



Guillermo
POMBO

Presidente SEMERGEN Cantabria

El camino hacia una gestión integral de la cronicidad

En la actualidad, la mayor parte de las consultas de atención primaria están orientadas al seguimiento de los procesos crónicos del paciente. El cambio fundamental registrado en los últimos años aboga por poner el foco en la persona en lugar de tratar cada uno de los procesos de forma independiente. En este contexto, es preciso perfilar una gestión integral de la cronicidad que contemple el papel de todos los actores, así como definir el lugar que han de ocupar los médicos de atención primaria.

KEY WORDS: Enfermedades crónicas, paciente pluripatológico, gestión integral, paciente anciano, pacientes polimedicados

En los últimos 40 años se ha producido un muy importante cambio en las consultas de Atención Primaria. Coincidiendo con el nacimiento del actual modelo de Atención Primaria y de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria, hace unos 40 años, la consulta diaria era fundamentalmente a demanda y centrada en **procesos agudos**. Nacen los programas para enfermedades crónicas (HTA, diabetes, EPOC, etc.) y la relación con las especialidades hospitalarias era meramente epistolar para las interconsultas, con el célebre P-10.

En la actualidad, la mayor parte de la consulta está orientada a los **procesos crónicos**, con un claro aumento de la edad media de nuestros pacientes, su nivel de información y demandas, habiendo mejorado la relación con otras especialidades y la capacidad de solicitar pruebas diagnósticas.

Estos cambios en la epidemiología, la demografía y la sociedad se concreta en las llamadas transiciones:



TRANSICIÓN EPIDEMIOLÓGICA

Durante el s. XX, se produce un cambio en la manera de enfermar. La alimentación infantil, higiene y los avances médicos, fundamentalmente vacunas y antibióticos, implican un descenso de las enfermedades agudas, infecciosas en su mayoría. También un descenso de la mortalidad, dando lugar a un mayor envejecimiento de la población y la eclosión de las enfermedades crónicas, poco prevalentes hasta entonces.

TRANSICIÓN DEMOGRÁFICA

El descenso de la mortalidad en todos los grupos de edad, unido al descenso de la natalidad, han condicionado la

Los avances han dado lugar a una mayor esperanza de vida y a un aumento de la cronicidad

variación de la estructura por edades de la población española. (Figura 1).

TRANSICIÓN SOCIOLÓGICA

Concepto acuñado por Viciano en 1998. Valora la respuesta social a un estado sanitario dado, considerando de forma integral los aspectos demográficos y epidemiológicos junto con las implicaciones sociales, como los cambios en la respuesta social en relación a la salud, la enfermedad y la muerte, los servicios sanitarios, aspectos culturales, los conocimientos y valores sociales con respecto al cuidado y conservación de la salud o los cambios en los estilos de vida.

Así pues, nos encontramos ante tres variables a considerar: envejeci-

miento, enfermedades crónicas y respuesta social a esta nueva situación.

La realidad, es que nos encontramos con una población envejecida (aproximadamente un 18% mayores de 65 años y un 5% mayores de 80 años) y una mayor prevalencia de las enfermedades crónicas. La tendencia es a aumentar, con una proyección de un 40% de mayores de 65 años en el horizonte del año 2050. Las personas mayores representan las 3/4 partes de la demanda asistencial en Atención Primaria. Las enfermedades crónicas tienen una prevalencia del 20% y suponen el 70% del gasto sanitario. Además, en muchas personas coexisten dos o más enfermedades crónicas, con frecuencia causa de discapacidad, por lo que hay que considerar también las necesidades sociales. (Figura 2).

Estos datos nos llevan a plantear un nuevo horizonte que garantice la equidad y la sostenibilidad de nuestro sistema sanitario, en estado casi crítico a día de hoy. Se trata de un sistema sanitario orientado a la atención a la enfermedad aguda, que ha funcionado muy bien hasta que se producen los cambios epidemiológicos y demográficos que estamos viviendo

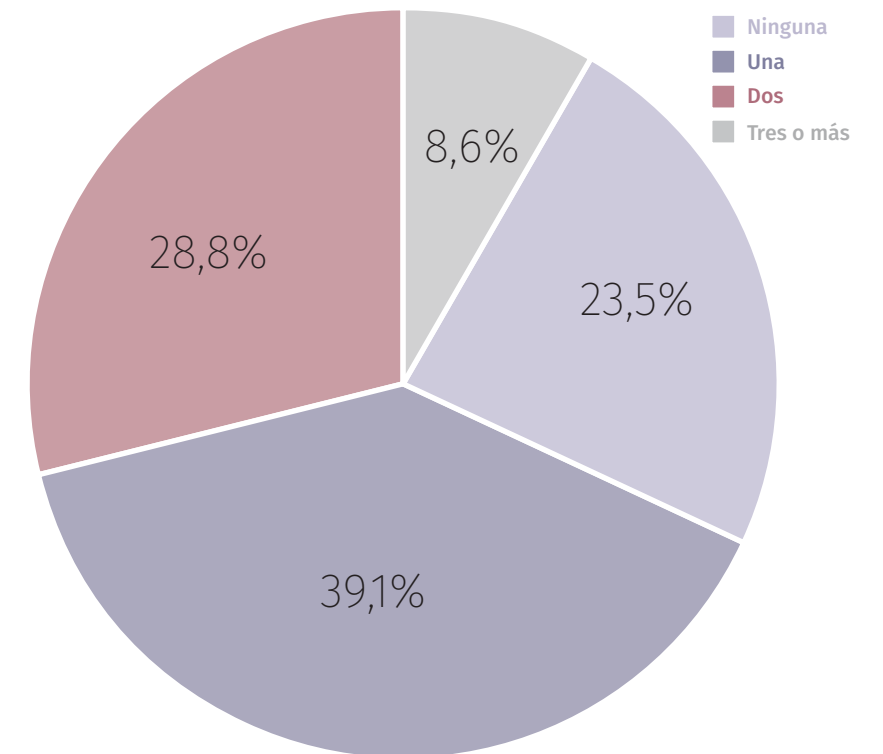
En este contexto nace la “Estrategia de atención a la cronicidad en España 2012” que tiene por misión “establecer un conjunto de objetivos y recomendaciones para el Sistema Nacional de Salud (SNS) que permitan orientar la organización de los servicios hacia la mejora de la salud de la población y sus determinantes, la prevención de las condiciones de salud y limitaciones en la actividad de carácter crónico y su atención integral”.

Sus líneas estratégicas, desarrolladas en 20 objetivos y 101 recomenda-

FIGURA 2

POBLACIÓN MAYOR DE 65 AÑOS SEGÚN NÚMERO DE PROBLEMAS CRÓNICOS

El 35% de las personas mayores de 80 años tienen dos o más EC

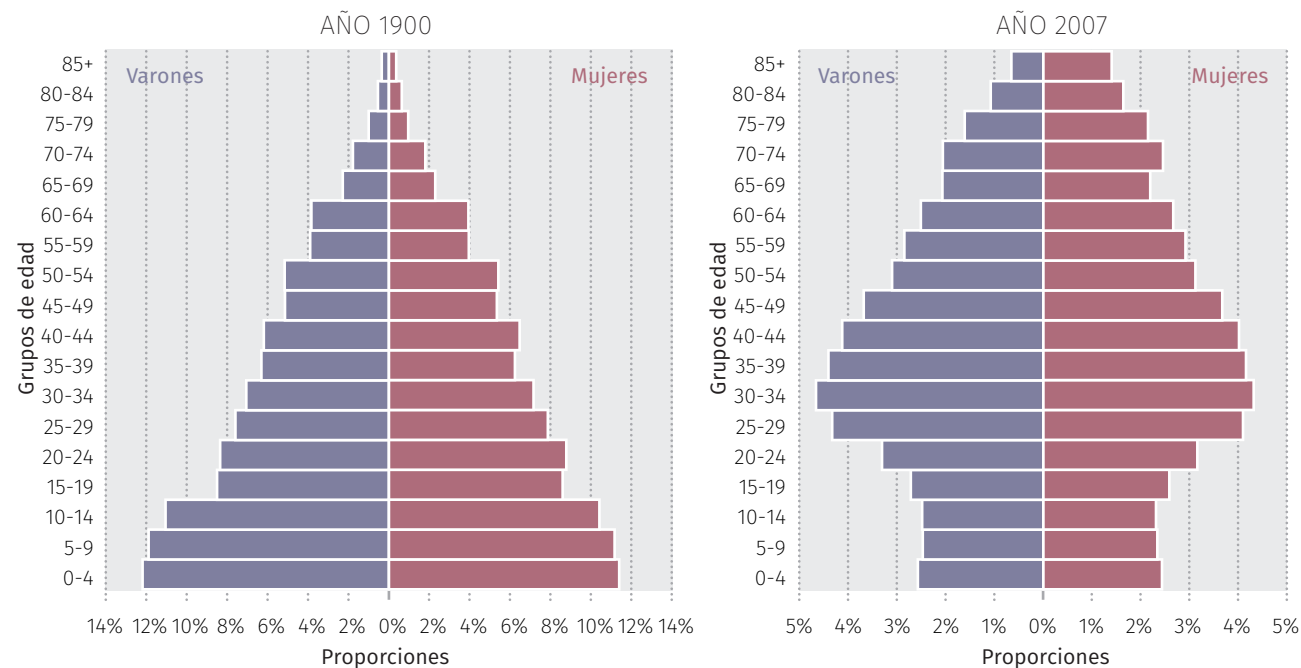


Gran parte de las personas mayores tienen más de una enfermedad crónica

Fuente: Escav 2007.

FIGURA 1

TRANSICIÓN DEMOGRÁFICA. PIRÁMIDES DE POBLACIÓN EN ESPAÑA



Comparando las poblaciones de 1900, 2007 se observa una clara disminución de la natalidad, un descenso de la mortalidad, sobre todo infantil, y un evidente envejecimiento de la población.

Fuente: Instituto Nacional de Estadística. Censo de 1900 y de 2007.



ATENCIÓN A LA CRONICIDAD

El cambio fundamental es la atención a la persona en situación de cronicidad en lugar de tratar el proceso crónico de manera independiente.

La atención a la cronicidad implica cambios en las políticas sanitarias y en la organización de la asistencia, pasando de un modelo de atención a la enfermedad aguda (curación de episodios) a un modelo de atención a las condiciones crónicas. Hace falta una gestión integral de la cronicidad desde una perspectiva poblacional:

pacientes, cuidadores, profesionales sanitarios y sistema que deben estar coordinados.

Frecuentemente la persona es portadora de más de una enfermedad crónica (pluripatología), tributaria de recibir tratamientos para cada una de ellas (polimedicación) y en situación de fragilidad clínica o dependencia que exige recursos sociales. La realidad actual y las previsiones futuras, nos obligan a evolucionar a un modelo sociosanitario de atención a la persona en situación de cronicidad (Figura 3).

¿EN QUÉ CONSISTE EL CAMBIO DE PARADIGMA?

- **La organización del sistema de atención sanitaria**
- **El estrechamiento de relaciones con la comunidad** (grupos de autoayuda, recursos comunitarios...)
- **El diseño del sistema asistencial** (sistema proactivo, equipos multidisciplinares, nuevos roles profesionales, continuidad asistencial...)
- **Fortalecimiento de la atención domiciliaria**
- **El apoyo y soporte al autocuidado**
- **El apoyo en la toma de decisiones clínicas** (guías clínicas, especialista consultor...)
- **El desarrollo de sistemas de información clínica** (compartir la información clínica, identificar pacientes de alto riesgo...)



FIGURA 3

MODELOS DE ATENCIÓN A LA CRONICIDAD PROPUESTOS POR ORGANIZACIONES INTERNACIONALES



Fuente: Estrategia para afrontar el reto de la cronicidad en Euskadi. Osakidetza. Julio 2010

PLURIPATOLOGÍA

El término pluripatología no aparece recogido en el diccionario de la Real Academia Española. Sin embargo, a todos nos sugiere un significado claro: varias patologías crónicas.

En el ámbito clínico español, se utiliza una definición del paciente pluripatológico que identifica a aquellas personas con mayor fragilidad clínica, no teniendo en cuenta los factores de riesgo más prevalentes y considerando el daño sobre órganos diana y repercusión funcional generada en dos o más sistemas. De esta forma, podemos discriminar a aquellos pacientes, frecuentemente ancianos, que por la asociación de patología crónica con repercusión en dos o más órganos o sistemas, generadora de sintomatología y limitación funcional, presentan un mayor grado de fragilidad y frecuentemente discapacidad.

En el paciente geriátrico, en ocasiones encontramos problemas no fácilmente encasillables en las conocidas enfermedades clásicas. Estos problemas de difícil inclusión se engloban en lo que se ha llamado "los síndromes geriátricos", que podemos definir como un conjunto de cuadros originados por la concurrencia de una serie de enfermedades y que no pueden encuadrarse dentro del abanico de las enfermedades habituales. Son extraordinariamente prevalentes en el anciano y con frecuencia son el origen de incapacidad funcional o social. La detección y el estudio protocolizado de los síndromes geriátricos es una exigencia obligada ante cualquier paciente anciano.

En el ámbito clínico español se utiliza una definición del paciente pluripatológico que identifica a las personas con mayor fragilidad sin tener en cuenta factores de riesgo



POLIMEDICACIÓN

Los fármacos usados para tratar enfermedades, también pueden provocarlas. Tanto sus efectos adversos, previstos e imprevistos, como las interacciones entre ellos, pueden ser causa de nueva enfermedad. Este hecho incuestionable se magnifica cuando hablamos de pacientes pluripatológicos y especialmente si son ancianos.

Los estudios que evalúan los efectos del excesivo consumo de fármacos muestran la misma conclusión: el número total de fármacos que

ingiere una persona es el principal factor asociado a la aparición de efectos adversos. Este supone el parámetro más importante para determinar la incidencia del mal uso de los fármacos y de las repercusiones que este uso tiene para el paciente en cuanto a morbilidad, y no olvidemos, mortalidad, así como para el sistema sanitario. Los episodios adversos a fármacos suponen entre un 7-14% de ingresos de ancianos en los Servicios de Medicina Interna en España.

En definición de la OMS se considera polimedicación al consumo

simultáneo de más de tres fármacos. Para prevenir y minimizar los efectos de la polimedicación es imprescindible la prescripción racional, definida como la prescripción realizada por un profesional bien informado que, haciendo uso del mejor criterio, prescribe al paciente un medicamento bien seleccionado, en las dosis adecuadas, durante el período de tiempo apropiado y al menor coste posible.

Para valorar lo adecuado de la selección del fármaco, sería importante responder a tres preguntas: ¿El fármaco tiene alguna utilidad?

¿Necesita el paciente tomar ese fármaco? ¿Es adecuado el consumo de ese fármaco en las condiciones físicas y mentales que tiene el paciente?

Además, en el paciente anciano hemos de valorar otras circunstancias específicas de su situación: consideraciones farmacocinéticas y farmacodinámicas, las interacciones medicamentosas y las reacciones adversas medicamentosas (RAM).

Hemos de considerar que en una situación de pluripatología y polimedicación, en la que suelen “convivir” distintos prescriptores, el médico de familia debe erigirse en coordinador

y responsable último del tratamiento. Pero además del papel de coordinación del médico de familia, todos los demás actores en el tratamiento y cuidados, incluido el propio paciente, tienen asignadas unas actividades y funciones. ■

Autor para correspondencia:

Guillermo Pombo
C/ Atilano Rodríguez, 5 - 4º Izda
39002 Santander
Email: secretaria@semergen.es



PAPEL DEL EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA

La atención primaria es el nivel básico e inicial de atención que garantiza la globalidad y continuidad de la atención a lo largo de toda la vida del paciente, actuando como gestor y coordinador de casos y regulador de flujos.

En especial es preciso **potenciar el papel de los profesionales de medicina y enfermería de AP como referentes** de los pacientes con problemas de salud crónicos para el seguimiento de sus procesos y la activación de recursos.

La continuidad en la atención a la salud lleva a estos profesionales a preocuparse por sus pacientes antes de que lleguen a serlo, **realizando actividades preventivas** y a permanecer a su lado cuando la medicina curativa ha agotado sus recursos **proporcionando cuidados paliativos**.

Fuente: Estrategia para el abordaje de la cronicidad MSSSI.