

# Paciente crónico pluripatológico

Patricia Hontoria Juez

R3 Medicina Interna

10 de Febrero de 2020

# Introducción

- En los últimos años, se han producido una serie de **cambios** que han afectado a la dinámica de funcionamiento de los servicios de salud en España.
- Los más relevantes:
  - **Envejecimiento** progresivo de la población
  - Modificación de los estilos de vida
  - **Incremento** de la **supervivencia** en muchas patologías
    - **Cronificación**



# Introducción

- Consecuencias...
  - Incremento de la **frecuentación** (x10 en varones >85 años, respecto a grupo entre 15-34 años)
  - Mayor utilización de los **recursos asistenciales**



Dificultad para dar una respuesta adecuada




**Calidad** de la atención



**Eficiencia** de los recursos

# Introducción

- Los sistemas de salud mantienen una **organización** muy **parcelada** por especialidades (patología aguda)
- Cuando la mayor demanda asistencial se corresponde con pacientes crónicos (pluripatológicos)
- En la actualidad, los pacientes crónicos generan la mayoría de las consultas de atención primaria y más de la mitad de los ingresos hospitalarios  70% del gasto sanitario
- Tener en cuenta las **necesidades** del paciente en su **entorno** familiar y social
- Las enfermedades crónicas son la **principal causa de mortalidad y discapacidad** en países desarrollados

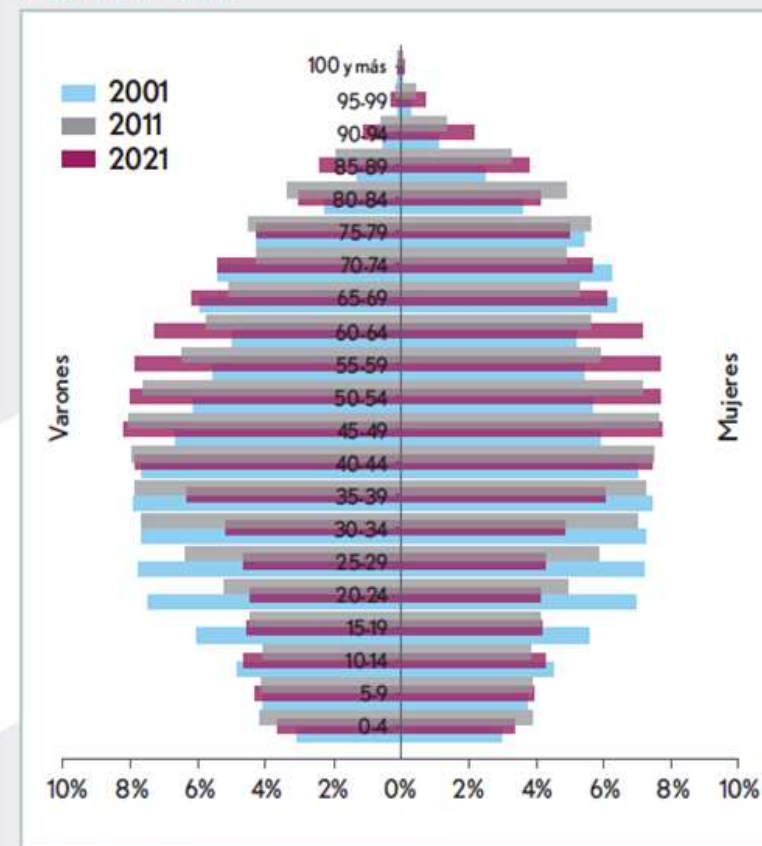
# Conceptos

- **Comorbilidad:** asociación de cualquier patología a una entidad nosológica principal, modulando su dx y tto.
- **Pluripatología:** coexistencia de dos o más enfermedades crónicas, que conllevan reagudizaciones, condicionando fragilidad y disminución de la autonomía del paciente, generando demanda de atención.
- **Fragilidad:** declinar de múltiples sistemas que lleva a un agotamiento de la reserva funcional.
- **Discapacidad:** incapacidad para realizar las actividades esenciales de una vida independiente.
- **Dependencia:** se puede prevenir, minimizar, retrasar, si se adoptan las medidas adecuadas.
- **“Paciente crónico complejo”:** mayor complejidad en su manejo, con necesidades cambiantes que obligan a revaloraciones continuas.

## CyL ante el reto de la cronicidad

- Castilla y León (CyL) presenta una población de las más envejecidas de España, dispersa y rural
- Índice de envejecimiento (>64 años) del 22.8% (frente al 17.2% de la media nacional)
  - Mayor en el caso de las mujeres con un 25.8% en CyL frente al 19.4% del conjunto de España

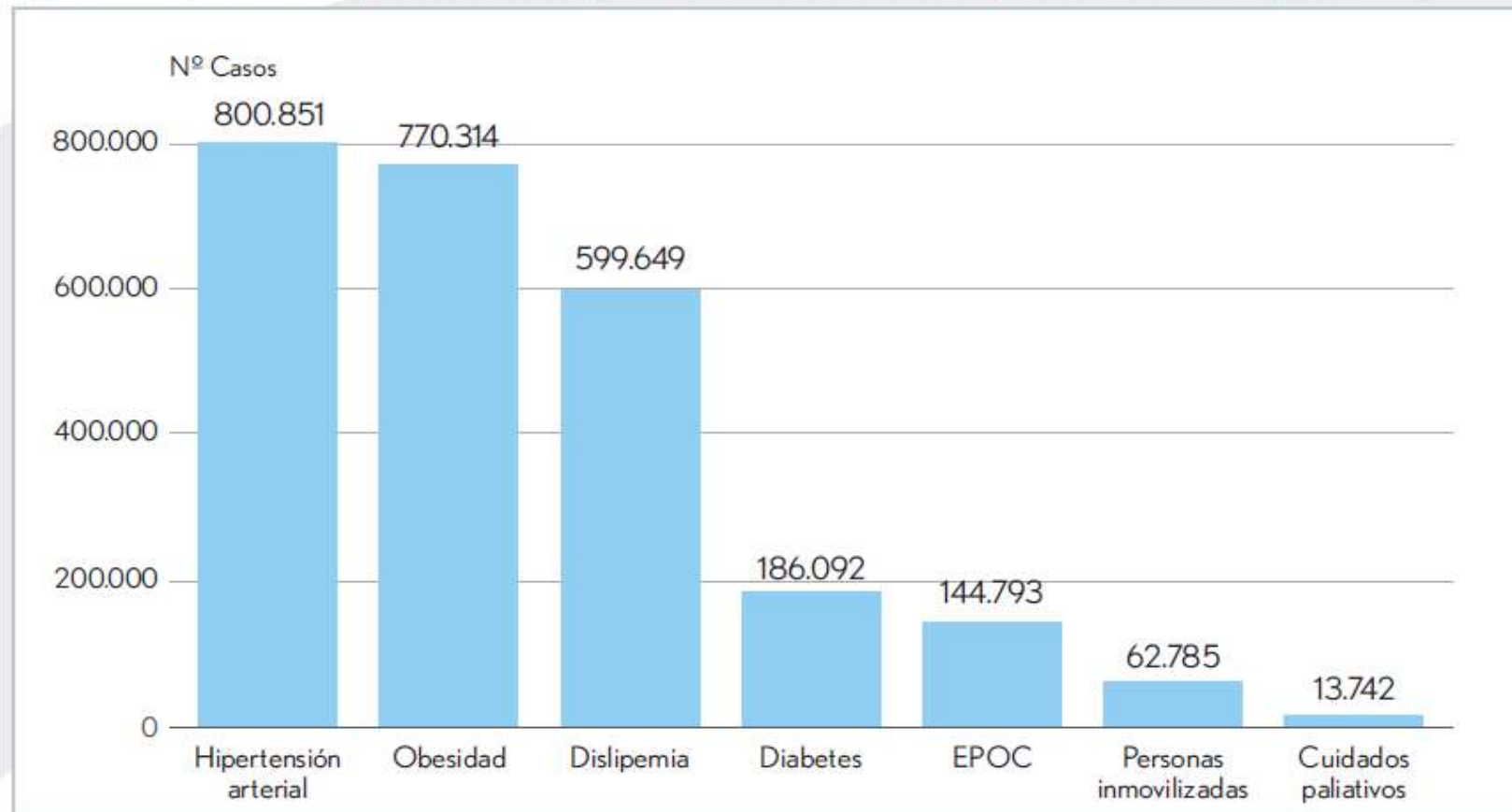
Figura 2.2. Evolución pirámide de población Castilla y León 2001-2011-2021



Fuente: Instituto Nacional de Estadística

# CyL ante el reto de la cronicidad

Figura 2.7. Estimación de prevalencia de algunos procesos crónicos en la población de Castilla y León - 2011



Fuente: Elaboración propia a partir del Estudio de Riesgo Cardiovascular de Castilla y León. 2005

# CyL ante el reto de la cronicidad

Es necesario llevar a cabo **adaptaciones** en el sistema sanitario

Que permitan gestionar de modo **eficiente** la cronicidad

Mediante una **reorientación** hacia las necesidades del paciente y la integración de servicios

Implantación de una **Estrategia específica** de atención a las personas con enfermedad crónica



# Modelos de referencia a nivel internacional

Figura 3.3. Pirámide de Kaiser Permanente



Fuente: Nuño Solinis R. Buenas prácticas en gestión sanitaria: el caso Kaiser Permanente. Adaptado por Sacyl.

# Estrategia de Atención al Paciente Crónico en CyL

- **Objetivo principal**

**Mejorar la salud y calidad de vida** de los pacientes con enfermedades crónicas

- Mediante un modelo de atención integrada y responsabilidad compartida entre los diferentes niveles asistenciales (servicios sociales)

- **Objetivo secundario**

- Avanzar en la gestión de la atención prestada contribuyendo a la sostenibilidad de nuestro sistema sanitario

Figura 4.2. Criterios de estratificación de la población de Castilla y León

Objetivo intervención	Ámbito		Tipo de intervención
Pacientes <b>pluripatológicos severos</b> con necesidades de atención sanitaria elevadas y con frecuencia con necesidades sociales	Atención compartida por atención primaria, hospital y servicios sociales (Hospital, UCSS, Domicilio/Residencia)		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Atención y control del proceso clínico por parte de atención primaria compartida con atención especializada (UCA) según protocolo, mediante la gestión de procesos y casos y, con la participación de los recursos sociales en cualquiera de sus ámbitos.</li> <li>- Promoción de la responsabilidad del paciente y de la familia en el cuidado de sus problemas de salud.</li> </ul>
Pacientes <b>pluripatológicos estables</b> o con una <b>patología en estado avanzado</b> con necesidades de atención sanitaria moderada	Atención primaria + apoyos puntuales de especializada + atención domicilio/comunitario (Protocolo)		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Atención y control del proceso clínico por parte de atención primaria con apoyos puntuales del médico de atención especializada según protocolo, mediante la gestión de procesos y casos.</li> <li>- Promoción de la responsabilidad del paciente y de la familia en el cuidado de sus problemas de salud.</li> </ul>
Pacientes con una <b>patología en estado estable</b> o inicial con baja necesidad de atención sanitaria	Atención primaria + domicilio/comunitario (Protocolo)		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Atención y control del proceso clínico en el marco de la atención primaria, según protocolo siguiendo la metodología de gestión de procesos.</li> <li>- Promoción de la responsabilidad de los pacientes en el cuidado de su problema de salud</li> </ul>
Personas <b>sanas</b> o con <b>procesos agudos</b> no significativos	Atención primaria + domicilio/comunitario		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promoción y prevención primaria con control de factores de riesgo (Ej.: Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud-PAPPS- de atención primaria).</li> <li>- Promoción de la responsabilidad de las personas en el cuidado de la salud.</li> </ul>

Fuente: Elaboración propia Sacyl.

# Estrategia de Atención al Paciente Crónico en CyL

- Se centra en el **paciente crónico** en situación de complejidad o pluripatológico (**G3**)



- Atención médica y cuidados de forma continuada
- Abordaje multidisciplinar e individualizado
- Actuación proactiva y preventiva
- Fomentar la participación y corresponsabilidad del paciente y sus familiares



# Estrategia de Atención al Paciente Crónico en CyL

- Perfil del paciente crónico:
  - Presencia de **varias enfermedades crónicas**, concurrentes.
  - **Alta frecuentación** hospitalaria
  - **Polimedicación**
  - Disminución de la autonomía personal con **discapacidad** y **dependencia**
  - **Consumo** de gran cantidad de **recursos** sanitarios y sociales
  - Otros factores: edad avanzada, vivir solo, escaso apoyo social y familiar...

# Estrategia de Atención al Paciente Crónico en CyL

- Aunque esta Estrategia va dirigida a todos los pacientes crónicos, ha sido necesario establecer prioridades en su implantación en función de la mayor prevalencia e impacto en el sistema sanitario.
- Se han **priorizado** las siguientes patologías:

- Enfermedades del área cardiológica: insuficiencia cardiaca, cardiopatía isquémica y arritmias
- Ictus
- Enfermedades neurodegenerativas y demencia
- Diabetes
- Enfermedades respiratorias: EPOC y asma
- Enfermedades del área digestiva: enfermedades inflamatorias crónicas y hepatopatías crónicas
- Enfermedades osteomusculares: artrosis, osteoporosis y artritis
- Enfermedades mentales: trastornos psicóticos, depresión mayor crónica
- Enfermedad renal crónica


# Proceso de Atención al Paciente Crónico Pluripatológico

- **Objetivo:** minimizar el riesgo de descompensaciones y la aparición de eventos adversos
- **Eje:** Atención Primaria
- La gestión de los pacientes pluripatológicos será **compartida** con la atención hospitalaria



Unidades de Continuidad Asistencial (**UCA**)

# Proceso de Atención al Paciente Crónico Pluripatológico

- **Misión**  **atención integral** al PCPC, acorde con sus necesidades, que minimice el riesgo de descompensaciones y la aparición de eventos adversos, que asegure la prestación integrada de los servicios, la accesibilidad, la continuidad en la atención y la utilización de los medios y dispositivos más adecuados en cada caso, y que promueva la participación activa del paciente y su familia en los cuidados.
- **Destinatarios**
  - Pacientes pluripatológicos (listado G3)
  - Excepcionalmente, pacientes que reúnan criterios
  - Familiares/cuidadores
- **Alcance del proceso**

## INICIO DEL PROCESO

Paciente clasificados como G3 en el proceso de estratificación y pacientes crónicos pluripatológicos complejos según criterios clínicos (PROFUND)

## FINAL DEL PROCESO

Fallecimiento  
Traslado del paciente a otro área de salud  
Traslado del paciente fuera de la comunidad



# Actividades



## 4 ACTIVIDADES

### Subproceso 1: acogida, valoración, establecimiento del plan de intervención y seguimiento programado del paciente

ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE	REGISTRO
Identificación de pacientes a incluir en el proceso	Ficha 0	Médico de atención primaria	Sistema de clasificación CRG-MEDORA
Acogida en el programa	Ficha 1	Médico y enfermera de atención primaria	HCE-MEDORA
Valoración integral del paciente	Ficha 2	Médico, enfermera y trabajador social atención primaria	HCE-MEDORA
Elaboración/actualización del plan intervención	Ficha 3	Médico, enfermera y trabajador social atención primaria	HCE-MEDORA
Valoración/acogida del paciente en la UCA	Ficha 4	Médico y enfermera de la UCA	Historia Clínica Hospitalaria HCE- JIMENA
Educación del paciente/familia en los cuidados	Ficha 5	Médico y enfermera de atención primaria	
Control telefónico/presencial de síntomas y factores de riesgo de descompensación	Ficha 6	Enfermera atención primaria	HCE-MEDORA
Seguimiento programado del plan de intervención en atención primaria	Ficha 7	Médico, enfermera de atención primaria y trabajador social	HCE-MEDORA

# Identificación de los pacientes en el proceso

- **¿Quién?:** Médico de atención primaria responsable del paciente
- **¿Cuándo?**
  - Cuando el médico reciba el listado actualizado de pacientes identificados como G3 por el sistema de clasificación CRG
  - Cuando atienda en consulta a un paciente que podría reunir los criterios clínicos de pluripatología (**Criterios Profund**)

Tabla 2. Categorías clínicas para la identificación de pacientes pluripatológicos.

<b>CATEGORÍA A</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> A.1. Insuficiencia cardíaca que en situación de estabilidad clínica haya estado en grado II de la NYHA<sup>1</sup> (síntomas con actividad física habitual)</li> <li><input type="checkbox"/> A.2. Cardiopatía isquémica</li> </ul>
<b>CATEGORÍA B</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> B.1. Vasculitis y enfermedades autoinmunes sistémicas</li> <li><input type="checkbox"/> B.2. Enfermedad renal crónica definida por filtrado glomerular &lt; 60 ml/m o proteinuria<sup>2</sup>, mantenidos durante tres meses</li> </ul>
<b>CATEGORÍA C</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> C.1. Enfermedad respiratoria crónica que en situación de estabilidad clínica haya estado con disnea grado II de la MRC<sup>3</sup> (disnea a paso habitual en llano), FEV<sub>1</sub> &lt; 65 %, o Sat O<sub>2</sub> ≤ 90 %</li> </ul>
<b>CATEGORÍA D</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> D.1. Enfermedad inflamatoria crónica intestinal</li> <li><input type="checkbox"/> D.2. Hepatopatía crónica con datos de insuficiencia hepatocelular<sup>4</sup> o hipertensión portal<sup>5</sup></li> </ul>
<b>CATEGORÍA E</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> E.1. Ataque cerebrovascular</li> <li><input type="checkbox"/> E.2. Enfermedad neurológica con déficit motor permanente que provoque una limitación para las actividades básicas de la vida diaria (índice de Barthel &lt; 60)</li> <li><input type="checkbox"/> E.3. Enfermedad neurológica con deterioro cognitivo permanente, al menos moderado (Pfeiffer con cinco o más errores)</li> </ul>
<b>CATEGORÍA F</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> F.1. Arteriopatía periférica sintomática</li> <li><input type="checkbox"/> F.2. Diabetes mellitus con retinopatía proliferativa o neuropatía sintomática</li> </ul>
<b>CATEGORÍA G</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> G.1. Anemia crónica por pérdidas digestivas o hemopatía adquirida no subsidiaria de tratamiento curativo que presente hemoglobina &lt; 10 mg/dl en dos determinaciones separadas entre sí más de tres meses</li> <li><input type="checkbox"/> G.2. Neoplasia sólida o hematológica activa no subsidiaria de tratamiento con intención curativa</li> </ul>
<b>CATEGORÍA H</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> H.1. Enfermedad osteoarticular crónica que provoque por sí misma una limitación para las actividades básicas de la vida diaria (índice de Barthel &lt; 60)</li> </ul>
NÚMERO DE CATEGORÍAS DE INCLUSIÓN: 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8

### Índice PROFUND

Estratificación del riesgo de muerte de pacientes pluripatológicos en los siguientes 12 meses (tabla 3).

Mortalidad a los 12 meses:

- 0-2 puntos: 12,1-14,6 %
- 3-6 puntos: 21,5-31,5 %
- 7-10 puntos: 45-50 %
- 11 o más puntos: 61,3-68 %

Tabla 3. Cálculo del Índice PROFUND

Características	ODDS RATIO (IC 95 %)/p	Índice PROFUND
Demográficas ≥ 85 años	1,71 (1,15-2,5)/0,008	3
Clinicas Neoplasia activa	3,38 (1,9-5,8)/ <0,0001	6
Demencia	1,89 (1,1-3,1)/0,019	3
Clase funcional III-IV de la NYHA o MRC	2,04 (1,4-2,9)/ <0,0001	3
Delirio en el último ingreso hospitalario	2,1 (1,5-4,9)/0,001	3
Analíticas Hemoglobina < 10 g/dl	1,8 (1,2-2,7)/0,005	3
Psicométricas-funcionales-sociofamiliares Índice de Barthel < 60	2,6 (1,38-3,4)/ <0,0001	4
Persona cuidadora distinta del cónyuge o sin persona cuidadora	1,51 (1,02-2,2)/0,038	2
Asistenciales ≥ 4 ingresos hospitalarios en los últimos 12 meses	1,9 (1,07-3,29)/0,028	3
Puntuación total		0-30 puntos

# Áreas que conforman la valoración integral

## 1. VALORACION CLÍNICA (Médico y Enfermera)

**VALORACIÓN CLÍNICA:** a través de anamnesis y exploración física:

- a. Actualización de la situación clínica del paciente
- b. Valoración de la necesidad de cuidados por patrones funcionales de Marjory Gordon, considerando como puntos críticos los siguientes:
  - Descripción del estado de salud. Conocimientos del problema de salud, actitud ante las enfermedades
  - Historia farmacológica y adherencia al tratamiento: valoración de habilidades, conocimientos y dificultades en el uso de los medicamentos prescritos
  - Hábitos tóxicos
  - Valoración nutricional: patrón individual de consumo de alimentos y líquidos y medidas antropométricas (peso, talla)
  - Actividad. Ejercicio (tipo y frecuencia)
  - Patrón de eliminación intestinal y vesical
  - Cantidad y calidad percibida de sueño y reposo
  - Historia de caídas en el último año
  - Estado de la piel: lesiones cutáneas, membranas mucosas y exploración bucodental
  - Agudeza visual y auditiva (utilización de sistemas de compensación o prótesis)
  - Anamnesis Psicosocial dirigida fundamentalmente a la detección de problemas relacionales y familiares (maltrato, abandono)
- c. Existencia de un documento de instrucciones previas
- d. Historia de ingresos recientes y consultas pendientes en el hospital
- e. Grado de dependencia reconocida

### Escalas

- Escala complementaria (si sospecha desnutrición): MUST
- Escala complementaria (si dolor): Escala EVA para valorar la intensidad del dolor

## 2.VALORACION FUNCIONAL (Enfermera)

**VALORACIÓN FUNCIONAL** (capacidad del paciente para realizar su actividad habitual y mantener su independencia en el medio en que se encuentra)

- En todos los pacientes se valorará la dependencia para las actividades básicas de la vida diaria (índice de Barthel)
- Si dependencia leve (Barthel entre 60 y 55) se valorará la dependencia para las actividades instrumentales de la vida diaria (índice de Lawton y Brody)

Escalas

- Escala básica: Índice de Barthel para valorar las actividades básicas de la vida diaria (IQ: 55%)
- Escala complementaria. Índice de Lawton y Brody para valorar las actividades instrumentales (IQ: 40%)

## 3.VALORACION COGNITIVA (Enfermera)

**VALORACION COGNITIVA:** a través de la entrevista clínica y el uso de escalas

- Se valorará la presencia o no de deterioro cognitivo que pueda afectar a su capacidad para tomar decisiones sobre su vida en general y sobre su salud en particular
- Presencia de tutor legal en caso de incapacidad

Escala complementaria (si se sospecha deterioro cognitivo): Mini examen cognoscitivo de Lobo MEC (IQ: 68%)

## 4.VALORACION AFECTIVA (Enfermera)

**VALORACION AFECTIVA:** a través de la entrevista, la observación de signos y síntomas y el uso de escalas

Valorar la presencia de síntomas depresivos y/o ansiedad, así como alteraciones del estado de ánimo

Escala complementaria (si se perciben, a través de la entrevista, o se observan signos de ansiedad o depresión): Escala reducida de depresión y ansiedad de Goldberg en la versión española

## 5.VALORACION SOCIAL (Trabajador social)

**VALORACIÓN SOCIAL:** para identificar situaciones sociofamiliares, económicas y ambientales que condicionan la evolución y/o clínica funcional del paciente y que afectan a su calidad de vida:

- 5.1. Composición y dinámica de la unidad de convivencia (presencia e identificación de cuidador familiar)
- 5.2. Apoyos formales e informales (conocimiento y uso de recursos sociales disponibles)
- 5.3. Valoración de la vivienda: condiciones de habitabilidad, higiene y barreras arquitectónicas
- 5.4. Situación laboral/ocupacional
- 5.5. Capacidad económica individual y familiar

Escala básica: Escala Gijón completa

## 6.VALORACION DEL CUIDADOR FAMILIAR (Enfermera y Trabajador social)

### 6.1 Cuidador principal

- a. Valoración de su estado de salud: necesidades físicas, psicoemocionales y sociales (pérdida del tiempo libre, soledad, aislamiento)
- b. Valoración de sus conocimientos, habilidades y capacidad de cuidados y autocuidados
- c. Detección del riesgo de claudicación o cansancio del cuidador

**6.2. Personas cuidadoras secundarias.** Si existen, valorar relación y grado de apoyo que suponen para el cuidador principal.

**Escala complementaria (si percepción en la entrevista de posible riesgo de sobrecarga del cuidador): Escala de Zarit reducida**

---





# Bibliografía

- ***Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud.*** Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad. 2012.
- ***Unidad de Pacientes Pluripatológicos Estándares y Recomendaciones.*** Ministerio de sanidad y política social. Informes, estudios e investigación. 2009
- ***Estrategia de atención al paciente crónico en Castilla y León.*** Junta de Castilla y León. Consejería de Sanidad. Gerencia Regional de Salud de Castilla y León.
- ***Proceso de atención al paciente crónico pluripatológico complejo.*** Gerencia Regional de Salud de Castilla y León. Valladolid. 2014
- ***Proceso asistencial de pacientes con enfermedades crónicas complejas y pluripatológicos.*** Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI), Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC), Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria y Atención Primaria (FAECAP). Multimédica Proyectos. Octubre de 2013.

