

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE MEDICINA
POSGRADO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS



REVISION BIBLIOGRAFICA:

**CARACTERIZAR LOS PACIENTES CON MULTIMORBILIDAD INSCRITOS EN
EL PROGRAMA DE ATENCION DOMICILIAR DEL INSITITUTO
SALVADOREÑO DE SEGURO SOCIAL.**

Presentado por:

Dra. Ana Maria Ceron Vasquez

Dra. Brenda Magaly Guzmán López

Para Optar al Título de: ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

ASESOR TEMATICO: Dra. Celia Yanira Vanegas

San Salvador, Mayo de 2021.

Autoridades.

Rector

Msc. Roger Armando Arias.

Vicerrector Académico.

Phd. Raul Ernesto Azcunaga.

Vicerrector administrativo.

Ing. Juan Rosa Quintanilla

Secretario General.

Ing. Francisco Antonio Alarcon.

INDICE.

Introducción.....	4
Objetivos.....	5
Glosario de términos.....	6
CAPITULO 1	
Descripción del problema.....	7
CAPITULO 2	
Descripción de las intervenciones.....	13
CAPITULO 3	
Definición de roles por nivel de atención	16
Anexos.....	17
Bibliografía.....	26

3. INTRODUCCION.

Esta revisión tiene como punto de partida la pregunta de investigación ¿Cuáles son las características sociodemográficas de los pacientes con multimorbilidad inscritos en el programa de atención domiciliar del instituto salvadoreño del seguro social en el durante el periodo entre abril y septiembre de 2020?

Es importante destacar que esta modalidad de atención fundamentado en la multimorbilidad es un proceso incipiente en el ISSS y que representa una venta de oportunidad para mejorar la calidad de atención de los derechohabientes.

La elevada prevalencia de multimorbilidad es una realidad en nuestro sistema sanitario, sobretodo en la población mayor de 65 años.

La definición que se ha utilizado entendienddo multimorbilidad como la presencia de 2 o más enfermedades crónicas en la misma persona, estos pacientes cumplen una población homogénea en complejidad, vulnerabilidad clínica, fragilidad, mortalidad, deterioro funcional, polifarmacia, ha ido en aumento, a pesar de esto no se ha logrado consolidar la atención de manera integral en estos pacientes como una condición que conlleva una carga sustancial en el sistema sanitario, el cual requiere de un abordaje integral y multidisciplinario, lo que ha sido posible gracias a la estrategia de atención e ingreso domiciliar del instituto salvadoreño del seguro social que ha sido implementada por un equipo multidisciplinario.

El presente trabajo de investigación trata de identificar casos de multimorbilidad y los patrones de esta por medio del índice acumulativo de enfermedad (IAE) así mismo relacionar las características sociodemográficas de esta población. De esta manera podemos organizar las prioridades de una forma precoz en aquellos pacientes con Multimorbilidad, detectando oportunamente y brindando un tratamiento adecuado

El objetivo de la presente es conocer el abordaje en los pacientes con multimorbilidad incluidos en el programa de atención y visita domiciliar del Instituto Salvadoreño del Seguro Social, en 2020. Se realizará una revisión bibliográfica de 30 artículos, además de una fuente primaria basada en la población de 140 pacientes que reciben dicha atención de abril a septiembre de 2020, resultando una muestra de 71 pacientes.

4. OBJETIVO GENERAL.

- ✓ Describir las características sociodemográficas del paciente con multimorbidad inscritos en el programa de atención domiciliar del instituto salvadoreño del seguro social en el periodo de abril a septiembre de 2020.

OBJETIVOS ESPECIFICOS.

- ✓ Describir las características sociodemográficas frecuentes del paciente con multimorbidad.
- ✓ Describir el perfil del paciente con multimorbidad.
- ✓ Identificar las patologías con mayor índice de multimorbidad.
- ✓ Analizar el rol del médico de familia en el abordaje de la multimorbidad en los pacientes

5. Glosario de términos y abreviaturas utilizadas

Multimorbilidad: presencia simultánea de 2 o más enfermedades crónicas

Pluripatología: situación en la que un individuo vive con múltiples enfermedades

Comorbilidad: existencia de una enfermedad índice a la que se le agregan complicaciones

Prevención:

Promoción:

Índice acumulativo de enfermedad: (IAE)

Índice de Charlson (IC)

Prescripción centrada en el paciente (PCP)

Atención primaria Salud (APS)

Capítulo 1

6. Descripción del problema de salud.

Los formuladores de políticas consideran "la epidemia de multimorbilidad" como la mayor amenaza para la sostenibilidad de los sistemas de salud. Creen que la solución es la "atención integral"(9)

El paciente crónico es de difícil manejo cuando presenta simultáneamente diferentes enfermedades principalmente en situación avanzada y suele estar atendido por diferentes especialidades por lo que presenta una alta utilización de los servicios de salud. En ocasiones presenta situaciones psicosociales difíciles. (1)

Es importante distinguir los conceptos de comorbilidad y multimorbilidad. La comorbilidad siempre implica una enfermedad índice, mientras que la multimorbilidad se define como cualquier ocurrencia de condiciones médicas en una persona. (5)

La Red Europea de Investigación en Atención Primaria (EGPRN) propone traducir el término multimorbilidad al español como la «combinación de una enfermedad crónica con al menos otra enfermedad (aguda o crónica), un factor biopsicosocial (asociado o no) o un factor de riesgo» (3)

La multimorbilidad, definida como la presencia simultánea de 2 o más enfermedades crónicas, es un fenómeno creciente que afecta hoy a la gran mayoría de los ancianos, a la mitad de los adultos y a uno de cada 10 niños, y que conlleva importantes consecuencias negativas para la salud. (1)

Tales consecuencias representan mayor mortalidad, disminución de la calidad de vida o uso inadecuado de los servicios sanitarios son algunos de los principales resultados negativos (3)

Las personas con multimorbilidad, al compararlas con personas que sólo presentan una condición crónica, tienen una menor calidad de vida, una mayor mortalidad ajustada por edad, mayor utilización de recursos del sistema de salud, así como un mayor riesgo de hospitalización y una estadía hospitalaria más prolongada. (2)

Aunque la relación entre multimorbilidad, uso inadecuado de recursos sanitarios y riesgo para la salud está claramente demostrada, aún no disponemos de suficientes herramientas que guíen las decisiones de los profesionales ante este grupo de pacientes, con necesidades de salud cada vez más complejas. (1)

La fragmentación que implica tratar cada condición por separado, los pacientes pueden recibir indicaciones de varios medicamentos y cambios de estilo de vida desde distintos especialistas, no coordinados entre sí. Asimismo, deben asistir frecuentemente a distintas citas médicas en diferentes puntos. (2).

Además, la mayoría de los sistemas de salud se han desarrollado para hacer frente a las enfermedades mediante programas verticales orientados a las enfermedades. (5)

La multimorbilidad requiere un cambio de paradigma que se aleje de este modelo de tratamiento de pacientes de una sola enfermedad; un cambio que ahora es cada vez más reconocido y adoptado, aunque a un ritmo lento. Sin embargo, la realidad en la atención primaria de la salud ya es algo diferente (4)

En la práctica diaria, la atención de este grupo de pacientes recae casi siempre en el ámbito de la AP: en el binomio enfermera-médico de familia (MF), siendo el MF el profesional que integra los diferentes tratamientos prescritos a estos. Existe evidencia de que la toma de decisiones compartida mejora el conocimiento de los pacientes sobre su enfermedad y las opciones de tratamiento, aumenta su satisfacción con la atención, y mejora la confianza del paciente y su cuidado personal. (3)

Las personas con multimorbilidad requieren atención de proveedores en todos los entornos, que a menudo incluyen atención primaria, atención secundaria y atención comunitaria. Debido a que la atención clínica a menudo se organiza de acuerdo con el entorno de atención, los procesos de equipo que se extienden más allá de estos límites tradicionales rara vez se implementan. (6)

Los médicos de familia tienen ante sí un gran reto: integrar las diversas actuaciones derivadas de esas asociaciones de enfermedades crónicas y/o de la participación de varios especialistas en un mismo paciente, minimizando la iatrogenia, teniendo en cuenta las preferencias de los pacientes y consiguiendo una buena adherencia al tratamiento. (1)

Algunas de estas barreras pueden eliminarse cuando se mejora la calidad de las relaciones entre los proveedores primarios y secundarios, incluido el liderazgo compartido, la toma de decisiones en colaboración y el respeto mutuo. (6)

Debido al envejecimiento de la población y al aumento de la prevalencia de enfermedades crónicas, el número de personas que padecen más de una enfermedad aumentará continuamente. [1]

En la población general, el 50% de las personas mayores de 65 años tienen al menos 3 enfermedades crónicas, y el 20% de las personas mayores de 65 años tienen al menos 5 enfermedades crónicas. (5).

Es probable que las personas con multimorbilidad tengan necesidades complejas de atención médica y representen una alta proporción de la carga de trabajo de la atención médica. Se necesita una mayor comprensión de la epidemiología y el impacto de la multimorbilidad para informar la forma en que se organiza y se brinda la atención médica.(2).

Hasta los años 50 del pasado siglo la proporción de personas de más de 65 años constituía el 7% de la población. En los últimos 40 años este porcentaje ha crecido de forma ininterrumpida y representará el 25% en 2025.(3)

En una revisión sistemática la prevalencia de multimorbilidad en las personas de edad avanzada osciló entre el 55 y el 98%. La mayor edad, el sexo femenino y el bajo nivel socioeconómico fueron los factores asociados con la multimorbilidad; y sus consecuencias principales la discapacidad, el deterioro funcional, la mala calidad de vida y los altos costes de su cuidado.(3)

El envejecimiento de la población y el aumento de las afecciones a largo plazo significan que aumentará el número de personas con múltiples afecciones. Esta “multimorbilidad” o la coexistencia de dos o más condiciones crónicas en un mismo individuo tiene un impacto específico en los temas de seguridad en atención primaria.(4)

El sistema de atención médica actual se desarrolló en respuesta a enfermedades y lesiones agudas, con los pacientes como receptores pasivos de la atención, en lugar de promover las habilidades de autogestión de los pacientes. El resultado es una sobre medicalización que conduce a una atención fragmentada y mal coordinada centrada en protocolos de una sola enfermedad(5)

Los incidentes de seguridad del paciente involucran eventos activos, como eventos adversos de medicamentos, complicaciones de la intervención, infecciones y fallas en la atención (por ejemplo, úlceras por presión), así como precursores, como prescripción inadecuada, uso excesivo o insuficiente de medicamentos, incumplimiento de medicamentos y diagnóstico tardío(4)

Los pacientes con multimorbilidad tienen un mayor riesgo de problemas de seguridad por muchas razones, que incluyen polifarmacia, que puede conducir a una mala adherencia a la medicación y eventos adversos a los medicamentos(4)

La mala calidad de vida junto con la discapacidad, el deterioro funcional y los altos costos de atención médica son las principales consecuencias de la

multimorbilidad. Además, la calidad de vida del paciente es una medida significativa en la evaluación de los servicios de atención médica y los resultados informados por el paciente. Proporciona información complementaria y valiosa sobre la satisfacción del paciente con respecto a la accesibilidad, la organización y la calidad de la atención. Es útil en la toma de decisiones médicas para asegurar la mejora de los dominios de la vida que un paciente considera más importantes, facilitando así la atención centrada en el paciente.(6)

La esperanza de vida ha mejorado drásticamente en las últimas décadas y ahora supera los 75 años en casi 60 países Sin embargo, el número de personas con o en riesgo de padecer afecciones a largo plazo, como diabetes, afecciones de salud mental, virus de inmunodeficiencia humana / síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH/SIDA) y cáncer también está creciendo rápidamente(4)

Un estudio estadounidense determinó que los pacientes con más de 3 afecciones crónicas tenían entre un 25% y un 40% más de probabilidades de informar problemas de coordinación de la atención. Una revisión Cochrane de las intervenciones de manejo delineó a los usuarios frecuentes del sistema de salud con una “multimorbilidad de alto impacto” que afecta tanto la calidad de vida como el uso de los servicios de atención médica. Por lo tanto, no es de extrañar que las personas con multimorbilidad experimenten una peor calidad de vida y carezcan de atención médica coordinada y oportuna(5)

Una limitación común, citada tanto por pacientes como por médicos, es el tiempo y la estructura insuficientes para abordar una gran cantidad de condiciones que interactúan dentro de una cita típica de 15 minutos.(5)

La atención orientada a objetivos es particularmente importante cuando los pacientes tienen múltiples afecciones a largo plazo, conocidas como multimorbilidad(7)

En la práctica médica diaria, la multimorbilidad desafía la toma de decisiones de varias maneras. Las prioridades de la enfermedad pueden estar interfiriendo y la necesidad de cumplir con las pautas de enfermedades múltiples puede ser problemática. Las pautas específicas de la enfermedad a menudo no son aplicables a pacientes mayores con múltiples afecciones.(7)

Los médicos tienen el desafío de ayudar a las personas a priorizar sus valores, definir los objetivos del tratamiento y enmarcar las preferencias de manera que sean clínicamente relevantes y estén alineadas con los valores propios cuando se enfrentan a múltiples opciones de diagnóstico y tratamiento.(7)

Tomando este enfoque, parece que los objetivos de salud se pueden definir utilizando una variedad de dimensiones (por ejemplo, síntomas; estado físico funcional, incluida la movilidad; y rol social). En la atención médica orientada a objetivos, la atención se personaliza para adaptarse a los objetivos, preferencias y recursos de los pacientes(7)

En respuesta a la creciente población de personas con múltiples enfermedades crónicas, actualmente se están desarrollando nuevos modelos de atención en los países europeos para satisfacer mejor las necesidades de estas personas(8)

En los países donde las personas son reclutadas con un médico general en atención primaria, los pacientes con multimorbilidad pueden estar en una mejor situación, ya que los principios de la atención primaria, es decir, el primer contacto, atención continua, integral y coordinada, puede adaptarse mejor a sus necesidades.(8)

Para reducir la fragmentación de la atención y satisfacer mejor las necesidades de las personas con multimorbilidad, se han desarrollado modelos de atención alternativos y varios de estos modelos se están implementando actualmente a nivel local en países europeos. Un aspecto común de estos modelos es que todos capturan la noción de atención integrada. El concepto de integración de la atención puede referirse a varias dimensiones teóricamente distinguidas, como el tipo de integración (por ejemplo, funcional, organizativa, clínica), la amplitud de los servicios prestados y el grado de integración(8)

1. Prácticas que se centran en una enfermedad crónica específica ('enfermedad índice') con otras condiciones crónicas consideradas como comorbilidades (relacionadas o no relacionadas); tales prácticas pueden desarrollarse a partir de un único DMP al brindar atención adicional y servicios de apoyo a los pacientes que necesitan atención o apoyo adicional debido a sus comorbilidades.

2. Prácticas en las que la atención se centra en una combinación específica de dos o tres enfermedades crónicas, en las que esta combinación de enfermedades podría considerarse como una condición específica y su manejo podría seguir los principios de manejo de enfermedades.

3, Prácticas que no se centran en (combinaciones de) enfermedades crónicas específicas, sino que han adoptado principios de atención centrada en la persona, en los que evaluar y priorizar las necesidades de salud de las personas con multimorbilidad orienta las trayectorias de atención individual.(8)

Un enfoque de sistema adaptativo complejo supera muchas de las disfunciones en los sistemas de salud actuales, en particular la fragmentación de la atención al

paciente Superando fragmentación requiere continua adaptación a circunstancias cambiantes: un desafío constante para los pacientes, los profesionales de la salud, los proveedores de servicios comunitarios y los encargados de formular políticas.

Los médicos de cabecera se sienten a la altura de los desafíos que plantean sus pacientes con multimorbilidad. Sin embargo, están frustrados por el enfoque fragmentado de la multimorbilidad.(9)

Se están discutiendo y probando nuevos modelos de atención primaria para el manejo de la multimorbilidad, como el estudio 3D centrado en el paciente en el Reino Unido y el gobierno australiano, Prueba piloto de hogares de atención médica. Además, organizaciones como el Instituto Nacional para la Excelencia en la Salud y la Atención (NICE) y la Sociedad Estadounidense de Geriátrica (AGS) han elaborado pautas de multimorbilidad en forma de principios rectores generales de atención. (10)

La polifarmacia se asocia con la morbilidad relacionada con el fármaco, como los efectos adversos del fármaco, la prescripción potencialmente inadecuada y la reducción de la adherencia al fármaco. La prevalencia de la polifarmacia está aumentando, debido en gran parte a los cambios demográficos de la población y al aumento de la multimorbilidad(8).

Una dificultad importante para los médicos de cabecera es que muchas prescripciones las inician especialistas, pero en la atención primaria se repiten las prescripciones. Sin una comunicación clara, puede resultar difícil juzgar la justificación del tratamiento por drogadicción. La optimización de los regímenes de medicamentos es un componente importante de la atención y, para lograrlo, es necesario realizar revisiones periódicas de los medicamentos para los pacientes con multimorbilidad.(8).

A nivel internacional, los médicos generales han destacado la falta de tiempo como una barrera para brindar atención a pacientes con multimorbilidad. Alguna evidencia sugiere que las consultas más largas resultan en más consejos de salud preventivos, menos prescripciones y mayores tasas de satisfacción del paciente(10)

Este cambio epidemiológico se ha atribuido a la mayor longevidad que ofrecen las mejoras en las tecnologías terapéuticas junto con los mayores riesgos asociados con estilos de vida poco saludables.(10)

Capítulo 2

7. Descripción de las intervenciones y las actividades

Promoción y prevención de la salud.

La promoción de la salud es definida por la organización mundial para la salud como el proceso que permite a las personas incrementar el control para la salud, esta fomenta cambios en el entorno que ayudan a promover y promocionar la salud (18), es entonces donde resaltan las recomendaciones sobre estilos de vida saludables que incluirán en relación con el tabaco, la alimentación, actividad física, la reducción de peso, las reglas básicas de higiene del sueño e inmunizaciones (19)

Los dividiremos como aquellas intervenciones en las que entran en juego las campañas de salud a través de medios masivos y las que van dirigidas a grupos específicos por servidores de salud.

Dentro de las que pueden promoverse con mucho más énfasis por medios masivos son: Espacios libres de humo del tabaco y smog en la ciudad, acceso libre a parques forestales para la realización de ejercicio y vida activa para las comunidades, promocionar el control de salud en personas aparentemente sanas no solo en la población si no a su vez en el personal médico.

La promoción dirigida a grupos específicos por servidores de salud es implementar estos hábitos en el sector empresarial, en personas previamente reconocidas por los equipos de salud como poblaciones de riesgo con mayor periodicidad, también añadir jornadas de salud mental.

La prevención incluyen todas aquellas acciones que están dirigidas a prevenir o evitar patologías específicas progresión o agudización en el caso de la multimorbilidad incluirá desde prevención primaria hasta la terciaria.

Incluir dieta terapia en paciente obeso dislipidémico y diabético, reducir consumo de sal en pacientes hipertenso y renal.

Paciente con problemas reumatológicos avanzados prevenir caídas, controlar dolor.

Detección: poder detectar al paciente multimorbido es obligación del médico de atención primaria pues es quien tiene el primer contacto con el paciente y si el paciente ha tenido acceso a los sistemas a través de otro nivel de atención deberá ser detectado a través del control de salud periódico comunitario para poder

brindar atención integral y detección de riesgos para enlentecer progresión de multimorbilidad,

Tratamiento: el manejo del paciente multimorbido es complejo sin embargo la importancia de esta radica en la Optimización farmacoterapéutica. En esta área se prestará especial atención a la adecuación de la prescripción, conciliación en las transiciones asistenciales, polifarmacia y ajustes de dosis según la función renal. También se incluyen las acciones para el fomento de la adherencia y el adiestramiento de los pacientes en la detección y automonitorización de los efectos secundarios (19)

Control y autocontrol: la salud del paciente y su entorno es obligación de las políticas de salud, sin embargo el control y autocontrol del paciente en este caso multimorbido es prioridad del mismo enfermo. Es importante que el paciente conozca su condición médica las consecuencias del descontrol de su patología y este pueda afrontar su enfermedad

La Activación y autogestión del paciente es destacado donde se consideran todas las actividades encaminadas a aumentar y consolidar la autoeficacia y el grado de compromiso y conocimiento de la enfermedad por parte del paciente y de la persona que lo cuida. (19)

Rehabilitación

Rehabilitación y medidas de preservación funcional y cognitiva. Se recomienda la combinación de las actuaciones para prevenir y tratar la fragilidad y el riesgo de caídas conjuntamente con la realización de programas específicos para las enfermedades concretas que padece el paciente. Es importante considerar primeramente el pronóstico vital y funcional del paciente de cara a plantear los objetivos. Para la prevención y el abordaje de la fragilidad se propugnan diferentes programas de actividad física (general, actividad multicomponente, etc.) y acciones que disminuyan el riesgo de caídas en pacientes predispuestos. (19)

El objetivo de los programas específicos de rehabilitación y preservación cognitiva no es otro que tener un efecto sinérgico con los programas genéricos de abordaje de la fragilidad y se centrarán en las categorías y enfermedades protagonistas de cada paciente (rehabilitación cardíaca, respiratoria, cognitiva, etc.). Los objetivos y por ende las actividades propuestas van a ser diferentes en función de la estratificación pronóstica vital y funcional de cada paciente, de manera que en pacientes con puntuaciones bajas en los índices PROFUND y PROFUNCTION se orientarán a conservar e incluso mejorar la funcionalidad, mientras que en pacientes con puntuaciones muy elevadas estas se orientarán a retrasar la pérdida de funcionalidad (19)

Seguimiento: Planificación anticipada de decisiones. Estas acciones se encaminarán a facilitar un marco voluntario de comunicación, establecimiento y registro de los valores y preferencias del paciente respecto a cómo desea ser atendido, sobre todo en los momentos finales de la vida o si pierde su capacidad de decidir de manera temporal o permanente. El abordaje de esta trascendente área puede variar en función de diferentes factores (ámbito de la **asistencia, situación clínica, pronóstico vital**(19))

Capítulo 3

8. Definición de roles por nivel de atención

Primer nivel de atención

1. Realizar una evaluación médica programa a los pacientes del programa de clínica metabólica.
2. Seleccionar a los pacientes a través del índice acumulativo de enfermedad y generar un listado con los pacientes con multimorbidad
3. Programar visitas domiciliarias según necesidad del grado de multimorbilidad
4. Promoción de la salud: estilos de vida saludable, educación en salud sobre hábitos de higiene y alimentación.
5. Control de obesidad y sobrepeso.
6. Atención sobre patologías infecciosas agudas sobre agregadas leves a moderadas.
7. Dar seguimiento y brindar continuidad al paciente multimorbido
8. Derivar de manera oportuna a las especialidades necesarias con la respectiva continuidad de cada paciente.
9. Dar seguimiento al paciente en el proceso de rehabilitación
10. Brindar atención de paliación según el progreso de la enfermedad y el grado de fragilidad.

Segundo nivel de atención

1. Educación para la salud
2. Atención a patologías infecciosas agudas sobreagregadas moderadas a graves
3. Hospitalizaciones por agudizaciones de patologías controlables según capacidad instalada
4. Manejo de paciente multimorbido que ha progresado a crónico complejo
5. Dar seguimiento al paciente en el proceso de rehabilitación
6. Brindar atención de paliación según el progreso de la enfermedad y el grado de fragilidad.

Tercer nivel de atención:

1. Paciente multimorbido que ha progresado hasta crónico avanzado
2. Reagudizaciones que comprometen la vida del paciente
3. Terapias de sustitución renal
4. Brindar atención y cuidado en etapa final de vida

Anexo 1

El Índice Acumulativo de Enfermedad (IAE) es un instrumento evaluativo de enfermedad global, que corresponde a la traducción y adaptación al castellano de la Cumulative Illness Rating Scale (CIRS). Con un formato reducido, se recoge información a partir de la exploración clínica, la anamnesis, datos de la historia clínica y pruebas complementarias.

1. Principios generales:

Cada enfermedad únicamente debe ser clasificada y recibir su puntuación en el sistema apropiado. Si hay varios problemas en el mismo sistema, sólo la puntuación más grave debe ser tomada en cuenta.

Ejemplo: para un paciente que padece una angina bien controlado (puntuación 2) y la insuficiencia cardíaca terminal (puntuación 4), sólo la condición con puntuación más alta se describe en el sistema cardíaco (es decir, calificación es 4).

La propagación del cáncer puede conducir a calificar el estado en más de una categoría. Por ejemplo, un cáncer de pulmón con metástasis óseas tratados con fármacos anti-inflamatorios no esteroideos tiene 4 puntos en el Sistema Respiratorio y 2 en el sistema musculoesquelético.

2. Reglas generales para la clasificación de gravedad:

0. No hay problema que afecta a ese sistema.
1. Problema leve significativo actual o en el pasado.
2. La discapacidad o la morbilidad moderada y/o requiere tratamiento de primera línea.
3. Problema grave y/ o con impedimento o incapacidad permanente y significativa y/o con dificultades para controlar los problemas crónicos.
4. Problema extremadamente grave y/o tratamiento inmediato necesario y/o insuficiencia de órganos y/o deterioro funcional severo.

3. Descripción detallada de la clasificación de gravedad (ejemplos entre paréntesis):

Puntuación 0:

- No hay problema o hay daños leves resueltos.
- Enfermedades pasadas de la infancia (varicela...).
- Cirugía menor (amigdalotomía, túnel carpiano desaparecido por completo, cesárea).
- Fracturas sin complicaciones.
- Otros problemas del pasado que curaron sin secuelas (neumonía...).

Puntuación 1:

- Problema médico actual que provoca molestias leves o impedimento (discapacidad), o tiene exacerbaciones ocasionales (asma controlada con broncodilatadores según necesidad, acidez ocasional que alivia con antiácidos según necesidad).
- Impacto menor en la morbilidad.
- Los problemas médicos que no están actualmente activos pero eran problemas significativos en el pasado (paso de un cálculo renal, neumotórax espontáneo hace 5 años).
- Cirugía mayor (histerectomía, colecistectomía, apendicetomía).

Puntuación 2:

- Las condiciones médicas que requieren tratamiento diario o uso de terapia de primera línea (asma controlada con esteroides inhalados, reflujo gastro-esofágico tratado con medicación diaria).
- Morbilidad o impedimento (discapacidad) moderada.

Puntuación 3:

- Las condiciones crónicas que no son controlados con la terapia de primera línea (asma necesitan tratamiento con corticosteroides continua, angina sintomática a pesar de los regímenes médicos, desensibilización actual mediante la vacunación para la rinitis alérgica).
- Impedimento (discapacidad) constante significativa.
- Problema grave.

Puntuación 4:

- Problema extremadamente grave.
- Cualquier afección aguda que requiere tratamiento inmediato (broncoespasmo severo, angina inestable).
- Insuficiencia de órganos (enfermedad renal en etapa terminal con diálisis según necesidad, enfermedad pulmonar obstructiva crónica dependiente de oxígeno, insuficiencia cardíaca terminal).
- Deficiencia sensorial severa (casi completa ceguera o sordera, uso de silla de ruedas permanente).
- La calidad de la vida gravemente afectada con deterioro grave de la función.

4. Clasificación y puntuación de malignidades:

Puntuación 1:	El cáncer diagnosticado en el pasado remoto, sin evidencia de recurrencia o secuela en los últimos 10 años o cáncer de piel operado en el pasado sin mayores secuelas (casos distintos a un melanoma).
Puntuación 2:	No hay evidencia de recurrencia o secuela en los últimos 5 años.
Puntuación	Se requiere quimioterapia, radiación o terapia

3: hormonal en los últimos 5 años.

Puntuación 4: Tumor maligno recurrente o metástasis (aparte de los ganglios linfáticos) o de la etapa de tratamiento paliativo.

5. Los problemas médicos por sistema:

Cardíaco

- Cualquier problema cardíaco (Angina de pecho, infarto de miocardio, arritmias, problemas de la válvula).
- En caso afirmativo, la medicación administrada para estos problemas.
- Cualquier operación de corazón en el pasado.

Vascular

- Cualquier problema circulatorio (incluye la enfermedad aterosclerótica periférica, aneurisma de la aorta abdominal...), la hipertensión o problema del colesterol.
- En caso afirmativo, la medicación administrada para estos problemas.
- Cualquier cirugía vascular en el pasado? (Cirugía de injerto de derivación de las extremidades inferiores, la endarterectomía carotídea ...).

Hematológico

- Cualquier problema en la sangre (Anemia, leucemia, hipercoagulabilidad o cualquier otro problema que afecta a la sangre, las células de la sangre, el bazo o el sistema linfático)
- En caso afirmativo, la medicación administrada para estos problemas, por ejemplo uso de hierro ...

- **Nota:** Los pacientes que toman anticoagulantes pertenecen a este sistema si el problema principal es de hipercoagulabilidad (trombosis o embolia recurrente). Si se toman anticoagulantes para las arritmias, calificar el problema de "cardiaco".

Respiratorio

- Cualquier problema respiratorio (Asma, enfisema, bronquitis, embolia pulmonar).
- En caso afirmativo, la medicación administrada para estos problemas, los aerosoles a presión.
- Cualquier cirugía de pulmón.
- Fumar cigarrillos. ¿Cuántos paquetes por día? ¿Por cuánto tiempo?

Paquetes años = número de paquetes por día x el número de años ahumados. (Ejemplo: 1 paquete al día durante 20 años = 20 paquetes al año)

Fumador hasta 20 paquetes Clasificación 1
año

Fumador de 21 a 40 paquete Clasificación 2
año

Fumador más de 40 Clasificación 3
paquete año

Oftalmológica y otorrinolaringología

- Cualquier problema con los ojos (glaucoma, cataratas, pérdida de visión importante), las orejas (incluye discapacidad auditiva importante), la nariz, la garganta, la voz.
- Cualquier medicación tomada para estos problemas, gotas para los ojos.
- El vértigo y el mareo se incluyen en esta sección. (a menos que sean de origen neurológico).

Tracto gastrointestinal superior

- Cualquier problema en el estómago o la digestión (Incluye el esófago, el estómago y el duodeno).
- En caso afirmativo, alguna medicación.
- Cirugía en el estómago o en el esófago.

Tracto gastrointestinal inferior

- Cualquier problema intestinal (Incluye las hernias intestinales, estreñimiento, problemas de incontinencia anal...)
- En caso afirmativo, alguna medicación.
- Cirugía en el abdomen.

Enfermedad hepática y pancreática

- Cualquier problema en el hígado o el páncreas.
- Cualquier medicamento para estos problemas.
- Cirugía en el hígado o el páncreas (Colecistectomía tiene en esta sección).

Renal

- Cualquier problema en los riñones (Deterioro de la función, infección...).
- En caso afirmativo, cualquier medicamento para estos problemas.
- Cirugía para los riñones.

Tracto genitourinario

- Cualquier problema urinario (Litiasis, incontinencia ...)
- En caso afirmativo, cualquier medicamento para estos problemas
- Cualquier cirugía de la vejiga urinaria, por litiasis renal

Musculo esqueléticos y tegumentos

- Cualquier problema en la piel, las articulaciones, los huesos, los músculos ...(Incluye artrosis, osteoporosis, túnel carpiano, y cualquier otro problema de la piel o músculo esquelético)

- La fibromialgia tiene en esta sección (que también puede ser clasificado en "Psiquiatría", si es necesario).
- Cualquier medicamento, medicamentos anti-inflamatorios. Las infiltraciones. Cremas recetadas por un médico

Neurológico

- Cualquier problema neurológico (Accidente cerebrovascular, neuropatía periférica, dolor de cabeza ...)
- En caso afirmativo, cualquier medicamento para estos problemas
- La cirugía para estos problemas.

Endocrinas, metabólicas, de la mama.

- Cualquier problema de la glándula tiroides, obesidad, diabetes, o cualquier otro problema hormonal?
- Para la obesidad: Índice de masa corporal (IMC)

IMC \geq 30 → Clasificación 1

IMC \geq 30 + medicación o discapacidad moderada →
Clasificación 2

IMC \geq 45 → Clasificación 3

- Cualquier medicamento. Cirugía en alguno de estos problemas.
- Cualquier problema con los pechos (displasia, cáncer ...)
- La cirugía para estos problemas.
- ¿Menopausia? (O la andropausia en los hombres) Cualquier hormonal? (Lo mismo para los hombres en la andropausia).
 - La menopausia o andropausia:
 - Sin hormonoterapia o síntomas →
Clasificación 0
 - Sintomática o con hormonoterapia →
Clasificación 1

Psiquiátrico

- Cualquier problema de la depresión, la ansiedad, el alcohol, el abuso de drogas, u otros problemas.

- problemas de personalidad se clasifican en esta sección, pero la historia clínica del paciente deben ser controlados.
- Cualquier medicamento para estos problemas.

Anexo 2

Catorce sistemas de una versión modificada del IEA/ CIRS

Sistemas	Las puntuaciones ^a					
	0	1	2	3	4	
Cardíaco						
Vascular						
Hematológico						
Respiratorio						
Oftalmológica y ORL						
Tracto gastrointestinal superior						
Tracto gastrointestinal inferior						
Hepática y pancreática						
Renal						
Genitourinario						
Musculoesqueléticos y tegumentos						
Neurológico						
Endocrinas, metabólicas, de mama						
Psiquiátrico						
Puntuación total ^b						

a. Una sola puntuación se le da a cada sistema.

b. Puntuación total = suma de todas las puntuaciones.

11. Bibliografía

1. Prados-Torres D, del Cura-González I, Prados-Torres A. Hacia un modelo de atención a la multimorbilidad en atención primaria. *Aten Primaria*. 2017 May;49(5):261–2.
2. Salisbury C, Johnson L, Purdy S, Valderas JM, Montgomery AA. Epidemiology and impact of multimorbidity in primary care: a retrospective cohort study. *Br J Gen Pract*. 2011 Jan 1;61(582):e12–21.
3. Román P, Ruiz-Cantero A. La pluripatología, un fenómeno emergente y un reto para los sistemas sanitarios. *Rev Clínica Esp*. 2017 May;217(4):229–37.
4. Multi 8 Multimorbidity.en.es.pdf.
5. Pariser P, Pham T-N (Tia), Brown JB, Stewart M, Charles J. Connecting People With Multimorbidity to Interprofessional Teams Using Telemedicine. *Ann Fam Med*. 2019 Aug 12;17(Suppl 1):S57–62.
6. Makovski TT, Schmitz S, Zeegers MP, Stranges S, van den Akker M. Multimorbidity and quality of life: Systematic literature review and meta-analysis. *Ageing Res Rev*. 2019 Aug;53:100903.
7. Vermunt NP, Harmsen M, Elwyn G, Westert GP, Burgers JS, Olde Rikkert MG, et al. A three-goal model for patients with multimorbidity: A qualitative approach. *Health Expect*. 2018 Apr;21(2):528–38.
8. Rijken M, Hujala A, van Ginneken E, Melchiorre MG, Groenewegen P, Schellevis F. Managing multimorbidity: Profiles of integrated care approaches targeting people with multiple chronic conditions in Europe. *Health Policy*. 2018 Jan;122(1):44–52.
9. Sturmberg JP, Botelho RJ, Kissling B. Integrated Multimorbidity Management in Primary Care: Why, What, How, and How To? *J Comorbidity*. 2016 Jan;6(2):114–9.
10. Damarell RA, Morgan DD, Tieman JJ. General practitioner strategies for managing patients with multimorbidity: a systematic review and thematic synthesis of qualitative research. *BMC Fam Pract*. 2020 Dec;21(1):131.
11. Barros Urzua J, Zamorano Pichard P, Varela Yuraszeck T, Irazoqui Soto E, Téllez Téllez A. Cambios en el modelo de atención de personas con multimorbilidad crónica: una revisión narrativa. *ARS MEDICA Rev Cienc Médicas*. 2019 Dec 12;44(4):35–40.

12. Prados-Torres A, del Cura-González I, Prados-Torres JD, Leiva-Fernández F, López-Rodríguez JA, Calderón-Larrañaga A, et al. Multimorbilidad en medicina de familia y los principios Ariadne. Un enfoque centrado en la persona. *Aten Primaria*. 2017 May;49(5):300–7.
13. Luijks HD, Lagro-Janssen ALM, van Weel C. Multimorbidity and the Primary Healthcare Perspective. *J Comorbidity*. 2016 Jan;6(2):46–9.
14. Wheatley D. Timolol and bendrofluazide in the management of hypertension in general practice. *Eur J Clin Pharmacol*. 1978 Dec 18;14(5):319–24.
15. Boeckstaens P, Brown JB, Reichert SM, Smith CNC, Stewart M, Fortin M. Perspectives of specialists and family physicians in interprofessional teams in caring for patients with multimorbidity: a qualitative study. *CMAJ Open*. 2020 Apr;8(2):E251–6.
16. Wallace E, Salisbury C, Guthrie B, Lewis C, Fahey T, Smith SM. Managing patients with multimorbidity in primary care. *BMJ*. 2015 Jan 20;350(jan20 2):h176–h176.
17. Albrecht T, Dyakova M, Schellevis FG, Van den Broucke S. Many Diseases, One Model of Care? *J Comorbidity*. 2016 Jan;6(1):12–20.
18. World Health Organization, Novena conferencia Mundial sobre promoción de salud, Shangai 2016
19. Bernabeu-Wittel M, et al. Estratificación pronóstica y abordaje asistencial de los pacientes pluripatológicos. *Rev Clin Esp*. 2017. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rce.2017.01.011>