

Implantación y mejora de un programa de atención al mayor polimedcado en un área de atención primaria

Juan Cárdenas Valladolid^a, José María Mena Mateo^b, M. Asunción Cañada Dorado^b, David Rodríguez Morales^a y Luis Sánchez Perruca^a

^aSistema de Información Asistencial. Área 4 de Atención Primaria. Madrid. España.

^bUnidad de Calidad. Área 4 de Atención Primaria. Madrid. España.

Correspondencia: J. Cárdenas Valladolid.

Sistema de Información Asistencial. Gerencia Área 4. Atención Primaria de Madrid.

Doctor Cirajas, 20. 28017 Madrid. España.

Correo electrónico: jcardenas.gapm04@salud.madrid.org

Resumen

Introducción: El propósito de este estudio es describir la implantación del Programa de Atención al Mayor Polimedcado, impulsado por la Dirección General de Farmacia de la Comunidad de Madrid, en un área de atención primaria y el ciclo completo de mejora con sus resultados tras la evaluación inicial.

Métodos: El programa, dirigido a mayores de 75 años que consumen 6 o más principios activos (9.721 personas en el área al inicio del programa), comienza en septiembre de 2006. Se basa en la coordinación con las oficinas de farmacia, la revisión sistemática del tratamiento, la educación sanitaria y la entrega de sistemas personales de dosificación para el correcto uso de la medicación. Para su implantación en el área se formó a todos los profesionales y a los farmacéuticos de las oficinas de farmacia conjuntamente, se nombró responsables en los equipos de atención primaria (EAP) y se repartió material de ayuda. Se realizó una evaluación inicial mediante sentencias informatizadas del modelo de datos del programa en la historia clínica electrónica, que mostraba resultados muy mejorables. Mediante herramientas de calidad se identificaron las causas de la escasa cobertura y los resultados insuficientes en el resto de los indicadores de calidad en la atención y se procedió a implementar las acciones correctivas para, posteriormente, monitorizar y reevaluar el programa.

Resultados: Evaluación de los indicadores incluidos en el programa. Primer análisis de datos (febrero de 2007): cobertura del 3,5% (361 usuarios incluidos); revisión del tratamiento (RT), 2,1%; revisión del uso de fármacos (RU), 51,2%; valoración del conocimiento sobre medicación (CM), 84,8%; test de Morisky (TM), 57,6%; propuesta de sistema personal dosificación (SPD), 57,1%; valoración del tratamiento (VT), 50,1%; planes de cuidados (PC), 19,2%; criterios de Beers (CB), 14,9%. En diciembre de 2007, tras la implantación de las acciones de mejora, se obtienen los siguientes resultados: cobertura, 131,8% (12.650 usuarios); RT, 80,6%; RU, 62,7%; CM, 92,4%; TM, 9,3; SPD, 67,3%; VT, 61,6%; PC, 27,59%; CB, 13,6%.

Conclusiones: La implantación de un programa institucional, la implicación de la Dirección Gerencial del Área 4, la aplicación de las herramientas de calidad adecuadas, la monitorización continua de los indicadores y la devolución de la información a los profesionales han permitido que, 10 meses después de implantar las medidas correctoras, se superen los objetivos institucionales de cobertura y mejoren significativamente las actividades de buena atención y su registro, con lo que se obtienen los mejores resultados de captación y de calidad asistencial del programa de la Comunidad de Madrid.

Palabras clave: Polifarmacia. Anciano. Seguridad del paciente.

Abstract

Background: The purpose is to describe the introduction of a Care Program for the Elderly on Multiple Medication in a Primary Care area and the complete improvement cycle after evaluating the initial results. The Program was instigated by the Community of Madrid Pharmacy Directorate.

Methods: The Program was aimed at patients over 75 years who took 6 or more active ingredients (9721 patients in the area at the start of the program) and began in September 2006. It is based on coordinating with pharmacists, systematic review of treatment, health education, and the providing of personal dose dispensing systems for the correct use of the medication. Before its introduction, all the health professionals and pharmacists were jointly trained, a person was assigned as being responsible for the primary care teams (EAP) and support material was handed out. An initial evaluation was performed using computerised sentences from the Program data model in the electronic clinical notes, which showed much improvable results. Using quality tools, the causes of low coverage and insufficient results in the rest of the quality indicators were identified and corrective actions were introduced to subsequently monitor and reassess the program.

Results: Evaluation of the indicators included in the program. Initial data analysis (February 2007): cover, 3.5% (361 users included); treatment review (RT), 2.1%; review of medication use (RU), 51.2%; assessment of knowledge of the medication (CM), 84.8%; Morisky test (TM), 57.6%; offer of personal dispensing system (SPD), 57.1%; treatment evaluation (VT), 50.1%; care plans (PC), 19.2%; beers criteria (CB), 14.9%. After introducing the improvement actions, the following results were obtained in December 2007: cover, 131.8% (12,650 users); RT, 80.6%; RU, 62.7%; CM, 92.4%; TM, 9.3; SPD, 67.3%; VT, 61.6%; PC, 27.59%, and CB, 13.6%.

Conclusions: The introduction of an institutional program, the involvement of the management of Area 4, the application of appropriate quality tools, the continuous monitoring of quality indicators and giving this information back to the professionals has enabled, ten months after the corrective measures were introduced, the institutional objectives of coverage to be achieved. It has also significantly improved quality care activities and their recording, achieving the best results for coverage and quality health care in the Community of Madrid program.

Key words: Polypharmacy. Elderly. Patient safety.

Introducción

El incumplimiento terapéutico es un problema de primera magnitud cuya prevalencia oscila entre el 40 y el 60%¹. Se han identificado diferentes motivos para que se produzca, relacionados con las características de la medicación administrada, con el paciente y con el profesional o con el sistema sanitario².

Los ancianos constituyen el grupo de edad más afectado por enfermedades crónicas e invalidantes y, por lo tanto, con más polimedcación y riesgo de efectos adversos e interacciones por medicamentos³.

Por todo esto y de acuerdo con las evidencias de los estudios nacionales e internacionales realizados al respecto, la Dirección General de Farmacia (DGF) de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid ha puesto en marcha un programa de atención al mayor polimedcado. Este programa tiene como objetivos: *a)* detectar y resolver problemas en la utilización de los medicamentos, mediante la revisión del tratamiento prescrito y su uso; *b)* incrementar el conocimiento e incidir en la mejora de las actitudes que tienen los pacientes respecto al manejo de su medicación mediante educación sanitaria, y *c)* mejorar el cumplimiento terapéutico de los pacientes polimedcados mediante la entrega de sistemas personales de dosificación y el adiestramiento en su uso, así como una hoja de medicación informatizada muy descriptiva y fácil de entender y aplicar por el anciano.

El programa de atención al anciano polimedcado tiene carácter institucional y su objetivo es mejorar la salud y/o la calidad de vida de la población mayor de 75 años polimedcada, disminuyendo la terapia innecesaria, las visitas no programadas al centro de salud, la utilización del servicio de urgencias y los ingresos hospitalarios.

El presente trabajo describe la implantación del programa en un área de atención primaria y el ciclo de mejora desarrollado para aumentar la cobertura y la realización de todas las actividades asistenciales descritas en el programa. Todas las acciones tienen la finalidad de mejorar la prescripción y la adherencia al tratamiento, así como el estado de salud y la seguridad clínica de los ancianos polimedcados.

Material y método

Ámbito

El Área 4 de Atención Primaria de Madrid es un área urbana que presta asistencia a más de 602.000 personas a través de 32 equipos de atención primaria (EAP). En este contexto trabajan 296 enfermeras, 316 médicos de familia, 67 pediatras y 168 administrativos junto con profesionales de unidades de apoyo (odontólogos, higienistas dentales, fisioterapeutas, trabajadores sociales y matronas). Hay 78 farmacias adheridas al programa en el Área 4. Dichas farmacias deben trabajar dentro del programa coordinadas con los EAP que, por proximidad, les corresponden. En cualquier caso, todos los EAP del área disponen de la cartografía y las direcciones de todas las farmacias adheridas con el fin de asesorar sobre ubicaciones fuera de la zona básica de salud.

La población diana del programa para el Área 4 fue estimada por la DGF en función de los pacientes ancianos consumidores de 6 o más fármacos, según los datos del sistema de información de facturación de receta médica (f@rmadrid) y era de 9.721 pacientes polimedcados en el momento de la puesta en marcha del programa.

Criterios de calidad del programa

Los criterios de calidad del programa, con los indicadores que los sustentan y los estándares fijados en el Área 4 se describen en la tabla 1. Incluyen criterios de captación (cobertura del programa), revisión del tratamiento, seguridad en la prescripción y mejora del conocimiento y seguimiento del tratamiento por parte de los ancianos.

Situación inicial

La implantación del programa en el Área 4 se inició en septiembre de 2006 y culminó con la primera evaluación de los indicadores establecidos por la Dirección General de Farmacia y los propios definidos por la Dirección Gerencia del Área en febrero de 2007. Los resultados obtenidos de esta primera valoración se muestran en la figura 1 y en ellos se identifica una escasa cobertura (el 3,5% sobre 9.721 ancianos susceptibles). A muy pocos de los ancianos captados (361) el médico les había realizado la revisión de tratamiento (2,1%), si bien enfermería había realizado las actividades de revisión de uso, valoración de adherencia al tratamiento, recomendación de sistema personal de dosificación (SPD) y valoración de adecuación del contenido de la bolsa al registro informático de la medicación en más de la mitad de los ancianos captados en esa fecha, que superó el 80% en los casos de valoración de conocimiento de posología y medicación. El indicador de los criterios de Beers, que describe criterios explícitos de fármacos que resultan potencialmente inapropiados en la población anciana^{4,5}, parte con un valor inferior (14,9%) al de la Comunidad de Madrid (16,4%), lo que supone un dato favorable. Al tratarse de un indicador de especial relevancia en la seguridad del paciente se incorpora al proceso de monitorización con la finalidad de mantenerse por debajo de la media de la comunidad y mejorar, disminuyendo más, en las siguientes evaluaciones.

Plan de mejora

Debido a los discretos resultados obtenidos en relación con el esfuerzo realizado en el despliegue del programa en el área, se decide, con el apoyo de la Dirección Gerencia, constituir un grupo de mejora para el desarrollo y la puesta en marcha de un proyecto con la metodología del ciclo PDCA (*plan* [planificar], *do* [ejecutar], *check* [verificar], *act* [optimizar]), que constituye la base de la mejora continua.

Los objetivos del grupo de mejora fueron, inicialmente, identificar y analizar las causas de la baja captación de pacientes y la falta de realización de las actividades descritas en el programa, para posteriormente proponer e implantar acciones de mejora.

Tabla 1. Criterios de calidad e indicadores del programa del anciano polimedcado en el Área 4

Criterios	Indicadores	Estándar
Los equipos del área identificarán e incorporarán al programa del anciano polimedcado a la población susceptible asignada	Población con 75 o más años y que toma 6 o más fármacos incluidos en el programa/población con 75 o más años y que toma 6 o más fármacos	80%
Los médicos revisarán el tratamiento prescrito y las enfermeras, el uso de estos medicamentos, de la población incluida en el programa	Población incluida en el programa con registro de revisión del tratamiento por el médico/población incluida en el programa	100%
	Población incluida en el programa con registro de revisión del uso de los fármacos por la enfermera/población incluida en el programa	100%
Los EAP identificarán las oficinas de farmacias asociadas al programa y utilizarán los medios disponibles para la coordinación en el seguimiento del anciano polimedcado	Número de centros en los que se dispone de las direcciones y mapas de la ubicación de las farmacias asociadas al programa en formato electrónico, tanto en la biblioteca de OMI-AP como en los campos de acción de los protocolos informáticos	100%
	Número de centros en los que se dispone de los formularios de derivación a oficina de farmacia en las "plantillas" de OMI-AP	100%
Los médicos conocerán los criterios de Beers para disminuir la prescripción inadecuada	Población incluida en el programa con prescripción según criterios de Beers/población incluida en el programa	Inferior a la media de Madrid
Las enfermeras recomendarán sistemáticamente el SPD a los ancianos polimedcados incluidos en el programa	Población incluida en el programa con registro de la recomendación de SPD/población incluida en el programa	65%
Las enfermeras identificarán la adherencia al tratamiento aplicando el test de Morisky e incrementarán la adherencia de los pacientes incluidos en el programa	Población incluida en el programa con registro de valoración de adherencia al tratamiento farmacológico (test de Morisky)/ población incluida en el programa	85%
	Población incluida en el programa con registro de valoración de adherencia al tratamiento farmacológico (test de Morisky) y cumplidor/población incluida en el programa con más de un registro de valoración de adherencia al tratamiento farmacológico (test de Morisky) en el período de evaluación	Sin estándar. Se establecerá según los resultados obtenidos después del primer año de implantación
Los ancianos polimedcados tendrán un plan de cuidados registrado en la historia electrónica según metodología científica	Población incluida en el programa con registro de un plan de cuidados según metodología científica/población incluida en el programa	25%
Las enfermeras valorarán el conocimiento de los pacientes y/o sus cuidadores sobre la indicación del tratamiento y su posología	Población incluida en el programa con registro de valoración de conocimiento sobre la indicación del tratamiento/población incluida en el programa	100%
	Población incluida en el programa con registro de valoración de la posología del tratamiento/población incluida en el programa	100%
Las enfermeras valorarán la adecuación de los fármacos que los pacientes tienen en sus domicilios y consumen con los registrados en la historia electrónica	Población incluida en el programa con registro de valoración de adecuación de los fármacos que tiene en su domicilio y consume con los registrados en la historia electrónica/ población incluida en el programa	55%

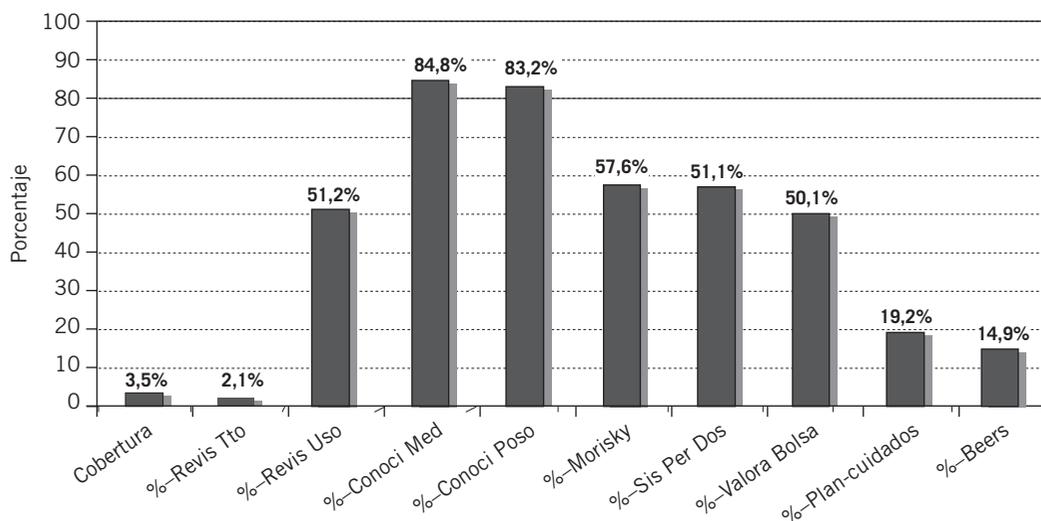
EAP: equipos de atención primaria; SPD: sistema personal de dosificación.

Los problemas identificados se relacionaban con la falta de conocimientos o implicación de los profesionales asistenciales, dificultades para el registro informático o falta de disponibilidad de información y datos que permitiesen monitorizar adecuadamente el programa. Se realizó un análisis causal de éstos mediante un diagrama de Ishikawa para identificar sus causas raíz.

Las acciones de mejora puestas en marcha se relacionaron con varios aspectos: información a los EAP con peores re-

sultados en cobertura; inclusión en el Contrato de Gestión de cada EAP objetivos relacionados con la cobertura del programa, estableciendo un estándar de consecución del objetivo en el 80% de cobertura; rediseño de los protocolos informáticos de registro en OMI-AP de médicos y enfermeras; por último, la incorporación de un *flash* informativo en la historia electrónica de cada anciano que cumple el criterio de inclusión en el programa, que activa un cuadro de diálogo en el

Figura 1. Cobertura de los indicadores del programa del anciano polimedcado. Área 4 de Atención Primaria (febrero de 2007).



que se informa de la posibilidad de incorporar al anciano al programa.

Para la monitorización continua de la evolución de los indicadores, se diseñó un cuadro de mandos para visualizar toda la información crítica relacionada con el programa. El cuadro permite que, desde la Gerencia, se pueda actuar rápidamente ante cualquier desviación que se produzca en alguno de los indicadores que se monitorizan. El cuadro de mandos incluye todos los criterios de calidad del programa y sus indicadores y se acompaña de un sistema de extracción de datos mediante sentencias de lenguaje estructurado de preguntas (SQL) para obtener la información de la base de datos de OMI-AP. Es de especial relevancia indicar que la evaluación se realiza sobre toda la población diana (incluida y susceptible), con lo que se obtiene el total de la información de forma sencilla y rápida.

Tras la extracción de los datos, se remitió a médicos y enfermeras un informe mensual de la información de cada indicador junto con la información completa de todos los pacientes susceptibles de inclusión en el programa, ordenados por filas e identificados por el número de historia clínica informatizada y relacionados con el código de cada profesional. Esto permite identificar a los pacientes concretos que no cumplen algunos de los criterios de calidad para que los médicos y enfermeras depuren la información paciente a paciente, identifiquen áreas de mejora e incluso corrijan errores de registro o codificación.

Resultados

Todas las acciones correctoras previstas se han implantado en el tiempo establecido en el plan de acción.

A partir de febrero de 2007 se ha monitorizado mensualmente la evolución de los diferentes indicadores median-

te sentencias SQL y la visualización directa en el centro.

El procedimiento de evaluación permite obtener de forma rápida y automática resultados correspondientes al total de la población diana susceptible de ser incluida en el programa, sin necesidad de muestreos.

El aumento de la cobertura es el resultado más destacado desde el punto de vista de la mejora. Partiendo de una cobertura del 3,5% en febrero, se observa un incremento mes a mes, hasta obtener un valor del 131,8% en diciembre. La evolución mensual de la cobertura se muestra en la figura 2. El motivo de que la cobertura supere el 100%, mayor que la población diana teórica, se debe a aspectos que se analizarán en la discusión.

Todos los indicadores mejoraron los resultados respecto a la evaluación inicial, incluso en los casos en que se partía de cumplimientos iniciales buenos. Los resultados se muestran en la figura 3, en que se compara la situación de febrero de 2007 con la conseguida en diciembre de ese año. Del mismo modo se han alcanzado todos los estándares definidos por la gerencia, excepto en dos indicadores en los que la mejora ha sido importante pero sin llegar al objetivo fijado. En la discusión se analizarán también las posibles causas.

Los datos de comparación con el resto de las áreas de Madrid fueron suministrados por la Dirección General de Farmacia de la Consejería de Sanidad de Madrid a fecha 23 de diciembre de 2007 e identifican una significativa diferencia en todos los indicadores de nuestra área con respecto al resto de la comunidad.

El Área 4 presentó, en 2007, los mejores resultados de captación de todo Madrid y sus indicadores de calidad están por encima de la media de Madrid en todos los indicadores excepto en uno; obtuvo los mejores resultados de la comunidad en 4 indicadores relacionados con la valoración de los conocimientos de la indicación, posología y ad-

Figura 2. Evolución del número de ancianos polimedcados incluidos y la cobertura del programa (febrero-diciembre de 2007).

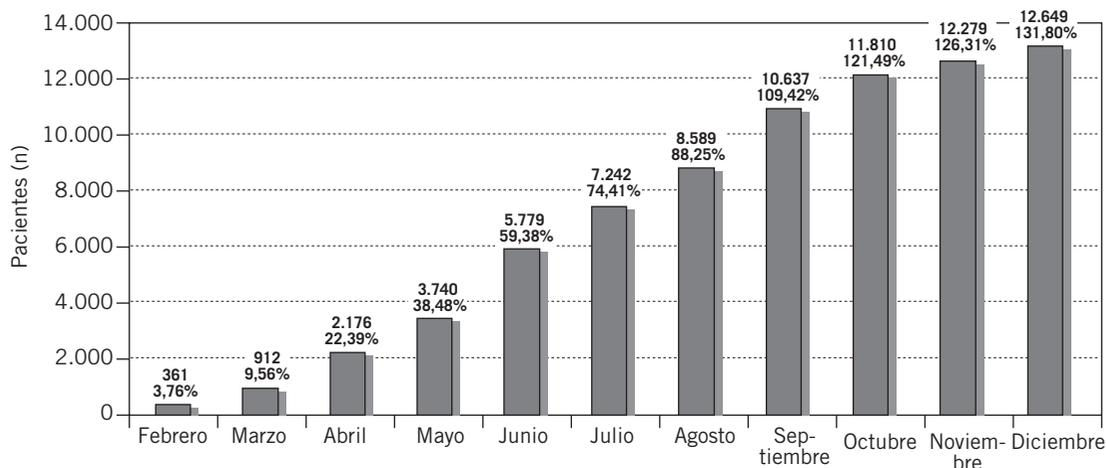
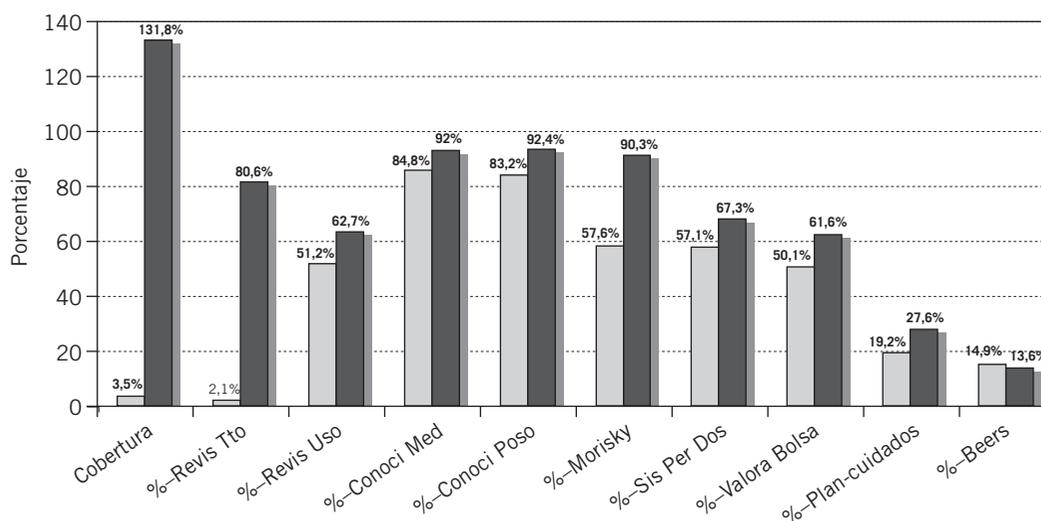


Figura 3. Comparación de los indicadores en el Área 4 del programa del anciano polimedcado (febrero-diciembre de 2007).



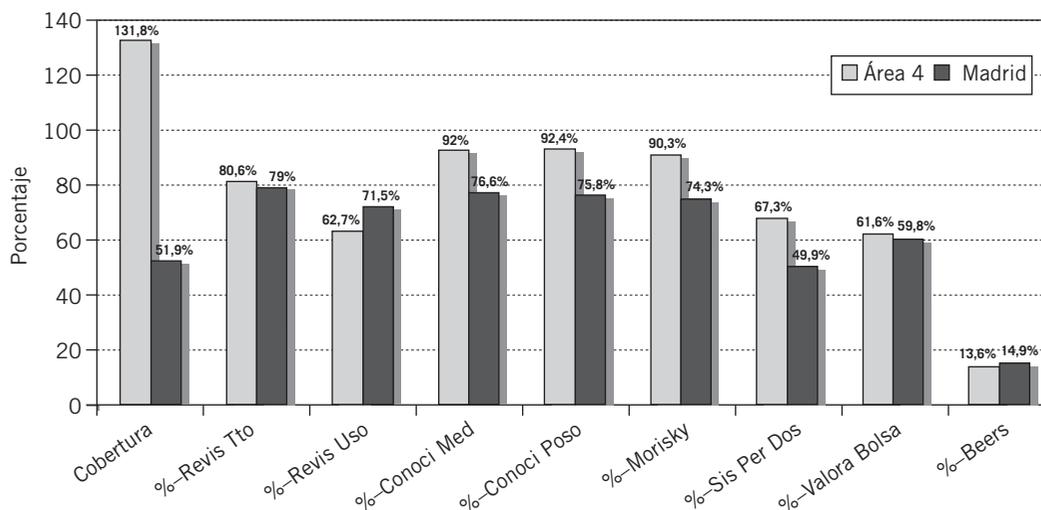
herencia de los fármacos por los pacientes y la recomendación de sistemas personales de dosificación en los ancianos en riesgo. La figura 4 muestra la comparación de todos los resultados.

Discusión

Los sistemas sanitarios tienen un interés creciente en la implantación de programas preventivos del incumplimiento terapéutico, que resuelvan los problemas derivados del mal uso de los fármacos prescritos, especialmente en pacientes ancianos polimedcados.

En la Comunidad de Madrid, previamente a la implantación del programa de atención al paciente polimedcado, a través del sistema de información de la prestación farmacéutica farm@drid se identificó que, entre los mayores de 75 años que utilizan medicamentos, el 16,1% de la población consumía más de 6 fármacos. Esto suponía aproximadamente 90.400 pacientes para 2007 y un seguimiento de 20-25 pacientes por cada profesional sanitario. Entre el 10 y el 20% de los pacientes mayores de 65 años presentan una reacción adversa a medicamentos (RAM); la probabilidad de RAM es casi del 100% si el paciente toma más de 10 fármacos y se considera que entre un 5 y un 17% de los ingresos hospitalarios de los ancianos están relacionados con la ingesta de fár-

Figura 4. Comparación de los indicadores del programa del anciano polimedcado. Área 4-media de Madrid, diciembre de 2007.



macos (fuente: Programa de Atención al Mayor Polimedcado, Dirección General de Farmacia de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid). Por otra parte, se estima que el 50% de los acontecimientos adversos por el tratamiento farmacológico son evitables⁶.

Varios autores, como Haynes⁷ y Di Mateo et al⁸, definen muy acertadamente el concepto de "adherencia al tratamiento" como un factor clave para evitar los problemas derivados del mal uso de los fármacos. Para mejorar la adherencia se han evaluado diferentes programas, con diferente grado de éxito, entre ellos:

- Revisión sistemática de la medicación desde las farmacias⁹ que produjo un efecto muy débil en la disminución del número de medicamentos.

- Revisión sistemática de la medicación en pacientes muy ancianos (> 80 años), en domicilio al alta hospitalaria¹⁰, que no tuvo efecto en la tasa de readmisiones hospitalarias.

- Asesoramiento telefónico a polimedcados por un farmacéutico¹¹ en el que se identifica una disminución de la mortalidad a los 2 años del 17 al 11%.

- Programa de atención farmacéutica sobre adherencia y persistencia de valores elevados de presión arterial (PA) y colesterol de las lipoproteínas de baja densidad (cLDL)¹² que concluye con la observación de un aumento de la adherencia en el seguimiento y el control de la PA, pero no del cLDL.

En Estados Unidos y Canadá, grupos de expertos en geriatría y farmacología identificaron criterios explícitos de fármacos que resultan potencialmente inapropiados en la población anciana. Los criterios más difundidos son los del grupo de Beers^{4,5,13}. En España la prevalencia general de prescripción de fármacos inapropiados según los criterios de Beers es de un 21,3% en población general y un 40% en residencias. Estudios realizados en residencias españolas observaron un

promedio de 1,6 prescripciones potencialmente inadecuadas en ancianos¹⁴.

La implantación de programas de atención a pacientes polimedcados en otros países ha disminuido las visitas no programadas al centro de salud, ha reducido la utilización del servicio de urgencias y los ingresos hospitalarios. Los sistemas personales de dosificación incrementaron el cumplimiento terapéutico en comparación con el que se conseguía con la dispensación tradicional, y disminuyen la terapia innecesaria en los pacientes¹⁵.

El Programa de Atención al Mayor Polimedcado de la Comunidad de Madrid constituye una experiencia novedosa en España, y hay experiencias que recogen algún aspecto del programa en el Reino Unido¹⁶⁻¹⁸. El Programa de la Comunidad de Madrid incorpora aspectos relevantes: mediante el Decreto 6/2006 de 19 de enero se establece el marco legal en relación con la revisión periódica de los tratamientos farmacológicos en los pacientes polimedcados que, como mínimo, el médico debe realizar cada 6 meses y la implantación de protocolos de actuación que garanticen la adecuada coordinación entre los equipos asistenciales de las áreas sanitarias y los farmacéuticos de oficina de farmacia.

No conocemos en España ninguna experiencia igual a la de la Comunidad de Madrid (población diana de más de 90.000 pacientes y alrededor de 3.000 farmacias asociadas en una comunidad de más de 6 millones de habitantes) y, por lo tanto, ningún programa de mejora relacionado. Las referencias bibliográficas que se han utilizado en este artículo sobre programas similares proceden de estudios en otros países¹⁶⁻¹⁸. Por ello no se ha podido realizar un análisis comparativo en nuestro entorno más allá de la valoración de los indicadores frente a los resultados obtenidos en otras áreas de Madrid.

Gracias al desarrollo y la implantación del programa de mejora, el Área 4 ha conseguido alcanzar sus objetivos y pre-

sentar los mejores resultados de captación de todo Madrid, con unos buenos indicadores de calidad.

Es de especial relevancia la diferencia de cobertura entre nuestra área (131,8%) con referencia a la media de la comunidad (51,9%) y al área con peores resultados (25,8%).

Dos aspectos, fundamentalmente, motivan que la cobertura supere el 100%. El primero es que desde la DGF se transmitió que si bien el criterio de inclusión es un referente para la oferta y la incorporación de los ancianos al programa, debe ser lo suficientemente flexible para que, según el criterio del profesional sanitario, se incorporasen ancianos que, aunque no tengan la edad, puedan beneficiarse del programa. Por este motivo en el área hay 3.503 ancianos incluidos en el programa que no cumplen de forma estricta criterios de inclusión. De este número, en 1.900 pacientes es debido a que todavía no tienen la edad preceptiva (75 años). El segundo es que hay pacientes que, una vez ajustado su tratamiento tras la primera valoración, pasan a tomar menos de 6 fármacos diferentes, pero una vez incluidos ya no se los excluye. Se consideran población vulnerable que deben ser seguidos dentro del programa del anciano polimedcado. Son los 1.603 ancianos que, junto con los que no tienen la edad, suman los 3.503 ancianos dentro del programa sin criterio de inclusión estricto.

La monitorización y la evaluación del programa ha supuesto la identificación de nuevas áreas de mejora sobre las que se ha empezado a trabajar en el análisis de las causas que condujeron a que no se hayan alcanzado los estándares en algunos indicadores.

Respecto al primer indicador que no alcanzó su estándar, "población incluida en el programa con registro de revisión del tratamiento por el médico/población incluida en el programa", cabe señalar que su valor de inicio era del 2,1% (estándar del 100%) y se ha alcanzado un 80,56% que puede considerarse excelente teniendo en cuenta la situación de partida. Los resultados del indicador están por encima de la media de la Comunidad de Madrid y el cuarto entre las áreas.

El segundo indicador no alcanzado, "población incluida en el programa con registro de revisión del uso de los fármacos por la enfermera/población incluida en el programa", partía de un valor inicial del 51,2% y el resultado alcanzado ha sido del 62,2%, lejos del estándar del 100%. Se ha analizado junto con los responsables de enfermería del programa en el área y se han identificado dos motivos del incumplimiento. El primero es que el indicador de uso de tratamiento aglutina a otros tres indicadores medidos en el mismo proceso: "conocimiento de la indicación", "conocimiento de la posología" y "revisión de la bolsa de medicamentos". Las enfermeras no entienden la redundancia en el registro y muchas han optado por no registrar el ítem al considerar que ya está registrado. El segundo, es la confusión con el ítem relacionado con la revisión del tratamiento por parte del médico y, por lo tanto, piensan que no era competencia de la enfermera.

Se está trabajando también sobre el indicador "población incluida en el programa con registro de un plan de cuidados según metodología científica de enfermería/población incluida en el programa", criterio específico de nuestra área y que, si bien ha superado el estándar (25%), tiene resultados bajos (26,11%) en relación con lo alcanzado en los otros objetivos.

Conclusiones

La adecuada implantación del programa de atención al paciente polimedcado en el Área 4 ha estado determinada por la implicación del equipo directivo, su inclusión en las líneas estratégicas del Contrato de Gestión y la devolución de la información a los profesionales. La monitorización sistemática ha permitido identificar oportunidades de mejora que impulsan un ciclo de calidad.

Diez meses después de implantar las medidas correctoras se han superado los objetivos institucionales de cobertura y mejorado significativamente las actividades de buena atención y su registro.

En los próximos meses, se va a seguir monitorizando todos los indicadores descritos en el cuadro de mandos con la finalidad de garantizar la mejora continua del programa. En el seguimiento participa la Unidad Funcional de Gestión de Riesgos Sanitarios (UFGRS) del área ya que la persona responsable del Programa del Anciano Polimedcado de la gerencia pertenece también a la UFGRS. La coordinación permite establecer estrategias de análisis en los incidentes relacionados con la ingesta de fármacos de los ancianos polimedcados para posteriormente promover prácticas seguras generalizables.

Entre las líneas estratégicas, en 2008 se incluyen dos indicadores relevantes en los contratos de gestión para los EAP, el primero es el porcentaje de pacientes polimedcados incluidos en el programa que utilizan alguno de los fármacos mencionados en los criterios de Beers y, el segundo, el porcentaje de pacientes polimedcados incluidos en el programa con planes de cuidados de enfermería relacionados con los siguientes diagnósticos enfermeros: manejo inefectivo del régimen terapéutico, incumplimiento del tratamiento, conocimientos deficientes sobre el manejo del tratamiento y disposición para mejorar el manejo del tratamiento.

El objetivo general del programa de "mejorar la salud y/o la calidad de vida de la población mayor de 75 años polimedcada, disminuyendo la terapia innecesaria y las visitas no programadas al centro de salud, reduciendo la utilización del servicio de urgencias y los ingresos hospitalarios" se basa en la evidencia y justifica en sí mismo todo el programa, si bien es cierto que trasciende a un programa de mejora de la calidad asistencial, y entra en el entorno de la investigación. A tal fin, el Área 4 iniciará en breve, en coordinación con la DGF, un estudio en el que se identifique el impacto en la salud del anciano madrileño que está en el programa, en comparación con los resultados de los estudios internacionales referidos. Para ello se identificarán incidencia de reacciones adversas a medicamentos, impacto en la calidad de vida (SF-36; EQ5) e impacto en el uso de recursos sanitarios (número de visitas a atención primaria, ingresos hospitalarios, visitas a urgencias).

Agradecimientos

A Fernando Carrillo Arias (Gerente del Área 4), Rosa Arnal Selfa (Directora de Enfermería del Área 4) y Angel Sanz Vírseada de la Fuente (Director Médico del Área 4), por el liderazgo y el impulso al programa.

A Encarnación Cruz Martos y Olga Larrubia Muñoz (Dirección General de Farmacia de la Comunidad de Madrid) por el desarrollo institucional del programa y por toda la información facilitada.

A Miguel Salinero Fort (Unidad de Formación e Investigación del Área 4) por su ayuda metodológica.

Bibliografía

1. Larión JL, Martí C, Mareque M, Daimiel R, Luengo C. Incumplimiento terapéutico en los ancianos. *Med Clin (Barc)*. 1993; 100:736-40.
2. Rigueira AI. Cumplimiento terapéutico: ¿Qué conocemos en España? *Aten Primaria*. 2001;27:559-68.
3. Palop V, Martínez I. Adherencia al tratamiento en el paciente anciano. *Inf Ter Sist Nac Salud*. 2004;28:113-20.
4. Beers MH, Ouslander JG, Rollinger J, Reuben DB, Beck JC. Explicit criteria for determining inappropriate medication use in nursing home residents. *Arch Intern Med*. 1991;151:1825-32.
5. Beers MH. Explicit criteria for determining potentially inappropriate medication use by the elderly. *Arch Intern Med*. 1997; 157:1531-6.
6. Otero MJ, Alonso P, Maderuelo JA, Garrido B, Domínguez-Gil A, Sánchez A. Acontecimientos adversos prevenibles causados por medicamentos en pacientes hospitalizados. *Med Clin (Barc)*. 2006;126:81-7.
7. Haynes RB. Introduction. En: Haynes RB, Taylor DW, Sackett DI, editores. *Compliance in health care*. Baltimore: Johns Hopkins University Press; 1979.
8. Di Matteo R, Di Nicola D. *Achieving patient compliance. The psychology of the medical practitioner's role*. New York: Pergamon; 1985.
9. Zermansky AG, Petty DR, Raynor DK, Freemantle N, Vail A, Lowe CJ. Randomised controlled trial of clinical medication review by a pharmacist of elderly patients receiving repeat prescriptions in general practice. *BMJ*. 2001;323:1340-3.
10. Holland R, Lenaghan E, Harvey I, Smith R, Shepstone L, Lipp A, et al. Does home based medication review keep older people out of hospital? The HOMER randomised controlled trial. *BMJ*. 2005;330:293.
11. Wu JY, Leung WY, Chang S, Lee B, Zee B, Tong PC, et al. Effectiveness of telephone counselling by a pharmacist in reducing mortality in patients receiving polypharmacy: randomised controlled trial. *BMJ*. 2006;333:522.
12. Lee JK, Grace KA, Taylor AJ. Effect of a Pharmacy Care Program on medication adherence and persistence, blood pressure, and low-density lipoprotein cholesterol. A randomised controlled trial. *JAMA*. 2006;296:2563-71.
13. Fick DM, Cooper JW, Wade WE, Waller JL, Maclean JR, Beers MH. Updating the Beers criteria for potentially inappropriate medication use in older adults. Results of US consensus panel of experts. *Arch Intern Med*. 2003;163:2716-24.
14. Góngora L, Puche E, Luna JD. Prescripciones inapropiadas en ancianos institucionalizados. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2004; 39:19-24.
15. Doucette WR, McDonough RP, Klepser D, McCarthy R. Comprehensive medication therapy management: identifying and resolving drug-related issues in a community pharmacy. *Clinical Therapeutics*. 2005;7:1104-11.
16. Directorate of Health and Social Care. *Integrating pharmaceutical care for vulnerable older people into the single assessment and case management processes*. London; 2004.
17. Department of Health. *Pharmacy in the Future – Implementing the NHS Plan. A programme for pharmacy in the National Health Service*; 2000.
18. Department of Health. *Medicines and older people national service framework Implementing medicines-related aspects of the NSF for older people*; 2001.
19. Decreto 6/2006, de 19 de enero, del Consejo de Gobierno, por el que se aprueban medidas para la mejora de la prestación farmacéutica a los pacientes crónicos. *Boletín Oficial de la Comunidad de Madrid*, n.º 25; 30-1-2006.