

EDITORIAL

Retos y oportunidades del envejecimiento y la cronicidad para el farmacéutico de hospital

M. Isabel Genua y Alexander Ferro

Servicio de Atención Farmacéutica. Fundación Matia

En estos últimos años, desde el punto de vista de gestión sanitaria, el envejecimiento de la población se ha vivido desde la perspectiva del alto gasto que genera, medido en número de consultas de atención primaria, presencia en urgencias, porcentaje de los ingresos hospitalarios, consumo de fármacos, etc.¹

Recientemente esta visión está sufriendo un importante cambio de enfoque con las aportaciones que la comunidad científica está haciendo sobre la cronicidad. Ya no se habla de envejecimiento de la población sino del reto que supone la atención sanitaria al paciente crónico y se vive como desafío en la planificación de los sistemas sanitarios. El paciente crónico es el que genera consultas y consume servicios, pero en el enfoque actual no solo se busca ahorrar costes sino también aportar valor a los pacientes.

Es verdad que el paciente con patología crónica no siempre es mayor y que enfocada bien la atención desde los primeros estadios de la enfermedad y con una buena política de prevención se consigue mejorar la calidad de vida del paciente logrando además disminuir el riesgo de dependencias a lo largo de su vida. Esto se consigue con una adecuada educación sanitaria e implicación del paciente, con una atención sin fisuras que garantice la continuidad de cuidados y con una atención, en resumen, centrada en la persona y no solo y exclusivamente en la enfermedad.

No es menos cierto, sin embargo, que el paciente crónico que despierta un mayor interés actualmente es aquel que más puede beneficiarse de un cambio de modelo sanitario o dicho de otra manera, es aquel más afectado por el modelo actual. Se trata del paciente

encuadrado en el grupo de Pacientes denominado Paciente crónico complejo. El paciente crónico complejo se define como aquel individuo con patologías crónicas asociadas, polimedicado, mayoritariamente de edad avanzada y que presenta dependencias funcionales asociadas a la evolución de sus enfermedades que dificultan el autocuidado.

El reto que este hecho plantea a la comunidad científica está bien documentado en las diferentes estrategias sanitarias planteadas e iniciadas en diferentes países, en las que se incluye el nuestro. Estrategias que se transforman en planes y acciones en función de la complejidad del paciente.

Todos los profesionales sanitarios conocen la importancia de incorporar hábitos que mejoren calidad de vida de los pacientes independientemente de si tienen o no tienen patología crónica, si tienen 40 u 80 años, etc. Hábitos útiles también para prevenir dependencia en estados de fragilidad. Se ha demostrado que «nunca es tarde» para empezar a incorporar un nuevo estilo de vida². Conocen también el impacto que el entorno y las emociones tienen en la percepción que, en cada momento, se tiene sobre la salud.

Sin embargo no es frecuente encontrar profesionales que, con un abordaje holístico, sepan evaluar y actuar sobre aspectos ligados a la persona que enmascaran la enfermedad, y que conozcan y evalúen el riesgo y la presencia de síndromes geriátricos. En definitiva, que actúen sobre pacientes en el nivel de atención que requiere su situación real de enfermedad y les protejan de verse inmersos en lo que se denomina cascada asistencial: prescripción de medicamentos para tratar efectos secundarios de otros,

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: eli.genua@matiafundazioa.net (M. Isabel Genua).

o para abordar síntomas manejables con cambios en hábitos de vida.

La comunidad científica, la nuestra entre otras, se ha especializado mucho en determinadas patologías. Nuestros especialistas, cada vez más formados y capacitados, son piezas clave en equipos de atención especializada, p.e oncología, nutrición, etc.

El paciente crónico y sobre todo el paciente crónico complejo requiere un enfoque global. Cambiar el enfoque de la atención a la enfermedad por el enfoque de atención a la persona. Este salto de la enfermedad a la persona obliga a cambiar la forma de prestar los servicios, normalmente pensada desde las visiones y a veces desde los intereses particulares de cada actor en los distintos ámbitos de atención en que están fragmentados los sistemas de salud autonómicos³.

La mejora en la atención sanitaria sufrida en las últimas décadas y las mejores condiciones de vida, mejor alimentación y mayor cultura, han llevado a un aumento de la esperanza de vida y a una abrumadora presencia de personas con enfermedades crónicas y dependencias funcionales y cognitivas asociadas. Ello hace que se deba enfocar la atención desde la visión compartida de todos los agentes en un marco de integración y de colaboración donde el objetivo sea la adecuada respuesta a las necesidades de las personas desde la perspectiva social y sanitaria.

¿Cómo debe ser la «adecuada respuesta» del farmacéutico en estas estrategias? ¿Debemos renunciar al camino emprendido y al lugar que ocupamos en los equipos asistenciales?

Muchos son los retos a los que nos lleva el hacernos estas preguntas pero sin duda también se nos ofrecen grandes oportunidades si sabemos aprovechar el momento desde la competencia profesional y el compromiso social que siempre nos ha caracterizado.

Entre los retos, se nos plantean desafíos ligados al conocimiento, conocimiento en las características que plantea el paciente crónico y sobre todo el crónico complejo mayor, conocimiento ligado a nuevas estrategias que necesita como son el abordaje de polimedicados⁴, estrategias de desprescripción^{5,6}, etc. fácilmente asumibles con la estructura organizativa y el camino que tenemos marcado los farmacéuticos de hospital.

Pero también se nos plantean retos ligados a cambios de modelo sanitario y social. La atención a pacientes crónicos y sobre todo, la atención a pacientes crónicos complejos de edad avanzada, requiere atención personalizada del individuo a lo largo de su trayectoria vital, realizada en lo que se está denominando gestión de casos. Nuestra mirada debe buscar a la persona y debemos integrarnos en los equipos asistenciales organizados para aportar valor en la atención y particularmente con profesionales farmacéuticos que trabajan en diferentes niveles de atención como son primaria, oficinas de farmacia,... Con todos ellos deberemos acordar herramientas comunes de

detección de necesidades y establecimiento de planes de actuación.

No partimos de cero, la Farmacia Hospitalaria ha mostrado una actitud proactiva hacia el cambio. Cuenta con un Plan Estratégico sobre la Atención Farmacéutica al Paciente Crónico⁷ y trabaja en la estratificación y definición del Modelo de Atención Farmacéutica que necesitan los perfiles de pacientes analizados, en coherencia con lo que la comunidad científica y los modelos de referencia más importantes, como Kaiser Permanente⁸, están haciendo. No podemos pensar que todos los pacientes crónicos ni que todos los pacientes mayores necesitan lo mismo. El paciente crónico complejo es un paciente sobre el que recae especialmente la mirada en este enfoque. Se trata de un paciente con mayor riesgo de complicación, mayor fragilidad y que se beneficia directamente de una nueva estrategia.

Entendiendo que en general esta persona es un paciente mayor y más vulnerable a presentar efectos no deseados derivados de la polifarmacia propia de la pluriopatología y del uso de medicamentos potencialmente inapropiados, Lee y cols.⁹ han realizado una revisión sistemática de los trabajos publicados en los que se demuestra el beneficio de contar con farmacéuticos en los equipos interdisciplinarios geriátricos evidenciando resultados en seguridad, adherencia, riesgo de infección, hospitalización y simplificación terapéutica. La biblioteca Cochrane revisa las intervenciones que mejoran el uso adecuado de medicamentos en polifarmacia⁴ y para septiembre 2013 el Servicio Escocés de Salud publicará el «Polypharmacy Guidance Document» actualmente accesible en su web.

También Santos y col¹, tras analizar en detalle los aspectos principales de los modelos de atención al paciente pluripatológico, proponen la adecuación y continuidad de tratamientos, la adherencia, la seguridad en la atención y la participación activa del paciente como algunos de los objetivos a cumplir para los que tendremos que avanzar, viendo necesario preparar a los profesionales de la salud, no solo a los farmacéuticos pero también a estos, en nuevas cualificaciones que complementen los conocimientos y aptitudes ya presentes.

Estas nuevas cualificaciones básicas incluyen: atención centrada en el paciente, cooperación, mejora de conocimientos en seguridad y calidad de atención, conocimientos en tecnologías de información y comunicación, así como adquirir una perspectiva más amplia del paciente contemplando la continuidad asistencial.

Ello implica investigar, investigar no solo en lo que hasta ahora estábamos más acostumbrados, el medicamento, sino también en modelos de atención farmacéutica y medición de resultados en salud. Implicará también compromiso y proactividad, ya que necesitaremos adecuar los sistemas de información a los retos que la orientación al paciente nos plantea integrando los niveles asistenciales y la aportación de los distintos profesionales involu-

crados, e implicará sobre todo CONOCIMIENTO e INNOVACIÓN. Conocimiento derivado de la formación, del análisis de buenas prácticas de otras comunidades, de los resultados de la investigación, del análisis crítico de nuestros resultados y de los resultados de salud de la población. Pero el conocimiento no tendrá sentido si no es palanca de cambio de nuestras actividades y enfoque de nuestra profesión.

Muchas son las oportunidades que en este campo se presentan a los farmacéuticos especialistas en las organizaciones sanitarias, tanto dentro del hospital como fuera de él. El Real Decreto-Ley 16/2012¹⁰ de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones, además de poner en marcha el copago farmacéutico, en el Artículo 6 regula la presencia de Servicios de Farmacia o de Depósitos de medicamentos ligados a servicios de farmacia u oficinas de farmacia en función del tamaño, en los centros sociales para personas dependientes. Nunca antes se había regulado a nivel nacional la presencia de profesionales farmacéuticos en este nivel asistencial y todavía hoy no se ha desarrollado este real decreto en algunas de las comunidades. Es un momento importante para demostrar el valor añadido de esta medida con resultados en salud y eficiencia.

Bibliografía

1. Santos Ramos B, Otero López MJ, Galván Banqueri M, Alfaro Lara ER, Vega Coca MD, Nieto Martín MD, Ollero Baturone M. Modelos de atención al paciente pluripatológico y el papel de la farmacia hospitalaria. *Farm Hosp.* 2012;36(6):506-17.
2. Izquierdo M. Ejercicio Físico es Salud. Prevención y tratamiento de enfermedades mediante la prescripción de ejercicio físico. Disponible en: <http://www.bhfitness.com/comm-fitness/es/not/166/consigue-la-guia-ejercicio-fisico-es-salud-editada>
3. Contel JC, Muntané B, Camp L. La atención al paciente crónico en situación de complejidad: el reto de construir un escenario de atención integrada. *Aten Primaria.* 2012;44(2):107-13.
4. Patterson SM, Hughes C, Kerse N, Cardwell CR, Bradley MC. Interventions to improve the appropriate use of polypharmacy for older people. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, Issue 5. Art. No.: CD008165. DOI: 10.1002/14651858.CD008165.pub2.
5. Boletín INFAC. No hay medicamentos «para toda la vida». INFAC. 2013; 21(2): 10-17. Disponible en: http://www.osakidetza.euskadi.net/contenidos/informacion/cevime_infac/es_cevime/adjuntos/INFAC_Vol_21_N_2.pdf
6. Boletín INFAC. Desprescripción. INFAC 2012; 20(8): 46-52. Disponible en: http://www.osakidetza.euskadi.net/r85-pkfarm02/es/contenidos/informacion/cevime_infac/es_cevime/adjuntos/INFAC_vol_20_n_8.pdf
7. Plan Estratégico de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria sobre Atención Farmacéutica al Paciente Crónico. Ed por SEFH 07-2012. Disponible en: http://www.sefh.es/sefhpdfs/plan_estrategico_sefh_af_paciente_cronico2012.pdf
8. Department of Health. Improving Chronic Disease Management. 2004. (citado: 19-09-2011). Disponible en: http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_4075213.pdf
9. Lee JK, Snack MK, Martin J, Ehrman C, Chislom-Burns M. Geriatric Patient Care by U.S. Pharmacists in Healthcare Teams: Systematic Review and Meta-Analyses. *J Am Geriatr Soc.* 2013;61:1119-27.
10. Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2012/04/24/pdfs/BOE-A-2012-5403.pdf>