

## Medicina mínimamente impertinente

HUGO N. CATALANO

Escuela de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad del Salvador, Buenos Aires, Argentina

E-mail: hugo.catalano@usal.edu.ar

Las enfermedades crónicas son el resultado de la mayor sobrevida de los pacientes o del comportamiento característico de una determinada enfermedad: existen padecimientos que desde su etiología y desarrollo tienen una lenta evolución.

A estas situaciones de enfermedad se han agregado en las últimas décadas los avances de la medicina que ha generado escenarios, antes excepcionales, en donde los pacientes que nos consultan son portadores de más de una enfermedad.

Esta situación ha dado origen a centros de enfermedades crónicas dispersos en muchos lugares del planeta y está íntimamente relacionada con el panorama del envejecimiento.

El envejecimiento se caracteriza por un deterioro progresivo de la integridad fisiológica, lo que conduce a un menoscabo de la capacidad funcional y en última instancia, aumenta la susceptibilidad a la muerte. Es un factor de riesgo importante para las enfermedades crónicas, incluidas las enfermedades cardiovasculares, diabetes, degeneración neurológica y cáncer. Por lo tanto, el creciente énfasis en el “envejecimiento saludable” plantea una serie de importantes cuestiones de las ciencias sociales y de la vida<sup>1</sup>.

El trayecto que transita un paciente, habitualmente añoso, con múltiples achaques, está íntimamente relacionado con el número de padecimientos simultáneos que ocurren en su persona.

Estos escenarios tienen como causa y consecuencia la carga de enfermedad que significa, frecuentemente, pérdida de días de trabajo, lo

que afecta aún más los ya débiles estados financieros, somete a largos tiempos de espera y a ser atendido brevemente, sin información ni educación, sin una evaluación ni completa ni multidisciplinaria, no consiguiendo finalmente una asistencia adecuada<sup>2</sup>.

### Evidencia, valores y preferencias de los pacientes

Valerie Billingham, en la sesión 356 de los seminarios de Salzburgo en 1998<sup>3</sup>, presentaba su ensayo “Nada referido a mí, sin mí” en donde iniciaba la problemática, aún hoy muchas veces olvidada, de los valores y preferencias de los pacientes: la medicina centrada en la persona. Víctor Montori en su libro “La rebelión de los pacientes”<sup>4</sup> consolida la temática y nos introduce en uno de los centros de este editorial: conducir la medicina actual hacia una atención cuidadosa y amable.

La medicina basada en evidencia fundamenta su gestión en el concepto de que la evidencia nunca es suficiente para la atención de los pacientes: considerar que los médicos somos expertos en conocer los problemas de los pacientes y en identificar las pruebas que lleven a su tratamiento óptimo nunca es suficiente<sup>5</sup>.

Conocer los valores y preferencias de los pacientes significa tener en cuenta sus prioridades, objetivos en su salud y en su vida, individualizando beneficios potenciales, riesgos, costos e inconvenientes de las acciones recomendadas: es imprescindible entender al que declina una terapéutica que podría salvar su vida o al que

elige un accionar que, desde la perspectiva médica, sería mejor no hacer.

### Medicina mínimamente disruptiva

La medicina mínimamente disruptiva (o impertinente)<sup>6</sup> busca abordar las causas fundamentales de la mala adherencia de los pacientes a las terapias, al mitigar la carga que los tratamientos prescritos imponen en sus vidas.

Este tipo de medicina necesita un enfoque individualizado que tenga en cuenta las comorbilidades del enfermo, el contexto social y las preferencias personales.

Un paso clave hacia una medicina mínimamente disruptiva se fundamenta en reconocer que la atención de la salud de los pacientes con comorbilidades implica un trabajo que los propios pacientes tienen que hacer, lo que a veces excede su capacidad y los abruma, y lleva a una mala fidelidad a lo recomendado por quienes los asistimos<sup>7,8</sup>.

### ¿Nos guían las guías de práctica clínica?

Las guías de práctica clínica son conjuntos de recomendaciones que, cuando están correctamente realizadas, ofrecen una herramienta para el proceso de pasaje de la evidencia a la decisión diagnóstica o terapéutica.

Alrededor del 40% de los enfermos mayores de 85 años tienen cuatro o más enfermedades,

con el agravante de que las personas que viven en áreas más desfavorecidas tienen más probabilidad de ser multimórbidos que los que viven en áreas más prósperas; se ha observado, además, que la población joven y de mediana edad que vive en zonas más desfavorecidas tiene tasas de multimorbilidad equivalente a la de 10 a 15 años mayor, en las zonas más prósperas<sup>9</sup>.

La aplicación de las guías al paciente individual comórbido encuentran como primer inconveniente que se han elaborado para ser aplicadas a aquellos con una sola enfermedad y además: ¿tienen en cuenta las comorbilidades, el contexto social y los valores y preferencias de los pacientes?

En una revisión sistemática de casi 1000 guías de práctica clínica<sup>10</sup>, se analiza el porcentaje de ellas que tiene en cuenta esos aspectos referidos al auto monitoreo de la glucemia, frecuencia de consultas aconsejada, tratamiento con aspirina, tratamiento de la presión arterial, objetivo del tratamiento de la diabetes tipo 2 y de las dislipidemias.

En la Tabla siguiente (porcentaje de guías que tienen en cuenta los factores mostrados en las columnas) se pone en evidencia que la mayor parte de las guías no considera las comorbilidades, menos el contexto social y, aún peor, tampoco lo hacen con los valores y preferencias de los pacientes:

**Tabla** | Porcentaje de guías que tienen en cuenta los siguientes factores de los pacientes

Guía	Comorbilidades	Contexto social	Valores y preferencias
	%	%	%
Automonitoreo	5	25	25
Frecuencia de consultas	40	10	10
Aspirina	80	10	10
Hipertensión arterial	40	1	1
Dislipidemia	35	10	20

## Consecuencias para los médicos

Lo referido anteriormente tiene como consecuencia la recomendación a los pacientes de regímenes complejos que ocasionan una carga de tratamiento creciente e intolerable lo que lleva a una pobre adherencia.

La suma de los riesgos de cada enfermedad (epidemia de enfermedades definidas por factores de riesgo<sup>11</sup>) lleva a la sumatoria de múltiples tratamientos, situación que debería ser reconocida por el colectivo médico.

En encuestas realizadas a médicos de atención primaria la mayoría tiene claro que la atención médica que reciben los pacientes en su práctica, así como el estilo de la práctica, tanto de generalistas como de especialistas, está basada en recomendaciones complejas y con objetivos extremadamente difíciles de alcanzar<sup>12</sup>.

## ¿Y los pacientes?

El tiempo diario dedicado a actividades relacionadas con la salud asociadas a enfermedades crónicas<sup>13</sup> (llamado “día dedicado”), ha sido estimado en una revisión de las recomendaciones asociadas a enfermedades crónicas como sigue:

- 143 minutos para cumplir con las recomendaciones para el cuidado de su enfermedad
- 132 minutos para cumplir con las consultas médicas
- 121 minutos de tiempo de los acompañantes/cuidadores

Estos tiempos permiten visualizar que el concepto de carga de enfermedad se refiere a cambios en el estilo de vida, a aprender, adherir y monitorear sus tratamientos y, además, buscar sostén en otras personas; este trabajo implica consideraciones de adaptabilidad, alfabetismo, posibilidades físicas, mentales, financieras, sociales y ambientales que frecuentemente superan la capacidad del enfermo para afrontarlas<sup>14</sup>.

## El cómo de una medicina mínimamente impertinente

May define a la medicina mínimamente impertinente<sup>15</sup> como “una prestación de servicios de salud necesarios, de tal manera de reducir la carga del paciente mientras se persiguen los objetivos que su salud individual requiere”.

¿Y cuál es la propuesta futura?<sup>16</sup>

- Medir y reducir el trabajo del paciente adaptándolo a sus capacidades.
- Simplificar, flexibilizar y coordinar la atención sanitaria de los pacientes comórbidos.
- Generar guías de prácticas clínicas que tengan en cuenta las comorbilidades y den prioridad al punto de vista del paciente.
- Tener en cuenta la naturaleza y el significado de las tareas impuestas a los pacientes y sus familias, como el manejo de medicamentos y cambios en el estilo de vida.
- Afrontar desafíos estructurales, como solucionar el acceso a los recursos de atención médica y la mala coordinación entre los proveedores de atención.
- No subestimar factores personales, situacionales y financieros que frustran aún más la realización de las tareas o impiden el acceso a los recursos facilitadores.

## Instrumentos para medir la capacidad de los pacientes para manejar el peso del tratamiento<sup>17</sup>

El avance de la ciencia con respecto a la capacidad del paciente ha experimentado un progreso más lento en la última década y merecería una atención significativa en la próxima. La investigación muestra que el concepto de capacidad del paciente es más complejo y dinámico que lo esperado y no se capta bien en la atención clínica.

Los instrumentos a utilizar (por ejemplo <https://minimallydisruptivemedicine.org/ican/>) deberían contemplar las habilidades de los pacientes en cuanto a 1) Entendimiento (diagnóstico, riesgo y beneficios del tratamiento, recomendaciones y opciones de cuidado) 2) Elección (habilidad para tomar una decisión) 3) valoración (aplicar lo discutido a sí mismo) 4) Razonamiento (comparación de una opción con otra y sus consecuencias: puede o no afectar su vida)

## Algunas conclusiones

La medicina puede ser mínimamente disruptiva si tiene en cuenta:

- los valores y preferencias de los pacientes
- que las recomendaciones de las guías pueden no ser la solución

– el complejo equilibrio entre las capacidades de quienes nos consultan y la carga de sus enfermedades.

En resumen: ayudar a vivir plenamente el rol que le toca a cada persona que pide nuestra asistencia médica.

## Bibliografía

1. Cai Y, Song W, Li J, Jing Y, et al. The landscape of aging. *Sci China Life Sci* 2022; 65: 2354-454.
2. Tres días por nada. La historia de Juan, paciente peruano con diabetes. En: <https://cronicas-upch.pe/>; consultado mayo 2023.
3. Barry MJ, Edgman-Levitan S. Shared decision making--pinnacle of patient-centered care. *N Engl J Med* 2012; 366: 780-1.
4. Montori, V. La rebelión de los pacientes. *Antoni Bosch editor* 2022; 1-158.
5. Guyatt G, Voelker R. Everything you ever wanted to know about evidence-based medicine. *JAMA* 2015; 313: 1783-5.
6. Boehmer KR, Gallacher KI, Lippiett KA, Mair FS, May CR, Montori VM. Minimally disruptive medicine: progress 10 years later. *Mayo Clin Proc* 2022; 97: 210-20.
7. Gallacher K, May CR, Montori VM, Mair FS. Understanding patients' experiences of treatment burden in chronic heart failure using normalization process theory. *Ann Fam Med* 2011; 9: 235-43.
8. Gallacher K, Morrison D, Jani B, et al. Uncovering treatment burden as a key concept for stroke care: a systematic review of qualitative research. *PLoS Med* 2013; 10: e1001473.
9. Barnett K, Mercer SW, Norbury M, Watt G, Wyke S, Guthrie B. Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. *Lancet* 2012; 380: 37-43.
10. Wyatt KD, Stuart LM, Brito JP, et al. Out of context: clinical practice guidelines and patients with multiple chronic conditions: a systematic review. *Med Care* 2014; 52: S92-S100.
11. Gérvas J. Prevención cuaternaria en ancianos. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2012; 47: 266-9.
12. Grady D. Reasons for overtreatment: comment on "too little? too much? Primary care physicians' views on US health care". *Arch Intern Med* 2011; 171: 1586.
13. Jowsey T, Yen L, W PM. Time spent on health related activities associated with chronic illness: a scoping literature review. *BMC Public Health* 2012; 12: 1044.
14. Montori V. Conferencia de Clausura. Medicina mínimamente disruptiva FAP 2011; 9: 14.
15. May C, Montori VM, Mair FS. We need minimally disruptive medicine. *BMJ* 2009; 339: b2803.
16. Boehmer KR, Guerton NM, Soyering J, Hargraves I, Dick S, Montori VM. Capacity coaching: a new strategy for coaching patients living with multimorbidity and organizing their care. *Mayo Clin Proc* 2019; 94: 278-86.
17. Karlawish J. Assessment of decision-making capacity in adults. En: [https://www.uptodate.com/contents/assessment-of-decision-making-capacity-in-adults?](https://www.uptodate.com/contents/assessment-of-decision-making-capacity-in-adults?UpToDate) UpToDate; consultado mayo 2023.