

PROGRAMA INTEGRAL DE SEGUIMIENTO TERAPÉUTICO EN PACIENTES CON RISCO DE EXCLUSIÓN SOCIAL: EXPERIENCIA PILOTO NUN CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA. (PISTA).

*Alcira Baleato Negreira. Traballadora social do Centro de Saúde de Fontiñas.
Carmen Duran Parrondo. Farmacéutica do Centro de Saúde de Fontiñas.*

RESUMO

As persoas en risco de exclusión social presentan dificultades de acceso ao sistema sanitario e de comprensión da súa enfermidade e tratamento, polo que é frecuente detectar resultados negativos asociados á medicación especialmente os relacionados coa falta de adherencia ás medidas terapéuticas necesarias para a resolución e control da enfermidade.

Co obxectivo de optimizar os resultados definidos en saúde deste grupo de poboación pilotouse nun centro de saúde de Santiago de Compostela un programa de atención integral que implicou a todos os profesionais do equipo de atención primaria prestándolle especial atención aos pacientes polimedicados ou con tratamentos agudos de obrigado cumprimento.

Nun período de 6 meses, recrutáronse 32 pacientes xerándose 112 consultas. Detectáronse resultados negativos asociados á medicación no 43,75% dos pacientes e obxectiváronse case un 40% de falta de adherencia ao tratamento. As intervencións realizadas foron aceptadas no 93,75% dos usuarios.

Á vista dos resultados cabe concluír que este programa incide positivamente na prevención, detección e resolución dos resultados negativos relacionados coa medicación e as súas causas. Polo tanto, é necesario e conveniente estendelo a todos os centros de saúde de maneira protocolizada.

PALABRAS CLAVE:

Exclusión social, cumplimiento terapéutico, polimedicados, atención integral, seguimiento terapéutico.

RESUMEN:

Las personas en riesgo de exclusión social presentan dificultades de acceso al sistema sanitario y de comprensión de su enfermedad y tratamiento, por lo que es frecuente detectar resultados negativos asociados a la medicación especialmente los relacionados con la falta de adherencia a las medidas terapéuticas necesarias para la resolución y control de la enfermedad.

Con el objetivo de optimizar los resultados definidos en salud este grupo de población se pilotó en un centro de salud de Santiago de Compostela un programa de atención integral que implicó a todos los profesionales del equipo de atención primaria prestándoles especial atención a los pacientes polimedicados o con tratamientos agudos que se deben cumplir obligatoriamente.

En un período de 6 meses, se reclutaron 32 pacientes generándose 112 consultas. Se detectaron resultados negativos asociados a la medicación en el 43,75% de los pacientes y se objetivaron casi un 40% de falta de adherencia al tratamiento. Las intervenciones realizadas fueron aceptadas en el 93,75% de los usuarios.

A la vista de los resultados cabe concluir que este programa incide positivamente en la prevención, detección y resolución de los resultados negativos relacionados con la medicación y sus causas. Por lo tanto, es necesario y conveniente extender este a todos los centros de salud de manera protocolizada.

PALABRAS CLAVE:

Exclusión social, cumplimiento terapéutico, polimedicados, atención integral, seguimiento terapéutico.

ABSTRACT

People at risk of social exclusion face difficulties in accessing the healthcare system and have problems to understand their illness and its treatment; hence, negative results associated to the medication are frequently detected, particularly those concerning the lack of compliance with of the therapeutic measures that should be observed for their illness to be cured and controlled.

In order to optimize the health results defined for this population group, a comprehensive healthcare pilot programme was implemented in a healthcare institution in Santiago de Compostela in which all the professionals of the Primary Health Care team took part, and during which special attention was paid to polymedicated patients and patients following mandatory acute treatments.

During a six-month period, 32 patients were recruited and 112 medical consultations were generated. Negative medication-associated results were detected in 43.75% of the patients, which proved that nearly 40% of them did not follow to the treatment. The interventions carried out were accepted by 93.75% of the patients.

Considering the results obtained, it can be concluded that this programme has positive effects upon the prevention, detection and cure of the negative results associated to the medication and their causes. Thus, it is necessary and convenient to extend it to all healthcare institutions according to a protocol.

KEY WORDS:

Social exclusion, therapy non-compliance, polymedicated, comprehensive care, therapeutic monitoring

INTRODUCCIÓN

Estes pacientes adoitan presentar dificultades de acceso ao sistema sanitario e de comprensión da súa enfermidade e tratamento. Polo tanto, é frecuente o incumprimento voluntario e involuntario das medidas terapéuticas necesarias para a prevención e o control das súas patoloxías. A resolución destes problemas pasan por planificar e implantar programas específicos dirixidos a este grupo de pacientes nos que participe todo o equipo de atención primaria para garantir unha atención sanitaria integral, integradora, permanente e continua.

1. OBXECTIVOS DO PROGRAMA

O obxectivo xeral é implantar un programa integral de seguimiento terapéutico en atención primaria dirixido a pacientes en risco de exclusión social que optimice os resultados definidos en saúde e a calidade de vida deste grupo de poboación a través do asesoramento e seguimento do equipo de atención primaria. Como obxectivos específicos encóntranse:

- 1.1.) Realizar a avaliación social dos pacientes incluídos no programa.
- 1.2.) Conciliar e revisar a medicación.
- 1.3.) Mellorar a adherencia terapéutica.

2. ÁMBITO DE APLICACIÓN

Aínda que se desexa implantar este programa en todos os centros de saúde pertencentes á Xerencia de Atención Primaria de Santiago de Compostela, realízase un pilotaxe deste no Servizo de Atención Primaria de Fontiñas.

Este centro de saúde pertence ao medio urbano e dálles cobertura a uns 24.000 pacientes, dos cales se estima un elevado porcentaxe de poboación en risco de exclusión social.

3. POBOACIÓN DIANA

A poboación diana deste programa, son os usuarios en risco de exclusión social, polimedicados ou con tratamento de obrigado cumprimento (anticomiciais, ácido fólico en embarazo, antibióticos...) e nos que se detectan dificultades na observancia do tratamento.

A pilotaxe deste programa faise dende o mes de maio ata outubro de 2011, e incluíronse pacientes con discapacidade psíquica, alcohólicos, inmigrantes sen recursos e anciáns sen rede de apoio familiar.

4. DESCRICIÓN DO PROGRAMA

Antes de iniciar o programa, o equipo de atención primaria decidiu elaborar uns procedementos normalizados de traballo que asignasen e descríbese as funcións e actividades de cada profesional, así como un documento que protocolizase os procesos que debían definir o citado programa. A continuación, descríbese brevemente os puntos máis destacados deste:

- a) **Captación e avaliación dos pacientes:** a captación dos pacientes pódese realizar desde a consulta de calquera profesional sanitario pertencente ao equipo de atención primaria. En calquera caso, é a traballadora social de atención primaria quen realiza as actuacións necesarias para proceder ao estudo da situación persoal e sociofamiliar (sexo, idade, estado civil, nivel formativo, hábitos, unidade de convivencia, estado de saúde, condicións da vivenda e do contorno da súa situación, entre outros), o que propiciará a realización da primeira aproximación diagnóstica.
- b) **Entrevista clínica:** utilizouse o modelo de entrevista semiestruturada co obxecto de recoller, nunha primeira fase, toda a información necesaria para a avaliación terapéutica do paciente, e nunha segunda, na que se realizan as intervencións necesarias e se lle proporciona a información ao usuario:
 - 1 Valoración social do paciente e do seu contorno para o manexo efectivo do tratamento: utilízase como instrumento de apoio a escala de valoración sociofamiliar de Gijón (García González, 1999).

- 2 Análise dos coñecementos que o paciente ten sobre a súa enfermidade e tratamento.
- 3 Concordancia e adherencia ao tratamento, co obxecto de detectar barreiras prácticas para o correcto cumprimento, tendo en conta as crenzas e expectativas do paciente. Para isto realízanse as seguintes actividades:
 - Compilación dos medicamentos que compoñen o tratamento do paciente, así como a dose intervalo posolóxico e forma de administración .
 - Identificar que coñece o paciente sobre a súa enfermidade e tratamento; e que dificultades ou problemas ten na súa observancia.
 - Avaliación do cumprimento terapéutico a través do test de Morisky-Green (Morisky, 1986):

Esquécese algunha vez de tomar os medicamentos?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Toma os medicamentos á hora indicada?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Cando se encontra ben. Deixa de tomar os medicamentos?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Se algunha vez lle sentan mal, deixa de tomarlos?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

4 Detección e rexistro de acontecementos adversos comunicados polo paciente, coidador ou observados polo entrevistador.

5 Resolución de todas as dúbidas formuladas polo paciente nun linguaxe adaptado ás súas necesidades.

- c) **Prevención, detección e resolución de resultados negativos da medicación:** o médico responsable do paciente en colaboración co farmacéutico de atención primaria realiza a conciliación e revisión da medicación do paciente.

A sistematización da revisión realízase aplicando en todos os casos o cuestionario de Hamdy (Phnam, 2007):

Permanece presente a indicación (problema de saúde) para a que o medicamento foi orixinalmente prescrito?

Hai duplicidades na terapia (fármacos da mesma clase terapéutica)? É posible simplificar o réxime ou a estratexia terapéutica?

Inclúe a estratexia terapéutica medicamentos prescritos para contrarrestar unha reacción adversa? Se é o caso, pode retirarse o fármaco que a orixinou?

É a dose subterapéutica tóxica considerando a idade do paciente, función renal etc.?

Detéctase algunha interacción significativa fármaco-fármaco ou fármaco-enfermidade?

A clasificación dos resultados negativos asociados á medicación realízase con base ao Terceiro Consenso de Granada (Ars Pharm, 2007).

d) Intervencións encamiñadas á resolución dos problemas detectados, para o que se lle proporciona información ao paciente, tanto verbalmente como por escrito, do nome do medicamento pautado, doses, hora e forma de administración así como instrucións concretas, se estas son necesarias.

Neste grupo de pacientes utilízanse os diagramas horarios e os sistemas personalizados de dosificación semanal, preparados por un profesional sanitario.

Ademais, establécense canais de colaboración con voluntarios e servizos sociais comunitarios para a asistencia domiciliaria. Estas organizacións responsabilízanse da supervisión do tratamento do paciente así como, do cumprimento terapéutico.

e) Seguimento: prográmanse as visitas sucesivas nas que se comproba se se alcanzaron os obxectivos establecidos, se mellorou o cumprimento terapéutico e se apareceron novos problemas de saúde o relacionados cos medicamentos.

Grao de coñecemento que ten o paciente sobre a medicación aos 3 meses de seguimento respecto aos coñecementos iniciais.

5. PROGRAMA PILOTO

Pilotouse o programa durante un período de seis meses. Os médicos e persoal de enfermería foron as persoas responsables de realizar o cribado dos pacientes e a posterior derivación ao traballador social e ao farmacéutico do centro de saúde. O traballador social realizou a avaliación social dos usuarios.

A conciliación e revisión do tratamento farmacolóxico foi realizada polo médico de cabeceira do paciente e a farmacéutica de atención primaria. O equipo de atención primaria consensou as intervencións que se debían realizar e fixéronse os obxectivos terapéuticos que debían alcanzar cos pacientes.

As actividades realizadas foron as seguintes:

- Entrevista clínica co paciente co obxectivo de establecer os coñecementos deste sobre a súa enfermidade e tratamento así como os elementos facilitadores e limitadores do cumprimento terapéutico.
- Revisión da medicación utilizando o cuestionario de Hamdy co obxecto de prever, detectar e resolver resultados negativos asociados (RNM) á medicación potenciais e/ou reais e as súas causas (Utilizouse o terceiro consenso de Granada para a súa clasificación).
- Para estimar o cumprimento terapéutico utilizouse o test de Morisky-Green e para optimizar a observancia ao mesmo seguironse as recomendacións da NICE¹.
- En todos os casos simplificábase ao máximo o tratamento farmacolóxico, cumprimentábase a folia de medicación activa do paciente, proporcionábase información sobre o tratamento por escrito e confeccionábase un diagrama horario. Ademais, se se estimaba necesario procedíase á preparación por parte do farmacéutico do centro de saúde o sistema de dosificación semanal e/ou xestionábanse, a través da traballadora social de atención primaria, os recursos sociais pertinentes.
- Nos pacientes activos sen recursos seleccionábanse os medicamentos de menor custo e/ou a axuda de organizacións non gobernamentais que puidesen facilitarlle ao paciente a medicación de maneira gratuíta.
- Incluíanse aos pacientes nos programas de prevención e cribado de patoloxías prevalente incluídos na carteira de servizos de atención primaria e especializada.

Respecto ao seguimento do paciente, este era realizado polo equipo de atención primaria flexibilizando ao máximo a concertación de citas programadas. Se o paciente non acudía ao centro para as citas programadas ou concertadas, recorríase novamente á traballadora social.

¹ NICE: National Institute for Health and Clinical Excellence.

- Diseñouse un plan de intervención social no que se buscaban distintos recursos ou soportes de axuda para mellorar o plan terapéutico no que se solicitou a colaboración doutros dispositivos, tales como:
 - Servizos de axuda a domicilio, de libre concorrència, xestionados dende os servizos sociais comunitarios.
 - Proxectos de voluntariado, deseñados e implantados dende entidades de iniciativa social ou organizacións non gobernamentais.
 - Asociacións de pacientes.

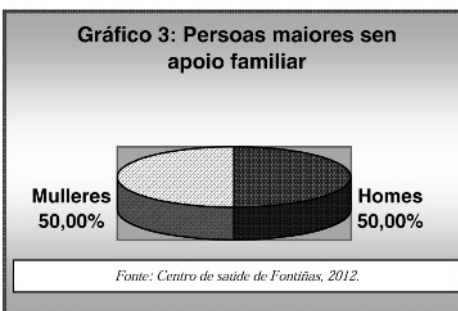
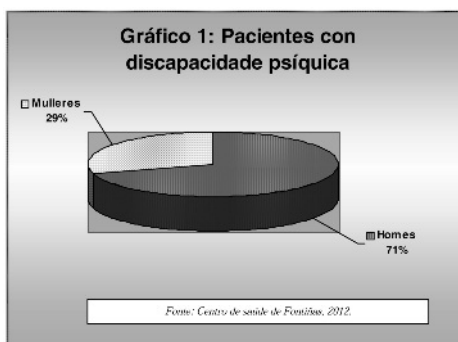
6. RESULTADOS:

Pilotouse o programa, desde maio ata outubro de 2011, e atendéronse un total de 32 pacientes coa seguinte distribución:

- pacientes con discapacidade psíquica, 12 varóns e 5 mulleres, con idades comprendidas entre os 18 e os 60 anos
- 10 pacientes alcohólicos, 5 varóns e 5 mulleres, con idades comprendidas entre os 30 e 50 anos
- 4 pacientes anciáns sen rede de apoio familiar, 2 varóns e 2 mulleres, con idades comprendidas entre os 66 e os 78 anos.
- 1 muller inmigrante de 19 anos sen recursos.

Xeráronse un total de 112 consultas (entre 2 e 12 consultas por paciente) entre a traballadora social, o médico de cabeceira e a farmacéutica de atención primaria.

Revisouse o tratamento aos 32 pacientes, e atopáronse 42 resultados negativos relacionados coa medicación nun total de 14 pacientes (43,75%).



Táboa 1. Clasificación dos resultados negativos da medicación utilizando o Terceiro Consenso de Granada.

Tipo RNM ²	Número de RNM	Número de pacientes nos que se detecta un RNM
Necesidade Problemas de saúde non tratados Efecto negativo de medicamentos innecesarios	2	2
	7	3
Efectividade Inefectividade non cuantitativa Inefectividade cuantitativa	4	4
	13	12
Seguridade Inseguridade non cuantitativa Inseguridade cuantitativa	2	1
	14	8

Fonte: Centro de saúde de Fontiñas, 2012.

Por outra parte, os problemas relacionados coa medicación que se atoparon con máis frecuencia foron os seguintes:

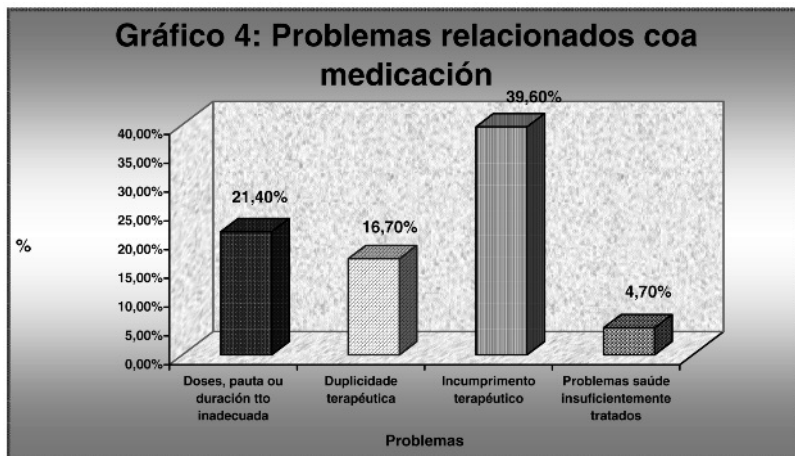
- Doses, pauta e/ou duración do tratamento inadecuada: 21,4 %
- Duplicidade terapéutica: 16,7%
- Incumprimento terapéutico: 39,6% dos pacientes, dos cales englobáronse en incumprimento voluntario ao 16,6% dos pacientes e involuntario ao 23% dos mesmos.
- Englobáronse o 4,7% dos RNM en problemas de saúde insuficientemente tratados.

Realizáronse tantas intervencións como RNM detectados. Dentro das intervencións cabe destacar as que se detallan a continuación:

- Simplificación do tratamento farmacolóxico. Retiráronse un total de 27 medicamentos.
- Utilización de diagrama horario en 14 pacientes.
- Utilización do sistema semanal de dosificación en 4 pacientes durante 4 meses.

² RNM: resultado negativo relacionado coa medicación.

- Apoio dos servizos de axuda a domicilio para o cumprimento da medicación en 2 ocasións.
- Apoio das organizacións non gobernamentais nunha ocasión.



Ademais en 5 pacientes foi preciso derivar a atención especializada por crises convulsivas, control do embarazo en paciente de risco e neoplasia de esófago.

Por outra parte, a farmacéutica do centro de saúde xestionou a medicación de uso hospitalario para un dos pacientes (disulfiram retard) e nutrición enteral domiciliaría para outro.

As intervencións foron aceptadas polo 93,75% dos pacientes. Os dous casos nos que non se conseguiu intervir xestionouse o ingreso dos pacientes nun centro de atención residencial

7. CONCLUSIÓNS:

Os resultados obtidos na pilotaxe descrito poñen de manifesto que un número importante de pacientes en risco de exclusión social requiren do asesoramento do equipo de atención primaria para prever, detectar e resolver resultados negativos asociados á medicación e problemas relacionados cos medicamentos. Ademais dos beneficios directos para a saúde dos pacientes e a eficiencia no manexo de recursos para o sistema sanitario, derivados da prevención de erros da medicación, este programa supón un bo exemplo de mellora continua da calidade asistencial e de iniciativa orientada a unha realidade social complexa de importancia crecente e ben aceptada polos receptores da actuación. Por isto, considérase necesaria a implantación deste programa en todos os centros de saúde desta Xerencia de Atención Primaria, comprometendo e implicando a todos os profesionais do equipo, formándoos e informándoos previamente dos procedementos

descritos e avaliando a calidade do proceso e os resultados tanto polos diferentes equipos como pola dirección.

A intervención da traballadora social neste programa, centrase fundamentalmente en:

- Atención directa aos pacientes, para facer as correspondentes entrevistas e visitas domiciliarias para analizar a situación persoal, sociofamiliar e do contorno.
- Diseñar o correspondente plan de intervención social para a busca da rede de apoio e instrumentos de axuda para a mellora do cumprimento terapéutico.
- Asesorar, cun diagnóstico previo e valoración profesional, sobre os recursos existentes, programas e servizos que se deben aplicar e, se é o caso, facer as xestións necesarias para a obtención destes.
- Coordinación e colaboración cos profesionais do equipo de atención primaria, e con outros organismos, e entidades implicadas na rede de apoio.
- Seguimento do plan de intervención social.
- Avaliación dos resultados, en estreita coordinación coa farmacéutica do centro.

BIBLIOGRAFÍA

- Ars Pharm (2007), Comité de Consenso. Terceiro Consenso de Granada sobre Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM) e Resultados Negativos Asociados á Medicación (RNM), 48 (1), 5-17.
- García-González, J. V.; Díaz-Palacios, E.; Salamea, A.; Cabrera D.; Menéndez, A.; Fernández-Sánchez, A. e Acebal, V. (Aten Primaria 1999; 23: 434-40)). *Escala de valoración sociofamiliar de Gijón. Versión orixinal.*
- Ministerio de Sanidade e Consumo, (2008). *Estudo APEAS. Estudo sobre a seguridade dos pacientes en atención primaria de saúde.* Madrid. Autor: AA.VV.
- Morisky, D. E.; Green, L. W e Levine D. M. (1986), Concurrentard Predictive Validity of a self-reported measure of medication adherence-*Med Care*; 24, 67-74.
- National Institute for Health and Clinical Excellence., (2009) *Medicine Adherence. Involving patients in decisions about prescribed medicines and supporting adherence*
- Pham, C. B. e Dickman, R. L. (2007). *Minimizing Adverse Drug Events in Older Patients. Am Fam Physician.* 76, 1837-44.