

5

Revisamos

Efectividad de las intervenciones para racionalizar la polimedición: impacto en la salud de los pacientes

Juan Gérvas
Médico general
Equipo CESCA. Madrid

 0 comentarios

Vole:

Resultado:  3 votos

Resumen

La polimedición es un problema clínico y de salud pública de las sociedades desarrolladas en las que se mezclan la medicalización y las enfermedades crónicas con el aumento de la duración de la vida. Es posible mejorar la utilización de medicamentos en los pacientes sometidos a tratamientos que implican polimedición. Las intervenciones logran la racionalización y el mejor uso de la terapéutica, lo que no empeora el curso de las enfermedades y se acompaña de menos efectos adversos y de menor gravedad. Son escasos, inconsistentes y pobres los estudios sobre el impacto positivo en salud (por ejemplo, mejora de la calidad de vida, de las actividades de la vida diaria y de la mortalidad) de tal racionalización de la prescripción en los pacientes polimeditados.

Introducción

Las poblaciones de los países desarrollados aspiran a vivir mucho y bien; es decir, a morir tarde y a sufrir poco. Tales poblaciones ven cumplidas sus expectativas en gran parte «sin darse cuenta», a través del desarrollo cultural, económico, social y tecnológico que provee, por ejemplo, de educación básica obligatoria a todos los individuos y de agua corriente potable a todos los domicilios.

Sin embargo, este desarrollo no puede evitar la enfermedad, el dolor, el sufrimiento ni la muerte, y para todo ello se busca remedio en la Medicina, que a veces se ofrece omnipotente. Parece, de hecho, que hubiera una píldora para cada mal, un medicamento para cada sufrimiento y un tratamiento para cada enfermedad. Muchos deducen que debería haber, en justa lógica, un remedio para evitar toda causa de muerte. Se aspira, pues, a la juventud eterna y sin molestia alguna.

En verdad la juventud no es eterna, y la enfermedad, el dolor, el sufrimiento y la muerte también se dan desde tempranas edades, por más que se «concentren» conforme pasan los años.

No habiendo juventud eterna, el envejecimiento nos acompaña desde el nacimiento. Para retrasarlo, y para evitar toda molestia, la vida se medicaliza. Es decir, la sociedad rechaza incluso procesos normales, variaciones de la normalidad, que ve como «intolerables» y se convierten en «enfermedades imaginarias». Por ejemplo, mamas de «pequeño tamaño», o días con «ánimo bajo». Se aceptan, pues, intervenciones médicas para «tratar» procesos normales, como demuestra el uso de testosterona en los varones maduros y ancianos, «para revertir el envejecimiento». Estas intervenciones se suman a las de las enfermedades y lesiones «propriadamente dichas», tipo psoriasis, diabetes, fracturas, párkinson, artrosis de cadera, esquizofrenia y otras. No es extraño que los individuos, sanos y enfermos, consuman ingentes cantidades de recursos sanitarios, especialmente en forma de medicamentos.

Si un marciano observara por primera vez a los humanos, probablemente se asombraría de nuestro impresionante consumo de medicamentos. Pensaría que somos «adictos» a las píldoras, comprimidos, cápsulas, gotas, jarabes, aerosoles, supositorios, parches e inyecciones que consumimos en variedades y cantidades ingentes, mayores cuanto más viejos.

El residente en Medicina de Familia tiene que ser un poco como un marciano que observara por primera vez a los pacientes (y a los profesionales), y tener capacidad de asombro ante situaciones aparentemente cotidianas y «normales». Por ejemplo, el consumo de medicamentos, en variedad y en cantidad, y los intentos por mejorar el uso de estos. En este texto exploraremos la efectividad de las propuestas de racionalizar la polimedición; es decir, intentaremos dar respuesta a la pregunta clínica: «Si logramos racionalizar la polimedición en la práctica clínica diaria, ¿en qué forma mejorará la salud de los pacientes implicados?».

Es decir, se trata de valorar en el entorno cotidiano de la Atención Primaria (AP) si se produce alguna mejora en la salud de los pacientes como consecuencia de las intervenciones que logran una prescripción más racional en los polimeditados (que siguen tratamientos con más de 4 medicamentos diarios, por más de 3 meses, y en muchos casos hay uso inapropiado de la terapéutica).

Escenario

Fernanda JM es residente de Medicina de Familia. Tiene 27 años. Estudió en la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú. Se incorporó en la última hornada, tras aprobar el MIR y no poder elegir Dermatología, la especialidad que le gusta. Tiene plaza en el Centro de Salud de San Pablo, en el casco antiguo de Zaragoza (España). Su tutor le dedicó el primer día un buen rato, para escucharla y poder conocer sus expectativas profesionales (y vitales). Le pidió que observara, anotara y comentara todo lo que le llame la atención, que tal vez con ese método llegaría a «enamorarse» de la especialidad de Medicina de Familia.

Fernanda tiene una formación básica excelente, y una actitud muy positiva. En el primer día que pasó consulta con su tutor no paró de escribir en la libreta que se compró después de la entrevista con él y que tituló, tras pensarlo mucho, «Cosas, casos, observaciones y reflexiones».

Al final del día, y al hilo del comentario de los casos clínicos (también con la enfermera), Fernanda resumió: «Si hay algo que me ha llamado la atención ha sido el uso de los medicamentos. ¿Cómo es posible que no les hagan daño a los pacientes, tantos y tan variados medicamentos?».

El tutor y la enfermera le pidieron que señale algún paciente en concreto, y Fernanda acudió a su libreta para seleccionar la historia clínica de una joven de 23 años, gravemente afectada por esclerosis en placas, depresión y diabetes insulino dependiente, que estaba en tratamiento con «¡18 medicamentos!», exclamó tras el recuento en la pantalla del ordenador.

«Suponiendo que la lista esté actualizada y sea completa...», hizo notar la enfermera.

«Para este verano de 2013 hay un caso clínico de una mujer de 68 años tratada con 13 medicamentos, que esperamos se pueda discutir en su día.

Esto de la polimedición es un problema», comentó el tutor <http://www.doctutor.es/2013/07/02/el-reto-de-mes-verano-2013/>

«Si os parece bien, le doy una vuelta y veo qué hay publicado sobre las intervenciones para racionalizar la situación en la clínica diaria, en nuestra consulta», dijo Fernanda.

«De acuerdo, pero sé práctica y ve a lo concreto. No pierdas el tiempo con teorías. Intenta responder, por ejemplo, a la cuestión de: »Si logramos mejorar la polimedición en la práctica clínica diaria, ¿en qué forma mejorará la salud de los pacientes implicados?», remarcó el tutor, un poco asombrado de que fuera tan «atrevida» la residente recién incorporada.

Estrategia de búsqueda

Fernanda vive en un piso compartido con otras tres residentes, ninguna de Medicina de Familia. Se conocieron a través de un anuncio en la peluquería. Como dice Fernanda, «el cuidado del pelo une mucho». Cada una lleva su vida, pero intentan turnarse para cocinar por la noche. Durante la cena, Fernanda comentó la cuestión con ellas. La respuesta la esperaba: «Entra en Internet». Casi le da rabia, pero no dijo nada.

Efectivamente, después de cenar Fernanda entró en Internet. Tecléo con aprensión «polimedicado». No salió de su asombro; el primer enlace le llevó a una página llena de recursos, al «Laboratorio de Prácticas Innovadoras en Polimedición y Salud» <http://www.polimedicado.com/>

Localizó a autores españoles «clásicos» en este campo: Enrique Gavilán, Antonio Villafaina, Laura Jiménez, Carmen Gómez y otros. «Qué curioso, piensa, son todos de Plasencia. ¿Dónde estará eso?». Dicho y hecho, tecléo «Plasencia» y descubrió que es un pueblo precioso, lleno de historia y de vida, al norte de Cáceres <http://es.wikipedia.org/wiki/Plasencia>

«Tengo que visitarlo», se dijo Fernanda, y continuó con la entrada previa sobre «polimedicado». El segundo enlace le llevó a un festival de cortos sobre polimedición que organizó el mismo Laboratorio <http://www.polimedicado.com/cortos.php>

Fernanda «perdió» casi media hora hasta decidir dejar los audiovisuales y seguir con lo suyo. Pensó: «No me podía imaginar que un pueblo tuviera estos autores y que tales autores tuvieran tanta fuerza, y que haya tanta gente en España interesada en este problema. Esto no lo había visto nunca en Perú. Tengo que comentarlo en Facebook».

Se refrenó y no entró en Facebook, sino de nuevo en Internet. Ahora tecléo: «Polimedicado Enrique Gavilán». El primer enlace es de nuevo el del «Laboratorio de Prácticas Innovadoras en Polimedición y Salud». El segundo es una entrevista a Enrique Gavilán en «Sano y Salvo» (del Grupo de Seguridad del Paciente, de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria) <http://sano-y-salvo.blogspot.com.es/2011/11/deprescripcion-entrevista-al-dr-enrique.html>

«¿Será su foto?» se preguntó Fernanda al ver el rostro que ilustraba la entrevista. «Se le ve canoso y viejo... pero tiene un pasar; le podría hacer un favor... pero seguro que está casado», concluyó casi sin darse cuenta y antes de ponerse a leer. «O sea, el grupo de Plasencia lleva años con el problema y ya recibió un premio por su trabajo. Tengo que visitarlos, no cabe duda.»

Pasó al siguiente enlace en la lista de Internet. Le dio acceso al PDF del texto completo de un artículo de «la mafia» de Plasencia (así la denominó Fernanda en el comentario que puso en Facebook, casi a las dos de la madrugada, al terminar su primera sesión de búsqueda), en la *Revista Española de Geriatria y Gerontología*¹ <http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/eop/S0211-139X%2812%2900060-1.pdf>

El artículo le pareció excelente, sobre deprescripción (un concepto nuevo para ella) y con datos sobre el impacto en salud. Lo leyó con fruición. «¡Aquí está!», casi grita Fernanda al leer el texto y ver la referencia número 11, la que alude a «En una reciente revisión sistemática se evalúa cuáles de estas actuaciones [que competen al sector sanitario] son las que han demostrado mayor utilidad». Fernanda no cupo en sí de alegría, «¡Eureka! Esto es lo que buscaba».

Es el artículo de Kaur et al.², justo lo que necesitaba.

Fue imposible hacerse con el PDF del artículo, solo daban acceso a la primera página y de su lectura dedujo que no era tan prometedor como le pareció <http://link.springer.com/journal/40266/26/12/page/1#page-1>

Eran las doce de la noche, pero el cerebro de Fernanda hervía con el reto científico. Encontró un libro³ sobre polifarmacia, coordinado por Enrique Gavilán y Antonio Villafaina, que se descargó para leerlo con tiempo.

De pronto se acordó de «la Cochrane». «Sí, siempre la Cochrane. En caso de duda suele ser un buen punto de partida», decía su profesor de salud pública en la facultad. Dicho y hecho. Tecléo «Cochrane review polypharmacy» y llegó a la revisión de la Cochrane sobre efectividad de las intervenciones para reducir la polifarmacia en ancianos⁴ <http://summaries.cochrane.org/CD008165/a-review-of-the-ways-that-healthcare-professionals-can-improve-the-use-of-suitable-medicines-for-older-people>

«¡Siempre en ancianos!» pensó Fernanda poniendo gesto de fastidio, -y con resultados más bien pobres, de mejora en la racionalidad de la prescripción pero escaso efecto en la salud... Parece que podemos optimizar el uso de medicamentos, pero su impacto en resultados clínicamente relevantes es menor del esperado».

Dando vueltas en Internet encontró un texto en *AMF* de Enrique Gavilán y Laura Jiménez con Juan Gérvas, sobre prevención cuaternaria⁵, otro concepto nuevo (le pareció el viejo *primum non nocere*). «¡Hombre, un autor que no es de la mafia de Plasencia!», se dijo Fernanda. Dedicó un rato al tal Gérvas, y ya harta de leerle tanta crítica a la Medicina decidió escribirle y pedirle ayuda (sobre el efecto en salud de las medidas de racionalidad de la polifarmacia). Después se concentró en Facebook, lleno de noticias de amigos y compañeros de Perú.

Al levantarse, tras la ducha y mientras desayunaba, se encontró un correo-e de Juan Gérvas, con un texto anexo, precioso, de Scott et al.⁶. Daba en la diana de lo que pedía. Apenas lo leyó, solo lo justo para apreciarlo («se confirma, ¡en algún caso la mejora de la polifarmacia llega a disminuir la mortalidad!») y le escribió dándole las gracias.

En el tranvía, camino del trabajo, Fernanda pudo darse cuenta de que los firmantes del artículo de Scott eran de Queensland (Australia). «Otra mafia y otro lugar a visitar.» Antes de apearse del tranvía le entró un nuevo correo de Juan Gérvas, donde le señalaba la importancia de conectarse con Enrique Gavilán y con Ernesto Barrera (y de acceder a su página, de información de medicamentos) http://www.netvibes.com/ernestobarrera#Journals_of_Pharma

De paso le sugería que se suscribiera a la lista electrónica *MEDFAM* y que no dejara de consultar la revista *Actualización en Medicina de Familia* (de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. «¡Qué barbaridad, lo que da de sí la polifarmacia! Tengo que hacerme socia de la semFYC», pensó.

Al cabo de una semana pidió dar una sesión sobre polifarmacia. Tenía la información que le habían mandado Enrique Gavilán y Ernesto Barrera. Además, utilizó sus conocimientos de la carrera y consultó en PubMed, BioMed, Tripdatabase, Embase y Google Scholar para completar la búsqueda, con y sin vocabulario controlado, con los términos "polypharmacy", "deprescription", "health outcomes" y "mortality". En español empleó SciELO. Como filtros y restricciones, buscó guías de práctica clínica, revisiones sistemáticas, metanálisis y ensayos clínicos en distintos idiomas (inglés, español, catalán, francés, italiano).

Los resultados fueron escasos, incluso decepcionantes. Definitivamente era un campo poco explorado, y quedaba mucho por hacer. Pero nada odiaba más Fernanda que el típico «Se necesita más investigación», y por ello extrajo datos y llegó a conclusiones prácticas, por más que fuera necesaria la precaución en la toma de decisiones.

La información conseguida le confirmó: 1) que la polimedición es un grave problema, estudiado especialmente en ancianos; 2) que es posible intervenir para deprescribir (para disminuir y mejorar la prescripción en los pacientes polimedificados) sin que empeore la salud, y 3) que las

intervenciones para deprescribir mejoran la salud de los pacientes, pero los estudios al respecto no son definitivos. Es decir, hay más publicaciones sobre el daño asociado a la polimedición y sobre las posibilidades de mejora de la prescripción en estos casos que sobre las consecuencias positivas en la salud de las intervenciones «exitosas». Se ignora, pues, si las actividades «positivas», además de los beneficios esperables, no producen daños inesperados, como aumento de la mortalidad o empeoramiento de la calidad de vida.

«Si logramos mejorar la polimedición en la práctica clínica diaria, ¿en qué forma mejorará la salud de los pacientes implicados?»

En la sesión, para contestar a la pregunta de investigación, Fernanda analizó y comentó los seis textos citados en la bibliografía, los que consiguió en el primer momento.

De los distintos trabajos y publicaciones, dijo, se podía deducir que:

- Existen intervenciones varias que permiten racionalizar la polimedición en la práctica cotidiana en AP, tanto para disminuir el número total de medicamentos como para mejorar su adecuación (y a veces corregir alguna infra-medición concreta). Se trata de fomentar el contacto personal entre los médicos para el análisis de casos en pequeños grupos, el trabajo multidisciplinar (médicos, enfermeras, farmacéuticos, trabajadores sociales y otros) para mejorar estas situaciones en pacientes concretos, y la visita de expertos como apoyo. En este sentido, también tiene impacto el establecer en la historia clínica sistemas de alertas y de ayuda a la decisión. La metodología de la deprescripción ayuda a racionalizar la terapéutica en los polimedidos.
- La racionalización de la prescripción en los polimedidos tiene impacto en la salud de los pacientes implicados, pero los resultados no son consistentes en todos los estudios. Hay concordancia en el mantenimiento de la misma salud con menos medicamentos (control de la presión arterial, por ejemplo) y en la disminución del número y gravedad de los efectos adversos (por ejemplo, menos hematemesis y otras hemorragias digestivas al disminuir los medicamentos antiinflamatorios, y menos caídas al disminuir los psicofármacos). Respecto al resultado positivo en salud, los estudios son escasos, de pequeño tamaño e inconsistentes; se citan de continuo los dos mismos trabajos; en uno mejoró el estado general de salud de los pacientes y en otro disminuyó la mortalidad al año. Se desconoce, en conjunto, si los beneficios de la racionalización no se acompañan de perjuicios, como aumento de la mortalidad y disminución de la calidad de vida.

Conclusiones

La polimedición es un problema clínico importante, con impacto negativo en la salud de los pacientes.

Existen intervenciones varias que han demostrado su efecto positivo sobre la calidad de la prescripción en los pacientes polimedidos.

La mejora en la prescripción no se acompaña de peor control de las enfermedades; se puede lograr el mismo efecto con menos y más apropiados medicamentos.

La racionalidad se acompaña de una disminución de los efectos adversos de los medicamentos.

Hay datos de estudios de pequeña entidad, no concluyentes, que sugieren el impacto positivo en salud de la racionalización de la prescripción en los polimedidos (mejor salud global, menor mortalidad).

Lecturas recomendadas

Gavilán Moral E, Villafaina Barroso A, Jiménez de Gracia L, Gómez Santana MC. Ancianos frágiles y polimedidos: ¿es la deprescripción de medicamentos la salida? Rev Esp Geriatria Gerontología. 2012;47:162-7. <http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/eop/S0211-139X%2812%2900060-1.pdf>

Un texto ideal para introducirse en los aspectos científicos de la deprescripción. Permite al lector una aproximación didáctica y coherente.

Scott IA, Gray LC, Martin JH, Pillans PI, Mitchell CA. Deciding when to stop: towards evidence-based deprescribing of drugs in older populations. Evidence-Based Med. 2013;18:121-4.

Excelente revisión desde el punto de la Medicina Basada en Pruebas (la Evidencia) que facilita el acceso a las fuentes más actuales. Da una visión global.

Bibliografía

- Gavilán Moral E, Villafaina Barroso A, Jiménez de Gracia L, Gómez Santana MC. Ancianos frágiles y polimedidos: ¿es la deprescripción de medicamentos la salida? Rev Esp Geriatria Gerontología. 2012; 47:162-7.
- Kaur S, Mitchell G, Vítetta L, Roberts MS. Interventions that can reduce inappropriate prescribing in the elderly: a systematic review. Drugs Aging. 2009;26:1013-28. 3.
- Gavilán Moral E, Villafaina Barroso A (editores). Polimedición y salud: estrategias para la adecuación terapéutica. Barcelona: Reprodisseny; 2011.4.
- Patterson SM, Hughes C, Kerse N, Cardwell CR, Bradley MC. Interventions to improve the appropriate use of polypharmacy for older people. Cochrane Database of Systematic Review 2012. Issue 5. Art. No.: CD008165. DOI:10.1002/14651858.CD008165.pub2.5.
- Gérvás J, Gavilán Moral E, Jiménez de Gracia L. Prevención cuaternaria: es posible (y deseable) una asistencia sanitaria menos dañina. AMF. 2012;8:312-7.6.
- Scott IA, Gray LC, Martin JH, Pillans PI, Mitchell CA. Deciding when to stop: towards evidence-based deprescribing of drugs in older populations. Evidence-Based Med. 2013;18:121-4.

AMFJ2014;3(1):1

Comentarios

 Añadir comentario

 Ir arriba



AMF

[Acerca de AMF - Contacte](#)

semFYC

Diputació, 320. 08009 BARCELONA [[ver mapa](#)]

Tel. 93.317.03.33 | Fax. 93.317.77.72 | semfyc@semfyc.es



© 1983 - 2013 Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. [Aviso legal](#)

Información referente a la Ley de Servicios de la Sociedad de la Información y el Comercio Electrónico (LSSI - Ley 34/2002, de 11 de Julio. Ley Aplicada al comercio electrónico [...]) [Acceder más](#).