

CRONI.net

Boletín nº23. Septiembre 2018





CRONI.net



Boletín nº 23. Septiembre 2018

Estimados compañeros,

En nuestra Comunidad continuamos avanzando hacia un nuevo modelo asistencial que aporte valor a la atención que prestamos a nuestros ciudadanos. Un modelo que se orienta a conseguir una atención integrada, basada en una mayor comunicación, coordinación y relación entre los profesionales, centrando en todo momento sus actuaciones en las necesidades, expectativas y experiencias de la persona y buscando la mayor calidad en todas sus dimensiones.

En este nuevo número queremos haceros partícipes de los avances en esta tarea con la fase final de revisión del tercer proceso asistencial integrado que se va a implantar en nuestra Comunidad: el Proceso Asistencial Integrado del Paciente con Insuficiencia Cardíaca Crónica (PAI ICC).

También os invitamos a reflexionar acerca de un cambio de paradigma en el manejo del dolor lumbar, apostando por un enfoque de salud positiva orientado hacia una prevención integral de la salud musculoesquelética, evitando el uso de prácticas de limitada efectividad y eficiencia y apostando por una atención de alto valor.

Por último, os animo a compartir con nosotros el **III Encuentro en Continuidad Asistencial**, que tendrá lugar el próximo 4 de Octubre.

Nuria Fernández de Cano Martín

Subdirectora General de Continuidad Asistencial.



CRONI.net



NOVEDADES EN LAS SECCIONES

JORNADAS Y CONGRESOS

III ENCUENTRO EN CONTINUIDAD ASISTENCIAL. Madrid, 4 de Octubre 2018. Hospital Universitario Gregorio Marañón.

XXXVI CONGRESO SECA. Burgos, 17, 18, 19, Octubre 2018.

II FORO DE CRONICIDAD SEGG-SEMG. Sevilla, 26 y 27 Octubre 2018.

XIX CONFERENCIA INTERNACIONAL SOBRE ATENCIÓN INTEGRADA. San Sebastián 1, 2, 3 Abril 2019.

SEGUIMOS AVANZANDO EN EL DESPLIEGUE DE LA ESTRATEGIA...

SE ULTIMAN LOS DETALLES PARA LA FINALIZACIÓN DEL PROCESO ASISTENCIAL INTEGRADO DEL PACIENTE CON INSUFICIENCIA CARDIACA CRÓNICA

La elaboración del proceso asistencial integrado de atención al paciente con insuficiencia cardiaca crónica (PAI ICC) se encuentra en la fase final de revisión.

El PAI ICC se enmarca en la Estrategia de atención a pacientes con enfermedades crónicas en la Comunidad de Madrid cuya línea 4 de ejecución desarrolla rutas y procesos asistenciales integrados, siendo la insuficiencia cardiaca el tercer proceso abordado tras el del paciente crónico complejo (PAI PCC) y el de atención a las personas con EPOC (PAI EPOC). Al igual que este último, el PAI ICC se basa en una exhaustiva revisión de la evidencia científica disponible y en el consenso entre los diferentes profesionales relacionados con la atención a la insuficiencia cardiaca crónica para adaptar las intervenciones a las necesidades individualizadas de las personas y sus cuidadores.

De forma simultánea, se está trabajando en el proyecto de educación estructurada para personas con insuficiencia cardiaca crónica y sus cuidadores.

PÍLDORA BIBLIOGRÁFICA

DOLOR LUMBAR: NUEVAS PERSPECTIVAS

Juan Carlos Ansede Cascudo. Gerencia Adjunta de Ordenación Asistencial e Innovación Organizativa. DG de la coordinación de la Asistencia Sanitaria. Comunidad de Madrid.

Silvia Herrero Hernández. Farmacéutica de Atención Primaria. Subdirección General de Farmacia y Productos Sanitarios. DG de la coordinación de la Asistencia Sanitaria. Comunidad de Madrid.

La estrategia de atención a pacientes con enfermedades crónicas en la Comunidad de Madrid tiene como objetivo general disminuir la prevalencia de las condiciones de salud y limitaciones en la actividad de carácter crónico, reducir la mortalidad prematura de las personas que ya presentan alguna de estas condiciones, prevenir el deterioro de la capacidad funcional y las complicaciones asociadas a cada proceso y mejorar su calidad de vida y la de las personas cuidadoras.

La atención a la cronicidad debe producirse en un contexto en el que los pacientes suficientemente informados tengan un papel activo y sean los auténticos protagonistas de su enfermedad dentro de un modelo asistencial orientado a ellos de forma proactiva.

En la Estrategia de atención a pacientes con enfermedades crónicas en la Comunidad de Madrid se plantea dar cabida a todas las patologías crónicas. En la matriz de priorización de patologías, la ciática/lumbalgia quedó clasificada en el puesto número 13, lo cual no es desdeñable.

Si nos fijamos en los datos de la Encuesta Regional de Salud de la Comunidad de Madrid 2007, las principales causas de morbilidad percibida por enfermedades o problemas de salud crónicos eran, en la población mayor de 16 años, la hipertensión con un 13,9%, la artrosis, la artritis y los reumatismos con un 13,8% y la alergia con un 12,8%. Los siguientes problemas más observados fueron la ciática, el lumbago y los dolores de espalda con un 11,1% y la hipercolesterolemia con un 10,7%.

En los hombres, las principales causas de morbilidad percibida por patologías crónicas son la hipertensión (12,5%), la alergia (11,2%) y la hipercolesterolemia (10,2%), mientras que en las mujeres el problema crónico más prevalente es la artrosis, artritis y reumatismos (19,2%), seguido igualmente de hipertensión (15,1%) y alergia (14,3%).

Por tanto, más del 30% de las causas de morbilidad señaladas corresponden a problemas del aparato locomotor (artrosis, artritis y reumatismos, ciática, lumbago, dolores de espalda y dolor cervical), importante causa de mala salud percibida por la población, a pesar de su bajo impacto en mortalidad.



En el marco que hemos definido se revisan una serie de artículos bajo el hilo conductor de una reflexión aparecida en marzo de este año en The Lancet en relación con un cambio de paradigma en el manejo del dolor lumbar¹.

El dolor lumbar es a nivel mundial la principal causa de años perdidos por discapacidad y su carga está creciendo junto con la población en aumento y el envejecimiento. La mayoría de los dolores lumbares no están relacionados con anomalías espinales específicas identificables.

Los sistemas de salud y las iniciativas de la sociedad que abordan el dolor lumbar deberían actuar en sinergia con el plan de acción de la Región Europea de la OMS para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles, que reconoce la necesidad de una promoción integral de la salud musculoesquelética.

El manejo biomédico del dolor lumbar conlleva una parte de iatrogenia. Estudios realizados en países de bajos ingresos y con poblaciones asimiladas en países de altos ingresos muestran que la exposición a la atención médica a veces puede ser perjudicial.

Tales efectos negativos de la asistencia sanitaria sugieren un cambio en el punto de vista, según el cual el dolor lumbar es siempre un problema que requiere atención médica, lo que implica un elevado uso de tratamientos ineficaces potencialmente inseguros y el consiguiente desperdicio de recursos sanitarios acompañado a veces de efectos iatrogénicos.

La oleada de adicciones e incremento de la mortalidad resultante como consecuencia del aumento de la prescripción de opioides en los Estados Unidos en los pasados 20 años es un ejemplo dramático de los efectos desastrosos de la intervención médica dañina.

Una revisión publicada en 2015 en Joint Bone Spine, no mostraba diferencias significativas en el alivio de dolor lumbar al emplear placebo o fármacos no opiáceos frente a la utilización de estos últimos en diferentes ensayos realizados².

El reto global es evitar el uso de prácticas de limitada efectividad y eficiencia y asegurar la equidad de acceso a una atención médica eficaz para quien la necesite. El cambio del paradigma en los enfoques para controlar el dolor lumbar requiere de sinergias entre gobiernos y líderes sanitarios. La financiación debería pagar sólo por asistencia de alto valor, dejar de financiar pruebas y tratamientos ineficaces o perjudiciales, y apoyar la investigación antes de introducir nuevas pruebas de diagnóstico y tratamientos que aseguren eficacia, efectividad y coste-efectividad.



Como se puede constatar en la bibliografía, algunas de las pruebas y tratamientos empleados en el manejo del dolor de espalda crónico han sido ampliamente utilizados en indicaciones que no estaban bien validadas, lo que genera incertidumbre sobre su eficacia y seguridad.

Estudios recientes documentan un aumento del 629% en los gastos de Medicare para inyecciones de esteroides epidurales; un aumento del 423% en los gastos de opioides para el dolor de espalda; un 307% aumento en el número de imágenes de resonancia magnética lumbar entre los beneficiarios de Medicare, y un 220% de aumento en las tasas de cirugía de fusión espinal. Los estudios limitados disponibles sugieren que estos aumentos no han sido acompañados por mejoras a nivel poblacional en los resultados del paciente o las tasas de discapacidad³

Algunos países están probando estos enfoques. En Australia, un grupo de trabajo dirigido por médicos está revisando las pruebas y procedimientos financiados por el gobierno, con el objetivo de eliminar fondos para aquellos que son innecesarios, anticuados, o potencialmente inseguros. En los Países Bajos, las intervenciones no probadas se incluyen en el paquete de seguro sanitario público condicionado a que se demuestre evidencia a partir de ensayos controlados aleatorios de alta calidad que demuestren que la intervención es eficaz y segura. Así, dado que la denervación por radiofrecuencia para pacientes con dolor lumbar crónico no proporciona beneficio significativo comparado con un programa de ejercicio estandarizado, ya no está cubierto en el seguro público.

La concienciación del modelo biopsicosocial de dolor lumbar ha avanzado mucho en la comprensión de la importancia pronóstica de los factores psicosociales en pacientes individuales, y no tanto en alejar a los profesionales del manejo de pacientes dentro de un marco exclusivamente biomédico.

Se propone la adopción de un concepto de salud positiva como el enfoque estratégico general de la prevención de la discapacidad a largo plazo por dolor lumbar.

Para los profesionales de la salud, la salud positiva se centra en ofrecer alternativas a los tratamientos, y promover hábitos de vida adecuados para personas con dolor lumbar persistente. Es importante que la población sea consciente de que no siempre existe un diagnóstico o cura completa para su dolor. Este ajuste de actitud requiere iniciativas para cambiar creencias generalizadas e imprecisas sobre el dolor de espalda.

Hay que contribuir a ayudar a las futuras generaciones a evitar patrones negativos de comportamiento ante la enfermedad, por ejemplo, descanso prolongado, evitar las actividades habituales o mantenerse alejado del trabajo. Para personas con dolor lumbar persistente, el enfoque de salud positiva implica aprender a hacer frente a largo plazo a través de actividades de autogestión, y aprender a buscar atención médica sólo cuando sea necesario. Enfoques pasivos como el descanso y la medicación frecuentemente están vinculados



con empeoramiento de la discapacidad, mientras que las estrategias activas como ejercicio se asocian con discapacidad reducida y menos confianza en la atención médica formal.

El empleo de estrategias cognitivas y de comportamiento en la comunidad, el apoyo de los compañeros en el entorno de salud laboral y el mejorar la capacidad de adaptación del individuo produce resultados beneficiosos. Mejorar la capacitación y el apoyo de los médicos de atención primaria y otros profesionales implicados en la facilitación de un estilo de vida con actividad, como fisioterapeutas, enfermeras etc...podrían minimizar el uso de atención médica innecesaria. Asimismo es crucial impulsar cambios en los profesionales de la salud de diversas disciplinas para que se proporcionen a los pacientes mensajes consistentes sobre mecanismos, causas, pronóstico e historia natural del dolor lumbar, así como los beneficios de la actividad física y ejercicio.

En una revisión sistemática de artículos que informaban sobre la prevalencia de los hallazgos por imágenes (TC o RM) en individuos asintomáticos, se constata que con frecuencia se encuentran cambios degenerativos en pruebas de imagen de la columna vertebral, pero a menudo aparecen en individuos sin dolor. Los hallazgos degenerativos en las pruebas de imagen de la columna están presentes en altas proporciones de individuos asintomáticos, aumentando con la edad. Muchas características degenerativas basadas en imágenes son probablemente parte del envejecimiento normal y no asociadas con el dolor. Estos hallazgos de imagen deben ser interpretados en el contexto de la condición clínica del paciente⁴.

El éxito de un enfoque de salud positivo dependerá de la convergencia de las partes interesadas relevantes en la misión, visión y objetivos, y sobre el éxito de estrategias para transferencia e intercambio de conocimiento.

Tal y como se desprende de la reflexión publicada en la revista The Lancet, el tratamiento del dolor crónico no oncológico (DCNO) es una preocupación en alza. Es necesario que los sistemas de salud implanten estrategias que incluyan un abordaje multidisciplinar evitando ver el tratamiento del dolor a través de una lente puramente farmacológica.

En las últimas dos décadas se ha producido un incremento en el uso de los analgésicos opioides, sobre todo en países desarrollados, incremento que se ha visto acompañado de un marcado aumento de los problemas relacionados con el uso a largo plazo (uso indebido, abuso, adicción e incluso muertes)⁵. En España, y en concreto en la Comunidad de Madrid, también se ha objetivado este incremento en el consumo, con indicaciones, dosis, pautas y duraciones de tratamiento que no siempre son las más adecuadas, si bien, afortunadamente nuestra situación está lejos de ser la de los EEUU en cuanto a problemas de abuso y mortalidad⁶.



No hay que olvidar que en el dolor crónico no oncológico (DCNO), los opioides se consideran medicamentos de segunda línea cuando el dolor es muy intenso y continuo y no responde a otras terapias, siempre valorando de forma individualizada el balance beneficio/riesgo. La evidencia indica que solo una pequeña parte de los pacientes con DCNO se van a beneficiar de opioides y su efectividad por encima de 3-6 meses no está claramente establecida⁵.

Mantener un equilibrio entre las dos perspectivas de la analgesia opioide, entre la opifobia y la opifilia es complejo. En este contexto, la Subdirección General de Farmacia y Productos Sanitarios y en el marco de la Estrategia de Atención al Dolor 2017-2020 de la DG de Coordinación de la Atención al Ciudadano y Humanización de la Asistencia Sanitaria, ha iniciado un plan con el objetivo de promover la utilización prudente de los opioides. Dado que el opioide con mayor potencial adictivo por su potencia y rapidez de acción es el fentanilo transmucoso y que los datos indican que existe un uso no apropiado de este medicamento, este plan se ha iniciado con la estrategia de racionalización de la utilización del fentanilo transmucoso.

Referencias:

1. Buchbinder R, van Tulder M, Öberg B, Menezes Costa L, Woolf A, Schoene M, et al, on behalf of the Lancet Low Back Pain Series Working Group; Low back pain: a call for action. www.thelancet.com Published online March 21, 2018 [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30488-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30488-4)
2. Berthelot JM, Darrieutort-Lafitte C, Le Goff B, Maugars Y. Strong opioids for noncancer pain due to musculoskeletal diseases: Not more effective than acetaminophen or NSAIDs. *Joint Bone Spine* 82 (2015) 397–401
3. Deyo R, Mirza SK, Turner JA, Martin BI. Overtreating Chronic Back Pain: Time to Back Off? *J Am Board Fam Med* 2009;22: 62– 68.
4. Brinjikji W, Luetmer PH, Comstock B, Bresnahan BW, Chen LE, DeyoR, et al. Systematic Literature Review of Imaging Features of Spinal Degeneration in Asymptomatic Populations *AJNR Am J Neuroradiol* Apr 2015. 36:811–1
5. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Guía de consenso para el buen uso de los analgésicos opioides. *Socidrogalcohol*.2017.
6. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Fentanilo de liberación inmediata: importancia de respetar las condiciones de uso autorizadas. 2018. Disponible en:
https://www.aemps.gob.es/informa/notasInformativas/medicamentosUsoHumano/seguridad/2018/NI-MUH_FV_05-Fentanilo.htm



CRONI.net



NOTICIAS

LA SUBDIRECCIÓN GENERAL DE CONTINUIDAD ASISTENCIAL ORGANIZA SU III ENCUENTRO EN CONTINUIDAD ASISTENCIAL.

Permanece abierto el plazo de inscripción

Bajo el lema **“Compartiendo la visión”**, celebraremos el III Encuentro en continuidad asistencial que tendrá lugar el próximo día 4 de octubre de 2018, en el Hospital General Universitario Gregorio Marañón, con el propósito de poner a disposición de todos los profesionales un espacio de intercambio que permita compartir experiencias en las que el paciente y su entorno se sitúen en el centro de la atención y donde los diferentes ámbitos asistenciales se coordinen para ofrecer una atención integrada, aportando valor al proceso de atención y dando respuesta a las expectativas y necesidades del paciente.

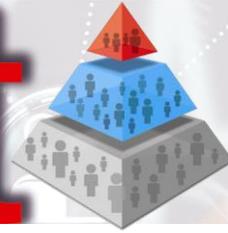
FASE ABIERTA DEL PROYECTO E-MPODERA (EMPODERAMIENTO DEL PACIENTE CON ENFERMEDADES CRÓNICAS)

Enmarcado dentro de un proyecto coordinado de investigación financiado por el Instituto de Salud Carlos III: **“Efectividad de una intervención virtual (CdPV) dirigida a profesionales para mejorar su actitud hacia el empoderamiento de pacientes con enfermedades crónicas: ECA por conglomerados”** y coordinado por el Instituto Universitario Avedis Donabedian de Barcelona, junto con la Gerencia Asistencial de Atención Primaria (GAAP) del Servicio Madrileño de Salud y el Servicio de Evaluación del Servicio Canario de la Salud (SESCS) se desarrolla el proyecto e-mpodera (empoderamiento del paciente con enfermedades crónicas).

En este programa, se invita a participar en una Comunidad de Práctica Virtual (CdPV) en la que se reflexionará y aprenderá de una manera colaborativa sobre cómo empoderar y acompañar mejor a los pacientes con enfermedades crónicas y está especialmente pensado para profesionales de Atención Primaria del Sistema Sanitario español.



CRONI.net



Comité editorial:

Responsable del comité editorial:

Nuria Fernández de Cano Martín. Subdirectora General de Continuidad Asistencial.

Responsable operativo:

Carmen García Cubero. Responsable del Área de Cronicidad. Subdirección General de Continuidad Asistencial.

Responsable técnico:

José David Cerdeño Arconada. 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. Técnico de la Subdirección General de Continuidad Asistencial.

David Rodríguez Morales. Director Continuidad Asistencial. Hospital Universitario Infanta Elena.

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 de la Dirección Asistencial Sur. Gerencia Asistencial de Atención Primaria.

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

Juan José Muñoz González. Director de Continuidad Asistencial. Hospital Universitario Santa Cristina.

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

Luis Sánchez Perruca. Gerencia Asistencial de Atención Primaria.

M^a Dolores Arranz Alonso. Dirección General de Planificación, Investigación y Formación.

Mercedes Álvarez Bartolomé. Directora de Continuidad Asistencial. Hospital Universitario del Henares.

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

Montserrat Hernández Pascual. Gerente Adjunto de Procesos Asistenciales. Gerencia Asistencial de Atención Primaria.

Olga Monedo Pérez. Técnico de la Subdirección General de Continuidad Asistencial.

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

Julia Domínguez Bidagor. Servicio Promoción de Salud. Subdirección General de Promoción, Prevención y Educación para la Salud.

Ricardo Rodríguez Barrientos. Gerencia Asistencial de Atención Primaria.

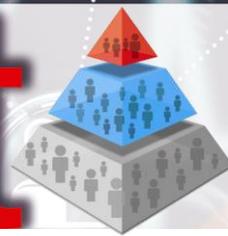
Raúl Mallaina García. Dirección General de Planificación, Investigación y Formación.

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

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



CRONI.net



Edita:
CONSEJERÍA DE SANIDAD. COMUNIDAD DE MADRID
Dirección General de Coordinación de la Asistencia Sanitaria
Subdirección General de Continuidad Asistencial

Coordina:
Subdirección General de Continuidad Asistencial
E-mail: cdca@salud.madrid.org

Edición: Septiembre 2018
ISSN 2444-1546

Publicación en línea



Esta versión forma parte de la Biblioteca Virtual de la **Comunidad de Madrid** y las condiciones de su distribución y difusión se encuentran amparadas por el marco legal de la misma.



comunidad.madrid/publicamadrid