Semergen. 2011;**37(Espec Congr)**:15-19

ELSEVIER DOYMA

Medicina de Familia
SEMERGEN

www.elsevier.es/semergen

FOROS DE DEBATE

Estudios de grado y enseñanza por competencias en medicina

Moderador: **Jesús Millán Núñez-Cortés**

Jefe de Servicio de Medicina Interna y Responsable de la Unidad de Riesgo Vascular y Lípidos, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Catedrático de Medicina de la Universidad Complutense, Madrid, España

Ponentes: **José Antonio Gutiérrez Fuentes**[a] **y José Ignacio Cantero Santamaría**[b]

[a]*Director de la Fundación Lilly.*
[b]*Médico de Familia, Servicio de Urgencias de El Sardinero, Santander, España. Vicesecretario de la Junta Directiva Nacional de SEMERGEN, Coordinador del Proyecto de Desarrollo Profesional Continuado en Atención Primaria*

Los nuevos estudios de Grado en Medicina tienen como objetivo formar profesionales con conocimiento adecuado de las ciencias en las que se fundamenta, para que los futuros médicos tengan capacidad de realizar actividades dirigidas a la promoción, mantenimiento y recuperación de la salud. Todo lo anterior debe estar íntimamente ligado a la adquisición de la capacitación necesaria para adaptarse a los retos de la práctica médica en el día a día asistencial, desde el respeto a los derechos fundamentales y de igualdad de género a los derechos humanos y accesibilidad universal de nuestro Sistema Sanitario Público, de igualdad de oportunidades y no discriminación.

Según la orden ECI/332/2008 de 13 de febrero (BOE del 15), por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de médico, las competencias generales que deben adquirir y desarrollar los alumnos de Grado en Medicina son las siguientes:

a) Habilidades clínicas.
b) Fundamentos científicos de la medicina.
c) Habilidades de comunicación.
d) Análisis crítico e investigación.
e) Valores profesionales, actitudes y comportamientos éticos.
f) Salud pública y sistemas de salud.
g) Manejo de la información.

Estas competencias están integradas, a su vez, por diferentes componentes. Algunos de estos componentes que se asocian a las competencias anteriormente definidas se exponen a continuación.

Habilidades clínicas

El objetivo de los componentes que integran esta competencia es el de cuidar la salud del paciente de forma adecuada, efectiva y eficiente en el ámbito de la medicina.

- Realizar adecuadas historias clínicas.
- Reconocer y tratar situaciones que ponen en peligro inmediato la vida del paciente, y todas aquellas que exijan atención inmediata.
- Realizar correctamente los procedimientos diagnósticos y de derivación de la patología más prevalente.
- Adquirir experiencia clínica adecuada en instituciones hospitalarias y centros de salud, bajo supervisión.

Fundamentos científicos de la medicina

Los componentes de esta competencia están dirigidos a dotar al alumno del conocimiento biomédico, clínico y humanístico para aplicarlo al cuidado del paciente.

- Reconocer las bases de la conducta humana normal y sus alteraciones.
- Utilizar las ciencias básicas, clínicas y humanas cuando se enfrenta a los problemas de salud.

Habilidades de comunicación

El alumno debe intercambiar de forma efectiva la información, tanto en forma oral como escrita, y trabajar en equipo con otros profesionales, pacientes, familias y la comunidad.

- Escuchar con atención, obtener y sintetizar información pertinente acerca de los problemas que aquejan al enfermo y comprender el contenido de esta información.
- Comunicarse adecuadamente con otros miembros del equipo de salud y con diferentes sectores de la comunidad.

1138-3593/$ - see front matter © 2011 Elsevier España, S.L. y SEMERGEN. Todos los derechos reservados

Análisis crítico e investigación

En esta competencia el alumno debe adquirir habilidad en el razonamiento crítico y una formación básica para desarrollar actividad investigadora.

— Ser capaz de formular hipótesis, recoger y valorar de forma crítica la información para la resolución de problemas, siguiendo el método científico.

Valores profesionales, actitudes y comportamientos éticos

Los componentes de esta competencia buscan el compromiso del alumno para llevar adelante las responsabilidades profesionales de acuerdo con principios morales y normas legales, teniendo en cuenta las diferencias individuales entre los pacientes.

— Demostrar respeto por el paciente, sus creencias y cultura, así como por los miembros del equipo de salud y por la comunidad.

— Reconocer los elementos esenciales de la profesión médica, incluyendo los principios éticos, las responsabilidades legales y el ejercicio profesional centrado en el paciente.

Salud pública y sistemas de salud

Los componentes de esta competencia tienen como objetivo que el alumno aprenda a valorar y considerar el contexto social y el sistema de salud en su conjunto, desarrollando la capacidad de utilizar los recursos disponibles para proveer una atención de calidad.

— Reconocer los factores que influyen en la salud de la población: genéticos, demográficos, ambientales, económicos, psicológicos y estilo de vida.

— Conocimientos básicos del Sistema Nacional de Salud y de legislación sanitaria.

Manejo de la información

El alumno debe saber utilizar las tecnologías de la información y la comunicación en las actividades clínicas, terapéuticas, preventivas y de investigación.

Desarrollo profesional continuo y los estudios de Grado en Medicina

Por todo lo anteriormente expuesto en el apartado anterior, el DPC se concibe como una metodología de trabajo que favorece la progresión hacia la excelencia en todos y cada uno de los ámbitos profesionales por parte del médico. Esta progresión hacia la excelencia puede ser extrapolable a los estudios de Grado en Medicina, de forma que los alumnos puedan progresar hacia la excelencia formativa mediante los oportunos procesos de evaluación de las competencias mientras cursan los estudios de medicina. Este proceso podríamos denominarlo como desarrollo académico continuo (DAC).

En el DPC de los profesionales, cada competencia se ha dividido a su vez en cuatro áreas de capacitación: conocimientos (lo que sabe), habilidades (lo que sabe hacer), actitudes (la disposición a hacer) y los desempeños (lo que hace). La evaluación de cada área se realiza mediante diferentes herramientas evaluativas. Los conocimientos se evalúan mediante tests y cursos y talleres realizados. Las habilidades mediante casos clínicos y/o pruebas de evaluación de la competencia objetiva y estructurada (ECOE). Las actitudes mediante la valoración de rotaciones externas, informes de reflexión y plan de mejora, participación en comisiones o grupos de trabajo. La evaluación de los desempeños se lleva a cabo mediante comunicaciones y ponencias a congresos, auditoría de historias clínicas y actividades docentes realizadas.

Una vez definidas las competencias que deben adquirir los estudiantes de medicina, la incorporación del DPC a los estudios de grado, lo que hemos denominado como DAC, pasa por la adaptación e incorporación de las herramientas evaluativas antes descritas en las diferentes áreas de capacitación. No todas las competencias deben adquirirse y evaluarse en los primeros cursos del grado, de igual modo que es posible que haya cursos en los que no sea necesaria la evaluación de competencias. Parece lógico pensar que la mayor carga en la adquisición y evaluación de estas competencias corresponda a los últimos cursos de la carrera.

Bibliografía

1. Peset JL. La Universidad hoy, visión de futuro. En: Danón J, ed. La enseñanza de la medicina en la Universidad española, Barcelona, 2001;106-32.
2. Wojtczak A. Glossary of Medical Education Terms. International Institut for Medical Education (IIME). Nueva York, USA. December 2000.
3. Pardell Alentá H. Desarrollo profesional continuo ¿de qué estamos hablando?. Educación Médica. 2008;11:53-6.
4. Orden ECI/332/2008 de 13 de Febrero (BOE del 15) del Ministerio de Educación y Ciencia.
5. Ramírez Puerta D, Cantero Santamaría J.I. Marco conceptual y diseño de un proyecto de desarrollo profesional continuo en Atención Primaria. SEMERGEN. 2010;36:100-7.

Polimedicación: solución o problema

Moderador: **Francisco Abal Ferrer**

Médico de Familia, Centro de Salud Carbayin Alto, Siero, Asturias, España

Introducción

Habitualmente se define polimedicado como aquel paciente que toma cinco o más fármacos de forma continua. En esta mesa trataremos temas de pacientes que tomando más de un medicamento pueden presentar problemas como consecuencia de esta medicación crónica múltiple, y concretaremos sus necesidades, riesgos y peculiaridades, sin dejar de lado su comorbilidad y las polipíldoras, con asociaciones de varios principios activos.

Aun siendo conscientes de que hay más profesionales y más personas implicadas, abordaremos la polimedicación desde tres puntos de vista: el médico en la consulta, el farmacéutico en la oficina de farmacia y la Administración a través de sus farmacéuticos de área. Naturalmente, contaremos con la interacción entre los tres.

Esta interacción entre profesionales obliga a hablar de coordinación y, por tanto, de comunicación tanto en su fondo como en su forma, así como de la información que debe fluir entre ellos con unos cauces establecidos o pactados de antemano y el respeto a la confidencialidad y demás consideraciones en torno a la autonomía del paciente.

Plantearemos lo que supone como problema o solución la presencia de un polimedicado, con las características propias de cada paciente y también de forma abstracta, como lo puede ver cada uno de los componentes de la mesa. Veremos la información requerida y la información necesaria para tener un control sobre los potenciales problemas de la polifarmacia.

También estará presente la normativa actualizada y los distintos programas promovidos desde la administración con sus expectativas, dificultades, dudas, beneficios, fracasos y cada una de sus peculiaridades. Se añadirá un punto de vista económico y diversos aspectos de la receta electrónica.

Nos situaremos también en el plano operativo, mostrando las técnicas empleadas con los polimedicados por los distintos profesionales, los registros, con su importancia y sus limitaciones, así como las herramientas informáticas cotidianas, mostrando sus bondades y sus carencias.

Situación actual del farmacéutico de OF y el paciente polimedicado

M.ª Teresa Eyaralar Riera

Farmacéutica, Carballín Alto, Siero, Asturias, España

Concepto

Polimedicado es aquel que utiliza varios medicamentos de forma crónica. El farmacéutico es conocedor de esta situación cuando la dispensación es simultánea o cuando conoce el tratamiento a través de la receta electrónica, de la continuidad prestada a ese paciente en una OF, a través de informes que así lo constatan o por los registros de la propia farmacia. Un paciente y una receta puede ser un polimedicado y sin embargo puede no ser contemplado como tal al desconocer el resto de su tratamiento.

La percepción de uso incorrecto o dificultad de uso a mayor número de envases se percibe como problema. Informar sobre administración, manipulación y conservación no presenta dificultades para los farmacéuticos. Hacerlo sistemáticamente sólo está condicionado por la interacción paciente/farmacéutico y por la percepción de necesidad de ambos de dar o recibir dicha información.

La mejora del cumplimiento a priori debe revertir en mejores resultados clínicos y menos costes directos e indirectos. Los sistemas personalizados de dosificación, los pastilleros, facilitan la administración de medicamentos. Para evitar alteración de las formas farmacéuticas requieren de una supervisión para su preparación (por el farmacéutico, familiar o propio paciente) y para evitar errores de administración es necesario a su vez un control o supervisión bien por un familiar, servicios sociales o por el farmacéutico.

Cuando en el paciente polimedicado los resultados clínicos no son los esperados se generan pruebas complementarias, derivación a otros especialistas, aumento de las consultas médicas y de enfermería, cambios en los tratamientos, aumento del consumo de medicamentos. Es por eso que los conocimientos de los farmacéuticos han de centrarse también en los resultados clínicos no esperados, en las situaciones de riesgo (SR) que tengan relación con los medicamentos bien por interacciones, contraindicaciones, necesidad de ajustes de dosis, identificación de reacciones adversas (RAM), etc. Las SR se plantean en función de la farmacológica/actividad del medicamento y la presencia de comorbilidad aunque también se deben tener en cuenta otros condiciones como capacidad física y psíquica del paciente/cuidador.

Los informes sobre el tratamiento sobre situaciones de riesgo pueden ser de gran utilidad bien cuando el médico toma la decisión de cambiar un tratamiento o bien cuando otro médico ha prescrito nuevos medicamentos.

Para ello es necesario conocer todo el tratamiento del paciente (a través de informes, receta electrónica o registros de la propia farmacia), los datos clínicos que figuran en la ficha técnica y que son utilizados para los ajustes de dosis y para valorar seguridad, necesidad y efectividad. El acceso a la historia clínica sólo es posible cuando el paciente aporta dicho documento. El acceso a datos más allá de los que aporta la receta tiene como límite el principio de confidencialidad. El archivo de datos del paciente en la historia de AF está regulado por la Ley de protección de datos.

La coordinación con los médicos se fundamenta en el reconocimiento de la utilidad de la colaboración en beneficio del paciente, que implica un trabajo de calidad por parte del farmacéutico. Esta coordinación para compartir información está condicionada por el principio de secreto profesional.

El registro de la actividad en la OF tiene como objetivo la continuidad en el servicio, disponer de información para tomar decisiones, documentación de las actuaciones profesionales con el médico y el paciente, archivo de notificaciones al sistema nacional de farmacovigilancia.

Para conseguir estos objetivos se propone trabajar desde la dispensación con la historia de atención farmacéutica (AF), registrando cada medicamento dispensado. En cada visita se registra y se revisan los cambios que se producen en el tratamiento y su causa, la percepción en términos de salud del tratamiento así como las dificultades para su administración. Se registrará a su vez la actuación profesional llevada a cabo.

Los datos clínicos antes mencionados se incluyen en la historia de AF. La historia de AF (HAF) permite que cualquier farmacéutico con conocimiento y entrenamiento sea capaz de trabajar de la misma manera con un mismo paciente aunque sus decisiones o estrategias difieran, como ocurre con cualquier profesional. La HAF permite recuperar información básica para centrar la entrevista en cada visita del paciente. El soporte informático ha de ser ágil tanto para el registro como para la recuperación de la información.

El farmacéutico actualizará sus conocimientos revisando fichas técnicas, medicamentos nuevos en el mercado, guías clínicas, etc.

El farmacéutico de AP es clave para que el farmacéutico y el médico tengan una base uniforme en cuanto a tendencias y formación así como la coordinación entre niveles.

Polimedicación: solución o problema

José Antonio Tarrazo Suárez

Médico de Familia, Centro de Salud Siero-Sariego, Asturias, España

Muchos de los pacientes que atendemos diariamente en las consultas de atención primaria están polimedicados. Los fármacos están orientados a prevenir, curar o paliar la enfermedad o sus consecuencias, pero en los últimos años se ha abierto un debate sobre los riesgos que implica la toma simultánea de muchos medicamentos. Podemos abordar el problema como meramente cuantitativo, o aceptar que tanto la sobremedicación como el uso inadecuado de los fármacos son también parte del problema y habitualmente los encontramos asociados con la polimedicación.

Cabe preguntarse si el paciente que está tomando muchos fármacos está expuesto a un mayor riesgo, o si por el contrario el riesgo es el propio de la patología existente. La evidencia actual demuestra que estos pacientes presentan mayores tasas de incumplimiento terapéutico, mayor riesgo de reacciones adversas y de interacciones, y un aumento de ingresos hospitalarios y mortalidad. Conviene recordar aquí que tanto los polimedicados como los ancianos son excluidos habitualmente de los ensayos clínicos, por lo que existe una evidente laguna en el campo de la investigación con este grupo de pacientes.

La prescripción de medicamentos va dirigida mayoritariamente a tratar enfermedades crónicas, en muchos casos se trata de pacientes jóvenes, generalmente con un número limitado de patologías, pero en las que se precisa un arsenal importante de fármacos para conseguir un control adecuado. Sin embargo, la polimedicación se manifiesta principalmente en ancianos, en los que los cambios fisiológicos propios del envejecimiento, la pluripatología, el deterioro funcional o cognitivo, o la dependencia los hacen especialmente vulnerables a los efectos adversos de los medicamentos. No podemos ignorar que un número importante de intervenciones sanitarias producen beneficios marginales mínimos y a menudo inferiores a los riesgos o costes que suponen.

Una vez asumido el riesgo de la polimedicación se puede trabajar desde distintos ámbitos para minimizar los mismos.

¿Qué papel le corresponde al médico de AP en este campo?

- Debe desarrollar su perfil de auténtico integrador de las patologías, prescripciones y recomendaciones de los distintos profesionales que atienden al paciente.
- Ser riguroso en el registro de los fármacos prescritos.
- Vigilar la adecuación terapéutica, individualizando la prescripción y retirando los medicamentos innecesarios e inadecuados.
- Considerar como posible reacción adversa medicamentosa cualquier nuevo síntoma (caídas, confusión, incontinencia, cambios de comportamiento, depresión, etc.).
- Monitorizar fármacos problemáticos.
- Debe ser muy cauto en las nuevas prescripciones, tanto agudas como crónicas, valorando detenidamente el riesgo-beneficio de la misma.
- Trabajar con el resto de profesionales que atienden al paciente, personal de enfermería, asistentes sociales, farmacéuticos de OF, con el fin de coordinar la revisión periódica de la medicación, promover la adherencia al tratamiento y permanecer atento a los problemas que se puedan detectar en relación con los medicamentos.

Algunos avances en campos estratégicos serían de gran ayuda para cumplir estos objetivos. Las nuevas herramientas informáticas deberían ayudarnos en el proceso de toma de decisiones, generando alertas en caso de prescripciones redundantes, potencialmente inadecuadas o con riesgo de interacciones. La historia clínica informática unificada, accesible desde cualquier parte del territorio nacional, permitiría un mejor acceso a los registros y una mejor atención a pacientes desplazados o itinerantes. La regulación de la bioapariencia de las distintas marcas comerciales, la existencia de guías clínicas vinculantes para el conjunto del Sistema Nacional de Salud y una política racional de financiación de nuevos medicamentos, permitiría avanzar en las prácticas de prescripción. Por último, conviene recordar que un medicamento no siempre es la mejor opción

terapéutica y se debería potenciar el uso de terapias no farmacológicas, sobre todo en los grupos de población más vulnerables a presentar problemas relacionados con los medicamentos.

Polimedicación: solución o problema

Luis Sánchez Álvarez

Doctor en Farmacia, Responsable del Servicio de Farmacia de Atención Primaria del Área V del SESPA, Oviedo, Asturias, España

Aparte de los beneficios de los tratamientos farmacológicos, es bien conocido el riesgo que toda medicación, como agente externo al organismo, puede provocar sobre el mismo. Si a este hecho le sumamos que un gran número de pacientes sufren pluripatología, se deduce que están en tratamiento con múltiples prescripciones y con ello sujetos a una mayor posibilidad de sufrir problemas relacionados con los medicamentos. Sin embargo, determinados colectivos, bien por su edad, por sus características patológicas o de otro ámbito, son más susceptibles de sufrir incumplimiento, interacciones, reacciones adversas, etc. que el resto de los pacientes. De esto se deduce la importancia de establecer programas que permitan abordar a estos colectivos de una manera prioritaria.

El elevado consumo de medicamentos de la población no sólo repercute en un aumento de la factura farmacéutica, sino que también ocasiona un aumento de los costes sanitarios indirectos derivados de los problemas de salud ocasionados por un no uso/mal uso de los mismos.

Desde hace unos años hasta ahora se vienen impulsando desde las instituciones sanitarias las políticas de seguridad de los pacientes y de uso racional de los medicamentos, en especial a enfermos crónicos y polimedicados.

El abordaje de los pacientes con pluripatologías, con frecuencia con mayor número de tratamientos concomitantes, constituye el eje sobre el que pivotan la mayor parte de los programas de pacientes polimedicados existentes en los diferentes ámbitos de salud.

Todo programa o estrategia encaminada a mejorar el control del paciente polimedicado se debe realizar desde un punto de vista multidisciplinar, abarcando tanto médicos, enfermeras y farmacéuticos como asistentes sociales, entre otros. Sin embargo, no son los profesionales sanitarios los únicos partícipes de estos programas; los pacientes, como principales implicados, deben ser punto de referencia a tener en cuenta. Se pretende fomentar la autorresponsabilidad del paciente en sus cuidados, proporcionándole medios que mejoran su cumplimiento terapéutico al tiempo que se incide en la educación sanitaria como elemento clave en todo el proceso.

A nivel de los profesionales sanitarios, se ha de favorecer la toma de decisiones basadas en la evidencia que, junto con una cooperación entre los diferentes niveles asistenciales, consiga realizar un uso más eficiente y seguro de los recursos. Todo esto se traduce en una mayor seguridad en los tratamientos que han de recibir los pacientes. De la misma manera, los pacientes, como usuarios finales, deben participar activamente en la elección del tratamiento a seguir, para lo cual deben estar correctamente informados y asesorados.

Una vez llegados a este punto, se hace clara la necesidad de contar tanto con profesionales cualificados como con herramientas, tanto físicas como informáticas o administrativas, que nos permitan llevar a cabo esta logística.

El farmacéutico de atención primaria es uno de los profesionales de las instituciones sanitarias especialmente cualificado para desarrollar un abordaje de los pacientes polimedicados a diferentes niveles. Por un lado, a nivel de los profesionales de la salud, desarrollando actividades como la formación, la información de medicamentos, la implementación de guías de práctica clínica, colaboración con las oficinas de farmacia, etc. Por otro lado, este colectivo participa en el desarrollo de programas y herramientas que permitan a los pacientes estar adecuadamente informados, tanto de sus patologías como de las características de los tratamientos a los que están sometidos. Por tanto, se consigue potenciar el autocuidado de la salud e implicar al paciente en la toma de decisiones, y al mismo tiempo involucrar al paciente en un uso racional de los medicamentos.

Son muchas las estrategias que se desarrollan paralelamente a nivel mundial enfocadas al cuidado del paciente pluripatológico y polimedicado. En Europa, y concretamente en España, existen diferentes programas enfocados a este colectivo según la autonomía de que se trate. Sin embargo, los pilares anteriormente citados se mantienen constantes, aunque con un desarrollo y priorización diferente.

Las instituciones sanitarias, como parte responsable del mantenimiento de la salud de la población, deben impulsar estrategias en las que involucren a todos los colectivos implicados en el ciclo de diagnóstico, prescripción, cuidado y dispensación de medicamentos. Herramientas como la guía farmacoterapéutica electrónica común primaria-especializada, programas de interacciones medicamentosas, estándares de calidad de la prestación farmacéutica. Del mismo modo, deben impulsar el desarrollo de aquellas herramientas, como la historia clínica digital, la receta electrónica o todas aquellas nuevas tecnologías, que permitan a los diferentes eslabones de la cadena sanitaria realizar su trabajo de una manera que aumente la seguridad y la eficacia de los tratamientos, impulsando el conocimiento y los hábitos de vida saludables.

Por tanto, se debe impulsar toda estrategia que consiga mejorar la prestación farmacéutica y la calidad asistencial de los pacientes crónicos y polimedicados, así como la eficiencia y el conocimiento que se tiene de los tratamientos sin dejar de lado a ningún profesional sanitario.