

REVISIÓN SISTEMÁTICA

Recibida: 27/10/2022
 Aceptada: 19/9/2024
 Publicada: 23/10/2024
 e202410059

e1-e18

Strategies to improve the health of patients with multimorbidity in Primary Health Care: a systematic review

Los autores declaran que no existe ningún conflicto de intereses

CORRESPONDENCIA

Fanny López Alegría
 Escuela de Enfermería,
 Facultad de Enfermería,
 Universidad Andrés Bello,
 Sazié, 2212, 6° piso, Santiago, Chile.
Fanny.lopez@unab.cl

CITA SUGERIDA

Vásquez F, Díaz E, López-Alegría F. Estrategias para mejorar el estado de salud de los pacientes con multimorbilidad en Atención Primaria de Salud: revisión sistemática. Rev Esp Salud Pública. 2024; 98: 23 de octubre e202410059.

Estrategias para mejorar el estado de salud de los pacientes con multimorbilidad en Atención Primaria de Salud: revisión sistemática

AUTORES

Fabián Vásquez (1)
 Estefanny Díaz (1)
 Fanny López-Alegría (2)

FILIACIONES

(1) Tecnólogo médico, magíster en Atención Primaria de Salud. Unidad de Atención Primaria Oftalmológica. Servicio de Salud de Arica. Arica, Chile.
 (2) Matrona, Doctor en Salud Pública. Universidad Andrés Bello. Facultad de Enfermería. Santiago, Chile.

RESUMEN

FUNDAMENTOS // La multimorbilidad, definida como la presencia de dos o más enfermedades crónicas en un mismo individuo, es un fenómeno en aumento epidemiológico, según un estudio en cincuenta y cuatro países que evidenció una prevalencia global del 37,2% en personas con edad promedio de 56,94 años, lo que conlleva un desafiante reto para los sistemas de salud mundial. El objetivo de este trabajo fue determinar, según la evidencia científica disponible, las mejores estrategias clínicas de intervención para optimizar el estado de salud de los pacientes con multimorbilidad en la Atención Primaria de salud.

MÉTODOS // Se realizó una revisión sistemática en las bases bibliográficas Medline, LILACS, CINAHL y SciELO, utilizando la estrategia de búsqueda multimorbidity AND strategies OR "eHealth Strategies" OR "Primary Health Care" AND "Chronic Disease" OR "Chronic Disease Indicators" OR "health status indicators" OR "health status" OR "treatment adherence and compliance" OR polypharmacy OR "life expectancy" OR mortality OR morbidity en el período 2018 a 2022.

RESULTADOS // De los 837 artículos identificados, seis fueron incluidos para el análisis. Las principales estrategias de intervención identificadas fueron de dos tipos: el asesoramiento en salud vía teléfono (tipo coaching) y la de gestor de casos mediante un equipo multidisciplinario.

CONCLUSIONES // No es posible determinar de forma cuantitativa qué estrategia de las presentadas es mejor, pero se puede señalar que las mejores estrategias son las que cuentan con un equipo multidisciplinario, en el cual un profesional clínico se desempeña como gestor de casos.

PALABRAS CLAVE // Multimorbilidad; Estrategias; Estrategias de eSalud; Enfermedad crónica; Atención Primaria de Salud.

ABSTRACT

BACKGROUND // Multimorbidity, defined as the presence of two or more chronic diseases in the same individual, is a phenomenon that is increasing epidemiologically, according to a study in fifty-four countries that showed a global prevalence of 37.2% in people with an average age of 56.94 years, meaning, a challenging challenge for global health systems. The aim of this paper was to determine, according to the available scientific evidence, the best clinical intervention strategies to optimize the health status of patients with multimorbidity in primary health care.

METHODS // A systematic review was carried out in the bibliographic bases Medline, LILACS, CINAHL and SciELO, using the search strategy multimorbidity AND strategies OR "eHealth Strategies" OR "Primary Health Care" AND "Chronic Disease" OR "Chronic Disease Indicators" OR "health status indicators" OR "health status" OR "treatment adherence and compliance" OR polypharmacy OR "life expectancy" OR mortality OR morbidity in the period from 2018 to 2022.

RESULTS // Of the 837 articles identified, six were included for the analysis. The main intervention strategies identified were of two types: health advice via telephone (coaching type) and case management through a multidisciplinary team.

CONCLUSIONS // It is not possible to quantitatively determine which strategy of those presented is better, but it can be noted that the best strategies are those that have a multidisciplinary team, in which a clinical professional serves as case manager.

KEYWORDS // Multimorbidity; Strategies; eHealth Strategies; Chronic disease; Primary Health Care.

INTRODUCCIÓN

LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRAS-
misibles (ECNT) se han convertido desde
hace ya varios años en un problema de Salud
Pública a nivel mundial, y su tendencia epide-
miológica va al alza. Lo anterior se ha transfor-
mado en una de las preocupaciones más rele-
vantes de los últimos años para los sistemas
de salud, debido a que no solo ha aumentado
el número de pacientes con enfermedades
crónicas, sino que, además, se ha incremen-
tado la coexistencia de dos o más condiciones
crónicas en una sola persona, lo que se deno-
mina multimorbilidad (1,2).

Según la Organización Mundial de la Salud
(OMS), la multimorbilidad se define “como la
coexistencia de dos o más enfermedades cróni-
cas en una misma persona” (3) y es el concepto
más utilizado a nivel mundial para definir este
problema de Salud Pública que se ha vuelto
muy relevante, ya que la multimorbilidad tiene
una alta prevalencia en la Atención Primaria y
se asocia con una mala calidad de vida con res-
pecto a la salud, afectando, principalmente, a
los adultos mayores, pero también a la mitad
de los adultos y a uno de cada diez niños, lo
que repercute en un mayor uso de los servi-
cios de salud y en el aumento de los costos (4-9).
Esta multimorbilidad, según el metanálisis de
Chowdhury *et al.*, tiene una prevalencia en el
continente africano de un 28,2%, en Oceanía
de un 32,5%, en Asia de un 35%, en Europa de
un 39,2%, en América del Norte de un 43,1% y
en América del Sur de un 45,7% (2).

En Chile, según la última encuesta de
salud del año 2017, el 70,6% de las perso-
nas de quince años y más padecen dos o más
enfermedades crónicas no transmisibles (1,10).
Para atender a esta población, el sistema
actual de salud chileno presenta una frag-
mentación en la entrega de sus servicios, ya
que se ha generado una oferta de prestacio-
nes de salud basadas en programas de aten-
ción centrados en enfermedades específicas o

en grupos similares de estas (11,12). A nivel glo-
bal, dichos programas son dirigidos a través
del uso de guías clínicas que se focalizan en el
manejo de una única patología y son conside-
radas la base de la atención clínica y el pilar
de determinados programas de salud estable-
cidos en la Atención Primaria; sin embargo, el
uso de estas guías clínicas de manera acumu-
lativa puede llegar a ser impracticable, irre-
levante o incluso dañino para personas con
multimorbilidad (4,13,14).

Aunque la relación entre multimorbilidad,
uso inadecuado de recursos sanitarios y riesgo
para la salud está claramente demostrada con
las reiteradas consultas de los pacientes a los
establecimientos de salud, los costos asocia-
dos a los servicios y los usuarios, aún están en
estudio los mejores métodos de gestión clínica
que sirvan de herramientas para guiar las deci-
siones clínicas de los profesionales en busca
de generar intervenciones desde varios pun-
tos de vista hacia un mismo paciente, minimi-
zando los riesgos, teniendo en cuenta las pre-
ferencias de los pacientes y consiguiendo una
buena adherencia al tratamiento (1,6,8).

Frente a esta situación, y con el objetivo de
contribuir con evidencia científica, se planteó
este trabajo con el fin de determinar las mejo-
res estrategias clínicas de intervención para
optimizar el estado de salud de los pacien-
tes con multimorbilidades en el ámbito de la
Atención Primaria de Salud.

METODOLOGÍA

ESTA REVISIÓN SISTEMÁTICA SE REALIZÓ
de acuerdo a las etapas recomendadas por
la Colaboración Cochrane que son: formula-
ción de la pregunta de investigación; estable-
cimiento de los criterios de inclusión y exclu-
sión; localización de los artículos; tabulación
de datos; aplicación de criterios de calidad
metodológica; análisis de los datos; inter-
pretación de los resultados; y obtención de
conclusiones (15).

Esta revisión es guiada por la siguiente pregunta de investigación: “¿cuáles son las estrategias de atención de salud dirigidas a pacientes con multimorbilidad que producen un mejor estado de salud en estos pacientes atendidos en los servicios de Atención Primaria de Salud?”

Esta pregunta se sustenta en la estrategia PICO, la que refiere a:

- Problema (P): multimorbilidad (*multimorbidity*).
- Intervención (I): estrategias; estrategias de eSalud; Atención Primaria de Salud (*strategies, eHealth Strategies, Primary Health Care*).
- Comparación (C): no aplica.
- Resultados (O): enfermedad crónica; indicadores de enfermedades crónicas; indicadores de salud; estado de salud; cumplimiento y adherencia al tratamiento; polifarmacia; esperanza de vida; mortalidad; morbilidad (*Chronic Disease, Chronic Disease Indicators, health status indicators, health status, treatment adherence and compliance, polypharmacy, life expectancy, mortality, morbidity*).

Para esta estrategia de búsqueda se utilizaron como vocabulario controlado los descriptores seleccionados en inglés del *Medical Subject Headings* (MeSH) y en español y portugués los Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS).

La estrategia de búsqueda fue: *multimorbidity AND strategies OR “eHealth Strategies” OR “Primary Health Care” AND “Chronic Disease” OR “Chronic Disease Indicators” OR “health status indicators” OR “health status” OR “treatment adherence and compliance” OR polypharmacy OR “life expectancy” OR mortality OR morbidity*. Esta estrategia fue aplicada

para la base bibliográfica *Medline* y adaptada a las otras bases bibliográficas.

En los criterios de inclusión se incluyeron los artículos con estrategias de intervención de salud de adultos de dieciocho y más años con multimorbilidad. Con respecto a los tipos de literatura, fueron incluidos artículos provenientes de fuentes primarias, como estudios cuasi experimentales, experimentales, transversales y cohortes (retrospectivas y prospectivas) en español, inglés y portugués, del periodo comprendido entre 2018-2022. Con relación a los criterios de exclusión, se eliminaron los estudios de intervenciones hospitalarias y estrategias basadas en fármacos.

La búsqueda electrónica fue realizada en los meses de julio de 2022, en las bases de datos bibliográficas *Medical Literature Analysis and Retrieval System online (MEDLINE)* y *Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS)*, *CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature)*, además de la biblioteca virtual *Scientific Electronic Library Online (SciELO)*. El análisis de los artículos seleccionados fue realizado por dos autores de forma independiente y las divergencias fueron resueltas a través de un consenso después de una nueva revisión por el tercer autor de los artículos en discordancia. A continuación, para refinar la estrategia de búsqueda se procedió, en primera instancia, a la lectura del título y el resumen con el objetivo de seleccionar de acuerdo a los criterios de elegibilidad (criterios de inclusión y exclusión) y el tema en estudio. Luego se realizó una lectura a texto completo con el objetivo de verificar los elementos para responder la pregunta de investigación. Todo este proceso de identificación, selección, elegibilidad e inclusión de los artículos se efectuó mediante la utilización del protocolo (16). Para evaluar la calidad metodológica de los artículos obtenidos como resultado de la aplicación del protocolo *PRISMA* y poder formular recomendaciones, se aplicó el sistema *GRADE*

(*The Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation*), una herramienta que permite evaluar la calidad de la evidencia y graduar la fuerza de las recomendaciones en el contexto de desarrollo de revisiones sistemáticas o evaluación de tecnologías sanitaria (17). En esta evaluación, además, se realizó un perfil de evidencia considerando los siguientes criterios: tipo de diseño del estudio; riesgo del sesgo; inconsistencia; evidencia indirecta; imprecisión; sesgo de publicación; y algunos otros ítems que pudiesen alterar el nivel de calidad [TABLA 1]. Luego, los resultados obtenidos fueron evaluados de acuerdo a la respuesta a la pregunta de investigación y presentados en tablas que incluyen los siguientes datos: identificación del artículo (autores y año); país en el cual fue realizado el estudio; población de estudio; tipo de estudio; estrategia de intervención; instrumento de medición; resultados y aporte a la pregunta de investigación [TABLA 2].

Con relación a los aspectos éticos, fue respetada la integridad de los artículos, ya que no se hizo modificación alguna de los contenidos encontrados.

RESULTADOS



AL APLICAR LA ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA, se identificaron en las bases bibliográficas electrónicas un total de 837 artículos, los que fueron sometidos a la aplicación del protocolo PRISMA, del cual se obtuvieron nueve artículos [FIGURA 1].

Para evaluar la calidad metodológica de estos estudios se clasificaron según el método de jerarquización del nivel de evidencia de GRADE y se eliminaron tres artículos por su nivel de calidad metodológica baja (18,23) o muy baja (22) [TABLA 1]. Además, se consideró como relevante el sesgo presentado en dos de los seis artículos seleccionados. En el estudio realizado por Contant *et al.* se señala que la composición de la muestra podría haber sido afectada, debido a que se podría haber

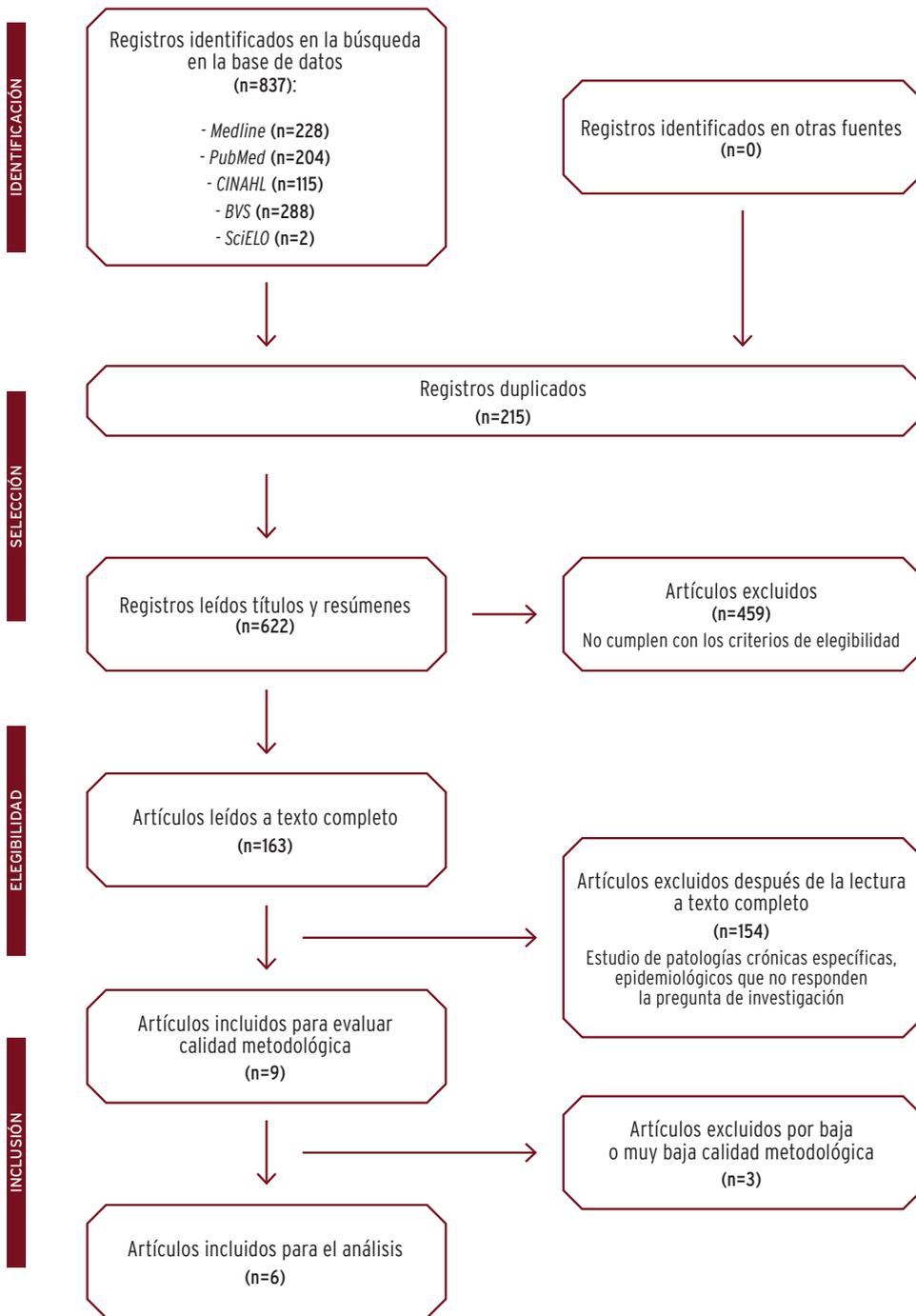
derivado solo a participantes en los cuales se creía que la intervención podría ser beneficiosa. En el otro artículo realizado por Vainieri *et al.* se disminuye la muestra debido a la exclusión de los pacientes que abandonan la intervención (8,20).

Estos seis artículos fueron incluidos para el análisis [TABLA 2] y poseen las siguientes características: todos fueron obtenidos de la base bibliográfica Medline y el idioma de todos ellos fue el inglés (8,9,19-21,24). Dos artículos fueron publicados en 2018 (19,20), otros dos en 2019 (8,21), otro en 2020 (9) y el más reciente en 2022 (24). Con relación a la calidad metodológica, según la categorización realizada con el método de GRADE, dos artículos obtuvieron un nivel de evidencia alto (9,19) y los otros cuatro tuvieron un nivel medio (8,20,21,24). En cuanto al diseño de la investigación, cinco artículos son de tipo experimental (8,9,19-21) y uno de tipo observacional longitudinal analítico (24). Estos artículos fueron publicados en revistas científicas, tales como *BMC Medicine* (19), *BMC Family Practice* (8), *BMC Open* (9), *Plos One* (24) y dos artículos en *BMC Health Services Research* (20,21).

Los estudios fueron realizados en dos continentes: Europa (cuatro estudios) y América (dos estudios). Inglaterra y Escocia son los países en los que se realizaron más investigaciones (9,19,21), además de en Italia (20), Canadá (8) y Chile (24).

La población en estudio fue de aproximadamente 9.270 adultos, predominó el género femenino y la edad promedio de las personas participantes se situó sobre los setenta años. El estudio que presentó menor población fue de 281 individuos (8) y el de mayor fue de 3.933 (24). Las enfermedades cardiovasculares y metabólicas como hipertensión arterial y diabetes mellitus (HTA y DM), como patología de base, correspondieron al perfil de salud predominante (8,9,19-21). El número de patologías por persona se encontraba entre las cinco y las nueve condiciones (8,19,24).

Figura 1
Flujograma PRISMA de identificación, selección, elegibilidad e inclusión de los estudios de estrategias de intervención para pacientes con multimorbilidad. Santiago, Chile, 2022.



Estrategias para mejorar el estado de salud de los pacientes con multimorbilidad en Atención Primaria de Salud: revisión sistemática

FABIÁN VÁSQUEZ et al.

Calidad metodológica de los estudios sobre las estrategias de intervención para pacientes con multimorbilidad evaluados por la Jerarquización de Evidencia de GRADE.

Autor, Año	Título de Artículo	Diseño del estudio	Ítems que afectan la calidad de la evidencia	Nivel de evidencia del artículo
Tortajada <i>et al.</i> , 2017 ⁽¹⁸⁾	Case Management for Patients with Complex Multimorbidity: Development and Validation of a Coordinated Intervention between Primary and Hospital Care.	Estudio observacional de cohorte retrospectivo. (Bajo)	No observado	Bajo
Panagiotti <i>et al.</i> , 2018 ⁽¹⁹⁾	Is telephone health coaching a useful population health strategy for supporting older people with multimorbidity? An evaluation of reach, effectiveness and cost-effectiveness using a 'trial within a cohort'.	Estudio experimental, aleatorio. (Alto)	No observado	Alto
Vainieri <i>et al.</i> , 2018 ⁽²⁰⁾	Reported experience of patients with single or multiple chronic diseases: empirical evidence from Italy.	Estudio experimental, aleatorio. (Alto)	El estudio presenta riesgo de sesgo (-1). Durante la ejecución del estudio se excluyó al 24% de la muestra: pacientes que abandonaron la intervención.	Medio
Shah <i>et al.</i> , 2019 ⁽²¹⁾	Effects of non-medical health coaching on multimorbid patients in primary care: a difference-in-differences analysis.	Estudio cuasi-experimental, longitudinal pre y posintervención. (Medio)	No observado	Medio
Contant <i>et al.</i> , 2019 ⁽⁸⁾	A multidisciplinary self-management intervention among patients with multimorbidity and the impact of socioeconomic factors on results.	Estudio experimental, aleatorio, pragmático. (Alto)	El estudio presenta riesgo de sesgo (-1). En el proceso de selección de los pacientes en la muestra, se invitó a los equipos de Atención Primaria a derivar a pacientes con una de las enfermedades crónicas seleccionadas. Es posible que hayan derivado solo a aquellos que pudiesen beneficiar más con la intervención; según la evaluación de dichos equipos.	Medio

Fuente: Elaboración propia (Santiago, Chile, 2022).

Tabla 1 (continuación)

Calidad metodológica de los estudios sobre las estrategias de intervención para pacientes con multimorbilidad evaluados por la Jerarquización de Evidencia de GRADE.

Autor, Año	Título de Artículo	Diseño del estudio	Ítems que afectan la calidad de la evidencia	Nivel de evidencia del artículo
Thorn <i>et al.</i> , 2020 ⁽⁹⁾	Cost-effectiveness of a patient-centred approach to managing multimorbidity in primary care: a pragmatic cluster randomised controlled trial.	Ensayo clínico pragmático, aleatorio por conglomerados. (Alto)	No observado	Alto
Ngangue <i>et al.</i> , 2020 ⁽²²⁾	Patients, caregivers and healthcare professionals experience with an interdisciplinary intervention for people with multimorbidity in primary care: A qualitative study.	Estudio observacional, transversal, descriptivo. (Muy Bajo)	No observado	Muy Bajo
Kuipers <i>et al.</i> , 2021 ⁽²³⁾	Making care more patient centered; experiences of healthcare professionals and patients with multimorbidity in the primary care setting.	Estudio observacional, transversal, descriptivo, cuali-cuantitativo. (Bajo)	No observado	Bajo
Zamorano <i>et al.</i> , 2022 ⁽²⁴⁾	Impact of a high-risk multimorbidity integrated care implemented at the public health system in Chile.	Estudio observacional analítico, longitudinal de cohortes caso-control, con datos secundarios. (Bajo)	(+), el estudio presenta un análisis univariado entre un grupo control y la intervención, con prueba con significación estadística para el análisis de sus variables.	Medio

Fuente: Elaboración propia (Santiago, Chile, 2022).

Estrategias para mejorar el estado de salud de los pacientes con multimorbilidad en Atención Primaria de Salud: revisión sistemática

FABIÁN VÁSQUEZ *et al.*

Rev Esp Salud Pública
Volumen 98
23/10/2024
e202410059

Tabla 2

Estudios de las estrategias de intervención para pacientes con multimorbilidad.

Autor, Año	Tipo de estudio / Población de estudio / País del estudio	Objetivo del estudio / Estrategia utilizada	Instrumento de medición	Resultados	Aporte a la pregunta de investigación
Panagiotti <i>et al.</i> , 2018 ⁽¹⁹⁾	Experimental aleatorizado/ 1.306 pacientes separados en dos grupos: 504 pacientes (grupo intervención) y 802 (grupo control) / Inglaterra.	Mejorar las habilidades de los pacientes con multimorbilidad para hacer frente a una variedad de condiciones a través del asesoramiento en salud. / Asesoramiento en salud vía telefónica durante seis meses (<i>coaching</i> de salud).	<ul style="list-style-type: none"> - Medición del nivel de activación del paciente (PAM). - Calidad de vida (WHQ00L-BREF) - Salud mental/depresión (MHI-5) - Autocuidado (SDSCA) - Rentabilidad de la estrategia: Número de contactos con el médico y la utilización de servicios hospitalarios. 	<p>Medida de activación del paciente (PAM)=1,44 (IC 95% -0,46 a 3,33), P valor=0,133</p> <p>Calidad de vida de la OMS: salud física (WHQ00L)=1,62 (IC 95% -0,32 a 3,56) P valor=0,099</p> <p>Depresión (Inventario de Salud Mental, MHI-5)=1,00 (IC 95% -1,25 a 3,26), P valor=0,373</p> <p>Autocuidado (SDSCA)=0,04 (IC 95% -0,19 a 0,11) P valor=0,58</p> <p>Todas las variables evaluadas (grupo control/ intervención) presentaron una leve variación, estadística no significativa (p>0,05).</p>	<p>Los pacientes del grupo intervención (con entrenamiento de salud-estrategia <i>coaching</i>) no mejoraron en ninguna variable significativamente (activación del paciente, calidad de vida, depresión o autocuidado) en comparación con la atención habitual.</p> <p>También demostraron niveles más bajos de uso de atención de emergencia, pero un aumento en el uso de servicios planificados y costos generales más altos, así como una ganancia de años de vida ajustados por calidad (QALY).</p>

Fuente: Elaboración propia (Santiago, Chile, 2022).

Tabla 2 (continuación)
Estudios de las estrategias de intervención para pacientes con multimorbilidad.

Autor, Año	Tipo de estudio / Población de estudio / País del estudio	Objetivo del estudio / Estrategia utilizada	Instrumento de medición	Resultados	Aporte a la pregunta de investigación
Vaineri <i>et al.</i> , 2018 ⁽²⁰⁾	Experimental, aleatorio / 1.300 pacientes con patología crónica. Se define dos grupos de estudio pacientes con patología crónica única y con multimorbilidad inscritos en el programa de atención crónicos y dos grupos de pacientes con patología crónica única y múltiple no inscritos en el programa. / Italia.	Analizar como las estrategias (educación, sistema y monitoreo de la atención-continuidad relacional entre equipo tratante y pacientes) afectan la satisfacción y la gestión de pacientes crónicos únicos y múltiples de los programas de atención crónica en Siena, Italia. / Intervención ejecutada por equipo multidisciplinario y gestor de casos.	<ul style="list-style-type: none"> - Autocuidado. - Proactividad. - Educación. - Continuidad relacional. - Estado de Salud. - Automanejo. - Satisfacción General. 	<p>Resultados de la rama de pacientes con multimorbilidad (con y sin intervención)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Estado de salud: Con intervención 6,23 Sin intervención 6,55. - Autocuidado: Con intervención 2,19 Sin intervención 2,0 - Proactividad: Con intervención 0,39 Sin intervención 0,38 - Educación: Con intervención 3,71 Sin intervención 3,4 - Continuidad relacional: Con intervención 2,82 Sin intervención 2,84 - Satisfacción general (media): Con intervención 3,42 Sin intervención 3,37 - Mejor autogestión: Con intervención 84,96% Sin intervención 89,76%. <p>Las variables estado de salud y educación presentaron una variación estadísticamente significativa en el grupo de pacientes con multimorbilidad que recibieron la intervención.</p>	<p>El monitoreo fue la única estrategia asociada con la satisfacción general y una mejor autogestión para pacientes crónicos únicos y múltiples. La continuidad relacional también mostró una asociación positiva significativa con una mejor percepción de automanejo para ambos grupos de pacientes, pero tuvo una asociación positiva con la satisfacción del paciente solo para pacientes crónicos únicos.</p> <p>La participación en el programa de atención no tuvo ninguna influencia estadísticamente significativa en una mejor gestión. Ni la proactividad ni la educación parecían conducir a la percepción de una mejor gestión. La continuidad relacional para ambos grupos tuvo un efecto altamente positivo en un mejor automanejo.</p> <p>El programa de intervención basado en las tres estrategias mejoraría significativamente el estado de salud de los pacientes con multimorbilidad, siendo el monitoreo y la continuidad relacional muy relevantes.</p>

► **Fuente:** Elaboración propia (Santiago, Chile, 2022).

Estrategias para mejorar el estado de salud de los pacientes con multimorbilidad en Atención Primaria de Salud: revisión sistemática

FABIÁN VÁSQUEZ *et al.*

Rev Esp Salud Pública
Volumen 98
23/10/2024
e202410059

Tabla 2 (continuación)
Estudios de las estrategias de intervención para pacientes con multimorbilidad.

Autor, Año	Tipo de estudio / Población de estudio / País del estudio	Objetivo del estudio / Estrategia utilizada	Instrumento de medición	Resultados	Aporte a la pregunta de investigación
Shah et al., 2019 ⁽²³⁾	Cuasi-experimental / 1.250 pacientes con enfermedades crónicas / Inglaterra	Evaluar el modelo de "Atención Primaria Mejorada" (coaching de salud). Coaching de salud realizado por personal no médico.	- Estado de salud - Calidad de vida (5Q-5D-5L) - Funcionamiento físico - Bienestar psicológico, - Resiliencia. - Utilización de la red de salud.	<p>- Calidad de vida: Media Preintervención: 0,6671 Postintervención: 0,6702 Diferencia media pre y post intervención: 0,0052</p> <p>- Funcionamiento físico: Media Preintervención: 0,6954 Media Postintervención: 0,7147 Diferencia media pre y post intervención: 0,0161</p> <p>- Bienestar psicológico: Media Preintervención: 0,8445 Media Postintervención: 0,8226 Diferencia media pre y post intervención: -0,0142</p> <p>- Resiliencia: Preintervención: 0,8335 Postintervención: 0,8396 Diferencia media pre y post intervención: 0,0091</p> <p>- Utilización de la Atención Primaria: Diferencia de la media de: 0,0064</p>	La estrategia <i>Coaching</i> en salud del programa Atención Primaria mejorada (<i>Enhanced Primary Care</i>), no presenta mejora en el estado de salud de los pacientes con multimorbilidad, debido a que no logra su objetivo principal de mejorar la experiencia del paciente y los resultados.
				Los resultados muestran que hay muy poco efecto del coaching de salud en los pacientes con multimorbilidad, incluso evidencia de pequeños efectos negativos sobre el bienestar psicológico. Todos los resultados presentados no son estadísticamente significativos.	

Tabla 2 (continuación)
Estudios de las estrategias de intervención para pacientes con multimorbilidad.

Autor, Año	Tipo de estudio / Población de estudio / País del estudio	Objetivo del estudio / Estrategia utilizada	Instrumento de medición	Resultados	Aporte a la pregunta de investigación
Contant <i>et al.</i> , 2019 ⁽⁸⁾	<p>Experimental, ensayo clínico pragmático aleatorizado con grupo intervención y control / 281 pacientes con multimorbilidad / Canadá.</p>	<p>Analizar el efecto de una intervención multidisciplinaria de autocuidado en pacientes con multimorbilidad y el impacto de los factores socioeconómicos en los resultados. / Intervención ejecutada por equipo multidisciplinario y gestor de casos.</p>	<p>- Aplicación del cuestionario de Impacto de la Educación en Salud (hei0) el cual posee 8 dominios:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Comportamiento dirigido a la salud. 2) Compromiso positivo y activo en la vida. 3) Bienestar emocional. 4) Autocontrol y conocimiento. 5) Actitudes y enfoques constructivos. 6) Adquisición de habilidades y técnicas. 7) Integración social y apoyo. 8) Navegación de servicios de salud. 	<p>Se obtuvo una mejora del autocuidado fue significativa en seis dominios hei0 en el análisis univariado (<i>odd ratio</i>; IC 95 %):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Comportamiento dirigido a la salud (2,03; 1,16-3,55). - Bienestar emocional (1,97; 1,05-3,68). - Autocontrol y perspicacia (2,35; 1,02-5,40). - Actitudes y enfoques constructivos (2,91; 1,45-5,84). - Adquisición de habilidades y técnicas (1,96; 1,13-3,39) y Navegación por los servicios de salud (2,52; 1,21-5,21). 	<p>Una cuarta parte de los participantes que recibieron la intervención mejoraron de manera confiable sus puntajes hei0, lo que sugiere un efecto modesto de la intervención.</p> <p>La intervención educativa de autocuidado para pacientes con multimorbilidad produjo mejoras significativas en la mayoría de los dominios del cuestionario en comparación con el grupo control. Los factores socioeconómicos en su conjunto tuvieron un efecto menor en los resultados.</p>

Fuente: Elaboración propia (Santiago, Chile, 2022).

Estrategias para mejorar el estado de salud de los pacientes con multimorbilidad en Atención Primaria de Salud: revisión sistemática

FABIÁN VÁSQUEZ *et al.*

Rev Esp Salud Pública
Volumen 98
23/10/2024
e202410059

Tabla 2 (continuación)
Estudios de las estrategias de intervención para pacientes con multimorbilidad.

Autor, Año	Tipo de estudio / Población de estudio / País del estudio	Objetivo del estudio / Estrategia utilizada	Instrumento de medición	Resultados	Aporte a la pregunta de investigación
Thorn <i>et al.</i> , 2020 ⁽⁹⁾	Experimental, ensayo clínico pragmático aleatorizado por conglomerados / 1.546 pacientes con multimorbilidad de 33 establecimientos de salud, 797 pacientes grupo (intervención 3D) y 749 pacientes grupo control (atención habitual) / Inglaterra y Escocia.	Determinar la rentabilidad de la intervención 3D (concepto de totalidad incluye las dimensiones de salud, depresión y fármacos). / Intervención ejecutada por equipo multidisciplinario.	Cuestionario EQ-5D-5L que consta de 2 partes, el sistema descriptivo y la Escala Visual Analógica (EVA) para medir la autopercepción del estado de salud. Costos de variables asociados a la intervención y los años de vida ajustados por calidad (AVAC).	Los participantes del grupo intervención ganaron una media de 0,007 (IC del 95 %: -0,009 a 0,023) AVAC adicionales durante 15 meses en comparación con los participantes del grupo de atención habitual (no presentaron cambios significativos entre ambos grupos). Los costos totales por paciente fueron más altos en el grupo de intervención que en el grupo de atención habitual (cuidado de la salud basado en la comunidad, estancia en pacientes hospitalizados, consultas ambulatorias y casos de día, visitas de emergencias, viajes en ambulancia al hospital, medicamentos recetados, revisiones de farmacia).	El año de vida ajustado por calidad (AVAC) fueron ligeramente más altos para los pacientes y más bajos para los cuidadores en el grupo de intervención que en el grupo de atención habitual; sin embargo, la diferencia fue consistente con el azar. Aunque hubo un mayor número de muertes en el grupo de intervención, la diferencia no fue estadísticamente significativa. Los costos de las variables evaluadas fueron muy similares, sin variaciones estadísticamente significativas, los costos generales fueron más altos en los pacientes del grupo intervención, que en los de atención habitual, por lo cual la implementación de la estrategia no puede recomendarse únicamente por motivos económicos.

Fuente: Elaboración propia (Santiago, Chile, 2022).

Tabla 2 (continuación)
Estudios de las estrategias de intervención para pacientes con multimorbilidad.

Autor, Año	Tipo de estudio / Población de estudio / País del estudio	Objetivo del estudio / Estrategia utilizada	Instrumento de medición	Resultados	Aporte a la pregunta de investigación
Zamorano <i>et al.</i> , 2022 ⁽²⁴⁾	Estudio de cohortes con datos secundarios recopilados de forma rutinaria por la Unidad de Análisis y Gestión de la Información (UNAGIS) de Servicio de Salud Metropolitano sur occidente de Chile. / 3.933 pacientes de alto riesgo con multimorbilidad, pertenecientes a 14 centros de Atención Primaria de salud (APS) divididos en 7 grupo control y 7 grupo intervención. / Chile.	Evaluar el impacto de esta estrategia en adultos de alto riesgo con multimorbilidad en la mortalidad y la utilización de los servicios de salud. / Intervención ejecutada por equipo multidisciplinario y gestor de casos.	El impacto se evaluó a través de los siguientes resultados: 1) Número de ingresos hospitalarios. 2) Duración de la estancia hospitalaria. 3) Número de consultas a urgencias hospitalarias. 4) Número de consultas a urgencias de Atención Primaria. 5) Muerte por todas las causas (6) Uso de fármacos.	Los pacientes del grupo intervención de multimorbilidad tenían una probabilidad estadísticamente menor de morir durante el seguimiento que aquellos que recibieron el tratamiento habitual (OR 0,56; IC95% 0,4-0,77). Esta estrategia también se asoció con menos ingresos hospitalarios (TIR 0,31; IC95% 0,20-0,48), una menor estancia en el hospital (TIR 0,58; IC95% 0,42-0,82) y un menor número de consultas a Urgencias hospitalarias (TIR 0,77; IC95% 0,64-0,93) y en Atención Primaria (TIR 0,99; IC95% 0,86-1,15). Todos estos resultados fueron estadísticamente significativos. Además, también encontramos un efecto significativo en la utilización de medicamentos. Los pacientes con el nuevo modelo de atención tenían más probabilidades de recibir una mayor cantidad de medicamentos que los pacientes del grupo de control.	Esta experiencia exitosa ha demostrado que implementaciones complejas en el sistema público de salud son posibles y generan buenos resultados. De esta manera, se puede avanzar y contribuir a la transición que se han considerado necesaria para abordar a los pacientes con multimorbilidad de manera más eficiente y eficaz.

► Fuente: Elaboración propia (Santiago, Chile, 2022).

Estrategias para mejorar el estado de salud de los pacientes con multimorbilidad en Atención Primaria de Salud: revisión sistemática

FABIÁN VÁSQUEZ *et al.*

Rev Esp Salud Pública
Volumen 98
23/10/2024
e202410059

Las estrategias de intervención en estudio fueron de dos tipos: el asesoramiento en salud vía teléfono (tipo *coaching*) (19,21) y, principalmente, las estrategias en las que se utilizaba un gestor de casos y un equipo multidisciplinario (8,9,20,24). Los estudios que presentaban equipos multidisciplinarios en su estrategia de intervención destacan el rol de un profesional como gestor de caso, quien se encargaba del seguimiento, evaluación y administración de las acciones de salud que realizaba el equipo con los pacientes en control (8,9,20,24).

Los instrumentos de medición fueron varios y diversos entre los estudios en cada estudio, entre los cuales predominaron las encuestas de calidad de vida (8,19,21), de salud mental (19), de autocuidado (8,19,20), de PAM medición del nivel de activación del paciente (19,20), de estado de salud (9,20,21) y de satisfacción general (20).

Además, se realizaron mediciones económicas como costos de variables asociados a la intervención (9,19,24) y los años de vida ajustados por calidad (AVAC) (9). En los resultados se encontró que los pacientes del programa de intervención en salud con estrategia tipo *coaching* no presentaron mejoras en el estado de salud en comparación con la de los que recibían atención habitual (19,21) y, con respecto a la estrategia tipo gestor de casos, el estudio de Thorn *et al.* no presentó cambios significativos entre ambos grupos (intervención y control) medidos por la variable AVAC (años de vida ajustados por calidad) (9).

Los pacientes con multimorbilidad atendidos a través de la estrategia de intervención tipo gestor de casos y equipo multidisciplinario mejoraron significativamente su estado de salud (8,20,24). Dentro de estas intervenciones, las estrategias de monitoreo aparecen como las más relevantes para la satisfacción del paciente (20), específicamente la intervención educativa de autocuidado para pacientes con multimorbilidad, pues produjeron mejoras significativas en la mayoría de los domi-

nios del cuestionario de *Impacto de la Educación en Salud* (heiQ) en comparación con el grupo control (8).

Los pacientes que se habían sometido a intervenciones presentaron una ganancia de años de vida ajustados por calidad (QALY) (19), pero no presentaron cambios en el trabajo de Thorn (9).

DISCUSIÓN



LOS RESULTADOS OBTENIDOS MOSTRARON, por una parte, que las intervenciones basadas en el solo hecho de brindar apoyo o asesoramiento en salud (adicional a la atención de salud), denominada estrategia de *coaching* para pacientes con multimorbilidad, no arrojan cambios significativos en el estado de salud de los pacientes en un corto (seis meses) y mediano plazo (catorce meses) (19,21). Estos resultados no se correlacionan con otros estudios, en los cuales se señala que la estrategia de *coaching* de salud generaría beneficios leves y significativos a corto y largo plazo (25-29). Sin embargo, es difícil generalizar estos hallazgos para la intervención de pacientes con multimorbilidad, ya que la mayoría de los ensayos mencionados se centraron en pacientes con una sola patología crónica (27,29). Por otra parte, el modelo de Atención Primaria Mejorada presentado en el artículo de Shanh *et al.* se basa en un modelo similar implementado en los Estados Unidos, pero este, presenta una diferencia que podría ser clave al momento de analizar los resultados: el modelo implementado en este país (Estados Unidos) fue ejecutado por entrenadores de salud que tenían a poseer experiencia clínica previa (eran profesionales de la salud y, generalmente, enfermeras), mientras que los de Reino Unido solían no ser profesionales de la salud y solo recibieron, en el caso de este estudio, una capacitación previa de dos días para realizar la labor de entrenador de salud (21). Este factor podría ser relevante para los resultados obtenidos de ambos artículos, debido a que en el artículo de Panagiotti *et al.* se señala que el *coaching*

telefónico fue realizado por un asesor con experiencia previa, que recibió una capacitación por tres días, pero no se explicita que es ejecutado por un profesional de la salud (19).

Una característica común en gran parte de los estudios seleccionados tiene relación con que la ejecución de las estrategias de cuidados para pacientes con multimorbilidad fue realizada por equipos multidisciplinarios de salud, debido probablemente a la alta complejidad del manejo de los pacientes con multimorbilidad, así como a la búsqueda de una atención integral para ellos (8,19,20,23,25). Si bien la característica común de estas estrategias es la conformación de equipos multidisciplinarios, no todos están conformados de igual forma; pareciera ser, según lo observado, que la base de la configuración de los equipos se fundamenta en un profesional médico y una enfermera, para luego incorporar a otros profesionales tales como kinesiólogos, terapeutas respiratorios, nutricionistas, dentistas, trabajadores sociales, químicos farmacéuticos, entre otros. En este sentido, se destaca que la mayoría de los estudios presentan la figura de un gestor de caso (enfermera), la cual, desde el punto de vista de los revisores de los estudios, es fundamental en la ejecución de estas estrategias, debido a su rol de coordinación, apoyo y seguimiento de los pacientes; sin embargo, esta labor en los modelos de atención de pacientes basados en el diagnóstico no siempre está establecida en forma explícita y no queda claro quién la asumirá o simplemente no está contemplada.

Los estudios con equipos multidisciplinarios y un gestor de caso presentaron cambios significativos en alguna de sus variables de análisis (8,9,19,20,23,24), por lo cual se podría considerar como un factor relevante a potenciar y a destacar. Lo anterior tiene relación con la revisión sistemática y el metanálisis de Kastner *et al.*, que señala que las intervenciones de coordinación de la atención parecen tener el mayor potencial para mejorar los resultados primarios y secundarios en pacien-

tes adultos mayores con multimorbilidad, es decir, al ser la intervención común en la implementación de varias estrategias: 1) manejo de casos, educación y autocontrol; 2) telemedicina y coordinación de la atención; y 3) manejo de casos y educación (30). Estos hallazgos coinciden con los resultados de este estudio, en el que se señala que en los artículos en los que se encontraba un manejo de casos por un profesional gestor se presentaron cambios significativos en alguna de sus unidades de análisis (8,9,19,20,24); en cambio en el estudio de Joanna Thron, en el que se implementó una estrategia 3D pero no se presentó un gestor de casos, no obtuvieron cambios significativos en sus resultados (9). De esta manera, se podría considerar de forma cualitativa que el gestor de casos podría ser muy importante en la implementación de estrategias de manejo de pacientes con multimorbilidad, sin desconocer que el éxito de las estrategias se deba quizás a una combinación de intervenciones.

En el análisis de la conformación de la muestra de los estudios, se destaca que la edad media de los pacientes de dichas muestras se encuentra sobre los setenta años. Solo el estudio de Contant *et al.* realizado en Canadá presenta una edad media de la muestra muy distinta a la de los otros artículos (53,3 años) (8).

Fortalezas. La mayoría de los estudios seleccionados son de tipo experimental, lo que otorga un buen nivel de evidencia. Gran parte de los artículos presentan las patologías de base de los pacientes, que conforman las muestras, con multimorbilidad. Además, estas patologías son, en su mayoría, cardiovasculares y metabólicas (HTA y DM), lo que añade a las muestras de pacientes una característica de uniformidad respecto a las patologías a evaluar.

Debilidades. Los estudios presentan los resultados obtenidos con diferentes instrumentos de medición, lo que dificulta el análisis y no permite realizar una comparación directa

Estrategias para mejorar el estado de salud de los pacientes con multimorbilidad en Atención Primaria de Salud: revisión sistemática

FABIÁN VÁSQUEZ *et al.*

Rev Esp Salud Pública
Volumen 98
23/10/2024
e202410059

entre las estrategias. Además, se evaluaron distintos tipos de estrategias: algunas en proceso de implementación o diseñadas para evaluar su impacto en un diseño experimental y otras que llevaban tiempo en ejecución.

Conclusión. No es posible determinar de forma cuantitativa qué estrategia de las presentadas es mejor para optimizar el estado de salud de los pacientes con multimorbilidad en la Atención Primaria de Salud, pero se puede señalar que las mejores son aquellas que cuentan con un equipo multidisciplinario, en el cual un profesional clínico se desempeña como gestor de casos. Para contribuir a optimizar este déficit, se recomienda establecer parámetros cuantitativos y cualitativos para la evaluación de las estrategias, considerando la percepción de los usuarios, la calidad de vida, la adherencia al tratamiento, los parámetros de compensación metabólicos y los costos económicos asociados a la atención en salud. Finalmente, resaltar la importancia del seguimiento de la gestión de salud. 📍

BIBLIOGRAFÍA



1. Vargas I, Barrosa X, Fernández M, Mayolb M. *Rediseño en el abordaje de personas con multimorbilidad crónica: desde la fragmentación al cuidado integral centrado en las personas*. Rev. Med. Clin. Condes. 2021; 32(4) 400-413[internet]. [Consultado el 18 de septiembre del 2021]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864021000651>
2. Chowdhury SR, Chandra Das D, Sunna TC, Beyene J, Hossain A. *Global and regional prevalence of multimorbidity in the adult population in community settings: a systematic review and meta-analysis*. EClinical-Medicine. 2023 Feb 16;57:101860. doi: <https://dx.doi.org/10.1016/j.eclim.2023.101860>. eCollection 2023 Mar.
3. World Health Organization. *Multimorbidity: Technical Series on Safer Primary Care*. Geneva: World Health Organization; 2016. P. 28. Disponible: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/252275/9789241511650-eng.pdf>
4. Fernández-Niño J, Bustos-Vázquez E. *Multimorbilidad: bases conceptuales, modelos epidemiológicos y retos de su medición*. Biomedica 2016; 36:188-203. <http://dx.doi.org/10.7705/biomedica.v36i2.2710>
5. Prados-Torres A, Cura-González I, Prados-Torres J, Leiva Fernández F, López-Rodríguez J, 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):300-307. doi: <https://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2016.11.013>
6. Prados-Torres D, Cura-González I, Prados-Torres A. *Hacia un modelo de atención a la multimorbilidad en Atención Primaria*. Aten Primaria. 2017 49(5):261-262. doi: <https://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2016.11.004>
7. World Health Organization. *Multimorbidity: Technical Series on Safer Primary Care*. Geneva: World Health Organization; 2016. Disponible: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/252275/9789241511650-eng.pdf>
8. Contant É, Loignon C, Bouhali T, Almirall J, Fortin M. *A multidisciplinary self-management intervention among patients with multimorbidity and the impact of socio-*

conomic factors on results. BMC Fam Pract. 2019 Apr 22;20(1):53. doi: <https://dx.doi.org/10.1186/s12875-019-0943-6>

9. Thorn J, Man M/S, Chaplin K, Bower P, Brookes S, Gaunt D et al. Cost-effectiveness of a patient-centred approach to managing multimorbidity in primary care: a pragmatic cluster randomised controlled trial. BMJ Open. 2020 Jan 19;10(1):e030110. doi: <https://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2019-030110>

10. Barros J, Zamorano P, Varela T, Irazoqui E, Téllez A. Cambios en el modelo de atención de personas con multimorbilidad crónica: una revisión narrativa. ARS MEDICA Revista de Ciencias Médicas 2019; 44(4):35-40. <https://dx.doi.org/10.11565/arsmed.v44i4.1569>

11. Tambo-Lizalde E, Febrel M, Urpí-Fernández A, Abad-Díez J. [Health care for patients with multimorbidity. The perception of professionals]. Aten Primaria. 2021 Jan;53(1):51-59. doi: <https://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2020.05.013>

12. Ministerio de Salud de Chile. Gobierno de Chile. Marco operativo: estrategia de cuidado integral centrado en las personas para la promoción, prevención y manejo de la cronicidad en contexto de multimorbilidad. 2021. P. 96. Disponible: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/06/Marco-operativo-Estrategia-de-cuidado-integral-centrado-en-las-personas.pdf>

13. Boyd CM, Darer J, Boulton L, Fried LP, Boulton L, Wu AW. Clinical practice guidelines and quality of care for older patients with multiple comorbid diseases: implications for pay for performance. JAMA. 2005 Aug 10;294(6):716-724. doi: <https://dx.doi.org/10.1001/jama.294.6.716>

14. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud. Catálogo de guías de práctica clínica en el Sistema Nacional de Salud (SNS). 2003. https://portal.guiasalud.es/gpc/?_sfm_wpcf-estado=1

15. Higgins JPT, Green S (editores). Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions Version 5.1.0 [actualizado Marzo 2011]. The Cochrane Collaboration, 2011. Disponible en: www.cochrane-handbook.org

16. Moher D, Shamseer L, Clarke M, PRISMA-P Group. Preferred reporting items for systematic review and me-

ta-analysis protocols (PRISMA-P) 2015 statement. Syst Rev. 2015 Jan 1;4:1.

17. Aguayo-Albasini JL, Flores-Pastor B, Soria-Aledo V. [GRADE system: classification of quality of evidence and strength of recommendation]. Cir Esp. 2014 Feb;92(2):82-88. doi: <https://dx.doi.org/10.1016/j.ciresp.2013.08.002>

18. Tortajada S, Giménez-Campos MS, Villar-López J, Faubel-Cava R, Donat-Castelló L, Valdivieso-Martínez B et al. Case Management for Patients with Complex Multimorbidity: Development and Validation of a Coordinated Intervention between Primary and Hospital Care. Int J Integr Care. 2017 Jun 20;17(2):4. doi: <https://dx.doi.org/10.5334/ijic.2493>

19. Panagioti M, Reeves D, Meacock R, Parkinson B, Lovell K, Hann M et al. Is telephone health coaching a useful population health strategy for supporting older people with multimorbidity? An evaluation of reach, effectiveness and cost-effectiveness using a 'trial within a cohort'. BMC Med. 2018 May 30;16(1):80. doi: <https://dx.doi.org/10.1186/s12916-018-1051-5>

20. Vainieri M, Quercioli C, Maccari M, Barsanti S, Murante AM. Reported experience of patients with single or multiple chronic diseases: empirical evidence from Italy. BMC Health Serv Res. 2018 Aug 23;18(1):659. doi: <https://dx.doi.org/10.1186/s12913-018-3431-0>

21. Shah V, Stokes J, Sutton M. Effects of non-medical health coaching on multimorbid patients in primary care: a difference-in-differences analysis. BMC Health Serv Res. 2019 Aug 22;19(1):593. doi: <https://dx.doi.org/10.1186/s12913-019-4367-8>

22. Ngangue PA, Forgues C, Nguyen T, Sasseville M, Gallagher F, Loignon C et al. Patients, caregivers and health-care professionals' experience with an interdisciplinary intervention for people with multimorbidity in primary care: A qualitative study. Health Expect. 2020 Apr;23(2):318-327. doi: <https://dx.doi.org/10.1111/hex.13035>. Epub 2020 Feb 8.

23. Kuipers SJ, Nieboer AP, Cramm JM. Making care more patient centered; experiences of healthcare professionals and patients with multimorbidity in the pri-

mary care setting. BMC Fam Pract. 2021 Apr 9;22(1):70. doi: <https://dx.doi.org/10.1186/s12875-021-01420-0>

24. Zamorano P, Muñoz P, Espinoza M, Tellez A, Varela T, Suarez F *et al.* *Impact of a high-risk multimorbidity integrated care implemented at the public health system in Chile.* PLoS One. 2022 Jan 14;17(1):e0261953. doi: <https://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0261953>

25. Dejonghe LAL, Becker J, Froboese I, Schaller A. *Long-term effectiveness of health coaching in rehabilitation and prevention: A systematic review.* Patient Educ Couns. 2017 Sep;100(9):1643-1653. doi: <https://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2017.04.012>

26. Oliveira JS, Sherrington C, Amorim AB, Dario AB, Tiedemann A. *What is the effect of health coaching on physical activity participation in people aged 60 years and over? A systematic review of randomised controlled trials.* Br J Sports Med. 2017 Oct;51(19):1425-1432. doi: <https://dx.doi.org/10.1136/bjsports-2016-096943>

27. Boehmer KR, Barakat S, Ahn S, Prokop LJ, Erwin PJ, Murad MH. *Health coaching interventions for per-*

sons with chronic conditions: a systematic review and meta-analysis protocol. Syst Rev. 2016 Sep 1;5(1):146. doi: <https://dx.doi.org/10.1186/s13643-016-0316-3>

28. Hill B, Richardson B, Skouteris H. *Do we know how to design effective health coaching interventions: a systematic review of the state of the literature.* Am J Health Promot. 2015 May-Jun;29(5):e158-168. doi: <https://dx.doi.org/10.4278/ajhp.130510-LIT-238>

29. Barakat S, Boehmer K, Abdelrahim M, Ahn S, Al-Khateeb AA, Villalobos NÁ *et al.* *Does Health Coaching Grow Capacity in Cancer Survivors? A Systematic Review.* Popul Health Manag. 2018 Feb;21(1):63-81. doi: <https://dx.doi.org/10.1089/pop.2017.0040>

30. Kastner M, Cardoso R, Lai Y, Treister V, Hamid JS, Hayden L *et al.* *Effectiveness of interventions for managing multiple high-burden chronic diseases in older adults: a systematic review and meta-analysis.* CMAJ. 2018 Aug 27;190(34):E1004-E1012. doi: <https://dx.doi.org/10.1503/cmaj.171391>