

Cuadernos publica el siguiente artículo como una contribución original que procede de la práctica de la Atención Primaria entre nosotros y que describe y analiza un aspecto poco reconocido, y sin embargo importante, de dicha atención. Invitamos a otros actores del sector público de la salud a seguir comunicando experiencias concretas cuyo conocimiento ayudará a mejorar la calidad de las prestaciones brindadas a la población.

Horas de recetas: cómo atender a una ficha

Prescription sessions: when your patient is just his file

Dra. Francisca Morales J.¹

Resumen

Se describe la práctica, existente en centros de salud del sector público, de pedir a los médicos que firmen la prescripción para continuar entregando determinados medicamentos –en el caso benzodiazepinas– a pacientes crónicos, aún en ausencia de éstos. La causa es la carencia de suficiente tiempo de médicos. Se describen los posibles riesgos asociados a esta práctica y se proponen conductas adecuadas para diversos casos. Se debería investigar la prevalencia del problema y sus características específicas en el universo de la atención primaria.

Palabras clave: hora de recetas; falta de horas médicas; atención primaria; benzodiazepinas

Abstract

In health clinics of Santiago, doctors are sometimes requested to sign prescriptions for the continuation of therapy, even in the absence of the patients. This is due to the lack of doctors' time. Possible risks associated to this situation are described, as well as appropriate measures. The prevalence of such "prescription sessions" in primary health care should be investigated.

Key words: prescription sessions; lack of physicians; primary health care; benzodiazepines

ANTECEDENTES

En la Atención Primaria de Salud (APS), los médicos se ven enfrentados diariamente a una gran carga de morbilidad psiquiátrica. La mayoría de las veces, los pacientes consultan por síntomas como cefaleas, insomnio, lumbagos crónicos, síndrome de hombro doloroso, y otros, que enmascaran cuadros depresivos o ansiosos. Esto se observa particularmente en las comunas perifé-

ricas, marcadas por la pobreza, la violencia intrafamiliar, la delincuencia y la soledad de los adultos mayores.

La creación del Programa de Salud Mental, permite destinar tiempo específico para la atención de estos pacientes, con menor exigencia de rendimiento a cambio de una instancia para conversar y ofrecer herramientas al paciente que sufre. Pero lamentablemente, existe un problema que no sólo ocurre en este programa, sino una

Recibido 02/05/2012. Aceptado 15/05/2012

1 Residente de Medicina Interna en el Programa de Formación de Especialistas Básicos para la APS del Ministerio de Salud y la Universidad de Chile.- Hospital Barros Luco Trudeau y Centro de Salud Familiar Clara Estrella, Lo Espejo.

situación que, según la información de muchos médicos, es prácticamente una constante dentro de los consultorios: la falta de horas médicas para los pacientes.

El problema: descripción

En algunos consultorios existen horas destinadas exclusivamente para la prescripción de recetas, donde se reciben entre 9 a 11 fichas y el médico debe transcribir los medicamentos utilizados, mayoritariamente benzodiazepinas, y hacer la receta retenida hasta para 3 meses. Por ejemplo, hubo una ocasión en que un médico recibió 9 fichas para hacer la receta de diazepam correspondiente; de ellos, 6 eran pacientes sobre los 65 años y todos, salvo un paciente con diagnóstico de epilepsia, eran del programa de Salud Mental.

¿Qué pasa específicamente en los adultos mayores? ¿Qué sucede cuando el médico tiene que realizar una receta de clonazepam o algún similar, no a un paciente, sino a la ficha de alguien de 70 años? Esto implica desconocer la sintomatología actual, el desarrollo de síntomas de dependencia, el grado cognitivo del paciente, entre otros elementos fundamentales para el manejo de la patología. Esta práctica, recurrente en varios consultorios, nace de una carencia severa de horas médicas, porque el fin de estas horas es evitar que los pacientes queden sin tratamiento, pero muchas veces se convierte en un espiral de malas prácticas hasta, eventualmente, en iatrogenia.

En Chile en el año 2002, los adultos mayores de 60 años llegaban a los 1.717.478 habitantes, formando el 11,4% de la población general (1). La prevalencia de depresión en este subgrupo de pacientes se estima entre un 2 a 6%, con cifras hasta un 7,3% según la Encuesta de Protección Social del año 2004 (2). Otra causa frecuente de uso de benzodiazepinas es el trastorno del sueño, que en Chile alcanzaría prevalencias entre el 12 y 40% (3) dentro de la población mayor de 65 años. Esto explica por qué este grupo de fármacos se encuentra entre los de mayor consumo, siendo utilizado hasta por un 12,8% de pacientes mayores, luego de vitaminas y sales minerales (4).

El problema: implicaciones. Riesgos

Las benzodiazepinas pueden ser una buena herramienta en el manejo de pacientes con depresión, como

describe el meta análisis del grupo Cochrane en el año 2003, el cual concluye que en muchos estudios se observa mejor adherencia y respuesta al tratamiento precoz cuando se combina el antidepresivo con un ansiolítico (5); pero también describe que luego de 4 o más semanas, un tercio de los pacientes tratados tendrá síntomas de dependencia (6). Es fundamental considerar que dentro del grupo de pacientes que ya desarrollan síntomas de dependencia, solo la mitad podrá interrumpir con éxito el tratamiento ansiolítico con una benzodiazepina (7).

Dado el perfil particular que tienen los adultos mayores, se deben considerar otros efectos adversos, específicos de este grupo poblacional: mayor riesgo de caídas, particularmente de fractura de cadera (8), trastornos cognitivos como somnolencia y ataxia (9), interacciones farmacológicas y mayor frecuencia de reacciones adversas a medicamentos, debido a la metabolización hepática de estos fármacos en el citocromo p450, como ocurre con alprazolam, clonazepam, y diazepam (10). Este fenómeno es de particular importancia dada la alta frecuencia de polifarmacia en estos pacientes.

También se han descrito efectos adversos y patologías asociadas al consumo crónico de estos medicamentos, como depresión, la ya mencionada dependencia y abuso de estos fármacos, síndrome de abstinencia asociado a la suspensión, síndrome pseudodemencial e insomnio de rebote (11).

Si bien el meta análisis de Cochrane concluye que se deben sopesar las ventajas y desventajas del uso de benzodiazepinas en el manejo de la depresión, en el caso de los adultos mayores hay que ser particularmente cuidadosos en su prescripción.

Por lo tanto, hay que considerar dos condiciones fundamentales: primero, que la patología psiquiátrica es prevalente y diferente en el adulto mayor, tanto por la sintomatología como en su manejo. Según estudios de la OMS, el 25% de los pacientes sobre 75 años tienen algún trastorno psiquiátrico, y dentro de éstos, el más frecuente es la depresión (12). Además, hay que considerar que este problema se incrementará dado el aumento de la esperanza de vida. Y segundo, que existen otras medidas, incluidas las no farmacológicas, que se pueden utilizar en el manejo de estos pacientes.

PROPUESTAS

No puede existir un "horario destinado a ver fichas": esto degrada la *lex artis* de la medicina, mantiene el círculo vicioso de las recetas sin evaluar el cumplimiento de las metas terapéuticas y facilita la dependencia en estos pacientes. Considerando los riesgos descritos, puede ser hasta un acto iatrogénico, que es inaceptable en el quehacer médico.

La labor entonces, es considerar a todo el equipo de salud para lograr una diferencia:

- Incluir mayor disponibilidad de médicos dedicados específicamente a los adultos mayores, ya que son un subgrupo vulnerable que debe tener cuidados especiales. Realizar un diagnóstico apropiado y un manejo farmacológico concordante a lo descrito, descartando todas las causas secundarias de patologías psiquiátricas (infecciones, delirium, fármacos, patología tiroidea u oncológica).
- Apoyo psicológico y terapias grupales a cargo del equipo de psicólogos de los Centros de Salud. Apoyo en duelos, viudez y aceptación de enfermedades.
- Estimulación motora y autocuidado físico, a cargo de los kinesiólogos.
- Creación de instancias de apoyo tanto a los pacientes como a sus cuidadores, que sufren de mayor riesgo de trastornos ansiosos y/o del ánimo comparado con el resto de la población. El medio del paciente es parte fundamental de la patología psiquiátrica, por lo que se debe dar importancia a estos antecedentes. Esto puede requerir el apoyo de asistentes sociales.

Es fundamental la educación a los pacientes. El médico va a encontrar inevitablemente a pacientes ya dependientes de estos fármacos, los que muchas veces pueden ser insistentes y hasta agresivos, pero no debe dejar que estos factores sean el estímulo para la solución fácil de dar otra receta por un mes más. Además, se deben instaurar protocolos de retiro progresivo de benzodiazepinas como parte no sólo del programa de Salud Mental, sino en todas las instancias en que se

reconozcan la dependencia o el uso inadecuado de estos fármacos.

En los casos de trastornos del ánimo que requieran usar fármacos, se debe preferir en el adulto mayor antidepresivos con perfiles seguros como la venlafaxina y mirzapapina. Dentro de los inhibidores de recaptación de serotonina, evitar la fluoxetina por su alta vida media o utilizarla en dosis más bajas (13). Si se requiere usar benzodiazepinas, evitar prescripciones innecesarias, preferir períodos cortos de tratamiento, bien definidos y evitar las de vida media corta, que producen mayor dependencia (alprazolam, lorazepam) (14).

Se debe insistir en la fiscalización de la venta de estos fármacos, ya que es de conocimiento popular su disponibilidad en ferias libres a precios módicos, y dado que un porcentaje no despreciable del consumo es por automedicación, describiéndose hasta en el 28,9% de los pacientes (15).

Dentro del manejo del insomnio, preferir antihistamínicos y trazodona. Los hipnóticos (zolpidem, zopiclona) se pueden usar en casos de insomnio agudo, idealmente por períodos intermitentes y menores de 4 semanas, advirtiendo al paciente del posible insomnio de rebote (16). El uso de estos fármacos se asocia a los mismos riesgos descritos previamente para las benzodiazepinas, por lo que no debe crear una falsa seguridad (17). Se debe insistir en la higiene del sueño con medidas tan simples como mantener horarios de descanso, evitar siestas y estimulantes (cafeína, nicotina), además de técnicas de relajación y adecuado manejo del dolor.

CONCLUSIÓN

Las medidas propuestas buscan reducir el número de pacientes usuarios de benzodiazepinas e intentar de manera clara, mejorar la calidad de vida de los adultos mayores. Los médicos y los otros responsables de la APS deben ser insistentes en evitar caer en situaciones aberrantes como la "hora de recetas" que aparece como una solución de parche de un problema serio, sino tomar una actitud activa en su resolución.

Es importante llegar a conocer la magnitud que pueda tener el problema descrito en el universo de la APS y en

el área de cada servicio de Salud. A ello deben contribuir los equipos de los centros de Salud. Esta cuantificación contribuiría a la estimación de la cantidad y tipo de profesionales que hace falta para eliminar la "hora de recetas".

CONFLICTOS DE INTERESES: NINGUNO.

REFERENCIAS

1. Morales I, Villalón J. Chile y los adultos mayores, impacto en la sociedad. Departamento de estadísticas demográficas y sociales. Instituto Nacional de Estadísticas, 2000.
2. Departamento de Estudios y Desarrollo. Documento de trabajo: Perfil Epidemiológico del Adulto Mayor en Chile. Superintendencia de Salud, MINSAL. Octubre 2006.
3. Brabbins CJ, Dewey ME, Copeland JR, Davidson IA, McWilliam C, Summers P, Sharma VK, Sullivan C. Insomnia in the elderly: prevalence, gender differences and relationships with morbidity and mortality. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 1993;8(6):473-480.
4. Domecq Jeldres, C., Belmar Herrera, A. Atención Primaria de Salud: Perfil de Uso de los Medicamentos en Adultos Mayores. *Acta Farm. Bonaerense* 14 (2): 99-106 (1995).
5. Furukawa TA, Streiner DL, Young LT. Antidepresivos y benzodiazepinas para la depresión mayor (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
6. Noyes RJr, Garvey MJ, Cook BL, Perry PJ. Benzodiazepine withdrawal: a review of the evidence. *Journal of Clinical Psychiatry* 1988;49(10):382-9.
7. Rickels K, Schweizer E, Case WG, Greenblatt DJ. Long-term therapeutic use of benzodiazepines. *Effects of abrupt discontinuation. Archives of General Psychiatry* 1990;47(10):899-907
8. Gac E, Homero et al. Falls in institutionalized elderly subjects: Features and geriatric assessment. *Rev. méd. Chile [online]*. 2003, vol.131, n.8, pp. 887-894
9. Lantz MS. Chronic benzodiazepine treatment in the older adult: Therapeutic or problematic? *AAGP Psychiatry Rounds*. 2004;12(5):21-23.
10. Oscanoa, T. Interacción medicamentosa en Geriatria. *An. Fac. med.*, jun. 2004, vol.65, no.2, p.119-126. ISSN 1025-5583.
11. Sassano M. CIGA II (Curso Intensivo de Geriatria ambulatoria) Uso racional de benzodiazepinas. 2002.
12. Serna I. *Psicogeriatría*. Madrid: Jarpoy Editores; 1996. p. 7-14.
13. Marín PP, Gac H. *Manual de Geriatria y Gerontología* año 2000. Pontificia Universidad Católica de Chile.
14. Vicens Caldentey, C, Fiol Gelabert, F. Abordaje de la deshabitación de benzodiazepinas en atención primaria. *Inf Ter Sist Nac Salud* 2008; 32: 52-57.
15. Olivera V, Mauricio. Dependencia de benzodiazepinas en un centro de atención primaria de salud: Magnitud del problema y orientaciones para el manejo integral. *Rev. chil. neuro-psiquiatr. [online]*. 2009, vol.47, n.2 [citado 2012-04-15], pp. 132-137. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272009000200005&lng=es&nrm=iso. ISSN 0717-9227. doi: 10.4067/S0717-92272009000200005.
16. Jerez J, Silva J. *Insomnio Del Adulto Mayor*. Guía clínica MINSAL – Servicio de Salud Maule.
17. Wang, P, L. Bohn R, J. Glynn R. Zolpidem Use and Hip Fractures in Older People. *J Am Geriatr Soc* 49:1685–1690, 2001.