

Resumen de la conferencia: La medicina de familia y las estrategias de abordaje de la cronicidad desde la evidencia científica.

*Domingo Orozco Beltrán**

La medicina de familia es una de las 40 especialidades médicas existentes en nuestro país, a la que se accede a través del sistema de formación especializada del Sistema Nacional de Salud. Supone el mayor colectivo de residentes pues representa el 27% del total de plazas convocadas. Fue creada hace casi 40 años, en 1978 en paralelo al desarrollo de la atención primaria en España. España tiene una atención primaria muy desarrollada entre las mejores del mundo. Actualmente el 75% de las facultades de Medicina españolas incluyen la MdF como asignatura en los planes de grado. El médico de familia del futuro según el Royal College of General Practitioners, debe prestar atención a un amplio abanico de problemas de salud por ser el primer punto de atención, centrada en la persona y no en la enfermedad, primando la actuación preventiva e integral, coordinada con otras especialidades y siendo coste efectivo.

La esperanza de vida en España es de 83,4 años (2015) una de las más altas del mundo. La proporción de personas mayores de 65 años pasará del 16% actual al 34% en el año 2050. Ello supone un aumento de las enfermedades crónicas, que ya en estos momentos afectan al 50% de la población española y suponen el 80% del gasto sanitario, el 80% de las consultas en Atención Primaria y el 60% de los ingresos hospitalarios. Son necesarias nuevas estrategias para el abordaje de la cronicidad. El Ministerio de Sanidad y las diferentes Comunidades autónomas han puesto en marcha nuevas estrategias. A nivel internacional uno de los modelos de referencia más extendidos es el modelo Kaiser Permanente propone estratificar el riesgo del paciente y organizar los recursos y la atención en base a ese riesgo. En la Comunidad Valenciana ya está disponible esta información a través de la historia clínica electrónica y permite identificar los pacientes de mayor riesgo. Los pacientes de alto riesgo suponen entorno al 6% pero condicionan el 33% del gasto sanitario. Otro de los modelos muy conocido en el mundo, es el Chronic Care Model que propone potenciar la corresponsabilidad entre paciente y profesionales sanitarios y la toma de decisiones compartidas. El paciente crónico pasa a ser un decisor razonado que debe recibir información y motivación para asegurar una buena adherencia al tratamiento que es fundamentalmente preventivo y no curativo.

Nuevas evidencias avalan el uso de la consulta grupal como forma de motivación al paciente, o el uso de telemedicina en la reducción de ingresos hospitalarios y morbilidad especialmente en pacientes con insuficiencia cardiaca, o como la atención centrada en la persona, las tomas de decisiones compartidas llevan a una mayor adherencia terapéutica y mejores controles. En la Comunidad Valenciana se están realizando estudios como Escarval (Estudio Cardiometabólico Valenciano) que ha permitido identificar nuevos factores de riesgo cardiovascular mediante el uso de la historia clínica electrónica con base poblacional que permiten identificar mejor el riesgo del evento cardiovascular y por tanto su prevención o el estudio Valcronic que ha permitido conocer los beneficios de la telemedicina en términos de reducción de ingresos hospitalarios y mejoría del control en pacientes crónicos con insuficiencia cardiaca, diabetes, hipertensión o EPOC.