



## EDITORIAL

# Hacia un modelo de atención a la multimorbilidad en atención primaria



## Towards a multimorbidity care model in Primary Care

Daniel Prados-Torres<sup>a,b,\*</sup>, Isabel del Cura-González<sup>c,d</sup> y Alexandra Prados-Torres<sup>d,e</sup>

<sup>a</sup> Unidad Docente Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria, Servicio Andaluz de Salud (SAS), Distrito Málaga/Guadalhorce, Málaga, España

<sup>b</sup> Instituto de Investigación Biomédica de Málaga (IBIMA), Málaga, España

<sup>c</sup> Unidad de Apoyo a la Investigación, Gerencia Asistencial de Atención Primaria, Madrid, España

<sup>d</sup> REDISSEC ISCIII, Madrid, España

<sup>e</sup> Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (IACS), Instituto de Investigación Sanitaria Aragón (IIS Aragón), Zaragoza, España

Disponible en Internet el 11 de enero de 2017

Nuestra sociedad envejece y el número de personas ancianas es hoy mayor que nunca. La mejora de las condiciones de vida, los importantes avances tecnológicos y la disponibilidad de servicios sanitarios de calidad permiten actualmente a la población sobrevivir a enfermedades que hasta hace poco eran fatales.

La multimorbilidad, definida como la presencia simultánea de 2 o más enfermedades crónicas<sup>1</sup>, es un fenómeno creciente que afecta hoy a la gran mayoría de los ancianos, a la mitad de los adultos y a uno de cada 10 niños<sup>2</sup>, y que conlleva importantes consecuencias negativas para la salud. Es un claro desafío para los sistemas sanitarios y los programas de educación médica, configurados para responder a enfermedades individuales más que a las necesidades reales de salud de una población que acumula enfermedades crónicas a la vez que envejece<sup>3</sup>. El acuciante problema de la atención a la multimorbilidad se agrava por el poco desarrollo de modelos específicos de atención a esta población.

¿Qué se debe hacer, por ejemplo, ante un paciente que padezca simultáneamente obesidad, diabetes, hipertensión, depresión y dolor lumbar crónico? Todas ellas son enfermedades muy prevalentes y se sabe ya, además, que se asocian sistemáticamente conformando patrones de enfermedad<sup>2</sup>, pero aún no disponemos de guías dirigidas a pacientes que las padecen a la vez. Aunque la relación entre multimorbilidad, uso inadecuado de recursos sanitarios y riesgo para la salud está claramente demostrada, aún no disponemos de suficientes herramientas que guíen las decisiones de los profesionales ante este grupo de pacientes, con necesidades de salud cada vez más complejas.

Los médicos de familia tienen ante sí un gran reto: integrar las diversas actuaciones derivadas de esas asociaciones de enfermedades crónicas y/o de la participación de varios especialistas en un mismo paciente, minimizando la iatrogenia, teniendo en cuenta las preferencias de los pacientes y consiguiendo una buena adherencia al tratamiento. Pero no es fácil. Una revisión de guías de práctica clínica (GPC) canadienses<sup>4</sup> puso de manifiesto que son muy escasas las que abordan aspectos específicos relacionados con la multimorbilidad y la polimedicación, por lo que el médico no dispone de claves que le ayuden a priorizar las recomendaciones en

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [juand.prados.sspa@juntadeandalucia.es](mailto:juand.prados.sspa@juntadeandalucia.es) (D. Prados-Torres).

estos pacientes en los que el tratamiento puede suponer una sobrecarga<sup>5</sup>.

### ¿Qué hacer mientras aparecen guías de práctica clínica para pacientes con multimorbilidad?

Mientras se generan GPC orientadas a pacientes con multimorbilidad se podría incluir en las actuales, información suficiente sobre cómo proceder ante los potenciales conflictos de tratamiento. También se podrían dar pistas sobre la enfermedad en la que se centra la guía y aquellas otras a las que más frecuentemente se asocia constituyendo patrones de enfermedad. Sería útil añadir información sobre el efecto esperable con la retirada de algunos tratamientos, o se podrían comparar los beneficios potenciales de las distintas alternativas de combinaciones terapéuticas y sus posibles efectos adversos.

Los médicos de familia, principales responsables de la atención a la salud global del paciente —sobre todo cuando este no está institucionalizado— deben disponer de toda su información clínica y contar con mecanismos de comunicación fluidos con el resto de especialistas que toman decisiones, a veces simultáneas, sobre la salud de ese mismo paciente. También deben promover un estilo de relación médico-paciente que permita implicarlo en su propio proceso de salud, y buscar una adecuada adherencia y efectividad de los tratamientos.

En este sentido la revisión clínica publicada en *British Medical Journal*<sup>6</sup> identifica un conjunto de aspectos relacionados con la organización asistencial y con la atención a pacientes con multimorbilidad basados en la evidencia y factibles de implementar.

Una parte importante de estas cuestiones esenciales tal vez podrían resolverse con buenos sistemas informáticos, como una historia clínica única e informatizada, pero también se requiere adecuar el modelo de atención que prestan los profesionales y muy especialmente en atención primaria.

El National Institute for Health and Care Excellence (NICE) acaba de desarrollar y publicar una iniciativa de gran alcance centrada en identificar y evaluar los modelos actualmente disponibles de atención a pacientes con multimorbilidad<sup>7</sup>. En el marco de esta iniciativa se han identificado un total de 10 modelos. Uno de ellos, los principios Ariadne<sup>8</sup>, está específicamente centrado en atención primaria y ha obtenido una de las puntuaciones más altas en el test de AGREE II entre los modelos no NICE que han sido analizados. NICE considera estos principios particularmente relevantes para el manejo de la multimorbilidad en atención primaria y destaca su alto potencial de aplicación también en otros contextos asistenciales. Según estos principios, la valoración de posibles interacciones en los planes de tratamiento, la priorización de problemas de salud teniendo en cuenta la opinión y deseos del paciente, y una gestión

individual de los pacientes, son aspectos que necesariamente deben incorporarse al proceso asistencial si queremos asegurar al paciente con multimorbilidad las mejores estrategias de prevención, diagnósticas y de tratamiento.

Es evidente que nos falta un largo camino por recorrer, nos encontramos en un momento en que los organismos sanitarios, los profesionales y la comunidad científica en su conjunto avanzan de forma progresiva, aunque aún tímidamente, hacia la búsqueda de formas de atención específicamente dirigidas a la población con multimorbilidad.

Mientras tanto convendrá mantener y reforzar a toda costa el enfoque centrado en la persona frente a modelos más centrados en las enfermedades, como ya propuso Barbara Starfield en 2005<sup>9</sup>. Existe, sin embargo, el riesgo apuntado de que el cambio del modelo biopsicosocial al modelo predominante de gestión clínica (que en la práctica supone un enfoque biomédico, episódico y muy dependiente de los registros informáticos) pueda entrar en contradicción con ese enfoque<sup>10</sup>, que representa una de las líneas identitarias de la medicina de familia, y que se acerca en varios aspectos a la manera de hacer las cosas que proponen los principios Ariadne.

### Bibliografía

1. World Health Organization. The Challenges of a changing world. The World Health Report 2008 - Primary Health Care (Now More Than Ever); 2008. p. 21.
2. Prados-Torres A, Poblador-Plou B, Calderón-Larrañaga A, Gimeno-Feliu LA, González-Rubio F, Poncel-Falcón A, et al. Multimorbidity patterns in primary care: Interactions among chronic diseases using factor analysis. *PLoS One*. 2012;7:e32190.
3. Barnett K, Mercer SW, Norbury M, Watt G, Wyke S, Guthrie B. Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: A cross-sectional study. *Lancet*. 2012;380:37–43.
4. Fortin M, Contant E, Savard C, Hudon C, Poitras ME, Almirall J. Canadian guidelines for clinical practice: An analysis of their quality and relevance to the care of adults with comorbidity. *BMC Fam Pract*. 2011;12:74.
5. Hughes LD, McMurdo MET, Guthrie B. Guidelines for people not for diseases: The challenges of applying UK clinical guidelines to people with multimorbidity. *Age Ageing*. 2013;42:62–9.
6. Wallace E, Salisbury C, Guthrie B, Lewis C, Fahey T, Smith SM. Managing patients with multimorbidity in primary care. *BMJ*. 2015;350:h176.
7. National Institute for Health and Care Excellence. NG56 Multimorbidity: Clinical assessment and management. London: National Institute for Health and Care Excellence; 2016.
8. Muth C, van den Akker M, Blom JW, Mallen CD, Rochon J, Schellevis FG, et al. The Ariadne principles: How to handle multimorbidity in primary care consultations. *BMC Med*. 2014;12:223.
9. Starfield B. Is patient-centered care the same as person focused care? *Perm J*. 2011;15:63–9.
10. Muñoz Cobos F. Cambio de modelo de atención sanitaria. *Med Fam Andal*. 2016;17:49–64.