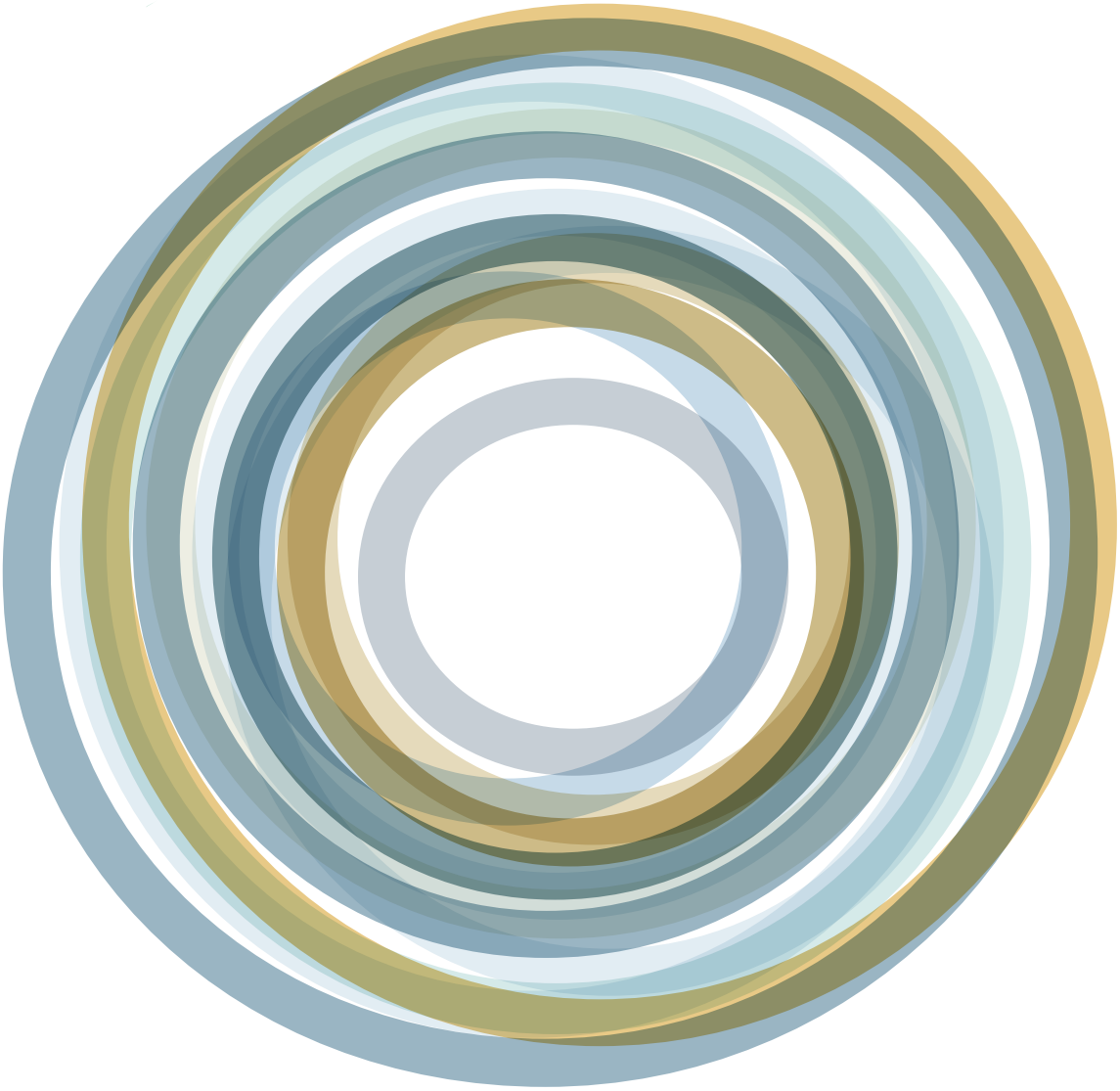


Posicionamiento SEFAP en la revisión de la medicación centrada en la persona

SEFAP
SOCIEDAD ESPAÑOLA DE FARMACÉUTICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA

ISBN: 978-84-09-38478-5
Depósito Legal: M-9950-2022
© SEFAP 2022

Componentes del grupo de posicionamiento SEFAP

Coordinadoras

Ester Amado Guirado. Farmacéutica de Atención Primaria. Servicio de farmacia de Atención Primaria y Área del medicamento. Atención Primaria Barcelona Ciudad (ICS). Cataluña. Vocal SEFAP Cataluña

Marta Lestón Vázquez. Farmacéutica de Atención Primaria. Servicio de farmacia de Atención Primaria y Área del medicamento. Atención Primaria Barcelona Ciudad (ICS). Cataluña.

Gemma Rodríguez Palomar. Farmacéutica de Atención Primaria. Dirección de Atención Primaria Costa de Ponent. Barcelona (ICS). Cataluña

Isabel Rosich Martí. Farmacéutica de Atención Primaria. Dirección de Atención Primaria Costa de Ponent. Barcelona (ICS). Cataluña

Autoras/res

Marta Alcaraz Borrajo. Farmacéutica de Atención Primaria Madrid. Subdirección General de Farmacia y Productos Sanitarios. (SERMAS). Comunidad de Madrid. Secretaria SEFAP.

Mª del Mar Álvarez García. Farmacéutica de Atención Primaria. Servicio de Farmacia Gerencia de Asistencia Sanitaria de Soria (SACYL). Castilla y León

Ester Amado Guirado. Farmacéutica de Atención Primaria. Servicio de farmacia de Atención Primaria y Área del medicamento. Atención Primaria Barcelona Ciudad (ICS). Cataluña. Vocal SEFAP Cataluña

Mª Concepción Celaya Lecea. Farmacéutica de atención primaria. Subdirección de Farmacia y Prestaciones. (SNS-Osasunbidea) Navarra

Mª de los Ángeles Cruz Martos. Farmacéutica de Atención Primaria. Servicio de Farmacia AP. Dirección Asistencial Sur. (SERMAS) Comunidad de Madrid. Vicepresidenta SEFAP.

Ana Gangoso Fermoso. Farmacéutica de Atención Primaria. Servicio de Farmacia AP. Dirección Asistencial Noroeste. (SERMAS) Comunidad de Madrid

Antonio García Bonilla. Farmacéutico de Atención Primaria del AGS de Jerez, Costa Noroeste y Sierra de Cádiz. (SAS) Andalucía

María Gil González-Haba. Farmacéutica de Atención Primaria. Centro de Salud Urbano I Mérida. (SES) Extremadura

Mª Jesús Hernández Arroyo. Farmacéutica de Atención Primaria. Servicio de Farmacia de la Gerencia de AP de Salamanca (SACYL) Castilla y León

José Manuel Izquierdo Palomares. Jefe del Servicio de Farmacia Atención Primaria Madrid. (SERMAS) Comunidad de Madrid. Tesorero SEFAP.

Carmen Labarta Mancho. Farmacéutica de Atención Primaria. Sector Zaragoza II. Servicio Aragonés de Salud.

Marta Lestón Vázquez. Farmacéutica de Atención Primaria. Servicio de farmacia de Atención Primaria y Área del medicamento. Atención Primaria Barcelona Ciudad (ICS). Cataluña.

Mireia Massot Mesquida. Farmacéutico de Atención Primaria. Servei d'Atenció Primària Vallès Occidental (ICS). Cataluña

Ángel Mataix Sanjuan. Farmacéutico de Atención Primaria Madrid. Responsable Sistemas de Información. Subdirección General de Farmacia y Productos Sanitarios (SERMAS). Comunidad de Madrid. Presidente SEFAP.

Vicente Olmo Quintana. Responsable Servicio de Farmacia Atención Primaria. Gerencia de Gran Canaria (SCS). Islas Canarias

Gemma Rodríguez Palomar. Farmacéutica de Atención Primaria. Dirección de Atención Primaria Costa de Ponent. Barcelona (ICS). Cataluña

Isabel Rosich Martí. Farmacéutica de Atención Primaria. Dirección de Atención Primaria Costa de Ponent. Barcelona (ICS). Cataluña

Rafael Mª Torres García. Farmacéutico de Atención Primaria. Servicio de Farmacia de Atención Primaria. Área de Salud Ibiza-Formentera (IB-SALUT). Islas Baleares.

Miembros del Grupo de Revisión de la Medicación

VOCALIA	COMPONENTES DEL GRUPO	
ANDALUCIA	• *Raquel Escudero Merino* • *Ingrid Ferrer López* • *Macarena Flores Dorado*	• *Antonio García Bonilla* • *Mónica Mateu García* • *María del Mar Ruiz Ruíz*
ARAGON Y CANTABRIA	• *Mercedes Aza Pascual Salcedo* • *Yolanda Borrego Izquierdo* • *Silvia Casado Casuso*	• *Carmen Labarta Mancho* • *María Oro Fernández* • *Raquel Prieto Sánchez*
BALEARES, ISLAS	• *Amaia Alcorta Lorenzo* • *Cecilia Calvo Pita* • *Carmen Pata Iglesias*	• *María Lluïsa Sastre Martorell* • *Rafael Torres García*
CANARIAS	• *Elena M. López Muñoz* • *Ana Teresa López Navarro* • *Marina Martín Torres*	• *Vicente Olmo Quintana* • *Agustín Daniel Padilla Luz*
CASTILLA Y LEÓN	• *Mª del Mar Álvarez García*	• *Mª Jesús Hernández Arroyo*
CATALUÑA	• *Anna Agustí Sastre* • *Mª Dolors Diaz Massip* • *Inés García Soler* • *Núria Gotanegra Guzmán* • *Marta Lestón Vázquez* • *Mireia Massot Mesquida* • *Francesca Ortín Font*	• *Àngels Pellicer Jacomet* • *Rita Puig Soler* • *Gemma Rodríguez Palomar* • *Carolina Rovira Algara* • *Amelia Troncoso Mariño* • *Noemí Villén Romero*
COMUNIDAD VALENCIANA	• *María García Gil*	
EXTREMADURA	• *Leonor Castro Trillo* • *María Gil González-Haba*	• *Mª Teresa Laso Martínez* • *Antonio Gabriel Serrano Peláez*
GALICIA	• *Mª Agustina Fernández Pérez.*	
MADRID	• *Ana Gangoso Fermoso* • *Isabel Gómez Valbuena*	• *Ana Isabel Pablos Mateos* • *Ángela Usarralde Pérez*
NAVARRA	• *Natalia Alzueta Isturiz* • *Mª Concepción Celaya Lecea* • *Amaya Echeverría Gorriti*	• *Carmen Fontela Bulnes* • *Goizane Ros Bernaola*
PAIS VASCO	• *Julia Fernández Uría*	• *Lorea Sanz Álvarez*

Prólogo

La relevancia clínica de la atención farmacéutica y, especialmente, de la necesidad de realizar de manera sistemática y exhaustiva revisiones de los tratamientos de los pacientes se ha puesto de manifiesto por las diferentes acciones desarrolladas tanto a nivel de la Unión Europea como en nuestro país.

Así, el Consejo de Europa, en su resolución CM/Res (2020) "on the implementation of pharmaceutical care for the benefit of patients and health services", insta a los gobiernos a poner en marcha las medidas apropiadas para promover e implementar la atención farmacéutica, a través de los farmacéuticos, en los sistemas de salud.

En España, la Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud (Periodo 2015-2020) recoge, entre los objetivos específicos de la Línea estratégica 2 (Prácticas clínicas seguras) la necesidad de Revisar de forma sistemática la medicación en los pacientes crónicos polimedicados, para detectar o prevenir eventos adversos, garantizar la adecuación y mejorar la adherencia al tratamiento, y Conciliar la medicación durante las transiciones asistenciales, especialmente en pacientes crónicos polimedicados y en pacientes de alto riesgo, contando con la colaboración de todos los actores implicados.

Por otro lado, la Resolución de 26 de abril de 2019, de la Secretaría General de Sanidad y Consumo, por la que publica el Marco estratégico para la atención primaria y comunitaria, en sus acciones C.2.4. y C.2.5., desarrolla la importancia del papel del Farmacéutico de Atención Primaria como profesional de referencia en la revisión de la medicación y en la optimización de la farmacoterapia de nuestros pacientes.

La revisión de la medicación debemos entenderla como una evaluación rigurosa del régimen terapéutico del paciente, con el objetivo de aumentar los beneficios en salud y minimizar los riesgos asociados a la medicación. No lo realiza un único profesional, requiere de la participación del equipo multidisciplinar de atención a la salud y, como no, del paciente y de sus preferencias.

La integración del Farmacéutico de Atención Primaria en el equipo asistencial es un facilitador que promueve la realización de la revisión de la medicación centrada en la persona en los pacientes que presentan complejidad clínica. En diferentes países como Reino Unido, Canadá, Estados Unidos, Holanda o Australia se ha comenzado a incluir a farmacéuticos clínicos en los centros de salud para trabajar directamente en los equipos multidisciplinares de atención primaria. Esta integración ha permitido apoyar a los pacientes para un mejor uso de su tratamiento farmacológico e identificar problemas relacionados con los medicamentos, reasignar la demanda asistencial en el centro hacia los circuitos de atención más eficientes, y garantizar una prescripción más segura y eficiente, con un aumento de la satisfacción de pacientes y profesionales de los centros.

Todas estas iniciativas han valorado positivamente los beneficios que la presencia de los farmacéuticos clínicos en el equipo asistencial aportan al sistema sanitario y al paciente. La integración del farmacéutico de atención primaria en el equipo de atención primaria es especialmente relevante en un contexto de población cada vez más envejecida, pluripatológica y con tratamientos más complejos.

El objetivo del presente documento es establecer un procedimiento normalizado de trabajo para la revisión de la medicación centrada en la persona y desarrollar aquellas herramientas que consideramos pueden ser de utilidad al farmacéutico de atención primaria para desplegar de manera óptima esta importante actividad. Con este documento abrimos una importante línea de trabajo de nuestra sociedad, en la que buscaremos aportar a los farmacéuticos de atención primaria diversos instrumentos que puedan facilitarles esta importante labor.

Quiero finalizar agradeciendo a todos los autores de este documento, y especialmente a sus coordinadoras, el magnífico trabajo realizado.

Ángel Mataix Sanjuan
Presidente de la Sociedad Española de Farmacéuticos de Atención Primaria

Índice

1. Introducción 13
2. Encuesta sobre la revisión de la medicación 17
3. Antecedentes y justificación 25
4. Modelo de revisión de la medicación centrada en la persona 27
    4.1 Población diana 28
    4.2 Diagnóstico situacional 28
    4.3 Objetivos asistenciales en los pacientes en situación de complejidad 32
    4.4 Etapas de la Revisión de la medicación centrada en la persona 33
5. Banco de casos 43
6. Terminología 47
7. Competencias del FAP para desarrollar la revisión de la medicación 53
8. Bibliografía 57
9. Anexos 63

Abreviaturas utilizadas

ABVDs	Actividades básicas de la vida diaria
AIVDs	Actividades instrumentales de la vida diaria
AP	Atención Primaria
CCAA	Comunidades Autónomas
CCOMS-ICO	Centro colaborador de la OMS para programas de cuidados paliativos del Instituto Catalán de Oncología
CIRS	Cumulative Illness Rating Score
EAP	Equipo de Atención Primaria
FAP	Farmacéutico de Atención Primaria
GDS	Global Deterioration Scale
GDS–FAST	Global Deterioration Scale - Functional Assessment Staging
GPC	Guías de Práctica Clínica
HCAP	Historia clínica de Atención Primaria
HCE	Historia Clínica Electrónica
IBP	Inhibidores de la Bomba de Protones
IF	Índices de fragilidad
IH	Insuficiencia hepática
IR	Insuficiencia renal
MLTAQ	Leisure Time Activity Questionnaire
MMSE	Mini-Mental State Examination
MNA	Mini Nutritional Assessment
MRCI-E	Índice de Complejidad del Tratamiento Farmacológico
NHYA	New York Heart Association

OMS	Organización Mundial de la Salud
PEA	Prescripción Electrónica Asistida
PP	Prevención Primaria
PRM	Problemas relacionados con la medicación
RAM	Reacción adversa a medicamentos
SEFAP	Sociedad Española de Farmacéuticos de Atención Primaria
VIG	Valoración integral geriátrica

Introducción

A lo largo de los últimos años, los sistemas sanitarios han tenido que orientar sus estrategias para adaptarse a la nueva realidad de mayor envejecimiento de la población con el consiguiente elevado número de problemas de salud crónicos, necesidades de atención compleja y/o paliativa. Todo ello representa un reto para las organizaciones sanitarias y para los profesionales de la salud.

Actualmente en España, según datos del Instituto Nacional de Estadística, el porcentaje de población mayor de 65 años se sitúa en torno al 19,6% del total de la población. Las estimaciones del envejecimiento de la población proyectan que este porcentaje se incrementará a un 26,5% para el año 2035 y alcanzará un 31,4% de la población en el año 2050[1]. Además, la población centenaria (los que tienen 100 años o más) pasaría de las 12.551 personas en la actualidad a 217.344 al final del periodo proyectado (2070). Esta realidad se repite también en otros países de nuestro entorno.

El modelo piramidal de Kaiser[2] (Figura 1) se basa en la premisa que no todas las personas con patologías crónicas son iguales, ni necesitan la misma atención sanitaria y social. Este modelo propone estratificar la población según la complejidad y las necesidades de atención para llevar a cabo abordajes diferenciados con el objetivo de mejorar la salud poblacional.

En la base de la pirámide (Figura 1) se encuentran la población sana en la que se debe implementar **estrategias de prevención y promoción** de la salud.

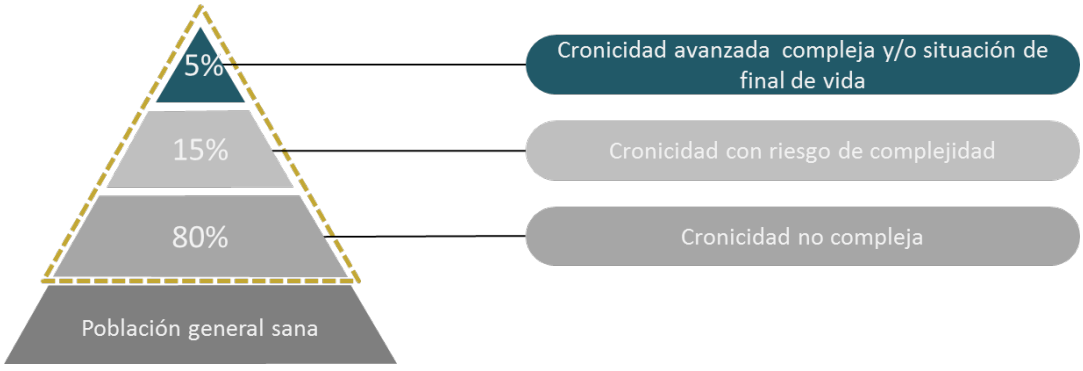


Figura 1. *Distribución de la población estratificada según riesgo de complejidad. (Adaptación de la pirámide de Kaiser)*[2]

La población con alguna patología crónica se puede estratificar en tres grupos con distinta prevalencia y/o complejidad:

- El 80% de esta población presenta una **cronicidad no compleja**, que es capaz de gestionar su patología en el contexto de una buena estrategia de seguimiento y fomento del autocuidado.
- Un 15% presenta **cronicidad con riesgo de complejidad**. Dicha población se beneficiará de modelos de gestión por procesos de su enfermedad que impliquen interacciones de distintos niveles asistenciales.
- Finalmente, un 5% presenta una situación de **cronicidad compleja** (4%) y/o **cronicidad avanzada** (1%). Esta población se beneficia de estrategias de gestión de caso proactivas y una atención individualizada según el modelo de atención centrada en la persona[3,4]. Este grupo incluye a pacientes con multimorbilidad, fragilidad y situación de final de vida. **La multimorbilidad, la cronicidad compleja junto con la fragilidad tiene múltiples consecuencias**: aumenta la estancia hospitalaria y los reingresos, puede empeorar el grado de discapacidad, el estado funcional y la calidad de vida con el consecuente incremento de la mortalidad[5]. Hasta ahora la práctica asistencial más común ha sido el abordaje individual de cada una de las patologías como si fuesen entidades independientes, basándose en la aplicación de guías de práctica clínica específicas para cada una de ellas. Esta práctica conlleva un aumento de la polimedicación, que a su vez se asocia a un incremento de la morbilidad, empeoramiento de patologías crónicas, aumento de visitas a urgencias, e ingresos hospitalarios y mortalidad[6–10].

En España, con datos procedentes de la Cohorte EpiChron, la prevalencia de multimorbilidad se encuentra en torno al 37,5% de la población general y un 10,6% de la población estudiada padece 5 o más enfermedades crónicas. Entre las personas de 65 o más años, el 80,3% presentaba multimorbilidad, con una media de 3,95 enfermedades crónicas.[11] La Atención Primaria es el nivel asistencial donde recae esencialmente la atención de estos pacientes.

Conceptualmente, la **revisión de la medicación** se define como un examen crítico y estructurado del régimen terapéutico de un paciente con el fin de optimizar su impacto sobre la salud y minimizar los riesgos asociados a la polimedicación. Debe ser realizado por un equipo multidisciplinar, conjuntamente con el paciente o bien buscando su consentimiento, y debe estar focalizado en sus necesidades.

La revisión del tratamiento farmacológico debe ser personalizada y debe realizarse periódicamente como mínimo una vez al año, de acuerdo con la evolución de la enfermedad y la respuesta de la persona al tratamiento.

La revisión de la medicación tiene que ser personalizada y periódica

Por otro lado, la bibliografía recoge diversas intervenciones que demuestran que la revisión de la medicación mejora los resultados clínicos[12]. Concretamente, una revisión sistemática de 25 estudios muestra una reducción de los ingresos hospitalarios. Once de esos estudios (7.138 pacientes) se incluyeron en un meta-análisis que concluye que la revisión de la medicación combinada con conciliación de medicamentos, educación del paciente, la educación profesional y la atención entre transiciones asistenciales dieron como resultado una reducción del 18% de los reingresos hospitalarios en comparación con la atención habitual. No se demostró un efecto de la revisión de la medicación de forma aislada[12] .

En varias de estas intervenciones han participado profesionales farmacéuticos integrados en el equipo asistencial.[13] El enfoque multidisciplinar para la revisión de tratamiento se ha aplicado en países de nuestro entorno como Italia[14] y Francia[15].

La revisión de la medicación mejora la seguridad del paciente en el uso de medicamentos

En este contexto la revisión de la medicación ha venido siendo una prioridad, tanto de las Consejerías de Salud de las diferentes CCAA como del Ministerio de Sanidad que, mediante la Estrategia de Abordaje de la Cronicidad[16], recomienda mejorar la efectividad y la seguridad de la medicación, impulsando estrategias de mejora especialmente desde la atención primaria. Entre sus recomendaciones, destacan:

- Garantizar la revisión sistemática de la medicación con el fin de prevenir y detectar problemas relacionados con medicamentos, así como la mejora de la adherencia a los tratamientos.
- Potenciar la figura de los profesionales de Farmacia de Atención Primaria, como generadores de recomendaciones de mejora del uso de medicamentos con carácter poblacional y en base comunitaria, y facilitadores de la transferencia de dichas recomendaciones a la práctica clínica[17].

El farmacéutico de Atención Primaria (FAP), como miembro del equipo multidisciplinar de salud responsable de la atención del paciente crónico, dispone de un ámbito de actuación excelente para dar soporte a los profesionales en sus decisiones farmacoterapéuticas y contribuir a conseguir pacientes informados, autónomos y comprometidos con sus tratamientos.

El Farmacéutico de Atención Primaria integrado en el equipo asistencial es un facilitador que promueve la realización de la revisión de la medicación centrada en la persona, en los pacientes que presentan complejidad clínica.

Este documento pretende ser una guía de actuación sobre la metodología a seguir en la revisión de la medicación centrada en la persona para pacientes con complejidad clínica, que facilite a los profesionales de la salud su aplicación en la práctica clínica

Encuesta sobre la revisión de la medicación

Se presentan los resultados más relevantes de la encuesta (anexo 1) elaborada específicamente para identificar el grado de implementación del proceso de revisión, la metodología para llevarla a cabo y si la terminología empleada era la misma entre los Farmacéuticos de Atención Primaria (FAP) de las distintas Comunidades Autónomas (CCAA). Con este objetivo, en junio del 2019 se envió dicha encuesta a todos los FAP de la Sociedad Española de Farmacéuticos de Atención Primaria (SEFAP), obteniéndose un porcentaje de respuesta de aproximadamente el 40% con representación de todas las CCAA. El 67% de las respuestas corresponde a los socios con más de 10 años de ejercicio profesional.

El 88,7% de los encuestados respondió que la revisión de la medicación estaba incluida en su actividad profesional habitual. En relación al tipo de revisión que llevaban a cabo (*Gráfico 1*), el 75% de los FAP afirma emplear la metodología basada en criterios implícitos (revisión centrada en la persona) para realizarla.

Gráfico 1. *Tipos de revisión llevados a cabo.*

Los G*ráficos 2* y *3* resumen los principales criterios explícitos (centrados propiamente en el medicamento) utilizados y las distintas recomendaciones basadas en aspectos de prevención cuaternaria (retirada de medicamentos que no aportan valor y/o presentan problemas de seguridad) que han sido revisados por los encuestados.

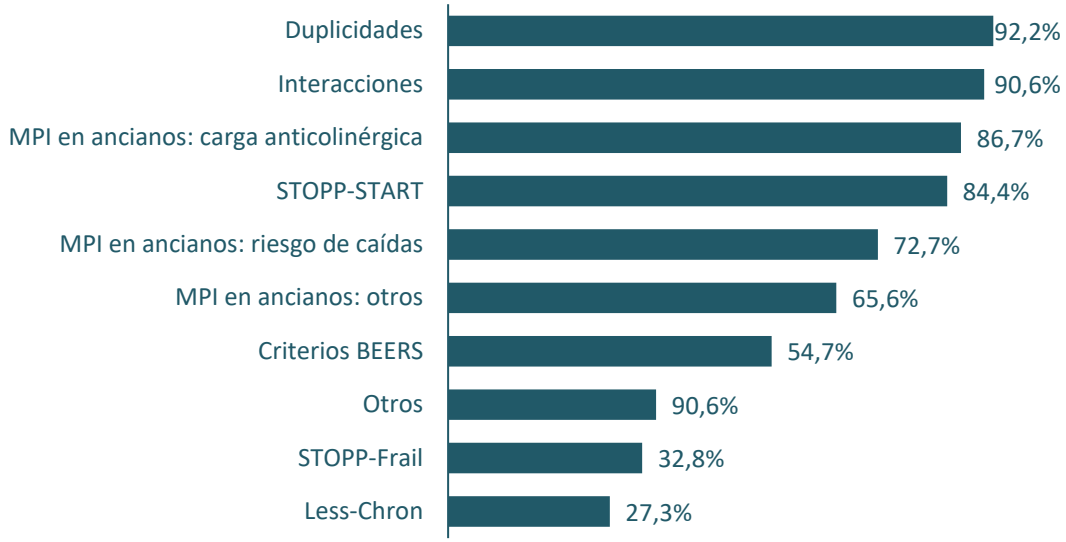


Gráfico 2. *Criterios explícitos revisados*

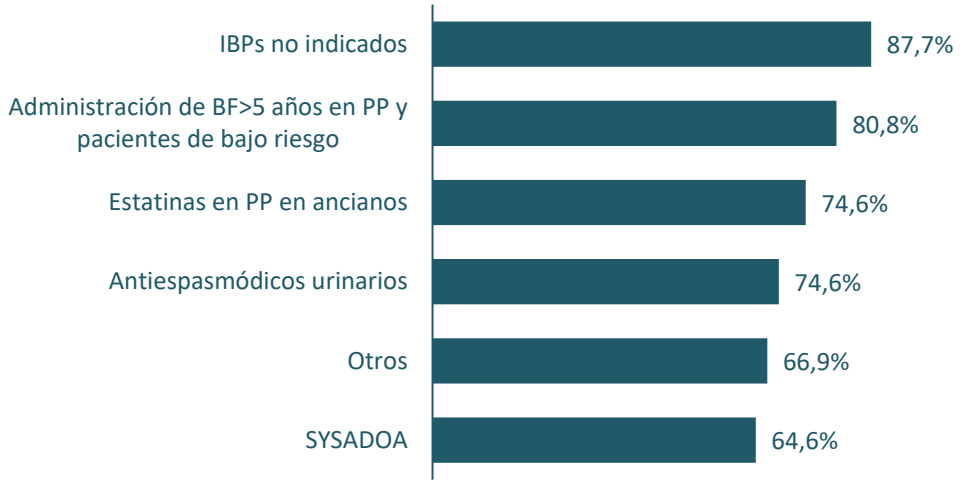


Gráfico 3. *Criterios revisados basados en aspectos de prevención cuaternaria y/o de seguridad*.

BF: Bifosfonatos; SYSADOA: condroprotectores; IBP: inhibidores de la bomba de protones; PP: prevención primaria

Por lo que respecta a la revisión de la medicación centrada en la persona (criterios implícitos), los encuestados la llevan a cabo mayoritariamente siguiendo la metodología propuesta por la SEFAP [17,18] (G*ráfico 4*).

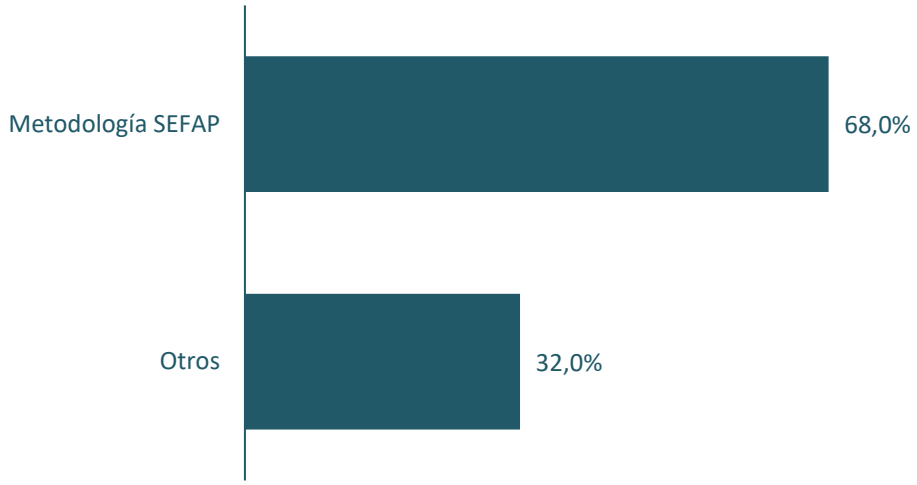


Gráfico 4. *Metodología llevada a cabo en la revisión de la medicación centrada en la persona.*

La encuesta planteaba también una pregunta en relación a la informatización de todos los criterios explícitos de la revisión de la medicación. Se entiende como informatización la integración de dichos criterios en el módulo de prescripción de la Historia Clínica Electrónica (HCE). Actualmente los planes de la Cronicidad del Sistema Sanitario[16] recomiendan que las HCE incorporen herramientas de Prescripción Electrónica Asistida (PEA) con la finalidad de mejorar la seguridad en la utilización de los medicamentos. Esta pregunta sobre la informatización no se incluyó en la revisión de la medicación basada en criterios implícitos (revisión de la medicación centrada en la persona), dado que estos criterios no se pueden informatizar porque deberían basarse en la valoración multidimensional del paciente.

Los *gráficos 5* y *6* muestran los resultados de la informatización de los criterios explícitos y de los criterios basados en prevención cuaternaria.

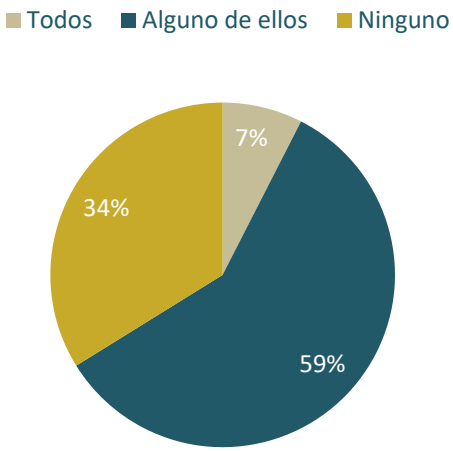


Gráfico 5. *Criterios explícitos integrados en HCAP.*

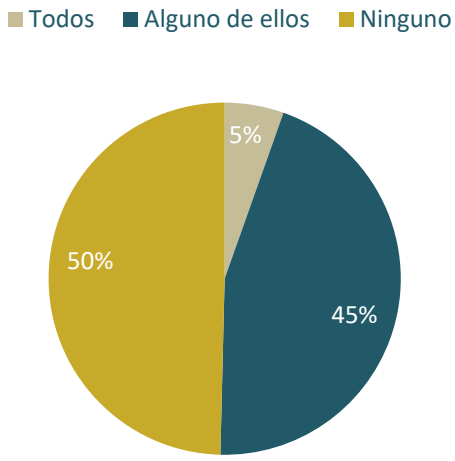


Gráfico 6. *Criterios basados en la prevención cuaternaria y/o seguridad integrados en HCAP.*

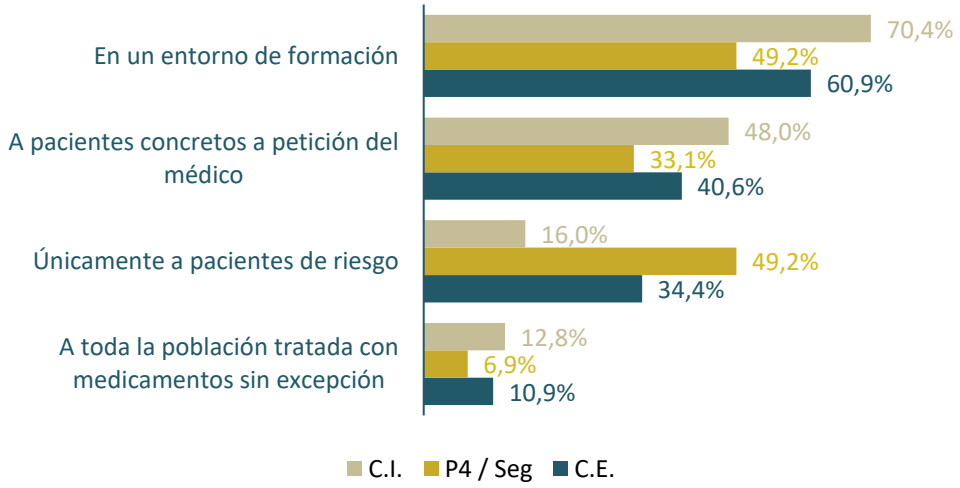
El G*ráfico 7* resume el perfil mayoritario de pacientes a los que se aplica cada uno de los diferentes tipos de revisión.

Lo deseable hubiera sido que los criterios explícitos se estuvieran aplicando a toda la población tratada con medicamentos, pero según los resultados de la encuesta, se aplican mayoritariamente a los pacientes de riesgo.

Por lo que respecta a los criterios basados en la prevención cuaternaria, éstos a priori se deberían aplicar a aquellos pacientes o grupos de población que presentan las condiciones definidas previamente, (por ejemplo: estatinas en prevención primaria en población de más de 80 años, tratamiento con inhibidores de bomba de protones en pacientes sin criterios de gastroprotección, etc.). No obstante, los resultados de la encuesta muestran que se están aplicando las recomendaciones, tanto a la población de riesgo como a la totalidad de la población tratada con medicamentos, independientemente de que presenten o no dichas condiciones.

Finalmente, cabe destacar que los criterios implícitos se aplican mayoritariamente a la población de riesgo, que es la que más se beneficia de este tipo de revisión.

Las respuestas observadas del *Gráfico 7*, inducen a pensar que la terminología utilizada para definir los distintos tipos de revisión no está estandarizada entre los FAP.



CI: criterios implícitos; CE: criterios explícitos; P4: prevención cuaternaria; Seg: seguridad

Gráfico 7. *Perfil de pacientes a los que se aplica cada tipo de revisión.*

En relación a la pregunta de cómo hacer llegar a los profesionales las recomendaciones derivadas de la revisión de la medicación (*Gráfico 8*), cabe destacar que mayoritariamente se utilizan canales o medios de comunicación alternativos a la propia historia clínica electrónica, siendo el correo electrónico o mensajería interna el medio más utilizado (58%).

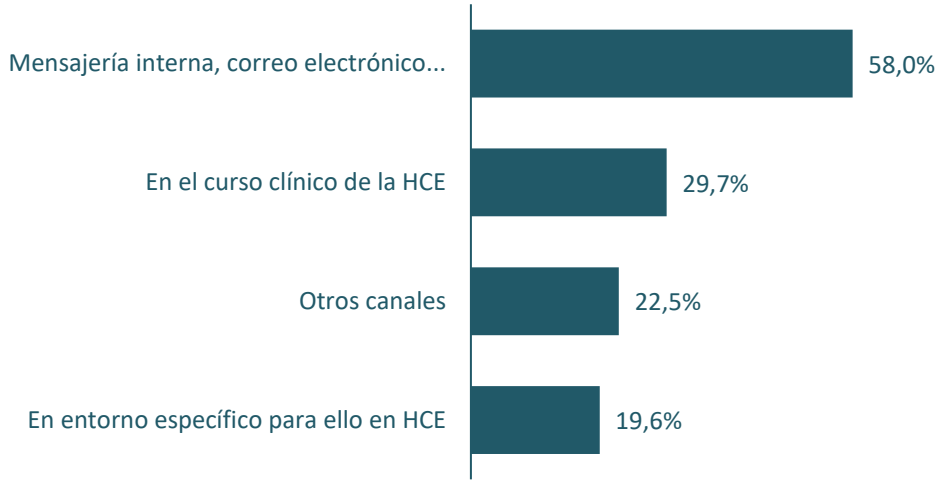


Gráfico 8. *Sistemas de comunicación de las recomendaciones.*

A la pregunta "¿Diferencias las recomendaciones dirigidas al médico de las que son directamente para el paciente?" (*Gráfico 9*), los encuestados mayoritariamente respondieron afirmativamente.

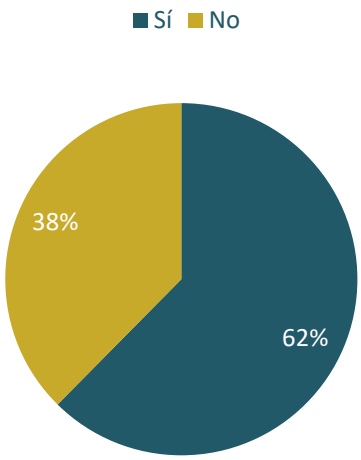


Gráfico 9. *Grado de diferenciación de las recomendaciones dirigidas al médico de las dirigidas al paciente.*

El 87% de los participantes estuvo de acuerdo en considerar que es importante que los FAP dispongan de entornos específicos de trabajo en la historia clínica informatizada para desarrollar adecuadamente su rol clínico en su actividad asistencial diaria (*Gráfico 10*).

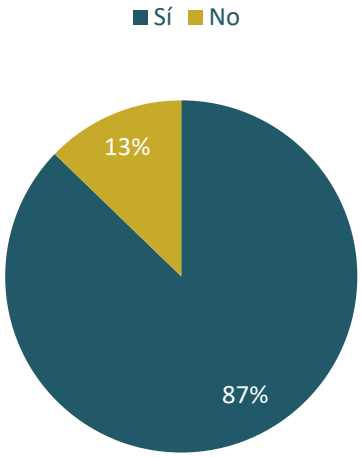


Gráfico 10. *"¿Consideras necesario disponer de una agenda propia para desarrollar esta actividad de revisión?".*

Antecedentes y justificación

La SEFAP, ya en el 2012, impulsó la formación clínica de sus asociados en la revisión de medicación a través de las *Aulas FAP* y la publicación del libro "*Elementos básicos del abordaje de la medicación en el paciente crónico: información al paciente, conciliación, revisión y adherencia*"[17], en el que se recopilan y sistematizan los métodos de trabajo de aquellos procesos que resultan claves a la hora de mejorar los resultados clínicos de la terapéutica con medicamentos en los pacientes crónicos.

Más tarde, en el 2013, se realizaron cambios en la metodología del proceso de revisión de la medicación[18], consistentes en incorporar los conceptos relativos a la jerarquización de los problemas de salud, a la asociación de los diagnósticos a los tratamientos y a establecer el objetivo terapéutico para cada tratamiento, teniendo en cuenta la edad y las expectativas de vida del paciente como pasos previos a la aplicación del algoritmo de revisión recogido en el libro.

En el 2018 se constituye el grupo de trabajo de revisión de la medicación de la SEFAP con los objetivos de:

- Actualizar la metodología del proceso de revisión de la medicación según el modelo de atención a las personas frágiles y/o con cronicidad compleja o avanzada.
- Facilitar a los FAP la adquisición de los conocimientos y las habilidades para llevar a cabo el proceso de la revisión de la medicación en pacientes en situaciones de complejidad, favoreciendo su integración en los equipos multidisciplinares de Atención Primaria.
- Crear un banco de casos clínicos de pacientes con multimorbilidad, situación de fragilidad y situación de final de vida.

En el año 2019 se realizó una encuesta a todos los FAP para conocer el grado de implementación del proceso de revisión y la metodología empleada por nuestro colectivo en las distintas CCAA. El resultado de la cual ya se describe en el capítulo 2.

De los resultados de esta encuesta se deriva la necesidad de:

- Elaborar el posicionamiento de la SEFAP sobre la metodología de la revisión de la medicación centrada en la persona para los pacientes con cronicidad compleja, frágiles y/o en situación de final de vida.
- Asegurar la formación de los FAP en el proceso de la revisión de la medicación centrada en la persona y potenciar así sus competencias en el ámbito de la actividad clínica y asistencial centrada en el paciente. Para ello se creará un banco de casos clínicos.
- Consensuar la terminología utilizada en los diferentes tipos de revisión.

Modelo de revisión de la medicación centrada en la persona

4.1 Población diana

Los pacientes diana para la aplicación del modelo de revisión centrado en la persona son los que presentan complejidad clínica y/o situación de fragilidad (*Figura 2*).

Figura 2. *Características de la población en situaciones de complejidad y/o fragilidad*

4.2 Diagnóstico situacional

Entendemos el diagnóstico situacional como una valoración multidimensional integral y evolutiva a lo largo del tiempo de las dimensiones clínica, funcional, mental y social de la persona (Figura 3). Esta visión global del paciente es determinante en la revisión de la medicación centrada en la persona.

La valoración multidimensional consiste en detectar y cuantificar la funcionalidad, problemas, necesidades y capacidades de la persona en las diferentes dimensiones citadas anteriormente. Esta valoración permitirá elaborar una estrategia de intervención, de abordaje y seguimiento continuo a lo largo del tiempo con el objetivo de conseguir el máximo grado de independencia y calidad de vida de la persona. La valoración multidimensional la lleva a cabo un equipo multidisciplinar: médico, enfermera, farmacéutico de atención primaria, trabajadora social y otros especialistas cuando sea necesario.

El anexo 2 recoge los principales test y las escalas para su interpretación utilizados en la realización de la valoración multidimensional.

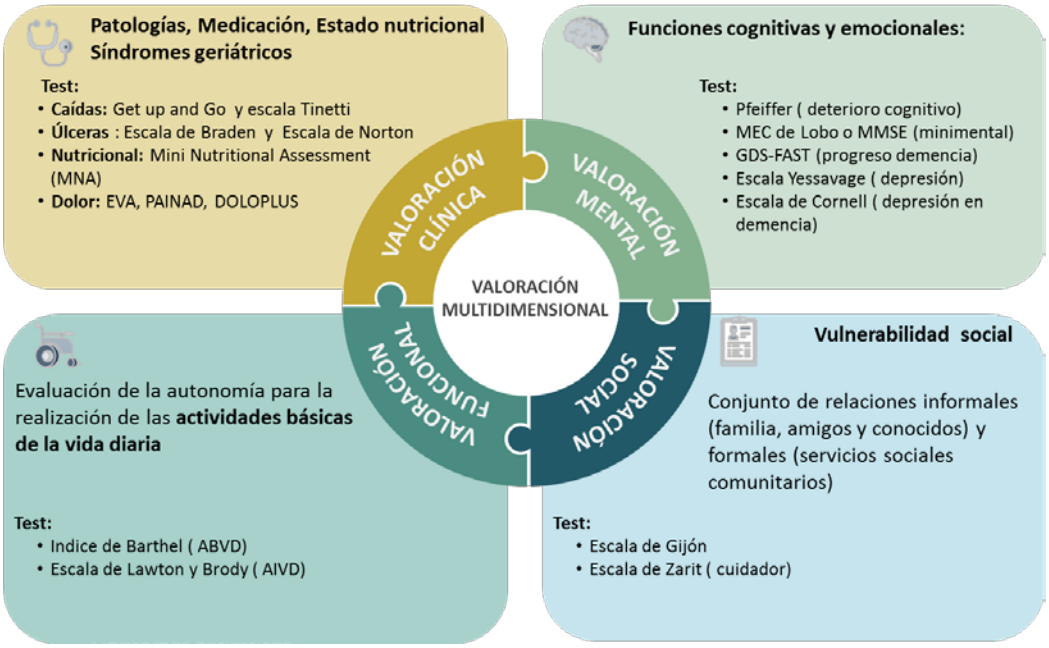


Figura 3. *Valoración multidimensional*

La fragilidad se entiende como un estado clínico en el que la vulnerabilidad de un individuo para desarrollar mayor dependencia y/o mortalidad está incrementada cuando se expone a un factor de estrés[19,20] (procesos agudos o crónicos, condiciones físico-psíquicas, inactividad, factores socio-económicos, etc.).

La medición de la fragilidad sirve para individualizar los objetivos asistenciales y los tratamientos, adecuando la intensidad terapéutica a la situación clínica y vulnerabilidad de la persona.

La herramienta más ampliamente validada en la práctica clínica y con mayor grado de evidencia de beneficio es la valoración integral geriátrica (VIG). A pesar de su utilidad, su implementación no está ampliamente extendida en la práctica asistencial debido a que su realización requiere tiempo y personal especializado.

Complementariamente a la VIG, se han desarrollado diferentes índices de fragilidad (IF) que permiten obtener el grado de vulnerabilidad como una variable continua[21]. Estos índices se basan, en el número de déficits (patologías, síndromes geriátricos, síntomas, parámetros analíticos, etc.) que presenta el paciente en el momento de la valoración, respecto a los déficits potenciales que podría presentar a lo largo del tiempo. A mayor acumulación de déficits, mayor es el valor del IF y mayor es su situación de vulnerabilidad.

Entre los distintos IF, destacan el Índice de fragilidad de Rockwood[22] (anexo 3) y el IF-VIG (F*igura 4*), desarrollado por el Grupo de Investigación en Cronicidad de la Cataluña Central[21], que permite de manera simplificada y práctica cuantificar el grado de fragilidad y, por tanto, conocer el diagnóstico situacional del paciente[23].

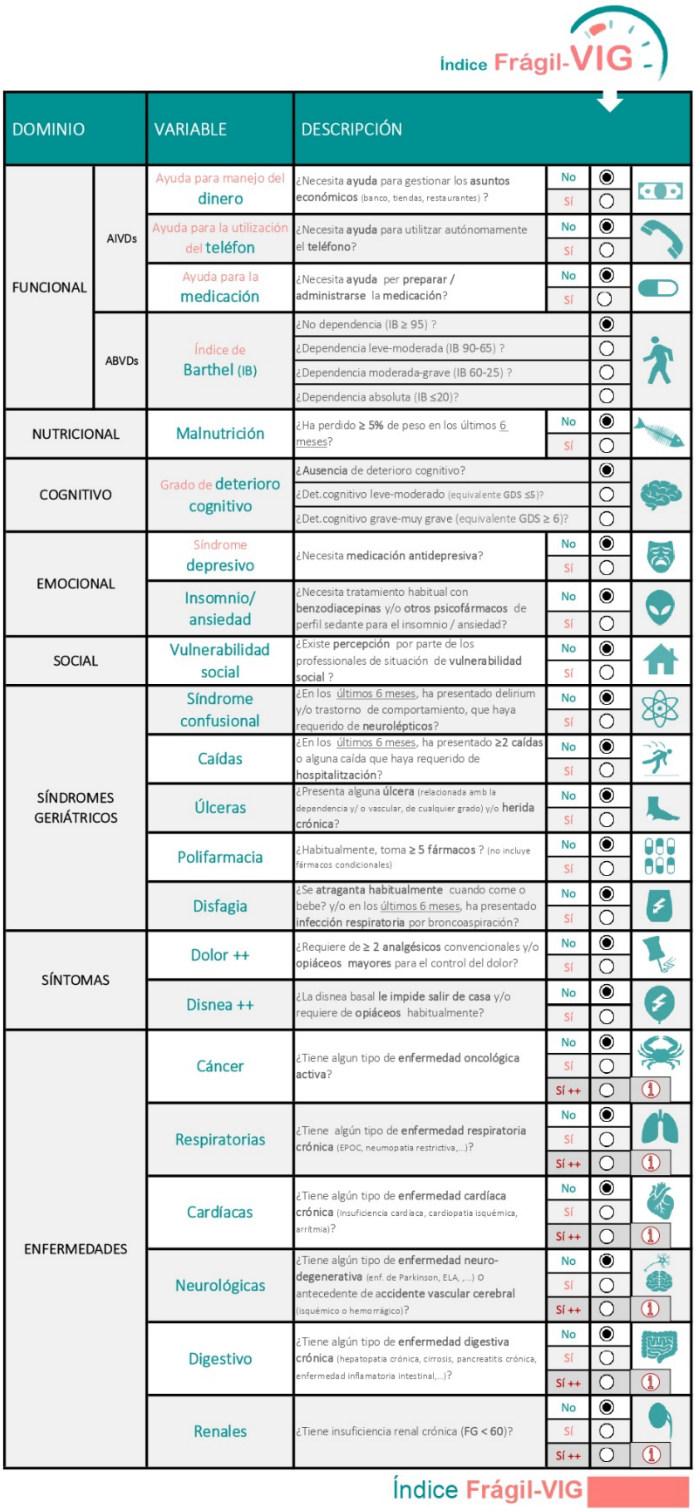


Figura 4. *Índice Frágil-VIG.* Disponible en*:* https://es.c3rg.com/index-fragil-vig

El IF-VIG valora 25 déficits mediante 22 preguntas dicotómicas obteniendo una puntuación para el paciente al que se realiza la valoración. Para facilitar la interpretación de la fragilidad se establece como punto de corte inicio de fragilidad un IF > 0,2, siendo la puntuación máxima posible próxima a 0,7 (*Figura 5*).

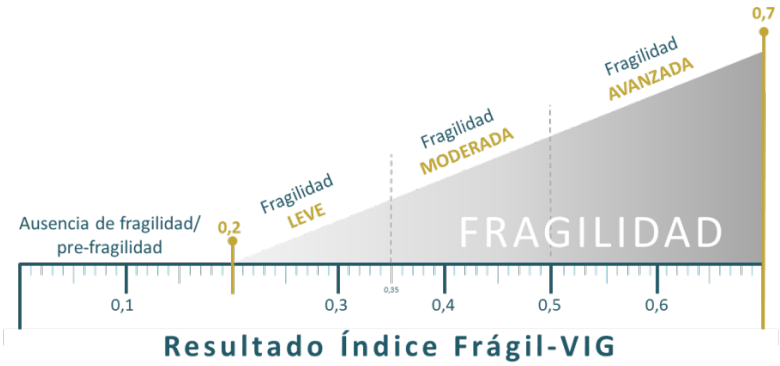


Figura 5. *Grado de fragilidad según puntuación del IF Adaptado de Amblas et al.*[21]

Publicaciones recientes muestran una buena correlación entre valores elevados del IF-VIG (IF-VIG≥0,64) y mortalidad en la población que se encuentra en situación clínica de final de la vida (un año). Estos resultados avalan el IF-VIG como un instrumento útil para planificar la atención de esta población[21].

Los índices de fragilidad son útiles especialmente en pacientes que presentan complejidad clínica y condiciones crónicas avanzadas.

En pacientes ancianos sin complejidad clínica cuando solamente presentan déficits en la esfera física la aproximación mediante el fenotipo LP Fried es de más utilidad que los índices de fragilidad descritos (*anexo 4*).

Se entiende como **situación clínica al final de la vida** la etapa comprendida entre el diagnóstico de una enfermedad avanzada hasta el final de la fase de últimos días o de agonía. La duración de esta etapa puede oscilar desde pocos días hasta muchos meses o incluso algún año[24].

La **enfermedad avanzada** se caracteriza por un estado de irreversibilidad con múltiple sintomatología, impacto emocional, pérdida de autonomía, con muy escasa o nula capacidad de respuesta al tratamiento específico y con un pronóstico de vida limitado a semanas o meses, en un contexto de fragilidad progresiva[25].

La **situación de últimos días o de agonía** es la etapa final de la enfermedad avanzada que precede a la muerte. La duración de esta etapa final es de horas o escasos días[26].

La identificación precoz de los pacientes con enfermedad crónica avanzada, ayuda a diseñar conjuntamente con él y/o su entorno el plan de atención sanitaria y las intervenciones óptimas que se llevarán a cabo.

Existen diversos instrumentos específicos que ayudan a la identificación de estos pacientes, entre los que destaca el instrumento NECPAL CCOMS-ICO 4.0[27] (anexo 5) por su sencilla aplicación. Este instrumento ha sido elaborado por el centro colaborador de la OMS para programas de cuidados paliativos del Instituto Catalán de Oncología (CCOMS–ICO). Un resultado positivo de este instrumento (NECPAL POSITIVO) nos permite identificar a personas con necesidades de atención paliativa y planificar la elaboración de su plan terapéutico (*Figura 6*).

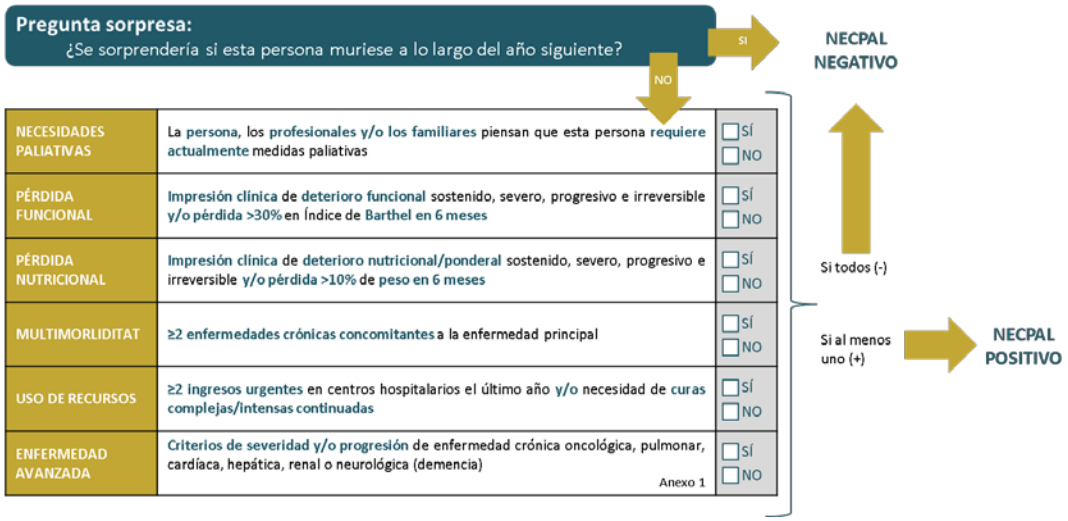


Figura 6. *Tabla principal del instrumento NECPAL CCOMS-ICO 4.0. Adaptado de CCOMS–ICO*[27]

4.3 Objetivos asistenciales en los pacientes en situación de complejidad

La determinación del diagnóstico situacional junto con la valoración del entorno del paciente y sus preferencias, permiten establecer los objetivos asistenciales del paciente con el fin de adecuar la intensidad terapéutica, optimizar el uso de recursos y planificar su atención.
Los objetivos asistenciales se pueden agrupar en 3 categorías alineadas con los objetivos vitales del individuo (*Figura 7*) aunque hay que tener en cuenta que son dinámicos, que la transición entre ellos es gradual y progresiva. Se establecen tres objetivos asistenciales:

- Mejora de la supervivencia: este objetivo puede plantearse para la población sana y en pacientes con patología crónica no evolucionada aunando en las estrategias de prevención e intervenciones que permitan incrementar la esperanza de vida.
- Mejora o mantenimiento de la funcionalidad: este objetivo se planteará en los pacientes crónicos complejos y pacientes con fragilidad establecida con el fin de preservar su autonomía el mayor tiempo posible, ya que ésta determina la calidad de vida, los recursos

asistenciales y sociales y las expectativas de vida.

- Mejora del bienestar y calidad de vida: este objetivo irá dirigido a los pacientes con un pronóstico de vida limitado y/o necesidades paliativas. Las intervenciones realizadas en esta población se centrarán en mejorar la calidad de vida y, en las situaciones más avanzadas, en el control de los síntomas y el confort físico y emocional.

A medida que las patologías evolucionan y la complejidad clínica de la persona incrementa, la evidencia científica disponible es menor, por lo que implicar al paciente y/o su entorno en las decisiones terapéuticas es imprescindible.

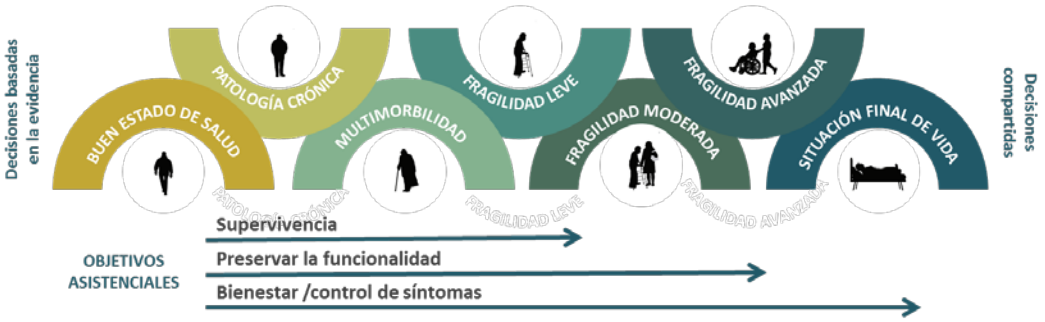


Figura 7. *Objetivos asistenciales según diagnóstico situacional.*

4.4 Etapas de la Revisión de la medicación centrada en la persona

La metodología en cuatro etapas[3,4] (F*igura 8*) permite sistematizar el proceso de la revisión de la medicación centrada en la persona. Este proceso debe llevarlo a cabo un equipo multidisciplinar constituido habitualmente por profesionales médicos, de enfermería, de farmacia de atención primaria y de trabajo social.

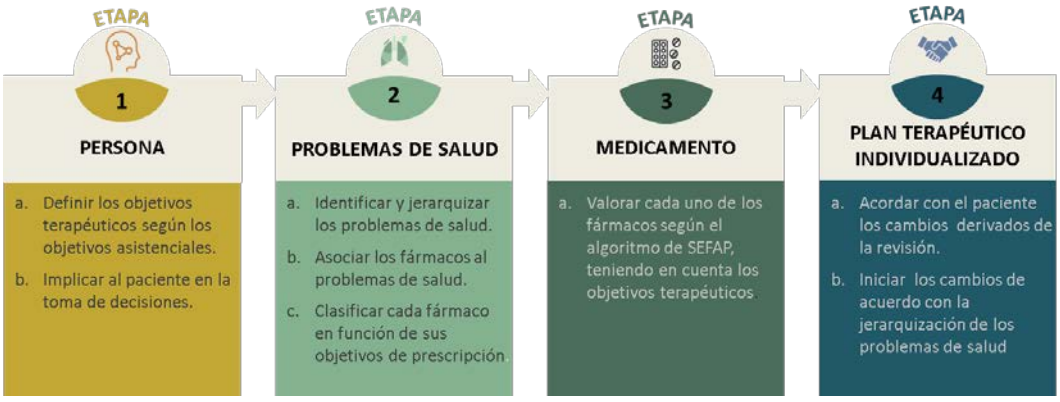


Figura 8. *Etapas de la revisión centrada en la persona. Adaptado de Espaulella-Panicot et al.*[4]

La metodología en cuatro etapas también facilitará la coordinación entre los distintos profesionales que conforman el equipo multidisciplinar. Estos profesionales deben compartir los mismos objetivos:

- Ofrecer al paciente una gestión clínica de calidad,
- Adaptar el plan farmacológico a las necesidades del paciente,
- Prevenir y resolver los problemas relacionados con la medicación (PRM).

La finalidad de estos objetivos es obtener los mejores resultados posibles en salud en los pacientes que presentan situaciones de complejidad clínica.

A continuación, se describen cada una de las cuatro etapas:

Etapa 1. Valoración centrada en la persona

En esta primera etapa se ha de **establecer el objetivo terapéutico**; para ello se debe:

- Realizar un trabajo de cooperación entre los profesionales del equipo multidisciplinar y el paciente que promueva la **toma de decisiones compartida**. Si el paciente presenta deterioro cognitivo, las decisiones se tomarán con el cuidador principal o con su entorno más cercano.

- **Alinear el objetivo terapéutico con el objetivo asistencial** del paciente, según éste sea prolongar la supervivencia, mantener o preservar la funcionalidad o mejorar el bienestar y el confort mediante el control de los síntomas. Este enfoque va más allá del esquema de Holmes de la toma de decisiones relacionadas con la medicación ya que sólo tiene en cuenta la expectativa de vida del paciente (*anexo 6*).

Esta etapa determinará las actividades clínicas y las decisiones que se llevaran a cabo en las dos etapas siguientes.

Etapa 2. Valoración centrada en los problemas de salud

En esta etapa se debe:

2.A) Identificar y jerarquizar los problemas de salud,
2.B) Asociar los medicamentos al problema de salud,
2.C) Clasificar cada fármaco en función de su objetivo de prescripción.

2.A) *Identificar y jerarquizar los problemas de salud.*

La jerarquización de los problemas de salud no debe realizarse solamente desde la perspectiva clínica del médico, sino que también hay que incluir los problemas de salud que preocupan al paciente.

Esta jerarquización tiene especial importancia en pacientes que presentan multimorbilidad y situaciones de complejidad clínica. Las patologías de órgano, especialmente si cursan con sintomatología que incide en la calidad de vida del paciente, son las que presentan una jerarquía más alta porque su progresión conduciría a una situación de final de vida (*Figura 9*).

Figura 9: *Patologías de órgano*

Por ejemplo, una paciente de 81 años con los problemas de salud siguientes: insuficiencia cardíaca grado NHYA II, ventrículo izquierdo dilatado con una fracción de eyección del 35%; arritmia cardíaca por fibrilación auricular, hipertensión, dislipemia, diabetes mellitus tipo II, artropatía severa lumbar, deterioro cognitivo leve, insuficiencia renal moderada e insomnio crónico. Los problemas de salud de esta paciente presentan distinta jerarquía y un impacto diferente sobre su calidad de vida. Al equipo asistencial le preocupan especialmente la insuficiencia cardiaca porque, en caso de descompensarse, provocará sintomatología congestiva y puede acabar en un ingreso hospitalario junto con la anticoagulación por la fibrilación auricular, por lo que se sitúan en el primer nivel de la jerarquía. La diabetes, la hipertensión, el deterioro cognitivo y la artropatía los sitúan en el segundo nivel de la jerarquía. Finalmente, en el último nivel jerárquico el insomnio y la dislipemia. Sin embargo, desde la visión de la paciente, esta jerarquía varía, ya que su mayor preocupación es el dolor articular y la sensación continúa de ahogo, por lo que estos problemas de salud se han de situar en el primer nivel de la jerarquía, junto con los priorizados por el equipo asistencial.

En la jerarquización de los problemas de salud hay que incluir siempre los que prioriza el paciente y se han de alinear con los del equipo asistencial

En cambio, en un paciente crónico sin complejidad clínica, la jerarquización sería muy distinta, dado que mayoritariamente presentan un número reducido de problemas de salud y las intervenciones, tanto farmacológicas como no farmacológicas, van dirigidas a la prevención de la progresión de la enfermedad o de su recaída. Por ejemplo, los tres problemas de salud de un paciente de 55 años que tiene hipertensión, diabetes y niveles de colesterol ligeramente elevados podrían considerarse que están en el mismo nivel de jerarquización. En este paciente estaría bien indicado un tratamiento con un hipolipemiante en prevención primaria, además del tratamiento de sus otras patologías, siguiendo las recomendaciones de las guías de práctica clínica (GPC), mientras que en un paciente de edad avanzada esta decisión terapéutica sería más controvertida. También hay que tener en cuenta que, en este tipo de pacientes, las decisiones terapéuticas preferentemente, estarán basadas en las recomendaciones recogidas en las GPC, dado que son pacientes que habitualmente se incluyen en los ensayos clínicos y para los cuales hay disponible abundante evidencia científica.

Los cambios en el plan farmacoterapéutico, derivados de la revisión de la medicación, se comunicarán al paciente según el orden de la jerarquización de los problemas de salud. Es decir, los cambios de medicación e intervenciones educativas asociados a los problemas de salud que presenta el paciente se iniciaran con los que están en la jerarquía más alta, se harán de uno en uno y respetando los tiempos del paciente.

La jerarquía de los problemas de salud, establecida entre el equipo asistencial y el paciente, ha de ser la guía que nos indique las prioridades para el inicio de los cambios derivados de la revisión de la medicación

2.B) *Asociar los fármacos que está tomando el paciente para cada problema de salud*

El objetivo de este apartado es vincular cada tratamiento activo con el problema de salud (*figura 10*). Este paso permite identificar tanto tratamientos farmacológicos sin un problema de salud que los justifique como problemas de salud sin tratamiento.

PROBLEMA DE SALUD	FÁRMACOS
Nivel 1 Jerarquización	
Nivel 2 Jerarquización	
Nivel 3 Jerarquización	

Figura 10. *Asociación de fármacos a los problemas de salud según jerarquización*

2.C) *Clasificar cada fármaco en función de su objetivo de prescripción: prevención primaria y secundaria; etiológico o sintomático (Figura 11).*

Es imprescindible conseguir la coherencia entre el objetivo terapéutico establecido en la etapa 1 y el objetivo de prescripción. Es decir que, si el objetivo terapéutico en un paciente con fragilidad moderada fuese preservar la funcionalidad, podría plantearse la retirada de los fármacos prescritos para la prevención primaria, porque el beneficio de estos tratamientos se obtiene a largo plazo. También podría valorarse la retirada de los fármacos en prevención secundaria, aunque hay menos evidencia de esta intervención, por lo que adquiere más fuerza implicar al paciente y/o cuidador principal en esta decisión. Si el objetivo terapéutico es priorizar el bienestar y control de síntomas, es imprescindible intensificar el tratamiento sintomático, valorar sistemáticamente el tratamiento etiológico y prescindir, siempre que sea posible, de los tratamientos preventivos.

Fármacos para prevención primaria	Tratamiento etiológico
• …… • …… • ……	• …… • …… • ……
Fármacos para prevención secundaria	**Tratamiento sintomático**
• …… • …… • ……	• …… • …… • ……

Figura 11. *Objetivos de prescripción*

Esta clasificación del tratamiento farmacológico en función de su objetivo de prescripción facilita visualizar la oportunidad de llevar a cabo estrategias de deprescripción que podrían contribuir a disminuir la complejidad de los tratamientos y, como consecuencia, facilitar la adherencia, especialmente en pacientes polimedicados y con regímenes terapéuticos complejos. Esta labor facilitará las actividades de la etapa 3.

Sistematizar la clasificación de los fármacos según objetivos de prescripción facilita visualizar la posibilidad de deprescripción y disminuir la complejidad terapéutica del plan farmacológico.

Etapa 3. Valoración centrada en el medicamento

En esta etapa se valorarán cada uno de los fármacos del plan farmacoterapéutico del paciente según el algoritmo SEFAP (*Figura 12*).

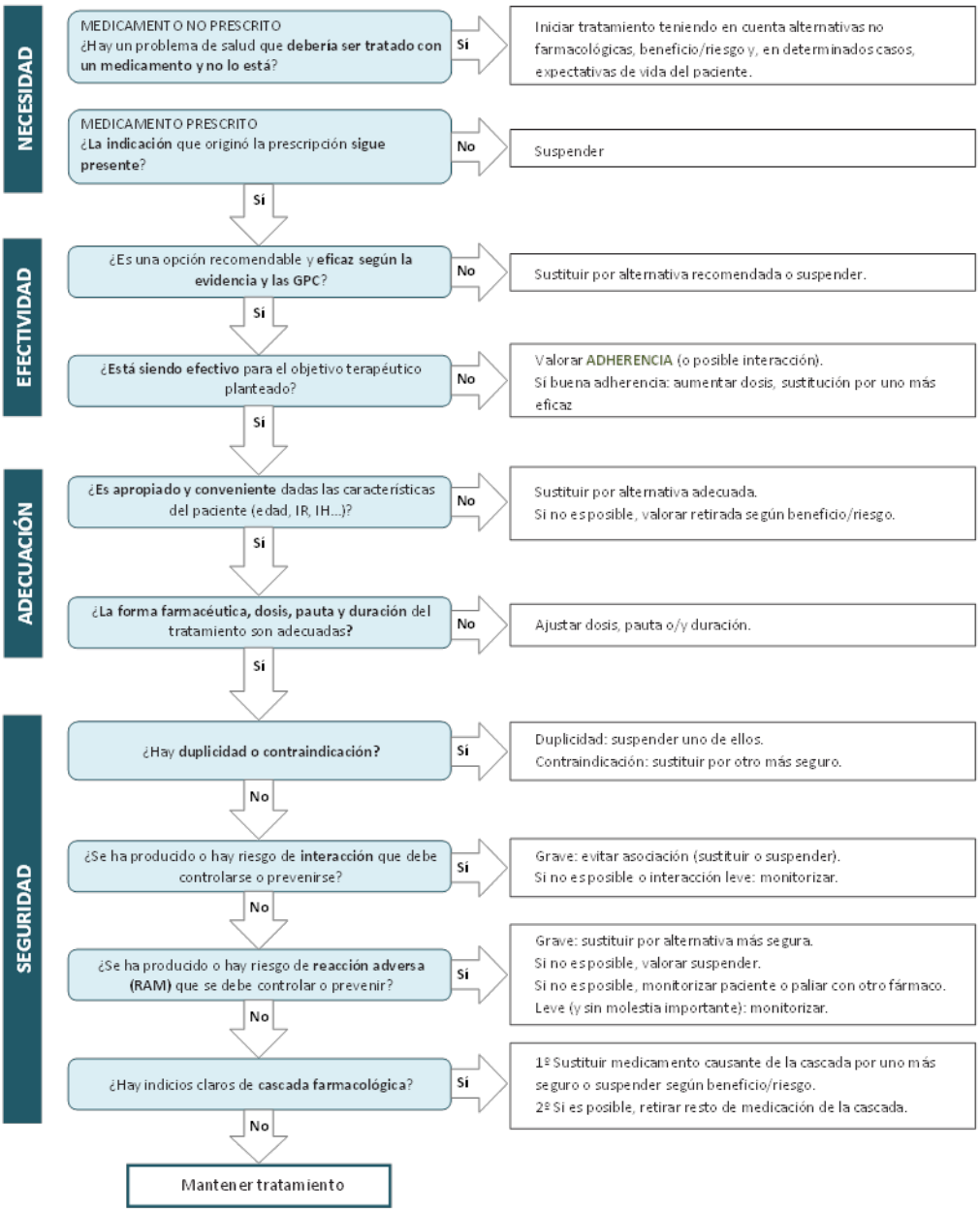


Figura 12. *Algoritmo de revisión de la medicación de la SEFAP*

Es imprescindible para la aplicación del algoritmo tener siempre en cuenta los objetivos terapéuticos establecidos en la Etapa 1 y seguir para la valoración el orden establecido en la Etapa 2 de jerarquización de patologías; es decir, se aplicará el algoritmo primero a los fármacos utilizados para tratar las patologías del primer nivel de jerarquización y se continuará con los del segundo nivel y tercer nivel respectivamente.

Las dimensiones contempladas en el algoritmo son:

3.A) Necesidad
3.B) Efectividad
3.C) Adecuación
3.D) Seguridad

3.A) *Necesidad*

La primera dimensión que hay que valorar es la necesidad de la medicación en relación a las patologías que presenta el paciente.

Para valorarla, debemos formularnos las preguntas siguientes:

- *¿Hay un problema de salud que debería ser tratado con un medicamento y no lo está?*
- *¿La indicación que originó la prescripción sigue presente?*

Cuando el paciente presenta un problema de salud que no está tratado y debería estarlo, ha de iniciarse el tratamiento con el medicamento que disponga de la mejor evidencia científica disponible para dicho problema de salud y un balance beneficio/riesgo favorable.

Si al paciente se le prescribió un medicamento para una indicación que ya no está presente, debe proponerse al médico la retirada de dicho medicamento.

3.B) *Efectividad*

La siguiente dimensión que hay que evaluar es la efectividad del tratamiento en relación a los objetivos terapéuticos planteados.

Para valorarla debemos formularnos las siguientes preguntas:

- *¿Es una opción recomendable y eficaz según la evidencia y las GPC?*
- *¿Está siendo efectivo para el objetivo terapéutico planteado?*

En el caso que el medicamento prescrito al paciente para un problema de salud no sea efectivo ni la mejor opción según la evidencia científica disponible y/o no esté recomendado en las GPC, debería proponerse al médico la retirada y/o sustitución por otro fármaco que sea de primera línea para el tratamiento de dicho problema de salud.

Cuando el fármaco no está siendo efectivo para el objetivo terapéutico definido, se ha de valorar siempre la existencia de factores que pueden afectar la efectividad del tratamiento, como podría ser la falta de adherencia o una posible interacción, antes de aumentar la dosis, añadir otro fármaco o bien sustituirlo por otro más eficaz. Sólo cuando se han descartado estos factores podría plantearse un aumento de dosis, añadir un medicamento o bien sustituirlo por otro más eficaz.

Un concepto útil a tener en cuenta cuando se valora esta dimensión es el beneficio terapéutico

marginal, definido como el beneficio clínico que se obtiene al añadir un medicamento al tratamiento existente. Así, cada vez que se aumenta la dosis, se añade un fármaco o se cambia por otro de mayor potencia, se debería pensar en el beneficio marginal que podría obtenerse y plantearse el balance de este beneficio respecto del riesgo adicional.

3.C) *Adecuación*

La tercera dimensión a valorar es la adecuación de cada uno de los medicamentos según la edad y/o condiciones clínicas que tiene el paciente, como la insuficiencia renal o hepática entre otras, así como la adecuación de la dosis, forma farmacéutica, pauta y duración.

Para valorar esta dimensión, debemos formularnos las preguntas siguientes:

- *¿Es apropiado y conveniente dadas las características del paciente (edad, insuficiencia renal, insuficiencia hepática…)?*
- *¿La forma farmacéutica, dosis, pauta y duración del tratamiento son adecuadas?*

Cuando un medicamento no es el apropiado en un paciente concreto, ya sea por la edad o por las patologías que presenta, como insuficiencia renal y/o hepática, se sustituirá por otro que sea adecuado. Si no fuese posible, habría que proponer al médico que valorase la retirada según balance beneficio/riesgo.

Deberá ajustarse la dosis del medicamento dependiendo de la edad o situaciones clínicas del paciente. También deberá valorarse siempre la duración del tratamiento y la complejidad del régimen terapéutico; para ello existen herramientas que ayudan a la valoración, como por ejemplo el *Índice de Complejidad del Tratamiento Farmacológico (MRCI-E)*[28], ya validado en nuestro entorno. También es importante tener en cuenta la forma farmacéutica, especialmente en ancianos ya que pueden tener problemas de deglución.

3.D) *Seguridad*

La última dimensión a valorar es la seguridad de los medicamentos para prevenir problemas potenciales que se puedan derivar de su prescripción.

Para valorar esta dimensión, debemos formularnos las preguntas siguientes:

- *¿Hay duplicidad o contraindicación?*
- *¿Se ha producido o hay riesgo de interacción que debe controlarse o prevenirse?*
- *¿Se ha producido o hay riesgo de reacción adversa (RAM) que se debe controlar o prevenir?*
- *¿Hay indicios claros de cascada farmacológica?*

Cuando se valora esta dimensión, debe comprobarse cualquier posible duplicidad en el plan farmacológico del paciente y, en ese caso, retirar uno de ellos. Si existe una contraindicación, ya sea entre dos fármacos o entre fármaco y patología, se le propondrá al médico la sustitución de dicho fármaco por otro más seguro.

Si en la revisión de la seguridad se sospecha de un potencial efecto adverso o interacción grave,

debería proponerse al médico sustituir el fármaco causante del problema de seguridad por una opción segura y, si no fuera posible, valorar la retirada o realizar una monitorización rigurosa. Si se sospecha de un posible efecto adverso o interacción leve, debería realizarse una monitorización del posible problema relacionado con dicho medicamento.

Otro concepto a tener en cuenta en la dimensión de la seguridad es el de cascada terapéutica[29], entendida como una sucesión de prescripciones en cadena, en la que un fármaco provoca un efecto adverso que no se reconoce como tal y se trata con otro medicamento. Cuando se ha identificado una cascada terapéutica, se debe valorar si el fármaco que ha provocado la reacción adversa es realmente necesario o se puede sustituir por una opción más segura. Siempre que sea posible, proponer al médico la retirada de los medicamentos implicados en la cascada terapéutica.

En el anexo 7 se detallan herramientas y recursos que pueden ayudar en la toma de decisiones en relación a las distintas dimensiones del algoritmo.

Etapa 4. Propuesta de un plan farmacológico individualizado

En esta etapa el profesional sanitario debe revisar con el paciente, en el marco de la entrevista clínica, la carga terapéutica[30] que puede asumir (capacidad que cada paciente tiene para gestionar un número determinado de medicamentos), el conocimiento de su medicación y sus habilidades para manejarla. Tiene que conocer los medicamentos que ha de tomar y cómo y cuándo tomarlos.

El médico no sólo ha de comunicar al paciente los cambios realizados, sino que también ha de buscar su acuerdo y promover su implicación en la toma de decisiones

También se debería valorar la percepción que tiene el paciente de su enfermedad y llevar a cabo las intervenciones necesarias para que se ajuste a la gravedad real de su situación clínica.

Los cambios de la medicación derivados de la revisión:

- Se han de pactar previamente con el paciente.
- Se han de iniciar progresivamente, según la jerarquización de las patologías, uno a uno y respetando los tiempos del paciente.
- Se debe explicar al paciente de manera clara los beneficios que se esperan de los cambios de la medicación.

Si en el transcurso de la revisión de la medicación se hubiese detectado una baja adherencia, se deberían aplicar las estrategias necesarias para mejorarla.

Banco de casos

5.1 Justificación

La implantación de los procesos de conciliación y revisión de los tratamientos farmacológicos en la práctica asistencial con criterios de calidad ha servido para optimizar la terapia farmacológica en los pacientes crónicos, mejorando así la efectividad y la seguridad de estas terapias.

El grupo de Revisión de la SEFAP nace con la voluntad de dotar a los FAP de los conocimientos y las habilidades necesarios para favorecer que el proceso de *"la revisión de la medicación centrada en la persona"* lo lleven a cabo los profesionales sanitarios de los centros de salud de la Atención Primaria en su práctica clínica habitual en todas las CCAA. Para ello, el grupo de revisión de la medicación de la SEFAP se ha marcado los siguientes objetivos:

- Crear un banco de casos clínicos de pacientes crónicos complejos y en situación de final de vida para facilitar la formación continuada de los FAP y optimizar la terapia farmacológica en estos pacientes utilizando la metodología de revisión centrada en la persona, estandarizada por el grupo de SEFAP.
- Poner a la disposición de los FAP de la SEFAP el material de apoyo necesario para difundir la metodología de la revisión centrada en las personas entre los profesionales de los equipos de atención primaria de las diferentes CCAA.
- Formar a los FAP en el tratamiento de los síntomas de los pacientes en situación de final de la vida.

5.2 Organización y funciones del grupo de revisión:

El grupo está formado por 56 FAP de distintas vocalías que se han organizado en grupos de trabajo, constituidos por un máximo de 5 o 6 FAP y un coordinador. En alguno de los grupos se ha incluido a un médico de familia para enriquecer la discusión y ampliar el punto de vista clínico.

Cada grupo de trabajo ha preparado un caso clínico completo, elaborándose un total de 9 casos con patrones de multimorbilidad distintos.

La resolución de los casos se ha realizado siguiendo la metodología consensuada con el grupo de revisión de la SEFAP. Cada caso va acompañado del material de apoyo necesario para que el FAP realice las sesiones a los profesionales de los equipos de atención primaria (*relato del caso resuelto*, *power point del caso*, *preguntas tipo test de refuerzo y bibliografía*).

5.3 Contenido del Banco de Casos:

El contenido del banco de casos será dinámico, y se irá ampliando a medida que se añadan nuevos casos y se vayan actualizando los que ya están disponibles en este momento en la web de la SEFAP.

PACIENTE CON EPOC Y MULTIMORBILIDAD

Coordina: *Rafael MªTorres Garcia*

Autores: *María Garcia Gil, Amaia Alcorta Lorenzo, Carmen Pata Iglesias, Mª Luisa Sastre Martorell, Rafael MªTorres Garcia*

Material de apoyo: *Relato del caso; Power Point y Bibliografia*

PACIENTE CON CARDIOPATIA ISQUÉMICA Y MULTIMORBILIDAD

Coordina: *Ana Gangoso*

Autores: *Isabel Gómez Valbuena, Ángela Usarralde Pérez, Ana isabel Pablos Mateos, Ana Gangoso*

Material de apoyo: *Relato del caso; Power Point y Bibliografia*

PACIENTE CON INSUFICIENCIA CARDIACA Y MULTIMORBILIDAD

Coordina: *Mª Concepción Celaya Lecea*

Autores: *Natalia Alzueta Isturiz, Carmen Fontela Bulnes, Amaya Echeverria Gorriti, Lorea Sanz Alvárez, Julia Fernández Uria, Mª Concepción Celaya Lecea*

Material de apoyo: *Relato del caso; Power Point y Bibliografia*

PACIENTE CON DOLOR NO ONCOLÓGICO Y MULTIMORBILIDAD

Coordina: *Mª Jesús Hernández Arroyo*

Autores: *Mª del Mar Alvárez Garcia, Mª Jesús Hernández Arroyo*

Material de apoyo *Relato del caso, Power Point y Bibliografia*

PACIENTE CON DEMENCIA INICIAL Y MULTIMORBILIDAD

Coordina: *Maria Gil González-Haba*

Autores: *Leonor Castro Trillo, Mª Teresa Laso Martínez, Antonio Gabriel Serrano Peláez, Maria Gil González -Haba*

Material de apoyo: *Relato del caso; Power Point y Bibliografía*

PACIENTE CON DEMENCIA AVANZADA Y MULTIMORBILIDAD

Coordina: *Mireia Massot Mesquida*

Autores: *Anna Agustí Sastre, Núria Gotanegra Guzman, Mª Dolors Diaz Massip, Carolina Rovira Algara, Inés Garcia Soler, Mireia Massot Mesquida*

Material de apoyo: *Relato del caso; Power Point y Bibliografía*

PACIENTE CON FRAGILIDAD AVANZADA

Coordina: *Gemma Rodríguez Palomar*

Autores: *Goizane ros Bernaola, Francesca Ortin Font, Àngels Pellicer Jacomet, Gemma Rodríguez Palomar*

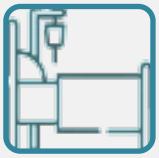
Material de apoyo: *Relato del caso; Power Point y Bibliografía*

PACIENTE CON DIABETES EVOLUCIONADA Y MULTIMORBILIDAD

Coordina: *Carmen Labarta Mancho*

Autores: *Mercedes Aza Pascual, Maria Oro Fernández, Yolanda Borrego izquierrdo, Silvia Casado Casuso, Raquel Prieto Sánchez, Carmen Labarta Mancho*

Material de apoyo: *Relato del caso; Power Point y Bibliografía*



PACIENTE EN SITUACIÓN DE ÚLTIMOS DÍAS

Coordina: *Marta Leston Vázquez*

Autores: *Noemí Villen Romero, Amelia Troncoso Mariño, Mª Agustina Fernández Pérez, Marta Leston Vazquez*

Material de apoyo: *Relato del caso; Power Point y Bibliografía*

Terminología

Atención centrada en la persona

Modelo de atención sanitaria que pone a la persona[31] en el centro del sistema, con el objetivo de mejorar su salud, calidad de vida y bienestar, respetando su dignidad y derechos, así como a sus necesidades, preferencias, valores y experiencias, y contando con su participación activa ya que debe considerarse como un igual en la planificación, el desarrollo y la evaluación en el proceso de atención.

Este es el modelo de atención que debería aplicarse a los pacientes frágiles y/o con complejidad clínica.

Comorbilidad

La comorbilidad[32] se define como la coexistencia de patologías adicionales a una patología índice, considerada principal. Esta enfermedad principal es el foco de todas las estrategias que se llevarán a cabo en estas personas, aunque su evolución y respuesta terapéutica se verá condicionada por la presencia de las otras enfermedades. La medida de comorbilidad más conocida es el *Índice de Charlson*[33].

Criterios explícitos

Los métodos explícitos[34] se basan en criterios preestablecidos, son fiables, fáciles de implementar en la práctica y de integrar en las herramientas de ayuda a la prescripción electrónica asistida. Los criterios explícitos detectan el uso inapropiado de medicamentos o que deben evitarse en determinadas patologías o situaciones clínicas concretas. La información que recogen está más centrada en el medicamento que en el paciente.

Los más conocidos y utilizados son los: Criterios *STOPP-START, BEERS, LESS CROHN, STOPP-PAL*, entre otros (anexo 7).

Criterios implícitos

Los métodos implícitos[34] parten de una evaluación clínica del paciente y su medicación a partir de los cuales se realiza un juicio clínico de si los fármacos prescritos son o no adecuados.

Los más conocidos son: *Medication Approppiatenesss Index* (*MAI*), *The No TEARS TOOL* entre otros (anexo 7).

Deprescripción

La deprescripción[35] se define como la retirada supervisada por un profesional médico de fármacos inapropiados[31]. Se enmarca en el movimiento de "dejar de hacer todo aquello que no aporta valor". Ejemplos: prescripción de IBP en pacientes sin criterios para la gastroprotección ni patología digestiva, prescripción de estatinas en prevención primaria en población de más de 80 años, condroprotectores por falta de eficacia, etc.

Enfermedad avanzada

La enfermedad avanzada[25] se caracteriza por un estado de irreversibilidad con múltiple sintomatología, impacto emocional, pérdida de autonomía, con muy escasa o nula capacidad de respuesta al tratamiento específico y con un pronóstico de vida limitado a semanas o meses, en un contexto de fragilidad progresiva.

Fragilidad

La fragilidad se entiende como un estado clínico en el que la vulnerabilidad de un individuo para desarrollar mayor dependencia y/o mortalidad está incrementada cuando se expone a un factor de estrés (procesos agudos o crónicos, condiciones físicas y psíquicas, inactividad, factores socioeconómicos, etc.)[19,20].

Multimorbilidad

El término multimorbilidad[36] hace referencia a la coexistencia de dos o más patologías crónicas que afectan a sistemas orgánicos diferentes. Por consenso, a este término debe incorporarse también la gravedad de las patologías. Uno de los instrumentos validados y utilizados en la atención primaria para medirla es el *Cumulative Illness Rating Score (CIRS),* que incluye 14 dominios anatómicos con 4 niveles de gravedad.

Patología crónica compleja/ Paciente crónico complejo

La patología crónica compleja es un concepto asociado a la dificultad del manejo de un proceso crónico en un individuo concreto. Esta dificultad está relacionada con las múltiples interacciones ocasionadas por la presencia de patologías crónicas en situación avanzada, que empeora si se da multimorbilidad, edad avanzada, problemas socioeconómicos y discapacidad.

Las características que definen al paciente crónico complejo se especifican en la *tabla 1*.

Características del paciente crónico complejo
• Alta probabilidad de **sufrir crisis** en la evolución natural de sus enfermedades crónicas. • **Situación evolutiva dinámica** que requiere seguimiento y vigilancia en el tiempo. Hay que adaptar la intensidad de la atención en cada momento. • **Alta utilización de servicios** de hospitalización urgente y servicios de urgencias. • **Enfermedades progresivas**, en situación avanzada y con pronóstico de vida limitado, que pueden hacer cambiar los objetivos terapéuticos. • Utilización de un **elevado consumo de recursos y fármacos**. • **Participación de más de un profesional** en la atención de estos pacientes. • Necesidad de activar y gestionar el **acceso a diferentes dispositivos** asistenciales y recursos en el proceso de atención, especialmente en situación de agudización o crisis. Requerimiento de vías preferentes de atención y de intensidad modulable. • **Fragilidad** básica asociada a la condición del paciente. Alta probabilidad de que se produzca una **disminución aguda funcional o cognitiva**. • **Síndromes geriátricos** de nueva aparición. • **Situaciones psicosociales** adversas.

Tabla 1. *Características del paciente crónico complejo*[18]

Polimedicación

La polimedicación se puede definir en términos cualitativos y cuantitativos. En términos cualitativos se define la polimedicación como adecuada cuando los medicamentos se asocian a una indicación clara y definida, e inadecuada cuando no lo está. En términos cuantitativos se define la polimedicación al uso de 5 o más fármacos de forma crónica, y polimedicación extrema a 10 o más medicamentos.

Se puede considerar que ambas definiciones son complementarias.

Prevención cuaternaria

La prevención cuaternaria es el conjunto de actividades que intentan evitar los efectos iatrogénicos o perjudiciales de la propia acción preventiva, diagnóstica y terapéutica provocada por la intervención médica y es especialmente relevante en el paciente de edad avanzada. La deprescripción se puede considerar como un proceso para llevar a cabo la prevención cuaternaria. En el *anexo 7* se describen las herramientas y los recursos más relevantes sobre deprescripción.

Revisión centrada en la persona

Modelo de revisión de la medicación[4] que engloba diferentes estrategias en una misma intervención llevada a cabo por un equipo multidisciplinar que permite adecuar el tratamiento farmacológico a las necesidades del paciente.

Situaciones clínicas al final de la vida

Se entiende como situaciones clínicas al final de la vida[24] a la etapa comprendida entre el diagnóstico de una enfermedad avanzada y hasta finalizada la fase de situación de últimos días o de agonía. La duración de esta etapa puede oscilar desde pocos días hasta meses o incluso algún año.

Valoración multidimensional

La valoración multidimensional consiste en la evaluación de las diferentes dimensiones de un paciente (clínica, funcional, cognitiva/emocional y social), que permita detectar y cuantificar problemas, necesidades y capacidades de la persona. Esta valoración la lleva a cabo el equipo multidisciplinar (médico, enfermera, trabajadora social, FAP y otros especialistas).

Competencias del FAP para desarrollar la revisión de la medicación

En dos de los *Objetivos* descritos en el documento "*Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria*"[37] de abril de 2019, se reconoce al FAP como experto, asesor, formador y dinamizador de los procesos vinculados a mejorar la efectividad y la seguridad de los tratamientos en los pacientes crónicos (Información al paciente; conciliación y revisión de la medicación y adherencia). (*Tabla 2*)

OBJETIVOS	ACCIONES
***A.4**: Actualizar la Cartera de Servicios de Atención Primaria del Sistema Nacional de Salud,*	**A4.4**: Potenciar el papel de las y los farmacéuticas/os de AP en su labor de formación y apoyo a profesionales en el uso racional, eficiente y seguro de los medicamentos, así como en la revisión de los tratamientos
***C.2**: Desarrollar mecanismos para la coordinación entre ámbitos de atención*	**C. 2.5**: Establecer protocolos de colaboración entre los EAP y las y los farmacéuticas/os comunitarias/os, con la coordinación del farmacéutica/o de AP, para la conciliación de la medicación, la optimización de la farmacoterapia, el aumento de la seguridad y efectividad de los tratamientos, la mejora de la adherencia y la reducción de la utilización inadecuada de los medicamentos. Medio plazo. **C.2.3**: Desarrollar protocolos multidisciplinares, coordinados por las y los farmacéuticas/os de Atención Primaria, para la coordinación clínica en la utilización de los medicamentos que garanticen la continuidad farmacoterapéutica en el ámbito sanitario y sociosanitario, incluyendo la conciliación de la medicación en las transiciones asistenciales. Corto plazo. • **C.2.4**: Potenciar el papel de las y los farmacéuticas/os de AP en su labor de formación y apoyo a las y los profesionales en el uso racional, eficiente y seguro de los medicamentos, así como en la revisión de los tratamientos de las y los pacientes institucionalizadas/os en la comunidad. Corto plazo • **C. 2.5**: Establecer protocolos de colaboración entre los EAP y las y los farmacéuticas/os comunitarias/os, con la coordinación del farmacéutica/o de AP, para la conciliación de la medicación, la optimización de la farmacoterapia, el aumento de la seguridad y efectividad de los tratamientos, la mejora de la adherencia y la reducción de la utilización inadecuada de los medicamentos. Medio plazo.

Tabla 2. *Actividades del FAP en el Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria*

Este reconocimiento responde a la evaluación de los resultados de diversas experiencias nacionales e internacionales que ponen en valor el **papel del farmacéutico clínico en los sistemas sanitarios.** En ellas se demuestra que su integración en el equipo asistencial se asocia con resultados positivos en la reducción de hospitalizaciones, resolución de posibles problemas relacionados con los medicamentos, y también en la revisión de la medicación; asesorando sobre la retirada de medicamentos inapropiados o que pueden producir RAM[38–43].

La SEFAP ha trabajado activamente en el desarrollo de las competencias del FAP[44] para realizar la revisión de tratamientos y seguimiento farmacoterapéutico y que se enmarcan en el ámbito de la actividad clínica y asistencial centrada en el paciente. Este ámbito forma parte de la *Cartera de Servicios del Farmacéutico de Atención Primaria*[45] en él se incluyen los servicios dirigidas a integrar y optimizar la utilización de medicamentos y productos sanitarios a través del apoyo a las decisiones clínicas concretas y al manejo individualizado de la terapia por parte de los pacientes. Su objetivo es contribuir, como parte del equipo multidisciplinar, a que el paciente obtenga el mejor resultado en salud derivado de la utilización de los medicamentos y productos sanitarios. Esta prestación se ofrece a los profesionales sanitarios (médicos y enfermeras de atención primaria), pacientes y cuidadores. Los servicios concretos son el apoyo a la revisión y a la adecuación del tratamiento considerando las características personales, historia farmacoterapéutica y alternativas terapéuticas disponibles de eficacia y seguridad contrastadas y el Seguimiento farmacoterapéutico continuado del paciente en relación al tratamiento para asegurar la eficacia, seguridad, adherencia y verificar resultados de salud de la terapia. En la *Tabla 3* se presentan las competencias profesionales y los servicios del FAP más destacados del ámbito de la actividad clínica y asistencial centrada en el paciente de la cartera de servicios del FAP.

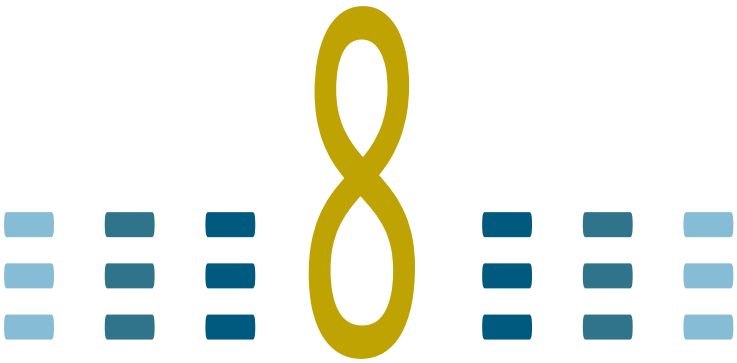
COMPETENCIAS	SERVICIOS
Ámbito 1: Actividad clínica y asistencial centrada en el paciente	
1.1: Ser capaz de generar y aplicar metodologías de trabajo sistematizadas que faciliten la revisión del tratamiento, la conciliación de la medicación, la medida de la adherencia y la información al paciente.	Apoyo al médico del EAP en la revisión y a la adecuación del tratamiento considerando las características personales, historia farmacoterapéutica y alternativas terapéuticas disponibles de eficacia y seguridad contrastadas. Seguimiento continuado del paciente en relación al tratamiento para asegurar la efectividad, contribuir a mejorar la seguridad y la adherencia y verificar resultados de salud de la terapia. Apoyo al médico del EAP en las decisiones derivadas de la revisión de la medicación: añadir y/o retirar algún medicamento del
2.1: Conocer y manejar los sistemas de información, fundamentalmente la historia clínica electrónica, con el objetivo de obtener la información necesaria para poder evaluar la situación del paciente y diseñar propuestas de mejora.	
3.1: Conocer la patología más prevalente en atención primaria, y su terapéutica avalada científicamente para generar recomendaciones individualizadas al	

paciente sobre el empleo de medicamentos y productos sanitarios teniendo en cuenta sus comorbilidades y circunstancias sociales y culturales.	plan terapéutico. Dar respuesta a las consultas farmacoterapéuticas de los profesionales sobre casos concretos. Asesoramiento terapéutico en ajuste de dosis y pautas de administración en pacientes concretos al médico y enfermera del EAP. Prevención, Identificación y registro de problemas relacionados con los medicamentos en pacientes concretos. Prevención de errores de medicación en pacientes concretos. Detección y notificación de efectos adversos. Coordinación de acciones de atención farmacéutica con otros servicios farmacéuticos, actuando como farmacéutico de enlace en las transiciones asistenciales en pacientes concretos. Identificación, prevención y seguimiento de la adherencia. Proporcionar información y/o educación a pacientes y/o cuidadores sobre su terapia y el manejo de la misma. Apoyo en los procesos de toma de decisiones compartidas entre profesionales y pacientes.
5.1: Generar alianzas con los profesionales de otros ámbitos que intervienen en la asistencia del paciente con el objetivo de asegurar la continuidad farmacoterapéutica, conciliación y potenciar la seguridad en los tránsitos asistenciales (hospitales, centros sociosanitarios y otros centros con pacientes institucionalizados).	
8.1: Disponer de conocimientos para proporcionar atención farmacéutica al paciente y diseñar la estrategia terapéutica del paciente, juntamente con el resto de los profesionales que le atienden, y hacer seguimiento de esta focalizándose en la revisión del tratamiento y seguimiento de la adherencia.	
8.2: Asesorar a los profesionales de atención primaria y de centros con pacientes institucionalizados en la selección del tratamiento farmacológico de cada paciente, adecuándolo a sus características fisiopatológicas	
8.3: Incorporar las características individuales del paciente y las prescripciones de diferentes ámbitos, para revisar el tratamiento y su conciliación.	

Tabla 3: *Competencias y servicios del FAP en el ámbito clínico y asistencial centrado en el paciente*

Estas competencias se deben mantener actualizadas de acuerdo con la evolución la profesión, así como a las necesidades del sistema sanitario y de los pacientes.

El planteamiento realizado por la SEFAP en este documento permitirá sentar las bases para el desarrollo de las competencias clínicas del FAP con la finalidad de facilitar y reforzar su integración en los equipos multidisciplinares de Atención Primaria.



Bibliografía

1. Instituto Nacional de Estadística (National Institute of Statistics). Proyecciones de Población 2020-2070 (Projections of the population 2020-2070). 2020;2070:1-19. Disponible en: https://www.ine.es/prensa/pp_2020_2070.pdf

2. Feachem RGA, Sekhri NK, White KL. Getting more for their dollar: A comparison of the NHS with California's Kaiser Permanente. Br Med J [Internet]. 2002;324(7330):135-41. Disponible en: https://www.bmj.com/content/bmj/324/7330/135.full.pdf

3. Molist Brunet N, Espaulella Panicot J, Sevilla-Sánchez D, Amblàs Novellas J, Codina Jané C, Altimiras Roset J, et al. A patient-centered prescription model assessing the appropriateness of chronic drug therapy in older patients at the end of life. Eur Geriatr Med [Internet]. 2015;6:565-9. Disponible en: https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1878764915001539

4. Espaulella-Panicot J, Molist-Brunet N, Sevilla-Sánchez D, González-Bueno J, Amblàs-Novellas J, Solà-Bonada N, et al. Patient-centred prescription model to improve adequate prescription and therapeutic adherence in patients with multiple disorders. Rev Esp Geriatr Gerontol [Internet]. 2017;52(5):278-81. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1016/j.regg.2017.03.002

5. Kernick D, Chew-Graham CA, O'Flynn N. Clinical assessment and management of multimorbidity: Nice guideline. Br J Gen Pract. 2017;67(658):235-6.

6. Maher RL, Hanlon J, Hajjar ER. Clinical consequences of polypharmacy in elderly. Expert Opinion on Drug Safety. 2014.

7. Weng MC, Tsai CF, Sheu KL, Lee YT, Lee HC, Tzeng SL, et al. The impact of number of drugs prescribed on the risk of potentially inappropriate medication among outpatient older adults with chronic diseases. QJM [Internet]. 2013;106(15):1009-15. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23836694/

8. Menditto E, Miguel AG, Juste AM, Plou BP, Pascual-Salcedo MA, Orlando V, et al. Patterns of multimorbidity and polypharmacy in young and adult population: Systematic associations among chronic diseases and drugs using factor analysis. PLoS One. 2019;

9. Hernández-Rodríguez MÁ, Sempere-Verdú E, Vicens-Caldentey C, González-Rubio F, Miguel-García F, Palop-Larrea V, et al. Evolution of polypharmacy in a spanish population (2005-2015): A database study. Pharmacoepidemiol Drug Saf. 2020;

10. Hernández-Rodríguez MÁ, Sempere-Verdú E, Vicens-Caldentey C, González-Rubio F, Miguel-García F, Palop-Larrea V, et al. Drug prescription profiles in patients with polypharmacy in spain: A large-scale pharmacoepidemiologic study using real-world data. Int J Environ Res Public Health. 2021;

11. Ioakeim-Skoufa I, Poblador-Plou B, Carmona-Pírez J, Díez-Manglano J, Navickas R, Gimeno-Feliu LA, et al. Multimorbidity patterns in the general population: Results from the epichron cohort study. Int J Environ Res Public Health [Internet]. 2020;17(12):4242. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32545876/

12. Dautzenberg L, Bretagne L, Koek HL, Tsokani S, Zevgiti S, Rodondi N, et al. Medication review interventions to reduce hospital readmissions in older people. Journal of the American Geriatrics Society. 2021.

13. Voigt-Radloff S, Bollig C, Torbahn G, Denkinger M, Bauer J. Interventions to optimise

prescribing for older people in care homes. Z Gerontol Geriatr [Internet]. 2020;53(1):37-43. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31863168/

14. Cattaruzzi C, Cadelli L, Marcuzzo L, Antonini A, Groppo B, Ros B, et al. Feasibility of a multidisciplinary approach for medical review among elderly patients in four Italian long-term nursing homes. Eur J Hosp Pharm [Internet]. 2018;25(4):207-9. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31157021/

15. Leguelinel-Blache G, Castelli C, Rolain J, Bouvet S, Chkair S, Kabani S, et al. Impact of pharmacist-led multidisciplinary medication review on the safety and medication cost of the elderly people living in a nursing home: a before-after study. Expert Rev Pharmacoeconomics Outcomes Res [Internet]. 2020;20(5):481-90. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31899986/

16. Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e igualdad. Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud Estrategia aprobada por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud el 27 de junio de 2012. Boletín Of del Estado [Internet]. 2012;80. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/ESTRATEGIA_ABORDAJE_CRONICIDAD.pdf

17. Amado Guirado E; Duran Parrondo C; Izko Gartzia N; Massot Mesquida M; Palma Morgado D; Rodríquez palomar G; Rosich Martí I. Elementos básicos del abordaje de la medicación en el paciente crónico: información al paciente, conciliación, revisión y adherencia. [Internet]. SEFAP; 2012. Disponible en: https://issuu.com/sefap/docs/sefap

18. Amado E, Martin C. Revisión de la medicación en pacientes crónicos complejos [Internet]. Vol. 24, Butlletí d'informació terapèutica. 2013. Disponible en: https://scientiasalut.gencat.cat/bitstream/handle/11351/1015/BIT_2013_24_09_cas.pdf?sequence=7&isAllowed=y

19. Morley JE, Vellas B, Abellan van Kan G, Anker SD, Bauer JM, Bernabei R, et al. Frailty consensus: A call to action. J Am Med Dir Assoc [Internet]. 2013;14(6):392-7. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1016/j.jamda.2013.03.022

20. Rodríguez-Mañas L, Féart C, Mann G, Viña J, Chatterji S, Chodzko-Zajko W, et al. Searching for an operational definition of frailty: A delphi method based consensus statement. the frailty operative definition-consensus conference project. Journals Gerontol - Ser A Biol Sci Med Sci. 2013;68(1):62-7.

21. Amblàs-Novellas J, Martori JC, Molist Brunet N, Oller R, Gómez-Batiste X, Espaulella Panicot J. Índice frágil-VIG: diseño y evaluación de un índice de fragilidad basado en la Valoración Integral Geriátrica. Rev Esp Geriatr Gerontol [Internet]. 2017;52(3):119-27. Disponible en: https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-pdf-S0211139X16301123

22. Rockwood K, Song X, MacKnight C, Bergman H, Hogan DB, McDowell I, et al. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. Cmaj. 2005;173(5):489-95.

23. Amblàs-Novellas J, Martori JC, Espaulella J, Oller R, Molist-Brunet N, Inzitari M, et al. Frail-VIG index: A concise frailty evaluation tool for rapid geriatric assessment. BMC Geriatr. 2018;18(1):1-12.

24. Amblàs-Novellas J. Modelo conceptual: identificación precoz, diagnóstico situacional y toma de decisiones compartida. En: Monografía SECPAL Cronicidad avanzada [Internet]. Sociedad Española de Cuidados Paliativos; 2018. Disponible en: http://www.secpal.com/Documentos/Blog/Monografia Cronicidad.pdf

25. Ministerio de Sanidad PS e igualdad. Estrategia en Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud. Actualización 2010-2014 [Internet]. Ministerio de Sanidad, Política Social e igualdad. 2014. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/cuidadosPaliativos.htm

26. Espa CS, Madrid CP, Espa CS, Madrid CP. Declaración sobre la atención médica al final de la vida [Internet]. Organización Médica Colegial y Sociedad Española de Cuidados Paliativos; 2002. Disponible en: https://www.bioeticaweb.com/declaraciasn-sobre-la-atenciasn-macdica-al-final-de-la-vida-organizaciasn-macdica-colegial-espaapola-y-sociedad-de-cuidados-paliativos-omce-y-secpal/

27. Gómez-Batiste X, Amblàs J, Turrillas P, Cristian T, Judit P, Agnes C, et al. Recomendaciones prácticas para la identificación y la aproximación pronóstica de personas con enfermedades crónicas avanzadas y necesidades paliativas en servicios de salud y sociales. NECPAL 4.0 PRONÓSTICO (2021) [Internet]. Càtedra de Cures Pal·liatives de la UVic-UCC/ICO; 2021. Disponible en: https://www.catedrapaliativos.com/media/42/media_section/6/5/5465/INSTRUMENT-NECPAL-4.0-2021-ESP.pdf

28. Saez de la Fuente J, Such Diaz A, Cañamares-Orbis I, Ramila E, Izquierdo-Garcia E, Esteban C, et al. Cross-cultural Adaptation and Validation of the Medication Regimen Complexity Index Adapted to Spanish. Ann Pharmacother. 2016;50(11):918-25.

29. Llop R. Cascada terapéutica: prevención, identificación y adecuación del tratamiento. Vol. 32, Butlletí d'informació terapèutica. 2021.

30. May CR, Montori VM, Mair FS. We need minimally disruptive medicine. BMJ [Internet]. 2009;339(7719):485-7. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19671932/

31. Generalitat de Catalunya. L'atenció centrada en la persona en el model d'atenció integrada social i sanitària de Catalunya. Pla interdepartamental d'atenció i interacció Soc i sanitària [Internet]. 2016;81-95. Disponible en: https://xarxanet.org/sites/default/files/gene_atencio_centrada_en_la_persona_gener_2016.pdf

32. García-Olmos L, Salvador CH, Alberquilla Á, Lora D, Carmona M, García-Sagredo P, et al. Comorbidity patterns in patients with chronic diseases in general practice. PLoS One. 2012;7(2):1-7.

33. M E Charlson, P Pompei, K L Ales CRM. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. J Chronic Dis [Internet]. 1987;40(5):373-83. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3558716/

34. Gavilán-Moral E, Villafaina-Barroso A. Polimedicación y Salud: Estratégias para la adecuación terapéutica [Internet]. google books. Plasencia: Polimedicado labs; 2011. Disponible en: http://www.polimedicado.com/noticia.php?id=9

35. Montero Carrera J et al. Deprescripción. Más allá del uso racional del medicamento. Med

fam Andal [Internet]. 2020;21(1):47-66. Disponible en: https://www.samfyc.es/wp-content/uploads/2020/06/v21n1_Especial-URM-47-66.pdf

36. Huntley AL, Johnson R, Purdy S, Valderas JM, Salisbury C. Measures of multimorbidity and morbidity burden for use in primary care and community settings: A systematic review and guide. Ann Fam Med. 2012;10(2):134-41.

37. Ministerio de Sanidad Consumo y Bienestar Social. Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria - Boletín oficial del Estado. Boe [Internet]. 2019;109(7 de Mayo):48652, art. 6761. Disponible en: https://www.boe.es/boe/dias/2019/05/07/pdfs/BOE-A-2019-6761.pdf

38. Glassman P. Clinical Pharmacist's Role in Preventing Adverse Drug Events: Brief Update Review. En: Making health care safer II: an updated critical analysis of the evidence for patient safety practices [Internet]. 2013. p. 31-40. Disponible en: https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/research/findings/evidence-based-reports/services/quality/patientsftyupdate/ptsafetyII-full.pdf

39. Tan ECK, Stewart K, Elliott RA, George J. Pharmacist services provided in general practice clinics: A systematic review and meta-analysis. Res Soc Adm Pharm. 2014;10(4):608-22.

40. Ruiz-Ramos J, Hernández MH, Juanes-Borrego AM, Milà R, Mangues-Bafalluy MA, Mestres C. The Impact of Pharmaceutical Care in Multidisciplinary Teams on Health Outcomes: Systematic Review and Meta-Analysis. J Am Med Dir Assoc [Internet]. 3:S1525-86(21):00557-0. Disponible en: https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1551741113001794?via%3Dihub

41. Pérez Diez C, Valdearcos Enguídanos S. Percepción de los profesionales sanitarios del valor del Farmacéutico de Atención Primaria y de la necesidad de implantar un Servicio de Atención Farmacéutica. Pharm Care Esp [Internet]. 2018;20(2):132-48. Disponible en: https://www.pharmcareesp.com/index.php/PharmaCARE/article/view/430

42. Sloeserwij VM, Hazen ACM, Zwart DLM, Leendertse AJ, Poldervaart JM, de Bont AA, et al. Effects of non-dispensing pharmacists integrated in general practice on medication-related hospitalisations. Br J Clin Pharmacol [Internet]. 2019;85(10):2321–2331. Disponible en: https://doi.org/%0A10.1111/bcp.14041%0A

43. Lin G, Huang R, Zhang J, Li G, Chen L, Xi X. Clinical and economic outcomes of hospital pharmaceutical care: A systematic review and meta-analysis. BMC Health Serv Res [Internet]. 2020;20:487. Disponible en: https://doi.org/10.1186/s12913-020-05346-8

44. Sociedad Española de Farmacéuticos de Atención Primaria. Mapa de Competencias del farmacéutico de Atención Primaria [Internet]. 2019. Disponible en: https://www.sefap.org/wp-content/uploads/2019/11/Mapa-de-competendias-del-FAP-versión-on-line.pdf

45. Cartera de Servicios del Farmacéutico de Atención Primaria [Internet]. Sociedad Española de Farmacéuticos de Atención Primaria. 2017. Disponible en: https://www.sefap.org/cartera-de-servicios-del-farmaceutico-de-atencion-primaria/

Anexos

Anexo 1. Encuesta a los socios de la SEFAP sobre la Revisión de la Medicación

Revisión de la medicación

La revisión de la medicación se define como un examen crítico y estructurado del régimen terapéutico de un paciente, con la finalidad de optimizar su impacto sobre la salud y minimizar los riesgos asociados a la polimedicación.

Se puede llevar a cabo una revisión parcial de la medicación con el objetivo fundamental de mejorar la seguridad y la eficiencia, centrada en evaluar aspectos "técnicos" del tratamiento farmacológico, sin tener en cuenta otros datos de la historia clínica como por ejemplo pruebas analíticas y diagnósticos del paciente, entre otros.

O una revisión clínica del tratamiento farmacológico, centrada en el paciente, con el objetivo de mejorar la adecuación del mismo, la seguridad y la eficiencia de forma combinada. Se trata de valorar la efectividad de cada medicamento adaptándolo a la evolución de la patología, así como la prevención y resolución de problemas relacionados con los medicamentos (PRM), sin olvidar explorar el conocimiento que los pacientes tienen de su tratamiento, así como expectativas y preferencias y adherencia al mismo.

El objetivo de la presente encuesta es conocer los diferentes tipos de revisión que llevan a cabo los socios de la SEFAP en sus lugares de trabajo.

Datos generales

1- ¿En qué comunidad autónoma trabajas?

- Andalucía
- Aragón
- Asturias
- Baleares
- Canarias
- Cantabria
- Castilla-La Mancha
- Castilla y León
- Cataluña
- Ciudad Autónoma Ceuta
- Ciudad Autónoma Melilla
- Comunidad Valenciana
- Extremadura
- Galicia
- La Rioja
- Madrid

- Murcia
- Navarra
- País Vasco

2- ¿Qué edad tienes?
   - < 30 años
   - 30 - 40 años
   - 41 - 50 años
   - > 50 años

3- ¿Cuántos años llevas ejerciendo como Farmacéutico de Atención Primaria (FAP)?
   - < 10 años
   - 10 - 19 años
   - > 20 años

Revisión de la medicación: tipos

4- ¿La revisión de la medicación está incluida en tu actividad profesional habitual?
   - Sí
   - No

5- Si la repuesta a la pregunta anterior es afirmativa ¿qué tipo de revisión llevas a cabo?
   - (A) Basada en criterios explícitos (centrados en el medicamento)
   - (B) Basada en la retirada de medicamentos que no aportan valor (prevención cuaternaria) o presentan problemas de Seguridad
   - (C) Basada en criterios implícitos (actualmente denominada revisión de la medicación centrada en la persona)

Revisión de la medicación basada en criterios explícitos (centrados en el medicamento)

6- Si aplicas este tipo de revisión centrada en el medicamento ¿qué criterios de los siguientes revisas?
   - STOPP-START
   - Duplicidades
   - Interacciones
   - Medicación potencialmente inapropiada en ancianos: carga anticolinérgica
   - Medicación potencialmente inapropiada en ancianos: asociada a riesgo de caídas

- Medicación potencialmente inapropiada en ancianos: otros
- Criterios BEERS
- STOPP-Frail
- Less-Chron
- Otros

7- De los anteriores criterios, ¿todos o algunos de ellos, están integrados (informatizados) en la HCAP mediante herramientas de ayuda?
   - Todos
   - Algunos de ellos
   - Ninguno

8- La revisión basada en criterios explícitos (centrados en el medicamento) ¿quién la realiza?
   - Médico
   - FAP
   - Ambos

9- Este tipo de revisión basada en criterios explícitos, ¿a qué tipo de pacientes la aplicas?
   - A toda la población tratada con medicamentos sin excepción
   - Únicamente a pacientes de riesgo (pacientes crónicos complejos, con multimorbilidad, frágiles, polimedicados...)
   - A pacientes concretos a petición del médico
   - En un entorno de formación

Revisión de la medicación basada en la retirada de medicamentos que no aportan valor (prevención cuaternaria) o presentan problemas de seguridad

10- Si aplicas este tipo de revisión, ¿sobre qué grupos farmacológicos planteas la retirada?
   - Administración de bifosfonatos > 5 años en prevención primaria y pacientes de bajo riesgo
   - SYSADOA
   - IBPs no indicados
   - Estatinas en prevención primaria en ancianos
   - Antiespasmódicos urinarios
   - Otros

11- De los anteriores grupos farmacológicos u otros que hayas planteado, ¿todos o algunos de ellos, están integrados (informatizados) en la HCAP mediante herramientas de ayuda?
    - o Todos
    - o Algunos de ellos
    - o Ninguno

12- La revisión basada en la retirada de medicamentos que no aportan valor o con problemas de seguridad ¿quién la realiza?
    - o Médico
    - o FAP
    - o Ambos

13- Este tipo de revisión basada en la retirada de medicamentos que no aportan valor o con problemas de seguridad, ¿a qué tipo de pacientes la aplicas?
    - o A toda la población tratada con medicamentos sin excepción
    - o Únicamente a pacientes de riesgo (pacientes crónicos complejos, con multimorbilidad, frágiles, polimedicados...)
    - o A pacientes concretos a petición del médico
    - o En un entorno de formación

Revisión de la medicación basada en criterios implícitos (revisión de la medicación centrada en la persona)

14- Para llevar a cabo la revisión de la medicación centrada en la persona, ¿utilizas la metodología que impulsa SEFAP?
    - o Sí
    - o No

15- En caso de no utilizar la metodología SEFAP, ¿cuál utilizas?
    - o MAI
    - o Fierabrás (SESCAM)
    - o Otros

16- La revisión de la medicación centrada en la persona, ¿quién la realiza?
    - o Médico
    - o FAP
    - o Ambos

17- Este tipo de revisión centrada en la persona, ¿a qué tipo de pacientes la aplicas?
    - o A toda la población tratada con medicamentos sin excepción
    - o Únicamente a pacientes de riesgo (pacientes crónicos complejos, con multimorbilidad, frágiles, polimedicados...)
    - o A pacientes concretos a petición del médico
    - o En un entorno de formación

Registro de las actividades del FAP

18- Las recomendaciones que realizas derivadas de la revisión del tratamiento las anotas:
    - o En el curso clínico de la historia clínica de Atención Primaria (HCAP)
    - o En otro entorno dentro de la HCAP creado específicamente para este fin
    - o Lo comunico a través de mensajería interna, correo electrónico...
    - o Utilizo otros canales

19- ¿Diferencias las recomendaciones que van dirigidas al médico (ejemplo: la pioglitazona no estaría recomendada en este paciente por la IC que presenta) de las que son directamente para el paciente (ejemplo: problemas de adherencia)?
    - o Sí
    - o No

20- ¿Consideras necesario poder disponer de una agenda propia para desarrollar esta actividad de revisión?
    - o Sí
    - o No

21- ¿Qué otras herramientas consideres necesarias para llevar a cabo la revisión centrada en la persona y poder incorporarla en tu actividad diaria?

Anexo 2. Instrumentos empleados en la valoración multidimensional

DIMENSIÓN FUNCIONAL	INSTRUMENTO DE VALORACIÓN	DESCRIPCIÓN	INTERPRETACIÓN
Actividades básicas de la vida diaria (ABVDs)	**Índice de Barthel**	Valora la capacidad de la persona para realizar de forma independiente 10 actividades básicas de la vida diaria (comer, usar el retrete, contener esfínteres, asearse, vestirse, desplazarse...). https://www.hipocampo.org/Barthel.asp	**0 - 20 puntos** Dependencia total **21 - 40 puntos** Dependencia severa **41 - 60 puntos** Dependencia moderada **61 - 99 puntos** Dependencia leve **100 puntos** Independiente
Actividades instrumentales de la vida diaria (AIVDs)	**Escala de Lawton y Brody**	Valora actividades necesarias para vivir independiente en la comunidad (usar el teléfono, ir de compras, preparar la comida, realizar tareas del hogar, lavar la ropa, utilizar transportes, controlar la medicación, manejar el dinero). https://www.hipocampo.org/lawton-brody.asp	**0 puntos** Máxima dependencia **8 puntos** Independencia total

DIMENSIÓN CLÍNICA	INSTRUMENTO DE VALORACIÓN	DESCRIPCIÓN	INTERPRETACIÓN	
Caídas/marcha	Test Get up and Go	Evalúa la movilidad básica y requiere un equilibrio estático y dinámico y el riesgo de caída en personas mayores Utiliza el tiempo que tarda una persona en levantarse de una silla, caminar 3 metros, darse la vuelta, caminar hacia la silla y sentarse.	**≤10 segundos**: movilidad normal. **11 - 20 segundos:** límites normales para personas mayores y discapacitados frágiles. **21- 30 segundos:** la persona necesita ayuda. **>30 segundos:** posible riesgo de caída.	
	Escala de Tinetti	Evalúa la movilidad del adulto mayor y permite determinar precozmente el riesgo de caída durante el año siguiente a su aplicación. Consta de dos subescalas: una de valoración del equilibrio y otra de valoración de la marcha.	De la suma de ambos apartados: **25 - 28 puntos**: riesgo bajo de caídas. **19 - 24 puntos**: riesgo medio de caídas. **< 19 puntos**: alto riesgo de caídas.	
Úlceras por presión	Escala de Braden	Escala para medir, de una forma concreta y objetiva, el riesgo de aparición de úlceras por presión. https://www.ulceras.net/userfiles/files/escala_bradem.pdf	**≥ 15 puntos**: riesgo bajo. **13 - 14 puntos**: riesgo moderado o intermedio. **≤ 12 puntos**: riesgo alto o elevado	
	Escala de Norton	Escala de valoración del riesgo de desarrollar úlceras por presión. https://www.ulceras.net/userfiles/files/norton.pdf	Índice de **14 o menos**: Riesgo evidente de úlceras en posible formación. Índice de **12 o menos**: Muy Alto riesgo de escaras o úlceras en formación	
Nutricional	Mini Nutritional Assessment (MNA)	Escala para evaluar el riesgo de malnutrición en el anciano frágil. Consta de dos partes: un test de cribaje inicial, necesario para completar el test de evaluación siguiente y obtener una apreciación precisa del estado nutricional del paciente. https://www.mna-elderly.com/forms/MNA_spanish.pdf	**Test de cribaje:** **12 - 14 puntos**: estado nutricional normal **8 - 11 puntos**: riesgo de malnutrición **0 - 7 puntos**: malnutrición	**Test de evaluación:** **24 a 30 puntos**: estado nutricional normal **17 a 23,5 puntos**: riesgo de malnutrición **< 17 puntos**: malnutrición
Síntomas: Dolor	EVA	https://www.1aria.com/docs/sections/areaDolor/escalasValoracion/EscalasValoracionDolor.pdf	**<3**: Dolor leve. **4-7**: Dolor moderado. **≥ 8**: Dolor severo.	
	PAINAD	Escala de valoración del dolor en pacientes con demencia. https://ulcerasfora.sergas.gal/Informacion/DocumentosCP/Escala%20PAINAD.pdf	**0 - 4 puntos** : Dolor leve **5 - 7 puntos** : Dolor moderado **8 - 10 puntos** : Dolor intenso	
	DOLOPLUS	Escala de valoración del dolor en pacientes ancianos con problemas de comunicación. https://pro.arthrolink.com/sites/www.arthrolink.com/files/flashs/evaluacion_del_dolor_doloplus.pdf	**0 - 10 puntos** : No dolor o dolor leve **11 - 20 puntos** : Dolor moderado **21 - 30 puntos** : Dolor intenso	

DIMENSIÓN MENTAL	INSTRUMENTO DE VALORACIÓN	DESCRIPCIÓN	INTERPRETACIÓN	
Cognitivo	**Mini-Mental State Examination (MMSE)**	Se trata de un test de cribado de demencias, útil también en el seguimiento evolutivo de las mismas. Los ítems están agrupados en 5 apartados que comprueban orientación, memoria inmediata, atención y cálculo, recuerdo diferido, y lenguaje y construcción. https://www.hipocampo.org/folstein.asp	Una puntuación por debajo de **24 puntos** indica deterioro cognitivo, aunque no tenemos que olvidar que el resultado final se debe ajustar por edad y años de escolaridad.	
	MEC de Lobo	Es la versión adaptada y validada en España del MMSE. https://www.hipocampo.org/lobo.asp	< **24 puntos** sugiere deterioro cognitivo.	
	Test de Pfeiffer	Cuestionario que detecta la existencia y el grado de deterioro cognitivo a través de la evaluación de 10 preguntas breves. Explora orientación témporo-espacial, memoria reciente y remota, información sobre hechos recientes, capacidad de concentración y de cálculo. https://www.hipocampo.org/pfeiffer.asp	**0-2 errores**: no deterioro. **3- 4 errores**: Deterioro cognitivo leve. **5-7 errores**: Deterioro cognitivo moderado. **8-10 errores**: Deterioro cognitivo grave. Si el nivel educativo es bajo (estudios elementales) se admite un error más para cada categoría; si el nivel educativo es alto (universitario), se admite un error menos.	
	Global Deterioration Scale (GDS-FAST)	Permite determinar la fase de evolución clínica y gravedad del deterioro cognitivo en la que se encuentra la demencia. https://www.hipocampo.org/reisberg.asp		**Equivalencia con MEC de Lobo:**
			GDS 1, ausencia de alteración cognitiva	30 y 35 puntos.
			GDS 2, disminución cognitiva muy leve	25 y 30 puntos
			GDS 3, deterioro cognitivo leve	20 y 27 puntos
			GDS 4, deterioro cognitivo moderado	16 y 23 puntos
			GDS 5, deterioro cognitivo moderado-grave	10 y 19 puntos
			GDS 6, deterioro cognitivo grave	0 y 12 puntos
			GDS 7, deterioro cognitivo muy grave	0 puntos, impracticable

DIMENSIÓN MENTAL	INSTRUMENTO DE VALORACIÓN	DESCRIPCIÓN	INTERPRETACIÓN
Emocional	**Escala de depresión geriátrica de Yessavage**	Cuestionario utilizado para el cribado de la depresión en personas mayores de 65 años. Existe también una versión abreviada de 15 ítems. https://www.hipocampo.org/yesavage.asp	**0 -10 puntos**: Normal **11 - 14 puntos**: Depresión (sensibilidad 84%; especificidad 95%). **>14 puntos**: Depresión (sensibilidad 80%; especificidad 100%).
	Escala de Cornell	Escala que permite evaluar la sintomatología depresiva en pacientes con deterioro cognitivo. http://www.sagg.org.ar/wp/wp-content/uploads/2017/05/ESCALA-DE-CORNELL-PARA-DEPRESION-EN-DEMENCIA.pdf	**0 a 8 puntos**: Sin depresión **9 a 11 puntos**: Depresión leve **> 12 puntos**: Depresión grave

DIMENSIÓN MENTAL	INSTRUMENTO DE VALORACIÓN	DESCRIPCIÓN	INTERPRETACIÓN
Riesgo social	**Escala de Gijón**	Escala de valoración sociofamiliar permite la detección de situaciones de riesgo o problemática social, siendo útil como un instrumento específico de medición de la situación social	**< 7 puntos**: situación social buena (bajo riesgo institucionalización). **8-9 puntos**: situación intermedia **> 10 puntos**: deterioro social severo (alto riesgo institucionalización).
Sobrecarga del cuidador	**Test Zarit**	Escala de 22 preguntas diseñada para valorar la sobrecarga del cuidador.	Puntuación máxima de 88 puntos. No existen normas ni puntos de corte establecidos. Sin embargo, suele considerarse indicativa de «no sobrecarga» una puntuación inferior a 46, y de «sobrecarga intensa» una puntuación superior a 56.

Anexo 3. Índice de fragilidad de Rockwood - Clinical Frailty Scale[22]

1	**En muy buena forma**	Personas que están fuertes, activas, vigorosas y motivadas. Son personas que suelen practicar ejercicio con regularidad. Son de los que están en mejor forma para su edad.
2	**En forma**	Personas **sin síntomas de enfermedad activa**, pero que están menos en forma que las de la categoría 1. Suele ocurrir que se ejercitan o están **muy activas por temporadas**, por ejemplo, según la estación.
3	**En buen estado**	Personas que tienen **bien controlados sus problemas médicos**, pero que **no llevan actividad física** regular más allá de los paseos habituales.
4	**Vulnerables**	Aunque **no dependen** de otros que les ayuden en la vida diaria, a menudo los **síntomas limitan sus actividades**. Suelen quejarse de estar «lentos» o cansados durante el día.
5	**Levemente frágiles**	Estas personas a menudo tienen un **enlentecimiento más evidente** y **necesitan ayuda para las actividades de la vida diaria importantes** (economía, transporte, labores domésticas, medicación). Es típico que la fragilidad leve vaya dificultando salir solos de compras o a pasear y hacer la comida o las tareas del hogar.
6	**Moderadamente frágiles**	Personas que **necesitan ayuda para todas las actividades en el exterior** y para realizar las tareas domésticas. En casa, suelen tener problemas con las escaleras y necesitan **ayuda con el baño**, y pueden requerir alguna asistencia para vestirse (guía y acompañamiento).
7	**Con fragilidad grave**	**Dependen totalmente para el cuidado personal**, sea cual fuere la causa (física o cognitiva). Aun así, parecen estables y sin riesgo de muerte (en los siguientes 6 meses).
8	**Con fragilidad muy grave**	**Totalmente dependientes, se acercan al final de la vida.** Es típico que ni siquiera se recuperen de afecciones menores
9	**Enfermo terminal**	**Se aproximan al final de la vida**. Esta categoría se aplica a personas con esperanza de vida < 6 meses y sin otros signos de fragilidad.

Puntuación de fragilidad en personas con demencia

*En **personas con demencia**, el grado de fragilidad se corresponde con el grado de demencia.*
*Son síntomas comunes de **demencia leve** olvidar los detalles de un acontecimiento reciente aun recordando el evento en sí, la repetición de una misma pregunta o relato y el aislamiento social.*
En la demencia moderada, la memoria reciente está muy afectada, aunque parezca que recuerdan bien los acontecimientos de su pasado. Con pautas, pueden cuidarse solos.
En la demencia grave, no son posibles los cuidados personales sin ayuda.

Rockwood K, Song X, MacKnight C, Bergman H, Hogan DB, McDowell I, Mitnitski A. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. CMAJ. 2005 Aug 30;173(5):489-95. doi: 10.1503/cmaj.050051. PMID: 16129869; PMCID: PMC1188185. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16129869/

Anexo 4. Fenotipo de fragilidad de LP Fried

1. Pérdida de peso

Pérdida de peso no intencionada en el último año mayor de 10 libras (4,5 kg) o mayor del 5% del peso previo en el último año.

2. Baja energía y resistencia

Respuesta afirmativa a cualquiera de la dos preguntas de la escala de depresión CES-D:

"¿Sentía que todo lo que hacía suponía un esfuerzo en la última semana?"

"¿Sentía que no podía ponerse en marcha la última semana?". Se considera criterio de fragilidad si a una de ellas se responde: "moderada cantidad de tiempo (3-4 días) o la mayor parte del tiempo".

3. Bajo nivel de actividad física

Kilocalorías gastadas por semana usando el Minnesota Leisure Time Activity Questionnaire (MLTAQ), estratificado por género. Se considera fragilidad cuando se encuentra en el quintil inferior: Hombres < 383 kcal/semana Mujeres < 270 kcal/semana

4. Velocidad de la marcha

Tiempo que se tarda en andar 15 pasos (4,6 m), estratificado por altura y género. Se considera criterio de fragilidad cuando los sujetos están en el quintil inferior: Hombres: altura ≤ 173 cm ≥ 7 segundos/altura > 173 cm ≥ 6 segundos Mujeres: altura ≤ 159 cm ≥ 7 segundos/altura > 159 cm ≥ 6 segundos

5. Fuerza prensora

Medida en kilogramos y estratificada por género e índice de masa corporal. Se considera criterio de fragilidad cuando los sujetos están en el quintil inferior:

Hombres:

IMC	≤ 24	≤ 24,1 -26	≤ 26,1-28	> 28
F.Prensora	≤ 29	≤ 30	≤ 30	≤ 30

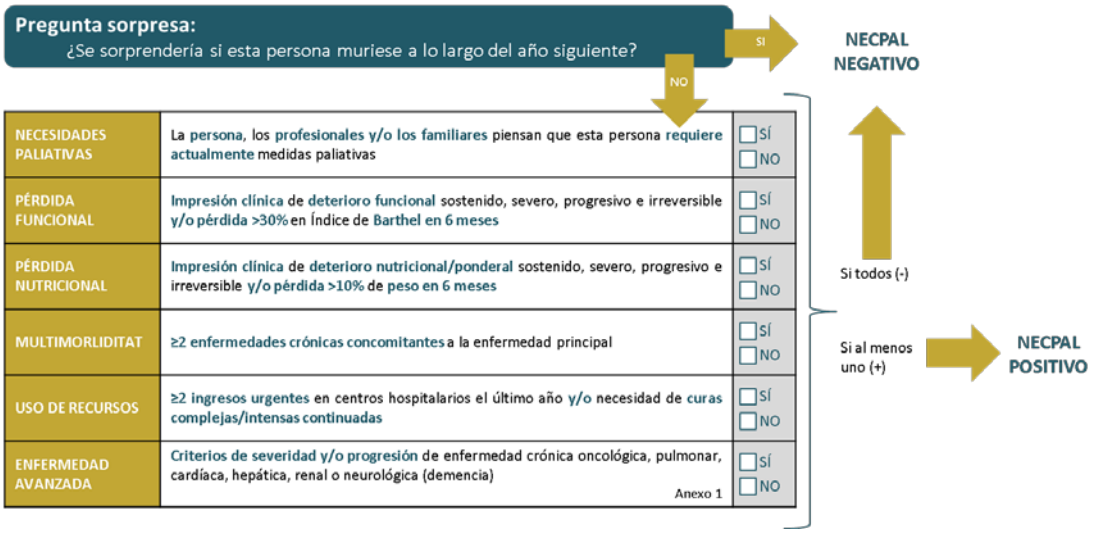
Mujeres:

IMC	≤ 23	≤ 23,1-26	≤ 26,1-19	> 29
F.Prensora	≤ 17	≤ 17,3	≤ 18	≤ 21

Se considera frágiles a los sujetos que cumplen tres o más criterios, prefrágiles a los que cumplen uno o dos y no frágiles o robustos a los que no cumplen ninguno.

Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, Seeman T, Tracy R, Kop WJ, Burke G, McBurnie MA; Cardiovascular Health Study Collaborative Research Group. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2001 Mar;56(3):M146-56. doi: 10.1093/gerona/56.3.m146. PMID: 11253156.

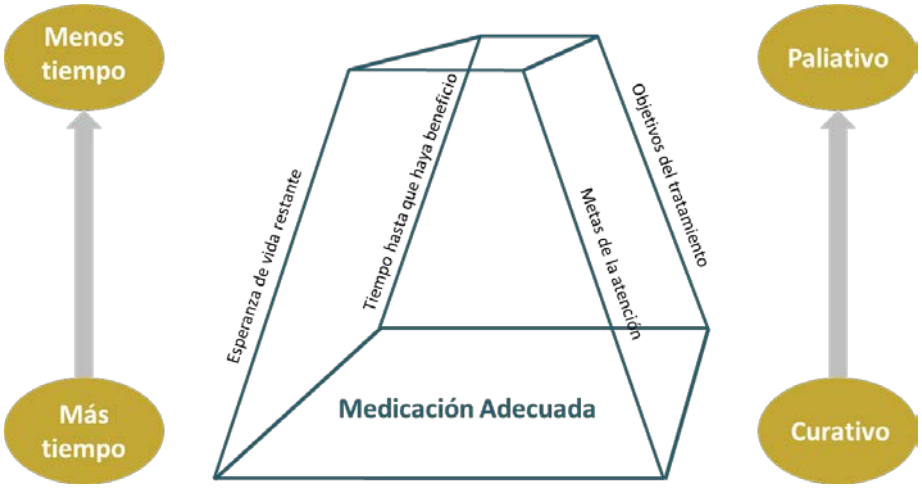
Anexo 5. NECPAL CCOMS-ICO 4.0[27]



Anexo 1 : CRITERIOS NECPAL SEVERIDAD / PROGRESIÓN /ENFERMEDAD AVANZADA [1-4]	
Enf. oncológica	- **Cáncer metastásico** o locoregional avanzado. - En progresión (en tumores sólidos). - **Síntomas persistentes** mal controlados o refractarios a pesar optimizar el tratamiento específico.
Enf. pulmonar crónica	- **Disnea** de reposo o de mínimos esfuerzos entre exacerbaciones. - Confinado a domicilio con limitación marcha. - Criterios espirométricos de **obstrucción severa** (VEMS <30%) o criterios de déficit restrictivo severo (CV forzada <40% / DLCO <40%). - **Criterios gasométricos** basales de **oxigenoterapia crónica domiciliaria**. - Necesidad **corticoterapia** continuada. - **Insuficiencia cardíaca sintomática asociada**.
Enf. cardíaca crónica	- **Disnea** de reposo o de mínimos esfuerzos entre exacerbaciones. - Insuficiencia cardiaca NYHA estadio III ó IV, **enfermedad valvular** severa no quirúrgica o **enfermedad coronaria** no revascularizable. - **Ecocardiografía** basal: FE<30% o HTAP severa (PAPs>60). - **Insuficiencia renal asociada** (FG<30 l/min). - Asociación con **insuficiencia renal** e **hiponatremia persistente.**
Demencia	- **GDS ≥ 6c.** - Progresión declive cognitivo, funcional, y/o nutricional.
Fragilidad	- **Índice Fragilidad ≥ 0.5** (Rockwood K et al, 2005). - **Evaluación geriátrica integral** sugestiva de fragilidad avanzada (Stuck A et al, 2011)
Enf. neurológica vascular	- **Durante la fase aguda y subaguda** (<3 meses post-ictus): estado vegetativo persistente o de mínima conciencia >3 días. - **Durante la fase crónica** (>3 meses post-ictus): complicaciones médicas repetidas (o demencia con criterios de severidad post-ictus.
Enf. neurológica degenerativa: ELA, EM, Parkinson	- **Deterioro progresivo** de la función física y / o cognitivas. - **Síntomas** complejos y difíciles de controlar. - **Disfagia** / trastorno del habla persistente. - Dificultades crecientes de **comunicación.** - **Neumonía** por aspiración recurrente, disnea o insuficiencia respiratoria.
Enf. hepática crónica	- **Cirrosis avanzada** estadio Child C (determinado fuera de complicaciones o habiéndolas tratado y optimizado el tratamiento), MELD-Na>30 o ascitis refractaria, síndrome hepato-renal o hemorragia digestiva alta por hipertensión portal persistente a pesar de optimizar tratamiento. - **Carcinoma hepatocelular** en estadio C o D.
Insuf. renal crónica	- **Insuficiencia renal severa** (FG<15 l/min) en pacientes no candidatos o con rechazo a tratamiento sustitutivo y/o trasplante. - Finalización de diálisis o fallo trasplante.

1. Usar instrumentos validados de severidad y/o pronóstico en función experiencia y evidencia. 2. En todos los casos, valorar también distress emocional o impacto funcional severos en paciente (y/o impacto familia) como criterio de necesidades paliativas 3. En todos los casos, valorar dilemas éticos en toma decisiones 4. Valorar siempre combinación con multimorbilidad.

Anexo 6. Modelo de toma de decisiones para optimizar la prescripción farmacológica en función de las expectativas de vida del paciente, Holmes et al



El modelo de toma de decisiones para optimizar la prescripción farmacológica en función de las expectativas de vida del paciente de Holmes et al. se basa en 4 elementos que conforman los pilares de la pirámide truncada:

- Las metas de atención prestada.
- Los objetivos del tratamiento prescrito.
- La esperanza de vida del paciente.
- El tiempo estimado hasta que exista beneficio del tratamiento prescrito.

En la parte superior de la pirámide se encuentran los pacientes cuya esperanza de vida es más limitada, en los que los medicamentos deben obtener beneficio en el menor tiempo posible, las metas de atención son paliativas y el objetivo del tratamiento se centra en el confort y el bienestar del paciente mediante el abordaje sintomatológico.

Por el contrario, hacia la base de la pirámide, la esperanza de vida esperada de los pacientes en superior, el tiempo de latencia hasta el beneficio clínico del tratamiento generalmente es más largo, los objetivos de la atención más agresivos, las metas de tratamiento se dirigen más a estrategias preventivas y por tanto una mayor proporción de medicamentos adecuados.

Holmes HD, Hayley DC, Alexander GC, Sachs GA. Reconsidering medication appropriateness for patients late in life. Arch Intern Med 2006; 166:605-609. Disponible en: https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/article-abstract/409997

Anexo 7. Tipos de herramientas y recursos para la revisión de la medicación

1. Criterios Explícitos e Implícitos

CRITERIOS EXPLÍCITOS • Detectan el uso inapropiado de medicamentos o que deben evitarse en determinadas patologías o situaciones clínicas concretas. • La información que recogen está más centrada en el medicamento que en el paciente. • Criterios preestablecidos, fiables, fáciles de implementar en la práctica y de integrar en las herramientas de P.	
Pacientes con edad ≥ 65 años y/o geriátricos	
STOPP/START *Prescripción inapropiada de medicamentos en los pacientes mayores: los criterios STOPP/START* *https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-pdf-S0211139X14002236*	- Herramienta para evaluar la prescripción potencialmente inapropiada en pacientes geriátricos. - Organizados por sistemas fisiológicos, recoge: • 65 criterios STOPP: situaciones clínicas y tratamientos relacionados inadecuados que deben suspenderse. • 22 criterios STAR: situaciones clínicas en las hay una omisión de prescripción de tratamiento la cual podría beneficiar al paciente. - Cada criterio especifica el contexto en el que el fármaco se considera inapropiado; pero no indica el efecto potencial por el que se considera inadecuado.
BEERS ***American Geriatrics Society 2019 Updated AGS Beers Criteria® for Potentially Clinically Inappropiate Medication Use in Older Adults*** ***https://agsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/jgs.15767***	- Herramienta de soporte en la identificación de fármacos potencialmente inadecuados en pacientes mayores de 65 años. - No tiene una organización establecida, y recoge: • 30 criterios de fármacos/categorías terapéuticas que se consideran inapropiadas, independientemente del diagnóstico. • 40 criterios sobre medicación inapropiada según condición clínica. • 6 criterios de precaución en pacientes geriátricos.
PRISCUS ***Potentially Inappropriate Medications in the Elderly: The PRISCUS List*** ***https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2933536/pdf/Dtsch_Arztebl_Int-107-0543.pdf***	- Herramienta de identificación de principios activos inapropiados en pacientes mayores de 65 años, con una relación beneficio/riesgo desfavorable, con alternativas más seguras y las precauciones que se deben seguir en caso de utilización. - Organizados por grupos terapéuticos recoge un total de 83 medicamentos.
STOPP-FALL ***Screening Tool of Older Persons Prescriptions in older adults with high fall risk.Ministerio deSanidad, Servicios Sociales e Igualdad.*** ***https://academic.oup.com/ageing/article/50/4/1189/6043386***	- Herramienta de detección de prescripciones en ancianos y en adultos mayores con alto riesgo de caídas. - Recoge 14 grupos de medicamentos candidatos a suspender y recomendaciones de monitorización tras la deprescripción.
Pacientes crónicos	
LESS-CHRON ***List of Evidence-baSed depreScribing for CHRONic patients*** ***https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/ggi.13062***	- Herramienta de identificación de tratamientos candidatos a valorar deprescripción con aplicabilidad en pacientes crónicos con multimorbilidad. - 27 criterios o situaciones clínicas susceptibles de deprescripción, indicando cuáles precisan seguimiento una vez retirada la medicación.
Pacientes con demencia	
MATCH-D **Medication Appropriatesness Tool for Comorbid Health conditions during Dementia** ***https://www.hqsc.govt.nz/assets/Medication-Safety/prescribing-toolkit/MATCH-D-colour-2016.pdf***	- Listado de medicamentos candidatos a valorar deprescripción en los diferentes estadios de demencia, además de recoger otros aspectos en el manejo de la patología.

Pacientes con pronóstico de vida limitado		
CRITERIOS GENERALES	**STOPP-FRAIL/ STOPP-PAL** *Screening Tool of Older Persons Prescription in Frail adults with limited life expectancy* *https://doi.org/10.1093/ageing/afaa159*	- Listado de indicadores, para facilitar las decisiones de deprescripción en ancianos en situación de pronóstico de vida limitado. - Organizados por sistemas fisiológicos, recogen: • 25 indicadores explícitos. • 2 implícitos. - Última actualización: 2021.
	MORIN *Adequate, questionable, and inadequate drug prescribing for older adults at the end of life: A European expert consensus.* *https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6132505/pdf/228_2018_Article_2507.pdf*	- Identifica aquellos medicamentos o grupos terapéuticos de uso cuestionable en el final de la vida. - Incluyen recomendaciones para pacientes con una expectativa de vida menor de 3 meses - Se establecen 3 categorías: • Fármacos generalmente adecuados. • Fármacos de uso cuestionable. • Fármacos generalmente inadecuados.
PACIENTES CON DEMENCIA	**PEACE** *Palliative Excellence in Alzheimer Care Efforts (PEACE): A program description* *https://agsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1532-5415.2008.01741.x*	- Herramienta de detección de prescripción potencialmente inadecuada en pacientes con demencia en estadios FAST > 6e. - Los diferentes fármacos se clasifican: • Fármacos nunca apropiados • Fármacos rara vez apropiados. • Fármacos apropiados alguna vez. • Fármacos siempre apropiados.
	PARSON *Assessment of factors that influence physician decision making regarding medication use in patients with dementia at the end of life* *https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5129475/pdf/IMJ-46-1189.pdf*	- Listado de medicamentos candidatos a valorar deprescripción en demencia avanzada en la fase de final de vida. - Aunque incluye fármacos de diversos grupos farmacológicos se centra principalmente: en fármacos específicos de demencia, estatinas y antibióticos.

CRITERIOS IMPLÍCITOS

- El punto de partida para su aplicación es una evaluación clínica del paciente y su medicación a partir de los cuales se realiza un juicio clínico de si los fármacos prescritos son o no apropiados.

MAI ***The Medication Appropriateness Index at 20: Where it Started, Where it has been and Where it May be Going*** ***https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3831621/pdf/nihms527022.pdf***	- Criterios de uso apropiado. - Contienen 10 criterios con diferentes pesos relativos (de 1 a 3) según su importancia con una puntuación total entre 0-18 puntos: 1. Indicación del medicamento (peso relativo:3). 2. Efectividad del fármaco para la indicación (peso relativo:3). 3. Dosificación correcta (peso relativo:2). 4. Duración del tratamiento correcta. (peso relativo:1). 5. Información al paciente correcta (peso relativo:2). 6. Información práctica a la paciente correcta (peso relativo:1). 7. Interacciones medicamento/medicamento (peso relativo:2). 8. Interacciones medicamento/enfermedad (peso relativo:2). 9. Duplicidad terapéutica y alternativa terapéutica. (peso relativo:1). 10. Coste/eficiencia (peso relativo:1). - A mayor puntuación, menor adecuación terapéutica.

NO TEARS Tool ***Using the NO TEARS tool for medication review*** ***https://www.bmj.com/content/bmj/329/7463/434.full.pdf***	- Herramienta para revisar la medicación, basada en la evidencia y las recomendaciones de guías de práctica clínica. - Se revisan 7 dimensiones con diferentes preguntas para cada una de las dimensiones: 1. **N**eed and indication. 2. **O**pen questions. 3. **T**ests and monitoring. 4. **E**vidence and guidelines. 5. **A**dverse events. 6. **R**isk reduction or prevention. 7. **S**implification and switches

2. Sistemas electrónicos de ayuda a la revisión.

Sistemas electrónicos de ayuda a la revisión	
MedStopper *https://medstopper.com/*	- Herramienta electrónica desarrollada por Canadian Institute of Health Information and University of British Columbia. - Aplicación interactiva on-line diseñada para ayudar a los profesionales sanitarios a valorar qué medicamentos priorizar en la deprescripción y la evidencia relacionada. Además, incluye posibles efectos adversos de la retirada y ofrece recomendaciones específicas para llevarla a cabo. - Actualmente MedStopper® dispone de más de 400 medicamentos agrupados en aproximadamente 80 categorías.
MedSafer ***Working Toward Safer prescribing*** ***https://www.medsafer.org***	- Herramienta electrónica desarrollada por Canadian Institutes of Health Research, Canadian Frailty - Esta herramienta es una buena ayuda a la toma de decisiones para la deprescripción.
ACB Calculator *Anticholinergic Burden Calculator* *https://www.anticholinergicscales.es/*	- Herramienta electrónica desarrollada el grupo de investigación de Farmacoterapia y Cronicidad de Sevilla "ChronicPharma". - Software web que permite medir de manera rápida y ágil la carga anticolinérgica que recibe un paciente en función de su farmacoterapia. - Actualmente en desarrollo y validación, por lo que su uso es responsabilidad de los profesionales de la salud. - También disponible en versión aplicación móvil.

Adicionalmente, se recomienda que la historia clinica informatizada, deberia incorporar sistemas de ayudas a la revisión, herramientas de prescripción electrónica asistida (PEA). Éstas han sido diseñadas para la detección de duplicidades terapéuticas, interacciones, contraindicaciones medicamento-medicamento entre otros. Los criterios explícitos són criteros que fácilmente se pueden incorporar a la historia clínica informatizada en forma de ayudas de PEA.

3. Documentos/ Guías de apoyo a la revisión de la medicación.

Documentos / Guías de trabajo para la revisión de la medicación
Guía de trabajo para revisión de la medicación de pacientes polimedicados en Atención Primaria durante la pandemia de COVID-19 Versión 1. junio 2020. Coordinación: UGC de Farmacia de Atención Primaria. Distritos Sanitarios Sevilla, Aljarafe y Sevilla Norte. Disponible en: *https://www.sspa.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatoriosequridadpaciente/gestor/sites/PortalObservatorio/usosegurodemedicamentos/documentos/1302_guia_revision_medicacion_polimedicados_AP.pdf* (Contiene herramientas basadas en criterios explícitos e implícitos que pueden ayudar al proceso de revisión de la medicación)
Guías de ayuda a la revisión de la medicación
Polypharmacy Guidance: Realistic Prescribing, 3rd edition *https://www.therapeutics.scot.nhs.uk/wp-content/uploads/2018/04/Polypharmacy-Guidance-2018.pdf* Casos clínicos: *https://managemeds.scot.nhs.uk/for-healthcare-professionals/case-studies/*
Polypharmacy – Guidance for Prescribing (All Wales Medicines Strategy Group. Julio 2014. *https://awmsg.nhs.wales/medicines-appraisals-and-guidance/medicines-optimisation/prescribing-guidance/polypharmacy-guidance-for-prescribing/* • *https://awmsg.nhs.wales/files/guidelines-and-pils/polypharmacy-guidance-for-prescribing-pdf/* • *https://awmsg.nhs.wales/files/guidelines-and-pils/polypharmacy-supplementary-guidance-bnf-sections-to-target-pdf/*
Guía NICE. multimorbidity-and-polypharmacy • *https://www.nice.org.uk/advice/ktt18/resources/multimorbidity-and-polypharmacy-pdf-58757959453381*

Recursos sobre Deprescripción
Deprescribing UptoDate 2021 • *https://www.uptodate.com/contents/deprescribing*
Fuentes sobre deprescripción de grupos de medicamentos específicos disponibles en: • **The New South Wales Therapeutic Advisory Group(NSW TAG):** *https://www.nswtag.org.au/deprescribing-tools/* • **Canadian Deprescribing Network:** *https://www.deprescribingnetwork.ca/professionals* *https://www.deprescribingnetwork.ca/patients-and-public* *https://deprescribing.org/resources/deprescribing-guidelines-algorithms/* • **Primary Health Tasmania:** *https://www.primaryhealthtas.com.au/resources/deprescribing-resources/* • **Australian Deprescribing Network:** *https://www.australiandeprescribingnetwork.com.au/386-2/* • **US Deprescribing Research Network:** *https://deprescribing.org/resources/deprescribing-guidelines-algorithms/* • **PrescQIPP**: *https://www.prescqipp.info/our-resources/webkits/polypharmacy-and-deprescribing/*

Posicionamiento SEFAP en la revisión de la medicación centrada en la persona by Sociedad Española de Farmacéuticos de Atención Primaria (SEFAP) is licensed under a Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional License

"Optimizando la farmacoterapia del paciente"

SEFAP

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE FARMACÉUTICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA