



ARTÍCULO ESPECIAL

El cuidado como elemento transversal en la atención a pacientes crónicos complejos



Milagros Rico-Blázquez^{a,*}, Sheila Sánchez Gómez^b y Carmen Fuentelsaz Gallego^c

^a Unidad de Apoyo a la Investigación, Servicio Madrileño de Salud, Gerencia de Atención Primaria, REDISSEC, Madrid, España

^b Servicio de Enfermería, Comarca de Araba, Osakidetza, Vitoria, España

^c Hospital Universitario Vall d'Hebron, Universidad Autónoma de Barcelona, REDISSEC, Barcelona, España

Recibido el 17 de octubre de 2013; aceptado el 4 de noviembre de 2013

Disponible en Internet el 17 de enero de 2014

PALABRAS CLAVE

Enfermedad crónica;
Autocuidado;
Enfermería;
Guía de práctica
clínica

KEYWORDS

Chronic disease;
Self-care;
Nursing;
Practice guidelines

Resumen La atención a las personas que presentan enfermedades crónicas constituye hoy en día una prioridad en las agendas de todos los sistemas sanitarios.

Dentro de estas estrategias, merece destacar el abordaje específico que requiere un grupo de población que se caracteriza por presentar pluripatología y comorbilidad asociada. Estas personas son especialmente vulnerables, frágiles, requieren cuidados muy complejos y consumen una elevada cantidad de recursos sociosanitarios. Se estima una prevalencia en España del 1,4% en población general y de aproximadamente el 5% en mayores de 64 años.

La atención sociosanitaria a esta población requiere un enfoque centrado en la persona, como paradigma de atención a pacientes y no a enfermedades. Los modelos deben dar el salto del enfoque segmentado por enfermedades a la visión holística e integral, teniendo en cuenta la situación social, psicoafectiva, la vivencia que la persona tiene de la enfermedad, su contexto familiar y el abordaje de las respuestas humanas que todo ello genera.

Los profesionales sanitarios necesitan herramientas que les orienten y faciliten la toma de decisiones en este grupo de población. Las guías de práctica clínica para el abordaje de pacientes con comorbilidad y pluripatología presentan numerosas limitaciones. Las recomendaciones de expertos en este sentido, nos orientan hacia un abordaje multidisciplinar, con el autocuidado y la gestión de la enfermedad por parte del propio paciente como elemento transversal de la asistencia.

© 2013 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Care as a cross-cutting element in the health care of complex chronic patients

Abstract The care of people who live with chronic diseases is currently a priority on the roadmaps of all health care services.

Within these strategies, there needs to be a specific approach required for a population group that is defined by having multiple diseases and the associated comorbidity. This group is

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: milagros.rico@salud.madrid.org (M. Rico-Blázquez).

especialmente vulnerable, fragile, and require very complex care, which uses up a high quantity of social health resources. The estimated prevalence in Spain is 1.4% in the general population, and approximately 5% in people over 64 years.

The social and healthcare of this population requires a person-centered approach, as a paradigm of caring for the patients and not of the diseases. The models must leap from the segmented approach to diseases to a holistic and integrated vision, taking into account the social and psycho-affective situation, the experience of the patient, the family context, and the approach of human experience/response that these processes produce.

The health professionals need support tools that can guide them and help in making clinical decisions in this population group. The clinical practice guidelines for the approach of patients with co-morbidity and multiple diseases have numerous limitations. Expert recommendations in this sense, lead us to a multidisciplinary approach, with self-care and self-health management as a cross-cutting element of healthcare.

© 2013 Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

El envejecimiento de la población constituye el fenómeno demográfico más importante de las últimas décadas. En 2009, el 11% de la población era mayor de 60 años y esta cifra se incrementará hasta el 22% en 2050, siendo uno de los segmentos de más rápido crecimiento el de mayores de 80 años¹. El índice de envejecimiento en España es del 17% y alcanzará en 2049 el 37%².

Se prevé que la esperanza de vida aumente en los países desarrollados durante los próximos años. A nivel mundial, llegará a 76 años en 2050 y a 82 años en 2100³.

Estos importantes cambios demográficos conllevan cambios en los patrones sociales y epidemiológicos. Según informes de la Organización Mundial de la Salud, el 60% de la mortalidad a nivel mundial es atribuible a enfermedades crónicas, que suponen una gran carga de enfermedad y gasto para los sistemas sanitarios⁴.

Dentro de este grupo de población con enfermedades crónicas, existe un grupo que se caracteriza por presentar pluripatología, elevada carga de morbilidad, vulnerabilidad, dependencia, complejidad de cuidados y elevado consumo de recursos sociosanitarios. En España, se estima una prevalencia del 1,4% en población general, en torno al 5% en mayores de 64 años en las consultas de atención primaria y en torno al 30% en los servicios de medicina interna hospitalaria⁵. Los estudios ponen de manifiesto su fragilidad. En atención primaria, hasta el 40% de las personas con pluripatología presentan 3 o más enfermedades crónicas, el 94% están polimedicados, el 34% presentan un Barthel inferior a 60 y el 37% presentan deterioro cognitivo. Además, evidencian la importancia del cuidador principal: más del 60% necesitan ayuda de un cuidador, y el 40% de estos presentan signos de sobrecarga⁵.

A pesar de ir incrementándose estos casos de manera exponencial, no existen definiciones universalmente aceptadas sobre términos como cronicidad, comorbilidad, pluripatología o complejidad⁶.

Para que los sistemas sanitarios sean eficientes en la asistencia a estos pacientes, deben incorporarse nuevos modelos de gestión. Hay que tener en cuenta la coexistencia de múltiples proveedores de salud y servicios sociales, que desde los distintos niveles de atención, trabajen de

manera alineada y corporativa⁷. Existe una clara necesidad de diseñar modelos de atención compartida, con escenarios de cooperación entre organizaciones y profesionales, de creación de nuevos roles de liderazgo clínico-asistenciales, que actúen como capacitadores y facilitadores y que proporcionen una atención integral e integrada, holística, multidisciplinar y basada en la evidencia. Estos modelos, además de describir los procesos clínicos, deben tener en cuenta la situación social, psicoafectiva, la vivencia que la persona tiene de la enfermedad, su contexto familiar (especialmente el cuidador principal), y el abordaje de las respuestas humanas que todo ello genera. Así, los actuales modelos asistenciales centrados en la curación, en los que el paciente es un sujeto pasivo, deben reorientarse hacia modelos proactivos, en los que los pacientes estén informados, se les empodere y dote de protagonismo y se les capacite en su autocuidado para que afronten y autogestionen sus procesos de enfermedad de manera activa y autónoma, con participación en la toma de decisiones y compromiso y responsabilidad con su propia salud^{5,8-10}.

Son numerosos los modelos de atención que se han puesto en marcha en las últimas décadas, siendo referentes el *Chronic Care Model* y *Kaiser Permanente* en Estados Unidos y su versión adaptada, *King's Fund*, en el Reino Unido. El *Chronic Care Model* identifica 6 elementos esenciales, que interactúan entre sí, y que considera fundamentales; el apoyo y soporte al autocuidado, el apoyo en la toma de decisiones al paciente y el trabajo con la comunidad son 3 de ellos. A grandes rasgos, los objetivos que persigue el modelo son conseguir equipos multidisciplinarios altamente capacitados y pacientes informados y activos. El modelo de Kaiser propone una estratificación de los pacientes en función de sus necesidades, con una base piramidal en la que se encuentra la mayoría de la población, objeto de promoción y prevención, y una cúspide integrada por los pacientes de mayor complejidad, con frecuente pluripatología y comorbilidad, y en los que se hace necesaria la gestión integral del caso en su conjunto^{7,9,11,12}.

No obstante, y pese a su generalización, no existe evidencia suficientemente sólida sobre los beneficios de modelos de atención centrados en enfermedades. Es necesario seguir investigando sobre su impacto en términos de coste-efectividad. La transformación de los actuales

servicios de salud para implementar estas propuestas supone un cambio complejo, cuyo impacto podrá medirse a medio o largo plazo.

Autocuidado del paciente crónico complejo

Dentro del concepto de complejidad, es interesante matizar que la carga de morbilidad no solo depende del componente que podríamos denominar estado de salud o impacto global de las diferentes enfermedades, sino también de factores socioeconómicos, culturales, ambientales y de la propia perspectiva de la persona a la hora de asumir su autocuidado¹³.

Las personas con procesos crónicos y comorbilidad asociada presentan una especial fragilidad clínica con síntomas continuos, reagudizaciones frecuentes y una progresión de la enfermedad que conlleva la disminución de las capacidades de las personas y sus familias para el autocuidado. Paralelamente, el plan terapéutico se vuelve cada vez más complejo y aumenta la demanda de cuidados⁵.

Entendemos autocuidado como el conjunto de acciones aprendidas e intencionadas que los individuos realizan para sí mismos con el objeto de regular aquellos factores que afectan a su desarrollo y funcionamiento, en beneficio de su vida, salud y bienestar. Este concepto lleva implícito el aprendizaje, la participación activa de la persona en el cuidado de su salud, el sistema de preferencias del sujeto y la autorresponsabilidad en salud¹⁴.

La suma de acciones de autocuidado necesarias, si bien es apropiada para cada una de las condiciones de salud que presentan estas personas, en conjunto representa una pesada carga para el paciente, su familia y el sistema sanitario, constituyendo en sí misma un problema para alcanzar y mantener un grado de cumplimiento terapéutico deseable y eficiente. Montori propone entender este fenómeno desde la visión del propio sujeto, considerando que la persona y su entorno familiar tienen una capacidad finita para entender, organizar, evaluar y satisfacer la demanda de autocuidado. Cuando esa capacidad es excedida por la carga de trabajo, porque su capacidad se ha visto disminuida (enfermedad, problemas económicos, aislamiento social) o porque la carga ha aumentado muy rápidamente o a niveles insostenibles, entonces la persona disminuye su adherencia al plan terapéutico y la gestión de su autocuidado se vuelve ineficiente. Es necesario diagnosticar la capacidad y la carga de cuidado que tiene el paciente complejo, entender cuáles son sus objetivos de vida y sanitarios, priorizar las intervenciones más eficientes para lograr estos objetivos e implementarlas de manera que causen mínima distorsión en la vida de los pacientes¹⁵.

Tomando como referencia la clasificación de Kaiser, la capacidad de la persona y su entorno para el cuidado será mayor en los escalones inferiores, e irán disminuyendo a medida que aumente la complejidad y el grado de fragilidad y dependencia. En el mismo sentido, irá aumentando la demanda terapéutica, de modo que los pacientes más complejos tienen menos capacidad de cuidarse por sí mismos, mayor riesgo de déficit de autocuidado y mayor necesidad de apoyo informal y cuidados profesionales.

Se estima que en la familia recae hasta el 88% del tiempo total de cuidado que consume este grupo poblacional¹⁶. El

perfil característico del cuidador principal es el de una mujer (83%), de nivel cultural bajo, que dedica al cuidado una media de 4 h diarias, sin períodos de descanso y que recibe un escaso apoyo institucional¹⁷.

El cuidado informal está considerado como un acontecimiento vital estresante, llegando incluso a presentar niveles mayores de estrés en los cuidadores que en los propios enfermos¹⁸. Ser cuidador principal constituye un rol generador de morbilidad infradiagnosticada¹⁹⁻²¹.

Existe un elevado interés por evaluar el impacto de las intervenciones dirigidas al cuidador en su estado de salud, calidad de vida y prevención o reducción de la sobrecarga; pero existe dificultad para generar evidencia, principalmente debido a la complejidad de estas intervenciones y a la dificultad para reproducirlas²²⁻²⁵.

Empoderamiento del paciente y su entorno familiar

El paciente crónico complejo ha de desarrollar estrategias de afrontamiento que le permitan adaptarse constantemente a su situación cambiante y a la evolución de la enfermedad. Para ello, habrá que potenciar su autoestima y generar niveles de capacitación y empoderamiento mediante los cuales adquiera un mayor control sobre las decisiones y acciones que afectan a su salud.

El «paciente experto» y empoderado es capaz de responsabilizarse de su enfermedad y autocuidarse, sabiendo identificar y responder a los síntomas y adquiriendo herramientas que le ayudan a gestionar el impacto físico, emocional y social y mejorar su calidad de vida²⁶.

Se están implementando en nuestro medio diferentes experiencias de paciente activo y experto (SERGAS, Osakidetza, Escuela Andaluza de Salud Pública y otros) con interesantes resultados en cuanto a implementación y aceptabilidad. No obstante, debemos proceder con cautela a la hora de trasvasar o implementar modelos que han resultado exitosos en otros países, evaluando y adaptando estas experiencias en nuestro contexto. Algunas comunidades autónomas están llevando a cabo ensayos clínicos con este objetivo, como es el caso de Euskadi²⁷ y Cataluña.

Con relación al empoderamiento del entorno familiar y desarrollo de programas dirigidos a cuidadores, la *Estrategia para el abordaje de la cronicidad en el Sistema Nacional de Salud* elaborada por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, indica que estos no deben limitarse al desarrollo de actividades de adiestramiento sobre los cuidados de la persona dependiente, sino que han de incluir aspectos relacionados con la atención al propio cuidador, abordando sus problemas y previniendo situaciones patológicas y el riesgo de claudicación⁹. La *Estrategia* propone potenciar la figura de la enfermera, orientando su responsabilidad en especial a los roles de educadora en autocuidados, de gestora de casos en pacientes con condiciones de especial complejidad y de enlace para mejorar la transición entre ámbitos y unidades de atención⁹.

Principales problemas de cuidado

Identificar las situaciones de déficit de autocuidado o el riesgo de las mismas en un paciente pluripatológico

constituye el primer paso para establecer objetivos con la persona y diseñar intervenciones dentro del plan terapéutico.

El marco conceptual de la enfermera proporciona una visión integral que contextualiza la necesidad y capacidad de autocuidado en todas sus vertientes.

La valoración por patrones funcionales de Marjory Gordon y las necesidades descritas por Virginia Henderson constituyen las herramientas de valoración enfermera más frecuentemente utilizadas en la historia clínica electrónica de atención primaria de nuestro país²⁸. Grupos de expertos en las comunidades autónomas de Baleares, Andalucía y País Vasco han identificado los principales diagnósticos enfermeros en estos pacientes y en sus cuidadores principales. La gestión ineficaz de la propia salud, los conocimientos deficientes, el afrontamiento ineficaz, la baja autoestima situacional y las situaciones de déficit de autocuidado se encuentran entre los más frecuentemente diagnosticados en los pacientes, y el cansancio en el desempeño del rol de cuidador y el afrontamiento familiar comprometido entre los identificados en el trabajo con el cuidador principal.

Adherencia terapéutica

El manejo de múltiples fármacos añade dificultad al conocimiento de la indicación y posología de cada uno de ellos, favorece la aparición de olvidos, confusiones, reacciones adversas e interacciones que dificultan el cumplimiento del tratamiento y disminuyen su efectividad, con el resultado no deseado de aumentar el número de consultas e ingresos hospitalarios por acontecimientos adversos asociados a la polifarmacia²⁹.

En nuestro medio, se han puesto en marcha diferentes programas de atención al polimedicado que tienen por objetivo fomentar la responsabilidad del paciente en sus cuidados, proporcionándole herramientas que mejoren su cumplimiento terapéutico y utilizando la educación sanitaria como instrumento clave para la modificación de conductas. Estos programas pivotan en equipos multiprofesionales y en actividades de revisión de la pauta farmacológica y de valoración de la adherencia a los fármacos, con intervenciones sobre el uso y los conocimientos de la medicación y entrenamiento de las habilidades para la toma del medicamento.

Pero el diagnóstico de una o varias enfermedades crónicas plantea a las personas el reto de adaptarse y ser capaces de manejarse en ellas a lo largo del resto de sus vidas. Ante esta situación, que implica no solo la incorporación de medicación, sino cambios en los estilos de vida, algunas personas responden con conductas de falta de cumplimiento o dificultades para el cumplimiento del régimen terapéutico.

El abordaje enfermero ha de responder, no solo al manejo de los fármacos prescritos, sino también a la adherencia del plan terapéutico integral, que comprende el conjunto de acciones de autocuidado (dieta, ejercicio, hábitos tóxicos, sueño, control no farmacológico del dolor, manejo del estrés, revisiones pautadas, etc.). Para ello debe llevar a cabo una valoración integral que contemple también el entorno cultural y social de la persona.

Los principales diagnósticos enfermeros que puede identificar una enfermera relacionados con el cumplimiento del

plan terapéutico en general y con la polimedicación en particular son 2:

- *Gestión ineficaz de la propia salud*: el paciente tiene dificultad para incorporar o mantener dentro de su vida cotidiana el régimen terapéutico, mostrando respuestas o conductas de dificultad para su cumplimiento, de manera que lleva a cabo el plan de forma parcial o inadecuada, resultando insatisfactorio para alcanzar los objetivos relacionados con la salud³⁰.
- *Incumplimiento*: el paciente muestra una conducta que no coincide con el plan terapéutico o de promoción de salud acordado³⁰.

Es necesario establecer el diagnóstico diferencial. En el primer caso, el paciente manifiesta su deseo de manejar la situación y las dificultades que encuentra, y en el segundo caso, es la evolución de la enfermedad la que nos muestra indicios de incumplimiento, ya que el paciente no verbaliza dificultad ni falta de adherencia.

Es por ello por lo que la enfermera ha de definir junto con la persona y la familia el plan de cuidados y llevar a cabo intervenciones relacionadas con la enseñanza del proceso de enfermedad, establecimiento de objetivos comunes, aumento del afrontamiento, potenciación de la autoestima, aumento de los sistemas de apoyo, ayuda al autocuidado, apoyo y ayuda al cuidador principal, apoyo emocional y fomento de la implicación familiar^{10,31}.

Determinantes sociales y abordaje comunitario-poblacional

Las desigualdades sociales en salud hacen alusión al impacto que factores como la clase social, el nivel de estudios, el grupo étnico o el lugar de residencia tienen sobre la distribución de la salud en una población. Numerosos estudios han puesto en evidencia que esta realidad existe allí donde se ha analizado^{32,33}.

También es importante considerar la perspectiva del ciclo de vida para reconocer los determinantes sociales de la salud que actúan a lo largo de todas las etapas del desarrollo⁹. La complejidad de estos pacientes, sus altas demandas de cuidados y de recursos sanitarios, familiares y sociales implican la necesidad de un enfoque poblacional y comunitario que impacte en los determinantes sociosanitarios y que mejore la coordinación intersectorial y de los recursos disponibles⁹. Específicamente, sobre intervenciones poblacionales que integran estrategias como la educación para la salud, políticas saludables y la movilización y coordinación intersectorial, encontramos mayor evidencia que apoya la puesta en marcha de estas³⁴.

Educación para la salud y activación de pacientes

La efectividad de los programas de educación en pacientes crónicos se ha demostrado tanto para mejorar la calidad de vida como para reducir los costes sanitarios³⁵⁻³⁷. Los programas de autocuidado y educación para la salud centrados en el fomento de la responsabilización y la mejora del

autocuidado, desde un enfoque complejo e integral, centrados en el contexto de comorbilidad y pluripatología, emergen como elemento clave y deben incorporarse al plan integral de atención a este grupo poblacional. En cuanto al tipo de diseño de los programas educativos, cabe señalar que los programas de promoción de la salud centrados en modelos educativos tradicionales, de corte informativo, conductista o persuasivo comunicacional, ofrecen resultados limitados, poco comprendidos y muchas veces insatisfactorios para los participantes. Es por ello por lo que nos debemos aproximar hacia orientaciones pedagógicas más capacitantes, dialógicas y trasformadoras en las que a los sujetos se les otorgue el control y la responsabilidad sobre su propio proceso de aprendizaje y el profesional se presente como un facilitador del aprendizaje antes que como un mero transmisor de información.

Desarrollando e implementando la evidencia en este grupo poblacional

Hemos puesto de manifiesto las claves que la evidencia refleja sobre los diferentes modelos de organización, estrategias de aproximación al paciente crónico complejo, desarrollo de roles e intervenciones.

Pero la práctica asistencial necesita de herramientas que los profesionales sanitarios y la población puedan utilizar como ayuda en la toma de decisiones.

En la actualidad, el uso de guías de práctica clínica (GPC) para el abordaje de pacientes con comorbilidad y pluripatología presenta limitaciones. Por un lado, permiten el manejo de un único problema de salud, ya que suelen estar basadas en ensayos clínicos que sistemáticamente excluyen a pacientes pluripatológicos³⁸⁻⁴². Por otro, el cumplimiento de la suma de recomendaciones de más de una GPC en un paciente supone una carga de acciones de autocuidado que puede ser inviable para el paciente y su familia⁴⁰⁻⁴³.

Las evaluaciones sobre su aplicabilidad en pacientes con estas condiciones se basan en: inclusión de comorbilidad/pluripatología, recomendaciones específicas y calidad de la evidencia sobre comorbilidad, abordaje de la carga del seguimiento de la GPC, preferencias de los pacientes y polimedicación³⁸⁻⁴².

Ante la necesidad de profundizar en la elaboración de GPC para la atención a pacientes con pluripatología, se creó un grupo de trabajo con 3 de las sociedades científicas que han participado en el desarrollo de la estrategia de atención a crónicos a nivel nacional (FAECAP, SEMI y SEMFYC), con el objetivo de revisar las limitaciones actuales de las GPC y realizar una propuesta terminológica sobre la definición y el alcance de los nuevos términos utilizados en el cuidado de estos pacientes, así como una propuesta metodológica respecto a la incorporación de la comorbilidad y pluripatología por los grupos elaboradores de GPC.

Como resultado de este trabajo, se ha elaborado el Documento de *Desarrollo de guías de práctica clínica en pacientes con comorbilidad y pluripatología*. Esta propuesta plantea implicaciones directas sobre la profesión enfermera y su rol en la atención a pacientes crónicos complejos.

Así, se recupera la definición de autocuidado propuesta en la teoría del déficit de autocuidado de Orem, se pone de manifiesto la necesidad de establecer un equilibrio entre

las demandas de autocuidado y autocuidado terapéutico y las capacidades de la persona y su entorno, y se amplía el término adherencia terapéutica más allá de la conciliación farmacológica.

El documento destaca el alto impacto de la pluripatología y comorbilidad en la calidad de vida de las personas y sus cuidadores, visibilizando a este colectivo no solo como un elemento imprescindible para la gestión del cuidado de estos pacientes, sino también como un colectivo vulnerable, y explicita la necesidad de incluir, dentro de las GPC, recomendaciones de cuidado basadas en la evidencia, más allá de las recomendaciones que tradicionalmente han estado centradas en aspectos biomédicos. Estos aspectos nos deben estimular para seguir avanzando en el desarrollo de investigaciones de calidad que generen más evidencia disponible sobre el cuidado a este grupo poblacional.

Discusión y conclusiones

La fragilidad de las personas que presentan pluripatología o comorbilidad asociada hacen que este colectivo sea de especial interés para las enfermeras, que son las profesionales que aportan la visión integral y holística necesaria para no atomizar la atención sociosanitaria que se les presta.

Los nuevos roles, en cualquiera de su versión de enfermera de práctica avanzada, sustentan la coordinación entre niveles y la continuidad del cuidado, elemento clave durante todo el proceso asistencial.

El cuidado de estas personas es continuo y de larga duración. La necesidad de incorporar a su vida cotidiana numerosas acciones de autocuidado y un número nada despreciable de fármacos hace que nos cuestionemos la cantidad y calidad de las recomendaciones.

Las funciones principales de la enfermera son el acompañamiento y la capacitación del paciente, y su papel fundamental es ejercer el liderazgo en el proceso de empoderamiento del paciente y su familia, entrenándolos en las habilidades necesarias para el autocuidado y para la gestión de la enfermedad.

Conflicto de intereses

Milagros Rico Blázquez y Carmen Fuentelsaz son investigadoras de la Red de Investigación en Servicios Sanitarios en Enfermedades Crónicas (REDISSEC).

Este documento es una revisión no sistemática, realizada dentro del proyecto *Desarrollo de guías de práctica clínica en pacientes con comorbilidad y pluripatología*. Es un documento elaborado por un grupo de trabajo en el contexto de un convenio de colaboración entre la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI), Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC) y Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria y Atención Primaria (FAECAP) con la colaboración de AstraZeneca, en abril de 2013. Pablo Alonso Coello y Rafael Rotaache del Campo en representación de semFYC, Máximo Bernabeu Wittel y Emilio Casariego Vales en representación de SEMI y Milagros Rico Blázquez y Sheila Sánchez Gómez en representación de FAECAP.

Agradecimientos

A Pablo Alonso Coello, Rafael Rotaeché del Campo, Máximo Bernabeu Wittel y Emilio Casariego Vales.

Bibliografía

- United Nations. World Population Ageing. 2009 [consultado 13 Sep 2013]. Disponible en: http://www.un.org/esa/population/publications/WPA2009/WPA2009_WorkingPaper.pdf
- Instituto Nacional de Estadística. Proyección de la población de España a largo plazo, 2009-2049. 2010. 1-8.
- United Nations. Department of Economic and Social Affairs. World Population Prospects, the 2012 Revision. 17 June 2013, New York [consultado 13 Sep 2013]. Disponible en: <http://www.un.org/en/development/desa/publications/world-population-prospects-the-2012-revision.html>
- Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo. La atención primaria de salud, más necesaria que nunca. Ginebra: OMS; 2008.
- Ollero Baturone M, Alvarez M, Baron-Franco B, Bernabeu-Wittel M, Codina A, Fernandez-Moyano A. Atención al paciente pluripatológico. Proceso asistencial integrado. 2.ª ed. Sevilla: Public Health Direction of Andalusian Autonomous Government; 2007 [consultado 10 Sep 2013]. Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/salud/servicios/contenidos/procesos/docs/pluri.pdf;2007>
- Grupo de trabajo de la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI), Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC) y Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria y Atención Primaria (FAECAP). Desarrollo de guías de práctica clínica en pacientes con comorbilidad y pluripatología 2013 [consultado 11 Sep 2013]. Disponible en: <http://www.faecap.com/noticias/show/guías-de-practica-clinica-en-pacientes-con-pluripatologia-y-comorbilidad>
- Health Services Management Centre (HSMC). Evidence for transforming community services. Review: Services for long term conditions. Birmingham: University of Birmingham; 2009.
- Improvingchronicare.org (Internet). Seattle: MacColl Institute for Healthcare Innovation Group Health Research Institute [consultado 12 Dic 2010]. Disponible en: <http://www.improvingchronicare.org>
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia para el abordaje de la cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. Madrid, 2012 [consultado 12 Ago 2013]. Disponible en: <http://publicacionesoficiales.boe.es>
- Osakidetza. Plan de intervención poblacional. Gestión de caso: paciente pluripatológico; gestión de enfermedad: diabetes, EPOC, insuficiencia cardíaca. Protocolo de intervención. Vitoria-Gasteiz: Departamento de Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco; 2012. [consultado 3 Jun 2012]. Disponible en: <http://www.osakidetza.euskadi.net/r85-gkgnl00/es/contenidos/informacion/premios.osakidetza/es-osk/adjuntos/04/321.pdf>
- Estrategia para afrontar el reto de la cronicidad en Euskadi. Vitoria-Gasteiz: Departamento de Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco; 2010 [consultado Jun 2012]. Disponible en: <http://cronicidad.blog.euskadi.net/descargas/plan/EstrategiaCronicidad.pdf>
- Feachem RG, Sekhri NK, White KL. Getting more for their dollar: A comparison of the NHS with California's Kaiser Permanente. *BMJ*. 2002;324:135-41.
- Valderas JM, Starfield B, Sibbald B, Salisbury C, Roland M. Defining comorbidity: Implications for understanding health and health services. *Ann Fam Med*. 2009;7:357-63, doi:10.1370/afm.983.
- Orem D. Modelo de Orem. Conceptos de enfermería en la práctica. Barcelona: Masson; 2003.
- Montori V. Medicina mínimamente impertinente. Conferencia inaugural. En libro de ponencias del XXXII Congreso de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. Bilbao: SEMFC; 2012.
- Rogero-García J. Distribución en España del cuidado formal e informal a las personas de 65 y más años en situación de dependencia. *Rev Esp Salud Pú.* 2009;83:393-405.
- Bermejo Caja C, Martínez Marcos M. Factores, necesidades y motivaciones de los cuidadores principales que influyen en el mantenimiento del cuidado de las personas dependientes en el núcleo familiar. *Nure investig*. 2005;11:1-7.
- Rogero-García J. Los tiempos del cuidado. El impacto de la dependencia de los mayores en la vida cotidiana de sus cuidadores. Colección Estudios. Serie Dependencia n. 12011. Premio Infanta Cristina, 2009. 1.ª ed. Madrid: IMSERSO; 2010.
- Walsh K, Jones L, Tookman A, Mason C, McLoughlin J, Blizard R, King M. Reducing emotional distress in people caring for patients receiving specialist palliative care. *Br J Psychiatry*. 2007;190:142-7.
- Schultz R, Beach S. Caregiving as a risk factor for mortality: The caregiver health effects study. *JAMA*. 1999;282:2215-9.
- Teschendorf B, Schwartz C, Estwing C, O'Mara A, Novotny P, Sloan J. Caregiver role stress: When families become providers. *Cancer Control*. 2007;14:183-9.
- Goy E, Freeman M, Kansagara D A systematic evidence review of interventions for nonprofessional caregivers of individuals with dementia. VA-ESP Project #05-225: 2010 [consultado 9 Sep 2013]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK49194/pdf/TOC.pdf>
- Parker D, Mills S, Abbey J. Effectiveness of interventions that assist caregivers to support people with dementia living in the community: A systematic review. *Int J Evid Based Health*. 2008;6:137-72.
- Candy B, Jones L, Drake R, Leurent B, King M. Interventions for supporting informal caregivers of patients in the terminal phase of a disease. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011. DOI:10.1002/14651858.CD007617.pub2, Art. No.: CD007617.
- Legg LA, Quinn TJ, Mahmood F, Weir CJ, Tierney J, Stott DJ, et al. Non-pharmacological interventions for caregivers of stroke survivors. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011, doi: 10.1002/14651858.CD008179.pub2, Art. No.: CD008179.
- González Mestre A, Fabrellas Padrés N, Agramunt Perelló M, Rodríguez Pérez E, Grifell Martín E. De paciente pasivo a paciente activo. Programa Paciente Experto del Institut Català de la Salut. *RISAL*. 2008;1:3 [consultado 2 Sep 2013]. Disponible en: <http://pub.bsaltut.net/risai/vol1/iss1/3>.
- Igea Moreno M, Lozano García Y, González Gascón R. Implantación de la metodología enfermera en los sistemas informáticos de atención primaria. *Enferm Global*. 2005;4:1-6.
- Consejería de Sanidad. Dirección General de Farmacia y productos sanitarios. Programa de atención al Mayr polimedicado para la mejora en la utilización de los medicamentos. Madrid: Consejería de Sanidad; 2006.
- Herdman TH, editor. NANDA Internacional. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación, 2012-2014. Barcelona: Elsevier; 2012.
- Rojas Sánchez OA, Rueda Díaz LJ, Vesga Gualdrón LM, Orozco Vargas LC, Forero Bulla CM, Camargo Figueroa FA. Eficacia de las intervenciones de enfermería para el diagnóstico "manejo inefectivo del régimen terapéutico". *Enferm Clín*. 2009;19:299-305, 28.
- Bacigalupe de la Hera A, Martín Roncero U. Desigualdades sociales en la salud de la población de la comunidad autónoma del País Vasco. Ararteko. 2005.
- 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, doi:10.1016/S01406736(12)60240-2, Published Online May 10 2012.
33. Cofiño Fernández R, Álvarez Muñoz B, Fernández Rodríguez S, Hernández Alba R. Promoción de la salud basada en la evidencia: ¿realmente funcionan los programas de salud comunitarios? *Aten Primaria*. 2005;35:478–83.
 34. Lorig K, Sobel D, Stewart A, Brown Jr BW, Bandura A, Ritter P, et al. Evidence suggesting that a chronic disease self-management program can improve health status while reducing hospitalization. *Med Care*. 1999;37:5–14.
 35. Anderson RM, Funnell MM, Butler PM, Arnold MS, Fitzgerald JT, Feste CC. Patient empowerment. Results of a randomized controlled trial. *Diabetes Care*. 1995;18:943–9.
 36. Lorish C.D., Boutaugh ML. Patient education in rheumatology. *Curr Opin Rheumatol*. 1997;9:106–11.
 37. Gamboa Moreno E, Sánchez Perez Á, Vrotsou K, Arbonies Ortiz JC, del Campo Pena E, Ochoa de Retana García L, et al. Osakidetza Active Patient Research Group. Impact of a self-care education programme on patients with type 2 diabetes in primary care in the Basque Country. *BMC Public Health*. 2013;13:521, doi: 10.1186/1471-2458-13-521.
 38. Boyd CM, Darer J, Boulton L, Fried LP, Boulton L, Wu AW. Clinical practice guidelines and quality of care for older patients with multiple comorbid diseases: Implications for pay for performance. *JAMA*. 2005;294:716–24.
 39. 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.
 40. Hughes LD, McMurdo ME, 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.
 41. Lugtenberg M, Burgers JS, Clancy C, Westert GP, Schneider EC. Current guidelines have limited applicability to patients with comorbid conditions: A systematic analysis of evidence-based guidelines. *PLoS One*. 2011;6:e25987.
 42. Vitry AI, Zhang Y. Quality of Australian clinical guidelines and relevance to the care of older people with multiple comorbid conditions. *Med J Aust*. 2008;189:360–5.
 43. May C, Montori VM, Mair FS. We need minimally disruptive medicine. *BMJ*. 2009;339:b2803.