



Revista Peruana de Medicina Experimental y
Salud Pública

ISSN: 1726-4642

revmedex@ins.gob.pe

Instituto Nacional de Salud
Perú

Zeballos-Palacios, Claudia; Morey-Vargas, Oscar L.; Brito, Juan P.; Montori, Víctor M.
TOMA DE DECISIONES COMPARTIDAS Y MEDICINA MÍNIMAMENTE IMPERTINENTE EN EL
MANEJO DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS
Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública, vol. 31, núm. 1, enero-diciembre, 2014,
pp. 111-117
Instituto Nacional de Salud
Lima, Perú

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=36331026016>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

TOMA DE DECISIONES COMPARTIDAS Y MEDICINA MÍNIMAMENTE IMPERTINENTE EN EL MANEJO DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS

SHARED DECISION MAKING AND MINIMAL DISRUPTIVE MEDICINE IN THE MANAGEMENT OF CHRONIC DISEASES

Claudia Zeballos-Palacios^{1,2,a}, Oscar L. Morey-Vargas^{1,b}, Juan P. Brito^{1,c}, Víctor M. Montori^{1,2,d}

¹ Knowledge and Evaluation Research Unit, Mayo Clinic. Minnesota EE. UU.

² Unidad de Conocimiento y Evidencia (CONEVID), Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, Perú.

^a Médico cirujano; ^b MD, specialist in internal medicine; ^c MBBS; ^d médico endocrinólogo, magíster en Investigación Biomédica

Recibido: 23-12-13; Aprobado: 22-01-14

RESUMEN

Las enfermedades crónicas son la causa más importante de morbilidad y mortalidad a nivel mundial. Estas condiciones requieren considerable inversión de tiempo y recursos por parte del sistema de salud en el Perú, así como de los pacientes y sus familiares. Paradójicamente, las estrategias médicas desarrolladas para el manejo de estas condiciones generan una carga constante y creciente para el paciente y su entorno, que repercute en la calidad de vida del paciente y en los resultados terapéuticos. En este artículo describimos el rol de la toma de decisiones compartidas y de la medicina mínimamente impertinente como estrategias para abordar estos problemas.

Palabras clave: Atención dirigida al paciente; Toma de decisiones; Enfermedad crónica (fuente: DeCS BIREME).

ABSTRACT

Chronic diseases are the leading cause of morbidity and mortality worldwide. These conditions require considerable time investment and resources from the health system in Peru, as well as from patients and their families. Paradoxically, the developed medical strategies for managing these conditions generate a constant and increasing burden for the patient and their environment, which affects quality of life and therapeutic results. In this article, the role of shared decision making and minimal disruptive medicine will be described as strategies to address these problems.

Key words: Patient-centered care; Decision making; Chronic disease (source: MeSH NLM).

INTRODUCCIÓN

Decenas de millones de personas en el mundo padecen de enfermedades crónicas que, por ser de carácter incurable y necesitar tratamiento continuo, requieren considerable inversión de tiempo, energía y recursos de parte de los pacientes, sus familiares, los profesionales de salud, y, en general, del sistema de salud. Actualmente, las enfermedades crónicas constituyen la primera causa de muerte a nivel mundial ⁽¹⁾. Más de la mitad de las personas que mueren por este tipo de enfermedades están en etapas productivas de sus vidas, por lo que las consecuencias negativas tienen dimensiones enormes e importantes para las familias y la sociedad.

En Perú existe también una alta prevalencia de enfermedades crónicas. Ello se debe a la confluencia de factores como la transición demográfica que atraviesa su población y el crecimiento económico que se vive en el país desde la década pasada, entre otros factores. Se

sabe que en Perú las enfermedades crónicas ocupan las principales causas de muerte y generan la mayor carga de enfermedad a nivel nacional. De acuerdo al Estudio de Carga de Enfermedad conducido por la Dirección General de Epidemiología de Perú, en el año 2004 se perdieron más de 3 millones de años de vida saludables como consecuencia de estas enfermedades, lo que representó el 60% del total registrado ⁽²⁾.

Se conoce que las enfermedades crónicas generan una importante carga social, económica, y de discapacidad ^(3,4). Sin embargo, los sistemas de salud y las estrategias diagnósticas y terapéuticas desarrolladas para ocuparnos de estas enfermedades -a veces diseñadas para atender enfermedades agudas e infecciosas- generan, paradójicamente, una mayor carga para muchos de los pacientes crónicos. Más aun, los esfuerzos para el cuidado de estos pacientes son muchas veces subóptimos. A ello se debe sumar los bajos niveles de adherencia a regímenes terapéuticos

Citar como: Zeballos-Palacios C, Morey-Vargas OL, Brito JP, Montori VM. Toma de decisiones compartidas y medicina mínimamente impertinente en el manejo de las enfermedades crónicas. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2014;31(1):111-7.

que se han descrito en pacientes crónicos. Estos pacientes, tanto en países de ingresos altos como bajos, tienen tasas de adherencia al tratamiento a largo plazo que son, con frecuencia, inferiores al 50% ⁽⁵⁾. En el presente documento analizaremos las limitaciones, retos y posibles soluciones para el manejo de un paciente con enfermedades crónicas en Perú.

LIMITACIONES A LAS QUE SE ENFRENTA UN PACIENTE CON CONDICIONES CRÓNICAS EN EL PERÚ

Actualmente el sistema de salud del Perú es desorganizado, fragmentado y heterogéneo. Este sistema está estructurado en función de la condición social y económica de los grupos sociales, es así que existe atención médica y gastos marcadamente diferenciados entre los centros de atención privada y los servicios públicos. Estas desigualdades, las malas condiciones de vida y el escaso acceso a servicios de salud, que muchas veces cuenta con personal no profesional y con poco o ningún entrenamiento médico, explican también las enormes brechas que existen entre la población urbana y rural. Por ejemplo, un paciente con falla cardíaca recibiría, con mayor probabilidad, tratamiento sintomático en el sector rural, mientras que en el sector urbano, otro paciente con un cuadro clínico similar recibiría tratamiento basado en evidencia científica, el cual, además de reducir sus síntomas, prolongará su sobrevida.

A esta situación se le agregan también otros problemas, como las interminables esperas para obtener una cita médica, la falta de infraestructura en consultorios externos que permitan el respeto de la privacidad de cada paciente, o como la falta de personal en los servicios de salud, que causan que pacientes con enfermedades crónicas no reciban intervenciones de prevención, diagnóstico o tratamiento oportunas y adecuadas; o que peor aun, que no reciban ningún servicio de salud. En los servicios de emergencia de nuestro país, frecuentemente se atiende a pacientes con exacerbaciones de enfermedades crónicas que pudieron haber sido fácilmente prevenibles por un sistema de atención por consulta externa adecuado, son el caso (por ejemplo, de las hiperglicemias severas).

Se reconoce que las carencias financieras, de infraestructura, sociales y de educación en los sistemas de salud en países con bajos ingresos contribuyen a limitaciones en la asistencia sanitaria ^(6,7). Sin embargo, con frecuencia se ignora que muchas de las ineficacias y disparidades en el sistema de salud, que tienen impacto

significativo en la calidad de vida y los resultados de los pacientes, tienen origen en la práctica clínica centrada en la enfermedad o en el médico, y en las acciones y decisiones muchas veces de carácter autoritario e imperativo de parte de los profesionales de salud que ignoran o presumen saber los valores, preferencias y contextos socioeconómicos de cada paciente durante el proceso de toma de decisiones. Adicionalmente, estos problemas se agudizan cuando se usan intervenciones sobre las cuales hay muy poca evidencia científica de alta calidad que respalden su valor ⁽⁸⁾.

Si bien la solución fundamental de estos problemas es estructural – la justicia social, el acceso universal a una educación para la vida, el acceso universal a servicios de salud dignos, profesionales, y científicos – la práctica de la medicina basada en la evidencia y centrada en el paciente contribuye una salida clínica para varios de estos problemas.

Desde los años noventa, la medicina basada en evidencia (MBE) ha ido adquiriendo un rol central en la medicina. La MBE consiste en el uso consciente, explícito y juicioso de la evidencia científica sobre el cuidado de pacientes y su aplicación con el paciente, de manera que reflejen esta evidencia, el contexto del paciente y sus valores y preferencias. La MBE contribuye a la formulación de un modelo de atención centrado en el paciente y aplicable al contexto de condiciones crónicas (Figura 1), que ofrecen una ventana de tiempo amplia y oportunidades (como visitas médicas periódicas, resultados visibles a largo plazo de la terapia y de la misma enfermedad) para tomar y reevaluar decisiones diagnósticas y terapéuticas a largo plazo ^(9,10).

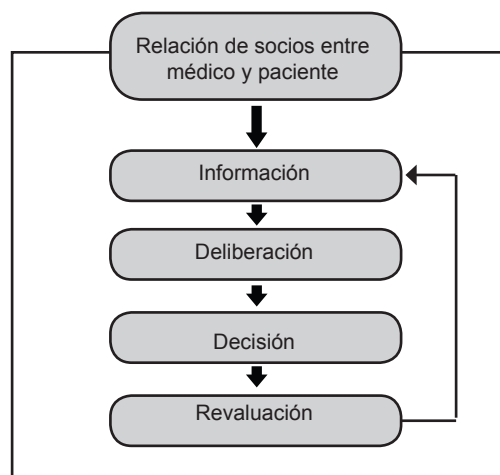


Figura 1. Formulación de un modelo de atención centrado en el paciente y aplicable al contexto de condiciones crónicas, en el marco de la medicina basada en evidencia
Adaptado de "Shared decision-making and comparative effectiveness research for patients with chronic conditions: an urgent synergy for better health" ⁽⁹⁾.

Muchas condiciones crónicas ofrecen escenarios clínicos (como el caso de “Juan” que se presenta en la Tabla 1) que permiten involucrar al paciente y sus familiares en una participación activa durante el proceso de toma de decisiones. En la Tabla 1 se muestran, además, dos desenlaces distintos, los cuales dependen del tipo de modelo que se adopte durante la práctica clínica al momento de la toma de decisiones. Es importante notar las diferencias de manejo entre la estrategia centrada en la enfermedad con la estrategia alternativa centrada en el paciente. En esta última, el médico involucra al paciente en el proceso de toma de decisiones, y en la deliberación sobre la priorización de las estrategias

terapéuticas que van en acorde con los objetivos de salud y de vida del paciente, estos modelos de práctica clínica -que se basan en la evidencia científica- reciben el nombre de “toma de decisiones compartidas” (TDC) y “medicina mínimamente impertinente” (MMI).

DECISIONES CIENTÍFICAS CENTRADAS EN EL PACIENTE

En el modelo de toma de decisiones compartidas, el médico involucra al paciente en un intercambio bidireccional de información, donde el médico comparte

Tabla 1. Escenario clínico en el que se presenta las diferencias entre dos modelos de práctica clínica, desde el enfoque de toma de decisiones

ESCENARIO
<p>Juan es un paciente de 52 años de edad que presenta diabetes mellitus mal controlada, depresión, obesidad, hipertensión arterial y fatiga muscular en muslos y pantorrillas. Actualmente toma nueve pastillas diarias, incluyendo dosis máximas de tres medicamentos para la diabetes mellitus y estatinas -ya que su riesgo cardiovascular en 10 años es 12%. Juan trabaja como supervisor de obras de construcción. Hace unos meses su carga laboral aumentó porque ahora hace el trabajo asignado previamente a un colega que fue despedido porque la empresa se encuentra en problemas financieros. Él vive con su esposa (Sara), su hija y dos nietas. Sara le ayuda a organizar sus consultas médicas periódicas y su pastillero. Ella se encarga de su dieta y de las compras de la casa. Sara también tiene algunos problemas de salud y, últimamente, ha estado estresada por problemas con su memoria (Juan ha notado que algunas veces se olvida de poner algunas pastillas en el organizador). Durante los últimos controles médicos, Juan no estuvo alcanzando el objetivo terapéutico (su hemoglobina glucosilada era 7,5%), por lo que su médico decidió iniciar tratamiento con insulina. En la última visita, Juan refirió seguir presentando fatiga muscular en muslos y pantorrillas y también refirió presentar 2-4 episodios de hipoglicemia sintomática por semana, síntomas que repercuten en su rendimiento laboral. Su hemoglobina glucosilada es ahora 8,3% por lo que el médico intensificó el tratamiento con insulina y le pidió a Juan que controle su nivel de glucosa con más frecuencia y anote los resultados en un cuaderno.</p>
ESTRATEGIA 1. PRÁCTICA CLÍNICA CENTRADA EN LA ENFERMEDAD
<p>Cuando Juan no alcanzó los objetivos de control glicémico basados en niveles de hemoglobina glucosilada recomendados por las guías clínicas ⁽¹⁵⁾, el médico tratante recomendó de forma unilateral iniciar insulina. Sin embargo, al tomar esa decisión el médico no consideró que la compleja situación familiar y laboral de Juan disminuye su capacidad para conllevar las complejidades de la carga terapéutica impuesta. Su esposa, que era su soporte social, estaba enferma y no podía apoyarlo como antes, y el riesgo de perder su empleo generaba en él un estrés constante que era agravado por sus continuos dolores musculares. Tampoco se discutió en detalle los particulares valores ni preferencias de Juan al momento de interpretar las recomendaciones de las guías clínicas. Subsecuentemente, cuando Juan empieza a presentar episodios recurrentes de hipoglicemia sintomática, el doctor recomienda de forma imperativa intensificar la terapéutica y el monitoreo de los niveles de glicemia, ignorando nuevamente la necesidad de indagar el contexto social y las obligaciones que Juan tiene que afrontar y que compiten por su capacidad y tiempo, dificultando su adherencia al tratamiento. De persistir estas deficiencias en el manejo del caso, se corre el riesgo de exponer a Juan, entre otras complicaciones, a los efectos negativos de la hipoglicemia y a la frustración del paciente y el médico.</p>
ESTRATEGIA 2: PRÁCTICA CLÍNICA CENTRADA EN EL PACIENTE
<p>Al notar el médico que el control de la diabetes de Juan no era el adecuado, él, Juan, y sus familiares, tuvieron una conversación franca en la que se exploró el contexto, los valores y preferencias de Juan. Juan explicó al doctor que él quisiera vivir el mayor tiempo posible para poder mantener a su familia, para lo cual necesita seguir trabajando, pero el dolor muscular y los episodios de hipoglicemia dificultan su rendimiento laboral. Esto lo mantiene estresado ya que sabe que si no cumple con sus metas laborales podría ser despedido como su colega. Esta situación no solo repercutiría en su situación económica, sino también empeoraría su condición de salud, ya que perdería su seguro médico. Juan también le contó al doctor que su trabajo le demanda largos viajes con horas continuas de manejo en los que es difícil para él usar la insulina. De hecho, incluso antes de comenzar el tratamiento con insulina, no cumplía con tomar todas las dosis de sus pastillas para la diabetes. Considerando este contexto, los valores y las preferencias de Juan, él y el médico decidieron priorizar las estrategias terapéuticas capaces de disminuir su carga de tratamiento y aumentar su capacidad para poder cumplir con sus objetivos de vida. Ambos, usando una herramienta de ayuda para la toma de decisiones, decidieron discontinuar la insulina y cambiar sus antidiabéticos orales por otras pastillas que puedan administrarse solo una vez al día. También se exploró la posibilidad de que sus mialgias fueran un efecto secundario de las estatinas, y se reevaluó este tratamiento basándose en su riesgo cardiovascular según la calculadora Framingham ⁽²⁴⁾. Se estimó un riesgo en 10 años del 12%, el cual disminuía a 9% al tomar estatinas diariamente por 10 años. Usando una segunda herramienta de ayuda a la toma de decisiones (http://statindecisionaid.mayoclinic.org). El médico y Juan sopesaron la importancia de este posible beneficio versus los efectos adversos del medicamento (mialgias), y juntos decidieron discontinuar las estatinas temporalmente, enfocarse en cambios dietéticos, y reevaluar los síntomas en una siguiente visita.</p>

de manera clara la evidencia científica sobre las posibles opciones terapéuticas (o de diagnóstico). Y el paciente comparte sus expectativas, objetivos de salud y de vida, además de su perspectiva dentro de su contexto laboral, interacciones sociales, y experiencias personales. Ambos, médico y paciente, en relación de sociedad, deliberan sobre las posibles alternativas con el fin de llegar juntos a un acuerdo ⁽¹⁰⁾.

Las intervenciones más difundidas que existen para implementar el modelo de TDC son las herramientas de ayuda para la toma de decisiones (HATD), que se emplean en situaciones donde la evidencia científica no apoya claramente una única opción de manejo para todos los pacientes ⁽¹¹⁾. Estas herramientas, como las que usó en el caso que se describe en la Tabla 1, pueden presentarse como folletos, tarjetas, videos o aplicaciones electrónicas. Su objetivo es ayudar al profesional de la salud a involucrar al paciente en el proceso de toma de decisiones; haciendo explícito el hecho de que una decisión necesita ser tomada, suministrando información clara y comprensible sobre las opciones y los resultados posibles, y ayudando a clarificar los valores personales del paciente (en la Figura 2 se muestra un ejemplo de una de estas HATD, la cual fue empleada en el caso descrito

en la Tabla 1). Estas herramientas están diseñadas para complementar, más que sustituir, el consejo y asesoramiento de un profesional de la salud ⁽¹²⁾.

En una revisión sistemática se concluyó que las HATD ayudan en la toma de decisiones, incrementan la participación de las personas en este proceso, mejoran el conocimiento y la percepción realista sobre los resultados y parecen tener un efecto positivo en la comunicación médico-paciente ⁽¹¹⁾. En la página web del Ottawa Hospital Research Institute (<http://decisionaid.ohri.ca/AZinvent.php>) se puede encontrar un inventario de estas herramientas, aunque muchas no se encuentren disponibles en español, o actualizadas.

En el Perú, muchos profesionales de la salud creen que los pacientes prefieren no participar del proceso de toma de decisiones, y asumen una conducta paternalista en defecto. Ello, a pesar de que la evidencia que demuestra lo contrario ^(13,14). Sin estudios nacionales no se puede asumir que los pacientes atendidos en el sistema de salud peruano prefieran ser excluidos de este proceso. Por lo tanto, es necesario informar al paciente sobre su derecho de ser parte de las decisiones e invitarlo a participar del proceso. Los profesionales de salud necesitan desarrollar habilidades, y otorgar tiempo durante la consulta médica para determinar en qué ocasiones, y a qué nivel los pacientes desean participar en el proceso de toma de decisiones.



Figura 2. Herramientas de ayuda para la toma de decisiones compartidas sobre tratamiento para diabetes mellitus
Modificado de Mayo Foundation for Medical Education and Research:
Shared Decision: Diabetes Medication Decision Aid

EL TRABAJO DE SER PACIENTE Y LA MEDICINA MINIMAMENTE IMPERTINENTE COMO UNA ALTERNATIVA DE SOLUCIÓN

El vivir con una condición crónica no se percibe como una manera de trabajo. Sin embargo, el automanejo de estas condiciones así como la participación en visitas clínicas demandan grandes inversiones de tiempo, energía, esfuerzo, y sacrificios, no solo por parte de los pacientes sino también de los familiares que los apoyan. Este trabajo derivado de las enfermedades crónicas puede prolongarse indefinidamente en la vida de los pacientes, y exige el cumplimiento adecuado de complejos regímenes terapéuticos así como de la organización de visitas médicas periódicas, cuya programación, en algunos centros de atención médica como en hospitales del Ministerio de Salud y del seguro social del Perú (EsSalud), requieren largas colas de espera e, incluso, requiere programación con meses de anticipación. Esta situación es peor en zonas rurales, donde muchas veces ni siquiera se cuenta con centros de salud cercanos ni tratamientos disponibles.

Esta labor se intensifica más cuando el paciente presenta comorbilidades y necesita ser atendido por diferentes especialistas, quienes siguiendo las recomendaciones de las guías clínicas prescriben y recomiendan a los pacientes tratamientos para enfermedades específicas, buscando alcanzar resultados determinados para cada condición; como por ejemplo, alcanzar valores de hemoglobina glucosilada menores a 7% ⁽¹⁵⁾ en pacientes que padecen de diabetes mellitus, o alcanzar una presión arterial menor a 140/90 mmHg ⁽¹⁶⁾ en pacientes que padecen de hipertensión arterial. En Perú, la atención médica generalmente se da en diferentes instituciones de salud. Ello, como consecuencia, entre otros factores, de la desconfianza de los pacientes en una determinada institución o sistema, de la diferencia de costos, y de la esperanza de agilizar la atención médica. Esta atención fragmentada conlleva a prescripciones y recomendaciones no coordinadas que se acentúan por la falta de un record médico universal.

Sin tomar en cuenta todas las intervenciones y recomendaciones que los pacientes reciben y buscan implementar a pesar de no contar con pruebas de su eficacia y seguridad, esta atención por especialidades y en diferentes lugares tiende a abrumar a los pacientes con intervenciones de salud que, si bien son apropiadas para cada una de las condiciones que presentan, en conjunto simbolizan una pesada carga para el paciente, su familia y el sistema. Asimismo, conduce a la polifarmacia, al incremento de costos, a interacciones farmacológicas y efectos colaterales no intencionados, agobiando a

los pacientes no solo por la carga de su enfermedad, sino también por la siempre presente y creciente carga de tratamiento ⁽¹⁷⁾. Este trabajo muchas veces es subestimado o no reconocido por los profesionales de salud ⁽¹⁸⁾ y se agudiza en los pacientes que no cuentan con ningún tipo de cobertura sanitaria (como es el caso de casi 40% de personas en el Perú) ⁽¹⁹⁾.

Una de las formas de enfrentar esta situación y organizar una mejor atención de salud que satisfaga las necesidades y expectativas de los pacientes es mediante el abordaje de una Medicina mínimamente impertinente. Este modelo considera que cada paciente y su sistema de apoyo logístico –entiéndase con ello a la familia del paciente- tienen una capacidad finita para entender, organizar y ejecutar el trabajo de ser paciente. Cuando esta es excedida por la carga de trabajo, ya sea porque la capacidad del paciente se ha visto disminuida (por enfermedad, problemas económicos, aislamiento social, etc.) o porque la carga ha aumentado muy rápido, o a niveles insostenibles para esta persona, entonces el paciente deja de cumplir adecuadamente con su labor de paciente, disminuye su acceso y uso de los servicios médicos y como consecuencia, empeora su calidad de vida y su salud. Para explicar el equilibrio y la repercusión del desequilibrio entre la capacidad finita del paciente y la carga que imponen la misma enfermedad y las estrategias terapéuticas, hemos desarrollado un modelo conceptual, el cual se muestra en la Figura 3 ⁽²⁰⁾.

Bajo el enfoque de la MMI, es importante no solo diagnosticar la enfermedad, sino también evaluar la relación de equilibrio entre la capacidad del paciente y la carga de sus roles. Para implementar este modelo en la práctica clínica, se requiere averiguar y entender lo que realmente es importante para el paciente, cuáles son sus objetivos de salud y de vida, para que en base a estos objetivos, ambos -médico y paciente- pueden juntos priorizar las intervenciones médicas que promuevan de

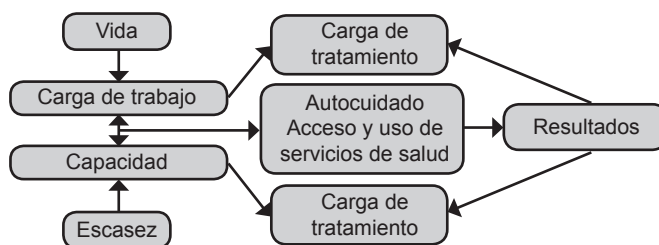


Figura 3. Modelo conceptual sobre el equilibrio y la repercusión del desequilibrio entre la capacidad finita del paciente y la carga que imponen las enfermedades crónicas y las estrategias terapéuticas

Adaptado de "Cumulative complexity: a functional, patient-centered model of patient complexity can improve research and practice" ⁽²⁰⁾

manera efectiva las metas del paciente con la menor repercusión posible en sus funciones o roles.

La implementación del programa terapéutico debe causar la más mínima impertinencia en la vida de los pacientes. De esta manera, el paciente y su familia tendrán capacidad disponible para dedicarla no solo al cuidado de la salud o al tratamiento de enfermedades, sino al desempeño de actividades en pro de sus sueños y aspiraciones y del mejor cuidado de los suyos.

EL MODELO DE TOMA DE DECISIONES COMPARTIDAS Y LA MEDICINA MINIMAMENTE IMPERTINENTE EN EL PERÚ

A pesar de que la mayor parte de la investigación sobre los modelos de TDC y MMI se ha dado en países desarrollados ⁽²¹⁾, el concepto de ambos es consistente con las prioridades de todos los pacientes y es aplicable en países en desarrollo. En junio de 2013, el “Congreso Internacional de Toma de Decisiones Compartidas” tuvo como sede a Lima (Perú) ⁽²²⁾, donde se reunieron investigadores y clínicos, expertos e interesados en el tema, para abordar por primera vez el tema de globalización de un enfoque centrado en el paciente y del modelo de TDC. En este importante evento se tocaron temas sobre inequidad en salud, y se exploraron factores culturales y contextuales que deben entenderse y considerarse a fin de involucrar con éxito a pacientes en el proceso de toma de decisiones sobre su atención. En este evento un grupo de investigadores formó una red iberoamericana de toma de decisiones compartidas, con miras a desarrollar capacitación de profesionales en el área y proyectos de investigación en la región.

De otro lado, el grupo de investigación “Conocimiento evidencia medicina Perú” (CONEVID), compuesto por profesionales y estudiantes de Medicina de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, liderados por el Dr. Germán Málaga, vienen realizando estudios, en cooperación con profesionales de la Clínica Mayo de Estados Unidos, sobre el grado en que los médicos de Lima involucran a sus pacientes en la toma de decisiones ⁽²³⁾.

REFLEXIONES FINALES

Para poder difundir e implementar los modelos de TDC y MMI, y lograr cambiar el modelo paternalista de la práctica médica en el Perú, por un paradigma basado en la evidencia científica y el respeto como base de un nuevo acercamiento hacia los pacientes, se requieren estrategias multifacéticas y un cambio cultural a nivel del sistema de salud, instituciones y pacientes. Asimismo, es necesario un compromiso personal y cambio en la práctica clínica de cada profesional de salud. Una manera de participar activamente de este cambio de paradigma, que facilita la implementación de ambos modelos, es involucrando a los pacientes en las decisiones médicas y usando en la práctica clínica diaria las herramientas de toma de decisiones compartidas. Algunas de estas herramientas desarrolladas para el uso durante la consulta clínica se pueden encontrar de forma gratuita en <http://shareddecisions.mayoclinic.org/>. De la misma manera, investigadores, clínicos, y pacientes que quieran participar en la discusión mundial sobre la medicina mínimamente impertinente lo pueden hacer aquí: <http://minimallydisruptivemedicine.org/>.

Si los médicos fuésemos capaces de ver la experiencia de la atención clínica a través de los ojos del paciente crónico, seríamos más conscientes de los esfuerzos que los pacientes hacen para poder cumplir las estrategias terapéuticas a comparación del poco o nulo esfuerzo del sistema médico por reducir o aliviar esta carga. También seríamos más receptivos a las necesidades de los pacientes, consideraríamos más su contexto y seríamos conscientes que lo que los pacientes realmente quieren -no es tener una mejor presión arterial o el colesterol más bajo- es por lo general sentirse mejor, no morir antes de tiempo, y ser capaces de hacer lo que tienen que hacer para cumplir con sus obligaciones y alcanzar sus sueños. Como profesionales de salud, debemos comprometernos a trabajar hacia las metas de nuestros pacientes.

Fuentes de financiamiento: autofinanciado

Conflictos de interés: los autores declaran no tener conflictos de interés.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2010 [Internet]. Ginebra: OMS; 2011 [citado el 2 diciembre del 2013]. Disponible en: http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report2010/es/
- Perú, Ministerio de Salud. Estudio de Carga de Enfermedad en el Perú-2004. Lima: MINSA; 2006.
- Yach D, Hawkes C, Gould C, Hofman KJ. The Global Burden of Chronic Diseases: Overcoming Impediments to Prevention and Control. JAMA. 2004;291(21):2616-22. doi:10.1001/jama.291.21.2616.
- Abegunde DO, Mathers CD, Adam T, Ortegon M, Strong K. The burden and costs of chronic diseases in low-income and middle-income countries. Lancet. 2007;370(9603):1929-38.
- Organización Mundial de la Salud. Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción. Ginebra: OMS; 2004.
- Saraceno B, Van Ommeren M, Batniji R, Cohen A, Gureje O, Mahoney J, et al. Barriers to improvement of mental health services in low-income and middle-income countries. Lancet. 2007;370(9593):1164-74.
- Hanson K, Ranson MK, Oliveira-Cruz V, Mills A. Expanding access to priority health interventions: a framework for understanding the constraints to scaling-up. J Int Dev. 2003;15(1):1-14.
- Cassel CK, Guest JA. Choosing wisely: helping physicians and patients make smart decisions about their care. JAMA. 2012;307(17):1801-2.
- Gionfriddo MR, Leppin AL, Brito JP, Leblanc A, Shah ND, Montori VM. Shared decision-making and comparative effectiveness research for patients with chronic conditions: an urgent synergy for better health. J Comp Eff Res. 2013;2(6):595-603.
- Montori VM, Gafni A, Charles C. A shared treatment decision-making approach between patients with chronic conditions and their clinicians: the case of diabetes. Health Expect. 2006;9(1):25-36.
- Stacey D, Bennett CL, Barry MJ, Col NF, Eden KB, Holmes-Rovner M, et al. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. Cochrane Database Syst Rev. 2011;10:CD001431.
- Elwyn G, O'Connor A, Stacey D, Volk R, Edwards A, Coulter A, et al. International Patient Decision Aids Standards (IPDAS) Collaboration. Developing a quality criteria framework for patient decision aids: online international Delphi consensus process. BMJ. 2006;333(7565):417.
- Deber RB, Kraetschmer N, Urowitz S, Sharpe N. Do people want to be autonomous patients? Preferred roles in treatment decision-making in several patient populations. Health Expect. 2007;10(3):248-58.
- Kraetschmer N, Sharpe N, Urowitz S, Deber RB. How does trust affect patient preferences for participation in decision-making? Health Expect. 2004;7(4):317-26.
- American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes-2013. Diabetes Care. 2013;36 Suppl 1:S11-66.
- James PA, Oparil S, Carter BL, Cushman WC, Dennison-Himmelfarb C, Handler J, et al. 2014 evidence-based guideline for the management of high blood pressure in adults: report from the panel members appointed to the Eighth Joint National Committee (JNC 8). JAMA. 2014;311(5):507-20. doi: 10.1001/jama.2013.284427.
- May C, Montori VM, Mair FS. We need minimally disruptive medicine. BMJ. 2009;339:b2803. doi: 10.1136/bmj.b2803.
- Bohlen K, Scoville E, Shippee ND, May CR, Montori VM. Overwhelmed patients: a videographic analysis of how patients with type 2 diabetes and clinicians articulate and address treatment burden during clinical encounters. Diabetes Care. 2012;35(1):47-9.
- Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Perú: Indicadores de salud estimados anualmente 2012 [Internet]. Lima: INEI; [citado el 1 diciembre del 2013]. Disponible en: <http://series.inei.gob.pe:8080/sirtod-series/>
- Shippee ND, Shah ND, May CR, Mair FS, Montori VM. Cumulative complexity: a functional, patient-centered model of patient complexity can improve research and practice. J Clin Epidemiol. 2012;2(10):1041-51.
- Härter M, van der Weijden T, Elwyn G. Policy and practice developments in the implementation of shared decision making: an international perspective. Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes. 2011;105(4):229-33. doi: 10.1016/j.zefq.2011.04.018.
- Bravo P, Contreras A, Perestelo-Pérez L, Pérez-Ramos J, Málaga G. En busca de una salud más participativa: compartiendo decisiones de salud. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2013;30(4):691-7.
- Mongilardi N, Montori V, Riveros A, Bernabé-Ortiz A, Loza J, Málaga G. Clinicians' Involvement of Patients in Decision Making. A Video Based Comparison of Their Behavior in Public vs. Private Practice. PLoS One. 2013;8(3):e58085.
- Payne RA. Cardiovascular risk. Br J Clin Pharmacol. 2012;74(3):396-410.

Correspondencia: Víctor Montori
 Dirección: Mayo Clinic, 200 First Street SW,
 Rochester, Minnesota, 55905, USA.
 Correo electrónico: Montori.Victor@mayo.edu