

REVISIÓN DE LA MEDICACIÓN. RUM.

Lda. Manuela Plasencia Cano. Farmacéutica Analista Investigadora.

INTRODUCCIÓN.

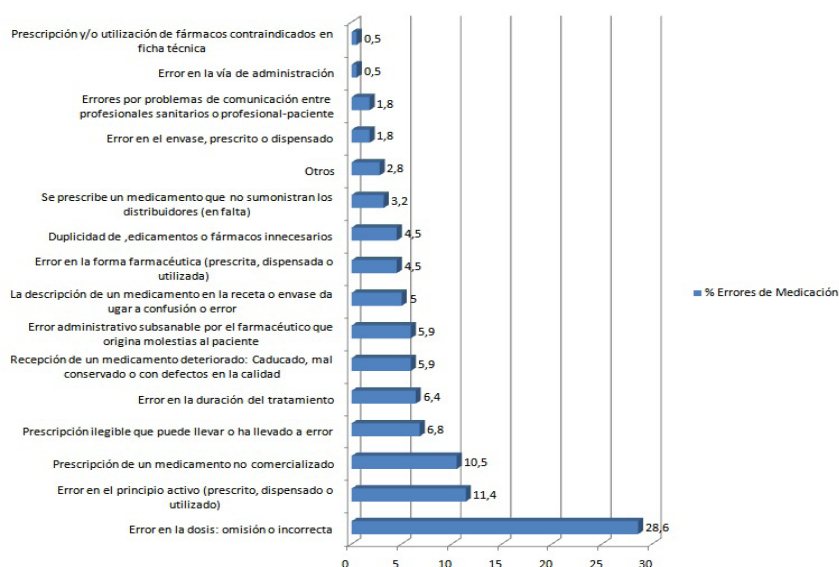
La intervención del farmacéutico en la revisión de los tratamientos era algo impensable antes del advenimiento de la Atención Farmacéutica (AF). Con la evolución y desarrollo de este movimiento que enfoca el objetivo en la farmacoterapia del paciente, haciendo causa común con todos los sanitarios que se implican en el cuidado de los enfermos; llegamos a la situación actual en la que no solo se reclama su participación en los equipos multidisciplinares, sino también la del propio paciente. El empoderamiento y las escuelas de pacientes están transformando el panorama sanitario de tal forma que la salud ya es una cuestión de todos.

Con el paso del tiempo, las farmacias comunitarias que adoptaron la filosofía de la AF emprendieron un camino sin retorno para implicarse en la mejora de resultados de la farmacoterapia de los pacientes; y se iniciaron en estudios, campañas, cribados, etc. Primero se aplicó a casos puntuales y luego a grupos de pacientes. Las consultas a las bases de datos Agemed o PubMed eran las fuentes de

información más habituales, y con estas herramientas se comenzó a realizar la dispensación activa y el seguimiento de pacientes. A medida que se fue extendiendo la práctica de la AF y con el apoyo estructural de las nuevas tecnologías, se establecieron los pilares de lo que hoy llamamos la farmacia asistencial. En los últimos años, se emprendió la defensa de una amplia cartera de servicios, entre los que se encuentra “la revisión del uso de la medicación” (RUM) y los SPD.

La necesidad de realizar la revisión de los tratamientos surgió al constatar mediante diversos y amplios estudios científicos en el ámbito hospitalario (EMOPEM, ENEAS, APEAS, etc.) que los porcentajes de errores en la medicación eran escandalosos. Estos malos resultados hicieron reaccionar al sector con la creación de guías farmacológicas en hospitales, con bases de datos para la ayuda a la prescripción de los médicos y a la revisión de los tratamientos por parte de los farmacéuticos que es la Atención Farmacéutica en esencia.

% Errores de Medicación



Datos obtenidos de: Errores de Medicación - Jimenez, J y Herrera, Joaquín. Farmacia Profesional Vol. 18 nº9 Oct. 2004

Fue en el año 2005, cuando el Sistema Nacional de Salud del Reino Unido (NHS) propuso un nuevo esquema de servicios en las farmacias:

- 1- Servicios esenciales que se ofrecen en todas las farmacias.
- 2- Servicios avanzados que se ofrecen en farmacias acreditadas y especializadas.
- 3- Servicios apoyados por las autoridades locales, según necesidades puntuales.

La revisión del uso de la medicación (RUM) se encontraba en el grupo 2, como servicio avanzado y consiste en el análisis pormenorizado de la farmacoterapia de un paciente, con el objetivo de identificar problemas presentes o futuros. Es un servicio remunerado por la Administración del Reino Unido. En Australia, USA y Canadá también disponen de servicios remunerados para la RUM, con pequeñas diferencias en las percepciones y en las intervenciones que se incluyen.

En España, la revisión de los tratamientos se ha constituido como un problema a solucionar, y todos los sanitarios implicados han trabajado para consensuar y optimizar las prescripciones; sin embargo, es un servicio que no está remunerado ni concertado con las Administraciones y funciona a título individual en las farmacias comunitarias; aunque en hospitales y residencias de mayores está integrado en los equipos de sus centros.

La Sociedad Española de Farmacia Comunitaria (SEFAC) presentó en el año 2013 el servicio de RUM en Barcelona como una adaptación del MUR inglés (método de la bolsa marrón) para la farmacia comunitaria española; posteriormente se ha desarrollado el proyecto Revisa que forma y capacita a los farmacéuticos para esta acreditación.

Revisar la medicación es hacer un examen crítico y estructurado del régimen terapéutico del paciente, con el objetivo de adecuarlo a su situación en las diferentes etapas de su enfermedad.

La revisión se puede aplicar en base a muchos y diferentes criterios. A la hora de priorizar la diana de la RUM hay que decidir si se realiza en función de:

- A. el tipo de paciente: edad, incumplidor, cardiovasculares, diabéticos, etc.
- B. el fármaco: insulinas, anticoagulantes, antiagregantes, digoxina, etc.
- C. la situación: alta hospitalaria, cambio de medicación, cascada farmacológica, etc.
- D. la cualidad terapéutica: indicación, adecuación, efectividad, seguridad, adherencia.

Desde todos los ámbitos se ha postulado la “Pirámide de Kaiser Permanente” (Estados Unidos) como referente para estratificar el riesgo y el cuidado de los enfermos crónicos; y en base a ello, se propone un triaje de pacientes con atención especializada para los de alto riesgo que representan el 15% y para los pacientes de alta complejidad (5%). Estos dos sectores de pacientes de alto riesgo son los que, en principio, serían la población diana para los SPD y para el Seguimiento Farmacoterapéutico (SFT) siempre que el número de pacientes sea tan elevado que nos obligue a priorizar.

Del mismo modo que los SPD no se pueden generalizar para todos los pacientes, parece lógico aceptar que no todos los pacientes medicados son diana para la RUM; la mayoría puede auto-cuidarse o recibir atención profesional general en promoción y prevención de la salud. La atención y cuidados especializados deben dirigirse hacia los de mayor riesgo y complejidad con evidencia y carácter de prioridad.

Todos los pacientes con SPD, sin excepciones, son objeto de la RUM, como paso previo.



El modelo de cronicidad **Kaiser Permanente** (Estratificación del riesgo), es el más seguido en Europa, Estados Unidos, Canadá y Australia.

MÉTODOS

No existe un acuerdo entre los diferentes ámbitos farmacéuticos para adoptar una metodología consensuada en la revisión de los tratamientos. Tanto es así, que los diferentes servicios de Farmacia Hospitalaria, de Atención Primaria y de Farmacia Comunitaria han diseñado sendos métodos, con grandes similitudes, pero con diferentes interpretaciones y postulados.

> En Farmacia Hospitalaria proponen el uso de un cuestionario con 5 preguntas o planteamientos:

EL CUESTIONARIO HAMDY

1.- ¿La indicación para la cual la medicación fue prescrita sigue estando presente?

2.- ¿Hay duplicaciones en la terapia farmacológica (ejemplo: misma clase terapéutica)? ¿La terapia puede ser simplificada?

3.- ¿El régimen terapéutico incluye medicamentos prescritos para una reacción adversa? Si es así, ¿puede el medicamento original ser suspendido?

4.- ¿Las dosis utilizadas pueden ser subterapéuticas o tóxicas en relación a la edad del paciente o su función renal?

5.- ¿Hay alguna interacción significativa medicamento-medicamento o medicamento-enfermedad en este paciente?

Hamdy RC, Moore SW, Whalen K, Donnelly JP, Compton R, Testerman F, et al. Reducing polypharmacy in extended care. South Med J 1995; 88:534-8.

Los planteamientos clásicos del Seguimiento Farmacoterapéutico (SFT) de la Atención Farmacéutica (AF) también se pueden aplicar aquí para los SPD, con la plantilla del método Dáder:

- 1) REVISIÓN EN BASE A CRITERIOS DE NECESIDAD.
- 2) REVISIÓN EN BASE A CRITERIOS DE EFECTIVIDAD.
- 3) REVISIÓN EN BASE A CRITERIOS DE SEGURIDAD.

Se analizan las prescripciones de fármacos una por una, respondiendo a las preguntas de ¿es necesario? ¿es efectivo? ¿es seguro? con referencia al perfil del paciente y a los medicamentos que toma. Si alguna de las respuestas es negativa, hay que intervenir y buscar soluciones para optimizar la farmacoterapia y para asegurar la salud del paciente.

> La Sociedad Española de Farmacéuticos de Atención Primaria (SEFAP) utiliza diez preguntas para cuestionarse la idoneidad de las prescripciones médicas:

- 1º) ¿La indicación que originó su prescripción sigue presente?
- 2º) ¿Está indicado en el problema de salud?
- 3º) ¿Está siendo efectivo?
- 4º) ¿Es la alternativa más eficaz?
- 5º) ¿Es adecuado para el paciente?
- 6º) ¿Es adecuada la dosis, pauta y duración?
- 7º) ¿Se aprecian duplicidades?
- 8º) ¿Se aprecian contraindicaciones?
- 9º) ¿Se aprecia riesgo de efectos adversos?
- 10º) ¿Hay indicios claros de cascada farmacológica en el plan terapéutico?

> Muchos farmacéuticos han optado por las directrices de Foro para identificar los problemas relacionados con la medicación (PRM) como causa de los resultados negativos de los medicamentos (RNM); que se llevan a cabo evaluando las trece siguientes cuestiones:

- 1- Administración errónea.
- 2- Características personales.
- 3- Conservación inadecuada.
- 4- Contraindicación.
- 5- Dosis, pauta o duración del tratamiento inadecuada.
- 6- Duplicidad.
- 7- Error en la dispensación por confusión.
- 8- Error en la prescripción del médico.
- 9- Incumplimiento.
- 10- Interacciones.
- 11- Medicamento innecesario.
- 12- Efectos adversos.
- 13- Otros problemas.

> En los PNT de SPD de los COF se apuntan genéricamente los pasos a seguir para revisar la medicación antes de proceder a la elaboración del SPD:

- Detectar incumplimiento terapéutico.
- Descartar interacciones entre los medicamentos prescritos.
- Descartar interacciones con alimentos o con otros fármacos no prescritos.
- Detectar duplicidad de tratamientos.
- Detectar contraindicaciones en enfermedades crónicas.
- Detectar dosis incorrectas.
- Detectar uso inadecuado de medicamentos.
- Detectar reacciones adversas a fármacos.

> Otros clínicos apuestan por hacer una revisión en tres fases:

- REVISIÓN DE PAUTAS FARMACOLÓGICAS: duplicidades, interacciones, contraindicaciones, cribado de inapropiados.
- REVISIÓN DE ADHERENCIA Y CONCORDANCIA.
- REVISIÓN CLÍNICA: indicación, adecuado a su situación, efectividad y seguridad.

RECUERDA: La intervención del farmacéutico revisando la medicación es el paso previo a la elaboración de los SPD en todos los protocolos.

HERRAMIENTAS

Podemos hacer la RUM de muy diversas maneras; de forma manual, con la ayuda de bases de datos, con los sistemas informatizados de gestión, con herramientas o con suscripciones a diferentes aplicaciones, como los grandes hospitales y cadenas de residencias, que ya tienen incorporado a sus equipos médicos; también podemos hacer nuestra propia RUM. Realmente, hay que entender que el reto es muy grande; revisar la medicación en pacientes mayores, polimedicados o de alto riesgo supone un esfuerzo sobrehumano por la cantidad de aspectos que hay que considerar y por la enorme responsabilidad que conlleva. Por ello, cuando se toma la decisión de llevar a cabo este servicio de RUM lo mejor es contar con la tecnología y con los avances en materia de herramientas informáticas; así se optimiza el tiempo y se chequean los tratamientos con rapidez y con eficiencia. Hoy por hoy, todas las farmacias comunitarias tienen un programa de gestión de la farmacia, entre los muchos que se comercializan; por tanto, todas pueden realizar RUM mediante aplicaciones incorporadas o externas al sistema. El propio programa de gestión está conectado a las bases de datos y realiza el cruce de información sobre medicamentos detectando errores, interacciones, etc.

Todas las farmacias comunitarias y hospitalarias tienen herramientas para hacer RUM a través de sus programas de gestión informatizada con aplicación integrada para facilitar la intervención.

Ciertamente, en el acto de la dispensación de medicamentos que se realiza en el mostrador de una farmacia comunitaria, no se puede llevar a cabo la RUM; de hecho, no hay tiempo para hacerlo. No debemos confundir lo que es un cruce de datos para detectar interacciones en un instante, con lo que supone tener en cuenta todos los factores individuales del paciente, su idiosincrasia y su problemática clínica para hacer una RUM y SPD.

En los programas de gestión de las farmacias hay, entre otros muchos, un apartado para la dispensación de medicamentos que se puede activar y conectar con las bases de datos BOT Plus o similar para recibir avisos y alertas de interacciones gruesas. Este proceso ralentiza en gran medida la dispensación, por lo que no siempre es viable.

En los programas de gestión de las farmacias también hay una “pestaña” para hacer AF o se puede contratar como “paquete” o aplicación independiente.

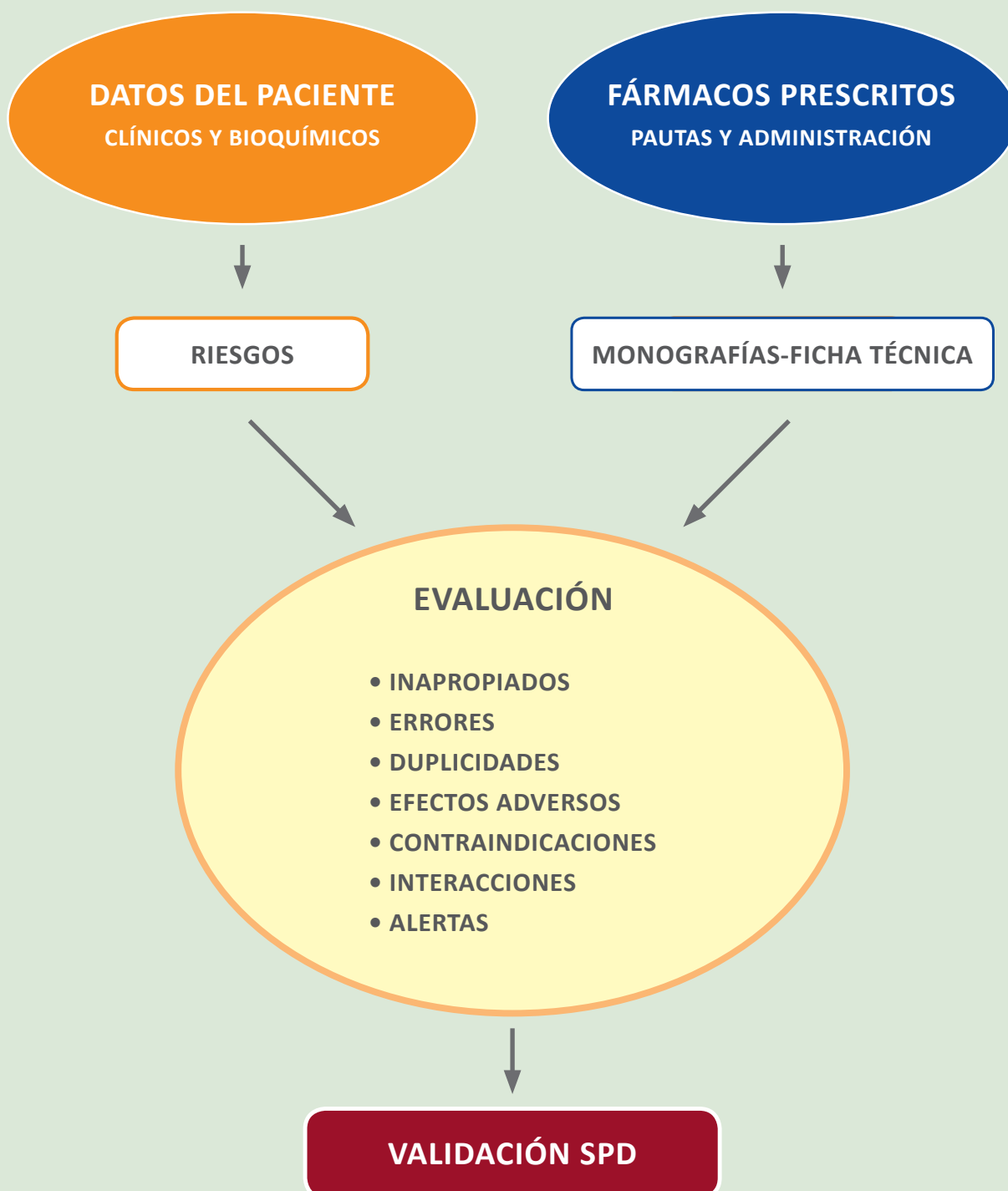
Tener una aplicación informática para hacer AF facilita los SPD, la RUM y el SFT.

Otras herramientas:

Son programas o paquetes informáticos a los que se puede acceder por suscripción y que permiten el procesamiento de datos de pacientes y sus tratamientos farmacológicos ofreciendo un informe contrastado de alertas y sugerencias de gran utilidad para la RUM. Destacan tres:

1. BOT PLUS (<https://botplusweb.portalfarma.com/>)
2. CheckTheMeds (<https://www.checkthemed.com/>)
3. ALTO MEDICAMENTOS (<https://www.altomedicamentos.es/index.php?menu=introduccion>)

ALGORITMO de RUM en SPD



RUM EN TRES PASOS

Nuestra propuesta es hacer “La Revisión del Uso de los Medicamentos” en tres pasos, con tres protagonistas:

Paciente, fármaco y farmacéutico.

REVISIÓN · USO · MEDICAMENTOS · EN · SPD. ¶

1. PACIENTE



2. FÁRMACOS



3. FARMACÉUTICO



PRIMER PASO RUM = EL PACIENTE

Vamos a necesitar los datos clínicos y bioquímicos del paciente: sexo, edad, peso, altura, síntomas, enfermedades, tensión arterial, parámetros bioquímicos (creatinina, glucosa, colesterol, transaminasas, hematología, coagulación, etc.). Si disponemos de software hay que introducir todos estos datos al sistema informático en su historia clínica; pero si está integrado, se graba directamente o se captura. Los factores condicionantes para la selección de la farmacoterapia que marcan la estimación de riesgos y el establecimiento de alertas como puntos fundamentales en la RUM son, entre:

- Valorar el IMC y superficie corporal.
- Considerar formas farmacéuticas adecuadas al SPD del paciente.
- Valorar la adherencia del paciente a los tratamientos.
- Tomar precauciones en alérgicos, inmunodeprimidos, obesos, asmáticos, HBP, cardíacos, renales, hepáticos, hipocoagulados, diabéticos, etc.
- Estimar el SCORE (European Low Risk Chart) o REGICOR según las tablas Framingham para valorar riesgo cardiovascular.
- Estimar la Probabilidad de fractura de cadera en los próximos 10 años.
- Valorar el Aclaramiento de creatinina (función renal).
- Aplicar el Índice de comorbilidad de Charlson (CCI) o % supervivencia en 10 años (IS10).
- Valorar criterios de necesidad de tratamiento farmacológico.
- Considerar derivar a otros servicios como nutrición, SFT.

SEGUNDO PASO RUM = LOS FÁRMACOS

Necesitamos los datos técnicos de los fármacos prescritos en la receta electrónica: dosis diaria, duración, forma de administración, antes o después de las comidas, pautas convencionales, temporales o a demanda (si precisa). Estos datos se introducen en el sistema informático y se procesan. Toda la información sobre los fármacos está en las Fichas Técnicas que están alojadas en las monografías y documentos de las bases de datos de la Agemed, COF y de las Instituciones Sanitarias. Los prospectos no son fuente de información para un farmacéutico o profesional sanitario; están diseñados por y para los pacientes. Así, obtenemos toda la información precisa para validar las prescripciones y dar el segundo paso en RUM:

- Validar la selección de fármacos que más se adecua al paciente y su indicación.
- Establecer alertas en tratamientos de riesgo: BZD, ACO, insulinas, digoxina, Aines, antidepresivos, antidiuréticos, antipsicóticos, etc.
- Validar la prescripción en rango de los fármacos (dosis y duración).
- Validar la ausencia de errores en la prescripción.
- Validar la ausencia de duplicidades.
- Validar la ausencia de contraindicaciones.
- Validar la ausencia de interacciones farmacológicas.
- Valorar la Escala de riesgo Anticolinérgico (media de 7 escalas, Durán).
- Contrastar alertas de la AEMPS y FDA.
- Valorar las precauciones en el uso de estos fármacos.
- Validar la ausencia de excipientes que puedan causar alergia o efectos adversos en el paciente.

TERCER PASO RUM = EVALUACIÓN DE LA FARMACOTERAPIA

• **Inapropiados.** Existen muchos listados de fármacos que se consideran inadecuados para personas mayores, a pesar de que no están prohibidos, ya que su prescripción está sometida al criterio médico. Se aplican criterios restrictivos de fármacos:

- Fármacos UTB (de baja utilidad terapéutica).
- Criterios de Beers (USA) (medicamentos inadecuados en geriatría).
- Criterios STOPP: Screening Tool of Older People's Prescriptions (65 criterios clínicos relevantes de prescripción inadecuada).
- Criterios START: Screening Tool to Alert doctors to Right Treatment (22 indicadores de prescripción basados en la evidencia).
- PRISCUS (Alemania) o McLeod (Canadá).
- MPI: Medicamentos potencialmente inapropiados para mayores.
- MAI (Medication Appropriateness Index).
- ACOVE (22 indicadores de calidad de prescripción en mayores vulnerables).

- Valorar alternativas en la forma farmacéutica o en la vía de administración.
- Sugerencias para optimizar la terapia.
- Detectar errores de prescripción.
- Escenarios alternativos con propuestas de cambio de fármacos.
- Detectar interacciones, contraindicaciones o efectos adversos.
- Establecer acciones preventivas.
- Proponer la desprescripción o retirada de un fármaco (bifosfonatos, antiagregantes con Aines, ISRSS con angiotensina y diuréticos, etc.).
- Establecer indicadores de seguridad.
- Derivar al médico con un informe documentado.

Una herramienta informática es de gran utilidad, pero nunca sustituye a la intervención de un profesional farmacéutico porque añade el factor humano.

WEBS DE INTERÉS:

http://salutweb.gencat.cat/web/.content/home/ambits_tematics/linies_dactuacio/model_assistencial/atencio_al_malalt_cronic/documents/medicacion_paciente_cronico_cat.pdf

<http://ilarraya.com/web/gestion-de-cronicos-piramide-de-kaiser-y-el-rol-del-farmaceutico/>

<http://www.farmaceuticoscomunitarios.org/es/journal-article/revision-del-uso-medicamentos-rum-nuevo-servicio-profesional-farmacia-comunitaria/full>

http://salutweb.gencat.cat/web/.content/home/ambits_tematics/linies_dactuacio/model_assistencial/atencio_al_malalt_cronic/documents/medicacion_paciente_cronico_cat.pdf

<http://si.easp.es/gestionclinica/wp-content/uploads/2009/09/3.-Modelos-de-organizacion-para-la-atencion-a-pacientes-cronicos-complejos.-Ollero-M.pdf>

<https://ademadrid.files.wordpress.com/2014/03/estrategia-de-cronicos.pdf>

<https://view.officeapps.live.com/op/view.aspx?src=http://www.aragon.es/estaticos/GobiernoAragon/Organismos/ServicioAragonesSalud/Documents/docs2/Areas/Informaci%C3%B3n%20al%20profesional%20del%20SALUD/Calidad/Jornadas%20Calidad%202012/revision%20medicacion%20cronica.ppt>

FORMACIÓN DICAF / CURSOS ONLINE:

Farmacoterapia del paciente pediátrico I. Particularidades, aspectos nutricionales e infecciones.

Acreditado por el Consell Català de Formació Continuada de les Professions Sanitàries-Comisión de Formación Continuada del Sistema Nacional de Salud.

Acreditado con 6,1 créditos - 58 horas



Farmacoterapia del paciente pediátrico II. Patologías frecuentes del paciente pediátrico.

Acreditado por el Consell Català de Formació Continuada de les Professions Sanitàries-Comisión de Formación Continuada del Sistema Nacional de Salud.

Acreditado con 9,9 créditos - 65 horas



Edita: **DICAF, SL**
C/Rabassa, 41 - 08024 BARCELONA

ISSN: 1575-3611 -- NIF: B61640439
Depósito legal: GI-557/1999

Comité de redacción de The Pharmaceutical Letter: <http://www.dicaf.es/comite.php>

Información y suscripciones:

DICAF, SL - C/Rabassa, 41 - 08024 BARCELONA

Tel. 932.113.093 - e-mail: dicaf@dicaf.es - WEB: <http://www.dicaf.es>