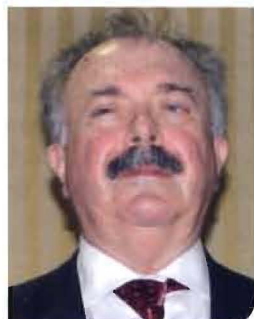




# La mirad

 FORO DE EXPERTOS

# a maestra de la actualidad



Carlos  
Lens



Pilar  
Román



Jesús  
Porta-Etessam



La mirada maestra de la actualidad

## Guías de práctica clínica ¿Son útiles para los pacientes con varias enfermedades?

**Autor** | Pilar Román. Presidente de la Sociedad Española de Medicina Interna

Gracias a los avances de la Medicina y al mayor nivel de vida de las últimas décadas, la expectativa de vida ha aumentado considerablemente en los países desarrollados. Actualmente los mayores de 65 años constituyen el 17 por ciento de la población española pero se estima que serán cerca del 60 por ciento en 2050.



Pilar Román

Somos capaces de curar muchas enfermedades agudas que antes provocaban la muerte y de poder sobrevivir a muchos episodios críticos. Pero, en contraposición, muchas personas padecen enfermedades crónicas para las que no disponemos de tratamiento curativo: diabetes, hipertensión arterial, insuficiencia cardíaca, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, etc.

Se presentan en todos los grupos de edad pero son mucho más prevalentes a medida que avanza la edad. Así, hasta el 50 por ciento de las personas entre 45 y 65 años padece alguna enfermedad crónica llegando al 80 por ciento en los mayores de 65 años. Y la van a padecer durante muchos años.

Pero, además, como muchas de estas enfer-

**La mayoría de los sistemas sanitarios están desarrollando estrategias para reorganizarse y orientarse en la asistencia a pacientes crónicos. España no es la excepción, aunque el grado de implantación varía entre las CC.AA.**

medades comparten los mismos factores de riesgo (tabaco, sedentarismo, obesidad, etc.), una gran proporción de pacientes padecen varias de ellas al mismo tiempo. Las personas entre 65 a 74 años tienen una media de 2,8 problemas o enfermedades crónicas, alcanzando un promedio de 3,23 en personas mayores de 75 años. Son enfermedades de larga duración y, generalmente, de progresión lenta que causan mortalidad prematura, conllevan una limitación en la calidad de vida de las personas afectadas y provocan efectos económicos, psicológicos y sociales importantes en las familias, las comunidades y la sociedad en general. En

Atención Primaria hasta el 40 por ciento de los pacientes pluripatológicos presentan tres o más enfermedades crónicas; el 94 por ciento está polimedicado; el 34 por ciento presenta dependencia; y el 37 por ciento tiene deterioro cognitivo. La prevalencia de pluripatología se puede estimar en un 1,38 por ciento de la población general o un 5 por ciento en mayores de 65 años de edad.

Las enfermedades crónicas constituyen una verdadera "epidemia" y un gran reto para los sistemas sanitarios occidentales por dos motivos:

- Aumento en la utilización de servicios sanitarios. Se calcula que las enfermedades crónicas son la causa del 80 por ciento de las consultas de Atención Primaria y del 60 por ciento de los ingresos hospitalarios en España. El 85 por ciento de los pacientes que ingresan en los servicios de Medicina



interna son enfermos con patologías crónicas.

- En los últimos años se ha producido un incremento del gasto sanitario atribuible al incremento de la población con más edad y peor salud. El 5 por ciento de pacientes que padecen varias enfermedades crónicas genera casi el 70 por ciento del gasto sanitario.
- Los sistemas sanitarios están concebidos y organizados para atender patologías agudas. Y por eso la asistencia se realiza de forma reactiva, tratamos las descompensaciones de las patologías crónicas cuando se presentan y dejamos a su suerte a los pacientes hasta la nueva descompensación. No existe coordinación entre los distintos niveles asistenciales ni entre los sanitarios y sociales.
- El avance de los conocimientos médicos ha propiciado una progresiva especialización que ha supuesto un importante impacto positivo en la salud de las personas pero que, por otra parte, ha llevado a una fragmentación de la asistencia prestada a los pacientes. Un enfermo con más de cinco enfermedades es visitado por una media de trece especialistas diferentes al año y ello supone recibir consejos contradictorios, múltiples fármacos con interacciones entre ellos y sus consiguientes efectos adversos, inatención de los problemas psicológicos o sociales, hospitalizaciones e internamientos innecesarios.

### ¿Estamos reaccionando ante el desafío de las enfermedades crónicas?

La mayoría de los sistemas sanitarios están desarrollando estrategias para reorganizarse y orientarse en la asistencia a pacientes crónicos. España no es la excepción. El grado de implantación varía entre las comunidades autónomas pero ninguna de ellas es ajena a la necesidad del cambio.

El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad publicó a finales de 2012 la Estrategia Nacional para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud, con las aportaciones de todas las comunidades autónomas y aprobada en el Consejo Interterritorial. Establece objetivos y recomendaciones que permitirán orientar la organización de los servicios hacia la mejora de la salud de la población y sus determinantes, una atención integral y continuada y la prevención de las enfermedades y la dependencia.

El objetivo número 12 dice: se deben garantizar intervenciones sanitarias efectivas, seguras, eficientes, sostenibles y proporcionadas, basadas en la mejor evidencia cien-

tífica disponible. Y, entre las diferentes recomendaciones que establece para conseguir este objetivo, figura la utilización de protocolos de prevención, diagnóstico y atención según estándares de calidad. Es decir, debemos prestar asistencia según las mejores evidencias científicas que se reco-

gen en las guías de práctica clínica (GPC).

Y el objetivo 13: optimizar la terapia farmacológica en los pacientes con tratamientos crónicos, con especial atención a los pacientes polimedicados. Una de las re-

comendaciones para alcanzarlo es que la toma de decisiones debe estar basada en la evidencia.

### ¿Disponemos de evidencias para el tratamiento de pacientes con varias enfermedades?

Las evidencias clínicas y económicas se obtienen con ensayos clínicos en los que las personas participantes suelen tener una sola enfermedad y son, frecuentemente, de edad no avanzada.

Las guías clínicas se basan en los ensayos con la mejor evidencia y en el consenso entre expertos cuando éstas no existen. Su

**Los profesionales estamos acostumbrados a considerar lo que el paciente necesita basados en las GPC pero hemos de considerar, también, lo que el paciente quiere soportar y lo que puede soportar**

## FORO DE EXPERTOS

## La mirada maestra de la actualidad

objetivo es ayudar al clínico en la toma de decisiones en una enfermedad específica, mejorando la calidad asistencial y disminuyendo la variabilidad de los profesionales.

- Básicamente se centran en una única enfermedad
- Los estudios sobre los que se fundamentan habitualmente excluyen a un porcentaje muy importante de los pacientes
- Las consideraciones pronósticas son escasas y no incluyen a todo tipo de pacientes

Si utilizamos la combinación de recomendaciones de cada una de las guías de enfermedad específica para cada una de las enfermedades que padece un paciente con varias patologías, puede que sean contradictorias o imposibles de seguir e, incluso, resultar peligroso y gravoso para el paciente.

La polifarmacia es una importante consecuencia de seguir recomendaciones de múltiples guías, especialmente en los pacientes frágiles. No es fácil comparar el beneficio neto de cada uno de los tratamientos de las diferentes guías para seleccionar los imprescindibles, especialmente para los tratamientos preventivos. Sabemos que:

- Alrededor del 20 por ciento de pacientes en la población reciben más de 10 fármacos
- Recibir múltiples fármacos se asocia a falta de adherencia, mayor probabilidad de recibir medicación inapropiada y dificultad de financiación
- Aumenta exponencialmente la probabilidad de efectos adversos tanto específicos como generales (caídas, pérdida de peso, deterioro cognitivo)
- Los efectos adversos se producen en un 5-35 por ciento y son responsables del 10 por ciento de las hospitalizaciones
- El 14 por ciento de los pacientes vulnerables a padecer efectos adversos de los fármacos (mayor edad, enfermedades concomitantes, fármacos concomitantes) reciben fármacos considerados de alto riesgo por sus efectos secundarios. Y la probabilidad de recibirlos es

mayor en los pacientes con tratamientos de larga duración.

Ya en 2005 Boyd expuso un ejemplo sencillo de lo que puede suceder en la vida diaria si aplicamos las GPC más reconocidas con el siguiente ejemplo. ¿Cómo deberíamos tratar a una mujer de 76 años, independiente y activa, que padeciera osteoporosis, artrosis de ambas rodillas, diabetes, hipertensión arterial y enfermedad pulmonar obstructiva crónica, todas ellas moderadas?

Se seleccionaron 9 GPC de las distintas patologías entre las más reconocidas por los profesionales por su rigurosidad. Intentando realizar el plan más simple posible, la paciente debería llevar:

- 12 fármacos
  - 19 dosis por día
  - 5 tomas distintas al día
  - ... y además albuterol "a demanda" y alendronato semanal
  - Se detectaron 3 interacciones graves y 5 interacciones leves
- Y hemos de considerar, además, las recomendaciones no farmacológicas:
- 14 recomendaciones (si las dietéticas se agrupan en una sola)
  - 29 recomendaciones (si la dietéticas se individualizan)
  - 1 visita "médica" semanal de promedio
  - 7 estudios complementarios/año

Todo esto supone un verdadero esfuerzo para los pacientes. Es lo que se ha empezado a llamar "la carga" del paciente. Los profesionales estamos acostumbrados a considerar lo que el paciente necesita basados en las GPC pero hemos de considerar, también, lo que el paciente quiere soportar y lo que el paciente puede soportar (Montori, 2013).

Las recomendaciones son apropiadas para cada uno de los problemas de salud pero, en conjunto:

- No siempre están coordinadas
- Es un problema alcanzar y mantener el grado de cumplimiento. La adherencia a los tratamientos disminuye con



el número, la duración, la complejidad de estos y con los efectos secundarios. En casos de prescripciones muy complejas, si el médico no hace esta priorización, será el paciente quien la haga, con mucha menos información al respecto

- Es preciso construir toda una organización alrededor de la atención sanitaria

Por todo esto Montori ha acuñado el concepto de la "Medicina mínimamente imperpetinente" que tiene en cuenta todos estos problemas. Para conseguirlo debe establecer la carga del tratamiento, coordinar la atención, mejorar el conocimiento clínico de la complejidad y la comorbilidad y priorizar la perspectiva del paciente.

## ¿Solución?

Ante la perentoria necesidad de disponer de guías adaptadas a los pacientes con varias patologías crónicas, la Sociedad Española de Medicina Interna, la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria y la Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria y Atención Primaria hemos elaborado un documento, revisado por expertos internacionales de reconocido prestigio, donde se realiza una propuesta metodológica sobre el abordaje de la comorbilidad y pluripatología por los grupos elaboradores de GPC. Se identificarán los conjuntos o *clusters* de enfermedades más prevalentes y Guía Salud, la agencia oficial de elaboración de GPC del Sistema Nacional de Salud, será la encargada de elaborarlas ■