

Multimorbilidad: ¿es el todo la suma de las partes?

Dra. Karin Kopitowski

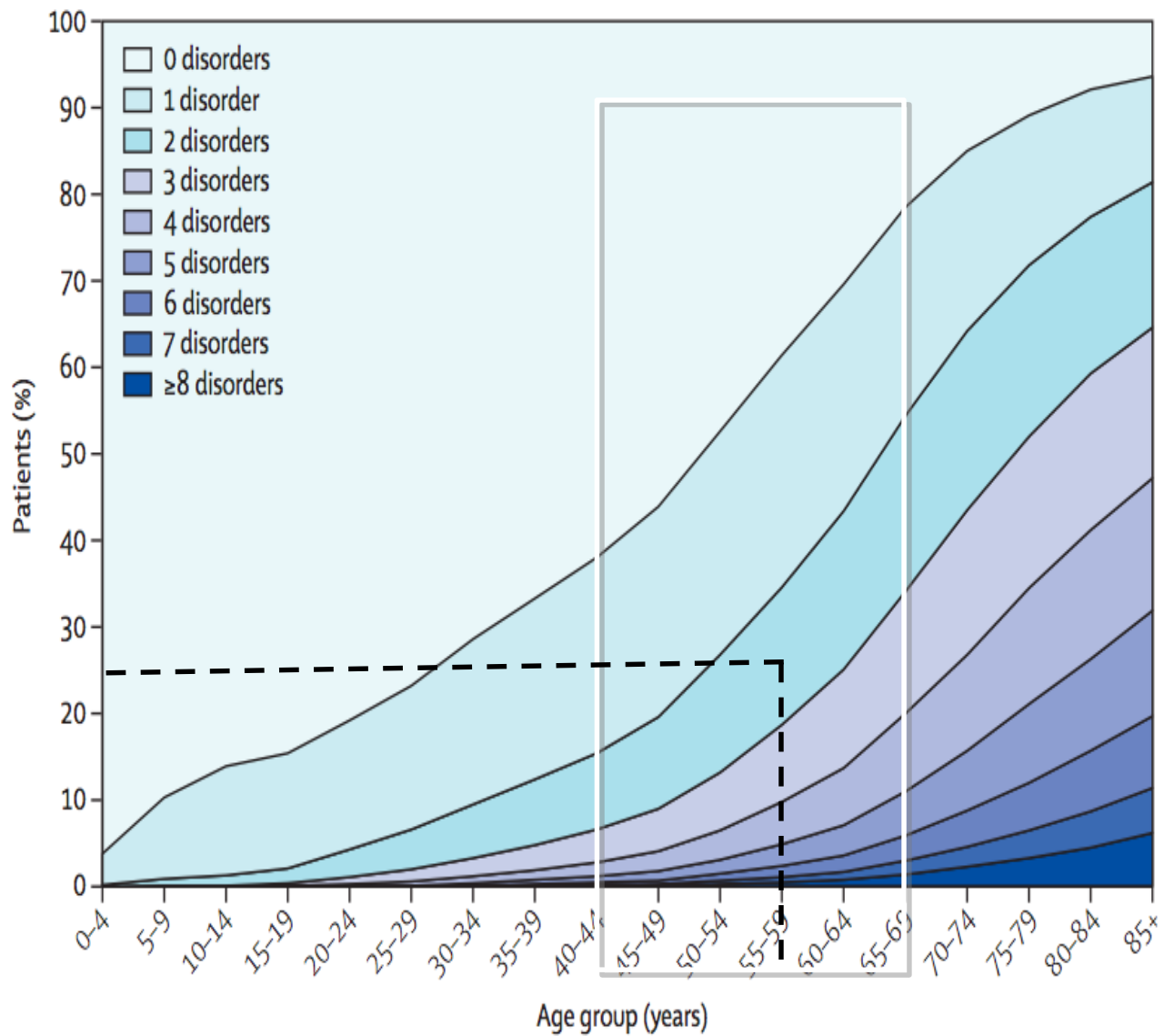
karin.kopitowski@hiba.org.ar

@karinkopitow

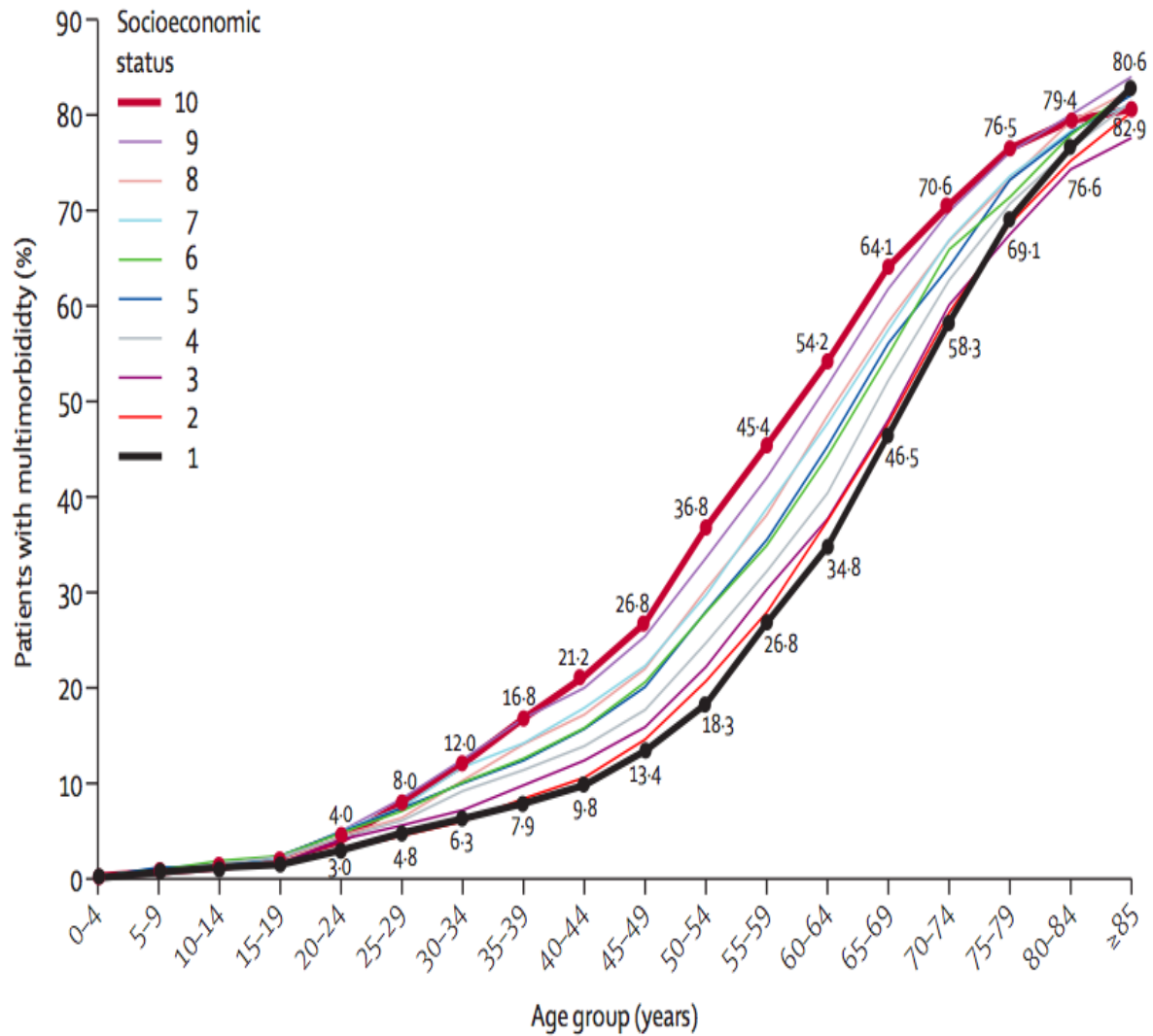
Noviembre 2023

- NO TENGO RELACIÓN CON
- EMPRESAS CON FINES DE LUCRO



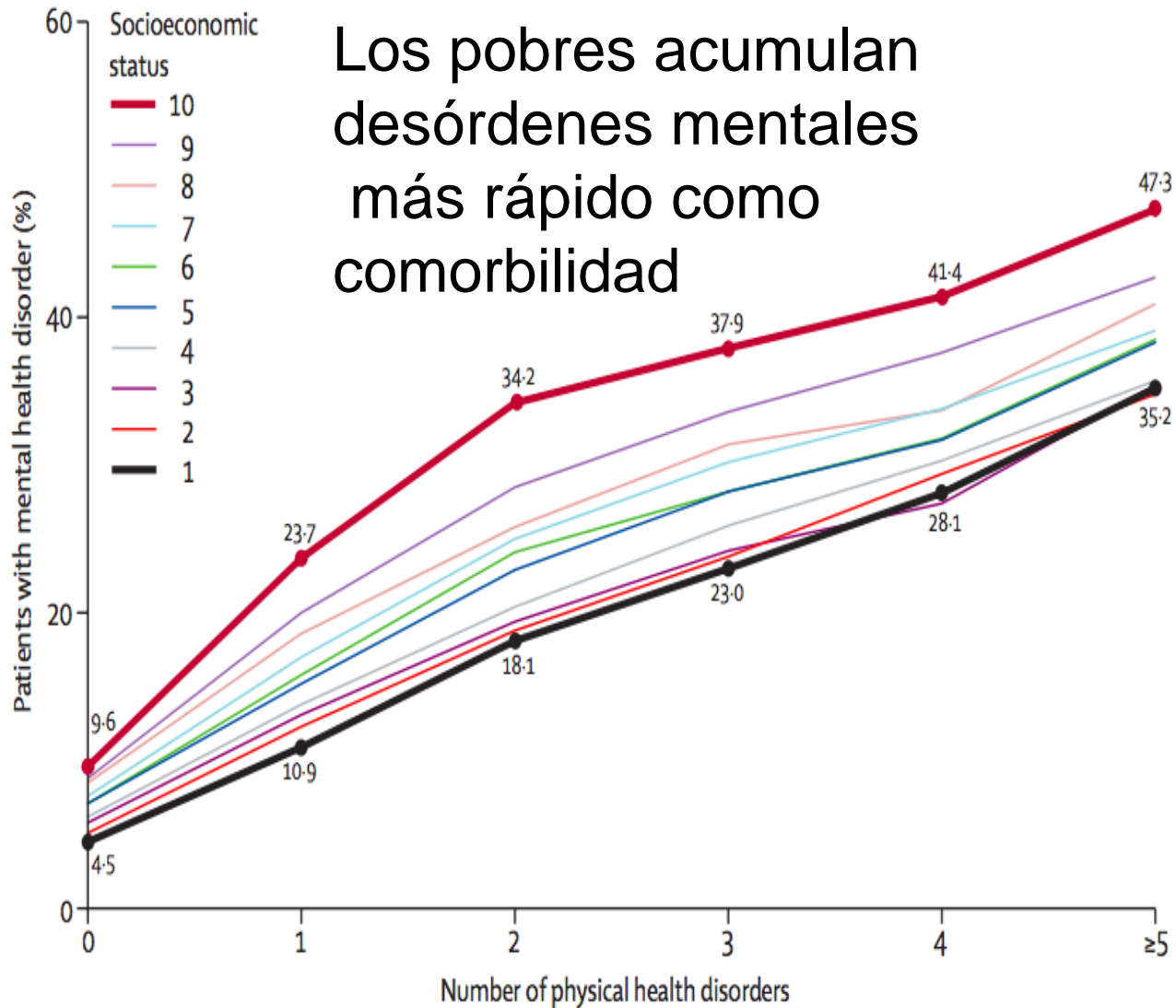


Barnett et al. Lancet 2012



Barnett et al.
Lancet 2012

Los pobres acumulan desórdenes mentales más rápido como comorbilidad





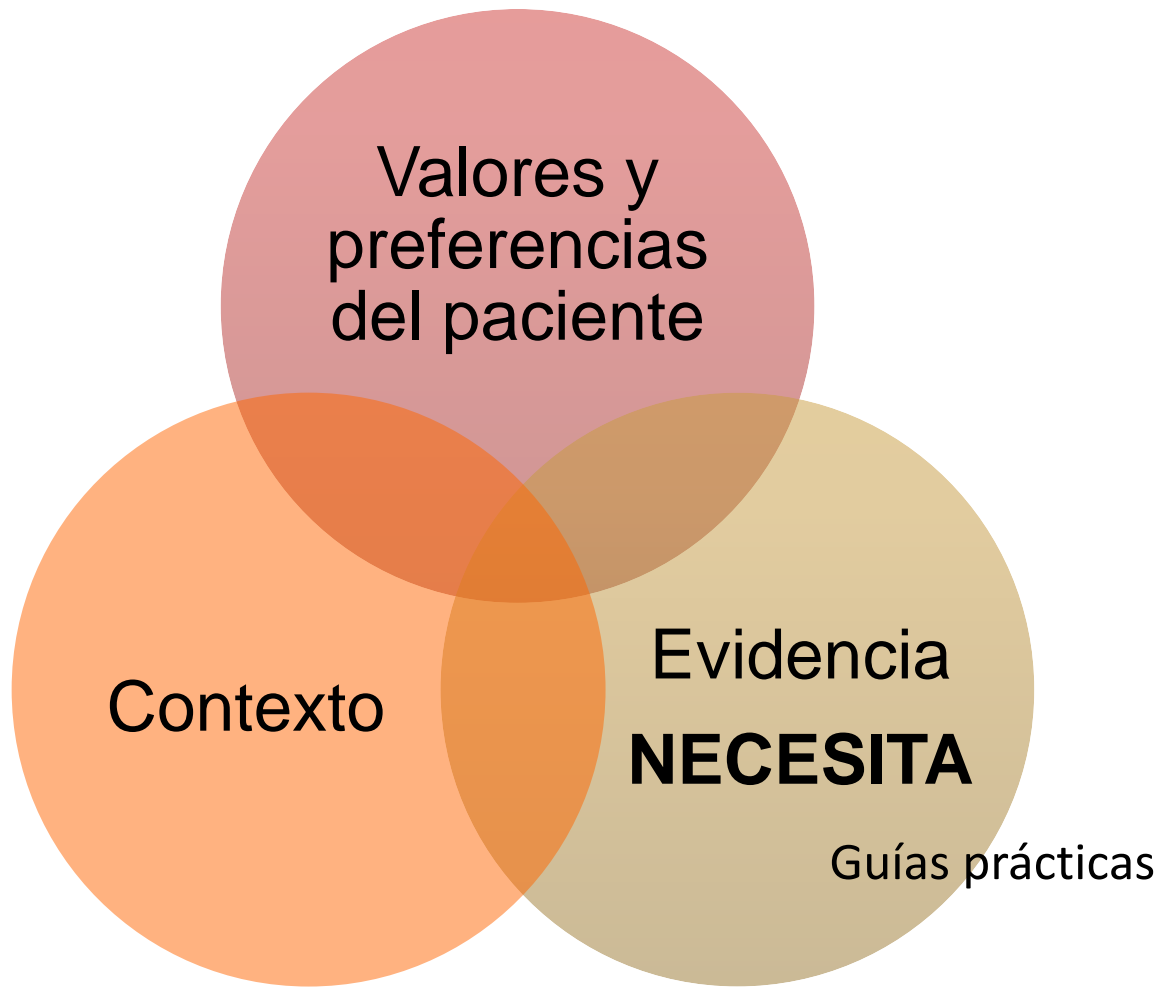
- Cuál es el problema más que qué diagnóstico tiene



Valores y
preferencias
del paciente

Contexto

Evidencia





ANALYSIS

Adapting clinical guidelines to take account of multimorbidity

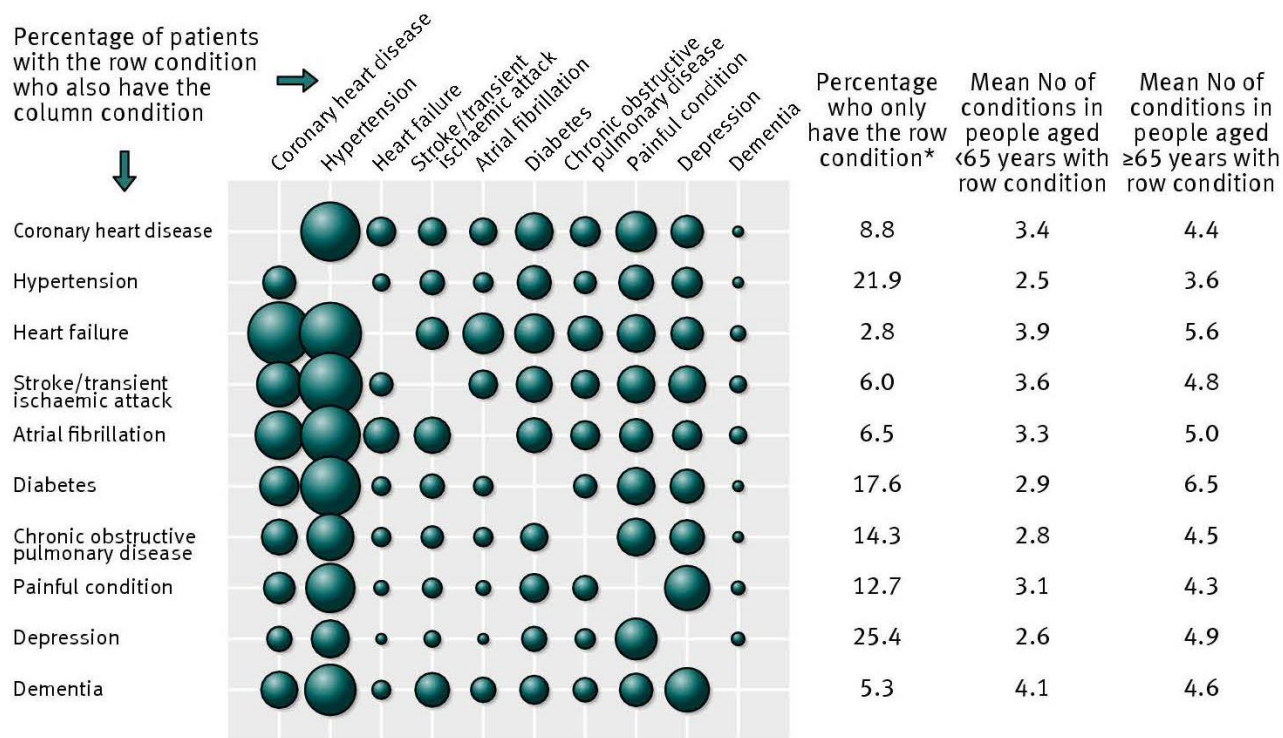
Care of patients with multimorbidity could be improved if new technology is used to bring together guidelines on individual conditions and tailor advice to each patient's circumstances, say **Bruce Guthrie and colleagues**

Bruce Guthrie *professor of primary care medicine*¹, Katherine Payne *professor of health economics*², Phil Alderson *associate director*³, Marion E T McMurdo *professor of ageing and health*¹, Stewart W Mercer *professor of primary care research*⁴

¹Population Health Sciences Division, Medical Research Institute, University of Dundee, Dundee DD2 4BF, UK ; ²School of Community Based Medicine, University of Manchester, Manchester, UK; ³Centre for Clinical Practice, National Institute for Health and Clinical Excellence, Manchester, UK ; ⁴University of Glasgow, Glasgow, UK

Most people with a chronic condition have multimorbidity, but — guidance for individual conditions, but combining

Figure



* Percentage who do not have one of 39 other conditions in the full count

Comorbidity of 10 common conditions among UK primary care patients²

WHAT IS ALREADY KNOWN ON THIS TOPIC

There is increasing recognition that clinical guidelines should better account for patients with multimorbidity

Many guidelines recommend drug treatments, but current guidelines rarely consider drug-disease or drug-drug interactions in these recommendations

WHAT THIS STUDY ADDS

For the 12 guidelines examined, drug-disease interactions were relatively uncommon, with the exception of interactions when an individual has comorbid chronic kidney disease

Potentially serious drug-drug interactions were common, although the harm caused will depend on both how commonly different conditions are comorbid and the prevalence and severity of the harm caused by the interaction

Guideline developers need to more explicitly account for drug-disease and drug-drug interactions in people with multimorbidity and should use epidemiological evidence to identify when interactions are likely to be common and serious enough to require specific mention in a guideline.

Guideline developers are currently limited by the use of paper based guidelines. Adaptive electronic based guidelines that allow interactive searching for specific conditions are a potential way forward to account for multimorbidity in guideline recommendations

RESEARCH

OPEN ACCESS



Drug-disease and drug-drug interactions: systematic examination of recommendations in 12 UK national clinical guidelines

Siobhan Dumbreck,¹ Angela Flynn,¹ Moray Nairn,² Martin Wilson,³ Shaun Treweek,⁴ Stewart W Mercer,⁵ Phil Alderson,⁶ Alex Thompson,⁷ Katherine Payne,⁷ Bruce Guthrie¹

For numbered affiliations see end of article.

Correspondence to: B Guthrie B.Guthrie@dundee.ac.uk

Additional material is published online only. To view please visit the journal online (<http://dx.doi.org/10.1136/bmj.h949>)

Cite this as: *BMJ* 2015;350:h949

doi:10.1136/bmj.h949

Accepted: 12 January 2015

ABSTRACT

OBJECTIVE

To identify the number of drug-disease and drug-drug interactions for exemplar index conditions within National Institute of Health and Care Excellence (NICE) clinical guidelines.

DESIGN

Systematic identification, quantification, and classification of potentially serious drug-disease and drug-drug interactions for drugs recommended by NICE clinical guidelines for type 2 diabetes, heart failure, and depression in relation to 11 other common conditions and drugs recommended by NICE guidelines for those conditions.

SETTING

NICE clinical guidelines for type 2 diabetes, heart failure, and depression.

MAIN OUTCOME MEASURES

Potentially serious drug-disease and drug-drug interactions.

RESULTS

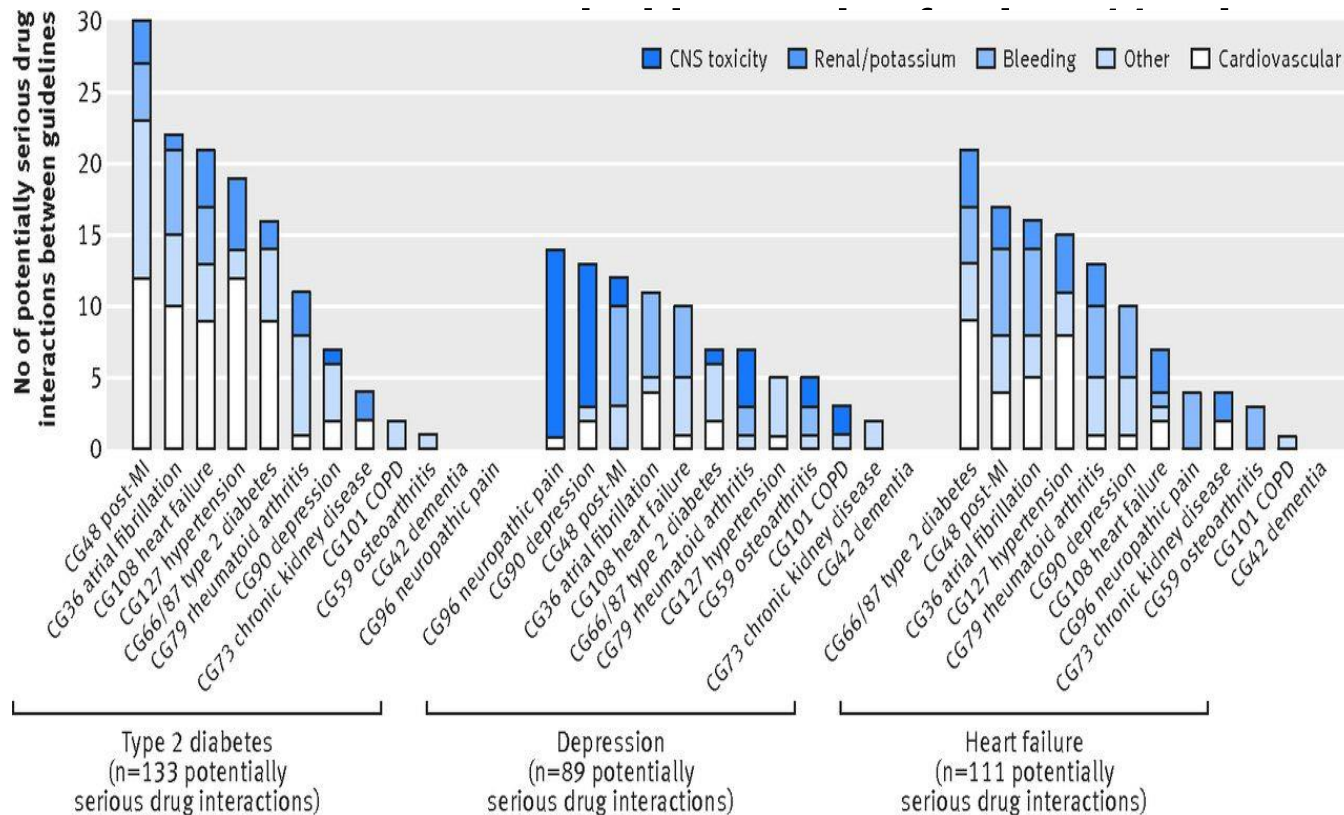
Following recommendations for prescription in 12 national clinical guidelines would result in several potentially serious drug interactions. There were 32 potentially serious drug-disease interactions between drugs recommended in the guideline for type 2 diabetes and the 11 other conditions compared with six for drugs

recommended in the guideline for depression and 10 for drugs recommended in the guideline for heart failure. Of these drug-disease interactions, 27 (84%) in the type 2 diabetes guideline and all of those in the two other guidelines were between the recommended drug and chronic kidney disease. More potentially serious drug-drug interactions were identified between drugs recommended by guidelines for each of the three index conditions and drugs recommended by the guidelines for the 11 other conditions: 133 drug-drug interactions for drugs recommended in the type 2 diabetes guideline, 89 for depression, and 111 for heart failure. Few of these drug-disease or drug-drug interactions were highlighted in the guidelines for the three index conditions.

CONCLUSIONS












Drug-disease interactions were relatively uncommon with the exception of interactions when a patient also has chronic kidney disease. Guideline developers could consider a more systematic approach regarding the potential for drug-disease interactions, based on epidemiological knowledge of the comorbidities of people with the disease the guideline is focused on, and should particularly consider whether chronic kidney disease is common in the target population. In contrast, potentially serious drug-drug interactions between recommended drugs for different conditions were common. The extensive number of potentially serious interactions requires innovative interactive approaches

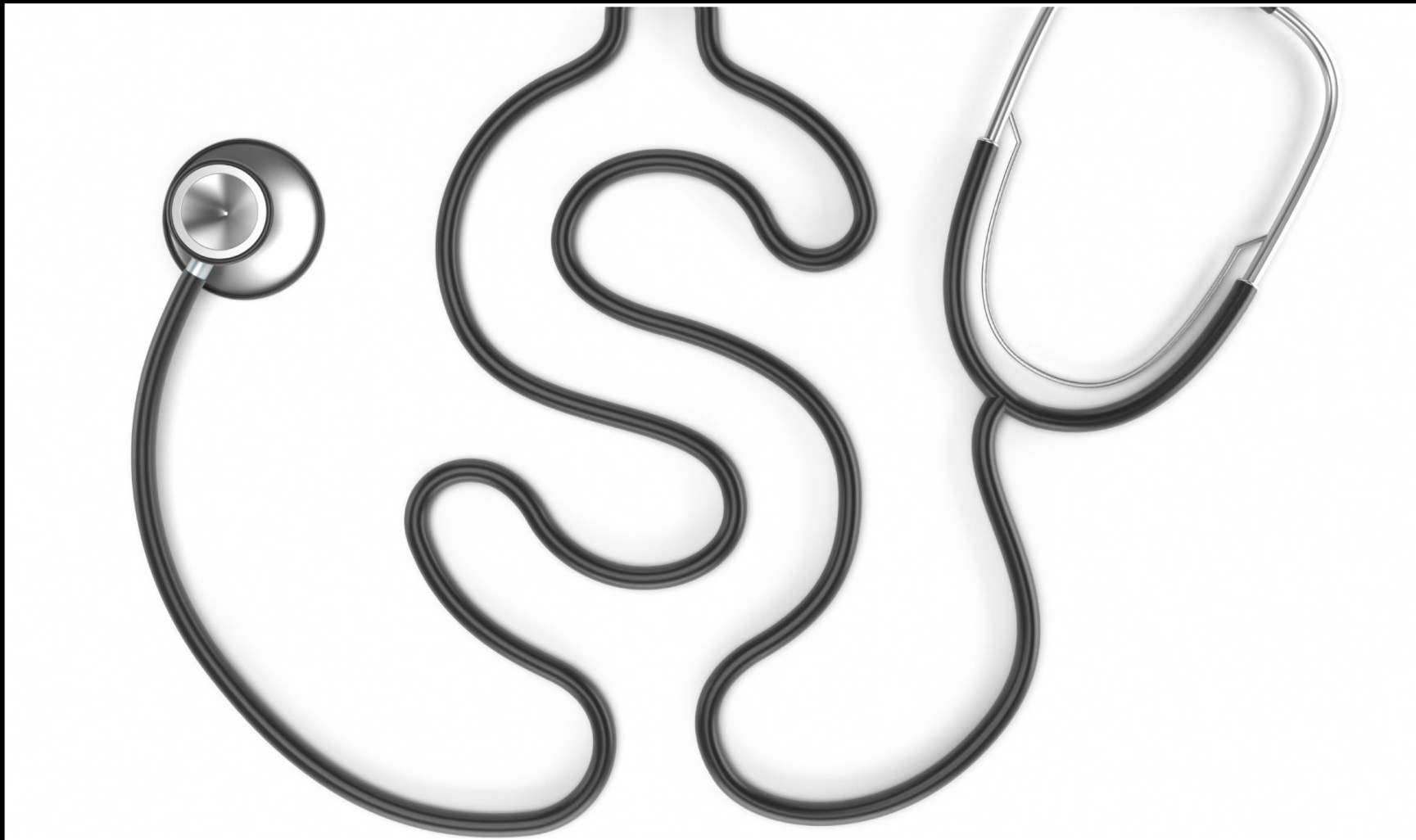
Fig 3 Types of potentially serious harm from drug-drug interactions between drugs recommended by clinical guidelines for three index conditions and drugs



Siobhan Dumbreck et al. *BMJ* 2015;350:bmj.h949

Reporte público de calidad sanitaria, Minnesota

<u>Allina Medical Clinic</u>	Minneapolis	55407	71%	
<u>Adult Medicine, PA</u>	St. Paul	55104	69%	
<u>France Avenue Family Physicians</u>	Edina	55435	69%	
<u>Quello Clinic</u>	Minneapolis	55440	68%	
<u>Southdale Internal Medicine, P.A.</u>	Edina	55435	68%	
<u>Mark P. Stesin, MD, PA</u>	Robbinsdale	55422	67%	
<u>Richfield Medical Group</u>	Richfield	55423	67%	
<u>CentraCare Health System</u>	St. Cloud	56303	67%	
<u>Western Wisconsin Medical Associates</u>	Hudson	54016	67%	
<u>HealthPartners Clinics</u>	Minneapolis	55425	66%	
<u>Mayo Clinic</u>	Rochester	55905	66%	



Pago por desempeño

WIN!
\$1,000,000



- Prisión
- Premio nobel de la paz
- Sudáfrica



To cite: Kunneman M,
Montori VM, Shah ND.
BMJ Qual Saf Published Online
First: [please include Day
Month Year]. doi:10.1136/
bmjqs-2017-006814

Authors' conclusions

This review identifies the emerging evidence to support policy for the management of people with multimorbidity and common comorbidities in primary care and community settings. There are remaining uncertainties about the effectiveness of interventions for people with multimorbidity in general due to the relatively small number of RCTs conducted in this area to date, with mixed findings overall. It is possible that the findings may change with the inclusion of large ongoing well-organised trials in future updates. The results suggest an improvement in health outcomes if interventions can be targeted at risk factors such as depression, or specific functional difficulties in people with multimorbidity.



**Cochrane
Library**

Cochrane Database of Systematic Reviews

Interventions for improving outcomes in patients with multimorbidity in primary care and community settings (Review)

Smith SM, Wallace E, O'Dowd T, Fortin M

Smith SM, Wallace E, O'Dowd T, Fortin M.
Interventions for improving outcomes in patients with multimorbidity in primary care and community settings.
Cochrane Database of Systematic Reviews 2016, Issue 3. Art. No.: CD006560.
DOI: 10.1002/14651858.CD006560.pub3.

www.cochranelibrary.com

Interventions for improving outcomes in patients with multimorbidity in primary care and community settings (Review)
Copyright © 2016 The Cochrane Collaboration. Published by John Wiley & Sons, Ltd.

WILEY

Toma de decisiones
compartida
Herramientas

Valores
QUIERE

Contexto
PUEDE

Evidencia
NECESITA

Guías
prácticas
Calidad
sanitaria



Tomar las propias decisiones

- Conocer las opciones
- Las consecuencias de cada una
- Las probabilidades de que ocurran

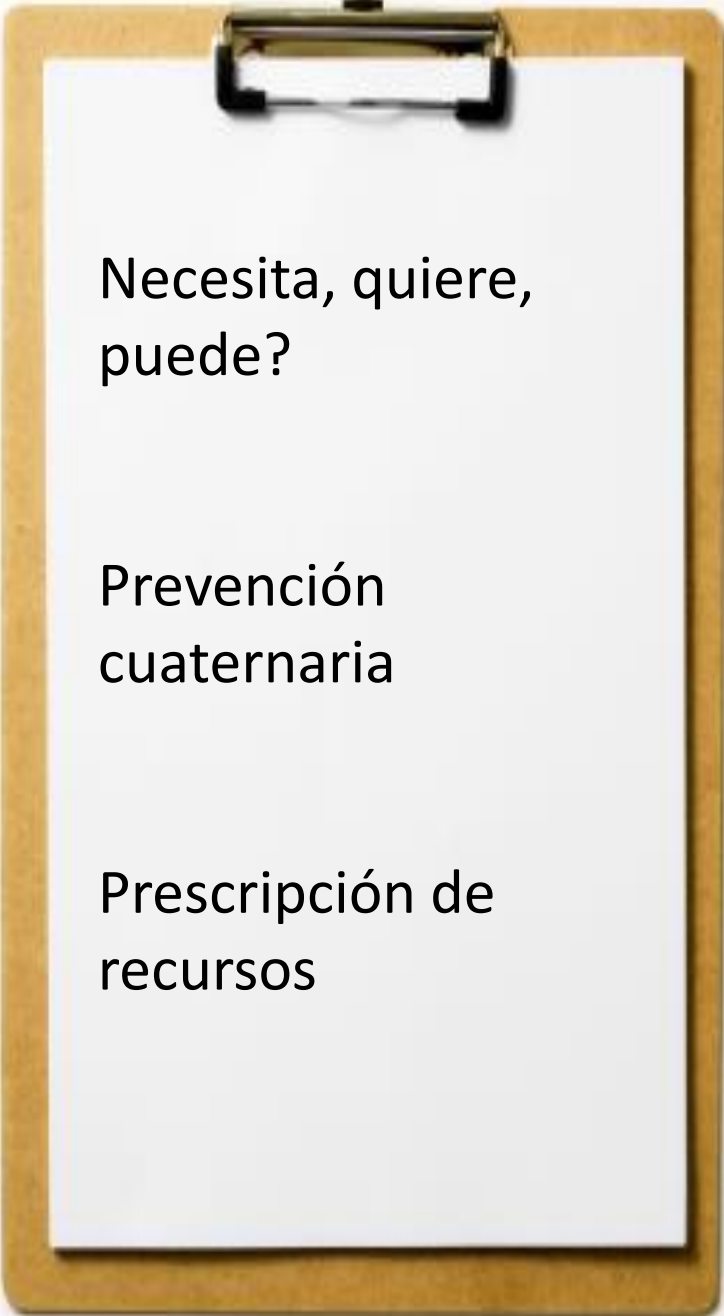


A hand is holding a black tablet. The screen of the tablet is white and displays text. The text is arranged in three lines. The first line is "Primer nivel", the second line is "extremadamente complejo", and the third line is "Clínicamente resolutivo". Below these three lines, there is a fourth line of text: "Banderas rojas 'biomédicas' y contextuales". A finger from the other hand is pointing at the text on the screen.

Primer nivel
extremadamente complejo

Clínicamente resolutivo

Banderas rojas "biomédicas"
y contextuales



Necesita, quiere,
puede?

Prevención
cuaternaria

Prescripción de
recursos







Medicina mínimamente impertinente

Prestación de servicios de salud necesarios de tal manera de reducir la carga del paciente mientras se persiguen los objetivos del paciente



May CR, Montori VM, Mair FS. BMJ 2009; 339:b2803





ANALYSIS

Treatment burden should be included in clinical practice guidelines

Claudia Dobler and colleagues argue that clear information on treatment burden in guidelines could improve decision making

Claudia C Dobler *consultant pulmonologist*^{1,2,3}, Nathan Harb *medical student*³, Catherine A Maguire *patient involvement and engagement*², Carol L Armour *professor of pharmacology*^{2,4}, Courtney Coleman *patient involvement and engagement*⁵, M Hassan Murad *professor of medicine*¹

¹Evidence Based Practice Center, Robert D and Patricia E Kem Center for the Science of Health Care Delivery, Mayo Clinic, Rochester, MN, USA;

²Woolcock Institute of Medical Research, University of Sydney, Sydney, NSW, Australia; ³South Western Sydney Clinical School, University of New South Wales, NSW, Sydney, Australia; ⁴Central Sydney Area Health Service, Sydney, NSW, Australia; ⁵European Lung Foundation, Sheffield, UK

Implementation of medical treatment regimens demands a lot of time and effort and can result in substantial burden for

conditions, the workload rose to 18 medications a day, 6.6 healthcare visits a month, and 80.7 (35.8) hours a month in



Herramientas para toma de decisiones

Valores
QUIERE

Contexto
PUEDE

Evidencia
NECESITA

Carga / Capacidad

Guías prácticas





- Mujer de 75 años de edad
- Con IAM previo, diabetes tipo 2, artrosis, EPOC y depresión



IRS

Metformina

Medicación inhalatoria

Aspirina

IECA

Estatinas

Betabloqueantes

Paracetamol/AINE

Cesación tabáquica (evaluar
drogas)

Higiene del sueño

Actividad aeróbica diaria

Intervención psicosocial

Ejercicios fortalecimiento

Alimentación saludable

Perder peso

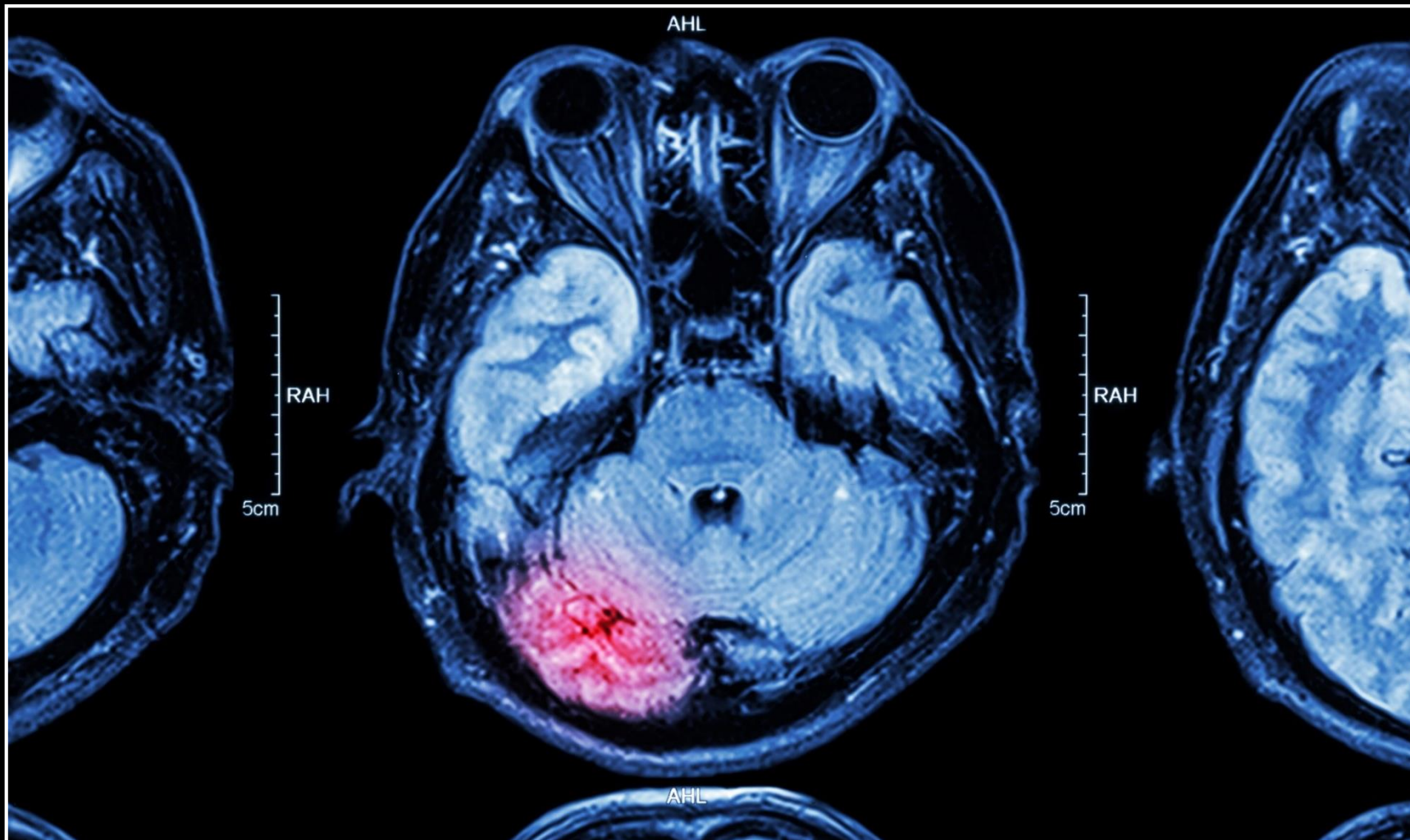
Educación diabetológica

Cesación tabáquica

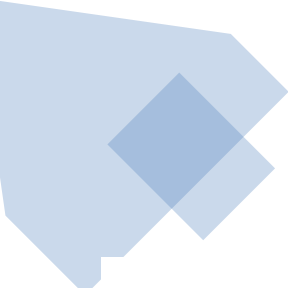
Calzado apropiado



-
- Seguimiento Médico de atención primaria para el tema anímico
 - Intervención psicosocial
 - Revisión anual para el resto patologías
 - Rastreo retinopatía
 - 3/6 meses Hg glicosilada
 - Monitoreo TA dos veces al año
 - Vacunación
 - Eventual derivación para cesación tabaco si nos supera u ofrecerlo nosotros
 - Evaluar kinesiólogía respiratoria



Una señora con un ACV

- 
- Dieta hiposódica, hipograsa y para diabéticos.
 - Realizar actividad física.
 - Control periódico de la tensión arterial, llevando un registro escrito.


Medicación:

- Aspirina 100 mg al día por la mañana. NUEVA.
- Atorvastatina 20 mg al día con la cena. NUEVA DOSIS.
- Regulip 1000 (omega 3) 1 comprimido por día por la noche. NUEVO.
- Vildagliptina 50 mg/Metformina 850 mg por la mañana + metformina 850 mg, por la noche
- Insulina Levemir 40 unidades internacionales a las 11:00 horas + 40 unidades internacionales a las 23:00 horas + correcciones con Novorapid.
- Enalapril 10 mg cada 12 horas.

Rehabilitación:

- Fonoaudiología para rehabilitación del habla y la deglución.

Estudios a realizar:

- Polisomnografía nocturna con oximetría de pulso.
 - Monitoreo ambulatorio de la presión arterial el día 10 de enero a las 14:30 horas en Perón 4190. Presentarse con 4 (cuatro) pilas A.A, marca Duracell o Energizer. Se sugiere adecuada higiene personal y concurrir con ropa prendida por delante (camisa).
- 

Seguimiento:

- Turno control con grupo PROTEGE A.C.V. el día Lunes 15 de Enero a las 11hs con la Dra. Claudia Alonzo en Perón 4190, segundo piso, Secretaría de Clínica Médica.
- Turno control con Neurología sección Enfermedades Cerebrovasculares el día miércoles 17 de enero a las 10 horas en Potosí 4292, Consultorios externos. Solicitar derivación a médico de cabecera.
- Solicitar turno con Endocrinología para seguimiento de diabetes con regular control metabólico.
- Solicitar turno control con Médico/a de Cabecera para control periódico de salud.
- Solicitar turno control con Cardiología.

Pautas de alarma:

Debe concurrir a guardia central ante la aparición de los siguientes síntomas:

- Somnolencia anormal o confusión.
- Dolor de cabeza intenso, vómitos, molestias al ver la luz que no ceden con dos dosis de analgésicos comunes.
- Fiebre persistente.
- Síntomas de déficit neurológico no presentes previamente (problemas para hablar, tragar o ver; dejar de sentir o dejar de mover una parte del cuerpo; sensación de giro de las cosas).
- Registros de tensión arterial superiores a 200/120 mmHg.



Fecha Turno	Alias	
27/12/17 9:15	DIETOLOGIA-15-EDIFICIO PS	CASTRO MARIA
Practica:ENTREVISTA DIETOLOGICA		
27/12/17 10:20	NEUROLOGIA-ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES	EQUIPO CEREBR
27/12/17 11:03	TRAUMATO DEMANDA ESPONTANEA-ORTOPEDIA-POTOSI 4247	EQUIPO DEMANI
29/12/17 14:40	CONS 1 T.T ECO MUSC. ORTOP C/10 DES. 14 AÑOS DRA.ALVAREZ/MIER.DIMEMO/ VIERNES DR JOLY	ECOGRAFIA MUS T.T
Práctica: ECOGRAFIA MUSCULOESQUELETICA DE RODILLA IZQUIERDA		
3/1/18 22:30	NEUROLOGIA ADULTOS - PSG NOCTURNA -	POLISOMNOGRA
Practica:POLISOMNOGRAFIA NOCTURNA CON OXIMETRIA		
5/1/18 10:11	HACER ANALISIS EN LABORATORIO CENTRAL	
5/1/18 10:11	KINESIOLOGIA REH POP PROTESIS RODILLA	POZZO MARIA M
Practica:SESION DE KINESIOTERAPIA		
9/1/18 10:05	KINESIOLOGIA REH POP PROTESIS RODILLA	POZZO MARIA M
Practica:SESION DE KINESIOTERAPIA		
10/1/18 12:20	CARDIOLOGIA-PRACTICAS	PEREYRA DANIE
Practica: ECODOPPLER COLOR VENOSO DE AMBOS MIEMBROS INFERIORES		
10/1/18 14:30	MONITOREO AMBULATORIO DE PRESION ARTERIAL (MAPA)	EQUIPO MAPA
Practica:MONITOREO CONTINUO DE PRESION ARTERIAL AMBULATORIO		
11/1/18 11:20	MEDICOS DE CABECERA	KOPITOWSKI KA
12/1/18 14:00	CARDIOLOGIA-	RODRIGUEZ AM/
15/1/18 11:00	PROGRAMA PROTEGE ACV-	ALONZO CLAUD
Practica: CONSULTA PROTEGE-ACV		
5/1/18 10:11	KINESIOLOGIA REH POP PROTESIS RODILLA	POZZO MARIA M
Practica:SESION DE KINESIOTERAPIA		
24/1/18 10:20	NEUROLOGIA-ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES	CEA CLARISA
25/1/18 14:00	ENDOCRINOLOGIA-20	CAPURRO LINA I
26/1/18 9:40	TRAUMATO PIE DIABETICO-20	EQUIPO PIE DIAE
31/1/18 9:15	DIETOLOGIA-15	CASTRO MARIA I
Practica: ENTREVISTA DIETOLOGICA		
5/2/18 10:11	HACER ANALISIS EN LABORATORIO CENTRAL	
16/3/18 10:30	ORL ADULTOS-15-	PARREÑO MATIA





SPECIAL ARTICLES

Patient-Centered Care for Older Adults with Multiple Chronic Conditions: A Stepwise Approach from the American Geriatrics Society

American Geriatrics Society Expert Panel on the Care of Older Adults with Multimorbidity*

A spiral-bound notebook with a white cover and a dark red spine. The notebook is open, showing two pages. The left page has a light blue background with a white spiral binding on the right edge. The right page has a light yellow background with a white spiral binding on the left edge. The text is written in black on both pages.

1) Dominio de preferencias

2) El dominio de la evidencia científica

3) El dominio del pronóstico

4) El dominio de la factibilidad

5) Optimización de terapias y cuidados

Evaluar las interacciones potenciales, los problemas de salud y tratamientos del paciente, la constitución y el contexto

1. Mantenga una lista de todos los problemas de salud actuales del paciente, evalúe su gravedad e impacto, y revise la medicación tomada por el paciente
2. Monitorice activamente los signos de ansiedad, angustia y depresión, y/o disfunción cognitiva, incluyendo problemas de adicción y signos no específicos o síntomas tales como problemas de sueño, pérdida de apetito o problemas de hidratación
3. Obtenga y considere las circunstancias sociales, las limitaciones financieras, las condiciones de vida y de apoyo social, la alfabetización de la salud, la autonomía funcional y las estrategias de afrontamiento
4. Anote la totalidad de médicos y terapeutas involucrados en el cuidado del paciente y evalúe la carga total de tratamiento

Identificar las preferencias y prioridades: los resultados más y menos deseados por el paciente

5. Identifique las preferencias del paciente en cuanto a resultados de salud genéricos como la supervivencia, la independencia, el dolor y el alivio de los síntomas incluyendo las necesidades de cuidados paliativos, y sea consciente de sus propias preferencias (implícitas), ya que pueden no ser las mismas que las del paciente
6. En su caso, tenga en cuenta las preferencias de los cuidadores informales o familiares
7. Alcance un acuerdo sobre una meta de tratamiento realista con el paciente (y, en su caso, su cuidador)

Individualizar la gestión para alcanzar los objetivos del tratamiento previamente negociados

8. Sopesar si los beneficios esperados del tratamiento (y prevención) son mayores que los posibles inconvenientes y daños, dado el nivel de riesgo y las preferencias del paciente

9. Evalúe la carga de tratamiento de forma gradual y combinada para el paciente (y, en su caso, su cuidador)

10. Considere el autocuidado del paciente de acuerdo con sus necesidades y capacidades

11. Proporcione instrucciones para garantizar la seguridad del paciente, tales como la identificación de efectos secundarios y/o recomendaciones para un manejo adecuado

12. Acuerde con el paciente un plan de visitas de seguimiento para valorar el logro de metas y volver a evaluar las interacciones

13. Comuníquese con otros proveedores sanitarios y con los cuidadores informales del paciente para que todos estén informados sobre las decisiones de tratamiento y tengan acceso a dicha información



El foco



Centro de la escena



- Sabe Dr, si yo hiciera todo lo que Ud. quiere, no me quedaría tiempo para hacer lo que quiero yo"

