

Ponencias

XVII Xornadas Galegas de Medicina Familiar e Comunitaria

Cad Aten Primaria
Ano 2012
Volume 19
Páx. 6-16

OBRADOIRO: DERMO-TEST: RECOÑECER AS AFECCIÓN S TÍPICAS DA PEL

Dra. Carolina Quinteiro Seoane¹

Dra. Cristina Covadonga Robles Sánchez²

¹Xerencia de Atención Primaria. Área de Vigo | ²Centro de Salud Sárdoma. Vigo

La Atención Primaria se constituye, por su accesibilidad y proximidad a la población, en una vía sencilla y habitual para la consulta de problemas dermatológicos. El enfoque diagnóstico inicial, las normas terapéuticas correspondientes y el seguimiento de los procesos evita derivaciones innecesarias. Se pretende impartir mediante este taller, los conocimientos básicos para reconocer las afecciones más habituales que cursan con lesiones dérmicas, establecer un correcto diagnóstico diferencial entre ellas, así como el enfoque terapéutico de las mismas, con especial interés en la formulación magistral sumamente útil en este campo.

OBRADOIRO: MONITORIZACIÓN EN PACIENTE URXENTE. ARRITMIAS PERIPARADAS

TALLER DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LAS ARRITMIAS PERIPARADAS

Dr. Fernando Souto Mata

061- Galicia Base naval de Ferrol

Taller para el reconocimiento y tratamiento de las arritmias más frecuentes que aparecen en un paciente crítico.

Se revisará cada arritmia, con su diagnóstico y tratamiento, englobándola en la situación crítica del paciente.

Taller eminentemente práctico.

MESA REDONDA POSTRESIDENCIA: ¿ONDO PODO ACABAR?

LOS NUEVOS ANTICOAGULANTES: QUE DEBEMOS SABER EN ATENCIÓN PRIMARIA

Dra. Raquel Gómez Bravo

Hospital Universitario La Paz (Madrid)

La realidad del Joven Médico de Familia es preocupante, pero no sólo del JMF, sino también del resto de profesionales sanitarios. La inestabilidad laboral es una constante y las salidas profesionales que se ofrecen no son realmente

satisfactorias, la conciliación de la vida personal/familiar es compleja y el mantener la formación continuada complicado.

Según el artículo publicado por Redacción Médica el 28 de Octubre de 2012, los datos del desempleo entre los licenciados en Medicina en España en Septiembre se han incrementado en un 25%, volviendo a rozar la cifra de 2000 médicos en paro, lo que supone casi 400 más que el mes anterior. Comparado con el 2011, la cifra es más alarmante porque supone un 79% más, sumando además que dos de cada tres médicos desempleados son mujeres y que el 55% tiene más de 40 años. Según las cifras que ofreció el Gobierno en Marzo de 2012, había 343 Médicos de Familia en las listas del paro.

Pero la otra parte característica del Joven Médico de Familia es cómo afronta este futuro laboral incierto, cuáles son sus expectativas, sus necesidades, sus fuertes, sus valores, sus miedos. Indudablemente son distintos durante el periodo de residencia, y la parte positiva es la formación que durante ésta se recibe que prepara al nuevo profesional para afrontarlas. Pero ¿realmente estamos preparados para saltar al terreno laboral?, ¿qué necesita un JMF saber para enfrentarse a la etapa post-residencia?

Las opciones laborales del JMF son:

- Asistenciales
- Gestión Sanitaria
- Docencia
- Investigación
- Otras opciones laborales
- Trabajo en el extranjero

Pero, ¿cómo funcionan?, ¿cómo acceder a ellas?, ¿tipos de contrato?, ¿hemos de aceptar todo independientemente de las condiciones?, ¿cómo cuidar de la formación continuada?, ¿cómo mantenerse actualizado sin morir en el intento?, ¿cómo cuidar del CV y conciliarlo con la vida personal y familiar?, ¿cómo gestionar todos estos puntos?, ¿cuál es el secreto?

Todas estas preguntas abiertas se debatirán y resolverán en la mesa, a través de múltiples ejemplos reales y con claras líneas de trabajo para conseguirlas.

La alternativa a la crisis implica la búsqueda de nuevas opciones en las que todos contamos, sumando sinergias en la que el JMF encuentre respaldo y posibilidades. La Sociedad Científica y el Movimiento Vasco da Gama trabaja en ello para ofrecer alternativas de futuro en las que todos los asistentes a la mesa tienen algo que aportar.

Sugerencias: vdgm.spain@gmail.com

MESA REDONDA POST-RESIDENCIA: ONDE PODO ACABAR?

Dra. Ana Isabel Castaño Carou

Médica de familia, CS Pontecarreira

A especialidade de Medicina de Familia e Comunitaria foi creada en 1978 (RD 2015/78 de Especialidades Médicas e RD 3303/78 da Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria). O RD 3303/78 define o médico de familia (MF) como a figura fundamental do sistema sanitario, que ten como misión realizar unha atención médica integrada e completa á poboación, con métodos sinxelos, de forma accesible, traballando en equipo e facendo promoción da saúde e prevención da enfermidade^{1,2}.

A primeira convocatoria MIR de Medicina Familiar e Comunitaria aparece en 1979 (500 prazas en toda España) e ten 3 anos de duración. No ano 2005 ampliouse esta formación a 4 anos.

A partir de 1995 en España é obrigatoria a formación postgraduada cunha duración mínima de 2 anos para poder exercer como médico no sistema sanitario público (Directiva europea de 1986 de obrígado cumprimento para os estados membros), esta formación acredítase co MIR de médico de familia para os licenciados a partir de 1995. Por este motivo, entre os anos 1995 e 2000 houbo 2 convocatorias MIR, unha xeral e outra específica de Medicina de Familia para licenciados en Medicina a partir de 1995.

Foi en este mesmo ano cando o número de prazas MIR convocadas comezou a equipararse e a incrementar progresivamente respecto ao número de alumnos que rematan a Licenciatura en Medicina e Cirurxía Xeral.

Actualmente, Medicina de Familia é a especialidade con maior oferta de prazas en cada convocatoria MIR. Pero tamén é a especialidade na que máis prazas quedaron vacantes nos últimos anos:

Prazas MIR sen cubrir	2005	2006	2007	2008	Total
Medicina Familiar e Comunitaria	52	189	253	51	545

Un punto a destacar é a significativa porcentaxe de residentes de MF que cambian a outra especialidade MIR: 8,5% nas promocións 89/91 a 95/97 de toda Galiza³; o 6,3% nas promocións 80/82 a 2000/2003 da UUDD de Santiago⁴ (máis en post95 que en pre95). Segundo o Colexio Oficial de Médicos de Coruña "no ano 2010, o 15% dos MIR de Medicina de Familia abandoaron a praza para optar por outra especialidade nunha nova convocatoria MIIR" (laopinioncoruña.es; martes 05 de abril de 2011)

A formación en Medicina de Familia e Comunitaria está orientada cara a Atención Primaria de Saúde, aínda que o perfil profesional do médico de familia fai que tamén sexa candidato a outros traballos que exceden o ámbito da consulta ordinaria: urxencias hospitalarias, O61, PAC Administración, mutuas, consultas privadas, emigración, etc.

En Galiza a oferta laboral en AP foi fluctuante dende a primeira promoción de médicos de familia ata hoxe, habendo períodos de moita oferta (p.ex: creación dos Equipos de Atención Primaria, implantación do Plan de Mellora da AP 2007-2011, creación de PAC, etc), fronte a outros con oferta moi limitada. Foi esta última situación a que determinou novas saídas laborais para os médicos de familia fóra a AP e incluso fóra do estado español en países como Portugal, Suecia, Reino Unido, etc.

En un estudo publicado en Atención Primaria⁵ sobre a situación laboral dos médicos de familia formados na UUDD de Santiago de Compostela nas

promocións 1980-82 a 2004-07, encontraron que o 51,9% traballa na Atención Primaria (máis da metade con praza en propiedade); 23,1% teñen praza nun servizo de urxencias hospitalario e 18,1% traballan no O61. Tamén encontraron que o destino en AP ocupa o primeiro lugar nas primeiras promocións, tendo o 4º lugar (despois de S. de urxencias hospitalarios, O61 e PAC) nas promocións máis recentes.

A crise financeira que estamos a sufrir repercute tamén na oferta de prazas tanto para a licenciatura de Medicina como para a formación MIR, este ano 2012 en Galiza redúcese o número de prazas de Medicina (de 400 baixa a 380) e de MIR (de 334 en 2011 a 176 en 2012), como consecuencia da taxa de reposición fixada no 10%.

Unha vez contextualizado o marco laboral, en esta mesa abordaranse as saídas laborais dos médicos de familia nos servizos públicos de Galiza. En primeiro lugar describírase o expediente electrónico e, a continuación, o Pacto de Selección de Persoal Estatutario Temporal para médicos de familia, para nomeamentos temporais en Atención Primaria, O61 e Urxencias Hospitalarias. Tamén se informará doutras saídas laborais como o Centro de Transfusión de Galiza e Inspección Médica.

BIBLIOGRAFÍA

- Martín Zurro A, Cano Péres Jf. Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica, 4ª ed. España: Harcourt Brace de España 1999
- Taylor RB. Medicina de Familia. Principios y práctica, 5ª ed. España: Springer-Verlag Ibérica, 1999
- Castaño Carou A, Casas Rodríguez JJ. Situación laboral dos médicos de familia en Galicia. Cad Aten Primaria 1999; 6(1):5-7
- Castaño Carou A. Saídas laborais dos médicos de familia da Unidade Docente de Santiago de Compostela. Cad Aten Primaria 2004;11:66-69
- Segade Buceta XM, Ferreiro Guri JA. Situación laboral de los médicos de familia formados en una Unidad Docente. Aten Primaria. 2010;42(8):415-419

OBRADOIRO: UN DÍA CON DESA: USOS E OPCIONS

TALLER DE SVB Y DESA

Dr. Fernando Souto Mata¹

Dra. Yésica López Curbeira²

¹O61 - Galicia Base naval de Ferrol | ²Hospital Arquitecto Marcide. Ferrol

O obxectivo principal do curso é conseguir aumentar as taxas de supervivencia nos pacientes con morte súbita conseguindo un acceso precoz, acurtar os tempos para practicar a RCP e a desfibrilación precoz, dentro da cadea de supervivencia de cada comunidade. No curso insítese na importancia de chamar ao O61, practicar a RCP e utilizar o DESA por primeiros intervinientes. Ao final do curso o alumno deberá ser capaz de:

- Seguir os pasos da RCP en adultos.
- Saber ventilar a un paciente co uso da máscara.
- Tratar a desobstrución da vía aérea.
- Utilizar un DESA con seguridade e eficacia e mantelo en óptimas condicións.

Os obxectivos secundarios consisten en acurtar o tempo en que se practica a RCP e a desfibrilación. O sinxelo manexo do DESA incrementou o número de persoas que poden ser adestradas para poder utilizalo con éxito, de xeito que se pode dispoñer de máis desfibriladores en lugares onde antes non existían: estacións de tren, aeroportos, grandes fábricas, etc.

Taller eminentemente práctico.

OBRADOIRO: ACOMPAÑANDO NOS ÚLTIMOS DÍAS: COIDADOS Ó PACIENTE E Á FAMILIA

Dra. Marina Iglesias Gallego

Dna. Silvia Piñeiro Davila

Hospital da Barbanza. A Coruña

Cada día mais profesionais nos enfrontamos a situacións difíciles como é a morte dunha persoa. A verdade é que aínda que forma parte da vida, nunha medicina cada vez mais intervencionista e tecnolóxica, ésta se ve como un fracaso e a miúdo nos deixa sin armas para afrontala, cando o normal sería aprender a acompañala. Certo é que a morte xa non é unha cuestión que sucede no hospital, senón que cada día son mais os pacientes e as familias que nos piden que esto suceda como o resto da vida dos seus seres queridos, na casa, e para iso os profesionais que os “acompañarán” serán o seu médico e enfermeira de atención primaria.

Cando a enfermidade avanza produce perdas e sufrimento, a proximidade da morte case sempre é intuitiva polo paciente e a súa familia. Non é só unha morte biolóxica senón tamén biográfica, morrer como vivir é unha experiencia humana única. Para dar unha boa atención á persoa que sofre hai que aceptar a súa dignidade como persoa, a súa capacidade para tomar decisións. A concepción que se teña da morte condicionará os coidados que se otorguen ao paciente na etapa final da vida.

Acompañar é axudar á persoa no seu proceso de enfermidade avanzada facilitando a expresión de sentimentos, preguntas ou vivencias que ten o enfermo e que son froito da súa búsqueda interior. Facer que se sinta a gusto e crear un clima de confianza e calidez (hospitalidade), Permanecer dispoñible e transmitir seguridade, continuidade (Presencia). Axudar a atopar sentido ao vivido, a alcanzar paz e reconciliación, apoiar nos momentos de sufrimento e promover a aceptación (Compañion). Este acompañamento entraña aspectos positivos (satisfacción da compañion) e negativos (fatiga por compañion). O primeiro paso para poder facelo é recoñecer e entender as nosas propias emocións e o segundo coidarse a un mesmo para poder coidar aos demais. O obxectivo é conseguir que o enfermo viva o final da súa vida en paz, facilitando o mellor peche posible á propia biografía con respecto aos seus valores e crenzas.

Atender ao paciente e a súa familia nos últimos días na súa casa, no seu entorno, favorece que se cree ese clima de confianza e de calidez; a nosa presenza, o noso tempo, a nosa dedicación, alivia o sufrimento, reconforta ao paciente e á familia e axúdaos nese camiño de perdas, de sufrimento e de aceptación.

MESA REDONDA: SINTROM/DABIGATRÁN NUEVOS ANTICOAGULANTES ¿CON QUÉ ANTICOAGULAR?

LOS NUEVOS ANTICOAGULANTES: QUÉ DEBEMOS SABER EN ATENCIÓN PRIMARIA

Dr. Jacinto Mosquera Nogueira

Centro de Saúde Bembrive. Vigo

INTRODUCCIÓN:

La anticoagulación a largo plazo es una medida terapéutica consolidada en la prevención de la enfermedad tromboembólica, especialmente en la fibrilación auricular. Criterios como los del CHADs y, más recientemente, el CHADS-VASC,

son de gran ayuda a la hora de tomar la decisión de anticoagular o no al paciente concreto. En nuestro medio esta anticoagulación a largo plazo se realiza mayoritariamente con el acenocumarol, permaneciendo la warfarina en una situación totalmente marginal, contrariamente a lo que ocurre en países como Estados Unidos.

La irrupción de los nuevos anticoagulantes ha generado un debate muy interesante sobre el precio, las interacciones, la sobredosificación... En definitiva, ventajas e inconvenientes de los nuevos anticoagulantes frente al acenocumarol.

LOS NUEVOS ANTICOAGULANTES: MECANISMO DE ACCIÓN:

Los nuevos anticoagulantes de los que hablaremos son tres, aunque existen otras moléculas en diferentes fases de investigación que aumentarán este arsenal terapéutico en los próximos años. Estos tres anticoagulantes están respaldados en su eficacia por importantes ensayos clínicos. Así, el dabigatrán cuenta con el estudio RE-LY, el rivaroxabán con el ROCKET-AF y el apixabán con el ARISTOTLE.

En la cascada de fenómenos que tienen lugar para que se produzca la coagulación sanguínea, los nuevos anticoagulantes se sitúan en diferentes puntos de la misma. Así, el dabigatrán es un inhibidor directo de la trombina, mientras que rivaroxabán y apixabán lo son del factor X.

PUNTOS FUERTES:

El principal punto fuerte de los nuevos anticoagulantes tiene que ver con la mayor eficacia, comparados con los antagonistas de la vitamina K. Así, disminuyen más el riesgo de ictus, de embolismo sistémico, de ictus hemorrágico, de mortalidad por todas las causas y de sangrados graves intracraneales.

Otro punto fuerte es su estabilidad en cuanto a niveles en sangre, que hace innecesaria la monitorización del nivel de anticoagulación.

LIMITACIONES:

En nuestra opinión la principal limitación tiene que ver con su reciente introducción en la farmacopea y, por lo tanto, posibles efectos secundarios que puedan aparecer con su utilización en población general. Esta limitación, inherente a todo fármaco, se puede contrarrestar con una vigilancia estrecha por parte de las Agencias evaluadoras de tecnología sanitaria.

Otra limitación es el precio, lo que en sí es un claro factor limitante, sobre todo en la actualidad coyuntura de crisis. Pero esta limitación está suavizada por no necesitar controles del INR.

Por otra parte, ya conocemos alguno de sus problemas como el uso de dabigatrán en insuficiencia renal grave, o del dabigatrán y el rivaroxabán en la hepatopatía grave.

REFLEXIONES FINALES:

Se trata, pues, de fármacos con eficacia contrastada que además eliminan la necesidad de controlar el INR con la consiguiente mejora de la calidad de vida de los pacientes. Además uno de ellos (dabigatrán) ha demostrado ser una terapia coste-efectiva y eficiente tanto frente a warfarina como al patrón de prescripción habitual en España (60 % a tratamiento con AVK, 30 % con AAS y 10% sin tratamiento) en la prevención de ictus en pacientes con una FA no valvular.

Son moléculas que, en el momento actual, presentan escasas contraindicaciones e interacciones que, por otra parte, son conocidas. Su utilización masiva, aclarará las dudas sobre este aspecto.

En nuestra opinión, su llegada al arsenal terapéutico revolucionará la prevención de una patología tan prevalente como los fenómenos tromboembólicos (en especial en los pacientes con FA), ya que permitirá ampliar la anticoagulación oral a pacientes en los que actualmente no pueden beneficiarse de la misma por diversos motivos y disminuirá los riesgos de ictus de los pacientes a tratamiento con AVK cuyo control actual del INR es deficiente.

OBRADOIRO: PACIENTE DÍFICIL OU MÉDICO TORPE

Dr. Roberto Fernández Álvarez¹ | Dr. Carlos Menéndez Villalva²

¹Médico de familia. PAC de Allariz. Ourense | ²Médico de familia. Centro de Saúde de Mariñamansa Ourense (Membros do grupo de Comunicación e Saúde da Agamfec)

NIN UNHA COUSA NIN OUTRA:

Probablemente non existan os pacientes difíciles. Quizais tampouco poidamos falar de médicos torpes. Agora ben, da primeira afirmación hai algunhas evidencias, a segunda non foi suficientemente probada –lembramos que o que suscribe tamén foi quen de acadar a licenciatura–.

E unha realidade que hai unha porcentaxe pequena pero significativa de consultas na actividade diaria do médico están marcadas ou presididas polo conflito. Estas relacións son vividas con angustia polos profesionais e son precisamente eles os que deciden denominar ou etiquetar a quen se senta do outro lado da mesa como paciente difícil (PD).

Proba de que o PD é un concepto relativo é que segundo o deseño do estudo ou o ámbito onde se realiza, as porcentaxes de PD detectados polos médicos son variables, oscilando entre un 0,7%¹ ata un 30%². Cando falamos de encontros difíciles a frecuencia tamén varía segundo os autores, dende un 2,7%³ ata o 20%⁴.

O que está claro é que son os profesionais, máis que os pacientes, os que sofren as consecuencias –cando menos emocionais– da dificultade. Por iso a súa torpeza, se existe, está en non habilitar estratexias para afrontalas antes de que sexa demasiado tarde, pois está comprobado que estas situacións constitúen un factor predispoñente para o desgaste profesional^{5,6} e, cando o Burnout chega, un xa non ten ánimo de habilitar nin afrontar nada.

En cambio entre os pacientes hai de todo. Mentres algúns autores defenden que os PD están menos satisfeitos^{7, 8, 2}, outros conclúen que non hai diferencias respecto da poboación xeral⁴. E isto explícase: visto polo médico, o mesmo pode ser difícil u paciente permanentemente deprimido, demandante ou querulante (e estes soen estar insatisfeitos), que outro en exceso prolixo, expansivo ou hipomaniaco (e estes están campantes). E dicir, o perfil do PD é heteroxéneo⁵.

Iso sí, se o PD está contento co seu médico e coa vida en xeral, a felicidade non ha durar moito: de iso encargárase o propio médico, pois está demostrado que o PD recibe unha peor atención facultativa⁹ cunha diminución dos estándares de calidade, unha peor orientación diagnóstica e un incremento significativo na prescrición de fármacos non esenciais. Ademais, cos PD é máis probable cometer erros.^{10 11}

NIN TODO O CONTRARIO:

Como é o médico quen inventa o concepto, debe ser el quen o defina. Por iso hai case tantas definicións de PD como galenos en exercicio, e case todas están referidas ás sensacións que produce o paciente no profesional.

O abano de sensacións que comunican os doutores ante un “paciente problema” é amplo. Blay Plueyo⁸, na súa revisión, fala de sensación de perda de control, perda de autoridade, merma da autoestima; aversión, temor, resentimento, desesperación, ira, frustración, aburrimiento, etc. Mais para que o profesional sinta isto non é preciso a concorrencia de pacientes difíciles, abonda con que lle deneguen un día de asuntos propios avisando con vintecatros horas de antelación –ou aínda que avisen con tempo–.

Nesta mesma liña, tamén son variadas as denominacións ou epítetos, algúns de tinte pexorativo, que reciben este tipo de doentes por parte dos profesionais, tanto na nosa cultura^{8, 10} –paciente problema, posyaque, cartilleros, ochobarra, pasapago, etc.–, como na cultura anglosaxona –Paciente odioso, saco de tristura, ou paciente que provoca un envorco do corazón (heartsink patient)–^{10, 11, 12}. E cómpre dicir que o médico ten todo o dereito a acumar ó paciente como lle veña en gaña, habida conta de que o paciente fai o mesmo co médico. Nun recente estudo do British Medical Journal¹³ recóllanse os principais apodosos cos que os usuarios se referían ós seus doutores nas conversas informais da sa de espera, e non eran dende logo máis aduladores: O melenas, a barbie fashion, o merdaseca, o narigón (este, especialmente ultraxante, puxéronllo a un doutor que lucía un piercing no nariz similar ós aneis que se colocan no tabique nasal dos bacoriños para que non focen).

Ellis¹⁴, probablemente sen pretendelo, dá unha definición moi gráfica do PD que quedou logo na bibliografía como gold standard (sexo o que sexa gold standard): “Aquel que é capaz de facer que sintas un burato no estómago cada vez que les o seu nome no listado”. Descrición da que podemos sacar dúas conclusións inmediatas: a primeira é que corroboramos que o concepto de PD é profesional-dependente, a segunda é que Ellis debería facerse unha gastroscopia.

JA Prados recolle na súa tese¹⁰ algunhas das definicións máis utilizadas:

“Paciente que mediante unha variedade de comportamentos induce sentimentos ou reaccións negativas na maioría dos médicos” (Groves 1978), mais isto pode inducilo calquera paciente segundo teña o día; “pacientes que producen disconfort” (Goodwin 1979) ou “sensacións desagradables” (Prados 1990), mais isto pode sentilo calquera profesional segundo como tivera a noite. “Pacientes que provocan no médico desesperanza, enfado, frustración” (Addler 1991), que é xustamente o que inducen boa parte dos dirixentes políticos.

Na década dos 80 do pasado século, médicos, sociólogos, psicólogos e investigadores comezan a facerse preguntas –situación non exenta de risco–, e deciden cambiar o enfoque do PD, que pasa a mirarse como o resultado dun fallo na relación interpersoal entre o médico e o paciente.

Despois de trinta anos de reflexión chegaron a unha conclusión inequívoca: o concepto de paciente difícil debía cambiar. Non estaba ben utilizar un unha denominación supostamente científica que en realidade era un insulto ou unha descalificación. Propúxose “paciente de trato difícil”, pero tamén resultaba acusadora. Impúxose un novo enfoque que situara o punto de mira nos aspectos comunicacionais da relación médico-paciente e distribuíra a carga da dificultade entre os factores debidos ó profesional, os debidos ó paciente e os

que dependen do entorno, como elementos que distorsionan unha relación contractual que se ve necesitada dunha redefinición . A solución foi: "Relacións difíciles co paciente". Pero hai moitos profesionais que se seguen a preguntar que debe facerse -ou como desfacerse- de eses "pacientes que provocan relacións difíciles co paciente". E hai poñentes que se fan a mesma pregunta.

BIBLIOGRAFÍA

1. Mas Garriga X, et al. Pacientes de trato difícil en atención primaria: una aproximación cuantitativa y cualitativa. *Aten Primaria* 2003;31(4):214-21
2. Jackson JL, Kroenke K. Difficult patient encounters in the ambulatory clinic: clinical predictors and outcomes. *Arch Intern Med.* 1999 May 24;159(10):1069-75.
3. Mas Garriga X. Op. Cit.
4. De Marco MA, Nogueira-Martins LA, Yazigi L. Difficult patients or difficult encounters? *QJM.* 2005 Jul;98(7):542-3
5. Xavier Mas Garriga Marta Solé Dalfó Manuela Licerán Sanandréa Dolors Riera Cervera
6. Pacientes de trato difícil en atención primaria: ¿están satisfechos con la atención recibida en su centro de salud? *Aten Primaria* 2006; 38 (4):192 – 198
Pacientes de trato difícil: ¿por qué los etiquetamos como tales? *J Coll Verda . Aten Primaria* 2006; 38: 198 – 199
7. F Borrell i carrio. Entrevista Clínica, manual de estrategias prácticas. 1ª ed. SEMFyC. 2004
8. C. Blay Pueyo. Actuación ante los pacientes de trato difícil. FMC-Formación Médica Continuada en Atención Primaria. Volumen 3, Número 4, Abril 1996 243-49
9. Vegni E, Visioli S, Moja EA. When talking to the patient is difficult: the physician's perspective. *Commun Med.* 2005;2(1):69-76.
10. JA Prados Castillejo. Distorsion en las técnicas comunicacionales (entrevista clínica) en las consultas de demanda de atención primaria. (tesis doctoral) Córdoba 1996.
11. Evans S. Me, the heartsink patient. *BMJ.* 2000 Jun 3;320(7248):1513
12. O'Dowd TC. Five years of heartsink patients in general practice. *BMJ.* 1988 Aug 20-27;297(6647):528-30
13. Estudio inexistente.
14. Ellis CG. Making dysphoria a happy experience. *Br Med J (Clin Res Ed).* 1986 Aug 2;293(6542):317-8
15. R. Ordovás Casaurrán. El paciente de trato difícil en atención primaria. En: Curso de relación médico-paciente. *Medpac. Ergon.* 2003 P 231-52.

OBRADOIRO: MANEXO DA VÍA AÉREA

Dr. Fernando Souto Mata

061- Galicia Base naval de Ferrol

El taller de vía aérea, consistirá en el aprendizaje del tratamiento más óptimo de la vía aérea. Nos detendremos en el uso de los distintos dispositivos para dicho tratamiento o manejo.

Se practicará con bolsas autoinflables, intubación orotraqueal, mascarillas laringeas y fastrachs.

Tras dicho taller, el alumno sabrá manejar todos estos artilugios para la adecuada ventilación de un paciente crítico.

Se hará referencia a qué hacer también en el contexto de una vía aérea difícil. Taller eminentemente práctico.

CONFERENCIA INAUGURAL

NO PEDIRÉ PERDÓN POR LO QUE SOY

Una reflexión sobre el ser y el estar del médico de familia en la España de hoy
José Ramón Vázquez Díaz

Unidad de Medicina de Familia y Comunitaria La Laguna-Tenerife Norte

En tiempos de crisis los valores se pueden convertir en un refugio en el que guarecerse y reabastecerse para continuar el camino. Pero hoy, más que hablar

directamente de los valores como conceptos, me gustaría hablar la expresión cotidiana del valor, de cómo en el día a día de nuestro trabajo aflora o no dicho valor y si podríamos, o no, modificar algo de lo que hacemos cada día para conseguir ser más felices siendo médicos de familia, en extensión y en profundidad. Y eso hoy no es fácil porque si revisamos en qué nivel de la escala de Maslow nos encontramos algunos sentirán que no logran pasar del segundo escalón, manteniendo algunas trazas de otros superiores. Y cuando se está ahí apelar a los valores es muy encomiable, siempre y cuando no los manejemos como una especie de liturgia o de religión sino como un marco de apropiación y por tanto de proyección y de realización.

Hemos de hacer, por tanto, del compromiso, esa enorme palabra que resume lo que debemos ser, una realidad apropiable. Digo apropiable y no apropiada porque el compromiso se revalida en cada instante. Es por ello que mejor lo hacemos constitutivo de nosotros mismos, porque sino sería agotador.

Los valores de la medicina de familia, en tanto que marcos de valoración de la realidad y prescriptores de comportamientos, son la trama sobre la que se urden las manifestaciones más valiosas de nuestra profesión. Son los elementos que hacen que todos los que estamos hoy aquí sintamos que tenemos mucho en común, que "formamos cuerpo".

A pesar de que los valores están muy bien identificados, aparecen escuetamente definidos en el programa de la especialidad de medicina familiar y hay una enorme distancia entre su verbalización y su logro o lo que podríamos denominar: la expresión cotidiana del valor.

Por otro lado deberíamos preguntarnos si esos cinco valores o compromisos del médico de familia: con las personas, con la sociedad, con la mejora continua, con la profesión y con la ética, ¿tienen todos un mismo rango?, ¿hay una jerarquía dentro de estos valores? Y si fuera así, ¿cómo manejarla?

Se plantea pues una reflexión sobre el ser y el estar del médico de familia en el momento actual, un momento de crisis global en el que deberemos observarnos al menos desde dos planos o niveles diferentes: nuestra propia crisis dentro del conjunto de la medicina o de las profesiones sanitarias en España y una crisis profesional dentro de la sociedad y del momento histórico en el que nos encontramos.

OBRADOIRO: ACTUALIZACIÓN EN INFECCIONES EN ATENCIÓN PRIMARIA

INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO

Dra. Mónica Diosdado Figueiredo

PAC Valga- Pontevedra

Las infecciones del tracto urinario (ITU) son las infecciones más frecuentes a nivel tanto a nivel comunitario como nosocomial, y son las segundas en frecuencia en Atención Primaria. Siendo además la causa más frecuente de sepsis por bacterias Gram Negativas (BGN) en medio hospitalario y en trasplantados.

Si analizamos su distribución en función de la edad y el sexo, nos encontramos que su frecuencia es mayor en mujeres en una proporción 20:1, excepto en varones menores de 3 años y mayores de 70 años.

El germen más frecuentemente implicado es el E. Coli con diferencia, en un 75-95% de los casos. Pero gérmenes como Klebsiella Pneumoniae, Proteus, Staphylococcus Saprophyticus, Streptococcus Agalactiae, Clamidia Trachomatis, Neisseria Gonorrhoeae y Staphylococcus Aureus también tienen su importancia.

Clínicamente se manifiestan por un síndrome miccional caracterizado por

poliquiuria, disuria, tenesmo y urgencia, sin fiebre acompañante y con una exploración abdominal normal. En la tira reactiva podemos encontrar leucocitos y nitritos positivos, siendo negativo el resto; no precisando más exploraciones complementarias. En el tratamiento de una ITU no complicada podremos emplear pautas cortas bien en monodosis o de 3 días. En las ITU complicadas, ITU frecuentes y en las mujeres embarazadas es preferible usar pautas largas.

Las principales medidas preventivas son higiénico-dietéticas: limpieza anal antero-posterior, micción postcoital, ingesta de abundantes líquidos y evitar el estreñimiento. Pero existen nuevas vías encaminadas a su prevención, con escasa evidencia científica al respecto como son los inhibidores de la adherencia bacteriana, el desarrollo de vacunas, inhibidores de biopelículas bacterianas y estimuladores del AMP cíclico en las células uroteliales.

OBRADOIRO: EXAMINANDO A INSUFICIENCIA CARDIACA

Dr. Jacinto Mosquera Nogueira

Centro de Saúde Bembrive. Vigo

INTRODUCCIÓN:

La insuficiencia cardíaca (IC) es la patología cardiovascular que está aumentando su prevalencia en nuestras sociedades avanzadas dada la mayor esperanza de vida de la población, entre otras cosas, por una mejora sustancial en la prevención y tratamiento de las enfermedades causales (HTA, cardiopatía isquémica...). Esto ha llevado a que en los últimos años, la Atención Primaria haya tenido que ir asumiendo un papel más activo en el diagnóstico y control de este síndrome, coordinada con otras especialidades. Esto requiere una actualización continuada de los conocimientos y habilidades que se precisan.

OBJETIVOS:

- Justificar el papel central de Atención Primaria en la prevención de la IC.
- Revisar las herramientas diagnósticas con las que contamos en la actualidad
- Actualizar el algoritmo terapéutico de la IC tanto sistólica como diastólica, especialmente en aquellos elementos de nuestra especialidad.

METODOLOGÍA:

Presentación de 4 casos clínicos con participación activa de los participantes en el taller que nos permitan ilustrar los 4 aspectos principales de la IC:

1. Caso clínico para hablar del concepto de IC y de su prevención
2. Caso clínico para hablar del diagnóstico: importancia y limitaciones del diagnóstico clínico, nuevas herramientas diagnósticas (péptidos natriuréticos) y derivación.
3. Caso clínico para presentar el algoritmo terapéutico de la IC diastólica, con especial mención de las medidas no farmacológicas.
4. Caso clínico para abordar el tratamiento específico de la IC sistólica.

EVALUACIÓN:

Además de la asistencia al taller, realizaremos un test final de conocimientos adquiridos.

OBRADOIRO AGEFEC: VALORACIÓN E CUIDADOS DE FERIDAS CRÓNICAS

Sr. Francisco Javier Rodríguez Iglesias

Servizo de Atención Primaria de Ordes

El taller tendrá dos partes diferenciadas:

- Una expositiva, en la que se repasarán las fases de la cicatrización de una herida con los condicionantes que hacen que estas se cronifiquen; los estadios de profundidad de la lesión dependiendo de los tejidos a los que afecte, importancia de su localización y dimensiones, características del lecho ulceral, de la piel periulceral, del exudado y de los signos de infección. También se expondrán los cuidados generales a aplicar a los pacientes portadores de heridas crónicas y los cuidados específicos de las lesiones: eliminación del tejido desvitalizado, restablecimiento del equilibrio bacteriano y manejo de la cantidad de exudado (Cura en Ambiente Húmedo "CAH").

- Y una práctica, en la que se presentarán los distintos apósitos disponibles en el catálogo de productos de cura en ambiente húmedo del Sergas tras el concurso de compra centralizada, información y recomendaciones de uso de los mismos. La realización de casos prácticos consistentes en, valoración de heridas según las imágenes presentadas y propuestas de uso de productos para el cuidado de las mismas. Puesta en común.

OBRADOIRO: TÉCNICAS DERMATOLÓGICAS E DERMOESTÉTICAS

Dra. Fátima Barcala del Caño¹

Dr. Pablo Iago Pérez Antolín¹

Dra. Raquel Rodríguez Calveiro²

¹CHUVI | ²Centro de Salud Sárdoma. Vigo

La dermatoscopia es una técnica que está alcanzando un uso cada vez mayor en Atención Primaria y sirve como complemento de la observación a simple vista de las lesiones cutáneas facilitando el acierto a la hora del diagnóstico de sospecha de las mismas. Este taller tiene como objetivo primordial aportar una sólida base para la interpretación de las imágenes obtenidas con el dermatoscopio, acercándonos así a una correcta diferenciación entre lesiones melanocíticas y no melanocíticas y orientándonos al carácter benigno o maligno de las mismas mediante un método diagnóstico sencillo basado en algoritmos diagnósticos.

OBRADOIRO: SEGURIDADE CLÍNICA EN ATENCIÓN PRIMARIA: ABORDAJE DE LA MEDICACIÓN

PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS EN ATENCIÓN PRIMARIA: EL USO ADECUADO, LA POLIMEDICACIÓN Y LA DEPRESCRIPCIÓN.

Dra. María Pilar Astier Peña

Médico de familia. C.S. Caspe (Zaragoza). Servicio Aragonés de Salud.

Grupo de Seguridad del Paciente de SEMFYC.

INTRODUCCIÓN:

El medicamento es la tecnología médica utilizada con más frecuencia por el médico de familia en su práctica clínica cotidiana. El uso del medicamento en atención primaria abarca desde el ámbito preventivo, curativo hasta el paliativo.

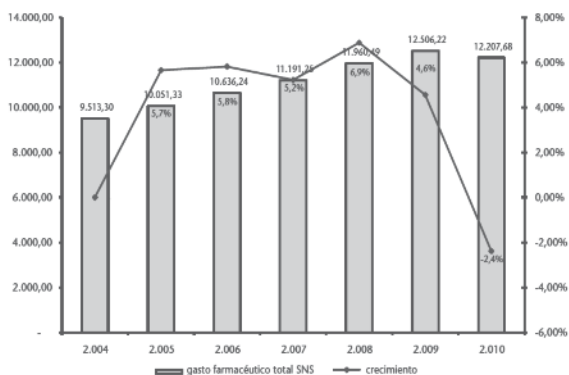
El concepto de tecnología médica se ha desarrollado a partir de las definiciones suministradas por la Office of Technology Assessment (OTA) de los Estados Unidos de Norteamérica a principios de los años setenta. Según la OTA,¹ conforman la tecnología médica: los medicamentos, los aparatos, los procedimientos médicos y quirúrgicos utilizados en la atención médica y los sistemas organizativos con los que se presta la atención sanitaria.

La utilización de cualquier tecnología médica en la práctica clínica debe tener presente el principio hipocrático de "non nocere", es decir, no generar daño al paciente con su uso, de tal forma, que previamente hemos debido valorar con el paciente el balance de beneficios y riesgos que entraña la utilización de

dicha medicación en su problema de salud. De ahí que, cualquier utilización de tecnología médica deba evaluarse en cada paciente garantizando un uso racional de la misma.

Por otro lado, los medicamentos son una de las tecnologías más costosas para el sistema nacional de salud español. Las cifras del gasto farmacéutico en el sistema sanitario español en los últimos años que muestra el gráfico siguiente (tomado de Lago Moneo et al. El Gasto Farmacéutico en España. Visión pública y privada y análisis del impacto de los genéricos. EAE Business School. Elaborado a partir de los datos oficiales del Ministerio de Sanidad).

Evolución del gasto farmacéutico público total en España



En el conjunto del Estado, el gasto farmacéutico en 2007 se ha elevado a 11.191 millones de euros, un 5,22% más que en 2006 y así sucesivamente hasta 2009 en que la tendencia comienza a bajar. Cada año el gasto sanitario ascendía entorno a un 5%. La tendencia moderada se consolida desde abril de 2004, cuando el incremento interanual se situaba en el 11,02% tras una subida del 12,15% en 2003. La moderación de la factura farmacéutica se ha producido gracias a las políticas de uso racional del medicamento llevadas a cabo por el conjunto de las administraciones sanitarias, al efecto del sistema de precios de referencia y al incremento del uso de los medicamentos genéricos.

La gestión de la prescripción farmacéutica es responsabilidad del conjunto del sistema sanitario, desde la autorización y la financiación de los medicamentos (macrogestión) a las decisiones clínicas diarias (microgestión), pasando por todos los elementos de compras y apoyo asistencial (mesogestión). Cada nivel tiene su función.

Los médicos tienen un papel esencial en esta gestión. La prescripción farmacéutica es un elemento relevante dentro del proceso asistencial; por tanto, las decisiones que se toman diariamente en la consulta tienen repercusión tanto en la salud de los pacientes como en la asistencia sanitaria y el consumo de recursos del sistema.

El objetivo de gestión del médico debe ser el uso racional del medicamento, es decir, usar los mejores medicamentos, de la manera más indicada (calidad), durante el tiempo necesario (adecuación) y con la forma apropiada (utilización) y con el menor coste posible (eficiencia).

El Uso Racional del Medicamento (URM) integra dos componentes esenciales para su aplicación en la práctica clínica:

- La utilización de medicamentos de acuerdo con los datos de evidencia científica de eficacia y seguridad en el uso de los mismos para determinados problemas de salud.
- La utilización de medicamentos que hayan demostrado la mejor relación

coste-efectividad, es decir, la elección más eficiente desde el punto de vista socioeconómico y científico.

Por contraposición a estos conceptos, están los conceptos de uso irracional de los medicamentos que se engloban en:

- Sobreutilización de medicamentos: prescripción innecesaria de medicamentos que puede tener como consecuencias más negativas la generación de resistencias microbianas a antibióticos y efectos adversos evitables sobre el paciente.
- Infrautilización de medicamentos: no se prescriben medicamentos en situaciones clínicas en las que está demostrada la efectividad de los mismos de cara a prevenir, curar o paliar situaciones clínicas concretas. La infrautilización puede ser por la no prescripción de un fármaco beneficioso para el paciente (ácido acetil salicílico a bajas dosis en los pacientes con antecedentes de cuadros isquémicos cardiovasculares).
- Inadecuada utilización de los medicamentos: cometer errores de medicación como prescribir un medicamento erróneo o la dosis equivocada.

Uso racional del medicamento y medicina basada en la evidencia: Los principios de la prescripción prudente.

Un error frecuente consiste en pensar que lo más beneficioso para un paciente es tratar su enfermedad. El utilizar resultados intermedios² en la evaluación de la efectividad de los tratamientos nos lleva a veces a estas situaciones (la cerivastatina reducía el perfil lipídico de los pacientes como resultado intermedio, pero aumentaba la mortalidad por rhabdomiolisis). Así debemos ser cautos al analizar los estudios que presentan la evidencia científica orientada al control de la enfermedad y no la evidencia científica orientada a la mejora de la salud del paciente.

Como ejemplo, revisamos el tratamiento de la hipertensión arterial en la que los estudios observacionales han demostrado que los niveles de presión arterial (PA) están directamente relacionados con el riesgo relativo de sufrir eventos cardiovasculares y que la fuerza de esta asociación disminuye con la edad. Que adicionalmente, en los ensayos clínicos controlados (ECC) no se han detectado diferencias consistentemente superiores en el riesgo relativo de sufrir eventos cardiovasculares en ancianos respecto a adultos de <65 años. Un metaanálisis recientemente publicado en el BMJ³ confirma que la reducción de PA produce beneficios en términos relativos semejantes en adultos jóvenes y ancianos. Es decir, la magnitud de la reducción del riesgo conseguida no disminuye con la edad, lo que pone de manifiesto la importancia de controlar la presión sanguínea en los ancianos. Además, estos pacientes son los que obtienen beneficios superiores en términos absolutos, al ser el riesgo basal, también superior. Y todo ello, sin que exista una clara evidencia para recomendar un determinado tipo de antihipertensivos, lo que convierte a la tolerancia o el coste en criterios razonables para seleccionar el fármaco, una vez alcanzado el control óptimo de PA. Los resultados de este estudio hacen necesaria la revisión de las guías de práctica clínica que han recomendado un uso selectivo de determinados grupos de fármacos según la edad del paciente, aún cuando no se disponía de revisiones sistemáticas que permitiesen cuantificar los efectos comparativos de los fármacos en eventos cardiovasculares graves.

En 2011 Shiff et al²⁷ han publicado una revisión con 24 principios (agrupados en 6 apartados) de la prescripción juiciosa, pues los consideran un requisito previo para el uso seguro y apropiado de los medicamentos. Sus recomendaciones se fundamentan en estudios recientes que ponen de manifiesto problemas con medicaciones ampliamente prescritas. Las recomendaciones en cuanto a

la prescripción prudente de fármacos son 6 y se resumen en castellano como sigue²⁸:

1. Plantearse otras opciones terapéuticas más allá de los fármacos. Por ejemplo, iniciar medidas no farmacológicas para el manejo de la hipertensión, diabetes, insomnio, dolor de espalda o dolor de cabeza. Considerar medidas de prevención de enfermedades crónicas a través de los cambios en el estilo de vida (el abandono del tabaco salva más vidas que la quimioterapia).
2. Practicar prescripciones más estratégicas (diferir el tratamiento no urgente, evitar cambio no justificado de medicamentos, ser prudentes acerca de usos no probados de medicamentos, y comenzar el tratamiento con un solo fármaco a la vez).
3. Mantener una alta vigilancia en relación con los efectos adversos (sospechar reacciones por los fármacos, ser conscientes de síndrome de abstinencia; y educar a los pacientes a anticipar las reacciones).
4. Ejercitar la precaución y el escepticismo con los fármacos nuevos (buscar fuentes de información no sesgadas, esperar hasta que los fármacos lleven un tiempo suficiente en el mercado, ser escéptico ante las mejoras de variables de resultados intermedios en lugar de verdaderos resultados en salud, evitar la seducción por una elegante farmacología molecular, ser cauteloso con los informes selectivos de los ensayos clínicos).
5. Trabajar con los pacientes para una agenda compartida (no ceder automáticamente a los fármacos que solicitan, considerar la no adherencia antes de añadir más fármacos al régimen, evitar reiniciar fármacos que no tuvieron éxito previamente, discontinuar el tratamiento con fármacos innecesarios, y respetar las reservas de los pacientes acerca de los fármacos).
6. Considerar los impactos más amplios y a largo plazo (sopesar los resultados a largo plazo).

Los autores indican que ninguna de estas propuestas es nueva. Si bien, la suma de estas consideraciones representa una mejora en la calidad de la prescripción.

Uso del medicamento y seguridad del paciente.

Durante las últimas décadas se ha producido un aumento en la prevalencia de pacientes polimedificados debido fundamentalmente al aumento en la esperanza de vida y a la realización de un mayor número de intervenciones preventivas, lo que supone un importante impacto tanto a nivel de salud como en términos de consumo de medicamentos y de gasto sanitario.

Los ancianos son una población especialmente sensible a la polimedicación ya que además de la mayor morbilidad que tienen debido a la edad y que conlleva un mayor uso de fármacos, poseen unas condiciones fisiopatológicas que hacen más probable la aparición de reacciones adversas o interacciones medicamentosas.

La polimedicación, aunque puede ser necesaria y clínicamente justificada, en algunas ocasiones es fruto de la suma de tratamientos iniciados por distintos especialistas de los distintos ámbitos asistenciales y que requiere de una revisión completa y exhaustiva para su optimización. Distintos estudios han puesto de manifiesto que existe un uso elevado de fármacos sin indicación y que no todos los fármacos administrados tienen una eficacia demostrada, estimándose que el 97% de los ancianos que viven en residencia y el 61% de los que viven en domicilio consumen un fármaco inapropiado o inadecuado¹⁸.

Los efectos y consecuencias de la polimedicación pueden ser en ocasiones graves. En el estudio de Hanlon y cols. se encontró que el 35% de los pacientes ancianos polimedificados desarrollan algún efecto adverso¹⁹. Los efectos adversos y las interacciones medicamentosas aumentan con el número de

medicamentos, de modo que cuando se utilizan 10 medicamentos el riesgo de sufrir un efectos adversos es del 100%²⁰.

En Atención Primaria el estudio APEAS (Estudio sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria de salud) estimó que el 48,2% de los efectos adversos ligados a la asistencia sanitaria están causados por la medicación, y que el 59,1% eran prevenibles²¹. Todos estos factores y sus consecuencias directas, podrían ser responsables de un aumento del riesgo de ser hospitalizado²², de sufrir caídas en los ancianos²³, de aumentar la morbilidad, e incluso, la mortalidad²⁴.

Las propuestas de mejora de la prescripción en atención primaria propuestas por los profesionales que participaron en el APEAS por orden de priorización son:

ESTRATEGIA	MEDIA	VARIANZA	CV
IDENTIFICACIÓN Y REGISTRO DE PACIENTES CON ALERGIAS E INTERACCIONES	4,62	0,39	0,13
REVISIÓN TRIMESTRAL DE LOS FÁRMACOS DE PACIENTES DE RIESGO (ACO Y IC. ¹)	3,83	1,36	0,30
REVISIÓN TRIMESTRAL DE LOS FÁRMACOS DEL PACIENTE POLIMEDICADO Y/O SIEMPRE QUE EXISTA CAMBIO DE TRATAMIENTO	3,62	1,74	0,36
HOMOGENEIZACIÓN (BENCHMARKING) DE HOJAS DE TRATAMIENTO PARA ADAPTARLAS A LAS DIFICULTADES DE LOS PACIENTES	3,52	2,12	0,41
FORMACIÓN CONTINUADA (SESIONES CLÍNICAS, SEMINARIOS TRIMESTRALES SOBRE ESTE TEMA)	3,48	1,40	0,34
INVESTIGACIÓN EN FARMACOEPIDEMIOLÓGIA Y USO DE MEDICAMENTOS POTENCIADOS POR LAS DIRECCIONES	2,86	1,34	0,40

¹ ACO: Anticoagulantes orales; IC: Insulinas.

Por otro lado, la adherencia terapéutica disminuye cuando los regímenes terapéuticos son complejos y cuanto mayor es el número de medicamentos prescritos, estimándose el cumplimiento en patologías crónicas en torno al 30-50%²⁰. La falta de adherencia es un problema con entidad propia estando considerado por la Organización Mundial de la Salud como un tema prioritario de salud pública²⁵. Por otro lado, en el tema de seguridad debemos tener en cuenta igualmente al paciente en cuanto a su carga de fragilidad por la edad (pacientes ancianos), por el número de fármacos que consume y porque atiende a las recomendaciones y prescripciones de muchos profesionales al mismo tiempo con escasa coordinación entre ellos.

Por todo ello, los programas específicos dirigidos a paliar los problemas relacionados con la polimedicación, particularmente en los ancianos, son esenciales tal como aparece recogido en la Resolución del Consejo de Europa del año 2001 para la prevención y limitación de los riesgos iatrogénicos²⁶ y en la estrategia promovida por el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad de mejora de la atención a los pacientes crónicos y polimedificados¹⁷. Esta estrategia tiene como objetivo principal implantar "procedimientos de control de la calidad de la prestación farmacéutica que establezcan modelos de relación entre los profesionales sanitarios para abordar un adecuado control que contribuya a conseguir la efectividad y la seguridad de los tratamientos con fármacos que reciben estos pacientes, mejorando tanto la calidad asistencial como la eficiencia en el uso de los recursos". Así, diversas Comunidades Autónomas están desarrollando programas dirigidos a estos pacientes.

En el sistema actual, donde médicos especialistas en distintas áreas pueden iniciar o modificar el tratamiento de un mismo paciente, se hace necesaria la figura de un profesional coordinador. El candidato lógico es el médico de familia, que suele ser el primer contacto del paciente con el sistema sanitario y es quien debería tener una visión holística del paciente.

Abordaje de la polimedicación en atención primaria.

Se entiende por polimedicación en términos cualitativos, el hecho de tomar

más medicamentos de los clínicamente apropiados, mientras que los términos cuantitativos establecen un límite en el número de fármacos empleados. En ambos casos se considera polimedición cuando se llevan tomando medicamentos al menos en los 3-6 últimos meses. El número más extendido parece ser el de 5 medicamentos utilizados de forma crónica, como propone el Ministerio. Un paciente polimedicado puede ser el paciente con una sola enfermedad que requiere de múltiples medicamentos, como podría ser el ejemplo del paciente portador del virus VIH. Si bien, el más frecuente en atención primaria, es el paciente de pluripatológico, donde cada enfermedad precisa de uno o varios medicamentos, por ejemplo un paciente diabético, hipertenso y dislipémico. También entraría dentro de la definición de polimedición el "efecto cascada" que supone el uso de fármacos para tratar efectos adversos provocados por otros, como los laxantes para el estreñimiento causado por opioides³⁰.

Los pacientes pluripatológicos y polimeditados suelen ser con frecuencia pacientes de edad avanzada. Identificamos una serie de factores o características que nos describen a estos pacientes:

- Factores físicos: pluripatología, cronicidad, discapacidad, envejecimiento.
- Factores sociales: soledad, aislamiento, escasa disponibilidad de recursos socioeconómicos.
- Factores psicológicos: depresión, mitos y creencias confusas sobre la enfermedad y la medicación.
- Factores inherentes al sistema sanitario: que haya varios médicos y oficinas de farmacia involucradas en la prescripción y dispensación de los fármacos de una misma persona, lo cual favorece la descoordinación y, por ende, un escaso control y revisión de la medicación que deriva en duplicidades e interacciones evitables, y cascadas terapéuticas.

Para realizar una valoración integral del paciente polimeditado es necesario evaluar no sólo los aspectos biomédico (grado de adecuación y adherencia terapéutica), sino también los factores psicológicos, funcionales y sociales.

Se puede proceder a abordar al paciente polimeditado en diferentes momentos y entornos, adaptándonos a la disponibilidad de tiempo y recursos humanos. Un abordaje interdisciplinario y multifactorial de este problema potencialmente puede repercutir en un aumento de la seguridad y de los niveles de salud de los pacientes y en una disminución del gasto en medicamentos. De ahí que la colaboración de todo el equipo de atención primaria en el control del paciente polimeditado es crucial.

Son numerosas las actividades de supervisión del paciente polimeditado, enumeramos aquellas más comunes como son:

1. **Conciliación**³²: es un proceso importante para asegurar la seguridad del paciente en cuanto al uso de medicamentos. Incluye procesos y acciones para prevenir errores en la transmisión de la información sobre medicamentos entre diferentes proveedores de atención sanitaria y entre éstos y los pacientes. En principio, este término surge con la necesidad de integrar la medicación habitual de los procesos crónicos que padece el paciente con la medicación nueva incorporada al alta de hospitalización por un proceso agudo nuevo o reagudización de uno anterior.
2. **Revisar la bolsa de medicamentos con el paciente**: Asegurar conciliación, evaluar adherencia, detectar problemas en el uso de fármacos, valorar conocimiento del fármaco, identificar posibles efectos adversos, determinar sobrecarga por uso de fármacos.

3. **Revisar los botiquines familiares**: acudir al domicilio del paciente polimeditado y valorar si almacena más de un envase de un mismo fármaco con diferentes nombres comerciales, donde guarda y como conserva la medicación, si la medicación está mezclada con la de otro paciente, si existen fármacos potencialmente inadecuados (Beers).

Sin embargo, el objetivo completo se consigue con la evaluación de la adecuación terapéutica o revisión clínica de la medicación. Los métodos que se pueden utilizar son explícitos e implícitos.

Métodos explícitos: se basan en criterios previamente definidos.

1. Criterios de Beers²⁹, que se centran en detallar en listados, los medicamentos a evitar en cualquier circunstancia, especificando si la posibilidad de provocar efectos adversos graves es alta o baja, las dosis de determinados fármacos que no se deben superar y fármacos a evitar en determinadas patologías (interacciones fármaco-enfermedad).
2. Además de estos criterios, en los últimos años un equipo de geriatras irlandeses ha elaborado una herramienta de cribado consistente en dos instrumentos (STOPP/START)³⁰: el Screening Tool to Alert Doctors to Right Treatment (START), que consiste en un inventario basado en la evidencia de 22 indicadores de prescripción de medicamentos, para enfermedades prevalentes en la edad anciana, y el Screening Tool of Older Persons Prescriptions (STOPP), que es un listado de 65 criterios clínicamente relevantes de medicamentos de prescripción potencialmente inapropiada, ordenado por sistemas fisiológicos.

Métodos implícitos: parten de una evaluación clínica del paciente y su medicación, a partir de los cuales se realiza un juicio de si los fármacos prescritos son o no apropiados.

1. Método de Medication Appropriateness Index (MAI). Mide la adecuación de cada uno de los medicamentos del paciente a través de 10 ítems que son valorados en una escala tipo likert de tres grados (desde apropiado a inapropiado). Este método ha demostrado ser un método fiable y válido. Además, predice la aparición de resultados clínicos adversos potencialmente graves.
2. En España el método implícito más utilizado es el de detección de los Resultados Negativos de la Medicación (RNM), que se definen como los resultados en la salud del paciente no adecuados al objetivo de la farmacoterapia y asociados al uso de medicamentos. Por tanto, se trata de un sistema que facilita la detección de fármacos inadecuados en cuanto a que potencialmente pueden ocasionar problemas de salud.

Otros autores van más allá, y consideran que en el inicio o mantenimiento de un tratamiento se deben tener en cuenta necesariamente las metas de la atención prestada y los objetivos del tratamiento pautado, además de otros aspectos, como la esperanza y la expectativa de vida del paciente y el tiempo estimado del tratamiento pautado hasta que exista un beneficio clínico significativo³³. Este modelo, diseñado inicialmente para los cuidados paliativos, pero aplicable a cualquier ámbito de la atención sanitaria, se esquematiza en una pirámide truncada donde se incluyen los cuatro pasos que determinan el proceso de la toma de decisiones relacionadas con la medicación (figura 1)³⁴.

BIBLIOGRAFÍA

1. Lázaro y Mercado PL. Desarrollo, innovación y evaluación de la tecnología médica. En: Sociedad Española de Salud Pública. La Salud Pública y el Futuro Estado de Bienestar. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública, 1998:345-373.
2. Información del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo. Http: www.msc.es. Consultada 07/12/2008.
3. WHO. Promoting rational use of medicines: core components. Ginebra: WHO Policy Perspectives on Medicines; 2002. Http: www.who.int. Consultado 1/12/2008.
4. Artículo 7: Definiciones. BOE. Ley 29/2006 de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios. Http: www.boe.es. Consultado 22/11/2008.
5. www.msc.es/campañas/usuarios/uso_racional_medicamento
6. MSC. Por un uso racional del medicamento. Plan Estratégico de Política Farmacéutica del Sistema Nacional de Salud. 2004. MSC: Madrid.
7. BOE. Ley 29/2006 de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios. Http: www.boe.es. Consultado 22/11/2008.
8. McGettigan P, Golden J, Fryer J et al. Prescribers prefer people: the sources of information used by doctors for prescribing suggest that the medium is more important than the message. Br J Clin Pharmacol. 2001; 51: 184-189.
9. Moynihan R. Doctors' education: the invisible influence of drug company sponsorship. BMJ 2008;336:416-417
- 10 <http://www.nogracias.eu/>. Consultada el 1 de diciembre de 2008.
11. Gervas J, Pérez Fernández M. El resultado intermedio como problema clínico y de salud pública. A propósito de la mortalidad por cerivastatina. Med Clin (Barc) 2002; 119(7): 254-9.
12. Blood Pressure Lowering Treatment Trialists' Collaboration. Effects of different regimens to lower blood pressure on major cardiovascular events in older and younger adults: meta-analysis of randomised trials. BMJ 2008;336:1121-1123; originally published online 14 May 2008.
13. Rebecca L. Waber, BS, Baba Shiv, PhD, Ziv Carmon PhD et al. Commercial Features of Placebo and Therapeutic Efficacy. Jama, March 5, 2008; 299:9
14. Delgado O et al: Programa de equivalentes terapéuticos en el medio hospitalario. Rev Clin Esp 2000; 200: 261-70
15. Comisión de Farmacia y Terapéutica Hospital Son Dureta. Programa de equivalentes terapéuticos 3ed 2001.
16. Forja Pajares F, López Palomino J, Márquez Ferrando M, Ramos Guerrero RM. Estrategia multifactorial realizada en un distrito de atención primaria dirigida a la mejora de los perfiles de prescripción. Farmacia de Atención Primaria. 2006; (4)4: 100-108
17. Programas de mejora en la atención a los pacientes crónicos y polimedicados durante el año 2009. Inf Ter Sist Nac Salud. 2009; 33:28.
18. Fidalgo ML, Molina T, Millan F, Orozco P, y col. Prescripción farmacéutica en residencias de ancianos. Comparación con ancianos ambulatorios (2ª parte). MEDIFAM 2001; 11:73-82.
19. Hanlon JT, Schmader KE, Koronkowski MJ, et al. Adverse drug events in high risk older outpatients. J Am Geriatr Soc 1997;45:945-948.