

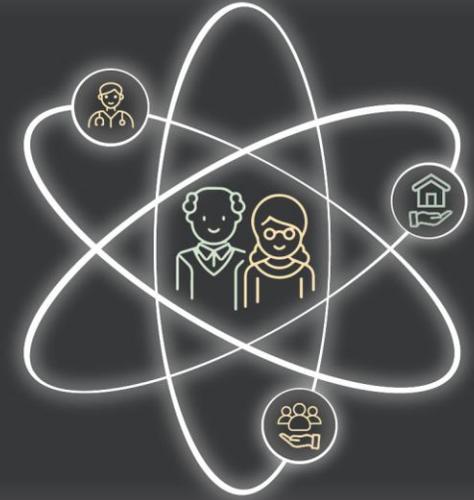
# IX CONGRESO INTERNACIONAL DEPENDENCIA Y CALIDAD DE VIDA

Integración sociosanitaria: un balance de la realidad

# IX CONGRÉS INTERNACIONAL DEPENDÈNCIA I QUALITAT DE VIDA

Integració sociosanitària: un balanç de la realitat

6 -7 de Nov. de 2023 Auditori Axa. Barcelona #EdadyVida2023



Fundación  
**Edad & Vida**

## Título: Pluripatología y complejidad clínica

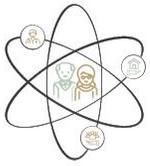
Autor: Beatriz Pascual de la Pisa

Con el apoyo / Amb el suport:





*Declaro que no existe ninguna actividad personal y/o profesional realizada que pueda generar conflicto de interés con esta actividad*



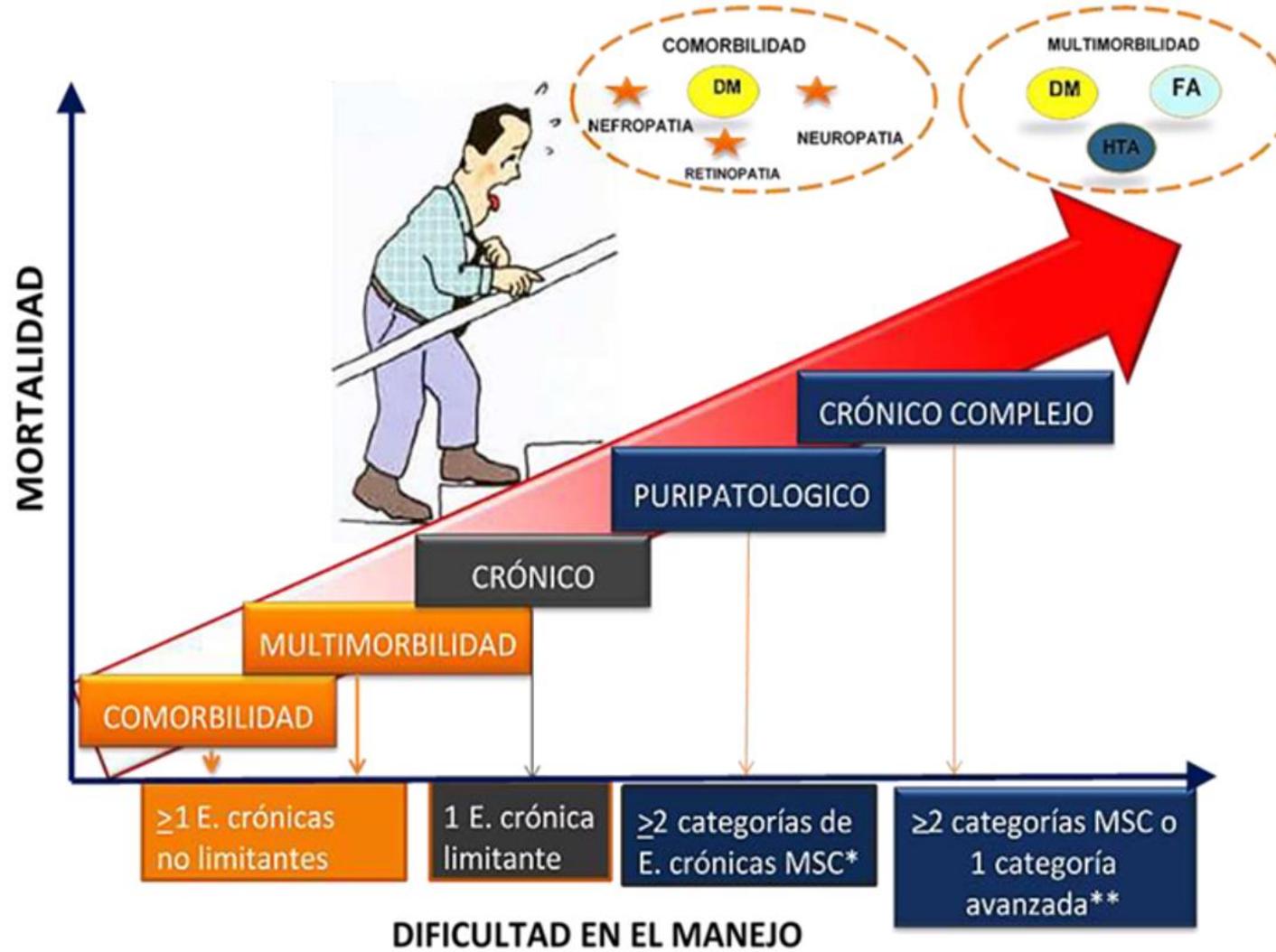
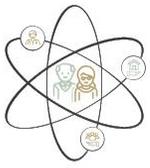
Variabilidad términos

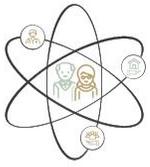
Trascendencia

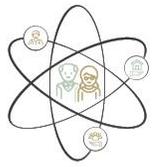
Modelos de atención

Oportunidades y desafíos

Experiencias





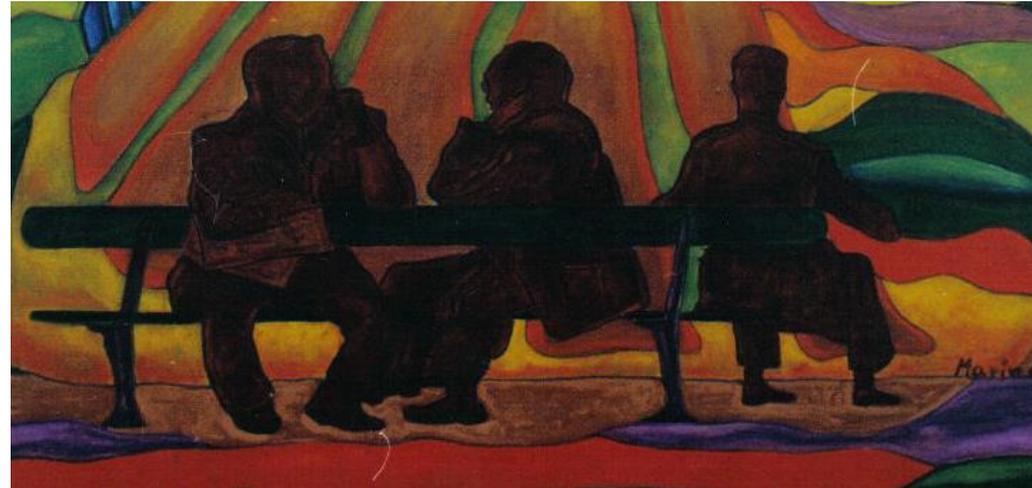


# Múltiples denominaciones

**Enfermedades no transmisibles [MeSH] 2018**

**Comorbilidad [MeSH]**

**Multimorbilidad [MeSH] 2018**



**Vulnerabilidad [MeSH]**

**Fragilidad [MeSH]**

**Complejidad**

**Condiciones múltiples crónicas [MeSH] 2017**

**Pluripatología**

**Carga de enfermedad [MeSH] 2017**



## Atención a Pacientes Pluripatológicos

Proceso Asistencial Integrado



- **Categoría A:**

A.1. Insuficiencia cardíaca que en situación de estabilidad clínica haya estado en grado II de la NYHA<sup>a</sup> (síntomas con actividad física habitual).

A.2. Cardiopatía isquémica.

- **Categoría B:**

B.1. Vasculitis y Enfermedades autoinmunes sistémicas.

B.2. Enfermedad renal crónica definida por filtrado glomerular < 60ml/min o índice albúmina creatinina >30mg/g.

- **Categoría C:**

C.1. Enfermedad respiratoria crónica que en situación de estabilidad clínica haya estado con disnea grado 2 de la MRC<sup>b</sup> (disnea a paso habitual en llano), o FEV1<70%, o Saturación O2 ≤ 90.

- **Categoría D:**

D.1. Enfermedad inflamatoria intestinal.

D.2. Hepatopatía crónica con datos de insuficiencia hepatocelular<sup>c</sup> o hipertensión portal<sup>d</sup>.

- **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 inferior a 60).

E.3. Enfermedad neurológica con deterioro cognitivo persistente, al menos moderado<sup>e</sup>.

- **Categoría F:**

F.1. Arteriopatía periférica sintomática.

F.2. Diabetes mellitus con retinopatía proliferativa o neuropatía sintomática.

- **Categoría G:**

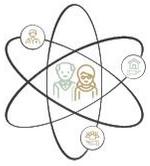
G.1. Anemia crónica por pérdidas digestivas o hemopatía adquirida no subsidiaria de tratamiento curativo que presente Hb<10g/dL en dos determinaciones separadas más de tres meses.

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 que el paciente pueda trasladarse, por sí mismo, con seguridad de la cama al sillón o silla de rueda.

H.2. Haber presentado una fractura de cadera osteoporótica.



Aquel que presenta mayor complejidad en su manejo al presentar necesidades cambiantes que obligan a revalorizaciones continuas y hacen necesaria la utilización ordenada de diversos niveles asistenciales y en algunos casos servicios sanitarios y sociales.

## Pacientes

- Perfil de morbilidad, sintomatología persistente y refractaria. Polimedicación
- Alto riesgo de descompensaciones graves.
- Riesgo de fragilidad, dependencia o deterioro cognitivo.

## Profesionales

- Multidisciplinariedad.
- Incertidumbre clínica.
- Discrepancias de manejo.

## Ámbito social

- Concurrencia de necesidades sociales y sanitarias.



Bases conceptuales i  
model d'atenció per a  
les persones fràgils,  
amb cronicitat  
complexa (PCC) o  
avançada (MACA)



Universitat de Oviedo  
Departament de Societat

**Tabla 1** Criterios específicos para la identificación de pacientes PCC y MACA

Criterios para la identificación de un paciente crónico complejo (PCC)

1 Presencia de varias patologías crónicas (multimorbilidad) o solo una, pero de suficiente gravedad

2 Su abordaje contiene alguno de los siguientes elementos:

- Alta probabilidad de sufrir crisis con mucha sintomatología y mal control
- Evolución muy dinámica, variable y que precisa monitorización continua
- Alto uso de servicios de hospitalización urgente o visitas a urgencias
- Enfermedad progresiva
- Elevado consumo de recursos, fármacos y riesgo de iatrogenia
- Requiere manejo multidisciplinar
- Entorno de especial incerteza en las decisiones y dudas en el manejo
- Necesidad de activar y gestionar el acceso a distintos dispositivos y recursos, a menudo por vías preferentes
- Asociación a fragilidad de base, pérdida funcional, probabilidad de deterioro agudo (funcional o cognitivo) o nueva aparición de síndromes geriátricos
- Situaciones psicosociales adversas

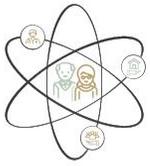
3 El paciente aparece en las listas de pacientes de riesgo, derivadas de las estrategias de estratificación disponibles

4 El paciente se puede beneficiar de estrategias de atención integrada

- Pronóstico de vida posiblemente inferior a 24 meses
- Más presencia e intensidad de necesidades, que requieren de una visión integral (especialmente dimensiones emocionales, sociales y espirituales)
- Precisan de una orientación mayoritariamente paliativa
- Exigen planificación de decisiones anticipadas (PDA) para gestionar las crisis
- Requieren mayor atención y soporte a la estructura cuidadora

Paciente MACA: perfil equivalente al del PCC, más una combinación de los siguientes criterios





## Variabilidad términos

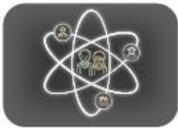
Oportunidades y desafíos

Experiencias

Pacto para la  
homogeneización  
terminológica.

Revisar los itinerarios  
formativos del pregrado y  
posgrado

Inquietud institucional,  
proveedores de SS,  
sociedades científicas y de  
pacientes



## ORIGINALES

### Incidencia y características clínicas de los pacientes con pluripatología ingresados en una unidad de medicina interna

José Salvador García-Morillo, Máximo Bernabeu-Wittel, Manuel Ollero-Baturone, Manuela Aguilar-Guisad, Nieves Ramírez-Duque, Miguel Angel González de la Puente, Pilar Limpo, Susana Romero-Carmona y José Antonio Cuello-Contreras

**La incidencia global de PPP fue 38,9/100 ingresos/mes**

#### Comparación de las variables clínicoasistenciales entre la cohorte de pacientes con pluripatología (PP) y la cohorte general (GE)

Variable	Cohorte PP	Cohorte GE	p (RR [IC del 95%])
Edad	75 (11)	67 (16)	< 0,0001
Sexo (% varones)	53,8%	56,1%	NS
Ingreso en HG	30,3%	49%	0,001 (RR = 0,45 [0,27-0,73])
Ingreso en HP	59,9%	42,5%	0,006 (RR = 1,98 [1,22-3,22])
Mortalidad	19,3%	6,1%	0,001 (RR = 3,66 [1,65-8,13])
Deterioro funcional significativo <sup>a</sup>	16%	7%	0,018 (RR = 2,47 [1,15-5,35])
Estancia media	8,5 (1-90)	8 (1-63)	NS
Asistencias urgentes	3,6 (3,4)	2,42 (1,9)	0,003
Episodios de hospitalización	1,9 (1,3)	1,05 (1)	0,009
Asistencias especializadas	0,96 (1,2)	1,55 (1,3)	NS

DE: desviación estándar; HG: hospital general; HP: hospital periférico; RR: riesgo relativo; IC: intervalo de confianza; NS: no significativo.

<sup>a</sup>Descenso  $\geq 10$  puntos en la escala de Barthel entre valores basales y al alta.





Contents lists available at ScienceDirect

Archives of Gerontology and Geriatrics

journal homepage: [www.elsevier.com/locate/archger](http://www.elsevier.com/locate/archger)



A multi-institutional, hospital-based assessment of clinical, functional, sociofamilial and health-care characteristics of polypathological patients (PP)

M. Bernabeu-Wittel<sup>a,1,\*</sup>, B. Barón-Franco<sup>b,1</sup>, J. Murcia-Zaragoza<sup>c,1</sup>, A. Fuertes-Martín<sup>d,1</sup>, C. Ramos-Cantos<sup>e,1</sup>, A. Fernández-Moyano<sup>f,1</sup>, F.J. Galindo<sup>a,1</sup>, M. Ollero-Baturone<sup>a,1</sup>

**Table 2**

Main clinical features of PP included in a multi-institutional cross-sectional study in Spain.

Clinical features	Mean ± S.D., n (%) or median [IQR]
No of defining categories/patient	2.7 ± 0.8
Patients with ≥ 3 categories	808 (49.5)
Prevalence of defining categories	
Category A (heart diseases)	1264 (77.5)
Category C (lung diseases)	744 (45.6)
Category E (neurological diseases)	624 (38.2)
Category B (kidney/autoimmune diseases)	526 (32.2)
Category G (chronic neoplasia/anemia)	418 (25.6)
Category F (peripheral arterial disease/diabetes with neuropathy)	411 (25.2)
Category H (degen. osteoarticular disease)	271 (16.6)
Category D (liver disease)	112 (6.9)
Number of other comorbidities/patient	4.5 ± 2.7
Cardiovascular	2.25 ± 1.5
Endocrine and metabolic	1.17 ± 1
Neurological-psychiatric	0.46 ± 0.7
Digestive	0.3 ± 0.2
Most frequent other comorbidities	
Hypertension	1170 (71.7)
Arrhythmias	603 (36.9)
Atrial fibrillation	575 (35.2)
Other arrhythmias	28 (1.7)
Diabetes with no visceral involvement	478 (29.3)
Dyslipemia	473 (29)
Anxiety and depressive disorders	179 (11)
Benign prostate hyperplasia	170 (10.4)
Osteoporosis	114 (7)
Mean plasmatic creatinin (mg/d)/hemoglobin(g/dl)/albumin (g/dl)	1.34 ± 0.9/11.3 ± 2.8/3.3 [0.9]
Mean HbA1c (%) /us-CRP (mg/dl)	7.2% ± 1.7/5.95 [19]
CCI/CCI adjusted by age	4 [2]/6.3 [2.4]
Patients with basal III-IV class of NYHA/III-IV class of MRC	777 (47.6)/855 (52.4)
Patients with active neoplasia at inclusion/metastatic disease	188 (11.2)/70 (37.5)
Hospitalizations in last 12 months/3 months	1.9 ± 1.2/1 ± 0.9
Patients with delirium in last hospital admission/falls in last 12 months	196 (12)/310 (19)
Basal BI/LBI/inclusion Pfeiffer scale	69 ± 31/female = 2 [4]; male = 3 [5]/2 [5]
Number of prescribed drugs at inclusion/patients with polypharmacy	8 ± 3/1397 (85.6)



Tabla 9: características metodológicas de los estudios realizados en PPP en AP en Andalucía.

	Ámbito	Periodo	Muestra	Seguimiento
Ramíre Duque (2008)(55)	4 CS (3 U y 1 PU)	2004-2005	806 (662)	429
Bohórquez Colombo <sup>b</sup> (2012) (65)	3 CS (2 U y 1 PU)	2008-2011	447	446
García Lozano <sup>b</sup> (2014) (66)	7 CS (3 U, 1 PU, 3 RU)	2011-2013	881	839

<sup>a</sup> Al año / <sup>b</sup> dos años

CS: centro de salud / U: urbano / PU: periurbano / RU: rural

Tabla 10: principales resultados en PPP en AP.

	Ramírez Duque <sup>a</sup>	Bohórquez Colombo <sup>b</sup>	García Lozano <sup>b</sup>
<b>PPP incluidos</b>	662	446	881
<b>Nº Categorías PPP</b>	2,47 ± 0,62	2,37 ± 0,47	2 (1)
<b>Valoración funcional</b>			
IB	90	71,82 (68,7-74,8)	85 (45)
IB <60	24,3%		31,3%
LB		4,42 (4,10-4,73)	4 (6)
LB ≤5		21,5 %	66,2%
Más de una caída en el último año			22,4%
<b>Valoración cognitiva</b>			
TP		2,20 (1,87-2,53)	1 (4)
TP ≥3 errores	37,75%		34,5%
<b>Riesgo social</b>			
EG	4,32 (±1,42)	9,62 (9,30-9,95)	
EG ≥16			4,3%
<b>≥5 fármacos</b>		89,7%	89,5%
<b>IH en el último año</b>	13,1%	33,9%	25,6%
<b>Mortalidad</b>	6,1% <sup>a</sup>	24,1% <sup>b</sup>	21,7% <sup>b</sup>
<b>Factores relacionados con la mortalidad en el bivalente</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Edad</li> <li>- Barthel</li> <li>- Pfeiffer</li> <li>- Nº ingresos último año</li> <li>- Nº categorías</li> <li>- Presencia cuidador principal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ≥ 3 categorías</li> <li>- Categoría E</li> <li>- Grado 3-4 MRC si EPOC</li> <li>- Obesidad</li> <li>- Hemoglobina plasmática &lt;10 mg/dl</li> <li>- IB&lt;60</li> <li>- TP&gt;5</li> <li>- Riesgo Social (EG&gt;16)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Edad</li> <li>- Necesidad de cuidador</li> <li>- Cuidador distinto al cónyuge</li> <li>- ≥ 3 categorías</li> <li>- Categorías G y H</li> <li>- NYHA III-IV si IC</li> <li>- IB&lt;60</li> <li>- LB&gt;8 (&gt;5 en hombres)</li> <li>- TP&gt;3</li> <li>- Riesgo Social (EG)</li> </ul>

IB: Índice Barthel / LB: Escala Lawton&Brody / TP: Test Pfeiffer / EG: Escala de Gijón

IH: Ingresos hospitalarios

<sup>a</sup> Al año; <sup>b</sup> A los dos años



Tabla 15: Características de los principales estudios sobre situación funcional en PPP.

	Ámbito	Período	Muestra	Seguimiento a b c	Principales resultados
Bernabeu Wittel <sup>a</sup> (2012) (183)	AH (Áreas de Geriatria y MI)	2007-2008	1632	1525 (958)	<ul style="list-style-type: none"><li>- IB basal 85 (35)</li><li>- IB 12m 70 (40)</li><li>- Caída IB: 11,7 ±24</li><li>- &gt;10 49,8%</li><li>- ≥20 36,8%</li><li>- ≥30 27,8%</li><li>- 25% pasaron a ser dependientes</li><li>- Desarrollo de índice PROFUNCTION</li></ul>
García Lozano <sup>b</sup> (2014) (66)	AP (7 CS U, PU, RU)	2011-2013	881	839	<ul style="list-style-type: none"><li>- IB basal 80 (45)</li><li>- Algún tipo de dependencia 75,6%</li><li>- 31,3% &lt;60</li><li>- 11,3% Dependencia total</li><li>- IB 2 años 80 (50)</li><li>- ≥10 37,1%</li><li>- ≥20 20,3%</li><li>- Deterioro funcional a los 2 años asociado a edad, obesidad, hipercolesterolemia, tratamiento con diuréticos, deterioro cognitivo, riesgo social establecido, delirium en el último ingreso o haber sufrido más de una caída en el último año</li></ul>
Martín Lesende <sup>c</sup> (2018) (184) (2019) (185)	AP (3 CS U)	2016-2017	241	200 / 158	<p>8 meses:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- IB basal &lt;60 o LB moderado/severo/total 38,2%</li><li>- 12,9% IB &lt;60</li><li>- 38,1% LB ≤5M / ≤3H</li><li>- Deterioro funcional 8m: 20,5%, asociado a edad y al menos un IH durante el periodo de seguimiento</li></ul> <p>18 meses:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Deterioro funcional: 51,3%</li><li>- Deterioro funcional, fallecimiento o institucionalización: 64,4% (mismos factores asociados que a los 8m)</li></ul>

<sup>a</sup> 1 año / <sup>b</sup> 2 años / <sup>c</sup> 8-18meses



### Conference Abstracts

Comparing theoretical and real complex chronic populations:  
cross-sectional study

Prevalencia 3-5%.

**Conclusion:** Identifying CCP from a combination of population stratification and clinical judgment is, to the best of our knowledge, a pioneering experience worldwide.

Consistent criteria for identification is remarkable because it shows the existence of a common clinical judgement among primary care professionals when identifying CCP.

Results suggest the convenience to consider additional indicators of complexity, as psychosocial variables, for a more accurate stratification and identification of this population and justify the multidisciplinary, comprehensive and integrated health and social care approach for CCP, as proposed by CPCP.

Additional studies are needed to overcome study limitations, to establish the prevalence of RP and to identify additional indicators, as psychosocial variables, that may determine complexity.



Trascendencia

Oportunidades y desafíos

Experiencias

Infra diagnóstico TMG

Integración de la historia social

PPP y PCC en el ámbito  
socio-sanitario

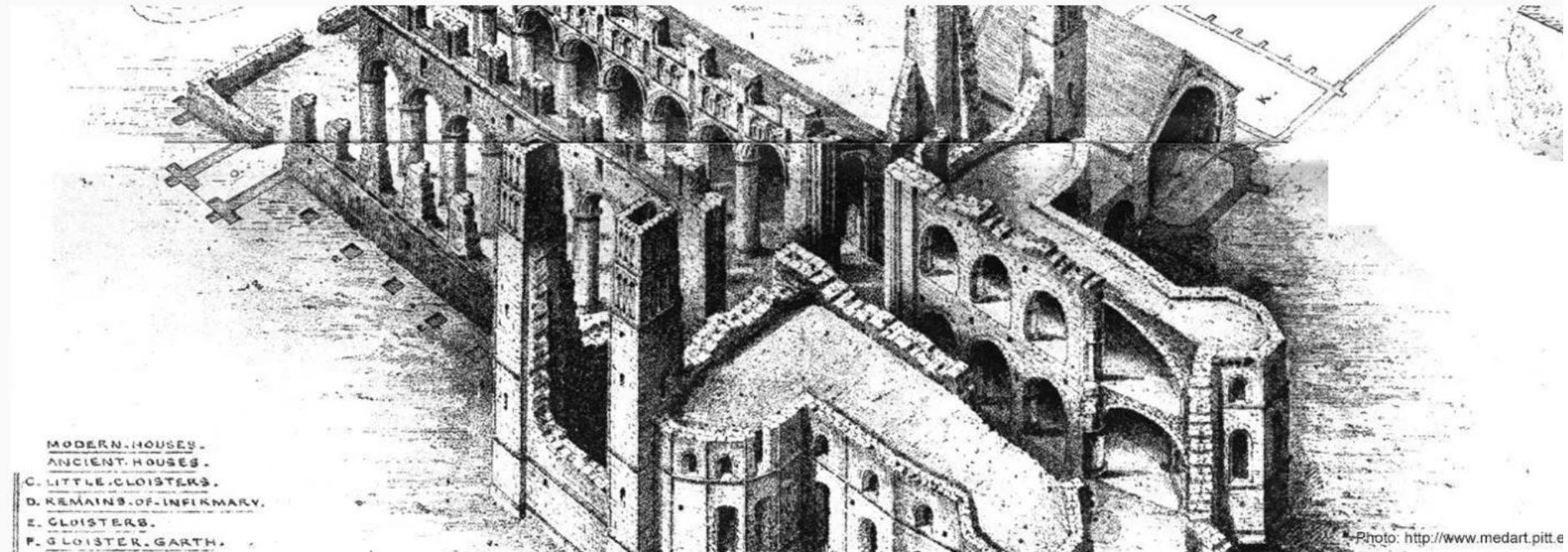
Programas de  
telemonitorización

Atención domiciliaria

Continuidad de los  
profesionales de AP



## Una apuesta por el “cathedral thinking”





Algunos autores inciden en que la primera medida y quizás la más importante es «oír a los pacientes», en el sentido de que la atención se oriente a las necesidades, no a las demandas



## Macro



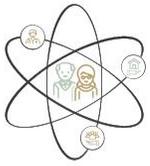
*Modelo de Gestión de Enfermedades Crónicas de Wagner y cols.*  
Fuente: Wagner et al. 1998.



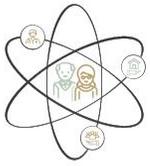
*Modelo de estratificación de riesgo de Kaiser Permanente.*



*Informe CRONOS 2014*



- ✓ Abordaje de la atención a los pacientes crónicos con **enfoque poblacional**
- ✓ Homogeneización y perfeccionamiento de los **modelos de estratificación** de la población
- ✓ Implementar los mecanismos para que la red sanitaria y la red social funcionen de modo **coordinado**
- ✓ Diseño de intervenciones con **impacto en resultados de salud** y evaluación exhaustiva de las ya existentes
- ✓ Implicación de los **pacientes** en los órganos de asesoramiento y de toma de decisiones



## Oportunidades y desafíos

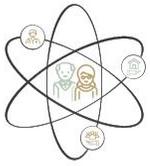
Cómo resolver los aspectos de confidencialidad en una futura historia clínica y social electrónica. Permisos del paciente?

Desarrollar un mayor progreso de las tecnologías digitales y de la alfabetización digital de los profesionales sanitarios y de la población.

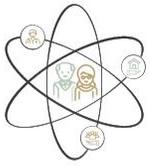
## Experiencias

Uso de modelos predictivos para identificar a los pacientes crónicos de mayor riesgo por el SNS: Agencia de Calidad Cataluña, en Valencia y el País Vasco.

Participación de pacientes en Estrategias, Planes, Procesos



- ✓ Fomentar la **promoción de la salud y programas de prevención** secundaria y terciaria de las enfermedades crónicas priorizadas
- ✓ Creación de un escenario de **cooperación e interacción** entre organizaciones y profesionales
- ✓ Redefinición de los **roles** profesionales y fomento del **aprendizaje** continuo
- ✓ Promover un **marco normativo** que facilite innovar en la manera de prestar los servicios en atención primaria, atención hospitalaria, sociosanitaria:
  - ✓ Cartera de servicios común y equitativa,
  - ✓ Correcta gestión del conocimiento y de los sistemas de información
  - ✓ Estandarización de procedimientos de teleconsulta y teleasistencia
  - ✓ Consenso sobre qué guías de práctica clínica implementar interprofesionales e interniveles.
  - ✓ Universalización de indicadores de evaluación compartidos
- ✓ Desarrollo de programas de **paciente experto**



## Oportunidades y desafíos

¿dónde y cómo la promoción y prevención?

Fortalecer la investigación clínica para generar evidencias en las patologías más destacadas en términos de mortalidad global y prematura, discapacidad y dependencia | contexto de la multimorbilidad, PPP y la complejidad clínica

Que en todas GPC de estas entidades figure un apartado de las evidencias conocidas en esta situación. TOMA DE DECISIONES BASADA EN LA EVIDENCIA. **Auditor de evidencias?**

Debatir sobre cómo responder a las necesidad de accesibilidad en términos de calidad de la atención

## Experiencias

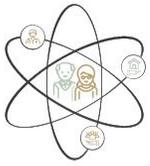
Estudio PROPESE para insuficiencia cardiaca en Valencia

TELBIL o EMAI-T69 insuficiencia cardiaca y EPOC;

Estudio PROMETE en la Comunidad de Madrid

Programas de seguimiento al alta hospitalaria

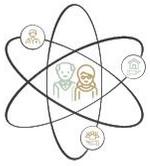
Indicadores de evaluación comunes:



# Micro

---

- ✓ Una **implicación activa** del paciente y su entorno familiar en la adherencia al tratamiento y aplicación de cuidados.
- ✓ Garantizar y potenciar el trato **personalizado**
- ✓ Un diagnóstico integral del paciente que además de describir los procesos clínicos incluya su **situación social**, su contexto familiar y su grado funcional
- ✓ Fortalecimiento de la **atención domiciliaria** con objetivos, competencias y agendas específicas
- ✓ Promover la estabilidad del **médico de familia** de AP



## Oportunidades y desafíos

Cómo será garantizado el derecho de la protección de la imagen de los profesionales.

Fortalecimiento de la Atención Primaria, ¿cómo respondemos a la fuga de la MF?

Digitalización de la AP desde la salud y no tanto de la enfermedad.

## Experiencias

Volver a la consulta: Ningún paciente en pausa (semFYC)

Plataforma Cronicidad: HORIZONTE 2025.

Proyecto CONSIGUE en relación al adherencia terapéutica y el seguimiento farmacoterapéutico en Granada

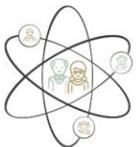
Programas de videoconsulta: dentro de agenda.

Programa de telemonitorización: TELEA en Galicia, Atlantic o COMPARTE en Andalucía.



# ¡Muchas gracias!

- [beatriz.pascual.sspa@juntadeandalucia.es](mailto:beatriz.pascual.sspa@juntadeandalucia.es)
- <https://orcid.org/0000-0002-3873-6406>



---

IX CONGRESO INTERNACIONAL DEPENDENCIA Y CALIDAD DE VIDA  
IX CONGRÉS INTERNACIONAL DEPENDÈNCIA I QUALITAT DE VIDA



**Cochrane**  
**Library**

Cochrane Database of Systematic Reviews

## Shared care across the interface between primary and specialty care in management of long term conditions (Review)

Smith SM, Cousins G, Clyne B, Allwright S, O'Dowd T