

La atención al paciente crónico y pluripatológico. El caso de Galicia

Coordinadores:
Julio Montes Santiago / Emilio Casariego Vales

IV Congreso Nacional de Atención Sanitaria al Paciente Crónico

**Nuevos equipos,
nuevas competencias
nuevas alianzas**

**8, 9 y 10 de Marzo 2012
Auditorio de la Diputación de Alicante (ADDA)**

Comité editorial

Melchor Álvarez de Mon
Emilio José Casariego Vales
Alfonso Castro Beiras
María de los Angeles Castro Iglesias
José Antonio Díaz Peromingo
Fernando Diz-Lois Martínez
Ovidio Fernández Álvarez
Ricardo Fernández Rodríguez
Carlos González Guitián
Mercedes Gutiérrez-Moyano Zimmermann
Luis Gutiérrez-Moyano Zimmermann
Fernando Antonio de la Iglesia Martínez
Pedro Mardomingo Varela
Manuel Noya García
José Domingo Pedreira Andrade
Roberto Pérez Álvarez
Albino Pérez Carnero
María del Pilar Rozas Lozano
Pascual Sesma Sánchez
Antonio Torre Carballeda

Comité científico

Mercedes Bal Alvarado
Arturo Cabarcos Ortiz de Barrón
Elena Fernández Bouza
Manuel Fernández Muñelo
Javier de la Fuente Aguado
Juan Carlos García García
María José García Pais
Juan Antonio Garrido Sanjuán
Arturo González Quintela
José Masferrer Serra
Enrique Miguez Rey
Julio Montes Santiago
Francisco Luis Lado Lado
Victor Manuel López Mourinho
Vicente Lorenzo Zúñiga
Antonio Pose Reino
Isidro Rodríguez López
María Dolores Suárez Sambade

Junta Directiva de la SOGAMI

Fernando Antonio de la Iglesia Martínez (Presidente)
Julio Montes Santiago (Vicepresidente)
Susana Rivera García (Secretaría)
José Antonio Díaz Peromingo (Tesorero/Docencia)
José Luis Díaz Díaz (Vocal Coruña)
José Álvaro Fernández Rial (Vocal Ferrol)
María del Carmen Martínez Rey (Vocal Santiago)
María José García Pais (Vocal Lugo)
José López Castro (Vocal Ourense)
José María de Lis Muñoz (Vocal Pontevedra)
Martín Rubianes González (Vocal Vigo)
Antonio Eneriz Calvo (Vocal Hospital Comarcal de O Barco de Valdeorras)
Antonio Chamorro Fernández (Vocal Hospital Comarcal de Verín)
Javier de la Fuente Aguado (Vocal formación)
Manuel Héctor Meijide Miguez (Vocal MIR)
Ramón Rabuñal Rey (Director Galicia Clínica)
José Carlos Ulloa Abad (Secretaría Técnica)

Fotografía portada: Yolanda Carbajales

Edita: SOGAMI
ISSN: 0304-4866
Depósito legal: C 3533-2008

www.galiciaclinica.info
ISSN: 1989-3922
www.meiga.info



SUPLEMENTO

La atención al paciente crónico y pluripatológico. El caso de Galicia

Coordinadores: Julio Montes Santiago / Emilio Casariego Vales

S 4 Presentación

Montes Santiago J, Casariego Vales E.

S 5 La atención al paciente crónico complejo

Clinical care of the chronic complex patient

Román Sánchez P.

S 7 La asistencia a pacientes crónicos y pluripatológicos.

**Magnitud e iniciativas para su manejo: La Declaración de Sevilla.
Situación y propuestas en Galicia**

The chronic patient with plurypathology. Magnitude and initiatives for management:

The Seville Statement. Situation and proposals in Galicia

Montes Santiago J, Casariego Vales E, de Toro Santos M, Mosquera E.

S 15 Multimorbilidad en los servicios médicos hospitalarios: un problema clínico y de gestión

Multimorbidity in hospital medical services: a clinical and management problem

Matesanz Fernández M, Íñiguez Vázquez I, Rubal Bran D, Pértega Díaz S, Conde Freire J, Casariego Vales E.

S 20 La organización de la asistencia sanitaria a pacientes crónicos con pluripatología: La experiencia de Ourense

Organization of the medical care of chronic patients with plurypathology. Ourense experience

de Toro Santos M, Gil Rodríguez S, Benito Torres C, Rozas Lozano P.

S 27 Influencia sobre la hospitalización de una consulta monográfica para pacientes con insuficiencia cardiaca dirigida por internistas. Estudio de cohortes

*Impact of a monographic clinic managed by internist for patients whit chronic heart failure
on hospital admission rates. A cohort study*

Cerqueiro González JM, Abeledo Vázquez C, de la Fuente Sánchez S, Casariego Vales E.

S 30 Enfermedad obstructiva crónica (EPOC) y comorbilidades

Chronic obstructive pulmonary disease and comorbidities

de la Iglesia Martínez F, Serrano Arreba J, Montes Santiago J.

S 37 El paciente polimedcado

The polymedicated patient

Diz-Lois Martínez F, Fernández Alvarez O, Pérez Vázquez C.

S 42 La visión en Galicia sobre la asistencia al paciente crónico y pluripatológico; del hospital al sistema sanitario del futuro: Estrategia SERGAS 2014

Galician point of view on the medical care of the chronic and pluripathological patient;

form hospital to the sanitary sistem of the future. SERGAS 2014 strategy

Mosquera Álvarez R, Domínguez González N, Lado Lema E, Monteagudo Romero J.

La edición de este suplemento ha sido posible gracias a una ayuda no condicionada de AstraZeneca a la Sociedad Gallega de Medicina Interna.

Esta publicación refleja conclusiones, hallazgos, y comentarios propios de los autores y se mencionan estudios clínicos que podrían contener indicaciones/posologías/formas de administración de productos no autorizadas actualmente en España. Se recuerda que cualquier fármaco mencionado deberá ser autorizado de acuerdo con la ficha técnica vigente en España. Para cualquier consulta dirijase al Departamento Médico de Astra Zeneca Farmaceutica, Spain, S.A. (Código ESDCRE0084; fecha de elaboración: Febrero 2012)

Presentación

Julio Montes Santiago^{1,2}, Emilio Casariego Vales^{1,3}

¹Sociedad Gallega de Medicina Interna (SOGAMI)

²Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Universitario de Vigo (CHUVI). SERGAS

³Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Lucus Augusti. SERGAS. Lugo

Según estimaciones de la OMS, las enfermedades crónicas serán la causa de muerte del 75% de la población en el año 2020. Tales enfermedades, en íntima relación con el progresivo proceso de envejecimiento, están suponiendo una auténtica epidemia que desafían las prestaciones de los sistemas sanitarios mundiales. En España, con su particular situación demográfica, en la que se espera que en el año 2050 un tercio de su población sea mayor de 65 años, la asistencia a estas enfermedades constituye un reto todavía mayor. Conscientes de dicho problema, desde la Sociedad Española de Medicina Interna se ha establecido como prioridad el apoyo y diseño de estrategias específicas que mejoren la atención a tales pacientes. La SEMI se constituyó así, junto con la SEMFyC, en el principal colectivo científico inspirador de la Declaración de Sevilla 2011 sobre la atención al paciente con enfermedades crónicas. Este Documento, con amplísimo consenso, se viene constituyendo ya en ruta inspiradora para la integración y materialización de políticas de asistencia a tales pacientes en nuestro país.

En sintonía con ello, la Sociedad Gallega de Medicina Interna ha establecido también, como parte esencial de sus actividades, la difusión de dicho Documento y la de desarrollar pautas de actuación que asesoren sobre la manera más eficaz de enfrentar la problemática de pacientes crónicos y pluripatológicos. Fruto de ello es el presente Monográfico de Galicia Clínica, en el que se ha pretendido, además de ofrecer profundas revisiones sobre patologías o situaciones frecuentes en estos pacientes –como la insuficiencia cardíaca, EPOC o la polimedición–, divulgar también experiencias asistenciales ya en marcha en distintos lugares de nuestro entorno sanitario.

Por ello, en el primer artículo se analiza la magnitud de la epidemia de este problema de las enfermedades crónicas y pluripatológicas, se citan algu-

nas de las soluciones diseñadas y su aplicación a España, con el detalle del contenido de la Declaración de Sevilla y se determina la situación de partida en Galicia con actuaciones apuntadas en la Estrategia SERGAS 2014. El segundo y tercer artículos muestran la filosofía y puesta en práctica de planes estratégicos para atender con la mayor efectividad estas patologías en las áreas sanitarias de Lugo y Ourense. El cuarto da cuenta también de los resultados del funcionamiento en Lugo de una unidad monográfica de pacientes con insuficiencia cardíaca, patología de amplísima prevalencia entre la población de mayor edad. El siguiente repasa la problemática de otra entidad de gran prevalencia entre pacientes pluripatológicos -la EPOC- y, en el siguiente artículo se examina la situación actual y desafíos asistenciales planteados por la polimedicación, que se halla presente en la práctica totalidad de los pacientes pluripatológicos. Por último, se glosa un artículo de la actual Conselleira de Sanidade y sus colaboradoras acerca de la acuciante necesidad de redefinir la filosofía hospitalaria para la atención de este tipo de pacientes y se detallan objetivos y líneas de desarrollo de la Estrategia SERGAS 2014 en Galicia para conformar esta asistencia.

Por razones de espacio y premura de tiempo -pues el presente número tiene previsto distribuirse entre los asistentes al 4º Congreso Nacional de Atención al Paciente Crónico en marzo 2012 - no han tenido cabida en él opiniones y otras experiencias lideradas por internistas y que son ya una venturosa realidad en Galicia. Esperamos, y desde aquí emplazamos, a que en próximos trabajos tales aportaciones puedan ser divulgadas con el ánimo de enriquecer a la comunidad gallega y española y contribuir al objetivo último de nuestra labor como internistas y Sociedad Científica: la de proporcionar una visión global de la persona enferma.

La atención al paciente crónico complejo

Clinical care of the chronic complex patient

Pilar Román Sánchez

Vicepresidente de la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI)

Presidente del Comité Científico del IV Congreso para la Atención al Paciente Crónico.

No descubro nada a los profesionales sanitarios de cualquier ámbito si afirmo que el patrón de enfermedades ha cambiado en los últimos 30 años. Todos somos conscientes de que hemos pasado de la atención puntual a procesos agudos, principalmente de naturaleza infecciosa, a la atención repetida de episodios de descompensación de patologías crónicas en personas de edad avanzada. Pero ver plasmada y cuantificada esta realidad, como hacen los doctores Montes y Casariego en la presentación de esta edición especial de Galicia Clínica, es, por decirlo de forma suave, altamente preocupante. Y lo era ya en años previos cuando la situación económica de nuestro país era próspera. Bien es cierto que durante esos pasados años de bonanza, los sistemas regionales de salud han ido acumulando deuda de manera continuada y que a este hecho se añade, con la situación de crisis económica actual, una caída precipitada de los ingresos del Estado y de las Comunidades Autónomas, lo que provoca que la deuda llegue casi a transformarse en una quiebra formal, situación nueva e inquietante.

Todos sabemos que nuestro sistema sanitario, como la mayoría de los de nuestro entorno, sigue enfocado a la atención de episodios agudos. Que los profesionales “esperamos” a que el paciente, generalmente poco informado de sus enfermedades, demande asistencia cuando siente que lo necesita y que esa necesidad ha ido aumentando a lo largo de los años siguiendo comportamientos sociales, a veces ajenos a la propia enfermedad. Entonces, en 10 minutos en el caso de Atención primaria o en 20 en el de Especializada, debemos realizar la anamnesis, exploración, el diagnóstico de presunción, hablar con el paciente y su familia, pedir exploraciones complementarias y realizar la prescripción de fármacos si proceden o, en caso contrario, explicar que no procede prescripción de pruebas o fármaco alguno, situación ésta que consume mucho más tiempo que hacer lo contrario en una sociedad totalmente “medicalizada” como es la nuestra, hecho al que los profesionales sanitarios hemos contribuido. Y, generalmente,

prescribimos pruebas o fármacos porque es más cómodo y el paciente así lo demanda. Y, muchas veces, remitimos al paciente a otro profesional más especializado, también porque es más cómodo, seguro para nosotros y porque el paciente así lo demanda. Este especialista actuará de la misma forma, sin conexión con el resto de profesionales que han atendido al paciente y con la visión parcial de su especialidad. El resultado será la multiplicidad y repetición de pruebas, muchas de ellas innecesarias y sin valor para el paciente, la prescripción de múltiples fármacos, muchas veces innecesarios, que pueden presentar interacciones y efectos secundarios que, probablemente, originarán la prescripción de un nuevo fármaco. Y el paciente se encontrará solo ante esta maraña de profesionales (una media de 13 especialistas si el paciente sufre 5 o más enfermedades crónicas) y sin que nadie se haga responsable de la atención a sus verdaderas necesidades. Y el gasto sanitario se dispara en actos y farmacia que no aportan valor añadido. Somos el país con mayor proporción de gasto farmacéutico (23% del gasto sanitario total aunque hemos de considerar que este porcentaje está magnificado al ser menor el gasto en capítulo de remuneraciones profesionales) de los países occidentales. Suecia, por ejemplo, con un sistema sanitario y cobertura muy similares a los nuestros, dedica a farmacia solamente un 12% del total. Los resultados en salud no justifican esta enorme diferencia, solo atribuible al comportamiento del sistema sanitario.

Todos, profesionales y administración, repetimos hasta la saciedad y desde hace varios años, que los pacientes necesitan atención continuada e integrada. ¿Por qué no nos ponemos seriamente a la tarea? En mi opinión, dos son las circunstancias que contribuyen a la inmovilidad. En primer lugar, la humana resistencia al cambio y, en segundo, la falta de liderazgo claro para llevarlo a cabo. En todas las Comunidades Autónomas existen planes estratégicos para este fin pero ¿cuántas los están llevando a cabo de forma rigurosa y estructurada, alineando objetivos, evaluando resultados e incen-

tivando los logros? Solamente en aquellas entidades locales donde los profesionales se han puesto a liderar el cambio, se han producido verdaderos éxitos en este campo. Pero son pocos y aislados. La situación actual, con la pandemia de las enfermedades crónicas y la adversa coyuntura económica, no permite más dilaciones. Si queremos que nuestro sistema sanitario uno de los mejores del mundo- sobreviva, no podemos quedarnos parados y anclados en nuestra forma de prestar la asistencia. Y no podemos esperar a que el cambio lo impulsen “los otros”. Desde hace más de una década, todos los expertos están de acuerdo en que el modelo Chronic Care Model es el más apropiado para la atención a los pacientes crónicos y que la segmentación de los pacientes para prestar diferente tipo de asistencia según sus necesidades, adoptada por la organización sanitaria sin ánimo de lucro Kaiser Permanente, ha demostrado excelentes resultados en salud, satisfacción de los pacientes y profesionales y ahorro en costes. Sin detrimento en el desarrollo de experiencias innovadoras que puedan mejorar ambos modelos, debemos comenzar a aplicarlos en nuestro entorno, con las adaptaciones necesarias a cada lugar. Y, debido a que el segmento más alto de la pirámide de Kaiser, el ocupado por los pacientes crónicos complejos, un 6% de la población, es el mayor consumidor de recursos, debe ser el primero en ser abordado. Aquí nos encontramos con el primer problema. ¿Cómo estratificar a la población? Los sistemas de información deben permitirlo pero debemos ponernos de acuerdo en todas las Comunidades Autónomas para diseñar un sistema de selección eficaz y común para todas. Un paciente no puede pasar de un segmento a otro según cambie de lugar de residencia. Y ¿qué hacer mientras esto sucede? Creo que los profesionales podemos ir avanzando seleccionando aquellos pacientes que ingresan 2 o más veces al año por descompensación de sus patologías crónicas.

Estos pacientes precisan una gestión de caso que no es más (ni menos) que se configure un equipo de profesionales y diseñe una vía o ruta asistencial para ese paciente individual. El equipo

básico será, como no puede ser de otra manera, el médico y enfermero de primaria. Este equipo básico debe contar con un equipo de apoyo (internista, enfermero gestor de casos, enfermero de enlace, trabajador social, psicólogo, terapeuta, farmacéutico etc.) que realizarán una valoración integral del paciente, especificarán sus necesidades clínicas, psicológicas o sociales y planificarán todas las actuaciones a realizar para conseguir que el paciente las tenga cubiertas y, además, esté informado de su enfermedad, conozca las señales de alarma ante descompensaciones y forme parte activa de su equipo. Se diseñarán la frecuencia y tipo de contactos que se establecerán con el paciente y “quién hará qué” dentro del equipo, de tal forma que el enfermo no salga nunca del “radar” del sistema socio-sanitario. En el caso de estos pacientes crónicos complejos es indispensable el valor añadido que el internista puede aportar, tanto en la valoración inicial como en la planificación de la ruta clínica, como consultor de referencia ante situaciones previamente determinadas y como responsable o tutor del paciente en caso de que precise alguno de los dispositivos hospitalarios.

Debemos aprender a formar equipos excelentes, hemos de formarnos en las nuevas competencias que esta reorganización del sistema exige y tenemos que constituir alianzas con las entidades comunitarias para combatir con éxito el reto que tenemos planteado. El esfuerzo será importante porque, durante un tiempo, deberemos simultáneas la prestación asistencial tradicional con esta nueva orientación, pero tenemos que dar respuesta a nuestros pacientes y a nuestro sistema, sin demora. En la SEMI estamos muy concienciados del problema y, junto a la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria, estamos realizando acciones para impulsar el cambio. El IV Congreso para la Atención a Pacientes Crónicos es una de ellas. Contamos con el apoyo de muchas otras Sociedades Científicas involucradas en la atención a pacientes crónicos y de las Administraciones. Estoy segura de que, entre todos, seremos capaces de superar el gran desafío al que nos enfrentamos.

La asistencia a pacientes crónicos y pluripatológicos. Magnitud e iniciativas para su manejo: La Declaración de Sevilla. Situación y propuestas en Galicia

The chronic patient with pluripathology. Magnitude and initiatives for management: The Seville Statement. Situation and proposals in Galicia

Julio Montes Santiago¹, Emilio Casariego Vales², Manuel de Toro Santos³, Esther Mosquera⁴

¹Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Universitario de Vigo (CHUVI). SERGAS. Vigo

²Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Lucus Augusti. SERGAS. Lugo

³Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Universitario de Ourense (CHOU). SERGAS. Ourense

⁴Gerente regional de Programas de Gestión Sanitaria. AstraZeneca

Resumen

El progresivo envejecimiento de las poblaciones con el exponencial crecimiento de pacientes con enfermedades crónicas y pluripatológicas y dependencia que ello conlleva ha supuesto importantes desafíos para las administraciones y financiación de los sistemas sanitarios. Por ello, estos están desarrollando diversas estrategias para afrontar tales desafíos. También en España la Declaración de Sevilla 2011 ha impulsado un Plan integral nacional sobre atención al paciente con enfermedades crónicas, basado en tres pilares: involucrar al paciente y la comunidad, establecer pautas para organizar la asistencia y desarrollar la información clínica y toma de decisiones. Ello es particularmente importante en Galicia que presenta una población más envejecida y con mayor prevalencia de enfermedades crónicas que la media nacional. En tal sentido la Estrategia SERGAS 2014 en dicha Comunidad pretende aportar objetivos y líneas de actuación para enfrentar tales problemas. En sintonía con tales planes en nuestro entorno la SOGAMI ha establecido un plan de inicio para involucrar a sus miembros en una atención más informada y eficiente para los pacientes crónicos y pluripatológicos.

PALABRAS CLAVE: Pacientes pluripatológicos. Declaración de Sevilla. Sociedad Gallega de Medicina interna.

Abstract

The progressive aging of populations with an exponential growth of patients with chronic and polypathologic diseases and associated disabilities pose significant challenges for Administration and Finances of the Health systems. Therefore, some strategies to address these problems are developing. In Spain, the "Declaración de Sevilla 2011" (Sevilla statement) is impulsing a national comprehensive plan care for patients with chronic diseases, based on three fundaments: involvement of the patient and community, establishment of guidelines to organize care and development of clinical information and decision making. These are particularly important because in Galicia lives an extremely aged population with increased prevalence of chronic diseases. In this sense, the objective of "SERGAS 2014" proposal is to provide aims and lines of action to confront such challenges. In agreement with these plans in our environment, the SOGAMI is establishing an initial plan to involve its members in a more informed and efficient care for patients with chronic and multiple diseases.

KEY WORDS: Patients with Polypathology. Sevilla Statement 2011. Galician Society of Internal Medicine.

Dimensión del problema: envejecimiento, enfermedades crónicas, pluripatología y dependencia

En las últimas décadas estamos asistiendo a un envejecimiento progresivo de las poblaciones. En la UE el porcentaje de personas >65 años pasará del 16,1 % (2000) al 27,5% (2050). España, junto a Italia y Japón, están a la cabeza de este proceso de envejecimiento mundial, estimándose que para esas fechas cerca del 35% de nuestra población superará los 65 años. Una de las consecuencias inmediatas de este efecto es el rápido aumento de pacientes con múltiples enfermedades crónicas. En España la Encuesta Nacional de Salud (2006) mostró una media de 2,8 problemas -entre 65-74 años- y de 3,2 -en >75 años. Además de la avanzada edad y el género femenino otras circunstancias que incrementan la posibilidad de padecer procesos pluripatológicos son la obesidad, los bajos niveles socioeconómicos o culturales, el vivir sólo o residir en instituciones para ancianos¹⁻⁵.

El Informe de la OMS *Previniendo las enfermedades crónicas* estimó que el 60% de las muertes mundiales en 2005, al menos en países desarrollados, eran ya debidas a enfermedades crónicas, si bien tal problema a menudo es infraestimado. Además, la OMS cifra en 650 millones -un 10% de la población- las personas que sobreviven con discapacidades. Peor aún es que para 2020 estas enfermedades crónicas serán la principal causa de discapacidad y que en 2030 se doblará la incidencia actual de enfermedades crónicas en >65 años³. P. ej. en España se calcula que en 2050 el 27% del total de población serán pacientes con problemas de cronicidad. Además tal sector de mayores de 65 años dada esta alta prevalencia de enfermedades precisa de muchos más cuidados y consume más recursos sanitarios (p.ej. el gasto sanitario atribuible a este sector poblacional se ha estimado en 4-12 veces superior al correspondiente a personas de menos edad³).

La evolución de las enfermedades es causa de disfunciones en los distintos órganos y sistemas, provocando limitaciones

físicas y psíquicas progresivas que dificultan la realización de las actividades básicas de la vida diaria y determinan la necesidad de ser ayudadas en estas tareas vitales elementales. De hecho, cerca del 2,5% de la población mundial presenta dependencia debido a enfermedades crónicas³. En España este fenómeno es aún más llamativo y se ha calculado que, hasta su muerte, los hombres tendrán como expectativa una media de 7 años incapacitados, que será de 11 para las mujeres⁴.

Mucha de esta necesidad de ayuda es soportada actualmente por los familiares más próximos, pero se observa actualmente una transferencia de estas formas tradicionales de cuidados hacia los servicios de salud y sociales, lo cual hace que los costes previstos de la atención aumenten en próximos años. Se estima que el paciente crónico complejo y/o frágil supone un 5% de la población y consume el 65% de la totalidad de recursos sanitarios. Es razonable, pues, pensar que buena parte de la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud (SNS) gravitará en gran parte sobre la gestión de la atención a estos pacientes y motive el desarrollo de planes específicos de atención a los mismos^{1,2,5,6}. Y también que deban redefinirse objetivos para las prioridades económicas pues p.ej. en España el gasto público en cuidados de largo plazo es sólo del 0,65% del PIB frente al 1,39% de media en la OCDE (Cf. *Diario Médico*, 6/02/2012).

Definición y características de los pacientes con pluripatología

Se ha comunicado una amplia variabilidad en la prevalencia de pluripatología entre pacientes con enfermedades crónicas, pero en países desarrollados una aproximación realista es que las personas con múltiples patologías representan >50% de la población con enfermedades crónicas. Características destacadas de las personas con estas enfermedades son^{6,7}:

1. Superar los 65 años y con frecuencia los 80.
2. Padecer varias enfermedades al mismo tiempo.
3. Disminución gradual de su autonomía personal y de la capacidad funcional con importantes repercusiones sociales, familiares y emocionales.
4. Respecto a su relación con el sistema sanitario presentan:
 - a) Seguimiento en múltiples consultas tanto en Primaria como Especializada, generalmente con escasa coordinación, y sujetos a múltiples pruebas diagnósticas, a menudo repetitivas.
 - b) Frecuente uso de los recursos sanitarios de asistencia y de los dispositivos de urgencias.
 - c) Ingresos hospitalarios múltiples o atención sanitaria por reagudización de sus enfermedades crónicas con estancias a menudo prolongadas
 - d) Tratamientos plurifarmacológicos con bajo nivel de cumplimiento.
 - e) Importante componente socioeconómico añadido que a menudo dificulta esta atención hospitalaria.

Pues bien, para designar a tal tipo de de pacientes, cada vez más frecuentes en las consultas de Atención Primaria y en

los servicios hospitalarios, se ha consolidado el término de pacientes pluripatológicos (PPL). De hecho, la prevalencia de estos llega a situarse entre el 21-72% de los pacientes ingresados en Servicios de Medicina Interna, con una edad cercana a los 70 años. Estos pacientes suponen 20-40% de los ingresos hospitalarios (40,5% \geq 3 ingresos/año; 13% \geq 5 ingresos/año). El 10% de pacientes crónicos ocupan el 55% de los días de hospitalización y un 5% de ellos el 42%. En Atención Primaria constituyen aproximadamente el 2-5 % de la población usuaria de los centros de salud, pero con un consumo de recursos (frecuentación, visitas domiciliarias, pruebas complementarias y farmacia) que cuadruplica el promedio por paciente y presentan un grado de complejidad clínica que requiere múltiples contactos con el medio hospitalario⁸⁻¹¹. Por ello, se ha insistido en la necesidad de prestarles una atención sustentada en la continuidad asistencial con estrecha coordinación entre Primaria y Hospitalaria, y de ambas con los Servicios sociales.

Desde hace tiempo y en las bases administrativas, el concepto de paciente pluripatológico es conocido y se ha buscado definir mediante instrumentos como el ampliamente utilizado índice de comorbilidad de Charlson, o se han intentado introducir escalas de estratificación con interés pronóstico [Escala CIRS -Chronic Illness Resources Survey-, ICED index -Index of Coexisting Disease-, índice de Kaplan-Feinstein, etc, que han sido objeto de revisión recientes^{3,12}]. El inconveniente de tales índices es que no valoran bien el deterioro funcional o resulta muchas veces difícil la decisión sobre cuáles de los múltiples procesos que presenta el paciente son los principales responsable de su deterioro.

Elo ha motivado que se careciera de una definición unánime de tales pacientes, que permitieran una homogeneidad en su manejo y se pudieran comparar y evaluar estrategias adecuadas para el mismo. Por ello, en el año 2002 un grupo de trabajo perteneciente a la Sociedad Andaluza de Medicina Interna propuso unos criterios operativos de paciente pluripatológico. Dichos criterios modificados y actualizados en 2007 y auspiciados por la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI) han ido ganando amplia aceptación y se reflejan en la Tabla 1¹³. El establecimiento de dichos criterios ha facilitado incluso la elaboración de índices como el PROFUND y PROFUNCTION Simplificado —que disponibles incluso en aplicación informática (CalculaPROFUND.exe)- permiten aproximar a 12 meses un pronóstico de mortalidad y capacidad funcional para aquilatar mejor las necesidades y modo de atención¹⁴.

El incremento de demanda para este tipo de pacientes ha ocasionado que los hospitales deban replantearse el tipo de asistencia clásica basada en la organización de los cuidados en unidades médicas con el único propósito de manejarlos de forma puntual a un modelo que contemple la continuidad de organización asistencial. Las experiencias han sido diferentes

Tabla 1. Criterios o categorías definitorias de paciente pluripatológico (PPP)

Categoría A	A.1. Insuficiencia cardiaca que en situación de estabilidad clínica haya estado en grado II de la New York Heart Association (Ligera limitación de la actividad física. La actividad física habitual le produce disnea, angina, cansancio o palpitaciones). A.2. Cardiopatía isquémica (angina o infarto)
Categoría B	B.1. Vasculitis y enfermedades autoinmunes sistémicas B.2. Enfermedad renal crónica definida por elevación de Cr (>1,4 mg/dl en varones; >1,3 mg/dl en mujeres) o proteinuria mantenidos durante 3 meses (Índice albumina/creatinina >300 mg/g, microalbuminuria >3 mg/dl en muestra de orina o albúmina >300 mg/día en orina de 24 h o >200 g/min)
Categoría C	C.1. Enfermedad respiratoria crónica que en situación de estabilidad clínica haya estado con disnea grado 2 de la Medical Research Council (MRC) (Incapacidad de mantener el paso de otra persona de la misma edad caminando en llano debido a la dificultad respiratoria o tener que parar a descansar al andar en llano al propio paso).o volumen expiratorio forzado en un segundo (FEV1) <65%, o SaO2 ≤90%
Categoría D	D.1. Enfermedad inflamatoria crónica intestinal D.2. Hepatopatía crónica con datos de insuficiencia hepatocelular INR (International Normalized Ratio) >1,7; albúmina <3,5 g/dl; bilirrubina >2 mg/dl). o hipertensión portal (Definida por la presencia de datos clínicos, analíticos, ecográficos o endoscópicos)
Categoría E	E.1. Ataque cerebrovascular E.2. Enfermedad neurológica con déficit motor permanente que provoque una limitación para las actividades básicas de la vida diaria (Índice de Barthel <60) E.3. Enfermedad neurológica con deterioro cognitivo permanente, al menos moderado (Pfeiffer con ≥5 errores)
Categoría F	F.1. Arteriopatía periférica sintomática F.2. Diabetes mellitus con retinopatía proliferativa o neuropatía sintomática
Categoría G	G.1. Anemia crónica por pérdidas digestivas o hemopatía adquirida no subsidiaria de tratamiento curativo que presente hemoglobina <10 mg/dl en dos determinaciones separadas entre sí mas de 3 meses G.2. Neoplasia sólida o hematológica activa no subsidiaria de tratamiento con intención curativa
Categoría H	H.1. Enfermedad osteoarticular crónica que provoque por sí misma una limitación para las actividades básicas de la vida diaria (Índice de Barthel <60)

Se considera PPP si tiene un criterio de al menos dos categorías diferentes

en cada entorno sanitario, pero características comunes han sido la potenciación de unidades multidisciplinarias y polivalentes con el intento de dar respuesta integral a la descompensación simultánea de las múltiples enfermedades crónicas que padecen. Se han desarrollado así secciones específicas dentro de los servicios de Medicina interna (Unidad de pacientes pluripatológicos, UCEM), consultas de coordinación de Especializada con primaria, potenciación de las Unidades de Hospitalización a domicilio, unidades médicas de corta estancia, hospitales de día, consultas de alta resolución, etc., todo ello con el objetivo de evitar o acortar en lo posible el ingreso en plantas tradicionales de hospitalización y focalizar la atención en la mayor autonomía del paciente.

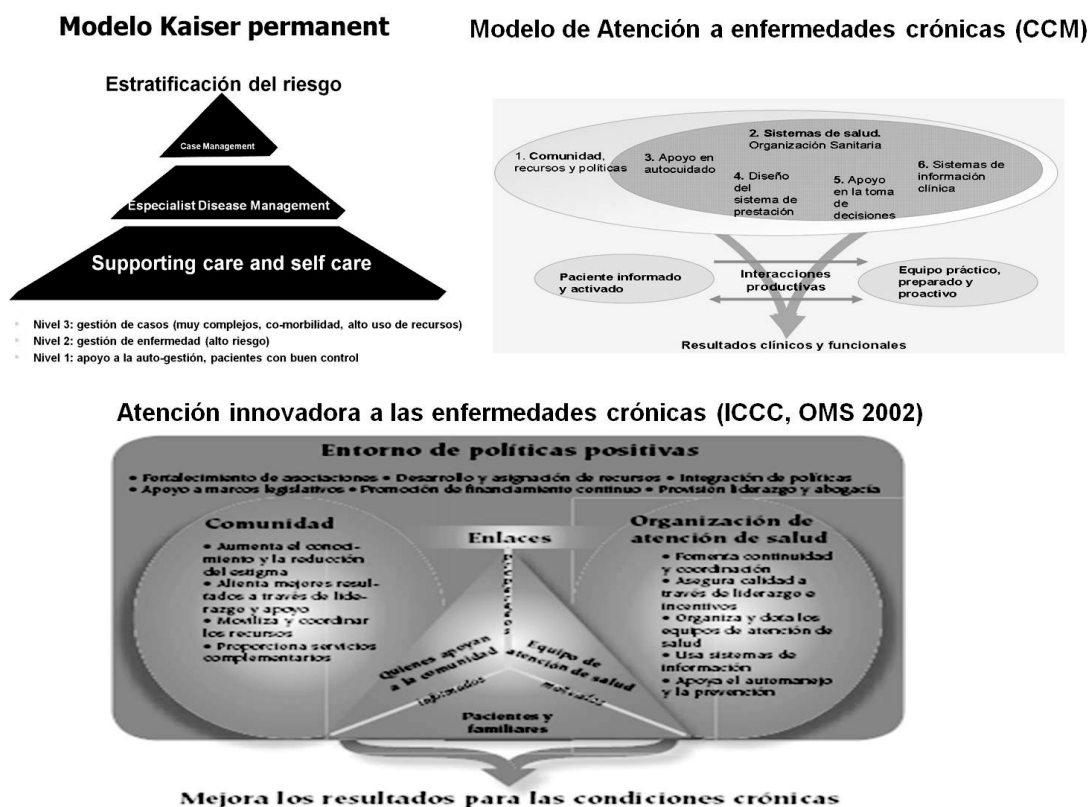
Planes de actuación. La aplicación en España

Se ha mostrado posible una mejor atención a los pacientes con enfermedades crónicas, de forma que esta sea más accesible, más eficiente, más aceptable y al mismo tiempo más económica. Así lo ha mostrado distintas estrategias surgidas para abordar este problema. Los sistemas de integración más conocidos para la atención a pacientes crónicos son el Kaiser Permanent o el *Chronic Care Model* (CCM) ¹⁵⁻¹⁶.

El Kaiser Permanent (el modelo más conocido en nuestro país según una encuesta entre varias Sociedades científicas) ¹⁶ identifica tres niveles de intervención según el grado de complejidad del caso, con el fin de utilizar mejor los recursos

humanos y organización asistencial, evitando ingresos hospitalarios y costes innecesarios (Fig. 1). El Modelo de Atención a Enfermedades Crónicas (CCM) es un modelo organizativo basado en la mejora en la coordinación de la atención a los enfermos crónicos, con la finalidad de obtener mejores resultados clínicos y funcionales (Fig. 1). Iniciado hace más de 20 años en el MacColl Institute for Healthcare Innovation de Seattle (EE.UU.) ha sido adaptado a múltiples realidades y países. Incluso la Organización Mundial de la Salud ha denominado a una adaptación del mismo "Modelo de Atención Innovadora a Condiciones Crónicas" (*Innovative Care for Chronic Conditions Framework*, ICCCC) ¹⁷ (Fig. 1). El ICCCC incorpora un enfoque poblacional, la coordinación e integración de cuidados, énfasis en la prevención, en la calidad de la atención, la flexibilidad y la toma de decisiones basadas en la evidencia. Pues bien, en el CCM se identifican 6 áreas claves y al implantarlo han de realizarse intervenciones sobre todos los elementos que lo componen de forma simultánea. Estas áreas son: la comunidad, el apoyo en autocuidado, el sistema sanitario, la provisión de servicios, el apoyo en la toma de decisiones y los sistemas de información clínica. La atención a pacientes crónicos discurre en 3 planos superpuestos: a) el conjunto de la comunidad, con sus políticas y múltiples recursos públicos y privados; b) el sistema de salud, con sus organizaciones proveedoras y esquemas de aseguramiento y c) el nivel de la práctica clínica. Todo ello ha de expresarse en la atención sanitaria cotidiana

Figura 1. Modelos de asistencias a paciente pluripatológicos



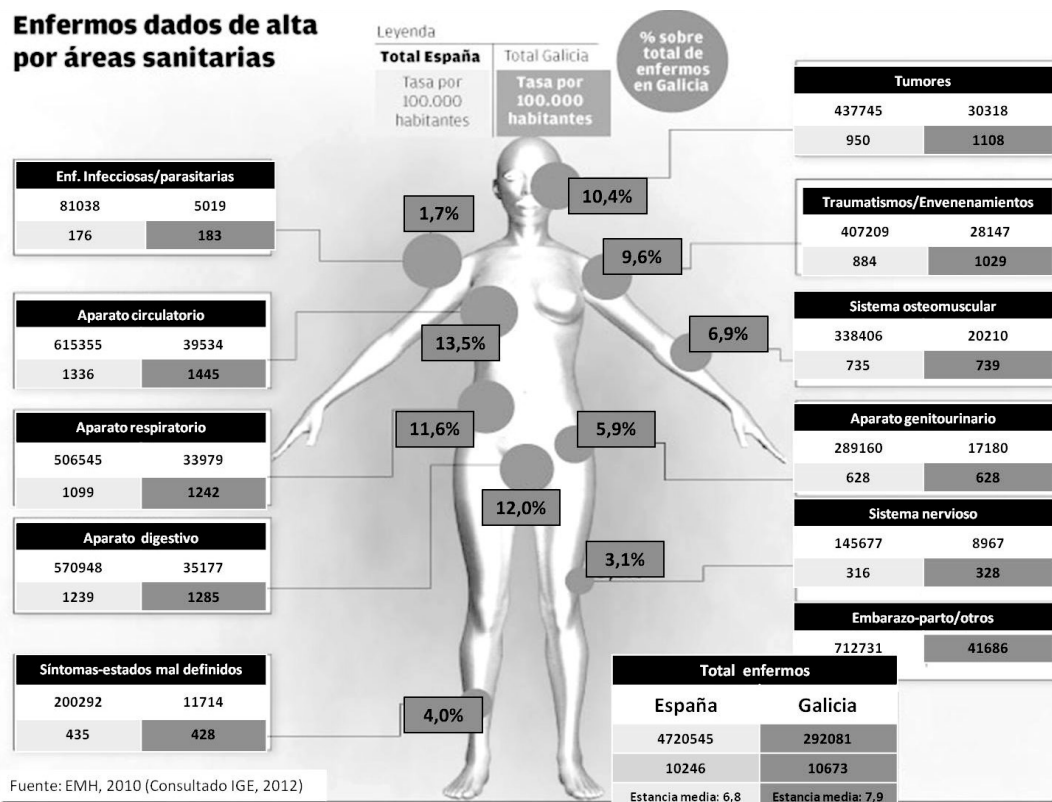
permitiendo la generación de interacciones productivas entre un paciente informado, activo y comprometido con un equipo práctico, preparado y proactivo.

Aunque en España diversas CCAA (Cataluña, Aragón, Baleares, Valencia, Andalucía, País Vasco, etc.), tomando como paradigma dichos modelos, desarrollaron diversas políticas para la atención de estos pacientes crónicos, en su aspiración de coordinar estas diversas iniciativas un grupo de trabajo de la Sociedad Española de Medicina Interna y de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria presentó en enero de 2011 un Documento de Consenso para la Atención al Paciente con Enfermedades Crónicas¹⁸. Ello se fraguó en el contexto de los diversos Congresos de Atención al Paciente Crónico, desarrollados bajo los auspicios de varias Consejerías de Salud de las CCAA. Pues bien al documento mencionado todas las personas o asociaciones interesadas pudieron incorporar sugerencias y aportaciones a través de la Web del Observatorio de Prácticas Innovadoras en el Manejo de Enfermedades Crónicas Complejas (OPIMEC)¹⁹, antes de alcanzar la versión definitiva que se presentó en el III Congreso Nacional de Atención al Paciente Crónico. Dicho Documento de consenso contó con el apoyo de las Consejerías de Salud de todas las CCAA y se ha divulgado a través de los cauces científicos de ambas sociedades. Tal documento de Consenso define explícitamente como su objetivo “promover y estimular el desarrollo de iniciativas en todas las CCAA, coordinadas desde las Gerencias de los Servicios de Salud en

colaboración con representantes de la Sociedades Científicas implicadas y de los pacientes, que puedan verse reflejadas en un Plan Integral Autonómico de Atención a los Pacientes con Patologías Crónicas en cada CA, dentro de una estrategia nacional integrada”. El documento, tras ponderar los cambios demográficos, la importancia de las enfermedades crónicas, su elevada morbimortalidad, la considerable trascendencia socioeconómica, y las carencias de nuestro sistema sanitario, propugna la necesidad de nuevos modelos organizativos para afrontar la atención a las enfermedades crónicas, proponiendo desarrollar una serie de acciones: la atención debe ser integral, integrada, accesible, longitudinal, activa, participativa, en la educación para la salud y en la gestión clínica por procesos; compete fundamentalmente a médicos de familia, enfermería e internistas; como pilares básicos se debería apoyar en el papel de la Atención Primaria como puerta de entrada al sistema, la historia clínica integrada y sistemas de información sanitaria con indicadores de evaluación adecuados que midan la aceptabilidad, la accesibilidad, la capacidad de identificar y afrontar las necesidades sanitarias de la población, y la adecuada utilización de los recursos.

Una síntesis de tal documento, que en su versión definitiva ha contado con el apoyo de 16 Sociedades Científicas, los Servicios de Salud de la 17 CCAA, el Ministerio de Sanidad y Política Social e Igualdad y el Foro de Pacientes, ha sido denominado Declaración de Sevilla²⁰.

Figura 2. Altas hospitalarias por enfermedades en Galicia (Encuesta Morbilidad Hospitalaria, 2010. Fuente: Instituto Galego de Estadística, 2012



Declaración de Sevilla para la atención a pacientes con enfermedades crónicas²⁰

Profundizando más en dicho documento, que constituye una hoja de ruta para el desarrollo de esta reforma de la asistencia en los próximos años, este se divide en los siguientes apartados:

1. El paciente y la comunidad

- Se declara explícitamente la necesidad de una acción política dirigida a la cronicidad en todas las CCAA. Debe identificarse a las personas vulnerables —empleando la afortunada metáfora acuñada de que el paciente permanezca siempre en la pantalla del radar del sistema sanitario—, así como estratificarse según su nivel de riesgo.
- Deben estimularse actividades de prevención y de promoción de salud poblacionales e individuales, evaluables, coste-efectivas y con similar nivel de intensidad que el resto de las intervenciones.
- Es preciso integrar todos los recursos de la comunidad en este objetivo de mejora de salud y de cuidados (Instituciones Públicas y Privadas, Sistema Sanitario, Red Sociosanitaria, Sociedades Científicas, Asociaciones de Pacientes Crónicos, Voluntariado, Bancos del Tiempo, Farmacias Comunitarias) mediante su cooperación coordinada y estableciendo convenios de colaboración y de complementariedad de servicios.
- Se debe facilitar el autocuidado y adoptar medidas de apoyo a familia y cuidadores.

- Es necesario fortalecer el papel de la enfermería en la prevención y seguimiento.
- Deben potenciarse los foros de relación, comunicación y colaboración de pacientes y profesionales y de páginas web de calidad en la red.

2. Organización de la atención

- Resaltar a la Atención Primaria como eje coordinador de los servicios sanitarios y sociales. Es preciso reforzar el papel del médico y enfermera de familia como agentes principales del paciente y puerta de entrada al sistema, mejorando su capacidad clínica y sus herramientas para la gestión integrada del paciente.
- Es imprescindible superar la división entre las Asistencias Primaria y Hospitalaria y crear un marco de atención compartida entre los diferentes entornos asistenciales.
- La reingeniería y gestión por procesos clínicos integrados deben reordenar los servicios para establecer la atención compartida entre los diferentes ámbitos asistenciales.
- Ha de estratificarse a la población para identificar a pacientes pluripatológicos, frágiles o con enfermedades avanzadas y desarrollar planes específicos de atención continuada o gestión de casos.
- Es necesario reforzar el papel de los profesionales con capacidad integradora. La alianza de los médicos y enfermeras de familia, con los médicos internistas y enfermeras hospitalarias, es alternativa innovadora que potencia la

continuidad asistencial y la personalización de la asistencia sanitaria. A este esquema de asistencia deben incorporarse otros profesionales como farmacéuticos, trabajadores sociales, etc.

- f) En esta reorganización de la asistencia el médico de Atención primaria debe ejercer un papel de eje coordinador de los recursos sanitarios con el fin de que la población pueda acceder de forma ordenada a los cuidados sanitarios y sociales. Su actuación, además de clínica debe contemplar problemas sociales relacionados con la dependencia.
- g) El internista debe tomar gran relevancia en la atención de pacientes con enfermedades crónicas complejas a través del papel definido como de inter-especialista, enfatizando su aporte de conexión, integración y racionalidad al paciente con comorbilidad y pluripatología.

3. Información clínica y toma de decisiones.

Ha de proveerse a los sistemas de información clínica con las condiciones imprescindibles para que sean instrumentos válidos a clínicos y gestores en la toma de decisiones: utilidad, posibilidad de evaluación y que faciliten la autonomía del paciente. En este sentido instrumentos modernos aportados por las tecnologías de la información y comunicación son:

- a) Historia clínica electrónica unificada que permita la comunicación segura entre profesionales. Debe incorporar elementos de ayuda en la toma de decisiones, de integración de tratamientos y protección de la seguridad clínica (interacciones, duplicidades o contraindicaciones farmacológicas). Para ello ha de ser consensuada entre los profesionales y Sociedades científicas para que proporcione información relevante tanto a clínicos como gestores. Además debe registrar actividades preventivas y determinantes sociales y ambientales de la enfermedad crónica.
- b) Índices clínicos evaluables acordados con los profesionales que permitan realizar un seguimiento del manejo y que permitan establecer objetivos de calidad asistencial, mediante la incentivación del su cumplimiento.
- c) Nuevas estrategias de relación entre profesionales y pacientes, mediante el uso de nuevas tecnologías. Deben basarse en el impulso a los autocuidados en un paciente más informado y con mayor autonomía.

Resulta trascendental difundir y apoyar, desde los distintos ámbitos profesionales y administrativos, el desarrollo y generalización de estos objetivos. El entorno de crisis y las características demográficas de nuestro país obligan a que España implemente con decisión tales cambios, de los cuales depende fundamentalmente la sostenibilidad de su sistema sanitario^{5,16,21}.

En este sentido, ya hay estudios económicos de salud que concluyen que por ej. el envejecimiento no es tanto una amenaza para los sistemas sanitarios, como una oportunidad para resolver problemas de la gestión de la asistencia sanitaria. En la ordenación de esta deben abordarse problemas de naturaleza política, institucional, corporativa o económica en relación con decisiones y objetivos del propio sistema sanitario. En la solución de tales problemas influirán además de la evolución demográfica el modo de enfocar cuestiones como la solidaridad intergeneracional, la edad de jubilación, la tasa de natalidad, el nivel de ocupación o la formación, etc.²¹.

La Situación de partida en Galicia y la Estrategia SERGAS 2014

Con respecto a Galicia, en el capítulo final de este Monográfico se detallarán pormenorizadamente los objetivos y líneas estratégicas contenidos en la *Estrategia SERGAS 2014, La Sanidad Pública al servicio del paciente*. En lo que se refiere a dichas las enfermedades crónicas, la radiografía de partida definida en dicho documento -con algunos datos actualizados a 2010- es la siguiente²²:

1. Valoración de la Sanidad. Según el Barómetro Sanitario del Ministerio de Sanidad, la sanidad pública en Galicia es la peor valorada (sólo por detrás de Canarias). Todos los aspectos referidos a la atención que se presta en las consultas de medicina general son peor valorados en Galicia. Es la CA con mayor % de usuarios que afirman tener que esperar >6 meses para acudir al especialista (21% frente 7% nacional). A 31/03/2009 el tiempo medio de espera para pacientes con prioridad 1 era 40,2 días.
2. Estado de salud. Percepción de su estado de salud peor que el resto de CCAA. Opina que su estado de salud es regular (31,1% frente a 21,8% de media), malo (8,2% frente a 5,8%) o muy malo (2,5% frente a 1,7%). Se ha producido un incremento de patologías crónicas y de pacientes pluripatológicos. Galicia presenta una mayor incidencia de enfermedades del aparato respiratorio, circulatorio y neoplasias malignas que la media.
En la Fig. 1 se resumen los datos actualizados sobre las hospitalizaciones gallegas y su comparación con España (Encuesta de Morbilidad Hospitalaria, 2010)²³. Muchos pacientes, sobre todo ancianos, podrán compartir ≥ 2 de dichas patologías.
3. Demografía. Sufre despoblación progresiva de las zonas interiores de Lugo y Ourense. Presenta grandes zonas de dispersión que coincide con dichas provincias. Las previsiones indican que su población se reducirá un 4% en los próximos 9 años. Galicia será la 2ª CA (sólo superada por Asturias) con mayor descenso poblacional. Este descenso viene marcado por una tasa bruta de mortalidad >2,1 % de la media nacional y tasa bruta de natalidad <3,3%. La

población gallega está muy envejecida. El 21,2% es >64 años frente a 18,3% nacional (INE, 2009). Las provincias más envejecidas son Ourense y Lugo. Ello provocará mayores niveles de sobre-envejecimiento futuros.

4. Gasto sanitario. Como producto de la crisis, el gasto sanitario medio per cápita se redujo en España en 2011 un 4,1%, respecto a 2010. En dicho 2011 el gasto sanitario gallego por habitante fue ligeramente inferior a la media nacional (1266 frente a 1289 € (Cf. <http://www.farodevigo.es/galicia/2011/01/03/galicia-debajo-media-gasto-sanitario/505602.html>Galicia).

El gasto farmacéutico per cápita (311 €) es el 3º más elevado -tras Canarias y Asturias. Este gasto supone >19% que la media nacional. Galicia presenta escaso uso de genéricos (4% frente al 8% de media) y prácticas ineficientes de prescripción y dispensación. No obstante, con las reformas introducidas en cuanto a prescripción de genéricos y catálogo sanitario se ha observado una mejoría evidente en el último año.

5. Actividad asistencial. La estancia media (2010) en los hospitales gallegos fue de 7,9 días (1,1 > media). Galicia tiene un 13% <Urgencias y un 7,7% <cirugías que la media. El nº de pruebas de Radiodiagnóstico es >que la media (10% > de radiología convencional, 32% >TAC y 49% >RMN).

5. Dotación de recursos. Galicia cuenta con una buena red de centros sanitarios, siendo la dotación de camas y equipamiento en la mayoría de casos superior a la media nacional. La dotación de gammacámaras y PET es menor. Ya en marcha el nuevo hospital de Lugo, se observa retraso en la construcción del nuevo hospital de Vigo.

Los sistemas de información gallegos son potentes y con alto grado de integración.

6. Profesionales. Los profesionales cuentan con un elevado nivel técnico, formación e implicación con el sistema. Sin embargo, se observa cierta falta de motivación en ellos y la existencia de un modelo obsoleto de gestión de personal.

7. Innovación. Existen magníficos profesionales y grupos en investigación biomédica, de trayectoria acreditada. Sin embargo, debe reforzarse la coordinación entre las estructuras y organizaciones relacionadas, en particular los Institutos de Investigación Sanitaria. Faltan mecanismos de integración con la iniciativa del Campus Vida. Se carece de modelos de protección y transferencia de los resultados de la investigación. No se dispone de un sistema integral de iniciativas innovadoras focalizado en los problemas de salud de los ciudadanos, ni espacio de encuentro donde converjan usuarios, centros generadores de conocimiento (Universidades, otros organismos públicos de investigación), empresas biosanitarias y SERGAS.

8. Orientación a ciudadanos y pacientes. No hay suficientes canales de comunicación, participación e interacción con los ciudadanos. No está lo suficientemente potenciada la libre elección de médico y hospital. Existe escaso desarrollo de atención a colectivos específicos: pacientes crónicos, atención sociosanitaria, atención a domicilio, alta resolución, paciente anciano, autocuidados, etc.

9. Gestión. No hay una gestión eficiente de las listas de espera. Existe heterogeneidad de criterios entre centros y no existe una priorización real de patologías. Existen bolsas de ineficiencia en áreas como compras-logística, procesos diagnósticos, gestión energética, etc. Galicia dispone de muchos datos, no traducidos en información útil para gestión y toma de decisiones eficiente.

10. Principales problemas identificados en el Plan de Prioridades (PPS). Los problemas de salud prioritarios identificados por la Consellería en su PPS son: cardiopatía isquémica, cáncer de pulmón, ictus/accidente cerebral vascular, diabetes mellitus, depresión/trastornos afectivos, EPOC, cáncer de colon y mama. Como inciso ha de destacarse aquí la clamorosa falta de referencia a procesos como la insuficiencia cardiaca, con más de 7000 hospitalizaciones anuales.

Además, el PPS identifica los siguientes problemas relacionados con los derechos y procesos: información sobre derechos, deberes y prestaciones; sistema de información para profesionales sanitarios; demora en consultas externas; estancia media en centros públicos; extensión de aseguramiento público a las personas residentes en Galicia; demora para pruebas diagnósticas ambulatorias; escasa cirugía mayor ambulatoria en centros públicos; tiempo de demora para ingreso no urgente; intervenciones quirúrgicas totales por mil habitantes; tasa de cesáreas.

Incorporándose al camino. Los inicios de acción de la Sociedad Gallega de Medicina Interna (SOGAMI)

La Declaración de Sevilla define como esencial el integrar todos los recursos de la comunidad en la asistencia a tales pacientes, citando específicamente el importante papel de las Sociedades científicas. En Galicia y dentro de la colaboración para desarrollar la Estrategia SERGAS 2014, que intenta indicar pautas de sistematización en el manejo de estos y otros pacientes, la SOGAMI promueve un plan de comienzo para informar e involucrar a sus miembros en una estrategia racional y eficiente en el manejo de pacientes crónicos y pluripatológicos²⁴.

Para ello, como objetivos generales se plantea 1. Racionalización de la asistencia a los pacientes PPL proporcionando una atención y cuidados integrales, garantizando la continuidad

en la asistencia a estos pacientes. 2. Mejorar la accesibilidad evitando las reiteradas visitas y exploraciones en los servicios de urgencias.

Como objetivos específicos desarrollará: 1. Guías de manejo de pacientes pluripatológicos que den soporte a una asistencia y cuidados integrales a través equipos multidisciplinares. 2. Planes terapéuticos interdisciplinares para los perfiles de pacientes pluripatológicos más prevalentes encaminados al tratamiento y cuidado de sus enfermedades. 3. Reuniones periódicas, protocolos compartidos y circuitos con Atención Primaria.

Dicho plan de inicio de la SOGAMI para la Mejora de la Atención a Pacientes Pluripatológicos en Galicia, comprende los siguientes pasos. 1. Conocimiento del punto de partida y divulgación de los planes ya en desarrollo en distintos ámbitos asistenciales del SERGAS. 2. Plasmar dichas experiencias multicéntricas en un Monográfico de Galicia Clínica, revista oficial de la SOGAMI, y difundirlas a través de su Web (www.meiga.info). 3. Elaborar o adaptar guías de manejo de pacientes pluripatológicos para proporcionar cuidados integrados y en lo posible homogéneos a estos pacientes, que incluirán prioritariamente a pacientes con EPOC, IC, dislipemias, HTA, etc. 4. Difundir estas estrategias entre los miembros de la Sociedad a través de su Revista y página Web específicas así como a través de la red informática del SERGAS. 5. Divulgar e implementar dichas Guías de actuación por los profesionales mediante su adaptación a los diferentes ámbitos locales. Para ello, y como parte de este plan estratégico de desarrollo de tal proyecto ya se firmó en diciembre-2011 un convenio no condicionado con la empresa AstraZeneca y se exploran otras valiosas colaboraciones de otras empresas e instituciones.

El presente Monográfico de *Galicia clínica* es el inicio de la materialización de este proyecto y planea distribuirse a los asistentes del IV Congreso Nacional de Atención al paciente crónico (marzo-2012), a los miembros de SOGAMI y a órganos competentes del SERGAS. Completada la 1ª fase de elaboración del Monográfico, se pasará a una 2ª de elaboración de actuaciones clínicas para el paciente crónico/pluripatológico, se diseñarán estudios epidemiológicos en el SERGAS para la identificación y asistencia de pacientes con múltiples ingresos hospitalarios, se incorporarán en su Web protocolos de atención de las Unidades de Cuidados Paliativos, etc.

En conclusión, creemos que las sociedades científicas, como la SOGAMI, deben mostrarse sensibles y deseosas de aportar y colaborar en la mejor asistencia a este tipo de pacientes complejos y cada vez más prevalentes. Para ello se han iniciado planes de sensibilización entre sus miembros y se desarrollan pautas de actuación homogeneizadas para el manejo de tales pacientes.

Bibliografía

- Ollero Baturone M. Modelo de organización para los pacientes crónicos complejos. Foro de Debate. Gestión clínica 2.0. Escuela andaluza de Salud Pública, 2009.
- Ollero-Baturone M (coordinador), Álvarez-Tello M, Barón-Franco B, Bernabeu-Wittel M, et al. Atención al paciente pluripatológico: Proceso Asistencial Integrado. 2ª ed. Sevilla: Consejería de Salud; 2007. Available at: <http://www-csalud.dmsas.sda.sas.junta-andalucia.es/contenidos/procesos/docs/pluri.pdf>.
- Ollero M, Bernabeu M, Rincón M, Upshur R, Bernstein B. The language of poly-pathology. En: Jadad AR, Cabrera A, Martos F, Smith R, Lyons RF. When people live with multiple chronic diseases: a collaborative approach to an emerging global challenge. Granada: Andalusian School of Public Health; 2010. Available at: <http://www.opimec.org/equipos/when-people-live-with-multiple-chronic-diseases>.
- Ribera Casado M. La salud y las personas mayores. En Libro blanco del envejecimiento activo. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad: Madrid; 2011; pp. 225-45.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Unidad de Pacientes Pluripatológicos. Estándares y Recomendaciones. 2009. Disponible en: www.msc.es.
- Fernández Miera MF. Atención al paciente pluripatológico en HaD. En: Sanroma Mendi-zábal P, Sampredo García I, González Fernández C, Baños Canales MT. Hospitalización domiciliaria. Recomendaciones clínicas y procedimientos. Sociedad española de hospitalización a domicilio. Santander: Imprenta Regional de Cantabria, 2011, 419-427.
- Ruiz de Adana Pérez R. Paciente con enfermedades crónicas: ¿cómo mejorar su atención? 2011. Disponible en: <http://sedisasigloxxi.es/spip.php?article128>.
- García-Morillo JS, Bernabeu-Wittel M, Ollero-Baturone M, Aguilar-Guisad M, Ramírez-Duque N, González de la Puente MA et al. Incidencia y características clínicas de los pacientes con pluripatología ingresados en una unidad de medicina interna. Med Clín (Barc) 2005; 125: 5-9
- Ramírez-Duque N, Ollero-Baturone M, Bernabeu-Wittel M, Rincón-Gómez M, Ortiz-Camúñez M.A, García-Morillo JS. Características clínicas, funcionales, mentales y sociales de pacientes pluripatológicos. Estudio prospectivo durante un año en Atención Primaria. Rev Clin Esp. 2008; 208(1):4-11.
- Zambrana García JL, Velasco Malagon MJ, Díez García F, Cruz Caparros G, Martín Escalante MD, Adarraga Cansino MD. Characteristics of patients with multiple disease hospitalized in Internal Medicine services. Rev Clin Esp. 2005; 205(9):413-417.
- Medrano González F, Melero Bascones M, Barba Romero MA; Gómez Garrido J, Llabrés Díaz J; Moreno Salcedo J. Comorbilidad, pluripatología, consumo de recursos y pronóstico de pacientes ingresados en una unidad de Medicina Interna. An Med. Intern. (Madrid) 2007; 24: 525-530.
- Martínez Vellilla NI, De Gaminde Inda I. Índices de comorbilidad y multimorbilidad en el paciente anciano. Medicina Clínica. 2011; 136(10): 441-446.
- Sociedad Española de Medicina Interna(SEMI). [Web site]. Madrid: SEMI. Grupos de Trabajo FEMI. Pacientes Pluripatológicos y Edad Avanzada. Disponible en: http://www.fesemi.org/grupos/edad_avanzada/noticias/index.php.
- Bernabeu-Wittel M, M. Ollero-Baturone M, Moreno-Gaviño L, Barón-Franco B, Fierres A, Murcia-Zaragoza J et al. Development of a new predictive model for poly-pathological patients. The PROFUND index. Eur J Intern Med (2010), doi:10.1016/j.ejim.2010.11.012
- Nuño Solinis R. Atención innovadora. Más necesaria que nunca. RISAI 2009; 1(3): 1-8. disponible en www.risai.org.
- Sociedad Española de Directivos de Atención Primaria. Un nuevo hospital para una nueva realidad. Saned: Madrid, 2011. Disponible en www.sedap.es.
- Observatory of Innovative Practices for Complex Chronic Diseases Management. [Web site]. Taxonomy. Available at: <http://www.opimec.org/glosario>.
- Grupo de Trabajo de la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI) y la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC). Atención al paciente con enfermedades crónicas Documento de consenso. Sevilla: Mergablum Edición y Comunicación SL, 2011.
- Observatorio de prácticas innovadoras en el Manejo de Enfermedades Crónicas Complejas. Disponible en www.opimec.org.
- Ollero Baturone M, Orozco Beltrán D, Domingo Rico C, Román Sánchez P, López Soto A, Melguizo Jiménez M, Bailón Muñoz E, Ruiz Cantero A, Ortiz Camúñez MA, Cuello Contreras JA. "Declaración de Sevilla" conferencia nacional para la atención al paciente con enfermedades crónicas. Rev Clin Esp. 2011; 211: 604-6.
- Hidalgo Vera A, coord. Estudio de las pautas previsibles de utilización futura de servicios sanitarios por mayores, frena a la viabilidad financiera del sistema de salud. Fundación Pfizer: Madrid, 2011. Disponible en www.fundacionpfizer.org.
- Estrategia SERGAS 2014. La Sanidad Pública al servicio del paciente. Disponible en: http://www.sergas.es/Docs/Conselleria/Estrategia_Sergas_2014.pdf, consultado, 30/01/2011.
- Instituto Gallego de Estadística, 2012. Encuesta de Morbilidad hospitalaria, 2010.
- Montes-Santiago J, Casariego-Vales E, De Toro Santos M, De La Iglesia Martínez F, Cerqueiro JM, Mosquera, Grupo SOGAMI. Mejora de la atención al paciente crónico y pluripatológico en Galicia. Plan de inicio de la Sociedad Gallega de Medicina Interna. IV Congreso Nacional de Crónicos, Alicante, marzo 2012.

Multimorbilidad en los servicios médicos hospitalarios: un problema clínico y de gestión

Multimorbidity in hospital medical services: a clinical and management problem

María Matesanz Fernández¹, Iria Íñiguez Vázquez¹, David Rubal Bran¹, Sonia Pértega Díaz², Jesús Conde Freire³, Emilio Casariego Vales¹

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Lucus Augusti. SERGAS. Lugo

²Unidad de epidemiología clínica y bioestadística. Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña (CHUAC). SERGAS. A Coruña

³Servicio de Documentación Médica. Hospital Universitario Lucus Augusti SERGAS. Lugo

Resumen

INTRODUCCIÓN: La multimorbilidad, a pesar de ser muy frecuente y tener mucha repercusión socio-sanitaria, es un fenómeno poco estudiado.

PACIENTES Y METODOS: Estudio de la totalidad de ingresos hospitalarios en los servicios del área médica de adultos en un Hospital General entre 2000 y 2009. Los datos se obtuvieron de la base de datos general del centro. Se crearon nuevas variables con la integración de otras bases del servicio y tras el análisis y compactación de los datos existentes. En el análisis estadístico se utilizaron técnicas habituales de la estadística descriptiva.

RESULTADOS: En los 10 años en estudio se registraron 111.123 ingresos correspondientes a 52269 pacientes (varones 55,9%, edad media 68,6 –DT 17,2-, mortalidad acumulada 26,5%) distribuidos en 12 servicios hospitalarios. El 51,2% de los pacientes sufrían al menos una de las siguientes patologías: Cardiopatía isquémica (12,4 %), insuficiencia cardíaca (15,2%), Demencia (9,8 %), cáncer (18,1 %) y EPOC (16,4 %). En conjunto, sufrían dos o más de estas patologías 8597 pacientes, sumando 30598 ingresos, 2818 fallecimientos hospitalarios (32,8%) y una estancia media de 12,4(DT 7,1) días. Por asociaciones de patologías la más frecuente fue EPOC/ insuficiencia cardíaca (1355 pacientes, 5330 ingresos) y la menos habitual la asociación de todas ellas (18 pacientes, 125 ingresos).

CONCLUSIÓN: La multimorbilidad supone un desafío clínico y un importante problema de gestión. Nuestro estudio identifica subgrupos de pacientes que suponen un porcentaje importante de la actividad hospitalaria y donde es posible establecer programas que mejoren su calidad de vida, reduciendo sus ingresos hospitalarios.

PALABRAS CLAVE: Multimorbilidad, mortalidad, calidad asistencial

Abstract

INTRODUCTION: Multimorbidity, a very frequent and with a big socio-sanitary repercussion, is a little studied situation.

PATIENTS AND METHODS: A study of totality of adults hospital discharges in medical services between 2000 and 2009 was conducted. The study variables were obtained from hospital records. New variables were created with integration of other medical records and after derivation from the original variables. A descriptive statistical analysis was conducted.

RESULTS: In 10 years-study and 12 adults hospital medical services, 111.123 discharges in 52269 patients (male 55,9%, mean age 68,6 –SD 17,2-, accumulated mortality 26,5%) were registered. 51,2% of patients had at least one of following: coronary ischemic disease (12,4 %), heart failure (15,2%), dementia (9,8 %), cancer (18,1 %) y COPD (16,4 %). Totally, 8597 had at least two of them, generating 30598 discharges, 2818 in-hospital deaths and mean length stay 12,4 (SD 7,1) days. The most frequent association was COPD/heart failure (1355 patients, 5330 admissions) and the least all together association (18 patients, 125 admissions).

CONCLUSION: Multimorbidity is a clinical challenge and a management problem. Our study identifies groups of patients with a great repercussion over hospital activity. It's possible to establish programs to improve quality life and reducing their in-hospital admissions.

KEY WORDS: Multimorbidity, mortality, quality of health care

Introducción

Se define multimorbilidad (MM) como la concurrencia de dos o más patologías crónicas en un paciente¹. Entre los pacientes ingresados en un hospital esta situación es muy frecuente y se estima que la media de problemas médicos por paciente es de 5 y que solo un 15% tiene un único problema médico bien definido. Sin embargo, entre los hospitalizados mayores de 65 años, el promedio es de 6,4 enfermedades crónicas por paciente². En España, un estudio realizado sobre un millón de altas hospitalarias apreció que los pacientes ingresados en Medicina Interna tenían un promedio de 5,84 patologías médicas³. Además de la edad, esta situación se incrementa cuando existen determinadas patologías. Así, se apreció que hasta el 49% de los pacientes con Insuficiencia cardíaca tenía n 3 o más patologías concomitantes⁴.

En contraste con su enorme frecuencia y repercusión sobre los servicios sanitarios, es un fenómeno poco estudiado. Si bien es claro que los pacientes con MM tienen una mayor mortalidad, mayor discapacidad y peor calidad de vida así como un incremento de uso de servicios sanitarios y sociales⁵, las limitaciones apreciadas en la mayoría de los estudios son, todavía, notables. A nivel clínico, las diferentes combinaciones de MM, su proceso de asociación y desarrollo en el tiempo así como sus posibles interacciones y sinergias son, hoy en día, básicamente desconocidos. Como consecuencia, de muchos aspectos de su manejo en la asistencia diaria son claramente mejorables^{5,6} y el peso asistencial que supone es desconocido. Por ello, el objetivo de este estudio fue conocer, a través de las asociaciones de 5 patologías más frecuentes, el peso de la MM en los servicios Médicos de un Hospital General.

Pacientes y métodos

Estudio de la totalidad de ingresos hospitalarios efectuados en los Servicios del área médica del Hospital Xeral-Calde de Lugo entre Enero de 2000 hasta Diciembre de 2009 inclusive. Este Centro disponía, en la época en estudio, de 769 camas repartidas entre 3 Centros Hospitalarios, cubriendo la asistencia de una población de unos 240.000 habitantes. Este Complejo Hospitalario se cerró en diciembre de 2010 al trasladarse a un nuevo Centro Hospitalario. El área médica estaba formada por los siguientes doce servicios: Cardiología, Endocrinología, Reumatología, Oncología, Neumología, Digestivo, Neurología, Nefrología, Geriátrica, Unidad de Media Estancia, Infecciosas y Medicina Interna. Los datos se obtuvieron de la base CMDB del centro. El elemento básico en esta primera parte de estudio fue el ingreso hospitalario y contenía las siguientes variables: número de historia clínica, servicio de ingreso, ayuntamiento de procedencia, sexo, fecha de nacimiento, edad al ingreso, fecha de ingreso, fecha de alta, día de alta, estancia (en días), destino al alta (incluyendo fallecimiento), GRD, diagnóstico principal, diagnóstico secundarios.

Tabla 1. Relación de las 25 patologías crónicas más frecuentes del Área Médica

Enfermedad	Frecuencia
Hipertensión Arterial	40,8%
Diabetes Mellitus	19,5%
Dislipemia	18,7%
Cáncer de cualquier localización	18,1%
Fibrilación auricular	17,8%
Enfermedad Obstructiva Crónica	16,4%
Insuficiencia Cardíaca	15,2%
Ictus	13,2%
Cardiopatía Isquémica	12,4%
Trastornos del Humor	9,9%
Demencia	9,8%
Obesidad	7%
Alcoholismo	6,2%
Enfermedad Renal crónica	6,1%
Otras enfermedades Neumológicas	6%
Valvulopatía Aórtica	5,2%
Problemática Social	4,9%
Valvulopatía Mitral	4,5%
Epilepsia	4,2%
Asma	4%
Parkinson	3,8%
Ansiedad	3,5%
Miocardopatía	2,6%
Hepatopatía no Alcohólica	2,5%
Hepatopatía Alcohólica	2,3%

Cuatro facultativos revisaron la base buscando errores (datos incompletos, errores de clasificación, errores de tecleo...). Para ello se verificaron todos los casos de manera individual, consultando la historia clínica cuando fue preciso, hasta que se consideró que la base de datos estaba libre de errores. Posteriormente cada uno de los diagnósticos integrados en cada uno de los ingresos se clasificó como agudo o crónico, utilizando como criterio el acuerdo entre todos los facultativos participantes en el estudio.

Seguidamente se clasificaron los distintos episodios de ingreso según las clasificaciones previamente utilizadas en este tipo de estudios, para ello se utilizaron los criterios de Charlson *et al*⁸ y Cumulative Illness Rating Scale⁸. Para establecer las patologías crónicas más prevalentes se utilizaron los criterios de The German MultiCare-study⁹.

En un segundo tiempo se reconvirtió la base de datos de episodios de hospitalización en una base de pacientes. Para ello se constituyó una matriz donde cada fila incluía a un único paciente, con sus sucesivos ingresos, siendo cada columna una variable distinta. Ello permitió calcular otras variables secundarias (por ejemplo, tiempo entre ingresos)

Posteriormente se añadieron datos que provenían de otras bases de datos del centro (visitas a Consultas Externas, último contacto con el hospital, ...). Para finalizar se realizó un control de errores en la búsqueda de inconsistencia o de datos imposibles y se corrigieron de forma sucesiva hasta conseguir la depuración completa de todos los datos.

Puesto que el objeto del estudio era conocer el peso de la MM sobre el trabajo asistencial del área médica, se seleccionaron 5 patologías de entre las de mayor relevancia clínica. La selección se realizó por consenso del grupo investigador de entre las 25 de mayor prevalencia. Estas patologías fueron: Insuficiencia cardíaca (ICC), Cardiopatía isquémica (CI), Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), Demencia y Cáncer de cualquier localización. En el análisis estadístico se utilizaron técnicas habituales de estadística descriptiva. En el manejo de los datos se utilizó el paquete estadístico SPSS.

Resultados

Entre el 1 de enero de 2000 y el 31 de diciembre de 2009 se han producido un total de 111.123 ingresos en los doce servicios que componen el área médica del Hospital. Estos ingresos correspondieron a un total de 52.269 pacientes. De ellos, 29.521 (56,5%) ingresaron una única vez y el resto (22.748 pacientes) 2 o más veces. En la serie general el 55,9% eran varones, la edad media 68,6 (DT 17,3) años y la mortalidad acumulada en los sucesivos ingresos fue del 16,5%.

Se determinaron las 25 patologías crónicas más frecuentes (Tabla 1). Los pacientes que sufrieron al menos una de las 5 patologías seleccionadas (ICC, CI, EPOC , Demencia y Cán-

cer) fueron 26.781, esto es el 51,2% del total de pacientes ingresados en los 10 años en estudio. De entre ellos, 18.173 (67,8 %) presentaban una única de estas 5 enfermedades y 8.577 (32,0 %) pacientes presentaban diferentes combinaciones de al menos dos de estas patologías. Por el contrario, solo 25.488 (48,8%) pacientes no presentaban ninguna de estas patologías. Este grupo de pacientes tenían una edad media de 61,9 años (DT 19,4) con una media de 1,5 (DT 1,2) ingresos por paciente y presentaban una mortalidad del 6,6% durante el ingreso.

Cuando consideramos los pacientes que presentaban simultáneamente dos de las patologías señaladas, identificamos 10 grupos de pacientes que, en conjunto, sumaron 6121 sujetos (Tabla 2). En conjunto, tenían una edad media de 78,6 (DT 9,3) años, una media de 3,01 (DT 2,6) ingresos por paciente, la estancia total fue 251.224 días y la mortalidad intrahospitalaria acumulada 28,01%. La asociación más frecuente fue EPOC e ICC que representó hasta el 2,6% de la totalidad de los ingresos del área médica en el periodo señalado. Las mortalidades oscilaron entre 18% para el grupo con EPOC y CI y el 39,4% para la asociación EPOC y Cáncer.

Presentaron simultáneamente 3 de las 5 enfermedades seleccionadas un total de 1647 pacientes, repartidos en 10 subgrupos según las distintas asociaciones de enfermedades (Tabla 3). Su edad media global fue 80,1 (DT 7,3) años, 4,4 (DT 2,9) ingresos de media por paciente, estancia total 89.416 días y la mortalidad intrahospitalaria acumulada en el periodo señalado 35,68%. La asociación más frecuente fue CI, ICC y EPOC, con un total de 459 pacientes (0,9% del total de pacientes en el área médica)

Solo 265 pacientes presentaban 4 de estas 5 patologías (Tabla 4). En conjunto presentaban una edad media de 81,02 (DT 6,3) años, se registraron 5,5 (DT 3) ingresos de media

por cada paciente con una estancia total de 17.417 días y una mortalidad acumulada del 39,2%. Por subgrupos la asociación más frecuente fue CI, ICC, EPOC y Cáncer (126 pacientes; 0,2% del total de pacientes). La mortalidad hospitalaria fue muy variable; desde el 17% para el subgrupo Cáncer, Demencia, CI y EPOC hasta del 52,2% para el subgrupo formado por los pacientes con Cáncer, Demencia, CI y ICC. Por último, únicamente 18 pacientes presentaron las 5 enfermedades. Como grupo su edad media fue 80,3 (DT 6,2) años, 6,9 (DT 5,4) ingresos de promedio de ingresos, estancia total de 1.257 días y una mortalidad intrahospitalaria acumulada del 27,8%.

Discusión

El 51,2 % de los pacientes ingresados en el área médica de un hospital general presentan al menos una de las 5 patologías siguientes: Cardiopatía isquémica, demencia, ICC, EPOC o Cáncer. Las múltiples combinaciones entre ellas no sólo definen subgrupos de pacientes de alta complejidad cuyo manejo es todo un desafío clínico, sino también grupos de pacientes con múltiples reingresos, largas estancias y elevada mortalidad.

A pesar de las múltiples investigaciones que se han realizado sobre patologías crónicas concretas, existe muy poca información sobre los perfiles clínicos, las dificultades de manejo y la carga asistencial que suponen las diferentes combinaciones de estos procesos¹⁰. En 1995, en Estados Unidos, el 79% de las personas no institucionalizadas de 70 o más años sufría al menos una de las 7 condiciones crónicas más frecuentes: hipertensión arterial, enfermedad cardíaca, diabetes mellitus, enfermedad respiratoria, ictus, osteoartritis o cáncer¹¹ y en hasta en el 20% de los casos coincidían dos o más de estos problemas. Sin embargo, entre los distintos

Tabla 2. Pacientes con asociación de dos enfermedades crónicas

	Nº de pacientes	% *	Nº de ingresos por paciente		Edad		Éxito**	Estancia total (días)
			media	DT	media	DT		
EPOC + CA	1.098	2,1	3,2	3	73,8	9,8	39,4%	37.763
ICC + EPOC	1.355	2,6	3,9	3,4	78,1	9,8	34,2%	64.905
CI + ICC	955	1,8	3,5	3	77,3	10,4	26,8%	37.183
ICC + CA	565	1,1	3	2,7	77,6	10,7	38,6%	20.141
CI + EPOC	545	1	3,2	3,1	74,8	10,1	18,0%	18.989
ICC + DE	526	1	2,8	2,0	84,8	6,7	37,5%	18.768
DE + EPOC	506	1	3,1	2,8	82,2	7,1	30,6%	19.162
CI + CA	464	0,9	2,9	2,3	74,1	9,8	22,4%	13.503
DE + CA	401	0,8	2,4	1,8	82,4	7,4	35,7%	12.784
CI + DE	232	0,4	2,7	2,7	81,5	7,3	23,7%	8.026
	6.121						28%	

* % de la totalidad de los ingresos. ** acumulado en el total de ingresos

CI: Cardiopatía Isquémica. ICC: Insuficiencia Cardíaca. DE: Demencia. EPOC: Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica. CA: Cáncer de cualquier localización

Tabla 3. Pacientes con asociación de tres enfermedades crónicas

	Nº de pacientes	%*	Nº de ingresos por paciente		Edad		Éxitus	Estancia total (días)
			media	DT	media	DT		
CI + ICC + EPOC	459	0,9	5,6	4,4	76,8	9,3	32,2%	29.863
ICC + EPOC + CA	300	0,6	4,6	4,0	77,7	8,8	36,0%	16.883
CI + ICC + CA	184	0,4	4,1	3,3	79,3	8,6	34,8%	8.448
ICC + DE + EPOC	160	0,3	4,6	3,1	83,7	5,9	38,1%	9.027
CI + ICC + DE	147	0,3	3,8	2,5	82,7	6,9	40,8%	7.411
CI + DE + CA	129	0,2	4,2	3,8	75,8	10,4	37,2%	5.903
DE + EPOC + CA	94	0,2	3,4	2,3	81,6	6,1	40,4%	4.566
ICC + DE + CA	89	0,2	3,2	2,2	83,9	6,3	36,0%	3.841
CI + DE + EPOC	52	0,1	3,6	2,2	80,3	8,1	30,8%	2.351
CI + DE + CA	33	0,1	2,8	1,4	80	6,1	33,3%	1.123
	1.647						35,6%	

*% de la totalidad de los ingresos

CI: Cardiopatía Isquémica. ICC: Insuficiencia Cardíaca. DE: Demencia. EPOC: Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica. CA: Cáncer de cualquier localización

análisis poblacionales efectuados se han apreciado notables diferencias. Marengoni¹², en un estudio sobre 33 poblaciones seguidas durante 18 años, apreció que la prevalencia de MM entre los mayores de 65 años oscilaba entre el 21% y el 98%. Otro estudio¹³, de similares características, encontró tasas oscilantes entre el 50% y el 100%. En ambos casos estas variaciones son debidas no sólo a las diferencias entre las distintas poblaciones estudiadas, sino también a las diferencias en la obtención de los datos, los grupos de edad investigados o las definiciones usadas de MM. Entre los pacientes ingresados en un hospital, se estima que la media de problemas médicos por paciente es de 5 y que sólo un 15% tienen un único problema médico bien definido. En estos pacientes, la edad y la presencia de comorbilidades se asocian con mayor necesidad de cuidados, mayor número de reingresos y, también, mayor mortalidad¹⁴. Además de la edad, la presencia de MM se incrementa en el contexto de determinadas patologías. Por ejemplo, el 49% de los pacientes con ICC tienen 3 o más patologías concomitantes¹⁵.

A pesar de ser un problema muy frecuente y de gran repercusión sobre los servicios sanitarios, también es un fenómeno poco estudiado. Si bien existen numerosos estudios de pre-

valencia, la ausencia de consenso no sólo sobre cómo definir, sino también sobre las formas de medir estos conceptos, limita la interpretación y la comparabilidad de los resultados¹⁶. Por ello, ante la ausencia de un criterio claro, en nuestro estudio decidimos analizar el peso de un número limitado de patologías que, desde un punto de vista clínico y a juicio de los investigadores, eran muy relevantes. La selección final se basó no sólo en la frecuencia, ya que todas ellas afectan a entre el 10% y el 20% de los pacientes en nuestra serie. Otras razones fueron: que son, por sí mismas, causas de ingreso hospitalario, que pueden ingresar en diferentes servicios del área médica por diferentes motivos, que generan una enorme complejidad asistencial y que todas disponen de guías de práctica clínica.

Por otra parte, los estudios prospectivos y bien diseñados sobre el impacto de la MM en los servicios de salud son muy escasos. Gijzen et al¹⁷, en una recopilación de 82 estudios de muy diferente naturaleza, señalaron que los pacientes con MM tienen mayor mortalidad, discapacidad y peor calidad de vida. También se apreció el incremento de uso de los servicios sanitarios (número de vistas al médico, hospitalizaciones y duración de la estancia)¹⁷ y mayor polifarmacia y reaccio-

Tabla 4. Pacientes con asociación de cuatro enfermedades crónicas

	Nº de pacientes	%*	Nº de ingresos por paciente		Edad		Éxitus	Estancia total (días)
			media	DT	media	DT		
CI + ICC + EPOC + CA	126	0,2	5,8	3,7	77,2	7,9	35,7%	8.507
CI + ICC + DE + EPOC	73	0,1	6	3,9	82,1	6,7	43,8%	5.252
ICC + DE + EPOC + CA	26	0,0	6	3,7	80,9	6,3	46,2%	2.037
CI + ICC + DE + CA	23	0,0	3,7	2,0	81,4	5,5	52,2%	1.049
CI + DE + EPOC + CA	17	0,0	3,5	1,2	83,8	6,4	17,6%	572
	256							

*% de la totalidad de los ingresos

CI: Cardiopatía Isquémica. ICC: Insuficiencia Cardíaca. DE: Demencia. EPOC: Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica. CA: Cáncer de cualquier localización

nes adversas a fármacos¹⁸. Nuestro estudio aporta que los pacientes con MM suponen un elevado porcentaje de las hospitalizaciones del área médica, independientemente de servicio donde se ubican. Por ejemplo, sólo las estancias de los pacientes con 3 patologías concomitantes (ver Tabla 3) equivalen, en un Centro como el nuestro, a la ocupación de 24 camas, todos los días del año, durante 10 años. Evidentemente los costes de esta asistencia son muy elevados. Sin embargo, más allá del precio, existen otros problemas, clínicos y humanos, más importantes. En primer lugar, ¿tenemos la estructura asistencial y el conocimiento clínico adecuados para manejar esta complejidad?. En segundo lugar, buscar nuevas fórmulas asistenciales que permitan mejorar la calidad de vida de los pacientes y, como consecuencia, reducir sus reingresos. En este contexto han surgido grandes iniciativas, como Partnerships for Patients, programa federal en U.S.A., cuyo principal objetivo es reducir las hospitalizaciones evitables en un 20% antes de 2014¹⁹. En nuestro país, y a nivel clínico, los programas de atención a patologías concretas, como los puestos en marcha bajo el auspicio de la Sociedad Española de Medicina Interna en la ICC, han demostrado mejorar la situación de los pacientes y reducir los reingresos^{4,20}.

Los resultados de nuestro estudio han de analizarse teniendo en cuenta posibles limitaciones. En primer lugar, dado que cada Centro tiene su propia dinámica de trabajo, sus resultados podrían no ser extrapolables a otros Centros. Si bien los sistemas de trabajo pudieran ser muy distintos en Centros de muy diferente tamaño, en los similares el grado de estandarización de cuidados es muy alto por lo que los resultados no debieran de ser muy diferentes. Tampoco la población a la que prestamos asistencia y su distribución de enfermedades muestra diferencias sustanciales con las de su entorno²¹. En otro orden de cosas, puesto que los datos se recogen de las bases de datos del hospital pudiera pensarse que existan errores de clasificación. Sin embargo es altamente improbable; la inclusión de los diferentes procesos en las bases de datos se hace utilizando el informe de alta como fuente y por profesionales con experiencia, con una cualificación similar a los de su entorno y utilizando procedimientos normalizados de trabajo muy estandarizados. Por todo ello entendemos que si bien pudieran existir diferencias con otros Centros de nuestro entorno, estas han de ser poco relevantes y que los resultados generales y tendencias de estudios similares en otros Centros debieran ser superponibles a los nuestros. En resumen, los pacientes con MM, en sus múltiples combinaciones y variantes, suponen un porcentaje muy elevado del trabajo asistencial del área médica de un Hospital, con múltiples reingresos y elevada mortalidad. Todo ello supone no sólo un desafío clínico en el manejo de patologías muy diversas y complejas, sino también un importante problema

de gestión. Nuestro estudio identifica subgrupos de pacientes que suponen un porcentaje muy elevado de la actividad hospitalaria y donde es posible establecer programas que mejoren su calidad de vida y reduzcan sus ingresos hospitalarios.

Estudio financiado con una Beca de investigación de la Sociedad Gallega de Medicina Interna. Convocatoria 2010.

Bibliografía

1. Akker M van den, Buntinx F, Metsemakers JF, Roos S, Knottnerus JA: Multimorbidity in general practice: prevalence, incidence, and determinants of co-occurring chronic and recurrent diseases. *J Clin Epidemiol* 1998, 51: 367-75.
2. Fortin M, Lapointe L, Hudon C, Vanasse A, Ntutu AL, Maltais D: Multimorbidity and quality of life primary care: a systematic review. *Health and Quality of Life Outcome*, 2004; 2: 51
3. Zapatero A, Barba R, por el Grupo de Gestión Clínica FEMI. Estudio de un millón de altas hospitalarias en Medicina Interna. Disponible en www.fesemi.org/grupos/gestion-clinica/noticias/un-millon-de-altas.pdf
4. Cerqueiro González JM, Terrón Pérez F, Abeledo Vázquez C, López Díaz MJ, Matesanz Fernández M, Casariego Vales E. Resultados asistenciales de una consulta monográfica para pacientes con Insuficiencia Cardíaca. Estudio de Cohortes. *Galicia Clin* 2010; 71: 103-110.
5. Nagel G, Peter R, Braig S, Hermann S, Rohrmann S, Linseisen J. The impact of education on risk factors and the occurrence of multimorbidity in the EPIC-Heidelberg cohort. *BMC Public Health* 2008, 8: 384; doi: 10.1186/1471-2458-8-384.
6. Bengoa R. En Curar y cuidar. Innovación en la gestión de enfermedades crónicas: una guía práctica para avanzar. Bengoa R y Nuño R eds. Elsevier Masson, Barcelona 2008.
7. Charlson ME, Pompei P, Ales KL, MacKenzie CR. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: Development and validation. *J Chronic Dis* 1987; 40: 373-383.
8. Hudon C, Fortin M, Vanasse A. Cumulative Illness Rating Scale was a reliable and valid index in a family practice context. *J Clin Epidemiol*. 2005; 58: 603-608.
9. Schäfer I, Hansen H, Schön G, Maier W, Höfels S, Altiner A *et al*. The German Multi-Care-study: Patterns of multimorbidity in primary health care - protocol of a prospective cohort study. *BMC Health Serv Res*. 2009 11; 9: 145. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/9/145>.
10. Vogeli C, Shields AE, Lee TA, Gibson TB, Marder WD, Weiss KB *et al*. Multiple chronic conditions: prevalence, health consequences and implications for quality, care management and costs. *J Intern Med* 22 (Suppl 3): 391-395.
11. Centers for Disease Control and Prevention. Unrealized Prevention Opportunities: Reducing the Health and Economic Burden of Chronic Diseases. Atlanta, GA; Centers for Diseases Control and Prevention; 1997.
12. Marengoni A: Prevalence and impact of chronic diseases and multimorbidity in the aging population: A clinical and epidemiological approach. Stockholm: Karolinska Institutet; 2008.
13. Mercer SW, Smith SM, Wyke S, O'Dowd T, Watt GCM. Multimorbidity in primary care: developing the research agenda. *Fam Pract* 2009; 26: 79-80.
14. Bernabeu M, Ollero M, Moreno L, Barón B, Fuertes A, Murcia J *et al*. Development of a new predictive model for poly pathological patients. The PROFUND index. *Eur J Intern Med* 2011; 22: 311-317.
15. Abeledo C, Gómez E, Terrón F, Cerqueiro JM, Casariego E. La consulta de enfermería en el control de pacientes con insuficiencia cardíaca. Libro de Comunicaciones del II Congreso Nacional de Atención al Paciente Crónico, Santiago de Compostela, 2010: 29.
16. Valderas J, Starfield B, Sibbald B, Salisbury C, Roland M. Defining comorbidity: Implications for understanding health and health services. *Ann Fam Med* 2009; 7: 357-363.
17. Gijsen R, Hoeymans N, Schellevis FG, Ruwaard D, Satariano WA, Bos GA *van den*: Causes and consequences of comorbidity: A review. *J Clin Epidemiol* 2001, 54: 661-74.
18. Budnitz DS, Lovegrove MC, Shehab N, Richards CL. Emergency hospitalizations for adverse drug events in older americans. *N Eng J Med* 2011; 365: 2002-12.
19. HealthCare.gov. Partnership for patients: better care, lowest costs. Washington, DC: Department of Health and Human Services (<http://www.healthcare.gov/center/programs/partnership/index.html>)
20. Anguita M. Programas de intervención en la insuficiencia cardíaca: análisis crítico. *Rev Esp Cardiol* 2007; 7: 45 - 56
21. Servicio Galego de Saúde. Memoria 2009 Servicio Público de Saúde de Galicia. Santiago de Compostela, 2011. Disponible en: <http://www.sergas.es/Publicaciones/DetallePublicacion.aspx?IdPaxina=40008&IDCatalogo=2053>.

La organización de la asistencia sanitaria a pacientes crónicos con pluripatología: La experiencia de Ourense

Organization of the medical care of chronic patients with plurypatology. Ourense experience

Manuel de Toro Santos, Salomé Gil Rodríguez, Consuelo Benito Torres, Pilar Rozas Lozano

Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Universitario de Ourense (CHOU). SERGAS. Ourense

RESUMEN

El envejecimiento poblacional y la mayor expectativa de vida desencadenan un cambio en las necesidades asistenciales de todos los Sistemas de Salud. En la provincia de Ourense la tasa de envejecimiento es la más alta de la autonomía gallega alcanzando un 29.5 % de personas mayores de 65 años, lo estimado para Europa en el año 2050. Ante esa realidad desde el Servicio de Medicina Interna del Complejo Hospitalario Universitario de Ourense se impulsan cambios en la asistencia sanitaria a la población, proponiendo un modelo mixto que aglutina la experiencia de las unidades clínicas de atención médica integral desarrolladas en Andalucía y la forma de trabajo de las unidades de pluripatología.

PALABRAS CLAVE: Medicina Interna, continuidad asistencial, internista de referencia, Atención Primaria.

ABSTRACT

The aging process of the population and the increase of life expectancy triggered a change in the health care needs of all Health Systems. The aging rate of the region of Ourense is the highest one among the regions in Galicia. It reaches 29.5% of people over 65 years which is the predicted percentage for Europe in 2050. Having this evidence into account, the Internal Medicine Service of the University Hospital Complex of Ourense promotes changes in health care population, suggesting a mixed model that brings together the experience of clinical units for total medical treatment developed in Andalucía, and the way of working in comorbidity units.

KEY WORDS: Internal Medicine, care continuity, referring doctor of internal medicine, Primary Care.

Introducción

La filosofía de la medicina interna se centra en la visión del enfermo en su conjunto y no de la enfermedad en particular, así como en promover la continuidad asistencial, fundamentalmente en pacientes con patologías múltiples, crónicas o de avanzada edad, y la coordinación y el liderazgo de equipos multidisciplinares como queda bien definido en el programa de formación de nuestra especialidad y en las recomendaciones del plan estratégico de nuestra sociedad de medicina interna^{1,2}. Los internistas debemos tener la capacidad de adaptación y de innovación para reorientar nuestra forma de trabajo y saber atender las necesidades sanitarias de la población. Los cambios demográficos actuales, con el envejecimiento poblacional y las mayores expectativa de vida, protagonizan un cambio en las necesidades asistenciales de todos los Sistemas de Salud en la atención a los pacientes con edad avanzada y con pluripatología que nos obligan a modernizar y reorientar nuestros servicios de medicina para una nueva forma de trabajo integrado en la Comunidad y claramente orientado hacia las necesidades de las personas, aportando los valores de nuestro perfil profesional como internistas³.

Nuestra realidad

Nuestro Servicio se encuentra en plena fase de transformación al constituirse en un Servicio único procedente de dos servicios de medicina que trabajaban con formas y objetivos diferentes. En la actualidad integrado en el Complejo Hospitalario Universitario de Ourense, de segundo nivel con más de 800 camas, nos encontramos en la situación especial de

orientar nuestra misión como la de un servicio de medicina interna para el área sanitaria de Ourense. Partimos de una situación asistencial fragmentada con lugares diversos de hospitalización y consultas, distribuidos en el Hospital Cristal, Hospital Santa María Nai y en el Hospital Materno Infantil. En las Unidades de Hospitalización del Hospital Cristal, en donde está ubicado el servicio de urgencias y servicios de UCI y reanimación y servicios quirúrgicos, ingresan de forma preferente los pacientes con patologías que por sus características de complejidad o inestabilidad hemodinámica puedan requerir apoyo de dichas unidades, además de los ingresos convencionales como en las demás zonas de hospitalización.

La población de referencia para nuestro servicio es de 239.000 habitantes y muestra la tasa de envejecimiento más alta de nuestra Autonomía, con datos de tarjeta sanitaria a fecha 1 de enero de 2012 que muestran un 29.5 % de personas mayores de 65 años (Tabla 1), reflejando una realidad que es la estimada para Europa en el 2050. Tiene un especial interés conocer la edad media de los pacientes que atendemos en nuestro servicio como queda reflejado en el porcentaje de altas en el año 2011 y que se puede comparar con el resto de servicios de medicina interna de los hospitales de la comunidad autónoma (Tabla 2), comprobando que es en el grupo de las personas mayores de 65 años donde se generan el 88% de los ingresos hospitalarios en nuestro Servicio. El tercer punto de relieve es saber que hacemos en nuestra labor asistencial del paciente hospitalizado a través de nuestra lista de GRDs (Tabla 3), que nos enseñan que los diez más frecuen-

Tabla 1: Distribución poblacional por edad en Galicia y Provincias

		≤ 14		15 - 64		≥ 65		Total
		n	Porcentaje (%)	n	Porcentaje (%)	n	Porcentaje (%)	
A CORUÑA	Hombre	68.261	12,42	377.156	68,61	104.291	18,97	549.708
	Mujer	64.297	10,83	383.628	64,59	145.983	24,58	593.908
	Total	132.558	11,59	760.784	66,52	250.274	21,88	1.143.616
LUGO	Hombre	16.569	9,99	107.822	65,01	41.474	25,00	165.865
	Mujer	15.863	9,02	104.731	59,55	55.284	31,43	175.878
	Total	32.432	9,49	212.553	62,20	96.758	28,31	341.743
OURENSE	Hombre	16.000	10,10	100.623	63,52	41.779	26,38	158.402
	Mujer	15.299	8,91	100.793	58,70	55.608	32,39	171.700
	Total	31.299	9,48	201.416	61,02	97.387	29,50	330.102
PONTEVEDRA	Hombre	63.838	13,71	324.300	69,63	77.593	16,66	465.731
	Mujer	59.878	12,09	324.190	65,46	111.145	22,44	495.213
	Total	123.716	12,87	648.490	67,48	188.738	19,64	960.944
GALICIA	Hombre	164.668	12,29	909.901	67,92	265.137	19,79	1.339.706
	Mujer	155.337	10,81	913.342	63,57	368.020	25,62	1.436.699
	Total	320.005	11,53	1.823.243	65,67	633.157	22,80	2.776.405

Fuente: Servicio Galego de Saúde. Población con tarjeta sanitaria a 01/01/2012

tes suponen el 45% de nuestra actividad asistencial. Con la información de la que disponemos no hay duda alguna que nuestros principales pacientes se caracterizan por una edad mayor de 65 años y con patologías crónicas que precisan de ingreso por descompensación de las mismas, siendo los GRDs de Insuficiencia Respiratoria (541+540+88+101) y los de Insuficiencia cardiaca (127+544+87) los que representan el mayor porcentaje de altas, dato ya referenciado en el estudio de hospitales del sistema de salud español⁴. Tomando como punto de corte los pacientes que habían ingresado más de 3 veces en el área médica en nuestro hospital, hemos visto que 380 pacientes, el 6.9% del total, habían generado el 20.6% de todas las estancias en el área médica. Es de prever, con la experiencia recogida de las diversas unidades de pluripatología, que una actuación organizada y coordinada sobre los pacientes frágiles con pluripatología ayudaría a evitar un alto número de ingresos y disminuir las estancias hospitalarias⁵. Con estos datos y si tuviéramos que definir lo que hacemos los internistas, tendríamos que decir que empleamos la mayoría de nuestro tiempo asistencial en cuidar a pacientes de edad avanzada y con enfermedades crónicas y por lo tanto hemos de adaptar nuestra práctica diaria al mejor cuidado de los mismos y a una mejor gestión de los recursos sanitarios en el área de salud. Sin duda es para nosotros una oportunidad que no debemos desaprovechar.

Al realizar el proyecto del servicio de medicina interna para el complejo hospitalario de Ourense y el área sanitaria, además de contar con los cambios demográficos y epidemiológicos

y mayor prevalencia de las enfermedades crónicas⁶, hay que contemplar otras variables como los cambios sociales y las expectativas de los ciudadanos que demandan más y mejores servicios, los nuevos criterios de formas de trabajo en la organización, buscando la implicación de todos los profesionales en la gestión y el uso de las nuevas tecnologías^{7,8}. El escenario económico actual, con restricciones presupuestarias y recursos limitados, nos obliga a una utilización adecuada de los recursos para la asistencia. Éste aspecto va a condicionar nuestro proyecto de una forma muy importante y tendremos que echar mano de la imaginación y búsqueda de nuevas propuestas para lograr la mayor eficiencia del sistema además de la implicación imprescindible de la administración. Los cambios en la práctica clínica estableciendo el principio de autonomía del paciente y el principio de equidad nos llevan a buscar la eficiencia. Por otra parte la evolución en los patrones de asistencia sanitaria marcan cambios sustanciales con la aparición de alternativas a la hospitalización como los hospitales y unidades de día, hospitalización a domicilio (HADO), telemedicina, tele-asistencia, cirugía ambulatoria, unidades de estancias cortas, consultas de acto único⁹. Las innovaciones en tecnología de la comunicación, las bases de datos y el desarrollo informático, con la implantación de historia electrónica, dan paso, además de lo estrictamente asistencial, a facilitar la investigación clínica y el desarrollo de nuevas posibilidades de gestión de recursos humanos y económicos y sobre todo a anular la barrera entre niveles asistenciales que genera un sinfín de disfunciones en detrimento de la eficiencia.

Tabla 2: Distribución de las altas por edad en los servicios de medicina interna de los hospitales de Galicia. Datos codificados de enero a noviembre de 2011

	15 – 44 años		45 - 64 años		65 - 74 años		> 74 años		Total nº altas
	Nº altas	% altas	Nº altas	% altas	Nº altas	% altas	Nº altas	% altas	
A CORUÑA	575	6,32%	1.601	17,60%	1.799	19,78%	5.120	56,29%	9.095
OURENSE	218	3,78%	461	7,99%	686	11,90%	4.402	76,33%	5.767
SANTIAGO	303	7,02%	674	15,61%	645	14,94%	2.696	62,44%	4.318
MARCIDE	279	6,60%	853	20,19%	906	21,44%	2.187	51,76%	4.225
PONTEVEDRA	191	5,22%	387	10,57%	457	12,48%	2.626	71,73%	3.661
VIGO	251	8,42%	542	18,18%	552	18,52%	1.636	54,88%	2.981
CALDE	136	4,93%	362	13,13%	400	14,51%	1.857	67,38%	2.756
SALNES	116	6,88%	276	16,36%	276	16,36%	1.019	60,40%	1.687
BARBANZA	86	5,24%	228	13,90%	357	21,77%	969	59,09%	1.640
VERIN	30	2,79%	114	10,61%	201	18,72%	729	67,88%	1.074
XUNQUEIRA	39	3,63%	134	12,49%	203	18,92%	696	64,86%	1.073
Hospital da Costa	60	5,67%	188	17,75%	178	16,81%	633	59,77%	1.059
VALDEORRAS	31	2,94%	135	12,80%	153	14,50%	736	69,76%	1.055
MONFORTE	12	1,62%	60	8,11%	93	12,57%	575	77,70%	740
Total general	2.327	5,66%	6.015	14,62%	6.906	16,79%	25.881	62,92%	41.131

Fuente: Grupo Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) de hospitalización de agudos

La necesidad y la oportunidad de los cambios

Hoy en día la máxima aportación para un mejor funcionamiento del Sistema de Salud, en concreto en el ámbito asistencial, sería conseguir una completa coordinación entre el hospital y atención primaria. Siempre se habla de que esta relación tiene que mejorar y también de las dificultades para lograrlo; la última iniciativa está representada por el Documento de la Declaración de Sevilla que pretende contribuir a sensibilizar a la población, a los profesionales y a las administraciones sanitarias a facilitar e impulsar y desarrollar sistemas de atención sanitaria basados en la atención integral y continuidad asistencial contando con una población informada y responsable¹⁰.

La hospitalización convencional “esperando a los pacientes que ingresan a través del servicio de urgencias” debe dar paso a una forma de trabajo diferente en la que hospitalización puede ser parte de la necesidad asistencial pero no la única forma, ya que existen alternativas a la hospitalización con experiencias clínicas que evidencian un mejor aprovechamiento de los recursos sociosanitarios y mostrando que los problemas asistenciales también pueden resolverse en la consulta externas de alta resolución, unidades de día, hospitales de día, por consulta telefónica, correo electrónico o a través de reuniones con los médicos de atención primaria en los centros de salud de referencia⁹. Esta forma de trabajo ya se ha implantado en hospitales de España desde los años 90 y han puesto de relieve que se puede trabajar de una forma integrada y con buenos resultados de gestión clínica. La implantación de las Unidades Clínicas de Atención Médica Integral (UCAMI) en Andalucía ya tienen una experiencia de más de 15 años. Los promotores de esta iniciativa cuentan cómo se generó.” Entre los médicos de atención primaria y del hospital un nuevo estilo de trabajo en

equipo en el que el concepto de facultativo especialista de área adquiriría una nueva dimensión en base a la *sectorización de la población* y la toma de conciencia de que el especialista no es solo el referente de un equipo médico sino el *responsable de la atención prestada en su área de conocimiento en la población a su cargo*^{15 11,12}.

Se acordó la existencia de un internista de referencia accesible telefónicamente, personalización de todas las consultas o derivaciones, posibilidad de ingreso directo desde el centro o el domicilio, posibilidad de consultas clínicas puntuales telefónicas, demora diagnóstica acordada con posibilidad de valoración urgente durante la mañana, sesiones clínicas conjuntas quincenales y participación en la toma de decisiones importantes referidas al paciente. La evolución posterior fue hacia la creación de La Unidad Clínica de Atención Médica Integral. Esta forma de trabajo hace que el paciente sea el centro del sistema sanitario y en todo momento no pierda la perspectiva de quien es su médico en el centro de salud y en el hospital. Profesionales y pacientes han valorado positivamente esta forma de trabajar en las comunidades en las que se ha implantado y creemos que la posibilidad de poner en marcha en nuestra Provincia este modelo de trabajo, aprovechando el momento de reorganizar nuestro servicio, puede ser la oportunidad para iniciar los cambios tan deseados de lograr la coordinación de atención primaria y el hospital en la provincia de Ourense.

Nuestra forma de llevarlo a cabo

Tras ser concedores de la realidad asistencial de la que somos responsables y con la clara decisión de que hay que llevar a cabo los cambios organizativos para lograr una Asistencia Integrada en el área sanitaria que atendemos, hemos llevado

Tabla 3: Descripción, frecuencias y estancias de los 10 GRDs más frecuentes en el servicio de Medicina Interna del Complejo hospitalario de Ourense

GRD	Descripción de los 10 GRD	Peso GRD	Altas	% sobre total altas	Estancias	Estancia media
541	Neumonía simple y otros trastornos respiratorios exceptuando bronquitis y asma con CC mayor	2,3431	883	14,12%	9.711	11,00
127	Insuficiencia cardiaca y shock	1,4222	360	5,76%	3.110	8,64
544	Insuficiencia cardiaca y arritmia cardiaca con CC mayor	3,4195	267	4,27%	2.888	10,82
89	Neumonía simple y pleuritis en edad mayor de 17 años con CC	1,3134	228	3,65%	2.197	9,64
540	Infecciones e inflamaciones respiratorias excepto neumonía simple con CC mayor	3,3679	217	3,47%	2.553	11,76
87	Edema pulmonar e insuficiencia respiratoria	1,5093	183	2,93%	1.755	9,59
14	Ictus con infarto	1,8799	178	2,85%	1.767	9,93
101	Otros diagnósticos de aparato respiratorio con CC	0,9993	173	2,77%	1.436	8,30
533	Otros trastornos del sistema nervioso excepto AIT, convulsiones y cefalea con CC mayor	4,4301	165	2,64%	2.290	13,88
88	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	1,1469	162	2,59%	1.478	9,12
	Total de los 10 GRD	2,2105	2.816	45,03%	29.185	10,36
	Total MEDICINA INTERNA	1,949	6.254	100,00	65.117	10,41

Fuente: Grupo Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) de hospitalización de agudos

a cabo reuniones con los servicios de atención primaria para conocer sus necesidades y explorar la posibilidad avanzar en las nuevas formas de colaboración asistencial. Históricamente contamos con una buena interrelación de una gran mayoría de médicos de atención primaria con los que de forma habitual trabajamos con reuniones en los centros de salud, posibilidad de consultas telefónicas, interconsultas programadas de común acuerdo y que ven también la necesidad de una mejor relación asistencial, aportando el profesionalismo y teniendo al paciente como referente fundamental del proceso asistencial. Somos conocedores de que no solo se busca la relación entre médicos, se va más allá, es la relación entre todos los profesionales que trabajan en red con el paciente y familia: enfermería, asistencia social, fisioterapeutas. Éste modelo andaluz, por así llamarlo, nos parece muy adecuado y coherente ya que se basa fundamentalmente en establecer una relación entre profesionales con criterios de responsabilidad, calidad, seguridad para el paciente y establece un camino que es válido para la atención de cualquier proceso asistencial y no solo el de pacientes pluripatológicos. Trabajar en equipo hoy más que nunca es innovación¹³.

Hemos afrontado reuniones periódicas entre los 32 internistas que conformamos nuestro Servicio para debatir el cambio de modelo organizativo y asistencial y afrontar las líneas estratégicas esenciales que debemos tener en cuenta para el futuro desarrollo de nuestra especialidad en el hospital y la comunidad, básicamente:

- La colaboración estrecha y la convergencia de objetivos con atención primaria.
- La asistencia integral y con continuidad al grupo de pacientes vulnerables, pluripatológicos y de edad avanzada.

- El refuerzo de la presencia del internista como consultor en el hospital.

Se llevaron a cabo diversas reuniones con la Dirección del Centro y posteriormente, tras la implantación de la Gerencia del Área Integrada de Hospitales y Atención Primaria, con la nueva Dirección de Área a quién se ha explicado el nuevo modelo asistencial, que encaja perfectamente en la política integradora de niveles asistenciales, siendo asumidos desde la misma los cambios fundamentales que nos parecen primordiales para acometer este nuevo modelo de continuidad asistencial diseñado en las UCAMI¹¹:

- Sectorizar la población con un internista de referencia para cada centro de salud.
- Creación de la Unidad de día que aglutina las consultas de alta resolución y Hospital de día.
- Reorganización del trabajo asistencial de los internistas para simultanear diariamente la atención de pacientes en camas de hospitalización y en consultas o en Hospital de Día.

Por nuestra parte tenemos por delante gran cantidad de tareas que realizar, propias de éste modelo que acabo de reseñar, algunas ya en marcha y otras en fase de elaboración, con el fin de interrelacionar nuestro trabajo dentro y fuera del hospital a través de acuerdos de colaboración con los demás servicios y unidades, como urgencias y HADO y lograr el desarrollo de trabajo multidisciplinar que permita que pacientes que ingresan en éstas unidades con descompensaciones de enfermedades crónicas como bronquitis crónica e insuficiencia cardiaca sean reconducidos hacia una continuidad asistencial con su internista de referencia, hacia la consulta y el hospital de día y su propio médico de

Familia. El trabajar en equipo con enfermería es esencial e imprescindible cuando afrontamos el proceso asistencial del paciente con pluripatología. La elaboración de los planes de cuidados estandarizados y personalizados, el informe de continuidad asistencial, los roles de enfermera referente, enfermera colaboradora y enfermera de enlace así como la gestión compartida en equipos multidisciplinares son pasos obligados a conseguir en este proyecto. Ya contamos con una herramienta básica que es la informatización de la historia clínica electrónica compartida (IANUS), que da acceso del médico de familia a todo el sistema de información clínica del hospital, pero todavía nos debe dar la posibilidad de tener un sistema de identificación de pacientes pluripatológicos, sistemas de alerta ante ingresos y altas hospitalarias de los pacientes pluripatológicos dirigidas tanto al internista, como a atención primaria y a la enfermera gestora de casos. Desde la propia historia del paciente debe facilitarse la posibilidad de interconsultas del médico de familia al internista de referencia con la posibilidad de resolver los problemas sin que el paciente esté presente. La conexión telefónica a través de teléfono móvil corporativo para la programación de ingresos y consultas puntuales no demorables por parte de los compañeros de Atención Primaria es una aproximación más a la colaboración en el cuidado de los pacientes.

Para llevar a cabo este proyecto se ha diseñado una sectorización de la población, mayor de 14 años, en cinco sectores asistenciales de acuerdo a la frecuentación de consultas, hospitalización y edad poblacional y contemplando que cada sector tenga una asistencia sanitaria en una zona de salud de la capital y la otra en una comarca, con un número entre 40.000 y 50.000 habitantes. Cada sector de población tendrá como referencia para la atención sanitaria en el hospital a una sección de medicina interna constituida por 4 internistas y personal de enfermería que estarán relacionados con los profesionales de los correspondientes centros de salud y con el objetivo de brindar continuidad asistencial a sus pacientes, con las formas de trabajo mencionadas y que cuentan con espacios de trabajo para hospitalización, consultas externas y hospital de día.

Unidad de pacientes pluripatológicos

Puede parecer paradójico plantear la creación de una unidad de pluripatología tras establecer anteriormente como forma de trabajo el modelo de una unidad clínica de atención médica integrada, en donde el proceso de atención al paciente pluripatológico sería un proceso integrado más. Hemos dudado mucho en ésta decisión pero en este momento necesitamos un motor impulsor en ésta área de conocimiento que es el de cuidar más que curar. Las personas mayores a las que atendemos precisan que les aportemos nuestros mejores conocimientos, lo más adecuado para cada caso y cuando no podemos más

paliar sus dolencias. La especial tasa de envejecimiento de nuestra población con la consiguiente prevalencia de la pluripatología, nos lleva a la necesidad de crear la cultura de la atención al paciente pluripatológico a través de la creación de una unidad de pluripatología (UPP) que se encargue de adaptar en nuestro medio las experiencias que ya han dado sus frutos en otras comunidades y buscando la interrelación con todos los profesionales del ámbito socio sanitario, desarrollando ideas para conseguir el mejor grado de asistencia a nuestros mayores entre todos. En España los servicios de salud de las comunidades autónomas han introducido iniciativas para dar respuesta asistencial a este reto con ejemplos como la UCAMI o la Unidad de Pacientes con Pluripatología y Atención Médica Integral (UPPAMI)^{5,11}, que pueden valer como modelos a seguir adaptándolas a nuestra realidad socio sanitaria. A nosotros nos parece adecuado establecer una fórmula mixta en la que de forma habitual el método de trabajo es el de una unidad clínica de atención integral y a la que se suma una unidad de pacientes con pluripatología.

El Ministerio de acuerdo con el trabajo de un grupo de expertos que han dedicado tiempo y experiencia profesional a desarrollar formulas nuevas de atención a los pacientes pluripatológicos ha publicado los estándares y recomendaciones de la UPP, atendiendo a un concepto organizativo y definiéndola “como una organización de profesionales sanitarios, que ofrece atención multidisciplinaria mediante un amplio espectro de modalidades de asistencia a pacientes frágiles con pluripatología, y que cumple unos requisitos funcionales, estructurales y organizativos, que garantizan las condiciones adecuadas de calidad, seguridad y eficiencia, para realizar esta actividad”¹⁴.

Uno de los objetivos de ésta unidad será la de reorientar nuestra actividad en el campo asistencial y del conocimiento de las enfermedades crónicas con la determinación de implicar a todos los estamentos relacionados en la misma. Nuestra idea viene reforzada por documento de Consenso de las sociedades de Medicina Interna y Medicina Familiar y Comunitaria ¹¹ que apuesta por un modelo de integración total para lograr el cambio y en el que deben estar representadas las especialidades sanitarias implicadas en el proceso de atención a pacientes crónicos que tendrán que adaptar su perfil competencial a las nuevas necesidades. Algunos profesionales como geriatras llevan mucho tiempo haciendo esta función y debemos ser capaces de aprender de su experiencia y trabajar juntos. Los farmacólogos clínicos, nutricionistas, fisioterapeutas, psicólogos y trabajadores sociales tienen que hacer notar su protagonismo asistencial así como todos los profesionales implicados en la rehabilitación y la terapia ocupacional en pacientes crónicos por la necesidad de evitar la dependencia en pacientes con enfermedad crónica. El

resto de objetivos de ésta unidad van enfocados a aspectos asistenciales y de recuperación funcional de los pacientes con la visión de un trabajo en equipo, integrador de todos los profesionales antes mencionados.

Para ello contamos con una *unidad de hospitalización* constituida por 3 médicos internistas y una geriatra y una Unidad de enfermería y se dispone actualmente de 32 camas de hospitalización de las que 12 serán para utilización de recuperación funcional, siendo la interrelación con el equipo Interconsultor del área quirúrgica esencial para derivación a la misma de los pacientes en el momento más adecuado^{15, 16, 17}.

El resto de la hospitalización atendería de forma preferente o específicamente a los ingresos de pacientes institucionalizados en centros socio-sanitarios, que ingresan por descompensación de su patología crónica, facilitando la relación con los mismos. Si en el marco asistencial la coordinación entre atención primaria y hospital es escasa, entre los centros sociosanitarios y el hospital es prácticamente inexistente. Queremos desde esta unidad coordinarnos de una forma activa con las residencias geriátricas para establecer un marco de colaboración con el objetivo de brindar una continuidad asistencial a los pacientes. Existen experiencias de trabajo con residencias geriátricas donde un médico y enfermera con formación en geriatría dan apoyo en la valoración geriátrica integral y visitas de seguimiento a los pacientes ancianos más complejos de forma programada y a demanda, revisión y adecuación del tratamiento farmacológico conjuntamente con el médico de la residencia y desarrollo de protocolos consensuados para situaciones clínicas frecuentes (patología respiratoria crónica, infección urinaria, tratamientos paliativos) además de reuniones periódicas de coordinación con el personal médico y de enfermería de las residencias geriátricas y gestión de casos conjuntamente con especialistas, que han dado muy buenos resultados disminuyendo la frecuentación de urgencias en un 49% y la hospitalización urgente en un 48% así como el gasto de farmacia en un 9%¹⁸.

La posibilidad de iniciar una experiencia de trabajo en conjunto con el servicio de psiquiatría está muy avanzado tanto en la zona de hospitalización como en la consulta externa, con la posibilidad de atender a los pacientes con cuadros confusionales en la unidad con visita diaria del psiquiatra e internista y estableciendo protocolo de actuación diagnóstica y tratamiento así como de continuidad asistencial¹⁹.

La *consulta externa* está orientada a pacientes con edad avanzada y pluripatología con la finalidad de hacer siempre una valoración geriátrica integral y desde ahí recomendar el plan de actuación destinado a evitar el deterioro funcional. Los pacientes pueden ser derivados desde atención primaria, de los demás servicios y secciones de medicina interna del hospital y de los centros sociosanitarios y una especial rela-

ción con el servicio de urgencias y HADO para seguimiento de pacientes identificados como pluripatológicos que han presentado descompensación de sus enfermedades crónicas y que precisan continuidad asistencial.

Se dispone de una local para la consulta, hospital de día y consulta de enfermería y proximidad con la consulta de asistencia social. El trabajo de enfermería es muy importante tanto en la propia zona de consulta, donde se encargará de la recepción de los pacientes que van a ser atendidos toma las constantes y valoración integral de su estado funcional, cognitivo, valoración, nutricional y cumplimiento de la medicación, como en el acto de relación con las enfermeras de los centros de salud correspondiente y con la enfermera gestora de casos para hacer el seguimiento de los pacientes en conjunto.

Internista consultor en el hospital

Al mismo tiempo que nuestro servicio de medicina interna se organiza para dar solución a las primera línea estratégica de darle un sentido de continuidad asistencial con atención primaria y por lo tanto un sentido de trabajo en la comunidad, acometemos otros cambios como el de potenciar el papel de internista consultor en el hospital buscando no solo resolver un aspecto asistencial y remarcar la importancia de nuestro trabajo como internistas sino como agente cohesionador de los servicios hospitalarios y atención primaria.

Tras una época en que la interconsulta sobre los problemas de un paciente se establecía de forma oral entre el médico responsable de la atención del paciente y el médico consultor directamente o a través de una sesión clínica, si la complejidad del caso lo requería, se ha pasado a una forma general de relación de petición de interconsulta por escrito o electrónica, sin que a veces hablen entre si los médicos implicados en la asistencia del paciente²⁰. Ésta labor asistencial tiene ciertas características como la de no estar programada, tener un carácter discontinuo y no registrado en la actividad hospitalaria y dificultades como la falta de comunicación entre profesionales, los diferentes criterios de valorar la pertinencia de la interconsulta urgente o el establecimiento de quién es la responsabilidad directa del paciente o manejo conjunto del mismo etc²¹. De destacar positivamente la comprobación de la disminución de mortalidad y morbilidad y acortamiento de las estancia media recomendándose la incorporación de internistas a los servicios quirúrgicos.^{22, 23}

En nuestro hospital se había iniciado la figura del internista consultor en el área quirúrgica hace años y en este momento de cambio en nuestra organización vemos esta función como una oportunidad no solo para potenciar nuestro papel de consultor sino como figura integradora y de cohesión de la asistencia en el hospital. Observamos un aumento continuo de interconsultas a medicina interna por los servicios quirúrgicos

de nuestro hospital, que no se explica por el aumento de ingresos en dichos servicios, y que parece estar en relación con el incremento de la edad y la comorbilidad de los enfermos. Un gran porcentaje de los pacientes con pluripatología que atendemos en nuestras plantas de hospitalización y consultas son los mismos que ocupan camas quirúrgicas con fracturas o intervenciones programadas y que presentan luego las complicaciones posquirúrgicas como neumonías, confusión, sépsis, tromboembolismos etc. Estamos en la tarea de rediseñar el manejo de estos pacientes, de una forma proactiva, formando un equipo integrado por médicos, enfermera y asistente social, que permita su valoración integral permitiendo ver cuáles son sus necesidades y medidas que debemos poner en marcha, para recobrar el estado funcional que tenía previo al ingreso, ya que de ello se deriva la mayor autonomía y mejor pronóstico²². Desde esta unidad se debe llevar a cabo la derivación de los pacientes, de una forma protocolizada y consensuada, para garantizar la continuidad asistencial con su médico y enfermero del centro de atención primaria o si lo requiere en las demás secciones de medicina interna, unidad de recuperación funcional de la unidad de pluripatología, HADO. En el momento actual la unidad de interconsulta quirúrgica está formada por dos médicos y trabajadora de asistencia social a demanda y necesitamos completarla con una enfermera que se encargue de la valoración integral y sirva de enlace con los demás estamentos asistenciales del hospital y Atención Primaria.

La implantación de este proyecto debe estar finalizado en la primavera de 2012 y comenzar a ver sus frutos en el próximo año.

Finalmente como internistas no quisiéramos dejar de recordar que para que todo esto tenga algo de sentido es preciso mantener nuestro profesionalismo y humanismo en iguales dosis. Nuestro trabajo como médicos consiste en ser los valedores de personas que depositan su confianza en nosotros, en el campo de la salud, y es preciso que antes de nada sepamos hacer bien las “pequeñas cosas” con el paciente; cosas tan sencillas como presentarnos, darle la mano, sentarnos y escucharle, interesarnos por él, romper barreras mostrando humildad, en suma ser médicos.^{24,25}

Bibliografía

1. Ministerio de Sanidad y política Social. Programa Formativo de la especialidad de Medicina Interna. Orden SCO/227/2007. Boe. nº 33,7 de febrero de 2007.
2. García Alegría J, Conthe Gutiérrez P. Orientación estratégica de la Sociedad Española de Medicina Interna. *Rev Clin Esp.* 2011; 211: 46-51.
3. Arcadi Gual, Albert Oriol-Bosch, Helios Pardell. El Médico del Futuro. *Med Clin Barc* 2010; 134: 363-368.
4. Barba Martina R, Marco Martínez J, Emilio Losa J, Canora Lebrato J, Plaza Canteli S y Zapatero Gaviria A. Análisis de 2 años de actividad de Medicina Interna en los hospitales del Sistema Nacional de Salud. *Rev Clin Esp.* 2009; 209: 459-466.
5. Medina Asensio J. Experiencia de la UPP del Hospital 12 de Octubre. *Gestión y Evaluación de Costes Sanitarios.* Vol.11, Monográfico 2, Junio 2010.
6. García-Morillo JS, Bernabeu-Wittel M, Ollero-Baturone M, Aguilar-Guisad M, Ramírez-Duque N, González de la Puente MA et al. Incidencia y características clínicas de los pacientes con pluripatología ingresados en una unidad de medicina interna. *Med Clin (Barc).* 2005; 125: 5-9.
7. Castillo Rueda A, Portugal Álvarez J. Proyecto técnico de gestión y funcionamiento de la unidad asistencial de Medicina Interna. *An Med Interna.* 2004. 21: 31-38.
8. Bernabeu-Wittel M, García Morillo S, Ollero M, Hernández-Quero J, González de la Puente MA, Montero Pérez-Barquero M, et al. El Plan Estratégico para el desarrollo de la Medicina Interna en Andalucía. *Rev Clin Esp.* 2008; 208: 295-301.
9. Torres Salinas M, Capdevila Morel JA, Armario García P, Montull Morer S et al. Alternativas a la hospitalización convencional en medicina interna. *Med Clin (Barc).* 2005; 124: 620-6.
10. Ollero Baturone M, Orozco Beltrán D, Domingo Rico C, Román Sánchez P, López Soto A, Melguizo Jiménez M, et al. Declaración de Sevilla. Conferencia nacional para la atención al paciente con enfermedades crónicas. *Rev Clin Esp.* 2011; 211: 604-6.
11. Fernández Moyano A, García Garmendia JL, Palmero Palmero C, García Vargas-Machuca B, Páez Pinto JM, Álvarez Alcina M, et al. Continuidad asistencial. Evaluación de un programa de colaboración entre Atención Hospitalaria y Atención Primaria. *Rev Clin Esp.* 2007; 207: 510-20.
12. Ollero Baturone M, Álvarez Tello M, Barón Franco B; Bernabeu Wittel M; Codina Lanaspá A, Fernández Moyano A, Garrido Porras E, Ortiz Camuñez MA, Rojas García de Paso J, Romero Alonso A, Romero Carmona S, Sanz Amores R Atención a pacientes pluripatológicos: proceso asistencial integrado .2ª ed.: Consejería de Salud de Andalucía, 2007. ISBN: 978-84-690-6500-6.
13. Working Together-That's Innovation! Howard K. Rabinowitz, MD. *Ann Intern Med.* 2004; 140: 660-661.
14. Ministerio de Sanidad y Política Social. Unidad de Pacientes Pluripatológicos. Estándares y recomendaciones. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2009. www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/EyR_UPP.
15. González Montalvo JI, Alarcón Alarcón T, Pallardo Rodil B, Gotor Pérez P, Mauleón Álvarez de Linera JL, Gil Garay E. Ortogeriatría en pacientes agudos (I). Aspectos asistenciales. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2008; 43: 239-51.
16. González Montalvo JI, Alarcón Alarcón T, Pallardo Rodil B, Gotor Pérez P, Pareja Sierra T. Ortogeriatría en pacientes agudos (II). Aspectos clínicos. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2008 Sep-Oct; 43: 316-29.
17. Gotor Pérez P. Abordaje multidisciplinar de la fractura de cadera. La importancia de la enfermera en los nuevos modelos asistenciales. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2011; 46: 287-288.
18. Díaz-Gegúndez M, Paluzie G, Sanz-Ballester C, Boada-Mejorana M, Terré-Ohmee S Ruiz-Pozae D. Evaluación de un programa de intervención en residencias geriátricas para reducir la frecuentación hospitalaria. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2011; 46: 261-264.
19. Martínez Calvo A, Carrera S, Stein B, Huyse F, Herzog T, Lobo A et al. El proyecto multinacional europeo y multicéntrico español de mejora de calidad asistencial en psiquiatría de enlace en el hospital general: el perfil clínico en España. *Med Clin (Barc)* 2000; 115: 690-4.
20. Navia-Orsorio García-Braga JM. Acerca de la interconsulta médica. *Med Clin (Barc)* 2012; 138: 133-137.
21. Montero Ruiz E, López-Álvarez J. La interconsulta médica: problemas y soluciones. *Med Clin (Barc).* 2011; 136: 488-490.
22. Montero Ruiz E, Hernández Ahijado C, López Álvarez J. Efecto de la adscripción de internistas a un servicio quirúrgico. *Med Clin (Barc).* 2005; 124: 332-5.
23. Monte Secades R, Rabuñal Rey R, Rigueiro Veloso MT, García País MJ, Casariego Vales E, Guerrero Lombardía J. Papel del internista como consultor de servicios Quirúrgicos. *Rev Clin Esp.* 2004; 204: 345-50.
24. Larry R. Churchill, and David Schenck. *Healing Skills for Medical Practice.* *Ann Intern Med.* 2008; 149: 720-724.
25. W. Kahn M. Etiquette-Based Medicine. *N Engl J Med.* 2008; 358; 19.

Influencia sobre la hospitalización de una consulta monográfica para pacientes con insuficiencia cardiaca dirigida por internistas. Estudio de cohortes

Impact of a monographic clinic managed by internist for patients with chronic heart failure on hospital admission rates. A cohort study

Jose Manuel Cerqueiro González¹, C. Abeledo Vázquez², S. de la Fuente Sánchez³, Emilio Casariego Vales¹

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Lucus Augusti. SERGAS. Lugo

²Personal de enfermería. Medicina Interna. Hospital Universitario Lucus Augusti. SERGAS. Lugo

³Médico Residente en Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario Lucus Augusti. SERGAS. Lugo

Estudio financiado con las ayudas PI06/90432 del Fondo de Investigaciones Sanitarias del Ministerio de Sanidad y PGDITO6BTF91701PR de la Consellería de Industria de la Xunta de Galicia

RESUMEN

OBJETIVO: El objetivo de este estudio es determinar la repercusión de una consulta monográfica para insuficiencia cardíaca crónica (ICC) y comorbilidad asociada, dirigida por internistas y enfermería cualificada, sobre la hospitalización de estos pacientes.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio de cohortes prospectivo que incluye 456 pacientes ingresados en la unidad de Medicina Interna con ICC. Al alta los pacientes fueron distribuidos en dos grupos homogéneos, uno control que realizó seguimiento habitual, y otro de intervención que fue seguido en consulta monográfica de ICC. Se realizó un seguimiento desde en-06 hasta abril-09 y se compara en ambas cohortes el número de visitas que realizan a urgencias, reingresos hospitalarios, promedio de reingresos y mortalidad en los ingresos.

RESULTADOS: Los pacientes del grupo intervenido frente a los del grupo control, acudieron a Urgencias significativamente menos (66% vs 155%) ($p < 0,001$), reingresaron en menos ocasiones (81% vs 50,5%) ($p = 0,002$), el promedio en días de estancia hospitalaria fue significativamente menor (18 días vs 25 días) ($p < 0,001$). Y la mortalidad en los reingresos fue menor 13% vs 27,8% ($p < 0,006$).

CONCLUSIONES: El seguimiento por internistas y enfermería de los pacientes con ICC y comorbilidad, basado en una atención continuada e integral, en la información y en la disponibilidad; es un buen método para disminuir las visitas a urgencias y los reingresos, además de reducir la estancia y mortalidad hospitalaria.

Abstract

OBJECTIVE: The target of this study is to determine the impact of a monographic consultation for Chronic Heart Failure (CHF) which internists and specialized nursing have a main role, on the hospitalization of those patients.

MATERIAL AND METHODS: Prospective cohort study included 456 patients admitted to the Internal Medicine Unit with CHF. Upon discharge patients were divided into two similar groups, one control group that went through routine monitoring, and one intervention group made of patients subject to monitoring through monographic consultation for CHF. The study was conducted from January 6th to April 9th. Both cohorts were compared in terms of the number of urgent service visits, hospital readmissions, readmission rates and mortality average at hospital admission.

RESULTS: The number of ER visits of patients subject to monitoring through monographic consultation as opposed to control group was considerably lower (66% vs 155%) ($p < 0,001$); the readmission rate was significantly reduced (81% vs 50.5%) ($p = 0,002$); the average hospital stay was significantly lower (18 days vs 25 days) ($p < 0,001$). And the mortality upon readmission was 13% lower as opposed to 27.8% ($p < 0,006$).

CONCLUSION: In CHF and comorbidity patients, following a health program in which internists and specialized nursing have a main role and which is based on a continuous and integral tracking, information / training and availability, is a good way to reducing urgent visits and readmissions, as well as reducing hospital stay and mortality.

KEYWORDS: chronic heart failure, comorbidity, monographic consultation.

Introducción

La insuficiencia cardiaca crónica (ICC) en pacientes mayores, es una de las primeras causas de ingreso hospitalario por patología médica en Galicia. Esta alta tasa de hospitalización y el gran gasto asociado, es consecuencia del incremento de los reingresos¹. El perfil de paciente que reingresa es habitualmente el de un paciente mas anciano, frecuentemente diabético y con importante comorbilidad asociada^{2,3}. Por tanto es un paciente de difícil manejo, que ha sido excluido de los grandes ensayos y como consecuencia, sin evidencias sobre el mejor tratamiento⁴. Sin embargo se conoce que la inclusión de estos pacientes en programas de salud especiales (recomendación I, grado de evidencia A) redundan en una mejora de su calidad de vida⁵.

El objetivo del presente estudio es analizar la posible repercusión sobre la hospitalización, de una consulta monográfica dirigida por internistas y enfermería especializada, para pacientes ancianos con ICC y comorbilidad asociada.

Método

Pacientes. Estudio prospectivo de cohortes de la totalidad de pacientes ingresados por un episodio de ICC en el servicio de Medicina Interna del Hospital Lucus Augusti de Lugo entre Enero de 2006 y Abril 2009. En el momento de su alta se distribuyeron en dos grupos, grupo de intervención y grupo control. El grupo de intervención se constituyó con los pacientes de 11 Centros de Salud del Área (asignados a un programa de seguimiento en la Consulta Monográfica de

ICC). El grupo control se constituyó con los pacientes de los restantes Centros de Salud.

Seguimiento y recogida de datos. En el grupo de intervención los pacientes se citaron en una consulta monográfica de ICC. La labor en consulta es realizar un seguimiento integral, cubriendo la mayoría de los problemas del paciente; y continuado, con consultas al principio frecuentes que permitan la implementación terapéutica y consultas no programadas para atender situaciones de descompensación. Además se realiza la formación e información del paciente para lograr mejores niveles de adherencia terapéutica y de auto-control. En el grupo control no se realizó ningún tipo de intervención diferente a la habitual.

Para ambos grupos se contabilizaron el número de visitas a urgencias, las fechas de ingreso y alta de los reingresos hospitalarios y la mortalidad. Para ello se consultaron los registros informáticos del Centro.

Análisis estadístico: La totalidad de los datos se incluyeron en una base de datos diseñada al efecto. En el análisis descriptivo utilizamos las técnicas habituales. En la comparación de dos variables cuantitativas utilizamos el test T de Student, previa evaluación de la homocedasticidad. En la comparación múltiple de medias se utilizó ANOVA aunque en los casos de distribución no normal se utilizó la prueba de Kruskal-Wallis. Para la totalidad del análisis utilizamos el paquete estadístico SPSS⁶. El nivel de significación estadística se estableció en $p < 0,05$

Resultados

Incluimos un total de 456 pacientes, con predominio de mujeres (51%) y siendo la edad media 78,8 (DS 10,3) años. De ellos 93 fueron seguidos en la consulta monográfica de ICC y 363 en circuitos habituales. Las características generales de ambos grupos se recogen en la Tabla 1.

Tabla 1. Características y comparación de las cohortes estudiadas

	Grupo control (n=363)	Grupo intervención (n=93)	p
Sexo (% varones)	51,2 %	51 %	n.s.
Edad (media DT)	78,6 11,2	79 9,4	n.s.
HTA	247 (68%)	64 (68,8%)	n.s.
DM-II	119 (32,8%)	27 (29%)	n.s.
EPOC	147 (40,5%)	33 (33,5%)	n.s.
Fibrilación auricular	131 (36,1%)	36 (38,7%)	n.s.
Cardiopatía isquémica	43 (11,8%)	11 (11,8%)	n.s.
Cardiopatía hipertensiva	93 (25,6%)	25 (26,9%)	n.s.
FE preservada	273 (75,2%)	69 (74,2%)	n.s.
3 ó más patologías	201 (55,4%)	47 (59,3%)	n.s.
5 ó más patologías	161 (44,3%)	38 (40,9%)	n.s.

DT: desviación típica. FE: fracción de eyección. ns no significativo

Con respecto a los resultados asistenciales, los pacientes del grupo de intervención acudieron menos veces a urgencias ($p < 0,001$), reingresaron menos veces ($p = 0,002$) y, cuando lo hicieron, sus estancias fueron significativamente menores ($p < 0,001$) (Tabla 2). El riesgo relativo de reingreso asociado al seguimiento en la consulta de ICC se redujo a 0'22 (IC 95% 0'04-1.00). Ésto es, el número de consultas necesarias para evitar un reingreso es de 4'2. Con respecto a la reducción del tiempo de estancia hospitalaria, se reduce en un 26% del tiempo de ingreso.

Por último, la mortalidad en el grupo de intervención fue inferior a la observada en el grupo control (13% vs. 27,8%) ($p < 0'006$).

Tabla 2. Comparación entre el grupo de control y el grupo de intervención para las siguientes variables: número de veces que acuden a urgencias, número de reingresos, promedio de días de ingreso y mortalidad en el ingreso

	Grupo control (n = 299)	Grupo intervención (n = 69)	p
Urgencias	764 (155%)	46 (66,6%)	$p < 0.001$
Reingresos	245 (81%)	44 (63%)	$p < 0.002$
Días de ingreso (media DT)	25 22.9	18 12.8	$p < 0.001$
Mortalidad	27,8 %	13 %	$p < 0,006$

DT: desviación típica

Discusión

Este estudio muestra que los pacientes más mayores con ICC y comorbilidad asociada, manejados en una consulta monográfica de Medicina Interna, acuden menos a urgencias, ingresan menos y, cuando lo hacen, tienen menor estancia y mortalidad que los pacientes atendidos por el modelo tradicional.

A diferencia del sistema tradicional, en la consulta monográfica se realiza un seguimiento continuado, adaptado a las necesidades del paciente; los internistas ofrecen una atención integral al manejar la mayoría de las comorbilidades asociadas; la enfermería aporta información y formación al paciente y/o cuidadores, mejorando el conocimiento de su enfermedad, la adherencia terapéutica y la detección precoz de los síntomas de alarma⁷. También ofrece accesibilidad mediante comunicación telefónica que permite corregir a tiempo procesos de descompensación y evitar situaciones más extremas.

Los pacientes atendidos por Medicina Interna son pacientes diferentes a los manejados por cardiología, presentan cardiopatías no complejas de manejo (no requieren técnicas invasivas), pero son clínicamente más difíciles, al ser más ancianos, tolerar peor los fármacos, ser frecuentemente dia-

béticos y acompañarse de otras comorbilidades⁸. Por todo ello, el manejo integral de la pluripatología y un seguimiento más continuado es lo más aconsejable. En nuestro estudio de cohortes, ambos grupos están formados por pacientes que obedecen a este perfil y al compararlos no existen diferencias significativas (tabla 1).

Nuestros resultados objetivan que la implantación de este programa, y la optimización terapéutica según guía clínica⁹, juega un papel en la evolución de la enfermedad¹⁰.

La situación de ancianidad, comorbilidad e ICC hace imposible evitar la totalidad de los reingresos hospitalarios¹¹ a lo largo de los pocos años de vida que les restan a estos pacientes^{12,13}. Sin embargo, la mejora de la calidad de vida que logra la consulta monográfica, se traduce en una reducción de las visitas a urgencias y de reingresos hospitalarios (Tabla 3).

Probablemente este modelo de asistencia genera un mayor número de visitas a las consultas, tanto programadas como de demanda urgente; pero permite un mejor control de su ICC, y posibilita una atención más temprana en las fases de descompensación. Todo ello permite reducir ingresos hospitalarios. De hecho por cada cuatro consultas realizadas se evita un ingreso (NNT 4,2).

Y no solamente reingresan menos, sino que el promedio de días de ingreso hospitalario es significativamente menor en los pacientes adheridos al seguimiento.

Además una gran parte de los pacientes del grupo intervención ingresan en nuestro servicio, donde conocemos al paciente y nos da ventaja a la hora del manejo hospitalario, evitando iatrogenias y complicaciones. Tanto es así que demostramos disminución no solo de la estancia, sino también de la mortalidad en los reingresos hospitalarios.

En definitiva un sistema de seguimiento adaptable a la necesidad del paciente, con una visión integral, una consulta de enfermería implicada entre otras en la información y control del paciente, y por último el autocontrol del propio paciente; es la base para mantener la estabilidad del paciente, disminuir los reingresos hospitalarios y en definitiva mejorar la calidad de vida.

Por otra parte, los recursos empleados no suponen una inversión excesiva por parte del sistema. Implantar un programa de este tipo supone una diferente organización del personal integrado en el servicio y un cambio en el enfoque del pacien-

te con ICC. Además en términos de rentabilidad económica la disminución de los ingresos supone un ahorro de recursos hospitalarios que son costosos y en ocasiones, escasos.

Puesto que el trabajo consiste en optimizar las medidas ya conocidas (tratamientos y sistemas de control), sus principales ventajas son: es muy barata, y se integra bien, fácil y rápidamente en el trabajo habitual.

No se incluyeron análisis coste-efectividad, sin embargo, la reducción significativa de los reingresos, y en la estancia global hace pensar que la relación coste-eficacia se inclina a favor del grupo intervención¹⁴.

Por todo ello, y para la población descrita, una consulta monográfica de ICC integrada en una sección de medicina interna y funcionando con internistas, con apoyo de enfermería cualificada, es mejor que el sistema tradicional, ya que consigue reducir las visitas a urgencias, reingresos y estancias hospitalarias.

Bibliografía

- Rodríguez F, Guallar P, Banegas JR, Del Rey J. Trends in hospitalization and mortality for heart failure in Spain, 1980-1993. *Eur Heart J.* (1997);18:1771-9.
- Montes J, Lado M, Rey G, et al. Demografía de la insuficiencia cardíaca en Galicia. Análisis de diferentes poblaciones y ámbitos asistenciales Galicia Clin 2008; 69 (1): 7-10.
- Conthe P, Montoto C, Forteza J, et al. Comisión redactora SEMI-IC. Grupo de trabajo de insuficiencia cardíaca de la Sociedad Española de Medicina interna (SEMI). La Insuficiencia Cardíaca en los servicios de medicina Interna (estudio SEMI-IC). *Med Clin (Barc)* 2002 ; 118: 605-10.
- Rich M W. Office Management of heart failure in the elderly. *Am Journal Med* 2005 (118:342-348).
- Dickstein K, Cohen-Solal A, Filippatos G, et al. ESC guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2008. *Eur Heart J* (2008);29: 2388-2442.
- SPSS inc. SPSS for windows ver 15.0.Chicago IL: SPSS, 1999.
- Abeledo MC, Mosquera E, Cerqueiro J, et al. La consulta de enfermería en el control de pacientes con insuficiencia cardíaca. 2º Congreso nacional de Atención Sanitaria al Paciente Crónico. Santiago de Compostela. 2010.
- Montero M et al. Comorbilidad de los pacientes ingresados por insuficiencia cardíaca en los servicios de Medicina Interna. *Rev Clin Esp.* 2010;210:149-58.
- Mariell MD, William T. Abraham MD, et al. 2009 Focused Update: ACCF/AHA Guidelines for the Practice Guideline: Focused Update. Diagnosis and Management of Heart Failure in Adults. A Report of the American College of Cardiology Foundation/ American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. 2009. *Circulation* 2009;119:1977-2016.
- Marc A, Pfeiffer MD, Kart MD, et al. Effects of candesartan on mortality and morbidity in patients with chronic heart failure: the CHARM-Overall programme. *The Lancet* 2003, 759 – 766.
- Krumholz HM, Chen Y, Wang Y, et al. Predictors of readmissions among elderly survivors of admission with heart failure. *Am Heart J.* 2000;139:72-7.
- Owen Andrew FRCP et al. Life expectancy of elderly and very elderly patients with chronic heart failure. *Am Heart J.* 2006.151(6):1322e1-1322e4.
- Goldberg R, Ciampa J, Lessard D, et al. Long-term Survival After Heart Failure: A Contemporary Population-Based Perspective. *Arch Intern Med.* 2007; 167:490-496.
- Anguita M. Programas de intervención en la insuficiencia cardíaca: análisis crítico. *Rev Esp Cardiol* 2007; 7: 45 – 56.

Enfermedad obstructiva crónica (EPOC) y comorbilidades

Chronic obstructive pulmonary disease and comorbidities

Fernando de la Iglesia Martínez¹, Joaquín Serrano Arriba¹, Julio Montes Santiago².

¹Servicio de Medicina interna. Complejo Hospitalario Universitario A Coruña (CHUAC). SERGAS. A Coruña

²Servicio de Medicina interna. Complejo Hospitalario Universitario Vigo (CHUVI). SERGAS. Vigo

Resumen

Las agudizaciones de la EPOC y la insuficiencia cardíaca (IC) constituyen la principal causa de hospitalización en los servicios de Medicina interna en España. Además ambas entidades frecuentemente coexisten. La EPOC es una entidad que muy habitualmente trasciende el ámbito pulmonar y se asocia con un elevado número de enfermedades que afectan a distintos órganos. Entre ellas están la cardiopatía isquémica, la enfermedad cerebrovascular, las infecciones pulmonares recidivantes, etc. En tal situación tiene un papel relevante el tabaco como principal factor de riesgo para desarrollar EPOC y también agente etiológico principal en otros procesos y también por la capacidad del mismo como inductor de reacciones inflamatorias, que hace que la EPOC comparta muchas características comunes con gran variedad de procesos sistémicos. No obstante, tal agente no explica totalmente la incidencia incrementada en la EPOC de otras entidades como la depresión o la diabetes mellitus. En cualquier caso la presencia de EPOC con otros procesos comórbidos incrementa la mortalidad y dificulta el manejo asistencial.

PALABRAS CLAVES: Enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Tabaco. Pacientes pluripatológicos.

Abstract

The exacerbations of Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) and Heart failure (HF) are leading causes of hospitalization in the services of Internal Medicine in Spain. Moreover, both entities often coexist. COPD is an entity which frequently transcends the lung and is associated with a large number of diseases affecting different organs. Among these is-chemic heart disease, cerebrovascular disease, recurrent pulmonary infections, etc. In such situations tobacco play an important role as the main risk factor for developing COPD and as the etiologic factor in other processes. The ability of tobacco to induce inflammatory reactions makes COPD share many common features with a variety of systemic process. However, such an agent does not fully explain the increased incidence in COPD of the other entities like depression or diabetes mellitus. In any case, the presence of COPD in addition to other comorbidities increases mortality and difficult to manage these patients.

KEYWORDS: Chronic obstructive pulmonary disease. Tobacco. Patients with Plurypathology.

Epidemiología de la EPOC y entidades asociadas

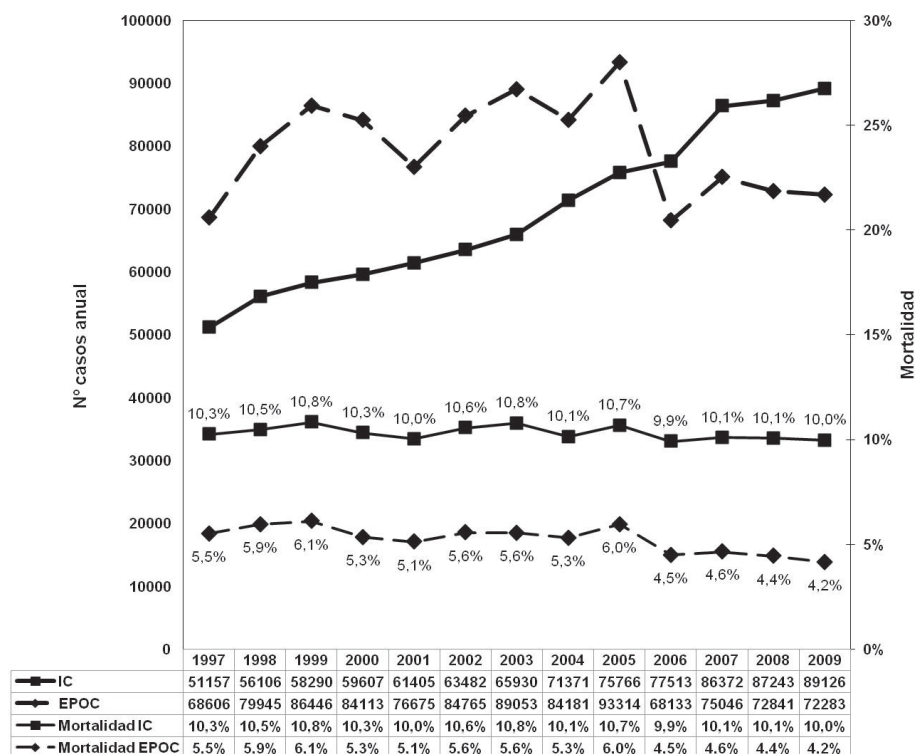
Según estimaciones de la OMS (2007), actualmente unos 210 millones de personas sufren EPOC¹. En 2005, 3 millones fallecieron por esta causa, lo cual representa el 5% del global de mortalidad. Su impacto sanitario, social y económico es muy elevado. Se estima que en el 2020 la EPOC se habrá convertido en la 3ª causa de muerte en todo el mundo². En 2004 se estima en 30,2 millones las pérdidas por Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD). Esta cifra representa el 2,0% sobre el total de AVAD. Confirmando estas cifras, una reciente revisión de más de 60 estudios poblacionales estiman dicha prevalencia en población general en cerca del 1%, creciendo hasta el 8-10% o más en adultos >40 años³.

La EPOC también es una causa de elevada morbilidad, mortalidad y discapacidad en España. Se estima la prevalencia de la EPOC en nuestro medio entre un 6,4 y un 11,4%, según las zonas geográficas⁴. El estudio IBERPOC⁵ (1998) encontró un 9,1% (con 78% de casos no diagnosticados) y el estudio EPI-SCAN⁶ (2007) cifra la prevalencia en población general de 40-79 años en 10,2% (con 73% no diagnosticados). En este último estudio la prevalencia en la zona de Vigo fue del 8,2%. Según la Encuesta de Morbilidad Hospitalaria (2005) las altas por EPOC supusieron el 6,5% del total⁴. En España las enfermedades respiratorias suponen la 4ª causa de carga de enfermedad (7,5% del total de AVAD) con un componente importante de discapacidad⁴. En hombres, la EPOC se encuentra entre las enfermedades con un mayor número

Tabla 1. Características de los pacientes con IC, EPOC y ambos procesos en el SNS (2009)

2009	IC	EPOC	IC + EPOC (2005)
Nº > 35 años	88.756	71.047	30.139
Mujeres (%)	54	19	42
> 75 años (%)	72	55	67
Edad media al ingreso	78,0	73,3	76,3
Estancia media	9,2	8,6	9,2
Mortalidad (%)	10,0	4,4	9,8
Coste medio (€)	4.243	2.661	4.108

Figura 1. Hospitalizaciones y mortalidad por IC y EPOC en el Sistema Nacional de Salud



de AVAD (4,1% sobre el total de AVAD), siendo en mujeres la carga de enfermedad algo inferior (1,3% sobre el total de AVAD)⁴. Globalmente, los gastos totales asociados a la EPOC equivalen al 0,2% del PIB español⁴. Ello además puede ser mucho mayor ya que se estima en cerca del 75% los casos no diagnosticados. Contando estos se calcula que en España existirían aproximadamente unos 270.000 pacientes con EPOC diagnosticados y tratados, lo cual se traduciría en cerca de 473 millones € anuales sólo en gastos sanitarios directos generados por la EPOC⁴. En cuanto a su distribución se observa que los gastos de hospitalización son los más cuantiosos (40-45% de los costos), seguidos del farmacológico (35-40%) y las visitas y pruebas diagnósticas (15-25%)⁷.

Con respecto a la mortalidad en 2005 en España la EPOC fue la 5ª causa entre los varones (Tasa anual 61/100.000 h.) y la 7ª en mujeres (20/100.000 h.), siendo la edad media de muerte de 79,7 en varones y 83,7 en mujeres⁴. En ese año los años de vida perdidos (por 100000) fueron de 62,3 en hombres y 17,7 en mujeres⁴.

Por su parte, la insuficiencia cardíaca (IC) presenta una prevalencia del 6,8% de la población >45 años (2005) aunque esta sube acusadamente en edades más avanzadas (16,1% en >75 años)⁸. Ello hace que en España se produzcan anualmente >100000 hospitalizaciones, con un gasto calculado de estas de 430 millones € y existan cerca de 1,25 millones de personas con tal entidad⁹. Aunque se tienen menos datos sobre la coexistencia de ambos procesos, estudios en pacientes hospitalizados primariamente por IC en el Sistema Nacional

de salud (SNS) señalan que el 34% de los mismos presenta EPOC concomitante¹⁰. En estudios de Registros de pacientes con IC en Medicina Interna (SEMI-IC, RICA) esta prevalencia de EPOC oscila entre el 28-31%¹¹⁻¹². A la inversa, en Registros de pacientes con EPOC la prevalencia de IC es de un 27%¹³. En el SNS las características entre ambos grupos de pacientes se aprecian en la tabla 1.

Ambas patologías (IC y EPOC) constituyen la causa más frecuente de ingresos en los Servicios de Medicina Interna del SNS, determinando entre ambas más de 120.000 hospitalizaciones anuales en dichos Servicios y constituyendo el 26,4% del total de hospitalizaciones en los mismos¹⁴. Además se espera que los ingresos por ambas entidades seguirán incrementándose en años venideros, constituyendo un problema sanitario y económico de preocupante magnitud (fig. 1). Con respecto a su mortalidad se observa cierta disminución en los pacientes con EPOC, pero no así en IC que ha permanecido estable (fig. 1). Además la mayoría de estos pacientes presentan el perfil de añosos (25% de pacientes con EPOC tienen >80 años)¹³ y con pluripatología. Así las características de pacientes con EPOC hospitalizados en Servicios de Medicina Interna son una edad media de 74 años, con hipertensión arterial (55%), arritmias (27%), insuficiencia cardíaca (27%) y diabetes mellitus (26%), con una media de cerca de 4 enfermedades asociadas¹⁵.

La EPOC como enfermedad sistémica.

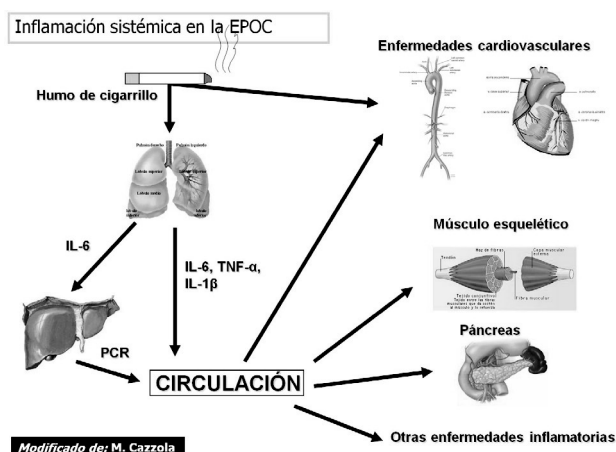
La actualización de 2011 de la Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) define a la EPOC como

“una enfermedad prevenible y tratable, caracterizada por una limitación al flujo aéreo persistente que generalmente progresa y asociada a una respuesta inflamatoria crónica aumentada en la vía aérea y en el pulmón a partículas o gases nocivos. Las exacerbaciones y la comorbilidad contribuyen a la gravedad global en los pacientes individuales”¹⁶. Por lo tanto los expertos de la GOLD incluyen en la propia definición el reconocimiento de las indudables implicaciones que tienen las manifestaciones sistémicas de la EPOC y la comorbilidad en el cuidado de estos pacientes.

La inhalación fundamentalmente de humo de tabaco causa una inflamación en el pulmón que se caracteriza por el aumento de los neutrófilos, macrófagos y linfocitos T, especialmente los CD8⁺¹⁷. El proceso inflamatorio, el desbalance entre proteinasas/antiproteinasas y el stress oxidativo¹⁸ conducirán a unos cambios anatómicos (hipersecreción de moco, disfunción ciliar, estrechamiento y fibrosis de la vía aérea, destrucción del parénquima y cambios vasculares) que conducen a la característica limitación al flujo aéreo, así como a la hiperinsuflación pulmonar, anomalías en el intercambio gaseoso, hipertensión pulmonar y efectos sistémicos como datos de inflamación sistémica y disfunción músculo-esquelética¹⁹. Este círculo vicioso condiciona una disminución de la tolerancia al ejercicio, lo que favorece un menor grado de actividad física y condiciona un progresivo deterioro de la forma física que limita la capacidad de ejercicio del paciente y disminuye su estado de salud.

La inflamación sistémica de la EPOC se demuestra por un incremento de leucocitos, proteína C reactiva (PCR), fibrinógeno y citoquinas inflamatorias en la sangre de los pacientes en situación estable^{20,21}, lo que traduce un estado de inflamación sistémica persistente de bajo grado (Figura 2). Además, durante las exacerbaciones se elevan los niveles de interleukina-6, PCR, fibrinógeno y factor de necrosis tumoral (TNF- α) que disminuyen de nuevo durante la recuperación^{20,21}.

Fig.2. Inflamación sistémica y EPOC.



Modificado de: M. Cazzola

El origen de esta inflamación sistémica puede deberse a diferentes mecanismos:

- “desbordamiento” de moléculas proinflamatorias desde el parénquima pulmonar inflamado y/o activación de células inflamatorias (neutrófilos, monocitos, linfocitos) durante su paso por la circulación pulmonar;
- que otros órganos como el hígado, músculo esquelético o médula ósea puedan contribuir a la producción de citoquinas proinflamatorias;
- que el humo del cigarrillo tenga por sí mismo potencial para producir inflamación sistémica, como lo demuestra la ocurrencia de enfermedad coronaria (también una enfermedad inflamatoria) en fumadores, independientemente de la presencia o ausencia de EPOC²¹.

Independientemente de su origen esta inflamación sistémica junto con otros factores como el sedentarismo, la hipoxia tisular, el envejecimiento, la malnutrición y los efectos secundarios de los fármacos conducen a los efectos sistémicos de la EPOC: pérdida de peso, disfunción músculo esquelética, enfermedades cardiovasculares, diabetes o intolerancia a la glucosa, depresión, etc^{21,22}.

Comorbilidades en pacientes con EPOC

El componente inflamatorio extrapulmonar de la EPOC es la base que sustenta el concepto de enfermedad sistémica. Aunque hasta el momento no existe un consenso claro sobre la diferencia entre manifestaciones sistémicas en la EPOC y comorbilidad, algunos autores han sugerido catalogar como manifestaciones sistémicas las alteraciones extrapulmonares directamente relacionadas con la enfermedad, como la pérdida de peso o la miopatía, y reservar el término comorbilidad para aquellas patologías asociadas²³. La importancia de las patologías asociadas la pone de manifiesto la demostración de que en los pacientes con EPOC, además de la insuficiencia respiratoria, la cardiopatía isquémica y las neoplasias son causas frecuentes de fallecimiento^{24,25}.

Para valorar la comorbilidad se utiliza a menudo el índice de Charlson, una escala validada diseñada para valorar el riesgo de muerte y su relación con enfermedades crónicas en estudios longitudinales²⁶. Este índice ha demostrado ser un buen predictor pronóstico en la EPOC²⁷, aunque su uso exclusivo produce una pérdida de información sobre patologías no incluidas en él y que pueden tener importancia en los síntomas y la evolución de la EPOC como la anemia o depresión, entre otros^{21,22}.

Con la intención de conocer la comorbilidad de estos pacientes el grupo EPOC de la Sociedad Española de Medicina Interna llevó a cabo un estudio multicéntrico, prospectivo y observacional que finalmente incluyó a 398 pacientes que precisaron ingresar en los Servicios de Medicina Interna por

exacerbación de su EPOC¹³. La mayoría, el 89%, eran varones, con una edad media de 73,7 años, la estancia media observada fue de 9,8 días y fallecieron en el ingreso el 5%¹³. El número de enfermedades crónicas asociadas a la EPOC fue de 3,6, mientras que la puntuación media observada para el índice de Charlson fue de 2,72; en la tabla 2 se recogen con detalle las diferentes comorbilidades¹³. La coexistencia de EPOC con otras patologías ha sido reconocida como factor de mal pronóstico ya que dicha asociación, especialmente con enfermedades cardiovasculares, modifica el pronóstico de ambas¹³. Además, es sabido que las pruebas de función respiratoria son un predictor de mortalidad en la población general y especialmente en los pacientes con cardiopatía²⁸. Ya sea por la EPOC en sí, por complicaciones de la misma o por enfermedades asociadas lo que sabemos es que los pacientes con EPOC tienen una menor esperanza de vida que la población general, como demuestran los datos de un estudio realizado en Gran Bretaña en el que los pacientes con EPOC severo fallecían tres años antes que aquellos con enfermedad moderada y cuatro años antes que los pacientes control con la misma edad y sexo²⁹.

EPOC y enfermedad vascular.

La EPOC comparte con las enfermedades vasculares un factor de riesgo común, el tabaquismo, pero este factor no explica por sí sólo que los pacientes con EPOC tengan entre 2 y 3 veces más riesgo de mortalidad cardiovascular en los grandes estudios poblacionales³⁰⁻³². La investigación actual sugiere que la alteración inflamatoria contribuye al proceso de aterosclerosis³³ y puede ser el nexo común en ambos grupos de enfermedades. El incremento en los niveles de PCR representa un factor de riesgo de enfermedad cardiovascular y en pacientes con EPOC se ha demostrado un aumento de dichos niveles y su relación con un mayor número de eventos cardiovasculares posteriores³⁴. Esta actividad inflamatoria podría explicarse porque la producción de citoquinas inflamatorias en el pulmón conduzca a un estado de hipercoagulabilidad predisponente a trombosis y predisponga también a la ruptura de la placa de ateroma³³.

La asociación de cardiopatía isquémica en el paciente EPOC es muy frecuente en el mundo occidental. El estudio ECCO confirmó la presencia de enfermedad coronaria en un 17% de los pacientes y hasta en un 9% existía el antecedente de infarto de miocardio previo¹³. Ambas enfermedades comparten el tabaquismo como factor predisponente y predilección por la población de mayor edad. La afectación de personas de mayor edad requiere por parte del clínico un mayor conocimiento de la potenciación de ambas enfermedades y de las posibles interacciones medicamentosas en su tratamiento conjunto. Como regla general los pacientes con ambas patologías deben realizar tratamiento para ambas como si existieran de

Tabla 2. Frecuencia de las comorbilidades en EPOC (Estudio ECCO, n=398) (modif. de ref.¹³)

Comorbilidad	Total
Incluidas en el índice de Charlson	
Enfermedad coronaria	68 (17%)
Insuficiencia cardíaca	107 (27%)
Enfermedad vascular periférica	50 (13%)
Enfermedad cerebrovascular	38 (10%)
Demencia	15 (4,4%)
Enfermedad del tejido conectivo	7 (2%)
Úlcus péptico	49 (12%)
Hepatopatía leve	29 (7,3%)
Diabetes sin complicaciones	103 (26%)
Diabetes con daño orgánico	14 (3,5%)
Hemiplejía	4 (1%)
Insuficiencia renal moderada	26 (6,5%)
Tumor sólido sin metástasis	26 (6,5%)
Leucemia	6 (1,5%)
Linfoma	2 (0,5%)
Enfermedad hepática moderada o severa	9 (2,3%)
Tumor sólido con metástasis	7 (1,8%)
Síndrome de inmunodeficiencia adquirida	1 (0,3%)
Otras comorbilidades	
Infarto de miocardio	34 (9%)
Hipertensión arterial	218 (55%)
Alcoholismo	56 (14%)
Enfermedad tromboembólica	13 (3%)
Arritmia	108 (27%)
Edemas	132 (33%)
Osteoporosis	37 (9,7%)
Anemia	265 (66%)

forma independiente con algunas precauciones. Si se inicia tratamiento con betabloqueantes se deben elegir los cardioselectivos, en dosis bajas y con progresión gradual³⁵. Si son bien tolerados se deben mantener también en las agudizaciones. Los calcioantagonistas y los nitratos no presentan ninguna contraindicación en la EPOC. Los salicilatos se deben usar con precaución en los que presenten hiperreactividad bronquial, sustituyéndose, si es posible, por otro antiagregante no salicílico.

Los esteroides, anticolinérgicos y leucotrienos usados en el tratamiento de la EPOC no modifican el curso de la cardiopatía. No parece que los beta-2-agonistas de corta duración tengan efecto en un paciente que no presente mayor hipoxemia de la habitual, y su discontinuación podría favorecer la aparición de angina por empeoramiento de la oxigenación

tisular. Lo que sí se recomienda, aunque no existen estudios diseñados específicamente, es evitar dosis altas de beta-agonistas en situación de angina inestable¹⁶.

La prevalencia de insuficiencia cardíaca en el estudio ECCO, de un 27%, es similar a la descrita en pacientes ambulatorios con EPOC grave a los que se le realiza un ecocardiograma^{13,36}; esta proporción puede llegar al 50% en los EPOC graves ingresados en Cuidados Intensivos. La coexistencia de ambas enfermedades disminuye la capacidad de esfuerzo de los pacientes y genera dependencia funcional³⁶. Además la disnea o fatiga es síntoma cardinal en ambas entidades, y en ocasiones es difícil conocer qué componente predomina en una exacerbación de estos pacientes. En estos casos, y sin contar con ecocardiografía, puede ser útil la determinación de péptido natriurético cerebral (BNP), ya que valores superiores a 500-1000 pg/ml apoyarían la presencia de insuficiencia cardíaca en estos enfermos^{13,16}.

El tratamiento de la insuficiencia cardíaca en pacientes con EPOC debe seguir básicamente las recomendaciones generales de las guías. Como en el caso de la enfermedad coronaria los beta-bloqueantes cardioselectivos son los preferibles y su beneficio claramente supera cualquier riesgo potencial asociado al tratamiento, incluso en pacientes con EPOC severa¹⁶. La incidencia de efectos secundarios de los IECAs en pacientes con asma o EPOC es similar a la de la población sana, por lo que deben usarse siempre que estén indicados. Aunque el uso de beta-2-agonistas se ha relacionado con un aumento de la incidencia de insuficiencia cardíaca, arritmias cardíacas, cardiopatía isquémica y muerte súbita, no existe una evidencia suficiente para contraindicar su uso, si bien parece razonable realizar un seguimiento más cercano a los pacientes con insuficiencia cardíaca severa que estén con este tratamiento para la EPOC¹⁶.

El 10% de los pacientes analizados en el estudio ECCO presentaba el antecedente de ictus¹³. La relación entre EPOC y enfermedad cerebrovascular está demostrada en estudios que confirman una relación inversa entre la reducción del FEV1, la incidencia de accidentes cerebrovasculares y el riesgo de ictus mortal^{37,38}. El mecanismo exacto por el que la incidencia y la mortalidad de ictus en pacientes con EPOC es mayor es desconocido, si bien la inflamación sistémica demostrada en la EPOC puede desencadenar y perpetuar el proceso aterosclerótico y producir de forma secundaria la oclusión de los vasos cerebrales. Algunos factores han sido identificados, como el tabaquismo, la susceptibilidad para las infecciones, la hipoxemia crónica o la hipercapnia, y la comorbilidad asociada como HTA, fibrilación auricular, insuficiencia cardíaca y enfermedad coronaria. También se considera que algunos fármacos como los simpaticomiméticos y anticolinérgicos pueden aumentar la frecuencia cardíaca

y la presión arterial, desencadenar arritmias y por todo ello aumentar el riesgo de accidentes isquémicos transitorios o ictus³⁰. La asociación de ambas enfermedades en un mismo paciente es motivo de importantes alteraciones físicas, invalidez y consumo de recursos sanitarios y sociales.

Aunque no existen datos precisos se estima que la prevalencia de enfermedad tromboembólica venosa en pacientes hospitalizados por EPOC oscila entre el 8 y 25%^{39,40}. Además de ser la EPOC en sí misma una situación protrombótica, otros factores como la reducción de la actividad física deben jugar un papel en este hecho. La enfermedad tromboembólica se ha relacionado además con las agudizaciones de la EPOC. En un estudio prospectivo se diagnosticó embolia de pulmón en uno de cada cuatro pacientes ingresados por exacerbación de EPOC sin causa clara de descompensación (infección respiratoria, neumotórax, ...) o bien que presentaban discrepancias entre clínica y hallazgos radiológicos⁴⁰. Por todo ello se debe indicar profilaxis con heparina de bajo peso molecular en los pacientes ingresados por descompensación grave de la EPOC e investigar la posibilidad de embolia pulmonar cuando la causa de la agudización no sea aparente.

EPOC e infección

Desde un punto de vista teórico es razonable considerar que los pacientes con EPOC tienen un riesgo aumentado para contraer y desarrollar infecciones por varios motivos: a) las alteraciones funcionales y estructurales de la propia enfermedad reducen la capacidad defensiva del pulmón, b) el consumo de tabaco favorece las infecciones respiratorias, c) algunos tratamientos habituales de la EPOC, como los esteroides y los antibióticos alteran la flora microbiana⁴¹, y d) los factores asociados a la habitual edad avanzada de los pacientes con EPOC y a la coexistencia de otros procesos crónicos. La experiencia confirma mayores cifras de enfermedades infecciosas en pacientes con EPOC de reciente diagnóstico comparados con una población sin EPOC durante 1 año, siendo éstas el segundo factor de comorbilidad más frecuente, sólo superadas por las cardíacas⁴².

En condiciones normales las vías aéreas son estériles; sin embargo, entre un 25 y 50% de los pacientes con EPOC en fase estable se encuentran colonizados con los mismos gérmenes que provocan las infecciones respiratorias, siendo más probable dicha colonización cuanto mayor sea el deterioro de la función pulmonar⁴³. Esta colonización del árbol bronquial es el principal factor de riesgo para el desarrollo de agudizaciones con episodios de incremento de expresividad clínica de la enfermedad que interrumpen el curso crónico y lentamente progresivo de la EPOC¹⁶. Dichas agudizaciones influyen en la morbilidad, en la calidad de vida, incrementan la mortalidad, generan un alto consumo de recursos y desde el punto de vista pronóstico, el número de agudizaciones experimentadas

en el pasado es uno de los mejores predictores de riesgo para presentarlas en el futuro^{16,44-46}. El 50-70% de las agudizaciones se deben a infección bronquial bacteriana o viral, sin que los criterios clínicos permitan diferenciar la causa⁴⁷.

La neumonía adquirida en la comunidad es un proceso de alta prevalencia en la población general y los datos actuales apuntan a una mayor frecuencia en la población con EPOC, comunicándose 55 casos por cada 1000 pacientes y año, cifras mucho más altas que las de la población general⁴⁸. En nuestro medio el neumococo seguido del *H. influenzae* son los principales agentes responsables, si bien en los últimos tiempos cobran protagonismo bacterias atípicas (*legionella*, *chlamydia pneumoniae*). Un estudio reciente confirma el peor pronóstico de los pacientes con EPOC y neumonía; la mortalidad llega al 20% frente al 5,8% cuando la exacerbación se debe a otra causa⁴⁹.

Reducir la patología infecciosa en el paciente con EPOC supondría una modificación sustancial de su historia natural. Para ello contamos con tres medidas: a) inmunización antigripal anual y antineumocócica, b) incluir en pacientes de riesgo en fase estable, fármacos que han demostrado reducir las agudizaciones (tiotropo, beta-2 agonistas de acción larga, glucocorticoides inhalados y roflumilast en casos seleccionados), y c) ante la sospecha de infección bacteriana elegir los antimicrobianos que tengan mayor capacidad de erradicación bacteriana^{16,50}.

Ansiedad y depresión en la EPOC

La limitación progresiva al flujo aéreo de la EPOC se traduce en disnea que afecta de forma paulatina la actividad física de los pacientes con afectación secundaria de su estado psicológico y social, lo que influye desfavorablemente en su entorno personal, profesional y laboral, con lo que aumenta de forma considerable la probabilidad de dependencia y aislamiento social. En este contexto, no es raro que hasta el 50% de los pacientes presenten trastornos psicológicos, estimándose una prevalencia del 15% para la ansiedad generalizada y del 25% para la depresión^{16,51,52}. Van Manen et al concluyen que el riesgo de depresión en el paciente con EPOC es 2,5 veces superior al de la población general, después de ajustar por variables demográficas y comorbilidad⁵¹. Además la depresión y la ansiedad en la EPOC se asocia a peor pronóstico siendo predictora de mortalidad y de mayor estancia hospitalaria¹⁶. El tratamiento farmacológico de estos pacientes debe ser similar al de la población general, pues apenas existen estudios de intervención en estas situaciones clínicas. Al utilizar fármacos ansiolíticos las benzodiacepinas se deben manejar con precaución por el efecto depresor de la función respiratoria, considerándose de elección la buspirona porque no presenta efectos adversos respiratorios⁵³. Entre los fármacos antidepressivos, los inhibidores de la recaptación de serotonina

y los inhibidores de recaptación de serotonina y noradrenalina son los de elección por su nulo efecto sobre la función respiratoria, buena tolerancia y pocos efectos secundarios¹⁶.

Otras comorbilidades

Los pacientes con EPOC presentan una asociación mayor de la esperada de diabetes y síndrome metabólico. El estudio ECCO recoge el antecedente de diabetes en un 30% de los pacientes¹³ y se describe una prevalencia de síndrome metabólico próximo al 15% en los EPOC europeos⁵⁴. Probablemente el nexo patogénico de estas entidades reside en la respuesta inflamatoria local y sistémica que está íntimamente ligada al desarrollo de resistencia insulínica e hiperglucemia. En los pacientes con EPOC concurren ciertas patologías digestivas con mayor prevalencia que en la población general, entre las que destacan por número e implicaciones clínicas la enfermedad ulcerosa péptica, la enfermedad por reflujo gastroesofágico y determinadas etiologías de hepatopatía crónica. La implicación de la colonización gástrica por *Helicobacter pylori* en la patogenia de la EPOC se fundamenta en una serie de estudios de seroprevalencia que han confirmado la conocida comorbilidad entre úlcera péptica y bronquitis crónica⁵⁵. También en estos pacientes es más prevalente el reflujo gastroesofágico clínicamente significativo y su presencia ha sido involucrada en la frecuencia y severidad de sus exacerbaciones⁵⁶. Entre el 1 y el 2% de todos los casos de enfisema pulmonar se asocia a déficit de alfa-1-antitripsina, enfermedad sistémica hereditaria que desarrolla enfisema precoz y cirrosis hepática. La SEPAR, siguiendo las guías americanas y europeas, recomienda determinar al menos en una ocasión el nivel sérico de alfa-1-antitripsina en todo individuo diagnosticado de EPOC⁵⁷.

En definitiva la EPOC es un proceso muy complejo que trasciende el ámbito estrictamente pulmonar y se asocia con un elevado número de enfermedades que afectan a distintos órganos. Dos son los factores más relevantes que explican este comportamiento: a) el tabaco, principal factor de riesgo para desarrollar EPOC, coincide como agente etiológico fundamental en muchos otros procesos, y b) la capacidad del tabaco como potente inductor de reacción inflamatoria, por agresión celular directa y mediante el incremento de mediadores de inflamación, que revela a la EPOC como una verdadera enfermedad sistémica que comparte muchas características comunes con una gran variedad de enfermedades.

Bibliografía

1. Mathers CD. The global burden of disease: 2004 update. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2008.
2. Barnes PJ (2007) Chronic obstructive pulmonary disease: A growing but neglected global epidemic. PLoS Med 4(5): e112. doi:10.1371/journal.
3. Halbert RJ, Natoli JL, Gano A, Badamgarav E, Buist AS, Mannino DM. Global burden of COPD: systematic review and meta-analysis. Eur Respir J. 2006; 28: 523-32.
4. Ministerio de Sanidad y Política social. Estrategia en EPOC del Sistema Nacional de Salud. Centro de Publicaciones Ministerio de Sanidad y Consumo: Madrid, 2009.

5. Sobradillo-Peña V, Miravittles M, Jiménez CA, Gabriel R, Viejo JL, Masa JF, et al. Estudio Epidemiológico de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica en España (IBERPOC): Prevalencia de síntomas respiratorios crónicos y limitación del flujo aéreo. *Arch Bronconeumol*. 1999; 35: 159-66.
6. Soriano JB, Miravittles M, Borderías L, Duran-Taulería E, García Río F, Martínez J, Montemayor T et al. Diferencias geográficas en la prevalencia de EPOC en España: relación con hábito tabáquico, tasas de mortalidad y otros determinantes. *Arch Bronconeumol* 2010; 46: 522-30.
7. Miravittles M, Murio C, Guerrero T, Gisbert R on behalf of the DAFNE study group. Costs of chronic bronchitis and COPD. A one year follow-up study. *Chest*. 2003; 123: 784-91.
8. Anguita Sánchez M, Crespo Leiro MG, De Teresa Galván E, et al. Prevalencia de la insuficiencia cardíaca en la población general española mayor de 45 años. Estudio PRICE. *Rev Esp Cardiol* 2008; 61: 1041-9.
9. Montes Santiago J. Arte y riesgo cardiovascular. Una gañería de cifras y figuras. S&H Meicla Science: Madrid, 2010.
10. J. Montes-Santiago J, R. Guijarro-Merino R, San Román-Terán C, Monreal M. Hospitalizaciones por insuficiencia cardíaca y epoc en España. concomitancias y diferencias. *Rev Clin Esp* 2011 (Supl. Esp): 211:14.
11. Montero Pérez-Barquero M, Conthe Gutiérrez P, Román Sánchez P, Forteza-Rey J; Grupo de Trabajo de Insuficiencia Cardíaca de la Sociedad Española de Medicina Interna (estudio SEMI-IC). Comorbilidad de los pacientes ingresados por Insuficiencia Cardíaca en los servicios de Medicina Interna. *Rev Clin Esp*. 2010; 210:149-58. .
12. Jiménez Muñoz AB. Epidemiología de la EPOC e IC. Aspectos pronósticos. En: Méndez Bailón M, de Miguel Díaz J, Comín Colet J, coord. EPOC e Insuficiencia Cardíaca: Una combinación frecuente y a menudo ignorada. Madrid: Gráficas Prado & Robepra SL.; 2008, 7-22.
13. Almagro P, López García F, Cabrera FJ, Montero L, Morchón D, Díez J, de la Iglesia F, Roca FB, Fernández-Ruiz M, Castiella J, Zubillaga E, Recio J, Soriano JB; Grupo EPOC de la Sociedad Española de Medicina Interna. Estudio de las comorbilidades en pacientes hospitalizados debido a enfermedad pulmonar obstructiva crónica atendidos en servicios de Medicina Interna. Estudio ECCO. *Rev Clin Esp*. 2010; 210:101-8.
14. Zapatero Gaviria A, Barba Martín R y Grupo Gestión FEMI. Estudio de un millón de altas hospitalarias en Medicina Interna. Disponible en: <http://www.fesemi.org> (consultado 04/12/2010).
15. Boixeda R, Almagro P, Díez J, Custardoy J, López García F, San Román Terán C, Recio J, Soriano JB; en representación del grupo EPOC de la Sociedad Española de Medicina Interna. Características clínicas y tratamiento de los pacientes ancianos hospitalizados por descompensación de enfermedad pulmonar obstructiva crónica en los servicios de Medicina Interna españoles. Estudio ECCO. *Med Clin (Barc)* 2011; (Nov 24, Epub ahead of print).
16. Global initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease - 2011 updated [consulta 26 de enero de 2012]. Disponible en: www.golcopd.com.
17. O'Shaughnessy TC, Ansari TW, Barnes NC, Jeffery PK. Inflammation in bronchial biopsies of subjects with chronic bronchitis: inverse relationship of CD8+ T lymphocytes with FEV₁. *Am J Respir Crit Care Med*. 1997; 155: 852-7.
18. Shapiro SD. Elastolytic metalloproteinases produced by human mononuclear phagocytes. Potential roles in destructive lung disease. *Am J Respir Crit Care Med*. 1994; 150 (6 Pt 2): S160-4.
19. Agustí A. Systemic effects of chronic obstructive pulmonary disease: what we know and what we don't know (but should). *Proc Am Thorac Soc*. 2007; 4: 522-5.
20. Decramer M, De Benedetto F, Del Ponte A, Marinari S. Systemic effects of COPD. *Respir Med*. 2005; 99 (Supl. B): S3-10.
21. Agustí A, Soriano JB. COPD as a systemic disease. *COPD*. 2008; 5: 133-8.
22. Cazzola M, Matera MG, Rogliani P, Page C. Treating systemic effects of COPD. *Trends Pharmacol Sci*. 2007; 28: 544-50.
23. Decramer M, Rennard S, Troosters T, Mapel DW, Giardino N, Mannino D, et al. COPD as a lung disease with systemic consequences-clinical impact, mechanism and potential for early intervention. *COPD*. 2008; 5: 235-56.
24. Calverley PM, Anderson JA, Celli B, Ferguson GT, Jenkins C, Jones PW, et al. Salmeterol and fluticasone propionate and survival in chronic obstructive pulmonary disease. *N Engl J Med*. 2007; 356: 775-89.
25. Bale G, Martínez-Cambor P, Burge PS, Soriano JB. Long-term mortality follow-up of the ISOLDE participants: Causes of death Turing 13 years after trial completion. *Respir Med*. 2008; 102: 1468-72.
26. Charlson ME, Szatrowski TP, Peterson J, Gold J. Validation of a combined comorbidity index. *J Clin Epidemiol*. 1994; 47: 1245-51.
27. Almagro P, Calvo E, Ochoa de Echagüen A, Barreiro B, Quintana S, Heredia JL et al. Mortality after hospitalization for COPD. *Chest*. 2002; 121: 1441-8.
28. Sunyer J, Ulrik CS. Level of FEV₁ as a predictor of all-cause and cardiovascular mortality: an effect beyond smoking and physical fitness. *Eur Respir J*. 2005; 25: 587-8.
29. Soriano JB, Maier WC, Egger P, Visick G, Thakrar B, Sykes J et al. Recent trends in physician diagnosed COPD in women and men in the UK. *Thorax*. 2000; 55: 789-94.
30. Sidney S, Sorel M, Quesenberry CP Jr, DeLuise C, Lanes S, Eisner MD. COPD and incident cardiovascular disease hospitalizations and mortality: Kaiser Permanente Medical Care. *Chest*. 2005; 128(4): 2068-75.
31. Holgin F, Folch E, Redd SC, Mannino DM. Comorbidity and mortality in COPD-related hospitalizations in the US, 1979 to 2001. *Chest*. 2005; 128(4): 2005-11.
32. Huiart L, Ernst P, Suissa S. Cardiovascular morbidity and mortality in COPD. *Chest*. 2005; 128(4): 2640-6.
33. Lobby P, Ridker PM. Inflammation and atherosclerosis: role of C-reactive protein in risk assessment. *Am Med J*. 2004; 116Suppl6A: 9S-16S.
34. Sin DD, Man SF. Why are patients with chronic obstructive pulmonary disease at increased risk of cardiovascular diseases? The potential role of systemic inflammation in chronic obstructive pulmonary disease. *Circulation*. 2003; 107: 1514-9.
35. Salpeter S, Ormiston T, Salpeter E. Cardioselective beta-blockers for chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane database of systematic reviews* 2005:CD003566.
36. Render ML, Weinstein AS, Blaustein AS. Left ventricular dysfunction in deteriorating patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Chest*. 1995; 107: 162-8.
37. Truelsen T, Prescott E, Lange P, Schnohr P, Boysen G. Lung function and risk of a fatal and non-fatal stroke. The Copenhagen City Heart Study. *Int J Epidemiol*. 2001; 30: 145-51.
38. Hozawa A, Billings JL, Sharar E, Ohira T, Rosamond WD, Folsom AR. Lung function and ischemic stroke incidence: the Atherosclerosis Risk in Communities Study (ARIC). *Chest*. 2006; 130: 1642-9.
39. Prescott SM, Richards KL, Tikoff G, Armstrong TD Jr, Shigeoka JW. Venous thromboembolism in descompensated chronic obstructive pulmonary disease. A prospective study. *Am Rev Respir Dis*. 1981; 123: 32-6.
40. Tillie-Leblond I, Marquette C, Perez T, Scherpereel A, Zanetti C, Tonel AB et al. Pulmonary embolism in patients with unexplained exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease: prevalence and risk factors. *Ann Intern Med*. 2006; 144: 390-6.
41. Mannino DM, Watt G, Hole D, Gillis C, Hart C, McConnachie A et al. The natural history of chronic obstructive pulmonary disease. *Eur Respir J*. 2006; 27: 627-43.
42. Soriano JB, Visick GT, Muellerova H, Payvandi N, Hansell AL. Patterns of comorbidities in newly diagnosed COPD and asthma in primary care. *Chest*. 2005; 128: 2099-107.
43. Miravittles M. Exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease: when are bacterial important? *Eur Respir J*. 2002; 20: 9s-19s.
44. Groenewegen KH, Schols AM, Wouters EF. Mortality and mortality-related factors after hospitalization for acute exacerbation of COPD. *Chest*. 2003; 124: 459-67.
45. Hilleman DE, Dewan N, Malesker M, Friedman M. Pharmacoeconomic evaluation of COPD. *Chest*. 2000; 118: 1278-85.
46. Miravittles M, Guerrero T, Mayordomo C, Sánchez-Agudo L, Nicolau F, Segú JL on Behalf of the EOLO Group. Factors associated with increased risk of exacerbation and hospital admission in a cohort of ambulatory COPD patients: a multiple logistic regression analysis. *Respiration*. 2000; 67: 495-501.
47. Sapey E, Stockley RA. COPD exacerbations. *Aetiology*. *Thorax* 2006; 61: 250-8.
48. Merino-Sánchez M, Alfageme-Michavilla I, Reyes-Núñez N, Lima-Alvarez J. Prognosis in patients with pneumonia and chronic obstructive pulmonary disease. *Arch Bronconeumol*. 2005; 41: 607-11.
49. Steer J, Norman EM, Afolabi OA, Gibson GJ, Bourke SC. Dyspnoea severity and pneumonia as predictors of in-hospital mortality and early readmission in acute exacerbation of COPD. *Thorax*. 2012; 67: 117-21.
50. Miravittles M, Torres A. Antibiotics in exacerbations of COPD: lessons from the past. *Eur Respir J*. 2004; 24: 896-7.
51. Van Manen JG, Bindels PJE, Dekker FW, Ijzermans CJ, Van Der Zee JS, Schadé E. Risk of depression in patients with chronic obstructive pulmonary disease and its determinants. *Thorax*. 2002; 57: 412-6.
52. Mikkelsen RL, Middeloble T, Pisinger C, Stage KB. Anxiety and depression in patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD). A review. *Nord J Psychiatry*. 2004; 58: 65-7.
53. Argyropoulou P, Patakas D, Koukou A, Vasiliadis P, Georgopoulos D. Bupirone effect on breathlessness and exercise performance in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Respiration*. 1993; 60: 216-20.
54. Hu G, Qiao A, Tuomilehto J, Balkau B, Borch-Johnsen K, Pyorala K, for the DECODE Study Group. Prevalence of the metabolic syndrome and its relations to all-cause and cardiovascular mortality in non-diabetic European men and women. *Arch Intern Med*. 2004; 164: 1066-76.
55. Caselli M, Zaffoni E, Ruina M, Sartori S, Trevisani L, Ciaccia A et al. *Helicobacter pylori* and chronic bronchitis. *Scand J Gastroenterol*. 1999; 34: 828-30.
56. Rascon-Aguilar IE, Pamer M, Wludyka P, Cury J, Coultas D, Lambiase LR et al. Role of gastroesophageal reflux symptoms in patients with COPD. *Chest*. 2006; 130: 1096-101.

El paciente polimedicado

The polymedicated patient

Fernando Diz-Lois Martínez¹, Ovidio Fernández Álvarez², Ceferino Pérez Vázquez³

¹ Médico internista emérito, CHUAC

² Médico internista emérito CHOU

³ Médico de Familia, Xerencia de Atención Primaria. A Coruña

Introducción

La polimedicación o polifarmacia se define como: la administración de varios medicamentos durante un tiempo prolongado. Para algunos consiste en la toma de 5 o más medicamentos durante al menos seis meses, para otros entre 5 a 10 medicamentos, siendo necesario consignar también remedios de herbolario, al menos algunos con actividad biológica significativa (sedantes, laxantes, excitantes, anticolinérgicos, anabolizantes etc.).¹ Pero más que una cifra concreta, en la práctica, interesan criterios cualitativos de adecuación terapéutica. De todas maneras a partir de de 6 medicamento tomados de forma crónica existe una asociación progresiva con inadecuación de la prescripción².

La polimedicación es particularmente importante en gente mayor, que con frecuencia sufre pluripatología. En USA un 20% de beneficiarios de medicare tienen 6 o más procesos crónicos y el 50% reciben 5 o más medicamentos³. Es necesario, sin embargo diferenciar la pluripatología de los "achagues de la edad" como: algias temporales, disminución de las capacidades sensoriales, pérdida de memoria, pérdida de agilidad y fuerza, aumento de peso, estreñimiento, tendencias depresivas, insomnio etc, muchos de los cuales no se remedian a medio plazo con medicamentos, sino con apoyos familiares o sociales y promoción de ciertas precauciones y actividades adecuadas en la vida diaria de la persona. No se deben sustituir los cuidados y afectos que la gente mayor necesita por píldoras.

En España la frecuencia de polifarmacia en mayores de 65 años no institucionalizados es de $2,6 \pm 2$ medicamento por paciente⁴. La frecuencia de polimedificados aumenta en institucionalizados, en relación a los comunitarios⁵, también en presencia de demencia⁶, o cuando el paciente tiene problemas de movilidad. Los medicamentos utilizados con mayor frecuencia son, antihipertensivos, ansiolíticos, vasodilatadores, hipnóticos, anti-inflamatorios, digoxina y espasmolíticos^{5,7}. La automedicación es otro factor responsable de la polifarmacia, afecta en nuestro medio a cerca de un tercio de los pacientes mayores de 75 años⁴.

El promedio de ingestión de fármacos se mantiene hasta cerca de los 90 años (alrededor de 8 en el medio comunitario), después declina ligeramente⁸.

Es necesario diferenciar lo que se receta de la toma real, por parte del enfermo, de la medicación prescrita. Es lógico pensar que un paciente no sea cumplidor (a menos que tenga una enfermedad grave) si tiene un plan terapéutico con más de seis medicamentos, cuando el grado de cumplimiento medio con uno o dos fármacos es menor de un 70%. El incumplimiento terapéutico afecta al 30-50% de los ancianos y en los polimedificados alcanza el 47,6%¹².

Por eso es importante distinguir lo que es la poli-prescripción de lo que es la poli-terapia (entendiendo por esta última lo que realmente toma el enfermo). Aquella tiene importancia en lo que se refiere a gasto farmacéutico y esta es importante a la hora de evaluar la eficacia y efectos tóxicos de los medicamentos¹⁰.

La polimedicación aunque, como expresión vulgar, tiene una connotación negativa a veces es necesaria. Administrar incluso más de 6 principios activos a un mismo paciente es imprescindible cuando sus múltiples procesos así lo requieren o sí, como ocurre con enfermedades graves o potencialmente graves, necesitan de varios medicamentos para su control.

Polifarmacia y toxicidad medicamentosa

Es difícil de justificar la necesidad de tomar más de 6-8 principios activos de forma crónica. Esto en sí mismo constituye una nueva enfermedad, ya que el riesgo de provocar efectos tóxicos importantes con tal combinación es elevado. Amplios estudios poblacionales han demostrado que la ocurrencia de reacciones adversas medicamentosas es 50 por mil personas y año, de las cuales el 0,7% son mortales, el 8,9% son potencialmente mortales, el 28,3% son graves y el 62% son significativas¹¹. El uso de 6 o más fármacos es un predictor de mortalidad independiente (OR:3)¹². El riesgo lógicamente es proporcional al número de medicamentos tomados regularmente¹³.

En nuestro medio alrededor de un tercio de la población estudiada presenta problemas potenciales derivados del consumo de fármacos, por interacciones y/o uso inapropiado. Las variables asociadas son: un mal estado de salud percibido y el mayor consumo de fármacos¹⁴. Es un problema grave tanto en el hospital como demostró el estudio nacional sobre efectos adversos ligados a hospitalización¹⁵, como en la comunidad

quedando claro en el estudio APEAS (estudio sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria de salud), en el que se observó que el 48,2% de los efectos adversos ligados a la asistencia sanitaria están causados por la medicación¹⁶. Algunas observaciones han detectado efectos adversos en cerca del 100% de los pacientes cuando ingieren más de 10 medicamentos regularmente¹⁷, aunque habría que diferenciar lo que son efectos colaterales esperados de verdaderas reacciones adversas.

Existen datos que sugieren que después de controlar otras morbilidades la polimedcación se asocia a un deterioro físico y mental¹⁸ y particularmente fractura de fémur asociada a caídas casuales¹⁹.

Un hecho muy conocido son las cascadas de prescripción originadas por los efectos colaterales de la medicación interpretados a veces como una nueva enfermedad²⁰. Como el parkinson inducido por antipsicóticos o metoclopramida², o la diarrea e incontinencia urinaria inducido por inhibidores de la colinesterasa (donecepilo, rivastigmina etc)²².

Las guías de práctica clínica pueden inducir a polimedcar cuando el paciente tiene varios procesos^{3, 23}. Es fácil comprender que un paciente diabético con EPOC, cardiopatía isquémica y osteoartritis necesite más de 10 medicamentos. En estos casos es esencial juzgar lo que es realmente importante para el paciente en relación a su tipo de vida y pronóstico.

Así pues hay que tener en cuenta el balance riesgo beneficio de un medicamento indicado en una situación determinada. A veces es necesario sacrificar su máxima eficacia en un problema determinado para evitar complicaciones (ej. sangrado digestivo en tratamiento con dicumarínicos en la FA, en cuyo caso o se suspende o se mantiene con un INR subóptimo, o suspender o minimizar la dosificación de benzodiazepinas para evitar caídas)²⁴ etc.

Como ley general de la naturaleza la polimedcación como fenómeno sigue el principio de Wilfredo Pareto: "una minoría de causas es responsable de una mayoría de efectos". Una minoría consume una mayoría de recursos. En nuestro caso esa minoría se refiere al escaso 20% de personas mayores de 65 años. En España el 17% de la población tiene más de 65 años y consumen el 73% del gasto farmacéutico¹⁷. Siempre ocurrirá que las personas mayores consuman más medicación. De lo que se trata es evitar que una misma persona consuma medicación que no sea imprescindible a su condición. Todos estamos de acuerdo en que se prescribe demasiado.

Una serie de factores que se suman y favorecen la polimedcación²⁵.

Por parte del médico: En primer lugar la fragmentación de la asistencia. Cuando hay varios médicos prescribiendo al

mismo paciente aumenta el número de fármacos que el paciente toma y el riesgo de efectos secundarios²⁶. Hay un exceso de protagonismo de los especialistas en lo que debería ser atención primaria. El médico generalista debería ser quien llevara la dirección de la asistencia al paciente y así evitar consultas innecesarias y que las distintas prescripciones por distintos especialistas se fueran sumando sin un control adecuado. Suele acaecer que hay una inhibición por parte de los especialistas en revisar la medicación prescrita por otros médicos ajenos a su especialidad, prueba de ello es que muchas veces en los informes de alta de hospital o de consulta, al escribir el tratamiento, el especialista (también el internista) hace el listado de los medicamentos relacionados con la causa de la consulta y le se añade "resto igual", y en este "resto igual" puede estar la clave del diagnóstico o de la causa de la descompensación. Otras circunstancias que pueden inducir al médico a recetar son: la fugacidad en la relación con el enfermo (es más fácil recetar que historiar) y la colaboración con la promoción de fármacos comerciales. Por parte del paciente, la pluripatología, la pérdida progresiva de autocuidados, el estilo de vida poco saludable, la gratuidad de la asistencia y de la medicación.

En relación con la industria farmacéutica, la promoción a veces excesiva de sus productos buscando la colaboración del médico, o una investigación dirigida a fármacos clónicos de otros que han tenido éxito comercial favorecen la polifarmacia. Hay que reconocer sin embargo que en muchos casos una parte muy significativa del armamentario terapéutico es novedosa y posterior a los estudios de la carrera de medicina del médico, por lo que la información que tiene este de una parte importante de medicamentos es a partir de la industria farmacéutica y de estudios financiados por la misma, esto puede ser causa de un sesgo a la hora de recetar, sin quitarle importancia a la labor de educación médica propiciada por la industria incluida la formación continuada reglada y su colaboración en los congresos de medicina²⁷.

Los medios de comunicación también influyen con una excesiva y mal entendida publicidad así como la promoción involuntaria de falsas expectativas. La administración peca por exceso en su aprobación de principios activos similares así como productos genéricos.

Cuando todos los agentes protagonistas de la asistencia sanitaria están orientados en la misma dirección, hacia la polifarmacia, es difícil cambiar esta tendencia. Y tal como está organizada la asistencia sanitaria, tanto el médico, como el farmacéutico, la industria y el paciente siguen la misma ruta la del consumo. A esto se añade que la sociedad moderna que se autodefine como sociedad del bienestar, favorece, incluso induce, al consumo de bienes y servicios. La búsqueda de la satisfacción personal por el placer como un fin

en sí mismo, en vez de ser consecuencia de un esfuerzo previo, tiene como uno de sus resultados la sustitución de estilos de vida saludables por la toma de pastillas. Es más fácil tomar medicamentos etc. para evitar la osteoporosis o el sobrepeso que practicar una actividad física regular.

Control y detección del paciente polimedcado

El diagnóstico de la polimedcación es obvio, aunque quizás no tanto si tenemos en cuenta que el paciente no siempre toma lo que está escrito, además se automedica o toma productos activos de herboristería. Es por lo tanto necesario realizar una anamnesis adecuada, a veces laboriosa. Siempre se hace necesario en la consulta valorar si la medicación que está tomando el enfermo es: necesaria, potencialmente perjudicial, interacciona o está provocando efectos secundarios importantes. La valoración del clínico en la evitación de una politerapia inadecuada es lo más importante ya que es él quien conoce las peculiaridades del paciente.

Se han desarrollado criterios externos que se utilizan para valorar la adecuación de la prescripción no solo en sentido de exceso sino también por defecto. En la aplicación de criterios objetivos es necesario tener en cuenta no solo la propia indicación sino factores psíquicos, familiares y sociales²⁵. Beers y colaboradores, en 1992, describieron 30 factores para aplicar en la clínica y determinar la calidad de la prescripción de medicación utilizada de forma habitual²⁸. Estos criterios fueron actualizados en el año 2003, incrementando además a 48 medicamentos o clases de medicamentos potencialmente contraindicados en pacientes mayores²⁹. Estos criterios son ampliamente utilizados, y mediante su aplicación se ha detectado un 20-30% de prescripción inadecuada sobre todo en ancianos asilados, siendo esto responsable de una morbilidad significativa^{30, 31, 32}.

Estos criterios no parecen adecuados para países europeos ya que los formularios son distintos y van cambiando, las actitudes prescriptoras también son diferentes así como las exigencias de la población y la idiosincrasia social. En un estudio de consenso realizado por Gallagher y colaboradores en Irlanda, se pactaron una serie de criterios más amplios que los de Beers, actualizados y adaptados a la farmacopea europea, que son más sensibles y específicos para detectar errores de prescripción sobre todo en ancianos³³. Hay una excelente versión adaptada a la farmacopea y tipo de asistencia de España³⁴.

Existen otras versiones con criterios diferentes tratando de simplificar su utilización para uso asistencial, como la canadiense. Ellos establecen una clasificación de medicamentos en tres categorías según su posible morbilidad: las contraindicadas en ancianos, las que producen interacciones con la enfermedad, o interacciones medicamentosas³⁵.

Otro modo de hacerlo es centrarse en medicamentos especialmente peligrosos en ancianos por la frecuencia de su utilización y su especial peligrosidad, como son los sedantes y los que tienen efecto anticolinérgico, como es el índice de "sobrecarga de medicamentos" o "drug burden index" expresada matemáticamente con una fórmula³⁶.

El Medication Appropriateness Index (MAI)³⁷ mide la adecuación de cada uno de los medicamentos del paciente a través de 10 ítems. Tiene el inconveniente de que su aplicación en la consulta puede llevar tiempo al tener que elaborar un índice global resultado de una puntuación por cada uno de los 10 ítems.

Todos estos sistemas de medir la adecuación de la prescripción han sido resumidas de forma extensa en una tesis doctoral³⁸.

Lo importante en la práctica de todos estos sistemas de control explícitos es no solo su grado de precisión para captar errores de prescripción, sino también su fácil aplicación por el médico en la clínica diaria. En nuestro país, el método más utilizado es el de detección de los Resultados Negativos de la Medicación (RNM)³⁹, que se definen como los resultados en la salud del paciente no adecuados al objetivo de la farmacoterapia y asociados al uso de medicamentos.

Métodos de intervención para adecuar la prescripción

Estructurales:

Dar más protagonismo al médico general en la asistencia, evitando que el especialista haga el trabajo propio del médico generalista⁴⁰. El médico de cabecera debe de ser el responsable final del paciente y es quien tiene que ordenar el plan terapéutico, contando naturalmente con el especialista. Es necesario mejorar la relación entre redes asistenciales, la historia clínica común entre la medicina hospitalaria, ambulatoria, servicios de urgencia y asistencia primaria es una herramienta fundamental para conseguir la información necesaria para poner orden en la medicación de cada paciente. Pero actualmente existe una desnivelación asistencial a favor de las especialidades que es necesario compensar con un progresivo desarrollo de la Atención Primaria.

En experiencias previas en otros países con formularios estratificados y el copago han tenido como consecuencia disminución del uso de medicamentos⁴¹. Pero es necesario en caso del copago tomar medidas para evitar la no utilización de medicación necesaria. La semFYC está en desacuerdo con la aplicación de copagos en los servicios sanitarios y en caso de aplicarlos debería hacerse como estudio piloto experimental controlando múltiples variables y observar resultados tanto económicos como clínicos. Y en lo que se refiere a copago en farmacia replantearse el sistema actual hacia modelos más equitativos.⁴²

En cuanto a utilización de formularios, en Galicia el catálogo de medicamentos ha disminuido el gasto aunque la prescripción por parte de los médicos se mantiene alta.

Organizativos:

Son de tres tipos,

1. Educativos dirigidos a pacientes, a asilados, o a médicos^{43,44}.
2. Llamadas atención a prescriptores de forma automática a través de la red^{45,46}.
3. Intervención del farmacéutico en distintos puntos de la prescripción^{9,47,48}.

Todos han sido eficaces al menos a corto o medio plazo para reducir el número de medicamentos, algunos también para mejorar la calidad de la prescripción. La mayoría no han sido diseñados para valorar el factor coste/beneficio pero muchos sí han demostrado una disminución de efectos adversos^{49,50,51}.

En nuestra comunidad hay 110.000 pacientes que toman más de 6 medicamentos cada día y 15.000 en los se han prescrito más de 15 medicamentos. La Dirección de Asistencia Sanitaria de la Consellería de Sanidade ha puesto en marcha un programa de mejora de tratamiento de enfermos crónicos "mediante el asesoramiento sobre el uso de fármacos, educación sanitaria y una ajustada colaboración entre los profesionales sanitarios", con los objetivos de: "detectar y resolver problemas relacionados con el uso de medicamentos, mejorar el cumplimiento terapéutico de los pacientes crónicos polimedcados y mejorar el conocimiento de los pacientes respecto del uso e indicaciones de los medicamentos". El proceso se inicia con una alerta por parte de la "Unidad de apoyo a la Prescripción" y a través del farmacéutico del centro de salud se hace una propuesta de intervención, tomando la decisión final el médico o en su caso la enfermera en una consulta dirigida al enfermo crónico.

Es indudable que cualquier método que recuerde al prescriptor la necesidad de racionalizar la terapia es bueno para mejorar la calidad del tratamiento y disminuir los efectos secundarios, pero nada puede sustituir una buena anamnesis para poder prescribir bien.

Bibliografía

1. Ferner RE, Aronson JK. Communicating information about drug safety. *BMJ* 2006; 333:143-145.
2. Fialová D, Topinková E, Gambassi G, Finne-Soveri H, Jonsson PV, Carpenter I, Schroll M et al. Potentially inappropriate medication use among elderly home care patients in Europe. *JAMA* 2005;293:1348-1358.
3. Tinetti ME, Bogardus ST Jr, Agostini JV. Potential pitfalls of disease-specific guidelines for patients with multiple conditions. *N Engl J Med* 2004; 351:2870-4.
4. Valderrama Gama E, Rodríguez Artalejo F, Palacios Díaz A, Gabarre Orús P, Pérez del Molino Martín J. Consumo de medicamentos en los ancianos: resultados de un estudio poblacional. *Rev Esp Salud Pública*. 1998;72:209-19.
5. Sociedad Española de Geriatría y Gerontología. Guías de actuación clínica. Polifarmacia. 2000 citado por Comité Editorial de las Áreas 1, 2, 3 y 7 de Atención Primaria. Servicio Madrileño de Salud. Utilización de medicamentos en el anciano. *Notas Farmacoter*. 2008;15:29-36.
6. Planas-Pujol X, López-Pousa S, Vilalta-Franch J, Monserrat-Vila S, Garre-Olmo J. Perfil de consumo farmacológico y función cognoscitiva en edad avanzada: estudio de población general no institucionalizada. *Neurología*. 2010; 25:498-506.
7. Gavilán Moral E, Morales Suárez-Varela MT, Hoyos Esteban JA, Pérez Suanes AM. Polimedcación y prescripción de fármacos en pacientes ancianos inmovilizados que viven en la comunidad. *Aten Primaria*. 2006;38:476-80.
8. Escamilla Fresnadillo JA, Castañer Niño O, Benito López S, Ruiz Gil E, Burrull Gimeno M, Sáenz Moya N. Motivos de incumplimiento terapéutico en pacientes mayores polimedcados, un estudio mediante grupos focales. *Aten Primaria*. 2008;40:81-85.
9. Velasco Sánchez V, Juárez Molera M, López Parra E, Salamanca Sanz AI, Barrios Martos E y Santos Álvarez P. Análisis de las interacciones medicamentosas en población extrahospitalaria mayor de 65 años. *Semergen*. 2011;37:233-7.
10. Rollason V, Vot N. Reduction of polypharmacy in the elderly. A systematic review of the role of the pharmacist. *Drugs Aging* 2003;20:817-832.
11. Gurwitz JH, Field TS, Harrold LR, Rothschild J, Debellis K, Seger AC. Incidence and Preventability of Adverse Drug Events Among Older Persons in the Ambulatory Setting. *JAMA*. 2003; 289:1107-16.
12. Incalzi AR, Capparella O, Gemma A, Porcedda P, Raccis G, Sommella L. A simple method of recognizing geriatric patients at risk for death and disability. *J. Am Geriatr Soc*. 1997; 45:945-8.
13. Risk factors for adverse drug events among nursing home residents. Field TS, Gurwitz JH, Avorn J, McCormick D, Jain S, Eckler M, Benser M, Bates DW *Arch Intern Med*. 2001;161:1629-1634.
14. Arbás E, Garzón R, Suárez A, Buelga C, Pozo M, Comas A, et al. Relación entre nivel de el consumo y toxicidad. Consumo de medicamentos en mayores de 65 años: problemas potenciales y factores asociados. *Aten Primaria*. 1998;23:165-170.
15. Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización. ENEAS 2005. Plan de calidad del sistema nacional de salud. Informe. Febrero 2006.
16. Estudio APEAS. Estudio sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria de salud. Madrid: Plan de calidad, Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008.
17. Comité Editorial de las Áreas 1, 2, 3 y 7 de Atención Primaria. Servicio Madrileño de Salud. Utilización de medicamentos en el anciano. *Notas Farmacoter*. 2008;15:29-36.
18. Magaziner J, Cadigan DA, Fedder DO, Hebel JR. Medication use and functional decline among community dwelling older women. *J Aging Health*. 1989;1:470-484.
19. Lai SW, Liao KF, Liao CC, Muo CH, Liu CS, Sung FC. Polypharmacy correlates with increased risk for hip fracture in the elderly: a population-based study. *Medicine (Baltimore)*. 2010;89:295-9.
20. Rochon PA, Gurwitz JH. Optimising drug treatment for elderly people: the prescribing cascade. *BMJ* 1997; 315:1096-9.
21. Rochon PA, Stukel TA, Sykora K, Gill S, Garfinkel S, Anderson GM, Normand SL, Mamdani M, Lee PE, Li P, Bronskill SE, Marras C, Gurwitz JH Atypical antipsychotics and parkinsonism. *Arch Intern Med*. 2005;165(16):1882-8.
22. Gill SS, Mamdani M, Naglie G, Streiner DL, Bronskill SE, Kopp A, Shulman KI, Lee PE, Rochon PA. A prescribing cascade involving cholinesterase inhibitors and anticholinergic drugs. *Arch Intern Med*. 2005;165:808-13.
23. Boyd CM, Darer J, Boult C, Fried LP, Boult L, Wu AW. Clinical practice guidelines and quality of care for older patients with multiple comorbid diseases: implications for pay for performance. *JAMA*. 2005;294:716-724.
24. Steinman MA, Hanlon JT. Managing medications in clinically complex elders: "There's got to be a happy medium." *JAMA* 2010; 304:1592-1601.
25. Villafaina Barroso A, Gavilán Moral E. Pacientes polimedcados frágiles, un reto para el sistema sanitario. *IT del Sistema Nacional de Salud*. Volumen 35, Nº 4/2011.
26. Green JL, Hawley JN, Rask KJ. Is the number of prescribing physicians an independent risk factor for adverse drug events in an elderly outpatient population? *Am J Geriatr Pharmacother*. 2007;5:31-9.
27. Pérez Vázquez C, Serrano Peña J, Louro González A. Plan de incentivación a la racionalización de la prescripción en receta médica oficial en Atención Primaria (PIR-PRMOAP). Procedimiento de actuación. *Cad Aten Primaria*. 2009;16:81-85.

28. Beers MH, Ouslander JG, Rollingher I, Reuben DB, Brooks J, Beck JC. Explicit criteria for determining inappropriate medication use in nursing home residents. UCLA Division of Geriatric Medicine. *Arch Intern Med.* 1991;151(9):1825.
29. Fick DM, Cooper JW, Wade WE, Waller JL, Maclean JR, Beers MH. *Arch Intern Med.* 2003;163(22):2716.
30. Willcox SM, Himmelstein DU, Woolhandler S. Inappropriate drug prescribing for the community-dwelling elderly. *JAMA.* 1994;272:292-6.
31. Lau DT, Kasper JD, Potter DE, Lyles A, Bennett RG. Hospitalization and death associated with potentially inappropriate medication prescriptions among elderly nursing home residents. *Arch Intern Med.* 2005;165:68-74.
32. Jano E, Aparasu RR. Healthcare outcomes associated with beers' criteria: a systematic review. *Ann Pharmacother.* 2007;41: 438-447.
33. Gallagher P, Ryan C, Byrne S, Kennedy J, O' Mahony D. STOPP (Screening Tool of Older Persons Prescriptions) and START (Screening Tool to Alert doctors to Right Treatment). Consensus validation. *Int J Clin Pharmacol Ther* 2008; 46:72-83.
34. Delgado E, Muñoz M, Montero B, Sánchez C, Gallagher P, Cruz-Jentoft A. Prescripción inapropiada de medicamentos en los pacientes mayores: los criterios STOPP/START. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2009;44:273-9.
35. McLeod PJ, Huang AR, Tamblin RM, Gayton DC. Defining inappropriate practices in prescribing for elderly people: a national consensus panel. *CMAJ.* 1997;156(3):385-91.
36. Hilmer SN, Mager DE, Simonsick EM, Cao Y, Ling SM, Windham BG, Harris TB, Hanlon JT, et al. Drug Burden Index to Define the Functional Burden of Medications in Older People. *Arch Intern Med.* 2007;167:781-787.
37. Hanlon JT, Schmader KE, Samsa GP, Weinberger M, Uttech KM, Lewis IK, Cohen HJ, and Feussner JR. A method for assessing drug therapy appropriateness. *J Clin Epidemiol* 1992;45:1045-1051.
38. Spinewine A. Appropriate use of medicines in care of the elderly - factors underlying inappropriateness, and impact of the clinical pharmacist. *Thèse présentée a Université Catholique de Louvain.* 2006. <http://www.farm.ucl.ac.be/cfcl/Theses/Spinewine/Spinewine-thesis.pdf>. Consultada el 28 Enero 2012.
39. Comité de Consenso GIAF-UGR, GIFA-USE, GIF-UGR. Tercer Consenso de Granada sobre Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM) y Resultados Negativos asociados a la Medicación (RNM). *Ars Pharm* 2007;48:5-17.
40. Norman G. Levinsky, M.D. Recruiting for primary care. *N Engl J Med* 1993; 328:656-660.
41. Lu CY, Ross-Degnan D, Soumerai SB and Pearson SA. Interventions designed to improve the quality and efficiency of medication use in managed care: A critical review of the literature – 2001–2007. *BMC Health Services Research* 2008; 8:75-87.
42. COPAGO: conclusiones desde la evidencia científica. Documento semFYC, octubre de 2010. Editorial. Aten Primaria. 2011;43:1-2
43. Williams ME, Pulliam CC, Hunter R, Johnson TM, Owens JE, Kincaid J, et al. The short-term effect of interdisciplinary medication review on function and cost in ambulatory elderly people. *J Am Geriatr Soc.* 2004;52:93-8.
44. Fillit HM, Futterman R, Orland BI, Chim T, Susnow L, Picariello G, et al. Polypharmacy management in Medicare managed care: changes in prescribing by primary care physicians resulting from a program promoting medications reviews. *Am J Manag Care.* 1999;5:587-94.
45. Monane M, Matthias DM, Nagle BA, Kelly MA. Improving prescribing patterns for the elderly through an online drug utilization review intervention: a system linking the physician, pharmacist, and computer. *JAMA.* 1998;280:1249-52.
46. Raebel MA, Charles J, Dugan J, Carroll NM, Korner EJ, Brand DW, et al. Randomized trial to improve prescribing safety in ambulatory elderly patients. *J Am Geriatr Soc.* 2007;55:977-85.
47. Castelino RL, Bajorek BV, and Chen TF. Targeting Suboptimal Prescribing in the Elderly: A Review of the Impact of Pharmacy Services. *Ann Pharmacother* June 2009 43:1096-1106.
48. Zermansky AG, Alldred DP, Petty DR, David K, Raynor DK, Freemantle N, Eastaugh J and Bowie P. Clinical medication review by a pharmacist of elderly people living in care homes, randomised controlled trial. *Age and Ageing.* 2006; 35: 586-591.
49. Obtaining a thorough medication history is very important before any new medication is prescribed. Hajjar ER, Cafiero AC, Hanlon JT. Polypharmacy in elderly patients. *Am J Geriatr Pharmacother.* 2007;5:345-351.
50. Forsetlund L, Eike MC, Gjerberg E, and Vist GE. Effect of interventions to reduce potentially use of drugs in nursing homes: a systematic review of randomised controlled trials. *BMC Geriatr.* *BMC Geriatr.* 2011; 11: 16-34.
51. George J, Elliott RA, Stewart DC. A systematic review of interventions to improve medication taking in elderly patients prescribed multiple medications. *Drugs Aging.* 2008;25:307-24

La visión en Galicia sobre la asistencia al paciente crónico y pluripatológico; del hospital al sistema sanitario del futuro: Estrategia SERGAS 2014

Galician point of view on the medical care of the chronic and pluripathological patient; from hospital to the sanitary system of the future. SERGAS 2014 strategy

Rocío Mosquera Álvarez¹, Nieves Domínguez González², Eugenia Lado Lema³, Josefina Monteagudo Romero⁴.

¹ Conselleira de Sanidad, Xunta de Galicia

² Gerente del SERGAS

³ Vicegerencia del SERGAS

⁴ Jefa de Gabinete de la Consellería de Sanidad

Nuevos hospitales, nuevas realidades

Como se ha expresado en los artículos anteriores, se precisan nuevos paradigmas en la atención a los pacientes pluripatológicos que superen la tradicional división compartimentada de la asistencia sanitaria, para lograr una asistencia integrada y eficiente, que sitúe permanentemente al paciente en el radar sanitario. Se define así la organización sanitaria integrada, cuyas características básicas se exponen en la tabla 1^{1,2}:

Tabla 1: Características básicas de la organización sanitaria integrada

- | |
|--|
| <p>a. Estratificación de la población de referencia por niveles de estado de salud.</p> <p>b. Fomentar el papel de la enfermería con la asunción de nuevos roles.</p> <p>c. Promoción y prevención de la salud a través de programas asistenciales gestionados.</p> <p>d. Historia clínica integrada y única.</p> <p>e. Prescripción electrónica única</p> <p>f. Coordinación con los dispositivos sociosanitarios.</p> <p>g. Proceso asistencial integrado con los centros de subagudos o de media larga estancia.</p> <p>h. Asistencia no presencial con cartera de servicios (desde citación conjunta a consejo sanitario).</p> <p>i. Impulso a profesionales innovadores con evaluación de resultados y traslación de proyectos.</p> |
|--|

Naturalmente ello debe conllevar una redefinición y actualización de los tradicionales roles asignados al hospital en el sistema sanitario. En este sentido, en el año 2011, la Sociedad Española de Directivos de Atención Primaria (SEDAP) publicaba en 2011 un informe titulado *“Un nuevo hospital para una nueva realidad”* en que diferentes Gerentes de hospitales, así como Directores Generales de Servicios de Salud (País Vasco, Castilla y León, Cantabria, Valencia, etc..) meditaban sobre dicha adaptación a los nuevos tiempos, enfatizando todos, como denominador común, las características de la organización sanitaria integrada expresadas más arriba. En dicha publicación, también desde Galicia, se exponían las

reflexiones sobre tal tema en una colaboración titulada *“Del hospital al sistema sanitario del futuro”*³. Dicho artículo, debido a su autoridad, interés, actualidad y paradigma definitorio de intenciones en Galicia, se comenta aquí, con leves modificaciones, casi en su integridad.

El trabajo parte de la base de que el hospital tradicional, considerado como un santuario cerrado, estático, autogestionario y donde se ubicaban los mejores medios, la información más actualizada y los mejores expertos es una institución desfasada. Por el contrario, los hospitales actuales deben ser organismos vivos, con organizaciones complejas, pero eficientes en su actuación. Ello pasa ineludiblemente por aprovechar el potencial de sus profesionales, fomentar el trabajo en equipo e interactuar con otras instituciones, y constituir una unidad funcional con Atención Primaria.

Tal parece la única forma de afrontar los retos actuales y futuros: poblaciones envejecidas y con pluripatología, a las que deberá prestarse atención en su domicilio o residencia, mientras que la atención hospitalaria se centrará más en pacientes críticos (trasplantes, oncológicos, grandes lesionados) y en los tratamientos ambulatorios (cirugía mínimamente invasiva, tratamientos ambulatorios).

Otro gran reto es conseguir la implicación y el compromiso de pacientes, cada vez más exigentes y con mayor acceso a la información, aunque no siempre bien informados sobre su enfermedad y las posibilidades aportadas por el sistema sanitario. La tecnología y el avance del conocimiento conducen a una Medicina más orientada a la prevención y a la promoción, en la que el ciudadano quiere una garantía en salud y bienestar más predictiva (genómica y proteómica), con tratamientos cada vez más personalizados.

Desde hace unos años las tecnologías de información y comunicación (TIC) permiten disponer y compartir -en todos los niveles de la organización y con todos los profesionales-, toda la información de los pacientes a través de la historia clínica electrónica (HCE). Ello ha permitido borrar los muros

del hospital, al hacer accesible la información (toda la información, incluidas pruebas radiológicas, desde las más simples a las más complejas e independientemente de quien las haya solicitado, analíticas, EKG...) a todos los profesionales que puedan tener que atender a un paciente, en cualquier circunstancia y en cualquier nivel asistencial.

También permite avanzar en la organización del trabajo: trabajar por procesos, con protocolos, vías y guías clínicas comunes, con un único objetivo: hacer aquello que aporte valor al paciente. No tendrá sentido realizar más actividad, ni más consultas, ni más determinaciones analíticas, ni más exploraciones de cualquier tipo, si no le aportan algún beneficio al paciente. Para ello, la organización deberá madurar y adquirir nuevos hábitos de trabajo: no se trata de hacer más, se trata de hacer lo necesario, evitando lo innecesario (disminuyendo la variabilidad clínica) y haciendo sólo aquello que aporte valor al paciente y al sistema.

Del mismo modo que la interdisciplinariedad permite potenciar el conocimiento; las alianzas con distintos agentes e instituciones y con el sector tecnológico harán posible el óptimo aprovechamiento de los avances tecnológicos. Sería impensable un hospital de futuro que no incorpore dichos beneficios en el cuidado de la salud y que no aproveche las alianzas con los proveedores tecnológicos para hacerlo de manera más eficaz y eficiente.

Por otra parte, la situación económica actual y el previsible futuro, obligará a buscar nuevas fórmulas de colaboración y gestión que posibiliten independizar la incorporación y renovación de la tecnología y las infraestructuras del ciclo económico. Es imprescindible establecer colaboraciones y relaciones a largo plazo con los proveedores privados que permitan un compromiso real para conseguirlo. Como una apostilla en este sentido cabe decir que debido a la crisis el gasto sanitario per cápita español en 2011 cayó un 4,1% con respecto al 2010, con reducciones sin excepción en todas las CCAA.

Pero el principal activo y valor de las organizaciones sanitarias, del hospital del presente y del futuro, son los profesionales. Es el momento del trabajo en equipo multidisciplinar, de que el profesional excelente lo sea trabajando en equipo, de que los buenos resultados sean el fruto de la integración de esfuerzos y aportaciones de todos. Los profesionales tenemos que organizarnos en torno al paciente, para prestarle la atención que necesita a lo largo de todo su proceso asistencial. En esta nueva organización del trabajo el proceso empieza y termina en Primaria, aunque en él participen profesionales de distintas especialidades. Y No debemos olvidar que el paciente es parte activa en este proceso, con quien tenemos que establecer una alianza terapéutica, fundamental para el éxito de cualquier tratamiento.

Esta alianza es y será todavía más importante de cara al futuro y a la hospitalización domiciliaria. Esto depende de un cambio en las funciones de los profesionales para dispensar cuidados, y de una solución de comunicación que dé soporte y confianza al paciente. Pero también de que el paciente asuma un nuevo papel y se responsabilice de su enfermedad y de sus cuidados, sacando el mejor partido a la disponibilidad de medios tecnológicos (acceso a un teléfono de contacto único con la enfermera o el médico responsable). El contacto personal es crítico en la relación médico/paciente, pero se pueden establecer contactos por otros canales sin perder la "humanización de los actos médicos".

Este nuevo paradigma asistencial exige cambios organizativos estructurales, en los que se redefinan los roles que jugarán los profesionales sanitarios independientemente de su procedencia. Estamos ante una revolución organizativa que por otro lado se señala como una necesidad crítica a la que tenemos que enfrentarnos. El futuro no depende de la creación de nuevos servicios que convivan con los servicios actuales, se trata de encontrar una solución transversal que pivote sobre Primaria, con un papel relevante de la enfermería, y de la que también formen parte los especialistas hospitalarios.

Este cambio organizativo no será posible sin un cambio del rol del directivo. Esta macroorganización con equipos directivos de Primaria y Hospitalaria, en la que el "equipo directivo" es el centro y a veces la razón misma de toda la organización, en la que la figura del gerente, controlador y todopoderoso, ensombrece al propio equipo, debe cambiar. La organización debe ser cada vez más horizontal, más transversal, en definitiva, más reticular. La nueva organización constará de unidades funcionales (unidades de gestión clínica), en las que se integran los profesionales, con capacidad de decisión en los temas que les afecten, incluido el gasto que generan. El papel del gerente en este nuevo sistema debe ser de facilitador y soporte, pues cada unidad debe tener autonomía, respetando siempre las reglas de juego acordadas, incluidas la valoración de resultados y responsabilidades.

Esta nueva organización no tiene garantía de futuro si no nos dotamos de un sistema retributivo más justo. Sin duda es imprescindible conseguir el pago por los resultados obtenidos, si bien es necesario garantizarles a los profesionales estabilidad profesional y un entorno de trabajo que les permita realizar una práctica clínica adecuada. También se debe considerar la feminización de la Sanidad y los nuevos roles sociales de los trabajadores sanitarios.

Todo esto refuerza la idea de que hablar de hospital es algo del pasado, el futuro debe basarse en una organización sanitaria más abierta, más flexible y más horizontal en la que se superen las barreras que separan los distintos niveles de atención, los distintos servicios clínicos basados en las espe-

cialidades médicas, los distintos papeles entre profesionales. En definitiva, que el lugar físico deje de ser determinante en la atención al paciente, y que ésta se adapte a sus necesidades cambiantes y a la disponibilidad de medios, tanto humanos como tecnológicos o materiales.

Con esta visión en el Servicio Gallego de Salud se elaboró una hoja de ruta -la Estrategia Sergas 2014-, que contiene los principales objetivos, y líneas de actuación para alcanzarlos. Dentro de ellas, destaca la apuesta por la gestión integrada, la gestión clínica y la gestión por procesos. Para lo que se consideran herramientas imprescindibles la extensión de la historia clínica y receta electrónica a todo el sistema. Además, con el objetivo de implicar a los ciudadanos y pacientes, y facilitar su participación, se inicia la Escuela Gallega de Salud para Ciudadanos, verdadero punto de encuentro de profesionales, asociaciones y pacientes. Otras iniciativas recientes están dirigidas a la atención de pacientes crónicos y polimedcados, en las que de nuevo juegan un papel fundamental los profesionales de enfermería. En esta estrategia está siempre presente el compromiso con la gestión rigurosa y eficiente como elemento imprescindible para mantener la solvencia y sostenibilidad futura de nuestro sistema sanitario público.

En este sentido nuestras iniciativas están dirigidas a detectar ineficiencias y gastos prescindibles para garantizar las prestaciones sanitarias actuales con el nivel de seguridad y calidad adecuadas. Somos conscientes de que todos estos cambios y transformaciones sólo serán posibles contando con la implicación y complicitad de los profesionales, aunque no es menos cierto que debemos afrontar el gran reto de implantar un nuevo modelo de desarrollo profesional y una modificación profunda del sistema retributivo. En la actualidad y, en mayor medida en el futuro, el sistema sanitario no sólo será una organización prestadora de servicios sanitarios, sino también un lugar en el que se realizan actividades de docencia y de generación de conocimiento, de investigación e innovación. Por ello, todos los agentes debemos ser conscientes de que el futuro depende de nuestras decisiones de hoy. Todos somos responsables de superar los retos que nos conduzcan al sistema sanitario del futuro.

La Estrategia SERGAS 2014 para la atención a pacientes⁴

A partir del año 2009 y como consecuencia de la necesidad de adaptar y transformar la asistencia en el SERGAS para avanzar hacia la excelencia del sistema, se comenzó a trabajar para “definir los objetivos estratégicos y las líneas de actuación que debía acometer el SERGAS en los próximos años para lograr dicha transformación de su sistema de salud y consolidar un modelo sanitario innovador, centrado en

los ciudadanos, y que asegure la continuidad asistencial, la seguridad, la eficiencia y la implicación de los profesionales”. Se definieron una serie de fases en este proceso: 1. Organización del trabajo para recabar toda la información y documentación necesaria, y articular la forma de participación en la elaboración del plan estratégico. 2. Revisión de la estrategia global del Sergas, definición del punto de partida, del contexto nacional e internacional y tendencias actuales del sector sanitario, 3. Elaboración del mapa de procesos del Sergas, con un análisis de las oportunidades de mejora, definición de líneas de actuación y estudio de las mejoras prácticas de otras CCAA 4. Diagnóstico de situación de los macroprocesos con análisis en profundidad de éstos para identificar las oportunidades de mejora y las líneas futuras de actuación 5. Definición de líneas de actuación explicitando misión, visión, valores y objetivos estratégicos.

En todo este proceso participaron más de 140 profesionales y expertos de la Consellería de Sanidad, del SERGAS, de los hospitales, de atención primaria, de Sociedades científicas, Colegios profesionales, y Organizaciones sindicales y políticas.

El resultado final fue la **Estrategia SERGAS 2014: La sanidad pública al Servicio del paciente** en la que se definen los 7 objetivos estratégicos priorizados y las 40 líneas de actuación que deben desarrollarse para alcanzarlos.

Su conocimiento y difusión es importante, porque dicho plan constituye la hoja de ruta para llevar a la práctica los principios enumerados anteriormente, y conseguir una asistencia lo más racional y eficiente posible. A continuación se detallan casi literal y detalladamente los objetivos y acciones estratégicas específicamente relacionados con la asistencia a los pacientes con enfermedades crónicas y grupos especiales de población como los ancianos (Objetivo 1 con sus acciones estratégicas). Para situar en la perspectiva adecuada tales estrategias, que guardan indisoluble relación con el diseño global del Plan, se hace mención sumaria al resto de objetivos y líneas estratégicas contenidos en dicho plan.

ESTRATEGIA SERGAS 2014.

La Sanidad pública al servicio del paciente

OBJETIVO 1. Promover la salud y responder a las necesidades del ciudadano a través de dispositivos asistenciales y planes específicos.

Líneas estratégicas.

1.1. Estructura de gestión integrada con el objetivo general de lograr una atención integral de los problemas de salud de los ciudadanos, eliminando las barreras entre los diferentes niveles asistenciales y superando la fragmentación de la asistencia.

Elementos clave e implicaciones:

- Desaparición de barreras entre niveles asistenciales, considerando que la asistencia es un proceso horizontal, sin rupturas. Requiere la actuación interdisciplinar y coordinada de los diferentes ámbitos para garantizar continuidad asistencial, calidad y eficiencia.
- Los profesionales de la estructura organizativa de gestión integrada serán responsables de la gestión unitaria de todos los recursos de su ámbito y de las prestaciones y programas que se desarrollen, quedando adscrita a ella la totalidad de dispositivos y recursos sanitarios y socio-sanitarios, sin alterar el mapa sanitario vigente.

La estructura de gestión integrada tendrá como objetivos:

1. Centrar la atención en el paciente con implicación de todos los profesionales en la toma de decisiones, mediante la gestión clínica y la gestión por procesos
2. Garantizar la equidad, accesibilidad, continuidad, calidad y seguridad de la atención, mediante la gestión por procesos, con priorización según criterios clínicos.
3. Minimizar la variabilidad clínica y eliminar la duplicidad de procedimientos diagnósticos y terapéuticos mediante la implantación de las recomendaciones contenidas en las guías y vías de práctica clínica.
4. Garantizar la transparencia en la información y la autonomía de decisión de los pacientes.
5. Orientar la planificación de los procesos en torno a los problemas de salud.
6. Utilizar eficientemente todos los recursos mediante la promoción del trabajo en equipo y la implicación de profesionales en la gestión.

Se desarrollarán actuaciones encaminadas a:

- Definir la nueva estructura organizativa de gestión integrada de los servicios periféricos del SERGAS.
- Integración funcional de estrategias, procesos asistenciales integrados, sistemas de información y gestión de recursos.
- Desarrollar los procesos asistenciales integrados.
- Lograr la implicación de los profesionales en los objetivos definidos.
- Incrementar la capacidad resolutoria:
 - *Redefinición de la cartera de servicios, potenciando específicamente la telemedicina y atención domiciliaria.
 - *Incorporación de medios diagnósticos que aumenten la capacidad de resolución en los centros de salud, consultas de hospital, urgencias hospitalarias y puntos de atención continuada.
- Orientar los Acuerdos de Gestión (ADX) hacia la gestión clínica e identificar objetivos globales implicando a los profesionales en su consecución.

- Implantar un sistema de financiación de acuerdo al modelo de gestión integrada.
- Incorporar la atención sociosanitaria en el modelo de gestión integrada.
- Establecer un sistema de información adaptado al nuevo modelo de gestión.

1. 2. Modelo de gestión de enfermedades crónicas.

Con el objetivo general de hacer que el paciente continúe en la pantalla del radar del sistema sanitario, reorientando éste hacia la gestión integrada de enfermedades crónicas, bajo un enfoque de gestión por procesos que redunde en mejores resultados clínicos, adherencia a los tratamientos, responsabilidad del paciente con su enfermedad y mejora de la calidad de vida.

Elementos clave e implicaciones:

Supone un enfoque específico para cada grupo de pacientes con enfermedad crónica, prestando especial atención a pacientes pluripatológicos y a pacientes con cáncer.

Los programas de intervención se desarrollarán atendiendo a una estratificación de pacientes según su nivel de complejidad:

1. Pacientes enfermos crónicos con buen autocontrol de su enfermedad, con diseño de intervenciones enfocadas a apoyarles en la autogestión de su enfermedad.
2. Pacientes con patologías con morbilidad intermedia y alto uso de recursos, con diseño de intervenciones enfocadas a la gestión de patologías.
3. Pacientes muy complejos, con alta comorbilidad y alto uso de recursos, con diseño de intervenciones enfocadas a la gestión de casos.

El desarrollo de un modelo de gestión de enfermedades crónicas implica:

- Evaluar necesidades físicas, sociales y psicológicas, para diseñar un paquete integral de cuidados.
- Definir las actuaciones de los diferentes niveles.
- Definir procesos asistenciales específicos, utilizando protocolos, guías y vías clínicas, con sistemas proactivos de seguimiento, para lograr adherencia al tratamiento y evitar agudización de la enfermedad.
- Adaptar los sistemas de información a la gestión de enfermedades crónicas.
- Redefinir los roles de los profesionales, con mayor protagonismo a la enfermería (en especial la de enlace), particularmente en la gestión de casos y en la atención a domicilio.
- Utilizar dispositivos innovadores que permitan la gestión de enfermedades crónicas, en la atención domiciliaria y de conexión de pacientes con profesionales sanitarios

(atención no presencial, envío de resultados clínicos, etc.)

- Identificación de mejores prácticas y realización de análisis comparativos.
- Superar un modelo diseñado para pacientes agudos, y transformarlo en un sistema capaz de respuesta a los pacientes crónicos, donde sean identificados, tratados o dados de alta con un plan preventivo y de tratamiento, y que sean biomonitorizados.

1.3. Atención a colectivos específicos con necesidades diferenciadas: ancianos (tabla 2), mujer, niños y salud mental con el objetivo general de prestar una atención integral dirigida a dichos colectivos, que necesitan una atención diferenciada, introduciendo en el sistema la sensibilidad ante las diferentes necesidades.

Tabla 2: Atención al paciente anciano:

- Crear pautas de funcionamiento de equipos multidisciplinares que proporcionen una visión bio-psico-social del paciente anciano.
- Trabajar de forma coordinada con la Consellería de Trabajo y Bienestar, de cara a incorporar la atención social en un modelo de atención integral al paciente anciano, estableciendo dispositivos de seguimiento ambulatorio.
- Desarrollar un programa específico orientado a mejorar la salud y la calidad de vida de los pacientes mayores polimedicados.
- Incorporar técnicas de gestión de casos, potenciando la figura de la enfermera.
- Impulsar la atención domiciliaria en la atención al paciente anciano.

Dentro de este primer objetivo también son importantes las siguientes líneas estratégicas:

1.4. Integración de la atención sociosanitaria con el objetivo general de atender de forma integrada las necesidades de la población en el ámbito sociosanitario, bajo criterios de igualdad, equidad, accesibilidad, universalidad y complementariedad de las acciones de las diferentes administraciones públicas.

Para ello se enumeran una serie de acciones como la elaboración de un mapa de recursos sociosanitarios, y su coordinación para una asistencia más eficiente, se incorporarán las necesidades sociales a la historia electrónica y se estratificará el grado de dependencia, se potenciará la permanencia en el entorno familiar, evitando la institucionalización siempre que sea posible.

1.5. Garantía de accesibilidad con el objetivo general de mejorar la accesibilidad de los ciudadanos al sistema sanitario gallego; aprovechando las posibilidades que ofrecen las nuevas tecnologías de la información y de la comunicación. Potenciar servicios a través de diversos canales (teléfono, web, SMS), para facilitar la tramitación electrónica de diversos servicios como citas y consultas. En definitiva, se trata

de potenciar la atención integrada mediante herramientas informáticas adecuadas como la historia y receta electrónicas.

1.6. Impulso a los programas de prevención y promoción de la salud con el objetivo general de desarrollar actuaciones encaminadas a la promoción de estilos de vida saludables y al desarrollo de políticas de prevención de la enfermedad.

Para ello se impulsan programas de prevención y promoción de salud desde los centros sanitarios, reforzando el papel de la enfermería, y dando especial relevancia a la prevención de enfermedades crónicas, consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, cánceres de mama, cérvix o colon, riesgos hospitalarios, etc. Además, se imparten cursos de formación a través de la Escuela Gallega de Salud para Ciudadanos para fomentar los autocuidados, la mayor responsabilidad del paciente y la promoción de hábitos de vida saludables (ejercicio físico, hábitos dietéticos...).

1.7. Participación de los ciudadanos y de los pacientes mediante la Escuela Gallega de Salud para Ciudadanos, las encuestas de satisfacción, el desarrollo de estructuras de participación comunitaria formales como el Consejo Gallego de Salud, los Consejos de Salud de Área y las Comisiones de participación ciudadana, cauces de participación para sugerencias y opinión ciudadana.

1.8. Desarrollo eficaz del derecho de libre elección de médico y hospital.

Los otros objetivos y acciones estratégicas contemplados en la Estrategia Sergas 2014 con incidencia también en la atención a pacientes pluripatológicos, son:

OBJETIVO 2. Garantizar la prestación de servicios en el lugar y momento adecuados, con niveles de calidad y seguridad.

Líneas estratégicas: 1. Procesos asistenciales integrados. 2. Garantía de atención en tiempo y forma según patologías definidas. 3. Procesos de alta resolución. 4. Atención domiciliaria y hospitalización a domicilio. 5. Cuidados paliativos, 6. Política de calidad y seguridad del paciente. 7. Mejores prácticas de prescripción y dispensación de medicamentos. 8. Colaboración con los centros privados.

OBJETIVO 3. Definir una política de personal alineada con las necesidades del sistema y de los profesionales.

Líneas estratégicas: 1. Nuevo marco de gestión de recursos humanos. 2. Desarrollo profesional, 3. Excelencia docente. 4. Gestión del conocimiento. 5. Gestión clínica. 6. Comunicación con los profesionales

OBJETIVO 4. Desarrollar unos sistemas de información que faciliten la práctica clínica y la toma de decisiones.

Líneas estratégicas: 1. Implantar la historia clínica y receta electrónica en todos los centros sanitarios. 2. Proporcionar a todos los profesionales herramientas que permitan aumentar la eficiencia, la calidad y la capacitación en el trabajo. 3.

Adaptar los sistemas de información hacia la gestión integral de los problemas de salud. 4. Garantizar la disponibilidad, seguridad, confidencialidad y calidad de la información sanitaria

OBJETIVO 5. Hacer que el sector sanitario actúe como motor de crecimiento económico e impulsar alianzas con todos los agentes implicados.

Líneas estratégicas: 1. Promoción de la investigación, innovación y transferencia de resultados. 2. Responsabilidad Social Corporativa. 3. Desarrollo del clúster de salud de Galicia. 4. Impulso a las relaciones internacionales. 5. Marco de relaciones con instituciones y grupos sociales

OBJETIVO 6. Gestionar los recursos de forma rigurosa y eficiente.

Líneas estratégicas: 1. Establecimiento de un marco de rigor y austeridad en el sistema sanitario público de Galicia. 2. 3. Plataformas de diagnóstico por imagen y laboratorios clínicos. 4. Central de compras y plataforma logística 5. Nueva estrategia corporativa de transporte sanitario. 6. Cartera de

servicios, técnicas, procedimientos y referencias del Servicio Gallego de Salud.

OBJETIVO 7. Modernización de las infraestructuras sanitarias.

Líneas estratégicas: 1. Nuevas fórmulas de financiación y gestión de infraestructuras sanitarias. 2. Construcción y puesta en funcionamiento de los nuevos hospitales y centros de alta resolución. 3. Construcción y reforma de centros de salud. 4. Renovación tecnológica

Bibliografía

1. García Prieto EE. El hospital del siglo XXI. En: Informe de la Sociedad Española de Directivos de Atención Primaria (SEFDAP). Un nuevo hospital para una nueva realidad. Madrid: SANED, 2011, pp. 101-108. Disponible en www.sedap.es, consultado 28/01/2012).
2. Pérez Gil J. Hospital del futuro. *Ibidem*, pp. 132-40.
3. Mosquera Álvarez R, Eugenia Lado Lema E, Josefina Monteagudo Romero J. Del hospital al sistema sanitario del futuro. En: *Ibidem*, pp. 122-125, consultado 28/01/2012).
4. Estrategia SERGAS 2014. La Sanidad Pública al servicio del paciente. Disponible en: http://www.sergas.es/Docs/Conselleria/Estrategia_Sergas_2014.pdf, consultado 30/01/2011.

**GALICIA
CLÍNICA**



AstraZeneca 