



Información

Farmacoterapéutica

de la Comunitat Valenciana

nº12

Publicación de la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios



La comunicación de las enfermedades profesionales en la Comunitat Valenciana

Implantación del programa de revisión y seguimiento de la farmacoterapia en la Comunitat Valenciana

Tratamiento del síndrome de secreción inadecuada de hormona antidiurética (SIADH) con urea oral

¿Por qué se pueden prescribir con unos códigos V y con otros no, en atención primaria?

Edita: Generalitat. Conselleria de Sanitat
© de la presente edición: Generalitat, 2014
ISSN: 1989-5771
Título abreviado: Inf. farmacoter. Comunitat Valencia.
Diseño y Maquetación: Editorial MIC
Depósito Legal:
Imprime:

Consultas: <http://www.san.gva.es/cas/prof/dgf/homedgf.html>
Comentarios y sugerencias: 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
Andreu Solsona, Pilar. Dirección Territorial de Castellón. Sección de Inspección Servicios Sanitarios
Aznar Saliente, Teresa. Hospital Sant Joan d' Alacant. Servicio de Farmacia Hospitalaria
Barrachina Bonet, Laia. Departamento de Salud la Plana. Dirección de Atención Primaria
Barreda Rodríguez, Rosana. Departamento de Salud Valencia-Arnau Vilanova-Liria. Inspección de Servicios Sanitarios.
Broseta Solaz, Rocío. Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios. Oficina GAIA
Buigues Pastor, Laia. Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios. Oficina Farmacoeconomía
Calvo Perez, Miriam. Departamento de Salud Elda. Servicio de Farmacia de Area de Salud
Canelles Gamir, Jose M^a. Departamento de Salud Valencia-La Fe. Servicio de Farmacia de Area de Salud
Díaz Mondejar, Rosa. Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios. CAVIME
Díez Domingo, Javier. Centro Superior de Investigación y Salud Pública
Dominguez Carabantes, Alberto. Hospital la Fe de Valencia. Servicio de Psiquiatría
Fernández Villalba, Elia Maria. Servicio Farmacia Sociosanitaria de la Cañada
Gómez Pajarez, Fernando. Hospital Francisco de Borja. Servicio de Medicina Preventiva
Gonzalez Castellano, Patricia. Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios. Oficina GAIA
Grau Rubio, M^a Antonia. Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios. CAVIME
Lopez Briz, Eduardo. Hospital la Fe de Valencia. Servicio de Farmacia Hospitalaria
Marco Peiró, Sergio. Farmacéutico Atención Comunitaria Castellón
Mármol López, M^a Isabel. Departamento de Salud Valencia-La Fe. Dirección de Atención Primaria
Montagud Penades, Emilia. Departamento de Salud Elche-Crevillente. Servicio de Farmacia de Area de Salud
Muñoz Balada, Rodrigo. Hospital la Plana. Servicio de Documentación Clínica
Padilla López, Ana M^a. Departamento de Salud Valencia-Cínico-Malvarrosa. Dirección de Atención Primaria
Palop Larrea, Vicente. Departamento de Salud de la Ribera. Subdirección Medico Asistencial Area de Salud
Pascual de la Torre, Manuel. Dirección General de Asistencia Sanitaria. Oficina de Gestión de Abucasis
Pastor Villalba, Eliseo. Dirección General de Salud Pública. Servicio de Salud Infantil y de la Mujer
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
Prosper Sierra, Miguel. Departamento de Salud de la Ribera. Subdirección Medico Asistencial Área de Salud
Quiroce Andrés, Fernando. Departamento de Salud de Alicante H.General. Centro Salud Alicante La Florida
Ruiz Rojo, Elías. Dirección General de Salud Pública. Subdirección General de Promoción de la Salud y Prevención
San Martín Ciges, M^a Dolores. Departamento de Salud Requena. Servicio de Farmacia de Área de Salud
Sanchez Lorente, Montserrat. Dirección General de Asistencia Sanitaria. Servicio de Planificación y Gestión de Programas y Servicios Sanitarios
Sánchez Navajas, Ana M^a. Dirección Territorial de Alicante. Inspección de Farmacia
Saurí Ferrer, Inmaculada. Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios. Oficina Farmacoeconomía
Selles Carpena, Noelia. Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios. Oficina GAIA
Trillo Mata, José Luis. Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios.
Uso Talamantes, Ruth. Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios
Zapater Hernández, Pedro. Hospital General de Alicante. Servicio de Farmacología Clínica

Publicación de información científica sin finalidad lucrativa.

Los textos incluidos en esta publicación pueden ser reproducidos citando su procedencia.

La comunicación de las enfermedades profesionales en la Comunitat Valenciana

Esteban Buedo V¹, Santolaria Bartolomé E¹, Casanova Vivas S¹, Montserrat del Moral A²

1. Servicio de Promoción y protección de la salud. Dirección General de Salud Pública. Conselleria de Sanidad.

2. Ingeniería de Software y Consulting, S.L. (ISC).

Los autores declaran que no ha existido conflicto de intereses.

1. Introducción

En el sistema socio-sanitario español existen dos mecanismos diferenciados para hacer frente a los problemas de salud, dependiendo de que su origen sea considerado laboral o no. Uno es el previsto para las contingencias profesionales, accidente de trabajo o enfermedad profesional (Art. 115 y 116 del Real Decreto Legislativo 1/1994, Ley General de la Seguridad Social), a cargo de la empresa y a través del sistema de la Seguridad Social, el otro es el previsto para las contingencias comunes (enfermedad común y accidente no laboral) cuya asistencia sanitaria, a través del considerado sistema sanitario público, es asumida por el Estado, a través de las transferencias presupuestarias a las Comunidades Autónomas, según la Ley 49/1998, de 30 de diciembre, de Presupuestos Generales del Estado para 1999.

La asistencia sanitaria de las enfermedades profesionales (EEPP), al igual que los accidentes de trabajo, suponen importantes costes económicos, y la separación de fuentes de financiación entre el Sistema Nacional de Salud y la Seguridad Social no ha llevado aparejada en la práctica la necesaria delimitación a la hora del reconocimiento y prestación de los derechos de asistencia y rehabilitación.

Según el artículo 116 de la Ley General de la Seguridad Social, una enfermedad profesional es la contraída a consecuencia del trabajo ejecutado por cuenta ajena en las actividades que se especifiquen en el cuadro de enfermedades vigente, y que esté provocada por la acción de los elementos o sustancias que en dicho cuadro se indiquen para cada enfermedad profesional. Por tanto, no todas las enfermedades provocadas por el trabajo tienen la consideración de enfermedad profesional. Para que una enfermedad pueda ser declarada como profesional se deben cumplir dichos requisitos.

En España son reconocidas oficialmente cada año poco más de 10.000 EEPP, y menos de 1.000 en la

Comunitat, cuando hay estudios que llegan a estimar que alrededor del 16% de las bajas médicas por enfermedad común podrían considerarse relacionadas con el trabajo. Comparando los resultados de las EEPP declaradas oficialmente con los facilitados por los sistemas de información de la Conselleria de Sanitat, en enfermedades tan claramente laborales como la silicosis o el mesotelioma pleural, es posible concluir que podían estar declarándose oficialmente muchas menos EEPP de las que se diagnostican. Cabe recordar que se diagnostican y se tratan prácticamente todas, por eso lo que ocurre en España, como en otros países europeos, es que existe una importante subnotificación de EEPP, la mayoría se atienden en el sistema sanitario público como enfermedades comunes cuando, si son contingencias laborales, su atención corresponde a las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social (MATEPSS o Mutuas). Eso hace que por ejemplo Francia haya establecido un sistema de compensación, que para 2012 supuso 790 millones de euros abonados al sistema sanitario desde seguridad social, por las contingencias profesionales. Con ese reparto, el año 2012 a la Comunitat le hubiesen correspondido, en función de la población, más de 50 millones de euros por ese concepto.

El reconocimiento de una enfermedad como profesional tiene repercusiones individuales y colectivas. A nivel colectivo, conocer el impacto y la distribución del daño para la salud de origen laboral es imprescindible para planificar adecuadamente las actividades preventivas destinadas a los trabajadores. A nivel individual, supone el reconocimiento de una serie de derechos del trabajador, incluyendo prestaciones económicas, sanitarias y preventivas.

Las prestaciones derivadas de las contingencias profesionales se diferencian de las derivadas de las contingencias comunes tanto en los requisitos necesarios para tener derecho a las mismas, como en la mayor protección que dispensan. Entre ellas, cabe destacar:

Prestaciones económicas:

- No se requiere ningún periodo mínimo de cotización previo para causar derecho.
- Se presume que los trabajadores por cuenta ajena están siempre de alta.
- El subsidio por Incapacidad Temporal se abona desde el día siguiente a la baja en una cuantía de al menos el 75% de la base reguladora.
- En caso de muerte o supervivencia se reconoce una indemnización a tanto alzado.
- Las pensiones se calculan sobre el salario real.
- Si existen lesiones irreversibles no invalidantes dan derecho a una indemnización según baremo.

Prestaciones sanitarias, incluyendo:

- Asistencia médica para la reparación íntegra del daño causado.
- Asistencia farmacéutica gratuita.
- Prestaciones complementarias gratuitas.
- Prestaciones ortopédicas.
- Transporte sanitario.

Prestaciones preventivas, incluyendo la realización de reconocimientos médicos y el cambio de puesto de trabajo.

Los riesgos de enfermedad profesional y accidente de trabajo pueden estar cubiertos por diferentes modalidades, siendo la empresa la que debe optar por una de ellas:

- A través del Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS), entidad gestora de la Seguridad Social, o entidades similares como el Instituto Social de la Marina para los trabajadores del mar.
- A través de una Mutua, entidad colaboradora en la gestión de la Seguridad Social.
- Directamente por la empresa si es autorizada para colaborar en la gestión de las contingencias profesionales, son las denominadas Empresas Colaboradoras (EC) de la Seguridad Social.

Si la empresa opta, como ocurre mayoritariamente, por formalizar la protección a través de una Mutua, es ésta la que asume las prestaciones económicas y sanitarias en caso de enfermedad profesional o accidente de trabajo. Si la empresa está autorizada para colaborar en la gestión de las contingencias profesionales asume directamente el pago de la prestación de incapacidad temporal, así como la prestación de asistencia sanitaria y de recuperación profesional que corresponda.

Por tanto, la falta de comunicación y/o reconocimiento como profesional de muchos de estos problemas de salud supone desconocimiento de la relación causal. Esta situación perjudica en primer lugar a los trabajadores que sufren los problemas de salud, pero también al resto de la sociedad, porque minimiza la necesidad de adoptar medidas preventivas en las empresas donde se producen las exposiciones laborales que causan las enfermedades, y hace que el coste económico de las consecuencias se asuma por los trabajadores que las sufren y con los impuestos de todos los ciudadanos, sobre todo la asistencia sanitaria, que se realiza en los sistemas públicos de salud.

Para paliar esta situación, el Real Decreto 1299/2006⁽¹⁾, de 10 de noviembre de 2006, por el que se aprobó el actual cuadro de enfermedades profesionales en

el sistema de la Seguridad Social y se establecieron criterios para su notificación y registro, fijó un nuevo e importante papel para los médicos, al disponer en el artículo 5, que cuando los facultativos del Sistema Nacional de Salud y de los servicios de prevención de riesgos laborales, tengan conocimiento de la existencia de una enfermedad que pueda ser calificada como profesional, deben comunicarlo a la entidad gestora de la Seguridad Social correspondiente, Mutua o INSS, a través del organismo competente de cada Comunitat Autónoma. En la Comunitat Valenciana, esta comunicación se articula a través del Sistema de Información Sanitaria y Vigilancia Epidemiológica Laboral (SISVEL) de la Dirección General de Salud Pública (DGSP), según establece la Orden 6/2012, de 19 de abril, de la Conselleria de Sanidad, por la que se establece el procedimiento de comunicación de sospechas de enfermedades profesionales⁽²⁾.

Para facilitar a los facultativos de la Agencia Valenciana de Salud el cumplimiento de la citada obligación legal, la Conselleria de Sanidad (CS) estableció un procedimiento informatizado, a través de la integración de SIA con el SISVEL. Este sistema gestiona las comunicaciones a través de las Unidades de Salud Laboral, de los Centros de Salud Pública y, cuando es necesario se derivan a las Mutuas o al INSS.

Así la Comunitat Valenciana dispone de un sistema único en relación con la salud de las personas que trabajan. Es el SISVEL, que facilita la detección precoz de las posibles enfermedades de origen laboral atendidas en el sistema sanitario como enfermedades comunes.

2. Material y Métodos

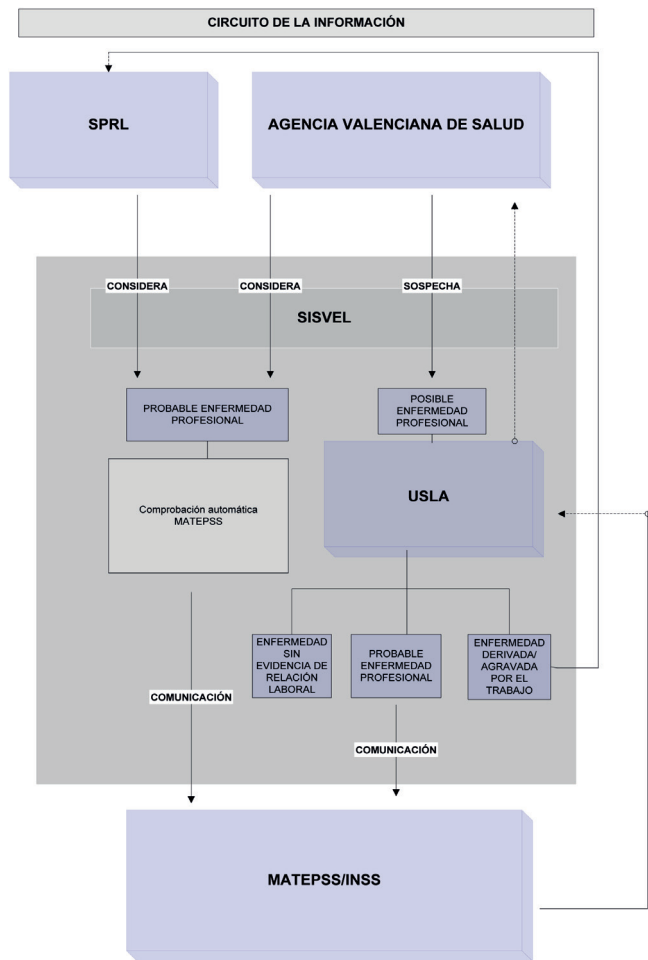
El SISVEL, desarrollado por el Servicio de Salud Laboral de la DGSP de la Conselleria de Sanidad, se diseñó como una aplicación informática proactiva, con un sistema de alerta en la historia clínica individual (SIA-Abucasis).

Cuando a una persona mayor de 16 años se le diagnostica un problema de salud que coincide con los incluidos en la lista de EEPP, el Sistema le recuerda al médico que ese problema de salud podría ser clasificado como enfermedad profesional (EP), preguntándole si considera o sospecha que se trata de una EP y quiere declararlo como tal, en cuyo caso, automáticamente será comunicado al SISVEL.

Si el médico no dispone de información suficiente para sustentar la sospecha del origen laboral de la enfermedad, el sistema le permite solicitar la investigación de la Unidad de Salud Laboral del Centro de Salud Pública correspondiente.

En el caso de que el diagnóstico sea definitivo, la comunicación llega a la Mutua que debe hacerse cargo de la contingencia.

Figura 1. Esquema de la información en el SISVEL.



Con carácter general, los criterios que deben hacer sospechar que se está ante una posible enfermedad profesional son:

- Un diagnóstico clínico confirmado y
- Una historia laboral compatible con exposiciones, actividades o tareas de riesgo.

En última instancia, quien tiene la competencia para la calificación de las enfermedades profesionales es el INSS.

Para la difusión e implantación del SISVEL se vienen realizando actividades informativas y formativas dirigidas especialmente a los médicos obligados a comunicar. Llevadas a cabo en gran parte desde los Centros de Salud Pública, destaca, en el año 2010, la formación sobre EEPP para 2007 médicos de Atención Primaria, en 188 reuniones, con un nivel de participación del 74,2% de los convocados. Actividades reforzadas con la elaboración y distribución de la Guía para la co-

municación de sospechas de Enfermedades profesionales ⁽³⁾, dirigida a los facultativos de la Agencia Valenciana de Salud.

En el proceso del diseño, puesta en marcha y seguimiento destacar la participación. Se hace con la colaboración, entre otros, de representantes de la Administración Laboral (INSS, Inspección de Trabajo y DG de Trabajo) las asociaciones profesionales de Medicina y Enfermería del Trabajo, Medicina Familiar y Comunitaria, y de los agentes socio-laborales (organizaciones empresariales y sindicales), Mutuas y Servicios de Prevención de Riesgos Laborales de las empresas, con muy buen nivel de colaboración especialmente de las 10 Mutuas con actividad en la Comunitat, que han tenido que adaptar sus sistemas informáticos para recibir y responder al SISVEL.

3. Resultados

SISVEL comenzó a funcionar como experiencia piloto en 2010 en un centro de Atención Primaria por departamento, y en 2011 se extendió a todos los Centros de Atención Primaria, disponible para alrededor de 3.000 médicos, con una lista reducida de 35 enfermedades, permitiendo, a los médicos, desde la historia clínica informatizada (Abucasis), y alrededor de 500 médicos de los servicios de prevención de riesgos laborales, comunicar las posibles EEPP, a través de la DGSP.

Durante el año 2012 se extendió la cobertura a todos los Centros de Especialidades y Hospitales conectados a SIA y se amplió la lista de diagnósticos incluidos, de 35 a 75 categorías, prácticamente la lista completa.

Durante el año 2012:

- Se recibieron 1.318 sospechas de enfermedades profesionales, lo que supone una media de 109 comunicaciones al mes.

Tabla1. Resumen de comparación de resultados del SISVEL 2011-2012

| | 2011 | 2012 | DIFERENCIA 2011-12 % |
|--|------|------|----------------------|
| Nº de comunicaciones de sospechas de EEPP RECIBIDAS EN SISVEL | 1006 | 1318 | +30.8% |
| Nº de comunicaciones de sospechas de EEPP DERIVADAS a las Mutuas | 431 | 708 | +60.5% |
| Nº de comunicaciones consideradas EP por las Mutuas | 144 | 200* | +37.9%* |

*Además 22 casos fueron considerados como Accidentes de Trabajo.

Tabla 2. Resolución por las mutuas de los casos derivados 2012

| Total | EP | | AT | | NO considerado como EP | | OTRAS | | EN ESTUDIO | | Total |
|-------|-----|--------|----|-------|------------------------|--------|-------|-------|------------|--------|-------|
| | 200 | 28,25% | 22 | 3,11% | 335 | 47,32% | 42 | 5,93% | 109 | 15,40% | |

Se derivaron a las Mutuas 708 casos, los demás casos de sospecha se desecharon por inconsistencia diagnóstica, no exposición laboral que justificara el problema de salud,... etc.

De los derivados a las Mutuas, 222 casos fueron aceptados como contingencias profesionales, 200 como enfermedad profesional y 22 considerados como accidente de trabajo.

- Más de la mitad de los casos comunicados correspondieron al diagnóstico del Síndrome del túnel carpiano. Las enfermedades osteomusculares el 80% de los casos comunicados y las respiratorias alrededor de un 6%.
- Existieron diferencias importantes en las tasas de comunicación, derivación, y aceptación de sospechas de enfermedades profesionales por Departamento de Salud, que tienen mucho que ver, aunque no se explican exclusivamente, con las diferencias en la cobertura del sistema, sobre todo en A. Especializada con aplicaciones informáticas no conectadas al SISVEL.
- Por Mutuas se observan importantes diferencias en el porcentaje de aceptación de los casos según entidad, oscilando entre un 7,14% y un 39,98% de los remitidos. Variaciones que pueden estar en parte justificadas por la falta de criterios homogéneos para considerar una enfermedad como profesional, pero sobre todo que evidencia la necesidad de utilizar algunos mecanismos existentes para defender mejor los casos (Inspección de Servicios Sanitarios, INSS) para que sean considerados EEPP.
- Se estima, que el coste económico de actividad sanitaria de todas las sospechas de EEPP enviadas a Mutuas a través del SISVEL durante el año 2012, podría suponer alrededor de 1,7 millones de euros. El coste estimado de las contingencias profesionales aceptadas por las Mutuas estaría entorno a 600.000 €. Esos cálculos se realizan siguiendo estudios, como el de García Gómez M. sobre el coste sanitario de las enfermedades profesionales en el País Vasco ⁽⁴⁾

Se analizan 3 componentes del coste sanitario: el coste de la asistencia especializada, el coste de atención primaria y el coste farmacéutico. En el coste de la asistencia especializada se considera el coste por ingresos hospitalarios y el coste por la atención ambulatoria especializada, entendiendo como tal el coste de la actividad generada en áreas de hospitalización

parcial (hospital de día, hospitalización domiciliaria) y cirugía sin ingreso.

La estimación del coste de la atención primaria y el gasto farmacéutico se realiza de forma indirecta aplicando los factores de coste (pesos relativos), Factor de coste para AP y Factor de coste para AF, utilizados en el estudio de García Gómez ⁽⁴⁾.

- Como puede verse en la tabla siguiente, se estaba lejos de conseguir los niveles de comunicación esperables en la mayoría de los diagnósticos.

Tabla 3. Casos estimados atribuibles al trabajo*/ casos comunicados al SISVEL

* A partir de los casos diagnosticados en SIA en 2012

| | CASOS ESTIMADOS ATRIBUIBLES AL TRABAJO | | | CASOS COMUNICADOS A SISVEL | |
|--|--|-----|-------|----------------------------|-------|
| | 2012 | | | 2012 | |
| | H | M | Total | N | % |
| Síndrome del túnel carpiano ¹ | 307 | 495 | 802 | 777 | 96,88 |
| Bursitis especificadas frecuentemente de origen laboral ² | 108 | 93 | 201 | 8 | 3,98 |
| Asma bronquial ³ | 230 | 342 | 573 | 39 | 6,81 |
| Alveolitis alérgica extrínseca ⁴ | 46 | 23 | 69 | 7 | 10,14 |
| Neumoconiosis ⁵ | 95 | 5 | 99 | 16 | 16,16 |
| Asbestosis ⁵ | 87 | 5 | 92 | 8 | 8,71 |
| Dermatitis, eczema de contacto ⁶ | 76 | 110 | 186 | 18 | 9,67 |
| Neoplasia de pleura ⁵ | 21 | 7 | 28 | 3 | 10,71 |

1. Incidencia en población ocupada 0,67. 103 en hombres (FR 46%) y 1,80. 103 en mujeres (FR 34%). Gobierno Francés (2008).Rapport de la Commission institué par l'article L176-2 du code sécurité sociale..

2. FA 100% casos diagnosticados SIA.

3. FA 10% sobre los casos diagnosticados en SIA. Leigh et al (1997).

4. FA 14% en hombres y 4% en mujeres sobre casos diagnosticados en SIA. Nurminen y Karjalainen (2001).

5. FA 90% casos diagnosticados SIA.

6. FA 14% casos diagnosticados SIA. Gobierno Queensland (Australia)

4. Discusión y Conclusiones

Este programa se inició en el año 1991, basado en la metodología de sucesos centinela, con la participación de profesionales y servicios de salud, que de manera

activa y voluntaria, notifican a la Unidades de Salud Laboral los casos de daño a la salud sometidos a vigilancia. A partir de la publicación del RD 1299/2006 se inicia la transformación del programa para adaptarlo al nuevo marco normativo sobre enfermedades profesionales, a la Ley 4/2005, de 17 de junio, de Salud Pública, y creando la aplicación informática que permitía agilizar y ampliar la cobertura del sistema.

En la actualidad, el SISVEL integra las siguientes funciones:

- Sistema informatizado de comunicación de EEPP, según art. 5 del RD 1299/2006. Permite a los facultativos la comunicación, a las MATEPSS o al INSS, de aquellas enfermedades que puedan tener la consideración de enfermedades profesionales.
- Sistema de apoyo al diagnóstico de EEPP, según el artículo 38 del Reglamento de los Servicios de Prevención sobre coordinación entre los servicios de prevención y el sistema sanitario público para el diagnóstico de enfermedades profesionales. Cuando el médico del sistema sanitario público no dispone de información suficiente sobre la exposición laboral del trabajador para determinar el origen laboral de su enfermedad, puede comunicar la sospecha a la Unidad de Salud Laboral para que realice la investigación.
- Sistema de Vigilancia Epidemiológica Laboral. Permite identificar situaciones y grupos de riesgo y la detección precoz de problemas de salud que puedan requerir una intervención rápida. Igualmente, posibilita la vigilancia específica de algunas enfermedades de interés para la salud pública, así como de aquellas enfermedades incluidas en el anexo II del RD 1299/2006.

Así el SISVEL es útil para:

1. La detección precoz de estos daños a la salud, que es clave al permitir adelantar la atención y la prevención, mediante la coordinación entre los servicios de prevención de las empresas y sistema sanitario público.
2. Las compensaciones económicas, de los trabajadores afectados y del sistema sanitario público. Resulta muy útil para deslindar adecuadamente la responsabilidad financiera del tratamiento de estas enfermedades entre el Sistema de Seguridad Social (Mutuas o INSS) y la Conselleria de Sanidad. El coste sanitario total de las enfermedades atribuibles al trabajo y atendidas por el sistema público valenciano no se conoce bien, pero se ha estimado en varios millones de euros anuales.
3. Mejorar el conocimiento de los problemas de salud y de exposición a riesgos de la población trabajadora. Realizar análisis epidemiológicos dirigidos a identificar los cambios en las tendencias de los problemas de salud y de riesgo de las personas que trabajan, así como otras investigaciones epidemiológicas, aportando información operativa para la planificación sanitaria eficaz y eficiente en materia de Salud Laboral y de Salud Pública en general.

El SISVEL es un sistema único, eficaz para la detección de las enfermedades profesionales y que, sin duda, contribuirá a mejorar la prevención del daño laboral y a disminuir el coste sanitario que estas enfermedades representan para el sistema público valenciano, en tratamientos médicos y quirúrgicos. Esta en desarrollo, y las principales líneas de trabajo están dirigidas a:

- Posibilitar la comunicación por parte de todos los facultativos de Atención Especializada, y potenciarla sobre todo desde especialidades como Neumología, Dermatología u Oncología, en cuyo ámbito se encuentran muchas e importantes EEPP.
- Incrementar el número de casos de EEPP reconocidos por las Mutuas, estrechando más la colaboración con la Inspección de Servicios Sanitarios y el INSS. Además de establecer criterios consensuados para la comunicación de sospechas de EEPP y de aceptación por parte de las Mutuas. Se trabaja en ello con las sociedades profesionales, Mutuas, Adm. Laboral, INSS, etc. desde 2011.

5. Referencias Bibliográficas

1. Real Decreto 1299/2006, de 10 de noviembre, por el que se aprueba el cuadro de enfermedades profesionales en el sistema de Seguridad Social y se establecen criterios para su notificación y registro. BOE núm. 302,19/12/2006.
2. Orden 6/2012, de 19 de abril, de la Conselleria de Sanidad, por la que se establece el procedimiento de comunicación de sospechas de enfermedades profesionales en la Comunitat Valenciana, a través del Sistema de Información Sanitaria y Vigilancia Epidemiológica Laboral. DOCV núm.6766/03.05.2012
3. Santolaria E, Esteban V, Casanova, S. Guía para la comunicación de sospechas de enfermedades profesionales. Valencia: Generalitat. Conselleria de Sanitat; 2010 Disponible en: (http://www.sp.san.gva.es/DgspPortal/docs/guia_com_enf_sos.pdf).
4. Garcia Gómez, M, Castañeda R, Urbaneja F et al . Carga de enfermedad atribuible al trabajo y su coste en el País Vasco. Baracaldo: OSALAN; 2011

Implantación del programa de revisión y seguimiento de la farmacoterapia en la Comunitat Valenciana

Vallés Martínez^{T1}, Sahuquillo Ricart A¹, Vicent Hurtado A¹, Font De Andrés B¹, Méndez Valera P²

1. Farmacéuticos del Programa REFAR. Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios.

2. Coordinador del Programa REFAR. Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios.

Los autores declaran que no ha existido conflicto de intereses.

1. Introducción.

Actualmente nuestra sociedad está experimentando un rápido crecimiento de la población de edad avanzada. Según la OMS ⁽¹⁾ el envejecimiento de la población mundial en los países desarrollados y en vías de desarrollo es un indicador de la mejora de la salud en el mundo. El número de personas con edad igual o superior a 60 años en todo el mundo se ha duplicado desde 1980, y se prevé que alcance los 2.000 millones en el año 2050.

El envejecimiento lleva consigo implícito unos cambios bioquímicos, fisiológicos y funcionales del organismo (alteración de la función renal, función hepática, etc.) que afectan directamente a la farmacocinética y farmacodinamia de los medicamentos. En consecuencia, se observa un nivel de respuesta diferente a la esperada en condiciones normales, incrementando la susceptibilidad y vulnerabilidad a las enfermedades, potenciándose la presencia de interacciones, contraindicaciones y reacciones adversas, pudiendo llegar a ser mortales. A todo esto hay que sumar que son precisamente las personas mayores las que por sus condiciones físicas son más susceptibles de ser los usuarios de la mayoría de fármacos prescritos y dispensados en nuestra sociedad, y en contraposición se observa una falta de adherencia a los tratamientos de las personas mayores que aumenta con el número de fármacos y con la complejidad de la pauta posológica.

El abordaje de este problema orientado a mejorar la salud y calidad de vida de los pacientes mayores crea la necesidad de desarrollar y promover actuaciones específicas que mejoren el cumplimiento terapéutico de los pacientes crónicos y polimedicados, el conocimiento respecto del uso e indicaciones de los medica-

mentos por parte de los pacientes y la detección de los problemas derivados del uso de medicamentos.

En el proceso de atención al paciente es importante la implicación de todo el equipo multidisciplinar (médico, farmacia, enfermería, ayuda a domicilio y trabajador social) incluyendo el propio paciente, proporcionando un enfoque adecuado y un abordaje personalizado en función de las características físicas y psíquicas del paciente.

En el marco del Sistema Nacional de Salud, los programas de revisión de utilización de medicamentos promueven actuaciones dirigidas a mejorar la calidad asistencial para pacientes crónicos y polimedicados y la eficiencia en el uso de los recursos disponibles.

En las diferentes Comunitats Autónomas surgen iniciativas y programas para el control de pacientes polimedicados, como el programa de “Atención a pacientes polimedicados y uso seguro de los medicamentos” de la región de Murcia ⁽²⁾, el “Programa de Atención al Mayor Polimedicado” de la Comunitat de Madrid ⁽³⁾, el “Programa de apoyo al paciente polimedicado” de Extremadura ⁽⁴⁾, o incluso la elaboración de una “Guía de recomendaciones para la atención de los pacientes polimedicados” de las Islas Baleares ⁽⁵⁾.

En este contexto surge el Programa de Revisión y Seguimiento de la Farmacoterapia (Programa REFAR) en la Comunitat Valenciana, que entró en vigor el 21 de diciembre de 2011 ⁽⁶⁾, facilitando el cumplimiento del artículo 16 de la Ley 16/2003, de 28 de Mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. Mediante esta ley se establece que la prestación farmacéutica comprende los medicamentos y productos sanitarios, así como el conjunto de actuaciones encaminadas a que los pacientes los reciban de forma adecuada a sus necesidades clínicas, en las dosis precisas según sus requerimientos individuales, durante el período de tiempo más adecuado y el menor coste posible para ellos y la Comunitat.

2. Objetivos

- Presentar el programa REFAR y su implementación en el ámbito de la Comunitat Valenciana durante el periodo enero-diciembre 2012.
- Describir las herramientas disponibles y su aplicación en las revisiones farmacoterapéuticas.
- Analizar los resultados de las revisiones farmacoterapéuticas en sus diferentes líneas de actuación.

3. Material y métodos

Los datos utilizados en esta publicación se han obtenido de los registros de actividad del programa REFAR remitidos periódicamente desde los distintos Departamentos

mentos de Salud de la Comunitat Valenciana. Dichos registros recogen la actividad relacionada con la revisión farmacoterapéutica realizada por parte de los profesionales implicados en la misma, entre los que se incluyen: médicos de Atención de Primaria y Especializada, enfermeros de Atención Primaria, farmacéuticos REFAR y de Área de Salud.

El objeto del programa REFAR es revisar la medicación, detectando los problemas derivados del uso de medicamentos, mejorar el cumplimiento terapéutico, efectividad de los tratamientos y conocimiento de los pacientes respecto del uso e indicaciones de los mismos.

El programa REFAR establece protocolos específicos para evaluar la asistencia farmacéutica a los pacientes, especialmente crónicos y polimedicados, que incluyen la revisión periódica de los tratamientos farmacológicos, así como las actuaciones específicas para garantizar la seguridad, efectividad y eficiencia de los mismos.

Para facilitar la implementación del programa REFAR es imprescindible la utilización intensiva y completa de sistemas de información sanitaria. En este sentido la Conselleria de Sanitat dispone de herramientas de asistencia al profesional de carácter on line (prescripción, indicación, transcripción, dispensación y seguimiento) y off line (gestores especializados en la utilización de medicamentos que permite la identificación de los tratamientos que deben ser revisados).

El programa incluye la participación de médicos de atención primaria y especializada, enfermeras de enlace y gestión comunitaria, farmacéuticos de atención primaria y farmacéuticos adheridos al programa REFAR (21 farmacéuticos departamentales que trabajan específicamente en este programa), cuidadores y, de forma esencial, los pacientes.

La figura del farmacéutico REFAR se fundamenta en coordinar y dinamizar entre los distintos miembros del equipo multidisciplinar que intervienen, el proceso de revisión farmacoterapéutica en las diferentes líneas de actuación del Programa REFAR.

3.1. ESTRUCTURA DEL PROGRAMA

El Programa REFAR se articula sobre dos líneas de actuación: por una parte el Subprograma de seguimiento de alertas de productos farmacéuticos y revisión de la farmacoterapia (REFAR-AR) y por otra parte el Subprograma de seguimiento de la eficiencia y adherencia de los tratamientos farmacoterapéuticos (REFAR-EA).

3.1.1. Subprograma REFAR-AR

El Subprograma de seguimiento de alertas de productos farmacéuticos y revisión de la farmacoterapia

(REFAR-AR) agrupa todas las acciones y actuaciones propuestas a nivel corporativo, bien generadas desde Servicios Centrales de la Conselleria de Sanitat o bien promovidas por cada uno de los Departamentos de Salud en materia de:

- Alertas de medicamentos y productos sanitarios de uso humano (A/S)
- Medicamentos inapropiados (M/I)
- Criterios STOPP/START (S/S)
- Problemas Relacionados con la Medicación (PRM)

Para llevar a cabo el Subprograma de seguimiento de alertas de productos farmacéuticos y revisión de la farmacoterapia (REFAR-AR), se ha impulsado la utilización de cuatro gestores especializados de revisión farmacoterapéutica: el gestor de alertas de seguridad (Gestor A/S), el gestor de medicamentos inapropiados (Gestor MI), el gestor de criterios STOPP/START (Gestor S/S) y el gestor de problemas relacionados con los medicamentos (Gestor PRM).

a) Gestor de alertas de seguridad (Gestor A/S)

Este gestor tiene como fin la identificación y el seguimiento de los tratamientos afectados por alertas de seguridad de medicamentos de uso humano de la Agencia Española del Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) ⁽⁷⁾. Durante el año 2012, se revisaron principalmente los tratamientos afectados por alertas publicadas en los años 2011 y 2012.

b) Gestor de medicamentos inapropiados (Gestor MI)

El gestor incluye la revisión de pacientes en tratamiento con principios activos con una utilización inapropiada, entendiéndose como tal, no sólo aquella para la que el riesgo de un efecto adverso no supera el beneficio clínico, sino también aquella que ha sido prescrita fuera de indicación autorizada en la ficha técnica, que es el documento que incluye la descripción del medicamento, sus indicaciones, posología, precauciones y contraindicaciones, reacciones adversas, datos farmacéuticos y propiedades del medicamento que es la que garantiza la calidad, eficacia y la seguridad terapéuticas.

En el 2012 se publicaron las siguientes Instrucciones de la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios (DGFPS) dentro del programa REFAR:

- **Instrucción de la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios en relación al Programa REFAR-AR IV Gestor MI: adecuación de los tratamientos de teriparatida y hormona paratiroidea (PTH) ⁽⁸⁾:** revisión de todas las prescripciones vigentes teriparatida y hormona paratiroidea en la Comunitat Valenciana, ajustándolos

Tabla 1. Alertas revisadas en el programa REFAR durante el año 2012, ordenadas por fecha de publicación en la AEMPS.

| ALERTA | DESCRIPCIÓN |
|------------------------------------|--|
| Dronedarona (24/01/2011) | Riesgo de alteraciones hepáticas. Interrumpir si los niveles de ALT es ≥ 3 veces el límite normal superior. |
| Bifosfonatos (15/04/2011) | Riesgo de fracturas atípicas de fémur. Reevaluar periódicamente la necesidad del tratamiento, especialmente después de 5 años. |
| Cilostazol (25/05/2011) | Reacciones adversas de tipo cardiovascular y hemorrágico. Seguir condiciones de prescripción en ficha técnica y especial atención a interacciones. |
| Metotrexato (13/07/2011) | Reacciones adversas graves derivadas de la sobredosis por confusión en la dosis administrada por vía oral. |
| Vareniclina (22/07/2011) | Ligero aumento de reacciones adversas cardiovasculares. Revisar beneficio-riesgo. |
| Citalopram (27/10/2011) | Prolongación dosis dependiente del intervalo QT del ECG. La Dosis máxima recomendada se reduce a 40 mg/día. En >65 años o con disfunción hepática la Dosis máxima no deberá superar los 20 mg/día. |
| Metoclopramida (27/10/2011) | Restricciones de uso en niños y adolescentes por riesgo de reacciones extrapiramidales. Contraindicado en <1 año y no recomendado entre 1-18 años. |
| Espironolactona (04/11/2011) | Riesgo de hiperpotasemia en ICC. Revisar dosis y establecer controles de función renal y potasemia. Revisar interacciones con otros principios activos hiperkalemiantes. |
| Escitalopram (02/12/2011) | Prolongación dosis dependiente del intervalo QT del ECG. La dosis máxima recomendada en >65 años es de 10 mg/día. |
| Domperidona (02/12/2011) | Riesgo de arritmias ventriculares graves o muerte súbita de origen cardíaco, sobretudo en >60 años o dosis >30 mg/día. Utilizar la menor dosis posible en adultos y niños. |
| Somatotropina (16/12/2011) | Evitar en evidencia de actividad tumoral y no exceder la dosis máxima recomendada. |
| Aliskiren (23/12/2011) | Riesgo de hipotensión, síncope, ictus, hiperpotasemia y disfunción renal en combinación con IECA y ARA II, especialmente en diabéticos y pacientes con alteración de la función renal. Evitar uso combinado. |
| Ranelato de Estroncio (16/03/2012) | Riesgo de tromboembolismo venoso y reacciones dermatológicas graves. Nuevas contraindicaciones de uso. |
| Trimetazidina (25/06/2012) | Restricción de indicaciones. |
| Calcitonina (24/07/2012) | Ligero incremento de riesgo de tumores. Uso restringido a tratamientos de corta duración. No iniciar nuevos tratamientos con calcitonina intranasal. |

Fuente: Notas de seguridad de la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios (AEMPS).

a las indicaciones de ficha técnica y valorando la adecuación de los tratamientos en función de aspectos como la duración del tratamiento, indicación en prevención primaria o secundaria, existencia de tratamiento previo con bifosfonatos, y otras características que pudieran indicar un tratamiento inadecuado a las indicaciones.

- **Instrucción de la dirección general de farmacia y productos sanitarios en relación al Programa REFAR-AR IV Gestor MI: adecuación de los tratamientos del grupo ATC C10AX (Otros agentes reductores del colesterol y los triglicéridos) y C10BA (Inhibidores de la HMG CoA reductasa en combinación con otros agentes modificadores de los lípidos: ezetimiba, omega-3-triglicéridos y asociación simvastatina/ezetimiba)⁽⁹⁾:** revisión de los tratamientos con ezetimiba, simvastatina/ezetimiba y/o ácidos grasos omega 3, ajustado a las indicaciones de ficha técnica, teniendo en cuenta la evaluación del riesgo cardiovascular mediante las tablas de riesgos existentes, el objetivo de reducción de colesterol o del tratamiento de la hipertrigliceridemia, la intolerancia a diferentes fármacos hipolipemiantes, y las contraindicaciones e interacciones.

c) Gestor de criterios STOPP/START (Gestor S/S)

Este gestor abarca la revisión de aquellos pacientes con tratamientos afectados por alguno de los Criterios STOPP (Screening Tool of Older Person's potentially inappropriate Prescriptions) /START (Screening Tool to Alert doctors to the Right appropriate indicated Treatment) ⁽¹⁰⁾.

Los criterios STOPP/START están estructurados en dos grupos: STOPP ("parar" o "detener") y START ("empezar"), que se distribuyen a su vez en los distintos sistemas fisiológicos, recogiendo los errores más comunes de tratamiento y omisión en la prescripción.

Estos criterios constituyen una herramienta para mejorar la prescripción en los pacientes mayores, permitiendo detectar tratamientos farmacológicos potencialmente inadecuados por defecto o por exceso en los pacientes mayores de 65 años, población donde se concentra la mayor parte de polimedicados, mejorando la prescripción en todos los niveles asistenciales.

Dentro del marco de actuaciones del Programa REFAR en el año 2012, se remitieron desde la DGFPS los pa-

cientes afectados por los seis primeros criterios Stopp del Sistema Cardiovascular.

Tabla 2. Criterios Stopp del Sistema Cardiovascular revisados en el año 2012.

| CRITERIO | DESCRIPCIÓN |
|----------|--|
| 1 | Digoxina a dosis superiores a 125 µg/día a largo plazo en presencia de insuficiencia renal (aumento del riesgo de intoxicación). |
| 2 | Diuréticos de asa para los edemas maleolares aislados, sin signos clínicos de insuficiencia cardíaca (no hay evidencia de su eficacia; las medias compresivas son normalmente más apropiadas). |
| 3 | Diuréticos de asa como monoterapia de primera línea en la hipertensión (existen alternativas más seguras y efectivas). |
| 4 | Diuréticos tiazídicos con antecedentes de gota (pueden exacerbar la gota). |
| 5 | Bloqueadores beta no cardioselectivos en la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (riesgo de broncoespasmo). |
| 6 | Bloqueadores beta en combinación con verapamilo (riesgo de bloqueo cardíaco sintomático). |

Fuente: Prescripción inapropiada de medicamentos en los pacientes mayores: los criterios STOPP/START⁽¹⁰⁾.

d) Gestor de problemas relacionados con los medicamentos (Gestor PRM)

Mediante el gestor PRM (problemas relacionados con los medicamentos) se identifican aquellos pacientes y sus tratamientos susceptibles de revisión en relación con las variables de seguridad en la utilización de productos farmacéuticos como son la polimedición inadecuada, interacciones medicamentosas, tratamientos asociados a códigos diagnósticos incorrectos, contraindicaciones, dosis infra o suprateapéuticas o duplicidades terapéuticas. Para ello se ha desarrollado la herramienta PRM que permite la identificación, priorización y gestión de estos pacientes basadas en el diseño y mantenimiento de bases de datos de medicamentos, diagnósticos y datos clínicos esenciales de cada paciente de la Comunitat Valenciana (CV).

La gestión y revisión de estos pacientes se realiza mediante la coordinación entre los distintos profesionales responsables de la farmacoterapia a través de la herramienta PRM. Una vez seleccionados los pacientes el circuito de revisión se realiza bien desde la revisión por parte de los servicios de farmacia y farmacéuticos REFAR, para su posterior revisión de los pacientes por parte de los facultativos médicos, o bien activamente de los facultativos médicos, quedando registradas todas las acciones para su análisis y conocimiento.

Principalmente, la revisión de los pacientes afectados por PRMs se ha realizado de dos formas, una primera basada en la localización de pacientes con un PRM específico, y una segunda priorizando por pacientes más complejos en la que se realiza una revisión sistemática de todos sus tratamientos y sus potenciales PRMs.

3.1.2. Subprograma REFAR-EA

El Subprograma de seguimiento de la eficiencia y adherencia de los tratamientos farmacoterapéuticos (REFAR-EA) tiene como finalidad la prevención, detección y resolución de los posibles resultados negativos o problemas que presenta el paciente con relación a la medicación. Así, agrupa las acciones protocolizadas con relación al seguimiento de pacientes crónicos y polimedificados en materia de captación, valoración y seguimiento:

a) Captación:

Se realiza una captación activa desde los equipos de Atención Primaria en cada Centro de Salud a partir de los listados de la población diana seleccionada. En el primer contacto con el paciente se le informa del subprograma y se le invita a formar parte del mismo. Se concierta una primera cita para la realización de una entrevista, solicitándole que traiga consigo todos los medicamentos que tenga en su domicilio (incluidos productos dermatológicos, colirios, medicamentos homeopáticos, hierbas medicinales, etc), así como los informes recientes de los especialistas, en su caso.

b) Valoración:

La primera cita se desarrolla, normalmente, por el personal de enfermería y en ella se lleva a cabo las siguientes acciones:

- Registro de las diferentes actividades realizadas en la entrevista en la Hoja de Seguimiento de REFAR de Abucasis.
- Revisión de todos los medicamentos completando los aspectos correspondientes del formulario de la Hoja de Seguimiento de REFAR:
 - Cotejo de todos los medicamentos, presentación farmacéutica y posología con el tratamiento vigente, reflejando especialmente aquellos que no figuran en la historia clínica.
 - Registro de las incidencias relacionadas con los medicamentos: si la adherencia es suficiente o no, si sabe para qué se lo toma, cómo se siente, cuánto y cómo se lo toma, si tiene algún problema al tomarlo y desde cuándo. Respecto a los medicamentos se valora: el nivel de conocimiento del paciente en relación con cada medicamento, el nivel de adherencia como suficiente, si pertenece o no al tratamiento que actualmente tiene prescrito el paciente, si se

propone retirar algún medicamento (caducado, antibióticos sin terminar...).

- Información al paciente en el caso que no conozca el correcto uso de los medicamentos.
- Valoración cognitiva y social del paciente y su entorno con el fin de detectar si el paciente requiere instrumentos que le ayuden a mejorar el cumplimiento terapéutico: etiquetas identificativas en las cajas, sistemas personalizados de dispensación. Para la valoración se utilizan diferentes tests, la realización de los cuales, sirve de guía para poder seleccionar el tipo de ayuda más adecuada para cada paciente:
 - Cuestionario de Barber: evalúa el grado de dependencia del paciente.
 - Test de Pfeiffer: determina el grado de deterioro cognitivo.
 - Test de Morisky-Green-Levine: valora el grado de adherencia al tratamiento.
- Derivación al médico para la revisión de tratamientos por el mismo. El médico revisa la documentación cumplimentada por enfermería y tras la revisión de la historia farmacoterapéutica decide si se han de modificar o no los tratamientos. Finalmente, entrega al paciente el informe de tratamientos, que le sirve de guía para el seguimiento de la medicación en el periodo establecido.

c) Seguimiento:

Se lleva a cabo principalmente por el personal de enfermería, derivando el paciente al médico y/o al servicio de farmacia en los casos en los que se detecte algún problema con la medicación del paciente. Según las características o tipo de paciente, las actividades de seguimiento consisten en:

- Paciente que presenta buena adherencia al tratamiento y que no necesita ayuda en la preparación de la medicación: se le cita al año.
- Paciente que presenta baja adherencia al tratamiento y que no necesita ayuda en la preparación de la medicación. Se realiza educación sanitaria: se le cita al mes, a los 6 meses y al año.

3.2. HERRAMIENTAS DISPONIBLES

Entre las herramientas disponibles para llevar a cabo el Programa REFAR se encuentran:

3.2.1 Herramienta PRM:

La Herramienta PRM es una aplicación informática que agrega los distintos PRM de cada paciente permitiendo la detección, priorización y gestión de los mismos, basada en el diseño y mantenimiento de bases de datos de medicamentos, diagnósticos y datos clínicos

esenciales de cada paciente de la Comunitat Valenciana (CV), integrado como parte del programa de prescripción (GAIA) y la historia clínica ambulatoria (SIA).

Estas bases de datos proporcionan información sobre interacciones, contraindicaciones, dosis recomendadas, acontecimientos adversos, duplicidades terapéuticas y coste de los tratamientos, actuando como una biblioteca virtual, siendo también responsables de que se generen algunas de las alertas en el momento de la prescripción a través del módulo de prescripción (MPRE). Cada facultativo puede revisar los pacientes de su cupo e identificar los tratamientos susceptibles de revisión en relación a variables de seguridad como son:

- Alergias medicamentosas: pacientes en tratamiento con un fármaco para el que tienen registrada una alergia en la historia clínica electrónica.
- Interacciones: pacientes con interacciones farmacológicas en función de la frecuencia y gravedad de las mismas, así como las sugerencias oportunas para el facultativo.
- Contraindicaciones: pacientes que presentan una contraindicación absoluta o relativa a un determinado principio activo según ficha técnica.
- Dosis infraterapéutica, límite o tóxica: pacientes que llevan pauta una dosis infraterapéutica, límite o tóxica.
- Coste tratamiento día habitual (CTDH): alerta de seguridad y coste de los tratamientos que superan una dosis habitual por encima del 200%.
- Correlaciones diagnóstico-tratamiento incorrectas: pacientes que llevan un fármaco asociado a un diagnóstico que no se corresponde a la indicación en la ficha técnica.
- Acontecimientos adversos: pacientes que presentan una utilización inadecuada, un incumplimiento o un efecto adverso a un determinado principio activo.
- Duplicidades terapéuticas: pacientes que presentan una duplicidad terapéutica ya sea a nivel de subgrupo terapéutico o de principio activo.

La herramienta PRM permite obtener información poblacional y detallada de los problemas relacionados con los medicamentos de los pacientes de toda la Comunitat Valenciana. Por ejemplo permite obtener a nivel detallado, cuales son los pacientes en tratamiento con determinados fármacos, para una determinada edad, o incluso con un número de tratamientos específico, y todos sus PRMs. Además, permite el acceso directo a la historia clínica electrónica de cada paciente, para poder realizar las modificaciones de la farmacoterapia que considere oportunas.

Por otro lado, incluye el acceso directo a las fuentes de información de la Agencia Española del Medica-

mento y Productos Sanitarios (AEMPS) e iMedicinas, permitiendo esta última acceder a información relativa todos los fármacos, sustancias tóxicas, excipientes, interacciones y monografías, disponiendo de una gran cantidad de información.

El acceso a esta herramienta se habilita tanto a los distintos gestores clínicos como a aquellos facultativos especialistas en medicina de familia y comunitaria para la propia gestión de sus pacientes en el marco del gestor PRM.

3.2.2. Sistema de clasificación de pacientes de la Comunitat Valenciana (SCP-cv)

Conocer la carga de morbilidad de la población resulta fundamental en la gestión de pacientes crónicos. En este sentido, la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios ha puesto a disposición tanto de los gestores sanitarios como de los propios facultativos, un sistema de estratificación poblacional basado en el agrupador Clinical Risk Groups® (CRG), que se presenta a través de la herramienta informática Sistema de Clasificación de Pacientes de la Comunitat Valenciana (SCP-cv).

En ella quedan clasificados todos los habitantes de la Comunitat Valenciana empadronados y dados de alta en el Sistema de Información Poblacional (SIP) hasta en 1.071 grupos distintos. En el nivel más agregado, estos 1.071 grupos quedan resumidos en nueve estados de salud: sano (50,53%), con enfermedad aguda significativa (4,80%), con una enfermedad crónica menor (11,03%), con enfermedad crónica menor en múltiples sistemas orgánicos (5,04%), con una enfermedad dominante o una enfermedad crónica moderada (16,32%), con enfermedad crónica significativa en múltiples sistemas orgánicos (10,76%), con enfermedad dominante crónica en tres o más sistemas orgánicos (0,85%), con neoplasias dominantes, metastásicas y complicadas (0,38%) y con necesidades sanitarias elevadas (0,29%).

Para ello, ha sido necesaria la integración de los distintos sistemas de información sanitaria: Sistema de Información Poblacional (SIP), Sistema de Información Ambulatoria (SIA), Gestor de la Prestación farmacéutica (GAIA) y el Conjunto Mínimo Básico de Datos Hospitalario (CMBD).

Con esta herramienta los facultativos clínicos pueden hacer una gestión farmacéutica más eficiente y conectada con programas específicos de pacientes crónicos, ya que les permite identificar sobre cuáles se debe priorizar la acción.

3.2.3. Hoja de seguimiento REFAR

Se trata de una hoja de seguimiento electrónica disponible en la historia clínica electrónica y que facilita

la valoración y seguimiento de los pacientes incluidos en el programa REFAR. La activación de esta hoja puede realizarla cualquier profesional sanitario que interviene en la revisión del paciente (farmacéutico, médico o enfermero).

La hoja de seguimiento REFAR tiene como fin valorar el grado de dependencia y de adherencia que presenta el paciente y realizar una evaluación cognitiva del mismo mediante la inclusión en esta Hoja del cuestionario de Barber, el test de Morisky-Green-Levine y el test de Pfeiffer. De este modo se permite que la información introducida por los profesionales sanitarios en la hoja quede accesible al resto de profesionales sanitarios mencionados.

4. Resultados

A continuación se exponen los resultados obtenidos de las revisiones realizadas en toda la Comunitat Valenciana durante el año 2012 en el marco del Programa REFAR.

Durante el año 2012, mediante el Programa REFAR se han revisado 64.235 pacientes mediante el subprograma REFAR-AR en la Comunitat Valenciana, revisados por los servicios de farmacia, farmacéuticos REFAR y facultativos médicos, con una revisión de 167.050 tratamientos, con la adecuación de 39.294 tratamientos (23,52 %) entre sustituciones de fármaco, modificaciones de posología y/o pauta, e interrupciones de tratamiento.

Por otro lado mediante el Subprograma REFAR-EA se han incluido para su seguimiento y mejora de la adherencia terapéutica a un total de 15.220 pacientes.

A continuación se detallan los resultados de las revisiones REFAR desglosados para cada subprograma y gestor.

4.1. RESULTADO DEL SUBPROGRAMA REFAR-AR.

a) Gestor de alertas de seguridad (Gestor A/S)

Dentro del Gestor de Alertas de Seguridad se revisaron un total de 27.763 pacientes y sus tratamientos afectados por alertas de seguridad, de los que se obtuvo una adecuación de 15.968 tratamientos (57,51%). (Ver Tabla 4)

b) Gestor de medicamentos inapropiados (Gestor MI)

Instrucción de la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios con relación al Programa REFAR-AR IV Gestor MI: adecuación de los tratamientos de teriparatida y hormona paratiroidea (PTH) ⁽⁶⁾:

Tabla 4. Alertas revisadas durante el año 2012 e intervenciones realizadas.

| CRITERIO | Pacientes Revisados | Trat. revisados | Trat. modificados | Trat. interrumpidos | Trat. Sustituídos | Grado adecuación |
|-----------------------|---------------------|-----------------|-------------------|---------------------|-------------------|------------------|
| Aliskiren | 3.151 | 3.151 | 130 | 2.550 | 9 | 85,34% |
| Bifosfonatos | 1.707 | 1.707 | 377 | 800 | 3 | 69,13% |
| Calcitonina | 517 | 517 | 20 | 361 | 19 | 77,37% |
| Cilostazol | 3.083 | 3.083 | 128 | 1.340 | 38 | 48,85% |
| Citalopram | 2.897 | 2.897 | 546 | 620 | 17 | 40,84% |
| Domperidona | 2.863 | 2.863 | 67 | 1.442 | 0 | 52,71% |
| Dronedarona | 789 | 789 | 23 | 288 | 22 | 42,21% |
| Escitalopram | 5.034 | 5.034 | 1.964 | 1.415 | 149 | 70,08% |
| Espironolactona | 2.586 | 2.586 | 90 | 353 | 10 | 17,52% |
| Metoclopramida | 47 | 47 | 0 | 28 | 0 | 59,57% |
| Metotrexato | 1.088 | 1.088 | 178 | 55 | 1 | 21,51% |
| Ranelato de Estroncio | 325 | 325 | 12 | 108 | 0 | 36,92% |
| Somatropina | 13 | 13 | 0 | 0 | 0 | 0,00% |
| Trimetazidina | 3.580 | 3.580 | 30 | 2.721 | 0 | 76,84% |
| Vareniclina | 83 | 83 | 10 | 42 | 0 | 62,65% |
| TOTAL | 27.763 | 27.763 | 3.575 | 12.125 | 268 | 57,51% |

Fuente: Registros de actividad departamentales del Programa REFAR. Comunitat Valenciana

Las revisiones con mayor grado de intervención han sido las relativas a las alertas de seguridad de aliskiren, escitalopram y trimetazidina, las cuales tenían un mayor número de pacientes afectados.

La revisión realizada durante los meses de Enero a Marzo de 2012, conllevó la revisión de 2.544 pacientes (1.441 Teriparatida; 1103 PTH) en todos los Departamentos de Salud de la Consellería Sanitat, detectando una medicación inadecuada en 961 (37.78%) tratamientos (460 de teriparatida (31.92 %); 501 de PTH (45.42%)), procediéndose a la interrupción de los mismos.

Los motivos de dichas interrupciones fueron debidos a que estos pacientes superaban el tiempo de tratamiento establecido, no se adecuaban a las indicaciones establecidas en ficha técnica o no presentaban los controles de seguimiento necesarios, detectán-

dose una medicación inadecuada. En el caso de la hormona paratiroidea se detectaron tratamientos en hombres, no teniendo indicación. (Ver figura 1 y 2)

Por otro lado, se observó que del total de pacientes revisados en tratamiento con teriparatida en 165 casos no se obtuvieron datos de controles de seguimiento de calcemia y calciuria en la HCE-ABUCASIS, y para hormona paratiroidea en 228 casos.

Instrucción de la dirección general de farmacia y productos sanitarios con relación al Programa REFAR-AR IV Gestor MI: adecuación de los

Figura 1. Motivos de interrupción de tratamientos de Teriparatida.

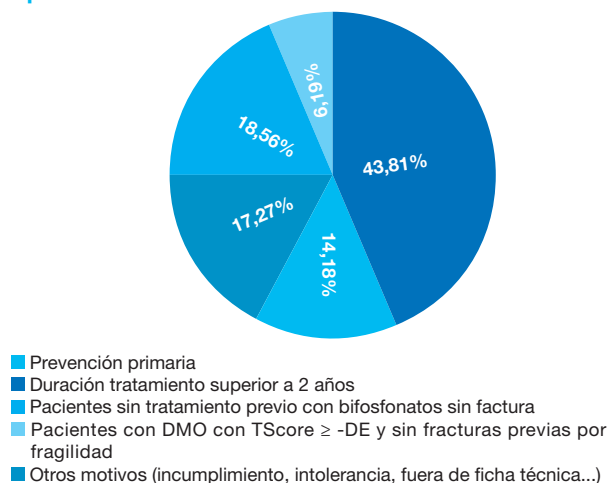
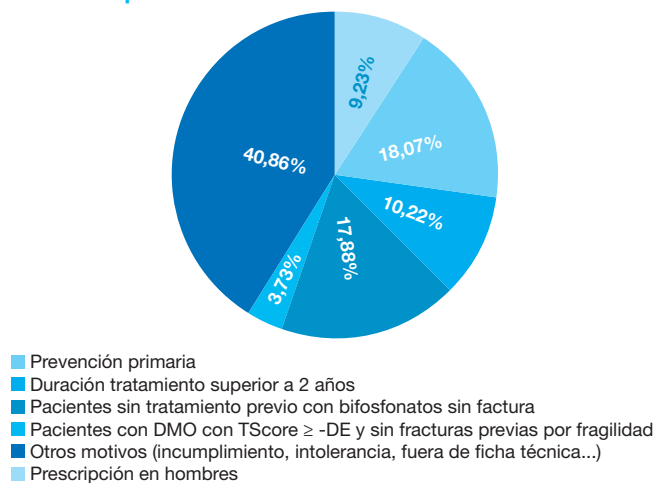


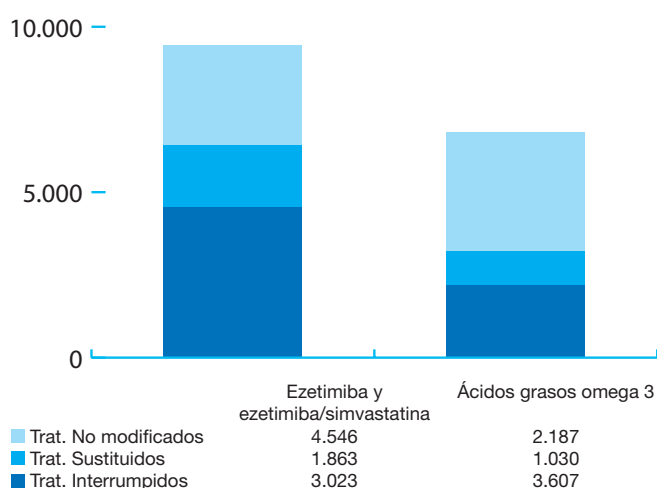
Figura 2. Motivos de interrupción de tratamientos de Hormona paratiroidea.



tratamientos del grupo ATC C10AX (Otros agentes reductores del colesterol y los triglicéridos) y C10BA (Inhibidores de la HMG CoA reductasa en combinación con otros agentes modificadores de los lípidos: ezetimiba, omega-3-triglicéridos y asociación simvastatina/ezetimiba)⁽⁹⁾:

La revisión durante los meses de Julio a Noviembre de 2012, conllevó la revisión de 16.060 pacientes y la revisión de 16.256 tratamientos dado que había pacientes con varios tratamientos, de los cuales se produjo una adecuación de 9.523 tratamientos (58.60%), procediéndose a la interrupción o sustitución por otra alternativa terapéutica más indicada. (Ver figura 3).

Figura 3. Resultado de la intervención de adecuación de tratamientos de ezetimiba, ezetimiba/simvastatina y ácidos grasos omega 3.



Los motivos de dichas interrupciones/sustituciones fueron debidos a que estos tratamientos no estaban indicados adecuadamente a las condiciones establecidas en ficha técnica ya que:

1. No se trataba de un fracaso terapéutico, ni de no alcance del objetivo terapéutico.

2. No existía contraindicación al tratamiento de elección con estatinas para el caso de ezetimiba o a fibratos para el caso de ácidos omega 3.
3. No existían interacciones al tratamiento de elección.
4. No cumplían criterios de prevención primaria.
5. No se había pautado una alternativa terapéutica de primera elección.
6. Además, se detectó que de todos los pacientes revisados el 80% no tenían un registro del riesgo cardiovascular (RCV) en la historia clínica electrónica.

c) Gestor de criterios STOPP/START (Gestor S/S)

Mediante el gestor S/S, se revisaron durante el periodo de enero a diciembre de 2012, un total de 3.284 pacientes afectados por los criterios STOPP del 1 a 6 correspondientes al Sistema Cardiovascular, con una revisión de 3.298 tratamientos y la adecuación de 1.103 (34%) tratamientos (Ver tabla 5).

d) Gestor de problemas relacionados con los medicamentos (Gestor PRM)

1) Revisión sistemática de PRMs concretos:

La revisión de pacientes con PRMs concretos ha dado lugar a la revisión de 22.823 tratamientos, correspondientes a 4.621 pacientes, afectados por los siguientes PRM, principalmente duplicidades terapéuticas. (Ver tabla 6).

2) Revisión sistemática de pacientes afectados por PRMs:

La revisión de pacientes más complejos afectados por PRMs potenciales de producir un resultado negativo de la medicación, ha conllevado la revisión de 9.963 pacientes y un total de 94.366 tratamientos.

De forma global, dentro del gestor PRM, los facultativos de la Comunitat Valenciana revisaron un total de

Tabla 5. Resultados de las revisiones del Gestor S/S.

| CRITERIO | Pacientes Revisados | Trat. revisados | Trat. modificados | Trat. interrumpidos | Trat. Sustituídos | Grado adecuación |
|---------------|---------------------|-----------------|-------------------|---------------------|-------------------|------------------|
| Stop cardio 1 | 556 | 556 | 153 | 67 | 0 | 39,57% |
| Stop cardio 2 | 1.073 | 1.073 | 61 | 260 | 32 | 32,90% |
| Stop cardio 3 | 1.145 | 1.145 | 87 | 272 | 18 | 32,93% |
| Stop cardio 4 | 82 | 82 | 3 | 36 | 5 | 53,66% |
| Stop cardio 5 | 385 | 385 | 16 | 68 | 5 | 23,12% |
| Stop cardio 6 | 43 | 57 | 1 | 17 | 2 | 35,09% |
| TOTAL | 3.284 | 3.298 | 321 | 720 | 62 | 33,44% |

Fuente: Registros de actividad departamentales del Programa REFAR de la Comunitat Valenciana

Tabla 6. Revisión de los diferentes PRM.

| PRM | Trat. revisados | Trat. Modificados | Trat. Interrump. | Trat. Sustituídos | Grado de adecuación (%) |
|--------------------------|-----------------|-------------------|------------------|-------------------|-------------------------|
| Duplicidades | 22.148 | 135 | 3.155 | 302 | 16,22% |
| Contraindicaciones | 22 | 10 | 2 | 0 | 54,55% |
| Interacciones | 338 | 3 | 106 | 65 | 51,48% |
| Alergias | 102 | 24 | 11 | 0 | 34,31% |
| Acontecimientos adversos | 182 | 0 | 0 | 0 | 0,00% |
| Posologías | 12 | 4 | 2 | 0 | 50,00% |
| CTDH | 19 | 14 | 0 | 0 | 73,68% |
| TOTAL | 22.823 | 190 | 3.276 | 367 | 16,79% |

Fuente: Registros de actividad departamentales del Programa REFAR de la Comunitat Valenciana.

Tabla 7. Revisión de todos los PRM por paciente.

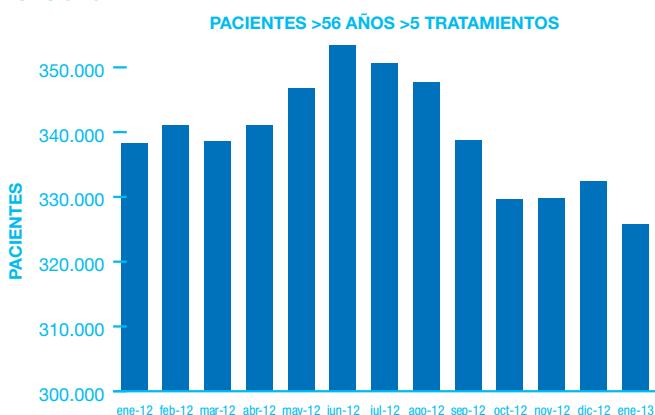
| PRM | Pacientes revisados | Trat. revisados | Trat. Modificados | Trat. Interrump. | Trat. Sustituídos | Grado de adecuación (%) |
|---------------------------|---------------------|-----------------|-------------------|------------------|-------------------|-------------------------|
| Revisión PRM por paciente | 9.963 | 94.366 | 1.209 | 5.099 | 15 | 6.70 % |

Fuente: Registros de actividad departamentales del Programa REFAR de la Comunitat Valenciana.

117.189 pacientes, que dieron lugar a la modificación de pautas posológicas y cambios de indicación incorrectos de 1.399 tratamientos, la interrupción de 8.375 tratamientos y la sustitución de 382 tratamientos.

Dentro del programa de revisión y adecuación de pacientes con PRM, específicamente en población mayor polimedicada (más 5 tratamientos y mayores de 65 años) en 2012 se produjo un descenso de 12.422 pacientes (ver figura 4), y una reducción de los PRMs en los pacientes de la Comunitat Valenciana del 21,36%, principalmente debido a la reducción en el número de duplicidades terapéuticas, pasando de un total de 12.136 duplicidades a 5.681 (reducción del 53%), y la adecuación de las correlaciones diagnóstico tratamiento inadecuadas pasando de 1.027.740 a 359.102 (reducción del 65%).

Figura 4: Evolución de los pacientes polimedicados (>5 tratamientos) mayores de 65 años en la Comunitat Valenciana.



4.2. Resultados del Subprograma REFAR-EA

En el subprograma REFAR-EA se incluyen aquellos pacientes crónicos polimedicados susceptibles de mejorar su adherencia al tratamiento. Durante el año 2012, un total de 15.220 pacientes fueron entrevistados por los Equipos de Atención Primaria de los diferentes Departamentos de Salud, beneficiándose de la revisión de la eficiencia terapéutica y la valoración de la adherencia a sus tratamientos. Se observó que el 54,9 % de los pacientes incluidos en el subprograma REFAR-EA fueron derivados de los pacientes revisados en alguno de los gestores que constituyen el Subprograma REFAR-AR.

La adherencia ha sido reevaluada periódicamente ya que a lo largo del tiempo puede variar tanto la decisión de prescribir inicialmente un fármaco como las experiencias del paciente o necesidad de ayudas en relación con la medicación para aumentar la adherencia. De este modo, el subprograma REFAR-EA no termina con la inclusión del paciente en el circuito sino que implica un seguimiento por parte de enfermería.

5. Discusión

La implantación del Programa REFAR durante el año 2012, conllevó la revisión de más de 60.000 pacientes, con la adecuación de más de 35.000 tratamientos (sustituciones, interrupciones o modificaciones de tratamientos), contribuyendo a una mejora en la calidad de la prescripción y en la adherencia a los tratamientos, promocionando el uso racional del medicamento

y favoreciendo la contención del gasto farmacéutico mediante una reducción en la prescripción de medicación inadecuada.

Estos resultados son consecuencia de la aplicación de todas las líneas de intervención del Programa REFAR, las cuales han tenido diferentes grados de aplicación y de adecuación de los tratamientos.

Así, se observa que los resultados obtenidos a través del Gestor de alertas de seguridad varían en función del tipo de alerta:

- Alertas que contemplan la restricción de las indicaciones, o bien modificaciones de dosis o pauta, así como aquellas relativas a la frecuencia o gravedad de sus efectos adversos, obtuvieron un grado de intervención y adecuación de los tratamientos mayor. En concreto revisiones como las alertas de seguridad de los fármacos aliskiren o calcitonina.
- Alertas que recuerdan las indicaciones, dosis, pauta o controles periódicos a seguir, que generalmente resultaron en un menor número de intervenciones por parte de los facultativos médicos como es el caso del metotrexato o la espironolactona.

En relación con las revisiones de fármacos afectados por el Gesto M/I, han sido aquellas con un mayor grado de intervención por parte de los facultativos, con la adecuación de aproximadamente el 48% de los tratamientos revisados. Este resultado probablemente sea consecuencia de que se establecen directrices y recomendaciones, establecidas por los propios facultativos expertos clínicos en cada materia.

En este sentido cabe destacar que para ambas actuaciones, tanto los criterios de prescripción de teriparatida y PTH, como de los fármacos ezetimiba, ezetimiba/simvastatina y ácidos grasos omega 3 no parecían estar consensuados, además de observar un alto porcentaje de prescripciones no adecuadas a ficha técnica.

En el caso de teriparatida y PTH gran parte de los tratamientos interrumpidos no se prescribían en base a los criterios clínicos e indicaciones de estos fármacos, con una utilización elevada para la prevención primaria de fracturas vertebrales y no vertebrales, así como durante periodos de tratamiento superiores a 2 años, tratamiento de PTH en hombres no estando indicado, o en tratamiento concomitante con bifosfonatos, a pesar de que los ensayos clínicos efectuados no parecen indicar que la asociación mejore la respuesta a su uso por separado.

Por otro lado, la adecuación de los tratamientos de ezetimiba, ezetimiba/simvastatina y ácidos grasos

omega 3, con un porcentaje de adecuación de los tratamientos del 58%, mostraba como un alto porcentaje de los pacientes estaban siendo tratados sin haber probado alternativas de primera elección, ni atendían a las indicaciones de ficha técnica, ni a las guías de práctica clínica.

Es por ello, que al establecer directrices y recomendaciones, derivadas de las indicaciones de ficha técnica y de las guías de práctica clínica, mediante consenso por un grupo multidisciplinar, han logrado un alto porcentaje de adecuación de los tratamientos, que debe continuarse en el tiempo, no sólo para los tratamientos ya prescritos, sino también para las nuevas prescripciones.

En cuanto a los resultados del Gestor S/S, la revisión de los criterios STOPP del Sistema Cardiovascular ha permitido a los facultativos conocer la utilidad de estos criterios y su aplicación en la práctica clínica diaria para detectar de una manera sencilla aquellas prescripciones potencialmente inapropiadas en pacientes mayores.

Por otro lado, la revisión de los PRM mediante la "Herramienta PRM", ha permitido conocer la situación de la población y poder priorizar las actuaciones sobre aquellos pacientes en una situación más vulnerable, lo que ha conllevado la adecuación del 8,7% de los tratamientos revisados de más de 14.000 pacientes, principalmente los pacientes más polimedcados.

En este sentido, encontramos una actuación mayoritaria de revisión por paciente individualizado de todos su PRM, frente a la revisión de población con un PRM determinado. Este hecho hace que el porcentaje de adecuación de tratamientos en comparación con el resto de intervenciones sea menor, dado que se trata de revisiones de todos los fármacos de cada paciente y sus PRM.

Paralelamente, más de 15.000 pacientes principalmente crónicos polimedcados han sido incluidos dentro del Subprograma REFAR-EA, mejorando la eficiencia de su farmacoterapia y la adherencia a sus tratamientos. Estos pacientes mayoritariamente vienen derivados de otras líneas de actuación, principalmente de las revisiones mediante el gestor PRM por ser pacientes muy polimedcados donde el grado de adherencia disminuye en función del número de tratamientos.

Estos resultados muestran un alto grado de inadecuación, que parecen confirmar los estudios que indican que una de cada cinco prescripciones son inapropiadas ⁽¹⁾. Por tanto, no sólo se trata de un problema de cantidad de tratamientos con más de 300.000 pacientes en tratamiento con 5 o más fárma-

cos, y una media de tratamientos en pacientes mayores de 65 años de 5,58 tratamientos, ante la realidad de una sociedad polimedicada que afecta al 70% de los ancianos frágiles ⁽¹²⁾, sino también de un problema de calidad.

En 2012 el grupo de colaboración de la Cochrane EPOC (Effective Practice and Organization of Care Group, práctica efectiva y la organización asistencial) publicó en 2012 una revisión sistemática sobre las intervenciones para mejorar la adecuación de la polifarmacia en pacientes ancianos (mayores de 65 años) ⁽¹³⁾. Los autores encontraron 10 estudios que satisfacían los criterios de inclusión, en el que los autores ⁽¹⁴⁾ concluían que las intervenciones para mejorar la adecuación de la prescripción, tales como la atención farmacéutica, pueden reducir la prescripción inadecuada y los problemas relacionados con la medicación, pero no está claro si ello redundaría en mejores resultados clínicamente relevantes para los pacientes (como los ingresos hospitalarios). Matizando que la atención farmacéutica se recomienda como un elemento de mejora de la adecuación en polifarmacia dentro del contexto de una atención multidisciplinar.

6. Conclusiones

El Programa de revisión y seguimiento de la Farmacoterapia (REFAR) tiene como finalidad realizar las intervenciones necesarias que den lugar a una mejora en la efectividad y seguridad de los tratamientos, mediante la revisión de medicación, detección de PRM, la mejora en el cumplimiento terapéutico y de los conocimientos de los pacientes respecto a su utilización e indicaciones.

Para un correcto funcionamiento del programa es requisito indispensable el enfoque multidisciplinar, donde las revisiones deberán estar integradas como una tarea diaria dentro de los procesos sanitarios usuales desarrollados por los facultativos revisores, farmacéuticos, personal de enfermería y el resto de personal sanitario involucrado, y la coordinación entre todos ellos, en este caso liderada por la figura del farmacéutico.

Una de las piezas claves en la implementación del programa ha sido la disponibilidad de un sistema de información sanitario electrónico, que ha facilitado la identificación de tratamientos susceptibles de revisión.

Finalmente, los resultados obtenidos a nivel de intervenciones realizadas, evidencian la relevancia de las revisiones farmacoterapéuticas del programa REFAR y plantean la necesidad de que éstas se conviertan en un proceso continuo y permanente, donde la seguridad,

efectividad y eficiencia juegan un papel fundamental, contribuyendo de este modo a una mejora continua de la calidad asistencial al paciente y optimización de los recursos sanitarios.

7. Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud (OMS) [Internet]. Disponible en: <http://www.who.int/features/factfiles/ageing/es/>.
2. Jiménez Guillén C., Lorente Salinas I., Martínez Cánovas FJ., Navarro Pino E., Carlos Chillerón MA., Peñalver Jara MJ., Sánchez Torrecillas MB. Atención a pacientes polimedicados y uso seguro de los medicamentos. Servicio de Ordenación y Atención Farmacéutica. Centro de Información y Evaluación de Medicamentos y Productos Sanitarios. Consejería de Sanidad y Política Social. Comunitat Autònoma de la Regi3n de Murcia; 2013.
3. Bueno Dorado T., Carazo García MM., Cruz Martos A., Cruz Martos E., Larrubia Muñoz O., López Almorox A., Medina Bustillo B., Mombiela Muruzabal T., Montilla Canis JC., Ortiz González T., Redín Flamarique A. Programa de Atención al Mayor Polimedicado. Para la mejora en la utilización de los medicamentos [Internet]. Disponible en: www.madrid.org/cs/Satellite?c=PTSA_Multimedia_FA&cid. Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios. Consejería de Sanidad y Consumo de Madrid; 2006.
4. Villafaina Barroso A, Gavilán Moral E. Programa de apoyo al paciente polimedicado. Polimedicación y Salud: Estrategias para la adecuación terapéutica [Internet]. Disponible en: www.areasaludbadajoz.com/At_Pri_info-profesional_guias.asp. Barcelona: Fundesalud; 2011.
5. Jara Zozaya A., Miralles Ximena J., Carandell Jäger E. Guía de recomendaciones para la atención de pacientes polimedicados (GRAPP) [Internet]. Disponible en: <http://www.caib.es/sacmicrofront/archivopub.do?ctrl=MCRST353ZI100898&id=100898>
6. Resolución de la Secretaria Auton3mica de la Agencia Valenciana de Salud sobre el programa de revisión y seguimiento de la farmacoterapia (REFAR); 2011.
7. Notas de seguridad de la Agencia Española del Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS).
8. Instrucción de la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios en relación al Programa REFAR-AR IV Gestor MI: Adecuación de los tratamientos de teriparatida y hormona paratiroidea (PTH); 2012.
9. Instrucción de la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios en relación al Programa REFAR-AR IV Gestor MI: Adecuación de tratamientos del grupo ATC C10AX (Otros agentes reductores del Colesterol y triglicéridos) y C10BA: Ezetimiba, Omega 3- triglicéridos y Asociación simvastatina/ezetimiba; 2012.
10. Delgado Silveira E. et al. Prescripción inapropiada de medicamentos en los pacientes mayores: los criterios STOPP/START. Revista Española de Geriatría y Gerontología; 2009; 44(5):273-279.
11. Opondol D, Eslami S, Visscher S, de Rooij SE, Verherij R, Korevaar JC et al. Inappropriateness of medication prescriptions to elderly patients in the Primary Care Setting: A systematic review. PLoS ONE. 2012; 7(8): e43617. doi:10.1371/journal.pone.0043617.
12. Gavilán-Moral E, Villafaina-Barroso A, Jiménez-de-Gracia L. Ancianos frágiles polimedicados: ¿es la desprescripción de medicamentos la salida?. Rev Esp Geriatr Gerontol: 2012;47:162-7.
13. Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Review Group (EPOC). Disponible en : <http://www.epoc.cochrane.org>. [Acceso Octubre 2012]
14. Patterson SM, Hughes C, Kerse N, Cardwell CR, Bradley MC. Interventions to improve the appropriate use of polypharmacy for older people. Cochrane Database Syst Rev. 2012;5:CD008165.

Tratamiento del síndrome de secreción inadecuada de hormona antidiurética (SIADH) con urea oral

Poquet Jornet JE ¹, Llerena García G ², Pintos Martínez S ³, Pedro Font MT ⁴, Martín Rico P ³

1. Área Clínica de Farmacia. Hospital de Denia. Denia.

2. Servicio de Medicina Interna. Hospital General. Valencia.

3. Área Clínica de Medicina Interna. Hospital de Denia. Denia.

4. Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital de Denia. Denia.

Los autores declaran no incurrir en conflictos de intereses

1. Introducción

La determinación rutinaria de las concentraciones de sodio plasmático ha estado disponible desde el principio de la década de 1950. Desde entonces, más de 5000 artículos han analizado las hiponatremias desde diferentes aspectos. La hiponatremia se presenta entre un 4-15 % (alteración electrolítica más frecuente) en pacientes hospitalizados ⁽¹⁾. La hiponatremia (sodio sérico inferior a 135 meq/L) es la alteración iónica más frecuente en el medio hospitalario y su patogenia más frecuente es la secreción inadecuada de hormona antidiurética (SIADH) (desde la glándula pituitaria o por una secreción ectópica) ⁽²⁾, por una mayor actividad sobre su receptor ⁽³⁾ o por la liberación de sustancias similares al ADH que pueden causar retención de agua ⁽⁴⁾. Estas situaciones clínicas definen la aparición de un Síndrome de Secreción Inadecuada de Hormona Antidiurética (SIADH) ⁽⁵⁾, que ya fue descrito en 1957 ⁽¹⁾.

La presencia de hiponatremia se ha asociado con un incremento de la morbilidad, de la mortalidad y de la estancia hospitalaria (1,5,6). El diagnóstico del SIADH suele realizarse por exclusión, ya que la determinación de vasopresina, unido a su escaso valor predictivo positivo ⁽⁷⁾, no se encuentra disponible en la mayoría de los centros hospitalarios. Los casos secundarios lo son por neoplasias, enfermedades pulmonares, enfermedades del sistema nervioso central y fármacos (3,7). Entre los fármacos que causan SIADH destacan: antidepresivos (inhibidores de la recaptación de serotonina, antidepresivos tricíclicos), carbamazepina, oxcarbamazepina, ciclosporina, ifosfamida, tiazidas, AINE, vincristina, agentes neurolépticos, desmopresina, vasopresina, oxitocina, clorpromazina y clofibrato ⁽¹⁾.

La hiponatremia es una alteración analítica frecuente en pacientes con cáncer. Entre sus posibles causas

destacan: pacientes con carcinoma microcítico de pulmón que desarrollan el síndrome paraneoplásico de secreción inadecuada de la hormona antidiurética (SIADH). El SIADH se observa, en el momento del diagnóstico, en un 10-45 % de los pacientes con carcinoma microcítico de pulmón ⁽³⁾, en un 3 % de los pacientes con cáncer de cabeza y cuello y en el 0,7 % de aquellos con cáncer de pulmón no microcítico ⁽⁸⁾. Habitualmente, cuando se diagnostica dicho síndrome, el tumor ya es evidente desde el punto de vista clínico o por los estudios de imagen (Fernández 2002). El cáncer microcítico de pulmón supone aproximadamente del 20 al 25 % del número total de casos de cáncer de pulmón, con alrededor de 42.000 diagnósticos al año en EEUU. El cáncer microcítico de pulmón es uno de los tumores sólidos de crecimiento más rápido y con mayor tendencia a provocar metástasis ⁽⁹⁾.

Parece existir acuerdo en lo referente al mal pronóstico de los pacientes con este síndrome. Se ha descubierto que la célula tumoral además de producir ADH es también capaz de sintetizar los receptores para la misma, lo que de forma autocrina favorecería la supervivencia y crecimiento de las células tumorales ⁽⁸⁾.

En contraste con el amplio consenso para tratar las hiponatremias graves, las hiponatremias leves que suelen cursar asintomáticas no reciben un tratamiento específico. Los pacientes en los que no se trataba específicamente su hiponatremia durante su proceso de hospitalización presentan una mortalidad superior a los pacientes que si recibían un tratamiento específico ⁽⁶⁾.

Describimos el caso clínico de un paciente que desarrollo un SIADH secundario a un cáncer de pulmón microcítico y en el que su hiponatremia sérica fue eficazmente controlado con la administración de urea oral.

2. Caso Clínico

Paciente varón de 68 años que acude a urgencias del Departamento de Salud de Denia en febrero del 2013 por un síndrome constitucional. Entre sus antecedentes destacan: diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial, obesidad, síndrome de Sjögren (ANA, DNA, Ro positivos), úlceras corneales, enfermedad por reflujo gastroesofágico, esófago de Barret, hernia hiatal, artrosis lumbar, divertículos y pólipos en colon. Entre sus antecedentes quirúrgicos destaca una colescistectomía laparoscopia en octubre del 2012 y entre sus hábitos tóxicos destaca que es ex fumador desde los 20 años. Entre sus antecedentes profesionales destaca que trabajó en la industria del asbesto entre 1961 y 1969. Entre la medicación que está recibiendo destacan: glimepirida, tramadol/paracetamol, omeprazol, hidroxiclороquina sulfato, metotrexato oral, ácido fólico, metoclopramida, morfina transdérmica, ibersartan/

hidroclorotiazida, nifedipino, metformina, otilonio bromuro y como medicación tópica ocular: un lubricante ocular, tobramicia y dexametasona colirio.

Entre los síntomas que el paciente refiere destaca la pérdida de 19 kilogramos de su peso habitual desde noviembre del 2012 y dolores en base posterior del hemitórax izquierdo que se intensifica en decúbito y que le impiden descansar por las noches. También refiere haber presentado tos con expectoración de sangre. Tras realización de TAC se observan múltiples adenopatías supraclaviculares derechas, paratraqueales, mediastínicas e hiliares izquierdas. Se observa masa subcarínica de unos 100 mm de diámetro mayor polilobulada. Dichas masa se extiende hasta el hilio derecho atrapando al bronquio principal de LII y produciendo atelectasia del mismo, protruye sobre venas pulmonares izquierdas colapsando totalmente a la rama inferior y de forma parcial a la superior y rodea en más de un 50 % a la aorta descendente torácica. A nivel de pelvis se aprecian numerosas LOEs hipoatenuadas compatibles con enfermedad metastásica y lesión en cola de páncreas con posible metástasis con centro necrosado. Se concluye que los hallazgos son compatibles con neoplasia pulmonar y enfermedad metastásica hepática y pancreática. El 22 de febrero del 2013 se le realiza toracocentesis evacuadora de 400 ml de líquido amarillo oscuro que se remite para su estudio. El 26 de febrero se tiene que interrumpir la realización de fibrobroncoscopia por sangrado espontáneo con el broncoaspirado. El 4 de marzo es valorado por oncología diagnosticándose carcinoma de pulmón IV (T4N3M1B) con metástasis hepáticas y pancreáticas. El 5 de marzo inicia quimioterapia con Carboplatino y VP16 y se planifica segunda administración de quimioterapia para principios de abril del 2013. Es dado de alta desde hospitalización de Medicina Interna hacia la unidad de Hospitalización Domiciliaria el 8 de marzo del 2013. Durante todo el ingreso hospitalario los parámetros analíticos se habían mantenido dentro de la normalidad.

El 29 de marzo del 2013 acude a urgencias por disnea y se le detecta por primera vez una hiponatremia severa (114 meq/L) con euvolemia que precisa ingreso en Medicina Interna. Los niveles séricos normales de TSH, cortisol, ACTH, aldosterona y renina plasmática descartaron un hipotiroidismo, una insuficiencia suprarrenal o un hipoaldosteronismo hiporreninémico, por lo que se le diagnostica de SIADH. El paciente refiere cansancio, mareo, sensación nauseosa con inestabilidad en la deambulación y dolor abdominal que no cede con tratamiento analgésico. El 2 de abril el sodio sérico había disminuido hasta 109 mm/L. A pesar de la administración de suero hipertónico iniciada el día anterior, el 3 de abril el sodio sérico se mantiene en los mismos niveles que el día anterior. El 5 de abril el sodio, al subir hasta 124

meq/L, desaparecen mareos, náuseas y vómitos y se interrumpe administración de hipertónico. Tras la retirada del hipertónico, el 8 de abril, el sodio vuelve a bajar a 114 meq/L, vuelven a aparecer náuseas, vómitos, mareo e inestabilidad a la marcha y se vuelve a prescribir hipertónico 3 % (inicialmente a 35 ml/h que luego se sube hasta 70 ml/h). El 10 de abril el sodio sube hasta 131 meq/L, se retira hipertónico y se administra segundo ciclo de quimioterapia (que se había retrasado por la situación clínica del paciente). El 11 de abril, se solicita a Farmacia la administración de Tolvaptán. Tras revisión de la bibliografía ⁽²⁾ y comentarlo con el facultativo responsable del paciente, se decide sustituir la administración de Tolvaptán por urea oral 17,2 g sobre cada 12 h (Ureal NM ©. Lab Nutrición Médica). La urea se administra por vía oral diluida en agua no realizándose restricción hídrica. Tras el inicio de la administración de urea por vía oral el 12 de abril, las concentraciones séricas de sodio se mantienen por encima de 130 meq/L. El único adverso referido por el paciente asociado con la administración de urea es una mayor flatulencia encontrándose el paciente sin náuseas, ni mareos y con buen estado general. Durante el ingreso se obtiene los siguientes resultados analíticos: osmolaridad en orina 457 mosmol/kg H₂O; osmolaridad plasmática 236 mosmol/kg H₂O; sodio urinario: 153 mmol/L; potasio urinario: 24 mmol/L y cociente (Na U + K U)/Na P=1,5. El 15 de abril es dado de alta desde Medicina Interna y es remitido a la unidad de Hospitalización Domiciliaria para inclusión en Programa de Paliativos. El 23 de abril el paciente mantiene un sodio plasmático de 132 meq/L.

El 24 de abril del 2013 el paciente acude a urgencias por vómitos, hipotensión, somnoliento, palidez generalizada y taquipneico, con sodio sérico: 135 meq/L, hemoglobina: 9,2 g/dL; hematocrito: 26,4 %; proteína C reactiva: 170 mg/L; leucocitos; 0,4 10³/mcL; plaquetas 40 10³/mcL. Se diagnostica hemorragia digestiva alta y trombocitopenia tras 14 días del segundo ciclo de quimioterapia. En las siguientes horas se produce un deterioro en el estado clínico del paciente que desencadena en su fallecimiento.

3. Discusión

Las secuelas neurológicas de la hiponatremia grave, que se ha postulado que pueden ser reflejo del edema cerebral, son bien conocidas y oscilan desde una leve cefalea, náuseas y confusión (sintomatología presentada por nuestro paciente) hasta convulsiones y coma ⁽⁶⁾. Los pacientes que presentan una rápida caída del sodio sérico presentan síntomas de mayor gravedad que aquellos en los que la caída del sodio se desarrolla durante un largo periodo de tiempo. Además con hiponatremias graves (<120 meq/L) hay un incremento exponencial en la mortalidad que

puede alcanzar al 50 % si el sodio sérico desciende por debajo de 115 meq/L⁽⁶⁾. Un adecuado diagnóstico diferencial del SIADH es vital para la instauración rápida del tratamiento adecuado.

El SIADH puede ocasionarse por diversas causas, siendo las más frecuente en los pacientes con cáncer de pulmón de células pequeñas (como el caso clínico que nos ocupa). En algunos pacientes, el SIADH puede ser crónico llegando a prolongarse incluso durante años⁽⁵⁾.

Opciones terapéuticas para tratar el SIADH

a) Restricción hídrica: como la hipoosmolaridad en el SIADH provoca una abundancia relativa de agua en el volumen intra y extracelular, la restricción hídrica parece ser una buena opción terapéutica. En los pacientes en los que no hay sospecha de hipovolemia, es una opción segura⁽⁶⁾. Esta restricción no debe superar los 800-1000 ml /día (incluyendo el agua contenida en los alimentos). Sin embargo muchos pacientes presentan dificultades para mantener esta importante restricción hídrica por la importante sed que se produce y hace que esta medida sea difícil de mantener en el tiempo, obteniendo un mayor seguimiento de esta medida en los pacientes hospitalizados que en los pacientes ambulatorios (5,6). La restricción hídrica no suele ser suficiente para controlar las hiponatremias sintomáticas.

b) Salino isotónico: la osmolaridad urinaria en SIADH suele oscilar entre 400-600 mOsm/kg, por lo que la administración de suero isotónico todavía puede disminuir más el sodio sérico ya que si la cantidad de sodio infundida es inferior a la suma de sodio y potasio en orina, el suero salino isotónico representa directamente una fuente de agua libre⁽⁵⁾. En SIADH euvolémico, la administración de cloruro sódico 0,9 % no modificará el sodio plasmático, mientras que en una hiponatremia hipovolémica, la administración de cloruro sódico 0,9 % mejora el sodio plasmático, dejando el sodio urinario prácticamente inalterado⁽¹⁾.

c) Salino hipertónico: si un paciente está sintomático por un rápido descenso en la concentración de sodio sérico, debe considerarse el tratamiento con salino hipertónico 3 % (0,5-1,0 ml/kg/h). Para un paciente de unos 70 kg la administración de suero hipertónico 3 % a 70 ml/h elevará el sodio sérico en 1 meq/L por hora. Suele emplearse la fórmula de Adrogué-Madias para predecir las tasas de corrección de la hiponatremia⁽⁵⁾. Hay que ajustar la velocidad de infusión ya que existe riesgo de desencadenar mielinolisis si la hiponatremia se corrige demasiado rápidamente, por ello no se recomienda corregir más de 12 meq de sodio sérico por cada 24 h⁽¹⁾. En paciente con riesgo de desarrollar mielinolisis (alcohólicos, malnutridos y mujeres muy delgadas), la tasa de corrección de la hiponatremia no debe superar los 8 meq por cada 24 h⁽⁶⁾.

d) Furosemida: la administración de diuréticos de asa ha demostrado ser eficaz en el tratamiento del SIADH pero no es útil en el tratamiento del SIADH crónico. En los pacientes en los cuales existe riesgo de presentar un edema pulmonar durante el tratamiento con salino hipertónico, deben recibir diuréticos de asa para evitar la sobrecarga vascular. Su empleo se demostró eficaz hace años en la rápida corrección de la hiponatremia en SIADH, pero presenta eficacia limitada en el tratamiento a largo plazo y la natriuresis que origina puede empeorar la hiponatremia^(5,6).

e) Demeclociclina: la aparición de Diabetes Insípida Nefrogénica (DIN) se presenta a los 3-4 días en el 60-70 % de los pacientes como efecto adverso tras la administración de demeclociclina y por ello se emplea este fármaco en el tratamiento del SIADH. Sin embargo, que no esté comercializada en España y el perfil de adversos que pueden aparecer asociados a su uso (nauseas, fotosensibilidad cutánea y nefrotoxicidad que puede desencadenar fallo renal irreversible) han limitado mucho su empleo en el tratamiento del SIADH^(1,6).

d) Litio: la administración de carbonato de litio causa DIN a los 4 días de su administración en el 30-65 % de los pacientes. Pero el tratamiento a largo plazo con litio provoca nefritis del túbulo intersticial que puede acabar en fallo renal irreversible. Su perfil de efectos adversos ha preocupado tanto a los facultativos que no lo consideran una opción válida en el tratamiento del SIADH^(1,5,6).

e) Urea: es el principal componente osmótico de la orina siendo responsable de la mitad de la carga osmolar eliminada. Se emplean entre 10-40 g/día y puede corregir la hiponatremia 2-3 mmol/litro/día (una tasa de corrección comparable a la que se obtiene con restricción hídrica)⁽¹⁾. Por su sabor amargo, algunos pacientes han rechazado su uso pero se puede mejorar mucho su palatabilidad si se diluye en zumo de naranja⁽⁵⁾. El mecanismo de acción de la urea sería por aumento de sus concentraciones en la médula renal lo que determina una mayor extracción pasiva de agua en el asa descendente y, por tanto, un aumento en la concentración de sodio en el asa descendente, selectivamente permeable al cloruro sódico. Esta mayor concentración de sodio en el asa ascendente produce una mejor difusión pasiva al intersticio y un descenso en su pérdida de orina. Es importante recordar que la urea puede producir diuresis osmótica por lo cual debe asegurarse una adecuada ingesta de líquidos por parte del paciente⁽⁷⁾. El sodio plasmático y la tonicidad se incrementan progresivamente sin causar hipertonicidad en el plasma⁽⁴⁾. Hay estudios que demuestran que la administración de urea oral es eficaz en controlar la hiponatremia asociada al SIADH durante largos periodos de tiempo (cinco años)⁽¹⁰⁾. El coste diario del tratamiento con urea oral (empleando PVL) oscila entre

1,6 y 3,2 euros en función de si se emplea uno o dos sobre diarios.

g) Vaptans: el tratamiento más específico del SIADH sería inhibir los efectos de la vasopresina empleando un antagonista del receptor. Los vaptans inhiben la reabsorción de agua en los túbulos renales sin afectar la excreción de solutos y por ello han recibido el término de “aquarescentes” para diferenciarlos de los diuréticos que favorecen la eliminación tanto de agua como de solutos⁽⁶⁾. Los vaptans se unen competitivamente a los receptores V2 evitando la formación, mediada por vasopresina, de la aquoporina-2.

La efectividad para elevar las concentraciones séricas de sodio empleando Tolvaptán (un antagonista selectivo del receptor V2) se determinó en los estudios SALT-1 y SALT-2, sin embargo, de los pacientes incluidos en estos estudios solo un 40 % de la muestra eran pacientes con SIADH y además los pacientes no fueron divididos en subgrupos por lo que los efectos sobre los pacientes con SIADH no podían ser analizados por separados del conjunto de pacientes incluidos en los ensayos clínicos⁽⁵⁾. Finalmente hay que considerar que como la hiponatremia media de los pacientes incluidos en los ensayos clínicos fue de 128 mmol, y por lo tanto reflejando una población con hiponatremias moderadas, con lo que no es posible extrapolar la eficacia de Tolvaptán en hiponatremias graves⁽⁶⁾. Existe la probabilidad que tras la interrupción del tratamiento con Tolvaptán, se desencadene de nuevo una hiponatremia grave⁽¹⁾. Estudios futuros deben demostrar la superioridad de los vaptans frente al fisiológico hipertónico en hiponatremias agudas y frente a la restricción hídrica en el tratamiento de hiponatremias crónicas⁽⁵⁾.

Los vaptans están autorizados para tratar la hiponatremia euvolémica, ya que si se emplean en una situación de hipovolemia puede agravar la situación clínica del paciente. En caso de duda entre si la hiponatremia es euvolémica o hipovolémica se aconseja administrar cloruro sódico 0,9 %, si el paciente está hipovolémico, responderá favorablemente a la administración de fisiológico isotónico, mientras que si el paciente presenta un SIADH, prácticamente no habrá mejoría clínica⁽⁶⁾. La administración de vaptans está contraindicada en los pacientes con anuria, con depleción de volumen, con hipernatremia, en aquellos que no pueden con la sensación de sed o en aquellas pacientes embarazadas o que están dando lactancia materna⁽⁵⁾. Un incremento del sodio plasmático superior a 12 meq/L se presenta entre un 6-10 % de los pacientes que reciben vaptans (Soupart 2012) y este incremento rápido de las natremias se ha asociado con el desarrollo de daño cerebral (síndrome de desmielinización osmótica)⁽¹¹⁾.

Se han estudiado varios vaptans para tratar la hiponatremia asociada al SIADH, presentando diferente afinidad por los receptores específicos de la vasopre-

sina: Satavaptán (V2), Tolvaptán (V2), Lixivaptán (V2) y Conivaptán (V1/ V2). Actualmente existen dos vaptans comercializados:

- a. Conivaptán, por vía parenteral y comercializado en EEUU. El Conivaptán se administra una dosis de carga de 20 mg durante 20 minutos seguido de una infusión continua de 20 mg/día durante cuatro días asociado a una restricción hídrica de 1-2 litros/día. Entre sus efectos adversos destacan: reacciones en el punto de inyección, tromboflebitis, hipotensión, leves a moderados incrementos en la urea y en la creatinina plasmática y un incremento muy importante en la sensación de sed del paciente⁽¹⁾.
- b. Tolvaptán, administrado por vía oral y el único vaptan comercializado en Europa, se emplea entre 15 y 60 mg en función de las necesidades clínicas de los pacientes. Habitualmente se toma un comprimido por la mañana y es imprescindible realizar una restricción en la ingesta de fluidos. No hay experiencia en el uso de Tolvaptán con hiponatremias inferiores a 120 mmol/L⁽⁵⁾. Sus efectos adversos más frecuentes fueron sed, boca seca, incremento de la frecuencia urinaria, estreñimiento, náuseas, mareos, debilidad, hiperglucemia e infecciones del trato urinario. Tolvaptán puede administrar en el ámbito ambulatorio, pero no está clara la duración idónea del tratamiento⁽¹⁾. El coste diario del tratamiento con Tolvaptán (empleando PVL) oscila entre 78 y 316 euros en función de las dosis empleadas.

Experiencia con urea oral en el tratamiento del SIADH

El uso de urea en el tratamiento de la hiponatremia asociada al SIADH ya se empleó exitosamente hace más de 30 años en una serie de casos⁽¹²⁾ y desde entonces se ha empleado tanto en hiponatremias euvolémicas en adultos, niños, a corto y a largo plazo⁽²⁾. La administración de urea oral se ha empleado en el tratamiento del síndrome de Menière, glaucoma y edema cerebral. En pacientes con mutaciones del receptor de vasopresina, la administración de vaptans no sería útil y se tendrían que tratar con urea oral⁽²⁾. La urea no es empleada comúnmente en el SIADH, pero su utilidad ha sido descrita previamente en la literatura con buena efectividad, escasos efectos adversos y bajo coste⁽⁷⁾. En modelos animales, la administración de urea protege de lesiones cerebrales y de la aparición de mielolisis durante la corrección excesivamente rápida de la hiponatremia (2,13-17).

En un estudio revisando pacientes con hemorragia subaracnoidea (HSA) ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos durante un periodo de seis años, 42 presentaron un SIADH y recibieron urea. En este hospital, el protocolo para el tratamiento de la HSA contempla la

administración de 3 litros de cloruro sódico 0,9 % para todos los pacientes, si se presenta SIADH, no se restringe la ingesta de líquidos, ni se emplean soluciones hipertónicas. Si se diagnostica un SIADH, se inicia la administración de urea (cada dosis entre 15-30 g y hasta un máximo de 180 g/día) bien por vía oral, bien por sonda nasogástrica. La hiponatremia se presentó tras cuatro días, de media, del ingreso en UCI y los pacientes recibieron urea durante una media de cinco días. La mayoría de los pacientes recibieron urea por sonda nasogástrica. La administración de urea restauró los valores de sodio plasmáticos en menos de tres días en la mitad de los pacientes y en cinco pacientes se tardó más de cinco días en alcanzar un valor de 135 meq/L. En cuatro pacientes se superó el incremento de 12 meq/L por día de sodio sin afectación neurológica. Se descartaron otras alternativas terapéuticas para tratar la hiponatremia asociada al SIADH por las siguientes razones: Albúmina, su eficacia en controlar la natriuresis es limitada; Fludrocortisona, su retención de sodio puede contribuir a la sobrecarga hídrica; salino hipertónico, incrementa el volumen sanguíneo pero también el riesgo de edema pulmonar, insuficiencia cardíaca y complicaciones neurológicas; Conivaptán, su experiencia en tratar pacientes con HSA se limita a 12 pacientes y además un tercio de los pacientes volvieron a presentar hiponatremia en cuando se interrumpió el tratamiento con Conivaptán; diuréticos, puede desencadenar hipovolemia incrementando el riesgo de isquemia cerebral y Demeclociclina, puede producir nefrotoxicidad. La respuesta a la administración de urea no presentó correlación directa con los niveles basales de sodio, lo que sugiere que la administración de urea también es eficaz en el tratamiento de las hiponatremias moderadas ⁽⁴⁾.

En la unidad de cuidados intensivos (UCI), la hiponatremia se presenta con elevada frecuencia y está asociada a un incremento de la mortalidad. En estos pacientes aplicar la restricción hídrica como opción terapéutica no es viable por el elevado número de medicaciones intravenosas que requieren así como por la necesidad de administración de soporte nutricional. Se presentan los resultados de tratar con urea a 50 pacientes ingresados en la UCI. El sodio plasmático se incrementó significativamente (7 + 4 meq/L) en todos los pacientes. La dosis de urea administrada osciló entre 15 y 120 g por día y fue administrada por SNG en el 80 % de los pacientes (disuelta en 100 ml de agua y administrada durante 10 minutos). La duración media del tratamiento con urea fue de seis días (intervalo: 2-42 días). Al suspender la administración de urea, seis pacientes presentaron hiponatremia por lo que se tuvo que reintroducir la administración de urea. En 35 pacientes con hiponatremia grave adquirida fuera del hospital, el sodio plasmático se incrementó de 111 a 122 meq/L tras 24 h de tratamiento con urea. El sodio se elevó, en menos de 24 h, más de 12 meq/L en 12 pacientes y más de 18 meq/L en 13 en las primeras 48 horas, sin embargo, ningún paciente presentó sintomatología que hiciese sospechar la

aparición del síndrome de desmielinización. Los autores concluyen que la administración de urea es un método eficiente y seguro para resolver las hiponatremias que se presentan en la UCI ⁽¹⁸⁾.

Para evaluar la eficacia y seguridad de la urea frente a los vaptans en el tratamiento de la hiponatremia crónica asociada al SIADH, se ha realizado un estudio durante dos años. Durante el primer año, doce pacientes recibieron Satavaptán ó Tolvaptán, y cuando los laboratorios fabricantes dejaron de proporcionarlos, durante el siguiente año los pacientes recibieron urea oral. Al inicio del estudio, todos los pacientes presentaba una moderada hiponatremia (125 + 3 meq/L). Durante el primer año, en que los pacientes recibieron los antagonistas de la vasopresina, a pesar que el sodio plasmático alcanzó los 135 + 3 meq/L, en el 28 % de las determinaciones plasmáticas este nivel de sodio plasmático estuvo por debajo de los 135 meq/L. Durante la semana de lavado entre los dos tratamientos, los doce pacientes volvieron a desarrollar hiponatremia (126 + 5 meq/L). Durante el año de tratamiento con urea oral, el sodio plasmático alcanzó los 135 + 2 meq/L, si bien, en el 32 % de los pacientes (siete pacientes) de las determinaciones plasmáticas este nivel de sodio plasmático estuvo por debajo de los 135 meq/L. Seis de esos siete pacientes fueron los mismos que presentaron los valores inferiores a 135 meq/L durante el tratamiento con los vaptans. Los autores concluyen que los pacientes con moderada hiponatremia asociada al SIADH pueden ser tratados con la misma eficacia, seguridad y tolerancia con urea oral que con Tolvaptán, pero con un coste mucho inferior, durante periodo de un año ⁽²⁾.

4. Conclusiones

1. El empleo de urea oral (17,2 g cada 12 h) ha resultado ser una terapia eficaz, con buena tolerancia con escasos eventos adversos, en el tratamiento de la hiponatremia asociada al SIADH.
2. En un entorno socio-económico como en el que nos encontramos actualmente, el empleo de urea oral es un tratamiento eficiente con una eficacia y un perfil de efectos adversos similar al que presentan los vaptans y con un coste por día de tratamiento mucho inferior (entre 1,6-3,2 euros para la urea oral frente a 78-316 euros empleando el Tolvaptán).

5. Bibliografía

1. Gross P. Clinical Management of SIADH. *Ther Adv in Endo and Metab* 2012;3(2):61-73.
2. Soupart A, Coffernils M, Couturier B, Gankam-Kegne F, De-caux G. Efficacy and tolerance of urea compared with vaptans for long treatment of patients with SIADH. *Clin J Am Soc Nephrol* 2012;7:742-7.
3. Callejas A, Laguna P, Cuenca AB, Lledó GM, Fernández m, García P. Secreción inadecuada de hormona antidiurética secundaria a carcinoma microcítico de vejiga urinaria: una

- asociación no descrita. *Rev Clin Esp* 2012 <http://dx.doi.org/10.1016/j.rce.201208.002>.
- Pierrakos C, Taccone FS, Decaux G, Vicent JL, Brimiouille S. Urea for treatment of acute SIADH in patients with subarachnoid hemorrhage. A single-center experience. *Ann of Intensiv Care* 2012;2:13-20.
 - Zietse R, van der Lubbe N, Hoorn EJ. Current and future treatment options in SIADH. *Nephrology Dialysis Transplantation* 2009;2(suppl 3):9-12.
 - Sherlock M, Thompson CJ. The syndrome of inappropriate antidiuretic hormone: current and future management options. *Eur J Endocrinol* 2010; 162:S13-18.
 - Varsavsky M, Quesada M, Rozas P. Urea como opción terapéutica para el tratamiento del síndrome de secreción inadecuada de hormona antidiurética (SIADH). *Med Clin* 2011;137(5):236-9.
 - Fernández FJ, García I, Martínez FS, Ruiz A, Sesma P. Síndrome de secreción inadecuada de la hormona antidiurética como forma de presentación de un carcinoma microcítico de pulmón oculto. *Ann Med Inter* 2002;19(11):599-600.
 - Pérez JL, López JM, Matín S, Viteri S, García J, Gúrpide A. Carcinoma microcítico de pulmón. *Rev Med Univ Navarra* 2007;51(2):7-13.
 - Decaux G. Long-term treatment of patients with inappropriate secretion of antidiuretic hormone by the vasopressin receptor antagonist conivaptan, urea or furosemide. *Am J Med* 2001;110:582-4.
 - Soupart A, Silver S, Schroeder B, Sterns R, Decaux G. Comparison of mortality and brain composition in hyponatremic rats treated with vasopressin V1-V2 or V2-receptor antagonists or water diuresis. *J Am Soc Nephrol* 2003;14:747A.
 - Decaux G, Unger J, Brimiouille S, Mockel J. Hyponatremia in the syndrome of inappropriate secretion of antidiuretic hormone. *JAMA* 1982;247(4):471-4.
 - Van Reeth O, Decaux G. Rapid correction of hyponatremia with urea may protect against brain damage in rats. *Clin Sci (London)* 1989;77:351-5.
 - Soupart A, Stenuit A, Perier O, Decaux G. Limits of brain tolerance to daily increments in serum sodium in chronically hyponatremic rats treated by hypertonic saline or urea. *Clin Sci (London)* 1991;80:77-84.
 - Soupart A, Penninckx R, Steniut A, Decaux G. Azotemia (48 h) decreases the risk of brain damage in rats after correction of chronic hyponatremia. *Brain Res* 2000;852:167-72.
 - Soupart A, Silver S, Schroeder B, Sterns R, Decaux G. Rapid (24 hour) reaccumulation of brain damage of brain organic osmolytes (particularly myo-inositol) in azotemic rats after correction of chronic hyponatremia. *J Am Soc Nephrol* 2002;13:1433-41.
 - Soupart A, Schroeder B, Decaux G. Treatment of hyponatremia by urea decreases risk of brain complications in rats, a brain osmolyte contents analyses. *Nephrol Dial Transplant* 2007;22:1856-63.
 - Decaux G, Andres C, Gankam F, Soupart A. Treatment of euvoletic hyponatremia in the intensive care unit by urea. *Critical Care* 2010;14:R184.

¿Por qué se pueden prescribir con unos códigos V y con otros no, en atención primaria?

Alberola Cuñat V¹

1. Médico documentalista. Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios

1. Introducción

La Atención Primaria (AP) integra la atención preventiva, curativa, rehabilitadora y la promoción de la salud de la comunidad. La prescripción se refiere a medicamentos, a consejos sobre alimentos, tipo de actividades de vida del paciente, inmunizaciones, productos sanitarios, etc.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) más del 50% de los medicamentos se prescriben, dispensan o venden de forma inapropiada, y la mitad de los pacientes no los toman correctamente. Además, el uso excesivo, insuficiente o indebido de los medicamentos tiene efectos nocivos para el paciente y constituye un desperdicio de recursos^(1,2).

Los códigos V de la Clasificación Internacional de Enfermedades 9ª revisión, Modificación Clínica (CIE-9-MC) pueden utilizarse en cualquier tipo de instalación sanitaria (hospitales de agudos, de crónicos, en atención ambulatoria –primaria o especializada- y en urgencias).

Cuando se registra la visita en Atención ambulatoria, primaria o especializada, algunos códigos V solamente pueden ir en primera posición y otros solamente como códigos secundarios. El hecho de ir en primera posición viene dado por la estructura del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) integrado en los sistemas de recuperación de la información. Tanto el CMBD de altas hospitalaria o CMBD de Atención Primaria elaboran la unidad de registro (consulta, contacto). Entre sus variables se encuentran el primer diagnóstico o problema de salud o motivo de atención (el que motivó el encuentro entre paciente y médico), y otros diagnósticos o problemas presentes en el paciente que informan de otros procesos o circunstancias. Es el médico quien decide el primer motivo o diagnóstico. Todo este conjunto se procesa en Atención Primaria con herramientas como los Ambulatory Patient Groups (APG).⁽³⁾

2. Uso de los códigos V

Los códigos V pertenecen a una clasificación que cubre ciertas circunstancias del paciente que no son ni enfermedades ni lesiones clasificables bajo las categorías 001 - 999 (la parte principal de la CIE9MC), ni bajo el código E (causas externas). Se registran como “diagnósticos” o “problemas”. Esta situación puede surgir principalmente de tres maneras⁽⁴⁾:

1. Cuando una persona que actualmente no está enferma acude a los servicios sanitarios con un propósito específico, tal como el de actuar como donante de un órgano o tejido, para recibir una vacuna profiláctica o para discutir un problema que en sí mismo no constituye ni enfermedad ni lesión. Esta situación es relativamente más frecuente entre los pacientes externos de hospitales y los pacientes de médicos de familia, ambulatorios, etc. Ejemplo: En un paciente con obesidad conocida que acude para consejo sobre un tipo de actividad el código V65.41 Consejo sobre el ejercicio, se codificaría primero que el de obesidad 278.00.
2. Cuando una persona con una lesión o enfermedad desconocida, en curso o en vías de solución, acude al sistema de atención de salud para un tratamiento específico de una u otra (por ejemplo, diálisis por enfermedad renal; quimioterapia por neoplasia maligna; cambio de escayola; estado postquirúrgico). Se utilizará un código de diagnóstico/síntoma siempre que un diagnóstico actual, agudo, esté siendo tratado o un signo o síntoma está siendo estudiado. Esta circunstancia se puede dar tanto en Atención Primaria como en Atención Ambulatoria Especializada.
3. Circunstancias o problemas que influyen en el estado de salud de la persona, pero que no constituyen por sí mismas enfermedad ni lesión actual. En estos casos se emplea el código V exclusivamente como código suplementario y nunca debe ser el código seleccionado en primer lugar para su uso en las tabulaciones. Como ejemplos se podrían citar una historia personal o familiar de ciertas enfermedades (enfermedades crónicas, tumor maligno hereditario), o una persona portadora de una válvula cardíaca artificial o de un portador de gen anormal. Ejemplo: V83.01 Portador asintomático de hemofilia A.

3. Códigos V y prescripción

La Cartera de servicios comunes de Atención Primaria viene descrita en el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización⁽⁵⁾. En su anexo 1, en el apartado de procedimientos diagnósticos se incluyen entre otros:

a) Anamnesis y exploración física. b) Espirometría, medición del flujo espiratorio máximo y pulsioximetría. c) Exploraciones cardiovasculares: electrocardiografía, oscilometría y Doppler. d) Exploraciones otorrinolaringológicas: otoscopia, laringoscopia indirecta y acúmetría cualitativa. e) Medición de la agudeza visual y fondo de ojo. f) Determinaciones analíticas mediante técnica seca, incluyendo la reflectometría. g) Obtención de muestras biológicas. h) Tests psicoafectivos y sociales, de morbilidad y de calidad de vida.

Y cuando la organización propia de cada servicio de salud lo haga posible menciona:

- Pruebas de laboratorio.
- Anatomía patológica.
- Diagnóstico por imagen, entre otros radiología general simple y de contraste, ecografía, mamografía y tomografía axial computarizada.
- Endoscopia digestiva.

En el mismo anexo y refiriéndose a los procedimientos terapéuticos encontramos:

- Indicación, prescripción y seguimiento de tratamientos farmacológicos y no farmacológicos adaptados a los condicionantes físicos y fisiológicos del paciente. Se incluyen los materiales para la aplicación de tratamientos con insulina y el seguimiento de los tratamientos con anticoagulantes orales en coordinación con Atención Especializada, conforme a la priorización y los protocolos de cada servicio de salud. b) Administración de tratamientos parenterales. c) Curas, suturas y tratamiento de úlceras cutáneas. d) Inmovilizaciones. e) Infiltraciones. f) Aplicación de aerosoles. g) Taponamiento nasal. h) Extracción de tapones auditivos. i) Extracción de cuerpos extraños. j) Cuidados de estomas digestivos, urinarios y traqueales. k) Aplicación y reposición de sondajes vesicales y nasogástricos. l) Resucitación cardiopulmonar. m) Terapias de apoyo y técnicas de consejo sanitario estructurado. n) Cirugía menor, que incluye la realización de procedimientos terapéuticos o diagnósticos de baja complejidad y mínimamente invasivos, con bajo riesgo de hemorragia, que se practican bajo anestesia local y que no requieren cuidados postoperatorios, en pacientes que no precisan ingreso, conforme a los protocolos establecidos y la organización propia de cada servicio de salud.

La bibliografía consultada sobre prescripción en AP se refiere habitualmente a fármacos.⁽⁶⁾ Si nos atenemos a la definición de fármaco o medicamento (“Sustancia que, administrada interior o exteriormente a un organismo animal, sirve para prevenir, curar o aliviar la enfermedad y corregir o reparar las secuelas de esta.”⁽⁷⁾), hasta cierto punto es lógico que la literatura científica se refiera

sólo a ellos. Pero existen tratamientos no farmacológicos que se deben tener en cuenta y que responden a problemas de salud en los que el uso de códigos V sustituye a códigos 001-999, tal como se refleja en la Cartera de Servicios del Real Decreto mencionada. Por ello deberíamos referirnos también a los “productos sanitarios” o “productos farmacéuticos”, que son objeto de prestación sanitaria, y se facilitan a los pacientes a través de receta médica, bien como parte de la prestación farmacéutica, bajo el concepto de efectos y accesorios, bien como parte de la prestación ortoprotésica⁽⁸⁾. Entre éstos, y por no hacer una relación extensa, podemos mencionar material de cura (algodón, gasas, vendas, esparadrapos, tiritas, suturas cutáneas, apósitos); dispositivos para administrar medicamentos (agujas, jeringuillas, “plumas” de insulina, inhaladores); soluciones de distintos usos (soluciones de irrigación de mucosas, soluciones humidificadoras, enemas, etc.

Dado que los códigos V se refieren a circunstancias que acompañan al motivo del contacto, pocas veces justifican una prescripción ya sea de medicamento o de producto sanitario. Por ello son escasos los códigos V relacionados con una prescripción.

Habitualmente el motivo de la consulta o el contacto del paciente con el médico suele ser por una enfermedad crónica (diabetes, hipertensión, cardiopatía isquémica, EPOC) o proceso agudo ya sea un síntoma o una enfermedad diagnosticada en ese acto (fiebre, tos, pérdida de peso, molestias urinarias), casos en los que se usa un código CIE9MC entre 001-999. Ello no impide que en el registro del contacto se asignen los códigos V necesarios para situarnos en el contexto “global” del paciente.

Ejemplo de código V que expresa circunstancias:

Un paciente asmático, en tratamiento con broncodilatadores inhalados, consulta por una diarrea aguda y tiene una historia personal de alergia a la penicilina. Los códigos que se le asignan son 787.91 Diarrea; 493.90 Asma sin mención de crisis actual; V14.0 Historia personal de alergia a la penicilina; V58.69 Uso prolongado (actual) de otros medicamentos (broncodilatadores inhalados).

Ejemplos de códigos V asignados a problemas de salud no relacionados con contactos por enfermedad y que pueden registrarse en primer lugar puesto que coinciden con el motivo de la consulta:

V68.0 Emisión de certificaciones médicas, en un paciente sin ningún proceso.

V01.6 Consulta por contacto con enfermedades venéreas.

V61.4x Consulta por problemas de salud dentro de su familia (alcoholismo, drogadicción, persona minusválida en la familia).

V55.x Cuidados de aperturas artificiales (se incluye aseo o limpieza, cierre, eliminación o sustitución de catéter, paso de sondas o bujías).

V58.32 Extracción de puntos de sutura.

4. Enfermedades más frecuentes en Atención Primaria

Antes de exponer qué categorías de códigos V son susceptibles de prescripción debemos conocer los motivos de frecuentación de los pacientes. Si tomamos como referencia los top 100 de diagnósticos vistos por los Family Medicine (médicos de familia) en Estados Unidos tenemos la siguiente tabla:

| Diag Code | Diag Description |
|-----------|--|
| 034.0 | Strep throat |
| 079.99 | Viral infection, unspec. |
| 078.10 | Warts, viral, unspec. |
| 250.01 | Diabetes I, uncomplicated |
| 250.00 | Diabetes II, uncomplicated |
| 271.9 | Glucose intolerance |
| 244.9 | Hypothyroidism, unspec. |
| 272.0 | Hypercholesterolemia, pure |
| 278.00 | Obesity, NOS |
| 278.02 | Overweight |
| 280.9 | Anemia, iron deficiency, unspec. |
| 285.9 | Anemia, other, unspec. |
| 300.00 | Anxiety state, unspec. |
| 314.01 | Attention deficit, w/ hyperactivity |
| 311 | Depressive disorder, NOS |
| 307.40 | Insomnia, sleep disorder, unspec. |
| 305.1 | Tobacco abuse |
| 380.4 | Cerumen impaction |
| 380.10 | Otitis externa, unspec. |
| 382.00 | Otitis media, acute |
| 372.30 | Conjunctivitis, unspec. |
| 434.91 | Cerebral artery occlusion w/ infarction, unspec. |
| 345.90 | Epilepsy, unspec. not intractable |
| 346.90 | Migraine, unspec. not intractable |
| 427.31 | Atrial fibrillation |
| 414.9 | Chronic ischemic heart disease, unspec. |
| 428.0 | Heart failure, congestive, unspec. |
| 796.2 | Elevated BP w/o hypertension |
| 401.1 | Hypertension, benign |
| 401.9 | Hypertension, unspec. |
| 451.19 | Phlebitis, deep, lower extrem., other |
| 493.90 | Asthma, unspec. |
| 466.0 | Bronchitis, acute |
| 496 | COPD, NOS |

| Diag Code | Diag Description |
|-----------|---|
| 486 | Pneumonia, unspec. |
| 462 | Pharyngitis, acute |
| 477.9 | Rhinitis, allergic, cause unspec. |
| 461.9 | Sinusitis, acute, NOS |
| 465.9 | Upper respiratory infection, acute, NOS |
| 564.00 | Constipation, unspec. |
| 558.9 | Gastroenteritis, noninfectious, unspec. |
| 530.81 | Gastroesophageal reflux, no esophagitis |
| 455.6 | Hemorrhoids, NOS |
| 627.9 | Menopausal disorders, unspec. |
| 626.2 | Menstruation, excessive/frequent |
| 616.10 | Vaginitis/vulvitis, unspec. |
| 600.00 | BPH/LUTS w/o obstruction |
| 601.9 | Prostatitis, NOS |
| 595.0 | Cystitis, acute |
| 599.0 | Urinary tract infection, unspec./pyuria |
| V24.2 | Postpartum follow-up, routine |
| V22.0 | Prenatal care, normal, first pregnancy |
| V22.1 | Prenatal care, normal, other pregnancy |
| 706.1 | Acne, other |
| 682.9 | Cellulitis/abscess, unspec. |
| 692.9 | Contact dermatitis, NOS |
| 691.8 | Eczema, atopic dermatitis |
| 709.9 | Other skin disease, unspec. |
| 706.2 | Sebaceous cyst |
| 716.90 | Arthropathy, unspec. |
| 729.1 | Fibromyalgia/myositis, unspec. |
| 715.90 | Osteoarthritis, unspec. |
| 727.00 | Synovitis/tenosynovitis, unspec. |
| 729.5 | Pain in limb |
| 724.4 | Back pain w/ radiation, unspec. |
| 723.9 | Cervical disorder, NOS |
| 726.10 | Rotator cuff/shoulder synd., unspec. |
| 789.00 | Abdominal pain/colic, unspec. |
| 783.21 | Abnormal loss of weight |
| 795.01 | Abnormal Pap, ASC-US |
| 795.00 | Abnormal Pap, glandular, NOS |
| 786.50 | Chest pain, unspec. |
| 786.2 | Cough |
| 787.91 | Diarrhea, NOS |
| 780.4 | Dizziness/vertigo, NOS |
| 788.1 | Dysuria |
| 782.3 | Edema, localized, NOS |
| 780.79 | Fatigue and malaise, other |
| 780.60 | Fever, unspec. |
| 784.0 | Headache, unspec. |
| 787.01 | Nausea w/ vomiting |
| 719.46 | Pain, knee |
| 724.2 | Pain, low back |

| Diag Code | Diag Description |
|-----------|--|
| 785.1 | Palpitations |
| 782.1 | Rash, nonvesicular, unspec. |
| 786.05 | Shortness of breath |
| 788.41 | Urinary frequency |
| 845.00 | Sprain/strain: ankle, unspec. |
| 844.9 | Sprain/strain: knee/leg, unspec. |
| 847.0 | Sprain/strain: neck, unspec. |
| 840.9 | Sprain/strain: shoulder/upper arm, unspec. |
| 924.9 | Contusion, unspec. |
| V25.40 | Contraception surveillance, unspec. |
| V25.02 | Contraception, other (diaphragm, etc.) |
| V72.31 | Gynecological exam |
| V58.69 | High-risk medication, long-term use |
| V04.81 | Immunization, influenza |
| V70.0 | Well adult exam |
| V20.2 | Well child check |

Se observa que los códigos V ocupan sólo el 10%, y solamente con cuatro de ellos se podría prescribir un fármaco: V25.40 Seguimiento anticonceptivo, sin especificar; V25.02 Iniciación de otras medidas anti-conceptivas; V04.81 Vacunación contra la gripe; V20.2 Control del niño sano.

En España existe una publicación del año 2011 (Las 50 principales consultas en medicina de familia)⁽⁹⁾ que nos puede situar en nuestro contexto:

| |
|---|
| Dolor de garganta: faringoamigdalitis aguda |
| Síntomas catarrales |
| Dolor de oídos |
| Dolor nasal y fiebre: sinusitis aguda |
| Síntomas rinoconjuntivales: polinosis |
| Hipoacusia |
| Tos |
| Deshabitación tabáquica |
| Pitos, fiebre o fatiga de corta evolución: bronquitis aguda |
| Fiebre, tos y dolor costal al respirar: neumonía |
| Expectoración crónica y fatiga de larga evolución: EPOC |
| Pitos y fatiga de repetición: asma |
| Dolor torácico |
| Palpitaciones |
| Fatiga con o sin edemas: insuficiencia cardíaca |
| Dolor abdominal |
| Dolor de estómago y acidez |
| Diarrea aguda |
| Diarrea crónica |
| Estreñimiento |

| |
|---|
| Escozor urinario: infección en la orina |
| Dolor de cabeza |
| Mareo y vértigo |
| Lesiones cutáneas |
| Dolores articulares: artrosis |
| Dolor cervical |
| Hombro doloroso |
| Dolor de mano y dedos |
| Dolor de rodilla |
| Dolor de espalda |
| Disminución de la agudeza visual |
| Ojo rojo |
| Depresión |
| Ansiedad |
| Insomnio |
| Alteraciones menstruales |
| Bulto mamario |
| Fiebre |
| Cansancio y debilidad: astenia |
| Obesidad |
| Tensión arterial elevada |
| Diabetes mellitus |
| Hipercolesterolemia y riesgo cardiovascular |
| Hipertransaminasemia |
| Anemia |
| Alteraciones de las hormonas tiroideas |
| Vacunación en el adulto |
| Seguimiento del embarazo sin complicaciones y atención de los problemas de salud durante el embarazo y el puerperio |
| Parada cardiorrespiratoria en el adulto |

4. Prescripción con códigos V

Si revisamos los códigos V por categorías, observamos que algunos sí que son susceptibles de prescripción de fármacos o de productos sanitarios:

5. Conclusiones

Los códigos V en Atención Primaria permiten pocas veces la prescripción debido a que la mayor parte de los motivos de la asistencia es un problema de salud especificado que se codifican con los códigos comprendido entre 001-999 de la CIE-9-MC.

Con ellos se puede prescribir y también cambiar lo prescrito ya que algunos códigos V nos informan de situaciones de paciente.

Cuando permiten una prescripción no es preciso que vayan situados en primer lugar en el registro de la visita.

| Código V (categoría) | Descriptor | Susceptible de prescripción | Ejemplo |
|----------------------|--|-----------------------------|--|
| V01 | Contacto con o exposición a enfermedades contagiosas | Sí | Paciente que consulta por haber estado en contacto con enfermo de rubéola (V01.4). |
| V02 | Portador o sospechoso de ser portador de enfermedades infecciosas | Sí | Persona portadora de hepatitis C (V02.62), a la que le recomiendan medidas en relación con su vida. |
| V03 | Necesidad de vacunación o inoculación profiláctica contra enfermedades bacteriana | Sí | Persona que se va a un campamento infantil y quiere vacunarse solamente contra las fiebres tifoidea-paratifoidea exclusivamente (V03.1). |
| V04 | Necesidad de vacunación o inoculación profiláctica contra ciertas enfermedades víricas | Sí | Paciente que consulta para vacunarse con la gripe (V04.81). |
| V05 | Necesidad de vacunación o inoculación profiláctica contra una sola enfermedad | Sí | Persona que solicita vacuna contra la hepatitis B (V05.3). |
| V06 | Necesidad de vacunación o inoculación profiláctica contra combinación de enfermedades | Sí | Persona que solicita vacunación contra triple vírica (sarampión-paperas-rubéola) (V06.4). |
| V07 | Necesidad de aislamiento y otras medidas profilácticas o terapéuticas | Sí | Administración profiláctica antitoxina tetánica (V07.2). |
| V08 | Estado de infección de virus de inmunodeficiencia humana, asintomático | Sí | Paciente en tratamiento por inmunodeficiencia humana asintomática que consulta por fiebre, pérdida de peso se le pueden prescribir antirretrovirales (V08) o remitirlo a una Unidad de Atención Especializada. |
| V09 | Infección por microorganismos resistentes a drogas | Sí | Paciente con una neumonía por microorganismos resistentes a la penicilina (V09.0). Este código V09.0 indica que NO se puede prescribir una penicilina; es un código adicional a la neumonía. |
| V20.2 | Revisión sanitaria rutinaria del lactante o niño | Sí | Revisión de un niño mayor de 28 días previamente a una inmunización correspondiente a su edad (V20.2) |
| V25.0 | Asistencia anticonceptiva: Asesoramiento y conceptos generales | Sí | Persona que solicita prescripción de anticonceptivo oral (V25.01) |
| V25.4 | Seguimiento de métodos anticonceptivos recetados con anterioridad | Sí | Persona en tratamiento con anticoncepción oral que consulta para prescripción de anticonceptivo oral (V25.41). |
| V26.3 | Consejo genético y pruebas genéticas | Sí | Paciente que solicita consejo genético (V26.33). En este caso el consejo puede ir acompañado de solicitud de pruebas analíticas o remisión del paciente a una Unidad de Reproducción. En sí, no es una prescripción pero habría que valorar si la solicitud de pruebas lo es o no. |
| V57 | Cuidados que implican el empleo de procedimientos de rehabilitación | Sí | Paciente conocido por EPOC al que se le prescriben ejercicios de respiración (V57.0) junto con un producto sanitario ad hoc. |
| V58.3 | Cuidado de vendajes y suturas | Sí | Paciente que acude para cura y retirada de puntos de sutura. Este acto puede ir acompañado de la prescripción de tiras adhesivas (por ejemplo Steri-Strips®) o povidona yodada para que el enfermo continúe las curas en su domicilio (V58.32). |
| V65.3 | Control y consejo dietéticos | Sí | Persona que consulta para control y consejo dietético por una intolerancia alimentaria o una alergia. Se le prescribe, tras la anamnesis, una analítica y una dieta hasta tener el diagnóstico exacto V65.3). Duda: Debemos considerar esta circunstancia prescripción? |
| V66 | Admisión para tratamiento paliativo | Sí | Paciente en fase terminal de una enfermedad crónica que es visto en su domicilio y se le prescriben los fármacos adecuados (V66.7). |

| Código V (categoría) | Descriptor | Susceptible de prescripción | Ejemplo |
|----------------------|---|-----------------------------|--|
| V68 | Contactos con fines administrativos | Sí | Emisión a un paciente de un certificado escolar (V68.09) |
| V68.1 | Emisión de recetas repetidas | Sí | Paciente conocido que acude para emitir recetas repetidas (V68.1). |
| V68.81 | Envío de paciente a otro facultativo sin examen ni tratamiento | Sí | Paciente que se presenta equivocadamente en una consulta y que se remite a otro facultativo. Aunque no existe prescripción de producto sanitario o fármaco, es evidente la existencia de una tarea que de alguna forma ha de ser reflejada. |
| V68.2 | Solicitud de asesoramiento por experto | Sí | Paciente que presenta proceso clínico compatible con enfermedad psiquiátrica. Se decide solicitar interconsulta con psiquiatra. Como en el ejemplo anterior, no existe prescripción de producto sanitario pero sí un acto administrativo que debe constar (V68.2). |
| V69 | Problemas relacionados con el estilo de vida | Sí | Persona que visita porque duerme poco (no tiene insomnio). Se le pauta un nuevo tipo de vida con o sin medicación (V69.4). |
| V70 | Reconocimiento médico general | Sí | Reconocimiento médico general rutinario en un centro sanitario, que incluye la petición de analítica y radiología de tórax (V70.0). Las peticiones tienen su código correspondiente: V72.5 Radiografía de tórax rutinaria; V72.6, Prueba de laboratorio. Se puede prescribir o no algún fármaco, pero el acto médico se ha acompañado de una "prescripción/solicitud" de pruebas. |
| V71 | Observación y evaluación por sospecha de enfermedades, no encontradas | Sí | Persona que se presenta en la consulta porque dice que ha sido agredida. Tras la exploración no se encuentra ninguna lesión. Se emite un certificado o se deriva a un Centro hospitalario o se le prescribe un ansiolítico (V71.6) |
| V85 | Índice de Masa Corporal [IMC] Nota: Existen subcategorías según el valor del IMC y la edad. | Sí | Paciente conocida que acude porque cree que ha aumentado de peso. La exploración muestra una IMC de 38. Se le prescribe una dieta, sin fármacos y se la cita para dentro de 6 semanas (V85.38) |
| V87.45 | Historia personal de tratamiento con esteroides sistémicos. Nota: No equivale a tratamiento actual con esteroides. | Sí | Paciente preocupado porque le han encontrado una hipertensión arterial y le han dicho que se debe a la medicación que ha estado tomando. La exploración es negativa excepto una hipertensión sistólica ligeramente elevada. Se le prescribe un hipotensor y nuevo control en tres semanas. En este caso los códigos que se deben asignar son la hipertensión secundaria no especificada (401.99), un código E932.0 Efecto adverso de uso terapéutico de esteroides de la corteza suprarrenal y el código V87.45. |

La prescripción habitualmente se refiere a medicamentos. Pero no debemos olvidar los otros productos sanitarios, incluso los que no forman parte de la lista aprobada de dispensación por las autoridades sanitarias y el uso de las prácticas homeopáticas.

Se tendría que tener en cuenta si los consejos y la relación médico-paciente no sería también una prescripción. En este sentido, el valor de la palabra está cada vez más desvirtuada por falta de tiempo y por el

tipo de medicina que se practica actualmente (enfocada a las pruebas y al uso de tecnología). La empatía utilizada en las visitas ambulatorias también cura.

Los envíos de pacientes a Atención Especializada (Urgencia hospitalaria o Atención ambulatorias) no se consideran prescripción sensu stricto.

La actividad del personal sanitario que valora al enfermo merecería al menos citarse no sólo como

código de actividad administrativa sino de “prescripción”.

6. Bibliografía

1. OMS. Medicamentos: uso racional de los medicamentos. Nota descriptiva N.º 338. Mayo de 2010. Disponible en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs338/es/index.html>
2. Sanfélix-Gimeno G, et al. La prescripción farmacéutica en atención primaria. Informe SESPAS 2012. Gac Sanit. 2011. doi:10.1016/j.gaceta.2011.09.015
3. Fusté, J; Bolívar, B; Castillo, A; Coderch, J; Ruano, I; Sicras, A. Hacia la definición de un conjunto mínimo básico de datos de atención primaria. Aten Primaria. 2002;30:229-35. - vol.30 núm 04.
4. eCIE9MC. Edición electrónica de la CIE-9-MC. 8ª edición (Enero 2012). Disponible en http://eciemaps.mspsi.es/ecie-Maps2010/basic_search/cie9mc_basic_search.html
5. Ministerio de Sanidad y Consumo. Marco Estratégico para la mejora de la Atención Primaria en España: 2007-2012. Proyecto AP-21. Disponible en http://www.msc.es/profesionales/proyectosActividades/docs/AP21MarcoEstrategico2007_2012.pdf
6. Scoggins A, Tiessen J, Ling T, y Rabinovich L. La prescripción en la atención primaria. Series divulgativas. Sociedad Española de Farmacéuticos de Atención Primaria. Documento nº 12. 2008.
7. Real Academia Española. Disponible en <http://www.rae.es/rae.html>
8. Abad MC. Farmacia, farmacéuticos y productos sanitarios. Ars Pharmaceutica, 42:1; 109-115, 2001.
9. Gómez Ocaña JM, Revilla Pascual E. Las 50 principales consultas en medicina de familia. CEGE Taller Editorial Madrid. 2011.

