



El PAPP al día...

FESTIVAL DE CORTOS EN POLIMEDICACIÓN Y SALUD

El pasado 25 de mayo tuvo lugar en el Auditorio Santa Ana de Plasencia la Gala de entrega de Premios del I Festival de Cortos 'Polimedcación y Salud'. Es una iniciativa cuyos objetivos son los de educar, alertar y sensibilizar a la población promoviendo su pensamiento crítico sobre estos problemas y de paso, fomentar el trabajo en equipo entre profesionales sanitarios favoreciendo la participación comunitaria y la comunicación entre profesionales sanitarios y pacientes a través del cine.

Se presentaron 59 cortos, de 4 países: 55 de España, uno de Rusia, uno de Chile y dos de Brasil. El jurado lo compusieron diez personalidades del mundo de la salud de ámbito nacional e internacional.

Los premios fueron otorgados a:

- El Primer premio del Jurado, dotado de un importe económico de 1.500 €, fue para el director Chiqui Paniagua. El corto muestra en tono de comedia, las aventuras y desventuras de Amparo, una paciente de 80 años que espera en la puerta de la consulta de su médico, mientras se dedica a recomendar medicamentos de una manera muy particular a los demás pacientes que van llegando.
- El premio del público, dotado con 1.000 €, fue concedido a de los directores Nacho



Navarrete & Jordi Martín. El corto narra, en tono de comedia, cuáles son los elementos que contribuyen a polimedcación y que el sistema sanitario comete errores con unas consecuencias que sufren los pacientes.

Benzodiazepinas en el paciente polimedcado

Las benzodiazepinas (BDZ) son un grupo de fármacos que consume principalmente la población anciana con problemas de insomnio y ansiedad. Hay que tener en cuenta una serie de consideraciones en este grupo de población que afecta al consumo de medicamentos de forma general, y BDZ de forma particular.

Los ancianos son más sensibles a la acción de los fármacos, debido principalmente a los cambios fisiológicos y metabólicos que se producen en las personas de edad avanzada, en las cuales se da un deterioro, entre otros, de las funciones hepáticas y renales.

Por ello, en relación a las BDZ habrá que tener en cuenta la dosis y duración del trata-

miento para evitar producir tolerancia y dependencia, y la elección de la BDZ más idónea, ya que las diferencias farmacocinéticas van a condicionar los efectos y el riesgo de reacciones adversas.

Las recomendaciones terapéuticas consensuadas y las guías de práctica clínica aconsejan que el tratamiento con BDZ para la mayoría de las indicaciones no supere las 3-4 semanas. Por tanto, excederse en el tiempo de utilización puede crear tolerancia y dependencia en el paciente y pérdida de eficacia terapéutica. Aun así, sabemos que se supera este tiempo en una gran parte de pacientes tratados.

Las BZD, en particular las de semivida de eliminación larga, son consideradas por los

criterios Beers y STOPP-START (criterios establecidos por paneles de expertos para establecer la calidad de la prescripción y uso de medicamentos en ancianos) como unos de los medicamentos potencialmente inapropiados en ancianos, con una calidad de evidencia alta.

Entre los criterios de elección de BDZ en pacientes de edad avanzada, se encuentran:

- Elegir una BDZ de vida media corta, evitando las BDZ de vida larga por su mayor riesgo de efectos adversos. En ansiedad optar por una de vida media intermedia.
- Elegir una de las BDZ más hidrosolubles pues se eliminan con más facilidad, mien-

Beers 2012

Los ancianos tienen una sensibilidad mayor (o incrementada) a las benzodiazepinas, así como un metabolismo más lento de los fármacos de acción larga o prolongada. En general todas las benzodiazepinas aumentan el riesgo de deterioro cognitivo, delirio, caídas, fracturas y accidentes con vehículos en los ancianos.

STOPP-START

Uso prolongado (más de 1 mes) de benzodiazepinas de vida media larga (como clordiazepóxido, flurazepam, nitrazepam, clorazepato) o benzodiazepinas con metabolitos de larga acción, como diazepam (riesgo de sedación prolongada, confusión, trastornos del equilibrio, caídas)



tras que las más liposolubles se acumulan en tejido adiposo.

- **Preferentemente una BDZ con metabolización solamente por vía conjugativa,** pues producen metabolitos inactivos o hidrosolubles y se facilita su eliminación. Con la edad la vía oxidativa se deteriora y las BDZ que utilizan esta vía pueden llegar a acumularse. Por ejemplo el lorazepam.

La población diana del programa de apoyo al paciente polimedcado (>75 años y 5 o más fármacos de forma crónica), supone un **7,20 % de la población general** (78.000 pacientes) y consumen una media de casi **9 medicamentos de forma crónica**, siendo las BDZ uno de éstos.

Un **42% de la población diana** consume BDZ, haciéndolo de **forma crónica en más de un 15%**. Además, en ese consumo crónico el 1,5% lo hacen con 2 o más benzodiazepinas.

Las dos últimas BDZ (cuadro) son de vida media larga, no estarían indicadas en pacientes de edad avanzada y sin embargo alcanzan el **13,01%** del total de BDZ prescrita en pacientes polimedcados de nuestra CCAA. Habría que hacer una reflexión acerca de los ajustes de dosis, tiempo y farmacocinética en pacientes de edad avanzada, ya no sólo con las BDZ sino con los demás medicamentos. Se evitarían muchas reacciones adversas y consecuencias que empeoran la salud de estos pacientes como las caídas, síndrome confusional, etc.

Las BDZ más consumidas son:

LORAZEPAM (N05BA)	29,58%	69,31%
ALPRAZOLAM (N05BA)	16,06%	
ZOLPIDEM (N05CF)	13,11%	
LORMETAZEPAM (N05CD)	10,56%	
BROMAZEPAM (N05BA)	9,92%	
CLORAZEPATO DIPOTÁSICO (N05BA)	7,01%	13,01%
DIAZEPAM (N05BA)	6,00%	

Recomendaciones utilización de las benzodiazepinas en población anciana

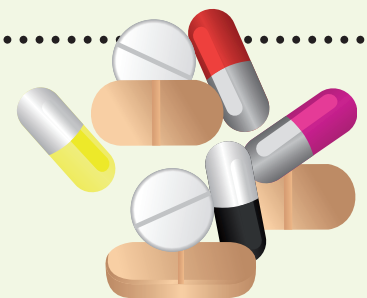
	Benzodiazepinas	Semivida		
	Clobazam	Flurazepam	>24 h	
	Clonazepam	Halazepam		
	Clorazepato dipotásico	Medazepam		
	Clordiazepóxido	Pinazepam		
	Diazepam	Quazepam		
	Ketazolam			6-24 h
		Benzazepam		
Brotizolam				
Midazolam				
Triazolam			6-24 h	
	Lorazepam	Alprazolam**	6-24 h	
	Loprazolam*	Bromazepam**		
	Lormetazepam*	Flunitrazepam**		
		Oxazepam**		

*Hipnóticos recomendados de acción intermedia**
*Ansiolíticos recomendados***



A Propósito de un caso... Soledad y polimedcación...

Elvira Álvarez Béjar (Trabajadora Social). Centro de Salud de Talayuela.



Pilar tiene 83 años de edad y está viuda desde hace un año aproximadamente. Vive sola, tiene un hijo pero está casado y vive en una finca fuera de la localidad, las relaciones con su nuera son negativas. Tiene muy poco contacto con el exterior, sólo acude al Centro de Salud y mantiene entrevistas con su enfermera, que es su mayor confidente.

Es derivada a la Unidad de Trabajo Social del Centro de Salud por falta de adherencia al tratamiento y por tener factores de riesgo social.

Antecedentes clínicos de interés

Situación	
Dependencia ligera en el test de Barthel (100), pérdidas de memoria frecuentes que le dificultan la toma de medicamentos, diagnosticado en el PIDEX GDS 5.	
Dificultad para realizar incluso las tareas del hogar y para andar, pero en su domicilio se desenvuelve bien con un andador.	
Patologías	Tratamiento (10 medicamentos)
Obesidad, Diabetes Mellitus, Insuficiencia respiratoria, Asma crónico.	Donepezilo, Lorazepam, Escitalopram Simvastatina, Lactulosa, , Omeprazol, Enalapril, Torasemida, Calcio+vitD, Ibandronato.

Valoración y diagnóstico social

- Mantenemos una entrevista la trabajadora social y la enfermera con Pilar y su nuera en el despacho.
- Pilar todavía no ha superado el duelo, tiene una gran carga de ansiedad y una soledad que le hace difícil seguir con su vida diaria, incluso manifiesta en la entrevista: “ *No sé para qué me voy a levantar*”, *sin mi marido mi vida no tiene sentido...*”. Lo que más le preocupaba era la soledad en la que estaba sumida tras el fallecimiento de su marido, no le daba importancia al tratamiento y a su estado de salud, cuando la conocimos prácticamente no comía, dormía mal, la vivienda estaba desordenada, tampoco compraba alimentos porque decía que no tenía ni hambre ni ganas de cocinar.
- Pilar refiere que su nuera le impone las cosas, que la trata mal, no la entiende, y la nuera por el contrario, refiere que es su suegra quien no colabora con toda esta situación.

- Pilar se olvida de tomar algunos medicamentos, e incluso ha llegado a mezclar las pastillas, porque las tenía en una caja todas mezcladas, sin saber realmente qué era lo que debía tomar y la hora. Tiene miedo a equivocarse, a que le pase algo y no poder acudir al médico.
- Pilar vive angustiada, no le encuentra sentido a su vida tras perder a su marido, no se siente capaz de nada. Tiene miedo a enfrentarse a la vida sola, pues su marido se ocupaba de ella y de su medicación. Su falta de autoestima y de confianza le hace tener miedos que debe superar ella misma, con el paso del tiempo y con la ayuda de profesionales y su propia familia.

- Se decide la inclusión de la paciente en el programa del polimedcado y se acuerda con Pilar y su nuera que deben colaborar en la preparación del pastillero y la toma de medicamentos. Ellas se comprometen al menos a intentarlo, se le programan citas para la Trabajadora Social y la Enfermera para el seguimiento y control dentro del programa. Se le entrega una hoja de tratamiento, que decide colocar en la nevera para no olvidare las tomas.

Actuaciones realizadas

- Se propone obtener recurso, una Auxiliar de Ayuda a Domicilio del Servicio Social de Base para que vaya una hora a su casa, le ayude en las tareas domésticas y consiga nuestro principal objetivo: que esté acompañada y no se sienta tan sola.

Resultados

- Actualmente esta paciente lleva un año con el programa, su evolución ha sido positiva, de forma progresiva se ha ido adaptando a la situación. Pilar se encuentra más animada, va de vez en cuando al hogar de mayores e incluso tiene ilusión por realizar algún viaje.

Uno de muchos...

María Zambrano Casimiro (Farmacéutica), *Pilar Álvarez Palacios* (Médico) y *Nieves Otero Gómez* (Enfermera). Centro de Salud de Valencia de Alcántara. Área de Salud de Cáceres.

Acude a la consulta de la farmacéutica de AEAP un paciente (varón de 81 años) derivado por su médico de familia, ya que presenta confusión en la toma de medicamentos así como unos niveles de tensión anormalmente elevados (160/90), a pesar de estar en tratamiento farmacológico.

Está diagnosticado de los siguientes problemas de salud: obesidad, HTA con afectación de órgano diana (cardiopatía hipertensiva), diabetes mellitus tipo II no insulino-dependiente (bien controlada), fibrilación auricular crónica, episodio de IC, dislipemia, artrosis generalizada y enfermedad de Paget. Manifiesta hipoacusia severa, síndrome vertiginoso y ha sido intervenido de cataratas en ambos ojos. No presenta insuficiencia renal ni hepática.

Acude a la consulta con su bolsa de medicamentos, que se reflejan en la tabla siguiente:

Tras la revisión, se proponen una serie de intervenciones farmacéuticas que se recogen en el cuadro inferior junto a la determinación del facultativo médico.

Intervención farmacéutica	Decisión médica
Duplicidad en los Inhibidores de la Bomba de Protones	Mantener Pantoprazol, ante el potencial riesgo de hemorragias por interacción Omeprazol-Acenocumarol
Cambio de antihipertensivo, ante incumplimiento terapéutico*	Retirar Furosemida y Eprosartán por la asociación Valsartán / Hidroclorotiazida (320mg/25mg)
Variación pauta de Simvastatina** (0-0-1), cumpliendo las normas de correcta administración (mayor síntesis de colesterol durante la noche)	Aceptada
Recordar hábitos y recomendaciones para los pacientes en tratamiento con Acenocumarol, junto con personal de enfermería	Aceptada
Valorar la eliminación de Sulpirida, manteniendo Tietilperazina ante las crisis de vértigo	Aceptada, ante el mejor perfil de seguridad de Tietilperazina

*A pesar de que no se recomiendan las asociaciones a dosis fijas, al no permitir su ajuste en función de la respuesta obtenida, se optó por esta alternativa al ser un paciente incumplidor.
 **Además de la variación de la pauta de la estatina, el cambio por Pravastatina hubiera asegurado disminuir las interacciones con Sintrom.

	Desayuno	Comida	Cena
Omeprazol 20 mg	1		
Pantoprazol 20 mg	1		
Furosemida 40 mg			1
Eprosartán 600 mg	1		
Colecalciferol /Vitamina D (1500mg/ 400 UI)		1	
Metformina 850 mg	1		1
Simvastatina 10 mg	1		
Acenocumarol 4 mg	según calendario		
Nebivolol 5 mg	1		
Sulpirida 50 mg	1		
Tietilperazina 6.5 mg	durante las crisis de vértigos s/p (1/día)		
Paracetamol 1 g	a demanda (dolores óseos)		

No se le hace entrega del pastillero porque se niega y no tiene posibilidad de que una persona se lo pueda preparar. No obstante, al ser cumplidor en sus citas con el control de enfermería y tener capacidad para el reconocimiento de los medicamentos que consume, se le cita al mes para comprobar el grado de cumplimiento del nuevo tratamiento.

En los sucesivos meses se observa que ha mejorado considerablemente su adhesión al nuevo tratamiento siguiendo las nuevas pautas marcadas. Las cifras de tensión arterial se aproximan a lo valores de 140/80. Una vez estabilizados dichos niveles, se le cita para una nueva valoración a los 6 meses.



Entre Bastidores

Ya en el año 460 A.C., el incumplimiento terapéutico era considerado por el propio Hipócrates, que indicaba a sus discípulos que tenían que “vigilar a los pacientes, quienes mienten con frecuencia sobre haber tomado las cosas prescritas. Por haberse negado a tomar bebidas desagradables, purgantes u otras, a veces mueren. Jamás confiesan lo que han hecho y la culpa se le atribuye al médico”.

La medida del incumplimiento es tarea difícil por la gran cantidad de factores implicados, y en la actualidad no se dispone de ningún método, ni directo ni indirecto, que por sí sólo permita valorar todos los aspectos del cumplimiento.

Los métodos indirectos valoran el incumplimiento basándose en informaciones indirectas que se pueden obtener del enfermo o del profesional sanitario que lo atiende.

Son métodos utilizados en condiciones reales de práctica clínica diaria y en los estudios de efectividad, menos fiables que los directos, más baratos y sencillos.

Inicialmente, en la consulta sanitaria, nos aproximamos al paciente con el test de cumplimiento autocomunicado de Haynes-Sackett basado en la entrevista clínica, y se continúa con los métodos basados en el recuento de comprimidos, tanto recuento simple de comprimidos (RSC) como



Jacinto Espinosa García. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. C. S. Villanueva de la Serena Norte

con los monitores electrónicos de control de la medicación (MEMS), que son considerados como “patrón de oro”.

Recientemente el autor de este “Entre bastidores” ha presentado su Tesis doctoral titulada “Validación de la llamada telefónica como método de medida del cumplimiento terapéutico de la HTA en Extremadura-VALCUMPLEX HTA”, donde se incluyeron 125 pacientes hipertensos no controlados de 25 consultas médicas de la Comunidad Autónoma de Extremadura.

Para realizar los estudios de validación se utiliza una tabla de 2x2 en la que se enfrentan los resultados de la prueba que se va a validar con un método de referencia de alto rendimiento (un método directo o el recuento simple de comprimidos en consulta o en el domicilio del paciente).

La llamada telefónica en este estudio aporta una máxima sensibilidad (100%) junto a una alta especificidad (86%), índice de kappa (0,415) y exactitud global (86,8%) como medida de cumplimiento.

Se concluye que la llamada telefónica, como método de medida del cumplimiento terapéutico, representa una buena alternativa por su casi universalidad, facilidad de uso, coste reducido, disminución de desplazamientos de los pacientes a los centros sanitarios, disminución de desplazamientos de los profesionales sanitarios a los domicilios de los usuarios para recuento de comprimidos; y todo ello, sustentado en la validez de la prueba.



Los prismáticos de la polimedicación

“tenemos Twitter”

A partir de ahora las secciones de “Los prismáticos de la polimedicación” y “Blogs-Web de interés”, se suprime de la publicación en papel. Los contenidos de noticias y enlaces de interés recogidos en estos apartados pasaran a incorporarse a la cuenta de Twitter creada del BoEx PAPP.

@boexpapp



GOBIERNO DE EXTREMADURA
Consejería de Salud y Política Social

BoEx Boletín Extremeño sobre el Programa
PAPP de Apoyo al Paciente Polimedocado

E-mail: boexpapp@ses.juntaextremadura.net
Twitter: @boexpapp



Depósito Legal: BA-460-2011

Maquetación e Impresión: Artes Gráficas Rejas - Mérida

Dirección: José Luis Sánchez Chorro. Subdirector de Gestión Farmacéutica.
Coordinación:

Aránzazu Aránguez Ruiz. Farmacéutica de Área. Área de Salud de Mérida.
Carlos Barragán Gómez-Coronado. Farmacéutico Coordinador del PAPP.
M^a Victoria Muñoz Arroyo. Farmacéutica de Área. Área de Salud de Navalmoral.
José Carlos Domínguez Rodríguez. Farmacéutico de Área. Área de Salud de Cáceres.

Vocales:

Antonio Villafaina Barroso. Farmacéutico de Área. Área de Salud de Plasencia.
Aurelia M^a García. Farmacéutica de Área. Área de Salud de D. Benito.
M^a Luisa Montaña Pérez. Farmacéutica C. S. Pinofranqueado. Área de Salud de Plasencia.
Olga Ortiz Rodríguez. Farmacéutica de Área. Área de Salud de Llerena-Zafra.
Venancio Pérez García. Farmacéutico de Área. Área de Salud de Badajoz.