha hecho un estudio sobre la aplicación de criterios STOPP-START en la farmacia (V Congreso de SEFAC) en el que encuentra un 10% de prescripciones potencialmente inapropiadas. Se ha iniciado una tesis doctoral sobre la aplicación de los criterios STOPP-START en la farmacia.

El actual sistema de retribución de la farmacia, basado en un margen comercial, es perverso. No incentiva en absoluto la participación del farmacéutico en la desmedicalización.

La receta electrónica, recién implantada en toda la provincia de Valencia, podría facilitar la colaboración farmacéutico-médico.

La farmacia no pretende en ningún caso desmedicalizar directamente al paciente. Pero podemos colaborar con el médico para detectar los posibles casos y que sea él quien decida. Ya que, después del propio paciente, es el único legalmente capacitado para hacerlo.

