

MESA REDONDA 1: DEL CONOCIMIENTO CIENTÍFICO A LOS RESULTADOS EN SALUD

¿Qué y cómo investigar los resultados en salud?

Joaquín Casariego García-Lubén

Profesor en la Universidad Francisco de Vitoria, Madrid, España

Director del Proyecto de la OCDE Global Science Forum para la Cooperación Internacional en Ensayos Clínicos

En todo el mundo ya se está haciendo frente a los rápidos cambios sociales producidos por la globalización, enfermedades infecciosas emergentes de rápida diseminación, bioterrorismo, cambios en los patrones de enfermedades en Europa y en el resto del mundo.

El futuro vendrá marcado por el desafío del impacto del cambio climático en los patrones de las enfermedades y por una variación demográfica hacia una población envejecida, que incrementará la demanda y el consumo de recursos sanitarios. La epidemia de las enfermedades crónicas, el cáncer, la enfermedad cardiovascular y la obesidad, supondrá un desafío añadido.

La *investigación biomédica* es esencial para afrontar estos retos futuros del modo más inteligente. La anticipación y la preparación son conceptos clave para el desarrollo en España y Europa.

Los éxitos alcanzados en la prevención y tratamiento de la enfermedad cardiovascular, el cáncer de mama o la diabetes, el incremento en la supervivencia de los enfermos con sida, etc., todos estos avances médicos son fruto de la *investigación clínica*, ya que las decisiones acerca del método diagnóstico que hay que emplear con cada paciente o acerca del tratamiento se deciden en función de los resultados de los estudios realizados en seres humanos (ensayos clínicos y estudios observacionales) y publicados en la literatura científica internacional.

El informe de salud global 2012 de la Organización Mundial de la Salud (OMS) lleva por título "*Sin investigación, no hay salud*", reflejando esta realidad para alertar a todos los países del mundo de la necesidad de impulsar una investigación biomédica de calidad, basada en la cooperación entre centros, desarrollada según los más altos principios éticos y de excelencia científica y operativa, realizada en el menor tiempo posible y con la disposición adecuada de recursos para ser empleados eficientemente.

La *investigación clínica* es especial: sus resultados originan no sólo nuevo conocimiento, ciencia e innovación (como en otras áreas con actividad de investigación), sino que, además, pueden ser rápidamente trasladados y aplicados en mejores programas para prevenir la enfermedad y mejorar el cuidado de la salud. El beneficio para los pacientes puede ser inmediato y de gran valor.

Los resultados más importantes derivados de la *investigación clínica* son la facilitación del desarrollo de mejores estrategias de prevención, mejores tratamientos para los pacientes y una pléyade de beneficios adicionales sanitarios, sociales y económicos: la investigación clínica juega un papel esencial en la mejora de la salud y la prosperidad; es una actividad clave para la ciencia y para el desarrollo de conocimiento de las enfermedades y sus tratamientos; es crucial para la salud, permitiendo el desarrollo y la optimización del uso de estrategias preventivas, diagnósticas y terapéuticas; representa una actividad central para la industria de salud, favoreciendo el desarrollo de innovación y el subsecuente desarrollo económico.

Nuevos estudios para evaluar los efectos socioeconómicos de la investigación clínica han demostrado un alto grado de retorno de la inversión. Una mejor financiación y gestión de la investigación médica y su traslación orientada hacia una medicina basada en la evidencia y en el paciente será importante para mejorar los sistemas sanitarios, contribuyendo a la reducción de los costes de salud en el futuro.

Un mundo globalizado, con enfermedades "globales" necesita una investigación que traspase nuestras fronteras y que aúne esfuerzos y recursos para poder responder a las preguntas de salud no resueltas. La *colaboración* es esencial, compartiendo estándares de calidad, proyectos, conocimiento, experiencia y resultados. Una investigación profesionalizada proporcionará a la comunidad científica herramientas más sólidas para afrontar los retos de salud que nos aguardan en las próximas décadas.

Trasladar el conocimiento a la práctica clínica

Ester Amado Guirado

Farmacéutica de Atención Primaria, Gerencia de Atención Primaria de la Salud, Institut Català de la Salut, Barcelona, España

Trasladar el conocimiento científico sobre la medicación y mejorar su utilización es el reto más relevante de la actividad de los farmacéuticos de atención primaria. En esta presentación se revisarán las estrategias utilizadas para trasladar la evidencia a la práctica asistencial.

Cuando hablamos de trasladar el conocimiento a la práctica asistencial nos referimos a cómo se gestiona y cuál es nuestro rol en su comunicación mediante intervenciones educativas. En primer lugar, se debe decidir cuál es el objetivo de nuestra intervención, cuáles son las prioridades, las

directrices y los estándares de calidad que se deben aplicar, y los profesionales sanitarios a quienes dirigimos la intervención (médicos, enfermeras y directivos), qué es un factor determinante para escoger la estrategia y el contenido de la intervención; es decir, se debe conseguir compatibilizar medio y mensaje. Estas estrategias deben estar alineadas entre los distintos niveles de actuación y éste es el aspecto clave para que nuestra actividad sea efectiva. Deben estar estrechamente alineadas y, por lo tanto, deben formar parte de los contratos de dirección por objetivos vinculados a incentivos económicos para los profesionales. No debería olvidarse que también es necesario llevar a cabo políticas farmacéuticas comunes y coordinadas con los hospitales.

La Colaboración Cochrane ha desarrollado un programa de trabajo para evaluar las principales intervenciones dirigidas a trasladar la evidencia científica a los profesionales sanitarios¹. Concluye que conseguir cambios en la práctica asistencial es posible, siempre y cuando se promuevan actividades que combinen diferentes aproximaciones metodológicas, adaptadas a los entornos de trabajo de los profesionales a quienes se dirige la intervención educativa en la utilización de medicamentos. Se debe tener en cuenta que el objetivo de la intervención influye sobre sus posibilidades de éxito: siempre son más fácilmente aceptables los cambios que no modifican sustancialmente la práctica clínica habitual respecto de los que lo hacen (p. ej., es más sencillo cambiar un medicamento por otro que dejar de prescribirlo).

Las intervenciones educativas dirigidas a mejorar y/o cambiar la práctica clínica más utilizadas, entre las que se incluye la mejora del uso apropiado de la medicación, son las siguientes: materiales informativos, reuniones formativas, visitas personalizadas a los profesionales, impacto sobre líderes de opinión, auditorías clínicas con *feed-back* informativo, alertas y recordatorios en la historia clínica informatizada, e intervenciones adaptadas a las necesidades específicas de los profesionales. La efectividad de estas in-

tervenciones es variable, aunque en condiciones ideales todas han demostrado un grado significativo de efectividad para cambiar los comportamientos clínicos siempre que se han aplicado de forma rigurosa. Las intervenciones que combinan diversas aproximaciones y se diseñan teniendo en cuenta los factores limitantes suelen tener mayores probabilidades de éxito.

Las principales limitaciones que se han descrito y que dificultan conseguir un cambio de comportamiento en los médicos son las organizativas (como la falta de tiempo), las relacionadas con las percepciones del médico y de los pacientes (p. ej., cuando el médico cree que cambiar o eliminar un medicamento puede provocar una reclamación), las expectativas de los pacientes sobre la medicación que se quiere modificar, el contexto social de los profesionales (líderes de opinión, industria, guías clínicas, etc.), y las asociadas con el exceso de información poco relacionada con las necesidades inmediatas de la consulta o que no se encuentra accesible cuando se necesita².

En resumen, es posible trasladar la evidencia científica a la práctica clínica, y los farmacéuticos de atención primaria tenemos amplia experiencia en este ámbito, pero mejorarlo requiere combinar las estrategias disponibles y llevarlas a cabo de forma continuada. Finalmente, es necesario que las medidas macro y meso del sistema sanitario para la mejora del uso racional del medicamento apoyen las acciones de microgestión en atención primaria; sin este acuerdo básico no es posible mejorar la calidad y adecuación de la prescripción.

Bibliografía

1. Grimshaw JM, Eccles M, Lavis JN, Hill SJ, Squires JE. Knowledge translation of research findings. *Implement Sci.* 2012;7:50.
2. Grol R, Grimshaw JM. From the best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care. *Lancet.* 2003;362:1225-30.

¿Qué demanda el médico de familia en la consulta?

M. Teresa Mombiola Muruzabal

Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, Centro de Salud Monterrozas, Servicio Madrileño de Salud, Madrid, España

Un médico de familia de la Comunidad de Madrid se ocupa de mantener la salud de unos 2.000 pacientes. Su trabajo se desarrolla en una jornada de 7 horas, en las que además de la consulta resuelve trámites burocráticos, acude a reuniones, hace visitas a domicilio. También dedica, por término medio, 5 minutos diarios a atender a los visitantes médicos. Su cartera de servicios incluye desde la prevención a la atención paliativa a enfermos terminales, pasando por la atención de la mujer, la infancia, la adolescencia, los adultos, la tercera edad, la salud mental, los grupos de riesgo y los enfermos crónicos. En los 8 minutos por paciente, el médico de familia debe hacer un juicio clínico, decidir el

mejor tratamiento, explicarlo al paciente y hacer las recetas. Esto implica manejar un amplio espectro de patologías y mucho dinero en farmacia con muy poco tiempo para tomar decisiones.

Según la información aportada por los indicadores de calidad de prescripción, en la Comunidad de Madrid la evidencia científica no guía la prescripción en atención primaria. Los médicos señalan la falta de conocimiento, la influencia de la industria farmacéutica, la receta inducida por atención especializada y la falta de tiempo en la consulta como causas más relevantes. Para reconducir la situación se necesita aumentar la motivación de los médicos y organizar

un plan que facilite el cambio. Entre las herramientas más útiles para este cambio están la formación continuada, y el acceso fácil y rápido a la evidencia. Sería muy útil para los médicos de familia disponer de un sitio en la web en el que encontrar el contenido de los cursos, de las sesiones de formación de los farmacéuticos, de las hojas de información terapéutica, de las guías de práctica clínica adaptadas a nuestro medio. Parece imprescindible la formación de los residentes en el uso racional del medicamento y sería deseable que se introdujera esta formación en la etapa pregrado. En la consulta es muy útil poder consultar una base de datos enfocada a la resolución de problemas en la que se encuentren las patologías más frecuentes y se den recomendaciones basadas en la evidencia. Tener acceso fácil a

un especialista da mucha seguridad en la consulta y a la hora de prescribir, el acceso telefónico o vía correo electrónico con los farmacéuticos de atención primaria es una herramienta muy apreciada por los médicos. Las aplicaciones informáticas integradas dentro del programa informático para la gestión de la consulta que ayudan a la toma de decisiones y facilitan la discusión con los pacientes son muy útiles.

Por último, hay 3 reivindicaciones permanentes de los médicos de familia: al menos 10 minutos por paciente; la disminución de la burocracia, para lo que necesitamos la receta electrónica, y la coincidencia de criterio en la prescripción entre atención especializada y atención primaria.

Investigación de resultados en salud: un reto pendiente para la farmacia de atención primaria

Óscar Pinar López

Farmacéutico de Atención Primaria, Subdirección de Compras de Farmacia y Productos Sanitarios, Comunidad de Madrid, España

Con el fin de alcanzar una excelente calidad asistencial es necesario proporcionar una atención sanitaria efectiva, segura, centrada en el paciente, eficiente y equitativa. La evaluación de la calidad asistencial ha adquirido gran relevancia en los últimos años con la finalidad de mejorar las prácticas sanitarias, contribuir a la transferencia del conocimiento y alcanzar los mejores resultados en salud.

La mayor parte de la bibliografía sobre la calidad de los procesos asistenciales se centra en la indicación del proceso o la medición de resultados intermedios o, aún con más frecuencia, en la idoneidad de un tratamiento realizado ante un diagnóstico concreto, que se conoce comúnmente como evaluación de resultados clínicos. Las nuevas formas de considerar los resultados proceden del cambio de concepto de enfermedad, que es entendida como un malestar físico, mental y social, y no es la mera ausencia de salud física. En este contexto, se hace necesario poder conocer cómo percibe y le afecta al paciente de manera subjetiva la enfermedad que padece (y sus posibles complicaciones) y las terapias administradas para su tratamiento, esto es, disponer de información desde la perspectiva del paciente. La investigación de resultados en salud es la disciplina que proporciona información de los resultados percibidos por los pacientes como indicadores del impacto de la enfermedad y de la efectividad de las intervenciones sanitarias aplicadas. La forma de lograr estos 2 objetivos de manera válida y fiable es evaluando los resultados en salud percibidos y comunicados por el paciente de una manera objetiva, precisa y con rigor científico. Engloba un conjunto de valoraciones subjetivas efectuadas por el paciente, las cuales van desde la medición de una sola dimensión o característica de la enfermedad (intensidad de un síntoma, evaluación global de un tratamiento, etc.) hasta valoraciones de diferentes dimensiones de la patología a través de cuestionarios estructura-

dos como calidad de vida relacionada con la salud, satisfacción con el tratamiento y cumplimiento terapéutico.

Aproximadamente, el 50% de los pacientes con enfermedades crónicas no toman los medicamentos prescritos tal y como se les prescribieron. Un aumento de la adherencia podría tener mayores efectos sobre la salud que el disponer de tratamientos más específicos. Por tanto, la identificación de la falta de cumplimiento terapéutico es un reto y requiere diseñar intervenciones específicas para su mejora.

En Estados Unidos es una práctica habitual la medición de la adherencia, y se han definido estándares de calidad para el uso de los medicamentos en ciertas enfermedades crónicas. Por otro lado, dentro de nuestras fronteras, los servicios de farmacia hospitalaria también informan de la adherencia al tratamiento en patologías en las que se requieren altos niveles de cumplimiento, como la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana o por el virus de la hepatitis C. Sin embargo, en el ámbito de la atención primaria sigue siendo una asignatura pendiente, lo cual parece contradictorio teniendo en cuenta que el farmacéutico de atención primaria tiene una posición idónea en la evaluación del cumplimiento terapéutico. Por un lado, participa en la evaluación de la calidad de los procesos asistenciales relacionados con el uso adecuado de los medicamentos. Por otro lado, dispone de las herramientas informáticas, como las bases de datos de facturación de recetas, diseñadas inicialmente para conocer el consumo de medicamentos, que hoy día tienen otras aplicaciones prácticas como el cálculo del cumplimiento terapéutico. La incorporación de esta información al proceso de utilización de los medicamentos permite conseguir de forma parcial los objetivos de la evaluación de la calidad asistencial, obtener una visión integral del proceso desde la prescripción hasta su utilización por el paciente.