



EDITORIAL

Abordaje integral del paciente pluripatológico en atención primaria. Tendencia necesitada de hechos

Integral approach to the patient with multiple chronic diseases in primary care: A trend in need of facts

Iñaki Martín Lesende

Grupo de Trabajo de Atención al Mayor de la Sociedad Vasca de Medicina Familiar y Comunitaria (Osatzen Zahar) y de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC), y de Prevención en el Mayor del Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS) de la semFYC

Disponible en Internet el 22 de febrero de 2013

Existe una creciente tendencia en los sistemas sanitarios a estructurar modelos de atención dirigidos al abordaje del paciente con enfermedades crónicas, y con especial énfasis al paciente pluripatológico, por la importancia que suponen en el coste global de los recursos sanitarios y la implicación en su sostenibilidad. Un 50% de los pacientes crónicos tienen varias enfermedades simultáneamente, y esta condición multiplica por 6 el coste sanitario que suponen respecto a aquellos con solo una o ninguna enfermedad crónica; y el coste utilizado en los pacientes que tienen 5 o más enfermedades crónicas representa dos tercios del total del gasto sanitario de algunas organizaciones sanitarias¹.

A veces es más difícil definir que entender un concepto. Para la inclusión de pacientes pluripatológicos en los diferentes programas o intervenciones, muchos se basan en los criterios de la Sociedad Española de Medicina Interna². En el proyecto TELBIL-A de telemonitorización de pacientes crónicos-pluripatológicos desde la atención primaria³, se define el paciente pluripatológico como aquel que tiene varias enfermedades crónicas relevantes (insuficiencia cardiaca, broncopatía, insuficiencia renal, hepatopatía, neurológicas, osteoarticulares, secuelas cardiovasculares, etc), y una de ellas o la conjunción de varias condicionan una dependencia importante en las actividades básicas de la vida diaria (ABVD, índice de Barthel < 60 puntos), con varios

ingresos hospitalarios el último año y al menos uno de ellos por las enfermedades consideradas. Y es que estos pacientes asocian un grado de complejidad, polifarmacia, hiperfrecuentación y deterioro funcional progresivo característicos⁴.

Focalizarse en el paciente crónico y pluripatológico muchas veces parece ir asociado de un distanciamiento del abordaje específico al Mayor. Despliega estrategias globales estructuradas⁵, basadas en experiencias previas o en otros ámbitos geográficos, y en recomendaciones de expertos, asociaciones científicas¹ e instituciones europeas⁶ o internacionales. La razón parece ser un esfuerzo por buscar la eficiencia que asegure la sostenibilidad en un modelo sanitario cada vez más sobrecargado, con costes mayores, y con la amenaza constante de un progresivo incremento del gasto. Un esfuerzo que debiera basarse en «reales» cambios de la estructura asistencial, innovación e investigación en servicios sanitarios, y no en una política de recortes y sobrecarga de sus profesionales, que no lleva a otra cosa que a demorar el problema y sus soluciones, en un entorno de mayor precariedad laboral y social.

Por otro lado, aun focalizándonos en la enfermedad crónica, no debemos olvidar que el centro de la atención es la persona y el enfermo, muchas veces de avanzada edad, y con una serie de condicionantes (comorbilidad, funcionalidad, fragilidad, síndromes geriátricos) y finalidades (envejecimiento activo, valoración geriátrica integral) que deben volver a considerarse e impregnar todas nuestras estrategias e intervenciones, por pura conveniencia e inercia.

Correo electrónico: INAKI.MARTINLESENDE@osakidetza.net

Cada vez se delimitan más las características que deben tener las intervenciones centradas sobre el paciente pluripatológico. Por mencionar algunas de las más importantes^{1,2,4,7,8}:

- Estratificación de la población y sectorización en tipologías, considerando el paciente pluripatológico como una más de ellas.
- Atención primaria y sus diversos profesionales como eje de la atención y directriz del discurrir asistencial de estos pacientes.
- Coordinación entre la atención primaria y la especializada hospitalaria y de segundo nivel asistencial, con comunicación fluida y registros compartidos, consistentes, adecuados y prácticos.
- Atención en unidades e incluso hospitales específicos, cuando requieran admisión hospitalaria.
- Potenciación de otras unidades de atención trascendentes en estos pacientes, como pueden ser las de convalecencia o rehabilitación, urgencias, hospitalización domiciliaria o cuidados paliativos. También es importante la implicación de farmacéuticos/farmacólogos y trabajadores sociales.
- Centrar la evaluación clínica en valoraciones multidimensionales y multidisciplinarias, que per se tienen eje en la funcionalidad, tipo valoración geriátrica integral (VGI), y resaltando la importancia de la continuidad asistencial.
- Búsqueda de nuevos roles pertinentes, por ejemplo, enfermeras de enlace o de atención avanzada, e implicación de las nuevas tecnologías, como la telemonitorización o la atención no presencial.
- Desarrollo de vías que potencien el autocuidado del paciente y por parte de sus cuidadores o familiares.
- Universalidad y equidad llegando los estándares y derechos de buena atención a los pacientes institucionalizados en residencias de larga estancia.

A pesar de este modelo que parece cada vez más definido y estructurado, a mí me surgen una serie de interrogantes que me hacen pensar en una cierta inmadurez:

- ¿Está la estratificación de la población basada en registros adecuados y bien cumplimentados? ¿Tiene capacidad de actualización frecuente y progresiva? ¿Da la suficiente importancia a la selección y corroboración clínica por los profesionales que habitualmente atienden a estos pacientes?
- Independientemente de una mayor comunicación entre niveles asistenciales y ciertas reorganizaciones estructurales, ¿están la atención primaria, hospitales de subagudos, nuevas unidades de pluripatológicos y de apoyo, integrando y operativizando conceptos reales de funcionalidad y VGI que guíen de manera efectiva y eficiente la detección y manejo de problemas?
- ¿Tiene la atención primaria el protagonismo que tanto se propugna, y que incluye la potenciación del rol de enfermería? ¿O es un simple receptor de estrategias de otros niveles asistenciales y gestores-políticos?
- ¿Por qué existiendo pilotajes y estrategias con buenos resultados locales no suponen una mayor generalización dentro incluso de la misma comunidad?
- ¿Cuánto de distanciamiento y de complementariedad tiene el abordaje al pluripatológico (abanderado por

atención primaria y medicina interna) y el abordaje al Mayor (con protagonismo de geriatría y atención primaria)?

En definitiva, estamos consolidando un abordaje al paciente pluripatológico que, por algunas deficiencias y una «tendencia natural», nos acerca a clásicos conceptos de funcionalidad y atención al mayor⁹⁻¹². Necesitamos consolidar estrategias que se basen en adecuadas evaluaciones y con características de aplicabilidad y generalización. Que tengan consistentes medios de registro, consolidación y coordinación. Y que se basen en un realista protagonismo de la atención primaria, que además está situada en un lugar privilegiado en cuanto a conjunción de diferentes tendencias conceptuales.

Bibliografía

1. Conferencia Nacional para la atención al paciente con enfermedades crónicas. Declaración de Sevilla. 2011 [consultado 9 Feb 2013]. Disponible en: <http://www.semfyec/biblioteca/virtual/detalle/Declaracion+de+Sevilla.+Cronicos/>
2. Distrito Sanitario Aljarafe, Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Programa de Atención Compartida para Enfermos Crónicos. Disponible en: <http://www.opimec.org/practicass/654/programa-comparte/> [consultado 9 Feb 2013].
3. Comarca Bilbao de Atención Primaria de Osakidetza. Telemonitorización de pacientes crónicos-pluripatológicos desde la Atención Primaria, Proyecto TELBIL-A. Disponible en: <http://kronikgune.org/2012/12/telemonitorizacion-de-pacientes-cronicos-pluripatologicos-desde-la-atencion-primaria-%e2%80%9cproyecto-telbil-a-%e2%80%9d/> [consultado 9 Feb 2013].
4. Govern de les Illes Balears. GESMA, Gestión Sanitaria de Mallorca. Programa Integral de Atención al Paciente Pluripatológico. Palma de Mallorca, noviembre de 2006 [consultado 9 Feb 2013]. Disponible en: www.gesma.org/documentos/psenf/Pplu.pdf
5. Departamento de Sanidad y Consumo. Estrategia para afrontar el reto de la cronicidad en Euskadi. Gobierno Vasco. 2010 [consultado 9 Feb 2013]. Disponible en: <http://cronicidad.blog.euskadi.net/>
6. European Commission Directorate General for Health and Consumers. EU Reflection on Chronic Disease. Marzo. 2012 [consultado 9 Feb 2013]. Disponible en: <http://nvl007.nivel.nl/euprimarycare/node/297>
7. Jadad AR, Cabrera A, Martos F, Smith R, Lyons RF. Cuando las personas viven con múltiples enfermedades crónicas: aproximación colaborativa hacia un reto global emergente. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 2010 [consultado 9 Feb 2013]. Disponible en: <http://www.opimec.org/equipos/when-people-live-with-multiple-chronic-diseases/>
8. Ministerio español de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia para el abordaje de la cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Centro de publicaciones, Madrid 2012 [consultado 9 Feb 2013]. Disponible en: http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/ESTRATEGIA_ABORDAJE_CRONICIDAD.pdf
9. Martín-Lesende I, Gorroñoigoitia A, Gómez J, Baztán JJ, Abizanda P. El anciano frágil. Detección y manejo en atención primaria. Aten Primaria. 2010;42:388-93.
10. Abizanda P, Gómez-Pavón J, Martín-Lesende I, Baztán JJ. Detección y prevención de la fragilidad: una nueva perspectiva de

- prevención de la dependencia en las personas mayores. *Med Clin (Barc)*. 2010;135:713–9.
11. Fairhall N, Langron C, Sherrington C, Lord SR, Kurrle SE, Lockwood K, et al. Treating frailty-a practical guide. *BMC Medicine*. 2011;9:83. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1741-7015/9/83> [consultado 9 Feb 2013].
 12. Gómez-Pavón J, Martín-Lesende I, Baztán JJ, Regato P, Abizanda P, Formiga F, et al., Grupo Impulsor Documento. Prevención de la dependencia en las personas mayores. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/conferenciaPPS/conferencia.htm> [consultado 9 Feb 2013].