

Open Acces



# CRONICITAT I COMPLEXITAT CLÍNICA

Esther Limón Ramírez<sup>1,2</sup>, Carles Blay Pueyo<sup>1,3</sup>, Sebastià Santaeugènia González<sup>4</sup>,  
Joan Carles Segura<sup>1,4</sup>, Francisco Hernansanz Iglesias<sup>1</sup>, Alavedra Celada Clara<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Institut Català de la Salut.

<sup>2</sup>Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. Sociedad Española de Cuidados Paliativos

<sup>3</sup>Facultat de Medicina. Universitat de Vic – Universitat Central de Catalunya

<sup>4</sup>Programa de prevenció i atenció a la cronicitat. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya.

**Adreça per a correspondència:**  
Esther Limón

**Adreça electrònica:**

[bernatdepablo@gmail.com](mailto:bernatdepablo@gmail.com)

Com a conseqüència dels progressos socials i dels avenços sanitaris, la cronicitat és el paradigma gairebé hegemònic dels sistemes de salut del nostre entorn. Cal considerar-la un exemple magnífic de l'èxit del model de benestar pel qual la majoria de persones, al llarg de la seva expectativa vital, presenten un risc creixent d'acumular problemes de salut, una gran part dels quals no podem guarir, però sí controlar i tenir-ne cura.

La cronicitat no és quelcom estàtic: les condicions cròniques tendeixen a progressar clínicament, a acumular-se i a interactuar entre elles, de manera que allò que inicialment era relativament senzill de gestionar, esdevé cada cop més problemàtic (tant per l'expressió clínica del cas, com per la dificultat del procés de presa de decisions d'una manera compartida amb la persona i entre els professionals).

En aquestes circumstàncies, que molt sovint combinen la complexitat clínica i la presència de necessitats complexes socials, els sistemes sanitaris i socials afronten un repte sense precedents, tant pel seu impacte sistèmic (es manifesta arreu) com científic (per la necessitat de coneixement per afrontar el repte amb eficàcia) i, finalment, econòmic (hom calcula que l'atenció a les condicions complexes representa en alguns casos gairebé la meitat les despeses sanitàries).<sup>1</sup>

## La cronicitat

Una malaltia crònica és aquella condició que presenta un curs evolutiu llarg i sovint de progressió lenta<sup>2</sup> que necessita atenció sanitària continuada, en condicions on l'autonomia o les activitats de la vida diària sovint estan limitades, temporalment o permanentment<sup>3</sup>.

En tant que constitueix el perfil nosològic més prevalent dels sistemes sanitaris occidentals, la cronicitat és un dels principals reptes que afecten el conjunt de la ciutadania pels seus efectes sobre les persones, els grups poblacionals, el seu entorn, el sistema sanitari i la societat en general, especialment si tenim en compte les seves

expectatives de creixement en termes de prevalença i impacte<sup>4</sup>.

La cronicitat suposa al voltant del 75% del conjunt de l'activitat del sector salut, fonamentalment en termes de despesa, mortalitat, hospitalitzacions, activitat a l'atenció primària o als serveis d'urgències i de consum i cost en fàrmacs.

Gairebé la meitat de les persones de més de 16 anys del nostre país pateixen d'almenys algun problema crònic de salut, i el 22% de la població en pateix dos o més<sup>5</sup>. Més del 80% de persones majors de 80 anys tenen algun problema crònic de salut, essent aquesta morbiditat la principal causa de discapacitat en els pacients geriàtrics<sup>6</sup>.

En gran mesura, la preeminència de la cronicitat com a paradigma dominant de l'epidemiologia comunitària es relaciona amb l'envelliment de la població<sup>7</sup>. En aquest context, cal tenir present que Espanya serà un dels estats amb una major proporció de persones grans: a la meitat del segle XXI, un de cada tres catalans tindrà més de 65 anys i més del 12% en tindrà més de 80<sup>8</sup>.

## La multimorbiditat

Atès que la cronicitat es relaciona amb la longevitat i amb una major capacitat dels recursos de cura i control, tendeix a expressar-se de manera additiva<sup>8</sup>, la qual cosa comporta un plus addicional de complexitat en la gestió clínica, en tant que s'incrementen el nombre i els tipus de resposta assistencial, sovint mostrant perfils de necessitats i respostes intrínsecament contradictòries<sup>9</sup>.

El cúmul en una mateixa persona de dos o més problemes de salut, sovint crònics, correspon al terme multimorbiditat<sup>2</sup>. Aquest terme és sinònim de pluripatologia i té una relació íntima amb el concepte comorbiditat. Mentre que la comorbiditat comporta una relació jeràrquica entre els diferents problemes de salut que hom pateix (essent sovint un problema determinat el principal referent de la morbiditat de la persona), la multimorbiditat atorga una visió més *democràtica*, on tota la problemàtica

crònica contribueix a la càrrega de malaltia i discapacitat que la persona pugui patir<sup>10</sup>.

La multimorbiditat no és un fenomen privatiu de l'envelliment o quelcom que es distribueixi a l'atzar: afecta gran quantitat de gent jove i, quan s'associa amb nivells socioeconòmics baixos, anticipa la seva presència en 10-15 anys, influint en la quantitat i la tipologia mòrbida (física i mental)<sup>11</sup>.

La multimorbiditat és un fenomen clínic d'interès creixent els darrers anys, i ha suposat un tòpic nuclear del debat relacionat amb la cronicitat a Catalunya i als països del nostre entorn, atès que imposa una càrrega creixent i costosa que exigeix, com a primer repte, de la disposició de dades fiables, apropiades i comparables que puguin menar adequadament les polítiques en salut<sup>12</sup>.

El seu impacte pot arribar a ser aclaparador<sup>13</sup>. En primer lloc, en termes de prevalença: la gran majoria de persones que pateixen problemes de salut de llarga durada en solen acumular més d'un alhora<sup>14</sup> i el 22% de la població pateix més d'una condició crònica de salut, realitzant més d'un terç de les consultes a l'atenció primària<sup>15</sup>.

Els problemes que més habitualment experimenten les persones amb multimorbiditat són els següents<sup>13</sup>:

- Fragmentació i baixa coordinació de les cures, derivades del fet de ser ateses per diversos professionals, de diferents àmbits, sovint per a problemes clínics comuns
- Situacions habituals de crisi fora d'hores que obliguen a articular respostes 7 x 24
- Polifarmàcia i risc de problemes relacionats amb els medicaments: major exposició a efectes adversos, situacions de no adherència, criteris de prescripció erronis o a divergències en la conciliació de pautes entre diferents professionals
- Sobrecàrrega terapèutica per l'aplicació concomitant de les diferents guies o recomanacions de bones pràctiques
- Distrès psicoemocional per la freqüent comorbiditat mental a la base orgànica o per l'estrès fruit de l'afrontament de la persona al cúmul de problemes de salut
- Condicions socials adverses
- Handicaps funcionals, especialment en pacients geriàtrics
- Pèrdua de qualitat de vida

- Increment del consum de recursos, especialment relacionats amb serveis d'alt cost

### La complexitat

No és aquest un constructe privatiu de l'àmbit de l'atenció a les persones: els sistemes complexos són ubics a la natura i, en conseqüència, a l'activitat humana.

Aquests sistemes es caracteritzen per<sup>16,17,18</sup> estar formats per elements substancialment diversos que interaccionen en condicions d'interdependència, tendeixen a l'adaptabilitat als contextos de no-equilibri i el seu resultat final és diferent a l'aparent suma de les parts, és difícil de preveure i difereix de l'esperable. Globalment, són sistemes de difícil comprensió inicial, on aquesta comprensió millora amb la generació de nou coneixement.

Els sistemes complexos solen introduir elements d'aparent irracionalitat, subjectivitat o ambigüitat. Per aquest motiu, la metodologia científica sol evitar-los atès que no és prou capaç d'entendre'ls i qüestionen, per tant, la idea convencional de l'evidència.

En aquestes condicions, les relacions de causalitat són difícil d'establir, traduint processos circulars, sense principi ni fi, que exigeixen una comprensió des d'enfocaments sistèmics i holístics on les mateixes condicions inicials no produeixen els mateixos resultats i, d'igual manera, els mateixos resultats no esdevenen de les mateixes condicions inicials.

Per poder ser abordats, els sistemes complexos exigeixen la incorporació de mirades diferents del mateix fenomen i reclamen, per tant, un maneig interdisciplinari o multidisciplinari.

Per tot plegat, als entorns complexos les coses no sempre són el que semblen, l'evidència científica s'aplica amb força limitacions i és difícil predir-ne el curs evolutiu, en tant que es qüestionen els abordatges de base mecanicista que han predominat en els enfocaments científics tradicionals<sup>19</sup>.

La complexitat a qualsevol àmbit no és subjecte de control, planificació, protocol·lització, ni apriorismes i té molt a veure amb el desenvolupament de marcs comprensius flexibles, amb el descobriment dels fenòmens emergents i amb l'actuació sobre la base d'estructures relacionals, sovint simples.

La complexitat en salut respon plenament a aquest comportament general i, consegüentment, la seva definició no pot ser simple ni subjecta a criteris inequívocs.

De fet, a la literatura biomèdica i malgrat l'abundant i emergent volum de publicacions al respecte, no existeix un consens prou ampli -ni des del punt de vista denominatiu, ni del conceptual- del terme complexitat, ni de les diferents

maneres en què és reflectit a la bibliografia (complexitat clínica, necessitats complexes, cronicitat complexa, condicions complexes)<sup>20</sup>.

### La complexitat clínica

Segons el consens d'experts conduït per termcat<sup>2</sup>, una situació és complexa quan reflecteix la dificultat de gestió de l'atenció d'un pacient i la necessitat d'aplicar plans individuals específics i compartits a causa de la presència o la concurrència de malalties, de la seva manera d'utilitzar els serveis o del seu entorn.

Així, davant d'una sèrie de necessitats de gestió difícil que té la persona (necessitats complexes), la complexitat rau en el conjunt de necessitats mateix i, sobretot, en la dificultat per donar-hi una resposta adequada.

Això té una doble implicació. En primer lloc, que la dificultat (la complexitat) pot ser quelcom perceptiu, més que no pas objectiu; quelcom que és viscut com a complex per aquells que han de garantir la resposta assistencial (cosa que, en gran mesura, dependrà de la capacitat dels professionals i del sistema). En segon lloc, que la complexitat emergeix quan la pròpia persona o el seu entorn no poden gestionar les necessitats per ells mateixos; és a dir, si davant el mateix conjunt de necessitats, la persona i el seu entorn hi poguessin respondre apropiadament, el sistema no percebria la complexitat, ni la concebria com a tal.

La definició de la complexitat no és simple ni infal·libre i porta a tenir presents elements com la morbiditat, la incertesa o la gravetat clínica, la dificultat en la presa de decisions i també els determinants socials, fent-ho des d'una òptica dinàmica i evolutiva<sup>19</sup>.

Tot i que el factor més present en persones amb complexitat és la multimorbiditat<sup>21</sup>, aquesta no constitueix un factor *sine qua non* ni n'és sempre el factor explicatiu.

Segons dades no publicades i aportades per la Divisió d'Anàlisi de la Demanda i d'Activitat del CatSalut, la multimorbiditat identificada pels sistemes d'estratificació detectaria el 60-70% de casos de complexitat, la qual cosa els posiciona com un instrument important de suport al criteri clínic. Probablement, la incorporació de noves variables sanitàries i socials en els algorismes del GMA oferirien una major capacitat d'identificació de situacions de risc.

### El pacient crònic complex (PCC)

Segons termcat<sup>2</sup>, un PCC és aquella persona la gestió clínica de la qual és percebuda com especialment difícil. No es tractaria, doncs, d'una nova categoria diagnòstica sinó d'una identificació que es fonamenta en el judici professional i que permet aplicar nous enfocaments a pacients ja coneguts<sup>22</sup>.

Hi ha certs perfils clínics que incrementen la probabilitat que un pacient pugui ser percebut com a complex. Els processos de consens d'experts i els resultats de diversos estudis epidemiològics<sup>23,24</sup> suggereixen algunes característiques que són pròpies de les persones potencialment tributàries de ser identificades com a PCC:

#### Relacionades amb el pacient

- Multimorbiditat.
- Patologia crònica única greu o progressiva (incloent-hi les discapacitats).
- Alta probabilitat de patir descompensacions amb molta simptomatologia i mal control.
- Síntomes persistents intensos i refractaris.
- Evolució dinàmica, variable i que requereix monitoratge continu.
- Alta utilització de serveis.
- Polimedicació.
- Síndromes geriàtriques, fragilitat, dependència o deteriorament cognitiu.
- Edats extremes (pediatria o sobreenvelliment).
- Malalties minoritàries.
- Trams GMA associats a alta multimorbiditat.

#### Sistèmiques o dependents dels professionals

- Exigència de maneig multidisciplinari o d'estratègies d'atenció integrada.
- Discrepàncies entre professionals o equips quant a gestió clínica.
- Activació i accés a diferents dispositius i recursos (sovint per vies preferents).
- Entorn d'incertesa i dubtes de maneig.
- Diversificació de proveïdors que hi ha en el sistema sanitari i socials (especialment en contextos d'atenció domiciliària).
- Condicions territorials: interoperabilitat de les TIC, models de contractació compartimentats, etc.

#### Derivades de l'àmbit social

- Situacions socials adverses o de risc.

Sense cap d'aquestes característiques és realment difícil que un pacient pugui presentar necessitats complexes de salut, però no hi ha cap pauta inequívoca sobre quants o quins criteris caldria complir per ser considerat un PCC. De fet, caldria complir-ne prou com perquè els professionals referents considerin que la gestió del cas és especialment difícil i necessita un canvi en els procediments de gestió clínica convencionals.

Diversos estudis epidemiològics ja esmentats mostren que aquest enfocament, basat en el judici dels professionals és prou vàlid i fiable, i que permet establir una prevalença poblacional de la complexitat al voltant del 5%, dels quals un 4% correspondrien al concepte PCC i un 1% al de Model d'atenció a la cronicitat avançada (MACA)<sup>25</sup>.

### Identificació de les necessitats complexes

La proposta a Catalunya basa la identificació en la percepció per part dels professionals referents sobre la base de 3 passos (esquematzats a la figura 1)<sup>26</sup>:

1. Els professionals comprenen el marc conceptual de la complexitat, que incorpora els perfils PCC i MACA
2. Aplicant aquest marc, els professionals referents perceben que la gestió de les necessitats del pacient són prou difícils com per justificar-ne la identificació com a PCC o MACA.
3. Aquests professionals consideren que aquesta identificació comportaria millores de l'atenció des d'una visió de triple objectiu (*Triple Aim*)<sup>27</sup>. És a dir: s'identifica una persona si això ha de comportar clarament un avantatge, més que no pas un risc.

Figura 1. Elements bàsics per la identificació de la



complexitat. Font: CBlay. PPAC 2016

El Model català d'atenció a la complexitat transcendeix l'àmbit de la praxi individual. Així, la millora en l'atenció a persones amb necessitats complexes és fruit dels canvis produïts en els tres nivells d'actuació que descriu la figura 2 (la pràctica individual, l'organització de l'equip assistencial i l'ordenació del territori), des d'un enfocament integral i integrat de l'atenció, en un context col·laboratiu i interdisciplinari. Trencant paradigmes individualistes de la pràctica, les opcions de progrés en l'atenció a la complexitat ultrapassen la competència individual dels professionals i exigeixen transformacions en la manera en que els equips i els territoris s'organitzen.

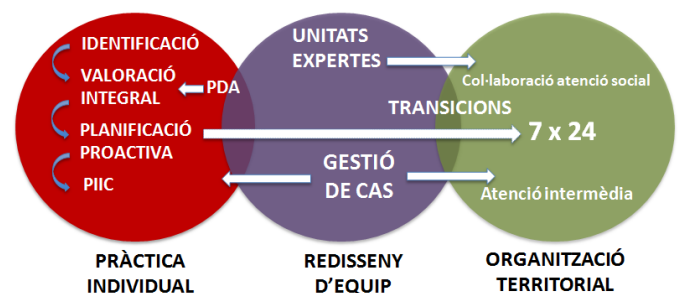


Figura 2. Elements clau dels àmbits de millora de l'actuació. Font: PPAC, 2016.

### L'atenció primària i la complexitat

El paper de l'atenció primària en la gestió clínica de la complexitat i de les condicions pal·liatives ha estat sovint emfatitzat, però poques vegades mesurat<sup>28</sup>.

En bona lògica, el seu rol hauria de ser central, atès que no hi ha nivell assistencial amb major potencial a l'hora de:

- Identificar els pacients des d'enfocaments individuals i poblacionals
- Fer valoracions integrals de les seves necessitats
- Gestionar aquestes necessitats des dels propis recursos (remots i presencials, domiciliaris i ambulatoris, mèdics i d'infermeria).
- Coordinar i harmonitzar les actuacions amb la resta d'agents sanitaris i socials que poden contribuir a la resposta assistencial òptima, cercant plans d'intervenció compartits

- Assegurar que aquesta resposta cobreixi l'atenció fora d'hores
- Minimitzar les hospitalitzacions que siguin potencialment evitables
- Acompanyar, quan escaigui, les persones fins el final de la seva trajectòria vital, permetent-les de morir allà on viuen en una proporció nombrosa de casos

La continuïtat i la longitudinalitat de l'atenció són atributs idiosincràtics de l'atenció primària del nostre país, que la posen en una posició de privilegi per atendre les necessitats més complexes de les persones<sup>29</sup>. Però també l'AP ha d'estar millor organitzada per tenir una capacitat de resposta en situació de crisi fora d'hores. Molts autors els invoquen com la millor garantia d'assolir amb plenitud el *Triple Aim*<sup>27</sup>.

En aquest moment en què l'atenció primària està essent reconsiderada al nostre país amb la clara voluntat de potenciar-la com a agent referent de la comunitat<sup>30</sup>, se'ns brinda una oportunitat idònia per promoure que faci nous plantejaments –conceptuals, competencials i organitzatius– que li permetin de ser conscient del seu potencial, de liderar la transformació interna dels seus procediments d'atenció i, finalment, d'innovar i excel·lir en la cura dels més vulnerables.

No obstant les reflexions anteriors, la bibliografia, cada cop més, accentua el paper dels factors poblacional i territorial com a focus de les bones pràctiques en les persones amb major complexitat<sup>31</sup> i aquest és un factor que l'atenció primària haurà de tenir en compte, minvant les posicions monopolítiques i potencialment col·laboratives vers la resta de col·lectius amb els que, de manera inevitable i desitjable, haurà d'interactuar.

## BIBLIOGRAFIA

- Centers for Medicare and Medicaid Services. Chronic Conditions among Medicare Beneficiaries, Baltimore: Chartbook; 2012. [citat: març de 2016]. Disponible a: <https://www.cms.gov/research-statistics-data-and-systems/statistics-trends-and-reports/chronic-conditions/downloads/2012chartbook.pdf>
- TERMCAT [Internet]. Barcelona: TERMCAT, Centre de Terminologia [actualitzat el 16 de desembre de 2016, accés el 18 de gener de 2017]. Terminologia de la Cronicitat. Disponible a: [http://www.termcat.cat/es/Diccionaris\\_En\\_Linia/160/](http://www.termcat.cat/es/Diccionaris_En_Linia/160/)
- Hwang W, Weller W, Yreys H, Anderson G. Out of pocket Medical spending for care of chronic conditions. Health Aff. 2001;20:267-8.
- World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases: 2011. Geneva: WHO; 2011.
- Eurostat [Internet]. Luxembourg: Eurostat [accés el 18 de gener de 2017]. European Health Interview Survey; 2009. Disponible a: <http://ec.europa.eu/eurostat/web/microdata/european-health-interview-survey>
- Sociedad española de geriatría y gerontología. Análisis y evaluación de la red de servicios sanitarios dedicados a la dependencia: programas de prevención, atención domiciliaria y hospitalización. Madrid: SEGG; 2005.
- World Health Organization. World report on ageing and health. Geneva: WHO; 2015.
- Contel JC, Ledesma A, Blay C. Abordaje de la cronicidad. En: Marin Zurro A, Cano Pérez JF, Gené Badia J. Compendio de Atención Primaria. 4ª ed. Barcelona: Elsevier; 2016: 71-83.
- Piette J, Richardson C, Valenstein M. Addressing the needs of patients with multiple chronic illnesses: the case of diabetes and depression. Am J Manage Care. 2004;10:152–62.
- Feinstein, A. The pre-therapeutic classification of comorbidity in chronic disease. J Chronic Dis. 1970;23:455–69.
- Barnett B, Mercer SW, Norbury M, Watt G, Wyke S, Guthrie B. The epidemiology of multimorbidity in a large cross-sectional dataset: implications for health care, research and medical education. Lancet. 2012;380:37-43.
- Violan C, Foguet-Boreu Q, Flores-Mateo G, Salisbury C, Blom J, et al. Prevalence, determinants and patterns of multimorbidity in primary care: A systematic review of observational studies. PLoS ONE. 2014;9:e102149.
- Wallace E, Salisbury C, Guthrie B, Lewis C, Fahey T, Smith SM. Managing patients with multimorbidity in primary care. BMJ. 2015;350:h176.
- Divisió de Registre de l'Activitat i la Demanda [Internet]. Barcelona: CatSalut [accés el 18 de gener de 2017]. MSIQ: mòduls per al seguiment d'indicadors de qualitat. Disponible a: <http://146.219.25.61/msiq/index.html>
- Salisbury C, Johnson L, Purdy S, Valderas JM, Montgomery AA. Epidemiology and impact of multimorbidity in primary care: a retrospective cohort study. Br J Gen Pract. 2011;61:12-21.
- Munné, F. Las teorías de la complejidad y sus implicaciones en las ciencias del comportamiento. Rev Interam Psicol. 1995;29:1-12.
- Munné F. ¿Qué es la complejidad? Encuentros en psicología social 2005;3:6-17.
- Boceta J, Villegas R. La teoría sistémica. Su aproximación a los profesionales de cuidados paliativos y su familia. Med Paliat. 2007;114:240-7.
- Pla Director Sociosanitari. Descripción i consens dels criteris de complexitat assistencial i nivells d'intervenció en l'atenció al final de la vida. Barcelona: Departament de Salut; 2010.
- Schaink AK, Kuluski K, Lyons RF, Fortin M, Jadad AR, Upshur R, et al. A scoping review of patient complexity: offering a unifying framework. J Comorb. 2012;2:1-9.

21. Tinetti ME, Fried TR, Boyd CM. Designing health care for the most common chronic condition--multimorbidity. *JAMA*. 2012;307:2493-4.
22. Manning E, Gagnon M. The complex patient: A concept clarification. *Nurs Health Sci*. 2017;19:13-21.
23. Hernansanz F, Berbel C, Martínez-Muñoz M, Alavedra C, Albí N, Palau L, et al. Complex needs care form people with chronic diseases: population prevalences and characterization in Primary Care. 16th International Conference for Integrated Care 2016. Barcelona.
24. Gómez-Batiste X, Martínez-Muñoz M, Blay C, Amblàs J, Vila L, Costa X, et al. Identifying chronic advanced patients in need of palliative measures and health and social care services in the general population: development of the NECPAL tool and preliminary findings of the NECPAL prevalence study in Catalonia. *BMJ Support Palliat Care*. 2013;3:300-8.
25. Blay C, Martori JC, Limón E, Oller R, Vila L, Gómez-Batiste X. Busca tu 1%: prevalencia y mortalidad de una cohorte comunitaria de personas con enfermedad crónica avanzada y necesidades paliativas. *Aten Primaria*. 2017. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2017.07.004>.
26. Blay C, Limón E. (coord.). Bases per a un model català d'atenció a les persones amb necessitats complexes. Conceptualització i introducció als elements operatius. Versió 6.0 del 27 de març de 2017. [Accés el 25 d'octubre de 2017]. Disponible a: [http://salutweb.gencat.cat/web/.content/home/ambits\\_tematics/linies\\_dactuacio/model\\_assistencial/atencio\\_al\\_malalt\\_cronic/documents/arxius/doc\\_complexitat\\_final\\_5.pdf](http://salutweb.gencat.cat/web/.content/home/ambits_tematics/linies_dactuacio/model_assistencial/atencio_al_malalt_cronic/documents/arxius/doc_complexitat_final_5.pdf)
27. Berwick DM, Nolan TW, Whittington J. The triple aim: care, health, and cost. *Health Aff (Millwood)*. 2008;27:759-69.
28. Howard M, Chalifoux M, Tanuseputro P. Does primary care model effect healthcare at the end of life? A population-based retrospective cohort study. *J Palliat Med*. 2017;20:344-51.
29. Ham C. The ten characteristics of the high-performing chronic care System. *Health Econ Policy Law*. 2010; 5:71-90.
30. Departament de Salut. Atenció primària i salut comunitària: Una nova orientació per a l'atenció primària de salut. Document de bases per a l'elaboració del Pla estratègic d'atenció primària i salut comunitària. Barcelona: Generalitat de Catalunya; 2016.
31. Bengoa R, Stout A, Scott B, McAlinden M, Taylor MA. Systems, not structures: changing health & social care. Belfast: HSC; 2016.

**Com citar l'article:** Limón Ramírez Esther, Blay Pueyo Carles, Santaeugenia González Sebastià, Contel Segura Joan Carles, Hernansanz Iglesias Francisco, Alavedra Celada Clara. Cronicitat i complexitat clínica. *But At Prim Cat* 2017;35:63.