

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE POSTGRADO



INVESTIGACION BIBLIOGRAFICA:

**PROPUESTA DE LÍNEAS ESTRATÉGICAS PARA LA ATENCIÓN DE
PACIENTES CRÓNICOS COMPLEJOS INSCRITOS EN EL PROGRAMA DE
ATENCION DOMICILIAR DEL INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO
SOCIAL**

Presentado por:

Dra. Bessy Rosmery Cordón Guevara

Dra. Karen Beatriz Ramírez Rodríguez

Para Optar al Título de: ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

ASESOR DE TESIS:

Dra. Celia Vanegas

San Salvador, 30 de Abril del 2021.

AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD

Rector

Mcs. Roger Armando Arias

Vicerrector Académico

PhD. Raul Ernesto Azcúnaga

Vicerrector Administrativo

Ing. Juan Rosa Quintanilla

Secretario General

Ing. Francisco Antonio Alarcón

INDICE

1.	Introducción.....	3
2.	Objetivos	5
3.	Glosario	5
4.	Planteamiento del problema.....	8
5.	Intervenciones.....	10
5.1	Promoción.....	10
5.2	Prevención.....	10
5.3	Detección y diagnóstico.....	12
5.4	Tratamiento.....	17
5.5	Control.....	18
5.6	Seguimiento.....	18
5.7	Flujograma.....	19
6.	Competencias y roles profesionales.....	21
7.	Conclusiones.....	28
8.	Recomendaciones.....	29
9.	Anexos.....	30
10.	Referencias.....	31

1. INTRODUCCIÓN.

Esta revisión bibliográfica tiene como punto de partida la siguiente pregunta de investigación. ¿Cuáles son las estrategias implementadas en el ISSS para la atención de pacientes crónicos complejos? Es importante destacar que esta modalidad de atención es un proceso de reciente implementación en el ISSS y que representa una ventana de oportunidad para la detección y diagnóstico temprano, tratamiento oportuno y promoción de factores protectores; con lo cual se pretende mejorar la calidad de atención de los derechohabientes.

Pacientes crónicos complejos han habido siempre. En los últimos años, cada vez son más y su impacto sobre la red asistencial es mayor¹. La tendencia demográfica al envejecimiento obliga a potenciar las políticas de prevención para tratar de reducir el número y la gravedad de los enfermos, que irán creciendo a medida que aumente la esperanza de vida. Pero obliga también a revisar el modelo asistencial vigente y adecuarlo a las necesidades de una población envejecida.

La atención a los enfermos crónicos debe ser primordial en cualquier plan de salud que se proyecte para los próximos años. En la actualidad, este colectivo representa entre el 3 y el 5% de la población y consume un 65% de los recursos sanitarios¹. Está formado por personas que padecen diversas enfermedades crónicas o bien únicamente una, pero en situación clínica grave y en curso, con insuficiencia o claudicación de un órgano o sistema —por ejemplo, una insuficiencia cardíaca o renal, una demencia o una depresión.

Hay circunstancias que aumentan el riesgo de convertirse en un paciente crónico complejo, como la obesidad, el vivir solo, la institucionalización o un bajo nivel social, cultural y económico. Normalmente, el proceso implica una pérdida gradual de autonomía que puede derivar en dependencia y tener consecuencias emocionales, familiares o laborales¹. A menudo, el pronóstico de vida del enfermo

es limitado. Suelen presentar una sintomatología múltiple difícil de controlar, y su situación evoluciona de forma dinámica. Requieren, por tanto, vigilancia continua y que el tratamiento se adapte a cada variación de su estado.

En cuanto a su relación con el sistema, estos pacientes se caracterizan por el uso recurrente que hacen de los servicios sanitarios (tanto de la atención primaria, como de la especializada y de las urgencias) y por la frecuencia de los ingresos hospitalarios: múltiples y, muchas veces, de larga duración. Su atención necesita profesionales diversos, son sometidos a numerosas pruebas diagnósticas y se les prescriben pautas plurifarmacológicas— con una tasa de adherencia muy baja—, que pueden conllevar efectos secundarios e interacciones entre medicamentos. Además, la realidad socioeconómica de los pacientes condiciona sustancialmente la evolución de sus enfermedades.

La importancia de esta revisión bibliográfica radica en que organizar la cronicidad desde la identificación de pacientes con cronicidad compleja permitirá estratificar aquellos pacientes con cronicidad no compleja y aquellos con cronicidad avanzada (pacientes con necesidades paliativas predominantemente) y poder integrar los diferentes conceptos emitidos en esta revisión, así como facilitar tempranamente la atención paliativa a los pacientes que sufren de alguna enfermedad crónica en situación de limitación terapéutica. Además, es posible iniciar con la documentación de la carga de enfermedades crónicas que afronta el ISSS y el grado de progresión de éstas por medio de la identificación de aquellos pacientes que sufren de enfermedades crónicas en un estadio complejo y avanzado, por lo cual se propone la presente revisión bibliográfica. Finalmente, la identificación de la complejidad que viene determinada por las necesidades de los pacientes y las familias en su integración con el sistema asistencial facilitara su abordaje multidimensional orientando a la institución hacia el abordaje multidisciplinar transversal y coordinado que esta población requiere.

2. OBJETIVOS.

2.1 Objetivo General.

1. Describir la modalidad de atención de pacientes con enfermedades crónicas complejas aplicada actualmente en el Instituto Salvadoreño del Seguro Social.

2.2 Objetivo Específicos

1. Describir los criterios de estratificación de riesgos y niveles de complejidad de los pacientes crónicos complejos atendidos en el ISSS.

2. Describir el modelo de atención aplicado en el abordaje de los pacientes crónicos complejos.

3. Identificar el personal de salud que participa en la atención de pacientes crónicos complejos.

3. GLOSARIO

Paciente Crónico: por paciente se entiende aquella persona que adolece o se le sospecha algún problema crónico. A estos se les ayudará en la prevención, diagnóstico temprano y tratamiento integral de enfermedades crónicas oncológicas y no oncológicas, así como con la rehabilitación y atención paliativa; con el fin de lograr un alivio al sufrimiento físico, psicológico, social, espiritual (o existencial)².

Persona Sana: Persona que no adolece de enfermedad crónica y que se integra a las acciones de promoción y de prevención primaria y secundaria respectivas que ya desarrollan los EBS.

Persona con enfermedad crónica no compleja: persona que adolece de enfermedad crónica y que ya se integran las acciones promoción y de prevención primaria, secundaria y terciaria respectivas². Así como ofrecer el diagnóstico

temprano y tratamiento integral de enfermedades cónicas que sufra de acuerdo a la normativa vigente en el ISSS.

Personas con enfermedad crónica compleja o Paciente Crónico Complejo (PCC): persona con criterios para su identificación, que pueden ser diagnósticos y situaciones que se mencionan a continuación.

1. Pacientes con multimorbilidad (tres o más problemas de salud), o sólo una, de suficiente gravedad (o dificultad en su manejo).
2. Su abordaje afronta 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.
 - Alta utilización de servicios de hospitalización urgente o visitas a urgencias. (Pacientes con 3 o más ingresos en último año y/o con 3 o más visitas a urgencias).
 - Enfermedad Progresiva.
 - Elevado consumo de recursos, fármacos (consumo de 5 o más medicamentos) y riesgo de iatrogenia.
 - Requiere manejo multidisciplinar.
 - Entorno clínico caracterizado por una especial incertidumbre en las decisiones y/o dudas en el manejo.
 - Necesita 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.
 - Situación Psicosocial adversa.
3. El paciente debe aparecer en las listas de pacientes de riesgo, derivadas de las estrategias de caracterización y estratificación disponible.

4. El paciente puede beneficiarse de las estrategias de atención integrada y debe dar consentimiento informado para ello (se crearán los consentimientos informados para cada programa y para cada procedimiento) ³⁻⁴.

Personas con enfermedades crónicas avanzadas (ECA), es un perfil equivalente del paciente con ECC más una combinación de los siguientes criterios⁵⁻⁶:

1. Pronóstico de vida posiblemente inferior a 24 meses.
2. Más presencia e intensidad de necesidades, que requieren de una visión integral (especialmente dimensiones emocionales, sociales y espirituales)
3. Precisan una orientación mayoritariamente paliativa.
4. Requieren de un proceso de Planificación de Decisiones Anticipadas (PDA) para gestionar las crisis.
5. Requieren mayor atención y soporte a la estructura cuidadora.

Paciente polimedicado: El número de fármacos a partir del cual se considera al paciente polimedicado oscila entre dos y cinco, según diferentes fuentes. El límite en cinco fármacos es el criterio más respaldado en la literatura médica. Algunos autores han establecido grados de polimedicación y hablan de polimedicación menor (de dos a tres fármacos), moderada (de cuatro a cinco) y grave (más de cinco). Con respecto al tiempo de duración del tratamiento, también hay discrepancias, pero la opinión más aceptada considera un tiempo mínimo de tres meses para hablar de polimedicación⁷.

Cuidador principal: Aquel que se encarga de la atención a personas en situación de dependencia, y que puede ser una persona de la familia o de su entorno, no vinculadas a un servicio de atención profesionalizada. El cuidador principal se identifica en la primera visita, convirtiéndose en la persona de referencia de los profesionales sanitarios en la planificación del plan de intervención y en la toma de decisiones en las cuestiones que afectan al paciente.

4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Pregunta de investigación:

¿Cuáles son las estrategias implementadas en el ISSS para la atención de pacientes crónicos complejos?

La importancia de esta revisión bibliográfica radica en que categorizar la cronicidad desde la identificación de pacientes con cronicidad compleja permitirá estratificar aquellos pacientes con cronicidad no compleja y aquellos con cronicidad avanzada (pacientes con necesidades paliativas predominantemente) y poder integrar los diferentes conceptos emitidos en esta revisión, así como facilitar tempranamente la atención paliativa a los pacientes que sufren de alguna enfermedad crónica en situación de limitación terapéutica.

El paciente crónico complejo (PCC) es de difícil manejo porque presenta concomitantemente diferentes patologías crónicas en situación avanzada, toma un número elevado de fármacos, se visita con diferentes profesionales, presenta una alta utilización de servicios sanitarios y, frecuentemente, sufre situaciones psicosociales adversas. La revisión del tratamiento farmacológico debe ser personalizada y debe realizarse periódicamente como mínimo una vez al año, de acuerdo con la evolución de la enfermedad y la respuesta al tratamiento.

La identificación de la complejidad que viene determinada por las necesidades de los pacientes y las familias en su integración con el sistema asistencial facilitara su abordaje multidimensional orientando a la institución hacia el abordaje multidisciplinar transversal y coordinado que esta población requiere.

El modelo poblacional de Kaiser Permanente se centra en la prestación de servicios en el nivel de atención más coste-efectivo para mejorar la salud poblacional. Las barreras tradicionales entre niveles se difuminan y surge un modelo de atención integrada con soluciones innovadoras, donde se potencia al máximo la capacidad resolutoria en el nivel de Atención Primaria (AP) y se presta

especial atención a la minimización de las hospitalizaciones que son vistas como un “fallo del sistema”⁸.

Para ello, identifica tres niveles de intervención según el nivel de complejidad del paciente, lo que permite una gestión más eficiente de los recursos sanitarios (*Figura 1*).

En esta intervención adaptada a las necesidades de cada nivel de riesgo, la población general es susceptible de intervenciones de prevención y promoción que traten de controlar los factores de riesgo que pueden llevar a los individuos a padecer una patología crónica.

Una vez que se establece la condición de cronicidad, la intervención varía según su complejidad⁸; así se distinguen:

- **Nivel 1.** La mayoría de pacientes crónicos; presentan condiciones todavía en estadios incipientes, reciben apoyo para su autogestión.
- **Nivel 2.** Pacientes de mayor riesgo que presentan menor complejidad; requieren una gestión de la enfermedad que combina autogestión y cuidados profesionales.
- **Nivel 3.** Pacientes de mayor complejidad, con frecuente comorbilidad, precisan una gestión integral del caso en su conjunto, con cuidados fundamentalmente profesionales.

Por tanto, el objetivo que se persigue con la estratificación es evitar que la población sana enferme, fortaleciendo la prevención y promoción de la salud, que los pacientes enfermos se mantengan controlados y no desarrollen complicaciones desarrollando su implicación, su autonomía y el apoyo profesional adecuado y que los pacientes pluripatológicos y/o complejos sean atendidos de la manera más adecuada asegurando la coordinación sistemática de todos los profesionales implicados en su tratamiento y seguimiento.

5. INTERVENCIONES

5.1 PROMOCIÓN

Hay circunstancias que aumentan el riesgo de convertirse en un paciente crónico complejo, como la obesidad, la soledad, la institucionalización o un bajo nivel social, cultural y económico. Normalmente, el proceso implica una pérdida gradual de autonomía que puede derivar en dependencia y tener consecuencias emocionales, familiares o laborales. A menudo, el pronóstico de vida del enfermo es limitado. Suelen presentar una sintomatología múltiple difícil de controlar, y su situación evoluciona de forma dinámica. Requieren, por tanto, vigilancia continua y que el tratamiento se adapte a cada variación de su estado.

Con el fin de mejorar la atención de personas que tienen que recurrir con tanta asiduidad al sistema de salud, se debe de gestionar políticas que procuren la permanencia de los pacientes en su ámbito natural, y trasladen el núcleo de la acción asistencial al domicilio del enfermo o al centro de atención primaria⁹. Si se optimiza la coordinación de los diferentes niveles asistenciales y se reduce la fragmentación del proceso, se conseguirá crear un sistema de atención integral, más ágil, económico y efectivo. Con ello evitar visitas y hospitalizaciones no programadas, y amortiguar así el impacto de la alta prevalencia de enfermedades que requieren muchos cuidados y que consumen una gran cantidad de recursos.

5.2 PREVENCIÓN

Los PCC requieren de tratamientos de larga duración, y por tanto necesitan acostumbrarse a convivir con un conjunto de síntomas y situaciones nuevas referidas al cuidado de su persona en aspectos como alimentación y actividad física que deberán acordar con el equipo de salud para llevar a cabo el tratamiento. Estos cambios implican a su vez modificaciones en la vida cotidiana y en las relaciones familiares. Para que este proceso pueda llevarse a cabo de

manera eficaz, es importante tener en cuenta dos fenómenos íntimamente relacionados: adherencia al tratamiento y automanejo⁹.

5.2.1. Adherencia al tratamiento

Aunque tradicionalmente se ha utilizado el término cumplimiento para definir el grado en el que un paciente sigue las recomendaciones del prescriptor, este término ha sido cuestionado, ya que parece implicar que el paciente tiene un rol pasivo en su tratamiento, limitándose a tomar el medicamento tal y como se lo han prescrito. Asimismo, el término incumplimiento culpabiliza al paciente que falla a la hora de seguir las instrucciones médicas. Actualmente se prefiere el término adherencia, definido como la habilidad de un individuo para adquirir y mantener un comportamiento referente un plan de cuidados acordado con el equipo de salud¹⁰. Esta definición de adherencia resalta tanto la participación activa del paciente como la responsabilidad del médico y el resto del equipo de salud, para crear un clima de diálogo que facilite la toma de decisiones compartidas.

Aspectos básicos, que se deben considerar al abordar cualquier intervención dirigida a mejorar la adherencia:

- a. Individualizar la intervención, adaptándola a las circunstancias y dificultades concretas del paciente en cada caso, ya que el origen de la falta de adherencia es multifactorial y no hay una intervención específica que pueda ser recomendable para todas las personas.
- b. Fortalecer la relación con el paciente, favoreciendo la confianza para que exprese abiertamente sus dudas, preocupaciones o dificultades para adherir a las recomendaciones de tratamiento que se le proponen, y poder asumirlas como suyas.

- c. Trabajar en forma interdisciplinaria, ya que tanto la prevención como la detección y abordaje de la falta de adherencia a los tratamientos no son competencia exclusiva del médico.

5.2.2. Automanejo

El automanejo se refiere al rol central del paciente en el manejo de su propia salud. No existe una definición universalmente aceptada sobre automanejo; en cambio se usan varios términos, algunos de ellos con significados similares dependiendo del contexto en que aparecen. De alguna manera el término automanejo indica la participación del paciente en el tratamiento o la educación sobre su condición o enfermedad incluyendo los ámbitos biológico, emocional, psicológico y social¹¹. El sistema de salud no está preparado para acompañar a largo plazo a sus pacientes, ni las personas están dispuestas a continuar por mucho tiempo las indicaciones acordadas con el equipo de salud. Los profesionales están formados para curar y los pacientes esperan ser curados. El largo camino que implica la atenuación de síntomas pero no la cura, provoca desesperanza en el profesional y decepción en el paciente y su familia.

Las acciones del automanejo, son: a) Participar en la educación o tratamiento para alcanzar algún objetivo terapéutico b) Prepararse para manejar día a día su propia condición de salud c) Practicar un comportamiento específico d) Tener las habilidades para reducir el impacto físico y emocional con o sin la colaboración del equipo de salud

5.3 DETECCIÓN Y DIAGNÓSTICO

El aumento de la esperanza de vida, junto con una mejora en el abordaje médico-quirúrgico de muchas enfermedades, ha incrementado la prevalencia de pacientes de edad avanzada con enfermedades crónicas¹², polimedicación asociada y alto riesgo de deterioro funcional y cognitivo; por lo tanto, de pacientes

con necesidades complejas. Como consecuencia, los ingresos y reingresos hospitalarios han presentado un crecimiento sostenido.

La identificación de pacientes crónicos complejos (PCC) o con enfermedad crónica avanzada (MACA) se realiza en los centros de atención primaria según criterios específicos y se puede consultar fácilmente a través de la historia clínica de cada paciente (Ver Figura 2). La prevalencia esperada de estos pacientes es del 3,5-5% de la población¹². Criterios para identificar PCC: presencia de varias patologías crónicas o una suficientemente grave, frecuentemente de curso progresivo, asociada a fragilidad funcional, clínica, cognitiva y/o social, por lo que precisará múltiples recursos, fármacos y riesgo de iatrogenia, y que se considera que podría beneficiarse de un abordaje multidisciplinar y de estrategias de atención integral. Criterios para identificar MACA: perfil equivalente al del PCC, pero con un estado de mayor gravedad, con un pronóstico de vida probablemente inferior a 24 meses, por lo que a menudo requerirá atención progresiva y mayoritariamente paliativa, con una planificación de decisiones anticipadas y mayor soporte a la estructura cuidadora¹³.

El paciente crónico complejo (PCC) se considera que es aquel con multimorbilidad (tres o más problemas de salud) o solo una, de suficiente gravedad (o dificultad en su manejo), es de difícil manejo porque presenta simultáneamente diferentes enfermedades crónicas en situación avanzada, lo que conlleva a un uso elevado de fármacos. Además, es atendido por diferentes especialidades, tiene una alta utilización de servicios de salud. Es de resaltar que frecuentemente este tipo de paciente enfrenta situaciones psicosociales difíciles¹⁴.

Para abordar al paciente crónico complejo es necesario definir algunos conceptos. Ya para el año 2009, España reportaba que un 22% de la población presentaba Multimorbilidad (MM) o pluripatología, es decir, 2 o más

enfermedades simultáneamente, y este porcentaje se eleva a 67%-75% en personas mayores de 65 años¹⁵.

El término multimorbilidad hace referencia a la coexistencia de 2 o más patologías crónicas que afectan sistemas orgánicos diferentes. Por consenso, este término debe incorporar también la gravedad de las patologías. Dicho de otra forma, Huntley y colaboradores lo describen como la co-ocurrencia de múltiples enfermedades o condiciones médicas en una misma persona¹⁵.

La experiencia adquirida en cataluña muestra que el 20% de los pacientes con 2 o más enfermedades crónicas, consumen el 58% del gasto farmacéutico de atención primaria y representa el 60% del total de personas que ingresaron, al menos 2 veces en un año¹⁶. Se estima que el 75% de la población en ese entorno morirá a causa de la progresión de una o varias condiciones crónicas evolutiva, alrededor del 50% morirán en el domicilio o residencias socio sanitaria¹⁶.

La comorbilidad se define como la coexistencia de patologías adicionales a una patología índice considerada principal, esta enfermedad principal es el foco de todas las estrategias que se llevarán a cabo en estas personas, aunque su evolución y respuesta terapéutica se verá condicionada por la presencia de otras enfermedades¹⁷. La medida de comorbilidad más conocida es el índice de Charlson¹⁸.

Retomando al paciente crónico complejo, este es un concepto asociado a la dificultad del manejo de un proceso crónico en un individuo concreto. Esta dificultad está relacionada, con las múltiples interacciones ocasionadas por la presencia de patologías crónicas en situación avanzada, que empeora si se da multimorbilidad, edad avanzada, problemas socioeconómicos y discapacidad. Estos pacientes tienen características definitorias específicas y diferenciadoras que se describen basados en Amado-Guirado y Martín-Cantera.

Las características que definen el paciente crónico complejo.

- Presencia de varias patologías crónicas (multimorbilidad) o solo una, pero de suficiente gravedad
- Alta probabilidad de sufrir crisis en la evolución natural de sus enfermedades.
- Situación evolutiva dinámica que requiere seguimiento y vigilancia en el tiempo. Hay que adaptar la intensidad de la atención en cada momento.
- Alta utilización de servicios de hospitalización urgente y de servicios de urgencias.
- Enfermedades progresivas, en situaciones avanzadas y con pronóstico de vida limitado, que pueden hacer cambiar los objetivos terapéuticos.
- Utilización de un elevado consumo de recursos y fármacos.
- Participación de más de un profesional en la atención de estos pacientes.
- Necesidad de activar y gestionar el acceso a diferentes dispositivos asistenciales y recursos en el proceso de atención, especialmente en situación de agudización o crisis. Requerimiento de vías preferentes de atención y de intensidad modulable.
- Fragilidad básica asociada a la condición del paciente. Alta probabilidad de que se produzca una disminución aguda funcional o cognitiva
- Síndromes geriátricos de nueva aparición.
- Situación psicosocial adversa.
- El paciente se puede beneficiar de estrategias de atención integrada.

Existen diferentes programas informáticos que permiten medir y estratificar por riesgos la cronicidad. En 2009, Inoriza y colaboradores describen la morbilidad atendida en una organización sanitaria integrada que se aborda por medio de Grupos de Riesgo Clínico (CRG-Clinical Risk Groups) en una comarca de 120,000 personas. Los autores reportan que el 15.5% de la población presenta una o más condiciones crónicas dominantes y que el 0.5 presenta enfermedades

muy graves. Concluyen que los CRG son una herramienta que facilita el análisis de los diferentes niveles para la gestión y permiten una mejor utilización de los costes y la calidad del conjunto de servicios recibidos por una población¹⁸. Incluso, Orueta y colaboradores realizan un análisis en 2013, donde resaltan que este tipo de sistemas informáticos son útiles en sistemas de salud financiados o en aquellos con cobertura universal, y permiten identificar la población con más riesgo de consumo de recursos en salud¹⁹.

Actualmente, el abordaje terapéutico del paciente crónico complejo se hace para cada una de las patologías independientemente y no de manera integral. Las guías de práctica clínica conducen a este tipo de actuación porque están pensadas para tratar una enfermedad concreta¹⁹. Por otra parte, la mayoría de los ensayos clínicos no incluyen como población de estudio a los pacientes crónicos complejos, de hecho, es uno de los principales motivos de exclusión. Todo ello dificulta la toma de decisiones terapéutica en este tipo de paciente, ya que la evidencia disponible es escasa.

Además, los Pacientes Crónicos Complejos están mayoritariamente polimedificados, toman más de cinco medicamentos en forma crónica. El riesgo de sufrir efectos adversos e interacciones medicamentosas se incrementa por 4 cuando se toman más de 8 medicamentos³, según Onder citado por Amado-Guirado. Por otra parte la polimedicación también afecta la adherencia terapéutica.

La OMS, para el 2016, integra el tema de cuidados paliativos con la cronicidad. Los cuidados Paliativos son requeridos por pacientes con un amplio rango de problemas de salud que limitan la vida. A nivel global, la mayoría de adultos con necesidades paliativas padecen de enfermedades crónicas como enfermedades cardiovasculares (38.5%), cáncer (34%), enfermedades respiratorias crónicas (10.3%), VIH (5.7%) y Diabetes (4.6%)¹⁹. En el ISSS, en un estudio estadísticamente representativo, realizado en octubre 2011, se determinó que el

22% de los pacientes adolecen de enfermedades cardiovasculares y el 8% de los mismos adolece de Diabetes mellitus, registrándose anualmente más de 300,000 consultas por hipertensión arterial y un promedio de 120,500 por Diabetes mellitus. VIH con un 0.13%.²⁰ Muchos otros pacientes con condiciones crónicas requieren cuidados paliativos como son enfermedad renal crónica, enfermedad hepática crónica, artritis reumatoide, enfermedades neurológicas, demencia, y tuberculosis.

5.4 TRATAMIENTO

- Adherencia (aceptación y continuidad). Existen barreras que dificultan el proceso de adherencia al tratamiento. Como consecuencia de ello, se complica su enfermedad y surgen situaciones que convierten a la primera en motivo de hospitalización y de mayor gravedad.
- Valoración de efectos secundarios. Se considera que el médico debe de recetar medicamentos realizando un análisis previo sobre la idoneidad de los mismos, de cara a evitar posibles efectos secundarios, que pueden ser más o menos intensos dependiendo de la particularidad de cada paciente.
- Información de efectos secundarios y alternativas al tratamiento: Los pacientes deben de recibir la información sobre los efectos secundarios de la medicación, no debe de haber disparidad de opiniones según los distintos profesionales y tomar en cuenta las peculiaridades del paciente. Debe de haber una atención personalizada e integral.
- No a las contradicciones terapéuticas: debe de haber una coordinación entre los especialistas de distintos hospitales frente a las comorbilidades que padecen y la prescripción de los distintos tratamientos de la que son objeto, por parte de diferentes especialistas.

5.5 CONTROL

Se debe de implementar un programa de atención integrada y proactiva a pacientes crónicos complejos, validado mediante una prueba basada en cuatro estrategias ²¹⁻²²:

1) Identificación de los pacientes: distribución a los profesionales de atención primaria de listados de pacientes crónicos complejos asignados o con etiqueta en la historia clínica, única para los profesionales.

2) Acciones proactivas desarrolladas en atención primaria: valoración previa y plan de intervención individualizado registrado en la historia clínica.

3) Accesibilidad y coordinación entre niveles asistenciales: unidad de hospital de día para pacientes crónicos complejos de acceso directo desde atención primaria y urgencias, circuitos de soporte al alta hospitalaria de agudos y sociosanitario, y de las urgencias hospitalarias.

4) Cultura organizativa: seminarios y espacios de comunicación compartidos.

5.6 SEGUIMIENTO

Adecuación al perfil del paciente: se expresa la necesidad de que los seguimientos de los tratamientos deberían ser más personalizados. Habría que alejarse de un modelo de seguimiento de la enfermedad rutinario y/o protocolizado, y que se atiende a las características particulares de cada paciente y de su enfermedad²³.

En AP, se debe hacer un seguimiento cronológico al PCC, según establezca su plan personal; por ejemplo, si se trata de un inmovilizado estable c/3 meses, si además tiene una úlcera, 2 veces/semana, 1v/semana según proceda en cada caso y a criterio del personal de salud.

Si la persona ingresa en el hospital por descompensación de su/s problema/s de salud, se le hará una nueva valoración cuando regrese a su entorno por si han variado las circunstancias y por tanto se deberá actualizar los registros y realizar un seguimiento más exhaustivo haciendo los ajustes necesarios a su plan de cuidados, hasta que regrese a “su situación basal”.

Si la persona se mantiene estable en su entorno se le volverá a realizar a los 6 meses de la captación una actualización de la valoración; este margen de 6 meses se deja a criterio del profesional, pues a lo largo de la atención que se le realiza, se observa si la persona está sufriendo cambios rápidamente, es algo lento y progresivo o se mantiene un periodo de estabilidad²⁴⁻²⁵. Siempre debe quedar claro, que la actuación ante estos usuarios es la misma que con otras personas del cupo, hay que hacer el seguimiento según marque su plan personal. La única diferencia es que hay que ser rigurosos en todos los registros y procurar la proactividad en todas las acciones. La proactividad va a marcar una mejora en la calidad de la atención y una relación directa con la disminución de los reingresos.

5.7 FLUJOGRAMA

La Estrategia de atención a pacientes con enfermedades crónicas complejas se concreta en un modelo-marco estratégico que representa el conjunto de elementos que la Comunidad va a desarrollar en los próximos años.

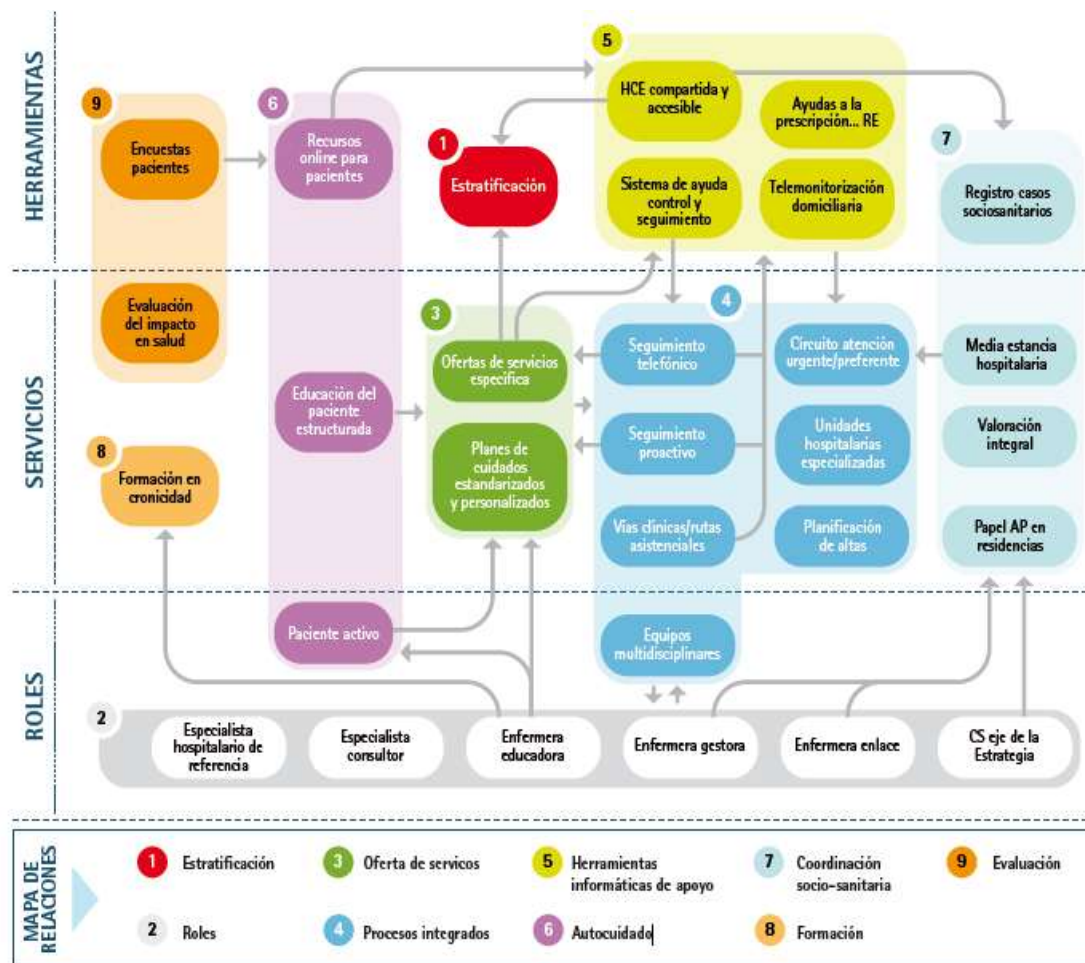
Para implantar la Estrategia se pondrán en marcha nueve líneas de ejecución, trabajando en paralelo:

1. Estratificación de la población y clasificación según su nivel de riesgo. Desarrollo de modelos predictivos.
2. Desarrollo de roles profesionales.

3. Desarrollo de la oferta de servicios específica, en Atención Primaria, para los distintos niveles de riesgo.
4. Desarrollo de rutas y procesos asistenciales integrados.
5. Desarrollo de herramientas informáticas de apoyo a pacientes y profesionales. Sistemas de ayuda al seguimiento de pacientes crónicos complejos.
6. Desarrollo de elementos para mejorar la información, comunicación y educación de los pacientes y sus cuidadores, dirigido a mejorar su autocuidado.
7. Desarrollo de elementos para potenciar la coordinación sociosanitaria.
8. Formación continuada de los profesionales sanitarios en cronicidad.
9. Evaluación de la Estrategia y su impacto.

Para el seguimiento de su despliegue, se debe de establecer un grupo coordinador del seguimiento de la estrategia, a cuya cabeza estará el “responsable de la Estrategia de Atención a PCC” que servirá de apoyo al Servicio de Salud.

Este grupo técnico se relacionará con el responsable de cada línea tanto para apoyarla como para realizar seguimiento de la misma. Además, será el responsable de la línea de “Evaluación de la Estrategia y su impacto”²⁶⁻²⁷. El grupo contará con representación de diferentes ámbitos del Servicio de Salud.



Mapa de relaciones de las líneas de ejecución

6. COMPETENCIAS Y ROLES PROFESIONALES

El proceso de adaptación de las organizaciones sanitarias a las necesidades de los pacientes lleva a modificar las competencias de muchos profesionales. Resulta sorprendente como, en la actualidad, dentro de sistemas de salud aparentemente similares, puede haber grandes diferencias entre los roles de distintos profesionales. La búsqueda de un modelo de atención integrada obliga

a redefinir los roles de los protagonistas tradicionales de la atención sanitaria y a definir nuevos perfiles profesionales, modificando o ampliando sus competencias.

La frecuente existencia de varias condiciones crónicas en un mismo paciente hace que el proceso desborde, generalmente, la comprensión de un enfoque de órgano o sistema, haciendo necesaria la presencia de una inteligencia integradora de alto nivel capaz de conceptualizar la complejidad y ordenar acciones clínicas no habituales o estandarizables.

Esta circunstancia trae consigo una importante revalorización del papel del profesional polivalente, tanto en Atención hospitalaria como en Especializada.

6.1. El Médico de Familia

La medicina de familia surge ante la necesidad de una formación específica postgrado que dotara al médico de competencias en la atención al individuo, con una fuerte orientación hacia el entorno familiar y la comunidad. Las competencias del médico de familia como clínico experto polivalente han sido siempre reforzadas en su programa docente y es, por este motivo, por el ámbito donde ejerce y por la continuidad de asistencia que ofrece, el médico que debe erigirse como referente de los pacientes crónicos. Su orientación familiar y comunitaria le dota de una posición idónea para ejercer un papel de liderazgo en el Equipo de Atención Primaria y ante la red sociosanitaria, con objeto de mantener la atención integral en la prestación de servicios a sus pacientes.

6.2. El Internista

Uno de los roles emergentes llamados a adquirir un gran protagonismo en la atención de pacientes con enfermedades crónicas complejas es del internista de referencia, el médico generalista polivalente en el ámbito hospitalario. Durante los últimos años parece resurgir el protagonismo de los internistas generales en los hospitales, rol que, quizás, pudiera definirse mejor como inter-especialista,

enfaticando su aporte de conectividad y racionalidad clínica al paciente con comorbilidad y pluripatología y de trans-especialista poniendo de relieve la necesidad de una inteligencia integradora.

En muchos países, la Medicina Interna continúa siendo la columna vertebral de la mayoría de los servicios médicos hospitalarios. En 1997 la Sociedad Española de Medicina Interna y la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria propusieron un modelo de coordinación entre niveles asistenciales basado en el binomio internista general-médico de familia. De esta manera, reconociendo el papel del médico de familia como agente principal del paciente, se proponía que el internista, actuando como generalista dentro del hospital, debería jugar el papel de segundo agente puente en el entorno hospitalario²⁸. La reingeniería del proceso en el Proceso Asistencial Integrado Atención al Paciente Pluripatológico llegó a las mismas conclusiones al desarrollar un Plan de Atención Compartida que garantizara la continuidad asistencial. Probablemente, una de las aportaciones más innovadoras y genuinas de este proceso ha sido la asignación de un liderazgo compartido entre médicos de familia, en el ámbito de la Atención Primaria, e internistas en el ámbito hospitalario, así como el importante papel que se le asigna a la comunicación personalizada como elemento fundamental para potenciar la conexión en la interacción de los diferentes ámbitos asistenciales. Diferentes trabajos han analizado las aportaciones de la coordinación directa del médico de familia con el internista, destacando especialmente la satisfacción de los profesionales, aunque, como ocurre con la mayoría de trabajos de coordinación entre especialistas, los problemas metodológicos impiden obtener suficientes evidencias de la superioridad de los modelos de coordinación²⁸.

6.3. El profesional de enfermería

Durante los últimos años el papel de la enfermería está siendo sometido a una profunda revisión. El nuevo escenario que se nos dibuja para las próximas décadas, con un progresivo incremento de las enfermedades crónicas, determina que, cada vez más, el valor “curación” vaya dejando paso al valor “cuidados”. En la adecuada prestación y coordinación de cuidados el protagonismo de la enfermería es algo incuestionable. Por ello resulta evidente, cada vez más, la necesidad de dotar de mayores responsabilidades asistenciales a la enfermería.

Es preciso aumentar las competencias y el prestigio profesional de la enfermería y dotarles de mayor responsabilidad y accesibilidad, con el fin de conseguir que el paciente confíe en estos profesionales como asesores para numerosas consultas espontáneas y como gestores de sus problemas de salud. Los nuevos modelos de atención a pacientes crónicos van a suponer un área de desarrollo que precisa del compromiso de estos profesionales.

6.4. El profesional de farmacia

La terapia farmacológica es una herramienta esencial en el manejo del paciente crónico, pero presenta complicaciones añadidas derivadas de la edad, del consiguiente deterioro en la metabolización de los fármacos, del aumento de la susceptibilidad, de la polimedicación, del aumento en el riesgo de interacciones medicamentosas y del continuo cambio de nivel asistencial, lo que afecta a la adherencia y a la seguridad en el manejo de los fármacos. Por otro lado, las guías de práctica clínica, pensadas para tratamiento de patologías aisladas, son difícilmente aplicables, varias a la vez, en el paciente pluripatológico.

Los Servicios de Farmacia Hospitalaria y los Servicios de Farmacia de Atención Primaria pueden ser una ayuda inestimable en la mejora de la farmacoterapia del paciente crónico, por ejemplo, mediante actividades sistemáticas de revisión de tratamientos a partir de fuentes informatizadas cada vez más fiables o mediante

la interacción directa con pacientes seleccionados. Sus principales aportaciones están relacionadas con la mejora de la adherencia o la gestión de la conciliación de tratamientos en la transferencia de pacientes entre niveles, así como con la asesoría a los profesionales sobre las interacciones y sobre la adecuación de los tratamientos a la mejor evidencia disponible.

La provisión de atención farmacéutica personalizada a pacientes crónicos polimedcados, mediante el seguimiento del tratamiento y organización de la atención, la educación sobre los medicamentos e incluso el acondicionamiento de la medicación en sistemas personalizados de dosificación ha mostrado mejorar la adherencia y optimizar los tratamientos.

6.5. Otros roles profesionales

La mayoría de las especialidades sanitarias están implicadas en el proceso de atención a pacientes crónicos y tendrán que adaptar su perfil competencial a las nuevas necesidades. Algunos profesionales como geriatras, farmacólogos clínicos, nutricionistas, fisioterapeutas, psicólogos, trabajadores sociales, etc. probablemente verán reforzado su protagonismo en determinados procesos crónicos durante los próximos años²⁸.

La necesidad de evitar la cascada de la dependencia en pacientes con enfermedad crónica reforzará especialmente el protagonismo de todos los profesionales implicados en la rehabilitación y, probablemente, propicie el nacimiento de nuevos perfiles adaptados a las nuevas necesidades, como sería el caso de la Terapia Ocupacional en pacientes crónicos con dependencia. Del mismo modo, la vinculación de la enfermedad crónica con la dependencia propiciará un fortalecimiento del papel de los trabajadores sociales que han de afrontar directamente la problemática generada por la situación de enfermedad crónica, tanto en Atención Primaria como en el escenario hospitalario, intentando

racionalizar recursos para avanzar en lo posible en la integración social del paciente con problemas crónicos.

Por otra parte, es probable que la diferenciación del papel de la enfermería, con unas competencias más autónomas y específicas, vaya creando la necesidad de crear nuevos roles profesionales de colaboración con el médico. Tal es el papel emergente, por ejemplo, del auxiliar sanitario que da soporte y ayuda a dinamizar los aspectos administrativos de las consultas médicas.

Todos estos profesionales formarán equipos multidisciplinares con dependencia funcional donde se determinarán las responsabilidades, las funciones asignadas y las actividades realizadas, con una estructura organizativa y un plan de trabajo que será evaluado periódicamente.

Para poder brindar una atención integral al paciente es importante saber conocer y diferenciar a las personas con enfermedad crónica compleja de aquellos con enfermedad crónica avanzada y con enfermedad terminal. Dichas características se muestran en la siguiente tabla:

TABLA 1: Características diferenciales entre persona con enfermedad crónica compleja (ECC), persona con enfermedad crónica avanzada (ECA) y persona con enfermedad terminal (ET)

	ECC	ECA	ET
Pronostico de vida aproximado	Mayor a 24 meses	Menor a 24 meses	Menor a 6 meses
Test NECPAL	-	+	++
Base clínica predominante	Multimorbilidad o enfermedad grave	Condición de salud mayor que enfermedad avanzada	Enfermedad grave irreversible
Necesidades emergentes	Preferentemente físicas	Necesariamente integrales	Emocionales, físicas,

			espirituales y prácticas
Planificación de decisiones anticipadas	+ / ++	+++	+++
Orientación paliativa	+	++ / +++	+++
Foco del manejo	Manejo orientado de patologías intentando la reducción de ingresos	Calidad de vida	Control de síntomas, confort, calidad de vida, preparación a la muerte
Estilo asistencial	“como en el hospital”	“Como en casa”	“Como en casa”
Fomento de autocuidado	++	+	-
Mantenimiento de autonomía	++	+	+
Apoyo al cuidador	+ / ++	++	+++
Intensidad de equipos de apoyo	+	++	+++
Intensidad de la acción social	+	+++	+++
La muerte como elemento de gestión clínica	+ / -	+ / ++	+++
Manejo del duelo	-	+ / -	+++
Foco principal de la estrategia evaluativa	TRIPLE Satisfacción y calidad de vida. Utilización de los recursos. Resultados en salud	DOBLE Satisfacción y calidad de vida. Utilización de los recursos. Resultados en salud	PREFERENTE Satisfacción y calidad de vida. Utilización de los recursos. Resultados en salud

PPAC. 2013 tomado de “Abordaje del paciente con cronicidad compleja” ²⁹.

7. CONCLUSIONES

- Es imprescindible estratificar a la población, según su nivel de riesgo, para centrar las intervenciones sanitarias y sociales en las necesidades del paciente, contando con la participación de todos los agentes y sistemas implicados, incluido el paciente y sus cuidadores.
- El objetivo es mejorar la salud y la calidad de vida de los pacientes crónicos complejos, en cada uno de los niveles de la pirámide de riesgo del modelo Kaiser, mantener a los pacientes en su entorno y en la comunidad, disminuyendo la probabilidad de descompensaciones o la gravedad de éstas y actuando en red de forma colaborativa para conseguir este objetivo según el principio de sustitución de cuidados: los servicios se han de prestar garantizando la equidad y allá donde sean más eficientes.
- Es necesario implantar la prevención y la promoción de la salud en aquellas estrategias que han demostrado su eficiencia en la prevención y detección temprana de muchas condiciones crónicas, con la misma intensidad que el resto de las intervenciones. Son necesarias políticas de salud pública coordinando a todos los agentes sociales y sanitarios para evitar la aparición, o modificar la historia natural, de ciertas enfermedades crónicas, huyendo de la potenciación de la “medicalización” social que estamos viviendo con el consiguiente aumento de las necesidades de asistencia sanitaria en el futuro. Las políticas han de ser cautelosas ya que el coste-efectividad varía considerablemente según el contexto regional y las diferentes poblaciones, por lo que es imprescindible definir los grupos diana de las medidas preventivas.

8. RECOMENDACIONES

- Se recomienda iniciar a través del médico de familia asignado en cada equipo básico de salud de las clínicas comunales del Instituto Salvadoreño del Seguro Social la estratificación de cada paciente según su nivel de complejidad, tomando en cuenta los criterios que describen a pacientes crónicos no complejos, crónicos complejos y crónicos avanzados.
- Por medio del personal capacitado en pacientes crónicos complejos dar a conocer a todos los que laboran en el Instituto Salvadoreño del Seguro Social específicamente en las clínicas comunales (equipos básicos de salud) el modelo de atención aplicado a los pacientes crónicos complejos.
- Que se asigne a cada uno de los que participa en la atención de pacientes crónicos complejos, actividades específicas de acuerdo a su capacidad y su capacitación. Involucrando entre estos a médicos de familia, internistas, psicólogos, enfermeras, educadores de salud, promotores, nutricionistas, farmacéuticos, trabajadores sociales, etc.

9. ANEXOS

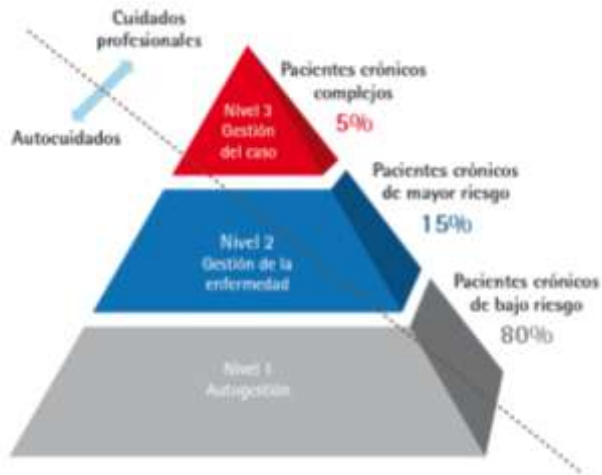


FIGURA 1. Pirámide de Kaiser permanente

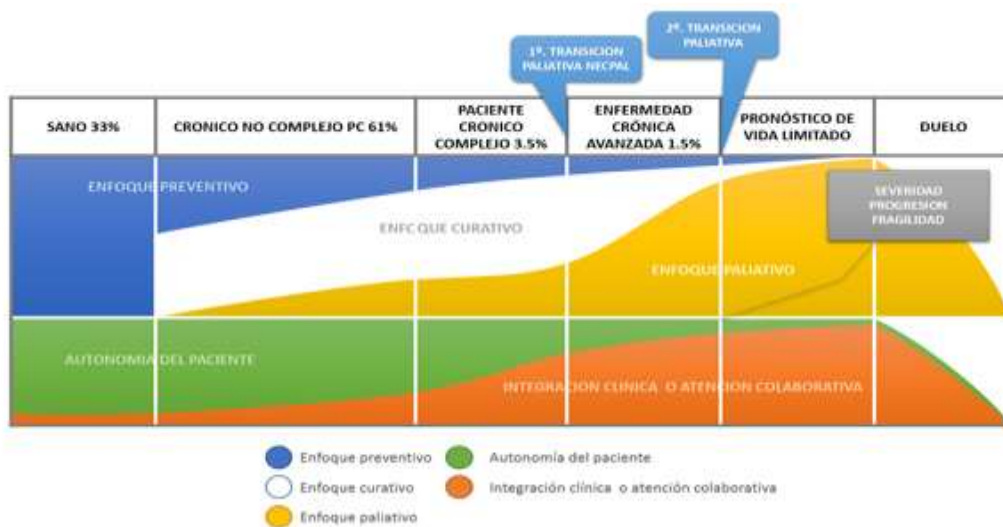


FIGURA 2. MODELO CATALAN DE ATENCION A LAS CONDICIONES CRONICAS AVAZADAS (MACA). Basado en Gómez-Batiste X, Blay C, Roca J, Fontanals D. Manual de atención Integral a personas con enfermedades crónicas avanzadas³⁰

10. REFERENCIAS

1. Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad. Estrategia para el abordaje de la cronicidad en el sistema nacional de salud, aprobada por el consejo interterritorial del SNS, 27 de junio 2012.
2. Huntley AL, Jhonson R., Purdy S. Valderas J.M. Salisburris C. Measures of Multimorbidity and Morbidity Burden for Use in Primary Care and Community settings: A Systematic Review Guide. Ann Fam Med. 2012. Mar 10 (2): 134-41
3. Amado Guirado E, Martín Cantera. Revisión de la Medicación en pacientes Crónicos complejos. Butlletí d'informació terapèutica. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Vol.24, núm. 9. 2013: 54-61. Descargado en:
http://scientiasalut.gencat.cat/bitstream/handle/11351/1015/BIT_2013_24_09_cas.pdf?sequence=7
4. Barnett K. Mercar SW, Norburry M, Wattg wike S., Gugthrie B epidemiology of multimorbidity and implications for healthcare, research, and medical education: across sectional study. Landset 2012 jul 7; 380 (98-36:37-43
5. Institut Catalá de la salut (ICS) memoria de àctivat 2011. Disponible en:http://www.gemcat.cat/ics/infocorp/memoria_activitats_2011_index.htm.
6. Gómez-Batiste X, Blay C, Roca J, Fontanals D. Manual de atención Integral a personas con enfermedades crónicas avanzadas. Aspectos Generales. 2015. Elsevier España. ISBN 978-84-9022-499-1.
7. Charlson ME, Pompei P, Ales KL, MacKenzie CR. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. J Chronic Dis 2013;40(5):373-383.
8. Inoriza JM, et al. La medida de la Morbilidad atendida en una organización sanitaria integrada. Gac Sanit. 2009; 23(1):29-37
9. Pacientes crónicos complejos. Disponible en:
<http://www.ub.edu/senesciencia/noticia/cronicidad/numero7/pacientescronicos complejos>
10. Orueta et al. Predictive risk modelling in the Spanish population: a cross-sectional study. BMC Health Services Reseach 2013, 18:269
11. Lutenberg M, Burgers JS, Clancy C Westert G, Schneider EC. Current Guidelines have limited applicability to patients with comorbid condition: A Systematic Analysis of evidence-bases Guidelines. Plos ONE. 2011;16(10) e25987 doi:10.1371/journal.pone0025987).

12. Gual N, et al. Perfil y evolución de pacientes crónicos complejos en una unidad de subagudos. Aten Primaria. 2017. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2016.11.010>
13. Le Reste et al. What research agenda could be generated from the European General Practice Research Network concept of Multimorbidity in Family Practice? BMC Fam Pract. (2015) 16:125 DOI 10.1186/s12875-015-0337-3.
14. World Health Organization. The World Health Report 2008. Primary Health Care-Now more than Ever. Geneva. World Health Organization; 2008 p 8.
15. Kamal et al. Community-Based Palliative Care: The Natural evolution for Palliative Care delivery in the U.S: Journal of Pain and Symptom Management 2013 Vol 46 (2) 254-64.
16. Gomez-Batiste X, Espinosa J, Porta-Sales J, Benito E. Modelos de Atención, organización y mejora de la calidad para la atención de los enfermos en fase terminal y su familia: aportación de los cuidados paliativos. Med Clin (Barc). 2010; 135(2): 83-89.
17. Gómez-Batiste X, Martínez-Muñoz M, Blay C, Amblàs J, Vila L, Costa X, et al. Prevalence and characteristics of patients with advanced chronic conditions in need of palliative care in the general population: A cross-sectional study. Palliat Med. 2014;28:302---11.
18. Freund T et al. Effectiveness and efficiency of primary care based case management for chronic diseases: rationale and design of systematic review and meta-analysis of randomized and non-randomized trials. BMC Health Services Research 2010, 10:112.
19. Vilaça-Mendes E. Las Condiciones Crónicas en la Atención Primaria de la Salud: la necesidad imperiosa de consolidar la estrategia de salud de la familia. Brasilia, DF: OPS, 2014. ISBN 978-85-8071-014-4.
20. Normas de atención del ISSS. Disponible en: aps.issv.gob.sv/Paginas/Documentos.aspx?RootFolder=%2FDocuments%2FGu%C3%ADas%2C%20normas%2C%20manuales%2C%20pol%C3%ADticas%2FNormas&FolderCTID=0x012000EC3D019233A01743876873970B91AE80&View={19A23FBF-DBBD-4F39-86F8-4A998CF31646}
21. Asenova R. When Chronic Care Becomes End-of-Life Care: Bridging the Gap. World Book of Family Medicine. European Edition 2015. Accesado: 1 Diciembre 2015. Disponible en: <http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/023%20%E2%80%93%20When%20Chronic%20Care.pdf>

22. Thoonsen et al. Early identification of and proactive palliative care for patient in general practice, incentive and methods of randomized control trial. BMC Family Practice 2011, 12:123
23. Hernández B, Velazco-Mondragón H. Encuestas Transversales. Salud Pública de México. Septiembre- Octubre 2000. Vol 42 (5):447-55.
24. Juan Carlos Contela,*, Blanca Muntanéb y Lourdes Campc. La atención al paciente crónico en situación de complejidad: el reto de construir un escenario de atención integrada. Elsevier España, Enero 2011
25. Martin I, Gorroñogoitia A, Gomez J, Baztan JJ, Abinaza P. El anciano frágil. Detección y tratamiento en AP. Aten Primaria. 2010;42:388---93.
26. Javier Fernández-Lasquetty. Estrategia de Atención a Pacientes con Enfermedades Crónicas en la Comunidad de Madrid. Consejería de Sanidad Madrid. Diciembre 2013. 8:97
27. Jordi Codercha,b,*, Xavier Pérez-Berruezoa,b, Inma Sánchez-Pérez,a,b, Elvira Sánchez,a,b, Pere Iberna,c, Marc Pérez,a,b, Marc Carrerasa,b y José M. Inorizaa. Evaluación de la efectividad de un programa de atención integrada y proactiva a pacientes crónicos complejos. 0213-9111/© 2016 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Disponible en: (<http://creativecommons.org/licenses/by-ncnd/4.0>)
28. Ollero M (Coord.). Médicos de familia e internistas trabajando por una atención integral. SEMI, SEMFYC. Sevilla. 2008.
29. Morales JM, Gonzalo E, Martin FJ, Morilla JC, Celdran M, Millan A, et al. Abordaje del paciente con cronicidad compleja. SemFYC. PPAC. 2013
30. Gómez-Batiste X, Martínez-Muñoz M, Blay C, Amblàs J, Vila L, Costa X, et al. Identifying patients with chronic conditions in need of palliative care in the general population: Development of the NECPAL tool and preliminary prevalence rates in Catalonia. BMJ Support Palliat Care. 2013;3:300---8.