



2

Control de factores de riesgo desde la prevención

Silvia Herrero Hernández
Lucía Jamart Sánchez



Silvia Herrero Hernández

Farmacéutica de Atención Primaria.
Subdirección General de Farmacia y Productos Sanitarios.
Servicios Madrileños de Salud (SERMAS). Madrid.



Lucía Jamart Sánchez

Farmacéutica de Atención Primaria.
Subdirección General de Farmacia y Productos Sanitarios.
Servicios Madrileños de Salud (SERMAS). Madrid.

Índice

1. Introducción
2. Factores de riesgo
3. Actividades y estrategias preventivas e indicadores de resultados
4. Conclusiones
5. Bibliografía

1. Introducción

El patrón epidemiológico que dominó hasta las últimas décadas del siglo XX ha cambiado. Las enfermedades infecciosas, que eran las principales causas de morbilidad, han dado paso a un predominio de las enfermedades crónicas¹.

Las condiciones crónicas de salud suponen el 86% de las muertes y el 77% de la carga de enfermedad en la región europea de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y son la principal causa de mortalidad y morbilidad que se pueden prevenir. Aunque la mortalidad por estas enfermedades desciende de forma progresiva, la carga de enfermedad que producen va en aumento.

Los estudios de carga de enfermedad tienen como objetivo estimar y sintetizar en un indicador único el impacto no solo mortal (como hacen los indicadores de mortalidad), sino también discapacitante y generador de mala salud de las distintas enfermedades y lesiones. Ambas consecuencias, mortales y no mortales, se pueden calcular por la edad, el sexo y por la causa de enfermedad o el

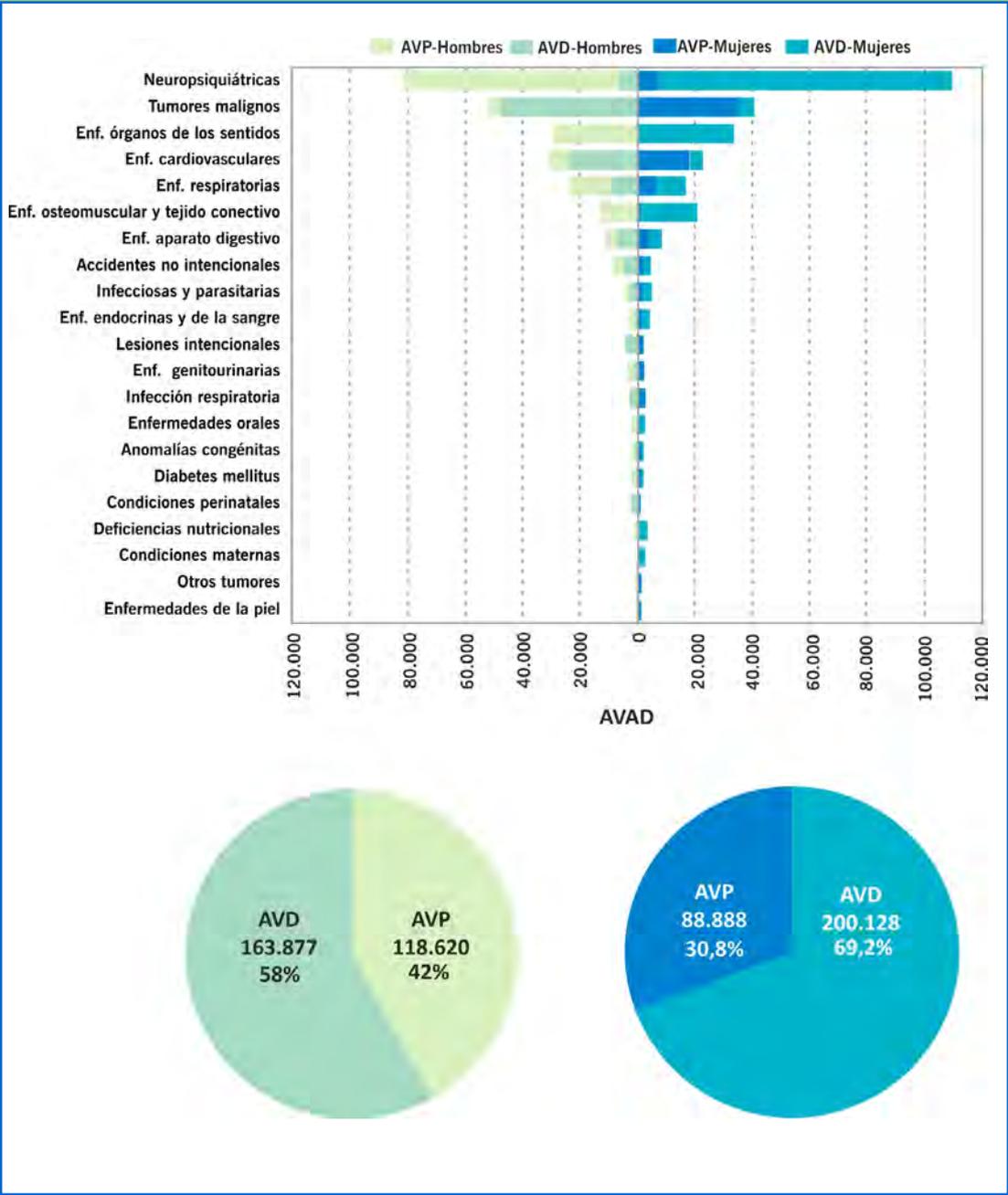
factor de riesgo, y se expresan en términos de tiempo (periodo de tiempo perdido por muerte prematura y periodo que no es vivido en óptimas condiciones de salud), por lo que son agregables en un solo indicador híbrido, los años de vida ajustados por discapacidad (AVAD).

En la Comunidad de Madrid, en el año 2016, las enfermedades no transmisibles concentraban el 92,0% del total de la carga de enfermedad, frente al 4,4% de las enfermedades transmisibles y el 3,6% de las causas externas. La Figura 1 resume el impacto, tanto mortal como no mortal, de las enfermedades y las lesiones. En ella se representan, para las grandes causas de enfermedad, los años de vida ajustados por discapacidad, según sea la causa de enfermedad y muerte, el sexo y los componentes de los años de vida ajustados por discapacidad en la Comunidad de Madrid: la mortalidad o años de vida perdidos (AVP) y los años vividos con discapacidad (AVD). Las enfermedades neuropsiquiátricas son la primera causa por número de años de vida ajustados por discapacidad, seguidas de los

F01

Figura 1.

Años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) en la Comunidad de Madrid.



Fuente: Observatorio de resultados del Servicio Madrileño de Salud. Disponible en: <http://observatorioresultados.sanidadmadrid.org/GraficosEstadoPoblacion.aspx?ID=6>

tumores (más mortales que discapacitantes), de las enfermedades de los órganos de los sentidos, de las circulatorias y las respiratorias.

En el año 2014, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad publicó la *Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS*, que propone el desarrollo progresivo de intervenciones dirigidas a ganar salud y a prevenir las enfermedades, las lesiones y la discapacidad. Es una iniciativa que se desarrolla en el marco del plan de implementación de la

Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud (SNS), aprobada por el pleno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud del día 27 de junio de 2012².

La prevalencia de factores de riesgo y de enfermedades crónicas unida al proceso global de envejecimiento aconseja que los esfuerzos en promoción y prevención se intensifiquen a partir de los 50 años de edad y, de hecho, así se refleja en las estrategias sobre envejecimiento saludable².

2. Factores de riesgo

La OMS define el concepto factor de riesgo como cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión³. Entre los factores de riesgo más importantes a nivel mundial, cabe citar la insuficiencia ponderal, las prácticas sexuales de riesgo, la hipertensión, el consumo de tabaco y alcohol, el agua insalubre, las deficiencias del saneamiento y la falta de higiene. Sin embargo, los resultados del estudio *Global Burden of Disease study*⁴ muestran que la pérdida de la salud en los países europeos de nuestro entorno se ve afectada en gran medida por los factores de riesgo cardiovascular (el tabaquismo, la hipertensión arterial, el sobrepeso y la obesidad, el consumo de alcohol y la inactividad física), que siguen estando muy extendidos y tienen un gran impacto en la salud.

Las enfermedades del sistema circulatorio son la primera causa de muerte para el conjunto de la población española. En el año 2016, causaron 119.778 muertes en el país (55.307 en varones y 64.471 en mujeres), lo que supone el 29% de todas las defunciones

(el 26% en varones y el 32% en mujeres)⁵. Los dos principales componentes de las enfermedades del sistema circulatorio son la enfermedad isquémica del corazón y la enfermedad cerebrovascular, que en conjunto producen más del 50% de la mortalidad cardiovascular total. En España, la enfermedad isquémica del corazón es la que ocasiona un mayor número de muertes cardiovasculares (28%). Este porcentaje es mucho mayor en varones (36%) que en mujeres (22%)⁵.

La esperanza de vida que ha alcanzado España es una de más alta del mundo (con 82,1 años), pero otros países del entorno la aventajan en la esperanza de vida con buena salud (en España, 61,5 años en hombres y 59,4 en mujeres). La *Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención* en el SNS incluye los siguientes objetivos específicos²:

- *Promover* el envejecimiento activo y saludable en la población mayor de 50 años, mediante la intervención integral sobre estilos de vida saludables, así como sobre las conductas y entornos

seguros de manera coordinada entre los ámbitos sanitario y familiar-comunitario.

- *Prevenir* el deterioro funcional y promover la salud y el bienestar emocional en la población mayor de 70 años, potenciando la coordinación de intervenciones integrales en los ámbitos sanitario, de servicios sociales y comunitario.

2.1. Factores de riesgo cardiovasculares

El *Estudio de Nutrición y Riesgo Cardiovascular en España* (ENRICA)⁶, es descriptivo, transversal, de base poblacional, y representativo de la población general española mayor de 18 años. En él, se recogió información de 11.991 personas en el periodo que va desde junio de 2008 hasta octubre de 2010, para establecer la prevalencia, el conocimiento, el tratamiento y el control de cada uno de los principales factores de riesgo cardiovascular.

Los resultados de este estudio indican que:

- El 62% de la población tiene exceso de peso, en concreto, el 39% tiene sobrepeso, con un índice de masa corporal (IMC) de 25-29,9 kg/m²; y el 23%, obesidad, con un IMC igual o mayor a 30 kg/m².
- El 33% de la población española es hipertensa. De ellos, el 79% está tratado con fármacos antihipertensivos. Entre los tratados, el 46% tiene la presión arterial controlada. Por tanto, poco más del 20% de los hipertensos españoles están bien controlados.
- El 50% de la población española presenta hipercolesterolemia.

- La prevalencia de diabetes *mellitus* es del 6,9%, y el 47% de los diabéticos están controlados.

El estudio DARIOS⁷ fue diseñado con el objetivo de analizar la prevalencia de los factores de riesgo cardiovascular en personas de 35 a 74 años, en diez comunidades autónomas, y determinar así su grado de variabilidad geográfica. Los resultados mostraron que los factores de riesgo cardiovascular más prevalentes en España son: la hipertensión arterial (43%), la dislipemia con colesterol total mayor o igual a 250 mg/dL (41%), la obesidad (29%), el tabaquismo (27%) y la diabetes *mellitus* (13%).

En la actualidad, se está llevando a cabo el estudio longitudinal IBERICAN⁸ (identificación de la población española de riesgo cardiovascular y renal), cuyo objetivo principal es determinar la prevalencia y la incidencia de los factores de riesgo cardiovascular, así como de los eventos cardiovasculares, en la población adulta española asistida en Atención Primaria. Se han analizado los datos de los primeros 3.042 pacientes, que corresponden al 43% de la muestra inicialmente estimada⁹. Los resultados obtenidos reflejan que los factores de riesgo cardiovascular más prevalentes siguen siendo la dislipemia, la hipertensión y el sedentarismo, aunque llama la atención la elevada prevalencia de diabetes *mellitus*, que en este corte ya alcanza el 19%.

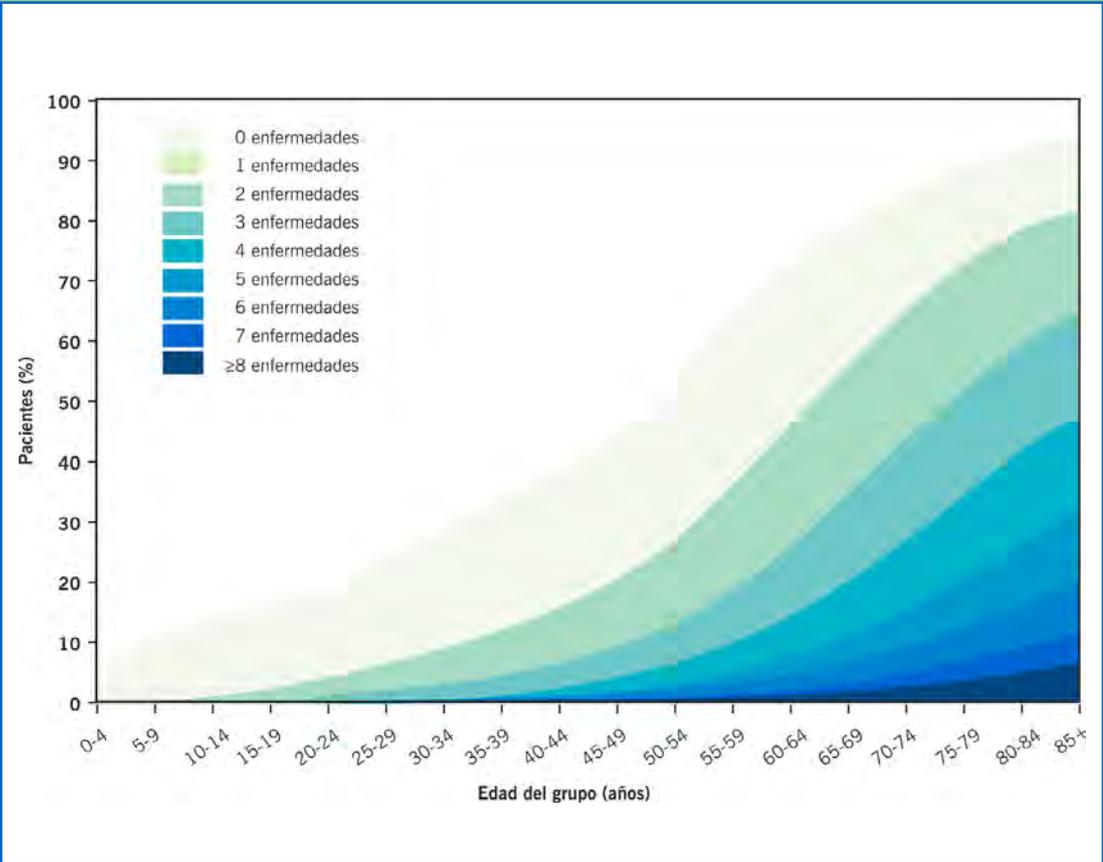
2.2. Factores de riesgo en población mayor

La multimorbilidad, definida como la presencia simultánea de dos o más enfermedades crónicas, es un fenómeno creciente que afecta hoy a la mayoría de los ancianos y a un porcentaje importante de adultos¹⁰ (Figura 2).

F02

Figura 2.

Número de enfermedades crónicas por grupo de edad (figura tomada del estudio de Barnett *et al.*¹⁰).



La multimorbilidad es un claro desafío para los sistemas sanitarios y los programas de educación médica, configurados para responder a las enfermedades individuales más que a las necesidades reales de salud de una población que acumula enfermedades crónicas, a la vez que envejece¹¹.

El propio envejecimiento incrementa la susceptibilidad a diferentes efectos de los medicamentos (con alteraciones de la función renal y hepática, una mayor proporción de grasa corporal, menor contenido en agua, niveles más bajos de albúmina sérica, etc.)¹⁴. Esto, unido a la polimedicación, convierte a la población mayor en un grupo más vulnerable a sufrir las consecuencias negativas de la medicación. La polifarmacia se asocia a un mayor riesgo de medicación inapropiada, de reacciones adversas e interacciones, de incumplimiento terapéutico¹² e incluso de un aumento de desarrollo de la fragilidad¹³.

Diversos estudios han estimado que el 50% de los ingresos debido a problemas relacionados con los medicamentos serían evitables, y el 70% de estos ocurren en pacientes de 65 o más años que toman al menos cinco medicamentos¹². En el *Informe del Estado de Salud de la Población de la Comunidad de Madrid 2016*, se detalla que en las personas mayores de 85 años, la preocupación por la toma de medicamentos y la polimedicación constituyen la segunda consulta más frecuente¹⁴.

Por lo general, la polifarmacia se asocia a una toma simultánea de múltiples fármacos diferentes en un mismo paciente, utilizados de forma crónica, si bien el concepto de polimedicación incluye la prescripción o la toma

de más medicamentos de los que son clínicamente apropiados. Desde esta perspectiva, el número específico de medicamentos no es en sí mismo un indicativo de polimedicación, ya que todos los medicamentos pueden ser clínicamente necesarios y apropiados para un paciente.

Además, con el envejecimiento, se incrementa también la probabilidad de sufrir caídas. La etiología de las caídas es multifactorial. Entre las múltiples causas, se encuentran la disminución de la musculatura y la lentitud de los reflejos, así como los problemas relacionados con los medicamentos¹⁵. El uso de medicamentos es uno de los factores de riesgo modificables para las caídas y las lesiones relacionadas con ellas, por lo que existe un considerable interés en la investigación en esta asociación en las personas mayores¹⁶.

Las caídas se consideran la segunda causa mundial de muerte por lesiones accidentales o no intencionales a nivel mundial¹⁷. Aproximadamente un 30% de las personas mayores de 65 años y un 50% de las mayores de 80 años que viven en la comunidad se caen, al menos, una vez al año¹⁸.

Las caídas llevan asociadas lesiones peligrosas e incapacitantes, como la fractura de cadera, que requieren hospitalización y causan muchas de las limitaciones funcionales que conducen a la necesidad de atención a largo plazo, incluidos los ingresos en centros sociosanitarios¹⁶. Las caídas son por tanto una causa importante de discapacidad en las personas mayores y, a su vez, uno de los desenlaces adversos de la fragilidad, de ahí la importancia de la prevención¹⁷.

3. Actividades y estrategias preventivas e indicadores de resultados

El *Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud* (PAPPS), iniciado hace ya más de 30 años, es un proyecto de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC) que promueve actuaciones preventivas y de promoción de la salud en los centros de Atención Primaria. El PAPPS dispone de un grupo específico, que revisa la evidencia científica más actual en el campo de las recomendaciones preventivas cardiovasculares y su aplicabilidad en la consulta de los profesionales, y otro que revisa las actividades preventivas en los mayores^{5,17}.

La cartera de servicios estandarizada de Atención Primaria de Madrid, definida como el *“conjunto de actividades, técnicas, tecnologías y/o procedimientos que desarrollan los profesionales de Atención Primaria para prevenir o atender un problema de salud o una demanda asistencial y en los que mediante el establecimiento de estándares se tiene como finalidad garantizar la calidad de la atención”* incluye, entre sus servicios, la detección de problemas de salud prevalentes en el adulto

y la prevención y detección de problemas en personas mayores.

El objetivo es detectar lo antes posible tanto los estilos de vida inadecuados, que están ligados a actitudes conductuales y, por tanto, pueden ser modificados (por ejemplo, el consumo de tabaco, de alcohol en exceso y el sedentarismo), como el resto de los problemas de salud (la hipertensión, la obesidad, la hiperglucemia o la hipercolesterolemia), que deben ser controlados lo antes posible.

En el servicio de prevención y detección de problemas en personas mayores se recoge, entre los criterios de buena atención, la valoración funcional de los antecedentes de caídas, y la elaboración de un plan de cuidados que incluya el fomento de la actividad física regular, el fortalecimiento y entrenamiento del equilibrio, o la eliminación de los factores ambientales de riesgo para las caídas.

Los resultados en salud se entienden como la valoración definitiva para dar validez a la efi-

cacia y a la calidad de la atención médica. Sus indicadores son aquellos que miden el nivel de éxito alcanzado en el paciente, es decir, si se ha conseguido lo que se pretendía con las actividades realizadas durante el proceso de atención¹⁹.

En Atención Primaria de la Comunidad de Madrid, se dispone de una herramienta de gestión clínica a través de los cuadros de mando específicos, para apoyar la mejora de la atención de los pacientes (eSOAP). A través de los indicadores, cada médico puede desagregar el dato en el ámbito del paciente, y trabajar con la historia clínica en su seguimiento y mejora. De esta manera eSOAP permite aunar la gestión estratégica y la gestión clínica en una aplicación accesible a través de la intranet.

En el contexto de control de los factores de riesgo, desde la prevención en la Comunidad de Madrid, los profesionales sanitarios disponen de indicadores de resultados intermedios, así como de estrategias para ayudar a mejorar la seguridad y prevenir los problemas relacionados con la medicación. A continuación se detallan algunos de los indicadores y estrategias.

3.1. Control de la tensión arterial

Tal y como se ha comentado, la hipertensión arterial (HTA) es uno de los principales factores de riesgo cardiovascular (FRCV), además de una de las condiciones clínicas atendidas de manera más habitual en Atención Primaria, y uno de los factores prevenibles implicados con más frecuencia en el desarrollo de la enfermedad cardiovascular, en el daño renal crónico (IRC), en la patología cerebrovascular (ECV) y en la muerte²⁰.

En la Figura 3, se muestran los datos de la Comunidad de Madrid de 2017 en relación al porcentaje de pacientes hipertensos con un buen control ajustado por la edad. Se consideró como buen control: una reducción de la tensión arterial sistólica (TAS) a cifras inferiores de 140 mmHg y una tensión arterial diastólica (TAD) menor de 90 mmHg, en pacientes menores de 80 años; y unos objetivos de tensión arterial inferiores a 150/90 mmHg en pacientes de 80 años o más, tal y como recomendaban las guías de 2013 de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC, *European Society of Cardiology*) y la Sociedad Europea de Hipertensión (ESH, *European Society of Hypertension*)²¹.

El valor alcanzado en 2017 es de 53,92%, porcentaje que presenta un incremento de un 4,6% con respecto al año 2016.

El porcentaje de pacientes entre 15 y 79 años con cardiopatía isquémica y con buen control de la tensión arterial (considerando como buen control la cifra más reciente de tensión arterial igual o menor a 140/90, registrada en la historia clínica en el último año) es de un 49,53% en 2017. Y en pacientes con ictus, el porcentaje con buen control de tensión arterial es de un 48,99%.

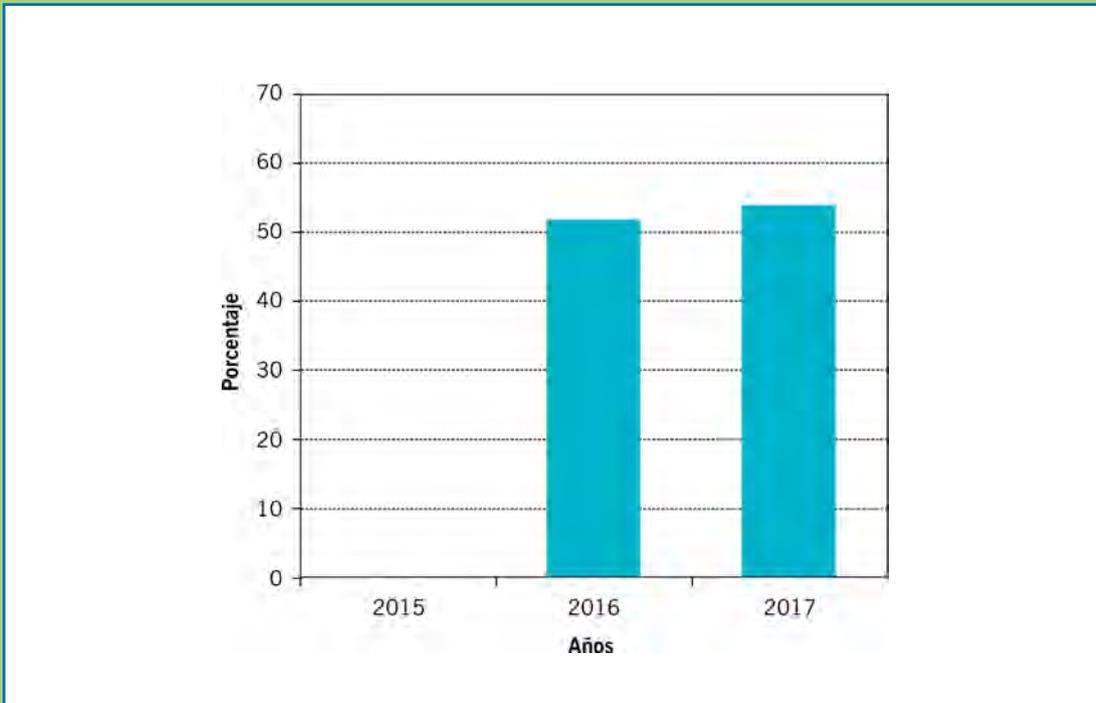
3.2. Control de la hemoglobina glicada en pacientes diabéticos

La diabetes es una enfermedad compleja y crónica que requiere una atención médica continua, así como educación y apoyo a los pacientes para la autogestión de la enfermedad. El control de la glucemia y la aplicación de diferentes estrategias para el control de



Figura 3.

Porcentaje de pacientes hipertensos con un buen control ajustado por edad.



Fuente: Observatorio de resultados del Servicio Madrileño de Salud. [Internet]. Disponible en: <http://observatorioresultados.sanidadmadrid.org/AtencionPrimariaFicha.aspx?ID=101>

riesgos son fundamentales para prevenir las complicaciones agudas y a largo plazo.

La Asociación Americana de Diabetes (ADA, *American Diabetes Association*) recomienda la realización de al menos dos medidas anuales de hemoglobina glicada (HbA1c) en pacientes diabéticos, con objetivos de HbA1c inferior al 7% en la mayoría de los adultos. En determinados pacientes, como aquellos que tienen antecedentes de hipoglucemia severa, una expectativa de vida limitada, complicaciones microvasculares o macrovasculares avanzadas o comorbilidades, considera razonables objetivos menos estrictos (HbA1c inferior al 8%)²².

En la Comunidad de Madrid, el porcentaje de pacientes diabéticos con buen control en el año 2017 se mantiene acorde con lo recogido en las publicaciones científicas, siendo el valor de este indicador de 45,27%, lo cual muestra una tendencia creciente en un 2,4%. Para este indicador se han ajustado los rangos de buen control por edad, considerando objetivos razonables: HbA1 menor del 7% para las personas con una edad igual o inferior a los 75 años, y menor del 8,5% para los mayores de 75 años (se puede consultar en el Observatorio de resultados del Servicio Madrileño de Salud).

3.3. Estrategias para potenciar la seguridad relacionada con el uso de los medicamentos

La seguridad del paciente se considera una prioridad de la asistencia sanitaria, siendo un componente clave de la calidad y un derecho de los pacientes reconocido en el ámbito in-

ternacional²³. En la Comunidad de Madrid, se han desarrollado diversas estrategias dirigidas a optimizar la terapia farmacológica y a disminuir los riesgos derivados del uso de los medicamentos, con el objetivo de mejorar la seguridad de los pacientes. A continuación se exponen algunas de ellas.

Adecuación de la prescripción de medicamentos para la osteoporosis

El *British Medical Journal* publicó en el año 2002 un artículo que hacía una llamada de atención sobre la entrada en el proceso de medicalización de la sociedad, de las “no enfermedades”, y de los fenómenos sociales (como la vejez, la soledad, la infelicidad, etc.)²⁴. Un claro ejemplo de medicalización es la utilización de los fármacos para la prevención primaria de la osteoporosis en mujeres sanas.

En determinadas situaciones clínicas, se tiende a confundir el factor de riesgo con la enfermedad establecida. Este es el caso de la osteoporosis, una enfermedad sistémica esquelética caracterizada no solo por la baja masa ósea, sino también por el deterioro de la microarquitectura del tejido óseo, con el consiguiente incremento en la fragilidad ósea y la susceptibilidad a la fractura. Esta definición incluye aspectos cuantitativos, medidos por la densidad mineral ósea (DMO), y aquellos que están relacionados con la fragilidad de los huesos, referidos de forma habitual como calidad ósea. Sin embargo, durante muchos años, la osteoporosis se ha contemplado desde una perspectiva parcial, asociándola tan solo al aspecto cuantitativo, a través de valores bajos de densidad mineral ósea. Este hecho ha dado lugar a que las decisiones sobre el diagnóstico y el tratamiento de la osteoporosis estuvieran basadas únicamente

en la medición de la densidad mineral ósea, sin tener en cuenta otros factores de riesgo clínicos²⁵.

Los fármacos para la osteoporosis han demostrado su eficacia fundamentalmente en la disminución de fracturas vertebrales asintomáticas en pacientes con factores de riesgo de fractura y edad avanzada. Por otro lado, estos fármacos no están exentos de efectos perjudiciales. En los últimos años, se han asociado nuevos efectos adversos, como la osteonecrosis maxilar, el dolor osteoarticular, las fracturas atípicas, la fibrilación auricular con bisfosfonatos, etc., que se suman a otros ya ampliamente conocidos, como la esofagitis, el aumento de riesgo tromboembólico con los moduladores de receptores estrogénicos, o los efectos adversos cardiovasculares asociados al ranelato de estroncio²⁵.

En España, la probabilidad que tiene una mujer de presentar una fractura de cadera es claramente menor que en los países del norte de Europa o en Estados Unidos. Sin embargo, un informe realizado por la Secretaría de Estado de Salud del Reino Unido sitúa a España en el primer puesto de consumo de fármacos para la osteoporosis²⁶.

Por todo lo anteriormente descrito, y con el objetivo de evitar la sobreutilización de fármacos en mujeres que no se beneficiarían del tratamiento, y que estarían expuestas a los efectos adversos de forma innecesaria, en la Comunidad de Madrid se ha desarrollado un programa de adecuación de la prescripción de estos fármacos, en el que se han incluido diferentes estrategias:

- En 2007, se publicó un documento de recomendaciones para la valoración y el tratamiento de la osteoporosis primaria

en mujeres, elaborado por un grupo de trabajo multidisciplinar, compuesto por profesionales sanitarios de Atención Primaria y Especializada, que fue posteriormente actualizado en el año 2015.

- La implementación de estas recomendaciones, se realizó mediante un plan de formación dirigido a todos los profesionales sanitarios de la Comunidad de Madrid, a través de cursos y jornadas, en formato presencial y online.

El desarrollo de este programa logró disminuir de forma importante el número de mujeres de bajo riesgo en tratamiento farmacológico, así como desplazar la curva de tratamiento a las mujeres de mayor riesgo, y mantener estable la incidencia de fractura de cadera²⁷ (Figura 4).

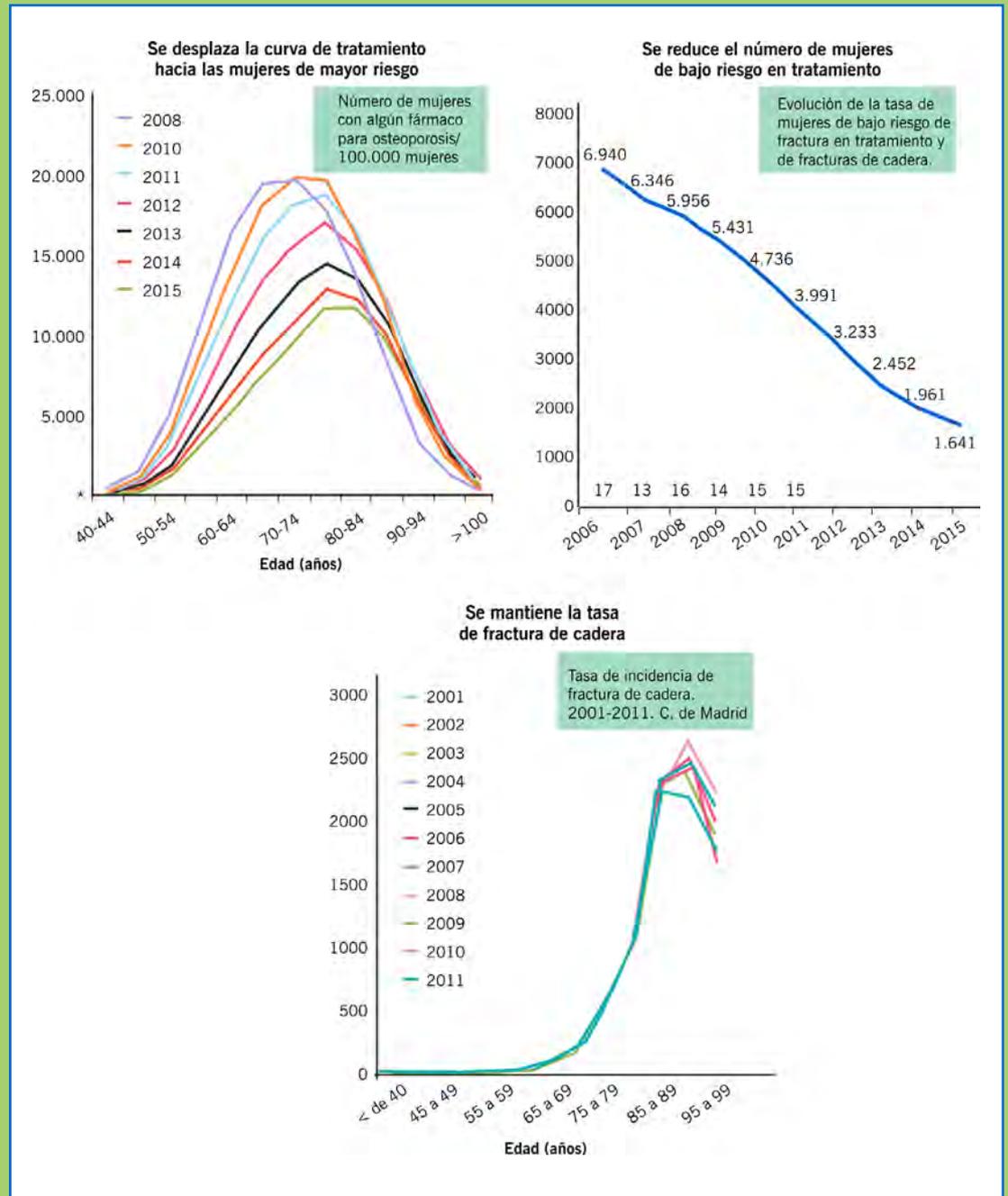
Reducción de la prescripción de medicamentos potencialmente inapropiados

Diversos consensos de expertos han publicado listas de medicamentos potencialmente inapropiados (MPI) en pacientes mayores, entendiéndose como tales, aquellos medicamentos para los cuales el riesgo de un efecto adverso pesa más que los beneficios, en especial, cuando hay evidencia a favor de una alternativa más segura y más efectiva para la misma condición. Entre estas listas, se sitúan los criterios: Beers, STOPP-START y, recientemente, los criterios STOPPFRAIL, estos últimos para mayores con fragilidad. Algunos estudios encuentran una asociación entre la administración de medicamentos potencialmente inapropiados y el riesgo de ingresos²⁸, e incluso de mortalidad en personas mayores²⁹.

F04

Figura 4.

Número de mujeres en tratamiento por tramo de edad; número de mujeres en tratamiento por año; y tasa de incidencia de fractura de cadera.



En Atención Primaria de la Comunidad de Madrid, se trabaja con un listado de medicamentos potencialmente inapropiados que fue consensuado por un grupo de trabajo multidisciplinar en el año 2013. El grupo, formado por médicos y farmacéuticos de los distintos centros asistenciales, seleccionó los principales medicamentos potencialmente inapropiados teniendo en cuenta las publicaciones científicas (el listado de fármacos Beers 2012, los criterios STOPP-START y las alertas de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, AEMPS), la relevancia clínica de los efectos adversos y los datos del volumen de la prescripción. En 2014, se elaboraron y se distribuyeron materiales formativos (un tríptico y una presentación de diapositivas), se diseñó una página web en la intranet, y se impartieron jornadas de información y formación dirigidas a los responsables y profesionales sanitarios de Atención Primaria y hospitalaria y de los centros sociosanitarios públicos.

Los medicamentos seleccionados fueron: benzodiazepinas de vida media larga, anticolinérgicos, antiinflamatorios, fluoxetina, sulfonilureas de vida media larga y biperideno³⁰.

En la Figura 5, se muestra la evolución del indicador incluido en el Contrato Programa de Centros (porcentaje de pacientes de 74 años o más que recibe un medicamento con la alternativa terapéutica más adecuada), y se observa que está disminuyendo en los últimos años, principalmente debido a las actuaciones de formación e información. En el año 2017, el porcentaje ha sido del 4,60%, lo que denota una mejora importante en el resultado, con una disminución del 8,55% con respecto a 2016.

Reducción del consumo crónico de benzodiazepinas

Las benzodiazepinas (BZD) son uno de los grupos farmacológicos más prescritos, y su consumo es más elevado en las personas más mayores. En un tratamiento a corto plazo, son fármacos eficaces y con una acción rápida en los trastornos de ansiedad e insomnio. Sin embargo, diversos documentos establecen a las benzodiazepinas como medicamentos de alto riesgo para los pacientes crónicos³¹ ya que, en tratamientos prolongados, pueden aparecer problemas de tolerancia, dependencia, abuso, además de efectos adversos, como pérdida de memoria y de reflejos, confusión y mayor riesgo de caídas y fracturas³².

Con el objetivo de reducir la utilización crónica de benzodiazepinas, principalmente en los pacientes mayores y, por tanto, prevenir los riesgos asociados al consumo prolongado de este grupo de medicamentos, un grupo de trabajo multidisciplinar (formado por médicos de familia, geriatras, enfermeras, farmacéuticos de Atención Primaria y de residencias) diseñó la estrategia. Los objetivos específicos que se plantearon fueron aportar los recursos que facilitasen la deshabitación de los pacientes que consumen benzodiazepinas de forma crónica, informar a los pacientes sobre la importancia de mantener durante un tiempo adecuado dicho tratamiento y sensibilizar a los profesionales sanitarios de la importancia de una utilización restringida en el tiempo de estos medicamentos. A lo largo del año 2017, la estrategia se implementó en todos los centros de salud y residencias públicas de la Comunidad de Madrid.

En los cuatro primeros meses desde el inicio de la estrategia, en los centros de salud, 2.373 pacientes tenían algún apunte en el

F05

Figura 5.

Porcentaje de pacientes de 74 años o más que recibe un medicamento con una alternativa terapéutica más adecuada (MPI).



Fuente: Observatorio de resultados del Servicio Madrileño de Salud. Disponible en: <http://observatorioresultados.sanidadmadrid.org/GraficosEstadoPoblacion.aspx?ID=6>

protocolo. La mitad de los pacientes llevaban más de cinco años con las benzodiazepinas, y el 80% no había tenido intentos previos de deshabitación. El 40% sufrió algún efecto adverso durante la deshabitación. De los 288 pacientes con registro de resultado, el 76% logró suspender bien las benzodiazepinas (53%) o reducir su dosis (47%).

Durante los seis meses de pilotaje en dos residencias públicas, se consiguió un resultado positivo en el 25% del total de los residentes en tratamiento con benzodiazepinas (suspensión en un 15% y reducción de dosis en un 10%)³³.

Potenciación de la revisión del tratamiento farmacológico

La prescripción inapropiada incluye el uso de fármacos con una mayor frecuencia o con más duración de la indicada, el uso de fármacos con un elevado riesgo de interacciones medicamento-medicamento o medicamento-enfermedad, y fármacos duplicados o de la misma clase. Dicha prescripción incluye además, conceptualmente, la no utilización de fármacos beneficiosos que sí están clínicamente indicados. La prescripción adecuada en las personas mayores debe tener en cuenta la esperanza de vida individual del paciente, evitando terapias preventivas en aquellos pacientes con pronóstico de corta supervivencia y promoviendo fármacos con relación beneficio-riesgo favorable³⁴.

Una de las actividades preventivas recomendadas para adecuar la medicación en los pacientes mayores y frágiles es la revisión de los tratamientos¹⁷. Se entiende por esta la revisión crítica y estructurada del régimen terapéutico del paciente, que tiene que estar consensuada con él, con la finalidad de optimizar el impacto de la medicación, reducir los

problemas relacionados con esta y maximizar la eficiencia.

En pacientes ancianos polimedcados, la atención farmacéutica, que incluye la revisión de la medicación en colaboración con profesionales clínicos de distintos ámbitos (de Atención Primaria, centros sociosanitarios, consultas externas y hospitales) o con los sistemas electrónicos de ayuda a la toma de decisiones, ha demostrado reducir la prescripción inapropiada y los problemas relacionados con los medicamentos. En el ámbito hospitalario, la revisión de la medicación puede disminuir las consultas a urgencias³⁵.

La *Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud (SNS)* propone centrar los esfuerzos en la revisión de forma sistemática de los pacientes crónicos polimedcados, para detectar o prevenir eventos adversos, garantizar la adecuación y mejorar la adherencia²³.

En el año 2017, se finalizó la implantación en la Comunidad de Madrid del *Proceso asistencial integrado del paciente crónico complejo* (PAI PCC) en todos los centros de salud, con sus hospitales de referencia, siendo esta una línea estratégica de la organización. Entre las actividades que se contemplan en los subprocesos del PAI PCC, y que deben llevar a cabo los farmacéuticos de los distintos ámbitos asistenciales, está la mejora de la revisión de tratamientos, la conciliación y la adherencia de los pacientes crónicos complejos de nivel de intervención alto, siendo fundamental la coordinación y colaboración entre todos los profesionales implicados en el cuidado del paciente, para asegurar la continuidad de los tratamientos³⁶.

En este contexto, y con la finalidad de apoyar a los médicos de familia en la revisión de

la medicación de los pacientes, se ha implementado un programa de colaboración médico-farmacéutico de Atención Primaria en la revisión de los tratamientos en pacientes de especial riesgo. Se ha priorizado a los pacientes que soliciten los propios médicos y a la población más vulnerable a los problemas relacionados con la medicación, como son los pacientes crónicos complejos con nivel de intervención alto, los polimedicados, los que viven en centros sociosanitarios concertados o privados o aquellos en los que se detecte una medicación potencialmente inadecuada (medicamentos potencialmente inapropiados, benzodiazepinas crónicas, personas en tratamiento con algún medicamento afectado por alguna alerta, como por ejemplo, los mayores de 65 años con dosis altas de citalopram o escitalopram, con diacereína, con metoclopramida crónica, etc.).

Asimismo, en el modelo de centros sociosanitarios de la Agencia Madrileña de Atención Social (AMAS), los farmacéuticos se han integrado en el equipo multidisciplinar y colaboran con los médicos de las residencias en la revisión de tratamientos, en la conciliación de la medicación después de los tránsitos asistenciales y en la revisión de la adherencia.

Educación para la salud en medicamentos

El paciente debe situarse en el centro de la prevención, y para ello es necesario fomentar las actividades dirigidas a la educación de la población. En la Comunidad de Madrid, en el año 2017, se comunicaron 5.806 errores de medicación, de los cuales 2.467 fueron comunicados en Atención Primaria. El análisis de los errores de medicación notificados por Atención Primaria en el portal de *Uso Seguro de los Medicamentos y Productos Sanitarios de*

la Comunidad de Madrid detecta que el origen del error está en la administración de los medicamentos por parte del paciente en el 10% de las notificaciones, aproximadamente, siendo esta causa la tercera o cuarta en cuanto a la frecuencia en el origen del error³⁷.

Por otra parte, es bien conocido el alto porcentaje de falta de adherencia al tratamiento en los pacientes con enfermedades crónicas. En el informe *Adherencia a largo plazo: pruebas para la acción*, publicado por la OMS en el año 2004, ya se considera la falta de adherencia como un problema prioritario de salud pública. La repercusión de una adherencia deficiente crece a medida que se incrementa la carga de la enfermedad crónica. Las consecuencias se traducen en la disminución de los resultados en salud, hasta tal punto que, según la OMS, *“aumentar la efectividad de las intervenciones sobre adherencia terapéutica puede tener una repercusión mucho mayor sobre la salud de la población que cualquier mejora de los tratamientos médicos específicos”*. La adherencia debe gestionarse con intervenciones que contemplen, como mínimo: la educación y la información al paciente, la formación de los sanitarios, el seguimiento del paciente recordando el tratamiento, y la simplificación del tratamiento, entre otras estrategias³⁸.

En el año 2006, se implantó en toda la Comunidad de Madrid el *Programa del Mayor Polimedicado*, con el objetivo de mejorar la salud y la calidad de vida de la población de 74 años o más polimedicada, mediante el asesoramiento sobre el uso de los fármacos, la adecuada colaboración entre los profesionales sanitarios de los centros de salud y los farmacéuticos de oficina de farmacia, y la entrega de sistemas de ayuda para la correcta utilización de los medicamentos (etiquetas, pastilleros, blíster)³⁹.

Además, en el año 2016, se incorporó a la aplicación de *Educación para la salud* (EpS) de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid un nuevo proyecto centrado en el uso de los medicamentos, con el título *Conoce tus Medicamentos*. Este taller se imparte de forma conjunta entre enfermeros y farmacéuticos de Atención Primaria en los centros de salud.

El taller, que consta de tres sesiones, está dirigido principalmente a las personas mayores polimedicadas. Por una parte, tiene como objetivo incrementar los conocimientos generales de los pacientes sobre los medicamentos y, por otra, disminuir la posibilidad de los errores de medicación, contribuir a aumentar la adherencia al tratamiento y capacitar a los pacientes para que participen en su terapia farmacológica, y que entiendan el propósito y la relación de la medicación con su enfermedad.

4. Conclusiones

En el actual contexto social, la orientación de los sistemas de salud hacia la prevención y promoción de la salud es una necesidad y un reto. Tal y como se ha ido comentando a lo largo del capítulo, desde el ámbito asistencial de Atención Primaria, se puede contribuir al control de los factores de riesgo con diversas actividades y estrategias, en las que es necesaria la implicación y la colaboración de todos los profesionales sanitarios.

En este sentido, los farmacéuticos de Atención Primaria (FAP) participan y colaboran,

junto con el resto del equipo asistencial, mediante el apoyo a los médicos en la revisión de los tratamientos de los pacientes más vulnerables, la formación e información dirigida a profesionales sanitarios y ciudadanos, la educación para la salud en materia de medicamentos, y el diseño y la monitorización de los indicadores que, incluidos en los cuadros de mando, ayuden a la mejora de la calidad de la atención sanitaria y a la seguridad de los pacientes.

5. Bibliografía

1. Mayoral JM, Aragonés N, Godoy P, Sierra MJ, Cano R, González F, *et al.* Las enfermedades crónicas como prioridad de la vigilancia de la salud pública en España. *Gac Sanit.* [Internet]. 2016;30:154-7. [citado 27 Ago 2018]. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S021391111500254X>
2. Ministerio de sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia de promoción de la salud y prevención en el SNS. En el marco del abordaje de la cronicidad en el SNS. Estrategia aprobada por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud el 18 de diciembre de 2013 [Internet]. [citado 10 Sept 2018]. Disponible en: <http://www.aecosan.msssi.gob.es/AECOSAN/docs/documentos/nutricion/observatorio/EstrategiaPromocionSaludyPrevencionSNS.pdf>
3. Organización Mundial de la Salud. Factores de riesgo. [Internet]. [citado 6 Sep 2018]. Disponible en: http://www.who.int/topics/risk_factors/es/
4. Lim SS, Vos T, Flaxman AD, Danaei G, Shibuya K, Adair-Rohani H, *et al.* A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet.* [Internet]. 2012;380:2224-60. [citado 28 Ago 2018]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4156511/>
5. Brotons C, Alemán Sánchez JJ, Banegas JR, Ramón J, Fondón C, Lobos-Bejarano JM, *et al.* Recomendaciones preventivas cardiovasculares. Actualización PAPPs 2018. Aten Primaria. [Internet]. 2018;50:4-28. [citado 6 Sep 2018]. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-recomendaciones-preventivas-cardiovasculares-actualizacion-papps-S0212656718303603>
6. Banegas J, Graciani A, Guallar Castellón P, Gutiérrez-Fisac JL, León Muñoz L, López-García E, *et al.* Estudio de Nutrición y Riesgo Cardiovascular en España (ENRICA). [Internet]. Madrid: Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, Universidad Autónoma de Madrid; 2011. Disponible en: http://www.isfie.org/documentos/estudio_enrica.pdf
7. Grau M, Elosua R, Cabrera de León A, Guembe MJ, Baena-Díez JM, Vega Alonso T, *et al.* Factores de riesgo cardiovascular en España en la primera década del siglo XXI: análisis agrupado con datos individuales de 11 estudios de base poblacional, estudio DARIOS. *Rev Esp Cardiol.* [Internet]. 2011;64:295-304. [citado 7 Sep 2018]. Disponible en: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0300893211001515>
8. Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Estudio IBERICAN: Identificación de la Población Española de Riesgo Cardiovascular y Renal. [Internet]. [citado 7 de septiembre de 2018]. Disponible en: <https://www.semergen.es/index.php?seccion=dinamico&subSeccion=bloque&idS=6&idSS=14>
9. Cinza S, Prieto MÁ, Llisterri JL, Pallarés V, Barquilla A, Rodríguez L, *et al.* Características basales y manejo clínico de los primeros 3.000 pacientes incluidos en el estudio IBERICAN (Identificación de la población española de riesgo cardiovascular y renal). *SEMERGEN-Med Fam.* [Internet]. 2017;43:493-500. [citado 7 Sep 2018]. Disponible en: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1138359316301381>
10. Barnett K, Mercer SW, Norbury M, Watt G, Wyke S, Guthrie B. Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. *The Lancet.* 2012;380:37-43.

11. Prados-Torres D, del Cura-González I, Prados-Torres A. Hacia un modelo de atención a la multimorbilidad en atención primaria. *Aten Primaria*. [Internet]. 2016;261-2. [citado 12 Sep 2018]. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-hacia-un-modelo-atencion-multimorbilidad-S0212656716305601>
12. Scottish Government, Polypharmacy Model of Care Group. Polypharmacy Guidance Realistic *Prescribing*. [Internet]. 3rd ed. 2018 [citado 13 Sep 2018]. Disponible en: <https://www.therapeutics.scot.nhs.uk/wp-content/uploads/2018/04/Polypharmacy-Guidance-2018.pdf>
13. Saum K-U, Schöttker B, Meid AD, Holleczer B, Haefeli WE, Hauer K, *et al*. Is Polypharmacy Associated with Frailty in Older People? Results From the ESTHER Cohort Study. *J Am Geriatr Soc*. 2017;65:e27-e32.
14. Consejería de Sanidad. Dirección General de Salud Pública. Informe del Estado de Salud de la Población de la Comunidad de Madrid, 2016. [Internet]. 2017 [citado 13 Sep 2018]. Disponible en: <http://www.informesdesalud.sanidadmadrid.org/docs/Informe-Completo.pdf>
15. Gervas J, Gorricho J. Multicausalidad de las caídas y papel de los medicamentos. *Boletín de Información Farmacoterapéutica de Navarra*. [Internet]. 2013;21(2). [citado 13 Sep 2018]. Disponible en: https://www.navarra.es/NR/rdonlyres/61C2FB0A-1915-414B-AC23-E60E6A172E87/261957/Bit_v21n3.pdf
16. Laflamme L, Monárrez-Espino J, Johnell K, Elling B, Möller J. Type, number or both? A population-based matched case-control study on the risk of fall injuries among older people and number of medications beyond fall-inducing drugs. *PLoS ONE*. 2015;10(3):e0123390.
17. Del Canto M, Gorroñoigoitia A, Martín I, Baena Díez JM, López Torres J, *et al*. Actividades preventivas en los mayores. Actualización PAPPs 2018. *Aten Primaria*. 2018;50:109-24.
18. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Documento de consenso sobre prevención de fragilidad y caídas en la persona mayor. Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS. 2014 [Internet]. Madrid; 2014. [citado 17 Sep 2018]. Disponible en: https://www.msbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/FragilidadyCaídas_personamayor.pdf
19. Olry de Labry Lima A, García Mochón L, Bermúdez Tamayo C. Identificación de indicadores de resultado en salud en atención primaria. Una revisión de revisiones sistemáticas. *Rev Calid Asist*. 2017;32:278-88.
20. Tratamiento farmacológico de la hipertensión arterial. INFAC. [Internet]. 2015 [citado 13 Sep 2018]. Disponible en: http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/cevime_infac_2015/es_def/adjuntos/Infac_vol_23_n05_Hipertension_arterial.pdf 2015;Vol 23 No5.
20. Williams B, Mancia G, Spiering W, Agabiti Rosei E, Azizi M, Burnier M, *et al*. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. *Eur Heart J*. 2018. 2 39:3021-104.
21. Mancia G, Fagard R, Narkiewicz K, Redon J, Zanchetti A, Böhm M, *et al*. 2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension: The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Heart J*. 2013;34:2159-219.
22. American Diabetes Association. 8. Pharmacologic Approaches to Glycemic Treatment. *Diabetes Care*. 2017;40(Suppl 1):S64-S74.
23. Ministerio de sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud. Período 2015-2020. [Internet]. Madrid; 2016 [citado 13 Sep 2018]. Disponible en: <https://www.seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/2015/Estrategia%20Seguridad%20del%20Paciente%202015-2020.pdf>
24. Smith R. In search of "non-disease". *BMJ*. 2002;324:883-5.
25. Servicio Madrileño de Salud. Recomendaciones para la valoración y tratamiento de la osteoporosis primaria en mujeres de la Comunidad de Madrid. [Internet]. Madrid: Comunidad de Madrid, Consejería de Sanidad; 2015. [actualizado 2015]. [citado 14 Sep 2018]. Disponible en: <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername=Content-Disposition&blobheadervalue1=filename%3DLibroOsteop2015SM.pdf&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1352885262220&ssbinary=true>
26. Richards M. Extent and causes of international variations in drug usage. A report for the Secretary of State for Health. [Internet]. 2010 [citado 13 Sep 2018]. Disponible en: <https://www.gov.uk/government/publications/extent-and-causes-of-international-variations-in-drug-usage>
27. Jamart L, Alcaraz M, Isasi C, López A, Vázquez M, Pérez P. Programa de adecuación de la prescripción de fármacos para la osteoporosis primaria en mujeres en nuestra comunidad. Servicio Madrileño de Salud. 21 Congreso SEFAP. [Internet]. Granada, 26-28 Oct 2016. [citado 14 Sep 2018]. Disponible en: <https://www.bcongresos.com/congresos/gestor/ckfinder/userfiles/files/sefap21/L5-1.jpg>
28. Price SD, Holman CD, Sanfilippo FM, Emery JD. Association between potentially inappropriate me-

- dications from the Beers criteria and the risk of unplanned hospitalization in elderly patients. *Ann Pharmacother.* 2014;48:6-16.
29. Muhlack DC, Hoppe LK, Weberpals J, Brenner H, Schöttker B. The Association of Potentially Inappropriate Medication at Older Age With Cardiovascular Events and Overall Mortality: A Systematic Review and Meta-Analysis of Cohort Studies. *J Am Med Dir Assoc.* 2017;18:211-20.
 30. Consejería de Sanidad-D. G. de Coordinación de la Asistencia Sanitaria. Medicamentos potencialmente inapropiados en personas mayores. [Internet]. Madrid; 2014. [citado 14 Sep 2018]. Disponible en: <http://www.comunidad.madrid/publicacion/1354337155930>
 31. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Proyecto MARC. Elaboración de una Lista de Medicamentos de Alto Riesgo para los Pacientes Crónicos. Informe 2014. [Internet]. Madrid; 2014 [citado 14 Sep 2018] Disponible en: http://www.seguridaddel-paciente.es/resources/documentos/2014/Proyecto_MARC_2014.pdf
 32. Hanlon JT, Semla TP, Schmader KE. Alternative Medications for Medications in the Use of High-Risk Medications in the Elderly and Potentially Harmful Drug-Disease Interactions in the Elderly Quality Measures. *J Am Geriatr Soc.* 2015;63:e8-e18.
 33. Izquierdo-Palomares JM, Herrero S, Pérez P, Rubio L, Cáliz B, Calvo MJ. Estrategia para reducir el uso crónico de benzodiazepinas. Resultados preliminares. Subdirección General de Farmacia y Productos Sanitarios. Servicio Madrileño de Salud. [Internet]. 22 Congreso SEFAP. Murcia 8-10 Nov 2017. [citado 14 Sep 2018]. Disponible en : <https://www.bcongresos.com/congresos/gestor/ckfinder/userfiles/files/sefap2017/L5-8.jpg>
 34. Delgado E, Muñoz M, Montero B, Sánchez C, Gallagher PF, Cruz-Jentoft AJ. Inappropriate prescription in older patients: the STOPP/START criteria. *Rev Española Geriatr Gerontol.* 2009;44:273-9.
 35. Revisando la medicación en el anciano. ¿Qué necesito saber? INFAC. 2015;23(2). [Internet]. 2015 [citado 13 Sep 2018]. Disponible en: http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/cevime_infac_2015/es_def/adjuntos/INFAC_Vol_23_n_2_revisando%20medicacion%20anciano.pdf
 36. Servicio Madrileño de Salud. Estrategia de atención a pacientes con enfermedades crónicas en la Comunidad de Madrid. Consejería de Sanidad. [Internet]. 2016 [citado 14 de septiembre de 2018] Disponible en: http://www.madrid.org/cs/Satellite?c=CM_Inf-Practica_FA&cid=1354319576173&language=es&pagename=ComunidadMadrid%2FEstructura
 37. Consejería de Sanidad de Madrid. Documentos de seguridad de medicamentos y productos sanitarios. Portal de Uso Seguro de Medicamentos y Productos Sanitarios. [Internet]. [citado 14 Sep 2018] Disponible en: <https://seguridadmedicamento.sanidadmadrid.org/>
 38. Calvo MJ, Aranguren A. Adherencia al tratamiento. Guía de Buena Práctica Clínica en Geriatría. Farmacología y envejecimiento. Los medicamentos en las personas mayores. Madrid: Sociedad Española de Geriatría y Gerontología. 2015. p. 45-59.
 39. Servicio Madrileño de Salud. Programa de Atención al Mayor Polimedocado. [Internet]. Madrid: Comunidad de Madrid, Consejería de Sanidad y Consumo; 2006. [citado 10 Sep 2018]. Disponible: http://www.amegmadrid.org/DOCUMENTOS/Atencion_al_poli-medocado.pdf