

Un martes en la consulta de Medicina Interna

Begoña Cortés-Rodríguez

Servicio de Medicina Interna. Hospital Alto Guadalquivir. Andújar (Jaén). España

Recibido: 01/03/2020

Aceptado: 01/03/2020

En línea: 31/03/2020

Citar como: Cortés-Rodríguez B. Un martes en la consulta de Medicina Interna. Rev Esp Casos Clin Med Intern (RECCMI). 2020 (Mar); 5(Supl 1): 12-14. doi: 10.32818/reccmi.a5s1a5.

Cite this as: Cortés-Rodríguez B. Tuesday in outpatient Internal Medicine office. Rev Esp Casos Clin Med Intern (RECCMI). 2020 (Mar); 5(Supl 1): 12-14. doi: 10.32818/reccmi.a5s1a5.

Autor para correspondencia: Begoña Cortés-Rodríguez. begona.cortes.sspa@juntadeandalucia.es

Palabras clave

- ▷ Paciente pluripatológico
- ▷ Polimediación
- ▷ Conciliación de la medicación
- ▷ Desprescripción
- ▷ Efectos adversos

Keywords

- ▷ *Pluripathological patient*
- ▷ *Polypharmacy*
- ▷ *Medication reconciliation*
- ▷ *Deprescription*
- ▷ *Adverse effects*

Puntos destacados

- ▷ Los pacientes pluripatológicos presentan frecuentemente efectos adversos derivados de la polimediación; debería conciliarse la medicación en todo contacto asistencial y en transiciones.
- ▷ La valoración de la adherencia terapéutica y la necesidad de desprescripción deben ser una práctica habitual en los pacientes pluripatológicos.

Introducción

La polimediación (toma de más de cinco fármacos de forma ininterrumpida durante más de 3 meses consecutivos) es una situación frecuente en pacientes de edad avanzada y/o pluripatológicos¹. Dificulta la adherencia terapéutica, con aumento de interacciones farmacológicas y efectos adversos. La adecuación de la prescripción, mediante conciliación de la medicación, evaluación de la adherencia y desprescripción son estrategias fundamentales para la toma de decisiones en el manejo de los tratamientos de estos pacientes.

Historia clínica: antecedentes, enfermedad actual y exploración física

- Antecedentes personales. Hombre de 81 años con obesidad, diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial, dislipemia, cardiopatía isquémica,

Resumen

Describimos el caso de un hombre anciano pluripatológico y dependiente que acude a revisión en consulta de Medicina Interna. Presenta malestar general, mareo, sudoración, molestias digestivas y anorexia, que le llevaron a consultar en Atención Primaria y Urgencias. Niega cambios terapéuticos y refiere buena adherencia al tratamiento prescrito. Mediante una exhaustiva conciliación de la medicación, se detectan fallos de adherencia, fármacos inadecuadamente prescritos y posibles efectos secundarios medicamentosos, lo que permite realizar la desprescripción de varios medicamentos.

Abstract

We describe the case of a pluripathological and dependent elderly man who attends to Internal Medicine office. He complained about dizziness, sweating, digestive discomfort and anorexia, which led him to consult in Primary Care and Emergency Department. He denied therapeutic changes and referenced good adherence to the prescribed treatment. Through an exhaustive reconciliation of the medication, adherence failures, improperly prescribed drugs and possible medication side effects are detected, allowing the deprescription of some medications.

- enfermedad renal crónica leve-moderada, ictus isquémico lacunar sin secuelas, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) con disnea basal grado II, fracturas vertebrales osteoporóticas, poliartritis. Ex tabaquismo.
- Valoración funcional. Estudios primarios, buena función cognitiva (Pfeiffer: 1 error). Dependiente para las actividades instrumentales de la vida diaria (Lawton-Brody: 2) y dependiente moderado para las básicas (ABVD) (Barthel: 55). Adecuada situación sociofamiliar (Gijón: 7), cuidado por su esposa. Criterios de pluripatología: 4. PROFUND y PROFUNCIÓN simplificado: 3.
- Enfermedad actual. Acude a revisión en consulta de Medicina Interna con su esposa, quien le encuentra "apagado" y con pérdida de peso. Refiere anorexia y sensación de mareo frecuente, ortostatismo, sudoración profusa nocturna y empeoramiento de dispepsia previa. Niega clínica de insuficiencia cardíaca o exacerbación de EPOC. Informe de Urgencias reciente con tensión arterial (TA) 108/64 mmHg y juicio clínico de "posible AIT", indicando somnolencia.
- Exploración física. Peso 92 kg (6 meses antes, 96,2); IMC 34,2 kg/m²; TA tumbado 120/81 mmHg, 105/67 tras 3 minutos de pie; frecuencia cardíaca 64 lpm; auscultación cardiorrespiratoria normal; no edemas periféricos.
- Pruebas complementarias. Función renal habitual (creatinina 1,4 mg/dl; filtrado glomerular 45,5 ml/min/1,73 m²), hemoglobina y TSH normales, HbA1c 6,3% (5 meses antes, 7%), función hepática normal. Controles domiciliarios de glucemia adecuados, incluso coincidentes con mareo. MAPA: tendencia a hipotensión arterial diurna y nocturna.
- Tratamiento habitual. Niegan modificaciones terapéuticas y refieren adherencia completa. Entregan hoja de registro de la medicación proporcionada en la anterior visita, cumplimentada por su hija, aunque desconocen

cuándo la actualizó (**Figura 1**): tiotropio, olmesartán + hidroclorotiazida, metformina, carvedilol, doxazosina, tramadol/paracetamol, simvastatina, ácido acetilsalicílico, omeprazol. En receta digital, aparecen, además, somazina (reconocen no haberla adquirido), deanol + heptaminol y megestrol (pautados en Primaria 4 días antes, no las toma) y exenatida, administrada semanalmente (consta adición por Cardiología en informe de 3 meses antes). Doxazosina se prescribió un comprimido/día, pero toma dos veces. Aportan una caja de betahistina, de su esposa, que él toma cuando siente mareo. Se suspenden simvastatina, exenatida, deanol + heptaminol, doxazosina, somazina y megestrol.

Figura 1. Hoja de registro de la medicación domiciliar que entrega el paciente en la consulta

Evolución

A las 3 semanas, acudió a revisión, encontrándose mejor, con ingesta normal, ganancia de 2,5 kg, sin mareo. Persistía sudoración nocturna. Revisamos de nuevo la medicación, con hoja actualizada el día antes, coincidiendo con receta digital y último informe. Tomaba carvedilol antes de acostarse, comprobamos en ficha técnica que podía producir sudoración, y lo retiramos. Al mes, se encontraba bien, TA y glucemias en objetivos, había recuperado peso y no presentaba sudoración.

Diagnósticos

- Anciano pluripatológico polimedcado.
- Ortostatismo secundario a medicación hipotensora.
- Efectos secundarios gastrointestinales por antidiabético (exenatida), y sudoración por carvedilol.

Discusión y conclusiones

Los efectos adversos medicamentosos constituyen el principal factor de riesgo de incidentes con ingresos hospitalarios o atención en Urgencias². La polimedcación y las transiciones asistenciales, frecuentes en los pacientes pluripatológicos, aumentan la probabilidad de su ocurrencia.

La adecuación de la prescripción, mediante conciliación de la medicación, evaluación de la adherencia y desprescripción son fundamentales para minimizarla. Una prescripción es inapropiada cuando el riesgo de sufrir efectos adversos es superior al beneficio clínico, especialmente cuando existen alternativas terapéuticas más seguras³. La óptima adecuación terapéutica en pacientes pluripatológicos disminuye la incidencia de resultados negativos, produciendo beneficio sanitario y económico⁴. Existen distintas herramientas (Medication Appropriateness Index, criterios Beers, STOPP/START)⁵, validadas en ancianos, aunque no específicamente en pluripatológicos, en el ámbito ambulatorio. Su utilización está limitada por falta de entrenamiento del personal y tiempo para su aplicación.

La conciliación es un proceso formal que compara la medicación habitual del paciente con la prescrita tras una transición asistencial. Los cambios deben documentarse y comunicarse al siguiente prescriptor y al paciente¹. Se detectan discrepancias de distintos tipos entre los medicamentos que el paciente debería tomar y los que toma (**Tabla 1**). Los errores son frecuentes (10-67%), fundamentalmente debido al desconocimiento del tratamiento actualizado por comunicación ineficaz entre profesionales sanitarios y con pacientes y cuidadores, y provocan el 20% de los efectos adversos en el medio hospitalario⁶. La forma de realizar este proceso, clave en la seguridad del paciente, no está suficientemente definida.

No discrepancia	Inicio de medicación justificada por situación clínica
Justificada	Decisión médica de no prescribir un medicamento o cambiar su dosis, frecuencia o vía de administración, teniendo en cuenta la nueva situación clínica
	Sustitución terapéutica según guía farmacoterapéutica y programas de intercambio terapéutico
Requiere aclaración	Omisión. No prescripción de un medicamento necesario, sin justificar su adecuación
	Comisión. Administración de un medicamento innecesario, que no tomaba previamente
	Cambio de dosis, frecuencia o vía de administración de un medicamento que tomaba previamente, sin justificar su modificación
	Duplicidad. Se vuelve a pautar un fármaco o similar que ya tenía prescrito
	Interacción entre la medicación que se toma de forma crónica y la actual
	Mantenimiento de una medicación en una situación en la que está contraindicada
No intencionada	Prescripción incompleta. Información inadecuada de dosis, vía o frecuencia de administración del tratamiento crónico
	Error cuando se corrige la prescripción porque se asume que es un error

Tabla 1. Tipos de discrepancia en la conciliación. Adaptado de: Protecting 5 million lives from harm campaign. How-to Guide: prevent adverse drug events (medication reconciliation). Institute for Healthcare Improvement (IHI), 2007

La adherencia es el grado en que la toma de medicamentos coincide con la prescripción. En pacientes crónicos, el 5-20% de las recetas prescritas no se retiran de las farmacias y el incumplimiento es del 35-50%. Se detecta mediante entrevista clínica (cuestionario de Morisky-Green, test de Haynes-Sackett), registro de medicamentos retirados, evaluación de efectos esperados. Se recomienda mejorar la relación médico-paciente y la información, simplificar el tratamiento, implicar al paciente y cuidadores (métodos de recordatorio, incentivo)⁷.

La desprescripción consiste en revisar y replantear el plan terapéutico de larga duración, para retirar, sustituir o modificar dosis de fármacos. Implica revisar las indicaciones, valorar el grado de adherencia y detectar efectos adversos e interacciones. Podría reducir el número de medicamentos, las derivaciones a Urgencias, la mortalidad y los costes, sin efectos adversos ni afectar a la calidad de vida. Deben tenerse en cuenta el estado cognitivo, funcional y de fragilidad, la calidad de vida y el pronóstico del paciente.

Nuestro paciente tenía prescritos 16 medicamentos, y en los 3 meses previos había sido valorado por Atención Primaria, Urgencias y Cardiología. Utilizamos un modelo de hoja de registro de la medicación domiciliar que se entregó al paciente y cuidadora, con instrucciones de cómo rellenarla y actualizarla (véase **Figura 1**). Comparamos con receta digital, informes clínicos y cajas de medicación, detectando discrepancias por falta de adherencia por omisión, alteración de la posología y automedicación. Consideramos inapropiada la adición de exenatida, por buen control metabólico y dispepsia de larga evolución, existiendo terapias antidiabéticas más seguras para el paciente. Según los criterios STOPP/START, las estatinas estarían indicadas en mayores de 65 años con antecedente de enfermedad arterioesclerótica cuando exista independencia para las ABVD y esperanza de vida superior a 5 años. El paciente, con cardiopatía isquémica e ictus, era dependiente moderado y su índice PROFUND pronosticaba una mortalidad a los 4 años del 73,5% (retiramos simvastatina). Suspendimos doxazosina y carvedilol por su relación con efectos adversos que presentaba el paciente (hipotensión ortostática y sudoración, respectivamente); deanol + heptaminol y somazina, por escasa evidencia de su efectividad; y megestrol, por ausencia de indicación.

En conclusión, para la seguridad de los pacientes pluripatológicos, es fundamental disponer y dedicar tiempo y atención a la revisión de la medicación, utilizando una combinación de herramientas adecuadas para detectar errores que pueden provocar efectos adversos que suponen un alto coste en morbilidad, calidad de vida y atención sanitaria a estos pacientes⁹.

Bibliografía

1. Gavilán-Moral E, Villafaina-Barroso A. Polimedición y salud: estrategias para la adecuación terapéutica. Plasencia. Polimedico labs, 2011.
2. 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. *Aten Primaria*. 2013; 45(1): 6-18. doi: 10.1016/j.aprim.2012.03.011.
3. Hanlon JT, Schumacher KE, Ruby CM, Weinberger M. Suboptimal prescribing in older inpatients and outpatients. *J Am Geriatr Soc*. 2001 Feb; 49(2): 200-209. doi: 10.1046/j.1532-5415.2001.49042.x.
4. Medeiros-Souza P, Santos-Neto LL, Kusano LT, Pereira MG. Diagnosis and control of polypharmacy in the elderly. *Rev Saude Publica*. 2007; 41(6): 1049-1053. doi: 10.1590/s0034-89102006005000050.
5. Delgado Silveira E, Muñoz García M, Montero Errasquin B, Sánchez Castellano C, Gallagher PF, Cruz-Jentoft AJ. Prescripción inapropiada de medicamentos en los pacientes mayores: los criterios STOPP/START. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2009; 44(5): 273-279. doi: 10.1016/j.regg.2009.03.017.
6. Fialová D, Topinková E, Gambassi G, Finne-Soveri H, Jónsson PV, Carpenter I, et al. AdHOC Project Research Group. Potentially inappropriate medication use among elderly home care patients in Europe. *JAMA*. 2005; 293(11): 1348-1358. doi: 10.1001/jama.293.11.1348.
7. González-Bueno J, Vega-Coca MD, Rodríguez-Pérez A, Toscano-Guzmán MD, Pérez-Guerrero C, Santos-Ramos B. Intervenciones para la mejora de la adherencia al tratamiento en pacientes pluripatológicos: resumen de revisiones sistemáticas. *Aten Primaria*. 2016; 48(2): 121-130. doi: 10.1016/j.aprim.2015.02.012.
8. Rodríguez Pérez A, Alfaro Lara ER, Nieto Martín MD, Ruiz Cantero A, Santos Ramos B. Deprescribing in patients with multimorbidity: a necessary process. *Eur J Intern Med*. 2015; 26(7): e18-19. doi: 10.1016/j.ejim.2015.06.011.