



NÚMERO

16

FEBRERO  
2017

# CRONI.net



Boletín con las actualizaciones en la [web de crónicos](#) de la Comunidad de Madrid

Estimados compañeros,

Me es muy grato poderos informar que ya hemos puesto en marcha la implantación del Proceso asistencial integrado del paciente crónico complejo en toda la Comunidad de Madrid que esperamos que esté finalizado en el primer semestre de este año.

En este boletín os informamos de los avances que se están realizando en un proyecto que, consideramos, va a significar un cambio en la forma de atender a los pacientes crónicos más frágiles.

La píldora bibliográfica de este número aborda una de las características de estos pacientes, la multimorbilidad.

**Carmen García Cubero**

*Jefa del Área de Cronicidad.*

*Subdirección General de Continuidad Asistencial.*

## NOVEDADES EN LAS SECCIONES

### **JORNADAS Y CONGRESOS**

[IX Congreso Nacional de Atención Sanitaria al Paciente Crónico](#). Oviedo. Del 2 al 4 de marzo de 2017. Palacio de Congresos y Exposiciones Ciudad de Oviedo.

## SEGUIMOS AVANZANDO EN EL DESPLIEGUE DE LA ESTRATEGIA...

## **El proceso asistencial integrado del paciente crónico complejo (PAIPCC) estará implantado en toda la Comunidad de Madrid en el primer semestre de 2017.**

Finalizada la implantación inicial prevista para tres hospitales (Infanta Cristina, La Princesa y Rey Juan Carlos) y 8 centros de salud (Isabel II, Las Américas, Baviera, Santa Hortensia, Ciudad Jardín, San Martín de Valdeiglesias, Navas del Rey y Barcelona), se ha iniciado el despliegue en toda la Comunidad de Madrid.

Con más de 4800 pacientes a los que se les ha asignado un nivel de intervención, el aprendizaje obtenido en esta primera etapa, gracias a la extraordinaria implicación de sus profesionales, ha permitido planificar la implantación para todos los hospitales y centros de salud de la Comunidad de Madrid a lo largo del primer semestre de 2017.

Esta planificación está coordinada por la Subdirección General de Continuidad Asistencial con la Subdirección General de Farmacia y Productos Sanitarios, la Gerencia Asistencial de Atención Primaria, la Gerencia Asistencial de Atención Hospitalaria, la Gerencia de Cuidados y la Gerencia SUMMA 112.

La implantación se organiza en torno a cada hospital con sus centros de salud de forma que se establezcan los circuitos de comunicación específicos que les permita prestar la mejor atención posible a sus pacientes crónicos complejos.

Hasta la fecha se ha comenzado a trabajar con los hospitales (y sus centros de salud) Puerta de Hierro, General de Villalba, Infanta Sofía, Infanta Elena, Torrejón, Fundación de Alcorcón, Doce de Octubre, Fuenlabrada, Fundación Jiménez Díaz, Henares y Tajo.

## **Proceso asistencial integrado del paciente crónico complejo (PAIPCC). El paciente ¿Se va a beneficiar de...?**

La inclusión de un paciente en el PAIPCC comienza con la asignación del nivel de intervención alto (NIA) por parte de su médico y enfermera de atención primaria, a través de una nueva funcionalidad en la historia clínica AP Madrid que será visible a partir del mes de abril y que permitirá su visualización en el visor Horus.

Al hacerlo se ponen en marcha circuitos específicos entre todos los profesionales de los diferentes ámbitos asistenciales que participan en el proceso de estos pacientes y se inicia su plan asistencial individualizado y basado en el enfoque proactivo.

En primer lugar, hay que empezar diciendo que el despliegue del PAIPCC en toda la Comunidad de Madrid incluye la formación de los profesionales (médicos, enfermeras, farmacéuticos y trabajadores sociales) tanto de atención primaria como hospitalaria. Es imprescindible conocer lo que representa este proceso asistencial integrado, un modelo de atención centrado en el paciente que aborda las actuaciones que hay que llevar a cabo cuando el paciente se encuentra estable en su lugar de residencia habitual, cuando se descompensa, cuando ingresa en un hospital y, posteriormente, cuando se le da el alta.

En segundo lugar, hay que indicar que la asignación de un NIA no es un diagnóstico clínico, señala la incorporación de un paciente a un proceso asistencial integrado.

Con este enfoque y con el conocimiento global que el que médico y enfermera tienen de su paciente (situación clínica, funcionalidad, condicionantes sociales, red de apoyo, capacidad de cuidados, etc.), el criterio clave para asignar el NIA es plantearse si el enfoque proactivo orientado a la detección temprana de una descompensación, la coordinación entre ámbitos asistenciales... van a mejorar la evolución del paciente. Es decir, “¿se va a beneficiar de su inclusión en el PAIPCC?”. Si la respuesta es positiva, acabamos de establecer el criterio de inclusión.

### **La concordancia entre el nivel de riesgo alto (NRA) y el nivel de intervención alto (NIA) es inferior al esperado.**

Desde el año 2015 la Comunidad de Madrid tiene estratificada a su población en niveles de riesgo. Así, sabemos que en la Comunidad de Madrid hay 2.825.231 personas con una patología crónica de bajo riesgo (NRB), en las que el modelo de atención se orienta a mejorar su capacidad de autocuidado; 529.633 personas con patologías crónicas de riesgo medio (NRM) que requerirán una gestión de su enfermedad; y 176.569 pacientes crónicos de riesgo alto (NRA) que pueden llegar a ser de alta complejidad y cuya gestión individualizada puede requerir del mayor grado de coordinación para proporcionar la mejor atención y continuidad asistencial posibles.

Como hemos comentado más arriba, a partir del mes de abril será posible asignar el nivel de intervención de forma individualizada para cada paciente, lo que pondrá en marcha diferentes intervenciones según se clasifique como promoción de la salud, nivel de intervención bajo (NIB), nivel de intervención medio (NIM) o nivel de intervención alto (NIA).

Hasta hace poco, la concordancia estimada de la relación entre el NRA establecido por el estratificador y el NIA asignado por los profesionales que conocen al paciente se establecía en un 49%. Es decir, aproximadamente la mitad de los pacientes clasificados como de NRA necesitarían poner en marcha las intervenciones ligadas a su clasificación como NIA.

Esta estimación procedía de un estudio llevado a cabo en 2015, previo a la primera estratificación en Madrid. Pero actualmente, con el despliegue del PAIPCC y la identificación de más de 4800 pacientes con algún nivel de intervención, la concordancia está siendo inferior al 49% previsto. Estamos en los comienzos del proceso y habrá que ver cómo se comporta la asignación del NIA cuando todos los centros de la Comunidad de Madrid estén incluyendo pacientes al PAIPCC.

## PÍLDORA BIBLIOGRÁFICA

### ***EL ENFOQUE DE LA MULTIMORBILIDAD EN LA ATENCIÓN A LOS PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS***

La multimorbilidad es un concepto enmarcado en el ámbito de la epidemiología que de forma general, hace referencia a la coexistencia en un mismo paciente de 2 o más procesos o condicionantes crónicos de salud<sup>1</sup>. En los últimos años numerosos estudios han establecido su clara asociación con disminución de la calidad de vida, polifarmacia, incremento de la utilización de recursos asistenciales (incluyendo ingresos hospitalarios y vistas a urgencias) y disminución de la funcionalidad tanto mayor cuanto mayor es el número de procesos crónicos coexistentes. El deterioro funcional entendido como pérdida de la autonomía y la capacidad para la realización de las actividades de la vida diaria, a su vez es un factor predictor de aumento de estancias hospitalarias, reingresos y mortalidad<sup>2</sup>.

Si bien la multimorbilidad está presente en todos los grupos de edad, su prevalencia es muy variable entre ellos incrementándose exponencialmente con la edad. Una revisión sistemática que incluye 41 artículos muestra una prevalencia variable en los estudios entre un 20-30% considerando población general, pero cuando se considera sólo población anciana la prevalencia observada oscila en los estudios entre el 55 y el 98%<sup>3</sup>.

Además de incrementar su prevalencia con la edad hasta afectar a la gran mayoría de los ancianos, diferentes estudios demuestran la asociación de la multimorbilidad con el bajo nivel

de recursos económicos, que determina mayor frecuencia y aparición más precoz de multimorbilidad en grupos de población con menores ingresos<sup>4, 5</sup>.

A nivel mundial y en todas las edades, la prevalencia de la multimorbilidad va en aumento, en probable relación con las transiciones demográfica y epidemiológica y el avance científico-técnico de los sistemas de salud que han permitido la disminución de la mortalidad y una sensible prolongación de la esperanza de vida. Ello supone un inmenso reto para la planificación y gestión en los sistemas sanitarios pero también para la práctica diaria de los profesionales asistenciales en todos los ámbitos y de forma muy especial en atención primaria, eje central de la atención a los pacientes con enfermedades crónicas en la comunidad<sup>6</sup>. Una revisión sistemática que incluyó el estudio sobre la experiencia de 275 médicos de atención primaria en 7 países diferentes identifica su percepción de aislamiento en el momento de la toma de decisiones para el manejo de los pacientes con multimorbilidad e identifica cuatro áreas específicas de dificultad: la fragmentación en los sistemas sanitarios, el reto de prestar una atención realmente centrada en el paciente, los obstáculos para la toma de decisiones compartidas y la falta de recomendaciones basadas en la evidencia que más allá de orientarse al manejo de enfermedades aisladas, aborden los aspectos específicos de la multimorbilidad<sup>7</sup>.

En este sentido, parece una realidad que hasta ahora, las guías de práctica clínica (GPC) se han centrado en la formulación de recomendaciones para el manejo de enfermedades aisladas sin contemplar las comorbilidades, probablemente porque las GPC aspiran a recoger la mejor evidencia disponible y precisamente los pacientes con más comorbilidad y mayor edad son frecuentemente excluidos de los ensayos clínicos<sup>8</sup>. Esto determina que en ocasiones sobre un mismo paciente con multimorbilidad las recomendaciones de las GPC para cada una de sus patologías puedan ser de muy difícil manejo y hasta contradictorias entre sí.

La necesidad de responder a estos desafíos ha impulsado en los últimos años la investigación sobre la multimorbilidad, y aunque todavía de forma incipiente, diferentes estudios han puesto el foco en la identificación de patrones de correlación en las patologías presentes en la población, patrones de multimorbilidad, lo que puede ser un prometedor camino para llegar a diseñar sistemas de ayuda a la decisión y recomendaciones basadas en la evidencia que de forma efectiva contemplen este enfoque<sup>9, 10, 11</sup>.

Por otra parte, desde los profesionales, las sociedades científicas, agencias y organizaciones sanitarias y en general grupos elaboradores de guías se manifiesta la urgente necesidad de

buscar propuestas organizativas para los sistemas sanitarios que se orienten a centrar la atención en el paciente de una forma efectiva y propuestas metodológicas para incorporar el enfoque de la multimorbilidad en las recomendaciones de las GPC como herramienta fundamental de ayuda a la toma de decisiones.

En este sentido, tenemos en la literatura reciente una serie de iniciativas prometedoras orientadas a responder desde los sistemas de salud a las necesidades de las personas con dos o más condicionantes crónicos de salud, sustentándose en la mejor evidencia disponible:

- El British Medical Journal ha publicado una revisión sistemática en la que identifica una serie de retos planteados para la gestión de la patología crónica en la multimorbilidad y aporta propuestas para superarlos factibles en su implementación y basadas en la evidencia<sup>12</sup>.
- En su actualización 2016, GuiaSalud ha incorporado al Manual metodológico para la elaboración de guías de práctica clínica del Sistema Nacional de Salud<sup>13</sup> un apartado específico para el abordaje en las GPC de la comorbilidad y pluripatología. Esta novedosa propuesta, puesto que se cuenta con pocas experiencias previas y pocos referentes metodológicos, intenta dar respuesta al desafío de incorporar la perspectiva de la comorbilidad en la elaboración de las recomendaciones basadas en la evidencia.
- Como un hito importante, a finales de 2016 el National Institute for Health and Care Excellence (NICE) ha publicado su guía “Multimorbidity: clinical assessment and management”<sup>14</sup>, que específicamente se dirige a formular recomendaciones para el manejo de los pacientes con multimorbilidad. La guía define qué pacientes se van a beneficiar con mayor probabilidad de este enfoque, cómo identificarlos y evaluar su fragilidad en cada ámbito asistencial y los aspectos fundamentales que deben incorporarse en sus cuidados. Orienta el modelo de atención a la toma de decisiones compartidas basadas en las necesidades de las personas, en sus preferencias y prioridades consensuando un plan asistencial individualizado, que personalice los objetivos de acuerdo a su estilo de vida, valores, expectativas y repercusión en calidad de vida. En esta atención orientada al manejo de la multimorbilidad, se evalúa conjuntamente con el paciente tanto la carga que supone la enfermedad como el impacto que el tratamiento tiene en su vida diaria y se pone en valor su participación

para establecer los objetivos de acuerdo a sus preferencias, incluyendo el mantenimiento de su independencia y el grado de implicación de sus familiares y cuidadores. Las recomendaciones se dirigen al diseño de un plan de seguimiento personalizado, acordado con el paciente y compartido con los diferentes agentes implicados en sus cuidados. En el aspecto terapéutico se hacen recomendaciones para el manejo farmacológico, generalmente complejo en pacientes con multimorbilidad, evaluando riesgos y beneficios esperados e incorporando la experiencia del paciente para la decisión terapéutica. La guía sustenta sus recomendaciones aportando una exhaustiva revisión de la evidencia científica sobre la efectividad clínica y coste-efectividad de una gran cantidad de intervenciones y experiencias de atención a pacientes con multimorbilidad y evaluando la calidad de la evidencia mediante metodología GRADE.

### **Lectura recomendada:**

National Institute for Health and Care Excellence. (2015). Multimorbidity clinical assessment and management: NICE in development (GID-CGWAVE0704).

<https://www.nice.org.uk/guidance/ng56>

### **Bibliografía recomendada**

1. World Health Organization. The Challenges of a changing world. The World Health Report 2008 - Primary Health Care (Now More Than Ever). (2008) pp. 21
2. Ryan, A., Wallace, E., O'Hara, P., & Smith, S. M. (2015). Multimorbidity and functional decline in community-dwelling adults: a systematic review. *Health and quality of life outcomes*, 13(1), 168.
3. Marengoni A, Angleman S, Melis R, Mangialasche F, Karp A, Garmen A, et al. Aging with multimorbidity: a systematic review of the literature. *Ageing Res Rev* 2011; 10: 430-9.
4. Barnett K, Mercer SW, Norbury M, Watt G, Wyke S, Guthrie B. Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. *Lancet* [Internet]. 2012 Jul; 380(9836):37-43.
5. Orueta JF, Nuño-Solinís R, García-Álvarez A, Alonso-Morán E. Prevalence of multimorbidity according to the deprivation level among the elderly in the Basque Country. *BMC Public Health* [Internet]. 2013 Oct; 13:918.
6. Prados-Torres, D., del Cura-González, I., & Prados-Torres, A. (2017). Hacia un modelo de atención a la multimorbilidad en atención primaria. *Atención Primaria*.
7. Sinnott C, Mc Hugh S, Browne J, Bradley C. GPs' perspectives on the management of patients with multimorbidity: systematic review and synthesis of qualitative research. *BMJ Open* 2013; 3:e003610.
8. Bernabeu-Wittel M, Alonso-Coello P, Rico-Blázquez M, Rotaeche del Campo R, Sánchez Gómez S, Casariego Vales E. Desarrollo de guías de práctica clínica en pacientes con comorbilidad y pluripatología. *Aten primaria* [Internet]. 2014 Ago - Sep; 46(7):385-392.
9. Bobo, W. V., Yawn, B. P., Sauver, J. L. S., Grossardt, B. R., Boyd, C. M., & Rocca, W. A. (2016). Prevalence of Combined Somatic and Mental Health Multimorbidity: Patterns by Age, Sex, and Race/Ethnicity. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 71(11), 1483-1491.

10. Prados-Torres A, Poblador-Plou B, Calderón-Larrañaga A, Gimeno-Feliu LA, González-Rubio F, Poncel-Falcó A, et al. (2012) Multimorbidity Patterns in Primary Care: Interactions among Chronic Diseases Using Factor Analysis. PLoS ONE 7(2): e32190. doi:10.1371/journal.pone.0032190.
11. Violán, C., Foguet-Boreu, Q., Roso-Llorach, A., Rodríguez-Blanco, T., Pons-Vigués, M., Pujol-Ribera, E., & Valderas, J. M. (2016). Patrones de multimorbilidad en adultos jóvenes en Cataluña: un análisis de clústeres. *Atención Primaria*, 48(7), 479-492.
12. Wallace, E., Salisbury, C., Guthrie, B., Lewis, C., Fahey, T., & Smith, S. M. (2015). Managing patients with multimorbidity in primary care. *bmj*, 350, h176.
13. [http://portal.guiasalud.es/emanuales/elaboracion\\_2/](http://portal.guiasalud.es/emanuales/elaboracion_2/)
14. National Institute for Health and Care Excellence. (2015). Multimorbidity clinical assessment and management: NICE in development (GID-CGWAVE0704). <https://www.nice.org.uk/guidance/ng56>

**Comité editorial:**

**Responsable del comité editorial:** *Carmen García Cubero*. Jefa del Área de Cronicidad. Subdirección General de Continuidad Asistencial.

**Responsable operativo:** *David Rodríguez Morales*. Médico adjunto al Área de cronicidad. Subdirección General de Continuidad Asistencial.

**Editores:**

*Amparo Mira Roldán*. Responsable de la oficina web de la Consejería de Sanidad.

*Carmen Jiménez Gómez*. Enfermera adjunta al Área de cronicidad. Subdirección General de Continuidad Asistencial.

*Ignacio García Merino*. Jefe de la Unidad de Coordinación Informativa. Oficina Web. Servicio Madrileño de Salud.

*Jordi Giralt Rabentós*. Dirección General de Coordinación de la Asistencia Sanitaria.

*José Enrique Villares Rodríguez*. Director asistencial médico DA Sur. Gerencia Asistencial de Atención Primaria.

*Juan Carlos Ansedo Cascudo*. Técnico de la Gerencia Adjunta de Ordenación Asistencial e Innovación Organizativa. Gerencia Asistencial de Atención Hospitalaria.

*Luis Rubio Toledano*. Subdirección General de Farmacia y Productos Sanitarios.

*M<sup>a</sup> Dolores Arranz Alonso*. Dirección General de Planificación, Investigación y Formación.

*Miguel Ángel Salinero Fort*. Dirección General de Planificación, Investigación y Formación.

*Olga Monedo Pérez*. Médico adjunto al Área de cronicidad. Subdirección General de Continuidad Asistencial.

*Pilar Rivera Moreno-Chocano*. Subdirección General de Información y Atención al Paciente.

*Ramón Aguirre Martín-Gil*. Jefe de Servicio de Promoción de la Salud. Dirección General de Salud Pública.

*Ricardo Rodríguez Barrientos*. Gerencia Asistencial de Atención Primaria.

*Susana Martín Iglesias*. Responsable de centro enfermera de la Dirección Asistencial Sur. Gerencia Asistencial de Atención Primaria.

*Yolanda Llamas Nistal*. Unidad web. Dirección General de Sistemas de Información Sanitaria.

