

TEMA 2: ABORDAJE TERAPÉUTICO DE PATOLOGÍAS CRÓNICAS PREVALENTES.

M^a Dolores Nieto Martín. Servicio de Medicina Interna. Hospital Virgen del Rocío, Sevilla.

Índice:

- Introducción
- Caracterización clínica del paciente pluripatológico
- Perfil de prescripción en pacientes con enfermedades crónicas: polimedicación
- Herramientas pronósticas. Utilidad en la práctica clínica
- Conciliación, Adherencia, Desprescripción
- Caso clínico comentado

INTRODUCCION

El envejecimiento progresivo de la población en todo el mundo ha tenido como resultado un aumento en la prevalencia de las enfermedades crónicas, muchas de las cuales son progresivas y complejas (1). La presencia de múltiples enfermedades crónicas en una misma persona no son la excepción, sino la regla, y va aumentando progresivamente con la edad. Este aumento se debe tanto a los avances socioeconómicos como a las innovaciones técnicas y las mejoras en el sistema de salud, cuya consecuencia ha sido una mayor esperanza de vida y tasas más altas de enfermedades crónicas (2).

El perfil de los pacientes pluripatológicos (PP) ha sido claramente definido como aquellos pacientes con dos o más enfermedades crónicas en una lista de categorías clínicas específicas, que tienen en cuenta el daño sobre el órgano diana y la repercusión funcional que éste genera (3). Ellos constituyen una población homogénea en términos de edad avanzada, complejidad, alta mortalidad, funcionalidad limitada y vulnerabilidad (4-6). Su prevalencia en atención primaria, así como en diferentes áreas hospitalarias, tanto médicas como quirúrgicas, es notablemente alta y muy probablemente aumentará en los próximos años (7).

La atención a pacientes con enfermedades crónicas requiere la coordinación de los profesionales sanitarios y sociales junto con los proveedores sanitarios. Los modelos de atención a pacientes con enfermedades crónicas incluyendo aquellos específicos para la atención a pacientes con múltiples enfermedades crónicas coinciden en la necesidad de aplicar intervenciones multidisciplinares: las iniciativas de coordinación e integración de servicios, el fortalecimiento de la atención primaria, el apoyo y la promoción de la autogestión, la evaluación geriátrica integral, programas de alta temprana y la ampliación de las funciones de enfermería (8, 9). El eje principal por tanto sería la atención integral compartida entre los distintos niveles asistenciales.

Aunque existe una creciente evidencia de la eficacia y eficiencia de las intervenciones relacionadas con la gestión de la atención a los pacientes con

enfermedades crónicas aisladas, hay poco específicamente relacionado con el impacto de los modelos de atención para el manejo de diferentes combinaciones de enfermedades crónicas complejas (12).

En 2002 se publicó el Proceso Asistencial Integrado del la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía para desarrollar un modelo de atención orientado hacia las necesidades de los PP (1). Una de las aportaciones más innovadoras a este proceso fue la colaboración entre los médicos de familia (MF) y médicos de medicina interna del hospital para facilitar la accesibilidad del paciente al sistema, así como para asegurar la continuidad de la atención sanitaria. El objetivo principal de este modelo de atención es reforzar la educación del paciente, garantizar el cumplimiento, eliminar la medicación innecesaria e identificar los síntomas recurrentes susceptibles de tratar de forma ambulatoria, evitando ingresos hospitalarios innecesarios. Este modelo se centra en las necesidades de los propios pacientes con el fin de crear un marco de atención compartida entre los diferentes ámbitos asistenciales. No menos importante sería aplicar herramientas que permitan identificar a los pacientes con enfermedades crónicas complejas, pluripatológicos y frágiles que requieran para su atención cuidados profesionales específicos y por tanto gestión de casos.

En este contexto el incremento en las enfermedades crónicas, conlleva el aumento del consumo de servicios sanitarios y por tanto el incremento en el consumo de medicamentos. El 20% de los pacientes mayores de 65 años están polimedicados. En este ámbito el tratamiento farmacológico de los paciente tiene un papel fundamental. Algunos de los problemas esenciales lo constituye la dificultad en el manejo del paciente polimedicado, las interacciones farmacológicas, la falta de ensayos sobre la efectividad de los fármacos en poblaciones ancianas o la dificultad en la adherencia por motivos diversos. (11)

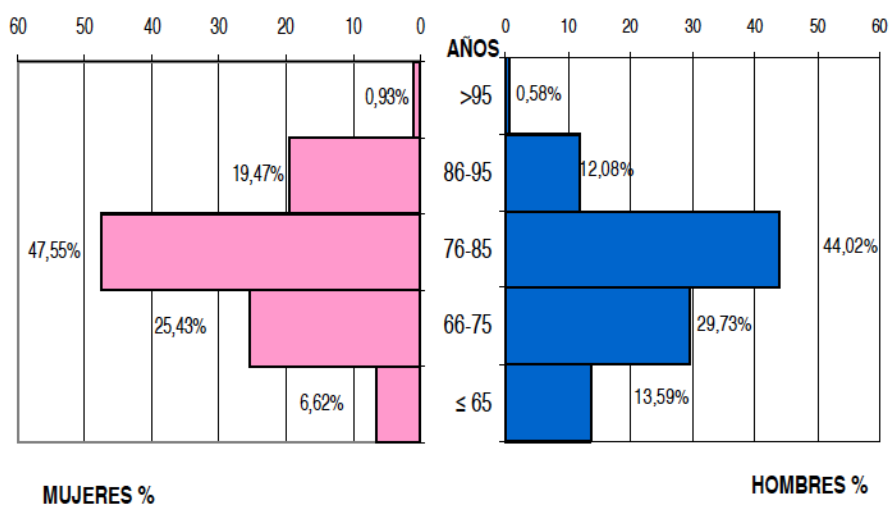
En el siguiente punto repasaremos las características esenciales de los PP e intentaremos describir algunas de las herramientas y estrategias que nos permitirían mejorar la atención y la farmacoterapia de los mismos.

CARACTERIZACION CLINICA DEL PACIENTE PLURIPATOLOGICO

La prevalencia de pluripatología en la población general se estima en un 1-1,5% y su mortalidad al año serían del 6,1%, mientras que en el entorno hospitalario se sitúa entre el 25-50% según las áreas, siendo su mortalidad anual en torno al 37%. (12,13)

Para conocer a esta población nos serviremos de los resultados del estudio de ámbito nacional PROFUND (13) donde fueron reclutados un total de 1632 PP, 75% de los cuales se incluyeron tras el alta hospitalaria, el 17,5% procedían de consultas externas y el 7,2% de hospitalización domiciliaria. La media de edad fue de $77,9 \pm 9,8$ años y el 53% fueron varones. Representamos la distribución por edad y sexo (Figura 1).

Figura 1. Distribución por edad y sexo de la cohorte multicéntrica de PP.



En cuanto a las características clínicas, la media de categorías (CAT) definitorias de PP fue de $2,7 \pm 0,8$. El 49,5% de los PP presentaban 3 o más categorías. La categoría clínica más frecuente fue la enfermedad cardiaca (CAT A) 77,5%, siendo la insuficiencia cardiaca del 57,7%, la cardiopatía isquémica del 40,5%, y ambas en el 21%. La segunda categoría más frecuente fue la enfermedad pulmonar (CAT C) 45,6%, seguida de la enfermedad

neurológica CAT E 38,2%, la enfermedad renal/autoinmune (CAT B) 32,2%, la neoplasia crónica/anemia 25,6% y la enfermedad arterial periférica/diabetes con neuropatía 25,2%. La media del índice Charlson y el índice Charlson ajustado a la edad fue de 4 y 2,4 respectivamente.

La media de las otras comorbilidades fueron, por pacientes, $4,5 \pm 2,7$, siendo la más frecuente la hipertensión 71,7%, seguidas de las arritmias crónicas 36,9%, la dislipemia 29%, la Diabetes Mellitus (DM) sin afectación visceral 29,3%, el síndrome depresivo 11%, y la hipertrofia benigna de próstata (HBP) 10,4%. El tabaquismo estaba presente en el 6,1%, la fibrilación auricular crónica en el 35,2%, presentando hasta un 11,5% una neoplasia activa que en el 37,2% de estos casos estaba en fase metastásica.

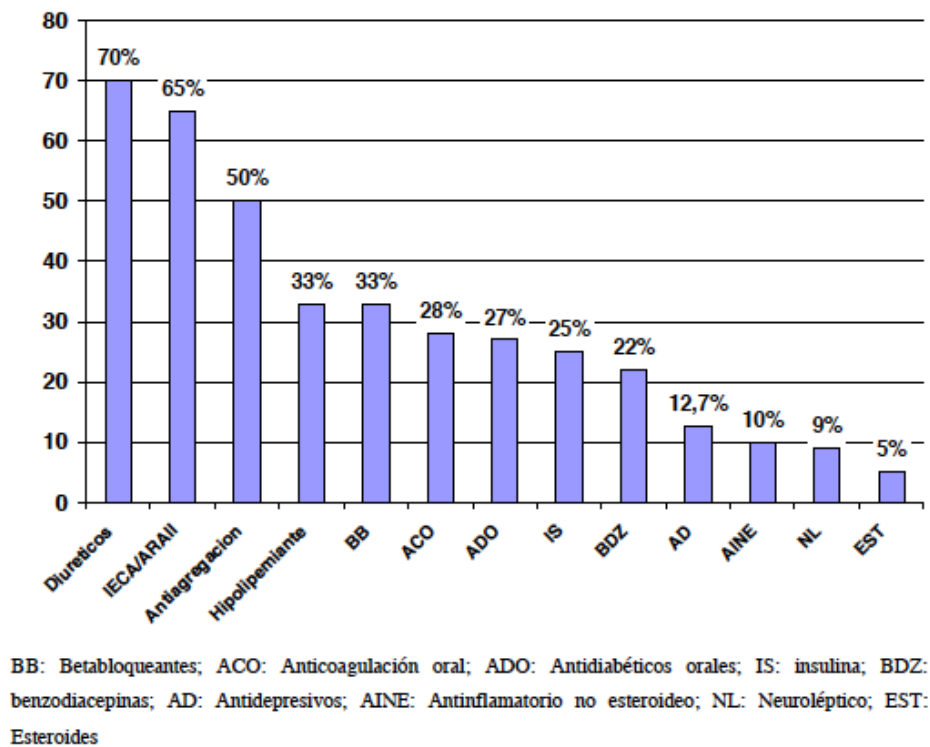
Desde el punto de vista funcional el 47,6% de los PP con insuficiencia cardiaca presentaba disnea grado ≥ 3 de la NYHA (New York Heart Association), el 52,4% de los PP con EPOC (Enfermedad Pulmonar Obstructiva) presentaba disnea ≥ 3 de la MRC (Medical Research Council). Hasta el 18,6% de los pacientes estaban con oxigenoterapia domiciliaria, el 12% presentó delirium durante el último ingreso hospitalario, y el 19% había sufrido más de una caída en el año previo a la inclusión del estudio.

Con respecto al perfil de prescripción farmacológica la media de número de fármacos prescrito de forma crónica fue de 8 ± 3 , siendo la prevalencia de polifarmacia del 85,6%. El 21% de los PP tomaban 10 o más fármacos, siendo los más frecuentes los diuréticos (prescritos en el 70% de los PP), IECA/ARAI 65,5%, antiagregantes 50%, hipolipemiantes 33%, betabloqueantes 33%, anticoagulantes orales 28%, antidiabéticos orales 27%, insulina 25%, benzodiacepinas 22%, antidepresivos 12,7%, AINE 10%, neurolépticos 9% y esteroides en el 5%. (Figura 2)

Como acabamos de ver la pluripatología condiciona la interrelación entre distintas enfermedades que confiere una mayor complejidad en su manejo, tanto en las decisiones diagnósticas como en las terapéuticas. Dado que en muchos casos estas enfermedades tienen una etiopatogenia discordante el

profesional sanitario debe de abordarlas desde una perspectiva centrada en el paciente y no en la enfermedad.

Figura 2. Prevalencia de prescripción de los diferentes grupos farmacológicos.



En algunas ocasiones nos podemos encontrar ante un paciente en el que las enfermedades muestran una asociación etiopatogénica dado que los factores de riesgo que la desencadenan son comunes, sería el caso de la obesidad, la diabetes, la hipertensión, la cardiopatía isquémica, la arteriopatía periférica o el ictus. Sin embargo en otras ocasiones dicha asociación no existe, como sería el caso de la insuficiencia cardiaca de origen hipertensivo, la anemia asociada a trastornos crónicos, el Parkinson, la demencia y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica. (14).

Esta alta complejidad lleva a la necesidad de individualizar el régimen terapéutico con cada uno de los pacientes, por lo que las guías de práctica clínica presentan grandes limitaciones dado que en la mayoría de los casos no fueron diseñadas para este perfil de enfermos y no tienen en cuenta elementos tan importantes como el pronóstico vital o las preferencias de los pacientes y sus cuidadores. En este punto recomendamos las lecturas 1 y 2.

PERFIL DE PRESCRIPCIÓN EN PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS: POLIMEDICACIÓN

Sabemos que existe una relación directamente proporcional entre el consumo de medicamentos, la aparición de errores de prescripción, las interacciones medicamentosas y por último la presencia de efectos adversos. De hecho estos últimos constituyen el principal factor de riesgo para la aparición de incidentes que motivan ingresos hospitalarios o atención en urgencias (15,16).

En este grupo de paciente existe un alto riesgo de sufrir interacciones medicamentosas o inadecuaciones en el tratamiento farmacológico derivadas de su elevada morbilidad y las continuas transiciones asistenciales (ingresos, consultas especializadas, pacientes institucionalizados).

Como saben en los ancianos, así como en los pacientes con enfermedades crónicas, existen alteraciones en los procesos de farmacodinámica y farmacocinética, que asociados a la disminución en la eficacia de los procesos de eliminación (metabolismo y excreción), conducen a alcanzar dosis más altas que en adultos sanos. Este hecho motiva respuestas alteradas siendo además un grupo muy sensible a los efectos sobre el sistema nervioso central con las consecuencias que estos trastornos pueden llegar a ocasionar (deterioro del déficit cognitivo, caídas etc). Por todo esto la monitorización de la dosis, el estudio de las interacciones y detectar precozmente los efectos adversos toma especial relevancia en los pacientes pluripatológicos y de edad avanzada. En este sentido, la aplicación sistemática y no individualizada de las directrices de las guías pueden ocasionar una sobre-medicalización, sobre todo en personas mayores.

A modo de ejemplo y con el objetivo de dimensionar el problema presentamos en la siguiente tabla el perfil de prescripción de los PP en Andalucía, según se recogen en su Plan Integral de Enfermedades Crónicas PIEC (17). En ella se describe el número de pacientes con 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11 y más de 11 medicamentos activos en la Historia de Digital durante al menos 6 meses (Tabla 1). En dicho documento se recoge a su vez un análisis de medicamentos centinelas de las enfermedades crónicas, en ella se analizan las

posibles combinaciones que encontramos en las situaciones clínicas más frecuentes. (Tabla 2)

Tabla 1. Consumo de medicamentos. Polimedicación (PIEC Andalucía).

nº medicamentos	nº pacientes en BDU	nº pacientes en proceso pluripatológico
5	96.484	5.015
6	76.103	4.952
7	58.712	4.731
8	43.379	4.363
9	30.730	3.636
10	21.131	2.949
11	14.112	2.190
12	9.161	1.613
13	5.151	1.002
14	3.088	707
15	1.830	414
16	1.075	275
17	674	166
18	380	103
19	208	62
20	126	39
21	81	30
22	32	11
23	22	4
24	18	6
25	9	3
26	3	1
27	4	1
28	2	1
29	0	0

6 Fuente: Subdirección de Farmacia y Prestaciones. Servicio de Promoción de Uso Racional del Medicamento. Febrero de 2012

Tal y como hemos comentado la prescripción terapéutica constituye por tanto una cuestión central y nuclear en el correcto abordaje y prestación de asistencia a estos pacientes. Es por ello que el farmacéutico especialista en farmacia hospitalaria es uno de los agentes claves del sistema sanitario y está adquiriendo especial relevancia en el manejo del paciente crónico. Establecer el equilibrio óptimo entre una prescripción prudente, pero eficaz y dirigida a los objetivos principales que se determine con el paciente y los familiares de acuerdo a su pronóstico vital y preferencias, resulta clave para mejorar los resultados en salud de esta población, su calidad de vida y su seguridad. (14)

Los pilares sobre los que se deben de basar las recomendaciones serían:

1. Optimizar la adecuación de la prescripción velando por la efectividad, la seguridad, y evitando las interacciones.
2. Optimizar la adherencia, minimizando el riesgo de errores en la toma.
3. Velar por la conciliación terapéutica en las diferentes frecuentes transiciones asistenciales que se producen en este perfil de pacientes.

Tabla 2. Combinación de medicamentos centinela según situaciones clínicas.

■ Diabetes (1) + cardiovasculares (3 ó 4)
■ Diabetes (1) + cardiovasculares (3 ó 4) + EPOC (2)
■ Diabetes (1) + cardiovasculares (3 ó 4) + Alzheimer (5)
■ Diabetes (1) + cardiovasculares (3 ó 4) + SMental (6)
■ Diabetes (1) + cardiovasculares (3 ó 4) + EPOC (2) + Alzheimer (5)
■ Diabetes (1) + cardiovasculares (3 ó 4) + EPOC (2) + SMental (6)
■ Diabetes (1) + cardiovasculares (3 ó 4) + EPOC (2) + Alzheimer (5) + SMental (6)

- (1) **Diabetes:** grupos A10A (insulinas) o A10B (hipoglucemiantes distintos a insulina). Pacientes que tenga medicamento de uno u otro grupo.
- (2) **Limitación crónica del flujo aéreo (EPOC o asma):** grupos R03BB (anticolinérgicos), R03AC (beta2), R03DC. (antileucotrienos), R03CC (beta2), R03AK (asociaciones). Pacientes que tenga medicamento de uno u otro grupo.
- (3) **Enfermedad vascular: anticoagulantes:** acenocumarol (2256), warfarina (2098), antiagregantes: aspirina (1059), 8363 (clopidogrel/aas), 8253 (prasugrel), 1211 (dipiridamol), 2144 (trifusal), 367 (clopidogrel). Pacientes que tengan medicamentos de uno u otro grupo.
- (4) **Insuficiencia Cardíaca:** IECAS o ARA II (C09) + betabloqueantes específicos (Carvedilol, Bisoprolol o Metoprolol). Pacientes que tengan prescritos de forma concomitante medicamentos de estos grupos.
- (5) **Alzheimer:** Donepezilo, Rivastigmina, Galantamina, Nemantina, etc.
- (6) **Salud mental:** grupo N06 (antidepresivos, excl. antidemen- cia) o N05 (antipsicóticos).

Conocido este problema son muchas las organizaciones que con el objetivo de buscar resultados en salud están trabajando en esta dirección analizando la situación, priorizando las intervenciones e implicando a todos los agentes que participan en este proceso.

En este sentido PIEC de Andalucía en un séptimo proyecto prioritario (Promocionar el uso adecuado del medicamento), recoge las claves para favorecer la monitorización continua de la farmacoterapia, establecer procedimientos normalizados de conciliación de la medicación en las transiciones asistenciales o incorporar criterios de selección y uso adecuado de medicamentos en este perfil de pacientes.

Otro ejemplo sería el impulsado desde el Plan Estratégico de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria sobre Atención a Farmacéutica al Paciente Crónico (18), donde se definen los ejes estratégicos y las líneas de actuación concretas priorizadas, sobre las que se sustentan las actuaciones en torno a los pacientes crónicos por parte de la farmacia hospitalaria en los próximos años.

POLIMEDICACION.

La polimedicación, también llamada polifarmacia por su traducción literal del inglés *polypharmacy* tiene varias definiciones. Existe una definición cualitativa que hace referencia al hecho de tomar más medicamentos de los clínicamente apropiados, es decir inadecuados. Por otro lado podemos decir en términos cuantitativos que el paciente polimedicado es aquel que toma más de 5 fármacos de forma ininterrumpida durante más de tres meses consecutivos (19).

En términos generales existen dos patrones diferentes de polimedicación: el paciente con una única enfermedad crónica que requiere de múltiples medicamentos (pacientes VIH), y el paciente pluripatológico (insuficiencia cardíaca, renal y anemia) donde cada entidad nosológica precisa de uno o varios medicamentos, siendo este último perfil el más frecuente.

Hay estudios de base poblacional donde se describe que hasta el 20% de las personas mayores de 70 años tomaban cinco o más fármacos. Se ha calculado que el incremento con la edad en el consumo de fármacos es de 0.4 por cada 10 años de vida (20).

Algunos de los factores asociados a la polimedicación serían:

- a. Factores físicos (pluripatología, cronicidad, discapacidad, envejecimiento...).
- b. Factores sociales: (Soledad, aislamiento, disponibilidad de recursos socioeconómicos...)
- c. Factores psicológicos (depresión, mitos y creencias...).
- d. Factores inherentes al sistema sanitario (basado en medicamentos principalmente, dificultad de acceso a otras terapias no farmacológicas).

De este modo los factores asociados a la polimedición dibujan un perfil correspondiente a una persona mayor, con un nivel sociocultural bajo, con múltiples enfermedades crónicas y dependiente de los servicios sanitarios. Un perfil, pues, de vulnerabilidad.

Una de las causas fundamentales de la polimedición la constituye la aplicación sistemática y no individualizada de las directrices de las guías clínicas, que llevan en algunos casos a la sobre-medicalización, fenómeno más acusado en las personas de edad avanzada las cuales quedan en muchos casos excluidas de los estudios en los que se basan dichas guías.

Una de las consecuencias de la polimedición es la falta de adherencia la cual disminuye conforme aumenta la complejidad del régimen terapéutico prescrito y con el número de medicamentos que se consumen. Esta falta de adherencia puede desencadenar descompensaciones o falta de consecución de los objetivos terapéuticos que se habían planteado. (19)

Por otro lado la polimedición incrementa la posibilidad de efectos adversos de la medicación. Los pacientes ingresados en hospitales que presentan dichos efectos adversos tomaban el doble de medicamentos que los que no los presentan.

Actualmente el modelo de prescripción farmacéutica no se centra en el paciente como un todo, no existiendo información suficiente sobre seguridad y eficacia en este perfil de pacientes. Estos problemas unidos a la falta de continuidad asistencial, de coordinación entre los niveles asistenciales y de

participación activa por parte del paciente hace de la polimedicación una cuestión esencial que necesita un enfoque integral, multinivel y multidisciplinar.

HERRAMIENTAS PRONOSTICAS. UTILIDAD EN LA PRACTICA CLINICA.

Una de las características de los PP sería la variabilidad con respecto a su situación clínica y funcional, de forma que pueden existir grandes diferencias entre los mismos, este hecho ha dificultado hasta la fecha decidir las intervenciones en función del pronóstico. Otros determinantes a tener en cuenta serían la decisión del propio enfermo, la situación socio-familiar, el estilo de vida, los aspectos socioeconómicos, ambientales, educativos o culturales.

En pacientes de edad avanzada la comorbilidad es el factor pronóstico mejor definido. Sin embargo, dado que esta situación precisa de una visión holística la herramienta empleada debe incluir una valoración funcional, clínica, cognitiva y social. Conocer el pronóstico de los pacientes sería una de las claves que permitirían al paciente y a los profesionales sanitarios que intervienen en el proceso predecir el curso clínico de la enfermedad y por tanto favorecer un uso racional de recursos y una adecuada toma de decisiones. A su vez, conocer las variables que condicionan dicho pronóstico permitiría realizar intervenciones sobre las mismas que conlleven mejorar los resultados en salud (14).

Dentro de los factores relacionados con la mortalidad de los PP destacamos la presencia de deterioro cognitivo, que a su vez conlleva al deterioro funcional del paciente (21). La relación entre la edad, la comorbilidad y el deterioro cognitivo es muy estrecha y recíproca; en pacientes con deterioro cognitivo las diferentes comorbilidades asociadas se constituyen en marcadores pronósticos independientes (22); por otro lado, un abundante número de enfermedades crónicas, condiciones asociadas y los fármacos con los que las tratamos son factores predisponentes demostrados de deterioro cognitivo (23).

Una herramienta simple pero potente sería la autopercepción de salud, que tiene una potencia pronóstica muy marcada, de manera que aquellas

personas que perciben su salud como mala tiene un riesgo de muerte dos veces superior a aquellos que la perciben como excelente. Así la depresión y la actitud negativa frente a la enfermedad conllevan una disminución de la supervivencia tanto en pacientes con enfermedades neoplásicas como enfermedades crónicas no neoplásicas. (24)

En relación con la valoración socio-familiar, la falta de apoyo socio-familiar constituye un factor predictor de mortalidad. La situación social (vivir sólo) además del estado funcional y la edad, es también un factor pronóstico independiente de mortalidad en ancianos (25).

Como hemos visto en el apartado anterior y tras el estudio PROFUND sabemos que la mortalidad de los PP durante el ingreso es del 19,3%, siendo la mortalidad al año de ser atendidos en el hospital del 39%. Sin embargo en una cohorte de PP de atención primaria con una complejidad claramente inferior sólo alcanzó el 6,1%. (12)

Disponer de una herramienta pronóstica para los PP nos va a permitir en función del mismo decidir qué medidas diagnósticas y terapéuticas son adecuadas y cuales no (por ejemplo anticoagulación tras diagnóstico de una fibrilación auricular o el uso de estatinas en pacientes con una expectativa vital de meses). Esta herramienta debería de poder ayudarnos a conocer el riesgo de mortalidad de los pacientes, de forma que podamos marcar objetivos clínicos realistas, asumir riesgos a la hora de proponer pruebas diagnósticas o procedimientos invasivos, evitando la obstinación terapéutica y garantizar unos cuidados paliativos de calidad llegado el momento.

Hasta el desarrollo del Índice PROFUND las escalas de valoración pronósticas disponibles correspondían a las específicas para algunas de las enfermedades crónicas que vemos con mas frecuencia en los PP (Ejemplos serían el Child-Turcotte-Pugh para la hepatopatía, el índice BODE o escala MRC de disnea para la EPOC, o el EFFECT y el Heart Failure Survival Score HFSS para insuficiencia cardiaca), así como otras generales como el índice de Charlson, el CIRS (Cumulative Illness Rating Score), el Índice de Kaplan para pacientes diabéticos o el índice de Levine entre otros.

Existe por tanto una larga lista de factores pronósticos en las diferentes enfermedades lo que explica por sí mismo que si se han identificado tantos posibles candidatos, es que ninguno de ellos por sí solo es capaz de dar respuesta a la valoración pronóstica. De ahí la necesidad de incorporar modelos pronósticos multidimensionales como sería el índice PROFUND.

Tabla 3. Calculo índice PROFUND.

CARACTERÍSTICAS	ODDS RATIO (IC) / P	ÍNDICE PROFUND
Demográficas ≥85 años	1.71 (1.15-2.5) / .008	3
Variables clínicas Neoplasia activa	3.36 (1.9-5.8) / <.0001	6
Demencia	1.89 (1.1-3.1) / .019	3
Clase Funcional III-IV de la NYHA y/o MRC	2.04 (1.4-2.9) / <.0001	3
Delirium en el último ingreso	2.1 (1.5-4.9) / .001	3
Parámetros analíticos (sangre-plasma) Hemoglobina <10g/dL	1.8 (1.2-2.7) / .005	3
Variables cognitivas-funcionales- sociofamiliares Índice de Barthel <60	2.6 (1.38-3.4) / <.0001	4
Cuidador diferente al cónyuge	1.51 (1.02-2.2) / .038	2
Variable asistencial ≥4 hospitalizaciones en los últimos 12 meses	1.9 (1.07-3.29) / .028	3
Total de parámetros que puntúan =9		0-30 puntos

Puntos y mortalidad			
0-2	3-6	7-10	11 o más
12,1-14,6%	21,5-31,5%	45-50%	61,3-68%

El índice PROFUND es una escala pronóstica desarrollada y validada para pacientes pluripatológicos atendidos en el ámbito hospitalario, y permite la estratificación del riesgo de muerte de estos pacientes pluripatológicos en los

siguientes 12 meses con una mortalidad al año que oscila entre 12,1% en el cuartil más bajo al 68% en el superior. Tabla 3.(13)

Ponemos además de manifiesto la existencia del índice PALIAR, que sería de aplicación en pacientes con una o varias enfermedades médicas que estén en fase al menos avanzada, excluyendo las neoplásicas. En este caso podemos calcular y estratificar el riesgo de muerte de estos pacientes en los siguientes 6 meses, estableciendo de este modo el criterio de terminalidad (Tabla 5) (26).

Tabla 5. Calculo Índice Paliar.

	Puntos
Puntuación en la escala PPS [*] :	
10–20	4
30–50	2,5
>60	0
Ingesta oral:	
Severamente reducida	2,5
Moderadamente reducida	1
Normal	0
Edemas:	
Presentes	1
Ausentes	0
Disnea de reposo:	
Presente	3,5
Ausente	0
Delirium:	
Presente	4
Ausente	0

* Palliative Performance score (escala funcional que valora 5 dimensiones, con una puntuación comprendida entre 0 [muerte]–100 [funcionalidad normal])

Puntos y mortalidad			
0-2	3-6	7-10	11 o más
21-21,5%	30,5-32%	43-46%	61-62%

Conocer y aplicar estas escalas pronósticas constituye una oportunidad para mejorar y priorizar las intervenciones que sobre los PP vayan a llevarse a cabo. Siguiendo las guías de práctica clínicas habituales para los diagnósticos más frecuentes en este perfil de pacientes (insuficiencia cardiaca, EPOC, enfermedad renal crónica, ictus o diabetes con afectación de órgano) encontraremos grandes limitaciones. Como ya hemos comentado la mayoría de ellas se basan en estudios en los que no se han incluidos PP por lo tanto la aplicación de la mismas debe de realizarse de forma individualizada. Este nuevo índice predictivo proporciona un método preciso y transportable de la estratificación del riesgo de muerte al año de los PP. A destacar la necesidad de llevar a cabo una valoración integral de los PP dado que incluye datos demográficos, clínicos, de laboratorio, funcionales o de índole socio-familiar.

Dentro del abordaje del PP la prescripción farmacéutica representa una cuestión nuclear. Estas herramientas pronósticas pueden constituir una de las bases sobre las que orientar la prescripción de los PP. Los objetivos deben de establecerse de forma conjunta con el paciente, o su cuidador, teniendo en cuenta su pronóstico vital y sus preferencias. En muchos casos las prioridades no son tanto los objetivos establecidos por las guías de práctica clínica sino la calidad de vida y la seguridad.

A continuación repasaremos algunos de aspectos esenciales en lo que a conciliación, adherencia y desprescripción del PP.

CONCILIACION.

Constituye el proceso formal de valorar el listado completo y exacto de la medicación previa del paciente conjuntamente con la prescripción farmacoterapéutica después de una transición asistencial. El error de conciliación sería toda discrepancia entre el tratamiento previo y el posterior que no es justificada por el médico. En este sentido el proceso de conciliación serviría para detectar discrepancias no justificadas entre la lista completa de medicamentos que debería tomar y el que está tomando. Los errores de conciliación son frecuentes y su prevalencia puede situarse entre el 10-67%. De hecho hasta un 20% de los efectos adversos en el medio hospitalario se atribuyen a dichos errores.

La conciliación es una nueva actividad que carece de suficiente evidencia científica en relación con su efectividad y coste, sin embargo es una herramienta esencial en términos de seguridad dada su capacidad de disminuir errores de medicación.

Hablando de seguridad un 7% de los pacientes ingresado experimentan efectos adversos prevenibles, y 2 de cada 100 de estos efectos adversos estaba relacionado con medicamentos y errores en la prescripción de los mismos. Es por ello que en nuestro país los medicamentos son la causa más frecuente de efecto adverso relacionados con la atención sanitaria tanto en el ámbito hospitalario como en atención primaria (27). Por último señalar que la mitad de los errores de medicación se producen por cambios en los profesionales sanitarios responsables de la atención del paciente de forma que se suelen omitir medicamentos, generar duplicidades, interacciones o prescripción de dosis o formas incorrectas.

En los pacientes de edad avanzada y pluripatológicos la polimedición constituye un riesgo para presentar errores de conciliación. Se trata de un proceso crucial si hablamos de seguridad para el paciente dado que esta se suele llevar a cabo en las llamadas transiciones asistenciales. En estas

transiciones la posibilidad de cometer errores es mayor, estando en muchos casos comprometida la estabilidad del paciente, hecho que lo hace más vulnerable.

Algunos de los escenarios donde ocurren estas transiciones asistenciales serían:

1. Hospital y asistencia hospitalaria: atención en urgencias, ingresos, consultas de especialistas o alta hospitalaria.
2. Atención Primaria: cambios de domicilio, cambios de médico de Familia, derivación a la atención hospitalaria o urgencias del centro de salud.
3. Otros: ingreso en centros socio-sanitarios, centros de prevención laboral, revisiones de empresa, farmacia comunitaria o consultas de otros profesionales sanitarios (odontólogo, podólogos etc.)

La causa principal en los errores de conciliación es el desconocimiento del tratamiento actual del paciente que se genera de la falta de comunicación eficaz de la información terapéutica entre los profesionales sanitarios y de estos con los pacientes y sus cuidadores. (28).

Las formas de realizar el proceso de conciliación no está del todo definida. Por un lado esta puede ser realizada por el médico, la enfermera o el propio farmacéutico. La información puede obtenerse a través de la historia clínica, de la entrevista con el paciente y el cuidador, el suministro de los envases o de los sistemas de registro de prescripción entre otros. En este sentido, no existe ninguna evidencia científica sobre qué procedimiento es el más adecuado para detectar errores de conciliación en población general y menos aún existe una metodología estandarizada específica para pacientes pluripatológicos.

El abordaje del paciente polimedcado y dentro de una prescripción adecuada, incluye revisar regularmente el tratamiento. Esta revisión se debería de realizar al menos con cada paciente nuevo, cada 6 ó 12 meses y cuando tenga lugar una transición asistencial. En todo este proceso la atención primaria y en concreto el Médico de Familia sería el responsable último del tratamiento así como el garante de la lista de medicación. La coordinación

entre la atención primaria y los otros niveles asistenciales sería uno de los objetivos fundamentales de cualquier sistema sanitario para asegurar la continuidad de los cuidados y en este caso concreto la conciliación de los tratamientos instaurados (19):

ADHERENCIA.

La adherencia sería el grado por el cual la conducta del paciente, en términos de tomar medicamentos, seguir dietas o realizar cambios en el estilo de vida, coinciden con la prescripción clínica. En este sentido el incumplimiento se define como la distancia que media entre la eficacia y la efectividad de un medicamento o de un tratamiento. Desde un punto de vista cuantitativo se define al paciente cumplidor como aquel que sigue el tratamiento prescrito en el rango del 80-110% (19).

Las formas de incumplimiento serían:

- Omisión: Suspensión del tratamiento o parte del mismo por mejoría, olvido o efecto adverso.
- Alteración de la posología: alteración de la dosis, intervalo interdosis, duración del tratamiento.
- Tratamiento no prescrito: seguimiento del tratamiento no prescrito (automedicación).

Existen múltiples estudios que demuestran la falta de cumplimiento por parte de los pacientes con enfermedades crónicas. Entre el 5-20% de las recetas prescritas no son retiradas de las oficinas de farmacia, siendo las tasas de incumplimiento entre los pacientes crónicos del 35-50%.

Este incumplimiento tiene diversas repercusiones como serían: disminución en la efectividad, aumento en la morbimortalidad, aumento de la polimedicación, aumento de la automedicación, aumento en los costes sanitarios y sociales, alteración de la relación médico-paciente o alteración en los resultados dentro de los estudios de investigación.

El origen de la falta de adherencia es múltiple: olvido, desconocimiento, desmotivación, desinterés, curación o ausencia de síntomas, aparición de

efectos adversos, procesos intercurrentes o iniciativa de otros profesionales entre otras. En la siguiente tabla describimos los factores que influyen en la adherencia terapéutica (Tabla 6). (29)

Tabla 6. Factores relacionados con la adherencia terapéutica.

Características del paciente	
<ul style="list-style-type: none"> • Actitud despreocupada hacia la enfermedad y/o el tratamiento • Escaso grado de conocimiento de la enfermedad y/o de la terapia • Desconfianza en la eficacia del tratamiento • Escasa motivación para recuperar la salud • Enfermedad percibida como poco grave 	<ul style="list-style-type: none"> • Desconocimiento de las consecuencias. • Edades extremas: niños y ancianos. • Nivel educacional bajo. • Status económico bajo. • Inestabilidad emocional, depresión, personalidad hipocondríaca
Características del Régimen terapéutico	
<ul style="list-style-type: none"> • Politerapia • Pautas posológicas complejas y/o incómodas • Incomprensión del régimen terapéutico • Aparición de efectos secundarios • Características organolépticas desagradables 	<ul style="list-style-type: none"> • Formas farmacéuticas y/o envases de uso complejo • Coste de la medicación • Administración oral frente a la parenteral • Tratamientos preventivos /profilácticos • Tratamientos crónicos y/o recurrentes
Características de la enfermedad	
<ul style="list-style-type: none"> • Enfermedad "silente" o poco sintomática • Patología crónica, recurrente y/o recidivante 	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermedad leve y/o ausencia de complicaciones • Coexistencia de otra patologías asociadas
Características del entorno familiar y social	
<ul style="list-style-type: none"> • Existencia de problemas de comunicación interfamiliares o sociales • Alto grado de conflicto entre las normas familiares/sociales y la conducta a seguir • Asistencia de los niños a consultas sin un adulto responsable 	<ul style="list-style-type: none"> • Escasa supervisión de la toma de la medicación • No haber ningún antecedente de la enfermedad dentro de la familia o amistades • Soledad (vivir solo)
Características de la estructura sanitaria	
<ul style="list-style-type: none"> • Burocracia asistencial • Cambios de médico • Dificultad de acceso a los centros sanitarios 	<ul style="list-style-type: none"> • Coste de la asistencia • Tratamientos ambulatorios frente a los hospitalarios
Características del profesional sanitario: médico, enfermero y farmacéutico	
<ul style="list-style-type: none"> • Desconfianza o poca cooperación entre el paciente y el profesional sanitario • Profesional con aptitudes y actitudes negativas para presentar la información: falta de empatía, desmotivación, etc. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ausencia de instrucciones escritas. • Lenguaje demasiado técnico. • Escasa o nula cooperación entre el médico y el farmacéutico

Como hemos visto de entre todas las posibles causas estas pueden estar relaciones con el paciente (motivación, conocimiento de su proceso de enfermedad), con el profesional (accesibilidad, grado de supervisión), con la enfermedad (síntomas, duración o gravedad) o con el tratamiento (complejidad, vía de administración o efectos adversos).

En los pacientes ancianos este problema se ve acrecentado por la falta de comprensión de los tratamientos de mayor complejidad, los olvidos, el deterioro cognitivo unido a la falta de ayuda en los cuidados o la mayor prevalencia de polimedicación.

A la hora de evaluar el grado de adherencia podemos diferenciar dos tipos de métodos, los directos y los indirectos. En el caso de los métodos indirectos podemos encontrar diversas herramientas o instrumentos. En general la información puede obtenerse a través de la entrevista clínica con el paciente, del control de los medicamentos retirados de las oficinas de farmacia, asistencia a cita o evaluando los resultados terapéuticos esperados, entre otros. Destacamos el cuestionario de Morisky-Green, fácil de realizar y que consta de los siguientes ítems:

1. *¿Se olvida usted de tomar alguna vez la medicación?*
2. *¿Toma usted la medicación a la hora indicada?*
3. *Cuando usted se encuentra bien, ¿Deja de tomar su medicación?*
4. *Si alguna vez se sienta usted mal, ¿Deja de tomar la medicación?*

También señalamos el test de cumplimiento auto-comunicado. Este es un método muy fiable si el paciente se declara no cumplidor, posteriormente habría que investigar las causas de dicha falta de adherencia y proporcionar soluciones a las mismas. Denominado Test de Haynes-Sackett consiste en realizar al paciente la siguiente pregunta:

- *La mayoría de la gente tiene dificultad de tomar los comprimidos, ¿Tiene usted dificultad en tomar los suyos?.* En caso afirmativo pasamos a preguntar el número de comprimidos que olvida en un periodo de tiempo y determinamos el porcentaje con respecto al número de comprimidos indicado.

Sin embargo no hay ningún método que nos permita conocer con certeza si un paciente sigue correctamente el tratamiento, por tanto es aconsejable utilizar varios de los instrumentos expuestos.

Una vez detectada la falta de adherencia y sabiendo que su origen es multifactorial el abordaje debería de ser multinivel y multidisciplinar con el objetivo de abarcar todas las posibles causas que la originaron.

Algunas de las recomendaciones serían:

- Mejorar la relación médico-paciente.
- Simplificar el tratamiento.
- Informar al paciente sobre su enfermedad y posibilidades de tratamiento.
- Hacer partícipe al paciente del plan terapéutico y de las posibles alternativas.
- Dar la información verbalmente y por escrito.
- Involucrar a la familia y cuidador.
- Utilizar métodos de recordatorios (pastilleros, mensajes etc).
- Reforzar periódicamente. Llamarlo si no acude a la cita.
- Fijar metas, explicar los resultados, logros en los objetivos.
- Revisar el grado de cumplimiento.
- Incentivar al paciente. Nunca culpabilizarlo de la falta de adherencia.

En general las intervenciones evaluadas han dado resultados cuando se combinan entre ellas. Debemos individualizar la intervención en función de las circunstancias y limitaciones de cada paciente, fortaleciendo la relación con el mismo e implicándolo en la toma de decisiones y sus resultados.

DESPRESCRIPCION:

Estudios muy recientes sobre la farmacoterapia de los pacientes pluripatológicos revelan que cada paciente toma una media de 12 fármacos diarios (2, 11). La desprescripción es un concepto que ha tenido un gran desarrollo en los últimos años. Consiste en revisar y replantear el plan terapéutico, generalmente de larga duración, para finalmente retirar fármacos, sustituirlos o modificar dosis. Para ello, es importante revisar las indicaciones de los fármacos, valorar el grado de adherencia y detectar eventos adversos e interacciones.

Este proceso constituye un método para mejorar la adecuación y existe un cierto bagaje teórico pero mucha dificultad en su implementación. Las ventajas que esta intervención podría suponer serían: reducción en el número de medicamentos, menor derivación a urgencias, menor mortalidad y

disminución de costes, todo ello, sin afectar a la calidad de vida ni al estado mental y sin que produzcan eventos adversos relevantes (30).

Es por ello que la desprescripción en función del pronóstico sería un aspecto interesante en este grupo de pacientes y de gran utilidad. Así por ejemplo, la desprescripción de medicamentos con intención profiláctica o preventiva parece una idea intuitivamente interesante en el contexto de pacientes con mal pronóstico. Sin embargo, no existe consenso sobre los límites en la esperanza de vida que deberían indicar actitudes de desprescripción según qué medicamentos o grupos de medicamentos.

Como revisamos en apartados anteriores, para evaluar la adecuación de los tratamientos se han desarrollado dos enfoques, en el caso de la desprescripción, el abordaje sería similar. Respecto a medidas implícitas existen varias publicaciones con cuestionarios que ayudan a suspender aquellos medicamentos cuya relación beneficio-riesgo no es favorable (31). Sin embargo, hasta donde se conoce no existen herramientas explícitas que ayuden a la desprescripción y que a su vez hayan demostrado resultados en salud. En este sentido son necesario estudios con diseños más ambiciosos que corroboren estos resultados y nos arrojen la evidencia científica suficiente para mejorar la prescripción en los pacientes pluripatológicos.

CASO CLÍNICO COMENTADO.

Paciente de 84 años de edad, mujer, exfumadora desde hace 5 años (índice tabáquico de 40 paquetes/año), con antecedentes de hipertensión arterial de 30 años de evolución bien controlada, diabetes mellitus de 10 años de evolución, en tratamiento con insulina desde hace 4 años, con hemoglobinas glicadas alrededor de 7 a 7.5% habitualmente, así como creatininas basales de 1.4 mg/dl. La paciente estaba en seguimiento por su Médico de Familia, y su tratamiento habitual es de enalapril 20 mg 1 comp al día, hidroclorotiazida 50 mg 1 comp al día, ácido acetil salicílico 100 mg 1 comp al día, omeprazol 20 mg 1 comp al día, metformina 850 mg 1 comp tres veces al día, insulina glargina 18 Unidades una vez al día.

La paciente es independiente para las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria y aunque tiene dolor en las rodillas, sale a pasear diariamente. Las funciones superiores están conservadas y preserva su vida social y familiar como siempre. No ha sufrido caídas en el último año. Vive con una hija y colabora en los cuidados de los nietos adolescentes (comida, colada, etc.)

La paciente ingresa en planta de Medicina Interna proveniente de Urgencias-Observación, donde acudió dos días antes por dolor torácico típico y disnea de inicio brusco ante un esfuerzo, con mal estado general, sudoración y náuseas, con constantes vitales normales, siendo atendida por los servicios de Urgencias extrahospitalarios, quienes consiguen calmar el dolor tras solinitrina endovenosa y 5 mg de cloruro mórfico subcutáneo. A la exploración presenta TA 150/75 mm Hg, 92 latidos/minuto, saturación O₂ 93% (FiO₂ 0,21) y destaca soplo sistólico grado 2 panfocal de predominio en foco aórtico, irradiado a carótidas que no oblitera el segundo tono. En la Rx de tórax sólo destaca una leve ingurgitación hiliar bilateral con cierto grado de redistribución vascular, sin otros hallazgos relevantes. En el ECG en el momento agudo presentaba ritmo sinusal con descenso del ST de 2 mm en DII y aVF, desapareciendo cuando se repite el ECG en Urgencias. En la analítica al ingreso presentaba Troponinas T basales de 85 UI/L, con elevación a 456 a las 6 horas y con un pico máximo de 2.350 a las 36 horas del evento, siendo normal la CPK en todo momento. Otros valores fueron creatinina 1,52 mg/dl, Hemoglobina 11,8 mg/dL y NT-proBNP de

2.350. Tras permanecer estable y asintomática, con el diagnóstico de SCASEST la remiten a tus camas de planta. A su llegada le retiraron la solinitrina, reapareciendo el dolor y los cambios eléctricos, que obligaron a volver a introducirla, quedando de nuevo asintomática.

1.- ¿Crees que está indicado la realización de una coronariografía en esta paciente?

a.- No, porque su edad contraindica la prueba

b.- Sí, porque toda paciente con SCASEST debe recibir una coronariografía diagnóstica y terapéutica si está disponible

c.- Sí, pero sólo tras haber realizado antes una prueba diagnóstica de isquemia, una ergometría o una gammagrafía de perfusión miocárdica

d.- Sí, pero sólo tras haber realizado antes una ecocardiografía transtorácica, que descarte la presencia de una estenosis aórtica crítica que pueda remedar un cuadro isquémico coronario

EXPLICACIÓN: La contraindicación de una coronariografía no depende tanto de la edad del paciente (aunque es indudable que juega un papel muy relevante para tomar decisiones) como de la situación basal del paciente y su pronóstico. Según el índice PROFUND para estimar el pronóstico (riesgo de fallecimiento a 1 año) esta paciente tiene un riesgo bajo de fallecimiento en un año, entre 12-14%. Por otro lado ante un cuadro muy claro de isquemia miocárdica, con sospecha de inestabilidad de la placa coronaria y riesgo de infarto agudo de miocardio, una prueba de isquemia sólo retrasaría el diagnóstico. Por último, es necesario descartar una estenosis aórtica crítica, ya que requeriría otro tipo de abordaje y contraindicaría la colocación de stents, que requieren tratamiento antiagregante doble durante un tiempo prolongado y contraindicarían la reparación quirúrgica mientras estuviera con dicho tratamiento.

2.- La paciente se realizó una ecocardiografía urgente que descartó una estenosis aórtica crítica, destacando sólo una FEVI en el límite inferior de la normalidad. Se realizó una coronariografía que demostró una oclusión de una

arteria diagonal de la descendente anterior no subsidiaria de tratamiento, así como una trombosis casi completa de la coronaria derecha que se trató con angioplastia con balón e implante de un stent farmacoactivo, con recuperación de la circulación coronaria (flujo TIMI 3). Una vez en planta la paciente permaneció asintomática. En una ecocardiografía reglada se informó de una estenosis aórtica leve-moderada, una hipertrofia ventricular leve, una aurícula izquierda de 40 mm, una hipoquinesia de la cara lateral del ventrículo izquierdo, con una FEVI de 45-50%, sin otros hallazgos relevantes. Se instauró tratamiento con ácido acetil salicílico 100 mg, ticagrelor 75 mg, atorvastatina 80 mg, omeprazol 20 mg, enalapril 20 mg, carvedilol 6,25 mg cada 12 horas, ivabradina 2,5 mg cada 12 horas, insulina glargina e insulina lispro. Tras seguimiento en planta 48 horas y permanecer asintomática, se le dio el alta. Presentaba tensiones alrededor de 100/55 mm Hg, frecuencia cardíaca de 55 latidos/minuto y una creatinina de 1.5 mg/dl.

2.- ¿Cómo realizarías la conciliación de la medicación de esta paciente?

a.- Añadiendo el resto de la medicación que falta (hidroclorotiazida y metformina)

b.- Añadiendo sólo la metformina

c.- Añadiendo sólo la hidroclorotiazida

d.- No añadiría ninguno de los dos fármacos

EXPLICACIÓN: La metformina estaría contraindicada en Insuficiencia renal grave (nuestra paciente presenta un eFG basal de 34 ml/min, calculado mediante CKD-EPI), y la hidroclorotiazida no sería necesaria pues la TA está en el límite bajo por la medicación ya prescrita (IECA y betabloqueante), además del riesgo de hiperuricemia en este paciente.

La paciente se fue a vivir a Barcelona con un hijo residente allí y le pierdes el seguimiento, dejando de verla. Dos años más tarde vuelve a tu consulta. La paciente en este tiempo ha desarrollado un deterioro cognitivo leve-moderado, con un Minimental-test de 18 puntos, siendo diagnosticada de demencia vascular tras las pruebas necesarias en un hospital de esa localidad. En el

último año ha presentado al menos tres caídas. A la exploración presenta, además del deterioro cognitivo, un Índice de Barthel de 55 puntos (Dependencia grave para las actividades básicas de la vida diaria) y a la exploración presenta tonos cardíacos arrítmicos que confirmas en el ECG, presentando un fibrilación auricular a 75 latidos/minuto. El tratamiento actual de la paciente sigue siendo ácido acetil salicílico 100 mg, ticagrelor 75 mg, atorvastatina 80 mg, omeprazol 20 mg, enalapril 20 mg, carvedilol 6,25 mg cada 12 horas, ivabradina, insulina glargina e insulina lispro, habiéndose añadido diazepam 5 mg como hipnótico.

3.- ¿Qué fármacos retirarías?

- a.- Ticagrelor, pues ya no está indicado
- b.- Ivabradina, pues no tiene utilidad en fibrilación auricular
- c.- Diazepam, pues es una benzodiacepina de vida media larga, que favorece las caídas y puede inducir episodios de delirium en pacientes ancianos o con demencia

d.- Los tres fármacos comentados

4.- ¿Qué harías con el tratamiento antitrombótico de la fibrilación auricular?

- a.- Iniciaría rivaroxaban, pues el anticoagulante más indicado cuando hay deterioro de la función renal
- b.- Iniciaría acenocumarol, pues me permite controlar el INR en esta paciente con la enfermedad renal crónica
- c.- Propondría un cierre percutáneo de orejuela con dispositivo Watchman

d.- Mantendría la aspirina, sin iniciar anticoagulación.

EXPLICACIÓN: Un paciente anticoagulado que sufre caídas frecuentes tiene un elevado riesgo de sangrado, especialmente cerebral, por lo que es riesgo supera al beneficio de la anticoagulación. Asimismo se trata de un paciente con demencia leve-moderada, con vida cama-sillón con seria dificultad para la deambulaci3n, donde no est3 claro que est3 indicada la anticoagulaci3n, e incluso cada vez hay m3s consenso de desprescribir la anticoagulaci3n a estos pacientes. Por otro lado aplicando el Indice PRUFUND la paciente presenta en la actualidad un riesgo de fallecer al a3o del 61,3-68% (12 puntos).

Parece oportuno mantener la aspirina en una paciente que además de la FA presenta cardiopatía isquémica y diabetes mellitus.

Año y medio más tarde la hija de la paciente va a buscarte porque su madre está en Observación. Presenta un deterioro marcado, y desde hace 6 meses tiene un índice de Barthel de 0, no conoce a familiares y no es capaz de emitir más que algunos sonidos guturales, pasando las 24 horas del día encamada y en posición fetal, con anquilosamiento de extremidades. Para la hija es casi imposible alimentarla porque la paciente “cierra la boca” y no colabora para la alimentación. Ha perdido mucho peso y tiene un IMC estimado de 14, con una gran úlcera por presión sacra de 12 cms cubierta por una escara negra con bordes eritematosos que dejan salir contenido purulento. Presenta TA 80/40 mm Hg, 112 latidos/minuto, temperatura corporal de 38,5° C, una saturación de O₂ de 85% (respirando aire ambiente) y una frecuencia respiratoria de 36 respiraciones/minuto. Tiene una deshidratación franca de mucosas, y a la auscultación respiratoria hay crepitantes húmedos en base derecha plano anterior. En la analítica destacan una creatinina en 3.12 mg/dl, una hiponatremia de 114 mEq/L, 18.300 leucocitos (con 92% de PMN), y una hemoglobina de 10.2 gr/dL. En una Radiografía de tórax portátil presenta un infiltrado alveolar basal derecho. El médico de Observación, un residente de casi tercer año, le ha planteado a la hija colocar una sonda de nutrición enteral para alimentarla, iniciar antimicrobianos para tratar la neumonía por probable aspiración que presenta y la infección de partes blandas en sacro y contactar con Cirugía para realizar desbridamiento. La hija no tiene claro qué hacer y te pide ayuda para tomar una decisión.

5.- ¿Cuál sería tu propuesta?

a.- Hay que colocar la SNG, iniciar antimicrobianos y medidas de soporte y proponer para desbridamiento quirúrgico

b.- Hay que colocar la SNG, iniciar antimicrobianos y medidas de soporte pero realizar sólo desbridamiento enzimático y autolítico con parches.

c.- Hay que iniciar antimicrobianos y medidas de soporte cuanto antes y postponer la colocación de SNG

d.- Hay que sentarse con la familia, preguntar si la paciente dejó verbalmente o por escrito registro de voluntades vitales anticipadas, y en caso contrario valorar si la hija prefiere un manejo agresivo o paliativo de su madre.

EXPLICACIÓN: La colocación de una SNG debe evitarse en los Servicios de Urgencias ante complicaciones agudas en pacientes con demencia avanzada mientras sea posible. Asimismo hay estudios que comprueban que pacientes con demencia avanzada que presentan una úlcera por presión estadio III o IV, tienen un pronóstico normalmente de meses y la gran mayoría fallece sin que se consiga cerrar la úlcera a pesar de usar medidas agresivas. Dado que la calidad de vida de esta paciente es muy mala, la situación es irreversible y el pronóstico vital también es malo, a pesar de las medidas que se tomen, parece razonable plantearse un manejo paliativo con limitación del esfuerzo terapéutico, centrando el manejo en el control de síntomas tales como el dolor, la disnea, el sufrimiento, etc. y evitando el encarnizamiento en una paciente a la que probablemente no le aporte ningún beneficio conseguir que salga de esta complicación aguda, que no es más que la expresión de las complicaciones de la fase final de su enfermedad crónica como es la demencia avanzada.

Sin embargo, y dado que no hay un criterio unánime al respecto, lo más sensato sería hablar con el familiar o representante de la paciente, en este caso su hija, y explicarle pros y contras de las medidas posibles a tomar, para que exprese qué tipo de abordaje prefiere que se haga con su madre.

BIBLIOGRAFIA.

1. Ollero –Baturone M, Álvarez TM, Barón-Franco B, Bernabeu–Wittel M, Codina A, Fernandez-Moyano A et al. Atención al paciente pluripatológico . Proceso asistencial Integrado. Second Edition. Sevilla. Public Health Direction of Andalusian Autonomus Government. 2007. Available at : <http://www.juntadeandalucia.es/salud/servicios/contenidos/procesos/docs/pluri.pdf>.
2. Alfaro Lara ER, Vega Coca MD, Galván Banqueri M, Marín Gil R, Nieto Martín MD, Pérez Guerrero C et al. Selection of tools for reconciliation, compliance and appropriateness of treatment in patients with multiple chronic conditions. *Eur J Intern Med* 2012; 23:506-12.
3. Bernabeu-Wittel M, Jadad A, Moreno Gaviño L, Hernández –Quiles C, Toscano F, Cassani M et al. Peeking through the cracks : an assessment of the prevalence, clinical characteristics and health-related quality of life of people with polypathology in a hospital setting. *Arch Gerontol Geriatr* 2010; 51: 85-19
4. García Morillo JS, Bernabeu M, Ollero M, Aguilar M, Ramírez N, González MA, et al. Incidencia y características clínicas de los pacientes con pluripatología ingresados en una unidad de medicina interna. *Med Clin (Barc)* 2005; 125:5–9
5. Ramirez Duque N, Ollero Baturone M, Bernabeu-Wittel M, Rincón – Gómez M, Ortiz-Camuñez MA, Garcia-Morillo S. Clinical, functional, mental and sociofamiliar features in polipathological patients. One-year prospective study in Primary Health Care.*Rev Clin Esp* 2008; 208:4-11.
6. Bernabeu –Wittel M, Baron- Franco M, Murcia-Zaragoza J, Fuertes-Martin A, Ramos-Cantos C, Fernandez Moyano Aet al. A multi institutional, hospital-based assesmente of clinical, functional, sociofamiliar and health characteristics of polypathological patients. *Arch Gerontol Geratr* 2011; 53:284-89.
7. Bernabeu- Wittel M, Ollero –Baturone M, Nieto-Martin D, García-Morillo S, Goicoechea-Salazar J. Patient – Centered Care for Older Adults with multiple Chronic Conditions: These are polipathological patients!. *J Am Geriatr Soc* 2013; 61 (3): 475-6.
8. Wagner EH, Austin BT, Davis c, Hindmarsh M, Schaefer J, Bonomi A. Improving chronic illness care: translating evidence to action. *Health aff* 2001; 20: 64-78
9. Wagner EH et al. Chronic disease management: what will it take to improve care for chronic illness? *Eff Clin Pract* 1998; 1:2-4
10. Jadad AR, Cabrera A, Martos F, Smith R, Lyons RF. When people live with multiple chronic diseases: a collaborative approach to an emerging global challenge. Chapter 4. Management models. Granada. Andalusian School of Public Health 2010. Available at: <http://www.opimec.org/equipos/when-people-live> with multiple-chronic-diseases.
11. Galván-Banqueri M, Santos-Ramos B, Vega-Coca MD, Alfaro-Lara ER, Nieto-Martín MD, Pérez-Guerrero C. Adecuación del tratamiento farmacológico en pacientes pluripatológicos. *Atención Primaria*. 2013;45(1):6-20.
12. P. Bohorquez Colombo, M.D. Nieto Martín, B. Pascual de la Pisa, M. J. García Lozano, M. A. Ortiz Camuñez, Máximo Bernabéu Wittel. Validación de un modelo pronóstico para pacientes pluripatológicos en atención primaria. Estudio PROFUND en atención primaria. *Atención Primaria*. 2014, 46(Supl 3)41-48.
13. Bernabeu-Wittel M, Ollero Baturone M, Moreno-Gaviño L, Barón-Franco M, Fuertes A, Murcia-Zaragoza et al. Development of a new predictive model for polypathological patients. The profund index. *Eur J Intern Med* 2011; 22: 311-17.

14. Practica clínica en Medicina Interna. Volumen I. SEMI. Grupo CTO. ISBN: 978-84-16527-53-3. Tema 9. Abordaje de los pacientes con enfermedades crónicas complejas y plurpatológicas. Pag. 93-108.
15. World Health Organisation. Failure to take prescribed medicine for chronic diseases is a massive, world-wide problem. 2003. Available at: <http://www.who.int/medicacentre/news/releases/2003/pr54/en/>. Accessed May 2014.
16. Pirmohamed M, Jame S, Meakin S et al. Adverse drug reactions as cause of admission to hospital: prospective analysis of 18820 patients. *British Medical Journal* 2004;329 (7456):15-9.
17. Plan Andaluz de Atención Integrada a Pacientes con Enfermedades Crónicas. 2012/2016. Consejería de Salud. Junta de Andalucía.
18. Plan Estratégico de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria sobre Atención a Farmacéutica al Paciente Crónico ISBN: 978-84-695-4474-7. Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria.
19. Gavilán-Moral E, Villafaina-Barroso A. Polimedicación y Salud. Estrategias para la adecuación terapéutica. ISBN: 978-27119-2011. (www.polimedicado.com).
20. Rollason V, Vot N. Reduction of polypharmacy in the elderly. A systematic review of the role of the pharmacist. *Drugs Aging* 2003;20:817-32.
21. McGuire LC, Ford ES, Ajani UA. Cognitive functioning as a predictor of functional disability in later life. *AM J Geriatr Psychiatry*. 2006;14:36-42.)
22. Van Dijk TP, Dippel DW, Van Der Meulen JH, Habbema JD. Comorbidity and its effect on mortality in nursing home patients with dementia. *J Nerv Ment Dis*. 1996;184:180-7.
23. Cherbuin N, Reglade-Meslin C, Kumar R, Jacomb P, Eastaugh S, Christensen H, et al. Risk factors of transition from normal cognition to mild cognitive disorder: the PATH through Life Study. *Dement Geriatr Cogn Disord*. 2009;28:47-55.)
24. Lewis SC, Dennis MS, O'Rourke SJ, Sharpe M. Negative attitudes among short-term stroke survivors predict worse long-term survival. *Stroke*. 2001;32:1640-45.
25. Reuben DB, Rubenstein LV, Hirsch SH, Hays RD. Value of functional status as a predictor of mortality: results of a prospective study. *Am J Med*. 1992;93:663-9.
26. Precisión de los criterios definitorios de pacientes con enfermedades médicas no neoplásicas en fase terminal. Proyecto PALIAR. M Bernabeu-Wittel, A Ruiz-Cantero, J Murcia-Zaragoza, C Hernández-Quiles, B Barón-Franco, C Ramos-Cantos, MD Nieto-Martín, A Fernández-López, A Fernández-Moyano, I Moreno-Gaviño, M. Ollero-Baturone. *Rev Esp Geriatr Gerontol*, 2010;45(4):203-212.
27. Fialová D, Topinková E, Gambassi G, Finne-Soveri H, Jónsson PV, Carpenter I, et al. Potentially Inappropriate Medication Use Among Elderly Home Care Patients in Europe. *JAMA* 2005;293:1348-58.
28. Institute for Healthcare Improvement (IHI). Protecting 5 million Lives from harm campaign. Getting Started Kit: Prevent Adverse Drug Events (Medication Reconciliation) How-to Guide. Institute for Healthcare Improvement; 2007. Disponible en: (www.ihf.org/).

29. Conthe P, Márquez Contreras E. Documento de Consenso. Una aproximación multidisciplinar al problema de la adherencia terapéutica en las enfermedades crónicas: Estado de la situación y perspectivas de futuro. 2012.
30. Rodríguez-Pérez A, Alfaro-Lara ER, Nieto-Martín MD, Ruiz-Cantero A, Santos-Ramos B. Deprescribing inpatients with multimorbidity: A necessary process. EJIM 2015; 26:7(18-19). <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejim.2015.06.011>.
31. Hamdy RC *et al* 1995, Garfinkel D *et al* 2007.

LECTURAS RECOMENDADAS. Para saber más.

1. Managing medications in clinically complex elders: “There’s got to be a happy Medium“. Michael A. Steinman; Joseph T. Hanlon. JAMA. 2010;304(14):1592-1601 (doi:10.1001/jama.2010.1482).
<http://jama.ama-assn.org/cgi/content/full/304/14/1592>.
2. Polypharmacy: Guidance for prescribing in frail adults. All Wales Medicines Strategy Group. July 2014.