



FARMACÉUTICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA

www.elsevier.es/fap



MESA REDONDA 1: DIFERENTES PERSPECTIVAS EN LA ATENCIÓN AL PACIENTE CRÓNICO

Experiencia de la Unidad KER en la participación del paciente en la toma de decisiones compartida entre clínicos y pacientes

Victor M. Montori

Profesor de Medicina, Director de Investigación sobre Servicios Sanitarios, Mayo Clinic, Rochester, Minnesota, EE.UU.

Desde 2004, investigadores de la Unidad de Investigación de Encuentros Clínicos (KER Unit) de la Mayo Clinic en Rochester, Minnesota, EE.UU., han estado trabajando con médicos, pacientes, diseñadores y colaboradores en otras instituciones en la mejora de la toma de decisiones clínicas. El foco de nuestra actividad, inicialmente, ha sido la toma de decisiones entre clínicos y pacientes con enfermedades crónicas. En el curso de realizar estas investigaciones hemos podido rechazar algunos mitos en este campo que detallaremos en esta presentación.

Nosotros nos aproximamos al problema desde el punto de vista de la medicina basada en evidencia que requiere la incorporación de la evidencia científica con los valores y preferencias de los pacientes y su contexto. Este ideal es imposible sin la participación del paciente. La obligación del clínico es entonces buscar con el paciente el nivel de participación con el cual el paciente esté cómodo —lo que corresponde a una danza empática—. El objetivo que nos planteamos era asegurarnos que los pacientes tomen decisiones acerca de medicinas con su clínico, en lugar de hacerlo luego de la consulta sin contar con esa experticia. El resultado de este trabajo se puede encontrar en <http://kercards.e-bm.info>.

En el proceso de desarrollo de intervenciones para promover la toma de decisiones compartidas han participado pacientes (individualmente y como grupo de apoyo a la unidad), clínicos y diseñadores. Los últimos han promovido el uso del diseño centrado en el usuario, lo que permite que las herramientas calcen con el flujo de trabajo, el estilo y las expectativas de aquellos que van a usar la herramienta.

Hemos participado en 13 proyectos en los que al menos 7 se desarrollaron en atención primaria, uno en la sala de urgencias y uno en el hospital. El rango de condiciones incluye prevención primaria (estatinas, aspirina, tabaquismo, hipertensión, desfibrilador implantable, osteoporosis), diabetes, depresión, dolor de pecho en urgencias, uso de medicinas postinfarto de miocardio y uso de información genética para discutir el riesgo cardiovascular.

Estos estudios se desarrollaron con pacientes cuya edad promedio estuvo en el rango de 54 a 67 años de edad; pacientes de hasta 92 años han participado en estos estudios. Hemos podido trabajar con pacientes con enfermedad crónica así como, más recientemente, con pacientes con enfermedad hiperaguda. Los

clínicos que participaron en este estudio reportaron niveles altos de satisfacción (64-90%). El tiempo adicional que tomaron estas intervenciones, cuando lo medimos, fue menor a 4 min en promedio.

Desde el punto de vista de cómo determinar si la intervención es eficaz, ha habido mucha discusión sobre qué debe justificar la inversión en toma de decisiones compartidas. Razones legales, económicas y de efectividad han sido propuestas pero son muy problemáticas. La justificación ética sin embargo parece superior. Creemos que la eficacia de intervenciones para mejorar la toma de decisiones compartidas debe considerarse en términos de transferencia de conocimiento al paciente, si se creó una conversación útil entre clínico y paciente, y si la decisión resultante lleva a un programa de intervención que calza con los valores, preferencias y contexto del paciente.

Un tema de importancia es ahora cómo implementar y “normalizar” estas herramientas en el flujo habitual de trabajo en los diferentes ámbitos de la práctica clínica. El uso de herramientas para entender y evaluar este proceso (p. ej., <http://normalizationprocess.org>) recién empieza y permitirá sin duda establecer si es viable la incorporación de la toma de decisiones compartida en la práctica clínica.

Las lecciones que hemos aprendido en estos 7 años de trabajo son: *a)* es importante diseñar herramientas con los usuarios y esto requiere talento, experticia y muchas versiones; *b)* es difícil evaluar estas herramientas en la práctica clínica dado que hay que predecir cuándo las decisiones de interés tendrán lugar, y *c)* ha sido difícil estudiar el uso repetido de estas herramientas en pacientes con enfermedad crónica en ensayos clínicos.

En resumen, en estos 7 años hemos aprendido cómo la toma de decisiones compartidas permite la práctica médica basada en la evidencia; que herramientas bien diseñadas pueden ser usadas en la práctica, incluso en urgencias; que los clínicos pueden usar y disfrutar usando estas herramientas, y que los pacientes hiperagudos, viejos y crónicos también pueden participar en la toma de decisiones compartida. Nuestra experiencia de 7 años en más de 50 prácticas, con más de 200 clínicos y más de 600 pacientes —todos ellos en ensayos clínicos— sugiere que el trabajo empático ofrece las mejores oportunidades de éxito en este campo.

Problemas de seguridad en el paciente crónico

Itziar Larizgoitia Jauregui

Coordinadora, Investigación y Gestión del Conocimiento, Departamento de Seguridad del Paciente, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, Suiza

La seguridad del paciente se está convirtiendo, si no lo ha hecho ya, en una de las prioridades de los sistemas sanitarios en Europa y el mundo. El reconocimiento de los riesgos de la atención sanitaria, de los fallos y limitaciones en la aplicación de los procedimientos e intervenciones clínicas y de sus repercusiones en la salud de los pacientes, tanto por la producción de daño o lesiones como por la pérdida de ganancia en salud, ha transformado la manera de entender y abordar el desempeño de los profesionales y de los servicios de salud, así como la planificación y gestión de los sistemas de salud en su conjunto. Mejorar los resultados de la atención, reducir riesgos y evitar el daño innecesario ligado a la atención sanitaria, o mitigar sus efectos cuando aquel ocurre, son objetivos prioritarios hoy en día en muchos sistemas de salud.

Con la mayor esperanza de vida de la población, las indudables mejoras y crecientes innovaciones en el campo de la terapéutica y de la medicina, y las también crecientes expectativas de bienestar y calidad de vida por parte de los ciudadanos, la frecuentación de los servicios de salud, y con ello las oportunidades de incurrir en los riesgos derivados de la asistencia, sólo pueden aumentar. Por otro lado, los servicios de salud no sólo intentan evitar y minimizar la ocurrencia de dichos riesgos, sino, al mismo tiempo, ofrecer lo mejor de su capacidad para poder realizar al máximo su potencial de mejora de salud y de bienestar entre sus pacientes. Conseguir ambos objetivos define el ámbito de la seguridad del paciente.

Las personas de edad avanzada y con enfermedades crónicas presentan un mayor riesgo de sufrir incidentes en su paso por el sistema de salud. La conjunción de intervenciones y terapias de riesgo consideradas necesarias en muchas enfermedades crónicas, administradas a pacientes que ya presentan un mayor riesgo intrínseco, y en circunstancias de atención complejas, con la participación de

numerosos actores, profesionales, lugares y culturas organizativas, es un multiplicador de riesgo ante el que los sistemas necesitan anticiparse para evitar el daño prevenible.

Los profesionales farmacéuticos de la atención primaria pueden jugar aquí un papel importante que lleve a mejorar la seguridad de la atención y de los pacientes. La seguridad del tratamiento farmacológico es una pieza clave de la atención sanitaria. Así, en colaboración con sus otros colegas sanitarios, pueden contribuir a desarrollar estrategias que faciliten la transición del tratamiento de los pacientes crónicos a través de los diferentes niveles sanitarios, incluyendo su hogar; también pueden contribuir a vigilar y monitorizar el efecto del tratamiento y el resultado de la atención, valorando la ocurrencia de sucesos adversos y diseñando mecanismos para evitarlos; pueden colaborar en el diseño de planes de mejora del tratamiento de sus pacientes y en la investigación sobre diferentes aspectos asociados, incluyendo la evaluación de los tratamientos en curso y de las interacciones farmacológicas que ocurran tanto con otros fármacos como con las circunstancias personales y de salud del paciente. Pueden también estimular y animar la formación de equipos pluridisciplinarios por la seguridad del paciente en atención primaria, y ser agentes educadores para con sus colegas médicos y sanitarios y para con los pacientes, informando sobre los efectos y combinaciones óptimas de fármacos para pacientes o para problemas concretos, o sobre la administración, adherencia óptima y otras medidas para evitar la ocurrencia de sucesos indeseables.

La disciplina de seguridad del paciente es aún muy incipiente en la atención primaria. Los profesionales farmacéuticos, junto al resto de profesionales sanitarios y sus pacientes, tienen ante sí el importante reto de desarrollarla y con ello mejorar la salud de sus pacientes.

Perspectiva de la economía de la salud en los cambios necesarios para abordar la medicación crónica

Beatriz González López-Valcárcel

Catedrática de Métodos Cuantitativos en Economía y Gestión, Universidad de Las Palmas de Gran Canaria, Las Palmas de Gran Canaria, España

En la esencia de la economía de la salud están los conceptos de elección, de compensación entre costes y resultados, y de efectos directos e indirectos y reacciones en cadena. La economía hace uso de la estilización, abstracción y simplificación de la realidad para captar lo esencial. En torno a la medicación crónica, propongo tomar en cuenta los siguientes puntos:

1. Es esencial no olvidar que la medicación es un *input* más (sustituible por otros) en el proceso de producción de salud. Perteneciente a un proceso y ha de ser analizada en ese contexto.

2. En particular, la medicación provoca *efectos cruzados*, por ejemplo induce costes de atención sanitaria (consultas, test de laboratorio, etc.). La cuantía de esos costes dependerá de la organización de los cuidados (p. ej., papel de la enfermería o si la prescripción se hace desde atención primaria o especializada).

3. Hay costes que no se suelen considerar cuando se evalúa la medicación (crónica), pero deberían tenerse en cuenta también: los *costes de acceso* del paciente (tiempo de desplazamiento, entre otros) o los costes del esfuerzo del facultativo para elegir entre las opciones disponibles.

4. Se requieren cambios organizativos globales y una *integración clínica y de servicios efectiva*¹, que se base en experiencias de éxito probado. Se trata de aprovechar al máximo el potencial de economías de escala, de alcance y de red, con una *estrategia de cronicidad*. Ya se han iniciado experiencias en este sentido, destacando la del País Vasco². La doble crisis, económica y de la medicina de familia, dificultan la implementación. La división entre atención primaria y especializada basada implícitamente en el coste de los tratamientos debería ser revisada con urgencia.

5. *Selectividad y priorización.* Se trata de eliminar los procedimientos e intervenciones de bajo valor (ineficaces o que no son coste-efectivos), o darles prioridad baja³. Un tratamiento puede ser de bajo valor para unos pacientes, no para otros, y hay que detectar cuáles son esos procedimientos/grupos de pacientes. Es el “*arte de cortar*” en tiempos de crisis. Los Primary Care Trusts (PCT) del Reino Unido han identificado 250 procedimientos de valor clínico limitado, que deberían tener baja prioridad, en los que durante 2009-2010 se habrían gastado en Inglaterra 1.900 millones de libras y podría ahorrar unos 400-500 millones de libras anuales (sorprendentemente, en la lista hay muy pocos tratamientos farmacológicos crónicos).

6. La *prevención primaria y secundaria* consume gran parte de los recursos gastados en medicamentos crónicos, sin que se conozca el coste-efectividad de muchas intervenciones, en un contexto de medicalización de la sociedad. Un ejemplo claro es el del tratamiento contra la osteoporosis.

7. Hay que diferenciar entre *decisiones individuales y decisiones sociales*. El contexto de la elección es radicalmente diferente en ambos casos. El principio de coste-efectividad se refiere a poblaciones, no a pacientes individuales.

8. Se requiere un *sistema de información y seguimiento* observacional de la medicación crónica y de sus efectos sobre la salud de las poblaciones, efectos adversos, etc. Las decisiones sobre medi-

cación crónica requieren evidencia. Es preciso potenciar la *investigación en atención primaria y en resultados en salud*. En pro de la eficiencia, esas redes deberían ser trasnacionales o al menos abarcar todo el país.

9. Los *incentivos* (a proveedores y a pacientes) son resortes esenciales de eficiencia. Las formas de pago a los equipos profesionales (que consideren objetivos de salud) y a los pacientes (levantando el tabú del copago) deberían ser revisadas.

10. Algunos *tratamientos crónicos de alto coste* deberían ser monitorizados con especial cuidado. En la medida en que el cáncer se siga cronicando, las sociedades se enfrentarán a problemas de asignación de recursos para los que no estamos bien preparados, con riesgo de insuficiencia financiera.

Bibliografía

1. Curry N, Ham C. Clinical and service integration. The route to improved outcomes. King's Fund. 2010; www.kingsfund.org.uk/publications
2. Osakidezka. Estrategia para afrontar el reto de la cronicidad en Euskadi. Gobierno Vasco. <http://cronicidadblogeuskadinet/descargas/plan/EstrategiaCronicidadpdf>. 2010
3. Audit Commission. Reducing spending on low clinical value treatments. Health briefing. 2011; April.

Gestión clínica del paciente crónico: el área del medicamento

Isabel Rosich Martí

Coordinadora de Farmacia de Atención Primaria, Servicio de Atención Primaria Alt Penedès-Garraf, Institut Català de la Salut, Barcelona, España

La asistencia sanitaria a los pacientes con patologías crónicas se ha convertido en un tema central y estratégico de los sistemas nacionales de salud debido al aumento del número de pacientes crónicos y el aumento de los costes asociados a su asistencia.

La terapia farmacológica es una intervención clave en el manejo del paciente crónico, pero presenta una serie de condicionantes que pueden afectar a la eficacia, seguridad y adherencia en el manejo de los fármacos en un paciente concreto.

El patrón de enfermedades está cambiando: la enfermedad de base ha dejado de ser lo relevante para pasar a ser la comorbilidad clínica, incidiéndose especialmente en la tríada de edad-pluri-patología-polimedición.

Por otro lado, las guías de práctica clínica están pensadas para orientar sobre patologías aisladas y la mayoría de indicadores de calidad de prescripción se centran en el medicamento o en la evaluación de la adecuación según patologías aisladas.

En este sentido, es imprescindible estratificar a la población según su nivel de riesgo para centrar y orientar las intervenciones y recomendaciones farmacoterapéuticas a los pacientes con comorbilidad con el objetivo de mejorar la salud en general, la farmacoterapia y la calidad de vida de los pacientes en cada uno de los niveles de riesgo.

Siguiendo el modelo de referencia internacional en la atención a pacientes crónicos The Chronic Care Model (CCM), desarrollado por Ed Wagner y por colaboradores del MacColl Institute for Healthcare Innovation de Seattle, EE.UU., podemos decir que la gestión clínica del medicamento, dentro de la estrategia para el abordaje del paciente crónico, se mueve en 3 planos que se superponen: 1) el sistema sanitario; 2) los profesionales y la práctica clínica, y 3) el paciente y la comunidad.

En cada uno de estos planos podemos señalar qué aspectos o actividades en relación al área del medicamento son relevantes para

el sistema y la atención al paciente crónico y en los que el rol del farmacéutico de atención primaria es clave:

1. *El sistema sanitario.* Participar en el desarrollo e implantación de sistemas de información farmacoterapéutica integrados, de objetivos de farmacia compartidos e incentivados entre niveles asistenciales. Diseñar indicadores clínicos de evaluación de la farmacoterapia, estándares y recomendaciones de prescripción dirigidos a la atención de pacientes estratificados según grupos de riesgo. Monitorización y *feed-back* de los mismos. Coordinación con otros ámbitos asistenciales. Rutas asistenciales locales. Avanzar en el desarrollo de sistemas de comunicación entre profesionales de distintos niveles asistenciales.

2. *Los profesionales y la práctica clínica.* Dar soporte a la toma de decisiones basada en la evidencia científica y la seguridad de los pacientes.

Con el objetivo de optimizar los resultados de la farmacoterapia en el paciente crónico, participar en el desarrollo y actualización de:

- Directrices para mejorar la práctica clínica y la calidad de la prescripción y disminuir la variabilidad de la práctica clínica: estándares de calidad de prescripción farmacéutica, guías farmacoterapéuticas compartidas AE-AP, rutas asistenciales locales.
- Herramientas de soporte a la decisión en farmacoterapia basadas en las nuevas tecnologías, dando soporte a la totalidad de profesionales, en el momento de atención a los pacientes. Aplicaciones informáticas integradas en la historia clínica informatizada: guías de práctica clínica, guías terapéuticas, alertas de seguridad integradas que se activen en el momento de la prescripción, orientadas a la prevención de riesgos para

el paciente (alergias, contraindicaciones, interacciones, etc.).

- Sistematizar procesos como la revisión de la medicación en el paciente crónico, la conciliación de medicamentos entre las transiciones asistenciales y la mejora de la adherencia terapéutica.

3. *El paciente y la comunidad.* Participar en actividades de información sobre medicamentos al paciente y la comunidad, con estratificación de pacientes. Educación en autocuidados en farmacoterapia. Participar en la implantación de medidas de prevención y promoción de la salud evitando medicalización innecesaria. Promover la implicación del paciente en las decisiones clínicas: toma de decisiones compartida con el paciente.

El objetivo es disponer de un paciente cada vez más activo, informado, autónomo y comprometido en la gestión de su salud (actividades preventivas) y/o en la gestión de su enfermedad (autocontrol y paciente informado).

Las tecnologías de la información y la comunicación deben ayudarnos en cada uno de estos aspectos.

En definitiva, es clave dar un nuevo enfoque a nuestras actividades, involucrando a todos los profesionales implicados en la atención al paciente crónico, centrado más en la población, la coordinación e integración, poniendo en marcha múltiples intervenciones a distintos niveles e investigando su efectividad, coste-efectividad y resultados en la salud de los pacientes con el objetivo de identificar las mejores prácticas para difundirlas y potenciarlas.