

MESA REDONDA 2: EL PACIENTE COMPROMETIDO, SU TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO Y SU SALUD

Cambio de valores sociales. Modelos colaborativos en la atención a los pacientes

Joan Carles March Cerdá

Profesor de la Escuela Andaluza de Salud Pública, Granada, España

El conocimiento del paciente es clave para mejorar los resultados en salud. La colaboración entre los diversos profesionales de la salud, sin descartar a nadie, sin componentes paternalistas, puede ayudar a una mejora de la salud y la calidad de vida de los pacientes y, por tanto, a mejorar los resultados en salud.

Valores actuales, expectativas diferentes, cambios en lo que queremos

En una sociedad avanzada como la nuestra, los sistemas públicos persiguen el reconocimiento y la legitimidad social a través de la mejora de la calidad de los servicios que prestan, es decir, orientándose hacia las necesidades de sus usuarios, y siendo capaces de solucionar sus problemas y de responder a sus expectativas. En este contexto, conocer qué esperan los pacientes-ciudadanos de los servicios sanitarios públicos es una información muy valiosa.

¿Cómo se vive la salud por parte de los/as ciudadanos/as?

Para la mayoría de los españoles estar sano es no tener dolencias serias. Algunas personas ven la salud simplemente como “un escabullirse de la enfermedad”. Para otras, salud es “sentirse bien”, “estar bien”, “disfrutar de la vida”, “felicidad”. Para los más jóvenes es “estar en forma”. Los ciudadanos y ciudadanas dicen que la salud es “el regalo más preciado”. La gente sigue pensando que es mejor prevenir que curar; sin embargo, muchas veces la prevención les parece un ideal inalcanzable. Así, realizar una dieta saludable o hacer ejercicio físico regular lo consideran extremadamente importante y vital para la salud. Se sienten responsables de tomar medidas y se apuntan a la dieta (la comida baja en grasas, la fruta y las verduras, y la ingestión de calcio), al ejercicio o no fumar. La mayoría de pacientes suelen plantear 2 deseos fundamentales sobre el sistema sanitario: más calidad relacional en el encuentro profesional sanitario-paciente (*empatía, comprensión, competencia en el diagnóstico y tratamiento*), a la vez que deseos de soluciones a los impedimentos y problemas organizativos.

Llama la atención que mientras se articula la expectativa de facilitar un papel más activo del paciente en la gestión de la propia enfermedad, o en la toma de decisión sobre los tratamientos médicos o quirúrgicos, escasas veces se men-

ciona la exigencia de participación en las decisiones organizativas del sistema o de mayor transparencia en el funcionamiento interno. *¿Es ello reflejo de una autoconcepción del paciente como consumidor sólo con derecho al uso del servicio, pero no con derecho a una participación activa en la gestión de la sanidad?*

De la evidencia a sumarle la vivencia

La realidad creemos que es que basamos mucha evidencia en pruebas y poco en vivencias de pacientes. Y nosotros queremos reivindicar que a la medicina basada en la evidencia o en las pruebas debemos complementarla con la medicina o la salud basada en las vivencias de los/as pacientes o ciudadanía en general.

Mucho se habla de que el centro del sistema sanitario es el paciente, así prácticamente todos los servicios regionales de salud dicen que “el ciudadano es el centro y protagonista del sistema sanitario público”. Se trata de juntar la mayor evidencia científica con la experiencia y realidad vividas por los/as pacientes.

Y para conseguirlo, *¿qué hacemos?* La solución es poner la oreja, conocer y escuchar sus palabras, sus sentimientos y aprender también de testimonios, de historias llenas de vida de hombres y mujeres que viven y sienten su patología, su enfermedad, su proceso asistencial, sus...

Cambio de paradigma, de paciente pasivo a paciente activo

¿Es necesaria una mayor alfabetización sanitaria de los pacientes?, ¿sería bueno contar con pacientes expertos para ayudar a promover el autocuidado de la salud?, ¿es necesario para el sistema proporcionar a enfermos/as y familiares confianza en su habilidad de controlar los síntomas y el modo en que la enfermedad afecta a sus vidas, atendiendo sus necesidades de información y conocimiento sobre salud?

Los programas de pacientes expertos tratan de “utilizar” a *pacientes crónicos* que son capaces de entender su enfermedad, de responsabilizarse de su salud y que manejan correctamente las opciones terapéuticas. Estos pacientes, si además tienen *dotes comunicativas y empatía*, una vez formados y asesorados, son capaces de liderar grupos de pacientes de forma eficaz, ya que transmiten la

información con el *mismo lenguaje* de los otros pacientes, desde la *misma experiencia* de enfermedad y con *dificultades parecidas* para la realización correcta del tratamiento y para asumir el impacto físico, emocional y social de esa enfermedad.

Los pacientes llevan la iniciativa de su formación y los profesionales sanitarios tienen un papel observador, orientador y, si es necesario, aclaran las dudas que surgen. Las primeras experiencias con programas de pacientes expertos se llevaron a cabo en el Servicio Nacional de Salud Británico (<http://www.expertpatients.nhs.uk/>) y en la Universidad de Stanford (Estados Unidos) (<http://patienteducation.stanford.edu/>), donde la investigadora Kate Lorig lleva 20 años utilizando estos programas con enfermos de artritis, artrosis, diabetes, esclerosis múltiple, obesidad, enfermedades cardíacas o pulmonares, cáncer, etc., así como con sus cuidadores o familiares.

¿Cuáles son los beneficios de los programas de pacientes expertos?

Los beneficios de proporcionar al/la paciente una formación de calidad, tienen como resultados:

- Una mayor satisfacción.
- Mejores resultados clínicos.
- Mejora de la relación y comunicación con los profesionales sanitarios.
- Reducción de la ansiedad y de los efectos adversos relacionados con la prescripción de fármacos.

- Incremento de la autoestima y reducción del número de depresiones.
- Incorporación del manejo de hábitos de vida saludable.
- Disminución del número de visitas a urgencias.
- Mejora del cumplimiento terapéutico.
- Disminución del número de bajas laborales.
- Aumento de la confianza.

Resulta interesante leer el editorial del *British Medical Journal* del 26 de febrero de 2000 (BMJ. 2000;320:526-7) titulado "Patients as partners in managing chronic disease: partnership is a prerequisite for effective and efficient health care", donde, entre otras cosas, dicen que, ante el importante número de pacientes con enfermedades crónicas, es básico, para su mayor control y tratamiento, que, además de que esté involucrado y se sienta parte del proceso, el paciente participe como *partner*, lo cual hace que los cuidados sean más efectivos y eficientes.

Y eso es lo que hacemos en 2 proyectos en los que trabajamos en la Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP) (www.easp.es), uno de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, la escuela de pacientes (www.escueladepacientes.es), y otro del Ministerio de Sanidad y Política Social, la red ciudadana de formadores en seguridad de pacientes (<http://formacion.seguridaddelpaciente.es/>).

Varias instituciones están desarrollando proyectos en esa línea, como la Universidad de Pacientes, el Programa de Paciente Experto de Cataluña, el Programa Interactivo para Pacientes del Forum Clínic, la Escuela Gallega de Salud y Cuidados o el Programa Paciente Activo del País Vasco.

El médico ante una nueva forma de relación con el paciente

Josep Casajuana Brunet

Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, EAP Alt Camp Est, Institut Català de la Salut, Tarragona, España

¿Qué ha cambiado en los últimos años en la relación con el paciente?

La relación médico-paciente no puede ser ajena a los grandes cambios que ha originado en nuestro día a día la actual sociedad de la información y el conocimiento. La relación unidireccional del que "sabe" y "manda" al que "desconoce" y "obedece" está evolucionando hacia una decisión del que "sabe" "informa" para el que "no sabe" "sepa", de modo que deja el rol de receptor de instrucciones para pasar al de tomar decisiones.

Este cambio se produce de forma bastante más lenta de lo que podría pensarse y ello obedece a diferentes causas: el peso del rol clásico del médico, la implicación emocional por las consecuencias de los resultados de las decisiones, la sobrestimación de la "ciencia" médica, las dificultades inherentes para la práctica.

¿Demanda el paciente más información? ¿Participa en la toma de decisiones? ¿Cómo implicarle?

En general, el paciente, al menos en nuestro entorno, aún no demanda mucha información directamente al médico, aunque sí tiene mayor tendencia a informarse por otras vías. Su participación en la toma de decisiones es escasa, en buena parte porque los médicos no ofrecen esta alternativa en general.

Lógicamente, el primer paso para implicar al paciente en la toma de decisiones es ofrecerle esa posibilidad, y ello debería hacerse en los casos en los cuales existe más de una alternativa razonable, es decir, cuando hay incertidumbre en relación con la mejor alternativa.

La participación en las decisiones, ¿debe abarcar también los tratamientos farmacológicos?

Por supuesto. Hay un conjunto de elementos que hacen necesaria esta participación:

- La existencia de la medicina basada en la evidencia y sus numerosos efectos secundarios (p. ej., las guías de práctica clínica) que tienden a generar una sobreactuación farmacológica sobre los pacientes.
- El pensamiento dicotómico simple a la hora de decidir entre enfermo/sano, sin aplicar “escala de grises”.
- El escaso conocimiento que tenemos para el manejo de enfermos, que contrasta con el grado elevado de conocimiento para manejar enfermedades.

- La difusa frontera entre beneficio y riesgo de muchas de nuestras actuaciones terapéuticas.
- La necesidad de personalizar la decisión en cada paciente considerando la “carga terapéutica” que está dispuesto a asumir.

La implicación del paciente en las decisiones, ¿se traduce en unos mejores resultados en salud?

Debería traducirse en una mayor satisfacción del individuo con los servicios que recibe, en unos mejores resultados en calidad de vida por el hecho de ajustar las actuaciones a los valores y preferencias del paciente, y en una mayor responsabilización de cada individuo en su salud, de la cual, por cierto, andamos bastante necesitados.

Efectividad de la revisión sistemática de la medicación en atención primaria y la calidad de vida de los pacientes polimedificados

Teresa Molina López

Directora de la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía, Servicio Andaluz de Salud, España

El envejecimiento es una fase compleja de la vida que se asocia a cambios importantes: pérdida de capacidad funcional, disminución de la autonomía, mayor morbilidad y comorbilidad, y mayor necesidad de cuidados. En un escenario de índice de envejecimiento creciente —se estima que para el año 2050, España será el segundo o tercer país más envejecido del mundo y pasaremos del 16 al 34% de la población con más de 65 años de edad— constituye un reto para los sistemas sanitarios dar respuesta a las necesidades de la población, y responder al compromiso de ayudar a vivir más tiempo y mejor.

No cabe duda de que los medicamentos han contribuido enormemente a aumentar los niveles de salud, prolongar la esperanza de vida y elevar la calidad de ésta. Sin embargo, el uso concomitante de múltiples medicamentos o polifarmacia (entendiendo ésta como consumo de 5 o más medicamentos de forma crónica y concomitante) derivado de la comorbilidad asociada a la edad, se describe hoy día como un factor de riesgo independiente que se relaciona con una mayor tasa de hospitalización y de otros episodios adversos graves (reacciones adversas o interacciones medicamentosas). La polimedicación se ha asociado, además, al riesgo de infrautilización de medicamentos considerados necesarios, y con ello a la disminución de la calidad de vida. En nuestro entorno, un estudio de prevalencia realizado por nuestro grupo ha puesto de manifiesto que un 50% de la población mayor de 65 años está polimedificada y consume un promedio de 8 medicamentos de forma concomitante. No obstante, hay una amplia variabilidad en la prevalencia de polimedicación entre zonas geográficas no muy lejanas, lo que induce a pensar que esta condición esté en buena parte relacionada con el estilo de práctica asistencial.

La revisión sistemática de la medicación es una evaluación estructurada y sistemática de los medicamentos que el paciente consume habitualmente, y que tiene como objetivo optimizar el uso de cada uno de ellos, minimizar el número de problemas relacionados con su utilización y llegar a un acuerdo con el paciente acerca de su estrategia terapéutica. Es una intervención descrita en la bibliografía desde hace casi 2 décadas y que se promueve desde los servicios de salud, entre ellos los de nuestro país, desde hace varios años. Su efectividad en nuestro medio no está muy estudiada y en otros entornos se describe como variable.

En esta ponencia vamos a revisar la efectividad de la revisión sistemática de la medicación en pacientes mayores con polifarmacia, haciendo especial énfasis en los resultados en salud y calidad de vida. En primer lugar, presentaremos las conclusiones de una revisión de la literatura, describiendo los tipos de intervenciones que se asocian a mejores resultados; en segundo lugar, presentaremos los resultados de un ensayo clínico llevado a cabo por nuestro grupo de trabajo en el entorno del Sistema Sanitario Público de Andalucía, en el que se compara la revisión sistemática de la medicación en pacientes polimedificados mayores de 65 años con la asistencia sanitaria habitual, en términos de adecuación de los tratamientos a recomendaciones establecidas y calidad de vida, medida con la herramienta EQ-5. Revisaremos también las lecciones aprendidas en el desarrollo de este proyecto y la aplicación de todo ello en la práctica asistencial en Andalucía. Por último revisaremos las áreas de incertidumbre, las oportunidades de mejora, las alternativas posibles en cuanto a variables de resultado y hacia dónde sería esperable que se dirigieran futuras investigaciones.

La continuidad asistencial en la farmacoterapia del paciente

María Sanjurjo Sáez

Jefa de Servicio de Farmacia, Hospital Gregorio Marañón, Servicio Madrileño de Salud, Madrid, España

El progresivo envejecimiento de la población y el consiguiente crecimiento del número de personas con enfermedades crónicas, pluripatológicas y con alta carga de dependencia, sitúan al paciente en el centro de un sistema sanitario integral en el que debe garantizarse el abordaje pluridisciplinar y la continuidad asistencial. En consecuencia, el sistema sanitario requerirá cambios en su estructura organizativa actual, al objeto de mejorar la coordinación entre atención primaria y especializada y las estructuras sociosanitarias.

En esa línea, las guías de práctica clínica se convertirán en la hoja de ruta para integrar la atención primaria y especializada, trasladando la mejor evidencia científica disponible a la práctica asistencial e incorporando indicadores clínicos para orientar a los profesionales hacia objetivos de efectividad y eficiencia en los resultados en salud y en la sostenibilidad económica del sistema sanitario. Por ello, los farmacéuticos adquieren un papel clave en la elaboración de las guías, que deberá realizarse de forma consensuada con los diferentes niveles asistenciales.

La historia clínica electrónica integrada, única y accesible desde cualquier punto de la red sanitaria será la herramienta imprescindible para garantizar una atención de calidad y su adecuación a las guías de práctica clínica, y deberá incorpo-

rar el perfil farmacoterapéutico completo del paciente y los elementos de ayuda en la toma de decisiones que garanticen un uso adecuado y seguro de los medicamentos.

Los sistemas de información clínica tendrán que ser instrumentos válidos y amigables para facilitar la toma de decisiones a clínicos y gestores y, al propio tiempo, mejorar la autonomía de los pacientes.

En este contexto de cronicidad y dependencia, los farmacéuticos de los diferentes ámbitos asistenciales tendrán, como profesionales sanitarios, la misión de contribuir a mejorar la salud y calidad de vida de los pacientes, velando por un uso adecuado y seguro de los medicamentos.

Las principales vías para el cumplimiento de esta misión pasan por contribuir a la adecuación de los tratamientos a la evidencia científica y a las características individuales de cada paciente, garantizar la continuidad asistencial en farmacoterapia, y mejorar la seguridad y la adherencia a los tratamientos.

Los farmacéuticos de atención primaria, especializada y oficina de farmacia, trabajando conjuntamente, cobran especial relevancia en la mejora de la educación sanitaria y la farmacoterapia del paciente crónico, contribuyendo a controlar la evolución de la enfermedad y a reducir sus complicaciones asociadas.