



EL CUIDADO MÉDICO DE ALTO VALOR

Dra. Eva Essensfeld de Sekler, MTSVMI, MACP*

*Médico Internista, Profesora Asociada de la Facultad de Medicina, Universidad Central de Venezuela, Hospital General del Oeste y Hospital Privado Centro Médico de Caracas.

Concepto:

Evaluación de los beneficios de una intervención por encima de sus costos.

Se le debe dar a la toma de decisiones y calidad de vida la importancia que significan para el paciente o la sociedad en cuanto al estado de su salud. Para ello se resumen las acciones en la forma siguiente:

Primer paso: discontinuar o disminuir el uso de intervenciones que no son beneficiosas.

Segundo paso: proveer intervenciones efectivas y disminuir los costos siempre siguiendo la Evidencia.

Excepciones: éticas y justas

El *American College of Physicians (ACP)*, junto con otras Sociedades médicas norteamericanas, ha emprendido una importante iniciativa denominada *High Value Care*, traducido como Cuidado de Alto Valor (CAV) que es un programa integral que conecta 2 prioridades: ayudar a los médicos en la provisión del mejor cuidado posible de salud a sus pacientes, reduciendo al mismo tiempo costos innecesarios a los diversos sistemas de proveedores (1).

Los programas están basados en prácticas basadas en Evidencia para lo cual el ACP ha desarrollado recomendaciones clínicas, recursos médicos, currícula y recomendaciones políticas públicas alrededor de esta iniciativa (2,3).

Este problema comenzó a ser analizado en el año 2010, pero la ética y el profesionalismo que implican nuestra responsabilidad en este tema ya habían sido analizados en el 2002 por EFIM cuando publica en los Anales de Medicina un artículo al respecto, con la afirmación siguiente *“los médicos deben, respetando las necesidades de pacientes individuales, proveer un cuidado médico basado en el manejo sabio y costo-efectivo de recursos clínicos limitados, pues la provisión de servicios innecesarios no solo expone al paciente a un daño y gastos evitables, sino que también disminuye los recursos disponibles para otros”*.

¿Cuál es la historia?

Un reporte de Iglehart demostró que entre el año 2000 y el 2007, el uso de estudios imagenológicos creció más rápido que cualquier otro servicio de Medicare, y por otra parte, un estudio del grupo America's Health Insurance Plans afirmó que 20-a 50% de los exámenes de “alta tecnología” proveían información innecesaria (4,5).

Por ello, el *American Board of Internal Medicine* trabajó con *Consumer Reports* para concebir y organizar la llamada iniciativa *Choosing Wisely*, o sea, elegir sabiamente, y a 9 Sociedades médicas les fue solicitado escoger 5 pruebas o tratamientos que ellas creyesen eran solicitadas en exceso. La lista final contenía 37 pruebas, 18 de las cuales eran estudios de imágenes (13 realizadas por radiólogos y 5 por cardiólogos). Muchas de estas pruebas fueron escogidas por los radiólogos mismos, así como, también contribuyeron los cardiólogos y los especialistas en medicina nuclear (6).

¿Por qué se piden demasiadas pruebas?

- A veces los médicos desconocen la sensibilidad y especificidad de los exámenes que solicitan.
- Algunas instituciones hospitalarias lo consideran una “rutina” obligatoria.
- Muchos médicos se preocupan por la posibilidad de ser denunciados por mala práctica.
- Los pacientes se autorefieren para los exámenes después de oírlo de sus amigos, de los medios de comunicación.
- Por publicidad directa del proveedor del servicio.

¿Cuál es el problema?

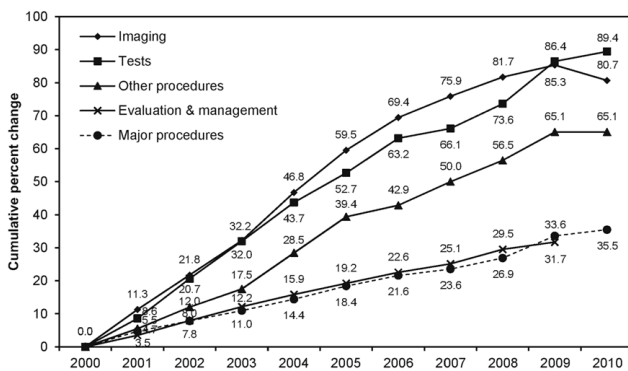
En Venezuela no conocemos las cifras de gastos en salud, pero hay datos de los USA que nos dan una idea del panorama general (7):

- se gasta el 17% del Producto Interno Bruto



- desde 1970, este gasto está aumentando 2,4% más rápido que el PBI
- se estiman \$700 billones anuales gastados en “desechos” de cuidado de salud
- los médicos son responsables por el 87% de ese gasto

Las 2 áreas responsables de los mayores gastos fueron las imágenes y las diferentes pruebas como se ve en el gráfico (8):



A continuación se analizan las diferentes circunstancias en pro y contra de varios componentes de la evaluación médica con el estricto fin de que todo el equipo que se ocupa de este campo esté informado y entrenado para lograr un Alto Valor, escogiendo sabiamente (“*Choosing wisely*”). El Colegio Americano de Médicos y la Alianza Académica de Internistas presentan una lista de situaciones clínicas, en las cuales el uso de ciertas pruebas no refleja el Cuidado de Alto Valor (9): Tabla 1.

Los médicos debemos comprender los beneficios, perjuicios y costos relativos, no sólo de los exámenes, sino también de nuestras prescripciones, entre ellos prescribir genéricos, cuando esto sea posible, que mejoran muchas veces la adherencia del paciente al tratamiento (10). Es indispensable que los médicos involucrados en la formación de estudiantes incorporen esos conceptos de CAV, los enseñen desde el comienzo de las materias clínicas, para que ellos los incorporen a su manera de ejercer en el futuro (11-13).

Muchas veces en las Emergencias de los hospitales públicos y privados, los jóvenes médicos no aplican las re-

Tabla 1.

1. Ultrasonido repetido para despistaje de aneurisma aórtico.
2. Angiografía coronaria en pacientes con angina estable, síntomas controlados, bien medicados o sin criterios de riesgo en la prueba de esfuerzo.
3. Ecocardiografía en pacientes asintomáticos con soplos inocentes, cortos, sistólicos, audibles a lo largo del borde esternal izquierdo.
4. Ecocardiografía repetida en pacientes asintomáticos con estenosis aórtica leve mas frecuentemente que cada 3-5 años.
5. Ecocardiografía repetida en pacientes asintomáticos con regurgitación mitral leve y función ventricular normal.
6. Electrocardiograma para despistaje en adultos de bajo riesgo coronario.
7. Electrocardiograma de esfuerzo para despistaje en adultos de bajo riesgo coronario.
8. Imágenes ecocardiográficas o nucleares como prueba inicial en pacientes con enfermedad arterial conocida o sospechada que pueden ejercitarse y no tienen anomalías en el ECG de reposo.
9. Medir el Péptido Natriurético (BNP) en la evaluación inicial de pacientes con IC típica.
10. Medición anual de lípidos en pacientes no medicados con hipolipemiantes en ausencia de razones para cambios en el perfil.
11. Radiología preoperatoria de tórax en ausencia de patología intratorácica.
12. Repetidas determinaciones de leucocitos y química en pacientes hospitalizados estables.
13. Evitar transfusiones de glóbulos rojos en ausencia de Hb menor de 7-8 gr/dl, dependiendo de múltiples factores.
14. Evitar el uso de catéteres intravesicales por mas de 2 días a menos que la Qx sea urológica. Preferir el peso de los pañales.



comendaciones del CAV y generan costos y situaciones innecesarias y dañinas, por lo cual, deberían elaborarse pautas y protocolos para los motivos de consulta más frecuentes en esta área, lo cual, por supuesto, también disminuirá el volumen de consultas.

En el año 2012, la práctica del cuidado costo-efectivo fue incorporado al entrenamiento de los Residentes por el Consejo de Acreditación para Educación Médica de Medicina Interna. Simultáneamente el ACP y la Alianza Académica para la Medicina Interna desarrollaron el Curriculum para proveer a los educadores de métodos para la enseñanza de esta modalidad en el ejercicio clínico (14).

No solamente deben tomarse en cuentas las pruebas diagnósticas cuando se proporciona a los pacientes el CAV, sino la importancia de la prescripción de medicamentos, y, así, los objetivos planteados para los médicos son, entre otros:

- Explorar costos comparativos de los medicamentos (genéricos vs. no genéricos). La publicación *The Medical Letter*, además de proporcionar una excelente información sobre las más recientes drogas y sus efectos, proporciona siempre una tabla que informa los precios de los medicamentos (15).
- Simplificar el régimen de medicamentos, omitiendo los no esenciales y practicar una escala de disminución progresiva cuando esto se puede hacer.
- Identificar fuentes que puedan ayudar a los pacientes con los costos y la adherencia.
- Recordar que el costo de los medicamentos es una importante barrera a la adherencia. La incapacidad de costear los medicamentos está claramente asociada con peores resultados en pacientes con enfermedades crónicas.
- Cuando el paciente es expuesto a medicación que no puede costear puede intentar racionar u omitir algunas dosis, dividir las tabletas, usar remedios herbarios, tener que elegir entre una nutrición adecuada y medicamentos costosos, todo lo cual lo lleva a rehospitalizaciones en muchas circunstancias. Los médicos que no interrogan esto, están expuestos a aumentar el número de medicamentos por la creencia que los previos no han sido efectivos, pero recordemos lo que dijo Everett Koop: "las drogas no son efectivas en pacientes que no los toman"

Con el fin de ilustrar la conducta de proporcionar a los pacientes el Cuidado Médico de Alto Valor (CAV) se presentan dos ejemplos de patologías comunes en la práctica médica:

a. *Fiebre en el postoperatorio*

La fiebre es uno de los más frecuentes síntomas en este periodo, y las cifras de su incidencia varían de acuerdo a diferentes publicaciones, pero constituye un motivo de preocupación para los médicos involucrados.

La prevención de la infección postoperatoria operatoria comprende el tratamiento de las infecciones activas (que pueden confundirse con infección operatoria), la minimización de las drogas potencialmente inmunosupresoras, por ej los corticoesteroides, la optimización del estado nutricional (16-18), abandonar el tabaquismo (19) y optimizar el control de la glicemia en los diabéticos (20).

Es muy importante tomar en cuenta la historia y el examen físico cuando se diagnostica fiebre postoperatoria. Esto, por supuesto, incluye las comorbilidades, el tipo de cirugía, su duración, el estado mental del paciente, uso o no de ventilador, dolor torácico, la presencia de disnea, edema y dolor en miembros inferiores.

La fiebre postoperatoria inmediata está generalmente relacionada con medicamentos o productos sanguíneos a los cuales el paciente ha sido expuesto; la temprana se define como la que ocurre en las primeras 48 horas y probablemente se relaciona más con la respuesta inflamatoria a la cirugía o medicamentos que a infección; generalmente se resuelve en 2-3 días (21). Cuando ocurre más de 48 horas después, puede estar relacionada con abscesos, infección de la herida, la presencia de catéteres. La mayor parte de complicaciones infecciosas postoperatorias se manifiestan 5-8 días posterior a la cirugía (22), es muy importante tener en cuenta que la fiebre del postoperatorio resulta frecuentemente en una batería de pruebas diagnósticas en búsqueda de la etiología. En un estudio prospectivo de 1032 pacientes quirúrgicos, el 23,7 % tuvo fiebre temprana, y de los que fueron sometidos a estudios (9,7%), 35 % tuvieron hemocultivos negativos, sólo 4 pacientes (8,9 %) tuvieron urocultivos positivos,



50 radiografías fueron realizadas con un diagnóstico de neumonía sólo en 3. Finalmente el 18% de estos pacientes febriles fueron diagnosticados a través del examen físico y la clínica, sin necesidad de otros exámenes (23) (Tabla 2).

Tabla 2. ¿Cuáles son los exámenes que deben ordenarse para evaluar la fiebre postoperatoria?

Prueba	Comentarios
Contaje leucocitario	No predictivo de infección en fiebre temprana.
Velocidad de sedimentación	Inútil en establecer o excluir infección.
PCR	Inútil en establecer o excluir infección.
Hemocultivo	Obtener 2 muestras para excluir contaminación cutánea. La gran mayoría de las infecciones postoperatorias no están asociadas con bacteremia.
Análisis del sedimento urinario	Sólo en pacientes con síntomas o signos; sin una fuente obvia de infección.
Urocultivo	Signos o síntomas urinarios con >100.000 colonias/ml en presencia de piuria.
Gram y cultivo de esputo	Útil sólo si el paciente tiene síntomas o signos respiratorios con secreciones respiratorias profundas; se induce la muestra sólo si el paciente no puede toser efectivamente y se cultiva si la muestra tiene > de 25 polimorfonucleares.
Radiología de tórax	Sólo debe ser practicada en pacientes con síntomas respiratorios en los cuales no hay una fuente obvia de fiebre postoperatoria.
Imágenes (US, TC, RM)	Sólo de las áreas sospechosas de infección y respaldado por las circunstancias clínicas.

(Adaptada de ACP Smart Medicine, 26 /11/2013).

b. Lumbalgia.

El estudio de este segundo ejemplo de un motivo de consulta especialmente frecuente es un resumen del estudio recomendado por el ACP (Tabla 3).

Tabla 3. Imágenes recomendadas para CAV en Lumbalgia

Inmediatas:

Radiografía + VSG

1. Fact. Riesgo mayores de cancer (instalación nueva de dolor con historia de cancer, riesgos de cancer o fuerte sospecha clínica).

Resonancia magnética:

1. Fact. Riesgo para infección espinal (instalación reciente de dolor + fiebre, uso de drogas IV o infección reciente).
2. Fact. Riesgo o signos de síndrome de cola de caballo (retención urinaria reciente, incontinencia fecal o anestesia en silla de montar).
3. Deficit neurológico (debilidad motora o déficit motor múltiple).

Diferidas post a prueba terapéutica:

Radiografía ± VSG

1. Signos posible neoplasia: pérdida involuntaria de peso.
2. Edad > 50 años.
3. Fact. Riesgo o signos de espondilitis anquilosante
4. Fact. Riesgo para fractura x compresión vertebral (osteoporosis, esteroides, trauma importante, > mujeres 65a y 75 en hombres .

Resonancia Magnética

1. Signos y síntomas de radiculopatía en candidatos a Qx o bloqueo epidural.
2. Fact. Riesgo Fact. Riesgo o síntomas de estenosis espinal(dolor MI, edad mayor, pseudoclaudicación) en pacientes candidatos a cirugía.

NO IMÁGENES

1. Alivio o resolución del dolor después de un mes de prueba terapéutica.
2. Imágenes espinales previas sin cambios en el estado clínico.



CONCLUSIONES

1. El costo de la atención médica es insostenible
2. Casi 1/3 de los costos son desperdiciados.
3. Los médicos tenemos control sobre un significativo componente de esos costos.
4. La práctica médica actual no ha abordado esta importante situación.
5. debemos cambiar la cultura de las residencias de postgrado y asegurar que nuestros cursantes aprendan a tener conciencia de los costos y cómo evitar las pérdidas.

REFERENCIAS

1. High Value Care. <http://www.acponline.org>, 2012
2. High Value Care. <http://www.acponline.org>, 2013
3. High Value Care. Eliminating Health Care Waste and Over-ordering of Tests. Alliance for Academic Internal Medicine, 2013
4. Iglehart JK. Health insurers and medical-imaging policy—a work in progress. *N Engl J Med*. 2009;360:1030-7. [PMID: 19264694]
5. America's Health Insurance Plans. Ensuring Quality through Appropriate use of Diagnostic Imaging. Washington, DC: America's Health Insurance Plans;
6. Alguire PC: Doing the right thing to control health costs. *CCJM* 2014 Jul;81(7):403-404.
7. Reuters T. Where can \$700 billion in waste be cut annually from the U.S Health Care system? October, 2009
8. Landon BE et al. Improving the management of chronic disease at community health centers. *N Engl J Med*. 2007;356:921-934
9. Qaseem, A. Appropriate Use of Screening and Diagnostic Tests to Foster High-Value, Cost-Conscious Care. *Ann Intern Med*. 2012;156:147-149
10. Kesselheim AS, et al. The Clinical Equivalence of Generic and Brand-Name Drugs Used in Cardiovascular Disease: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of the American Medical Association*. 2008;300(21):2514-26.
11. Patel MS, David MM, Lybson ML. The VALUE Framework: Training Residents to Provide Value-Based Care for their Patients: *J Gen Intern Med* 2012 Sep;27(9):1210-4
12. Holmboe ES et al. Teaching and improving quality of care in a primary care internal medicine residency clinic. *Acad Med*. 2005;80:571-577
13. Weinberger SE, Pereira AG, Iobst WF, Mechaber AJ, Bronze MS; Alliance for Academic Internal Medicine Education Redesign Task Force I Competency-based education and training in internal medicine. *Ann Intern Med*. 2010;153:751-6
14. Smith CD, Alliance for Academic Internal Medicine—American College of Physicians High Value. Teaching high-value, cost-conscious care to residents: the Alliance for Academic Internal Medicine—American College of Physicians Curriculum. *Ann Intern Med*. 2012; 157:284-6.
15. The Medical letter, January 5, 2015; 57:1-8
16. Essenfeld-Sekler E, Bastidas JE, Perez AM: Nutrición enteral continua mediante sonda de Dobbhoff en 20 pacientes desnutridos. Evaluación de marcadores nutricionales pre y post nutrición. *Centro Médico* 1983; 22: 165-71
17. Gorse GJ, Messner RL, Stephens ND. Association of malnutrition with nosocomial infection. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 1989;10:194-203. (PMID: 2661677)
18. Oletta JH. Evaluación Clínica Preoperatoria. *Arch Hosp Vargas* 1981; 23: 7-28
19. Møller AM, Pedersen T, Villebro N, Munksgaard A. Effect of smoking on early complications after elective orthopaedic surgery. *J Bone Joint Surg Br*. 2003;85:178-81. (PMID: 12678348)
20. Spelman DW, Russo P, Harrington G, Davis BB, Rabinov M, Smith JA, et al. Risk factors for surgical wound infection and bacteraemia following coronary artery bypass surgery. *Aust N Z J Surg*. 2000;70:47-51. (PMID: 10696943)
21. Uçkay I, Agostinho A, Stern R, Bernard L, Hoffmeyer P, Wyssa B. Occurrence of fever in the first postoperative week does not help to diagnose infection in clean orthopaedic surgery. *Int Orthop*. 2011;35:1257-60. (PMID: 20871993)
22. Garibaldi RA, Brodine S, Matsumiya S, Coleman M. Evidence for the non-infectious etiology of early postoperative fever. *Infect Control*. 1985;6:273-7. (PMID: 3847403)
23. Lesperance R1, Lehman R, Lesperance K, Cronk D, Martin M. Early postoperative fever and the “routine” fever work-up: results of a prospective study. *J Surg Res*. 2011 Nov;171(1):245-50.