

XIII SEMINARIO DE AUTOFORMACIÓN DE LA RED-CAPS

Barcelona, 18 de Noviembre de 2011

Reflexiones sobre la atención a las personas mayores desde la consulta de atención primaria

Aurora Rovira.

Médica de familia, Barcelona.

Esta reflexión nace de una sensación de incomodidad creciente, y compartida, en la atención a las personas ancianas de la consulta, especialmente aquellas en situación de fragilidad. Los cambios demográficos y sociales han dado paso a un escenario nuevo: gran envejecimiento de la población, pacientes con múltiples enfermedades crónicas, muy dependientes, que viven en núcleos familiares reducidos, y escasas ayudas al cuidado.

La posibilidad de prevenir o tratar las enfermedades cardiovasculares o el cáncer ha dado paso a mayor supervivencia asociada a menudo a un aumento de la discapacidad por enfermedades neurodegenerativas o pluripatología. Además, constatamos que existe poca evidencia de la efectividad de los tratamientos farmacológicos sobre la morbimortalidad en personas mayores con pluripatología y aun hay menos evidencia de sus efectos sobre la calidad de vida. A pesar de ello, con frecuencia, las personas mayores no participan suficientemente en las decisiones que afectan a su salud (especialmente en la prevención farmacológica), y los y las profesionales no reflexionamos suficientemente sobre los conflictos éticos que se generan en la asistencia. Por tanto, a pesar del tiempo y esfuerzo que dedicamos, temo que nuestra actuación sanitaria pueda aumentar la medicalización y la dependencia, y contribuir a alargar la vida sin mejorar su calidad.

Este escenario nuevo afecta de forma determinante a las mujeres, por su mayor supervivencia y carga de morbilidad, y por su papel mayoritario como cuidadoras. Y podríamos añadir, por la feminización creciente de la atención primaria.

Los condicionantes de salud y fragilidad.

Para empezar, es fundamental reconocer que la edad, el sexo y la presencia o no de enfermedades crónicas no son los únicos determinantes de discapacidad y dependencia. Existen otros condicionantes de muchísima importancia como son la calidad de los cuidados que recibimos, la existencia de ayudas sociales para el cuidado, las relaciones sociales y afectivas o la ausencia de ellas, la pobreza y las desigualdades de clase, etc. El género y las desigualdades asociadas son factores importantísimos; así, cualquier disminución del estado de bienestar y las ayudas a la dependencia afecta doblemente a las mujeres, como pacientes y como cuidadoras.

Todos estos factores determinan la presencia de discapacidad y dependencia, y condicionan la percepción subjetiva de salud y la calidad de vida. Por eso es tan importante reconocerlos: la medicalización del envejecimiento responsabiliza (culpabiliza) a la persona y desvía la atención de los problemas sociales durante la vejez.

En este texto me voy a centrar en dos temas que me parecen los mayores retos actuales en la atención a las personas mayores desde la atención primaria de salud: la polimedicación y la continuidad de la atención.

Polimedicación.

Se define como la presencia simultánea de 5 o más fármacos de uso crónico (>3meses). Tengamos en cuenta que el consumo medio de medicamentos en pacientes ambulatorios mayores de 65 años en nuestro entorno es de 7-13 fármacos.

Las consecuencias de la polimedicación son muy importantes:

- Aumento efectos adversos (EAM). La frecuencia de EAM es del 6% se asocian 2 medicamentos, 50% cuando se asocian 5, y casi el 100% cuando se asocian 8 ó más medicamentos. En la práctica hay que considerar como posible EAM cualquier nuevo síntoma (caídas, confusión, incontinencia urinaria, cambios de comportamiento, depresión...) que aparezca en personas polimedizadas.
- Reducción de la eficacia por menor cumplimiento (los pacientes priorizan los medicamentos más importantes según criterios distintos a los nuestros).
- Aumento morbimortalidad, peor autopercepción de salud, peor calidad de vida.
- Aumento de la necesidad y complejidad de los cuidados.
- Aumento del uso de recursos sanitarios y de los costes.

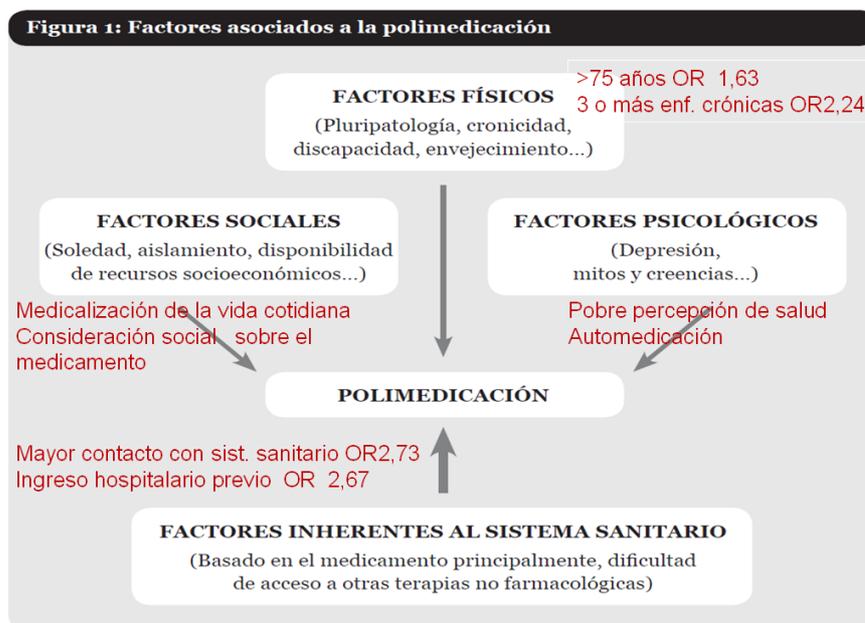


Figura 1. Modificado de : E. Gavilán y A. Villafaina. Polimedicación y salud: estrategias para la adecuación terapéutica. Disponible en: <http://www.polimedicado.com>

Aunque muchos de los factores asociados a la polimedicación (Figura 1) son poco modificables desde el sistema de salud, es importante resaltar aquellos que sí dependen de nuestra actividad:

1. Aplicación de guías de práctica clínica basadas en la evidencia (GPC). La escasa evidencia disponible de la efectividad de los fármacos en personas ancianas, frágiles, con comorbilidad y polimedizadas se aplica a menudo sin adecuar al contexto clínico individual del paciente. En resumen, podemos considerar la polifarmacia causada por la suma del aumento de la esperanza de vida, la comorbilidad y la aplicación acrítica de las GPC.
2. Organización del sistema sanitario: múltiples prescriptores, falta de continuidad asistencial, escaso reconocimiento de la atención primaria, falta de tiempo en las consultas, modelo centrado en el medicamento (consulta = receta), la tecnología y el hospital.
3. Influencia de la industria en la investigación y la docencia.

¿Podemos hacer algo desde la consulta de atención primaria? La respuesta es sí, mucho:

- Podemos contextualizar y ajustar la medicación a las preferencias y necesidades individuales.
- Podemos conciliar el tratamiento prescrito en cada transición asistencial.
- Podemos utilizar herramientas para mejorar la adecuación de la prescripción: listas de fármacos de uso inapropiado en personas mayores (criterios de Beers, STOPP START, etc.), alertas informatizadas de seguridad, de interacción fármaco-morbilidad y fármaco-fármaco, de polimedización, etc.
- Y finalmente, podemos decidir la retirada de fármacos.

Recientemente cada vez más publicaciones se hacen eco de la necesidad de retirar tratamientos crónicos (“deprescribing”, prescripción razonable), dependiendo de la expectativa de vida, el tiempo esperado para obtener un beneficio del fármaco, y lo que esperamos conseguir con el tratamiento prescrito en relación a los objetivos de cuidado. Por tanto, a medida que aumenta la fragilidad, aumentará la selectividad en los objetivos del tratamiento y disminuirá la agresividad terapéutica. Aunque los estudios son hasta ahora escasos y diversos, la retirada de fármacos en personas ancianas frágiles se muestra segura y con beneficios clínicos. Hay que generar conocimiento sobre cuándo y cómo retirar fármacos en pacientes específicos, así como profundizar en la investigación para reconciliar las múltiples GPC en pacientes con comorbilidad.

Aunque es mucho lo que podemos hacer para reducir la polimedización desde la atención primaria, a menudo las médicas y médicos de familia hemos abdicado de esta responsabilidad por la sobrecarga de trabajo, la falta de prestigio profesional frente a otras especialidades, iniciativas institucionales contrarias (como propuestas de desburocratización que incluyen que cada médico se responsabilice de su prescripción, o el exceso de control de medicamentos “penalizados”) y la escasa implicación de otros profesionales (enfermería, farmacéuticos comunitarios, farmacólogos de atención primaria). Es imprescindible un abordaje multidisciplinar que incluya desde educación para la salud hasta intervención sobre el entorno social.

Continuidad asistencial.

La continuidad asistencial es un pilar fundamental de la medicina de familia y es imprescindible para integrar y coordinar la atención realizada en diferentes contextos

asistenciales. Se apoya en la continuidad de la información y en la relación personal, basada en la confianza y la responsabilidad, generada tras el contacto continuado en el tiempo (longitudinalidad).

Una adecuada continuidad en la atención disminuye la yatrogenia y la morbimortalidad, mejora la atención al final de la vida, y reduce los costes. Pero en el caso de las personas mayores la continuidad está muy amenazada por la multiplicidad de entornos asistenciales y de cuidados en los que se mueven, y por mayores dificultades de desplazamiento y comunicación.

En nuestro entorno se han hecho mejoras importantes especialmente en la continuidad de la información, pero no se contabiliza el tiempo de consulta necesario para la continuidad y se valora muy poco la continuidad interpersonal.

Se ha descrito un impacto negativo de la continuidad asistencial sobre las y los profesionales que la ejercen, en relación con la mayor carga de responsabilidad e implicación emocional. Pero este impacto negativo podría ser debido a las condiciones en que se ejerce la continuidad y a la falta de soporte a los profesionales, ya que la relación interpersonal con los pacientes se describe habitualmente como una fuente de satisfacción.

Es imprescindible valorar el tiempo profesional que se dedica a la continuidad asistencial y profundizar en los factores que la condicionan.

Para acabar...

Para concluir esta reflexión, creo que la atención a las personas mayores desde la consulta de atención primaria debe guiarse por dos ideas fundamentales: “cuidar más que curar” y “desmedicalizar”

- *Cuidar más que curar* en la consulta: promover la toma de decisiones compartidas, empoderar en el cuidado, buscar tiempo y estrategias para la continuidad.
- *Cuidar más que curar* desde las instituciones: potenciar los roles profesionales más integradores, promover cambios organizativos que garanticen la continuidad, facilitar la coordinación entre red sanitaria y red social.
- *Desmedicalizar*: reducir los excesos diagnósticos, preventivos y terapéuticos; reconocer los condicionantes sociales; reivindicar la relación y la palabra; generar conocimiento independiente, midiendo la capacidad funcional y la calidad de vida.

Es imprescindible repensar la atención sanitaria a las personas mayores. Y también, los cuidados a la dependencia, ya que es imposible “solucionar el problema” desde el punto de vista médico asistencial. Y, individual y colectivamente, reflexionar sobre cómo queremos envejecer.

Bibliografía.

- La web del polimedcado. Polimedicación y salud. www.polimedcado.com
- Guía para la implantación de programas de conciliación de la medicación en los centros sanitarios. Sociedad catalana de farmacia clínica, 2009.

- Observatorio de Prácticas Innovadoras en el Manejo de Enfermedades Crónicas Complejas. www.opimec.org
- Holmes HM, Reconsidering Medication Appropriateness for Patients Late in Life. Arch Int Med.2006;166:605-609.
- Sergi, G; De Rui, M; Sarti, S; Manzato, E. Polypharmacy in the Elderly: Can Comprehensive Geriatric Assessment Reduce Inappropriate Medication Use? Drugs Aging 2011; 28(7): 509-519
- Garfinkel D, Zur-Gil S, Ben-Israel J. The war against polypharmacy: a new cost-effective geriatric-palliative approach for improving drug therapy in disabled elderly people. Isr med Assoc J 2007;9(6):430-434.
- Garfinkel D, Mangin D. Feasibility study of a systematic approach for discontinuation of multiple medications in older adults. Arch Intern Med 2010; 170(18): 1648-1654.
- Alexander GC, Sayla MA, Holmes HM, et al. Prioritizing and stopping prescription medicines. CMSJ 2006; 174: 1083-4.
- Shoba Iyer, Vasi Naganathan, Andrew J. McLachlan, David G. Le Couteur. Medication withdrawal trials in people aged 65 years and older. A systematic review. Drugs Aging 2008; 25(12):1021-1031
- Le Couteur D, Banks E, Gnjidic D, McLachlan A. Deprescribing. 2011 www.australianprescriber.com
- <http://www.aafp.org/online/en/home/policy/policies/c/continuityofcaredefinition.html> American Academy of Family Physicians
- Barbara Starfield. Atención primaria. Equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología. 2001
- James T. Birch. Continuity of care and the geriatric patient. <http://www.kumc.edu>