

## EDITORIAL

Artículo bilingüe inglés/español

### **Abordando la complejidad. Atención farmacéutica al paciente crónico complejo**

### **Tackle the complexity. Pharmaceutical care to the chronic complex patient**

Juan Francisco Peris Martí, Elia María Fernández Villalba

Servicio de Farmacia, RPMD La Cañada, Valencia. España.

## **Autor para correspondencia**

Juan F. Peris Martí. Servicio de Farmacia, RPMD La Cañada, Valencia. C/561 s/n. 46182 Paterna, Valencia.

Correo electrónico:  
peris\_jua@gva.es

DOI: 10.7399/fh.11078

La complejidad aparece cuando estamos cerca del paciente, en la toma de decisiones que afectan a su cuidado. Decidir la intensidad terapéutica adecuada, priorizar los problemas de salud, tratar o no tratar, atender sus voluntades y la de sus familiares. Todo esto dentro de un ámbito sobre el que no abundan las certezas pues éstas, derivadas de los ensayos clínicos, se circunscriben a un paciente más sencillo. En esta realidad, el profesional sanitario precisa herramientas que faciliten la toma de decisiones en el cuidado del paciente crónico complejo<sup>1</sup> y es, en este contexto, en el que se sitúa el índice de fragilidad.

Desde la farmacia podemos tomar partido junto al resto de profesionales o no hacerlo, podemos priorizar aspectos técnicos por delante del seguimiento del paciente o de la participación en el establecimiento de su plan de cuidados. Algunas experiencias en el ámbito sociosanitario y en el hospitalario van en este camino. La atención centrada en la persona, como nuevo paradigma de la atención, es algo que tenemos cada vez mejor asimilado y sobre el que trabajamos<sup>2,3</sup>. No son solo palabras o un dibujo en la diapositiva para seguir haciendo lo mismo. Exige un cambio cultural, estructural y de organización del propio servicio de farmacia: no se trata de integrar al paciente en el proceso clásico de prescripción-validación-dispensación-seguimiento, porque éste, en realidad, es el proceso del medicamento, sino de integrar la farmacia en un proceso mucho más amplio y complejo de valoración integral-plan de cuidados individualizado-seguimiento. Es decir, pasar de un proceso centrado en el medicamento a participar en uno centrado en la persona como verdadero eje sobre el que gire nuestro trabajo. Y por otra razón más sencilla y que quizá se entienda mejor, si centramos el modelo en el proceso clásico (validación) solo participamos de la decisión de tratar, pero no de la de no tratar y, al menos en el caso del paciente crónico o frágil, tan importante es una decisión como la otra.

En este sentido, en el anterior número de esta revista se publicó un artículo que abordaba la mejora de la adherencia farmacoterapéutica partiendo de la valoración centrada en la persona<sup>2</sup>, y en el presente número se publica uno sobre la utilización del índice de fragilidad como herramienta para facilitar un diagnóstico de situación en el ámbito sociosanitario. Son dos muestras sencillas que ponen de manifiesto que la farmacia hospitalaria puede participar de lleno, junto al resto de profesionales, en el cuidado integral de la persona atendida y contribuir a diseñar un plan terapéutico más acorde a sus necesidades.

Las experiencias en este sentido son muy limitadas y la presión para centrar la gestión en el medicamento, aunque disfrazada en ocasiones, es muy evidente. El ámbito hospitalario tiene que hacer un esfuerzo importante para adaptarse a la fragilidad de estas personas, y el servicio de farmacia no es una excepción. El ámbito sociosanitario tiene muy clara esta línea asistencial y los servicios de farmacia están obligados a seguirla si quieren formar parte de los equipos interdisciplinarios.

Estamos en un momento clave para el desarrollo de la atención farmacéutica especializada en el ámbito de los centros sociosanitarios. Los modelos a implantar deben empezar a dibujarse desde el nivel de atención micro (entorno del paciente) que es el que, de verdad, puede mejorar el cuidado y ser capaz de proporcionar resultados en salud. A partir de ahí se pueden seguir trazando líneas hasta llegar al medicamento y su dispensación, evitando aquellas barreras que dificulten la experiencia de la atención y la capacidad del farmacéutico especialista para dar equilibrio, o servir de puente, entre la calidad farmacoterapéutica y la eficiencia del sistema. Recordando el triple objetivo planteado por Berwick<sup>4</sup>: mejorar la experiencia de la atención, mejorar la salud, disminuir los costes. Y en ese orden.



## Bibliografía

1. Amblàs J, Espauella J, Blay C, Malist N, Lucchetti GE, Anglada A, *et al.* Tópicos y reflexiones sobre la reducción de ingresos hospitalarios: de la evidencia a la práctica. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2013;48(6):290-6. DOI: 10.1016/j.regg.2013.05.001. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2013.05.001>
2. Peris-Martí JF, Fernández-Villalba E, Bravo-José P, Sáez-Lleó C, García-Mina Freire M. Reflexión sobre la prestación farmacéutica en centros sociosanitarios. Entendiendo la realidad para cubrir las necesidades. *Farm Hosp.* 2016;40(4):302-15. DOI: 10.7399/fh.201640.4.10430. <http://www.aulamedica.es/fh/pdf/10430.pdf>
3. González-Bueno J, Calvo-Cidoncha E, Savilla-Sánchez D, Malist-Brunel N, Espauella-Panicot J, Codina-Jané-C. Modelo de Prescripción Centrado en la Persona para mejorar la adherencia terapéutica en pacientes con multimorbilidad. *Farm Hosp.* 2018;42(3):128-34 DOI: 10.7399/fh.10961. [https://www.sefh.es/fh/170\\_08especial0110961esp.pdf](https://www.sefh.es/fh/170_08especial0110961esp.pdf)
4. Berwick DM, Nolan TW, Whittington J. The triple Aim: Care, Health and Cost. *Health Affairs.* 2008; 27(3):759-69. DOI: 10.1377/hlthaff.27.3.759