

XVI JORNADAS RED ESPAÑOLA DE ATENCIÓN PRIMARIA
¿Enfermos complejos o sistema simple?

Madrid, 22 y 23 de junio de 2012

INAUGURACIÓN

Antonio Alemany López. Director General de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid.

Es para mí una satisfacción compartir esta mesa inaugural de la 16ª Jornadas de la Red Española de Atención Primaria con el Dr. Luis García Olmos, Presidente de la Red Española de Atención Primaria y con el Dr. Joaquín Arenas Barbero, Director General del Instituto de salud Carlos III. Jornadas que cuentan con el más decidido respaldo de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid y por supuesto, de la Dirección General de Atención Primaria.

Quiero agradecer al Comité Organizador y Científico y a la Junta Directiva su amable invitación a este acto, y felicitarle por esta iniciativa que se promete muy interesante y provechosa tanto del ámbito académico como en su repercusión asistencial. A todos mi enhorabuena. Y mi más cordial bienvenida a todos ustedes y a los que llegan de otras Comunidades Autónomas españolas les deseo además una agradable estancia entre nosotros.

El título de las Jornadas es francamente ilustrativo. ¿Enfermos complejos o Sistema simple? Porque aquí se va a tratar de discernir si la problemática está en la complejidad del enfermo o está en la propia organización sanitaria. O en ambos.

Pero a qué nos referimos cuando hablamos de complejidad en un paciente, puesto que paciente complejo puede ser aquél que presenta pluripatología, habitualmente asociada a cronicidad y edad avanzada, con consultas repetidas tanto en Atención Primaria como por diferentes especialistas. O más simplemente, paciente complejo es aquél que presenta una sintomatología, que tras repetidas valoraciones, pruebas complementarias y derivaciones a otras especialidades, no somos capaces de llegar a un juicio diagnóstico y que acude repetidamente a nuestras consultas sin alcanzar ninguna mejoría.

No cabe duda que ambos presentan características de complejidad, y en ambos inciden aspectos biológicos, psicológicos y sociales. Estos enfermos constituyen el gran reto para el sistema sanitario actual.

Hoy en día nos encontramos ante una sociedad con mayor calidad de vida, mayor longevidad y por lo tanto con una notable esperanza de vida. Pero afortunada o desgraciadamente estos hechos se acompañan de un aumento de las enfermedades crónicas, de pluripatologías y todas las necesidades derivadas de dolencias incurables, de larga duración y con un deterioro progresivo que disminuyen la autonomía y capacidad funcional de quienes lo padecen.

Este perfil ha evolucionado con tal rapidez que nos obliga a modificar ciertos planteamientos, debemos edificar la salud en base a criterios de prevención y promoción como primera línea de actuación, debemos atender al enfermo desde una valoración integral con atención y colaboración multidisciplinar de los distintos niveles asistenciales y debemos ofertar la continuidad cuidados de forma personalizada

y con la participación del propio paciente y de sus familiares; aspecto en el que tiene especial relevancia el papel de la enfermera de Atención Primaria.

Con respecto a la organización sanitaria, nuestro sistema sanitario, como la mayoría de los de nuestro entorno, sigue priorizando la atención de episodios agudos. Sin embargo, estamos pasando de una atención puntual a procesos agudos, a la atención repetida de episodios de descompensación de patologías crónicas en personas de edad avanzada. Y ya nadie duda de que estos pacientes precisan atención continuada e integrada.

Sin olvidar los aspectos comentados de la cronicidad y pluripatología, las Jornadas que hoy comienzan, tal y como se recoge en la presentación del programa, están enfocadas a los problemas de coordinación en el caso de pacientes donde coexisten problemas mentales graves, esquizofrenia, autismo, Alzheimer, con enfermedades orgánicas tanto agudas como crónicas.

Los trastornos de salud mental constituyen un problema serio y costoso a nivel mundial, que afecta a personas de todas las edades y de todas las culturas y niveles socioeconómicos. La depresión profunda es la cuarta en importancia por años de vida adaptada a una discapacidad y está próxima a ser la segunda causa de discapacidad a escala mundial.

En España, el 9% de la población padece algún tipo de trastorno mental y algo más del 15% lo padecerá a lo largo de su vida. Según el libro verde de la Estrategia Nacional de Salud Mental, los trastornos mentales constituyen la causa más frecuente de carga de enfermedad en Europa, por delante de las enfermedades cardiovasculares y del cáncer. En este sentido, su impacto en la calidad de vida es superior al de enfermedades crónicas como la artritis, la diabetes o las enfermedades cardíacas y respiratorias.

Entre un 25 y un 30 % del total de los pacientes atendidos en las consultas de Atención Primaria presenta una patología psiquiátrica, lo que se traduce en que al menos 1 de cada 4 pacientes que ve el médico de familia tiene un trastorno mental.

Es importante tener en cuenta que entre un 20-30% de los pacientes que acuden a Atención Primaria lo hacen por síntomas sin una enfermedad médica clara que los justifique. Raramente estos pacientes son conscientes de que sus síntomas son claramente de orden psiquiátrico, y por tanto no aceptan ser remitidos a especialistas de Salud Mental.

Si bien los pacientes más complejos acuden a los servicios especializados, la atención primaria es el medio natural donde prevenir y tratar precozmente enfermedades comunes como la depresión. En nuestra Comunidad, se derivan al nivel hospitalario alrededor de 50.000 pacientes al año, lo que supone un 2% del total de derivaciones.

El médico de familia realiza una labor fundamental en el campo de la Salud Mental, donde trata y coordina al 90% de los pacientes con este tipo de trastornos. Su preparación es superior a la de hace años en cuanto a las terapias psiquiátricas, por lo que su capacidad de respuesta ha aumentado y sólo los casos complejos, deben ser derivados a atención especializada. Existen grupos especiales de tratamiento como los niños y adolescentes, las embarazadas, o los pacientes bipolares, que son más complicados de tratar y que van a requerir casi siempre la intervención de un especialista en Psiquiatría. No obstante, incluso en esos casos, el equipo de atención primaria tiene un importante papel, no solo en la detección, sino también como referente de la coordinación entre los distintos niveles asistenciales.

Es fundamental que exista una estrecha coordinación entre médicos de Atención Primaria, psiquiatras y especialistas de otras disciplinas, tanto para una correcta atención a la asociación enfermedades mentales con otras patologías, como para avanzar en el diagnóstico precoz, en la selección del nivel de atención, en el seguimiento del cumplimiento terapéutico, y en solventar los problemas emocionales de los cuidadores.

En definitiva, los enfermos complejos necesitan un concepto asistencial más amplio que contemple un abordaje integral. Este abordaje integral, que debe tener en cuenta los conceptos de complejidad del caso y de la asistencia, precisa de un método en la comunicación que fomente el intercambio y la

colaboración entre las diferentes disciplinas y profesiones médicas y los pacientes, es lo que se va a tratar en estas Jornadas.

Jornadas de las que puedo predecir el éxito, ya que en ellas se tiene en consideración además de los aspectos de coordinación entre niveles y la influencia de la actual situación económica, el punto de vista desde la consulta de médico de familia, el punto de vista desde las oficinas de farmacia, la gestión de casos como alternativa para la atención a estos pacientes y el papel de las nuevas tecnologías de comunicación. Todo ello completado con el análisis concreto del paciente esquizofrénico y diabético, y la presentación de comunicaciones.

Las conclusiones deben servir de punto de partida al desarrollo de las líneas estratégicas a seguir ante el paciente complejo.

Darles una vez más la bienvenida a todos ustedes, deseando que además del aprovechamiento docente pasen una agradable estancia en nuestra ciudad que les invitamos visitar.

MESA REDONDA I: EL PACIENTE COMPLEJO. ¿QUIÉNES SON Y CÓMO LOS TRATAMOS?

La atención al paciente complejo en la consulta del médico de atención primaria.

Juan Gérvas, médico general, Equipo CESCA, Madrid, España

Todos los pacientes son "complejos", en el sentido de presentar problemas singulares, habitualmente con componentes biológicos, psicológicos y sociales. Lo raro en atención primaria es el paciente "de libro", con un solo problema, y una situación clínica previsible. Cada paciente es un mundo, y conviene dar respuesta teniendo en cuenta ese mundo, que lo hace único e irrepetible en sus circunstancias. Como las circunstancias son cambiantes, las situaciones clínicas no se repiten, ni entre pacientes, ni en el mismo paciente. Por ejemplo, la gripe de este año es muy diferente de la del año pasado en esa anciana que ahora tiene una minusvalía de desplazamiento (tuvo fractura de cadera y ha curado mal) y además se ha quedado viuda durante el verano. Y por supuesto, la gripe de una estudiante de primero en la universidad no tiene nada que ver con la gripe de la anciana citada, por más que en la consulta vayan una detrás de otra.

Además, hay pacientes complejos, esos que se llaman pacientes crónicos en situación de complejidad. Incluye también a agudos, cuando se asocian problemas graves varios; por ejemplo, el paciente con apendicitis que tiene fracaso renal durante la intervención, y es además soltero, sin trabajo y sin vivienda (un vagabundo que vive en la calle).

En general, los pacientes complejos se atienden en atención primaria sin darle mayor importancia, como el trabajo de cada día. Sin embargo, si se suman problemas importantes biológicos, psicológicos y sociales, el proceso y el resultado de la atención suele ser mucho peor de lo esperable. Así, por ejemplo, lo solemos hacer mal en el paciente esquizofrénico que pierde una estructura familiar de apoyo (muere la madre, viuda, con la que vivía) y además presenta diabetes mal controlada, y tiene un nivel bajo de estudios y pobreza. Lamentablemente, estos pacientes "no son interesantes", como sí lo son los que cumplen con las normas, citas y recitas de diabetes e hipertensión, por ejemplo. El problema es que estos últimos no nos necesitan, y aquel sí. Se cumple así en toda su intensidad la Ley de Cuidados

Inversos ("quien más cuidados precisa menos recibe y esto se cumple más intensamente cuanto más se orienta al mercado el sistema sanitario público").

Hay un conjunto de pacientes que sufren exclusión social, y también son excluidos del sistema sanitario, de la atención primaria. Por ejemplo, son pocos los drogadictos vagabundos y pobres que cuentan con médico de cabecera. Estos "insignificantes" (en terminología de la Teología de la Liberación) reciben servicios sincopados y no coordinados en urgencias y de agencias no gubernamentales, y terminan siendo usuarios de los servicios sociales (albergues, comedores públicos y demás) y se encuentran con la policía y los jueces (y acaban frecuentemente en prisión, injustamente).

En cierta forma "los pacientes son el combustible del sistema sanitario", y los profesionales organizan la atención en forma que les sea cómodo el trabajo. El sistema sanitario no es simple, sino por la organización y gestión diaria del mismo. Podría adaptarse sin problemas a otra forma de trabajar, que diera respuesta a los pacientes complejos. Para ello se precisa incrementar la flexibilidad de la organización, la accesibilidad, la polivalencia de los profesionales y la longitudinalidad de su atención. Es decir, se precisa eliminar rigideces, ser más accesible, ofrecer más servicios, más variados y en el momento por profesionales capacitados, y mantener a estos profesionales de por vida (a ser posible) en el mismo puesto de trabajo para que establezcan relaciones personales a largo plazo con sus pacientes y sus familias (y la comunidad).

Gestión de casos, alternativa para la atención de pacientes complejos

Juana Mateos Rodilla. Directora Técnica de Procesos y Calidad. Gerencia de Atención Primaria. Servicio Madrileño de Salud

Resumen:

La autora comienza su presentación exponiendo **los factores del entorno** que han posibilitado la aparición del modelo de gestión de casos como una alternativa a la atención de los pacientes crónicos complejos y frágiles. Estos factores son: el envejecimiento progresivo de la población, el progreso tecnológico, el aumento de expectativas, la demanda de mayor calidad por parte de los ciudadanos, la intensificación de los servicios sanitarios, los cambios y nuevos modelos de financiación sanitaria, aumento de la morbilidad social, la mayor accesibilidad a los servicios sanitarios, la preocupación por la eficiencia, el fraccionamiento en la distribución de servicios en salud.

A continuación presenta los objetivos de la gestión de casos:

a) Objetivos de calidad de vida y satisfacción en el paciente, cuidadores y familia:

- Mantener y mejorar la calidad de vida de pacientes y cuidadores.
- Fomentar el autocuidado, la autogestión y la autonomía
- Mejorar la satisfacción respecto a los servicios sociosanitarios

b) Objetivos asistenciales:

- Identificar a la población con mayor complejidad/ elevada necesidad de cuidados. Garantizar su captación.

- Asegurar la continuidad de cuidados y la coordinación entre los diferentes ámbitos, durante las transiciones del paciente.
- Mejorar la homogeneización de la práctica entre ámbitos asistenciales

c) **Objetivos de eficiencia/utilización de servicios:**

- Participar en la planificación de cuidados a la población diana
- Asegurar intervenciones que reduzcan la hiperfrecuentación y los reingresos.
- Contribuir a la sostenibilidad del sistema (uso eficiente de recursos de apoyo al cuidado)

Realiza un repaso histórico desde el nacimiento del modelo y su evolución en el tiempo, identificando las experiencias descritas en España. Presenta varias definiciones de este modelo de atención, destacando la definición de la Joint Comision on Accreditation of Health Care Organizations 10, entidad dedicada a la evaluación de la calidad de los centros sanitarios en EE.UU, que dice que “la gestión de casos es el proceso de colaboración interdisciplinario que asesora, planifica, implementa, coordina, monitoriza y evalúa las opciones y los servicios para dar respuesta a las necesidades de salud de las personas, utilizando la comunicación y los recursos disponibles para promover la calidad de la asistencia y los resultados dentro de los parámetros de coste-efectividad”.

A continuación se explica la misión, visión y valores de este servicio así como los atributos de calidad del mismo. Las piezas que componen este modelo de colaboración y coordinación son: interdisciplinariedad, continuidad de cuidados, cuidados en el domicilio y entorno del paciente, toma de decisiones compartidas, vías clínicas estandarizadas, evaluación continuada y análisis de resultados, factor tiempo establecido y consensuado, gestión de la enfermedad y gestión del autocuidado, relaciones interpersonales y gestión en equipo, importancia de la información al paciente y familia.

Se presentan las opiniones de expertos respecto al profesional que puede desempeñar mejor el rol de gestor de casos. Zander, Teixidor, Montiel y Bower abogan por la enfermera. Se explica el método de trabajo de un gestor de casos y las competencias necesarias para obtener los resultados deseados.

A continuación, la autora identifica las ventajas e inconvenientes del modelo y presenta los resultados de la medición de la efectividad del mismo realizada por Morales Asencio et al (2008). Termina la ponencia exponiendo al público un conjunto de preguntas para la reflexión posterior.

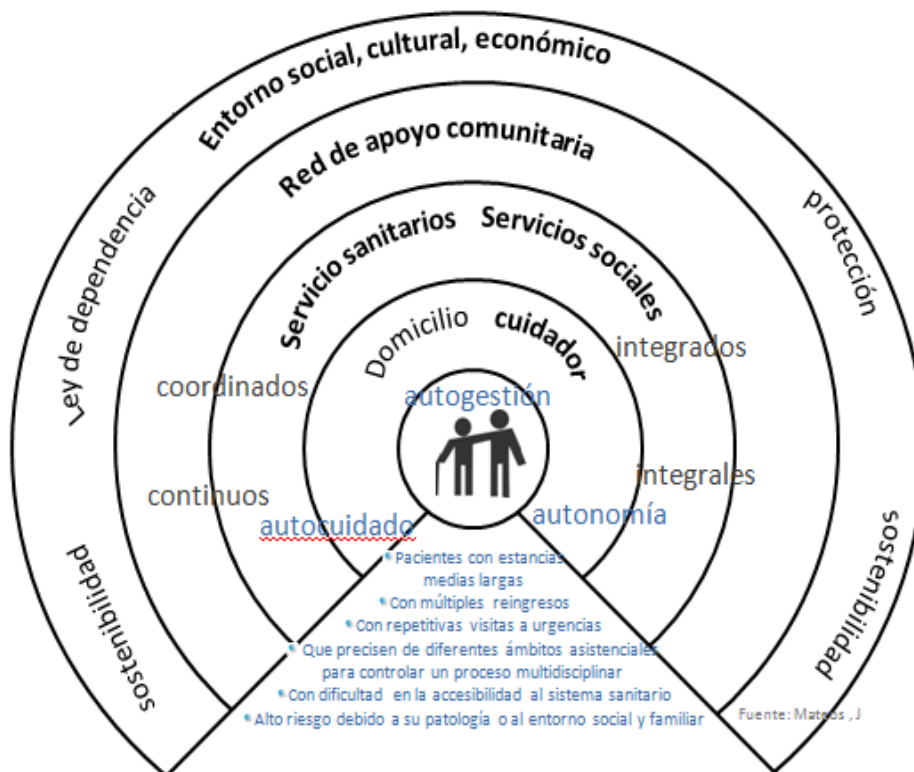


Figura 1: representación gráfica del modelo según Mateos Rodilla, J.

Como conclusión, Mateos expone tres conceptos clave:

1. La gestión de casos es una respuesta innovadora en la administración de cuidados en salud.
2. Es un sistema de atención al usuario estructurado y focalizado en la consecución de objetivos específicos que utiliza correctamente los recursos adecuados para conseguir dichos objetivos
3. La meta de la gestoría de casos es tratar de que los pacientes tengan el máximo nivel de confort, funcionalidad y autonomía y conseguir la mínima intensidad de la asistencia a los servicios sanitarios, asegurando el ámbito asistencial adecuado en cada momento.

Papel de las nuevas tecnologías en la atención al paciente complejo

Carlos Hernández Salvador. Ingeniero de telecomunicaciones. Unidad de telemedicina y e-Salud. Instituto de Salud Carlos III.

El papel innovador de las TIC en la atención al paciente complejo debe contemplarse en el contexto del esfuerzo de Europa en impulsar la innovación en las TIC aplicadas a la salud y el bienestar para las personas mayores, tal como ejemplifican la adopción en la UE del EIP (European Innovation Partnership) sobre "Envejecimiento activo y Saludable" (EIP-AHA), así como el Programa Conjunto AAL (Ambient Assisted Living), la Iniciativa de Programa Conjunto JPI "Más años, más vida", además de las actuaciones en los programas ICT for Health y e-Inclusion dentro del 7º Programa Marco, así como en el Programa

Marco CIP. España participa activamente en la gestión y financiación de estas iniciativas a través, entre otros organismos, del Instituto de Salud Carlos III.

Los principales focos de I+D+i en el escenario Europa 2020 en este campo concreto son:

- El foco de la investigación (I) está fundamentalmente en analizar la interacción entre enfermedades y analizar la complejidad asociada que generan la comorbilidad y la codiscapacidad en la monitorización remota de pacientes.
- El foco del desarrollo (D) está en la creación de plataformas tecnológicas y de servicios que permitan evaluar la inserción de nuevos servicios asistenciales fuertemente basados en TIC orientados fundamentalmente a la atención en el domicilio.
- El foco de la innovación (i) está en la elaboración de nuevos servicios asistenciales soportados fuertemente en las TIC, con vocación de atención integral.

La intensa actividad de I+D+i que actualmente se está llevando a cabo en todos los países, permite ser optimista a medio plazo en que se produzcan importantes avances hacia lo que hemos llamado aquí atención integral: Provisión de la asistencia sanitaria (primaria, especializada, mental, farmacológica) y la asistencia social necesarias para atender de forma idealmente correcta a las personas mayores según sea su estado de salud y función. Desde una perspectiva tecnológica, la atención al paciente complejo es una instancia, compleja pero particular, del escenario general de la atención integral.

La Unidad de Investigación en Telemedicina y e-Salud del Instituto de Salud Carlos III ha desarrollado una plataforma de innovación en telemedicina y e-salud (PITES). Es una infraestructura de investigación estable y pública compuesta por una plataforma tecnológica y un equipo interdisciplinario de investigadores (tecnólogos, y especialistas en ciencias de la salud y sociales), dirigida a grupos de investigación, entidades y organizaciones públicas o privadas, con el objetivo de ofrecer soporte para la obtención de evidencia sobre los nuevos modelos de provisión asistencial basados en TIC en escenarios relacionados con la enfermedad crónica y la dependencia.

El objetivo general de PITES es la creación de una agrupación de nodos de innovación tecnológica con base en unidades clínicas (hospitales, gerencias de atención primaria, otras) para el desarrollo de entornos de aplicaciones, herramientas e infraestructuras TIC seguras, accesibles e interoperables, utilizando estándares abiertos. La plataforma permitirá implementar soluciones de telemedicina móvil personal y de e-Salud para los nuevos modelos de atención sanitaria con especial foco en personas con condición crónica, frágiles y dependientes, acelerando la transferencia del conocimiento a la práctica clínica.

La plataforma PITES soporta proyectos de investigación, no actividad asistencial. Específicamente, proporciona soporte al despliegue y evaluación a través de la realización de estudios experimentales, de los e-servicios basados en telemedicina que implementan nuevos modelos de provisión de cuidados.

La tecnología disponible empieza a permitir que se diseñen servicios caracterizados por ser:

- *Ubícuos*, porque rompen las barreras del centro sanitario clásico, ya sea centro de salud, ambulatorio u hospital, confiriendo al domicilio un rol de 'lugar asistencial', y no permitiendo que la movilidad sea una barrera en la actividad asistencial.
- *Personalizados*, porque los 'haces de servicios' que componen un 'plan de atención' están orientados y buscan la longitudinalidad y la atención personalizada.
- *Basados en la evidencia*, porque el diseño de nuevos servicios asistenciales se asienta cada vez más en propuestas que posibilitan la validación progresiva y ordenada en intervenciones complejas, basadas éstas en procedimientos científicos de evaluación ampliamente aceptados que alcanzan todo el proceso.

Pero no basta con disponer de la tecnología, lo realmente importante es el diseño de los servicios. Es necesario que esos nuevos servicios asistenciales fuertemente basados en las TIC, contemplen los aspectos de sostenibilidad y reingeniería de procesos necesitados en su inserción, mostrando por ejemplo realismo en el rol de los diferentes actores involucrados, así como suficiente conocimiento previo de las barreras y facilitadores frente al cambio que encontrará la implantación del nuevo servicio.

El cambio ha comenzado y no hay vuelta atrás; no obstante conviene tener siempre presente que, la extrema variedad de estos nuevos servicios asistenciales y la intrínseca dificultad de su provisión en determinados escenarios, hacen de la atención integral a las personas mayores, un reto complejo y difícil de alcanzar en la práctica de los actuales sistemas de asistencia sanitaria y social. Muchas cosas han de cambiar en el actual contexto sociosanitario, dado que los materiales a utilizar, y los métodos a seguir en ese camino del cambio, no están en muchos casos nítidamente definidos. Se entra de lleno en el terreno de la innovación.

MESA REDONDA II: EL PACIENTE ESQUIZOFRÉNICO Y DIABÉTICO

Atención al paciente esquizofrénico y diabético en la consulta de psiquiatría

Mariano Hernández Monsalve. Psiquiatra. Jefe de servicio de salud mental. Tetuán. Madrid.

La importancia de considerar esta asociación deriva de la alta incidencia y prevalencia de diabetes tipo II en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, que es entre dos y cuatro veces mayor que la que presenta la población general. Existen a su vez problemas para la detección y manejo del problema en esta población de pacientes, que implica de forma importante a la atención primaria, y a la coordinación con s.s.mental.

Desde que se inició la desinstitucionalización psiquiátrica y el despliegue de servicios de salud mental comunitaria, los pacientes con “trastorno mental grave” que incluye a los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, están convirtiéndose en usuarios frecuentes de los servicios de atención primaria (APS). Y, más allá de la tradicional discriminación que sufren estos pacientes en los servicios de salud, diversos estudios en España muestran que la APS les proporciona medidas preventivas generales en la misma intensidad que a otros usuarios. Otra cuestión es que acceden a los servicios de atención primaria con menos frecuencia que otros ciudadanos; y probablemente existe una proporción importante de pacientes susceptibles de diagnóstico de esquizofrenia que no son atendidos en ningún servicio de salud, ni de salud mental, ni de atención primaria.

En la población con diagnóstico de esquizofrenia, antes de iniciar tratamiento, se encuentra diferencias con la población general: mayores niveles de glucemia basal, menor sensibilidad a la insulina, mayor adiposidad visceral y alteraciones en la tolerancia a la glucosa. En periodos más avanzados de cronicidad y de tratamiento con fármacos antipsicóticos, se añade mayor frecuencia de obesidad, sedentarismo, frecuentemente hábitos alimenticios inadecuados y una frecuencia entre dos y cuatro veces mayor que en población general el “síndrome metabólico” (algunos antipsicóticos, contribuyen a este problema; especialmente clozapina y olanzapina) además de diabetes tipo II.

Se han aducido factores genético-constitucionales (ej , hipótesis de que esos factores se expresen en anomalías generales del desarrollo con efectos en aspectos endocrino-metabólicos y en aspectos sutiles del neurodesarrollo, que operarían como factores de vulnerabilidad para esquizofrenia). También se ha señalado la posible importancia etiológica para esta comorbilidad, la intensidad y frecuencia con que, sea de forma recurrente o persistente, esta población ha estado expuesta a situaciones de estrés durante periodo premórbido, prodrómico y a lo largo del padecimiento del trastorno

En la práctica existe el riesgo de que pase inadvertido el diagnóstico de diabetes en la población diagnosticada de esquizofrenia, por su escaso con atención primaria y porque, hasta recientemente, en los servicios de salud mental se ha atendido de forma insuficiente a los problemas de salud general de la población con trastorno mental grave.

En los últimos años se han puesto en marcha en algunos servicios de salud mental programas de promoción –educación y seguimiento de los problemas de salud general de pacientes con esquizofrenia, que incluyen los relacionados con diabetes ; y cada vez más, los profesionales de la atención primaria se implican en la detección y seguimiento de estos problemas. Hay ya experiencia para tomar nota de las dificultades y promover un trabajo más estrecho, de cooperación entre primaria y salud mental , imprescindible para un trabajo eficaz y de calidad con estos pacientes . Elementos para el trabajo común : creación de alianza terapéutica con paciente y familia, educación-promoción de la salud, que facilita des-estigmatizar su condición de persona distinta y susceptible de rechazo sanitario, integrar lo psico –lo somático y lo social en un trabajo cooperativo, que promueva el interés del paciente con esquizofrenia por el cuidado de su persona , su vida y su salud

Correo e : hergoico@gmail.com

Atención al paciente esquizofrénico y diabético en la consulta de medicina de familia

Salvador Casado. Médico de familia. Madrid.

Existen muchos pacientes difíciles de etiquetar diagnósticamente, bien por no ajustarse a las guías de clasificación o por disponer de múltiples etiquetas combinadas. Los pacientes diagnosticados de esquizofrenia y diabetes son un ejemplo de los que los profesionales sanitarios denominamos pacientes complejos.

Desde la consulta del médico de familia acompañamos a los pacientes con patología mental y a sus familias. Es para nosotros un reto ampliar la visión clínica para tener en cuenta variables como los factores de riesgo cardiovascular en pacientes con esquizofrenia.

Una buena formación continuada es una ayuda, también mantener la capacidad de hacerse preguntas y buscar las respuestas.

Caminar hacia soluciones de medicina aumentada que aúnen un mantenimiento de las habilidades y el conocimiento trabajando en red con otros profesionales es una de las propuestas para atender mejor a este tipo de paciente. Otra considerar que la respuesta farmacológica o meramente sanitaria es siempre parcial. Y finalmente contar con la ayuda del propio paciente y su familia a la hora de ofertar propuestas y buscar soluciones de cuidado.

La presentación completa se puede ver aquí:

<http://prezi.com/hsj8-mqvwwsg/atencion-al-paciente-diagnosticado-de-esquizofrenia-y-diabetes-en-la-consulta-del-medico-de-familia/>

El enfermo mental y diabético en la farmacia comunitaria

Eduardo Satué de Velasco. Farmacéutico. Zaragoza.

Probablemente, los enfermos mentales sean uno de los retos de mayor calado de la sanidad de la civilización moderna. A caballo entre la ignorancia y la intuición, los profesionales sanitarios nos dirigimos a los pacientes mentales con un entrecruzar de dedos, conscientes de que ni el medicamento ni la ortodoxia van a resolver el problema por sí solo, sino más bien la pericia, el saber escuchar y la perseverancia.

¿A qué problemas hace frente el paciente mental grave?

- Dificultad en asumir su enfermedad y falta de recursos para hacerse cargo
- Conocimiento precario de la ciencia sobre su dolencia y Farmacoterapia con resultados a menudo poco concluyentes
- Escasa integración entre los diversos niveles asistenciales que tratan las diferentes patologías¹.

¿Qué es lo que podemos hacer desde la farmacia comunitaria? A mi parecer, tenemos tres funciones con el paciente mental:

La escucha activa y la comunicación centrada en el paciente es la concreción moderna de la empatía. La toma de decisiones compartidas se está mostrando como una herramienta prometedora a la hora de apoyar a este tipo de pacientes y familiares en cuanto a adherencia al tratamiento, satisfacción personal y otras ventajas².

El seguimiento de la enfermedad abarca desde una detección de sospecha de enfermedad mental que puede ser derivada al centro de salud para un correcto diagnóstico hasta el seguimiento de esta enfermedad y otras complicaciones que pueden aparecer. El enfermo mental grave suele ser un enfermo complejo con diferentes patologías, con cierta tendencia a desarrollar obesidad³, ya sea causa de la enfermedad o del tratamiento y por ende hiperlipidemia e hipertensión, con un riesgo CV mayor

¹ [Int J Psychiatry Med.](#) 2011;41(4):379-87. Barriers to metabolic care for adults with serious mental illness: provider perspectives. [McDonnell MG](#), [Kaufman EA](#), [Srebnik DS](#), [Ciechanowski PS](#), [Ries RK](#).

² [Psychiatr Rehabil J.](#) 2012 Spring;35(4):305-14. Decision making in recovery-oriented mental health care. [Matthias MS](#), [Salyers MP](#), [Rollins AL](#), [Frankel RM](#).

³ Carlos de las Cuevas, Yolanda Ramallo y Emilio J. Sanz. ¿Están relacionadas la obesidad y otras comorbilidades físicas con la enfermedad mental? *Rev Psiquiatr Salud Ment (Barc.)* 2011;4(3):119---125.

que el de un obeso sin enfermedad mental⁴. Así, una de las recomendaciones de la escuela de políticas anitarias de la universidad de Harvard⁵ es incluir la comorbilidad como constante en los distintos estudios sobre enfermedad mental.

Finalmente, el control de la medicación es uno de los principales cometidos que la sociedad asigna al farmacéutico. El objetivo de mi profesión es colaborar con el médico y otros profesionales sanitarios en el mejor uso posible de la medicación, concretamente evaluando la necesidad, eficacia y seguridad de los mismos en casos como

RAM

Obesidad y diabetes. Desde hace una década es conocido que ciertos tratamientos de antipsicóticos de 2ª generación pueden ser un factor de riesgo a la hora de generar problemas metabólicos. La olanzapina y la clozapina⁶ son probablemente los medicamento que más riesgo conlleven, siendo la olanzapina la que más incrementa la ganancia de peso. El riesgo de incremento de diabetes se ha observado incluso en pacientes ancianos que no sufren de esquizofrenia o trastorno bipolar⁷.

Monitorización de niveles seguros de fármaco.

Partir de la dosis mínima efectiva diaria.

Considerar la edad para ajuste de dosis, tanto en niños como en ancianos⁸. Los ASG tuvieron menor incidencia de efectos adversos neuromotores (akatisia y parkinson) en niños y adolescentes que los APG pero la distonía aguda es el principal problema. Por otra parte, en ancianos podemos encontrar problemas no reversibles de disquinesia tardía. El aumento de mortalidad en ancianos que usan antipsicóticos también se ha demostrado, siendo este problema más acusado para los APG⁹.

⁴ [Ratliff JC, Palmese LB, Reutenauer EL, Srihari VH, Tek C.](#) Obese Schizophrenia Spectrum Patients Have Significantly Higher 10-Year General Cardiovascular Risk and Vascular Ages than Obese Individuals without Severe Mental Illness. [Psychosomatics](#). 2012 Jun 2.

⁵ [Depress Anxiety](#). 2012 May 14. doi: 10.1002/da.21924. comorbidity and disease burden in the national comorbidity survey replication (ncs-r). [Gademmann AM, Alonso J, Vilagut G,](#)

⁶ [Cochrane Database Syst Rev](#). 2010 Mar 17;(3):CD006654. Olanzapine versus other atypical antipsychotics for schizophrenia. [Komossa K, Rummel-Kluge C, Hunger H, Schmid F, Schwarz S, Duggan L,](#)

⁷ [J Am Geriatr Soc](#). 2012 Mar;60(3):474-9. Epub 2012 Jan 30. New-onset treatment-dependent diabetes mellitus and hyperlipidemia associated with atypical antipsychotic use in older adults without schizophrenia or bipolar disorder. [Erickson SC, Le L, Zakharyan A, Stockl KM, Harada AS, Borson S, Ramsey SD, Curtis B.](#)

⁸ [Eur Neuropsychopharmacol](#). 2011 Aug;21(8):621-45. Efficacy and safety of second-generation antipsychotics in children and adolescents with psychotic and bipolar spectrum disorders: comprehensive review of prospective head-to-head and placebo-controlled comparisons.

[Fraguas D, Correll CU, Merchán-Naranjo J, Rapado-Castro M, Parellada M, Moreno C, Arango C.](#)

⁹ Gill S et al. Antipsychotic Drug Use and Mortality in Older Adults with Dementia. *Ann Intern Med*. 2007;146:775-786.

Finalmente, el uso de antipsicóticos off-the-label plantea un problema ético al que debemos buscar solución. Otros trastornos, como desorden de conducta, trastornos de espectro autista, retraso mental o abuso de sustancias no están indicados aunque hay estudios que plantean una posible eficacia¹⁰.

Detección de interacciones y contraindicaciones

La revisión de la medicación a fin de detectar y valorar interacciones entre medicamentos o contraindicaciones con determinadas patologías debe ser una de las armas a protocolizar dentro de la farmacia y en cooperación con los demás profesionales sanitarios, del mismo modo que sucede en Canadá, Australia o Reino Unido, sobre todo en pacientes complejos y polimedcados donde el riesgo de problemas relacionados con el medicamento se incrementa.

Todo ello me inclina por proponer las siguientes recomendaciones:

En el marco de la receta electrónica, hasta ahora un instrumento burocrático pero con un gran potencial para el uso racional debería incorporarse:

El fichero farmacoterapéutico del paciente, donde puedan registrarse todos los medicamentos que consume un paciente, ya sean de prescripción de especialista o de primaria, de privado o de sistema público o de autoconsumo.

Un protocolo de comunicación farmacéutico – médico, ya sea de atención primaria o especialista. Para ello, propongo el ejemplo de formulario oficial que dispone el Sistema de salud público canadiense entre farmacéuticos y médicos.

¹⁰ [Eur Neuropsychopharmacol](#). 2011 Aug;21(8):600-20. Second generation antipsychotics (SGAs) for non-psychotic disorders in children and adolescents: a review of the randomized controlled studies.

[Zuddas A](#), [Zanni R](#), [Usala T](#).

OPINION Pharmaceutique

Dr _____

L'opinion pharmaceutique est un mode d'intervention du pharmacien auprès du prescripteur. Elle permet, lorsque survient un problème durant la thérapie d'un patient, de communiquer au prescripteur l'analyse que le pharmacien fait de la situation.

J'aimerais attirer votre attention sur le profil de :

Médicaments concernés :

1. _____
2. _____
3. _____

4. Condition particulière s'il y a lieu :

Grossesse Allaitement

Objet de l'opinion :

Allergie Effet(s) secondaire(s) Interaction Inefficacité

Recommandation :

- Cesser la prise de _____
- Remplacer _____ par _____
- Modifier la dose de _____ pour _____
- Ajouter _____ à la médication

Professionnellement vôtre,

NOM EN LETTRES MOULÉES

LA SANTÉ EST L'AFFAIRE DE TOUT LE MONDE

ESPACIO SESPAS

Crisis económica y coordinación de servicios en atención a pacientes complejos

Andreu Segura Benedicto. Responsable del área de salud pública. Institut d'Estudis de la Salut. Barcelona

“A Consuelo, de 84 años, que vivía sola en Carbayín (Asturias) diagnosticada de Alzheimer incipiente y que tomaba 21 medicamentos”.

Mi participación en esta jornada es consecuencia del interés de las sociedades confederadas en SESPAS y particularmente de REAP en habilitar un espacio específico para compartir reflexiones y promover compromisos conjuntos en el ámbito de la salud pública. Y hay que reconocer que el lema de las jornadas resulta muy oportuno; porque buena parte de las actividades del sistema sanitario tiene que ver con la atención a pacientes afectados por múltiples trastornos y patologías y, también, porque la crisis económica condiciona notablemente las posibilidades de intervención. De ahí que convenga agudizar el ingenio y ver de aprovechar las oportunidades que toda crisis ofrece, aunque sea dolorosamente.

El sistema nacional de salud puede considerarse un buen sistema, aunque comparta con otros algunos problemas importantes entre los que destaca el consumo sanitario inapropiado y la iatrogenia, que tienen que ver con las expectativas a menudo exageradas de la población y de los profesionales en las capacidades médicas que, por otra parte, han experimentado un extraordinario progreso, desarrollando un potentísimo arsenal terapéutico. Lo que comporta a su vez un mayor riesgo de efectos indeseables y requiere prudencia y sensatez al utilizarlo. En cambio predomina cierta trivialización que conduce a consumos poco pertinentes.

Si bien el envejecimiento favorece la prevalencia de los trastornos crónicos y de la comorbilidad, es el propio sistema sanitario quien más la promueve, al etiquetar como enfermedades a los factores de riesgo y al controlarlos, casi exclusivamente, como si realmente lo fueran. Y ello desde un plano que las más de las veces no es ni siquiera individual, puesto que se concentra en la dimensión patológica. Todo lo cual conduce a una política de medicalización excesiva, en la que solo en el ámbito de la prescripción farmacéutica extrahospitalaria pública la media mensual es de casi dos medicamentos por habitante y entre los usuarios del sistema sanitario mayores de 75 años la media es casi de diez medicamentos al mes. Situación que refleja una respuesta basada en los trastornos más que en las personas y que ignora los condicionantes colectivos de las patologías crónicas. Amén de comportar por sí sola un riesgo para la salud.

La magnitud del despropósito es tal que la mera formalización acostumbra a limitar las consecuencias más negativas como ha ocurrido con la prescripción y también con los ingresos hospitalarios no programados. Conviene pues una orientación de los sistemas sanitarios basada en la atención a los enfermos crónicos en la que predomine la coordinación. Sin embargo, no resultará suficiente porque hace falta un planteamiento más preventivo, mediante el cual abordar los condicionantes colectivos que influyen sobre los factores de riesgo más próximos y a los que ahora dedicamos, poco eficientemente y poco equitativamente, nuestros esfuerzos. Determinantes ambientales y culturales

que hacen poco saludables nuestras sociedades y que son las mismas comunidades las que deberían modificar con la ayuda o por lo menos sin que desde el sistema sanitario las entorpecamos.

