

Vídeo 17. Avaluació i suport a l'adherència al tractament

Catarina Tomé Pires, Psicòloga. Departament de Psicologia, URV (grupo ALGOS – recerca dolor infantil), Tarragona. IDIAP Jordi Gol

1.1. Evidència clínica em geral (como metodologia)

Parece haber un interese gradual en el uso de visitas telefónicas en la asistencia sanitaria. Hay estudios que evidencian los beneficios de un seguimiento por vía telefónica en el manejo de problemas de salud crónicos, como por ejemplo, diabetes, artritis, insuficiencia cardíaca y cambios en conductas de salud (e.g. consumo de tabaco) (Wasson, Gaudette, Whaley, Sauvigne, Baribeau, Welch, 1992; Weinberger, Tierney, Cowper, Katz, Booher, 1993; Curry, McBride, Grothaus, Louie, Wagner, 1995).

Así, podemos verificar que los abordajes de telemedicina, i.e. a prestación de servicios médicos a distancia, (e.g. mensajes de texto, videoconferencias, emails, websites interactivos, apps) son de gran interés y utilidad. El teléfono es un medio versátil, accesible y barato (Wu et al., 2010) y por eso el uso de llamadas telefónicas para hacer seguimiento clínico parece ser una metodología útil clínicamente, que permite mejorar la seguridad y eficacia del tratamiento médico. En estudios recientes se refiere que las llamadas telefónicas pueden incluso reducir las tasas de readmisión y visitas de urgencia en pacientes recientemente hospitalizados. Parece ser que es una práctica ya de rutina en algunos países, como por ejemplo Estados Unidos o Holanda (Dudas, Bookwalter, Kerr & Pantilat, 2002; Mistiaen & Poot, 2006; Koehler, Richter, Youngblood, et al, 2009; Rennke, Kesh, Neeman, Sehgal, 2012).

Resumidamente, los efectos que puede tener un seguimiento por vía telefónica son: (1) ahorrar tiempo al profesional de salud y paciente, (2) obtener información clínica sobre el paciente (por ejemplo, sobre la adherencia al tratamiento, los efectos secundarios medicación/plan de tratamiento, estado de salud en respuesta al tratamiento), (3) mejorar la satisfacción del paciente con su atención sanitaria, (4) aclarar posibles dudas sobre instrucciones médicas (por ejemplo, instrucciones respecto a la medicación) o de otro tipo (pautas de dieta, etc.), (5) posibilitar también un espacio de recomendaciones o sugerencias para mejora clínica, (6) obtener información sobre nuevos problemas de salud (Dudas et al., 2001; Menchine et al., 2013).

De esta forma, uno de los principales beneficios en hacer seguimientos clínicos por teléfono es que permite extender el soporte dado a través del refuerzo de conductas y permite ajustes posteriores en la terapia sin la necesidad de otra visita clínica (in Wu et al., 2010). Permite también fomentar el auto cuidado. Mejorar el conocimiento de las personas sobre su problema o condición es una de las formas de aumentar la adherencia terapéutica, pero también de mejorar su problema de salud.

1.2. Evidencia clínica en particular en la depresión (como intervención en la depresión)

Particularmente, en el caso de la depresión la literatura evidencia que en pacientes de atención primaria el seguimiento por vía telefónica lleva a una mejoría significativa en el tratamiento antidepresivo y destaca también otros resultados clínicos (Simon et al., 2000, 2004). De hecho, dentro del marco de los modelos de atención colaborativa (*collaborative care*), un programa de llamadas de seguimiento clínico sistemático y de *care manager* (evaluación de síntomas de depresión, uso de mediación antidepresiva, efectos secundarios) vía teléfono parece ser superior en términos de beneficios clínicos comparando con la simple monitorización de la depresión y feedback por parte de los médicos. La factibilidad, aceptabilidad y efectividad de programas que incluyen la monitorización de medicación y la actuación de un *care manager* llevan a una mayor satisfacción por parte del paciente y mejoras clínicas (ej. menor sintomatología clínica) (Simon et al., 2004), según la literatura.

De esta manera, el *collaborative care* (atención colaborativa), o sea, la atención estructurada que implica un mayor papel de los especialistas no médicos para aumentar la atención primaria, es una intervención potencialmente eficaz a la hora de mejorar la calidad de la atención primaria y los resultados junto a los pacientes. Como vimos, parece ser que este tipo de atención es más eficaz que la atención estándar para mejorar los resultados de la depresión a corto y largo plazo. Los componentes clave de modelos de *collaborative care* basados en la evidencia para el cuidado de enfermedades crónicas son los siguientes: (1) la colaboración entre los profesionales de atención primaria, (2) pacientes y especialistas en una definición común del problema, (3) el desarrollo de una alianza terapéutica, (4) un plan de tratamiento personalizado que incluye las preferencias del paciente, el seguimiento proactivo y el seguimiento de los resultados por un *care*

manager de la depresión, (5) el uso específico de la consulta especializada y los protocolos para el cuidado escalonado (Gilbody et al., 2006).

1.3. Tips para llevar a cabo seguimiento clínico via telefonica en pacientes con depresión

El seguimiento clínico via teléfono en pacientes con depresión debe tener en cuenta una serie de aspectos que pasaremos a detallar a continuación. En general, las características de las llamadas telefónicas deben considerar: (1) la dirección de las llamadas (o sea, llamada para el paciente, llamada del paciente o llamada automatizada); (2) quién realiza las llamadas (profesional entrenado, no profesional); (3) el contenido de la llamada (estilo de vida, ajuste terapéutico, soporte psicológico, etc.); (4) el enfoque de la llamada (clínico, refuerzo, etc) y (5) la duración de la llamada (fijo; individualizado) (Wu et al., 2010).

Concretamente, en el caso del seguimiento clínico en pacientes con depresión del proyecto INDI basado en modelos de *colaborative care* se incluyen los siguientes contenidos:

1. La monitorización estructurada y sistemática de síntomas de depresión a través de una escala como la PHQ-9, pero también de la ideación suicida al largo de un año
2. La adherencia al tratamiento, en este caso, antidepresivo y en caso de prescripción médica (según la guía clínica de la depresión se recomienda su uso en casos de depresión con severidad de moderada a grave) y al plan clínico/terapéutico general (fármacos, visitas medicas, consejos médicos)
3. Otros consejos: recomendaciones que pretenden ayudar y motivar el paciente en su proceso de auto-cuidado (práctica de ejercicio físico, activación conductual, técnicas de solución de problemas, medidas de higiene de sueño, etc.)

Consejos a considerar a la hora de hacer las visitas telefónicas:

1. Presentación del/de la profesional al inicio de la llamada: *“Buenos días/Buena tarde Sr./Sra. xx. Mi nombre es xxx, le llamo por parte de su médico de cabecera, Dr xxx...”*
2. Explicar el motivo de la llamada: *“Le llamo para hacer su seguimiento clínico, saber cómo se encuentra. Para ello me gustaría hacerle algunas*

preguntas.” Es importante referir que puede pasar que el paciente nos comente que ya ha contestado a las preguntas antes ya que son siempre las mismas en cada seguimiento y hay como xx seguimientos en el total del proyecto. Le podemos explicar que como se trata de un seguimiento las preguntas siempre son las mismas tratando de ver si hay cambios, mejoras, etc.

3. Buscar el momento oportuno: *“Antes de más me quería asegurar que le va bien contestarme ahora a las preguntas de seguimiento clínico. ¿Le va bien o prefiere que le llame en otro momento?”* Es importante que el/la paciente sienta que él/ella puede elegir como gestionar su tiempo ya que eso proporciona un entorno de mayor respeto y confianza. Al preguntar al/a la paciente si el momento de la visita telefónica es oportuno garantizamos ganar esa confianza y así el seguimiento clínico es fluido. Hay situaciones que el paciente no puede hablar, por temas de tiempo o por alguna circunstancia que no le permite expresarse abiertamente, como por ejemplo, cuando está un familiar o otra persona cerca del teléfono dificultando la confidencialidad de los datos o expresión de los mismos. Eso hará, por ejemplo, con que la persona nos dé respuestas cortas sin profundizarlas o incluso respuestas contrarias al que pueda sentir.

4. Confidencialidad de la información: es importante comentar al/a la paciente que toda la información que dé al profesional es confidencial, íntima y será tratada como tale.

5. Dar espacio y tiempo al paciente para contestar a las preguntas de monitorización y para expresarse

6. Al largo de toda la visita telefónica se debe expresar comprensión y interés por el paciente y su situación sin juzgar

7. A la hora de hacer preguntas más íntimas, por ejemplo, relacionadas con el riesgo de suicidio es importante tener el cuidado de preguntarlo de una forma cercana. En caso de que la respuesta sea afirmativa tratar de asegurar que el paciente no se queda más angustiado que antes de la llamada y que no hay un riesgo inmediato de peligro de vida (ej. un paciente que comenta que desesperada y obsesivamente está pensando en sacarse la vida). El transmitir tranquilidad y comprensión, racionalizar el momento, buscar puntos positivos son ejemplos de maneras de atenuar el aparente malestar del paciente. De cualquier de las formas,

en caso afirmativo dicha información debe ser transmitida al médico de referencia.

8. Después de las preguntas de monitorización comentar al paciente que toda la información será transmitida al médico de cabecera para que este al día de cómo se encuentra y igualmente le aconsejamos que pida cita con él/ella para llevar a cabo una atención personalizada respecto a su depresión

9. Antes de finalizar la llamada le comentamos que dentro de xx tiempo le volveremos a llamar ya que se trata de un seguimiento clínico

10. Despedida: al finalizar la llamada es importante agradecer al/a la paciente por su tiempo y atención en contestar a las preguntas de seguimiento clínico. Igualmente, se puede reforzar su interés en participar en el estudio agradeciendo su disponibilidad.

Referencias bibliográficas

- Curry S, McBride C, Grothaus L, Louie D, Wagner E. A randomized trial of self-help materials, personalized feedback, and telephone counseling with nonvolunteer smokers. *J Consult Clin Psychol.* 1995;63: 1005–1014.
- Dudas V, Bookwalter T, Kerr KM, Pantilat SZ. The impact of follow-up telephone calls to patients after hospitalization. *Dis Mon.* 2002; 48:239–48.
- Dudas, V., Bookwalter, T., Keer, K. M. And Pantilet, S. Z. (2001). The Impact of Follow-up Telephone Calls to Patients After Hospitalization. *Am J Med.*, 111(9B):26S–30S.
- Gilbody, S., Bower, P., Fletcher, J., Richards, D., and Sutton, A. J. (2006). Collaborative care for depression: a cumulative meta-analysis and review of longer-term outcomes in primary care: Making sense of a complex intervention: systematic review and meta-regression. *Arch Intern Med.*, 166(21):2314-2321.
- Koehler BE, Richter KM, Youngblood L, et al. Reduction of 30-day postdischarge hospital readmission or emergency department (ED) visit rates in high-risk elderly medical patients through delivery of a targeted care bundle. *J Hosp Med.* 2009; 4: 211–8.
- Menchine, M., Oberfoell, S., Schriger, D., Walker, C., Riddell, J and Arora, S. (2013). Improving Telephone Follow-up for Patients Discharged from the Emergency Department: Results of a Randomized Controlled Trial. *Academic Emergency Medicine*, Vol. 20, No. 5.

- Mistiaen P, Poot E. Telephone follow-up, initiated by a hospital-based health professional, for postdischarge problems in patients discharged from hospital to home. *Cochrane Database Syst Rev.* 2006; 4: CD004510.
- Rennke S, Kesh S, Neeman N, Sehgal NL. Complementary telephone strategies to improve postdischarge communication. *Am J Med.* 2012; 125:28–30.
- Simon, G. E., VonKorff, M., Rutter, C. and Wagner, E. (2000). Randomised trial of monitoring, feedback, and management of care by telephone to improve treatment of depression in primary care. *BMJ*, 320:550–4.
- Simon, G. E., Vonkorff, M., Rutter, C., Wagner, E. (2000). Randomised trial of monitoring, feedback, and management of care by telephone to improve treatment of depression in primary care. *BMJ.* 2000 Feb 26; 320(7234): 550–554. PMID: PMC27299
- Wasson J, Gaudette C, Whaley F, Sauvigne A, Baribeau P, Welch H. Telephone care as a substitute for routine clinic follow-up. *JAMA.* 1992;267:1788–1793.
- Weinberger M, Tierney W, Cowper P, Katz B, Booher P. Cost-effectiveness of increased telephone contact for patients with osteoarthritis. A randomized, controlled trial. *Arthritis Rheum.* 1993;36:243–246.
- Wu, L, Forbes, A., Griffiths, P., Milligan, P and While, A., (2010). Telephone follow-up to improve glycaemic control in patients with Type 2 Diabetes: systematic review and meta-analysis of controlled trials. *Diabet. Med.* 27, 1217–1225.