

**R.E.A.P.**Red Española de
Atención Primaria**boletín**

Enero - Junio 2010

volumen 5 número 3

Apartado de correos nº 12
08230 Matadepera (Barcelona)
e-mail: secretario@reap.es

Redacción: Borja García de Bikuña Landa

Patrono
fundador de:Miembro de:  SESPAS
Sociedad Española de Salud
y Administración Sanitariawww.reap.es

Sumario:

- XV Jornadas de la REAP
- Reflexiones sobre Atención Primaria
- Cartas al director

Polimedicación ¿qué es eso?

Francisco Abal Ferrer. Comité organizador XV Jornadas de la REAP

Cuando se escribe sobre ella lo primero que uno nota es que el programa de tratamiento de texto lo subraya para decirnos que “no entiende” el término. Y esto es así porque es un término reciente, inventado, que usamos para describir el hecho de tener prescrito un alto número de medicamentos, que podríamos cifrar en 5 o más. Antes de esto se usaba de forma peyorativa aludiendo a aquellas prescripciones que eran superfluas. En todo caso cuando nombramos este término todos los profesionales pensamos en problema, enfermedad, interacciones, efectividad, cóctel, yatrogénica, hospital, miedo, incumplimiento y un sin fin de sensaciones negativas. Pero cuando reflexionamos un poco más ya vamos poniendo caras a esos “polimedicados” que conocemos y vemos en las consultas médicas, en las Oficinas de Farmacia y que seguimos en las consultas de enfermería. Nos acordamos de casos concretos y nos vamos dando cuenta de que no hay ni un solo día en que no tengamos que tratar con varios de estos pacientes. Es entonces cuando ponemos todo nuestro conocimiento para dar solución a aquello que, de entrada, era solo un problema.

En esta línea decidimos hacer unas jornadas sobre un tema que nuestro diccionario ni siquiera llega a definir pero que todos sabemos de qué estamos

hablando cuando trabajamos con una persona polimedicada. Siempre temerosos del resultado final porque no hay sanitario que no sepa que pese a poner los medios, la buena voluntad y el mejor conocimiento, todo puede torcerse. Para mejorar las probabilidades de éxito reunimos un grupo de distintos profesionales que, con entusiasmo, enseguida se unieron al Comité Organizador. Así tuvimos el reflejo de la filosofía de la REAP a pequeña escala, colaborando todas las profesiones de Atención Primaria para conseguir el objetivo.

Y las Jornadas que celebraremos en Gijón los días 4 y 5 de junio quieren ir desde lo más amplio a lo más cotidiano, tratando los diferentes puntos de vista de cada aspecto.

La conferencia inaugural nos planteará cómo los medios de comunicación influyen en nuestra salud y también en nuestras prescripciones y las demandas de los pacientes.

Seguiremos con una mesa en la que trataremos sobre la necesidad de los medicamentos, la seguridad, la yatrogenia y el comercio, debatiendo cuánto hay de cada una de ellas cuando vemos enfermos que usan medicación, a los que prescribimos, dispensamos y cuidamos.

Las competencias profesionales, los límites, los roces y los solapamientos

se verán en una mesa en la que cada uno expondrá su punto de vista sobre situaciones concretas de las que se plantean con frecuencia. Será interesante ver como nos enfrentamos a los distintos problemas o al mismo problema en distintas circunstancias.

Para acabar ya solo queda hablar de lo que se hace cada día con el paciente delante, las soluciones que aportamos casi sin darnos cuenta a los muchos problemas que nos plantean estos pacientes polimedicados. Veremos la sistemática de trabajo de distintos profesionales y una visión más amplia de los pacientes como ser único, no desintegrado en distintas patologías.

A tanta ciencia no le faltarán sus descansos, sus apasionados debates y, naturalmente su fiesta. Esta vez será una espicha, una fiesta típica asturiana cuyo nombre procede de la apertura de los barriles de sidra, espetando en un agujero hecho en el tonel un palo fino (la espicha) por el que sale la sidra para poder probarla. A eso hay que añadir la Ciudad, con la sede junto al parque de Isabel la Católica y al lado de la playa de San Lorenzo.

Con todo esto no creo que puedas quedarte en casa sin disfrutar de la reunión, de los debates y del ocio. Nos vemos en Gijón. Contamos contigo.



XV Jornadas de la REAP

Polimedicación: Solución o problema

4 y 5 de Junio de 2010
Hotel Tryp Rey Pelayo. Gijón

Comité Organizador y Científico:

Francisco Abal Ferrer
Ana Dago Martínez
Teresa Eyaralar Riera
Inmaculada López González
Marta Pisano González
Belén Prieto Carrocera
Roberto Quiroga Misis
M.^a Jesús Rodríguez Nachón
José Antonio Tarrazo Suárez
Emma Zardaín Tamargo

Secretaría Técnica:

GRUPO PACIFICO
Pº General Martínez Campos, 44 - 1º A-C
28010 Madrid - SPAIN
Tel: 902.10.34.96 - Fax: 93 238 74 88
E-mail: jornadasreap2010@pacifico-meetings.com

gijón

Asturias con sal



Viernes 4 de junio de 2010

- 15:00 **Entrega de documentación**
- 16:00 **Inauguración de las Jornadas**
- 16:30 **Conferencia inaugural:**
Medios de Comunicación y Salud
Sergio Gallego Riestra, Coordinador de responsabilidad patrimonial. Consejería de Salud, Principado de Asturias
- 17:30 **Pausa**
- 18:00 **Mesa redonda:**
Medicamentos: Entre la necesidad y el negocio
Moderador: Manuel Castro Dono.
El mercado de los medicamentos
Domingo Ojer Tsakiridu, *Médico de familia, Asturias*
Yatrogenias
Manuel Machuca González, *Farmacéutico de Oficina de Farmacia. Sevilla*
Lo que aporta la Industria Farmacéutica a la Sanidad
José Ramón Luis-Yagüe Sánchez, *Director Relaciones de Farmaindustria con las CCAA*
- 21:30 **Esquila (fiesta típica asturiana)**

Sábado 5 de junio de 2010

- 09:00 **Mesa redonda:**
Competencias profesionales en polimedicados
Moderador: Borja García de Bikuña.
Guillermo García Velasco, *Médico de Familia. CS Calzada 2. Gijón*
Maria Jesús Rodríguez García, *Enfermera EAP Infiesto. Asturias*
Benet Fité Novellas, *Farmacéutico de Oficina de Farmacia. Barcelona*
- 11:00 **Pausa**
- 11:30 **Mesa Redonda:**
Polimedicación: Soluciones para el día a día
Moderador: Luis Palomo
El reto de la atención al polimedicado desde la consulta médica
José Antonio Tarrazo Suárez, *Médico de familia, Centro de Salud Siero- Sariego, Asturias*
La comorbilidad en el paciente crónico: Un reto para la atención primaria
Luis M. García Olmos, *Médico. Unidad de Docencia e Investigación Gerencia de Atención Primaria. Madrid*
Aprende a usar tu medicación
Susana Sánchez Benito y Carmen Santano Vilchez, *Enfermeras. C.S. Quirinal. Avilés*
Evaluación del riesgo del paciente en la oficina de farmacia
M.^a Teresa Eyaralar Riera, *Farmacéutica de Oficina de Farmacia. Asturias*
- 13:30 **Entrega de becas de investigación de la REAP**
- 14:00 **Acto de Clausura**
- 17:00 **Asamblea de la REAP**



Alianzas estratégicas y racionalización de la política sanitaria

Andreu Segura Benedicto. Médico salubrista. Presidente de la junta directiva de SESPAS

Se ha dicho repetidamente que las crisis son también oportunidades. Pero tal vez porque hasta ahora mismo las capas medias y altas de la sociedad no se han acabado de enterar de la gravedad de la situación, y las fuerzas sociales y políticas tradicionalmente situadas a la izquierda no dejan de manifestar su empeño en la defensa de los derechos sociales de la población, la verdad es que van pasando delante de nosotros algunas oportunidades sin que les hinquemos el diente.

Una de ellas ha sido la de la célebre gripe pandémica que, debido a una serie de circunstancias raramente coincidentes, podría haber merecido gestos enérgicos de los gobernantes y de la oposición, en el sentido de asumir riesgos y evitar costes muy probablemente superfluos cuando no directamente dañinos. Pero no ha habido el suficiente coraje ni la necesaria lealtad para enfrentarnos racionalmente al problema. Nadie ha querido exponerse a pasar a la historia como el que no había hecho todo lo posible y lo imposible para conjurar el peligro que, al final, se ha revelado bastante menor que lo que se temía hace apenas un año.

Lo que ha comportado un obvio desprecio de la recomendación final de Archibald Cochrane en su excelente texto en defensa de la viabilidad del National Health Service en 1971 "Efectividad y eficiencia. Reflexiones aleatorias sobre los servicios sanitarios" donde precisamente arremete contra el planteamiento de hacer todo lo que se pueda y más, hasta el límite de lo imposible, puesto que, según él, esa es la mejor manera de poner en peligro la viabilidad de un sistema sanitario público.

A pesar de que, además, hacer todo lo posible y hasta más no exime en absoluto de los efectos adversos que acompañan inevitablemente a las intervenciones sanitarias, que, cuando el beneficio es tan incierto, no tienen ninguna justificación lógica. No solo porque cuesten dinero y esfuerzos, sino sobre todo por el daño que pueden hacer. Claro está que las autoridades sanitarias mundiales han ayudado poco, aunque la responsabilidad sea de cada cual en su territorio.

Sirva el ejemplo para ilustrar la dificultad que les supone a los gobernantes tomar

decisiones aparentemente impopulares. Aparentemente, porque una parte notable del consumo sanitario financiado públicamente es inapropiado. Lo que comporta que reducirlo no solo no sería una pérdida, sino un beneficio, en términos de salud claro. Ya que reduciría una parte de la iatrogenia, aquella más gratuita, la que es consecuencia de una indicación inadecuada.

Quizá resulte pues oportuno analizar el grado de impertinencia, en el sentido más literal, del consumo sanitario público, lo que puede resultar más fácil si, en una primera instancia, nos circunscribimos a la atención primaria debido a que está en el ojo del huracán y, excepto los servicios de urgencias, recibe las primeras demandas de atención de la población.

Una parte que algunos estiman en un tercio de las consultas tiene que ver con alteraciones en los estados de ánimo y de humor que, ni son patológicas ni, lo que es peor, pueden remediarse adecuadamente desde la consulta. La ansiedad que subyace a muchas situaciones de estrés, malestar y hasta somatizaciones no es más -- ni menos -- que una señal de alerta de que algo va mal, sea con el cónyuge, con el jefe, con los vecinos o vete a saber con quien. Una señal que nos estimula a considerar el problema y tratar de solucionarlo. Una señal que para que funcione debe ser perceptible y hasta molesta. Que desde luego es susceptible a los ansiolíticos, sean de farmacia, de bar o de estanco por lo que un uso juicioso en casos de extrema ansiedad podría ayudarnos a retomar las riendas, pero un uso indiscriminado solo sirve de anestésico y, naturalmente, al acabarse el efecto, los problemas no sólo siguen ahí, sino que probablemente hayan empeorado. Ahí tenemos pues una primera categoría de intervenciones manifiestamente reducibles.

Otra es el tiempo que se dedica a la prevención clínica, que además es demanda inducida y que fácilmente comporta una parte substantiva de la carga laboral asistencial de un equipo de atención primaria. Básicamente, la detección y el control de factores de riesgo entre los que destaca la hipertensión

arterial, las dislipemias, la osteoporosis, a veces incluso el consumo arriesgado de alcohol y otros comportamientos y situaciones.

El problema en este caso es que reducir la proporción de pacientes hipertensos, hipercolesterolémicos, o con exceso de peso, comporta un esfuerzo desproporcionado en horas de visitas, pruebas complementarias y prescripción de medicamentos -- con un grado de adhesión o cumplimiento bajo -- y unos resultados habitualmente frustrantes.

Mientras despilfarramos tiempo y dinero en las consultas, sudando además la gota gorda, no deja de aumentar la proporción de sedentarios y obesos en la población. Seguramente porque para modificar las conductas relativas a la actividad física y a la comida es imprescindible actuar sobre los determinantes sociales y ambientales de tales conductas. Cabe pues un cambio de planteamiento en el que, cuando menos, las actividades de prevención clínica sean complementarias pero no alternativas de las actividades comunitarias.

Lo que redundaría en una reducción de la oferta y la demanda asistenciales que debería orientarse hacia la comunidad, con la generación de otro tipo de actividades cuya dimensión económica está por explorar pero que en principio resultan potencialmente menos iatrogénicas que las sanitarias. Una contribución para aprovechar la oportunidad de la crisis que sintoniza con las peticiones de reorientación de los sistemas sanitarios que se proclaman desde la carta de Ottawa de promoción de la salud.

De ahí la conveniencia de alianzas entre estamentos sanitarios como el de la atención primaria y la salud pública y todavía mejor de las sociedades profesionales que representan las ideas, los propósitos y los intereses de los profesionales afiliados. Desde SESPAS el papel y la responsabilidad de la RED es grande para conseguir el concurso y la colaboración de grupos como el PACAP de la SEMFyC y de otros colectivos de la atención primaria, sean de médicos u otros profesionales sanitarios.



Expectativas y realidades en la Atención Primaria española española

Luis Palomo (Coord.). Edita: FADSP/ CCOO: Fundación "1º de Mayo" • Madrid: Ediciones GPS, 2010

La atención primaria española (AP) en los últimos treinta años ha pasado por una etapa de efervescencia, entre 1980-1995, y otra de estancamiento, desde 1996 y que continúa. En este periodo la AP no ha hecho crisis, si no que se ha instalado en la parálisis y ha cundido el desánimo entre los profesionales. Por el contrario, los políticos y gestores mantienen un discurso autocomplaciente (tenemos uno de los sistemas sanitarios mejores del mundo) y la población concede a la sanidad y a la AP una buena valoración en las encuestas de opinión que se realizan. Así pues, la tan debatida crisis de la AP es en realidad una crisis profesional, percibida, sufrida y puesta de manifiesto por los profesionales.

¿A qué se debe la crisis profesional en AP?

La propia evolución social se ha basado en el determinismo tecnológico y en la fascinación por la innovación, lo cual ha favorecido el crecimiento de la medicina hospitalaria, por el contrario la AP no ha recibido la financiación suficiente, ni los apoyos políticos, ni los cambios organizativos, ni las competencias clínicas necesarias para hacer frente al incremento de población protegida, a la burocracia, a la medicalización de la vida cotidiana y a la banalización y al crecimiento de la demanda, como consecuencia se ha producido frustración profesional.

A pesar de los innegables resultados obtenidos por la AP en algunos indicadores de salud y a la importancia de sus principios, si la AP no mejora su financiación, no incrementa su capacidad resolutoria y no gana prestigio social, se acabarán resintiendo la propia filosofía y los valores de la AP (accesibilidad, longitudinalidad, puerta de entrada en el sistema sanitario, continuidad asistencial, integralidad, hábil manejo de la incertidumbre, polivalencia profesional, capacidad anticipatorio); la AP no podrá cumplir con su misión de ser resolutoria y la visión de la AP como servicio universal se verá obstaculizada si no se incorporan las clases medias.

La crisis ética y profesional que vive la AP necesita cambios estratégicos basados en el liderazgo clínico, en la autonomía organizativa y en la coordinación socio-sanitaria. En este sentido, arrebatar hegemonía al hospital, asumiendo recursos clínicos y competencias profesionales para mejorar las prestaciones a los ciudadanos, es un paso necesario si AP quiere recuperar a las clases sociales influyentes y ganar legitimidad social.

Nuestra hipótesis es que la AP ganará prestigio social cuando sea capaz de proporcionar servicios eficientes y de calidad, que es tanto como procurar que el paciente reciba la atención adecuada, en el tiempo correcto, en el lugar apropiado y por profesionales competentes; y cuando la mayoría de la atención se produzca cerca del domicilio del paciente, reservando los hospitales para los procedimientos altamente especializados. La AP estará más cerca del liderazgo social cuando sea capaz de poner en marcha programas para afrontar las desigualdades de salud de manera sistemática y generalizada. La AP estará más cerca de la sociedad cuando sea capaz de trasladar responsabilidad y autonomía de decisión a cada vez más pacientes, y cuando consiga la complicidad de la población para organizarse y para funcionar.

Sobre la estructura del libro

Este libro trata de analizar la situación de la AP española tanto desde una perspectiva temporal, es decir: ¿Cuáles eran las expectativas que se depositaron en la reforma de la AP y a qué situación hemos llegado?; ¿Cuál ha sido la evolución de su financiación?, como desde un punto de vista conceptual, enfrentando perspectivas: el discurso comunitario frente al discurso clínico individual; la perspectiva salubrista frente a la perspectiva asistencial; las diferencias entre el hospital y la AP etc... , para ello hemos repartido los temas en tres partes que consideramos esenciales para entender la conflictividad actual de la AP. Por un lado, los capítulos relacionados con

financiación y gasto sanitario, con especial atención a las diferentes evoluciones del gasto hospitalario frente al de AP. Una segunda parte tiene que ver con la gestión de personal, también con especial atención a los distintos criterios de dotación e incentivación de AP y hospital. Finalmente, la tercera parte, abarca aspectos importantes de los valores de la AP, de la evolución del discurso comunitario y de la organización y planes de mejora en AP.

Algunos titulares para la reflexión profesional

A lo largo de sus 17 capítulos son muchas las ideas que pueden extraerse para provocar el debate colectivo. Por referirnos a los contenidos más próximos para los lectores del Boletín REAP, podemos destacar el análisis de la financiación sanitaria que hace M. Sánchez-Bayle, para quién el presupuesto sanitario español podría incrementarse entre 0,5 y 1 punto sobre el PIB, y que debería tener carácter finalista. J. Simó, al comparar la financiación entre hospital y AP, concluye que entre 1995 y 2006 la participación de la AP en el gasto sanitario público se reduce 12 veces más que la participación de la especializada; que en términos reales y per cápita, el gasto en atención especializada crece un 36% más que el de primaria y el gasto en personal de atención especializada crece un 44% más que el de personal de atención primaria; que las regiones más envejecidas gastan más per cápita en atención primaria ($r=0,401$, $p=0,110$) y en fármacos ($r=0,492$, $p=0,045$) pero no más en atención especializada ($r=0,144$), y que entre 1995 y 2006 se constata un hospitalocentrismo presupuestario en el sistema sanitario público en detrimento del presupuesto de atención primaria, especialmente notable en las regiones más ricas y en el gasto de personal.

Para B. González-López Valcárcel, que escribe sobre la utilización de tecnologías en AP, la mejora en la capacidad resolutoria pasa por cambios organizativos que incluyen financiación capacitativa y soluciones

novedosas de integración y coordinación asistencial. Y los estudios requieren de sistemas de indicadores de resultado final de los que carecemos. L. Girona nos recuerda que el incremento de la factura farmacéutica de los medicamentos dispensados en oficina de farmacia es de un 5-7% interanual (debido a las políticas de contención del gasto), mientras que los dispensados en hospitales crece un 13%. P. Barber explica el déficit de especialistas en MFyC como resultado de un exceso de demanda, pero también por una restricción sistemática de la oferta: casi un 14% de las plazas MIR ofertadas de MFyC quedaron vacantes en 2007, y el 58% de las plazas de formación “abandonadas” son de MFyC. J. García-Gil analiza la necesidad de servicios de enfermería a partir de la dependencia, la fragilidad y la vulnerabilidad.

En relación a los incentivos MA. Ripoll y L. Palomo advierten de la posibilidad de que con los incentivos se puedan producir inequidades, porque se ejerza más presión sobre los pacientes más vulnerables (pobres, incultos) que sobre los que hacen un uso más autónomo de los servicios. Para A. del Pozo, que escribe sobre el sindicalismo y las organizaciones profesionales sanitarias, hay que “construir un bloque intelectual y moral” que haga políticamente posible un progreso intelectual conjunto y de clase, y no solo de escasos grupos de élite sujetos a intereses de “grupos de presión conservadores y en defensa de privilegios y prebendas”. Para D. Reverte y M. Reviriego la formación troncal especializada debe favorecer la continuidad asistencial en el itinerario de cada paciente y la coordinación externa e interna en los diferentes ámbitos y equipos sanitarios.

El declive de los discursos comunitarios en la reestructuración de la AP, es el título del capítulo que escribe J. Irigoyen, para quien la presencia de los discursos comunitarios provenientes del modelo salubrista se debilita progresivamente por la preponderancia del desarrollo de una reforma neoliberal. La AP es sensible a los impactos del consumismo desbocado, de las desigualdades sociales y los efectos perversos de las actuales ecuaciones vigentes entre el mercado y el estado, de forma que cualquier reestructuración futura se encuentra obligada a retomar la salud comunitaria y sus elementos constitutivos.

Los valores clínicos prácticos del médico general/de familia, lo analizan J. Gervás y E. Serrano, para quienes el control de la incertidumbre, el empleo prudente del tiempo, la accesibilidad, la polivalencia y el rechazo a la “tiranía del diagnóstico” son valores para el propio médico, para

los enfermos y sus familiares, para la población y para el conjunto de la sociedad. La Asistencia sanitaria y autonomía del paciente es el artículo que escribe A. Jovell. Por su parte, L. García-Olmos, al escribir sobre la derivación como moneda de cambio en la relación entre AP y hospitalaria, concluye que la falta de comunicación entre médicos generales y especialistas entorpece el diagnóstico, ocasiona visitas innecesarias y repetición de pruebas diagnósticas, en consecuencia encarece la atención, dificulta la continuidad, incrementa la polifarmacia y produce insatisfacción en el paciente que tiende a perder la confianza en los médicos que le atienden.

C. San José recuerda las necesidades de la AP treinta años después de Alma Ata; J. González-Medel las diferencias entre la provisión pública y la privada de servicios de AP, recordando que en los modelos privados (EBAs y similares), la eficiencia presupuestaria, calidad y efectos sobre la salud de la población es similar a los de los modelos públicos tradicionales, y los datos publicados solo apuntan a una mayor satisfacción con el sueldo, pero no con las condiciones laborales, entre los profesionales, de manera que la carga de trabajo entre el personal no facultativo es mayor que en los dispositivos no EBAs, y que, en el caso de la Comunidad de Madrid, el presupuesto de gasto sanitario que se dedica a la AP no llega al 12% con respecto al total del gasto sanitario que la Comunidad dedica a la Sanidad Pública, cifra inferior en un 26% a la media de lo

que dedican las otras Comunidades del Estado.

Finalmente, respecto a los numerosos planes autonómicos de mejora de la AP que se han puesto en marcha, M. Martín-García encuentra que la mayor parte de los acuerdos de mejora de la AP autonómicos cuentan con un moderado respaldo profesional, aunque en general la participación se puede considerar escasa; que no hay grandes avances en la cesión de autonomía a los centros de AP. Es preciso desarrollar instrumentos para garantizar la participación ciudadana en AP con capacidad de planificación, decisión y control de los resultados, y que se necesitan establecer criterios comunes para dar autonomía a los centros de AP, evitando el incremento de la desigualdad, la irracionalidad o la privatización de los servicios.

En el fondo, en este libro subyace un intento de confrontar dialécticamente realidades contrapuestas, tanto en intereses como en organización y filosofía profesional. La organización asistencial es muy diferente en AP y en el hospital; también la forma de ejercer; la dotación de recursos; la penetración y la difusión de tecnologías; el gasto farmacéutico; la formación de especialistas; la fuerza de uno u otro nivel asistencial en la representación social y profesional; el compromiso con los contenidos salubristas y comunitarios; los mecanismos de incentivación, etc, etc ..., por eso es tan complicado aspirar a un entendimiento, por más que el mantra de la coordinación esté en boca de todos, y por eso hemos destacado cómo incrementar la fortaleza de la Atención Primaria.





Cartas al director

Enrique Aramburu Araluce. Farmacéutico comunitario de Plentzia (Bizkaia) Diplomado en Sanidad

Vaya por delante manifestar que con estas observaciones no pretendo abrir un debate ni mucho menos sentar cátedra, nada más lejos de mi intención. La pregunta se podría formular de la siguiente manera: ¿se es mejor profesional sanitario dando prioridad a la ciencia o a la conciencia? Ya sé que planteadas las cosas de esta manera resulta un tanto pueril, pero es necesario formularla siempre y cuando alguien las pone en contradicción y las hace excluyentes, hasta el punto que dudan que la toma de decisiones que un colega asuma, pueda estar basada en criterios de ciencia y de conciencia dosificadas a partes iguales.

Atendiendo al significado de las palabras, por conciencia se entiende el *“conocimiento que el espíritu humano tiene de su propia existencia, de sus estados y de sus actos”* y, por qué negarlo, a nadie se le ocurre dejar su conciencia colgada en el perchero como se abandona la boina cuando se entra en la farmacia, en el laboratorio, en la consulta o en el quirófano. Forma parte de lo más íntimo de

mí mismo y salvo que, voluntariamente o no, la vaya narcotizando, estaré dispuesto a defenderla aún con la propia vida, hasta el punto que la historia nos asegura que ni cárceles ni torturas ni campos de concentración han sido capaces de aniquilarla.

Sólo cuando la conciencia es, no el único pero sí, verdadero criterio de actuación profesional, el respeto a la libertad de conciencia del otro está garantizado. Quien quiera imponer sus criterios a los demás basándose en su propia objeción de conciencia es un necio o un tirano.

A partir de 1889, Don Miguel de Unamuno participaba en las tertulias estivales que organizaba mi abuelo en su rebotica de pueblo. Eran tiempos de profunda crisis filosófica y vertiginosos avances científicos, y ambos saberes se necesitaban mutuamente y los tertulianos sabían que su conocimiento alumbraba solo parte de la escena. D. Miguel dejó escrito: “la cuestión humana es la cuestión de saber qué habrá de ser de mi conciencia,

de la tuya, de la del otro y de la de todos, después de que cada uno de nosotros se muera” y, seamos sinceros, estos o parecidos planteamientos nos hacemos todos. Nadie con un poco de honestidad desvía sus propias responsabilidades endosándoselas al poder establecido. Hitler, a quién no le faltaban motivos científicos para desarrollar sus proyectos, murió y con la experiencia de su régimen toda la humanidad aprendió, a un altísimo precio, lo que significa la usurpación colectiva de las conciencias individuales.

La Real Academia de la Lengua Española propone otra acepción del término conciencia: “conocimiento exacto y reflexivo de las cosas” ¿Por qué se ha roto el fecundo y necesario diálogo entre los diferentes conocimientos de la realidad? En nuestro caso, me da pánico pensar que pueda deberse a la presión ejercida por una mercantilista y desalmada escala de valores en la que todo el sistema sanitario se halla inmerso.



Problemas relacionados con medicamentos y sospecha de malnutrición. Una hipótesis de trabajo

M^a Teresa Eyaralar Riera. Farmacéutica de Carbayín Alto

Es frecuente que las personas mayores presenten varias enfermedades crónicas simultáneamente que pueden influir en el estado nutricional y problemas de salud agudos que pueden interferir con la digestión y la absorción de los nutrientes o que producen anorexia. Cuanto mayor es el número de enfermedades que padece una persona, mayor es su probabilidad de padecer alteraciones nutricionales tanto por la enfermedad como por los tratamientos recibidos.

Es importante por tanto no perder de vista la situación nutricional del

paciente cuando se evalúa riesgo por medicamentos. Asimismo los vómitos y la dificultad en la ingesta pueden condicionar la administración de los medicamentos, teniendo que recurrir en ocasiones a cambios en la forma farmacéutica o de la vía de administración; a la manipulación de la misma e incluso a la administración por sonda nasogástrica.

Caso

Varón de 82 años, conocido en la farmacia, a tratamiento para enfermedad

coronaria (IAM inferior antiguo), diabetes 2 e hipertrofia benigna de próstata. Vive solo y es autónomo.

En Abril 5-04-2010 hasta el 9-04-2010 ingresa por disnea. Se diagnostica arritmia cardíaca por fibrilación auricular, hipertrofia del ventrículo izquierdo leve e insuficiencia aórtica leve, enfermedad coronaria de dos vasos.

Tratamiento al alta hospitalaria HIBOR 3.500, Digoxina (5/7), Carvedilol 6.25 (½-0-½), Metformina (1-0-1), Continuará con: Diafusor 15, Pravastatina 40, Unibenestan, Clopidogrel, Omeprazol.

Suspenden Atenolol que usaba antes del ingreso así como Glicazida.

Reingresa (10/04/10 a 15/04/10) por disnea y dolor torácico con nuevo diagnóstico: síndrome coronario agudo con mínima elevación de troponina e insuficiencia cardíaca secundaria.

Al alta hospitalaria se producen los siguientes cambios en su tratamiento: iniciar **furosemida** (1/24 h), aumentar dosis de **carvedilol** (1-0-1), disminuir **Digoxina** (1 días alternos), **Lansoprazol** 1/24 h). Resto de tratamiento igual.

Desde el primer ingreso la familia manifiesta que no come nada, tiene diarrea y náuseas que en principio relacionamos con la metformina por lo que se recomendó disminuir dosis.

Datos analíticos disponibles

Urea, sodio y potasio normales.
Digoxinemia 2 ng/ml (10/04/10)

Filtrado Glomerular 68 ml/minuto (2/04/10).

A raíz del primer ingreso pasa a ser dependiente, está encamado, es atendido por una persona ajena a su entorno, y su situación en términos de salud empeora.

Situación que lleva a sospechar riesgo por uso de los medicamentos

A fecha 7/05/2010 las náuseas persisten recibiendo tratamiento con Primperan, la falta de apetito y la dificultad para tragar son importantes, está encamado y desasosegado por lo que le prescriben Tranxilium 5.

Ingesta alimentaria diaria: 200cc de leche y 4 galletas en el desayuno; un actimel y una pera en la cena.

Sospechas

- Puede haber un estado de malnutrición que afecte a
 - Iones
 - Niveles bajos de potasio pueden aumentar impregnación digital (1)
 - Niveles bajos de sodio se pueden ver incrementados por uso de Furosemida (2)
 - Niveles bajos de potasio pueden verse incrementados por uso de Furosemida
- Los medicamentos que a su vez pudieran conducir a un estado de mala

nutrición.

- Digoxina: náuseas, falta de apetito, pérdida de peso, potencia la pérdida de magnesio.
- Diuréticos: aumentan la pérdida de agua, sodio, potasio y magnesio.
- Antiácidos: Disminuye la absorción intestinal de hierro, vitamina B1, vitamina B12.
- Metformina provoca reducción de peso, sensación de plenitud y pérdida de apetito.
- Pudiera haber manifestación de interacciones.
 - Carvedilol aumenta las concentraciones de digoxina. Deben realizarse controles tanto al inicio de tratamiento como en los cambios de dosis (3).
 - Lansoprazol puede disminuir eliminación de Digoxina.
- Pudiera ser manifestación de efectos adversos (astenia, náuseas, vómitos) Metformina, Digoxina, Carvedilol y Lansoprazol.

Medidas que ayudarían evaluar la situación

	Intervención en consecuencia
Si hubiera desnutrición	Pruebas albúmina, transferrina, prealbumina, retinol unido a proteínas
Control de anemia	Complementos nutricionales
Si fuese RAM a Metformina	Antidiabético oral que minimice los riesgos de hipoglucemia por no estar garantizada la ingesta homogénea de Hidratos de Carbono: Repaglinida
Si fuese RAM Digoxina (1)	Digoxinemia. Por encima de 2 ng/ml es riesgo Ajuste dosis de Digoxina
Si estuvieran afectados iones y estos a su vez fueran la causa de los síntomas	Control de Na y K Evaluar uso de Furosemida y aportes de potasio
Si estuvieran afectadas las vías de eliminación de los medicamentos	Filtrado Glomerular, pruebas hepáticas
Otros controles	Frecuencia cardíaca y manifestaciones electrocardiográficas de toxicidad por digoxina (1) Control de la glucemia fundamentalmente por el riesgo que suponen en este paciente las hipoglucemias

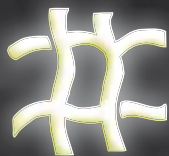
(1) Factores que afectan a la digoxinemia. Digoxina se une de 5 a 60% a proteínas plasmáticas y se distribuye ampliamente en tejidos (la desnutrición puede afectar a las proteínas y por tanto al ajuste de dosis de los medicamentos). Las concentraciones en sangre de Digoxina aumentan durante la inmovilización, con disminución de la masa corporal. Alteraciones en los niveles de potasio afectan a la seguridad de la digoxina.

(2) La hiponatremia se puede manifestarse con náuseas, vómitos, pérdidas de apetito, alteración de la conducta

(3) Después de la administración concomitante de carvedilol y digoxina, las concentraciones basales mínimas de digoxina se incrementan. Se recomienda monitorizar los niveles de digoxina al iniciar, ajustar o interrumpir la terapia con carvedilol

Propuesta de Intervención Farmacéutica:

- Sopesar el ajuste de la dieta mediante complementos nutricionales podría suponer una mejor evolución de los problemas de salud y una respuesta más segura y eficaz al tratamiento
- Cambiar Metformina por repaglinida o por glicazida (solo si la ingesta de HC es adecuada)
- Asegurar aporte de potasio si se mantiene furosemida 1/24 h
- Evaluar dosificación de Digoxina
- Mantener Primperan mientras continúen las náuseas para evitar el esfuerzo que conllevan, garantizar la administración correcta del tratamiento, prevenir malnutrición.

**R.E.A.P.**Red Española de
Atención PrimariaApartado de correos nº 12
08230 Matadepera (Barcelona)
e-mail: secretario@reap.es

Enfermería en Atención Primaria

M^a Jesús Rodríguez Nachón. Enfermera del Centro de Salud de Pola de Siero. Asturias

Muchos han sido los artículos sobre el papel de la Atención Primaria, las funciones de los diferentes colectivos, las expectativas no logradas, las posibles reformas y alternativas, propuestas de mejoras, etcétera. La ilusión con la que muchos profesionales abrazaron la Atención Primaria se ha visto mermada por infinidad de piedras en el camino: burocratización, masificación, falta de incentivos y prestigio social, poca implicación de la Administración...

El trabajo en equipo también se cayó del caballo de la utopía y los peores presagios afloraron en los enfrentamientos entre colectivos. Aquello de la puerta de entrada al Sistema Sanitario suena muy bien, pero desde el momento en que se le sigue otorgando el papel protagonista a la Atención Especializada, algo chirría. De lectura obligatoria para todos los gestores (macro, meso y micro) deberían ser los libros de Barbara Starfield.

Desde el Real Decreto 137/84 sobre estructuras Básicas de Salud hasta la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS) la Enfermería ha hecho un largo camino en los Equipos de Atención Primaria. Y aún así se desconoce (también entre el colectivo enfermero) el potencial que puede ofrecer el trabajo o "producto" enfermero. En algunos países, sobre todo anglosajones, ya se han beneficiado de un modelo en el que la enfermera de primaria ejerce sus competencias con autonomía y responsabilidad. Desde la Organización Mundial de la Salud y la Unión Europea se propone potenciar la autonomía del colectivo enfermero de Atención Primaria adquiriendo las competencias necesarias para definir los objetivos precisos en la atención del ciudadano como individuo, miembro de una familia y de una comunidad. Es decir, resulta imprescindible la implantación de la Especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria

Desde el marco normativo de la LOPS se podría reflexionar sobre la atención que Enfermería presta actualmente en el Equipo de Atención Primaria (EAP):

"Corresponde a los Diplomados universitarios en Enfermería la dirección, evaluación y prestación de los cuidados de Enfermería orientados a la promoción, mantenimiento y recuperación de la salud, así como a la prevención de enfermedades y discapacidades" (LOPS. Art.7.2.a).

La singularidad del trabajo enfermero dentro del Equipo de Atención Primaria (EAP), su responsabilidad, es el cuidado de la población que atiende y sobre todo el fomento del autocuidado, con lo que supone en el cambio en las funciones y responsabilidades de la Enfermería de Atención Primaria, apelando a la remodelación del trabajo para facilitar la toma de decisiones responsable, promocionando la salud y los estilos de vida saludables. Frente a la medicalización creciente del modelo, proponemos el empoderamiento de los ciudadanos.

Esta singularidad se ha visto refrendada por el desarrollo científico de la profesión y la utilización de la metodología enfermera del cuidado (NANDA, NO, NIC) así como el uso de Patrones Funcionales de Salud que permiten hacer una valoración integral del individuo y los cuidados requeridos desde un punto de vista holista.

Es bien sabido que el trabajo de Enfermería se desarrolla tanto en el centro como en el domicilio y en la comunidad. Desde la función clínico-asistencial las consultas que se atienden pueden ser a demanda, programadas o urgentes con una atención directa al usuario y una organización de la agenda y del tiempo de trabajo en el marco de la organización general del EAP. Se realizan actividades de promoción, prevención y rehabilitación que se haría muy largo enumerar y no es el propósito de este artículo. Asimismo se forman Grupos de Educación para la Salud fomentando los hábitos saludables en diferentes ámbitos como una de las principales estrategias para potenciar el autocuidado. La participación comunitaria se perfila como otro de los pivotes del trabajo en Atención Primaria, desarrollando actividades en y con la comunidad y en conexión con las administraciones públicas, asociaciones

y colectivos, priorizando actividades de promoción y prevención. Las Carteras de Servicios contemplan la atención de salud al niño, al adolescente, al adulto con servicios específicos a la mujer, al anciano, al enfermo inmovilizado, al final de vida. Pero el peso de las actividades de promoción y prevención en la Cartera de Servicios suele ser ínfima.

Es frecuente que el trabajo de Enfermería no se vea reflejado en la medida de indicadores, produciendo un enorme sentimiento de frustración e invisibilidad. Las herramientas informáticas de registro no miden resultados en función del diagnóstico enfermero ni del grueso de las actividades que se realizan "en la sombra".

Volviendo con Barbara Starfield, recuerdo una anécdota que contaba sobre un paciente que después de recorrer varias consultas de especialistas deseaba ardientemente alguien que le organizase la información y le guiase en aquel laberinto. Pues bien, la enfermera familiar y comunitaria es la persona más cercana al paciente que ejerce de puente entre el sistema y el ciudadano, sobre todo ante la creciente demanda de personas dependientes en nuestra sociedad. La Gestión de Casos es una de las funciones que demanda una nueva y acuciante situación social.

Como decía, en otros países han descubierto las ventajas de la enfermera comunitaria como puerta de entrada al sistema sanitario, ejerciendo de filtro y asumiendo la atención de ciertas patologías crónicas con buenos resultados y alta satisfacción de los usuarios. Me consta que en algunas consultas se realiza pero se necesita un consenso y respaldo institucional. Tal vez el paso dado con la prescripción enfermera sea una apuesta hacia este camino

En el reconocimiento de la multidisciplinariedad de la Atención Primaria está su fortaleza y la Enfermería Familiar y Comunitaria tiene mucho que ofrecer, fomentando la formación e investigación en el marco de la gestión de los Equipos de Atención Primaria.

RED ESPAÑOLA DE ATENCION PRIMARIA

Junta Directiva

Presidente: Luis Miguel García Olmos

Vicepresidente y Tesorero: Borja García de Bikuña Landa

Secretaría: Meritxell Boquet Figueras

Vocal de Medicina: Francisco Abal Ferrer

Vocal de Farmacia: Teresa Eyaralar Riera

cómo escribir en el boletín Las colaboraciones las podéis enviar a: e-mail: borjagv@farmacia.euskalnet.net

Dépósito legal: BI-2573-92 / Diseño: agenciaDOSMEDIA / Imprime: Vascograf