

Médico y farmacéutico, unidos en la atención al paciente crónico

SEFAC, SEMERGEN, SEMRYC Y SEMG PRESENTAN EL MODELO DE COORDINACIÓN ENTRE MÉDICOS Y FARMACÉUTICOS PARA LA ATENCIÓN AL PACIENTE CON ENFERMEDAD CRÓNICA, UN PROYECTO QUE PLANTEA LA MEJORA DE LA ATENCIÓN CONJUNTA DEL ENFERMO.



El trato a los pacientes con enfermedades crónicas se ha convertido en los últimos años en uno de los retos pendientes del Sistema Nacional de Salud. El 90% de las causas de mortalidad se deben a enfermedades de este tipo, lo que plantea un reto de los servicios sanitarios, que deben enfocarse en un cambio para lograr tratar de la mejor forma posible a este tipo de pacientes, algo que implica a toda la comunidad de profesionales de salud, cada vez más concienciados con el problema y con la necesidad de una colaboración médico-farmacéutica. Con el objetivo de poner solución y establecer un cambio de paradigma en el abordaje de la salud del paciente con enfermedad crónica se ha presentado el Modelo de coordinación entre médicos y farmacéuticos para la atención al paciente con enfermedad

crónica, un proyecto propuesto por SEFAC, SEMERGEN, semFYC y SEMG y que supone en primer documento consensuado por todas las sociedades médicas de atención primaria y farmacia comunitaria para establecer la coordinación entre los profesionales con el objetivo de mejorar la atención conjunta y con ello hacer más sostenible el Sistema Nacional de Salud.

La posibilidad de llevar a cabo un proyecto así, tal y como expone el documento coordinado por José Luis Miguel Ruiz Maldonado, Farmacéutico comunitario en Lorca y perteneciente a la Comisión de Cronicidad de SEFAC, viene marcada tanto por la buena valoración de los profesionales de la salud que tiene el paciente en España como por las infraestructuras y la fortaleza de las sociedades científicas.

Los aspectos clínicos

En la búsqueda del beneficio potencial del paciente y con el objetivo de hacer posible que pueda ser incorporado en las tareas diarias de los profesionales, el modelo establece dos niveles de actuación; un primero que corresponde a su llevada a cabo a nivel local e incluso de forma directa entre el centro de salud y la farmacia y un segundo nivel que lleva a ser aplicado y apoyado por la Administración. Para clasificarlo de un modo más eficaz, el modelo se divide en tres tipos de intervenciones: Iniciales (A), aquellas que no necesitan una fuerte confianza, complejas (B), destinadas a llevarse a cabo con un alto grado de confianza, y aquellas que se relacionan con la promoción de la salud. En el nivel de intervenciones iniciales (o tipo A) se encuentran aquellas tales como la educación sanitaria y el refuerzo de la información a los pacientes sobre determinadas patología crónicas y sus tratamientos o al control de la efectividad del tratamiento, debido a que la efectividad supone un problema tanto a profesionales como a administraciones y por ello es necesario informar al paciente de los controles a los que debe someterse tanto en la farmacia como en el centro de salud. En este nivel también se establecen el control de la seguridad del tratamiento en cuanto a las interacciones y efectos adversos, el control de la seguridad del paciente a fin de evitar duplicidades y otros errores de medicación y la búsqueda de la mejora de la adherencia de los pacientes a sus tratamientos, algo que, tal y como expone el documento, *“es uno de los principales objetivos de este modelo de coordinación”* y que pide el establecimiento de herramientas utilizables tanto por el médico de familia como por el farmacéutico comunitario en el protocolo. En cuanto a las intervenciones que necesitan un alto grado de confianza con el paciente (o tipo B), el Modelo de coordinación establece aquellas que van destinadas a la información sobre la evolución del estado de salud y en las que el paciente es el que decide *“dónde quiere recibir información sobre su estado de salud”* o *“la evolución de su tratamiento”*, algo que debe estar consensuado a su vez entre el médico y el farmacéutico. También se establece la deprescripción como una intervención que necesita mayor nivel de confianza ya que, con pacientes polimedcados y/o complejos, debe llevarse a cabo una *“revisión de la medicación teniendo en cuenta el valor potencial y el riesgo en función de su situación clínica”*.

El modelo de colaboración entre el médico de atención primaria y el farmacéutico también destaca la prevención y promoción de la salud (o tipo C), ya que el farmacéutico comunitario, en coordinación con el médico, *“puede jugar un papel esencial por la accesibilidad, cercanía y confianza que los ciudadanos depositan en ellos a diario”*. El documento pone énfasis en que las colaboraciones en acciones concretas deben *“analizarse detenidamente para que puedan ser aplicables a medio largo plazo sin perjuicio de la labor de otros profesionales”*.

La necesidad de una relación de confianza

Todo el modelo propuesto por SEFAC, SEMERGEN, semFYC y SEMG no podría llevarse a cabo de no ser por el médico y el farmacéutico y de la relación de confianza entre ambos depende que funcione. Por

ello, el documento propone que debe darse un enfoque en el que se inicien y mantengan las relaciones entre dichos profesionales ya que *“la escasa relación profesional médico-farmacéutico es algo generalizado”*. *“El desarrollo de la confianza pasa primero por el conocimiento y respeto mutuo de las aptitudes y los roles profesionales”*, afirma. Para ello es necesario que se trabaje en el contacto entre ambos profesionales comenzando desde un contacto inicial por vía telefónica o electrónica hasta el establecimiento de reuniones. El modelo indica que una vez confirmado que el modelo es viable, *“debe ser presentado al Ministerio de Sanidad en primer lugar y a continuación a las consejerías de Sanidad y colegios profesionales”* con el objetivo de proponer una línea de trabajo. Una vez establecida la conexión entre médico y farmacéutico y con el objetivo de alcanzar el grado de confianza necesario para mejorar el sistema y trato a los pacientes crónicos, el modelo propone medidas como la creación de una comisión de seguimiento formada por profesionales que busquen mejoras periódicas y actúen de intermediarios, facilitar líneas de comunicación rápidas y directas, conocer el trabajo mutuo y, en definitiva, crear un protocolo de actuación que se mantenga en el tiempo y que permita un nivel de confianza clave para llevar a cabo el modelo. A nivel de la Administración, el modelo enfatiza la necesidad de crear canales de comunicación online, reconocer el mérito de los profesionales e impulsarlo o exponer los beneficios de esta relación en el ámbito universitario.

La elaboración de los protocolos

Consciente de la disparidad de entornos médico-farmacéuticos que existen en España y con el objetivo de una mayor implicación de los profesionales, el modelo de coordinación propone la creación de una propuesta básica de partida, conocida como ‘esqueletos de los protocolos’ que sea adaptable al entorno en el que se encuentran, que permita su evolución con mejoras propuestas por los profesionales y en la que se debe buscar la colaboración de las sociedades científicas para su implantación. En los protocolos, tal y como se indica, deben quedar definidos aspectos como los objetivos a cumplir, el rol y las tareas que cada profesional debe tener, las herramientas necesarias para cumplir su trabajo, la información del paciente que debe tener cada profesional (atendiendo a la ley de protección de datos) y definir también otros aspectos como la participación y las responsabilidades del paciente. A la hora de su funcionamiento y en cuanto al flujo de trabajo, el documento presentado expone que habrá un registro de pacientes en la oficina de farmacia y que la inclusión de uno nuevo debe hacerse con su consentimiento y garantizando su confidencialidad en cuanto a sus datos. Así mismo propone la estandarización de dos tipos de visita, una de inicio en la que, en la primera visita a la oficina de farmacia, se incluirá la información al paciente sobre su nuevo tratamiento y el modelo de seguimiento. El segundo tipo de visita, en el que se incluyen el resto, establecen centrarse *“en el control de la adherencia, la efectividad y la seguridad”*, llevadas a cabo con un formulario a rellenar por el paciente con el objetivo de aplicar correctamente el protocolo establecido. +

