

# INFORME DE SITUACIÓN DE LOS PROCESOS ASISTENCIALES INTEGRADOS DEL SES

DIRECCION GENERAL DE ASISTENCIA SANITARIA (SES)

4 de julio de 2023

## INTRODUCCION

Informe de situación de los PAI con respecto a los indicadores existentes y los nuevos que se están elaborando, realizado para informar en la reunión de la Comisión Central de Procesos del Servicio Extremeño de Salud.

En 2023, se ha avanzado en distintos aspectos de gestión de los procesos asistenciales respecto al número de pacientes nuevos incluidos, áreas sanitarias que se suman a gestionar por procesos, incorporación de personal de enfermería de apoyo a los procesos a través de la continuidad de cuidados y gestión de casos, actividades de difusión y formación, mejoras en los procesos de soporte técnico, como el desarrollo de estos indicadores y la incorporación de nuevas tecnologías, constituyéndose por ejemplo el grupo de trabajo para integrar información procedente del paciente de carácter clínico y asistencial (telemonitorización a través de CSOnline).

Este año también ha significado un avance, que etiquetaría de espectacular, respecto al trabajo de Enfermería en planes e informes de continuidad de cuidados desde distintos ámbitos asistenciales, si bien no son objeto de este informe, complementa los avances en aspectos organizativos con las tareas propias de estos profesionales para cubrir las necesidades de los pacientes con enfermedades crónicas.

El proceso asistencial de mayor repercusión en la sociedad y mayor trascendencia para el sistema sanitario, por su alto consumo de recursos, como es el paciente crónico complejo y continua muy localizado en las áreas sanitarias donde ha surgido un liderazgo clínico, respaldado por las gerencias, como ocurrió en su momento en Cáceres y que actualmente lidera Plasencia. La inestabilidad de plantilla, a veces hospitalaria, a veces de primaria, está condicionando de forma importante que no termine por arrancar en el área de Llerena-Zafra, a pesar de la importante labor realizada por el Coordinador de Continuidad de Cuidados, creado a tal fin y que ha formado en planes de cuidados y su continuidad a cientos de enfermeros en dicho área sanitaria y resto de la comunidad, y por dos enfermeras con función de enlace. La incorporación de dos enfermeros, producto de sendas becas gestionadas por Fundesalud, para el apoyo organizativo y técnico, así como para la difusión y formación de profesionales en todos los aspectos relacionados con la inclusión y atención de pacientes en las áreas de Llerena-Zafra y Plasencia, debería reforzar la

estructura para hacer llegar las ventajas de este modelo asistencial a todos los pacientes que lo necesitan. Del mismo modo, la incorporación de dos TCAE en labores de formación sobre cuidados básicos en domicilio para cuidadores principales de pacientes con altas necesidades asistenciales (pacientes crónicos complejos) puede significar una mejora de la calidad de vida tanto para pacientes como cuidadores. Estos nuevos contratos han surgido del acuerdo en mesa sectorial con representantes sindicales del colectivo.

Las solicitudes de nuevos PAI sobre la Cardiopatía Isquémica Crónica y para el Deterioro Cognitivo fueron aprobadas tras el respaldo de las subdirecciones de Farmacia y Salud Mental y Programas Sanitarios respectivamente, dada las amplias necesidades detectadas respecto a su alta variabilidad clínica actual de manejo, en ocasiones alejadas de las recomendaciones de buenas prácticas. Actualmente hay dos grupos de trabajo definiendo dichos procesos asistenciales, en el primer caso con soporte de la industria en forma de contratación de expertos en procesos de la Sociedad Española de Calidad Asistencial. Este contrato supone el aval de dicha sociedad al producto resultante y la edición del documento. Sería de gran interés poder respaldar el resto de los procesos asistenciales en el momento de su actualización de la misma forma por dicha sociedad científica.

Se han seguido construyendo indicadores de evaluación de los PAI, que son la razón de este informe, uniendo a los datos de gestión del proceso y de morbi-mortalidad (nº de atenciones en dispositivos de urgencias, hospitalizaciones urgentes y mortalidad, además de otros como estancias y reingresos precoces) datos de laboratorio de los pacientes dirigidos a resultados intermedios y de alertas de riesgo de complicaciones graves (criterios de eficacia y seguridad), así como el perfil farmacológico según recomendaciones de las GPC y de medicación de alto riesgo (para el caso de los PCC), estos aún no suficientemente validados. Será muy importante poder finalizar esta experiencia de elaboración de indicadores de gestión clínica porque es la primera vez que se diseñan, extraen y presentan para la toma de decisiones y la mejora de la calidad asistencial de estas enfermedades, así como aprovechar los conocimientos generados en su procedimiento para el desarrollo de otros.

Por último, hay que destacar la necesaria actualización de los documentos que sustentan los PAI, dado que se estableció un periodo de validez de dos años y algunos tienen ya más de cuatro. Esta acción debería venir unida a proporcionar a los responsables regionales de cada proceso asistencial del tiempo y las condiciones apropiadas para llevarlos a cabo, dado que será precisa la creación de nuevos grupos de trabajo multidisciplinares, con profesionales procedentes de distintas áreas, que tras una evaluación previa de lo conseguido y lo que no, se busquen nuevas soluciones y se renueven las cuestiones que hayan quedado obsoletas, con falta de utilidad o que aporten bajo valor.

#### **NOTAS TÉCNICAS:**

Los datos de inclusión, población activa y mortalidad proceden de las tablas de gestión de los propios procesos asistenciales diseñados a tal fin. En concreto los de mortalidad proceden de las bajas de CIVITAS por esa circunstancia. Los datos de asistencia en puntos de atención continuada (PAC) y servicios de urgencias hospitalarios (SUH) proceden de JARA asistencial a través de la aplicación de SAP BW que permite la realización de dichos informes asistenciales. Los datos de hospitalización proceden del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) del SNS, por lo que no están disponibles de forma completa hasta aproximadamente la mitad del año siguiente. Sería prioritario poder explotar esos datos directamente desde JARA asistencial para poder emitir informes más actualizados que permitan una gestión de la hospitalización en tiempo real. Los datos de laboratorio se extraen de Cornalvo teniendo que cruzar distintas tablas, dado que los resultados de los distintos analitos no se presentan junto a la identificación del paciente, nombre del analito en cuestión y episodio de analítica (fecha). Actualmente se está probando con las *query* de SAP, pero debería poder automatizarse para no tener que hacer múltiples extracciones cada vez que se vaya a evaluar. Los datos de prescripción farmacológica se están obteniendo con una fórmula similar a la de laboratorio, teniendo que incluirse múltiples extracciones y filtros, dada las distintas condiciones de prescripción (agudo/crónico, fechas de validez, inicio y finalización, prescripción activa, anuladas, suspendidas, finalizadas, ...hasta quedarnos con la última prescripción de forma crónica / aguda según indicación recomendada o prescripción de riesgo.

La relación expuesta de indicadores se ha seleccionado a partir de la información disponible para la adecuada gestión de los procesos, así como los resultados en morbilidad y mortalidad, consumo de recursos asistenciales, adecuación de la medicación prescrita y aspectos de resultados en salud intermedios sobre eficacia y seguridad procedentes del laboratorio. Todos ellos han sido útiles para el aprendizaje del procedimiento utilizado y que servirán para el diseño de otros más específicos. También serán útiles para dirigir los procesos hacia la excelencia en estos ámbitos, una

vez establecidos sus estándares. Sería útil y aconsejable incluir, a partir de ahora, otros indicadores de proceso relacionados con la actividad de enfermería a través de la cuantificación de informes de continuidad de cuidados (ICC) y del trabajo social a través de los planes de individualizados de atención (PIA), o bien de los propios planes de atención personalizados (PAP) procedentes de los PAI de los pacientes crónicos complejos y del trastorno mental grave. También se deberían comenzar a incluir los resultados que importan al paciente a partir de los cuestionarios de calidad de vida relacionados con la salud, como el EQ 5D 5L, recientemente conseguida su autorización para la integración en JARA, así como aquellos otros que evalúen la experiencia de atención del paciente.

**Más información** sobre los PAI en la intranet del SES <https://serweb.ses.care/pai/> y en la web externa <https://saludextremadura.ses.es/web/procesos-asistenciales-integrados>

Este informe junto al acta de la última reunión y resto de actas estarán disponibles en la dirección:

[G:\SSCC\SESCORP\PAI \(procesos asistenciales integrados\)](G:\SSCC\SESCORP\PAI (procesos asistenciales integrados))

**SIGLAS:**

PAI: Proceso Asistencial Integrado

PCC: Paciente Crónico Complejo

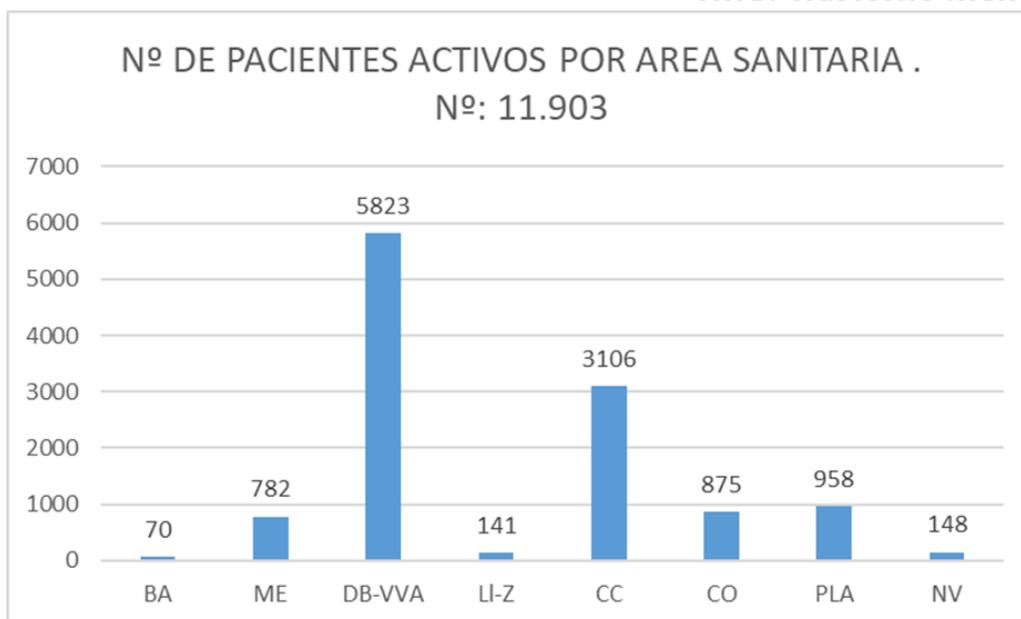
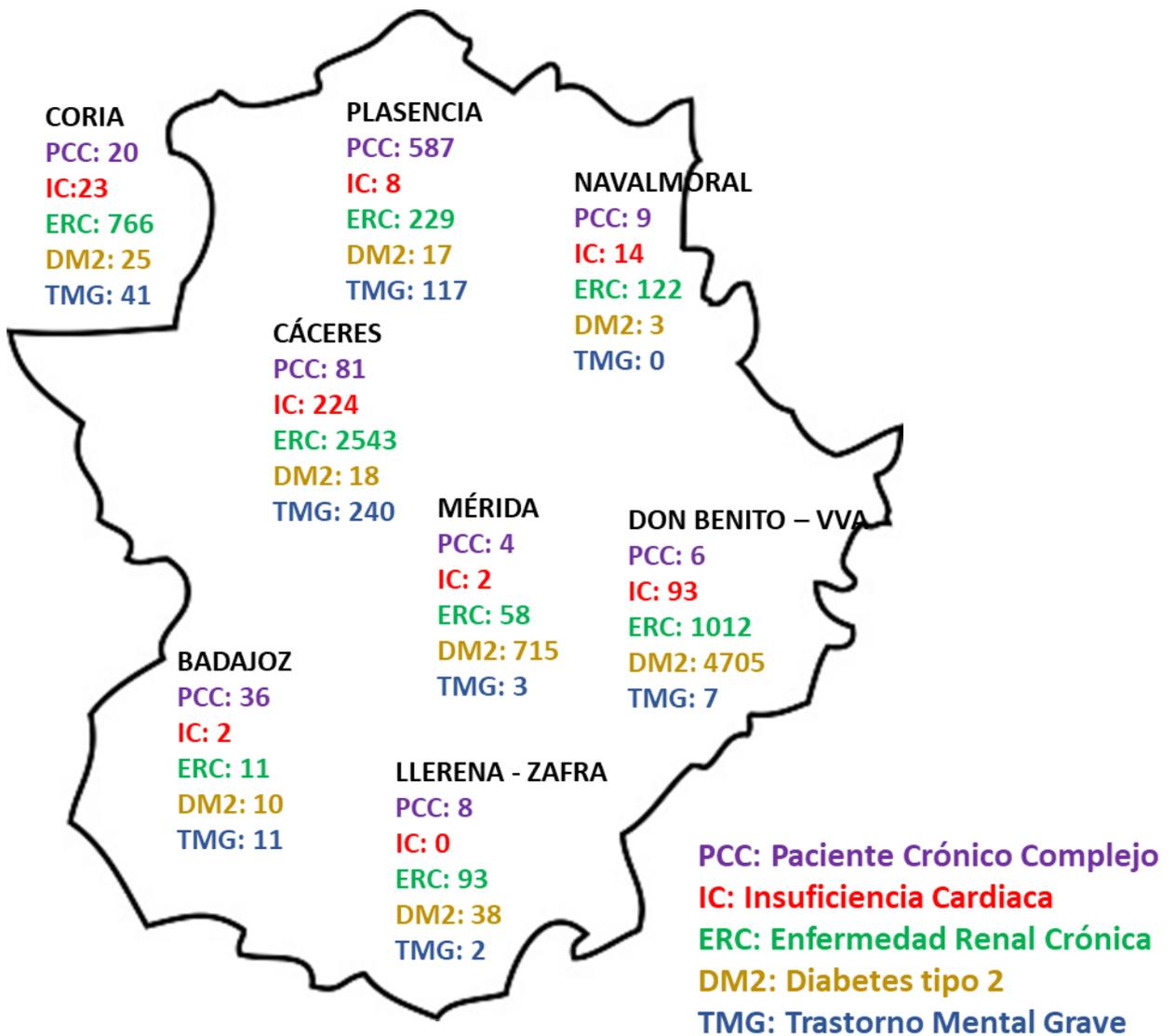
IC: Insuficiencia Cardíaca

ERC: Enfermedad Renal Crónica

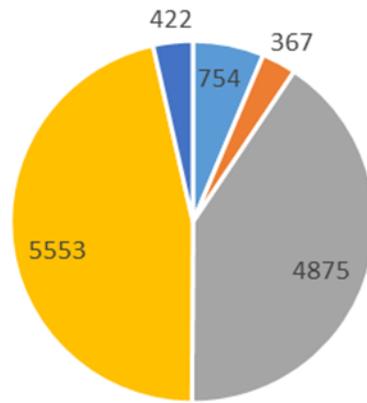
DT2: Diabetes tipo 2

TMG: Trastorno Mental Grave

**PACIENTES ACTIVOS INCLUIDOS EN PAI POR AREA SANITARIA A FECHA 15/06/2023**

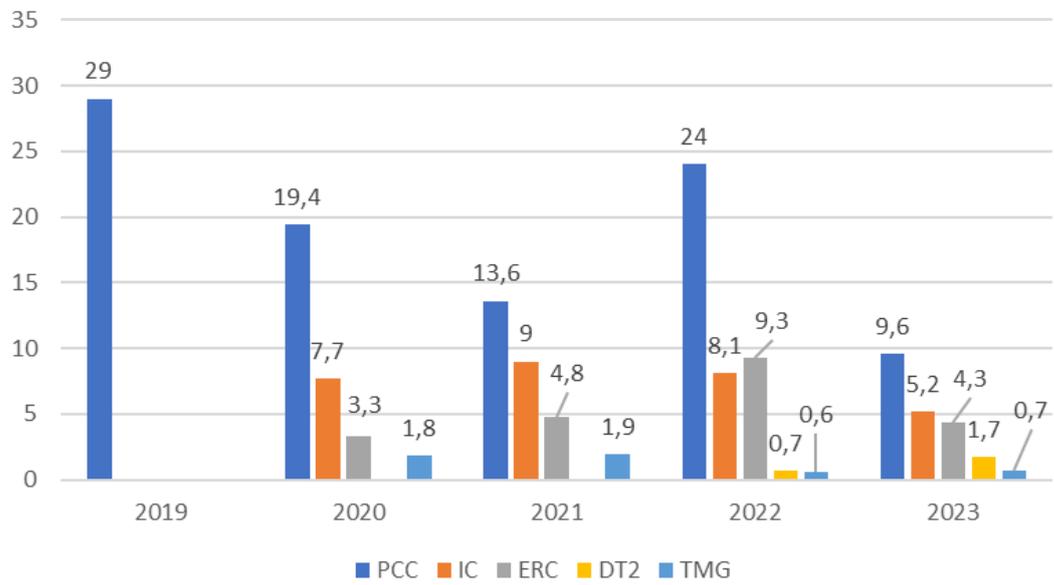


### Nº PACIENTES ACTIVOS POR PAI. N: 11.971



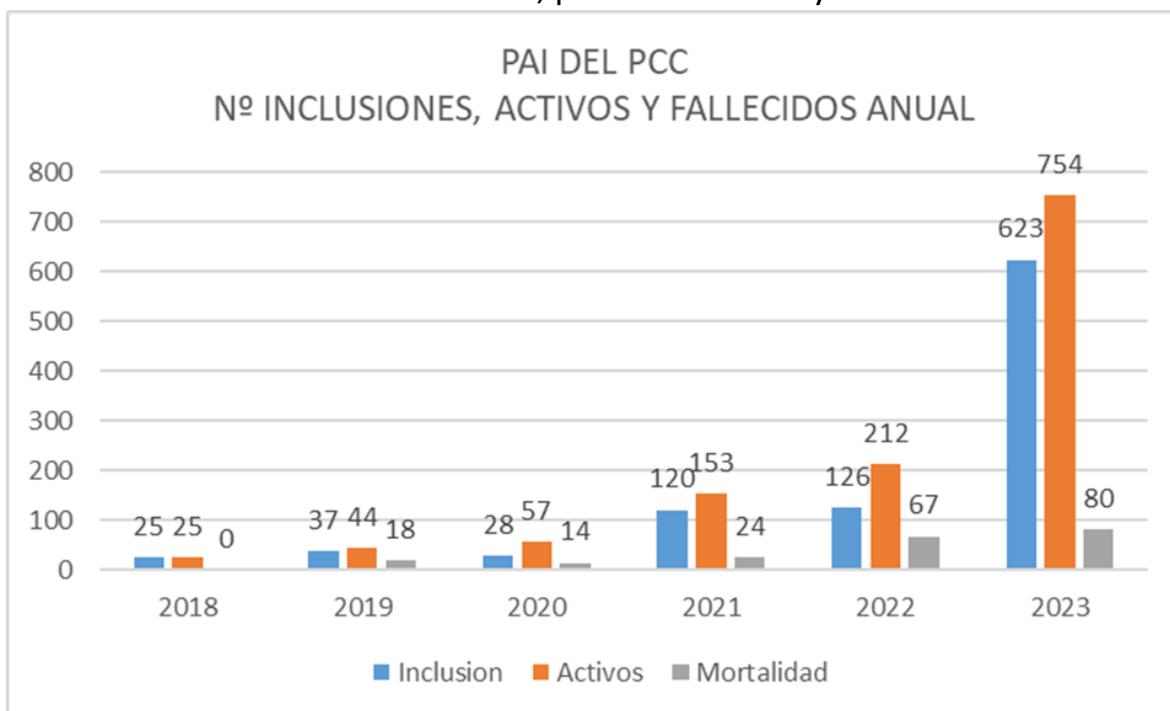
■ PCC ■ IC ■ ERC ■ DT2 ■ TMG

### TASAS DE MORTALIDAD ANUAL (%) POR PAI

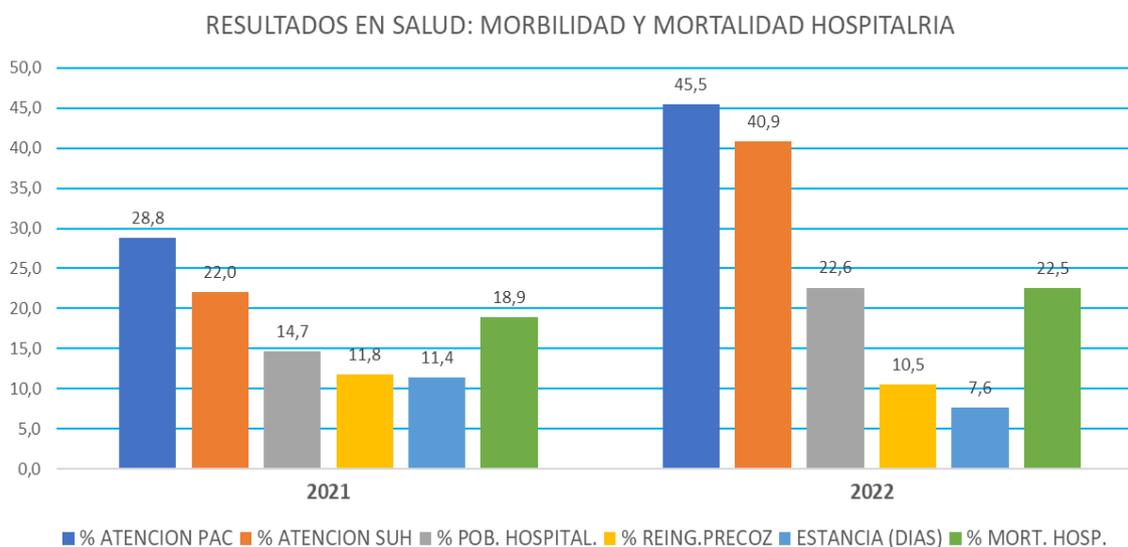


## PROCESO ASISTENCIAL DEL PACIENTE CRONICO COMPLEJO

Evolución de los datos de inclusión, población activa y fallecimientos



Proporción de pacientes atendidos en dispositivos de urgencias (PAC, SUH), ingresos, reingresos precoces, estancia media (días) y mortalidad hospitalaria



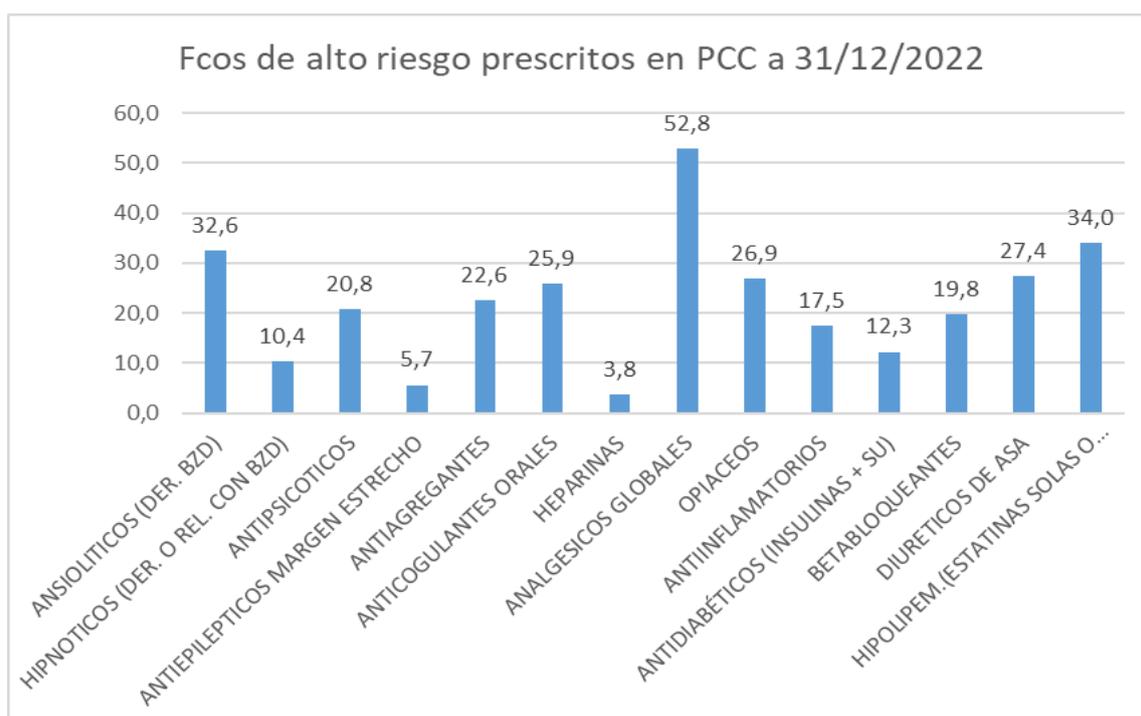
Proporción (%) de pacientes incluidos en PAI a 31 de diciembre de 2022 con análisis de parámetros laboratorio y fuera de los umbrales inferiores y superiores considerados (según última analítica). N=279

Parámetros de laboratorio	% pacientes con analítica	% pacientes con valor inferior	% pacientes con valor superior
Gluc > 200 mg/dL	76,0	0,0	7,1
HbA1c > 8%	25,8	0,0	11,1
<b>Creat &gt; 1,5 mg/dL</b>	<b>76,3</b>	<b>0,0</b>	<b>14,6</b>
FGe < 60 ml / min	60,2	45,8	0,0
<b>Alb/Creat &gt; 30 mg/gr</b>	<b>6,8</b>	<b>0,0</b>	<b>47,4</b>
Potasio < 3,5, > 5 mEq/L	73,8	2,9	12,6
<b>Hb &lt; 12 gr/dL</b>	<b>75,6</b>	<b>40,3</b>	<b>0,0</b>
Hematocrito < 36%	75,6	40,3	0,0
<b>Ferritina &lt; 100 ng/dL</b>	<b>54,1</b>	<b>43,7</b>	<b>0,0</b>
Ind.Sat.Transferrina	48,8	53,7	0,0
<b>Linfocitos &lt; 800 mcl</b>	<b>75,6</b>	<b>10,4</b>	<b>0,0</b>
Albumina Plasma < 2,5 gr/dL	57,0	2,5	0,0
<b>ColTotal &lt; 100 mg/ml</b>	<b>60,9</b>	<b>7,7</b>	<b>0,0</b>

**Criterios de desnutrición:**

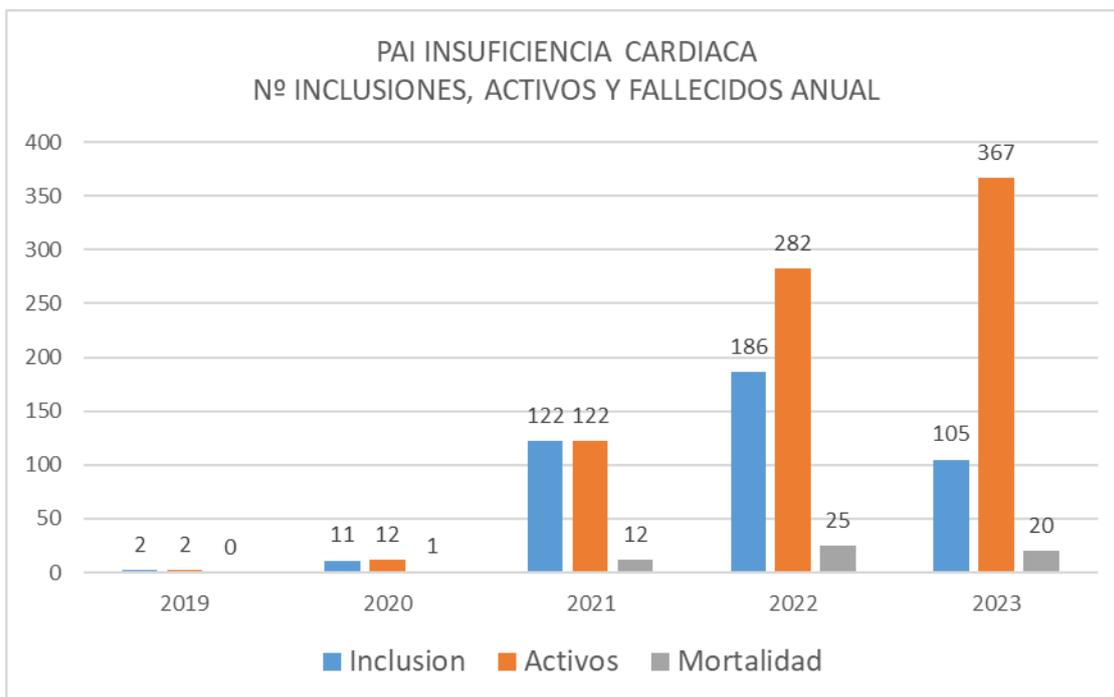
- Colesterol total < 100 mg/dL
- Linfocitos < de 800 /mL
- Albumina en plasma < 2,5 gr/dL

Proporción pacientes activos a 31/12/22 con fármacos o familias ATC (%) prescritos con fecha final de prescripción después del 1 de enero de 2023.

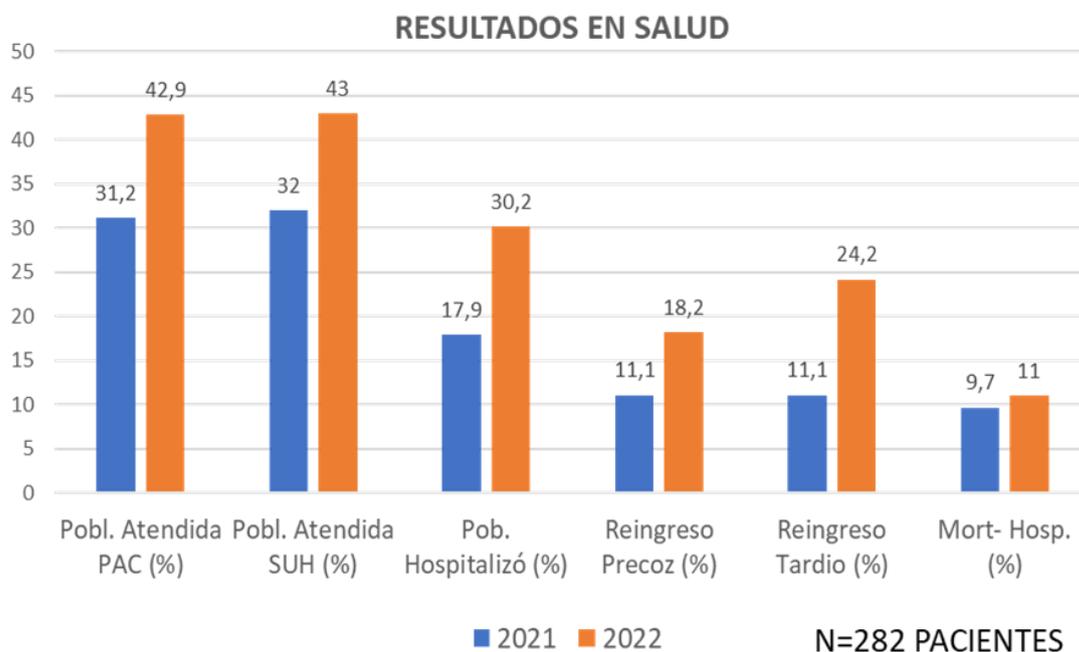


## PROCESO ASISTENCIAL DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA

Evolución de los datos de inclusión, población activa y fallecimientos



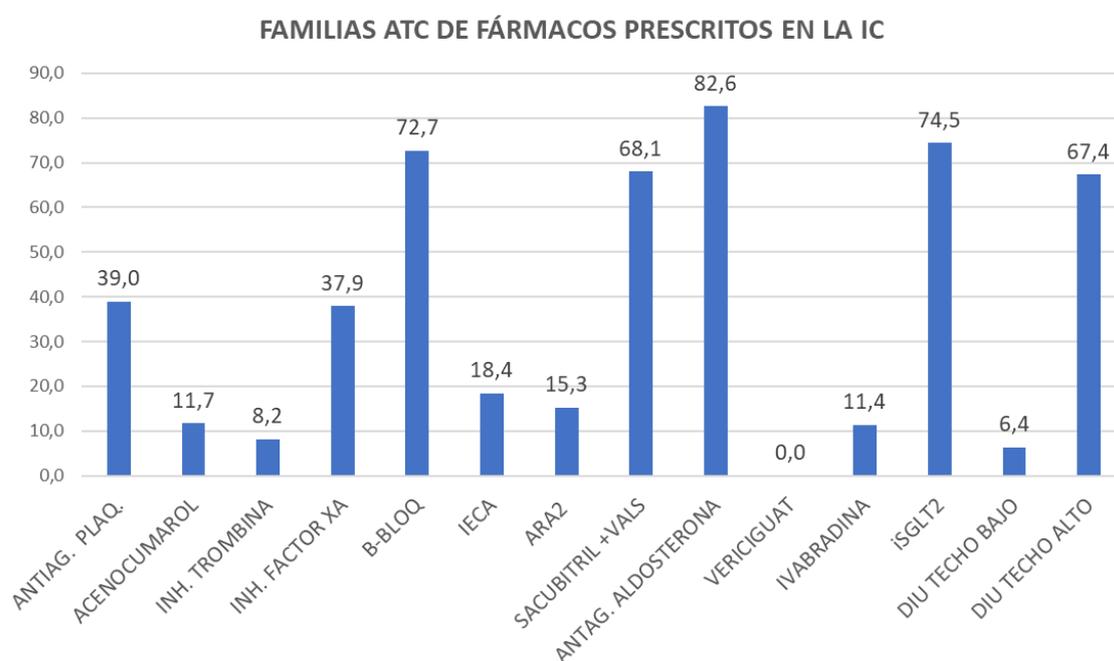
Proporción de pacientes atendidos en dispositivos de urgencias (PAC, SUH), ingresos, reingresos precoces y tardíos, mortalidad hospitalaria



Proporción (%) de pacientes incluidos en PAI a 31 de diciembre de 2022 con análisis de parámetros laboratorio y fuera de los umbrales inferiores y superiores considerados (según última analítica). N=279

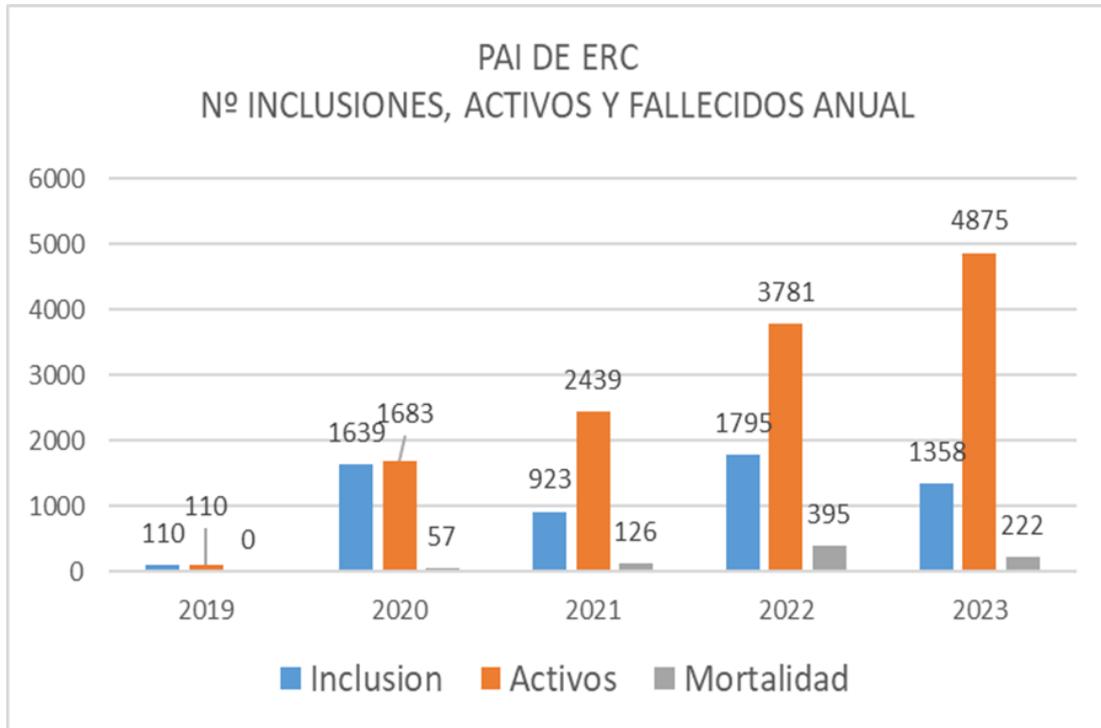
Parametros de Lab.	% pacientes con analíticas	% pacientes con valor inf.	% pacientes con valor sup.
<b>Glucosa &gt; 200 mg/dl</b>	<b>80,2</b>	0,0	<b>6,5</b>
HbA1c > 8% mg/dl	52,6	0,0	6,2
<b>ColTotal &lt; 100, &gt; 200 mg/dl</b>	<b>72,7</b>	<b>12,1</b>	<b>8,0</b>
ColHDL < 35 H, < 40M mg/dl	71,1	34,7	0,0
<b>ColLDL &gt; 100 mg/dl</b>	<b>67,5</b>	<b>0,0</b>	<b>16,8</b>
ColnoHDL > 120 mg/dl	36,4	0,0	29,5
<b>TGC &gt; 200 mg/dl</b>	<b>72,7</b>	<b>0,0</b>	<b>7,1</b>
Creat > 1,5 mg/dl	80,5	0,0	26,2
<b>FGe &lt; 60 ml/min</b>	<b>73,4</b>	<b>57,1</b>	<b>0,0</b>
Alb/Creat > 30 mg/gr	14,0	0,0	32,6
<b>Hb &lt; 12 g/dl</b>	<b>80,8</b>	<b>22,9</b>	<b>0,0</b>
Hematocrito < 36 %	80,8	16,1	0,0
<b>Potasio &lt;3,5, &gt;5 mEq/l</b>	<b>78,6</b>	<b>4,6</b>	<b>27,7</b>
NT-proBNP > 900 pg/ml	65,9	0,0	69,0
<b>Ferritina &lt; 100 ng/dl</b>	<b>67,9</b>	<b>35,9</b>	<b>0,0</b>
Ind. Sat. Transferrina < 20%	58,1	33,5	0,0
<b>CA125 &lt; 23 U/ml</b>	<b>4,6</b>	<b>42,9</b>	<b>0,0</b>

Proporción pacientes activos a 31/12/22 con fármacos o familias ATC (%) prescritos con fecha final de prescripción después del 1 de enero de 2023.

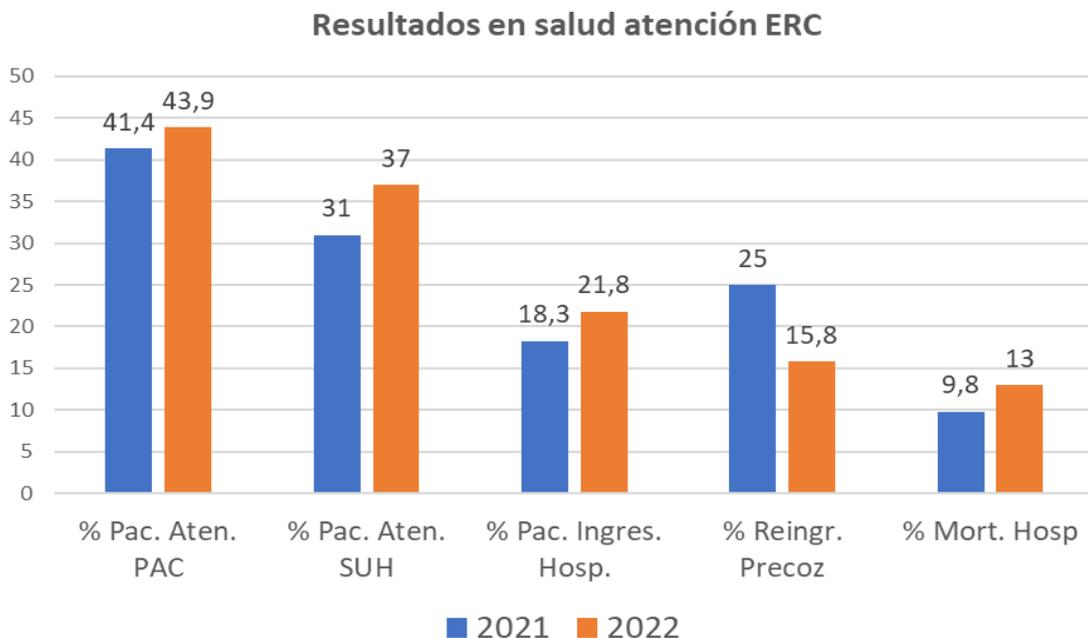


## PROCESO ASISTENCIAL DE LA ENFERMEDAD RENAL CRONICA

Evolución de los datos de inclusión, población activa y fallecimientos



Proporción de pacientes atendidos en dispositivos de urgencias (PAC, SUH), ingresos, reingresos precoces y mortalidad hospitalaria



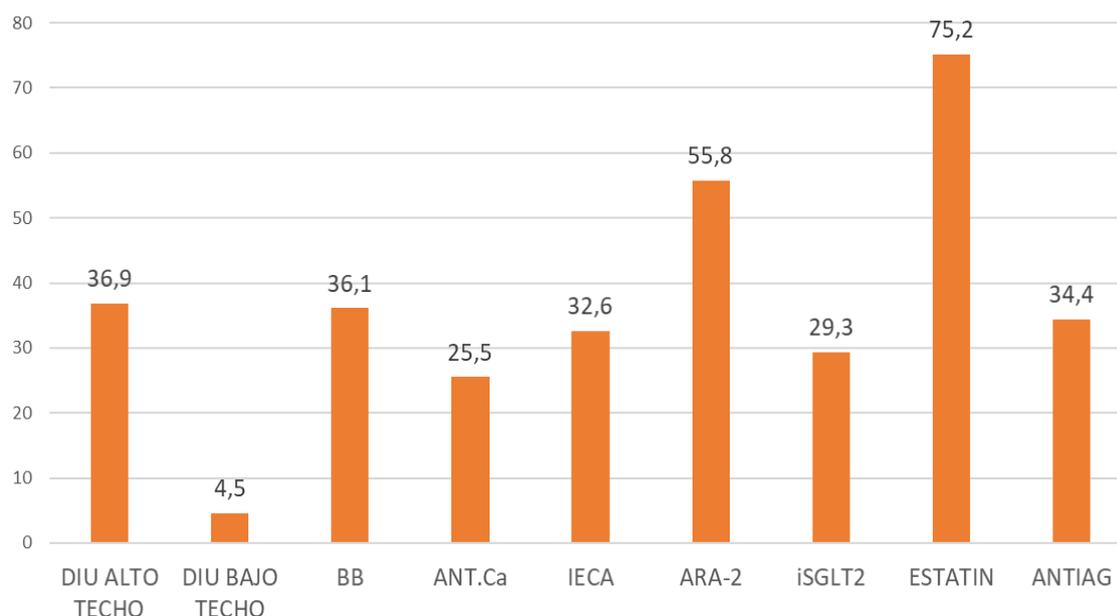
N= 3782  
31/12/2022

Proporción (%) de pacientes incluidos en PAI a 31/12/2022 con parámetros laboratorio por fuera de los umbrales considerados (según última analítica).  
N=3782

Parámetros de laboratorio	% Pacientes con analítica	% Pacientes con valor inferior	% Pacientes con valor superior
<b>Glucosa &gt; 200</b>	<b>83,9</b>	<b>0,0</b>	<b>4,6</b>
HbA1c > 8%	51,1	0,0	8,9
<b>ColTotal &lt; 100 ó &gt; 200</b>	<b>76,7</b>	<b>7,2</b>	<b>10,0</b>
ColHDL < 35 H, < 40 M	74,2	29,7	0,0
<b>ColLDL &gt; 100</b>	<b>67,5</b>	<b>0,0</b>	<b>19,7</b>
ColnoHDL > 120	34,9	0,0	31,9
<b>TGC &gt; 200</b>	<b>76,7</b>	<b>0,0</b>	<b>11,9</b>
Indice Ateros > 5 H, > 4,5 M	57,5	0,0	12,1
<b>Creatinina &gt; 1,5</b>	<b>84,1</b>	<b>0,0</b>	<b>44,8</b>
FGe < 60	79,8	82,8	0,0
<b>Alb/Creat &gt; 30</b>	<b>47,4</b>	<b>0,0</b>	<b>58,8</b>
Albumina Or. 24h > 30	8,0	0,0	36,6
<b>Hb &lt; 12</b>	<b>83,7</b>	<b>38,1</b>	<b>0,0</b>
<b>Hematocrito &lt; 36</b>	<b>83,7</b>	<b>29,5</b>	<b>0,0</b>
Potasio < 3,5, > 5	81,8	2,7	19,9
<b>Ferritina &lt; 100</b>	<b>65,1</b>	<b>43,6</b>	<b>0,0</b>
Ind. Sat. Transferrina < 20%	45,4	39,8	0,0
<b>Proteínas Or. 24 h &gt; 150</b>	<b>9,7</b>	<b>0,0</b>	<b>72,8</b>

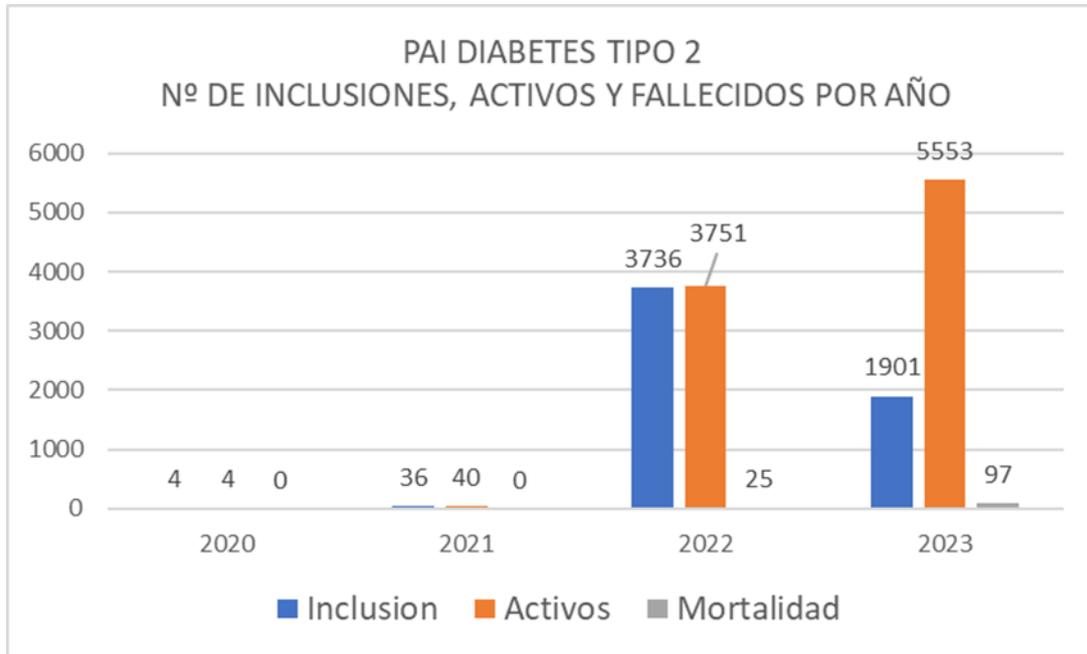
Proporción pacientes activos a 31/12/22 con fármacos o familias ATC (%) prescritos con fecha final de prescripción después del 1 de enero de 2023.

Familias ATC de fármacos prescritos en la ERC

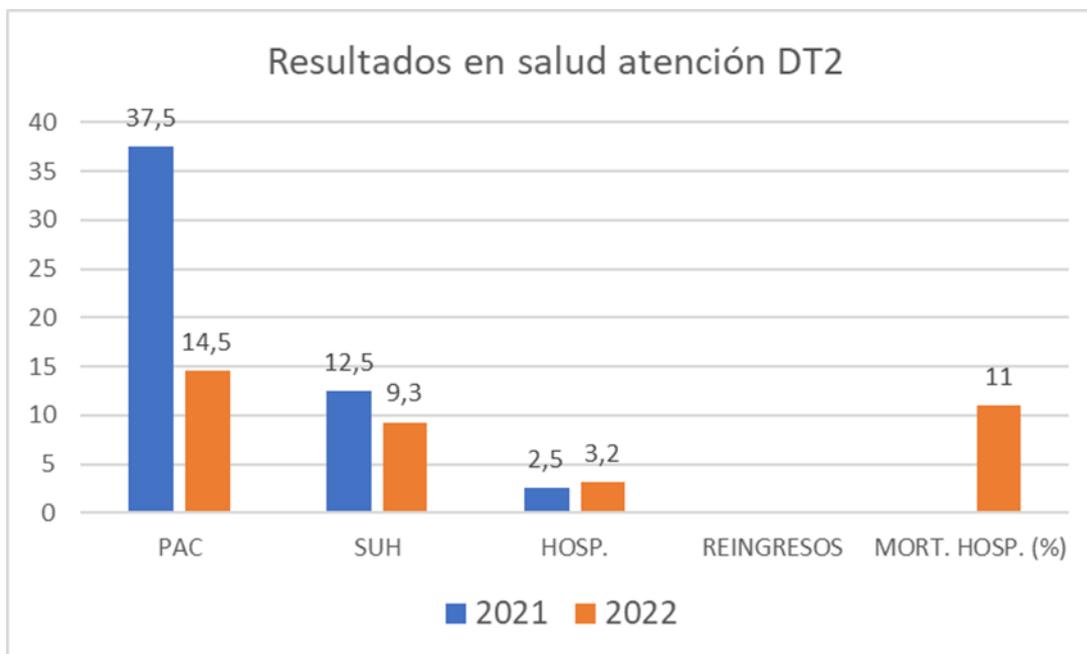


## PROCESO ASISTENCIAL DE LA DIABETES TIPO 2

Evolución de los datos de inclusión, población activa y fallecimientos



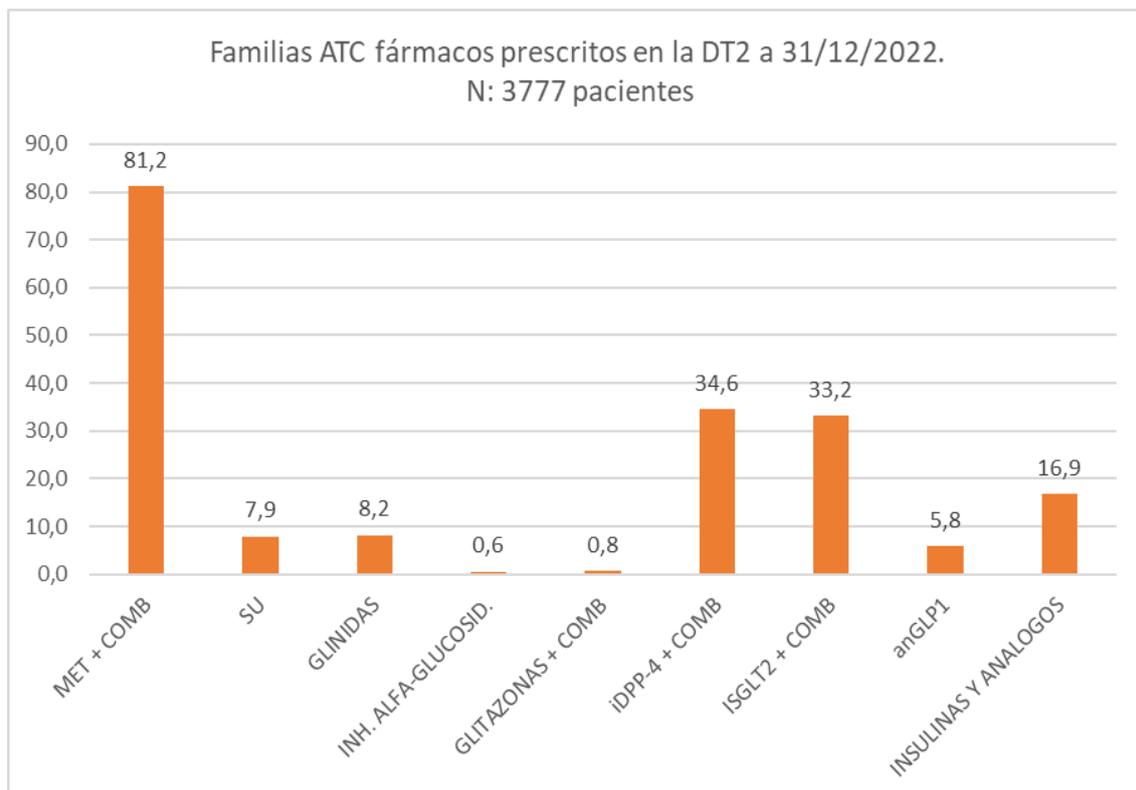
Proporción de pacientes atendidos en dispositivos de urgencias (PAC, SUH), ingresos, reingresos precoces y mortalidad hospitalaria



Proporción (%) de pacientes incluidos en PAI a 31/12/2022 con parámetros laboratorio por fuera de los umbrales considerados (según última analítica).

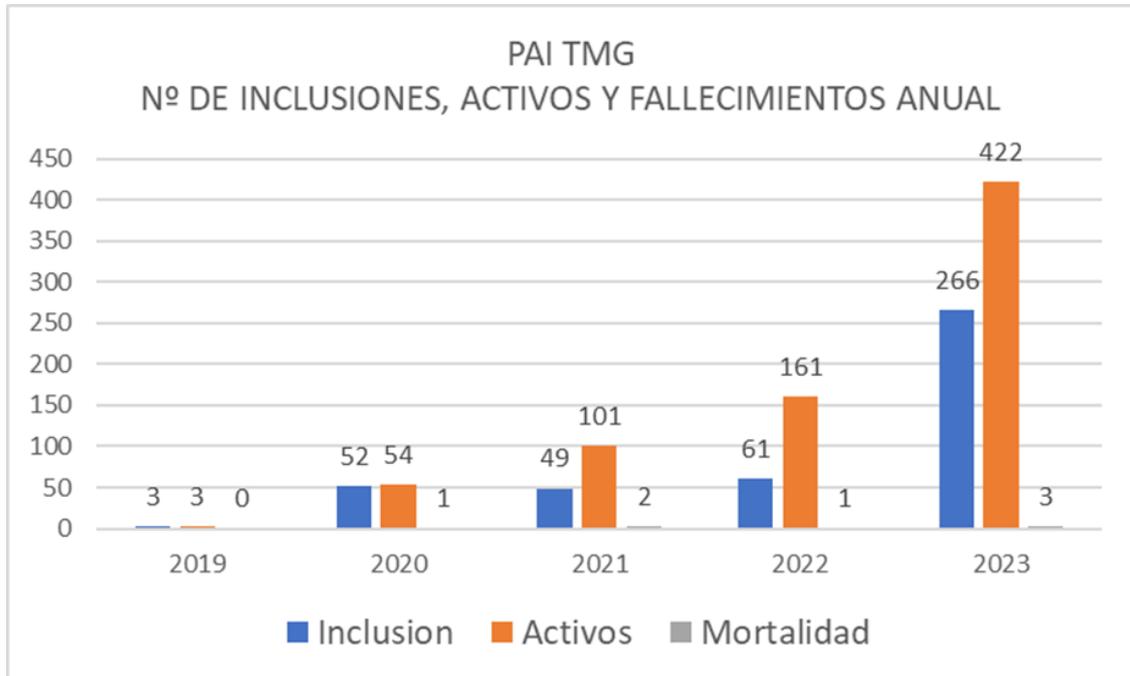
Parámetros de laboratorio	% Pacientes con analíticas	% pacientes con valor Inferior	% pacientes con valor superior
<b>Gluc &gt; 200 mg/dl</b>	<b>24,4</b>	<b>0,0</b>	<b>7,6</b>
HbA1c > 8%	16,3	0,0	11,0
<b>CoITotal &gt; 200</b>	<b>19,6</b>	<b>0,0</b>	<b>15,8</b>
CoHDL < 35 H, < 40 M	18,0	25,9	0,0
<b>CoLDL &gt; 100</b>	<b>15,4</b>	<b>0,0</b>	<b>30,2</b>
ColnoHDL > 120	12,1	0,0	39,4
<b>TGC &gt;200</b>	<b>19,6</b>	<b>0,0</b>	<b>17,7</b>
IndAteros >5 H, > 4,5 M	7,1	0,0	21,9
<b>Creat &gt; 1,5 mg/dl</b>	<b>24,4</b>	<b>0,0</b>	<b>11,9</b>
FGe < 60 ml/min	19,3	31,7	0,0
<b>Alb/Creat &gt; 30 mg/gr</b>	<b>8,8</b>	<b>0,0</b>	<b>29,7</b>
AlbOr24h > 30 mg/24h	1,1	0,0	41,9
<b>Potasio &lt; 3,5, &gt;5 mEq/L</b>	<b>23,7</b>	<b>1,9</b>	<b>16,7</b>
Hg < 12 gr/dL	23,1	19,2	0,0
<b>Hematocrito &lt; 36%</b>	<b>23,1</b>	<b>18,1</b>	<b>0,0</b>
			<b>N: 3777</b>

Proporción pacientes activos a 31/12/22 con fármacos o familias ATC (%) prescritos con fecha final de prescripción después del 1 de enero de 2023.

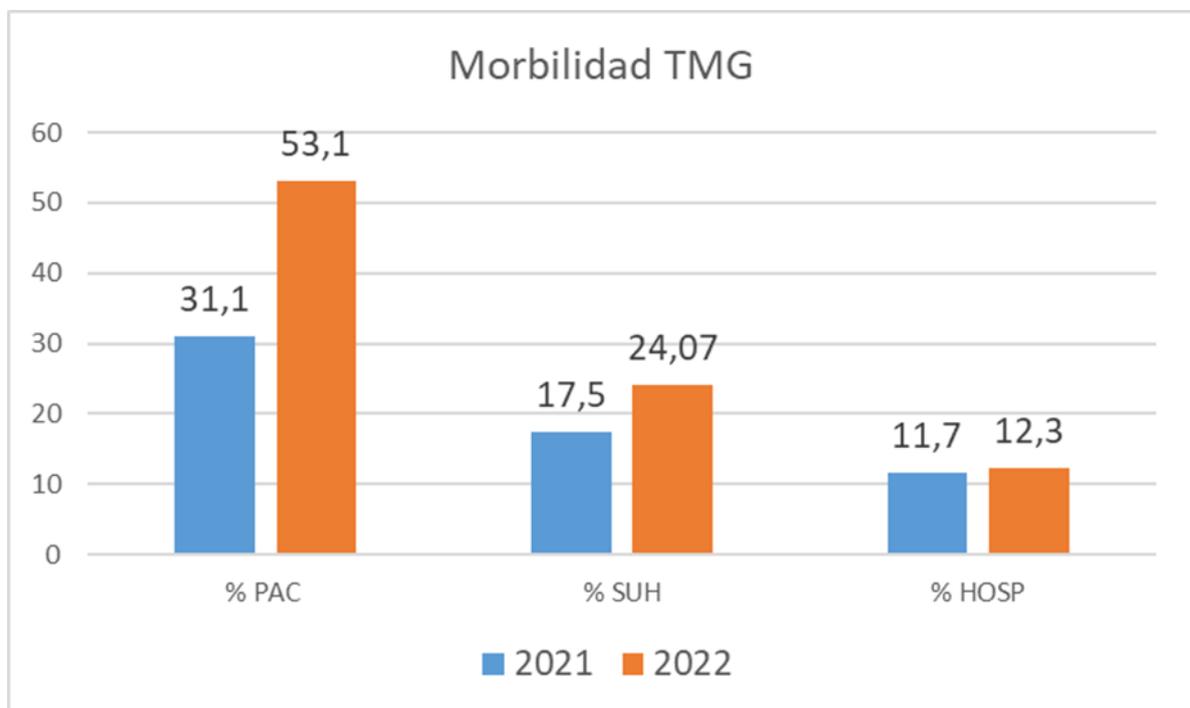


## PROCESO ASISTENCIAL DEL TRASTORNO MENTAL GRAVE

Evolución de los datos de inclusión, población activa y fallecimientos



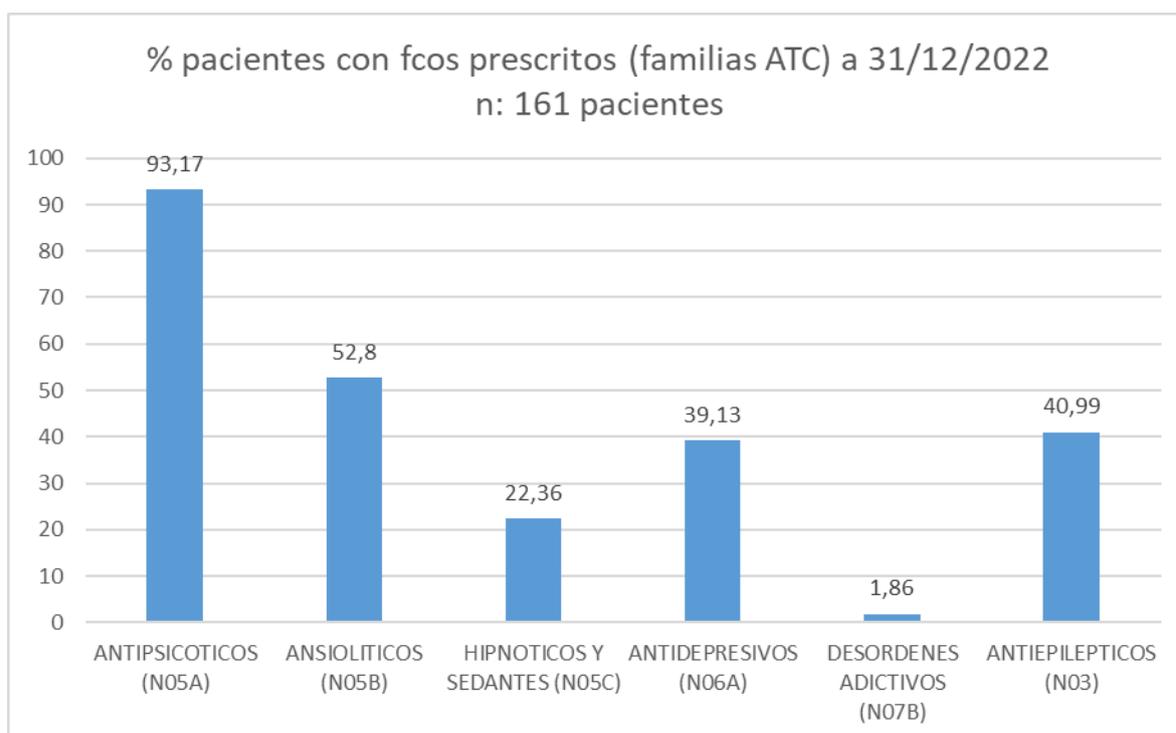
Proporción de pacientes atendidos en dispositivos de urgencias (PAC, SUH), ingresos, reingresos precoces y mortalidad hospitalaria

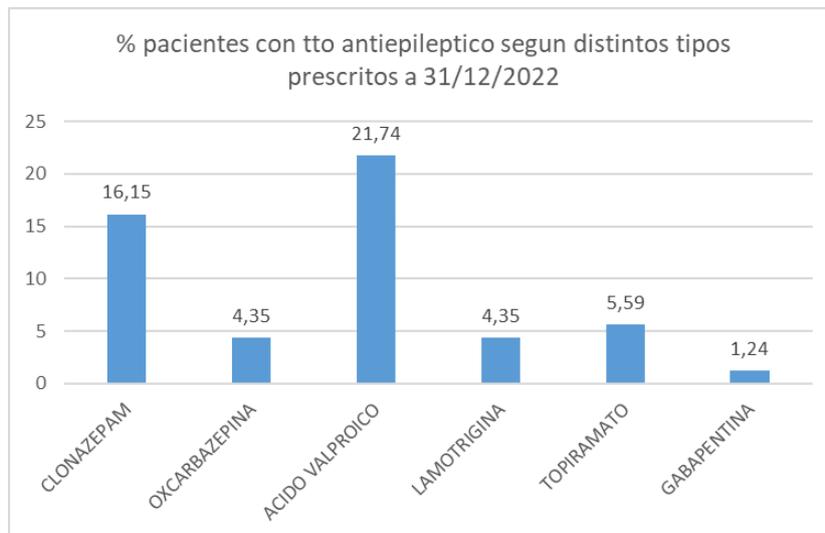
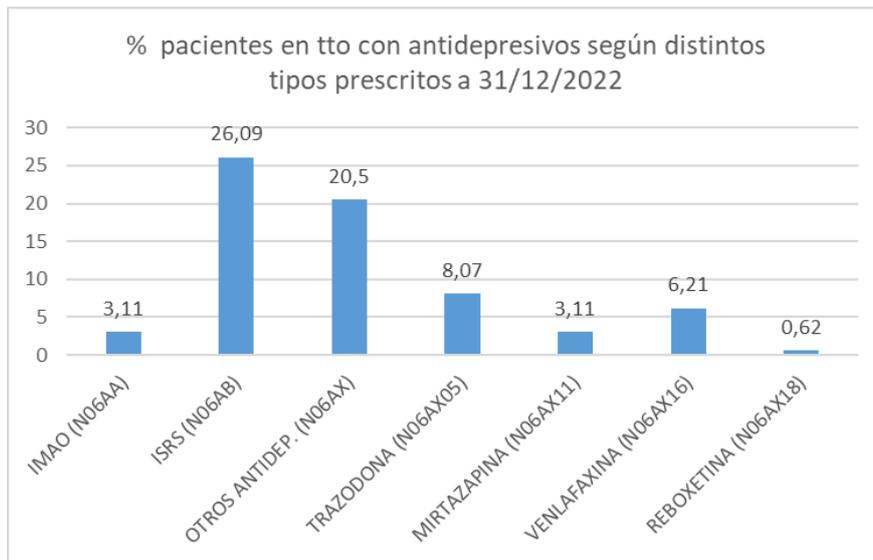
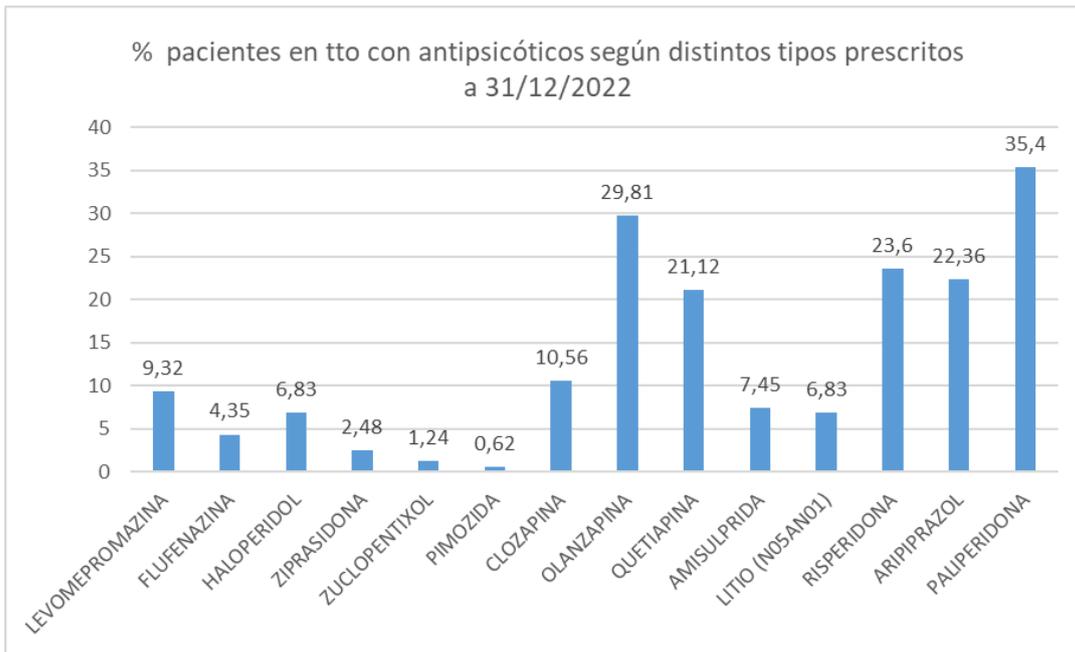


Proporción (%) de pacientes incluidos en PAI a 31/12/2022 con parámetros laboratorio por fuera de los umbrales considerados (según última analítica). N: 161 pacientes

Parametros de Lab.	% pacientes con analíticas	% pacientes con valor inf.	% pacientes con valor sup.
<b>Glucosa &gt; 200 mg/dl</b>	<b>69,1</b>	<b>0,0</b>	<b>2,7</b>
HbA1c > 8% mg/dl	21,0	0,0	10,0
<b>ColTotal &gt; 220 mg/dl</b>	<b>67,3</b>	<b>0,0</b>	<b>13,0</b>
ColHDL < 35 H, < 40M mg/dl	56,8	19,4	0,0
<b>ColLDL &gt; 120 mg/dl</b>	<b>54,9</b>	<b>0,0</b>	<b>29,5</b>
ColnoHDL > 150 mg/dl	45,7	0,0	42,7
<b>TGC &gt; 200 mg/dl</b>	<b>66,7</b>	<b>0,0</b>	<b>16,6</b>
Ind. Ateros. > 5 H, > 4,5 M	11,7	0,0	15,4
<b>Creatinina &gt; 1,5 mg/dl</b>	<b>69,1</b>	<b>0,0</b>	<b>8,0</b>
FGe < 60 ml/min	66,7	15,1	0,0
<b>Alb/Creat &gt; 30 mg/gr</b>	<b>18,5</b>	<b>0,0</b>	<b>8,3</b>
Hb < 12 g/dL	69,1	6,3	0,0
<b>Linf &lt; 800</b>	<b>69,1</b>	<b>3,9</b>	<b>0,0</b>
Alb. Plasma < 2,5 g/dL	28,4	0,0	0,0
<b>Hematocrito &lt; 36%</b>	<b>69,1</b>	<b>11,8</b>	<b>0,0</b>
Potasio < 3,5, > 5 mE/L	59,9	3,9	3,9
<b>GPT &gt; 120 U/L</b>	<b>67,9</b>	<b>0,0</b>	<b>1,9</b>
GGT > 120 U /L	57,4	0,0	5,0
<b>Litio (sin ref.)</b>	<b>4,3</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>
Clozapina (sin ref.)	3,1	0,0	0,0

Proporción pacientes activos a 31/12/22 con fármacos o familias ATC (%) prescritos con fecha final de prescripción después del 1 de enero de 2023. N: 161 pacientes





## CONCLUSIONES

### *Consideraciones previas*

Para interpretar adecuadamente estos resultados hay que tener presente una serie de consideraciones. La primera de ellas, es que la mayoría de los procesos, independientemente de las localizaciones, solo se ha procedido a la identificación del paciente (inclusión mediante la herramienta de registro de PAI en JARA) por lo que los resultados mostrados pueden ser solo ejemplos del modelo asistencial anterior, no estando posiblemente aún en vigor muchas de las recomendaciones de buenas prácticas que recogen cada uno de los PAI.

Hasta que no dispongamos de indicadores de proceso no podremos estar seguro del grado de seguimiento de estas recomendaciones. Sería muy útil poder comparar los pacientes que están incluidos en el PAI con respecto a los que no, pero no disponemos aún de identificadores de los pacientes con dichas patologías en JARA que permita su extracción de forma automática y su análisis posterior, fuera de los PAI. Lo más cercano que tenemos respecto a disponibilidad posiblemente sea la herramienta GMA que podría identificar los casos de enfermedades crónicas de alta complejidad, insuficiencia cardiaca, EPOC, insuficiencia renal, diabetes mellitus, cardiopatía isquémica y demencias, siempre que termine por integrarse la nueva versión que está pendiente de validar.

Otro condicionante es que se han extraído casi los mismos indicadores para todos los PAI para ser más eficientes en la búsqueda y elaboración, aunque ya hemos ido incluyendo algunos más específicos para cada PAI (NT-proBNP y CA-125 en IC, albumina y proteínas en orina de 24 h en el ERC, marcadores de desnutrición grave en el PCC, etc). A medida que vayamos avanzando deberemos ir definiendo mejor los parámetros para cada PAI, a fin de que sean útiles para evaluar la labor asistencial y sus resultados. Tampoco podemos ser más exhaustivos, dadas las dificultades y tiempo de dedicación necesario para su elaboración, hasta que puedan automatizarse y ponerse a disposición de todos, profesionales, directivos e investigadores, mediante *data lake* o similar.

### *Conclusiones*

Los PAI de la DT2 y la ERC se están constituyendo como los más seguidos por los profesionales, con una intervención más activa por parte de la Atención Primaria para el primero y de los servicios de Nefrología en el segundo. Se diferencian también en que las inclusiones en el DT2 proceden exclusivamente de dos áreas de salud Don Benito-Villanueva de la Serena y Mérida, mientras el de ERC proceden de 5-6 A.S. teniendo este ya una muestra lo suficientemente extensa, en número y geográficamente, para dar información relevante de la enfermedad y el modelo asistencial actual. En ambos procesos asistenciales debería comenzar a profundizarse en las recomendaciones específicas de manejo, para que comiencen a aportar beneficios en salud a la población afectada.

Respecto al PAI del Paciente Crónico Complejo (PCC) se ha producido un importante incremento en cantidad y calidad respecto al nº de pacientes activos procedentes del A.S. de Plasencia a partir de la incorporación de un geriatra del Hospital de Virgen del Puerto, con funciones de geriatra de enlace para los centros residenciales y los centros de atención primaria del área, además de ser el responsable regional del PAI. También podemos destacar positivamente las inclusiones de pacientes en el PAI del TMG desde el A.S. de Cáceres o de la IC en el A.S. de Don Benito – Villanueva de la Serena, que han comenzado las actividades de difusión y formación en el área.

Las tasas de mortalidad representadas, con las limitaciones anteriormente expuesta, solo ponen de manifiesto la gravedad de estas patologías. Si hay que destacar alguna expondría la de los pacientes con TMG, donde se deberían estudiar específicamente las causas para dirigir acciones de prevención específicas.

Los datos de morbilidad no van a ser objeto de comentarios porque ya lo fueron en el informe del año pasado, centrándonos en este caso en los de laboratorio y farmacoterapia, sin pretender extraer conclusiones definitivas, sino solo apuntar donde fijarnos con más atención para hacer visible la utilidad de la información:

- **PAI del PCC:** Podemos destacar, en primer lugar, las diferencias en la prevalencia de insuficiencia renal según un nivel de corte clásico de creatinina plasmático y el filtrado glomerular estimado, valorando este último como el mas apropiado para considerar esta importante enfermedad en dichos pacientes, en los cuales además condiciona de forma importante el pronóstico, independientemente de la enfermedad que posea el paciente. También debería destacarse la elevada prevalencia de anemia y necesidades de terapia con hierro, así como los indicadores de desnutrición grave, que quizás deberían cambiarse por un marcador mas sensible, dado que vista la prevalencia de las formas graves, estimamos que puede afectar en sus formas más leves a una amplia mayoría de esta población. Respecto al perfil de farmacia prescrito se seleccionó los medicamentos considerados de alto riesgo en pacientes con enfermedad crónica, según reciente guía del ministerio de sanidad, dado que pueden estar incluidos pacientes con una variedad considerable de diagnósticos y quizás el esfuerzo en el control terapéutico debería ir mas dirigido a estudiar la adecuación según la situación clínica de cada paciente, y así evitar acontecimientos desfavorables relacionados con su administración.
- **PAI de la IC:** Son muy significativos, dentro de los indicadores de laboratorio, la elevada prevalencia de insuficiencia renal, de anemia y alteraciones de la concentración K, todos signos de importante interés pronóstico. La elevada realización de medición de péptidos natriuréticos a pesar de no tener clara indicación tras el diagnóstico de la enfermedad y la escasa de CA 125 que puede marcar una situación de tratamiento deplectivo óptimo, dando pie a reducir o eliminar temporalmente la terapia diurética. Respecto a la medicación, se sigue muy cercanamente las recomendaciones de las guías más actuales, solo

encuentro a destacar el predominio de la anticoagulación a través de inhibidores directos del F. Xa por delante de otras opciones e igualmente con el sacubitrilo.

- **PAI de la ERC:** Lo más destacable la proporción de pacientes con riesgo cardiovascular alto a pesar de que es su principal causa de muerte y de pacientes con anemia y necesidades de hierro. Respecto a la medicación ofrece un perfil adecuado si bien tiene aspectos mejorables como el uso de estatinas (sin saber que pudiera estar en uso otras opciones hipolipemiantes) y de iSGLT2 de indicación muy reciente.
- **PAI de la DT2:** La elevada proporción de pacientes con riesgo cardiovascular alto sería lo más destacable junto al nº con filtrado glomerular bajo, unido al escaso nº de pacientes con análisis de la albuminuria. La escasa proporción de pacientes con análisis de estos parámetros pueden venir del elevado nº de pacientes con inclusión reciente, que haya hecho que no diera tiempo a un control analítico posterior a su inclusión. Otros aspectos de interés también son la elevada presencia de hiperpotasemia y anemia. Respecto al perfil farmacoterápico parece también muy cercano a las recomendaciones actuales.
- **PAI del TMG:** Dentro de los aspectos a mejorar claramente estarían el control metabólico hidrogenocarbonado y lipídico, que junto a otros factores de riesgo vascular asociados a estos pacientes nos hace pensar en una causa posible de la elevada mortalidad de estos pacientes. Existe también una escasez de determinaciones plasmáticas de fármacos de riesgo, por su estrecho margen terapéutico o secundarismo grave, dado que entre los testados (litio, valproico, carbamazepina, fenitoína y clozapina, solo el primero y el último tenían unos escasos 4,3 y 3,1 % de los pacientes alguna determinación. Respecto a la medicación se ha hecho un esfuerzo muy importante para poder extraer información de interés para analizar la adecuación de la prescripción. Me considero poco capaz para sacar conclusiones, solo describir que casi la totalidad está bajo tratamiento con antipsicóticos, de estos los más utilizados son la paliperidona, seguidos por olanzapina, risperidona, aripiprazol y quetiapina, y dentro de los antidepresivos los ISRS están presentes de forma prioritaria, seguidos de la trazodona y venlafaxina.

Para finalizar y como comentario final se sigue apreciando un importante desfase entre el reconocimiento generalizado de la necesidad de organizar y coordinar las intervenciones sanitarias correspondientes a la asistencia de estas enfermedades (gestión por procesos) y los esfuerzos que está dispuesta a realizar la organización para su implantación y mejora. El tiempo corre en nuestra contra y va a ser determinante, porque la elevada incidencia de ingresos y reingresos por estas patologías, sobre todo en las formas avanzadas y con elevada comorbilidad, están ya tensionando de forma muy importante la atención hospitalaria, incluyendo la posibilidad de bloqueos de otras actividades en este ámbito asistencial, si no mejoramos su atención ambulatoria, sin necesidad de entrar siquiera en el coste económico que suponen.

**Autores y colaboradores de este informe:**

Francisco Javier Félix

Almudena Matas

Miguel Merchán

Luisa M<sup>a</sup> Montaña

CDATEX