

Proseguirá con su tratamiento habitual

“Proseguirá con su tratamiento habitual”. Esta frase de cinco palabras se ha convertido en los últimos años en el plan de tratamiento de muchos de los pacientes que son dados de alta tras hospitalización en los hospitales de España. El plan terapéutico resumido en tan sólo cinco palabras. El apartado del informe médico más importante, aquel que tanto el paciente como sus familiares deben comprender y al cual deben adherirse estrechamente con el fin de mejorar su estado de salud, curarse, o tratar de evitar la causa que les ha hecho enfermar de suficiente gravedad como para requerir un ingreso hospitalario. Sin olvidar, además, que sirve como vehículo de comunicación principal mediante el que se relacionarán diferentes especialistas médicos y personal sanitario; y que constituye un documento con carácter oficial y legal a todos los efectos.

Cinco palabras: “proseguirá con su tratamiento habitual” es el tratamiento universal de moda, de la misma evidencia científica, dosis, posología y características, independientemente del paciente, igual para aquel que ha sido operado de cáncer de colon que para quien ha ingresado por una neumonía. El mismo plan terapéutico para el paciente joven que no tenía prescrito previamente ningún tratamiento habitual que para el paciente con importante comorbilidad y polimedcado.

“Proseguirá con su tratamiento habitual” es la verbalización escrita del tratamiento acorde a los tiempos que corren y a la sociedad del momento. Acorde al año 2022, en el que la premura en su elaboración y explicación, así como la síntesis de su forma, son sus dos cualidades más importantes; aquellas cualidades que idolatra y a las que se adhiere gran parte de la sociedad. Cinco palabras capaces de expresar, así lo entienden quienes la escriben, la gran complejidad conceptual, científica y terapéutica que conlleva un plan al alta de hospitalización.

De esta negativa evolución que ha sufrido el plan terapéutico en los últimos años, cabe también responsabilizar, al menos en parte, a los receptores de la información, al paciente y a los cuidadores o familiares, elementos de la comunicación cómplices de la atrocidad semántica que conllevan estas cinco palabras, por no exigir al sistema sanitario y al médico responsable del informe de alta una detallada explicación -negro sobre blanco- de la medicación, los cuidados y las recomendaciones que se prescriben, derecho básico de los pacientes (derecho a ser informados detenidamente).

“Proseguirá con su tratamiento habitual” no es una buena culminación al importante trabajo realizado. Ni el equipo médico ni, principalmente el paciente, se lo merecen.

Pautar y prescribir un plan terapéutico significa mucho más que enumerar los medicamentos recetados. Si al menos la enumeración de dicho tratamiento habitual y nuevas prescripciones apareciese descrita tras el citado “proseguirá con su tratamiento habitual”, este artículo de alarma no tendría razón de ser. Sin embargo, esta denuncia se sustenta en la carencia habitual de dicha relación de fármacos. Pautar y prescribir un plan terapéutico conlleva escribirlo, detallarlo, explicar su posología, dosis, objetivos, posibles toxicidades y ajuste en caso de ser

necesario. Conlleva ser parte del equipo médico tratante del paciente durante el ingreso para poder pautar nuevos medicamentos necesarios y para retirar antiguos medicamentos no necesarios. Conlleva recomendar medidas higiénico-dietéticas y de rehabilitación, en caso de ser necesarias. Conlleva explicar las situaciones de riesgo a evitar y el seguimiento y pruebas complementarias a realizar.

Elaborar y prescribir un plan terapéutico es la expresión escrita que culmina el ejercicio científico concienzudo y de alta especialización que ha realizado un equipo médico y de enfermería durante los días, semanas o meses que ha durado un ingreso hospitalario. Un equipo médico con una de las formaciones científicas más exigentes que existen en el mundo laboral. *“Proseguirá con su tratamiento habitual”* no es una buena culminación al importante trabajo realizado. Ni el equipo médico ni, principalmente el paciente, se lo merecen.

La revisión del tratamiento habitual debe comenzar en la primera valoración del paciente, en su primer día de ingreso, siendo una parte fundamental de la anamnesis. Aporta gran información respecto a los antecedentes y el proceso agudo motivo del ingreso, permitiendo conocer además la posible implicación de los medicamentos habituales en el proceso patológico actual. Esta implicación es habitual, ya que, en gran parte, el agravamiento de condiciones crónicas es el cambio, interrupción o sobredosificación de los fármacos previos. En la misma línea argumental, revisar día a día durante el ingreso, tanto el plan de cuidados como la medicación prescrita, es una de las labores fundamentales del médico tratante. La indicación, duración, dosis, posible toxicidad e interacciones de los fármacos prescritos exige diaria revisión, con el objetivo de implementar al máximo el éxito terapéutico y evitar la iatrogenia. Recuérdese: *“Todo fármaco que no está indicado está contraindicado”*.

Siendo de las primeras lecciones que se aprenden, tanto en la universidad como en el período de residencia, destaca negativamente la deriva que ha tomado el plan terapéutico en muchos de los informes de evolución clínica y de alta hospitalaria contemporáneos. Constituye una capital falta de rigor médico, de sentido común y de sentido científico, además, de atentar contra los principios éticos y deontológicos básicos que deben regir la praxis médica (beneficencia, no maleficencia, justicia y autonomía).

“Revisar día a día durante el ingreso, tanto el plan de cuidados como la medicación prescrita, es una de las labores fundamentales del médico tratante”

Otro tema relacionado también, y que merece un capítulo propio, es el deterioro en la calidad del informe médico en general. Si criticamos la habitual falta de rigor en la redacción del apartado específico más importante del informe, como es el plan terapéutico, es fácil imaginar el resto de apartados. Aquellos menos susceptibles del iatrogénico y simplón *“copia-pegar”*, como son la anamnesis y la evolución durante el ingreso, aparecen generalmente escuetamente representados, redactados con una sintaxis y semántica vulgares, en la que abundan las siglas y las frases inconexas.

En 2022 es muy difícil encontrar un informe médico en el que encontremos una introducción-nudo-desenlace que den sentido al ingreso hospitalario, y que aproximen al lector a un entendimiento aproximado de lo acontecido con el paciente durante la estancia en el hospital. En la mayoría de las ocasiones los informes de alta se han convertido en un *“copia-pegar”* de antecedentes personales y pruebas complementarias, en una anamnesis que recoge que el paciente *“ingresa por fiebre de foco no conocido”*, en el que la evolución *“ha sido favorable”*, y en el

que el plan terapéutico al alta consiste en “*proseguirá con su tratamiento habitual*”. La mala redacción, y por tanto difícil comprensión, de los informes médicos, impacta negativamente en el devenir de las patologías y calidad de vida de los pacientes, pudiendo ser considerada una forma moderna de iatrogenia. Gran parte de esta deriva del intelecto y de la capacidad de redacción, tiene que ver con la total incorporación del ordenador a la práctica médica: “*video killed the radio star*”.

Si atendemos además al envejecimiento poblacional, y a la cada vez más frecuente polifarmacia, la revisión y explicación detallada del tratamiento en los informes médicos cobra aún más importancia. Se considera generalmente como polimeditado a aquel paciente que toma más de cinco fármacos de forma ininterrumpida durante más de tres meses consecutivos. Según datos de la Sociedad española de medicina de familia y comunitaria, alrededor del 20% de la población mayor de 65 años está polimeditada. La polifarmacia conlleva un mayor riesgo de interacciones, de errores de prescripción y de adhesión al tratamiento, así como de efectos adversos, estando implicada en alrededor de un tercio de las visitas a Urgencias e ingresos hospitalarios de pacientes mayores.

Otro de los conceptos relacionados es el de “la carga de tratamiento”, definida como el trabajo en cuidados de la salud y medicación que soportan el paciente y sus familiares. Esta carga engloba múltiples aspectos como la capacidad de gestionar la información médica, la posible ansiedad reactiva a sentirse enfermo, la interrupción de actividades de la vida diaria por acudir al médico o por tener que medicarse, los posibles efectos secundarios de la medicación, la necesidad de autocontroles (presión arterial, glucemia, INR, analíticas, etc.), la necesidad de ayuda para poder recibir ciertos fármacos (de administración parenteral, por ejemplo), etc. Todas estas implicaciones impactan en la calidad de vida del paciente, y por tanto en la responsabilidad médica de elaborar un plan terapéutico detallado, de prescribir correctamente y de cerciorarse de que el paciente lo haya comprendido.

En los últimos años son muchos los especialistas y artículos que alertan respecto a la iatrogenia derivada de la polifarmacia y su regular o mala prescripción. Especialidades como medicina de familia, medicina interna y geriatría son probablemente las más sensibilizadas con este problema y las que más alertas han lanzado. La ausencia de revisión de las prescripciones farmacológicas cuando acontece un proceso agudo impacta claramente en la posible aparición de reacciones adversas. El informe médico de alta de hospitalización debe ser un claro punto de control farmacológico, un “*drug check-point*”, una ventana de oportunidad donde poder revisar y ajustar presencialmente con el paciente la medicación de inicio a fin.

La principal sugerencia para facilitar la redacción correcta del plan terapéutico es una buena anamnesis el primer día de ingreso, que recoja de manera detallada la medicación habitual que toma el paciente. En base a ésta y en función de cómo evolucione el paciente, se irán realizando actualizaciones día a día, para realizar el ajuste terapéutico final el día del alta. Si se delega para el día del alta la recolección de la medicación y los ajustes necesarios, será mucho más complejo y acabará por prescribirse “*proseguirá con su tratamiento habitual*”.

Derivar al alta a los pacientes polimeditados al médico de cabecera para seguimiento clínico y de medicación es también una buena práctica. Contar con un equipo de enfermería gestor de casos y de seguimiento (en atención primaria y en oncología médica se emplea mucho), para que los pacientes tengan fácil acceso para consultar las dudas respecto al tratamiento, es también una opción muy recomendable. Contar con programas informáticos

sencillos, donde prescribir sea fácil, y donde la visualización de los tratamientos sea clara e intuitiva, es fundamental. Tutelar a los estudiantes y residentes en la realización de informes médicos rigurosos es fundamental. Los vicios adquiridos durante el periodo de formación son muy difíciles de cambiar. Recordar, además, que el informe médico es un documento con carácter legal.

En conclusión, el plan terapéutico es uno de los pilares fundamentales del proceso de asistencia médica, debiendo estar perfectamente explicado en el informe de alta de los pacientes que han estado ingresados.

Miguel Borregón Rivilla

Servicio de Oncología Médica
Hospital General Universitario de Elche

BIBLIOGRAFÍA

- Delgado Silveira E, Muñoz García M, Montero Errasquin B, Sánchez Castellano C, Gallagher PF, Cruz-Jentoft AJ; Prescripción inapropiada de medicamentos en los pacientes mayores: los criterios STOPP/START. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2009; 44(5): 273–279.
- Hanlon JT, Schmader KE, Koronkowski MJ, Weinberger M, Landsman PB, Samsa GP, et al. Adverse drug events in high risk older outpatients. *J Am Geriatr Soc.* 1997; 45: 945–948.
- Lazarou J, Pomeranz BH, Corey PN. Incidence of adverse drug reactions in hospitalized patients: A meta-analysis of prospective studies. *JAMA.* 1998; 279: 1200–5.
- Lindley CM, Tully MP, Paramsothy V, Tallis RC. Inappropriate medication is a major cause of adverse drug reactions in elderly patients. *Age Ageing.* 1992; 21: 294–300.
- Puche Cañas E, Luna del Castillo JD. Reacciones adversas a medicamentos en pacientes que acudieron a un hospital general: un meta-análisis de resultados. *An Med Interna (Madrid).* 2007; 24: 574–578.