



CARTAS CIENTÍFICAS

Deprescripción y manejo de la polimedización en un paciente crónico complejo



De-prescription and management of medication in a complex chronic patient

Sr. Editor:

La polifarmacia puede repercutir en una menor adherencia a los tratamientos, un incremento de interacciones, errores de medicación y reacciones adversas. Todo esto lleva a que la polimedización en ancianos esté relacionada con un mayor deterioro físico y cognitivo, mayor incidencia de caídas y fracturas, riesgo de fragilidad, de hospitalización e incluso un aumento de la mortalidad^{1,2}.

Se presenta el caso de una mujer de 70 años que acumulaba 7 visitas a urgencias en los últimos 3 meses, refiriendo dolor abdominal, náuseas, vómitos y diarrea, además de debilidad en piernas y alguna caída. En la última analítica se observa un mal control de la glucemia, de la tensión arterial (148/49 mmHg), de la función renal (filtración glomerular: 31,2 ml/min) y una ligera anemia. Un índice de Barthel de 60 (dependencia severa) y un índice de Pfeiffer de 4 (deterioro cognitivo). Se recogieron 36 diagnósticos del historial médico de atención primaria de la paciente.

La medicación que tomaba en el momento de la revisión farmacoterapéutica, un total de 30 principios activos y 41 dosis por día, queda recogida en la [tabla 1](#).

Tabla 1

Listado de medicamentos que tomaba la paciente anterior y posterior a la revisión farmacoterapéutica

o Acido acetilsalicílico 100 mg c/24h	o Acido acetilsalicílico 100 mg c/24h
o Brimonidina colirio 2mg/ml, 1 gota c/8h	o Brimonidina colirio 2mg/ml, 1 gota c/8h
o Latanoprost colirio 50 mcg/ml, 1 gota c/24h	v Latanoprost colirio 50 mcg/ml, 1 gota c/24h
o Cinitaprida 1mg c/12h	
o Colecalciferol solución 25.000 ui/2,5 ml, 2.5ml c/7días	o Colecalciferol solución 25.000 ui/2,5 ml, 2.5ml c/30 días
o Denosumab SC 60 mg c/180 días	o Denosumab SC 60 mg c/180 días
o Sitagliptina/Metformina 50/1000mg c/12h	o Linagliptina 5 mg c/24h
o Esomeprazol 20mg c/12h	o Omeprazol 20 mg c/24h
o Hierro Sulfato 325 mg c/24h	
o Fluticasona nasal 50 mcg/pulv, 2pulv c/12h	o Fluticasona nasal 50 mcg/pulv, 2pulv c/12h
o Furosemida 40mg c/24h	o Furosemida 40mg c/24h
o Gabapentina 600mg c/8h	o Gabapentina 600 mg 100 mg c/8h
o Gemfibrozilo 600mg c/12h	
o Ivabradina 5mg c/12h	o Ivabradina 5mg c/12h
o Insulina Glargina 100UI/ml, 30UI c/24h	o Insulina Glargina 100UI/ml, 25UI c/24h
o Insulina Lispro 100UI/ml, 6UI c/12h	o Insulina Lispro 100UI/ml, 2UI c/8h
o Nitroglicerina SL, 0.4 mg c/24h si precisa	o Nitroglicerina SL, 0.4 mg c/24h si precisa
o Cianocobalamina amp 1mg c/48 Horas	o Cianocobalamina amp 1mg c/30 días
o Paracetamol 1000mg c/8h si precisa	o Paracetamol 1000mg c/12h si precisa
o Potasio cloruro 600 mg c/12h	o Potasio cloruro 600 mg c/24h
o Prednisona 5mg c/24h	o Prednisona 2.5 mg c/24h
o Ranolazina 500mg c/12h	o Ranolazina 500mg c/12h
o Olmesartan/Amlodipino/Hidroclortiazida 40/5/12,5mg c/24h	o Olmesartan/Amlodipino/ 40/10 mgc/24h
o Tiamazol 5mg c/8h	
o Apósitos de Lidocaína 5%, 1 c/24h	o Apósitos de Lidocaína 5%, 1 c/24h
o Ezetimiba/Simvastatina 10/40mg c/24h	o Atorvastatina 40 mg c/24h

Se realizó una evaluación integral del tratamiento crónico de la paciente por parte del farmacéutico. Consistió en emitir una recomendación al equipo médico responsable del paciente, según el mejor juicio clínico del farmacéutico ayudado por las recomendaciones facilitadas por el programa CheckTheMeds[®], informándole de los problemas relacionados con la medicación (PRM) y resultados negativos asociados a la medicación (RNM) detectados y las acciones a realizar para solucionarlos, siempre de acuerdo con la práctica basada en la evidencia.

Posteriormente el médico de atención primaria propuso una revisión cuantitativa y cualitativa del tratamiento farmacológico. Además, la enfermera gestora de casos (ECG) se reunió con diferentes facultativos especialistas para acordar reducciones de dosis y/o deprescripción de fármacos y realizó visitas al domicilio de la paciente para explicar los cambios de tratamiento.

Los cambios de medicación realizados quedan reflejados en la [tabla 1](#). El número total de medicamentos se redujo de 30 a 23 y la frecuencia de dosificación diaria se redujo de 41 a 29 dosis diarias.

Unos meses después se observó mejoría en la glucemia, el temblor de manos y piernas desapareció, no refería dolor y refería más fuerza en las extremidades inferiores. La paciente andaba con bastón con mayor independencia. Se alcanzó un índice de Barthel de 90 y un índice de Pfeiffer de 0. Tensión arterial de 123/55 mmHg, filtración glomerular 36,2 ml/min. Analíticamente mejoraron los triglicéridos, la vitamina B₁₂, el hiperparatiroidismo, la hiponatremia y la hipokalemia.

En la implicación del farmacéutico en la farmacoterapia del paciente anciano polimedcado, los mejores resultados se obtienen cuando el farmacéutico realiza la revisión de forma activa, estructurada y en el contexto de un abordaje interdisciplinar³⁻⁵. Esta suma de esfuerzos es imprescindible en pacientes con regímenes de tratamiento complejos, múltiples comorbilidades y otros factores de riesgo de morbilidad asociada a medicamentos^{6,7}.

La paciente del caso descrito tenía poca confianza en la efectividad de los medicamentos que tomaba, y una adherencia dudosa. Cuando se consiguió reducir el número de principios activos y las dosis diarias, la paciente manifestó su satisfacción por poder tomar menos medicación, y su estado clínico y anímico mejoró notablemente. Las visitas secuenciales a domicilio de la EGC para explicar el nuevo plan terapéutico, dar información sobre la administración de medicamentos y hacer un seguimiento de los resultados resultaron muy útiles. Todo esto llevó a acordar un equilibrio entre los objetivos terapéuticos del médico y la calidad de vida y las expectativas de la paciente. Gracias a ello la paciente ha pasado de ser una paciente dependiente y domiciliaria, a prescindir de cuidador y poder acudir al centro de salud por ella misma.

El objetivo del programa específico del paciente crónico de nuestra área es mejorar la calidad de la atención a los pacientes crónicos complejos y pacientes crónicos avanzados, consiguiendo proporcionar atención adecuada y continuada con especial atención a la proactividad y resolución de crisis. Los farmacéuticos que forman parte de este equipo juegan un papel importante como clínico para coordinar la atención relacionada con los medicamentos. La intervención farmacéutica, junto al equipo médico responsable, permite resolver de forma significativa los PRM y RNM asociados a la medicación y, por tanto, contribuye a mejorar la calidad de la farmacoterapia de este tipo de pacientes.

Bibliografía

1. Hilmer SN, Gnjidic D. The Effects of Polypharmacy in Older Adults. *Clin Pharmacol Ther.* 2009;85:86-88. [consultado 25 Feb 2017]. Disponible en: <http://www.isdbweb.org/documents/file/1486.4.pdf>.
2. Torres-García RM. Polimedcación en personas mayores, ¿se asocia con un incremento de la mortalidad? *Blog SEFAP.* [consultado 25 Feb 2017]. Disponible en: <http://bit.ly/2k6wiLQ>.
3. Spinewine A, Fialová D, Byrne S. The role of the pharmacist in optimizing pharmacotherapy in older people. *Drugs Aging.* 2012;29:495-510.
4. Halvorsen KH, Ruths S, Granas AG, Viktil KK. Multidisciplinary intervention to identify and resolve drug-related problems in Norwegian nursing homes. *Scand J Prim Health Care.* 2010;28:82-8.
5. Patterson SM, Cadogan SA, Kerse N, Cardwell CR, Bradley MC, Ryan C, et al. Interventions to improve the appropriate use of polypharmacy for older people. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014. <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD008165.pub3>. CD008165.
6. Santos-Ramos B, Otero-López MJ, Galván-Banqueri M, Alfaro-Lara ER, Vega-Coca MD, Nieto-Martín MD, et al. Modelos de atención al paciente pluripatológico y el papel de la farmacia hospitalaria. *Farm Hosp.* 2012;36:506-17.
7. Delgado-Silveira E, María Fernández-Villalba E, García-Mina Freire M, Albiñana Pérez MS, Casajús Lagranja MP, Peris Martí JF. Impacto de la Intervención Farmacéutica en el tratamiento del paciente mayor pluripatológico. *Farm Hosp.* 2015;39:192-202.

Carla Liñana Granell^{a,*}, Jose Antonio Amo Fernandez^b,
Mireia García Orellana^b e Ignacio Blasco Mascaró^a

^a Servicio de Farmacia, Hospital Mateu Orfila, Menorca, España

^b Atención Primaria, Área de Salud de Menorca, Menorca, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: carlalinana@gmail.com (C. Liñana Granell).

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2019.02.005>

0211-139X/

© 2019 SEGG. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Empiema pleural mixto por *Leuconostoc pseudomesenteroides* y *Streptococcus mitis/oralis*



Mixed pleural empyema due to *Leuconostoc pseudomesenteroides* and *Streptococcus mitis/oralis*

Varón de 86 años, sin hábitos tóxicos, con antecedentes personales de hipertensión arterial, deterioro cognitivo con parkinsonismo tremónico e hipoacusia, y en tratamiento domiciliario con carbidopa/levodopa 25/100 mg, sertralina 50 mg y omeprazol 20 mg. Situación basal: dependencia leve para las actividades básicas de la vida diaria (índice de Barthel: 85/100), deterioro cognitivo leve, con empeoramiento en los últimos 6 meses, vivía con su mujer en una casa en medio rural, con apoyo de sus hijos y realizaba alguna tarea en el campo. Ingresó en nuestro servicio por neumonía derecha con derrame pleural ipsilateral (fig. 1). No tenía historia de ingresos hospitalarios previos, ni era portador de sonda gastrostomía para alimentación. Había estado en tratamiento con levofloxacino hasta 5 días antes por infección respiratoria, presentando desde el inicio del cuadro anorexia, adelgazamiento no cuantificado y astenia intensa. Se inició tratamiento empírico con piperacilina-tazobactam y, tras realizar una toracocentesis diagnóstica en la que las características bioquímicas del líquido pleural fueron compatibles con empiema pleural, se colocó un drenaje torácico. En el cultivo del líquido pleural se aislaron *Streptococcus mitis/oralis* y *Leuconostoc pseudomesenteroides* (sensible a ampicilina, clindamicina, linezolid, tetraciclinas y tigeciclina). En el estudio analítico efectuado durante el ingreso, se descartó enfermedad hematológica

o inmunodepresión. Aunque la evolución inicial fue favorable, y permitió modificar la antibioterapia para amoxicilina-clavulánico, posteriormente sufrió un empeoramiento clínico en relación con un episodio de broncoaspiración, falleciendo al 15.º día del ingreso, como consecuencia de una insuficiencia respiratoria.

Leuconostoc spp. es una bacteria grampositiva, catalasa negativa que se caracteriza por ser intrínsecamente resistente a la



Figura 1. Radiografía de tórax AP: neumonía derecha con derrame pleural ipsilateral.