

INFORME FINAL

IMPACTO
CLÍNICO, ASISTENCIAL, ECONÓMICO Y SOCIAL
DEL ABORDAJE IDEAL DEL
**MIELOMA
MÚLTIPLE**

PROYECTO SROI-MM



INFORME FINAL

IMPACTO

CLÍNICO, ASISTENCIAL, ECONÓMICO Y SOCIAL
DEL ABORDAJE IDEAL DEL
**MIELOMA
MÚLTIPLE**

PROYECTO SROI-MM

18 septiembre 2019

Realizado por:

Fundación
weber

Financiado por:

AMGEN

Con la colaboración desinteresada de:

mm
cemmp

aeal
LINFOMA · MIELOMA · LEUCEMIA

[AUTORES]

María Merino¹, Yoana Ivanova¹, Paulina Maravilla¹, Álvaro Hidalgo-Vega^{1,2},
Jorge Sierra Gil³, Ángeles Peñuelas Saiz⁴,
Begoña Barragán⁵, Grupo Multidisciplinar de Trabajo
del Proyecto SROI-MM⁶.

¹ Fundación Weber

² Universidad de Castilla-La Mancha

³ Presidente de la Sociedad Española de Hematología y Hemoterapia (SEHH) y director del Servicio de Hematología del Hospital Sant Pau

⁴ Presidenta de la Sociedad Española de Enfermería Oncológica (SEEO), coordinadora Enfermería Oncológica del Hospital Universitari Vall d' Hebron y miembro del Vall d'Hebron Institute of Oncology

⁵ Presidenta de la Asociación de pacientes de Linfoma, Mieloma, Leucemia y Síndromes Mieloproliferativos (AEAL)

⁶ Grupo Multidisciplinar de Trabajo del Proyecto SROI-MM

[GRUPO MULTIDISCIPLINAR DE TRABAJO]

D^a. Begoña Barragán.

Presidenta de la Asociación de pacientes de Linfoma, Mieloma, Leucemia y Síndromes Mieloproliferativos (AEAL).

Dr. Valentín Cabañas Perianes.

Hematólogo del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca y vocal de la SEHH.

Dr. Ignacio Martínez Jover.

Director Gerente del Hospital Universitario de Torrejón.

Dra. María Estela Moreno Martínez.

Farmacéutica hospitalaria del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau y miembro de GEDEFO-SEFH.

D^a. Elena Paredes.

Informática y paciente con mieloma múltiple.

D^a. Marta Paredes.

Camarera y familiar de paciente con mieloma múltiple.

Dr. Josep M. Pomar Reynés.

Director gerente del Hospital Universitario Son Espases del Servicio de Salud de las Illes Balears.

Dra. Noemí Puig Morón.

Investigadora encargada de los estudios del Grupo Español de Mieloma Múltiple del Hospital Universitario de Salamanca, sección de inmunopatología y citometría de flujo.

Dra. Elena Rodilla Rodilla.

Médico de atención primaria y coordinadora del grupo de Trabajo de Hematología de la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN).

D. Miguel Rojas Cásares.

Psicooncólogo del Grupo Español de Pacientes con Cáncer (GEPAC) y AEAL.

Dr. Julio de la Torre.

Experto de la SEEO y profesor EUEF San Juan de Dios.

[AGRADECIMIENTOS]

Los autores desean agradecer de manera especial a todos los pacientes con mieloma múltiple que participaron en este proyecto, por el valioso tiempo dedicado a responder la encuesta, así como a las asociaciones de pacientes CEMMP y AEAL por su generosa colaboración. Todos ellos han contribuido significativamente a mejorar el conocimiento sobre el impacto que tiene el mieloma múltiple en su vida cotidiana.



[ÍNDICE]

1	Abreviaturas _____	7
2	Glosario _____	8
3	Resumen ejecutivo _____	9
	3.1 Justificación y objetivos _____	9
	3.2 Metodología _____	10
	3.3 Resultados _____	11
	3.4 Conclusiones _____	12
4	Introducción al mieloma múltiple _____	13
	4.1 Descripción _____	13
	4.1.1 Definición _____	13
	4.1.2 Diagnóstico _____	13
	4.1.3 Pronóstico _____	14
	4.1.4 Tratamiento _____	15
	4.2 Epidemiología _____	18
	4.3 Calidad de vida relacionada con la salud _____	18
	4.4 Carga económica _____	19
	4.5 Retos del futuro y necesidades no cubiertas _____	19
5	Justificación _____	21
6	Objetivos _____	23
7	Metodología _____	24
	7.1 Reuniones de trabajo con expertos _____	24
	7.1.1 Participantes y funciones _____	24
	7.1.1.1 Comité Asesor _____	24
	7.1.1.2 Grupo Multidisciplinar de Trabajo _____	24
	7.1.2 Dinámica de trabajo _____	25
	7.1.2.1 Primera reunión con Comité Asesor _____	25
	7.1.2.2 Segunda reunión con Grupo Multidisciplinar de Trabajo _____	25
	7.2 SROI: Retorno Social de la Inversión _____	27
	7.2.1 Inicios del método SROI _____	27
	7.2.2 Introducción al método SROI _____	28
	7.3 Otros aspectos metodológicos _____	31
8	Propuestas para la mejora del abordaje del MM _____	32
9	Retorno Social de la Inversión de las propuestas para la mejora del abordaje actual del MM _____	33
	9.1 Grupos de interés _____	33



IMPACTO
 CLÍNICO, ASISTENCIAL ECONÓMICO Y SOCIAL
DEL ABORDAJE IDEAL DEL
MIELOMA MÚLTIPLE
PROYECTO SROI-MM

9.2	Marco general de la inversión y el retorno	35
9.3	Propuestas del área de Diagnóstico	36
9.3.1	Propuesta 1. Información escrita sobre la enfermedad y su tratamiento (en caso de necesitarlo), dirigida a pacientes y familiares en el momento del diagnóstico	36
9.3.2	Propuesta 2. Creación de equipos multidisciplinares con todas las especialidades implicadas, incluyendo atención primaria	41
9.3.3	Propuesta 3. Enfermería gestora de casos hospitalaria	47
9.3.4	Propuesta 4. Acceso a psicooncología en el momento del diagnóstico, tanto para pacientes como para familiares	51
9.3.5	Resumen de la inversión y del retorno en el área de Diagnóstico	55
9.4	Propuestas del área de Seguimiento	57
9.4.1	Propuesta 5. Acceso integrado a la historia clínica del paciente	57
9.4.2	Propuesta 6. Receta electrónica unificada	61
9.4.3	Propuesta 7. Información oral y escrita sobre las pruebas de seguimiento y los tratamientos	66
9.4.4	Propuesta 8. Valoración y seguimiento de la adherencia farmacológica	71
9.4.5	Propuesta 9. Soporte psicológico en todo el proceso de seguimiento y tratamiento de la enfermedad, dirigido tanto a pacientes como a familiares	76
9.4.6	Resumen de la inversión y del retorno en el área de Seguimiento	81
9.5	Propuestas del área de Urgencias, hospitalización y trasplante	83
9.5.1	Propuesta 10. Uso de mascarilla del paciente en el hospital y en los traslados	83
9.5.2	Propuesta 11. Circuito de urgencia diferenciado para pacientes onco-hematológicos inmunodeprimidos	87
9.5.3	Propuesta 12. Mejora de la estancia hospitalaria en caso de ingresos largos, tanto para pacientes como familiares	92
9.5.4	Resumen de la inversión y del retorno en el área de Urgencias, hospitalización y trasplante	97
9.6	Propuestas del área de Soporte	99
9.6.1	Propuesta 13. Formación en cuidados paliativos dirigida a profesionales sanitarios	99
9.6.2	Propuesta 14. Información al paciente sobre manejo del dolor, tratamientos de soporte, cuidados paliativos y manejo de secuelas	104
9.6.3	Propuesta 15. Acceso rápido a unidad del dolor y/o cuidados paliativos durante todo el proceso de la enfermedad	109
9.6.4	Resumen de la inversión y del retorno en el área de Soporte	114
9.7	Ratio SROI	115
9.8	Análisis de sensibilidad	118
9.8.1	Metodología	118
9.8.2	Resultados	124
10	Conclusiones	128
11	Referencias	131
12	Índice de tablas	143
13	Índice de gráficos	150
14	Índice de figuras	150



1 Abreviaturas

AE	Atención especializada
AEAL	Asociación de pacientes de Linfoma, Mieloma, Leucemia y Síndromes Mieloproliferativos
AP	Atención primaria
CC.AA.	Comunidad/es autónoma/s
CEMMP	Comunidad Española de Pacientes con Mieloma Múltiple
CP	Cuidados Paliativos
CRAB	Hipercalcemia, fallo renal, anemia y lesiones óseas líticas
CVRS	Calidad de vida relacionada con la salud
EGCH	Enfermería gestora de casos hospitalaria
EMR	Enfermedad mínima residual
ICD-11	<i>International Classification of Diseases</i>
IMWG	<i>International Myeloma Working Group</i>
IPC	Índice de Precios de Consumo
IPOS	Sociedad Internacional de Psicooncología
M€	Millones de euros
MM	Mieloma Múltiple
MSCBS	Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social
OMS	Organización Mundial de la Salud
REDF	<i>Roberts Enterprise Development Fund</i>
SECPAL	Sociedad Española de Cuidados Paliativos
SNS	Sistema Nacional de Salud
SROI	<i>Social Return on Investment</i> (Retorno Social de la inversión)
TACM	Trasplante autólogo de células madre
VIH	Virus de la Inmunodeficiencia Humana

2 Glosario

Atribución	Porcentaje de un retorno que no se debe a la intervención evaluada, sino a la contribución de otras organizaciones o personas.
Decremento	Porcentaje de deterioro de un retorno a lo largo del tiempo. Se aplica sólo a partir del segundo año.
Desplazamiento	Porcentaje de un retorno que desplaza a otro retorno.
Duración	Tiempo (en general, años) que dura un <i>outcome</i> después de la intervención.
Impacto	Retorno derivado únicamente de la intervención evaluada. Implica depurar el cambio con los conceptos de atribución, peso muerto, desplazamiento y decremento.
<i>Input</i>	Inversión hecha por cada <i>stakeholder</i> y que es necesaria para que la actividad ocurra. Puede ser de naturaleza financiera o no financiera.
Mapa de impacto	Esquema que refleja cómo se utilizan los recursos para realizar actividades que luego conducen a retornos concretos para los diferentes <i>stakeholders</i> .
<i>Outcome</i>	Retorno, resultado o cambio que se produce como consecuencia de una actividad. Puede ser esperado o inesperado, positivo o negativo.
<i>Output</i>	Propuesta de una actividad concreta, englobada en el marco de una intervención.
Peso muerto	Porcentaje de un retorno que hubiese ocurrido de todos modos, aun si no se realizase la actividad.
<i>Proxy</i>	Valor aproximado de algo que no tiene un valor de mercado concreto.
Ratio SROI	Valor actual total del impacto dividido por la inversión total.
<i>Stakeholders</i>	Grupos de interés (personas, organizaciones, entidades...) que experimentan un cambio como resultado de la intervención analizada.
Valor Actual Neto	Valor del dinero, en moneda de hoy, que se espera en el futuro, menos la inversión requerida para generar la actividad.

3 Resumen ejecutivo

3.1 Justificación y objetivos

El mieloma múltiple (MM) es un cáncer hematológico que se establece en la médula ósea y se caracteriza por la presencia de proteínas monoclonales en la sangre y/o proteínas de cadena ligera en la orina¹. Algunas de las manifestaciones clínicas típicas del MM son la fatiga, el estreñimiento, el dolor² y las infecciones, las cuales se asocian a múltiples factores relativos a la misma persona (como la edad o el estado funcional sobre el sistema inmune), a la enfermedad (como el nivel de inmunoglobulina) o al tratamiento (como la neutropenia inducida por la quimioterapia)³. El MM es un cáncer predominante en personas mayores, quienes además pueden presentar otras comorbilidades a tener en cuenta para el manejo de la enfermedad. Debido a esto, el MM es una enfermedad que afecta de manera negativa la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) de quienes la padecen y de sus cuidadores informales.

En 2018 se registraron un total de 159.985 nuevos casos de MM a nivel mundial (3.261 en España), lo cual representó un 0,9% de todos los nuevos casos de cáncer en ese año⁴. Además, se ha observado que el MM es predominante en hombres, en personas de raza negra y en la población de avanzada edad (mayor prevalencia entre los 65 y 74 años de edad)⁵.

En relación con la mortalidad, en 2018 se registraron un total de 106.105 decesos en el mundo a consecuencia del MM (2.114 en España), que equivalen al 1,1% de todas las muertes por cáncer en ese mismo año⁴. Por otro lado, las infecciones, además de ser una de las manifestaciones clínicas más importantes del MM, destacan por ser una de las principales causas de muerte. En concreto, se estima que son causantes de entre el 20% y el 30% de los fallecimientos^{6,7}.

De manera paralela, los avances en diagnóstico, pronóstico, tratamiento y evaluación de la respuesta al tratamiento del MM han resultado en una mejora en los índices de supervivencia⁸⁻¹⁰, aumentando la carga económica a consecuencia de ello^{9,10}. Por tanto, la mejora en el manejo de los síntomas asociados al MM, así como el mayor control de la enfermedad, revertirá no solo en una mejor CVRS de los pacientes, sino también en un uso más eficiente de los recursos sanitarios.

En consonancia con el incremento de la importancia que se está dando a la medición del valor social en el ámbito de la salud pública, este estudio tiene dos objetivos fundamentales: en primer lugar, consensuar un conjunto de propuestas concretas que den respuesta a las necesidades no cubiertas de los pacientes con MM y que, a su vez, cubran las expectativas de los profesionales sanitarios vinculados al MM, a través de la mejora de la gestión sanitaria: disponibilidad de recursos sanitarios, mejora en la organización y coordinación del trabajo y en la eficiencia del



Sistema Nacional de Salud (SNS); en segundo lugar, se busca estimar el impacto que generarían dichas propuestas en su primer año de implantación a través del método del retorno social de la inversión (SROI, por sus siglas en inglés), desde el punto de vista clínico, asistencial, económico y social.

Finalmente, el coste de oportunidad de una inversión en el SNS es muy alto, por lo que un análisis SROI podría facilitar la toma de decisiones al respecto, creando el máximo valor social para todos los grupos de interés vinculados a la patología. Hay posiblemente buenas oportunidades de inversión en salud pública que tan sólo necesitan decisores que, en virtud de los datos obtenidos, apuesten por implementarlas.

En España, este estudio SROI es el primero que se hace con el objetivo de mejorar el abordaje actual del MM desde la perspectiva del SNS.

3.2 Metodología

El método elegido para medir el valor social de estas propuestas es el SROI, que presenta dos ventajas a destacar. En primer lugar, combina enfoques cualitativos, cuantitativos y financieros, lo que le convierte en uno de los métodos más completos para valorar los impactos intangibles y para calcular el retorno social. En segundo lugar, demuestra la importancia de crear un diálogo formal entre los grupos de interés para involucrarles de esta manera en todo el proceso de cambio, maximizando el valor social obtenido. Este punto es especialmente relevante para los pacientes, ya que los empodera. Como consecuencia, se reduce la desigualdad entre los grupos de interés y éstos participan de forma activa en todo el proceso del estudio.

Las principales fuentes de información de este análisis SROI fueron una revisión narrativa de literatura científica y de bases de datos oficiales, una encuesta a 385 pacientes con MM y dos reuniones con grupos de expertos de carácter multidisciplinar. La primera reunión de trabajo se realizó con el comité asesor del proyecto, que estuvo conformado por cuatro personas de especial relevancia para el MM en España. Su función fue la de consensuar tanto la epidemiología como el circuito asistencial actual en el SNS de los pacientes con MM, así como establecer las áreas de análisis en las que se dividiría el análisis SROI y que fueron las siguientes: 1) Diagnóstico; 2) Seguimiento; 3) Urgencias, hospitalización y trasplante; 4) Soporte. La segunda reunión se realizó con un Grupo Multidisciplinar de Trabajo, conformado por once personas^a, con perfiles y puntos de vista diferentes tales como hematología, atención primaria (AP), farmacia hospitalaria, enfermería oncológica, psicooncología, gestión sanitaria y la perspectiva de pacientes mediante una representante de una asociación de pacientes vinculada al MM, un paciente con MM y una cuidadora informal de paciente con MM. Esta reunión sirvió

^a El número inicial de participantes era 12, pero una persona finalmente no pudo acudir.



para alcanzar el primer objetivo del estudio: consensuar un conjunto de propuestas concretas que contribuyeran a la mejora del abordaje del MM dentro del SNS. Entre todos realizaron propuestas de actividades a implementar, que se votaron posteriormente de forma individual. Aquellas propuestas con mayor votación media fueron seleccionadas para cuantificar su retorno social.

Una vez establecido el alcance del proyecto (las propuestas finales para mejorar el abordaje actual del MM), se comparó el potencial retorno social total derivado de dicho abordaje, respecto a la inversión requerida para ponerlo en marcha, durante un horizonte temporal de un año. Todos los retornos se calcularon en unidades monetarias, por lo que los retornos intangibles (bienestar, calidad de vida...) se midieron a través de indicadores *proxy*. El resultado de este cálculo nos ofreció una ratio que indica cuánto retorno social se obtendría por cada euro a invertir. Los resultados se muestran tanto en términos de retorno tangible como intangible.

Finalmente, se realizó un análisis de sensibilidad para mostrar la robustez del análisis SROI, a partir de la variación en determinadas variables para las que se hicieron asunciones, debido a la falta de disponibilidad o inexistencia de algunos datos.

3.3 Resultados

Consenso sobre el abordaje ideal del MM

La mejora del abordaje actual del MM en el SNS pasa por un total de 15 propuestas de intervención concretas, distribuidas entre las cuatro áreas de análisis de la siguiente manera: 4 en el área de Diagnóstico, 5 en el área de Seguimiento, 3 en el área de Urgencias, hospitalización y trasplante y 3 en el área de Soporte.

Las propuestas enmarcadas en el área de Diagnóstico apuntan a la mejora del proceso asistencial mediante la formación para la detección precoz (dirigida a medicina de AP), la información escrita sobre la enfermedad y el tratamiento para el momento del diagnóstico, y la implementación de un equipo de trabajo multidisciplinar para la valoración de los pacientes incidentes. Además, incluye atención psicológica tras el diagnóstico.

Las propuestas incluidas en el área de Seguimiento hacen referencia a la optimización del proceso asistencial durante el transcurso de la enfermedad, mediante el acceso integrado a la historia clínica y la receta electrónica unificada; la correcta información al paciente sobre el proceso y tratamientos a seguir, así como la evaluación de su adherencia terapéutica. Además, también se busca que la atención psicológica continúe durante todo el proceso de la enfermedad.

Las propuestas del área de Urgencias, hospitalización y trasplante pretenden mejorar en la medida de lo posible la CVRS de los pacientes con MM y sus familiares mediante el fomento del uso de la mascarilla para evitar infecciones, la generación de circuitos diferenciados en urgencias para pacientes inmunodeprimidos y así evitar el contacto directo con focos de infección, y, por



último, mejorar la calidad de la estancia hospitalaria en ingresos largos a pacientes y sus familiares.

Finalmente, las propuestas del área de Soporte incluyen optimizar los cuidados paliativos (CP) mediante la formación continua de los profesionales sanitarios, mejorar la información al paciente relacionada con el manejo del dolor, tratamientos de soporte y CP. Además, también se busca establecer un acceso rápido a CP en caso de necesidad.

Cálculo del retorno social

Tras la hipotética implantación de estas propuestas en el SNS diversos grupos de interés experimentarían cambios sustanciales: tanto el SNS y los profesionales que lo integran, como los pacientes y sus cuidadores informales.

La inversión necesaria para la implantación de estas propuestas ascendería a 10,3 millones de euros (M€), mientras que el potencial retorno social se estima en 43,3 M€. De esta manera, el retorno social cuadruplicaría la inversión realizada, con una ratio de 4,20 euros, que indica que por cada euro invertido se podrían llegar a obtener 4,20 euros de retorno social.

Por áreas, el 29,8% de la inversión correspondería a Diagnóstico, el 27,6% a Soporte, el 23,8% a Urgencias, hospitalización y trasplante y, por último, el 18,9% a Seguimiento. Respecto al retorno social, el principal retorno es para el área de Soporte con 65,8%, seguido de Diagnóstico con (20,4%). Urgencias, hospitalización y trasplante tendría el 8,9% del retorno social y Seguimiento el 4,9%. A pesar de que se muestra una ratio para cada área analizada, conviene recordar que las propuestas para la mejora del abordaje actual del MM planteadas suponen un todo en el manejo del paciente con MM, por lo que debieran considerarse de forma integrada y no aislada, tanto por una cuestión de equidad entre pacientes, como de interdependencia de unas propuestas respecto a otras.

Del retorno social total, un 72% sería tangible, mientras un 28% sería de carácter intangible. En este último grupo se incluyen, por ejemplo, la carga de cuidado informal o la mejora de la función física o el bienestar emocional.

Análisis de sensibilidad

Mientras el caso base del análisis se sitúa en una ratio de 4,20 euros, los resultados para el peor escenario mostrarían una ratio de 3,38 euros por cada euro invertido, y para el mejor escenario una ratio de 5,20 euros por cada euro invertido en el conjunto de propuestas para la mejora del abordaje actual del MM.

3.4 Conclusiones

Las aportaciones del Grupo Multidisciplinar de Trabajo destacan los principales puntos de mejora de la atención al MM dentro del SNS. Las propuestas seleccionadas desvelan las necesidades no cubiertas en torno al MM desde un punto de vista global que aúna diversas perspectivas. El



análisis presentado muestra que la implementación de estas propuestas podría ofrecer resultados positivos, tanto para el paciente con MM y sus cuidadores informales, mediante un incremento de su CVRS, así como para el SNS en términos de eficiencia en su atención.

4 Introducción al mieloma múltiple

4.1 Descripción

4.1.1 Definición

El mieloma múltiple (MM) es un cáncer hematológico. Según la *International Classification of Diseases* (ICD-11), el MM es un neoplasma de células plasmáticas establecido en la médula ósea, caracterizado por la presencia de proteínas monoclonales en sangre y/o proteínas de cadena ligera en la orina¹.

4.1.2 Diagnóstico

El MM deriva habitualmente de estados asintomáticos como la gammapatía monoclonal de significado incierto y antecede al desarrollo del MM con o sin la aparición de una fase latente de MM también asintomática¹¹. Por el contrario, el diagnóstico del MM ha sido definido históricamente por su sintomatología, definida a su vez por las manifestaciones clínicas denominadas, por sus siglas en inglés, CRAB (hipercalcemia, fallo renal, anemia y lesiones óseas líticas)¹². Esto ha supuesto que el diagnóstico, y por tanto el tratamiento, quedara supeditado a manifestaciones clínicas evidentes como lesiones óseas o fallo renal severo. En consecuencia, el *International Myeloma Working Group* (IMWG) actualizó los criterios diagnósticos en 2014 con el fin de identificar sujetos en fase latente de MM y malignidad biológica en riesgo inminente de desarrollar manifestaciones CRAB y así poder optimizar el tratamiento¹³. En la actualidad, los criterios diagnósticos definidos por el IMWG en 2014 son reconocidos a nivel internacional (Tabla 1)¹¹.

Recientemente, un metaanálisis identificó la prevalencia de una serie de síntomas en pacientes con MM, siendo los de mayor prevalencia la fatiga (98,8%), el estreñimiento (66,5%) y el dolor (58,6%)². Además de las manifestaciones clínicas típicas del MM, siendo éste un cáncer predominante diagnosticado en personas mayores, el paciente con MM puede presentar otras comorbilidades que deben tenerse en cuenta para el manejo de la enfermedad.



IMPACTO
CLÍNICO, ASISTENCIAL ECONÓMICO Y SOCIAL
DEL ABORDAJE IDEAL DEL
MIELOMA MÚLTIPLE
PROYECTO SROI-MM

TABLA 1. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DEL MIELOMA MÚLTIPLE Y MIELOMA MÚLTIPLE LATENTE

Criterios diagnósticos del mieloma múltiple		
<p>≥10% de células plasmáticas clonales en médula ósea o plasmocitoma* óseo o extramedular en biopsia, y uno o más de los siguientes eventos definitorios del mieloma:</p>	<p>Evidencia de daño en órgano final que pueda ser atribuido al trastorno de proliferación de células plasmáticas subyacente, específicamente:</p>	<p>Hipercalcemia: calcio sérico >0,25 mmol/L (>1 mg/dL) por encima del límite superior de la normalidad o >2,75 mmol/L (>11 mg/dL)</p>
		<p>Insuficiencia renal: aclaramiento de creatinina <40 ml por minuto[†] o creatinina sérica >177 μmol/L (>2 mg/dL)</p>
		<p>Anemia: valor de hemoglobina de >20 g/L por debajo del límite inferior de la normalidad, o valor de hemoglobina <100 g/L</p>
		<p>Lesiones óseas: una o más lesiones osteolíticas evaluadas mediante radiografía esquelética, tomografía computarizada o tomografía por emisión de positrones con 18F-fluorodesoxiglucosa con tomografía computada[‡]</p>
	<p>Uno o más de los siguientes biomarcadores de malignidad:</p>	<p>Células plasmáticas clónicas en médula ósea* ≥60%</p>
	<p>Ratio de cadenas ligeras libres involucradas:no involucradas[§] ≥100</p>	
	<p>>1 lesión focal evaluada por resonancia nuclear magnética[‡]</p>	
Criterios diagnósticos del mieloma múltiple latente		
<p>Ambos criterios deben cumplirse</p>	<p>Proteína monoclonal sérica (IgG o IgA) ≥30 g/L o proteína monoclonal urinaria ≥500 mg por 24 horas y/o células plasmáticas de médula ósea clonales 10-60%</p>	
	<p>Ausencia de eventos que definen mieloma o amiloidosis</p>	

*La clonalidad debe establecerse mostrando la restricción de la cadena ligera κ/λ mediante citometría de flujo, inmunohistoquímica o inmunofluorescencia. El porcentaje de células plasmáticas de médula ósea debe ser estimada preferiblemente a partir de una muestra de biopsia de médula ósea; en caso de una disparidad entre el aspirado y la biopsia de médula ósea, se debe usar el valor más alto. †Medido o estimado por ecuaciones validadas. ‡Si la médula ósea tiene menos de 10% de células plasmáticas clonales, se requerirá más de una lesión ósea para diferenciar del plasmocitoma solitario con una afectación mínima de la médula. §Estos valores se basan en la prueba sérica de Freelite (*The Binding Site Group*, Birmingham, Reino Unido). La cadena ligera libre involucrada debe ser ≥100 mg/L. †Cada lesión focal debe ser de un tamaño ≥5 mm.

Fuente: Rajkumar et al., 2014¹³

4.1.3 Pronóstico

Dada la heterogeneidad del MM, existe también una alta variabilidad en cuanto a tiempos de supervivencia¹⁴. Sin embargo, parece claro que ante los últimos avances en el tratamiento del MM los índices de supervivencia han mejorado⁸⁻¹⁰. Actualmente, el *Revised International Staging System* del IMWG es el sistema de referencia para la identificación de pacientes con diferentes pronósticos (Tabla 2)¹⁴. No obstante, el nivel de riesgo en los sujetos diagnosticados de MM podría verse modificado con el desarrollo de nuevas terapias^{12,15,16}.



TABLA 2. ESTRATIFICACIÓN DEL RIESGO EN SUJETOS DIAGNOSTICADOS DE MIELOMA MÚLTIPLE Y SUPERVIVENCIA EN CADA ESTADIO DE LA CLASIFICACIÓN

Estadio	Criterio	SLP (meses)	SG (meses)	SG a 5 años (%)
I	β2-microglobulina sérica < 3,5 mg/L	66	*	82
	y albúmina sérica ≥ 3,5 g/dL			
	y sin hallazgos citogénicos de alto riesgo evaluados mediante hibridación fluorescente in situ interfásica			
	y lactato deshidrogenasa sérica < del límite superior de la normalidad			
II	No estadio I o III	42	83	62
III	β2-microglobulina sérica ≥ 5,5 mg/L	29	43	40
	y presencia de del(17p) y/o traslocación t(4;14) y/o translocación t(14;16) evaluados mediante hibridación fluorescente in situ interfásica o lactato deshidrogenasa sérica > del límite superior de la normalidad			

Abreviaturas: SLP, supervivencia libre de progresión; SG, supervivencia global. Nota: se presenta la mediana.

*No se ha alcanzado la mediana de tiempo de supervivencia general.

Fuente: Palumbo et al., 2015 y Moreau et al., 2017^{14,17}

4.1.4 Tratamiento

Tras el diagnóstico y pronóstico del MM, el tratamiento inicial tiene 3 objetivos fundamentales: 1) control rápido y efectivo del MM; 2) revertir las complicaciones y los síntomas asociados al MM; 3) colección de células madre en pacientes candidatos a un trasplante autólogo de células madre hematopoyéticas (TACM)¹¹. Actualmente, tanto la estratificación del riesgo como ser candidato a un TACM son los principales determinantes del programa terapéutico a seguir (Tabla 3)^{11,16}. Independientemente de esto, el tratamiento inicial estándar está compuesto por la combinación de inhibidores de proteosoma, inmunomoduladores y el corticoesteroide dexametasona (p. ej. bortezomib-lenalidomida-dexametasona), al haber resultado dicha combinación en una respuesta completa en pacientes sometidos o no a un TACM^{11,18}. Dicha combinación podría verse modificada en función de las necesidades específicas de cada paciente. Además, como síntomas asociados al MM, el manejo de las lesiones óseas líticas, el dolor y la fatiga forman parte fundamental del tratamiento de estos pacientes¹¹. Finalizado el tratamiento, la mayoría de los pacientes con MM deben someterse a un programa terapéutico de recaída, que ve reducido su efecto sobre el tiempo de remisión con cada nuevo régimen terapéutico^{11,16}. En estos casos las opciones de tratamiento incluyen el TACM y/o seguir con el tratamiento quimioterapéutico previo o probar uno nuevo. Además, se recomienda la participación de estos pacientes en ensayos clínicos¹⁹.



TABLA 3. ALGORITMO PARA EL TRATAMIENTO INICIAL DEL MIELOMA MÚLTIPLE

Riesgo	Criterio	Tratamiento Inicial
Estándar	Es candidato a un TACM	1. 4 ciclos de VRd + extracción de células madre
		2a. TACM temprano
		3a. Mantenimiento de 2 años con lenalidomida
		2b. 8-12 ciclos de VRd
		3b. Mantenimiento con lenalidomida
		4b. TACM en la primera recaída
Estándar	No es candidato a un TACM y estado de salud fuerte	1. 8-12 ciclos de VRd 2. Mantenimiento con lenalidomida
	No es candidato a un TACM y estado de salud débil	Rd hasta que progrese
	Alto [§]	Es candidato a un TACM
2. Extracción de células madre		
3. TACM individual o tándem [§] temprana		
4. Mantenimiento basado en inhibidores de proteasoma		
No es candidato a un TACM		1. 8-12 ciclos de VRd [†] 2. Mantenimiento basado en bortezomib

Abreviaturas: TACM, trasplante autólogo de células madre; VRd, bortezomib, lenalidomida, dexametasona de baja dosis; KRd, carfilzomib, lenalidomida, dexametasona de baja dosis; Rd, lenalidomida + dexametasona de baja dosis.

[§]Detección de alguna de las siguientes anomalías cromosómicas: t(14;16), t(14;20), del17p13, t(4;14) y/o 1q gain mediante hibridación fluorescente in situ interfásica. *Preferiblemente para pacientes con t(4;14), t(14;16), t(14;20), y aquellos con ≥2 anomalías de alto riesgo. [§]Preferiblemente individual. Tándem con un segundo TACM en 6 meses tras el primero para pacientes con del17p13. [†]El número de ciclos dependerá de su tolerancia y respuesta. Si la enfermedad responde y el paciente tolera la terapia, se podría prolongar a 12 ciclos.

Fuente: Rajkumar, 2018¹⁹

Para valorar la evolución del paciente durante el tratamiento inicial o de recaída es necesario evaluar la respuesta a dicho tratamiento. Para ello el IMWG define una serie de criterios aceptados por la comunidad científica²⁰. Recientemente, el criterio de enfermedad mínima residual (EMR) ha surgido de la literatura científica como estándar para evaluar el significado de la respuesta al tratamiento del MM en sujetos con una respuesta completa convencional (Tabla 4)¹². El IMWG define la respuesta completa convencional como inmunofijación negativa en suero y orina, desaparición de cualquier plasmocitoma en tejidos blandos y <5% de células plasmáticas en muestra de médula ósea por aspiración²⁰. Habiéndose asociado a periodos aumentados de supervivencia general y supervivencia libre de progresión, se ha puesto de manifiesto la posible inclusión del criterio EMR en los procesos de aprobación de prácticas clínicas en MM¹⁵.



TABLA 4. CRITERIOS DE ENFERMEDAD MÍNIMA RESIDUAL EN RESPUESTA AL TRATAMIENTO

Crterios	Definición
EMR negativa por inmunofenotipo	Ausencia de células plasmáticas clonales fenotípicamente aberrantes en muestra aspirada de médula ósea usando criterios Euro-Flow o método equivalente validado para la detección de una EMR con una sensibilidad mínima de 10 ⁵ .
EMR negativa molecular	Ausencia de células plasmáticas clonales en muestra aspirada de médula ósea mediante <i>Next Generation Sequencing</i> . La definición de clonalidad requiere <2 lecturas de secuenciación idénticas utilizando una plataforma LymphoSIGHT® o método equivalente validado para la detección de una EMR con una sensibilidad mínima ≥10 ⁵ .
Prueba de imagen y EMR negativas	EMR-negativa (por <i>Next Generation Sequencing/Flow</i>) y desaparición de cualquier área de captación en tomografía por emisión de positrones/tomografía axial computarizada respecto al diagnóstico o descenso por debajo del valor de captación estandarizado del mediastino o del tejido de partes blandas adyacente.
EMR negativa mantenida	Criterios de prueba de imagen y EMR negativas confirmados con al menos un año de diferencia. Las reevaluaciones consecutivas deben especificar la duración de la negatividad (p.ej. EMR negativa a los 5 años).

Abreviaturas: EMR, enfermedad mínima residual.

Fuente: Kumar et al., 2016²⁰

Una de las manifestaciones clínicas más importantes del MM son las infecciones, asociadas a múltiples factores que podrían clasificarse como inmunodeficiencias relativas a la propia persona (p. ej. efectos de la edad y el estado funcional sobre el sistema inmune), a la enfermedad (p. ej. niveles de inmunoglobulina o número y función de células tipo B) o al tratamiento (p. ej. neutropenia inducida por la quimioterapia)³.

Un reciente estudio basado en la población observó que los pacientes con MM tenían un mayor riesgo de desarrollar infecciones bacterianas y víricas en comparación con un grupo control pareado, siendo mayor el riesgo durante el primer año tras el diagnóstico⁶. Además, otro estudio observó que la mayor parte de las infecciones definidas mediante técnicas microbiológicas se produjeron durante las fases de inducción y progresión, de las cuales más del 50% eran graves²¹.

Por tanto, en paralelo al tratamiento del MM y dado que el riesgo de infección es una de las complicaciones asociadas al MM, estas deben manejarse desde el diagnóstico²¹. Con el objetivo de prevenir infecciones en MM, se recomienda tomar una serie de medidas preventivas como el uso de antibióticos, antivirales y antifúngicos, y la administración de inmunoglobulina intravenosa^{22,23}.

De forma general, es recomendable valorar el riesgo de infección antes y durante el tratamiento activo del MM mediante la revisión del historial clínico, la valoración del estado de salud, la identificación factores de riesgo clínicos y microbiológicos para la infección, y la historia reciente de vacunación²³. Además, en función de la fase de enfermedad y tratamiento es recomendable llevar a cabo un tratamiento profiláctico antibacteriano, antiviral y/o antifúngico, teniendo en cuenta la interacción de dicho tratamiento con los medicamentos específicos para tratar el



mieloma^{22,23}. Por último, se recomienda la vacunación anual de la influenza a pacientes y cuidadores, y la vacunación del neumococo en el momento del diagnóstico^{22,23}. La administración intravenosa de inmunoglobulina quedará reservada a pacientes con infecciones recurrentes graves a pesar del uso preventivo de antibióticos^{22,23}.

4.2 Epidemiología

Según datos del *Global Cancer Observatory*²⁴, en 2018 se registraron 159.985 nuevos casos de MM a nivel mundial, un 0,9% de todos los nuevos casos de cáncer para ese mismo año⁴. Por otro lado, en 2018 se registró una mortalidad a nivel mundial de 106.105 pacientes con MM, un 1,1% de todas las muertes en pacientes con cáncer para ese mismo año⁴. Por tanto, podríamos clasificar el MM como enfermedad rara²⁵. Además, se ha observado que el MM es predominante en hombres, en la raza negra y en sujetos de avanzada edad (mayor prevalencia entre los 65 y 74 años de edad)⁵. La Tabla 5 resume la incidencia, mortalidad y prevalencia del MM²⁴.

TABLA 5. PARÁMETROS DE INCIDENCIA, MORTALIDAD Y PREVALENCIA DEL MIELOMA MÚLTIPLE EN EL MUNDO, EUROPA Y ESPAÑA. 2018

		Mundo	Europa	España
Incidencia	Número de casos	159.985	48.297	3.261
	Tasa/100.000 habitantes	2,1	6,5	7,0
	Tasa/100.000 habitantes ajustada por edad	1,7	2,9	2,8
Mortalidad	Número de casos	106.105	30.860	2.114
	Tasa/100.000 habitantes	1,4	4,1	4,6
	Tasa/100.000 habitantes ajustada por edad	1,1	1,6	1,4
Prevalencia (5 años)	Número de casos	376.005	120.391	7.932
	Tasa/100.000 habitantes	4,9	16,2	17,1
Prevalencia (1 año)	Número de casos	115.169	37.192	2.466
	Tasa/100.000 habitantes	1,5	5,0	5,3

Fuente: *Global Cancer Observatory* 2018²⁴

Finalmente, la infección destaca como una de las causas predominantes de muerte en MM^{6,7}. En concreto, del total de pacientes con MM fallecidos en recientes estudios longitudinales, entre el 22,2% y el 31% estaban asociadas a infecciones, justo por detrás de las asociadas a la progresión de la propia enfermedad (44%)^{6,7}.

4.3 Calidad de vida relacionada con la salud

La importancia de evaluar la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en MM se hace evidente ante la mejora de los índices de supervivencia en esta población^{8,11,26}. Tanto la enfermedad en sí, como el tratamiento asociado tienen un impacto sobre la CVRS y en especial



sobre la carga sintomatológica asociada (fatiga y dolor)²⁷. Recientemente, un metaanálisis identificó la prevalencia de una serie de problemas asociados a la CVRS en pacientes con MM². Entre dichos problemas, los de mayor prevalencia fueron el deterioro de la función física (98,9%) y cognitiva (82,2%), las dificultades económicas (78,4%), el deterioro de la función de rol (67,0%), social (58,0%) y emocional (57,7%), y la preocupación sobre aspectos de la muerte y el futuro (49,7%)². En relación a este último aspecto, se ha propuesto el uso de tratamientos paliativos para la mejora de la CVRS mediante la identificación temprana, evaluación y tratamiento del dolor y otros síntomas físicos y psicosociales¹¹. En consecuencia, preservar o alcanzar la máxima CVRS se propone también como un objetivo más del tratamiento del MM²⁷.

Además, el propio tratamiento tiene un impacto sobre la CVRS en los pacientes con MM. En este sentido, es más probable obtener mejoras clínicamente relevantes en la CVRS tras el tratamiento inicial del MM que tras el tratamiento de recaída²⁶. Además, se observó un deterioro en la CVRS durante el TACM en cuanto a función física, calidad de vida global y fatiga, seguida de una recuperación de todos los componentes de la CVRS evaluados tras el seguimiento a 2 meses del TACM²⁶.

4.4 Carga económica

En paralelo a los avances desarrollados en el diagnóstico, pronóstico, tratamiento y evaluación de la respuesta al tratamiento del MM, se ha observado una mejoría en los índices de supervivencia⁸⁻¹⁰. En consecuencia, la carga económica asociada al MM ha aumentado^{9,10}. Un reciente estudio estima que hoy en día el coste asociado al MM en España es de 944,15 millones de euros (M€) anuales²⁸. Específicamente, el 94,4% del coste total se asocia a costes directos derivados de servicios ambulatorios (49,1%), hospitalizaciones (32,7%) y prescripciones complementarias (18,2%)²⁸. Dicha estimación se llevó a cabo en base a las tendencias en supervivencia y costes asociados al MM en Estados Unidos^{9,29}. En consecuencia, estos resultados deben contemplarse con precaución por la dificultad de extrapolar dicha tendencia a otros países con sistemas sanitarios diferentes.

4.5 Retos del futuro y necesidades no cubiertas

Aunque los avances en el diagnóstico, pronóstico, tratamiento y evaluación de la respuesta al tratamiento han sido sustanciales y han supuesto la mejora de los índices de supervivencia, aún queda mucho por hacer. En primer lugar, avances en la mayor comprensión de la biología del MM permitirá la definición de subtipos de MM y el diseño de terapias individualizadas¹¹. Además, la reciente actualización de criterios diagnósticos basados en biomarcadores facilita la intervención temprana en sujetos asintomáticos, algo sobre lo que apenas existe literatura científica¹¹. Por último, ante la escasez de estudios al respecto, se recomienda ampliar la línea de investigación sobre el uso de la EMR como criterio de respuesta que permita facilitar la toma de decisiones clínicas¹¹.



Actualmente se está debatiendo la necesidad del TACM ante la alta eficacia de los nuevos tratamientos farmacológicos¹¹. En este sentido, un 65% de los pacientes sometidos a una consolidación con únicamente la combinación bortezomib-lenalidomida-dexametasona tuvieron una respuesta negativa de EMR, frente al 79% en pacientes que fueron sometidos a una quimioterapia de alta dosis y un TACM. Además, mientras que en el grupo que con un TACM se observó una supervivencia libre de progresión mayor, la supervivencia general a 4 años fue similar al grupo tratado únicamente con la combinación bortezomib-lenalidomida-dexametasona (81% y 80% respectivamente). Sin embargo, cabe destacar que actualmente existe un debate entre curar o controlar la enfermedad de tal manera que se puede optar por tratar el MM con estrategias multi-farmacológicas agresivas que tienen como objetivo la respuesta completa o mediante un control de la enfermedad que valore tanto la supervivencia como la calidad de vida del paciente¹⁶.

Por todo lo expuesto, la necesidad de contemplar la CVRS de los pacientes con MM es aún mayor¹¹. Esto pasa por un abordaje integral del paciente con MM que contemple todas sus necesidades¹¹. En este sentido, en 2015 se desarrolló un estudio con el fin de conocer las necesidades no cubiertas de las personas diagnosticadas de MM y de sus familiares en España³⁰. De forma general se identificaron necesidades en torno al seguimiento clínico, psicológico, social, económico y laboral, y en torno a la calidad de vida³⁰. En consecuencia, la mayoría de los pacientes identificaron las siguientes estrategias de mejora³⁰:

- * Recibir formación para mejorar la actividad física de forma saludable.
- * Recibir formación sobre cómo hacer un plan de alimentación saludable.
- * Recibir formación sobre técnicas de relajación y control de emociones.
- * Recibir información sobre estrategias para poder mejorar la calidad de vida del cuidador.
- * Recibir atención multidisciplinar (física, psicológica y social).
- * Recibir atención sanitaria en centros especializados en MM.
- * Poder contar con un teléfono de consulta.
- * Tener la posibilidad de relacionarse con personas con su misma experiencia.
- * Recibir un informe escrito en cada paso de la evolución de la enfermedad.
- * Recibir formación en técnicas comunicativas que mejoren la relación con el equipo médico.



5 Justificación

La **medición del valor social** cada vez está cobrando más importancia e interés en distintos ámbitos, incluido el de la salud pública^{31,32}. De hecho, la salud es una de las áreas que genera alto valor social intrínseco como, por ejemplo, el bienestar (vs. el malestar) emocional de un paciente o la satisfacción (vs. la insatisfacción) con el sistema de salud.

Tanto el MM en sí como el tratamiento asociado tienen un impacto sobre la CVRS de estos pacientes, y en especial sobre la carga sintomatológica asociada, como la fatiga o el dolor²⁷. Aunque existe una alta variabilidad en cuanto a tiempos de supervivencia¹⁴, ante los últimos avances en el tratamiento del MM los índices de supervivencia han mejorado⁸⁻¹⁰. Como se mencionó anteriormente, esta evidente mejora apunta a la importancia de evaluar la CVRS en esta población^{8,11,26}. Aunque esto es una buena noticia, este incremento de la esperanza de vida también supone un incremento en la carga económica asociada al MM^{9,10}. Por tanto, el manejo de los síntomas asociados al MM así como el mayor control de la enfermedad, revertirá no solo en una mejor CVRS de los pacientes, sino también en un uso más eficiente de los recursos sanitarios.

En este contexto nació el planteamiento de **consensuar un conjunto de propuestas** que dieran respuesta a las necesidades no cubiertas de los pacientes con MM, a la vez que cubrieran las expectativas de los profesionales sanitarios vinculados, desde el punto de vista de la disponibilidad de recursos sanitarios y la mejora de la organización del trabajo diario, y que a su vez tuviera un efecto positivo en el Sistema Nacional de Salud (SNS) en términos de eficiencia. Estas propuestas se circunscriben al ámbito del SNS y son producto del consenso de los principales grupos de interés para la mejora del abordaje actual del MM en el SNS de España.

Una vez consensuado este abordaje, surge la necesidad de **demostrar su impacto**, es decir, todos los cambios positivos (y negativos) que podrían generarse a partir de su implementación. Para ello, se necesita una herramienta con la que poder medir dicho valor social y evidenciarlo.

Aunque existen diversos métodos de medición del valor social (como, por ejemplo, la teoría del cambio^b o los indicadores IRIS^c), se ha elegido el **Retorno Social de la Inversión (SROI, del inglés *Social Return on Investment*)** como el más adecuado por varias razones. En primer lugar, es una de las metodologías más completas para valorar los impactos intangibles y para

^b Teoría del cambio: representa una situación que requiere modificarse a fin de alcanzar un cambio positivo, a través de un profundo análisis sobre los pasos que hay que realizar para conseguir el cambio deseado^{33,34}.

^c IRIS (*Impact Reporting Investment Standards*): informe estandarizado de impacto de una inversión de la Red de Impacto Global de Inversiones desarrollado para proporcionar un lenguaje común en términos de definiciones, conceptos y métricas de impacto^{35,36}.



IMPACTO
CLÍNICO, ASISTENCIAL ECONÓMICO Y SOCIAL
DEL ABORDAJE IDEAL DEL
MIELOMA MÚLTIPLE
PROYECTO SROI-MM

calcular el retorno social, dado que combina enfoques cualitativos, cuantitativos y financieros. En segundo lugar, demuestra la importancia de crear un diálogo formal entre los grupos de interés para involucrarles de esta manera en todo el proceso de cambio, maximizando el valor social obtenido. Este punto es especialmente relevante para los pacientes, ya que los empodera. Como consecuencia, se reduce la desigualdad entre los grupos de interés, y participan de forma activa en todo el proceso del estudio.

Por último, el coste de oportunidad de una inversión en el SNS es muy alto, por lo que un análisis SROI podría facilitar la toma de decisiones al respecto, creando el máximo valor social para todos los grupos de interés. Hay posiblemente buenas oportunidades de inversión en salud pública que tan sólo necesitan decisores que, en virtud de los datos obtenidos, apuesten por implementarlas.

En España, este estudio SROI es el primero que se hace con el objetivo de mejorar el abordaje actual del MM desde la perspectiva del SNS.



6 Objetivos

Los objetivos principales de este estudio son:

- 1) **Consensuar un conjunto de propuestas para un mejor abordaje del MM** desde la perspectiva del SNS de España.
- 2) **Estimar el impacto social** que generarían en su primer año de implantación, a través de la **metodología SROI**, desde diferentes puntos de vista:

i)
Clínico

ii)
Asistencial

iii)
Económico

iv)
Social

7 Metodología

7.1 Reuniones de trabajo con expertos

Para alcanzar el primer objetivo del proyecto, se contó con la colaboración de un Comité Asesor, que participó en una primera reunión, y de un Grupo Multidisciplinar de Trabajo, que participó en una segunda reunión.

7.1.1 Participantes y funciones

7.1.1.1 Comité Asesor

El Comité Asesor participó en una primera reunión de trabajo y estuvo constituido por cuatro personas de especial relevancia en el MM en España:

- # Jorge Sierra Gil. Presidente de la Sociedad Española de Hematología y Hemoterapia (SEHH) y director del Servicio de Hematología del Hospital Sant Pau.
- # Ángeles Peñuelas Saiz. Presidenta de la Sociedad Española de Enfermería Oncológica (SEEO), coordinadora Enfermería Oncológica del Hospital Universitari Vall d' Hebron y miembro del Vall d'Hebron Institute of Oncology.
- # Irene Mangues Bafalluy. Unitat de Farmàcia Oncohematològica del Hospital Universitari Arnau de Vilanova (Lleida) y miembro del Grupo GEDEFO.
- # Begoña Barragán. Presidenta de la Asociación de pacientes de Linfoma, Mieloma, Leucemia y Síndromes Mieloproliferativos (AEAL)

El Comité Asesor tuvo las siguientes funciones:

- # Consensuar los datos de epidemiología usados en el análisis (prevalencia e incidencia).
- # Consensuar el circuito asistencial actual en el SNS de los pacientes con MM, así como las especialidades médicas de mayor relevancia en contacto con los pacientes, con el objetivo de esbozar una situación de partida.
- # Consensuar las áreas en que organizar el análisis SROI. Esto determinó la forma en que se planteó la segunda reunión, en torno a cuatro áreas: 1) Diagnóstico; 2) Seguimiento; 3) Urgencias, hospitalización y trasplante; 4) Soporte.

7.1.1.2 Grupo Multidisciplinar de Trabajo

El Grupo Multidisciplinar de Trabajo estuvo constituido por una selección multidisciplinar de perfiles vinculados al MM:

- # Dos profesionales de hematología con importante trayectoria en el MM.
- # Una médico de atención primaria (AP), coordinadora del Grupo de Trabajo de Hematología de SEMERGEN.



- # Una experta en farmacia hospitalaria en MM.
- # Un experto en enfermería oncológica.
- # Un psicooncólogo.
- # Dos profesionales de gestión sanitaria.
- # Una representante de asociación de pacientes vinculada al MM.
- # Una paciente con MM.
- # Una cuidadora informal de paciente con MM.

Sus funciones dentro de esta segunda reunión de trabajo fueron:

- # Consensuar un conjunto de propuestas para la mejora del abordaje actual del MM dentro del SNS.

7.1.2 Dinámica de trabajo

Las dinámicas de trabajo de las reuniones se plantearon de forma diferente, debido al objetivo de cada reunión y al diferente número de asistentes en cada una de ellas.

7.1.2.1 Primera reunión con Comité Asesor

Se les presentó un conjunto de diapositivas que contenían una revisión de literatura sobre la prevalencia y la incidencia del MM en España, características básicas de los pacientes con MM, mortalidad asociada, datos oficiales sobre hospitalizaciones vinculadas al MM, y el circuito asistencial actual que realizan dentro del SNS.

Tras invitar a los asistentes a la discusión de los datos presentados, consensuaron entre ellos las principales referencias bibliográficas a utilizar en el proyecto y ayudaron a confirmar los perfiles de los asistentes que participarían en la segunda reunión de trabajo. Finalmente, establecieron las áreas de análisis en que se dividiría el trabajo de recogida y análisis de propuestas.

7.1.2.2 Segunda reunión con Grupo Multidisciplinar de Trabajo

La segunda reunión de trabajo giró en torno a las cuatro áreas de análisis propuestas en la primera reunión por el Comité Asesor.

La dinámica de trabajo se desarrolló de la siguiente manera:

1. El equipo técnico del proyecto dividió al Grupo Multidisciplinar de Trabajo en tres grupos pequeños, en virtud de la perspectiva asociada a cada perfil:
 - # Grupo A. Perspectiva médica: conformado por dos hematólogos, una médico de AP y un gestor sanitario.
 - # Grupo B. Perspectiva de otros profesionales sanitarios: conformado por un enfermero oncológico, una farmacéutica hospitalaria, un psicooncólogo y un gestor sanitario.



- # Grupo C. Perspectiva de pacientes: conformado por una representante de asociación de pacientes, una paciente con MM y una cuidadora informal de paciente con MM. El gestor sanitario que tenía previsto participar dentro de este grupo, finalmente no pudo asistir.
- 2. Cada uno de los grupos identificó y recogió propuestas para un mejor abordaje del MM, en cada una de las áreas de análisis establecidas.
- 3. A continuación, un portavoz de cada grupo puso en común las propuestas recogidas, y entre todos los asistentes unificaron aquellas que pudieran ser iguales o similares.
- 4. Al plantear que, por una cuestión de limitación de recursos, todas las propuestas no se podrían llevar a cabo, los asistentes valoraron de forma individual la importancia de todas las propuestas destinadas a mejorar el abordaje actual del MM, en una escala de 0 (ninguna importancia) a 10 (máxima importancia) (Figura 1).

FIGURA 1. MODELO DEL DOCUMENTO PARA LA VALORACIÓN INDIVIDUAL DE LAS PROPUESTAS REALIZADAS

Área DIAGNÓSTICO.

Visualice en la pantalla la numeración de cada propuesta.

Propuestas	Nada importante = 0 Importancia máxima = 10										
DX-1	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
DX-2	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
DX-3	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
DX-4	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

- 5. Una vez planteadas las propuestas de las cuatro áreas, su puesta en común y su valoración individual, se procedió a presentar las puntuaciones medias de todas las propuestas para proceder a la selección de las propuestas finales (aquellas con mayor puntuación media).
- 6. En base a su experiencia previa, el equipo técnico del proyecto estableció que 15 sería un número equilibrado de propuestas para el análisis. Por tanto, se seleccionaron las 15 propuestas con mayor puntuación media del conjunto total de propuestas, independientemente del área a la que pertenecieran.
- 7. Al finalizar la segunda reunión de trabajo, se pidió a los asistentes que realizaran una valoración del impacto de cada una de las propuestas finales en diferentes esferas de la vida del paciente en una escala de 0 (ningún impacto positivo) a 10 (gran impacto positivo), con el objetivo de obtener información adicional sobre dichas propuestas finales (Figura 2). Esta valoración se recogió vía online en las semanas posteriores a la reunión.



FIGURA 2. MODELO DEL DOCUMENTO PARA LA VALORACIÓN DEL IMPACTO DE LAS PROPUESTAS FINALES

ÁREA SEGUIMIENTO		
Propuesta 5. Acceso integrado a la historia clínica del paciente.		
Áreas de la vida del paciente	0 = ningún impacto positivo 10 = gran impacto positivo	Detalle el impacto: ¿de qué manera cree que afectaría esta propuesta en la vida del paciente y familiares?
Movilidad		
Autocuidado		
Actividades de la vida diaria		
Dolor o malestar		
Ansiedad o depresión		
Ámbito laboral		
Ámbito del ocio		
Relaciones de pareja		
Relaciones familiares		
Necesidad de cuidados		
Comentarios (si tiene alguno):		

7.2 SROI: Retorno Social de la Inversión

7.2.1 Inicios del método SROI

El método SROI lo desarrolló por primera vez la fundación filantrópica americana *Roberts Enterprise Development Fund* (REDF) en 1996, con la principal motivación de medir todo aquello que no tiene un valor de mercado, pero sí un valor intrínseco³⁷. La aplicación del método SROI permitió ir un paso adelante en la medición del valor social, dado que es un método utilizado para analizar, contextualizar y cuantificar el impacto social de las entidades u organizaciones en la sociedad, ya que éstas no generan únicamente valor económico-financiero, sino que con sus actividades también pueden crear (y destruir) valor social y medioambiental³⁸.

En revisiones posteriores al método original se han ido integrando los principios y procesos utilizados normalmente en las evaluaciones económicas y de rentabilidad financiera de la inversión, para construir un marco capaz de capturar el impacto total (económico, social y medioambiental) de las intervenciones³⁹.

De este modo, en los últimos años, el método SROI ha comenzado a utilizarse de forma creciente por parte de distintas organizaciones. La salud pública es uno de los ámbitos donde se aplica ya que se considera muy útil. Gracias a estudios previos realizados tanto en España (en dermatología, cardiología, cáncer y esclerosis múltiple⁴⁰⁻⁴⁵), como en otros países (en enfermedades víricas [VIH], asma infantil, lesiones de médula espinal³¹, hipertensión u obesidad³²), se pueden obtener varias conclusiones en torno a esta metodología:

- ✳ Los grupos de interés de cada intervención asumen los cambios que de ella se derivan, por lo que son los que mejor y de forma más realista pueden valorar los resultados.
- ✳ El uso de múltiples fuentes de datos, así como un análisis de sensibilidad robusto, mejoran la confiabilidad del análisis.
- ✳ La búsqueda constante de la objetividad y la perspectiva conservadora en términos monetarios permite no sobrestimar el retorno potencial.



7.2.2 Introducción al método SROI

Para calcular el retorno social vinculado a una intervención, se compara el impacto o beneficio total que genera, respecto a la inversión requerida para ello, durante un período de tiempo determinado. El resultado de este cálculo indica cuánto retorno social se obtiene por cada euro invertido⁴⁶.

$$\text{SROI} = \frac{\text{Valor actual total del IMPACTO}}{\text{Valor total de la INVERSIÓN}}$$

Por ejemplo, si la ratio SROI es igual a cuatro euros, cada euro invertido supone un retorno social de cuatro euros. Toda ratio superior a 1 indica un retorno positivo.

Existen dos tipos de análisis SROI⁴⁶:

- * *Retrospectivo o evaluativo*: utiliza datos históricos y resultados que ya han sido obtenidos; es útil para evaluar el impacto de actividades realizadas en el pasado.
- * *Prospectivo o de pronóstico*: es la predicción del valor futuro que se creará si las actividades propuestas se llevan a cabo, y si se alcanzan los resultados deseados.

La elaboración de un análisis del retorno social requiere basarse en una serie de principios que le confieran rigor al proceso y que se detallan a continuación^{38,46}:

- 1) **Involucrar a los grupos de interés o stakeholders**, es decir, a las personas, las organizaciones o las entidades que influyen o que se ven influidas por el objeto de análisis. Es esencial realizar un “mapa de impacto” que recoja las necesidades y los objetivos de cada grupo.
- 2) **Comprender cuál es el cambio** que se produce y el proceso mediante el cual se llega a dicho cambio. Se tienen en cuenta tanto los cambios positivos como los negativos, los previstos y los imprevistos.
- 3) **Valorar lo que importa**. Implica usar aproximaciones financieras (en inglés, *proxies*) para dar visibilidad y medir el valor de las cosas que no tienen un precio de mercado.
- 4) **Incluir sólo la información esencial** que sea útil para poder obtener conclusiones sobre el impacto, lo que implica, a su vez, no obviar información relevante sobre dicho impacto.
- 5) **Contemplar solamente el valor creado** por la actividad objeto de estudio. Para ello, el método dispone de cuatro mecanismos de ajuste (desplazamiento, peso muerto, atribución y decremento) que se explican más adelante.
- 6) **Ser transparente**, es decir, explicar y documentar cada decisión tomada en el análisis.
- 7) **Verificación independiente** del resultado obtenido, para asegurarse de que las decisiones tomadas en el análisis son razonables.

Antes de proceder a explicar las etapas del análisis SROI, conviene definir una serie de términos que normalmente se utilizan en inglés⁴⁶:



IMPACTO
CLÍNICO, ASISTENCIAL ECONÓMICO Y SOCIAL
DEL ABORDAJE IDEAL DEL
MIELOMA MÚLTIPLE
PROYECTO SROI-MM

**Stakeholders =
Grupos de interés**

Son los grupos de interés que experimentan un cambio, ya sea positivo o negativo, como resultado de la actividad que se está analizando.

Por ejemplo, los pacientes, los profesionales médicos, los cuidadores informales, etc.

Inputs = Inversión

Son los recursos o contribuciones aportadas por cada *stakeholder* y que son necesarias para que la actividad ocurra. Pueden ser de naturaleza financiera o no financiera.

Por ejemplo, el tiempo de trabajo o personal, los recursos económicos o materiales, etc.

Outputs = Actividades

Son las actividades concretas que se ponen en marcha, en relación a los *inputs* necesarios para que ocurran y los *stakeholders* implicados en ellas.

Por ejemplo, una visita a enfermería/farmacia hospitalaria para la educación en la adherencia. Este output necesita de inputs (trabajo de enfermería/farmacia hospitalaria, tiempo del paciente, recursos sanitarios...) y stakeholders (pacientes, personal...) para ponerse en marcha.

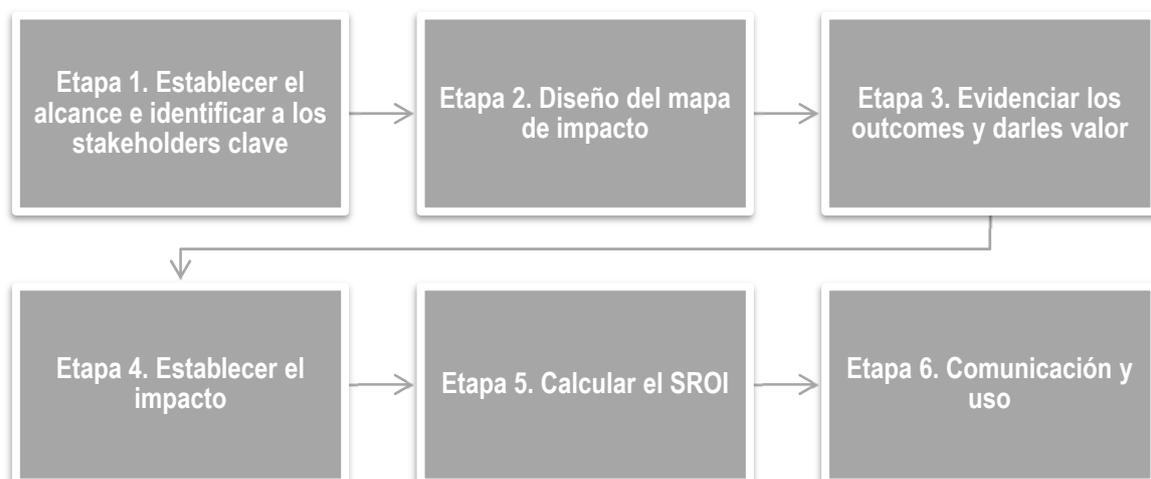
Outcomes = Retornos

Son los retornos o cambios que se producen como consecuencia de la actividad. Pueden ser esperados o inesperados, positivos o negativos.

Por ejemplo, un retorno positivo es la disminución del consumo de recursos sanitarios gracias a una mayor adherencia. Sin embargo, un retorno negativo es la pérdida de productividad laboral en pacientes trabajadores, generada por el tiempo empleado en acudir a una visita de enfermería/farmacia hospitalaria para mejorar su adherencia.

La realización de un análisis SROI supone seguir una serie de etapas (Figura 3):

FIGURA 3. ETAPAS EN UN ANÁLISIS SROI



Fuente: elaboración propia a partir de Nicholls et al., 2012⁴⁶.



Etapa 1. Establecer el alcance e identificar a los grupos de interés clave. Para determinar la magnitud del análisis hay que definir claramente el objetivo, quiénes están involucrados y de qué manera, con qué recursos se cuenta y el periodo de tiempo disponible para recoger la información necesaria.

Etapa 2. Diseñar el mapa de impacto. Esta etapa establece la relación que existe entre los *inputs* (inversión), los *outputs* (actividades concretas) y los *outcomes* (retornos). Aporta una visión global de la intervención.

Etapa 3. Evidenciar y dar valor a los retornos. Una vez comprobados los retornos y el indicador a través del cual se medirá el cambio, hay que cuantificarlos aplicando el *proxy* más adecuado.

Etapa 4. Establecer el impacto. Definir qué parte del retorno puede atribuirse a la actividad, dado que en ocasiones se ve afectado por otros elementos externos. Para este propósito, es necesario tener en cuenta los siguientes cuatro conceptos:

- * **Peso muerto:** porcentaje del retorno que hubiese ocurrido igualmente sin la intervención.
- * **Desplazamiento:** porcentaje del retorno que desplaza a otro retorno.
- * **Atribución:** porcentaje del retorno que no se debe a la intervención, sino a la contribución de otros agentes o factores.
- * **Decremento:** en retornos que duran más de un año, porcentaje de deterioro del retorno a lo largo del tiempo.

Una vez definidos estos porcentajes, se procede a calcular el retorno que generaría cada una de las actividades propuestas, multiplicando el indicador del retorno por el *proxy* (valor del retorno), descontando los porcentajes del peso muerto, la atribución, el desplazamiento y el decremento (éste último solamente en cálculos del retorno social a partir del segundo año) (Figura 4).

FIGURA 4. CÁLCULO DEL IMPACTO EN UN ANÁLISIS SROI

$$\begin{aligned} \text{PRIMER AÑO} &= (\text{indicador del retorno}) * (\text{proxy financiero}) * (1 - \text{peso muerto}) * (1 - \text{atribución}) * (1 - \text{desplazamiento}) \\ \text{AÑOS SUCESIVOS} &= \text{Impacto del primer año} * (1 - \text{decremento}) \end{aligned}$$

Etapa 5. Cálculo del SROI. Consiste en comparar los retornos obtenidos frente la inversión, teniendo en cuenta sólo el impacto atribuible a la intervención.

En el caso del SROI retrospectivo y el prospectivo a un año, la suma de todos los retornos se divide entre la inversión total. En el caso del SROI prospectivo, para un período de tiempo superior a un año, el impacto se actualiza mediante el método del Valor Actual Neto, para lo que hay que tener en cuenta dos indicadores:

- * **La tasa de crecimiento o decremento de los impactos:** prevé si el impacto cambiará a lo largo del tiempo en función de la inflación u otros parámetros.



- * La tasa de descuento: hace referencia al riesgo y al coste de oportunidad del capital empleado en la intervención. En España, en el ámbito de la salud se recomienda aplicar una tasa de descuento del 3%⁴⁷.

Un **análisis de sensibilidad** posterior permite ver cómo cambiarían los retornos al modificar los supuestos de partida o las asunciones realizadas en etapas anteriores.

Etapas 6. Comunicación. Difusión del informe de resultados a todos los grupos de interés, para su puesta en práctica y obtención de los objetivos perseguidos.

7.3 Otros aspectos metodológicos

Para realizar el análisis SROI, se utilizaron diversas fuentes de información en las que sustentar los resultados. En caso de existir varias fuentes para un mismo propósito, se priorizaron aquellas con mejor diseño metodológico, las fuentes españolas y las más actualizadas. Las principales fuentes de información utilizadas son:

- 1) Fuentes primarias: tanto datos cuantitativos, a partir de los datos recogidos en la encuesta a pacientes con MM, como cualitativos, a partir de las reuniones de trabajo con el Comité Asesor y el Grupo Multidisciplinar de Trabajo.
- 2) Fuentes secundarias:
 - a. Artículos científicos y publicaciones vinculados al MM.
 - b. Estadísticas oficiales, principalmente del Instituto Nacional de Estadística y el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (MSCBS).
 - c. Tarifas oficiales de los servicios sanitarios. Se ha utilizado la mediana de las tarifas oficiales de los boletines oficiales de las Comunidades Autónomas (CC.AA.).
 - d. Otro tipo de referencias bibliográficas.
- 3) Asunciones. En caso de desconocimiento o inexistencia de datos, se han incluido asunciones que, posteriormente, han pasado a formar parte del análisis de sensibilidad.

Se ha optado por una **posición conservadora** en el cálculo tanto de la inversión como del retorno, que busca evitar la sobreestimación de los resultados. Para estimar la inversión se ha escogido siempre el mayor coste de entre los disponibles y para estimar el retorno se ha optado por el menor impacto en términos monetarios.

Todos los precios utilizados correspondientes a 2017 o años anteriores se han actualizado, utilizando el Índice de Precios de Consumo (IPC) general o IPC de medicina, según aplicase, a euros de 2018 (último año disponible para medias anuales)⁴⁸.

La presentación de los resultados se realiza en función del área de análisis (Diagnóstico; Seguimiento; Urgencias, hospitalización y trasplante; Soporte). Los resultados de los retornos y de la ratio SROI se desglosan también según la tipología del retorno (tangibles e intangibles).

Finalmente, se realizó un análisis de sensibilidad, a partir de la variación en determinadas variables para las que se hicieron asunciones (apartado 9.8 Análisis de sensibilidad).



8 Propuestas para la mejora del abordaje del MM

El conjunto de propuestas para la mejora del abordaje del MM dentro del SNS, consensuado por el Grupo Multidisciplinar de Trabajo, se concreta en las siguientes **15 propuestas**^d.

TABLA 6. PROPUESTAS PARA LA MEJORA DEL ABORDAJE DEL MM EN EL ÁREA DE DIAGNÓSTICO.

1	Información escrita sobre la enfermedad y su tratamiento (en caso de necesitarlo), dirigida a pacientes y familiares en el momento del diagnóstico.
2	Creación de equipos multidisciplinares con todas las especialidades implicadas, incluyendo atención primaria.
3	Enfermería gestora de casos hospitalaria.
4	Acceso a psicooncología en el momento del diagnóstico, tanto para pacientes como para familiares.

TABLA 7. PROPUESTAS PARA LA MEJORA DEL ABORDAJE DEL MM EN EL ÁREA DE SEGUIMIENTO

5	Acceso integrado a la historia clínica del paciente.
6	Receta electrónica unificada.
7	Información oral y escrita sobre las pruebas de seguimiento y los tratamientos.
8	Valoración y seguimiento de la adherencia farmacológica.
9	Soporte psicológico en todo el proceso de seguimiento y tratamiento de la enfermedad, dirigido tanto a pacientes como a familiares.

TABLA 8. PROPUESTAS PARA LA MEJORA DEL ABORDAJE DEL MM EN EL ÁREA DE URGENCIAS, HOSPITALIZACIÓN Y TRASPLANTE

10	Uso de mascarilla del paciente en el hospital y en los traslados.
11	Circuito de urgencia diferenciado para pacientes onco-hematológicos inmunodeprimidos.
12	Mejora de la estancia hospitalaria en caso de ingresos largos, tanto para pacientes como familiares.

TABLA 9. PROPUESTAS PARA LA MEJORA DEL ABORDAJE DEL MM EN EL ÁREA DE SOPORTE.

13	Formación en cuidados paliativos dirigida a profesionales sanitarios.
14	Información al paciente sobre manejo del dolor, tratamientos de soporte, cuidados paliativos y manejo de secuelas.
15	Acceso rápido a unidad del dolor y/o cuidados paliativos durante todo el proceso de la enfermedad.

^d El Anexo incluye el listado completo de propuestas realizadas por el Grupo Multidisciplinar de Trabajo, previo a la selección de las propuestas finales para la mejora del abordaje del MM.

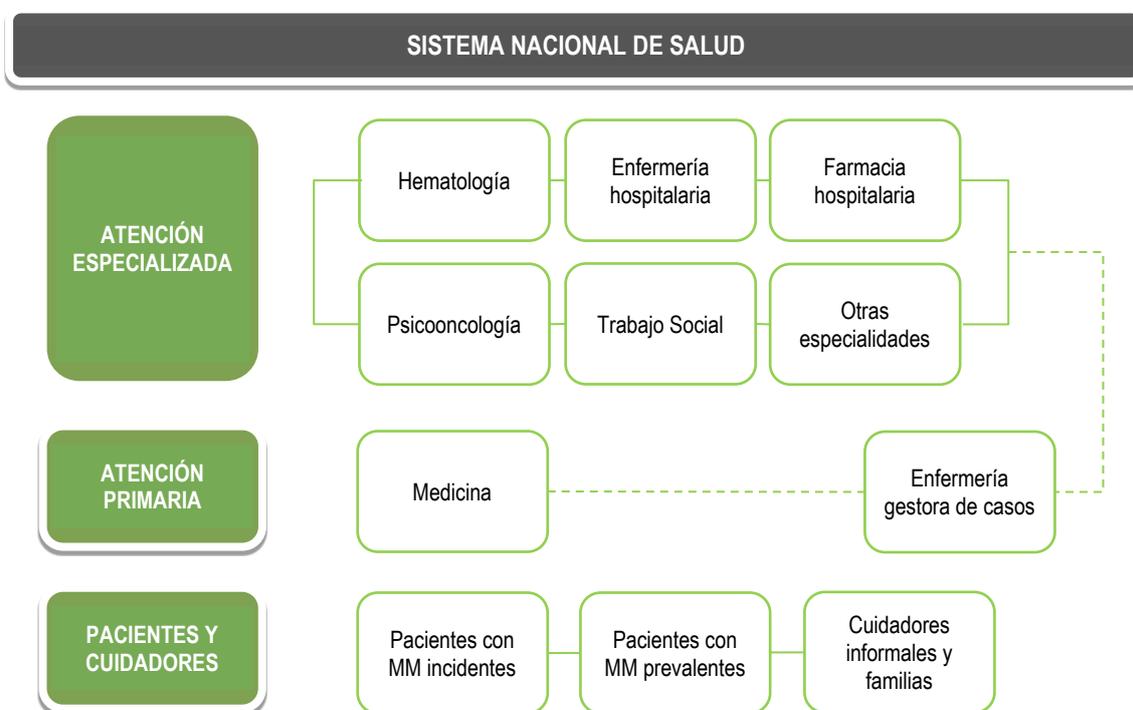


9 Retorno Social de la Inversión de las propuestas para la mejora del abordaje actual del MM

9.1 Grupos de interés

En este análisis se han contemplado tanto los grupos de interés directamente involucrados en el proyecto, como otros adicionales surgidos a partir de la revisión de literatura (Figura 5).

FIGURA 5. GRUPOS DE INTERÉS CONTEMPLADOS EN EL CONJUNTO DE PROPUESTAS PARA UN MEJOR ABORDAJE DEL MM.



Los principales grupos de interés contemplados fueron^e:

* Pacientes con MM:

- # Pacientes con MM incidentes en España, que equivalen a 7 por 100.000 habitantes, lo que asciende a 3.261 pacientes en 2018²⁴.

^e Los grupos de interés especificados no son excluyentes entre sí, sino que una misma persona puede en ocasiones pertenecer a más de un grupo como, por ejemplo, un paciente prevalente y un paciente sometido a trasplante.

- # Pacientes con MM prevalentes en España, que equivalen a 5,3 por 100.000 habitantes, lo que asciende a 2.466 pacientes en 2018²⁴.
 - # Pacientes con MM sometidos a trasplante al año, cuya cifra asciende a 977 casos⁴⁹.
 - * Cuidadores informales de los pacientes con MM (persona/s que presta/n cuidados al paciente sin recibir ningún tipo de remuneración a cambio). El 55% de los pacientes con MM tiene cuidador informal⁵⁰:
 - # 1.792 cuidadores informales de pacientes con MM incidentes.
 - # 1.355 cuidadores informales de pacientes con MM prevalentes.
 - * Familiares de los pacientes con MM sometidos a trasplante, donde se incluye no solo a los cuidadores informales, sino también a la familia más cercana. Serían 977 familias en total.
- A continuación se expone el resto de grupos de interés identificados en el conjunto de propuestas para un mejor abordaje del MM, así como las principales funciones dentro del conjunto de propuestas de este análisis.
- * SNS: es el ente que se configura como el conjunto coordinado de los servicios de salud de la Administración del Estado y los servicios de salud de las CC.AA. que integra todas las funciones y prestaciones sanitarias que, de acuerdo con la ley, son responsabilidad de los poderes públicos.
 - * Profesionales de hematología: estarían involucrados en el diagnóstico y seguimiento de los pacientes con MM. El número asciende aproximadamente a 2.793^{51,52}.
 - * Profesionales de enfermería hospitalaria: estarían involucrados en el seguimiento y valoración de la adherencia farmacológica de los pacientes con MM.
 - * Enfermería Gestora de Casos Hospitalaria (EGCH): se encargaría de que los pacientes y sus cuidadores informales contaran con un seguimiento y una valoración integral acorde a sus necesidades, siendo el eslabón entre AP y AE.
 - * Farmacia hospitalaria: se ocuparía de servir, preparar, adquirir, controlar, dispensar e informar sobre medicamentos para el MM a los profesionales de enfermería hospitalaria, así como valorar la adherencia farmacológica de los pacientes. Además, participarían en la validación de la guía para pacientes sobre MM.
 - * Profesionales de psicooncología: participarían en el apoyo emocional de los pacientes con MM y sus cuidadores informales.
 - * Profesionales del trabajo social: evaluarían la evolución de las necesidades bio-psico-sociales de los pacientes con MM.
 - * Profesionales de medicina de AP: estarían involucrados en la presunción diagnóstica y derivación de los pacientes con MM. El número asciende a 28.980⁵³.
 - * Asociaciones de pacientes vinculadas al MM: estarían involucradas en consensuar el contenido de los folletos informativos y la guía para pacientes sobre el MM.
 - * Otros pacientes oncológicos: se podrían beneficiar de algunas de las propuestas incluidas en el análisis como, por ejemplo, la enfermería gestora de casos o el acceso a cuidados paliativos (CP).



9.2 Marco general de la inversión y el retorno

El tipo de análisis SROI elegido es **prospectivo** en consonancia con el objetivo principal del estudio: evaluar el impacto clínico, asistencial, económico y social que tendría un conjunto de propuestas para mejorar el abordaje del MM, consensuado en el proyecto, tras su hipotética implantación en el SNS. La intervención objeto de análisis es, por tanto, este conjunto de propuestas.

Como todos los análisis SROI, su perspectiva es el cambio, desde el punto de vista de los diferentes grupos de interés, como resultado de una intervención. En este caso, la intervención a evaluar es la **hipotética implementación de 15 propuestas para mejorar el abordaje actual del MM en el SNS**, acordadas por el Grupo Multidisciplinar de Trabajo. Las intervenciones se contemplan tanto a nivel de administración central, como regional o local.

El **horizonte temporal** es de **un año**, ya que se consideró que el análisis prospectivo implica realizar estimaciones y genera, por tanto, incertidumbre. Haber elegido un horizonte temporal mayor implicaría incrementar tanto la cantidad de asunciones como la incertidumbre.

En las siguientes páginas se expone el alcance de cada una de las propuestas incluidas en este abordaje del MM en el SNS, el cálculo de la inversión (junto con su desglose detallado), el alcance del retorno y el cálculo del retorno (junto con su desglose detallado) y su impacto.

En relación a la inversión, cabe indicar que, tratándose de un análisis prospectivo a un año, algunas intervenciones propuestas no requieren una inversión anual. Por esta razón, para cada propuesta se incluyen una serie de consideraciones a tener en cuenta respecto a las inversiones necesarias en años sucesivos. Dichas consideraciones son una aproximación, ya que estarían sujetas a posibles cambios en la situación de partida analizada.

Respecto al retorno, una parte de la inversión que se realizaría para mejorar el abordaje del MM planteado en este proyecto podría generar retornos sociales (positivos o negativos, previstos o imprevistos) en otros grupos de interés, aparte de los ya incluidos en este análisis como, por ejemplo, en otros pacientes oncológicos. Debido a la magnitud del conjunto del análisis, no se ha realizado la estimación de dichos retornos. Por este motivo, en cada propuesta se detallan en una tabla aparte los principales retornos no cuantificados en el presente análisis SROI, bien por la imposibilidad de cuantificarlo o bien por no ser el objeto principal del análisis.

El desglose detallado de la inversión y del retorno se puede consultar en el Anexo.



9.3 Propuestas del área de Diagnóstico

9.3.1 Propuesta 1. Información escrita sobre la enfermedad y su tratamiento (en caso de necesitarlo), dirigida a pacientes y familiares en el momento del diagnóstico

A continuación, se detalla el alcance de la propuesta 1, así como la estimación de la inversión que sería necesaria para implementarla (Tabla 10 a Tabla 12).

TABLA 10. ALCANCE DE LA PROPUESTA 1: INFORMACIÓN ESCRITA SOBRE LA ENFERMEDAD Y SU TRATAMIENTO (EN CASO DE NECESITARLO), DIRIGIDA A PACIENTES Y FAMILIARES EN EL MOMENTO DEL DIAGNÓSTICO.

OBJETIVO:	Incrementar el conocimiento del paciente y su familia sobre el MM, así como evitar fuentes de información erróneas.
GRUPOS DE INTERÉS:	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Sistema Nacional de Salud ❖ Profesionales de hematología: medicina y enfermería ❖ Asociaciones de pacientes vinculadas al MM ❖ Pacientes con MM incidentes ❖ Cuidadores informales de los pacientes con MM incidentes
CONTENIDO:	Esta propuesta incluye el coste del diseño, la creación y la difusión de material informativo escrito (por ejemplo, un tríptico o un folleto) a todos los pacientes recién diagnosticados de MM y sus familiares, relativo a todos los aspectos de la enfermedad y su tratamiento.
JUSTIFICACIÓN:	<p><i>Situación actual</i></p> <p>Los pacientes oncológicos consideran importante recibir material de apoyo en el diagnóstico, ya que les prepara para la toma de decisiones⁵⁴ en la que desean estar involucrados⁵⁵. De hecho, por alguna razón, de entre todas las patologías oncohematológicas, los pacientes con MM se asocian a una mayor necesidad de información sobre la enfermedad y el tratamiento⁵⁶.</p> <p>Sin embargo, a pesar del esfuerzo realizado desde las distintas sociedades u organizaciones, la información que reciben los pacientes oncológicos no siempre es suficiente⁵⁷ o no se adapta a sus características personales (menor nivel educativo, avanzada edad...) ^{55,58-60}.</p> <p><i>Situación ideal</i></p> <p>Proporcionar información precisa y en el momento adecuado a los pacientes diagnosticados de un cáncer hematológico es un desafío en la práctica clínica. A menudo, el tratamiento debe comenzar de inmediato, con poco tiempo para informar a los pacientes⁶⁰. La toma de decisiones debería ser compartida e implica que el paciente conozca sus opciones de tratamiento y que el médico indague en las preferencias del paciente⁵⁹. Por tanto, a la hora de asignar el primer tratamiento tras el diagnóstico, los clínicos deberían ofrecer información escrita, aparte de la información oral u online, para que los pacientes amplíen sus conocimientos de manera correcta⁶¹.</p> <p>Además, recibir un folleto informativo en el momento del diagnóstico puede ayudar a reducir el nivel de estrés y de ansiedad sobre la propia salud⁶², incrementar la satisfacción respecto a la información recibida, mejorar la confianza en el automanejo de la enfermedad⁶³ y, como refuerzo de la información oral durante la consulta, facilitar que los pacientes recuerden después la información con mayor facilidad⁶⁴.</p> <p><i>Alternativa propuesta</i></p> <p>Por su bajo coste y facilidad de distribución, la entrega de folletos informativos es una buena estrategia para disminuir el estrés psicológico⁶² y mejorar los conocimientos sobre la enfermedad, como sucede en otras patologías^{63,65-67} y fomentar su empoderamiento y toma de decisiones con respecto a la enfermedad.</p>

La inversión necesaria para implementar esta propuesta contemplaría la creación del contenido (por parte de un grupo multidisciplinar de expertos), el diseño gráfico y la difusión, a todos los



IMPACTO
 CLÍNICO, ASISTENCIAL ECONÓMICO Y SOCIAL
DEL ABORDAJE IDEAL DEL
MIELOMA MÚLTIPLE
PROYECTO SROI-MM

hospitales del SNS con servicio de hematología clínica, de material informativo escrito sobre el MM y su tratamiento, dirigido a pacientes y familiares en el momento del diagnóstico. El total de la inversión ascendería a 40.144 € (Tabla 11).

TABLA 11. INVERSIÓN DE LA PROPUESTA 1: INFORMACIÓN ESCRITA SOBRE LA ENFERMEDAD Y SU TRATAMIENTO (EN CASO DE NECESITARLO), DIRIGIDA A PACIENTES Y FAMILIARES EN EL MOMENTO DEL DIAGNÓSTICO.

Grupos de interés	Descripción de la inversión	Inversión (euros)
Sistema Nacional de Salud	Recursos económicos.	40.144 €
Profesionales de hematología: medicina y enfermería	Tiempo de trabajo.	0 €
Asociaciones de pacientes vinculadas al MM	Tiempo de trabajo.	0 €
Pacientes con MM incidentes	No realizarían ninguna inversión.	0 €
Cuidadores informales de los pacientes con MM incidentes	No realizarían ninguna inversión.	0 €
INVERSIÓN TOTAL		40.144 €

Dado que el análisis es a un año, a continuación se indica cuál sería la inversión futura para esta propuesta en caso de ampliar el horizonte del análisis (Tabla 12).

TABLA 12. INVERSIÓN FUTURA DE LA PROPUESTA 1: INFORMACIÓN ESCRITA SOBRE LA ENFERMEDAD Y SU TRATAMIENTO (EN CASO DE NECESITARLO), DIRIGIDA A PACIENTES Y FAMILIARES EN EL MOMENTO DEL DIAGNÓSTICO.

INVERSIÓN en años sucesivos	Con carácter anual, sería necesaria la inversión en la difusión de folletos informativos en los hospitales (impresión y envío), pudiendo revisarse el contenido de la información y el diseño de los folletos con una periodicidad menor.
------------------------------------	---

De la Tabla 13 a la Tabla 16 se muestra el alcance del retorno y el cálculo e impacto para esta propuesta.

TABLA 13. ALCANCE DEL RETORNO DE LA PROPUESTA 1: INFORMACIÓN ESCRITA SOBRE LA ENFERMEDAD Y SU TRATAMIENTO (EN CASO DE NECESITARLO), DIRIGIDA A PACIENTES Y FAMILIARES EN EL MOMENTO DEL DIAGNÓSTICO.

Grupos de interés	¿Qué recursos invertirían?	RETORNOS: ¿Cuál sería el impacto?	
Sistema Nacional de Salud	Recursos económicos.	+	<ul style="list-style-type: none"> Contribuirían a una gestión más eficiente de los recursos sanitarios al contar con pacientes más informados.
Profesionales de hematología: medicina y enfermería	Tiempo de trabajo.	+	<ul style="list-style-type: none"> Contribuirían a una gestión más eficiente de los recursos sanitarios al contar con pacientes más informados.
Asociaciones de pacientes vinculadas al MM	Tiempo de trabajo.	+	<ul style="list-style-type: none"> Mejorarían la información disponible para ofrecer a los pacientes con MM incidentes en el momento del diagnóstico^{61,64}.



IMPACTO
CLÍNICO, ASISTENCIAL ECONÓMICO Y SOCIAL
**DEL ABORDAJE IDEAL DEL
MIELOMA MÚLTIPLE**
PROYECTO SROI-MM

Grupos de interés	¿Qué recursos invertirían?	RETORNOS: ¿Cuál sería el impacto?	
Pacientes con MM incidentes	No realizarían ninguna inversión.	+	<ul style="list-style-type: none"> Se mejoraría la información sobre la enfermedad proporcionada a los pacientes con MM incidentes en el momento del diagnóstico^{61,64}.
Pacientes con MM incidentes	No realizarían ninguna inversión.	+	<ul style="list-style-type: none"> Se reduciría el estrés y la ansiedad de los pacientes con MM incidentes ante el diagnóstico⁶².
Pacientes con MM incidentes	No realizarían ninguna inversión.	+	<ul style="list-style-type: none"> Se mejoraría la satisfacción de los pacientes con MM incidentes respecto a la información recibida en el momento del diagnóstico⁶³.
Cuidadores informales de los pacientes con MM incidentes	No realizarían ninguna inversión.	+	<ul style="list-style-type: none"> Se mejoraría la información sobre la enfermedad proporcionada a los cuidadores informales de los pacientes con MM incidentes en el momento del diagnóstico^{61,64}.
Cuidadores informales de los pacientes con MM incidentes	No realizarían ninguna inversión.	+	<ul style="list-style-type: none"> Se reduciría el estrés y la ansiedad de los cuidadores informales de los pacientes con MM incidentes ante el diagnóstico⁶².
Cuidadores informales de los pacientes con MM incidentes	No realizarían ninguna inversión.	+	<ul style="list-style-type: none"> Se mejoraría la satisfacción de los cuidadores informales de los pacientes con MM incidentes respecto a la información recibida en el momento del diagnóstico⁶³.

La entrega de material informativo por escrito a los pacientes recién diagnosticados mejoraría su información acerca de la enfermedad y les empoderaría a la hora de tomar decisiones. Esta iniciativa contribuye a que pacientes y cuidadores informales afronten mejor el diagnóstico, reduzcan sus niveles de estrés y ansiedad y, en último término, mejoren su satisfacción respecto a la atención recibida. El retorno total ascendería a 122.714 € (Tabla 14).

TABLA 14. RETORNO CUANTIFICADO DE LA PROPUESTA 1: INFORMACIÓN ESCRITA SOBRE LA ENFERMEDAD Y SU TRATAMIENTO (EN CASO DE NECESITARLO), DIRIGIDA A PACIENTES Y FAMILIARES EN EL MOMENTO DEL DIAGNÓSTICO.

Grupos de interés	Descripción del retorno	Retorno (euros)
Pacientes con MM incidentes	Retorno 1.1. Se mejoraría la información sobre la enfermedad proporcionada a los pacientes con MM incidentes en el momento del diagnóstico.	17.404 €
Pacientes con MM incidentes	Retorno 1.2. Se reduciría el estrés y la ansiedad de los pacientes con MM incidentes ante el diagnóstico.	5.935 €
Pacientes con MM incidentes	Retorno 1.3. Se mejoraría la satisfacción de los pacientes con MM incidentes respecto a la información recibida en el momento del diagnóstico.	52.176 €
Cuidadores informales de los pacientes con MM incidentes	Retorno 1.4. Se mejoraría la información sobre la enfermedad proporcionada a los cuidadores	9.565 €



IMPACTO
CLÍNICO, ASISTENCIAL ECONÓMICO Y SOCIAL
**DEL ABORDAJE IDEAL DEL
MIELOMA MÚLTIPLE**
PROYECTO SROI-MM

Grupos de interés	Descripción del retorno	Retorno (euros)
	informales de los pacientes con MM incidentes en el momento del diagnóstico.	
Cuidadores informales de los pacientes con MM incidentes	Retorno 1.5. Se reduciría el estrés y la ansiedad de los cuidadores informales de los pacientes con MM incidentes ante el diagnóstico.	8.960 €
Cuidadores informales de los pacientes con MM incidentes	Retorno 1.6. Se mejoraría la satisfacción de los cuidadores informales de los pacientes con MM incidentes respecto a la información recibida en el momento del diagnóstico.	28.673 €
RETORNO TOTAL		122.714 €

El peso muerto del 55,52% contemplado para los retornos 1.1 y 1.4 hace referencia al porcentaje de pacientes que valoran como “buena” o “muy buena” la información sobre el MM recibida en el momento del diagnóstico⁵⁰. Respecto al retorno 1.2, el 48% de los pacientes oncológicos no necesitan apoyo psicológico al momento del diagnóstico⁶⁸. Para este retorno en los cuidadores informales (1.5) se ha utilizado una asunción del 50% ante la falta de datos. El 60% indicado en los retornos 1.3 y 1.6 corresponde al peso de aquellos que declararon sentirse satisfechos con el acceso a la información⁶⁹. Por otro lado, en algunos retornos se indica qué porcentaje del impacto se debería a otras intervenciones, así como a cuáles correspondería (Tabla 15).

TABLA 15. IMPACTO DE LA PROPUESTA 1: INFORMACIÓN ESCRITA SOBRE LA ENFERMEDAD Y SU TRATAMIENTO (EN CASO DE NECESITARLO), DIRIGIDA A PACIENTES Y FAMILIARES EN EL MOMENTO DEL DIAGNÓSTICO.

Retornos	Peso muerto	Atribución	
		%	Retornos que comparten impacto
Retorno 1.1. Se mejoraría la información sobre la enfermedad proporcionada a los pacientes con MM incidentes en el momento del diagnóstico.	55,52%	0,00%	No aplica
Retorno 1.2. Se reduciría el estrés y la ansiedad de los pacientes con MM incidentes ante el diagnóstico.	48,00%	90,00%	1.2, 2.4, 3.3 y 4.2
Retorno 1.3. Se mejoraría la satisfacción de los pacientes con MM incidentes respecto a la información recibida en el momento del diagnóstico.	60,00%	66,67%	1.3, 2.5 y 3.4
Retorno 1.4. Se mejoraría la información sobre la enfermedad proporcionada a los cuidadores informales de los pacientes con MM incidentes en el momento del diagnóstico.	55,52%	0,00%	No aplica
Retorno 1.5. Se reduciría el estrés y la ansiedad de los cuidadores informales de los pacientes con MM incidentes ante el diagnóstico.	50,00%	90,00%	1.5, 2.7, 3.5 y 4.4
Retorno 1.6. Se mejoraría la satisfacción de los cuidadores informales de los pacientes con MM incidentes respecto a la información recibida en el momento del diagnóstico.	60,00%	66,67%	1.6, 2.8 y 3.6

Nota: No procede aplicar ningún ajuste por desplazamiento ni decremento.



IMPACTO
 CLÍNICO, ASISTENCIAL ECONÓMICO Y SOCIAL
DEL ABORDAJE IDEAL DEL
MIELOMA MÚLTIPLE
PROYECTO SROI-MM

A continuación, se exponen los potenciales retornos no cuantificados en el análisis ligados a esta propuesta (Tabla 16).

TABLA 16. RETORNO NO CUANTIFICADO DE LA PROPUESTA 1: INFORMACIÓN ESCRITA SOBRE LA ENFERMEDAD Y SU TRATAMIENTO (EN CASO DE NECESITARLO), DIRIGIDA A PACIENTES Y FAMILIARES EN EL MOMENTO DEL DIAGNÓSTICO.

Grupos de interés	Impacto	Retorno no cuantificado
Sistema Nacional de Salud	+	Contribuirían a una gestión más eficiente de los recursos sanitarios al contar con pacientes más informados.
Profesionales de hematología: medicina y enfermería	+	Contribuirían a una gestión más eficiente de los recursos sanitarios al contar con pacientes más informados.
Asociaciones de pacientes vinculadas al MM	+	Mejorarían la información disponible para ofrecer a los pacientes con MM incidentes en el momento del diagnóstico.



9.3.2 Propuesta 2. Creación de equipos multidisciplinares con todas las especialidades implicadas, incluyendo atención primaria

A continuación, se detalla el alcance de la propuesta 2, así como la estimación de la inversión que sería necesaria para implementarla (Tabla 17 a Tabla 19).

TABLA 17. ALCANCE DE LA PROPUESTA 2: CREACIÓN DE EQUIPOS MULTIDISCIPLINARES CON TODAS LAS ESPECIALIDADES IMPLICADAS, INCLUYENDO ATENCIÓN PRIMARIA.

OBJETIVO:	Mejorar el proceso asistencial del paciente en el diagnóstico y en los momentos posteriores.
GRUPOS DE INTERÉS:	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Sistema Nacional de Salud ❖ Profesionales de medicina de AP ❖ Equipo multidisciplinar para la atención de pacientes con MM incidentes: hematología, enfermería, traumatología, psicología y medicina de AP. ❖ Pacientes con MM incidentes ❖ Cuidadores informales de los pacientes con MM incidentes ❖ Otros pacientes hematológicos
CONTENIDO:	<p>Esta propuesta incluye dos inversiones, una enfocada a la fase de presunción de diagnóstico y la otra a la asistencia del paciente con MM recién diagnosticado:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Por un lado, la formación para el diagnóstico precoz y manejo de enfermedades hematológicas, especialmente dirigido a medicina de AP. ❖ Por otro lado, una programación coordinada de visitas precoces tras el diagnóstico, llevadas a cabo entre varias especialidades para la valoración integral y coordinada del paciente recién diagnosticado.
JUSTIFICACIÓN:	<p><i>Situación actual</i></p> <p>La intervención a través de equipos multidisciplinares no siempre es visible para los pacientes con MM, porque rara vez tienen acceso a todos los profesionales sanitarios que los integran. Mucha información se pierde en el camino porque el interlocutor único (el profesional de hematología) prioriza la información más relevante generalmente vinculada al tratamiento, pero no a áreas como fisioterapia, rehabilitación física, salud ósea, bienestar emocional y atención psicológica especializada, etc.⁷⁰. Aunque los pacientes asumen que el profesional de oncología es quien tiene la principal responsabilidad de coordinar el plan de cuidados, reclaman una mejor comunicación entre los profesionales sanitarios⁶⁴.</p> <p>Respecto a dos de las principales especialidades implicadas en el diagnóstico, según una encuesta internacional, solamente un 34,1% de los profesionales de AP manifestó estar familiarizado con el MM, así como un 52,5% de los profesionales de reumatología y ortopedia⁷¹. Por otro lado, en el seguimiento, la oferta de servicios complementarios como la atención psicológica, el apoyo nutricional o el tratamiento del dolor siguen siendo algunas de las peticiones para mejorar la atención al MM⁷².</p> <p><i>Situación ideal</i></p> <p>El MM es una patología multidisciplinar que en ocasiones precisa de una labor de equipo⁷³, donde cada profesional ofrezca lo mejor de su especialidad, proporcionando una atención completa, holística y permanente. Es importante un enfoque multidisciplinar desde el diagnóstico y durante toda la trayectoria de la enfermedad y se necesita asimismo que esté centrado en el paciente y que le involucre en la toma de decisiones relativa al tratamiento^{70,72}.</p> <p>En la fase de diagnóstico, es importante que desde medicina de AP se tenga formación en el uso e interpretación de pruebas analíticas para, ante una sospecha diagnóstica, poder propiciar la derivación a hematología y obtener un diagnóstico precoz^{74,75}. De cara al seguimiento, la mejora de la coordinación entre profesionales sanitarios genera una disminución de la ansiedad en los pacientes y sus cuidadores informales, así como del dolor, gracias a un mayor control de la enfermedad⁷⁶. Además, las decisiones en torno al tratamiento tomadas desde un enfoque multidisciplinar se asocian energicamente a una mejor expectativa de supervivencia^{28,77}.</p>



IMPACTO
CLÍNICO, ASISTENCIAL ECONÓMICO Y SOCIAL
**DEL ABORDAJE IDEAL DEL
MIELOMA MÚLTIPLE**
PROYECTO SROI-MM

Alternativa propuesta

Hacer hincapié en la formación continuada de los profesionales sanitarios siempre implica sumar cuando se trata del sistema sanitario. Aunque la formación, como parte del desarrollo laboral de estos profesionales, supone en ocasiones un esfuerzo personal, éste se verá compensado con una mejor atención de los pacientes. Por ello, planteamos, en primer lugar, la formación a los profesionales de medicina de AP para la detección precoz y el manejo óptimo del MM y, en segundo lugar, la evaluación integral del paciente recién diagnosticado que permita mejorar la coordinación asistencial y establecer un plan de ruta.

La inversión necesaria para esta propuesta implica: por un lado, el desarrollo de sesiones clínicas online para la formación de los profesionales de medicina de AP en diagnóstico precoz y manejo de enfermedades hematológicas; y por otro lado, una programación coordinada de visitas prontas de seguimiento con carácter multidisciplinar (hematología, enfermería, traumatología, psicología y medicina de AP) para una primera evaluación integral de los pacientes incidentes. El total de la inversión ascendería a 1.826.066 € (Tabla 18).

TABLA 18. INVERSIÓN DE LA PROPUESTA 2: CREACIÓN DE EQUIPOS MULTIDISCIPLINARES CON TODAS LAS ESPECIALIDADES IMPLICADAS, INCLUYENDO ATENCIÓN PRIMARIA.

Grupos de interés	Descripción de la inversión	Inversión (euros)
Sistema Nacional de Salud	Recursos económicos.	296.300 €
Profesionales de medicina de AP	Tiempo de trabajo dedicado a formación.	0 €
Equipo multidisciplinar para la atención de pacientes con MM incidentes	Tiempo de trabajo.	1.529.766 €
Pacientes con MM incidentes	Tiempo personal.	0 €
Cuidadores informales de los pacientes con MM incidentes	Tiempo personal.	0 €
Otros pacientes hematológicos	No realizarían ninguna inversión.	0 €
INVERSIÓN TOTAL		1.826.066 €

Dado que el análisis es a un año, a continuación se indica cuál sería la inversión futura para esta propuesta en caso de ampliar el horizonte del análisis (Tabla 19).

TABLA 19. INVERSIÓN FUTURA DE LA PROPUESTA 2: CREACIÓN DE EQUIPOS MULTIDISCIPLINARES CON TODAS LAS ESPECIALIDADES IMPLICADAS, INCLUYENDO ATENCIÓN PRIMARIA.

INVERSIÓN en años sucesivos	<p>Con carácter anual, sería necesaria la inversión en los siguientes ítems:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Reciclaje/Formación dirigidos a medicina de AP sobre el diagnóstico precoz y manejo de enfermedades hematológicas. ❖ Las visitas precoces programadas para los nuevos pacientes diagnosticados de MM en los próximos años.
------------------------------------	--

De la Tabla 20 a la Tabla 23 se muestra el alcance del retorno y el cálculo e impacto para esta propuesta.



IMPACTO
CLÍNICO, ASISTENCIAL ECONÓMICO Y SOCIAL
**DEL ABORDAJE IDEAL DEL
MIELOMA MÚLTIPLE**
PROYECTO SROI-MM

TABLA 20. ALCANCE DEL RETORNO DE LA PROPUESTA 2: CREACIÓN DE EQUIPOS MULTIDISCIPLINARES CON TODAS LAS ESPECIALIDADES IMPLICADAS, INCLUYENDO ATENCIÓN PRIMARIA.

Grupos de interés	¿Qué recursos invertirían?	RETORNOS: ¿Cuál sería el impacto?	
Sistema Nacional de Salud	Recursos económicos.	+	<ul style="list-style-type: none"> Se reducirían las visitas médicas a AP de los pacientes con MM incidentes previas a la confirmación del diagnóstico⁷⁵.
Sistema Nacional de Salud	Recursos económicos.	+	<ul style="list-style-type: none"> Se reducirían las visitas médicas a atención especializada (AE) de los pacientes con MM incidentes previas a la confirmación del diagnóstico⁷⁵.
Profesionales de medicina de AP	Tiempo de trabajo dedicado a formación.	+	<ul style="list-style-type: none"> Se mejoraría la formación de los profesionales de medicina de AP para el manejo de los pacientes oncohematológicos, así como su satisfacción por realizarlo de una manera más óptima.
Equipo multidisciplinar para la atención de pacientes con MM incidentes	Tiempo de trabajo.	-	<ul style="list-style-type: none"> Se generaría un coste de oportunidad al tener que realizar una visita adicional a los pacientes con MM incidentes respecto al resto de pacientes. No obstante, el impacto sería mínimo ya que la incidencia de MM es muy baja.
Pacientes con MM incidentes	Tiempo personal.	+	<ul style="list-style-type: none"> Se reduciría el dolor en los pacientes con MM incidentes al estar seguidos de manera más eficiente y multidisciplinar⁷⁶.
Pacientes con MM incidentes	Tiempo personal.	+	<ul style="list-style-type: none"> Se reduciría la ansiedad en los pacientes con MM incidentes al estar seguidos de manera más eficiente y multidisciplinar⁷⁶.
Pacientes con MM incidentes	Tiempo personal.	+	<ul style="list-style-type: none"> Se mejoraría la satisfacción de los pacientes con MM incidentes respecto al SNS⁶⁴.
Pacientes con MM incidentes	Tiempo personal.	-	<ul style="list-style-type: none"> Se producirían pérdidas de productividad laboral en los pacientes con MM incidentes que trabajan, como consecuencia de asistir a la programación coordinada de visitas prontas.
Pacientes con MM incidentes	Tiempo personal.	+	<ul style="list-style-type: none"> Se mejoraría la supervivencia de los pacientes con MM incidentes, gracias a un seguimiento multidisciplinar^{28,77}.
Cuidadores informales de los pacientes con MM incidentes	Tiempo personal.	+	<ul style="list-style-type: none"> Se reduciría la ansiedad de los cuidadores informales de los pacientes con MM incidentes al estar seguidos de manera más eficiente y multidisciplinar⁷⁶.
Cuidadores informales de los pacientes con MM incidentes	Tiempo personal.	+	<ul style="list-style-type: none"> Se mejoraría la satisfacción de los cuidadores informales de los pacientes con MM incidentes respecto al SNS⁶⁴.
Cuidadores informales de los pacientes con MM incidentes	Tiempo personal.	-	<ul style="list-style-type: none"> Se incrementaría la carga de cuidado de los cuidadores informales por acompañar a los pacientes con MM incidentes a la programación coordinada de visitas.
Otros pacientes hematológicos	No realizarían ninguna inversión.	+	<ul style="list-style-type: none"> Se les diagnosticaría de forma más precoz y se les realizaría un seguimiento más óptimo.



IMPACTO
 CLÍNICO, ASISTENCIAL ECONÓMICO Y SOCIAL
DEL ABORDAJE IDEAL DEL
MIELOMA MÚLTIPLE
PROYECTO SROI-MM

La formación a medicina de AP para la detección precoz del MM contribuiría a reducir el número de consultas previas al diagnóstico. Asimismo, una evaluación integral multidisciplinar ayudaría a disminuir el dolor y la ansiedad de pacientes y cuidadores, así como a incrementar su satisfacción con el SNS. Por otro lado, acudir a las visitas prontas implicaría una pérdida de productividad laboral en pacientes trabajadores y un incremento en la carga de cuidado por acompañarlos a dichas visitas. El retorno total ascendería a 1.769.520 € (Tabla 21).

TABLA 21. RETORNO CUANTIFICADO DE LA PROPUESTA 2: CREACIÓN DE EQUIPOS MULTIDISCIPLINARES CON TODAS LAS ESPECIALIDADES IMPLICADAS, INCLUYENDO ATENCIÓN PRIMARIA.

Grupos de interés	Descripción del retorno	Retorno (euros)
Sistema Nacional de Salud	Retorno 2.1. Se reducirían las visitas médicas a AP de los pacientes con MM incidentes previas a la confirmación del diagnóstico.	295.395 €
Sistema Nacional de Salud	Retorno 2.2. Se reducirían las visitas médicas a AE de los pacientes con MM incidentes previas a la confirmación del diagnóstico.	553.022 €
Pacientes con MM incidentes	Retorno 2.3. Se reduciría el dolor en los pacientes con MM incidentes al estar seguidos de manera más eficiente y multidisciplinar.	156.528 €
Pacientes con MM incidentes	Retorno 2.4. Se reduciría la ansiedad en los pacientes con MM incidentes al estar seguidos de manera más eficiente y multidisciplinar.	14.838 €
Pacientes con MM incidentes	Retorno 2.5. Se mejoraría la satisfacción de los pacientes con MM incidentes respecto al SNS.	686.399 €
Pacientes con MM incidentes	Retorno 2.6. Se producirían pérdidas de productividad laboral en los pacientes con MM incidentes que trabajan, como consecuencia de asistir a la programación coordinada de visitas prontas.	-196.867 €
Cuidadores informales de los pacientes con MM incidentes	Retorno 2.7. Se reduciría la ansiedad de los cuidadores informales de los pacientes con MM incidentes al estar seguidos de manera más eficiente y multidisciplinar.	22.401 €
Cuidadores informales de los pacientes con MM incidentes	Retorno 2.8. Se mejoraría la satisfacción de los cuidadores informales de los pacientes con MM incidentes respecto al SNS.	377.210 €
Cuidadores informales de los pacientes con MM incidentes	Retorno 2.9. Se incrementaría la carga de cuidado de los cuidadores informales por acompañar a los pacientes con MM incidentes a la programación coordinada de visitas.	-139.407 €
RETORNO TOTAL		1.769.520 €



IMPACTO
CLÍNICO, ASISTENCIAL ECONÓMICO Y SOCIAL
DEL ABORDAJE IDEAL DEL
MIELOMA MÚLTIPLE
PROYECTO SROI-MM

El peso muerto del retorno 2.3 (4%) corresponde a los pacientes que no tienen ningún tipo de afectación del estado físico⁵⁰. Los pesos muertos de los retornos 2.4 y 2.5 son los porcentajes de pacientes que no necesitarían apoyo psicológico al momento del diagnóstico (48%)⁶⁸ y que estarían satisfechos con el SNS (18,5%)⁷⁸ respectivamente. Sendos pesos se aplican para los cuidadores informales: 50% (asunción) y (18,5%)⁷⁸ respectivamente. Por otro lado, en algunos retornos se indica qué porcentaje del impacto se debería a otras intervenciones, así como a cuáles correspondería (Tabla 22).

TABLA 22. IMPACTO DE LA PROPUESTA 2: CREACIÓN DE EQUIPOS MULTIDISCIPLINARES CON TODAS LAS ESPECIALIDADES IMPLICADAS, INCLUYENDO ATENCIÓN PRIMARIA.

Retornos	Peso muerto	Atribución	
		%	Retornos que comparten impacto
Retorno 2.1. Se reducirían las visitas médicas a AP de los pacientes con MM incidentes previas a la confirmación del diagnóstico.	0,00%	0,00%	No aplica
Retorno 2.2. Se reducirían las visitas médicas a AE de los pacientes con MM incidentes previas a la confirmación del diagnóstico.	0,00%	0,00%	No aplica
Retorno 2.3. Se reduciría el dolor en los pacientes con MM incidentes al estar seguidos de manera más eficiente y multidisciplinar.	4,00%	0,00%	No aplica
Retorno 2.4. Se reduciría la ansiedad en los pacientes con MM incidentes al estar seguidos de manera más eficiente y multidisciplinar.	48,00%	75,00%	1.2, 2.4, 3.3 y 4.2
Retorno 2.5. Se mejoraría la satisfacción de los pacientes con MM incidentes respecto al SNS.	18,50%	66,67%	1.3, 2.5 y 3.4
Retorno 2.6. Se producirían pérdidas de productividad laboral en los pacientes con MM incidentes que trabajan, como consecuencia de asistir a la programación coordinada de visitas prontas.	0,00%	0,00%	No aplica
Retorno 2.7. Se reduciría la ansiedad de los cuidadores informales de los pacientes con MM incidentes al estar seguidos de manera más eficiente y multidisciplinar.	50,00%	75,00%	1.5, 2.7, 3.5 y 4.4
Retorno 2.8. Se mejoraría la satisfacción de los cuidadores informales de los pacientes con MM incidentes respecto al SNS.	18,50%	66,67%	1.6, 2.8 y 3.6
Retorno 2.9. Se incrementaría la carga de cuidado de los cuidadores informales por acompañar a los pacientes con MM incidentes a la programación coordinada de visitas.	0,00%	0,00%	No aplica

Nota: No procede aplicar ningún ajuste por desplazamiento ni decremento.

A continuación, se exponen los potenciales retornos no cuantificados en el análisis ligados a esta propuesta (Tabla 23).



IMPACTO
CLÍNICO, ASISTENCIAL ECONÓMICO Y SOCIAL
**DEL ABORDAJE IDEAL DEL
MIELOMA MÚLTIPLE**
PROYECTO SROI-MM

TABLA 23. RETORNO NO CUANTIFICADO DE LA PROPUESTA 2: CREACIÓN DE EQUIPOS MULTIDISCIPLINARES CON TODAS LAS ESPECIALIDADES IMPLICADAS, INCLUYENDO ATENCIÓN PRIMARIA.

Grupos de interés	Impacto	Retorno no cuantificado
Profesionales de medicina de AP	+	Se mejoraría la formación de los profesionales de medicina de AP para el manejo de los pacientes oncohematológicos, así como su satisfacción por realizarlo de una manera más óptima.
Equipo multidisciplinar para la atención de pacientes con MM incidentes	-	Se generaría un coste de oportunidad al tener que realizar una visita adicional a los pacientes con MM incidentes respecto al resto de pacientes. No obstante, el impacto sería mínimo ya que la incidencia de MM es muy baja.
Pacientes con MM incidentes	+	Se mejoraría la supervivencia de los pacientes con MM incidentes, gracias a un seguimiento multidisciplinar.
Otros pacientes hematológicos	+	Se les diagnosticaría de forma más precoz y se les realizaría un seguimiento más óptimo.



9.3.3 Propuesta 3. Enfermería gestora de casos hospitalaria

A continuación, se detalla el alcance de la propuesta 3, así como la estimación de la inversión que sería necesaria para implementarla (Tabla 24 a Tabla 26).

TABLA 24. ALCANCE DE LA PROPUESTA 3: ENFERMERÍA GESTORA DE CASOS HOSPITALARIA.

OBJETIVO:	Mejorar el proceso asistencial del paciente en el diagnóstico y en los momentos posteriores.
GRUPOS DE INTERÉS:	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Sistema Nacional de Salud ❖ Enfermería gestora de casos hospitalaria ❖ Pacientes con MM incidentes ❖ Cuidadores informales de los pacientes con MM incidentes
CONTENIDO:	Esta propuesta incluye la implantación generalizada de una red de EGCH, mediante la contratación de un mínimo de profesionales a lo largo de todo el SNS. Asimismo, contempla una media de 10 consultas telefónicas anuales entre cada paciente con MM incidente y esta figura ^f .
JUSTIFICACIÓN:	<p><i>Situación actual</i></p> <p>Los pacientes con MM son perfectos candidatos para la gestión de casos desde enfermería, ya que cumplen algunos criterios fundamentales: pacientes de edad avanzada, crónicos avanzados o paliativos, pluripatológicos, polimedicados, con cierta dependencia, etc.⁷⁹. Diferentes estudios demuestran que la gestión de casos es un valor añadido en términos de calidad, seguridad y coste-efectividad, contribuyendo a un uso eficiente de los recursos⁸⁰⁻⁸². Sin embargo, su implementación en España es desigual y heterogénea, no habiéndose desarrollado aún normativa alguna que dé estabilidad a esta nueva figura enfermera⁸³.</p> <p><i>Situación ideal</i></p> <p>Los modelos centrados en el paciente y que huyen del hospitalocentrismo, de manera paulatina tomarán mayor presencia en nuestras realidades haciendo que sea necesario un cambio en la forma de gestionar la salud. Los profesionales de enfermería de casos o de enlace aparecen en este contexto como profesionales preparados, con un nivel de conocimientos y exigencia a la altura de los nuevos retos y sobre todo garantizando la sostenibilidad del sistema como agentes de la promoción y prevención de la salud^{79,83}. Se ha constatado que la personalización de los cuidados influye de manera positiva en la confianza que el paciente deposita en los profesionales de enfermería que lo cuidan, siendo esta confianza la base de una relación terapéutica⁸⁴.</p> <p>La enfermera gestora de casos debería ser la persona de referencia para el paciente y sus familiares, estando en permanente contacto con ellos. Entre sus funciones se encuentran facilitar todos los trámites relativos a pruebas, citas y derivaciones, coordinar la asistencia entre especialidades (incluida la AP), posibilitando la continuidad asistencial, y realizar un seguimiento integral del paciente (medicación, signos de alarma, estilo de vida...). Todo esto es especialmente relevante en la fase de diagnóstico e inmediatamente posterior.</p> <p><i>Alternativa propuesta</i></p> <p>La generalización de la red de EGCH en todas las CC.AA. permitiría lograr un seguimiento adecuado de los pacientes con MM, así como una óptima coordinación asistencial entre especialidades. Para dicho seguimiento se proponen 10 consultas telefónicas anuales para cada paciente.</p>

La inversión necesaria para la generalización de la red de EGCH contemplaría la incorporación de recursos humanos al SNS. A efectos de este análisis, dicho coste se pondera por el peso que tienen los pacientes con MM en la población objetivo de la EGCH. Además, incluye una media

^f Como se indica más adelante, la inversión contemplada está ponderada por el peso que tienen los pacientes con MM dentro de la gestión de casos.



IMPACTO
CLÍNICO, ASISTENCIAL ECONÓMICO Y SOCIAL
**DEL ABORDAJE IDEAL DEL
MIELOMA MÚLTIPLE**
PROYECTO SROI-MM

de diez consultas telefónicas anuales a modo de seguimiento de los pacientes incidentes. El total de la inversión ascendería a 576.861 € (Tabla 25).

TABLA 25. INVERSIÓN DE LA PROPUESTA 3: ENFERMERÍA GESTORA DE CASOS HOSPITALARIA.

Grupos de interés	Descripción de la inversión	Inversión (euros)
Sistema Nacional de Salud	Recursos humanos.	87.711 €
Enfermería gestora de casos hospitalaria	Tiempo de trabajo.	489.150 €
Pacientes con MM incidentes	Tiempo personal.	0 €
Cuidadores informales de los pacientes con MM incidentes	Tiempo personal.	0 €
INVERSIÓN TOTAL		576.861 €

Dado que el análisis es a un año, a continuación se indica cuál sería la inversión futura para esta propuesta en caso de ampliar el horizonte del análisis (Tabla 26).

TABLA 26. INVERSIÓN FUTURA DE LA PROPUESTA 3: ENFERMERÍA GESTORA DE CASOS HOSPITALARIA.

INVERSIÓN en años sucesivos	<p>Con carácter anual, sería necesaria la inversión en los siguientes ítems:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ El coste salarial de estos profesionales sanitarios. ❖ El coste de las 10 consultas telefónicas anuales para cada paciente incidente.
------------------------------------	---

De la Tabla 27 a la Tabla 30 se muestra el alcance del retorno y el cálculo e impacto para esta propuesta.

TABLA 27. ALCANCE DEL RETORNO DE LA PROPUESTA 3: ENFERMERÍA GESTORA DE CASOS HOSPITALARIA.

Grupos de interés	¿Qué recursos invertirían?	RETORNOS: ¿Cuál sería el impacto?	
Sistema Nacional de Salud	Recursos humanos.	+	<ul style="list-style-type: none"> • Se reducirían las urgencias hospitalarias de los pacientes con MM incidentes⁸⁵.
Sistema Nacional de Salud	Recursos humanos.	+	<ul style="list-style-type: none"> • Se reducirían las hospitalizaciones de los pacientes con MM incidentes⁸⁵.
Enfermería gestora de casos hospitalaria	Tiempo de trabajo.	+	<ul style="list-style-type: none"> • Trabajarían de forma más eficiente, llevando un control más estrecho de los pacientes.
Pacientes con MM incidentes	Tiempo personal.	+	<ul style="list-style-type: none"> • Se reduciría el estrés de los pacientes con MM incidentes respecto a la gestión de pruebas y consultas⁷⁶.
Pacientes con MM incidentes	Tiempo personal.	+	<ul style="list-style-type: none"> • Se mejoraría la satisfacción de los pacientes con MM incidentes respecto al SNS⁷⁶.
Cuidadores informales de los pacientes con MM incidentes	Tiempo personal.	+	<ul style="list-style-type: none"> • Se reduciría el estrés de los cuidadores informales de los pacientes con MM incidentes a la hora de gestionar el acompañamiento a pruebas y consultas⁷⁶.



IMPACTO
CLÍNICO, ASISTENCIAL ECONÓMICO Y SOCIAL
DEL ABORDAJE IDEAL DEL
MIELOMA MÚLTIPLE
PROYECTO SROI-MM

Grupos de interés	¿Qué recursos invertirían?	RETORNOS: ¿Cuál sería el impacto?	
Cuidadores informales de los pacientes con MM incidentes	Tiempo personal.	+	<ul style="list-style-type: none"> Se mejoraría la satisfacción de los cuidadores informales de los pacientes con MM incidentes respecto al SNS⁷⁶.
Cuidadores informales de los pacientes con MM incidentes	Tiempo personal.	+	<ul style="list-style-type: none"> Se reduciría la carga de cuidado de los cuidadores informales de los pacientes con MM incidentes, gracias al seguimiento mensual de EGCH⁸⁶.

La presencia de la figura de la EGCH contribuye a un uso más racional de los recursos sanitarios, derivando en una reducción de las urgencias y los ingresos hospitalarios. A su vez, el acompañamiento que realiza a pacientes y cuidadores a lo largo del circuito asistencial repercute en una disminución de los niveles de estrés y al incremento simultáneo de la satisfacción con el SNS. Finalmente, reduce la carga de cuidado que soportan los cuidadores informales. El retorno total ascendería a 6.678.126 € (Tabla 28).

TABLA 28. RETORNO CUANTIFICADO DE LA PROPUESTA 3: ENFERMERÍA GESTORA DE CASOS HOSPITALARIA.

Grupos de interés	Descripción del retorno	Retorno (euros)
Sistema Nacional de Salud	Retorno 3.1. Se reducirían las urgencias hospitalarias de los pacientes con MM incidentes.	924.402 €
Sistema Nacional de Salud	Retorno 3.2. Se reducirían las hospitalizaciones de los pacientes con MM incidentes.	5.110.923 €
Pacientes con MM incidentes	Retorno 3.3. Se reduciría el estrés de los pacientes con MM incidentes respecto a la gestión de pruebas y consultas.	89.025 €
Pacientes con MM incidentes	Retorno 3.4. Se mejoraría la satisfacción de los pacientes con MM incidentes respecto al SNS.	343.200 €
Cuidadores informales de los pacientes con MM incidentes	Retorno 3.5. Se reduciría el estrés de los cuidadores informales de los pacientes con MM incidentes a la hora de gestionar el acompañamiento a pruebas y consultas.	11.649 €
Cuidadores informales de los pacientes con MM incidentes	Retorno 3.6. Se mejoraría la satisfacción de los cuidadores informales de los pacientes con MM incidentes respecto al SNS.	188.605 €
Cuidadores informales de los pacientes con MM incidentes	Retorno 3.7. Se reduciría la carga de cuidado de los cuidadores informales de los pacientes con MM incidentes, gracias al seguimiento mensual de EGCH.	10.322 €
RETORNO TOTAL		6.678.126 €

Todos los retornos de esta propuesta comparten el mismo peso muerto (50%) que equivale al nivel de implantación de la red de EGCH (asunción). Por otro lado, en algunos retornos se indica qué porcentaje del impacto se debería a otras intervenciones, así como a cuáles correspondería (Tabla 29).



IMPACTO
CLÍNICO, ASISTENCIAL ECONÓMICO Y SOCIAL
DEL ABORDAJE IDEAL DEL
MIELOMA MÚLTIPLE
PROYECTO SROI-MM

TABLA 29. IMPACTO DE LA PROPUESTA 3: ENFERMERÍA GESTORA DE CASOS HOSPITALARIA.

Retornos	Peso muerto	Atribución	
		%	Retornos que comparten impacto
Retorno 3.1. Se reducirían las urgencias hospitalarias de los pacientes con MM incidentes.	50,00%	0,00%	No aplica
Retorno 3.2. Se reducirían las hospitalizaciones de los pacientes con MM incidentes.	50,00%	0,00%	No aplica
Retorno 3.3. Se reduciría el estrés de los pacientes con MM incidentes respecto a la gestión de pruebas y consultas.	50,00%	75,00%	1.2, 2.4, 3.3 y 4.2
Retorno 3.4. Se mejoraría la satisfacción de los pacientes con MM incidentes respecto al SNS.	50,00%	66,67%	1.3, 2.5 y 3.4
Retorno 3.5. Se reduciría el estrés de los cuidadores informales de los pacientes con MM incidentes a la hora de gestionar el acompañamiento a pruebas y consultas.	50,00%	75,00%	1.5, 2.7, 3.5 y 4.4
Retorno 3.6. Se mejoraría la satisfacción de los cuidadores informales de los pacientes con MM incidentes respecto al SNS.	50,00%	66,67%	1.6, 2.8 y 3.6
Retorno 3.7. Se reduciría la carga de cuidado de los cuidadores informales de los pacientes con MM incidentes, gracias al seguimiento mensual de EGCH.	50,00%	0,00%	No aplica

Nota: No procede aplicar ningún ajuste por desplazamiento ni decremento.

A continuación, se exponen los potenciales retornos no cuantificados en el análisis ligados a esta propuesta (Tabla 30).

TABLA 30. RETORNO NO CUANTIFICADO DE LA PROPUESTA 3: ENFERMERÍA GESTORA DE CASOS HOSPITALARIA.

Grupos de interés	Impacto	Retorno no cuantificado
Enfermería gestora de casos hospitalaria	+	Trabajarían de forma más eficiente, llevando un control más estrecho de los pacientes.



9.3.4 Propuesta 4. Acceso a psicooncología en el momento del diagnóstico, tanto para pacientes como para familiares

A continuación, se detalla el alcance de la propuesta 4, así como la estimación de la inversión que sería necesaria para implementarla (Tabla 31 a Tabla 33).

TABLA 31. ALCANCE DE LA PROPUESTA 4: ACCESO A PSICOONCOLOGÍA EN EL MOMENTO DEL DIAGNÓSTICO, TANTO PARA PACIENTES COMO PARA FAMILIARES.

OBJETIVO:	Mejorar la atención psicológica de los pacientes con MM incidentes y sus familiares en el periodo inmediatamente posterior al diagnóstico.
GRUPOS DE INTERÉS:	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Sistema Nacional de Salud ❖ Profesionales de psicooncología ❖ Pacientes con MM incidentes ❖ Cuidadores informales de los pacientes con MM incidentes
CONTENIDO:	Esta propuesta incluye el coste de una primera visita de soporte para el paciente, acompañado por sus familiares, al profesional de psicología, así como una media de 4 visitas posteriores adicionales, en caso de ser necesarias.
JUSTIFICACIÓN:	<p><i>Situación actual</i></p> <p>El diagnóstico de cáncer implica una serie de cambios y experiencias en la vida del paciente y sus familiares que pueden alterar la estabilidad emocional de las personas y en ocasiones desembocar en trastornos adaptativos, de ansiedad o de depresión⁸⁷⁻⁸⁹. Además, y debido a las propias características del paciente con cáncer, su respuesta y adaptación emocional pueden diferir del resto de la población, presentando una mayor predisposición a desarrollar dichos trastornos^{88,90}. Por otro lado, la depresión o los síntomas de depresión se asocian a un incremento en la mortalidad⁹¹.</p> <p>Pese a que existe evidencia científica que respalda la intervención psicológica como necesaria (al momento del diagnóstico y durante la enfermedad), solamente el 21,3% de los profesionales de oncología y 31,4% de los profesionales de enfermería ofrecen soporte psicológico rutinario a pacientes y familiares⁹⁰. Al mismo tiempo, este apoyo psicológico difiere mucho en cada CC.AA, siendo insuficiente en la mayoría de estas, donde además se carece de protocolos de atención diseñados para cubrir las necesidades de los afectados⁸⁸.</p> <p><i>Situación ideal</i></p> <p>Estudios recientes hacen hincapié en la necesidad por parte del paciente y de sus familiares de recibir soporte psicológico para enfrentar el proceso de adaptación ante el diagnóstico de la enfermedad y sugieren protocolizar una primera visita en el momento del diagnóstico, facilitando el acceso a psicooncología^{88,90}. En torno al 52% de los pacientes declaran necesitar apoyo psicológico al momento del diagnóstico⁶⁸.</p> <p>Aunque el acceso y soporte psicológico debería continuar durante todo el proceso de la enfermedad, en un nivel básico de apoyo, éste involucraría un soporte inicial basado en las necesidades de la persona⁸⁹, que provea información y apoyo emocional (como lidiar con el miedo, el enfado, o comunicar la noticia a amistades y familiares), así como la comunicación y manejo de síntomas⁸⁹. Dicha intervención podría ser suficiente para algunas personas. Sin embargo, es posible que para otras sea necesaria una intervención especializada⁸⁹.</p> <p><i>Alternativa propuesta</i></p> <p>Para garantizar un acceso a psicooncología en el momento del diagnóstico se sugiere protocolizar una primera visita para todos los pacientes y sus familiares. Como visita priori es complejo definir un nivel de atención posterior adecuado, se sugiere una media de 4 visitas adicionales ajustándose a las necesidades del paciente y sus familiares en el momento del diagnóstico⁸⁷.</p>

La inversión necesaria para posibilitar el acceso a psicooncología en el momento del diagnóstico, implicaría el coste de una primera visita de soporte para el paciente con MM incidente



IMPACTO
CLÍNICO, ASISTENCIAL ECONÓMICO Y SOCIAL
**DEL ABORDAJE IDEAL DEL
MIELOMA MÚLTIPLE**
PROYECTO SROI-MM

(acompañado de su cuidador) y una media de cuatro visitas adicionales en caso de ser necesarias⁶. El total de la inversión ascendería a 629.099 € (Tabla 32).

TABLA 32. INVERSIÓN DE LA PROPUESTA 4: ACCESO A PSICOONCOLOGÍA EN EL MOMENTO DEL DIAGNÓSTICO, TANTO PARA PACIENTES COMO PARA FAMILIARES.

Grupos de interés	Descripción de la inversión	Inversión (euros)
Sistema Nacional de Salud	Recursos humanos.	0 €
Profesionales de psicooncología	Tiempo de trabajo.	629.099 €
Pacientes con MM incidentes	Tiempo personal.	0 €
Cuidadores informales de los pacientes con MM incidentes	Tiempo personal.	0 €
INVERSIÓN TOTAL		629.099 €

Dado que el análisis es a un año, a continuación se indica cuál sería la inversión futura para esta propuesta en caso de ampliar el horizonte del análisis (Tabla 33).

TABLA 33. INVERSIÓN FUTURA DE LA PROPUESTA 4: ACCESO A PSICOONCOLOGÍA EN EL MOMENTO DEL DIAGNÓSTICO, TANTO PARA PACIENTES COMO PARA FAMILIARES.

INVERSIÓN en años sucesivos	Esta propuesta contempla con carácter anual el coste de la primera visita de soporte y las sucesivas a psicooncología de los nuevos pacientes diagnosticados de MM.
------------------------------------	---

De la Tabla 34 a la Tabla 37 se muestra el alcance del retorno y el cálculo e impacto para esta propuesta.

TABLA 34. ALCANCE DEL RETORNO DE LA PROPUESTA 4: ACCESO A PSICOONCOLOGÍA EN EL MOMENTO DEL DIAGNÓSTICO, TANTO PARA PACIENTES COMO PARA FAMILIARES.

Grupos de interés	¿Qué recursos invertirían?	RETORNOS: ¿Cuál sería el impacto?	
Sistema Nacional de Salud	Recursos humanos.	+	<ul style="list-style-type: none"> Se reducirían los costes asociados a la depresión de los pacientes con MM incidentes⁹².
Profesionales de psicooncología	Tiempo de trabajo.	+	<ul style="list-style-type: none"> Trabajarían de forma más eficiente, llevando un control más estrecho de los pacientes.
Pacientes con MM incidentes	Tiempo personal.	+	<ul style="list-style-type: none"> Se mejoraría el estado emocional de los pacientes con MM incidentes gracias al apoyo psicológico recibido al momento del diagnóstico^{88,90}.
Pacientes con MM incidentes	Tiempo personal.	-	<ul style="list-style-type: none"> Se producirían pérdidas de productividad laboral en los pacientes con MM incidentes que trabajan, como consecuencia de acudir a las visitas de psicología.

⁶ La inversión que realiza el SNS se recoge en el apartado relativo a los profesionales de psicooncología.



IMPACTO
CLÍNICO, ASISTENCIAL ECONÓMICO Y SOCIAL
**DEL ABORDAJE IDEAL DEL
MIELOMA MÚLTIPLE**
PROYECTO SROI-MM

Grupos de interés	¿Qué recursos invertirían?	RETORNOS: ¿Cuál sería el impacto?
Cuidadores informales de los pacientes con MM incidentes	Tiempo personal.	+ <ul style="list-style-type: none"> Se mejoraría el estado emocional de los cuidadores informales de los pacientes con MM incidentes gracias al apoyo psicológico recibido al momento del diagnóstico^{88,90}.
Cuidadores informales de los pacientes con MM incidentes	Tiempo personal.	- <ul style="list-style-type: none"> Se incrementaría la carga de cuidado de los cuidadores informales por acompañar a los pacientes con MM incidentes a las visitas de psicología.

El acceso a psicooncología en el momento del diagnóstico reduciría los costes asociados a la depresión y mejoraría el estado emocional de pacientes con MM incidentes y sus familiares. A su vez, la asistencia a estas visitas implicaría pérdidas de productividad laboral en los pacientes trabajadores así como incremento de la carga de cuidado en los cuidadores por acompañarlos a las mismas. El retorno total ascendería a 246.071 € (Tabla 35).

TABLA 35. RETORNO CUANTIFICADO DE LA PROPUESTA 4: ACCESO A PSICOONCOLOGÍA EN EL MOMENTO DEL DIAGNÓSTICO, TANTO PARA PACIENTES COMO PARA FAMILIARES.

Grupos de interés	Descripción del retorno	Retorno (euros)
Sistema Nacional de Salud	Retorno 4.1. Se reducirían los costes asociados a la depresión de los pacientes con MM incidentes.	222.844 €
Pacientes con MM incidentes	Retorno 4.2. Se mejoraría el estado emocional de los pacientes con MM incidentes gracias al apoyo psicológico recibido al momento del diagnóstico.	154.121 €
Pacientes con MM incidentes	Retorno 4.3. Se producirían pérdidas de productividad laboral en los pacientes con MM incidentes que trabajan, como consecuencia de acudir a las visitas de psicología.	-92.560 €
Cuidadores informales de los pacientes con MM incidentes	Retorno 4.4. Se mejoraría el estado emocional de los cuidadores informales de los pacientes con MM incidentes gracias al apoyo psicológico recibido al momento del diagnóstico.	27.211 €
Cuidadores informales de los pacientes con MM incidentes	Retorno 4.5. Se incrementaría la carga de cuidado de los cuidadores informales por acompañar a los pacientes con MM incidentes a las visitas de psicología.	-65.544 €
RETORNO TOTAL		246.071 €

El retorno 4.1 tiene un peso muerto (83%) que equivale al porcentaje de pacientes que no desarrollarían depresión durante la enfermedad⁹³; para el retorno 4.2, el 45,9% equivaldría al porcentaje de pacientes que habrían recibido algún tipo de asistencia para resolver sus problemas emocionales⁹⁴; y para el retorno 4.4, el 27% equivaldría a la cobertura actual del SNS en atención psicológica para familiares⁸⁸. Por otro lado, en algunos retornos se indica qué porcentaje del impacto se debería a otras intervenciones, así como a cuáles correspondería (Tabla 36).



IMPACTO
CLÍNICO, ASISTENCIAL ECONÓMICO Y SOCIAL
**DEL ABORDAJE IDEAL DEL
MIELOMA MÚLTIPLE**
PROYECTO SROI-MM

TABLA 36. IMPACTO DE LA PROPUESTA 4: ACCESO A PSICOONCOLOGÍA EN EL MOMENTO DEL DIAGNÓSTICO, TANTO PARA PACIENTES COMO PARA FAMILIARES.

Retornos	Peso muerto	Atribución	
		%	Retornos que comparten impacto
Retorno 4.1. Se reducirían los costes asociados a la depresión de los pacientes con MM incidentes.	83,10%	0,00%	No aplica
Retorno 4.2. Se mejoraría el estado emocional de los pacientes con MM incidentes gracias al apoyo psicológico recibido al momento del diagnóstico.	45,90%	60,00%	1.2, 2.4, 3.3 y 4.2
Retorno 4.3. Se producirían pérdidas de productividad laboral en los pacientes con MM incidentes que trabajan, como consecuencia de acudir a las visitas de psicología.	0,00%	0,00%	No aplica
Retorno 4.4. Se mejoraría el estado emocional de los cuidadores informales de los pacientes con MM incidentes gracias al apoyo psicológico recibido al momento del diagnóstico.	27,00%	60,00%	1.5, 2.7, 3.5 y 4.4
Retorno 4.5. Se incrementaría la carga de cuidado de los cuidadores informales por acompañar a los pacientes con MM incidentes a las visitas de psicología.	0,00%	0,00%	No aplica

Nota: No procede aplicar ningún ajuste por desplazamiento ni decremento.

A continuación, se exponen los potenciales retornos no cuantificados en el análisis ligados a esta propuesta (Tabla 37).

TABLA 37. RETORNO NO CUANTIFICADO DE LA PROPUESTA 4: ACCESO A PSICOONCOLOGÍA EN EL MOMENTO DEL DIAGNÓSTICO, TANTO PARA PACIENTES COMO PARA FAMILIARES.

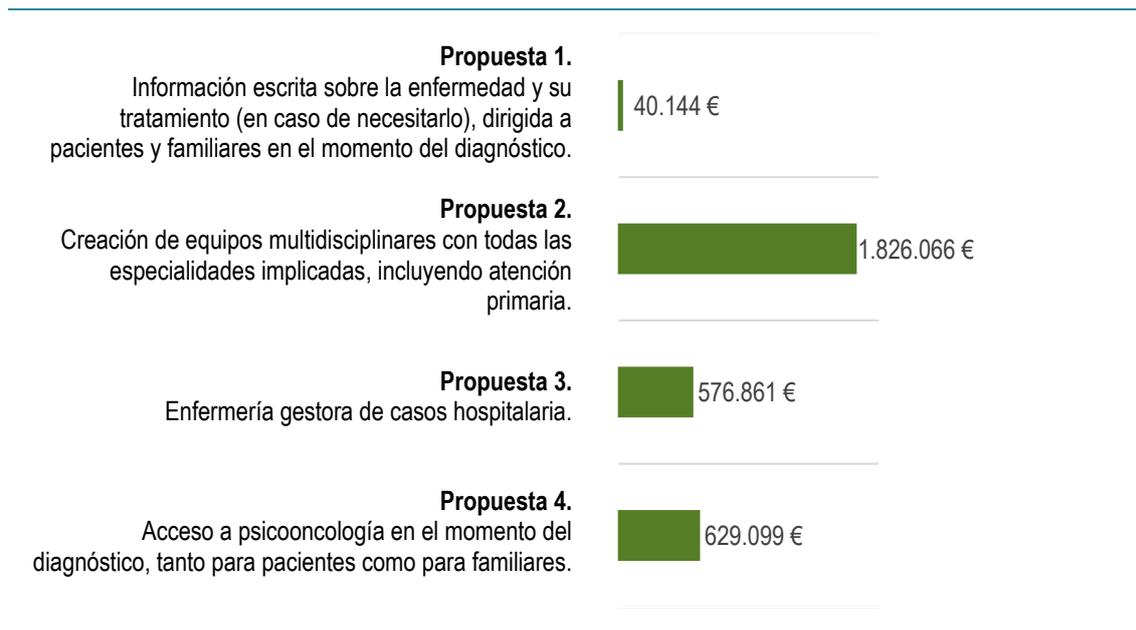
Grupos de interés	Impacto	Retorno no cuantificado
Profesionales de psicooncología	+	Trabajarían de forma más eficiente, llevando un control más estrecho de los pacientes.



9.3.5 Resumen de la inversión y del retorno en el área de Diagnóstico

La inversión total en el área de Diagnóstico ascendería a **3.072.170€**. La mayor inversión correspondería a la creación de equipos multidisciplinares (59,4%), junto al acceso a psicooncología en el momento del diagnóstico (20,5%) y la EGCH (18,8%). Por último, el 1,3% de la inversión correspondería a la información escrita sobre la enfermedad y su tratamiento. (Gráfico 1).

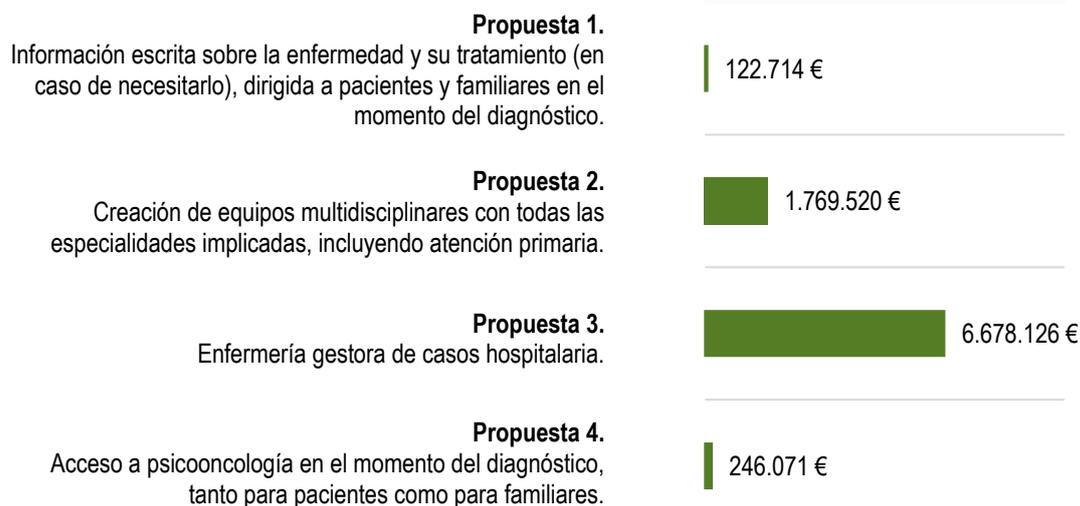
GRÁFICO 1. INVERSIÓN TOTAL EN EL ÁREA DE DIAGNÓSTICO SEGÚN PROPUESTAS



IMPACTO
CLÍNICO, ASISTENCIAL ECONÓMICO Y SOCIAL
DEL ABORDAJE IDEAL DEL
MIELOMA MÚLTIPLE
PROYECTO SROI-MM

El retorno social en el área de Diagnóstico ascendería a 8.816.431 €. Las propuestas que tendrían mayor retorno serían la EGCH (75,8%) y la creación de equipos multidisciplinares (20,1%), seguidas del acceso a psicooncología (2,8%) y la información escrita sobre la enfermedad y su tratamiento (1,4%) (Gráfico 2).

GRÁFICO 2. RETORNO SOCIAL TOTAL EN EL ÁREA DE DIAGNÓSTICO SEGÚN PROPUESTAS.



9.4 Propuestas del área de Seguimiento

9.4.1 Propuesta 5. Acceso integrado a la historia clínica del paciente

A continuación, se detalla el alcance de la propuesta 5, así como la estimación de la inversión que sería necesaria para implementarla (Tabla 38 a Tabla 40).

TABLA 38. ALCANCE DE LA PROPUESTA 5: ACCESO INTEGRADO A LA HISTORIA CLÍNICA DEL PACIENTE.

OBJETIVO:	Mejorar la calidad asistencial de los pacientes con MM respecto a su tratamiento y seguimiento.
GRUPOS DE INTERÉS:	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Sistema Nacional de Salud ❖ Profesionales de hematología ❖ Profesionales de medicina de AP ❖ Otros profesionales sanitarios ❖ Pacientes con MM
CONTENIDO:	Esta propuesta incluye la optimización del uso de la Historia Clínica Digital (HCD), mediante su mantenimiento y formación/reciclaje sobre su uso a los profesionales sanitarios.
JUSTIFICACIÓN:	<p><i>Situación actual</i></p> <p>Las dificultades que existen actualmente en la relación entre especialidades como, por ejemplo, la falta de comunicación o el desconocimiento de la actividad realizada en el otro nivel asistencial⁹⁵, afectan a la calidad asistencial de los pacientes con MM. El acceso integrado a la HCD está empezando a poner solución a dichas dificultades y su implantación sigue avanzando. Los últimos datos disponibles indican que todavía queda una CC.AA. sólo con perfil emisor que no ha activado su perfil receptor (Cataluña) y que en todo el territorio nacional la cobertura de la población es del 93,2%, existiendo aún grandes diferencias en el número total de informes clínicos autorizados para emisión entre las distintas CC.AA.⁹⁶. No obstante, algunos sectores manifiestan la limitación de esta medida, dado que hay un gran número de profesionales de AE (traumatología, reumatología, etc.) que aún no tienen acceso al historial clínico completo del paciente²⁸. Por otro lado, los profesionales sanitarios son los encargados de manejar la HCD, ofreciendo así una atención de calidad a los pacientes y para ello necesitan cursos de formación <i>on-line</i>⁹⁷.</p> <p><i>Situación ideal</i></p> <p>La HCD debería ser una herramienta fundamental, para que haya una mejor coordinación entre todos los profesionales involucrados tanto en el diagnóstico como en el seguimiento de los pacientes con MM. Su uso óptimo permite la elección del tratamiento más adecuado en función de las comorbilidades que presentan estos pacientes²⁸. Los profesionales sanitarios afirman que el uso de esta herramienta mejoraría la calidad de la información clínica y tendría ventajas para el paciente⁹⁸. El seguimiento de los pacientes con MM sería más exhaustivo, tratando todos sus síntomas de manera más óptima, y reduciendo su dolor o malestar⁷⁶.</p> <p><i>Alternativa propuesta</i></p> <p>Esta propuesta contempla el mantenimiento y soporte de la HCD necesarios para su correcto funcionamiento. Por otro lado, dado que se trata de una herramienta informática, es necesario que los profesionales sanitarios estén bien formados y reciban formación continua sobre las nuevas actualizaciones disponibles, a través de algún curso a distancia para alcanzar su manejo óptimo⁹⁷. Hay que aprovechar al máximo las facilidades y las mejoras que proporciona el uso de esta herramienta, tanto para los clínicos como para los pacientes con MM.</p>

La inversión necesaria para optimizar la HCD implicaría el coste de mantenimiento de la plataforma tecnológica, así como la formación o reciclaje sobre su uso a los profesionales sanitarios. El total de la inversión ascendería a 16.545 € (Tabla 39).



IMPACTO
CLÍNICO, ASISTENCIAL ECONÓMICO Y SOCIAL
**DEL ABORDAJE IDEAL DEL
MIELOMA MÚLTIPLE**
PROYECTO SROI-MM

TABLA 39. INVERSIÓN DE LA PROPUESTA 5: ACCESO INTEGRADO A LA HISTORIA CLÍNICA DEL PACIENTE.

Grupos de interés	Descripción de la inversión	Inversión (euros)
Sistema Nacional de Salud	Recursos económicos.	3.593 €
Sistema Nacional de Salud	Recursos económicos.	12.952 €
Profesionales de hematología	Tiempo de trabajo dedicado a formación.	0 €
Profesionales de medicina de AP	Tiempo de trabajo dedicado a formación.	0 €
Otros profesionales sanitarios	Tiempo de trabajo dedicado a formación.	0 €
Pacientes con MM prevalentes	No realizarían ninguna inversión.	0 €
Pacientes con MM prevalentes	No realizarían ninguna inversión.	0 €
INVERSIÓN TOTAL		16.545 €

Dado que el análisis es a un año, a continuación se indica cuál sería la inversión futura para esta propuesta en caso de ampliar el horizonte del análisis (Tabla 40).

TABLA 40. INVERSIÓN FUTURA DE LA PROPUESTA 5: ACCESO INTEGRADO A LA HISTORIA CLÍNICA DEL PACIENTE.

INVERSIÓN en años sucesivos	Con carácter anual, sería necesaria la inversión en el mantenimiento de la plataforma tecnológica y el coste del reciclaje sobre el uso de la HCD a los profesionales sanitarios.
------------------------------------	---

De la Tabla 41 a la Tabla 44 se muestra el alcance del retorno y el cálculo e impacto para esta propuesta.

TABLA 41. ALCANCE DEL RETORNO DE LA PROPUESTA 5: ACCESO INTEGRADO A LA HISTORIA CLÍNICA DEL PACIENTE.

Grupos de interés	¿Qué recursos invertirían?	RETORNOS: ¿Cuál sería el impacto?
Sistema Nacional de Salud	Recursos económicos.	<p>+</p> <ul style="list-style-type: none"> Se reduciría el consumo de papel y se evitaría la duplicidad de pruebas médicas⁹⁹.
Profesionales de hematología	Tiempo de trabajo dedicado a formación.	<p>+</p> <ul style="list-style-type: none"> Realizarían un seguimiento más óptimo de los pacientes con MM prevalentes, al tener disponible mayor cantidad de información⁹⁹.
Profesionales de medicina de AP	Tiempo de trabajo dedicado a formación.	<p>+</p> <ul style="list-style-type: none"> Realizarían un seguimiento más óptimo de los pacientes con MM prevalentes, al tener disponible mayor cantidad de información⁹⁹.
Otros profesionales sanitarios	Tiempo de trabajo dedicado a formación.	<p>+</p> <ul style="list-style-type: none"> Realizarían un seguimiento más óptimo de los pacientes con MM prevalentes, al tener disponible mayor cantidad de información⁹⁹.



IMPACTO
CLÍNICO, ASISTENCIAL ECONÓMICO Y SOCIAL
**DEL ABORDAJE IDEAL DEL
MIELOMA MÚLTIPLE**
PROYECTO SROI-MM

Grupos de interés	¿Qué recursos invertirían?	RETORNOS: ¿Cuál sería el impacto?	
Pacientes con MM prevalentes	No realizarían ninguna inversión.	+	<ul style="list-style-type: none"> Se reduciría el dolor o el malestar de los pacientes con MM prevalentes, mejorando el tratamiento de todos los síntomas de manera integral⁷⁶.
Pacientes con MM prevalentes	No realizarían ninguna inversión.	+	<ul style="list-style-type: none"> Se mejoraría la satisfacción y la confianza de los pacientes con MM prevalentes con el SNS⁹⁹.

Gracias al acceso integrado a la historia clínica del paciente se mejoraría el tratamiento de todos los síntomas de manera integral y mejoraría la satisfacción de los pacientes con MM prevalentes con el SNS. El retorno total ascendería a 125.206 € (Tabla 42).

TABLA 42. RETORNO CUANTIFICADO DE LA PROPUESTA 5: ACCESO INTEGRADO A LA HISTORIA CLÍNICA DEL PACIENTE.

Grupos de interés	Descripción del retorno	Retorno (euros)
Pacientes con MM prevalentes	Retorno 5.1. Se reduciría el dolor o el malestar de los pacientes con MM prevalentes, mejorando el tratamiento de todos los síntomas de manera integral.	19.318 €
Pacientes con MM prevalentes	Retorno 5.2. Se mejoraría la satisfacción y la confianza de los pacientes con MM prevalentes con el SNS.	105.889 €
RETORNO TOTAL		125.206 €

Para los retornos 5.1 y 5.2, se establece el mismo peso muerto (93,2%), que equivale al porcentaje de cobertura de la población de la HCD del SNS⁹⁶. Por otro lado, en el retorno 5.1 se indica qué porcentaje del impacto se debería a otras intervenciones, así como a cuáles correspondería (Tabla 43).

TABLA 43. IMPACTO DE LA PROPUESTA 5: ACCESO INTEGRADO A LA HISTORIA CLÍNICA DEL PACIENTE.

Retornos	Peso muerto	Atribución	
		%	Retornos que comparten impacto
Retorno 5.1. Se reduciría el dolor o el malestar de los pacientes con MM prevalentes, mejorando el tratamiento de todos los síntomas de manera integral.	93,20%	80,00%	5.1, 6.2 y 8.2
Retorno 5.2. Se mejoraría la satisfacción y la confianza de los pacientes con MM prevalentes con el SNS.	93,20%	0,00%	No aplica

Nota: No procede aplicar ningún ajuste por desplazamiento ni decremento.

A continuación, se exponen los potenciales retornos no cuantificados en el análisis ligados a esta propuesta (Tabla 44).



IMPACTO
CLÍNICO, ASISTENCIAL ECONÓMICO Y SOCIAL
**DEL ABORDAJE IDEAL DEL
MIELOMA MÚLTIPLE**
PROYECTO SROI-MM

TABLA 44. RETORNO NO CUANTIFICADO DE LA PROPUESTA 5: ACCESO INTEGRADO A LA HISTORIA CLÍNICA DEL PACIENTE.

Grupos de interés	Impacto	Retorno no cuantificado
Sistema Nacional de Salud	+	Se reduciría el consumo de papel y se evitaría la duplicidad de pruebas médicas.
Profesionales de hematología	+	Realizarían un seguimiento más óptimo de los pacientes con MM prevalentes, al tener disponible mayor cantidad de información.
Profesionales de medicina de AP	+	Realizarían un seguimiento más óptimo de los pacientes con MM prevalentes, al tener disponible mayor cantidad de información.
Otros profesionales sanitarios	+	Realizarían un seguimiento más óptimo de los pacientes con MM prevalentes, al tener disponible mayor cantidad de información.



9.4.2 Propuesta 6. Receta electrónica unificada

A continuación, se detalla el alcance de la propuesta 6, así como la estimación de la inversión que sería necesaria para implementarla (Tabla 45 a Tabla 47).

TABLA 45. ALCANCE DE LA PROPUESTA 6: RECETA ELECTRÓNICA UNIFICADA.

OBJETIVO:	Mejorar la calidad asistencial de los pacientes con MM respecto a su tratamiento.
GRUPOS DE INTERÉS:	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Sistema Nacional de Salud ❖ Profesionales de hematología ❖ Profesionales de medicina de AP ❖ Otros profesionales sanitarios ❖ Pacientes con MM
CONTENIDO:	Esta propuesta incluye la optimización del uso de la receta electrónica, mediante el mantenimiento y formación/reciclaje sobre su uso a los profesionales sanitarios.
JUSTIFICACIÓN:	<p><i>Situación actual</i></p> <p>Los pacientes con MM sufren las mismas limitaciones que el resto de pacientes del SNS en cuanto a la calidad asistencial respecto a su tratamiento. Conseguir la medicación en una oficina de farmacia de cualquier CC.AA y disponer de un sistema integrado de receta electrónica es una tarea fundamental para mejorarla. En 2013 se inició el pilotaje del proyecto de interoperabilidad de la receta electrónica para detectar posibles problemas antes de empezar a implantarla en las CC.AA. En 2015 se dispensaron por primera vez con receta electrónica los fármacos correspondientes a un paciente, en una farmacia en Canarias, de medicamentos prescritos en Extremadura¹⁰⁰. Actualmente la receta electrónica ya está implantada en un 91,99% de las CC.AA.: al 100% en los centros de salud y en los consultorios locales de AP y al 88,78% en AE¹⁰¹.</p> <p>Los especialistas y los profesionales de farmacia hospitalaria son los encargados de utilizar la receta electrónica para mejorar la calidad asistencial de los pacientes. Para ello disponen de algunos cursos de formación <i>on-line</i> para resolver posibles dudas sobre su manejo¹⁰².</p> <p><i>Situación ideal</i></p> <p>La receta electrónica unificada debería ser una herramienta fundamental, para que haya una mejor coordinación a la hora de dispensar los tratamientos correspondientes a los pacientes con MM en cualquier CC.AA. Por otro lado, también ayuda a mejorar la información que tienen los pacientes sobre su propio tratamiento y facilita el seguimiento de la adherencia por parte de los profesionales sanitarios¹⁰³.</p> <p>El desarrollo y avance del proyecto de la receta electrónica persigue el objetivo de alcanzar que también los profesionales de AE puedan utilizar y prescribir en receta electrónica¹⁰³.</p> <p><i>Alternativa propuesta</i></p> <p>Para evitar incidencias técnicas y facilitar su uso, esta propuesta incluye los recursos económicos necesarios para su correcto mantenimiento y para ofrecer material formativo actualizado, dirigido a los profesionales sanitarios¹⁰².</p>

La inversión necesaria para optimizar el uso de la receta electrónica unificada implicaría el coste de mantenimiento de la plataforma tecnológica, así como la formación o reciclaje sobre su uso a los profesionales sanitarios. El total de la inversión ascendería a 16.545 € (Tabla 46).



IMPACTO
CLÍNICO, ASISTENCIAL ECONÓMICO Y SOCIAL
**DEL ABORDAJE IDEAL DEL
MIELOMA MÚLTIPLE**
PROYECTO SROI-MM

TABLA 46. INVERSIÓN DE LA PROPUESTA 6: RECETA ELECTRÓNICA UNIFICADA.

Grupos de interés	Descripción de la inversión	Inversión (euros)
Sistema Nacional de Salud	Recursos económicos.	3.593 €
Sistema Nacional de Salud	Recursos económicos.	12.952 €
Profesionales de hematología	Tiempo de trabajo dedicado a formación.	0 €
Profesionales de medicina de AP	Tiempo de trabajo dedicado a formación.	0 €
Otros profesionales sanitarios	Tiempo de trabajo dedicado a formación.	0 €
Pacientes con MM prevalentes	No realizarían ninguna inversión.	0 €
INVERSIÓN TOTAL		16.545 €

Dado que el análisis es a un año, a continuación se indica cuál sería la inversión futura para esta propuesta en caso de ampliar el horizonte del análisis (Tabla 47).

TABLA 47. INVERSIÓN FUTURA DE LA PROPUESTA 6: RECETA ELECTRÓNICA UNIFICADA.

INVERSIÓN en años sucesivos	Con carácter anual, sería necesaria la inversión en el mantenimiento de la plataforma tecnológica y el coste del reciclaje sobre el uso de la receta electrónica unificada a los profesionales sanitarios.
------------------------------------	--

De la Tabla 48 a la Tabla 51 se muestra el alcance del retorno y el cálculo e impacto para esta propuesta.

TABLA 48. ALCANCE DEL RETORNO DE LA PROPUESTA 6: RECETA ELECTRÓNICA UNIFICADA.

Grupos de interés	¿Qué recursos invertirían?	RETORNOS: ¿Cuál sería el impacto?	
Sistema Nacional de Salud	Recursos económicos.	+	<ul style="list-style-type: none"> Se evitarían visitas a AP para recoger las recetas de los tratamientos de soporte/apoyo prescritos¹⁰⁴.
Sistema Nacional de Salud	Recursos económicos.	+	<ul style="list-style-type: none"> Se reducirían las visitas a enfermería¹⁰⁴.
Sistema Nacional de Salud	Recursos económicos.	+	<ul style="list-style-type: none"> Se reducirían los costes debidos a errores relacionados con interpretaciones incorrectas de la receta y debidos a la falta de adherencia¹⁰⁵.
Sistema Nacional de Salud	Recursos económicos.	+	<ul style="list-style-type: none"> Se reduciría el gasto farmacéutico gracias a una menor sobreprescripción y la eliminación de todos los talonarios en papel de antiguas recetas¹⁰⁵.
Profesionales de hematología	Tiempo de trabajo dedicado a formación.	+	<ul style="list-style-type: none"> Realizarían un seguimiento más óptimo de los pacientes con MM prevalentes, al tener disponible mayor cantidad de información.



IMPACTO
CLÍNICO, ASISTENCIAL ECONÓMICO Y SOCIAL
DEL ABORDAJE IDEAL DEL
MIELOMA MÚLTIPLE
PROYECTO SROI-MM

Grupos de interés	¿Qué recursos invertirían?	RETORNOS: ¿Cuál sería el impacto?	
Profesionales de medicina de AP	Tiempo de trabajo dedicado a formación.	+	<ul style="list-style-type: none"> Realizarían un seguimiento más óptimo de los pacientes con MM prevalentes, al tener disponible mayor cantidad de información.
Otros profesionales sanitarios	Tiempo de trabajo dedicado a formación.	+	<ul style="list-style-type: none"> Realizarían un seguimiento más óptimo de los pacientes con MM prevalentes, al tener disponible mayor cantidad de información.
Pacientes con MM prevalentes	No realizarían ninguna inversión.	+	<ul style="list-style-type: none"> Se reduciría el dolor o el malestar de los pacientes con MM prevalentes, mejorando el tratamiento de todos los síntomas de manera integral⁷⁶.
Pacientes con MM prevalentes	No realizarían ninguna inversión.	+	<ul style="list-style-type: none"> Se incrementaría la movilidad de los pacientes con MM prevalentes por todo el territorio nacional, pudiendo obtener sus medicamentos prescritos en cualquier farmacia independientemente de la CC.AA.^{100,106}.
Pacientes con MM prevalentes	No realizarían ninguna inversión.	+	<ul style="list-style-type: none"> Se reducirían las pérdidas de productividad laboral en los pacientes con MM prevalentes al no tener que acudir a la consulta de AP a recoger sus recetas¹⁰⁴.

Gracias a la implementación de la receta electrónica unificada se verían beneficiados principalmente los pacientes con MM prevalentes, dado que reducirían su dolor y malestar por una mejora del tratamiento de todos los síntomas y podrían moverse con más facilidad por todo el territorio nacional, a la vez que se ausentarían del trabajo en menor medida por no tener que acudir a las visitas a AP para recoger las recetas de sus tratamientos de soporte. El retorno total ascendería a 74.515 € (Tabla 49).

TABLA 49. RETORNO CUANTIFICADO DE LA PROPUESTA 6: RECETA ELECTRÓNICA UNIFICADA.

Grupos de interés	Descripción del retorno	Retorno (euros)
Sistema Nacional de Salud	Retorno 6.1. Se evitarían visitas a AP para recoger las recetas de los tratamientos de soporte/apoyo prescritos.	8.212 €
Pacientes con MM prevalentes	Retorno 6.2. Se reduciría el dolor o el malestar de los pacientes con MM prevalentes, mejorando el tratamiento de todos los síntomas de manera integral.	22.755 €
Pacientes con MM prevalentes	Retorno 6.3. Se incrementaría la movilidad de los pacientes con MM prevalentes por todo el territorio nacional, pudiendo obtener sus medicamentos prescritos en cualquier farmacia independientemente de la CC.AA.	42.510 €



IMPACTO
CLÍNICO, ASISTENCIAL ECONÓMICO Y SOCIAL
DEL ABORDAJE IDEAL DEL
MIELOMA MÚLTIPLE
PROYECTO SROI-MM

Grupos de interés	Descripción del retorno	Retorno (euros)
Pacientes con MM prevalentes	Retorno 6.4. Se reducirían las pérdidas de productividad laboral en los pacientes con MM prevalentes al no tener que acudir a la consulta de AP a recoger sus recetas.	1.038 €
RETORNO TOTAL		74.515 €

Para todos los retornos de la propuesta 6 se establece el mismo peso muerto (91,99%) que equivale al porcentaje de implantación de la receta electrónica en el SNS¹⁰¹. Por otro lado, en el retorno 6.2 se indica qué porcentaje del impacto se debería a otras intervenciones, así como a cuáles correspondería (Tabla 50).

TABLA 50. IMPACTO DE LA PROPUESTA 6: RECETA ELECTRÓNICA UNIFICADA.

Retornos	Peso muerto	Atribución	
		%	Retornos que comparten impacto
Retorno 6.1. Se evitarían visitas a AP para recoger las recetas de los tratamientos de soporte/apoyo prescritos.	91,99%	0,00%	No aplica
Retorno 6.2. Se reduciría el dolor o el malestar de los pacientes con MM prevalentes, mejorando el tratamiento de todos los síntomas de manera integral.	91,99%	80,00%	5.1, 6.2 y 8.2
Retorno 6.3. Se incrementaría la movilidad de los pacientes con MM prevalentes por todo el territorio nacional, pudiendo obtener sus medicamentos prescritos en cualquier farmacia independientemente de la CC.AA.	91,99%	0,00%	No aplica
Retorno 6.4. Se reducirían las pérdidas de productividad laboral en los pacientes con MM prevalentes al no tener que acudir a la consulta de AP a recoger sus recetas.	91,99%	0,00%	No aplica

Nota: No procede aplicar ningún ajuste por desplazamiento ni decremento.

A continuación, se exponen los potenciales retornos no cuantificados en el análisis ligados a esta propuesta (Tabla 51).

TABLA 51. RETORNO NO CUANTIFICADO DE LA PROPUESTA 6: RECETA ELECTRÓNICA UNIFICADA.

Grupos de interés	Impacto	Retorno no cuantificado
Sistema Nacional de Salud	+	Se reducirían las visitas a enfermería.
Sistema Nacional de Salud	+	Se reducirían los costes debidos a errores relacionados con interpretaciones incorrectas de la receta y debidos a la falta de adherencia.
Sistema Nacional de Salud	+	Se reduciría el gasto farmacéutico gracias a una menor sobreprescripción y la eliminación de todos los talonarios en papel de antiguas recetas.
Profesionales de hematología	+	Realizarían un seguimiento más óptimo de los pacientes con MM prevalentes, al tener disponible mayor cantidad de información.



IMPACTO
CLÍNICO, ASISTENCIAL ECONÓMICO Y SOCIAL
DEL ABORDAJE IDEAL DEL
MIELOMA MÚLTIPLE
PROYECTO SROI-MM

Grupos de interés	Impacto	Retorno no cuantificado
Profesionales de medicina de AP	+	Realizarían un seguimiento más óptimo de los pacientes con MM prevalentes, al tener disponible mayor cantidad de información.
Otros profesionales sanitarios	+	Realizarían un seguimiento más óptimo de los pacientes con MM prevalentes, al tener disponible mayor cantidad de información.



9.4.3 Propuesta 7. Información oral y escrita sobre las pruebas de seguimiento y los tratamientos

A continuación, se detalla el alcance de la propuesta 7, así como la estimación de la inversión que sería necesaria para implementarla (Tabla 52 a Tabla 54).

TABLA 52. ALCANCE DE LA PROPUESTA 7. INFORMACIÓN ORAL Y ESCRITA SOBRE LAS PRUEBAS DE SEGUIMIENTO Y LOS TRATAMIENTOS.

OBJETIVO:	Informar a los pacientes con MM y a sus cuidadores informales sobre las pruebas de seguimiento y los tratamientos disponibles.
GRUPOS DE INTERÉS:	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Sistema Nacional de Salud ❖ Profesionales de hematología: medicina y enfermería ❖ Profesionales de farmacia hospitalaria ❖ Asociaciones de pacientes vinculadas al MM ❖ Pacientes con MM prevalentes ❖ Cuidadores informales de los pacientes con MM prevalentes
CONTENIDO:	Esta propuesta incluye el coste del diseño, la creación y la difusión de una guía, validada a nivel nacional, dirigida a los pacientes con MM y sus cuidadores informales, con información sobre las pruebas de seguimiento y los tratamientos disponibles para el MM.
JUSTIFICACIÓN:	<p><i>Situación actual</i></p> <p>Actualmente existen propuestas para mejorar los conocimientos de los pacientes una vez diagnosticados. Una iniciativa reciente del MSCBS es la escuela de pacientes, cuyo objetivo es aportar información y herramientas de formación tanto para los pacientes como para sus familiares y cuidadores¹⁰⁷. Por su parte, el Grupo de Farmacia Oncológica de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (GEDEFO) facilita hojas de información al paciente sobre distintos fármacos¹⁰⁸. Además, desde las asociaciones de pacientes siguen trabajando para ofrecer el acceso a la mayor información disponible en relación al MM^{109,110}. Por otro lado, ya se han publicado algunas guías para el paciente que reúnen este tipo de información¹¹¹⁻¹¹³, pero sigue existiendo el problema de que toda esta información llegue a los beneficiarios finales, que son los pacientes y los cuidadores⁷⁶. Además, los pacientes con MM tienen una edad media en torno a los 60 años⁵⁰, por lo que el acceso a los materiales <i>on-line</i>, como algunas páginas web con información sobre la patología¹¹⁴ o a guías en formato digital es más complicado. Aunque la brecha digital se reduce progresivamente, aún hay un 21,4% de la población de 55 a 64 años que no ha utilizado internet en los últimos tres meses, dato que justifica la necesidad de una información escrita para determinados grupos de pacientes y cuidadores¹¹⁵.</p> <p><i>Situación ideal</i></p> <p>Los pacientes con patologías como el MM, así como sus cuidadores informales deberían recibir información de calidad en relación a los tratamientos disponibles y las pruebas necesarias para el seguimiento de la enfermedad^{56,94,116}. A nivel nacional es imprescindible ofrecer esta información de forma detallada y de fácil comprensión. Los profesionales sanitarios, así como las asociaciones de pacientes y el MSCBS, deberían colaborar conjuntamente para que este tipo de material sea de calidad, unificado a nivel nacional y que se pueda ofrecer no solo de forma oral en las consultas por parte de los profesionales sanitarios, sino también de forma escrita.</p> <p><i>Alternativa propuesta</i></p> <p>Para alcanzar el objetivo de esta propuesta se contempla la creación de una guía completa, validada por un grupo de expertos multidisciplinar (2 profesionales de hematología, 2 profesionales de enfermería, 2 profesionales de farmacia hospitalaria, 2 representantes de asociación de pacientes), con información sobre las pruebas de seguimiento habituales y los tratamientos disponibles para el MM. Aprovechando el formato escrito de este material, se incorporaría en su contenido un apartado con formato de diario, donde los pacientes pudieran incluir las citas médicas, las fechas de inicio/cambio de tratamiento, etc. Esta guía se entregaría a cada uno de los pacientes con MM que acudiera a la consulta con el profesional de hematología.</p>



IMPACTO
CLÍNICO, ASISTENCIAL ECONÓMICO Y SOCIAL
**DEL ABORDAJE IDEAL DEL
MIELOMA MÚLTIPLE**
PROYECTO SROI-MM

La inversión necesaria para implementar esta propuesta contemplaría la creación del contenido (por parte de un grupo multidisciplinar de expertos), el diseño gráfico y la difusión a todos los hospitales del SNS con servicio de hematología clínica, de información escrita sobre las pruebas de seguimiento y los tratamientos disponibles para el MM, dirigido a pacientes y familiares en el momento del diagnóstico. El total de la inversión ascendería a 156.044€ (Tabla 53).

TABLA 53. INVERSIÓN DE LA PROPUESTA 7. INFORMACIÓN ORAL Y ESCRITA SOBRE LAS PRUEBAS DE SEGUIMIENTO Y LOS TRATAMIENTOS.

Grupos de interés	Descripción de la inversión	Inversión (euros)
Sistema Nacional de Salud	Recursos económicos.	156.044 €
Profesionales de hematología: medicina y enfermería	Tiempo de trabajo.	0 €
Profesionales de farmacia hospitalaria	Tiempo de trabajo.	0 €
Asociaciones de pacientes vinculadas al MM	Tiempo de trabajo.	0 €
Pacientes con MM prevalentes	No realizarían ninguna inversión.	0 €
Cuidadores informales de los pacientes con MM prevalentes	No realizarían ninguna inversión.	0 €
INVERSIÓN TOTAL		156.044 €

Dado que el análisis es a un año, a continuación se indica cuál sería la inversión futura para esta propuesta en caso de ampliar el horizonte del análisis (Tabla 54).

TABLA 54. INVERSIÓN FUTURA DE LA PROPUESTA 7. INFORMACIÓN ORAL Y ESCRITA SOBRE LAS PRUEBAS DE SEGUIMIENTO Y LOS TRATAMIENTOS.

INVERSIÓN en años sucesivos	Con carácter anual, sería necesaria la inversión en la difusión de las guías informativos en los hospitales (impresión y envío), pudiendo revisarse el contenido de la información y el diseño de las guías con una periodicidad mayor.
------------------------------------	---

De la Tabla 55 a la Tabla 58 se muestra el alcance del retorno y el cálculo e impacto para esta propuesta.

TABLA 55. ALCANCE DEL RETORNO DE LA PROPUESTA 7. INFORMACIÓN ORAL Y ESCRITA SOBRE LAS PRUEBAS DE SEGUIMIENTO Y LOS TRATAMIENTOS.

Grupos de interés	¿Qué recursos invertirían?	RETORNOS: ¿Cuál sería el impacto?
Sistema Nacional de Salud	Recursos económicos.	<p>+</p> <ul style="list-style-type: none"> Contribuirían a una gestión más eficiente de los recursos sanitarios al contar con pacientes más informados.
Profesionales de hematología: medicina y enfermería	Tiempo de trabajo.	<p>+</p> <ul style="list-style-type: none"> Dispondrían de materiales de calidad para informar a los pacientes con MM prevalentes sobre las pruebas de seguimiento y los tratamientos.



IMPACTO
CLÍNICO, ASISTENCIAL ECONÓMICO Y SOCIAL
**DEL ABORDAJE IDEAL DEL
MIELOMA MÚLTIPLE**
PROYECTO SROI-MM

Grupos de interés	¿Qué recursos invertirían?	RETORNOS: ¿Cuál sería el impacto?
Profesionales de farmacia hospitalaria	Tiempo de trabajo.	<ul style="list-style-type: none"> Dispondrían de materiales de calidad para informar a los pacientes con MM prevalentes sobre las pruebas de seguimiento y los tratamientos. Se optimizaría el uso de medicamentos de los pacientes con MM prevalentes.
Asociaciones de pacientes vinculadas al MM	Tiempo de trabajo.	<ul style="list-style-type: none"> Dispondrían de materiales de calidad para informar a los pacientes con MM prevalentes sobre las pruebas de seguimiento y los tratamientos.
Pacientes con MM prevalentes	No realizarían ninguna inversión.	<ul style="list-style-type: none"> Se mejoraría la información sobre las pruebas de seguimiento y tratamiento de la enfermedad proporcionada a los pacientes con MM prevalentes^{61,64}.
Pacientes con MM prevalentes	No realizarían ninguna inversión.	<ul style="list-style-type: none"> Se mejoraría la satisfacción de los pacientes con MM prevalentes respecto a la información recibida sobre pruebas de seguimiento y tratamiento⁶³.
Cuidadores informales de los pacientes con MM prevalentes	No realizarían ninguna inversión.	<ul style="list-style-type: none"> Se mejoraría la información sobre las pruebas de seguimiento y tratamiento de la enfermedad proporcionada a los cuidadores informales de los pacientes con MM prevalentes^{61,64}.
Cuidadores informales de los pacientes con MM prevalentes	No realizarían ninguna inversión.	<ul style="list-style-type: none"> Se mejoraría la satisfacción de los cuidadores informales de los pacientes con MM prevalentes respecto a la información sobre pruebas de seguimiento y tratamiento⁶³.

La entrega de material informativo por escrito a los pacientes prevalentes con MM mejoraría su satisfacción en relación a la información recibida sobre las pruebas de seguimiento y tratamiento de la enfermedad. El retorno total ascendería a 201.759 € (Tabla 56).

TABLA 56. RETORNO CUANTIFICADO DE LA PROPUESTA 7. INFORMACIÓN ORAL Y ESCRITA SOBRE LAS PRUEBAS DE SEGUIMIENTO Y LOS TRATAMIENTOS.

Grupos de interés	Descripción del retorno	Retorno (euros)
Pacientes con MM prevalentes	Retorno 7.1. Se mejoraría la información sobre las pruebas de seguimiento y tratamiento de la enfermedad proporcionada a los pacientes con MM prevalentes.	11.837 €
Pacientes con MM prevalentes	Retorno 7.2. Se mejoraría la satisfacción de los pacientes con MM prevalentes respecto a la información recibida sobre pruebas de seguimiento y tratamiento.	118.368 €
Cuidadores informales de los pacientes con MM prevalentes	Retorno 7.3. Se mejoraría la información sobre las pruebas de seguimiento y tratamiento de la enfermedad proporcionada a los cuidadores informales de los pacientes con MM prevalentes.	6.505 €
Cuidadores informales de los pacientes con MM prevalentes	Retorno 7.4. Se mejoraría la satisfacción de los cuidadores informales de los pacientes con MM prevalentes respecto a la información sobre pruebas de seguimiento y tratamiento.	65.049 €



IMPACTO
CLÍNICO, ASISTENCIAL ECONÓMICO Y SOCIAL
**DEL ABORDAJE IDEAL DEL
MIELOMA MÚLTIPLE**
PROYECTO SROI-MM

Grupos de interés	Descripción del retorno	Retorno (euros)
RETORNO TOTAL		201.759 €

Todos los retornos de la propuesta 7 comparten el mismo peso muerto (60%) que corresponde al porcentaje de pacientes y cuidadores que declararon sentirse muy satisfechos con el acceso a la información relacionada con MM⁶⁹ (Tabla 57).

TABLA 57. IMPACTO DE LA PROPUESTA 7. INFORMACIÓN ORAL Y ESCRITA SOBRE LAS PRUEBAS DE SEGUIMIENTO Y LOS TRATAMIENTOS.

Retornos	Peso muerto	Atribución	
		%	Retornos que comparten impacto
Retorno 7.1. Se mejoraría la información sobre las pruebas de seguimiento y tratamiento de la enfermedad proporcionada a los pacientes con MM prevalentes.	60,00%	0,00%	No aplica
Retorno 7.2. Se mejoraría la satisfacción de los pacientes con MM prevalentes respecto a la información recibida sobre pruebas de seguimiento y tratamiento.	60,00%	0,00%	No aplica
Retorno 7.3. Se mejoraría la información sobre las pruebas de seguimiento y tratamiento de la enfermedad proporcionada a los cuidadores informales de los pacientes con MM prevalentes.	60,00%	0,00%	No aplica
Retorno 7.4. Se mejoraría la satisfacción de los cuidadores informales de los pacientes con MM prevalentes respecto a la información sobre pruebas de seguimiento y tratamiento.	60,00%	0,00%	No aplica

Nota: No procede aplicar ningún ajuste por desplazamiento ni decremento.

A continuación, se exponen los potenciales retornos no cuantificados en el análisis ligados a esta propuesta (Tabla 58).

TABLA 58. RETORNO NO CUANTIFICADO DE LA PROPUESTA 7. INFORMACIÓN ORAL Y ESCRITA SOBRE LAS PRUEBAS DE SEGUIMIENTO Y LOS TRATAMIENTOS.

Grupos de interés	Impacto	Retorno no cuantificado
Sistema Nacional de Salud	+	Contribuirían a una gestión más eficiente de los recursos sanitarios al contar con pacientes más informados.
Profesionales de hematología: medicina y enfermería	+	Dispondrían de materiales de calidad para informar a los pacientes con MM prevalentes sobre las pruebas de seguimiento y los tratamientos.
Profesionales de farmacia hospitalaria	+	Dispondrían de materiales de calidad para informar a los pacientes con MM prevalentes sobre las pruebas de seguimiento y los tratamientos. Se optimizaría el uso de medicamentos de los pacientes con MM prevalentes.



IMPACTO
CLÍNICO, ASISTENCIAL ECONÓMICO Y SOCIAL
DEL ABORDAJE IDEAL DEL
MIELOMA MÚLTIPLE
PROYECTO SROI-MM

Grupos de interés	Impacto	Retorno no cuantificado
Asociaciones de pacientes vinculadas al MM	+	Dispondrían de materiales de calidad para informar a los pacientes con MM prevalentes sobre las pruebas de seguimiento y los tratamientos.



9.4.4 Propuesta 8. Valoración y seguimiento de la adherencia farmacológica

A continuación, se detalla el alcance de la propuesta 8, así como la estimación de la inversión que sería necesaria para implementarla (Tabla 59 a Tabla 60).

TABLA 59. ALCANCE DE LA PROPUESTA 8. VALORACIÓN Y SEGUIMIENTO DE LA ADHERENCIA FARMACOLÓGICA.

OBJETIVO:	Mejorar la valoración y el seguimiento de la adherencia farmacológica de los pacientes con MM.
GRUPOS DE INTERÉS:	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Sistema Nacional de Salud ❖ Profesionales de hematología ❖ Profesionales de farmacia hospitalaria ❖ Profesionales de enfermería hospitalaria ❖ Pacientes con MM prevalentes ❖ Cuidadores informales de los pacientes con MM prevalentes ❖ Otros pacientes oncohematológicos
CONTENIDO:	<p>Esta propuesta incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Formación a los profesionales de enfermería hospitalaria sobre tratamientos y adherencia en enfermedades oncohematológicas. ❖ Una visita al profesional de enfermería/farmacia hospitalaria y dos consultas telefónicas al año para realizar la valoración y el seguimiento de la adherencia farmacológica de los pacientes con MM.
JUSTIFICACIÓN:	<p><i>Situación actual</i></p> <p>La adherencia sigue siendo un problema importante entre los pacientes oncohematológicos, dado que éstos no tienen acceso a ninguna clase de apoyo personalizado para mejorarla y generalmente no tienen a quién consultar en caso de tener alguna duda. Informar al paciente sobre la importancia de la adherencia a través de folletos no llega a ser suficiente¹¹⁷, situación que se observa en la baja adherencia al tratamiento (50%) que tienen los pacientes oncohematológicos¹¹⁸.</p> <p>Por otro lado, hay que destacar que existe la necesidad de especialización de los profesionales de enfermería hospitalaria en enfermedades oncohematológicas²⁸, para que estos puedan realizar, en consonancia con farmacia hospitalaria, la valoración y el seguimiento de la adherencia de los pacientes de manera óptima. Ya existen algunos cursos acreditados para ello^{119,120}.</p> <p><i>Situación ideal</i></p> <p>La adherencia debe considerarse como un aspecto primordial en las enfermedades oncohematológicas, dado que la falta de adherencia tiene un gran impacto sobre los resultados en salud, incluida la efectividad del tratamiento¹²¹. Asimismo, es de especial interés debido al impacto que tienen estas patologías sobre el gasto sanitario¹²². Centrándose en los tratamientos disponibles para los pacientes con MM, las vías de administración son diferentes (intravenosa, intramuscular, subcutánea, oral), por lo que cada paciente necesita una atención personalizada para cumplir con el tratamiento²⁸. Además, algunas características de los pacientes presentan un mayor riesgo de no adherencia farmacológica: vivir solo, bajo apoyo social, regímenes de medicación complejos, bajo nivel educativo y problemas físicos graves debidos a la enfermedad o al tratamiento^{118,121}.</p> <p>Junto con los profesionales de farmacia hospitalaria, enfermería hospitalaria podría participar de manera más activa en la mejora de la adherencia de los pacientes con MM¹²¹. En cuanto a su formación es clave la incorporación de farmacia hospitalaria para complementar sus conocimientos en relación a los tratamientos disponibles para MM⁷⁶.</p> <p><i>Alternativa propuesta</i></p> <p>Esta propuesta incluye el coste de la formación de los profesionales de enfermería en tratamientos y adherencia para pacientes con enfermedades oncohematológicas, a través de un curso de formación continuada presencial por hospital del SNS con servicio de hematología, impartido por un profesional de hematología y por un profesional de farmacia hospitalaria, con una duración de 8 horas. Para realizar el seguimiento de la adherencia al tratamiento farmacológico los pacientes con MM acudirían a una visita de enfermería o farmacia hospitalaria adicional a las que ya realizan, así como dos consultas telefónicas al año.</p>



IMPACTO
CLÍNICO, ASISTENCIAL ECONÓMICO Y SOCIAL
**DEL ABORDAJE IDEAL DEL
MIELOMA MÚLTIPLE**
PROYECTO SROI-MM

La inversión necesaria para implementar la propuesta 8 implicaría el coste de formación, así como de una visita adicional al profesional de enfermería o farmacia hospitalaria, y dos consultas telefónicas al año. El total de la inversión ascendería a 718.615 € (Tabla 60).

TABLA 60. INVERSIÓN DE LA PROPUESTA 8. VALORACIÓN Y SEGUIMIENTO DE LA ADHERENCIA FARMACOLÓGICA.

Grupos de interés	Descripción de la inversión	Inversión (euros)
Sistema Nacional de Salud	Recursos humanos docentes (hematología y farmacia hospitalaria).	554.945 €
Sistema Nacional de Salud	Recursos económicos.	8.272 €
Profesionales de enfermería hospitalaria	Tiempo de trabajo dedicado a formación.	0 €
Profesionales de enfermería hospitalaria / farmacia hospitalaria	Tiempo de trabajo.	230.092 €
Pacientes con MM prevalentes	Tiempo personal.	0 €
Cuidadores informales de los pacientes con MM prevalentes	Tiempo personal.	0 €
Otros pacientes oncohematológicos	Tiempo personal.	0 €
INVERSIÓN TOTAL		793.309 €

Dado que el análisis es a un año, a continuación se indica cuál sería la inversión futura para esta propuesta en caso de ampliar el horizonte del análisis (Tabla 61).

TABLA 61. INVERSIÓN FUTURA DE LA PROPUESTA 8. VALORACIÓN Y SEGUIMIENTO DE LA ADHERENCIA FARMACOLÓGICA.

INVERSIÓN en años sucesivos	Con carácter anual sería necesaria la misma inversión, ya que la valoración y el seguimiento de la adherencia terapéutica es un aspecto sobre el que insistir de forma periódica para que puedan lograrse los mejores resultados en salud.
------------------------------------	--

De la Tabla 62 a la Tabla 65 se muestra el alcance del retorno y el cálculo e impacto para esta propuesta.

TABLA 62. ALCANCE DEL RETORNO DE LA PROPUESTA 8. VALORACIÓN Y SEGUIMIENTO DE LA ADHERENCIA FARMACOLÓGICA.

Grupos de interés	¿Qué recursos invertirían?	RETORNOS: ¿Cuál sería el impacto?
Sistema Nacional de Salud	Recursos humanos docentes.	<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="background-color: black; color: white; padding: 5px; margin-right: 10px;">+</div> <ul style="list-style-type: none"> Se reducirían las tasas de hospitalización y la duración de las estancias hospitalarias¹¹⁷. </div>
Sistema Nacional de Salud	Recursos económicos.	<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="background-color: black; color: white; padding: 5px; margin-right: 10px;">+</div> <ul style="list-style-type: none"> Se reducirían las tasas de hospitalización y la duración de las estancias hospitalarias¹¹⁷. </div>



IMPACTO
CLÍNICO, ASISTENCIAL ECONÓMICO Y SOCIAL
**DEL ABORDAJE IDEAL DEL
MIELOMA MÚLTIPLE**
PROYECTO SROI-MM

Grupos de interés	¿Qué recursos invertirían?	RETORNOS: ¿Cuál sería el impacto?	
Profesionales de enfermería hospitalaria	Tiempo de trabajo dedicado a formación.	+	<ul style="list-style-type: none"> Adquirirían una mejor formación para la valoración y el seguimiento de la adherencia de los pacientes con MM prevalentes.
Profesionales de enfermería hospitalaria	Tiempo de trabajo.	+	<ul style="list-style-type: none"> Participarían de forma más activa en el seguimiento de los pacientes oncohematológicos¹²¹.
Pacientes con MM prevalentes	Tiempo personal.	+	<ul style="list-style-type: none"> Se reduciría el gasto en medicamentos sin receta médica en los pacientes con MM prevalentes¹²³.
Pacientes con MM prevalentes	Tiempo personal.	+	<ul style="list-style-type: none"> Se reduciría el dolor o el malestar de los pacientes con MM prevalentes, mejorando el seguimiento del tratamiento por parte de enfermería⁷⁶.
Pacientes con MM prevalentes	Tiempo personal.	+	<ul style="list-style-type: none"> Se mejoraría el estado emocional de los pacientes con MM prevalentes, gracias a un seguimiento personalizado por parte de enfermería⁷⁶.
Pacientes con MM prevalentes	Tiempo personal.	-	<ul style="list-style-type: none"> Se producirían pérdidas de productividad laboral en los pacientes con MM prevalentes como consecuencia de acudir a la consulta de enfermería.
Cuidadores informales de los pacientes con MM prevalentes	Tiempo personal.	-	<ul style="list-style-type: none"> Se incrementaría la carga de cuidado de los cuidadores por acompañar a los pacientes con MM prevalentes a la consulta de enfermería.
Otros pacientes oncohematológicos	Tiempo personal.	+	<ul style="list-style-type: none"> Los pacientes oncohematológicos recibirían mejor valoración y seguimiento de su adherencia por parte de enfermería, dado que estos estarían más especializados tras la formación recibida.

La valoración y seguimiento de la adherencia farmacológica generaría un impacto positivo en los resultados en salud y efectividad del tratamiento en los pacientes con MM prevalentes y fomentaría la participación activa de los profesionales de enfermería hospitalaria en la mejora de la adherencia terapéutica de los pacientes. El retorno total ascendería a 1.172.754 € (Tabla 63).

TABLA 63. RETORNO CUANTIFICADO DE LA PROPUESTA 8. VALORACIÓN Y SEGUIMIENTO DE LA ADHERENCIA FARMACOLÓGICA.

Grupos de interés	Descripción del retorno	Retorno (euros)
Pacientes con MM prevalentes	Retorno 8.1. Se reduciría el gasto en medicamentos sin receta médica en los pacientes con MM prevalentes.	93.162 €
Pacientes con MM prevalentes	Retorno 8.2. Se reduciría el dolor o el malestar de los pacientes con MM prevalentes, mejorando el seguimiento del tratamiento por parte de enfermería.	852.250 €



IMPACTO
CLÍNICO, ASISTENCIAL ECONÓMICO Y SOCIAL
DEL ABORDAJE IDEAL DEL
MIELOMA MÚLTIPLE
PROYECTO SROI-MM

Grupos de interés	Descripción del retorno	Retorno (euros)
Pacientes con MM prevalentes	Retorno 8.3. Se mejoraría el estado emocional de los pacientes con MM prevalentes, gracias a un seguimiento personalizado por parte de enfermería.	284.823 €
Pacientes con MM prevalentes	Retorno 8.4. Se producirían pérdidas de productividad laboral en los pacientes con MM prevalentes como consecuencia de acudir a la consulta de enfermería.	-33.651 €
Cuidadores informales de los pacientes con MM prevalentes	Retorno 8.5. Se incrementaría la carga de cuidado de los cuidadores por acompañar a los pacientes con MM prevalentes a la consulta de enfermería.	-23.829 €
RETORNO TOTAL		1.172.754 €

El retorno 8.1 incluye un peso muerto (50%) que corresponde al porcentaje de pacientes oncohematológicos adherentes al tratamiento¹¹⁸; el retorno 8.2 tiene un peso muerto (4%) correspondiente al porcentaje de pacientes con MM que no están afectados físicamente⁵⁰; y, por último, el peso muerto del retorno 8.3 (8,33%) corresponde al porcentaje de pacientes con MM que no están afectados en el ámbito emocional / psicológico⁵⁰. Por otro lado, en algunos retornos se indica qué porcentaje del impacto se debería a otras intervenciones, así como a cuáles correspondería (Tabla 64).

TABLA 64. IMPACTO DE LA PROPUESTA 8. VALORACIÓN Y SEGUIMIENTO DE LA ADHERENCIA FARMACOLÓGICA.

Retornos	Peso muerto	Atribución	
		%	Retornos que comparten impacto
Retorno 8.1. Se reduciría el gasto en medicamentos sin receta médica en los pacientes con MM prevalentes.	50,00%	0,00%	No aplica
Retorno 8.2. Se reduciría el dolor o el malestar de los pacientes con MM prevalentes, mejorando el seguimiento del tratamiento por parte de enfermería.	4,00%	40,00%	5.1, 6.2 y 8.2
Retorno 8.3. Se mejoraría el estado emocional de los pacientes con MM prevalentes, gracias a un seguimiento personalizado por parte de enfermería.	8,33%	70,00%	8.3 y 9.2
Retorno 8.4. Se producirían pérdidas de productividad laboral en los pacientes con MM prevalentes como consecuencia de acudir a la consulta de enfermería.	0,00%	0,00%	No aplica
Retorno 8.5. Se incrementaría la carga de cuidado de los cuidadores por acompañar a los pacientes con MM prevalentes a la consulta de enfermería.	0,00%	0,00%	No aplica

Nota: No procede aplicar ningún ajuste por desplazamiento ni decremento.

A continuación, se exponen los potenciales retornos no cuantificados en el análisis ligados a esta propuesta (Tabla 65).



IMPACTO
 CLÍNICO, ASISTENCIAL ECONÓMICO Y SOCIAL
DEL ABORDAJE IDEAL DEL
MIELOMA MÚLTIPLE
PROYECTO SROI-MM

TABLA 65. RETORNO NO CUANTIFICADO DE LA PROPUESTA 8. VALORACIÓN Y SEGUIMIENTO DE LA ADHERENCIA FARMACOLÓGICA.

Grupos de interés	Impacto	Retorno no cuantificado
Sistema Nacional de Salud	+	Se reducirían las tasas de hospitalización y la duración de las estancias hospitalarias.
Profesionales de enfermería hospitalaria	+	Adquirirían una mejor formación para la valoración y el seguimiento de la adherencia de los pacientes con MM prevalentes.
Profesionales de enfermería hospitalaria	+	Participarían de forma más activa en el seguimiento de los pacientes oncohematológicos.
Otros pacientes oncohematológicos	+	Los pacientes oncohematológicos recibirían mejor valoración y seguimiento de su adherencia por parte de enfermería, dado que estos estarían más especializados tras la formación recibida.



9.4.5 Propuesta 9. Soporte psicológico en todo el proceso de seguimiento y tratamiento de la enfermedad, dirigido tanto a pacientes como a familiares

A continuación, se detalla el alcance de la propuesta 9, así como la estimación de la inversión que sería necesaria para implementarla (Tabla 66 a Tabla 68).

TABLA 66. ALCANCE DE LA PROPUESTA 9. SOPORTE PSICOLÓGICO EN TODO EL PROCESO DE SEGUIMIENTO Y TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD, DIRIGIDO TANTO A PACIENTES COMO A FAMILIARES.

OBJETIVO:	Brindar soporte psicológico a pacientes con MM prevalentes y sus cuidadores informales en todo el proceso de seguimiento y tratamiento de la enfermedad.
GRUPOS DE INTERÉS:	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Sistema Nacional de Salud ❖ Profesionales de psicooncología ❖ Pacientes con MM prevalentes ❖ Cuidadores informales de los pacientes con MM prevalentes
CONTENIDO:	<p>Esta propuesta incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Una consulta anual a psicología para todos los pacientes con MM. ❖ Una media de 4 sesiones adicionales para atender las necesidades emocionales de aquellos pacientes y cuidadores informales que tengan una mayor afectación psicológica.
JUSTIFICACIÓN:	<p><i>Situación actual</i></p> <p>El cáncer genera una serie de alteraciones emocionales que provocan un alto nivel de malestar en el 50% de las personas que lo padecen y se estima que más del 30% de éstas presentan trastornos psicopatológicos, los cuales requieren atención psicológica especializada⁸⁸. Además, los pacientes con cáncer presentan un riesgo 3 veces mayor de desarrollar depresión que el resto de la población⁸⁸, siendo aquellos con depresión quienes desarrollan una notable falta de adherencia al tratamiento oncológico (28%)¹²². Por otro lado, los familiares suelen presentar niveles altos de malestar emocional, y síntomas de ansiedad y depresión que en ocasiones suelen ser mayores a los del propio paciente. De hecho, pueden desarrollar problemas psicológicos, de sueño, de la función inmune y físicos como consecuencia del estrés por la enfermedad¹²⁴.</p> <p>Ofrecer soporte psicológico es una de las necesidades manifestadas por pacientes oncológicos y sus familiares en España⁹⁰ y esta varía en relación al proceso de la enfermedad, de un 52% al momento del diagnóstico a un 66% en fases posteriores⁶⁸. Sin embargo, solamente el 27,7% de los familiares o acompañantes y el 18,5% de los pacientes contactan con algún grupo de apoyo⁹⁰ y más de la mitad no recibe ningún tipo de apoyo (incluyendo el psicológico) durante la enfermedad⁶⁸.</p> <p>Según La Estrategia en Cáncer del SNS se debe proporcionar atención psicológica a pacientes y familiares que lo requieran, así como brindar información sobre la oferta de apoyo psicológico y social disponibles. Sin embargo, al no ser un documento con carácter normativo, su implementación depende de cada una de las CC.AA⁸⁸.</p> <p><i>Situación ideal</i></p> <p>De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Sociedad Internacional de Psicooncología (IPOS) y la Asociación Europea para la Acción contra el Cáncer, el ámbito psicosocial debe estar integrado en el cuidado rutinario del paciente, abordándose en todas las fases de la enfermedad⁸⁸. Además, el soporte psicológico lo deben ejercer profesionales en psicooncología que puedan identificar prevenir y tratar la aparición de cualquier trastorno en el transcurso de la enfermedad con el objetivo de mejorar la adaptación a la enfermedad⁸⁸. Por lo tanto, identificar de manera rutinaria a pacientes en riesgo de afectación psicológica para una pronta atención y soporte es fundamental⁹¹, mediante, por ejemplo, una primera entrevista semiestructurada y un test psicométrico que permita conocer las necesidades actuales del paciente y sus familiares para así poder derivarlos a un proceso terapéutico (grupal o individual), en función a sus necesidades⁹⁷.</p>



IMPACTO
 CLÍNICO, ASISTENCIAL ECONÓMICO Y SOCIAL
DEL ABORDAJE IDEAL DEL
MIELOMA MÚLTIPLE
PROYECTO SROI-MM

Alternativa propuesta

Para alcanzar un soporte psicológico adecuado de los pacientes con MM prevalentes y sus cuidadores informales es necesaria una evaluación anual rutinaria mediante herramientas de cribado. Esta visita servirá de filtro para conocer la idoneidad de incorporar al paciente o familiar a un proceso terapéutico grupal o individual, en función de sus necesidades⁷⁶. Es por ello que esta propuesta contempla una visita a psicología para todos los pacientes con MM prevalentes y una media de cuatro visitas adicionales anuales para aquellos que se ven afectados psicológicamente.

La inversión necesaria para brindar soporte emocional en el seguimiento de los pacientes implica el coste de una visita a psicología para todos los pacientes con MM (acompañados de sus cuidadores informales), así como cuatro visitas adicionales para aquellos que lo necesiten^h. El total de la inversión ascendería a 964.316 € (Tabla 67).

TABLA 67. INVERSIÓN DE LA PROPUESTA 9. SOPORTE PSICOLÓGICO EN TODO EL PROCESO DE SEGUIMIENTO Y TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD, DIRIGIDO TANTO A PACIENTES COMO A FAMILIARES.

Grupos de interés	Descripción de la inversión	Inversión (euros)
Sistema Nacional de Salud	Recursos económicos.	0 €
Profesionales de psicooncología	Tiempo de trabajo.	964.316 €
Pacientes con MM prevalentes	Tiempo personal.	0 €
Cuidadores informales de los pacientes con MM prevalentes	Tiempo personal.	0 €
INVERSIÓN TOTAL		964.316 €

Dado que el análisis es a un año, a continuación se indica cuál sería la inversión futura para esta propuesta en caso de ampliar el horizonte del análisis (Tabla 68).

TABLA 68. INVERSIÓN FUTURA DE LA PROPUESTA 9. SOPORTE PSICOLÓGICO EN TODO EL PROCESO DE SEGUIMIENTO Y TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD, DIRIGIDO TANTO A PACIENTES COMO A FAMILIARES.

INVERSIÓN en años sucesivos	Con carácter anual, sería necesaria la inversión en las mismas visitas a psicología como consecuencia del soporte psicológico necesario durante el tratamiento.
------------------------------------	---

De la Tabla 69 a la Tabla 72 se muestra el alcance del retorno y el cálculo e impacto para esta propuesta.

^hLa inversión que realiza el SNS se recoge en el apartado relativo a los profesionales de psicooncología.



IMPACTO
CLÍNICO, ASISTENCIAL ECONÓMICO Y SOCIAL
**DEL ABORDAJE IDEAL DEL
MIELOMA MÚLTIPLE**
PROYECTO SROI-MM

TABLA 69. ALCANCE DEL RETORNO DE LA PROPUESTA 9. SOPORTE PSICOLÓGICO EN TODO EL PROCESO DE SEGUIMIENTO Y TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD, DIRIGIDO TANTO A PACIENTES COMO A FAMILIARES.

Grupos de interés	¿Qué recursos invertirían?	RETORNOS: ¿Cuál sería el impacto?	
Sistema Nacional de Salud	Recursos humanos.	+	<ul style="list-style-type: none"> Se reducirían los costes sanitarios asociados a la depresión de los pacientes con MM prevalentes⁹².
Profesionales de psicooncología	Tiempo de trabajo.	+	<ul style="list-style-type: none"> Trabajarían de forma más eficiente, llevando un control más estrecho de los pacientes.
Pacientes con MM prevalentes	Tiempo personal.	+	<ul style="list-style-type: none"> Se mejoraría el estado emocional de los pacientes con MM prevalentes, gracias al soporte psicológico (reducción de ansiedad y/o depresión)⁶⁸.
Pacientes con MM prevalentes	Tiempo personal.	-	<ul style="list-style-type: none"> Se producirían pérdidas de productividad laboral en los pacientes con MM prevalentes como consecuencia de acudir a las visitas de psicología.
Cuidadores informales de los pacientes con MM prevalentes	Tiempo personal.	+	<ul style="list-style-type: none"> Se mejoraría el estado emocional de los cuidadores informales de los pacientes con MM prevalentes gracias al apoyo psicológico durante la enfermedad⁶⁸.
Cuidadores informales de los pacientes con MM prevalentes	Tiempo personal.	-	<ul style="list-style-type: none"> Se incrementaría la carga de cuidado de los cuidadores informales de pacientes con MM prevalentes por acompañarlos a las visitas de psicología.

El soporte psicológico en todo el proceso de seguimiento y tratamiento de la enfermedad contribuiría a reducir los costes sanitarios que van asociados a la depresión en pacientes con MM prevalentes, así como a mejorar su estado emocional y el de sus familiares. El retorno total ascendería a 527.232 € (Tabla 70).

TABLA 70. RETORNO CUANTIFICADO DE LA PROPUESTA 9. SOPORTE PSICOLÓGICO EN TODO EL PROCESO DE SEGUIMIENTO Y TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD, DIRIGIDO TANTO A PACIENTES COMO A FAMILIARES.

Grupos de interés	Descripción del retorno	Retorno (euros)
Sistema Nacional de Salud	Retorno 9.1. Se reducirían los costes sanitarios asociados a la depresión de los pacientes con MM prevalentes.	168.517 €
Pacientes con MM prevalentes	Retorno 9.2. Se mejoraría el estado emocional de los pacientes con MM prevalentes, gracias al soporte psicológico (reducción de ansiedad y/o depresión).	478.503 €
Pacientes con MM prevalentes	Retorno 9.3. Se producirían pérdidas de productividad laboral en los pacientes con MM prevalentes como consecuencia de acudir a las visitas de psicología.	-122.491 €



IMPACTO
CLÍNICO, ASISTENCIAL ECONÓMICO Y SOCIAL
DEL ABORDAJE IDEAL DEL
MIELOMA MÚLTIPLE
PROYECTO SROI-MM

Grupos de interés	Descripción del retorno	Retorno (euros)
Cuidadores informales de los pacientes con MM prevalentes	Retorno 9.4. Se mejoraría el estado emocional de los cuidadores informales de los pacientes con MM prevalentes gracias al apoyo psicológico durante la enfermedad.	89.442 €
Cuidadores informales de los pacientes con MM prevalentes	Retorno 9.5. Se incrementaría la carga de cuidado de los cuidadores informales de pacientes con MM prevalentes por acompañarlos a las visitas de psicología.	-86.739 €
RETORNO TOTAL		527.232 €

El retorno 9.1 incluye un peso muerto (83,1%) que corresponde al porcentaje de pacientes con MM prevalentes que no desarrollarían depresión durante la enfermedad⁹³. Los retornos 9.2 y 9.4 incluyen un peso muerto del 34% que representa el porcentaje de pacientes que no necesitarían ningún apoyo psicológico durante la enfermedad⁶⁸. Por otro lado, en el retorno 9.2 se indica qué porcentaje del impacto se debería a otras intervenciones, así como a cuáles correspondería (Tabla 71).

TABLA 71. IMPACTO DE LA PROPUESTA 9. SOPORTE PSICOLÓGICO EN TODO EL PROCESO DE SEGUIMIENTO Y TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD, DIRIGIDO TANTO A PACIENTES COMO A FAMILIARES.

Retornos	Peso muerto	Atribución	
		%	Retornos que comparten impacto
Retorno 9.1. Se reducirían los costes sanitarios asociados a la depresión de los pacientes con MM prevalentes.	83,10%	0,00%	No aplica
Retorno 9.2. Se mejoraría el estado emocional de los pacientes con MM prevalentes, gracias al soporte psicológico (reducción de ansiedad y/o depresión).	34,00%	30,00%	8.3 y 9.2
Retorno 9.3. Se producirían pérdidas de productividad laboral en los pacientes con MM prevalentes como consecuencia de acudir a las visitas de psicología.	0,00%	0,00%	No aplica
Retorno 9.4. Se mejoraría el estado emocional de los cuidadores informales de los pacientes con MM prevalentes gracias al apoyo psicológico durante la enfermedad.	34,00%	0,00%	No aplica
Retorno 9.5. Se incrementaría la carga de cuidado de los cuidadores informales de pacientes con MM prevalentes por acompañarlos a las visitas de psicología.	0,00%	0,00%	No aplica

Nota: No procede aplicar ningún ajuste por desplazamiento ni decremento.

A continuación, se exponen los potenciales retornos no cuantificados en el análisis ligados a esta propuesta (Tabla 72).



— IMPACTO —
CLÍNICO, ASISTENCIAL ECONÓMICO Y SOCIAL
DEL ABORDAJE IDEAL DEL
MIELOMA MÚLTIPLE
PROYECTO SROI-MM

TABLA 72. RETORNO NO CUANTIFICADO DE LA PROPUESTA 9. SOPORTE PSICOLÓGICO EN TODO EL PROCESO DE SEGUIMIENTO Y TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD, DIRIGIDO TANTO A PACIENTES COMO A FAMILIARES.

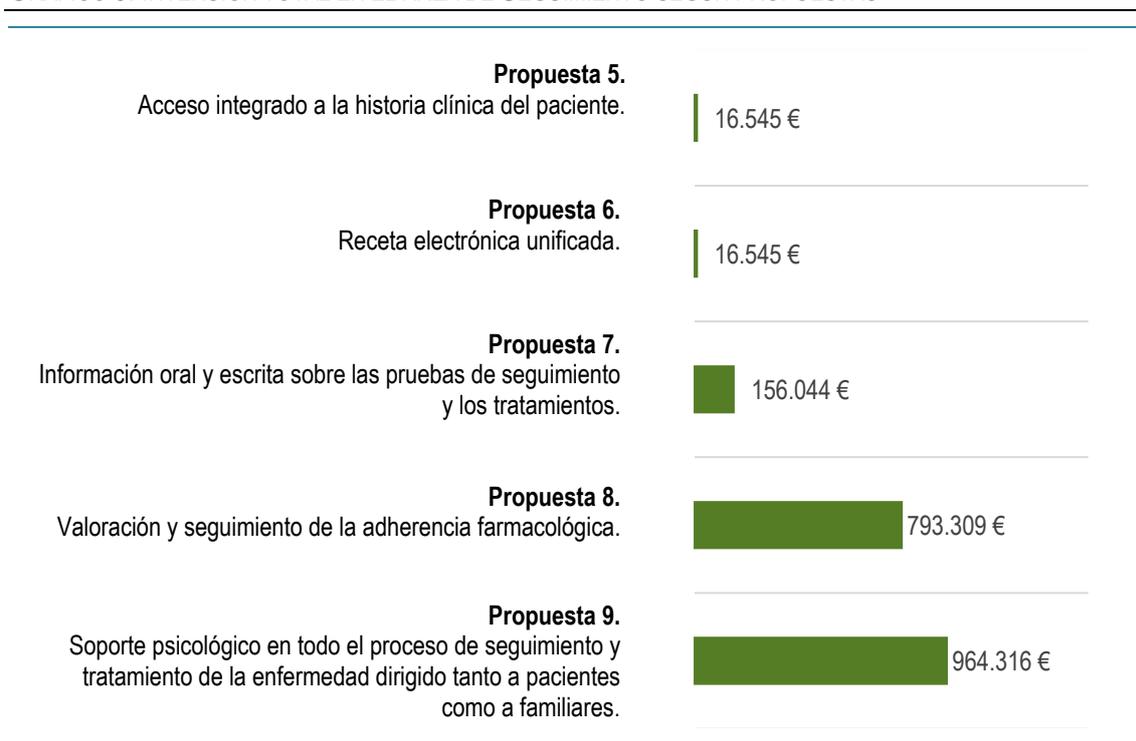
Grupos de interés	Impacto	Retorno no cuantificado
Profesionales de psicooncología	+	Trabajarían de forma más eficiente, llevando un control más estrecho de los pacientes.



9.4.6 Resumen de la inversión y del retorno en el área de Seguimiento

La inversión total en el área de Seguimiento ascendería a **1.946.759 €**. La mayor partida correspondería al soporte psicológico en todo el proceso de seguimiento y tratamiento de la enfermedad (49,5%) y a la valoración y seguimiento de la adherencia farmacológica (40,8%). A continuación, la propuesta relativa a crear y difundir información escrita sobre las pruebas de seguimiento y los tratamientos asumiría el 8% de la inversión. Por último, las propuestas de acceso integrado a la historia clínica del paciente y la receta electrónica unificada tendrían un 0,9% cada una (Gráfico 3).

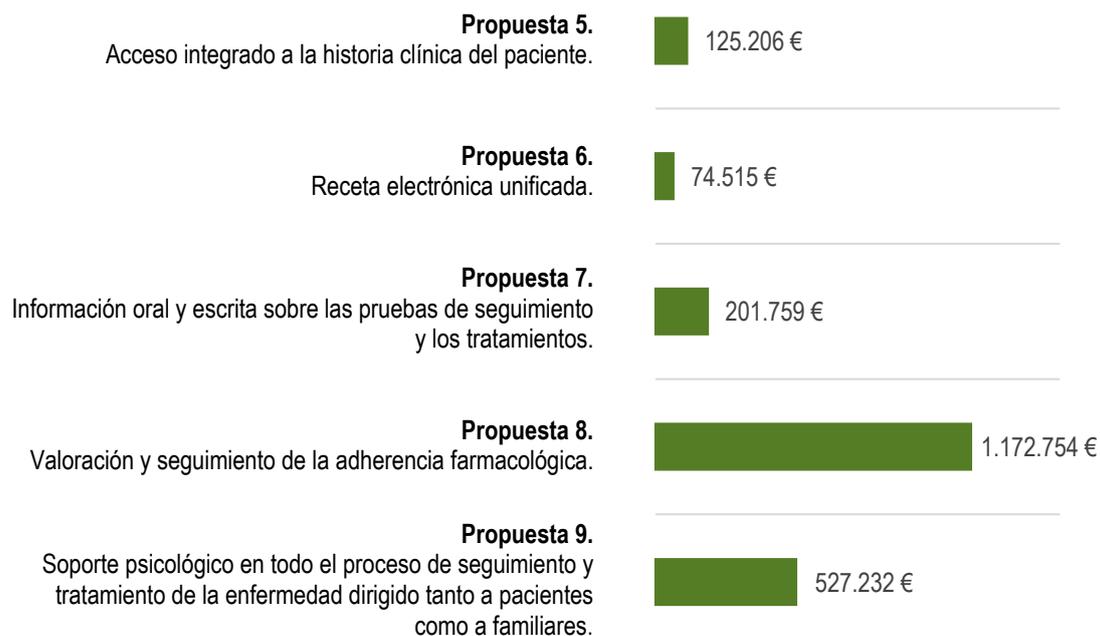
GRÁFICO 3. INVERSIÓN TOTAL EN EL ÁREA DE SEGUIMIENTO SEGÚN PROPUESTAS



IMPACTO
CLÍNICO, ASISTENCIAL ECONÓMICO Y SOCIAL
DEL ABORDAJE IDEAL DEL
MIELOMA MÚLTIPLE
PROYECTO SROI-MM

El retorno social en el área de Seguimiento ascendería a 2.101.466 €. La valoración y seguimiento de la adherencia, y el soporte psicológico en todo el proceso de seguimiento y tratamiento de la enfermedad son las propuestas que tendrían mayor retorno (55,8% y 25,1% respectivamente), aunque el resto de propuestas generarían también un retorno positivo (Gráfico 4).

GRÁFICO 4. RETORNO SOCIAL TOTAL EN EL ÁREA DE SEGUIMIENTO SEGÚN PROPUESTAS.



9.5 Propuestas del área de Urgencias, hospitalización y trasplante

9.5.1 Propuesta 10. Uso de mascarilla del paciente en el hospital y en los traslados

A continuación, se detalla el alcance de la propuesta 10, así como la estimación de la inversión que sería necesaria para implementarla (Tabla 73 a Tabla 75).

TABLA 73. ALCANCE DE LA PROPUESTA 10: USO DE MASCARILLA DEL PACIENTE EN EL HOSPITAL Y EN LOS TRASLADOS.

OBJETIVO:	Reducir el riesgo de infecciones en los pacientes con MM prevalentes.
GRUPOS DE INTERÉS:	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Sistema Nacional de Salud ❖ Profesionales sanitarios vinculados al MM ❖ Pacientes con MM prevalentes ❖ Cuidadores informales de los pacientes con MM prevalentes
CONTENIDO:	<p>Esta propuesta incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ La difusión informativa sobre el uso correcto de las mascarillas, mediante la colocación de carteles en las salas de espera de los centros hospitalarios. ❖ La entrega de mascarillas de un solo uso a pacientes con MM prevalentes por parte del personal sanitario.
JUSTIFICACIÓN:	<p><i>Situación actual</i></p> <p>El MM está relacionado con la inmunodeficiencia debida a la propia enfermedad y a su tratamiento, generando que los pacientes con MM muestren una respuesta inmune baja a las infecciones, la cual los pone en un mayor riesgo de contraerlas, especialmente en aquellos con una edad avanzada^{6,125}. De hecho, las infecciones son una causa importante de morbilidad y la primera causa de mortalidad en pacientes con MM¹²⁵. Además, los pacientes con MM tienen un riesgo 7,1 veces mayor de contraer una infección en general durante la enfermedad y 11,5 veces mayor durante el primer año⁶.</p> <p>Actualmente en España no existe una Guía de Práctica Clínica para el paciente con MM que recomiende el uso de la mascarilla por parte de los pacientes y cuidadores durante los traslados y visitas médicas, aunque sí existen guías preventivas de infecciones nosocomiales que recomiendan su uso tanto para el personal sanitario, como para los pacientes en general, especialmente en aquellos inmunodeprimidos¹²⁶⁻¹²⁸.</p> <p><i>Situación ideal</i></p> <p>Se recomienda el uso universal de la mascarilla en los pacientes con MM a lo largo de todo el año, además de las recomendaciones habituales, con el objetivo de ir más allá de los actuales e insuficientes procedimientos estándares y disminuir la proliferación de infecciones virales y prevenir el contagio ya que algunas infecciones pueden ser asintomáticas¹²⁹.</p> <p>Diferentes estudios han demostrado que el uso de la mascarilla en hospitales y entornos comunitarios por parte de pacientes, personal sanitario y cuidadores informales puede reducir el riesgo de contraer enfermedades virales en las personas, sobre todo en pacientes oncológicos y especialmente en aquellos con trasplante de células madre¹²⁹⁻¹³¹.</p> <p><i>Alternativa propuesta</i></p> <p>Para lograr una reducción en el riesgo de infección en los pacientes con MM, esta propuesta contempla la recomendación de usar la mascarilla tanto en hospitales como en traslados, por parte de los pacientes con MM.</p>

La inversión necesaria para poner en marcha la estrategia de prevención de infecciones en pacientes con MM prevalentes implicaría el coste de 1.072 carteles informativos en total, distribuidos en todos los hospitales con servicio de hematología del SNS, así como la entrega de



IMPACTO
CLÍNICO, ASISTENCIAL ECONÓMICO Y SOCIAL
**DEL ABORDAJE IDEAL DEL
MIELOMA MÚLTIPLE**
PROYECTO SROI-MM

mascarillas de un solo uso para un año para el paciente. El total de la inversión ascendería a 19.857 € (Tabla 74).

TABLA 74. INVERSIÓN DE LA PROPUESTA 10: USO DE MASCARILLA DEL PACIENTE EN EL HOSPITAL Y EN LOS TRASLADOS.

Grupos de interés	Descripción de la inversión	Inversión (euros)
Sistema Nacional de Salud	Recursos económicos.	16.472 €
Sistema Nacional de Salud	Recursos económicos.	3.385 €
Profesionales sanitarios vinculados al MM	Tiempo de trabajo.	0 €
Pacientes con MM prevalentes	No realizarían ninguna inversión.	0 €
Cuidadores informales de los pacientes con MM prevalentes	No realizarían ninguna inversión.	0 €
INVERSIÓN TOTAL		19.857 €

Dado que el análisis es a un año, a continuación se indica cuál sería la inversión futura para esta propuesta en caso de ampliar el horizonte del análisis (Tabla 75).

TABLA 75. INVERSIÓN FUTURA DE LA PROPUESTA 10: USO DE MASCARILLA DEL PACIENTE EN EL HOSPITAL Y EN LOS TRASLADOS.

INVERSIÓN en años sucesivos	Con carácter anual, sería necesaria la inversión en entrega de mascarillas de uso único para un año. La renovación de los carteles informativos podría llevarse a cabo con una periodicidad mayor.
------------------------------------	--

De la Tabla 76 a la Tabla 79 se muestra el alcance del retorno y el cálculo e impacto para esta propuesta.

TABLA 76. ALCANCE DEL RETORNO DE LA PROPUESTA 10: USO DE MASCARILLA DEL PACIENTE EN EL HOSPITAL Y EN LOS TRASLADOS.

Grupos de interés	¿Qué recursos invertirían?	RETORNOS: ¿Cuál sería el impacto?
Sistema Nacional de Salud	Recursos económicos.	+ <ul style="list-style-type: none"> Se reducirían los costes sanitarios asociados a las infecciones^{129,132}.
Profesionales sanitarios vinculados al MM	Tiempo de trabajo.	+ <ul style="list-style-type: none"> Se mejoraría la satisfacción de los profesionales sanitarios vinculados al MM al tener un mayor control de los pacientes.
Pacientes con MM prevalentes	No realizarían ninguna inversión.	+ <ul style="list-style-type: none"> Se mejoraría el estado emocional de los pacientes con MM prevalentes al tener un mayor control sobre su estado de salud⁸⁷.
Pacientes con MM prevalentes	No realizarían ninguna inversión.	+ <ul style="list-style-type: none"> Se reducirían las pérdidas de productividad laboral en los pacientes con MM prevalentes que trabajan gracias a la prevención de infecciones^{28,129}.
Cuidadores informales de los pacientes con MM prevalentes	No realizarían ninguna inversión.	+ <ul style="list-style-type: none"> Se reduciría la carga adicional de los cuidadores informales de los pacientes con MM prevalentes gracias a la prevención de infecciones^{28,129}.



IMPACTO
CLÍNICO, ASISTENCIAL ECONÓMICO Y SOCIAL
**DEL ABORDAJE IDEAL DEL
MIELOMA MÚLTIPLE**
PROYECTO SROI-MM

Fomentar el uso de la mascarilla de un solo uso en las visitas a hospital y durante los traslados ayudaría a mejorar el control de los pacientes con MM prevalentes, reduciendo los costes sanitarios (consultas e ingresos hospitalarios) debidos a infecciones. El retorno total ascendería a 334.597 € (Tabla 77).

TABLA 77. RETORNO CUANTIFICADO DE LA PROPUESTA 10: USO DE MASCARILLA DEL PACIENTE EN EL HOSPITAL Y EN LOS TRASLADOS.

Grupos de interés	Descripción del retorno	Retorno (euros)
Sistema Nacional de Salud	Retorno 10.1. Se reducirían los costes sanitarios asociados a las infecciones.	253.185 €
Pacientes con MM prevalentes	Retorno 10.2. Se mejoraría el estado emocional de los pacientes con MM prevalentes al tener un mayor control sobre su estado de salud.	41.738 €
Pacientes con MM prevalentes	Retorno 10.3. Se reducirían las pérdidas de productividad laboral en los pacientes con MM prevalentes que trabajan gracias a la prevención de infecciones.	35.193 €
Cuidadores informales de los pacientes con MM prevalentes	Retorno 10.4. Se reduciría la carga adicional de los cuidadores informales de los pacientes con MM prevalentes gracias a la prevención de infecciones.	4.481 €
RETORNO TOTAL		334.597 €

Todos los retornos de esta propuesta comparten el mismo peso muerto (50%) que equivale a el porcentaje de pacientes con MM prevalentes que ya utilizan la mascarilla (asunción). Por otro lado, en algunos retornos se indica qué porcentaje del impacto se debería a otras intervenciones, así como a cuáles correspondería (Tabla 78).

TABLA 78. IMPACTO DE LA PROPUESTA 10: USO DE MASCARILLA DEL PACIENTE EN EL HOSPITAL Y EN LOS TRASLADOS.

Retornos	Peso muerto	Atribución	
		%	Retornos que comparten impacto
Retorno 10.1. Se reducirían los costes sanitarios asociados a las infecciones.	50,00%	50,00%	10.1 y 11.1
Retorno 10.2. Se mejoraría el estado emocional de los pacientes con MM prevalentes al tener un mayor control sobre su estado de salud.	50,00%	90,00%	10.2, 11.3 y 12.1
Retorno 10.3. Se reducirían las pérdidas de productividad laboral en los pacientes con MM prevalentes que trabajan gracias a la prevención de infecciones.	50,00%	0,00%	No aplica
Retorno 10.4. Se reduciría la carga adicional de los cuidadores informales de los pacientes con MM prevalentes gracias a la prevención de infecciones.	50,00%	0,00%	No aplica

Nota: No procede aplicar ningún ajuste por desplazamiento ni decremento.



IMPACTO
CLÍNICO, ASISTENCIAL ECONÓMICO Y SOCIAL
**DEL ABORDAJE IDEAL DEL
MIELOMA MÚLTIPLE**
PROYECTO SROI-MM

A continuación, se exponen los potenciales retornos no cuantificados en el análisis ligados a esta propuesta (Tabla 79).

TABLA 79. RETORNO NO CUANTIFICADO DE LA PROPUESTA 10: USO DE MASCARILLA DEL PACIENTE EN EL HOSPITAL Y EN LOS TRASLADOS.

Grupos de interés	Impacto	Retorno no cuantificado
Profesionales sanitarios vinculados al MM	+	Se mejoraría la satisfacción de los profesionales sanitarios vinculados al MM al tener un mayor control de los pacientes.



9.5.2 Propuesta 11. Circuito de urgencia diferenciado para pacientes onco-hematológicos inmunodeprimidos

A continuación, se detalla el alcance de la propuesta 11, así como la estimación de la inversión que sería necesaria para implementarla (Tabla 80 a Tabla 82).

TABLA 80. ALCANCE DE LA PROPUESTA 11: CIRCUITO DE URGENCIA DIFERENCIADO PARA PACIENTES ONCO-HEMATOLÓGICOS INMUNODEPRIMIDOS.

OBJETIVO:	Reducir el riesgo de infecciones en pacientes con MM prevalentes mediante la generación de un circuito diferenciado para pacientes inmunodeprimidos.
GRUPOS DE INTERÉS:	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Sistema Nacional de Salud ❖ Profesionales sanitarios vinculados al servicio de urgencias ❖ Pacientes con MM prevalentes ❖ Cuidadores informales de los pacientes con MM prevalentes ❖ Otros pacientes inmunodeprimidos
CONTENIDO:	Esta propuesta incluye el coste de la adaptación de salas de espera de urgencias diferenciadas para pacientes inmunodeprimidos en aquellos hospitales con servicio de hematología que aún no disponen de ellas.
JUSTIFICACIÓN:	<p><i>Situación actual</i></p> <p>Actualmente siguen existiendo riesgos de contraer una infección dentro de la unidad de urgencias que pueden acarrear consecuencias substanciales, especialmente para pacientes inmunodeprimidos^{133,134}. Las infecciones nosocomiales son un riesgo de salud pública, contribuyen significativamente a la mortalidad y morbilidad de los pacientes y son costosas para el sistema de salud, pero pueden evitarse^{135,136}. Una de las sugerencias que se hace para evitar infecciones nosocomiales, además de la práctica común de higiene¹³⁵, es la generación de áreas de urgencias aisladas, aunque son pocos los hospitales que las poseen¹³⁷. Actualmente en algunas CC.AA. se están reformando áreas de urgencias haciendo hincapié en la creación de espacios aislados para pacientes con determinadas características, entre los que se incluye el aislamiento de pacientes inmunodeprimidos¹³⁸.</p> <p><i>Situación ideal</i></p> <p>Un adecuado manejo y prevención de las infecciones en los pacientes oncohematológicos es un aspecto fundamental de su tratamiento de soporte¹³⁹. Por ello, es importante que, en cada visita a urgencias, los pacientes inmunodeprimidos cuenten con un circuito diferenciado que reduzca el contacto con otras personas enfermas. La OMS, en su "Guía Práctica para la Prevención de Infecciones Nosocomiales" hace hincapié en la vulnerabilidad de los pacientes crónicos, entre ellos los oncológicos, y en la necesidad de limitar su exposición a infecciones así como la separación espacial adecuada¹²⁸. Otras guías internacionales sugieren que en los servicios de urgencias de cada hospital debería existir al menos una habitación de aislamiento para proteger a los pacientes inmunodeprimidos en sus visitas^{140,141}. La prevención de infecciones nosocomiales no sólo podría reducir el riesgo de contraerlas sino también reducir el coste asociado a ellas¹³².</p> <p><i>Alternativa propuesta</i></p> <p>La generación de un circuito diferenciado en urgencias para pacientes hematológicos inmunodeprimidos mediante la creación de boxes aislados en los servicios de urgencias evitaría que el paciente con MM recorriera áreas comunes y tuviera contacto con otros pacientes reduciendo riesgo de contraer una infección nosocomial¹⁴⁰.</p>

La inversión necesaria para generar un circuito diferenciado en urgencias para pacientes con MM prevalentes implicaría el coste de una nueva área (box aislado) exclusivamente para pacientes inmunodeprimidos, que además podría ser utilizada no únicamente por pacientes onco-hematológicos, sino por todo aquel en un estado de inmunosupresión. El total de la inversión ascendería a 1.412.625 € (Tabla 81).



IMPACTO
CLÍNICO, ASISTENCIAL ECONÓMICO Y SOCIAL
**DEL ABORDAJE IDEAL DEL
MIELOMA MÚLTIPLE**
PROYECTO SROI-MM

TABLA 81. INVERSIÓN DE LA PROPUESTA 11: CIRCUITO DE URGENCIA DIFERENCIADO PARA PACIENTES ONCO-HEMATOLÓGICOS INMUNODEPRIMIDOS.

Grupos de interés	Descripción de la inversión	Inversión (euros)
Sistema Nacional de Salud	Recursos económicos.	1.412.625 €
Profesionales sanitarios vinculados al servicio de urgencias	Tiempo de trabajo	0 €
Pacientes con MM prevalentes	No realizarían ninguna inversión.	0 €
Cuidadores informales de los pacientes con MM prevalentes	No realizarían ninguna inversión.	0 €
Otros pacientes inmunodeprimidos	No realizarían ninguna inversión.	0 €
INVERSIÓN TOTALⁱ		1.412.625 €

Dado que el análisis es a un año, a continuación se indica cuál sería la inversión futura para esta propuesta en caso de ampliar el horizonte del análisis (Tabla 82).

TABLA 82. INVERSIÓN FUTURA DE LA PROPUESTA 11: CIRCUITO DE URGENCIA DIFERENCIADO PARA PACIENTES ONCO-HEMATOLÓGICOS INMUNODEPRIMIDOS.

INVERSIÓN en años sucesivos	Con carácter anual solamente sería necesaria una inversión en el mantenimiento de dichos espacios.
------------------------------------	--

De la Tabla 83 a la Tabla 85 se muestra el alcance del retorno y el cálculo e impacto para esta propuesta.

TABLA 83. ALCANCE DEL RETORNO DE LA PROPUESTA 11: CIRCUITO DE URGENCIA DIFERENCIADO PARA PACIENTES ONCO-HEMATOLÓGICOS INMUNODEPRIMIDOS.

Grupos de interés	¿Qué recursos invertirían?	RETORNOS: ¿Cuál sería el impacto?	
Sistema Nacional de Salud	Recursos económicos.	+	<ul style="list-style-type: none"> Se reducirían los costes sanitarios asociados a las infecciones nosocomiales producidas durante las visitas a urgencias¹³².
Profesionales sanitarios vinculados al servicio de urgencias	Tiempo de trabajo.	+	<ul style="list-style-type: none"> Se mejoraría la satisfacción los profesionales vinculados al servicio de urgencias al tener un mayor control de los pacientes.
Pacientes con MM prevalentes	No realizarían ninguna inversión.	+	<ul style="list-style-type: none"> Se reduciría el dolor y el malestar de los pacientes con MM prevalentes al evitar el contacto directo con otros pacientes en urgencias¹⁴⁰.

ⁱ La inversión contemplada para esta propuesta tiene en cuenta todos los hospitales del SNS que no disponen de un área diferenciada en el servicio de urgencias. Sin embargo, siguiendo la perspectiva conservadora del análisis, el retorno social cuantificado corresponde únicamente a los pacientes con MM, por lo que el retorno podría llegar a ser superior.



IMPACTO
CLÍNICO, ASISTENCIAL ECONÓMICO Y SOCIAL
DEL ABORDAJE IDEAL DEL
MIELOMA MÚLTIPLE
PROYECTO SROI-MM

Grupos de interés	¿Qué recursos invertirían?	RETORNOS: ¿Cuál sería el impacto?	
Pacientes con MM prevalentes	No realizarían ninguna inversión.	+	<ul style="list-style-type: none"> Se reduciría la ansiedad de los pacientes con MM prevalentes al evitar el contacto directo con otros pacientes en urgencias⁸⁷.
Pacientes con MM prevalentes	No realizarían ninguna inversión.	+	<ul style="list-style-type: none"> Se reducirían las pérdidas de productividad laboral en los pacientes con MM prevalentes que trabajan gracias a la prevención de infecciones²⁸.
Pacientes con MM prevalentes	No realizarían ninguna inversión.	+	<ul style="list-style-type: none"> Se mejoraría la satisfacción de los pacientes con MM prevalentes respecto al SNS en relación al servicio de urgencias.
Cuidadores informales de los pacientes con MM prevalentes	No realizarían ninguna inversión.	+	<ul style="list-style-type: none"> Se reduciría la carga adicional de los cuidadores informales de los pacientes con MM prevalentes gracias a la prevención de infecciones²⁸.
Cuidadores informales de los pacientes con MM prevalentes	No realizarían ninguna inversión.	+	<ul style="list-style-type: none"> Se mejoraría la satisfacción de los pacientes con MM prevalentes respecto al SNS en relación al servicio de urgencias.
Otros pacientes inmunodeprimidos	No realizarían ninguna inversión.	+	<ul style="list-style-type: none"> Se reduciría el riesgo de que tengan infecciones.

La generación de un circuito diferenciado en urgencias para pacientes oncohematológicos inmunodeprimidos ayudaría a mejorar el control de los pacientes con MM prevalentes, reduciendo los costes sanitarios (consultas e ingresos hospitalarios) asociados a infecciones nosocomiales. El retorno total ascendería a 2.239.061 € (Tabla 84).

TABLA 84. RETORNO CUANTIFICADO DE LA PROPUESTA 11: CIRCUITO DE URGENCIA DIFERENCIADO PARA PACIENTES ONCO-HEMATOLÓGICOS INMUNODEPRIMIDOS.

Grupos de interés	Descripción del retorno	Retorno (euros)
Sistema Nacional de Salud	Retorno 11.1. Se reducirían los costes sanitarios asociados a las infecciones nosocomiales producidas durante las visitas a urgencias.	94.110 €
Pacientes con MM prevalentes	Retorno 11.2. Se reduciría el dolor y el malestar de los pacientes con MM prevalentes al evitar el contacto directo con otros pacientes en urgencias.	852.235 €
Pacientes con MM prevalentes	Retorno 11.3. Se reduciría la ansiedad de los pacientes con MM prevalentes al evitar el contacto directo con otros pacientes en urgencias.	383.506 €
Pacientes con MM prevalentes	Retorno 11.4. Se reducirían las pérdidas de productividad laboral en los pacientes con MM prevalentes que trabajan gracias a la prevención de infecciones.	13.081 €
Pacientes con MM prevalentes	Retorno 11.5. Se mejoraría la satisfacción de los pacientes con MM prevalentes respecto al SNS en relación al servicio de urgencias.	426.118 €



IMPACTO
CLÍNICO, ASISTENCIAL ECONÓMICO Y SOCIAL
DEL ABORDAJE IDEAL DEL
MIELOMA MÚLTIPLE
PROYECTO SROI-MM

Grupos de interés	Descripción del retorno	Retorno (euros)
Cuidadores informales de los pacientes con MM prevalentes	Retorno 11.6. Se reduciría la carga adicional de los cuidadores informales de los pacientes con MM prevalentes gracias a la prevención de infecciones.	1.666 €
Cuidadores informales de los pacientes con MM prevalentes	Retorno 11.7. Se mejoraría la satisfacción y el ámbito emocional de los cuidadores de los pacientes con MM prevalentes al tener un circuito diferenciado en urgencias.	468.346 €
RETORNO TOTAL		2.239.061 €

Todos los retornos de esta propuesta comparten el mismo peso muerto (50%) que equivale a el porcentaje de hospitales con servicio de hematología con circuito de urgencias diferenciado (asunción). Por otro lado, en algunos retornos se indica qué porcentaje del impacto se debería a otras intervenciones, así como a cuáles correspondería (Tabla 85).

TABLA 85. IMPACTO DE LA PROPUESTA 11: CIRCUITO DE URGENCIA DIFERENCIADO PARA PACIENTES ONCO-HEMATOLÓGICOS INMUNODEPRIMIDOS.

Retornos	Peso muerto	Atribución	
		%	Retornos que comparten impacto
Retorno 11.1. Se reducirían los costes sanitarios asociados a las infecciones nosocomiales producidas durante las visitas a urgencias.	50,00%	50,00%	10.1 y 11.1
Retorno 11.2. Se reduciría el dolor y el malestar de los pacientes con MM prevalentes al evitar el contacto directo con otros pacientes en urgencias.	50,00%	0,00%	No aplica
Retorno 11.3. Se reduciría la ansiedad de los pacientes con MM prevalentes al evitar el contacto directo con otros pacientes en urgencias.	50,00%	55,00%	10.2, 11.3 y 12.1
Retorno 11.4. Se reducirían las pérdidas de productividad laboral en los pacientes con MM prevalentes que trabajan gracias a la prevención de infecciones.	50,00%	0,00%	No aplica
Retorno 11.5. Se mejoraría la satisfacción de los pacientes con MM prevalentes respecto al SNS en relación al servicio de urgencias.	50,00%	50,00%	11.5 y 12.2
Retorno 11.6. Se reduciría la carga adicional de los cuidadores informales de los pacientes con MM prevalentes gracias a la prevención de infecciones.	50,00%	0,00%	No aplica
Retorno 11.7. Se mejoraría la satisfacción y el ámbito emocional de los cuidadores de los pacientes con MM prevalentes al tener un circuito diferenciado en urgencias.	50,00%	0,00%	No aplica

Nota: No procede aplicar ningún ajuste por desplazamiento ni decremento.

A continuación, se exponen los potenciales retornos no cuantificados en el análisis ligados a esta propuesta (Tabla 86).



IMPACTO
 CLÍNICO, ASISTENCIAL ECONÓMICO Y SOCIAL
DEL ABORDAJE IDEAL DEL
MIELOMA MÚLTIPLE
PROYECTO SROI-MM

TABLA 86. RETORNO NO CUANTIFICADO DE LA PROPUESTA 11: CIRCUITO DE URGENCIA DIFERENCIADO PARA PACIENTES ONCO-HEMATOLÓGICOS INMUNODEPRIMIDOS.

Grupos de interés	Impacto	Retorno no cuantificado
Profesionales sanitarios vinculados al servicio de urgencias	+	Se mejoraría la satisfacción los profesionales vinculados al servicio de urgencias al tener un mayor control de los pacientes.
Otros pacientes inmunodeprimidos	+	Reducirían el riesgo de infecciones.



9.5.3 Propuesta 12. Mejora de la estancia hospitalaria en caso de ingresos largos, tanto para pacientes como familiares

A continuación, se detalla el alcance de la propuesta 12, así como la estimación de la inversión que sería necesaria para implementarla (Tabla 87 a Tabla 89).

TABLA 87. ALCANCE DE LA PROPUESTA 12: MEJORA DE LA ASISTENCIA HOSPITALARIA EN CASO DE INGRESOS LARGOS, TANTO PARA PACIENTES COMO FAMILIARES.

OBJETIVO:	Mejorar la estancia hospitalaria en ingresos largos para los pacientes con MM sometidos a trasplante, así como la confortabilidad de sus familiares durante la misma.
GRUPOS DE INTERÉS:	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Sistema Nacional de Salud ❖ Pacientes con MM sometidos a trasplante ❖ Familiares de los pacientes con MM sometidos a trasplante
CONTENIDO:	<p>Esta propuesta incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ El alojamiento para familiares desplazados durante las estancias hospitalarias largas. ❖ La mejora de la confortabilidad en habitaciones de aislamiento para pacientes y salas de espera para familiares.
JUSTIFICACIÓN:	<p><i>Situación actual</i></p> <p>Los pacientes con MM sometidos a trasplante pasan una larga estancia en hospital que les mantiene en aislamiento, con actividades restrictivas y un régimen de cuidado muy estructurado. Esta situación puede ser un factor de gran estrés, ansiedad, soledad e incluso puede generar depresión^{142,143}. Para combatir dichos efectos se sugieren soluciones flexibles, como visitas frecuentes de familiares para brindar apoyo emocional, así como mantener contacto con el exterior, mediante nuevas tecnologías o distracción por medios audiovisuales¹⁴². Sin embargo, muchas veces las políticas hospitalarias (como el cobro por acceso a internet por wifi y la televisión) y el desplazamiento a unidades especializadas de cuidados (fuera de su localidad de origen) disminuyen las posibilidades que tiene el paciente para tener contacto externo y con su familia^{76,142}. Aunado a esto, los familiares desplazados tienen que incurrir en un gasto extra de alojamientos de larga estancia. Además, en el propio centro donde se encuentra el paciente, las salas de espera para familiares muchas veces no tienen las comodidades adecuadas⁷⁶.</p> <p><i>Situación ideal</i></p> <p>Existen estudios relacionados con la larga estancia en hospitales y el aislamiento de pacientes que sugieren que se les provea de internet y televisión gratuitos en las habitaciones, así como de tabletas electrónicas para que puedan comunicarse de manera activa con el exterior^{76,144-146}. Además de esto, mejorar la estancia hospitalaria es una de las necesidades primordiales para pacientes y familiares. Por un lado, los pacientes hacen énfasis en la comodidad de la habitación, como por ejemplo tener una nevera dentro⁷⁶. Por otro lado, los familiares señalan que la proximidad a los pacientes es importante, y tanto ellos como los profesionales sanitarios hacen hincapié en la importancia de disponer de salas de espera cómodas para los familiares que en ocasiones pasan gran parte de su día en ellas^{147,148}.</p> <p><i>Alternativa propuesta</i></p> <p>Para mejorar la estancia hospitalaria en ingresos largos, esta propuesta contempla el coste de un mes de televisión y wifi en las habitaciones de los pacientes, así como dotar a las habitaciones de aislamiento de una tableta electrónica y una nevera para uso personal del paciente. Por otro lado, la propuesta también contempla el coste de un mes de alojamiento para los familiares de los pacientes desplazados, así como la mejora en la sala de espera para familiares.</p>



IMPACTO
CLÍNICO, ASISTENCIAL ECONÓMICO Y SOCIAL
**DEL ABORDAJE IDEAL DEL
MIELOMA MÚLTIPLE**
PROYECTO SROI-MM

La inversión necesaria para mejorar la estancia hospitalaria en caso de ingresos largos para pacientes y sus familiares implicaría el coste de un mes de alojamiento para familiares desplazados, el coste de televisión e internet durante un mes, el coste de una tableta electrónica y una nevera para la habitación de los pacientes con MM prevalentes^j. Además, se incluiría la mejora en la comodidad de la sala de espera de los familiares. El total de la inversión ascendería a 1.024.952 € (Tabla 88).

TABLA 88. INVERSIÓN DE LA PROPUESTA 12: MEJORA DE LA ASISTENCIA HOSPITALARIA EN CASO DE INGRESOS LARGOS, TANTO PARA PACIENTES COMO FAMILIARES.

Grupos de interés	Descripción de la inversión	Inversión (euros)
Sistema Nacional de Salud	Recursos económicos.	685.358 €
Sistema Nacional de Salud	Recursos económicos.	58.466 €
Sistema Nacional de Salud	Recursos económicos.	114.309 €
Sistema Nacional de Salud	Recursos económicos.	166.819 €
Pacientes con MM sometidos a trasplante	No realizarían ninguna inversión.	0 €
Familiares de los pacientes con MM sometidos a trasplante	No realizarían ninguna inversión.	0 €
INVERSIÓN TOTAL		1.024.952 €

Dado que el análisis es a un año, a continuación se indica cuál sería la inversión futura para esta propuesta en caso de ampliar el horizonte del análisis (Tabla 89).

TABLA 89. INVERSIÓN FUTURA DE LA PROPUESTA 12: MEJORA DE LA ASISTENCIA HOSPITALARIA EN CASO DE INGRESOS LARGOS, TANTO PARA PACIENTES COMO FAMILIARES.

INVERSIÓN en años sucesivos	Con carácter anual solamente sería necesaria la inversión en el mantenimiento de las salas de espera y de su equipamiento. En años posteriores, en cada ingreso largo habría que cubrir los gastos de alojamiento para familiares y de los servicios de televisión e internet.
------------------------------------	--

De la Tabla 90 a la Tabla 93 se muestra el alcance del retorno y el cálculo e impacto para esta propuesta.

TABLA 90. ALCANCE DEL RETORNO DE LA PROPUESTA 12: MEJORA DE LA ASISTENCIA HOSPITALARIA EN CASO DE INGRESOS LARGOS, TANTO PARA PACIENTES COMO FAMILIARES.

Grupos de interés	¿Qué recursos invertirían?	RETORNOS: ¿Cuál sería el impacto?
Sistema Nacional de Salud	Recursos económicos.	 • Mejoraría la imagen de los hospitales del SNS.

^j Para el cálculo de esta propuesta se ha tenido en cuenta el número anual de trasplantes en pacientes con MM, asumiendo que cada trasplante corresponde a un solo paciente.



IMPACTO
CLÍNICO, ASISTENCIAL ECONÓMICO Y SOCIAL
DEL ABORDAJE IDEAL DEL
MIELOMA MÚLTIPLE
PROYECTO SROI-MM

Grupos de interés	¿Qué recursos invertirían?	RETORNOS: ¿Cuál sería el impacto?
Pacientes con MM sometidos a trasplante	No realizarían ninguna inversión.	+ <ul style="list-style-type: none"> Se mejoraría el estado emocional de los pacientes con MM sometidos a trasplante al mejorar la comodidad y servicios de las habitaciones de aislamiento¹⁴².
Pacientes con MM sometidos a trasplante	No realizarían ninguna inversión.	+ <ul style="list-style-type: none"> Se mejoraría la satisfacción de los pacientes con MM sometidos a trasplante respecto al SNS al mejorar la comodidad y servicios de las habitaciones de aislamiento.
Pacientes con MM sometidos a trasplante	No realizarían ninguna inversión.	+ <ul style="list-style-type: none"> Se mejoraría el ámbito del ocio de los pacientes con MM sometidos a trasplante al mejorar los servicios de las habitaciones de aislamiento^{76,144-146}.
Pacientes con MM sometidos a trasplante	No realizarían ninguna inversión.	+ <ul style="list-style-type: none"> Se mejoraría la calidad de las relaciones sociales de los pacientes con MM prevalentes durante su estancia en aislamiento¹⁴².
Familiares de los pacientes con MM sometidos a trasplante	No realizarían ninguna inversión.	+ <ul style="list-style-type: none"> Se mejoraría la satisfacción y el ámbito emocional de los familiares de los pacientes con MM sometidos a trasplante al tener un espacio adecuado para satisfacer sus necesidades durante el acompañamiento.
Familiares de los pacientes con MM sometidos a trasplante	No realizarían ninguna inversión.	+ <ul style="list-style-type: none"> Se mejoraría el ámbito emocional de los familiares de los pacientes con MM sometidos a trasplante desplazados al disponer de un servicio de alojamiento durante el trasplante¹⁴².

La mejora de la asistencia hospitalaria en caso de ingresos largos contribuiría a la mejora del estado emocional, de la calidad de la estancia y de la satisfacción hacia el SNS tanto de los familiares como de los pacientes con MM sometidos a trasplante. El retorno total ascendería a 1.302.032 € (Tabla 91).

TABLA 91. RETORNO CUANTIFICADO DE LA PROPUESTA 12: MEJORA DE LA ASISTENCIA HOSPITALARIA EN CASO DE INGRESOS LARGOS, TANTO PARA PACIENTES COMO FAMILIARES.

Grupos de interés	Descripción del retorno	Retorno (euros)
Pacientes con MM sometidos a trasplante	Retorno 12.1. Se mejoraría el estado emocional de los pacientes con MM sometidos a trasplante al mejorar la comodidad y servicios de las habitaciones de aislamiento.	166.188 €
Pacientes con MM sometidos a trasplante	Retorno 12.2. Se mejoraría la satisfacción de los pacientes con MM sometidos a trasplante respecto al SNS al mejorar la comodidad y servicios de las habitaciones de aislamiento.	340.641 €
Pacientes con MM sometidos a trasplante	Retorno 12.3. Se mejoraría el ámbito del ocio de los pacientes con MM sometidos a trasplante al mejorar los servicios de las habitaciones de aislamiento.	32.138 €



IMPACTO
CLÍNICO, ASISTENCIAL ECONÓMICO Y SOCIAL
DEL ABORDAJE IDEAL DEL
MIELOMA MÚLTIPLE
PROYECTO SROI-MM

Grupos de interés	Descripción del retorno	Retorno (euros)
Pacientes con MM sometidos a trasplante	Retorno 12.4. Se mejoraría la calidad de las relaciones sociales de los pacientes con MM prevalentes durante su estancia en aislamiento.	40.148 €
Familiares de los pacientes con MM sometidos a trasplante	Retorno 12.5. Se mejoraría la satisfacción y el ámbito emocional de los familiares de los pacientes con MM sometidos a trasplante al tener un espacio adecuado para satisfacer sus necesidades durante el acompañamiento.	681.282 €
Familiares de los pacientes con MM sometidos a trasplante	Retorno 12.6. Se mejoraría el ámbito emocional de los familiares de los pacientes con MM sometidos a trasplante desplazados al disponer de un servicio de alojamiento durante el trasplante.	41.636 €
RETORNO TOTAL		1.302.032 €

Se incluye un peso muerto del 10% en los retornos del 12.1 al 12.5 que representa el porcentaje de hospitales que tienen las adaptaciones necesarias para mejorar la estancia de pacientes y familiares con MM prevalentes sometidos a trasplante (asunción) y otro del 50% para el retorno 12.6 que equivale al porcentaje de familiares de pacientes con MM sometidos a trasplante que no se desplazarían durante ese periodo de tiempo (asunción). Por otro lado, en algunos retornos se indica qué porcentaje del impacto se debería a otras intervenciones, así como a cuáles correspondería (Tabla 92).

TABLA 92. IMPACTO DE LA PROPUESTA 12: MEJORA DE LA ASISTENCIA HOSPITALARIA EN CASO DE INGRESOS LARGOS, TANTO PARA PACIENTES COMO FAMILIARES.

Retornos	Peso muerto	Atribución	
		%	Retornos que comparten impacto
Retorno 12.1. Se mejoraría el estado emocional de los pacientes con MM sometidos a trasplante al mejorar la comodidad y servicios de las habitaciones de aislamiento.	10,00%	55,00%	10.2, 11.3 y 12.1
Retorno 12.2. Se mejoraría la satisfacción de los pacientes con MM sometidos a trasplante respecto al SNS al mejorar la comodidad y servicios de las habitaciones de aislamiento.	10,00%	50,00%	11.5 y 12.2
Retorno 12.3. Se mejoraría el ámbito del ocio de los pacientes con MM sometidos a trasplante al mejorar los servicios de las habitaciones de aislamiento.	10,00%	0,00%	No aplica
Retorno 12.4. Se mejoraría la calidad de las relaciones sociales de los pacientes con MM prevalentes durante su estancia en aislamiento.	10,00%	0,00%	No aplica
Retorno 12.5. Se mejoraría la satisfacción y el ámbito emocional de los familiares de los pacientes con MM sometidos a trasplante al tener un espacio adecuado para satisfacer sus necesidades durante el acompañamiento.	10,00%	0,00%	No aplica



IMPACTO
CLÍNICO, ASISTENCIAL ECONÓMICO Y SOCIAL
**DEL ABORDAJE IDEAL DEL
MIELOMA MÚLTIPLE**
PROYECTO SROI-MM

Retornos	Peso muerto	Atribución	
		%	Retornos que comparten impacto
Retorno 12.6. Se mejoraría el ámbito emocional de los familiares de los pacientes con MM sometidos a trasplante desplazados al disponer de un servicio de alojamiento durante el trasplante.	50,00%	0,00%	No aplica

Nota: No procede aplicar ningún ajuste por desplazamiento ni decremento.

A continuación, se exponen los potenciales retornos no cuantificados en el análisis ligados a esta propuesta (Tabla 93).

TABLA 93. RETORNO NO CUANTIFICADO DE LA PROPUESTA 12: MEJORA DE LA ASISTENCIA HOSPITALARIA EN CASO DE INGRESOS LARGOS, TANTO PARA PACIENTES COMO FAMILIARES.

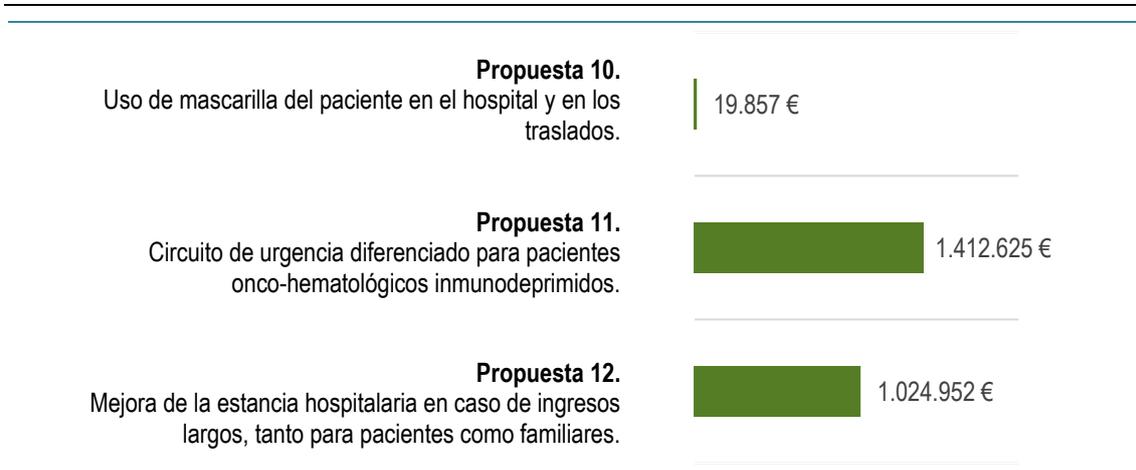
Grupos de interés	Impacto	Retorno no cuantificado
Sistema Nacional de Salud	+	Mejoraría la imagen de los hospitales del SNS.



9.5.4 Resumen de la inversión y del retorno en el área de Urgencias, hospitalización y trasplante

La inversión total en el área de Urgencias, hospitalización y trasplante ascendería a **2.457.435 €**. La inversión se distribuye fundamentalmente entre dos propuestas: un 57,5% corresponde a la creación de un circuito de urgencia diferenciado para pacientes onco-hematológicos inmunodeprimidos y un 41,7% a la mejora de la estancia hospitalaria en caso de ingresos largos, tanto para pacientes como familiares. Por último, la inversión para la propuesta del uso de la mascarilla del paciente correspondería únicamente al 0,8% de la inversión del área (Gráfico 5).

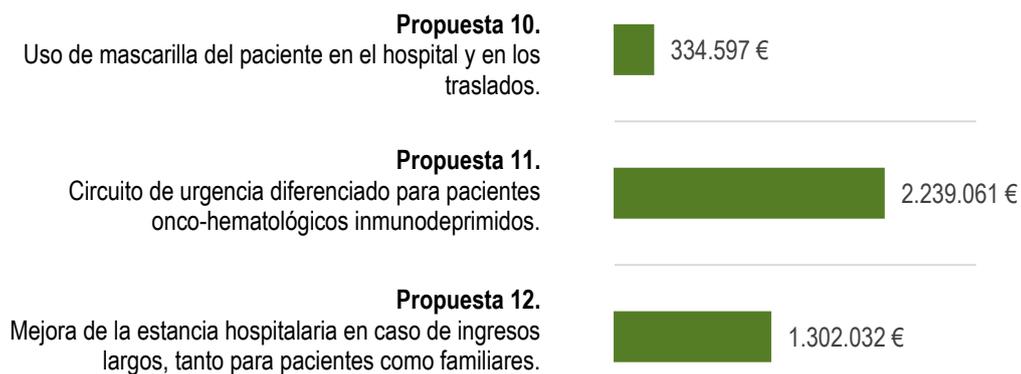
GRÁFICO 5. INVERSIÓN TOTAL EN EL ÁREA DE URGENCIAS, HOSPITALIZACIÓN Y TRASPLANTE SEGÚN PROPUESTAS.



IMPACTO
CLÍNICO, ASISTENCIAL ECONÓMICO Y SOCIAL
DEL ABORDAJE IDEAL DEL
MIELOMA MÚLTIPLE
PROYECTO SROI-MM

El retorno social en el área de Urgencias, hospitalización y trasplante ascendería a **3.875.690 €**. Más de la mitad del retorno se derivaría del circuito de urgencia diferenciado (57,8%), el 33,6% de la mejora de la estancia hospitalaria en caso de ingresos largos y el 8,6% del uso de mascarilla del paciente en el hospital y en los traslados (Gráfico 6).

GRÁFICO 6. RETORNO SOCIAL TOTAL EN EL ÁREA DE URGENCIAS, HOSPITALIZACIÓN Y TRASPLANTE SEGÚN PROPUESTAS.



9.6 Propuestas del área de Soporte

9.6.1 Propuesta 13. Formación en cuidados paliativos dirigida a profesionales sanitarios

A continuación, se detalla el alcance de la propuesta 13^k, así como la estimación de la inversión que sería necesaria para implementarla (Tabla 94 a Tabla 96).

TABLA 94. ALCANCE DE LA PROPUESTA 13. FORMACIÓN EN CUIDADOS PALIATIVOS DIRIGIDA A PROFESIONALES SANITARIOS.

OBJETIVO:	Dotar a los profesionales sanitarios que trabajan en contacto con pacientes candidatos a CP o dentro de las propias unidades, el conocimiento suficiente y las herramientas necesarias para que ofrezcan, a través del servicio de CP, el apoyo físico, psicológico, social y espiritual necesario a los pacientes con MM que se encuentran en la fase final de su vida, así como a sus cuidadores informales.
GRUPOS DE INTERÉS:	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Sistema Nacional de Salud ❖ Profesionales de hematología (medicina y enfermería hospitalaria), medicina de AP, psicología y trabajo social ❖ Pacientes con MM candidatos a CP con esperanza de vida reducida ❖ Pacientes con MM candidatos a CP que no tienen MM resistente ni están en recaída ❖ Cuidadores informales de los pacientes con MM candidatos a CP con esperanza de vida reducida ❖ Cuidadores informales de los pacientes con MM candidatos a CP que no tienen MM resistente ni están en recaída
CONTENIDO:	Esta propuesta incluye un presupuesto anual para la formación en CP en todo el territorio español, incluyendo tanto cursos presenciales como jornadas, y destinada tanto a los profesionales que se encargan de derivar a los pacientes con MM a una unidad de CP como a los propios profesionales que trabajan dentro de estas unidades.
JUSTIFICACIÓN:	<p><i>Situación actual</i></p> <p>El objetivo de la Estrategia en CP del SNS, que determina establecer programas de formación continuada específica para los profesionales del sistema sanitario con el fin de que atiendan adecuadamente las necesidades de los pacientes en situación de enfermedad avanzada o terminal, y de su familia, parece que no se está cumpliendo¹⁴⁹. La formación de los profesionales en CP es insuficiente, lo que conlleva a una falta de identificación correcta de pacientes candidatos a CP, alargando de manera innecesaria los tratamientos no paliativos. La derivación es tardía en prácticamente el 100% de los casos, ya que el paciente llega en un estado muy avanzado de su enfermedad¹⁵⁰. Solamente el 10% de los profesionales de medicina de AP asegura haberse formado en la atención a enfermos en fase terminal, lo que se traduce en falta de atención integral del proceso, falta de apoyo domiciliario y escasez de cuidados continuados¹⁵¹, aparte de una falta de consenso sobre cuándo derivar a los pacientes a este servicio¹⁵² o sobre criterios de trabajo dentro de las distintas áreas de CP¹⁵³.</p> <p>Por otro lado, la oferta de formación avanzada existente en la actualidad es reducida y no es estandarizada para los retos que una atención integral y de calidad requiere para dar una respuesta adecuada a las necesidades específicas de los pacientes y de sus familias¹⁴⁹.</p> <p><i>Situación ideal</i></p> <p>Los programas públicos de CP deberían liderarse desde la administración pública, presentando como objetivos la cobertura, la equidad, la accesibilidad y la calidad¹⁵⁴.</p>

^kEsta propuesta se complementa con la propuesta 15, ya que unos profesionales mejor formados en CP podrían derivar de manera precoz para que los pacientes tengan un acceso rápido a CP.



IMPACTO
 CLÍNICO, ASISTENCIAL ECONÓMICO Y SOCIAL
DEL ABORDAJE IDEAL DEL
MIELOMA MÚLTIPLE
PROYECTO SROI-MM

Una mayor formación de los profesionales sanitarios implica una mejora en la valoración de los síntomas, como el dolor o la ansiedad, y, por tanto, de los cuidados necesarios de cada paciente. Esto implica una adaptación individualizada óptima de los cuidados. Cuando se reconocen bien los síntomas se puede aplicar el tratamiento (farmacológico o no) que se necesite en cada caso⁷⁶. La derivación temprana de los pacientes a la Unidad de CP por parte del servicio de oncología o desde las diferentes especialidades, facilitaría una correcta actuación desde el principio, lo que evitaría futuros problemas por llegar demasiado tarde¹⁵⁰.

Alternativa propuesta

Para alcanzar el objetivo de contar con profesionales bien formados en CP o en la derivación a este servicio se apuesta por la formación presencial de los profesionales que trabajan con pacientes en estado avanzado o terminal.

La formación en CP dirigida a los profesionales sanitarios podría incluir una serie de foros regionales abiertos a todos los profesionales (de distintas categorías y ámbitos asistenciales) que trabajan o tienen interés en los CP, sobre temas organizativos y de gestión, clínico asistencial, investigación, docencia, innovación y reconocimiento a la labor investigadora y formadora de profesionales. La inversión anual ascendería a 10.550 € (Tabla 95).

TABLA 95. INVERSIÓN DE LA PROPUESTA 13. FORMACIÓN EN CUIDADOS PALIATIVOS DIRIGIDA A PROFESIONALES SANITARIOS.

Grupos de interés	Descripción de la inversión	Inversión (euros)
Sistema Nacional de Salud	Recursos económicos.	10.550 €
Profesionales de hematología (medicina y enfermería), AP, psicología y trabajo social	Tiempo de trabajo dedicado a formación.	0 €
Pacientes con MM candidatos a CP con esperanza de vida reducida	No realizarían ninguna inversión.	0 €
Pacientes con MM candidatos a CP que no tienen MM resistente ni están en recaída	No realizarían ninguna inversión.	0 €
Cuidadores informales de los pacientes con MM candidatos a CP con esperanza de vida reducida	No realizarían ninguna inversión.	0 €
Cuidadores informales de los pacientes con MM candidatos a CP que no tienen MM resistente ni están en recaída	No realizarían ninguna inversión.	0 €
INVERSIÓN TOTAL		10.550 €

Dado que el análisis es a un año, a continuación se indica cuál sería la inversión futura para esta propuesta en caso de ampliar el horizonte del análisis (Tabla 96).

TABLA 96. INVERSIÓN FUTURA DE LA PROPUESTA 13. FORMACIÓN EN CUIDADOS PALIATIVOS DIRIGIDA A PROFESIONALES SANITARIOS.

INVERSIÓN en años sucesivos	Con carácter anual, sería necesaria la misma inversión en formación, tanto para profesionales que aún no han tenido contacto con este tema, como para reciclar conocimientos.
------------------------------------	---

De la Tabla 97 a la Tabla 100 se muestra el alcance del retorno y el cálculo e impacto para esta propuesta.



IMPACTO
CLÍNICO, ASISTENCIAL ECONÓMICO Y SOCIAL
**DEL ABORDAJE IDEAL DEL
MIELOMA MÚLTIPLE**
PROYECTO SROI-MM

TABLA 97. ALCANCE DEL RETORNO DE LA PROPUESTA 13. FORMACIÓN EN CUIDADOS PALIATIVOS DIRIGIDA A PROFESIONALES SANITARIOS.

Grupos de interés	¿Qué recursos invertirían?	RETORNOS: ¿Cuál sería el impacto?
Sistema Nacional de Salud	Recursos económicos.	+ <ul style="list-style-type: none"> Se reducirían las hospitalizaciones de los pacientes con MM candidatos a CP^{155,156}.
Sistema Nacional de Salud	Recursos económicos.	+ <ul style="list-style-type: none"> Se reducirían las urgencias hospitalarias de los pacientes con MM candidatos a CP^{155,156}.
Profesionales de hematología (medicina y enfermería), AP, psicología y trabajo social	Tiempo de trabajo dedicado a formación.	+ <ul style="list-style-type: none"> Mejoraría su procesamiento emocional, la gestión del sufrimiento y el afrontamiento relacionado con el final de la vida⁵.
Profesionales de hematología (medicina y enfermería), AP, psicología y trabajo social	Tiempo de trabajo dedicado a formación.	+ <ul style="list-style-type: none"> Se reduciría el dolor de los pacientes con MM candidatos a CP con esperanza de vida reducida^{155,157,158}.
Pacientes con MM candidatos a CP con esperanza de vida reducida	No realizarían ninguna inversión.	+ <ul style="list-style-type: none"> Se reduciría el dolor de los pacientes con MM candidatos a CP que no tienen MM resistente ni están en recaída^{155,157,158}.
Pacientes con MM candidatos a CP que no tienen MM resistente ni están en recaída	No realizarían ninguna inversión.	+ <ul style="list-style-type: none"> Se mejoraría el desempeño de las actividades de la vida diaria de los pacientes con MM candidatos a CP que no tienen MM resistente ni están en recaída que tienen dolor^{76,158}.
Pacientes con MM candidatos a CP con esperanza de vida reducida	No realizarían ninguna inversión.	+ <ul style="list-style-type: none"> Se mejorarían los síntomas depresivos de los pacientes con MM candidatos a CP con esperanza de vida reducida^{76,158}.
Pacientes con MM candidatos a CP que no tienen MM resistente ni están en recaída	No realizarían ninguna inversión.	+ <ul style="list-style-type: none"> Se mejorarían los síntomas depresivos de los pacientes con MM candidatos a CP que no tienen MM resistente ni están en recaída^{76,158}.
Pacientes con MM candidatos a CP con esperanza de vida reducida	No realizarían ninguna inversión.	+ <ul style="list-style-type: none"> Se mejoraría el ámbito espiritual / existencial de los pacientes con MM candidatos a CP con esperanza de vida reducida¹⁵⁹.
Cuidadores informales de los pacientes con MM candidatos a CP con esperanza de vida reducida	No realizarían ninguna inversión.	+ <ul style="list-style-type: none"> Se reduciría la carga de cuidado de los cuidadores informales de los pacientes con MM candidatos a CP con esperanza de vida reducida.
Cuidadores informales de los pacientes con MM candidatos a CP que no tienen MM resistente ni están en recaída	No realizarían ninguna inversión.	+ <ul style="list-style-type: none"> Se reduciría la carga de cuidado de los cuidadores informales de los pacientes con MM candidatos a CP que no tienen MM resistente ni están en recaída.

La formación en CP dirigida a los profesionales sanitarios contribuiría a la excelencia de los servicios ofertados a los pacientes, así como a reducir, en último término, el consumo de recursos sanitarios (hospitalizaciones y visitas a urgencias) de los pacientes candidatos a CP. Por otro



IMPACTO
 CLÍNICO, ASISTENCIAL ECONÓMICO Y SOCIAL
DEL ABORDAJE IDEAL DEL
MIELOMA MÚLTIPLE
PROYECTO SROI-MM

lado, se mejorarían distintos ámbitos de la vida del paciente, como son el dolor, el desempeño de las actividades de la vida diaria, el estado emocional y la espiritualidad. Todo esto supondría, en consecuencia, una reducción de la carga de cuidado que soportan los cuidadores informales. El retorno total ascendería a 5.339.008 € (Tabla 98).

TABLA 98. RETORNO CUANTIFICADO DE LA PROPUESTA 13. FORMACIÓN EN CUIDADOS PALIATIVOS DIRIGIDA A PROFESIONALES SANITARIOS.

Grupos de interés	Descripción del retorno	Retorno (euros)
Sistema Nacional de Salud	Retorno 13.1. Se reducirían las hospitalizaciones de los pacientes con MM candidatos a CP.	3.846.633 €
Sistema Nacional de Salud	Retorno 13.2. Se reducirían las urgencias hospitalarias de los pacientes con MM candidatos a CP.	32.470 €
Pacientes con MM candidatos a CP con esperanza de vida reducida	Retorno 13.3. Se reduciría el dolor de los pacientes con MM candidatos a CP con esperanza de vida reducida.	61.658 €
Pacientes con MM candidatos a CP que no tienen MM resistente ni están en recaída	Retorno 13.4. Se reduciría el dolor de los pacientes con MM candidatos a CP que no tienen MM resistente ni están en recaída.	232.553 €
Pacientes con MM candidatos a CP que no tienen MM resistente ni están en recaída	Retorno 13.5. Se mejoraría el desempeño de las actividades de la vida diaria de los pacientes con MM candidatos a CP que no tienen MM resistente ni están en recaída que tienen dolor.	69.766 €
Pacientes con MM candidatos a CP con esperanza de vida reducida	Retorno 13.6. Se mejorarían los síntomas depresivos de los pacientes con MM candidatos a CP con esperanza de vida reducida.	43.161 €
Pacientes con MM candidatos a CP que no tienen MM resistente ni están en recaída	Retorno 13.7. Se mejorarían los síntomas depresivos de los pacientes con MM candidatos a CP que no tienen MM resistente ni están en recaída.	162.787 €
Pacientes con MM candidatos a CP con esperanza de vida reducida	Retorno 13.8. Se mejoraría el ámbito espiritual / existencial de los pacientes con MM candidatos a CP con esperanza de vida reducida.	36.995 €
Cuidadores informales de los pacientes con MM candidatos a CP con esperanza de vida reducida	Retorno 13.9. Se reduciría la carga de cuidado de los cuidadores informales de los pacientes con MM candidatos a CP con esperanza de vida reducida.	178.761 €
Cuidadores informales de los pacientes con MM candidatos a CP que no tienen MM resistente ni están en recaída	Retorno 13.10. Se reduciría la carga de cuidado de los cuidadores informales de los pacientes con MM candidatos a CP que no tienen MM resistente ni están en recaída.	674.223 €
RETORNO TOTAL		5.339.008 €

El peso muerto del 50% contemplado para todas las propuestas hace referencia al porcentaje de pacientes en necesidad de CP que ya tienen acceso a este servicio^[2]. Por otro lado, en algunos retornos se indica qué porcentaje del impacto se debería a otras intervenciones, así como a cuáles correspondería (Tabla 99).



IMPACTO
CLÍNICO, ASISTENCIAL ECONÓMICO Y SOCIAL
DEL ABORDAJE IDEAL DEL
MIELOMA MÚLTIPLE
PROYECTO SROI-MM

TABLA 99. IMPACTO DE LA PROPUESTA 13. FORMACIÓN EN CUIDADOS PALIATIVOS DIRIGIDA A PROFESIONALES SANITARIOS.

Retornos	Peso muerto	Atribución	
		%	Retornos que comparten impacto
Retorno 13.1. Se reducirían las hospitalizaciones de los pacientes con MM candidatos a CP.	50,00%	55,00%	13.1, 15.1 y 14.1
Retorno 13.2. Se reducirían las urgencias hospitalarias de los pacientes con MM candidatos a CP.	50,00%	55,00%	13.2, 15.2 y 14.1
Retorno 13.3. Se reduciría el dolor de los pacientes con MM candidatos a CP con esperanza de vida reducida.	50,00%	66,67%	13.3, 15.3 y 14.2
Retorno 13.4. Se reduciría el dolor de los pacientes con MM candidatos a CP que no tienen MM resistente ni están en recaída.	50,00%	66,67%	13.4, 15.4 y 14.2
Retorno 13.5. Se mejoraría el desempeño de las actividades de la vida diaria de los pacientes con MM candidatos a CP que no tienen MM resistente ni están en recaída que tienen dolor.	50,00%	50,00%	13.5 y 15.5
Retorno 13.6. Se mejorarían los síntomas depresivos de los pacientes con MM candidatos a CP con esperanza de vida reducida.	50,00%	66,67%	13.6, 15.6 y 14.3
Retorno 13.7. Se mejorarían los síntomas depresivos de los pacientes con MM candidatos a CP que no tienen MM resistente ni están en recaída.	50,00%	0,00%	13.7, 15.7 y 14.3
Retorno 13.8. Se mejoraría el ámbito espiritual / existencial de los pacientes con MM candidatos a CP con esperanza de vida reducida.	50,00%	50,00%	13.8 y 15.8
Retorno 13.9. Se reduciría la carga de cuidado de los cuidadores informales de los pacientes con MM candidatos a CP con esperanza de vida reducida.	50,00%	66,67%	13.9, 15.9 y 14.7
Retorno 13.10. Se reduciría la carga de cuidado de los cuidadores informales de los pacientes con MM candidatos a CP que no tienen MM resistente ni están en recaída.	50,00%	66,67%	13.10, 15.10 y 14.7

Nota: No procede aplicar ningún ajuste por desplazamiento ni decremento.

A continuación, se exponen los potenciales retornos no cuantificados en el análisis ligados a esta propuesta (Tabla 100).

TABLA 100. RETORNO NO CUANTIFICADO DE LA PROPUESTA 13. FORMACIÓN EN CUIDADOS PALIATIVOS DIRIGIDA A PROFESIONALES SANITARIOS.

Grupos de interés	Impacto	Retorno no cuantificado
Profesionales de hematología (medicina y enfermería), AP, psicología y trabajo social	+	Mejoraría su procesamiento emocional, la gestión del sufrimiento y el afrontamiento relacionado con el final de la vida.



9.6.2 Propuesta 14. Información al paciente sobre manejo del dolor, tratamientos de soporte, cuidados paliativos y manejo de secuelas

A continuación, se detalla el alcance de la propuesta 14, así como la estimación de la inversión que sería necesaria para implementarla (Tabla 101 a Tabla 103).

TABLA 101. ALCANCE DE LA PROPUESTA 14. INFORMACIÓN AL PACIENTE SOBRE MANEJO DEL DOLOR, TRATAMIENTOS DE SOPORTE, CUIDADOS PALIATIVOS Y MANEJO DE SECUELAS.

OBJETIVO:	Informar a los pacientes con MM y a sus cuidadores informales sobre manejo de dolor, tratamientos de soporte, CP y manejo de secuelas.
GRUPOS DE INTERÉS:	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Sistema Nacional de Salud ❖ Equipo multiprofesional e interdisciplinar de las Unidades de CP (medicina, enfermería, psicología, trabajo social) ❖ Pacientes con MM ❖ Cuidadores informales de los pacientes con MM ❖ Otros pacientes oncológicos
CONTENIDO:	<p>Esta propuesta incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ El coste del diseño, creación y la difusión de una guía de información, validada a nivel nacional, dirigida a los pacientes oncológicos y sus cuidadores informales, con información sobre manejo de dolor, tratamientos de soporte, CP y manejo de secuelas. ❖ El coste de una charla presencial por hospital del SNS con servicio de hematología, con una duración de 4 horas, dirigidas a pacientes oncológicos y sus cuidadores informales, para ampliar este tipo de información.
JUSTIFICACIÓN:	<p><i>Situación actual</i></p> <p>El manejo del dolor y de secuelas, los CP y el resto de tratamientos de soporte son temas que muchas veces los pacientes desconocen y no son conscientes de los beneficios que podría suponer ser tratados en Unidades de Dolor o Unidades de CP, existiendo una percepción negativa de este tipo de cuidados de soporte¹¹⁶. Los cuidadores informales también carecen de información y formación específica para la fase en la que se encuentra su familiar y esto afecta tanto la calidad de vida de los pacientes como la suya¹⁵⁰. Actualmente existen algunas guías o documentos que tratan de orientar a los pacientes y a sus cuidadores sobre el acceso a este tipo de ayudas de soporte¹⁶⁰⁻¹⁶², pero la información a nivel nacional sigue siendo escasa y generalizada, y se detecta la necesidad de mejorar la adecuación y el acceso a este tipo de información entre los pacientes con MM⁷⁶.</p> <p><i>Situación ideal</i></p> <p>Para los pacientes con enfermedades oncohematológicas como el MM es importante que comprendan bien su pronóstico y puedan tomar decisiones basadas en la información¹⁶³. Los tratamientos de soporte son importantes para los pacientes oncológicos dado que pueden mejorar su calidad de vida, así como la de sus cuidadores informales¹⁵⁰. Es necesario ofrecer información detallada y orientada específicamente a este tipo de pacientes, para cambiar la percepción negativa hacia este tipo de tratamientos y darles a conocer todas las posibilidades de acceso a ellos¹¹⁶. Dada la delicadeza de esta información, a veces no es fácil llegar a los pacientes solo a través de documentos escritos, sino que es necesario involucrar a los profesionales sanitarios a través de su sensibilización y formación (Ver Propuesta 13). Impartir charlas grupales podría ayudar a normalizar el estado emocional de los pacientes y a crear y estrechar vínculos afectivos y sociales¹⁶⁴. Además, el cuidador informal, que es el apoyo principal del enfermo, debe recibir también ayuda y educación específicas¹⁶¹, acudiendo a este tipo de talleres presenciales</p> <p><i>Alternativa propuesta</i></p> <p>Para cubrir la necesidad de información sobre manejo de dolor, tratamientos de soporte, CP y manejo de secuelas, dado que se trata de temas delicados, se propone: por un lado, un material impreso, detallando a qué tipo de atención sanitaria se puede acceder al final de la vida, para que pueda ser entregado por el especialista indicado en cada caso (atención primaria, hematología, oncología, etc.); y por otro lado, esta propuesta contempla la organización de una charla presencial, de duración de cuatro horas, por cada hospital del SNS con servicio de hematología, dirigida a los pacientes oncológicos y sus cuidadores informales.</p>



IMPACTO
 CLÍNICO, ASISTENCIAL ECONÓMICO Y SOCIAL
DEL ABORDAJE IDEAL DEL
MIELOMA MÚLTIPLE
PROYECTO SROI-MM

La inversión necesaria para ofrecer información a los pacientes sobre el manejo del dolor, los tratamientos de soporte, los CP y el manejo de secuelas implicaría los siguientes costes: la creación de una guía para el paciente oncológico, con contenido elaborado por parte de expertos de diferentes ámbitos; el diseño de la guía, la impresión de 783 unidades por cada hospital del SNS¹ y su envío a dichos hospitales; el coste de los avales de las principales sociedades científicas relacionadas (SEOM, SEHH, SEFH); y una charla informativa para pacientes y cuidadores en cada hospital del SNS. La inversión anual ascendería a 2.682.529 € (Tabla 102).

TABLA 102. INVERSIÓN DE LA PROPUESTA 14. INFORMACIÓN AL PACIENTE SOBRE MANEJO DEL DOLOR, TRATAMIENTOS DE SOPORTE, CUIDADOS PALIATIVOS Y MANEJO DE SECUELAS.

Grupos de interés	Descripción de la inversión	Inversión (euros)
Sistema Nacional de Salud	Recursos económicos.	2.127.584 €
Equipo multiprofesional e interdisciplinar de las Unidades de CP	Tiempo de trabajo dedicado a formación.	554.945 €
Pacientes con MM prevalentes	Tiempo personal.	0 €
Cuidadores informales de los pacientes con MM prevalentes	Tiempo personal.	0 €
Otros pacientes oncológicos	Tiempo personal.	0 €
INVERSIÓN TOTAL		2.682.529 €

Dado que el análisis es a un año, a continuación se indica cuál sería la inversión futura para esta propuesta en caso de ampliar el horizonte del análisis (Tabla 103).

TABLA 103. INVERSIÓN FUTURA DE LA PROPUESTA 14. INFORMACIÓN AL PACIENTE SOBRE MANEJO DEL DOLOR, TRATAMIENTOS DE SOPORTE, CUIDADOS PALIATIVOS Y MANEJO DE SECUELAS.

INVERSIÓN en años sucesivos	Dado que la inversión tiene en cuenta el número total de pacientes oncológicos prevalentes, no sería necesario realizar la misma inversión con carácter anual, ya que su esperanza de vida podría ser superior a este periodo.
------------------------------------	--

De la Tabla 104 a la Tabla 106 se muestra el alcance del retorno y el cálculo e impacto para esta propuesta.

¹ Cálculo realizado a partir del número de pacientes oncológicos prevalentes a 1 año en España y el número de hospitales que componen el SNS. Esto supone, por tanto, que la inversión tenga en cuenta al resto de pacientes oncológicos, y no únicamente a los pacientes con MM. Por otro lado, su implementación supondría variar el número de ejemplares por hospital en función del número de pacientes atendidos.



IMPACTO
CLÍNICO, ASISTENCIAL ECONÓMICO Y SOCIAL
**DEL ABORDAJE IDEAL DEL
MIELOMA MÚLTIPLE**
PROYECTO SROI-MM

TABLA 104. ALCANCE DEL RETORNO DE LA PROPUESTA 14. INFORMACIÓN AL PACIENTE SOBRE MANEJO DEL DOLOR, TRATAMIENTOS DE SOPORTE, CUIDADOS PALIATIVOS Y MANEJO DE SECUELAS.

Grupos de interés	¿Qué recursos invertirían?	RETORNOS: ¿Cuál sería el impacto?
Sistema Nacional de Salud	Recursos económicos.	+ <ul style="list-style-type: none"> Se reduciría el consumo de recursos sanitarios asociados al dolor oncológico^{9,10}.
Equipo multiprofesional e interdisciplinar de las Unidades de CP	Tiempo de trabajo dedicado a formación.	+ <ul style="list-style-type: none"> Podrían ofrecer una información completa y validada a nivel nacional a los pacientes con MM con dolor o a aquellos que están en la fase final de la vida, ofreciendo una atención integral a este tipo de pacientes y sus cuidadores informales.
Pacientes con MM prevalentes	Tiempo personal.	+ <ul style="list-style-type: none"> Se reduciría el dolor o malestar de los pacientes con MM prevalentes, gracias a que estarían mejor informados sobre el manejo del dolor y los tratamientos de soporte^{76,165}.
Pacientes con MM prevalentes	Tiempo personal.	+ <ul style="list-style-type: none"> Se mejoraría el estado emocional de los pacientes con MM prevalentes, gracias a la reducción del dolor o malestar^{76,165}.
Pacientes con MM prevalentes	Tiempo personal.	- <ul style="list-style-type: none"> Se producirían pérdidas de productividad laboral en los pacientes con MM prevalentes como consecuencia de acudir a las charlas sobre tratamientos de soporte y manejo del dolor.
Pacientes con MM prevalentes	Tiempo personal.	+ <ul style="list-style-type: none"> Se reducirían las pérdidas de productividad laboral de los pacientes con MM prevalentes debidas al dolor.
Cuidadores informales de los pacientes con MM prevalentes	Tiempo personal.	- <ul style="list-style-type: none"> Se incrementaría la carga de cuidado de los cuidadores informales por acompañar a los pacientes con MM prevalentes a las charlas sobre tratamientos de soporte y manejo del dolor.
Cuidadores informales de los pacientes con MM prevalentes	Tiempo personal.	+ <ul style="list-style-type: none"> Se reduciría la carga de cuidado de los cuidadores informales de los pacientes con MM prevalentes.
Otros pacientes oncológicos	Tiempo personal.	+ <ul style="list-style-type: none"> Se beneficiarían de la nueva guía sobre CP y acudirían a las charlas para recibir información sobre manejo del dolor y tratamientos de soporte. Mejoraría su dolor y malestar y su estado emocional^{76,165}.

Esta propuesta implicaría dotar a los pacientes y familiares de formación e información sobre las cuestiones relativas al dolor, que los llevaría a un mejor manejo de la enfermedad. Esto resultaría en un mejor consumo de recursos sanitarios y la mejora del dolor o malestar y del estado emocional de pacientes y cuidadores. Por otro lado, la asistencia a las charlas informativas supondría una pérdida de productividad laboral en aquellos pacientes trabajadores, y una mayor carga de cuidado para los cuidadores que los acompañaran. Ambas cuestiones, con el tiempo



IMPACTO
CLÍNICO, ASISTENCIAL ECONÓMICO Y SOCIAL
DEL ABORDAJE IDEAL DEL
MIELOMA MÚLTIPLE
PROYECTO SROI-MM

se vería compensadas, por un mayor control del dolor. El retorno ascendería a 17.843.258 € (Tabla 105).

TABLA 105. RETORNO CUANTIFICADO DE LA PROPUESTA 14. INFORMACIÓN AL PACIENTE SOBRE MANEJO DEL DOLOR, TRATAMIENTOS DE SOPORTE, CUIDADOS PALIATIVOS Y MANEJO DE SECUELAS.

Grupos de interés	Descripción del retorno	Retorno (euros)
Sistema Nacional de Salud	Retorno 14.1. Se reduciría el consumo de recursos sanitarios asociados al dolor oncológico.	14.658.901 €
Pacientes con MM prevalentes	Retorno 14.2. Se reduciría el dolor o malestar de los pacientes con MM prevalentes, gracias a que estarían mejor informados sobre el manejo del dolor y los tratamientos de soporte.	946.944 €
Pacientes con MM prevalentes	Retorno 14.3. Se mejoraría el estado emocional de los pacientes con MM prevalentes, gracias a la reducción del dolor o malestar.	662.861 €
Pacientes con MM prevalentes	Retorno 14.4. Se producirían pérdidas de productividad laboral en los pacientes con MM prevalentes como consecuencia de acudir a las charlas sobre tratamientos de soporte y manejo del dolor.	-42.329 €
Pacientes con MM prevalentes	Retorno 14.5. Se reducirían las pérdidas de productividad laboral de los pacientes con MM prevalentes debidas al dolor.	1.550.476 €
Cuidadores informales de los pacientes con MM prevalentes	Retorno 14.6. Se incrementaría la carga de cuidado de los cuidadores informales por acompañar a los pacientes con MM prevalentes a las charlas sobre tratamientos de soporte y manejo del dolor.	-29.975 €
Cuidadores informales de los pacientes con MM prevalentes	Retorno 14.7. Se reduciría la carga de cuidado de los cuidadores informales de los pacientes con MM prevalentes.	96.381 €
RETORNO TOTAL		17.843.258 €

En todos los retornos de esta propuesta se incluye un 4% de peso muerto, que equivale al porcentaje de pacientes con MM que no tienen ninguna afectación del ámbito físico (dolor, malestar...)⁵⁰. Por otro lado, en algunos retornos se indica qué porcentaje del impacto se debería a otras intervenciones, así como a cuáles correspondería (Tabla 106).

TABLA 106. IMPACTO DE LA PROPUESTA 14. INFORMACIÓN AL PACIENTE SOBRE MANEJO DEL DOLOR, TRATAMIENTOS DE SOPORTE, CUIDADOS PALIATIVOS Y MANEJO DE SECUELAS.

Retornos	Peso muerto	Atribución	
		%	Retornos que comparten impacto
Retorno 14.1. Se reduciría el consumo de recursos sanitarios asociados al dolor oncológico.	4,00%	80,00%	13.1, 13.2, 14.1, 15.1 y 15.2



IMPACTO
CLÍNICO, ASISTENCIAL ECONÓMICO Y SOCIAL
**DEL ABORDAJE IDEAL DEL
MIELOMA MÚLTIPLE**
PROYECTO SROI-MM

Retornos	Peso muerto	Atribución	
		%	Retornos que comparten impacto
Retorno 14.2. Se reduciría el dolor o malestar de los pacientes con MM prevalentes, gracias a que estarían mejor informados sobre el manejo del dolor y los tratamientos de soporte.	4,00%	33,33%	13.3, 13.4, 14.2 15.3 y 15.4
Retorno 14.3. Se mejoraría el estado emocional de los pacientes con MM prevalentes, gracias a la reducción del dolor o malestar.	4,00%	33,33%	13.6, 13.7, 14.3, 15.6 y 15.7
Retorno 14.4. Se producirían pérdidas de productividad laboral en los pacientes con MM prevalentes como consecuencia de acudir a las charlas sobre tratamientos de soporte y manejo del dolor.	4,00%	0,00%	No aplica
Retorno 14.5. Se reducirían las pérdidas de productividad laboral de los pacientes con MM prevalentes debidas al dolor.	4,00%	0,00%	No aplica
Retorno 14.6. Se incrementaría la carga de cuidado de los cuidadores informales por acompañar a los pacientes con MM prevalentes a las charlas sobre tratamientos de soporte y manejo del dolor.	4,00%	0,00%	No aplica
Retorno 14.7. Se reduciría la carga de cuidado de los cuidadores informales de los pacientes con MM prevalentes.	4,00%	33,33%	13.9, 13.10, 14.7, 15.9 y 15.10

Nota: No procede aplicar ningún ajuste por desplazamiento ni decremento.

A continuación, se exponen los potenciales retornos no cuantificados en el análisis ligados a esta propuesta (Tabla 107).

TABLA 107. RETORNO NO CUANTIFICADO DE LA PROPUESTA 14. INFORMACIÓN AL PACIENTE SOBRE MANEJO DEL DOLOR, TRATAMIENTOS DE SOPORTE, CUIDADOS PALIATIVOS Y MANEJO DE SECUELAS.

Grupos de interés	Impacto	Retorno no cuantificado
Equipo multiprofesional e interdisciplinar de las Unidades de CP	+	Podrían ofrecer una información completa y validada a nivel nacional a los pacientes con MM con dolor o a aquellos que están en la fase final de la vida, ofreciendo una atención integral a este tipo de pacientes y sus cuidadores informales.
Otros pacientes oncológicos	+	Se beneficiarían de la nueva guía sobre CP y acudirían a las charlas para recibir información sobre manejo del dolor y tratamientos de soporte. Mejoraría su dolor y malestar y su estado emocional.



9.6.3 Propuesta 15. Acceso rápido a unidad del dolor y/o cuidados paliativos durante todo el proceso de la enfermedad

A continuación, se detalla el alcance de la propuesta 15^m, así como la estimación de la inversión que sería necesaria para implementarla (Tabla 108 a Tabla 109).

TABLA 108. ALCANCE DE LA PROPUESTA 15. ACCESO RÁPIDO A UNIDAD DEL DOLOR Y/O CUIDADOS PALIATIVOS DURANTE TODO EL PROCESO DE LA ENFERMEDAD.

OBJETIVO:	Ofrecer un servicio de apoyo a las necesidades físicas, psicológicas, sociales y espirituales de los pacientes con MM que sufren dolor intenso o que se encuentran en la fase final de su vida, así como a sus familiares, dependiendo de las necesidades particulares de cada paciente.
GRUPOS DE INTERÉS:	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Sistema Nacional de Salud ❖ Profesionales de hematología (medicina y enfermería), AP, psicología y trabajo social ❖ Pacientes con MM candidatos a CP con esperanza de vida reducida ❖ Pacientes con MM candidatos a CP que no tienen MM resistente ni están en recaída ❖ Cuidadores informales de los pacientes con MM candidatos a CP que no tienen MM resistente ni están en recaída
CONTENIDO:	Esta propuesta incluye el coste de ofrecer un servicio mínimo de CP en España, que equivaldría a implantar aproximadamente 200 unidades más de CP. Como se indica más adelante, la inversión contemplada está ponderada por el peso que tienen los pacientes con MM dentro de las unidades de CP.
JUSTIFICACIÓN:	<p><i>Situación actual</i></p> <p>El Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad contempla dentro del Plan de Calidad para el SNS, como uno de sus objetivos estratégicos, la mejora de la atención a los CP en España. Para potenciar la cohesión y velar por la equidad en el acceso y calidad de las prestaciones, el Ministerio asumió en el año 2005 el proyecto de elaborar la Estrategia en CP para el conjunto del SNS¹⁶⁶.</p> <p>Según estimaciones de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL), una ratio adecuada sería de 1 recurso de CP por cada 80.000 habitantes, para garantizar una cobertura de calidad a toda la población. Para alcanzar tal situación, harían falta 200 unidades de CP en total en toda España¹⁵⁰.</p> <p><i>Situación ideal</i></p> <p>Los CP permiten mejorar la calidad de vida de los enfermos de cáncer y sus familiares, afectados por los problemas derivados de una enfermedad amenazadora de la vida, porque previenen y alivian el sufrimiento mediante la pronta identificación y la evaluación y el tratamiento precisos de los dolores y otros problemas de orden físico, psicosocial y espiritual¹⁶⁷.</p> <p>Asimismo, los CP domiciliarios no solo mejoran el bienestar físico, emocional y espiritual de los pacientes y sus cuidadores informales, sino que también suponen un uso más eficiente del resto de recursos sanitarios, tales como las urgencias o los ingresos hospitalarios¹⁵⁵.</p> <p><i>Alternativa propuesta</i></p> <p>Para lograr que todos los pacientes con MM candidatos a CP reciban respuesta a sus necesidades desde el SNS, es preciso que existan recursos suficientes para abarcar a todos aquellos pacientes que necesiten este servicio en un momento dado.</p>

^m Esta propuesta se complementa con la propuesta 13, ya que unos profesionales mejor formados en CP podrían derivar de manera precoz para que los pacientes tengan un acceso rápido a CP.



IMPACTO
CLÍNICO, ASISTENCIAL ECONÓMICO Y SOCIAL
**DEL ABORDAJE IDEAL DEL
MIELOMA MÚLTIPLE**
PROYECTO SROI-MM

La inversión necesaria para crear un acceso rápido a la unidad del dolor y/o CP implicaría el coste de la implantación de 200 unidades nuevas de CP en España. La inversión de esta propuesta contempla solamente el 0,5% de este costeⁿ, que es el porcentaje equivalente al número de pacientes con MM prevalentes que hacen uso de ellas^{4,150}. El total de la inversión ascendería a 153.393 € (Tabla 109).

TABLA 109. INVERSIÓN DE LA PROPUESTA 15. ACCESO RÁPIDO A UNIDAD DEL DOLOR Y/O CUIDADOS PALIATIVOS DURANTE TODO EL PROCESO DE LA ENFERMEDAD.

Grupos de interés	Descripción de la inversión	Inversión (euros)
Sistema Nacional de Salud	Recursos económicos.	153.393 €
Profesionales de hematología (medicina y enfermería), AP, psicología y trabajo social	Tiempo de trabajo.	0 €
Pacientes con MM candidatos a CP con esperanza de vida reducida	No realizarían ninguna inversión.	0 €
Pacientes con MM candidatos a CP que no tienen MM resistente ni están en recaída	No realizarían ninguna inversión.	0 €
Cuidadores informales de los pacientes con MM candidatos a CP con esperanza de vida reducida	No realizarían ninguna inversión.	0 €
Cuidadores informales de los pacientes con MM candidatos a CP que no tienen MM resistente ni están en recaída	No realizarían ninguna inversión.	0 €
INVERSIÓN TOTAL		153.393 €

Dado que el análisis es a un año, a continuación se indica cuál sería la inversión futura para esta propuesta en caso de ampliar el horizonte del análisis (Tabla 110).

TABLA 110. INVERSIÓN FUTURA DE LA PROPUESTA 15. ACCESO RÁPIDO A UNIDAD DEL DOLOR Y/O CUIDADOS PALIATIVOS DURANTE TODO EL PROCESO DE LA ENFERMEDAD.

INVERSIÓN en años sucesivos	Con carácter anual, sería necesaria la inversión en las unidades de CP para los pacientes con MM prevalentes candidatos a CP.
------------------------------------	---

De la Tabla 111 a la Tabla 114 se muestra el alcance del retorno y el cálculo e impacto para esta propuesta.

ⁿ Este porcentaje se ha estimado a partir del peso porcentual de los pacientes oncológicos sobre el total de candidatos a CP en España y el porcentaje que representan los pacientes con MM sobre el total de pacientes oncológicos.



IMPACTO
CLÍNICO, ASISTENCIAL ECONÓMICO Y SOCIAL
DEL ABORDAJE IDEAL DEL
MIELOMA MÚLTIPLE
PROYECTO SROI-MM

TABLA 111. ALCANCE DEL RETORNO DE LA PROPUESTA 15. ACCESO RÁPIDO A UNIDAD DEL DOLOR Y/O CUIDADOS PALIATIVOS DURANTE TODO EL PROCESO DE LA ENFERMEDAD.

Grupos de interés	¿Qué recursos invertirían?	RETORNOS: ¿Cuál sería el impacto?	
Sistema Nacional de Salud	Recursos económicos.	+	<ul style="list-style-type: none"> Se reducirían las hospitalizaciones en los pacientes con MM candidatos a CP¹⁵⁵.
Sistema Nacional de Salud	Recursos económicos.	+	<ul style="list-style-type: none"> Se reducirían las urgencias hospitalarias de los pacientes con MM candidatos a CP¹⁵⁵.
Profesionales de hematología (medicina y enfermería), AP, psicología y trabajo social	Tiempo de trabajo.	+	<ul style="list-style-type: none"> Se mejoraría el desempeño de su trabajo respecto a los pacientes, gracias al soporte de este servicio.
Pacientes con MM candidatos a CP con esperanza de vida reducida	No realizarían ninguna inversión.	+	<ul style="list-style-type: none"> Se reduciría el dolor en los pacientes con MM candidatos a CP con esperanza de vida reducida^{155,158}.
Pacientes con MM candidatos a CP que no tienen MM resistente ni están en recaída	No realizarían ninguna inversión.	+	<ul style="list-style-type: none"> Se reduciría el dolor en los pacientes con MM candidatos a CP que no tienen MM resistente ni están en recaída^{155,158}.
Pacientes con MM candidatos a CP que no tienen MM resistente ni están en recaída	No realizarían ninguna inversión.	+	<ul style="list-style-type: none"> Se mejoraría el desempeño de las actividades de la vida diaria de los pacientes con MM candidatos a CP que no tienen MM resistente ni están en recaída que tienen dolor^{76,158}.
Pacientes con MM candidatos a CP con esperanza de vida reducida	No realizarían ninguna inversión.	+	<ul style="list-style-type: none"> Se mejorarían los síntomas depresivos de los pacientes con MM candidatos a CP con esperanza de vida reducida^{76,158}.
Pacientes con MM candidatos a CP que no tienen MM resistente ni están en recaída	No realizarían ninguna inversión.	+	<ul style="list-style-type: none"> Se mejorarían los síntomas depresivos de los pacientes con MM candidatos a CP que no tienen MM resistente ni están en recaída^{76,158}.
Pacientes con MM candidatos a CP con esperanza de vida reducida	No realizarían ninguna inversión.	+	<ul style="list-style-type: none"> Se mejoraría el ámbito espiritual / existencial de los pacientes con MM candidatos a CP con esperanza de vida reducida¹⁵⁹.
Cuidadores informales de los pacientes con MM candidatos a CP con esperanza de vida reducida	No realizarían ninguna inversión.	+	<ul style="list-style-type: none"> Se reduciría la carga de cuidado de los cuidadores informales de los pacientes con MM candidatos a CP con esperanza de vida reducida.
Cuidadores informales de los pacientes con MM candidatos a CP que no tienen MM resistente ni están en recaída	No realizarían ninguna inversión.	+	<ul style="list-style-type: none"> Se reduciría la carga de cuidado de los cuidadores informales de los pacientes con MM candidatos a CP que no tienen MM resistente ni están en recaída.



IMPACTO
CLÍNICO, ASISTENCIAL ECONÓMICO Y SOCIAL
**DEL ABORDAJE IDEAL DEL
MIELOMA MÚLTIPLE**
PROYECTO SROI-MM

El acceso rápido a la unidad de dolor y/o CP durante todo el proceso de la enfermedad permitiría mejorar la calidad de vida de los pacientes con MM candidatos a CP y sus familiares. El retorno ascendería a 5.339.008 € (Tabla 112).

TABLA 112. RETORNO CUANTIFICADO DE LA PROPUESTA 15. ACCESO RÁPIDO A UNIDAD DEL DOLOR Y/O CUIDADOS PALIATIVOS DURANTE TODO EL PROCESO DE LA ENFERMEDAD.

Grupos de interés	Descripción del retorno	Retorno (euros)
Sistema Nacional de Salud	Retorno 15.1. Se reducirían las hospitalizaciones en los pacientes con MM candidatos a CP.	3.846.633 €
Sistema Nacional de Salud	Retorno 15.2. Se reducirían las urgencias hospitalarias de los pacientes con MM candidatos a CP.	32.470 €
Pacientes con MM candidatos a CP con esperanza de vida reducida	Retorno 15.3. Se reduciría el dolor en los pacientes con MM candidatos a CP con esperanza de vida reducida.	61.658 €
Pacientes con MM candidatos a CP que no tienen MM resistente ni están en recaída	Retorno 15.4. Se reduciría el dolor en los pacientes con MM candidatos a CP que no tienen MM resistente ni están en recaída.	232.553 €
Pacientes con MM candidatos a CP que no tienen MM resistente ni están en recaída	Retorno 15.5. Se mejoraría el desempeño de las actividades de la vida diaria de los pacientes con MM candidatos a CP que no tienen MM resistente ni están en recaída que tienen dolor.	69.766 €
Pacientes con MM candidatos a CP con esperanza de vida reducida	Retorno 15.6. Se mejorarían los síntomas depresivos de los pacientes con MM candidatos a CP con esperanza de vida reducida.	43.161 €
Pacientes con MM candidatos a CP que no tienen MM resistente ni están en recaída	Retorno 15.7. Se mejorarían los síntomas depresivos de los pacientes con MM candidatos a CP que no tienen MM resistente ni están en recaída.	162.787 €
Pacientes con MM candidatos a CP con esperanza de vida reducida	Retorno 15.8. Se mejoraría el ámbito espiritual / existencial de los pacientes con MM candidatos a CP con esperanza de vida reducida.	36.995 €
Cuidadores informales de los pacientes con MM candidatos a CP con esperanza de vida reducida	Retorno 15.9. Se reduciría la carga de cuidado de los cuidadores informales de los pacientes con MM candidatos a CP con esperanza de vida reducida.	178.761 €
Cuidadores informales de los pacientes con MM candidatos a CP que no tienen MM resistente ni están en recaída	Retorno 15.10. Se reduciría la carga de cuidado de los cuidadores informales de los pacientes con MM candidatos a CP que no tienen MM resistente ni están en recaída.	674.223 €
RETORNO TOTAL		5.339.008 €

Todos los retornos incluyen un peso muerto (50%) que corresponde al porcentaje de pacientes en necesidad de CP que tuvieron acceso a este servicio¹⁵⁰. Por otro lado, el porcentaje de atribución varía de retorno en retorno según aquellos con los que comparte impacto (Tabla 113).



IMPACTO
CLÍNICO, ASISTENCIAL ECONÓMICO Y SOCIAL
**DEL ABORDAJE IDEAL DEL
MIELOMA MÚLTIPLE**
PROYECTO SROI-MM

TABLA 113. IMPACTO DE LA PROPUESTA 15. ACCESO RÁPIDO A UNIDAD DEL DOLOR Y/O CUIDADOS PALIATIVOS DURANTE TODO EL PROCESO DE LA ENFERMEDAD.

Retornos	Peso muerto	Atribución	
		%	Retornos que comparten impacto
Retorno 15.1. Se reducirían los costes sanitarios, gracias a que los pacientes con AR establecida alcanzarían remisión según criterios DAS28.	50,00%	55,00%	13.1, 14.1 y 15.1
Retorno 15.2. Se reducirían las urgencias hospitalarias de los pacientes con MM candidatos a CP.	50,00%	55,00%	13.2, 14.1 y 15.2
Retorno 15.3. Se reduciría el dolor en los pacientes con MM candidatos a CP con esperanza de vida reducida.	50,00%	66,67%	13.3, 14.2 y 15.3
Retorno 15.4. Se reduciría el dolor en los pacientes con MM candidatos a CP que no tienen MM resistente ni están en recaída.	50,00%	66,67%	13.4, 14.2 y 15.4
Retorno 15.5. Se mejoraría el desempeño de las actividades de la vida diaria de los pacientes con MM candidatos a CP que no tienen MM resistente ni están en recaída que tienen dolor.	50,00%	50,00%	13.5 y 15.5
Retorno 15.6. Se mejorarían los síntomas depresivos de los pacientes con MM candidatos a CP con esperanza de vida reducida.	50,00%	66,67%	13.6, 14.3 y 15.6
Retorno 15.7. Se mejorarían los síntomas depresivos de los pacientes con MM candidatos a CP que no tienen MM resistente ni están en recaída.	50,00%	66,67%	13.7, 14.3 y 15.7
Retorno 15.8. Se mejoraría el ámbito espiritual / existencial de los pacientes con MM candidatos a CP con esperanza de vida reducida.	50,00%	50,00%	13.8 y 15.8
Retorno 15.9. Se reduciría la carga de cuidado de los cuidadores informales de los pacientes con MM candidatos a CP con esperanza de vida reducida.	50,00%	66,67%	13.9, 14.7 y 15.9
Retorno 15.10. Se reduciría la carga de cuidado de los cuidadores informales de los pacientes con MM candidatos a CP que no tienen MM resistente ni están en recaída.	50,00%	66,67%	13.10, 14.7 y 15.10

Nota: No procede aplicar ningún ajuste por desplazamiento ni decremento.

A continuación, se exponen los potenciales retornos no cuantificados en el análisis ligados a esta propuesta (Tabla 114).

TABLA 114. RETORNO NO CUANTIFICADO DE LA PROPUESTA 15. ACCESO RÁPIDO A UNIDAD DEL DOLOR Y/O CUIDADOS PALIATIVOS DURANTE TODO EL PROCESO DE LA ENFERMEDAD.

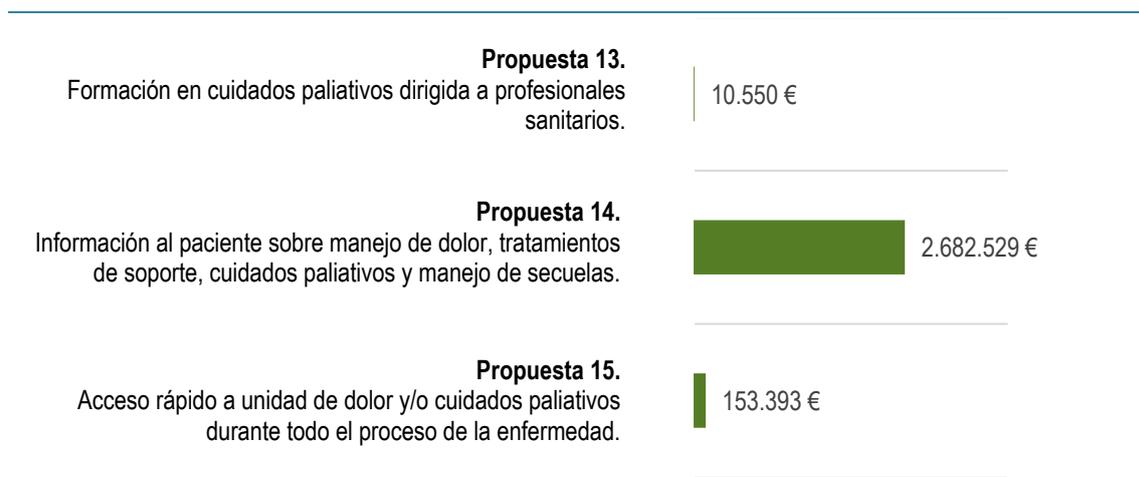
Grupos de interés	Impacto	Retorno no cuantificado
Profesionales de hematología (medicina y enfermería), AP, psicología y trabajo social	+	Se mejoraría el desempeño de su trabajo respecto a los pacientes, gracias al soporte de este servicio.



9.6.4 Resumen de la inversión y del retorno en el área de Soporte

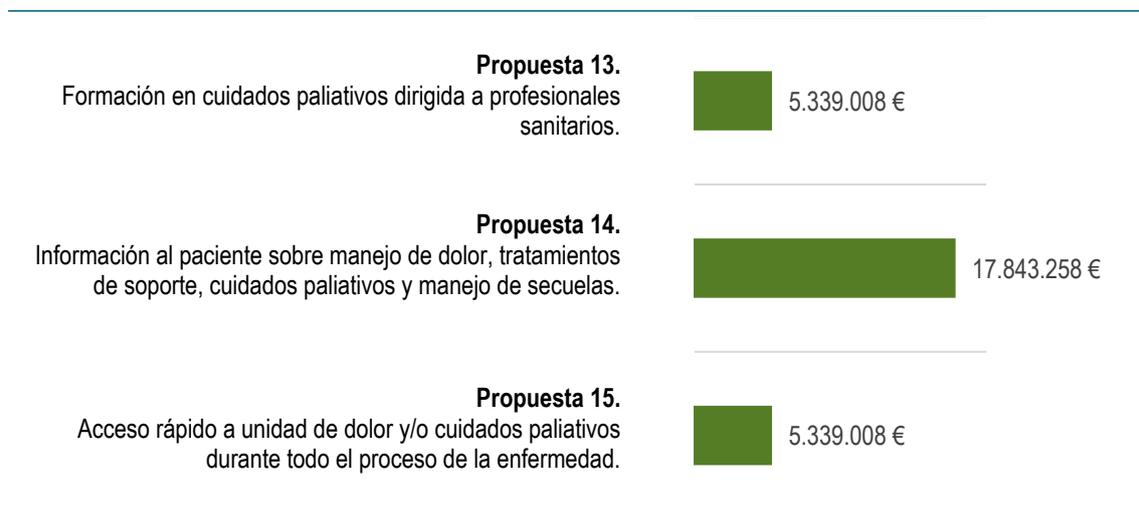
La inversión total en el área de Soporte ascendería a 2.846.472 €. Casi el total de la inversión de esta área se debería a la propuesta 14, que consiste en la creación de una guía a nivel nacional para ofrecer información al paciente sobre manejo del dolor, tratamientos de soporte, CP y manejo de secuelas (94,2%). Por otro lado, el acceso rápido a unidad de dolor y/o CP supondría un 5,4% de la inversión, mientras que la formación en CP dirigida a profesionales sanitarios solamente el 0,4% (Gráfico 7).

GRÁFICO 7. INVERSIÓN TOTAL EN EL ÁREA DE SOPORTE SEGÚN PROPUESTAS.



El retorno social en el área del área de Soporte ascendería a 28.521.274 €. El principal retorno se derivaría de la propuesta con mayor inversión (información al paciente) y equivaldría al 62,6% del retorno. Tanto la formación en CP dirigida a profesionales sanitarios como el acceso rápido a unidad de dolor y/o CP durante todo el proceso de la enfermedad contribuirían también con un 18,7% cada una (Gráfico 8).

GRÁFICO 8. RETORNO SOCIAL TOTAL EN EL ÁREA DE SOPORTE SEGÚN PROPUESTAS.



9.7 Ratio SROI

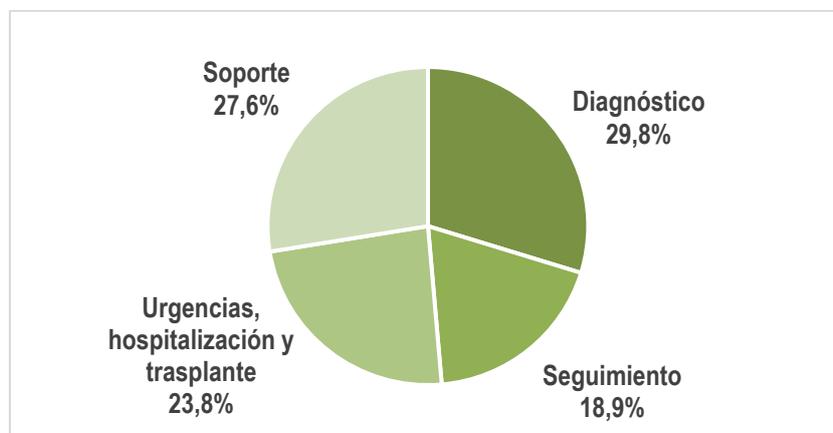
Desde un punto de vista global, y entendiendo el conjunto de propuestas para un mejor abordaje del MM en el SNS, holístico e integrado, la inversión que se necesitaría para su implementación serían 10,32 M€, que generarían un retorno social de 43,31 M€. Esto se traduciría en una ratio de 4,20 euros, es decir, **por cada euro invertido en este conjunto de propuestas se obtendría un retorno social de 4,20 euros** (Figura 6).

FIGURA 6. INVERSIÓN VERSUS RETORNO EN EL CONJUNTO DE PROPUESTAS PARA UN MEJOR ABORDAJE DEL MM.



La inversión de este conjunto de propuestas para un mejor abordaje del MM se distribuye de manera bastante equilibrada entre las distintas áreas de análisis, siendo el 29,8% para el área de Diagnóstico, un 27,6% para Soporte, un 23,8% para Urgencias, hospitalización y trasplante y por último un 18,9% para el área de Seguimiento (Gráfico 9).

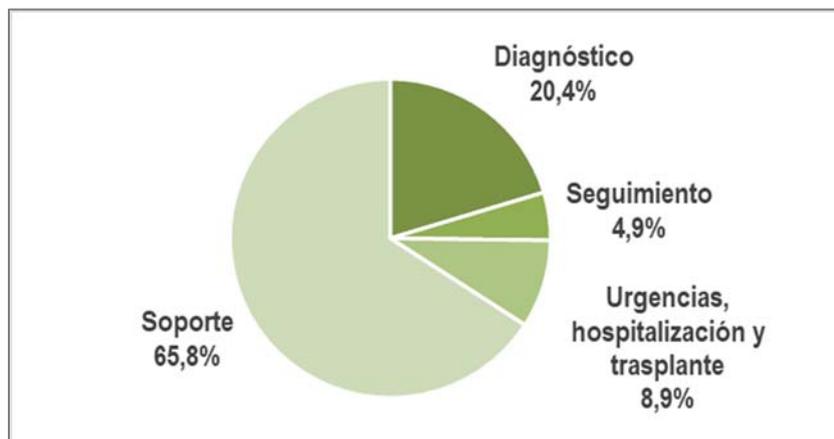
GRÁFICO 9. DISTRIBUCIÓN DE LA INVERSIÓN PARA UN MEJOR ABORDAJE DEL MM.



IMPACTO
CLÍNICO, ASISTENCIAL ECONÓMICO Y SOCIAL
DEL ABORDAJE IDEAL DEL
MIELOMA MÚLTIPLE
PROYECTO SROI-MM

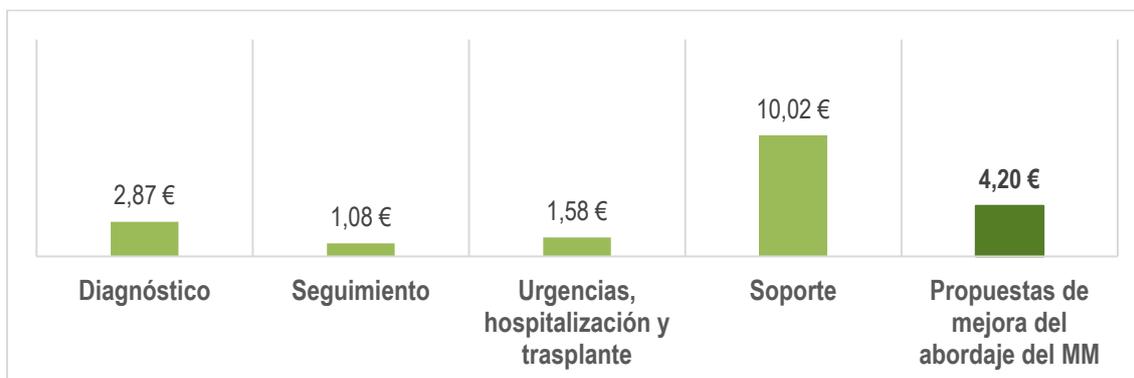
En cuanto al retorno social, el principal retorno es para el área de Soporte (65,8%) y Diagnóstico (20,4%). Por su parte, Urgencias, hospitalización y trasplante se llevaría el 8,9% del retorno total y el área de Seguimiento el 4,9% (Gráfico 10).

GRÁFICO 10. DISTRIBUCIÓN DEL RETORNO PARA UN MEJOR ABORDAJE DEL MM.



La ratio SROI varía según áreas de análisis entre 1,08 € (Seguimiento) y 10,02 € (Soporte). No obstante, tomar como referencia cada ratio (de forma aislada) para la toma de decisiones en la gestión sanitaria, podría generar inequidades en los pacientes, por lo que se recomienda ponerlas en contexto de la ratio global de 4,20 € (Gráfico 11).

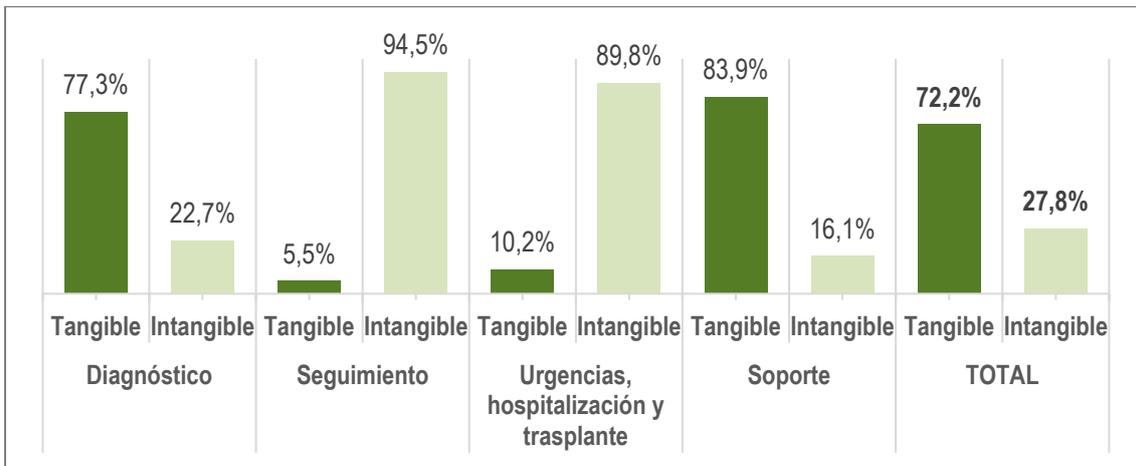
GRÁFICO 11. RATIO SROI PARA UN MEJOR ABORDAJE DEL MM SEGÚN ÁREAS DE ANÁLISIS.



La implementación de este conjunto de propuestas para un mejor abordaje del MM en el SNS podría dar lugar a distintos tipos de retornos. El 28% del retorno total sería intangible, mientras que el 72% tendría carácter tangible. Los resultados por área y por tipo de retorno se observan en el Gráfico 12.

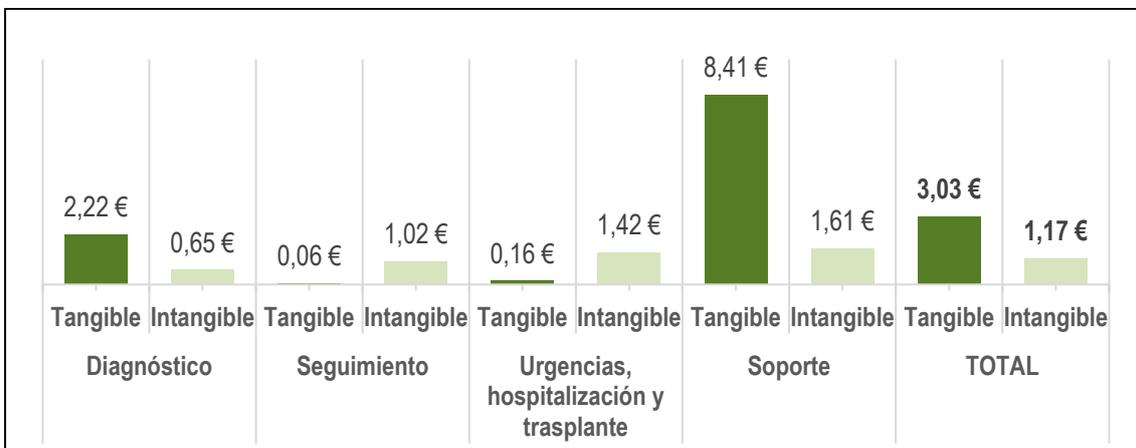
IMPACTO
CLÍNICO, ASISTENCIAL ECONÓMICO Y SOCIAL
DEL ABORDAJE IDEAL DEL
MIELOMA MÚLTIPLE
PROYECTO SROI-MM

GRÁFICO 12. DISTRIBUCIÓN DEL RETORNO DEL CONJUNTO DE PROPUESTAS PARA UN MEJOR ABORDAJE DEL MM SEGÚN ÁREAS DE ANÁLISIS Y TIPOLOGÍA DEL RETORNO.



El Gráfico 13 muestra la ratio SROI según la tipología del retorno, en cada una de las áreas de análisis y respecto al análisis global. De la ratio total, 3,03 € serían tangibles, mientras que 1,17 € serían intangibles.

GRÁFICO 13. RATIO SROI DEL CONJUNTO DE PROPUESTAS PARA UN MEJOR ABORDAJE DEL MM. TOTAL Y SEGÚN ÁREAS DE ANÁLISIS.



9.8 Análisis de sensibilidad

9.8.1 Metodología

El análisis de sensibilidad se ha llevado a cabo variando los porcentajes asignados a las asunciones realizadas en el análisis SROI, que se detallan a continuación (Tabla 115 a Tabla 128).

TABLA 115. ANÁLISIS DE ESCENARIOS. ASUNCIÓN 1 EN ÁREA DIAGNÓSTICO.

Asunción incluida en el cálculo (retorno)	Caso base	Peor escenario	Mejor escenario
Porcentaje de cuidadores informales que no tienen afectación emocional al momento del diagnóstico.	50%	75%	25%
Propuestas y retornos que incluyen esta asunción			
Propuesta 1: Información escrita sobre la enfermedad y su tratamiento (en caso de necesitarlo), dirigida a pacientes y familiares en el momento del diagnóstico. <ul style="list-style-type: none"> • Retorno 1.5. Se reduciría el estrés y la ansiedad de los cuidadores informales de los pacientes con MM incidentes ante el diagnóstico. 			
Propuesta 2: Creación de equipos multidisciplinares con todas las especialidades implicadas, incluyendo atención primaria. <ul style="list-style-type: none"> • Retorno 2.7. Se reduciría la ansiedad de los cuidadores informales de los pacientes con MM incidentes al estar seguidos de manera más eficiente y multidisciplinar. 			

TABLA 116. ANÁLISIS DE ESCENARIOS. ASUNCIÓN 2 EN ÁREA DIAGNÓSTICO.

Asunción incluida en el cálculo (inversión)	Caso base	Peor escenario	Mejor escenario
Porcentaje de profesionales de medicina de AP que realizarían la formación.	5%	10%	1%
Propuestas e inversión que incluyen esta asunción			
Propuesta 2: Creación de equipos multidisciplinares con todas las especialidades implicadas, incluyendo atención primaria. <ul style="list-style-type: none"> • Inversión. Sistema Nacional de Salud, recursos económicos. 			

TABLA 117. ANÁLISIS DE ESCENARIOS. ASUNCIÓN 3 EN ÁREA DIAGNÓSTICO.

Asunción incluida en el cálculo (retorno)	Caso base	Peor escenario	Mejor escenario
Porcentaje de reducción de visitas previas al diagnóstico gracias al equipo multidisciplinar.	50%	25%	75%



IMPACTO
CLÍNICO, ASISTENCIAL ECONÓMICO Y SOCIAL
**DEL ABORDAJE IDEAL DEL
MIELOMA MÚLTIPLE**
PROYECTO SROI-MM

Propuestas y retornos que incluyen esta asunción

Propuesta 2: Creación de equipos multidisciplinares con todas las especialidades implicadas, incluyendo atención primaria.

- **Retorno 2.1. Se reducirían las visitas médicas a AP de los pacientes con MM incidentes previas a la confirmación del diagnóstico**
- **Retorno 2.2. Se reducirían las visitas médicas a AE de los pacientes con MM incidentes previas a la confirmación del diagnóstico.**

TABLA 118. ANÁLISIS DE ESCENARIOS. ASUNCIÓN 4 EN ÁREA DIAGNÓSTICO.

Asunción incluida en el cálculo (inversión)	Caso base	Peor escenario	Mejor escenario
Número de consultas telefónicas con EGCH para seguimiento anual.	10	14	6

Propuestas e inversión que incluyen esta asunción

Propuesta 3: Enfermería gestora de casos hospitalaria.

- **Inversión. Enfermería gestora de casos hospitalaria, tiempo de trabajo.**

TABLA 119. ANÁLISIS DE ESCENARIOS. ASUNCIÓN 5 EN ÁREA DIAGNÓSTICO.

Asunción incluida en el cálculo (inversión)	Caso base	Peor escenario	Mejor escenario
Nivel de implantación de la red de EGCH.	50%	30%	70%

Propuestas e inversión que incluyen esta asunción

Propuesta 3: Enfermería gestora de casos hospitalaria.

- **Inversión. Sistema Nacional de Salud, recursos humanos.**

Asunción incluida en el cálculo (retorno)	Caso base	Peor escenario	Mejor escenario
Nivel de implantación de la red de EGCH.	50%	70%	30%

Propuestas y retornos que incluyen esta asunción

Propuesta 3: Enfermería gestora de casos hospitalaria.

- **Retorno 3.1. Se reducirían las urgencias hospitalarias de los pacientes con MM incidentes.**
- **Retorno 3.2. Se reducirían las hospitalizaciones de los pacientes con MM incidentes.**
- **Retorno 3.3. Se reduciría el estrés de los pacientes con MM incidentes respecto a la gestión de pruebas y consultas.**
- **Retorno 3.4. Se mejoraría la satisfacción de los pacientes con MM incidentes respecto al SNS.**
- **Retorno 3.5. Se reduciría el estrés de los cuidadores informales de los pacientes con MM incidentes a la hora de gestionar el acompañamiento a pruebas y consultas.**
- **Retorno 3.6. Se mejoraría la satisfacción de los cuidadores informales de los pacientes con MM incidentes respecto al SNS.**
- **Retorno 3.7. Se reduciría la carga de cuidado de los cuidadores informales de los pacientes con MM incidentes, gracias al seguimiento mensual de EGCH.**



IMPACTO
CLÍNICO, ASISTENCIAL ECONÓMICO Y SOCIAL
**DEL ABORDAJE IDEAL DEL
MIELOMA MÚLTIPLE**
PROYECTO SROI-MM

TABLA 120. ANÁLISIS DE ESCENARIOS. ASUNCIÓN 1 EN ÁREA DE URGENCIAS, HOSPITALIZACIÓN Y TRASPLANTE.

Asunción incluida en el cálculo (retorno)	Caso base	Peor escenario	Mejor escenario
Porcentaje de pacientes con MM prevalentes que utilizan la mascarilla.	50%	25%	75%
Propuestas y retornos que incluyen esta asunción			
Propuesta 10: Uso de mascarilla del paciente en el hospital y en los traslados.			
<ul style="list-style-type: none"> • Retorno 10.1. Se reducirían los costes sanitarios asociados a las infecciones. • Retorno 10.2. Se mejoraría el estado emocional de los pacientes con MM prevalentes al tener un mayor control sobre su estado de salud. • Retorno 10.3. Se reducirían las pérdidas de productividad laboral en los pacientes con MM prevalentes que trabajan gracias a la prevención de infecciones. • Retorno 10.4. Se reduciría la carga adicional de los cuidadores informales de los pacientes con MM prevalentes gracias a la prevención de infecciones. 			

TABLA 121. ANÁLISIS DE ESCENARIOS. ASUNCIÓN 2 EN ÁREA DE URGENCIAS, HOSPITALIZACIÓN Y TRASPLANTE.

Asunción incluida en el cálculo (retorno)	Caso base	Peor escenario	Mejor escenario
Horas de cuidado informal al día durante la hospitalización.	8,0	6,6	9,5
Propuestas y retornos que incluyen esta asunción			
Propuesta 10: Uso de mascarilla del paciente en el hospital y en los traslados.			
<ul style="list-style-type: none"> • Retorno 10.4. Se reduciría la carga adicional de los cuidadores informales de los pacientes con MM prevalentes gracias a la prevención de infecciones. 			
Propuesta 11: Circuito de urgencia diferenciado para pacientes onco-hematológicos inmunodeprimidos.			
<ul style="list-style-type: none"> • Retorno 11.6. Se reduciría la carga adicional de los cuidadores informales de los pacientes con MM prevalentes gracias a la prevención de infecciones. 			

TABLA 122. ANÁLISIS DE ESCENARIOS. ASUNCIÓN 3 EN ÁREA DE URGENCIAS, HOSPITALIZACIÓN Y TRASPLANTE.

Asunción incluida en el cálculo (inversión)	Caso base	Peor escenario	Mejor escenario
Porcentaje de hospitales con servicio de hematología con circuito de urgencias diferenciado.	50%	25%	75%
Propuestas e inversión que incluyen esta asunción			
Propuesta 11: Circuito de urgencia diferenciado para pacientes onco-hematológicos inmunodeprimidos.			
<ul style="list-style-type: none"> • Inversión. Sistema Nacional de Salud, recursos económicos. 			



IMPACTO
CLÍNICO, ASISTENCIAL ECONÓMICO Y SOCIAL
DEL ABORDAJE IDEAL DEL
MIELOMA MÚLTIPLE
PROYECTO SROI-MM

Asunción incluida en el cálculo (retorno)	Caso base	Peor escenario	Mejor escenario
Porcentaje de hospitales con servicio de hematología con circuito de urgencias diferenciado.	50%	75%	25%
Propuestas y retornos que incluyen esta asunción			
Propuesta 11: Circuito de urgencia diferenciado para pacientes onco-hematológicos inmunodeprimidos.			
<ul style="list-style-type: none"> • Retorno 11.1. Se reducirían los costes sanitarios asociados a las infecciones nosocomiales producidas durante las visitas a urgencias. • Retorno 11.2. Se reduciría el dolor y el malestar de los pacientes con MM prevalentes al evitar el contacto directo con otros pacientes en urgencias. • Retorno 11.3. Se reduciría la ansiedad de los pacientes con MM prevalentes al evitar el contacto directo con otros pacientes en urgencias. • Retorno 11.4. Se reducirían las pérdidas de productividad laboral en los pacientes con MM prevalentes que trabajan gracias a la prevención de infecciones. • Retorno 11.5. Se mejoraría la satisfacción de los pacientes con MM prevalentes respecto al SNS en relación al servicio de urgencias. • Retorno 11.6. Se reduciría la carga adicional de los cuidadores informales de los pacientes con MM prevalentes gracias a la prevención de infecciones. • Retorno 11.7. Se mejoraría la satisfacción y el ámbito emocional de los cuidadores de los pacientes con MM prevalentes al tener un circuito diferenciado en urgencias. 			

TABLA 123. ANÁLISIS DE ESCENARIOS. ASUNCIÓN 4 EN ÁREA DE URGENCIAS, HOSPITALIZACIÓN Y TRASPLANTE.

Asunción incluida en el cálculo (retorno)	Caso base	Peor escenario	Mejor escenario
Porcentaje de infecciones evitadas gracias al circuito de urgencias diferenciado.	25%	10%	40%
Propuestas y retornos que incluyen esta asunción			
Propuesta 11: Circuito de urgencia diferenciado para pacientes onco-hematológicos inmunodeprimidos.			
<ul style="list-style-type: none"> • Retorno 11.1. Se reducirían los costes sanitarios asociados a las infecciones nosocomiales producidas durante las visitas a urgencias. • Retorno 11.4. Se reducirían las pérdidas de productividad laboral en los pacientes con MM prevalentes que trabajan gracias a la prevención de infecciones. • Retorno 11.6. Se reduciría la carga adicional de los cuidadores informales de los pacientes con MM prevalentes gracias a la prevención de infecciones. 			

TABLA 124. ANÁLISIS DE ESCENARIOS. ASUNCIÓN 5 EN ÁREA DE URGENCIAS, HOSPITALIZACIÓN Y TRASPLANTE.

Asunción incluida en el cálculo (retorno)	Caso base	Peor escenario	Mejor escenario
Número de habitaciones para trasplante hematopoyético por hospital con trasplante.	7	8	6



IMPACTO
CLÍNICO, ASISTENCIAL ECONÓMICO Y SOCIAL
**DEL ABORDAJE IDEAL DEL
MIELOMA MÚLTIPLE**
PROYECTO SROI-MM

Propuestas y retornos que incluyen esta asunción
<p>Propuesta 12: Mejora de la estancia hospitalaria en caso de ingresos largos, tanto para pacientes como familiares.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inversión. Sistema Nacional de Salud, recursos económicos.

TABLA 125. ANÁLISIS DE ESCENARIOS. ASUNCIÓN 6 EN ÁREA DE URGENCIAS, HOSPITALIZACIÓN Y TRASPLANTE.

Asunción incluida en el cálculo (inversión)	Caso base	Peor escenario	Mejor escenario
Porcentaje de hospitales sin equipamiento (nevera y tableta electrónica) en habitaciones de aislamiento.	90%	100%	80%
Propuestas y retornos que incluyen esta asunción			
<p>Propuesta 12: Mejora de la estancia hospitalaria en caso de ingresos largos, tanto para pacientes como familiares.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inversión. Sistema Nacional de Salud, recursos económicos. 			

TABLA 126. ANÁLISIS DE ESCENARIOS. ASUNCIÓN 7 EN ÁREA DE URGENCIAS, HOSPITALIZACIÓN Y TRASPLANTE.

Asunción incluida en el cálculo (inversión)	Caso base	Peor escenario	Mejor escenario
Porcentaje de hospitales sin servicio de internet y televisión gratuitos.	90%	100%	80%
Propuestas e inversión que incluyen esta asunción			
<p>Propuesta 12: Mejora de la estancia hospitalaria en caso de ingresos largos, tanto para pacientes como familiares.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inversión. Sistema Nacional de Salud, recursos económicos. 			
Asunción incluida en el cálculo (retorno)	Caso base	Peor escenario	Mejor escenario
Porcentaje de hospitales sin servicio de internet y televisión gratuitos.	90%	80%	100%
Propuestas y retornos que incluyen esta asunción			
<p>Propuesta 12: Mejora de la estancia hospitalaria en caso de ingresos largos, tanto para pacientes como familiares.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Retorno 12.1. Se mejoraría el estado emocional de los pacientes con MM sometidos a trasplante al mejorar la comodidad y servicios de las habitaciones de aislamiento. • Retorno 12.2. Se mejoraría la satisfacción de los pacientes con MM sometidos a trasplante respecto al SNS al mejorar la comodidad y servicios de las habitaciones de aislamiento. • Retorno 12.3. Se mejoraría el ámbito del ocio de los pacientes con MM sometidos a trasplante al mejorar los servicios de las habitaciones de aislamiento. 			



IMPACTO
 CLÍNICO, ASISTENCIAL ECONÓMICO Y SOCIAL
DEL ABORDAJE IDEAL DEL
MIELOMA MÚLTIPLE
PROYECTO SROI-MM

TABLA 127. ANÁLISIS DE ESCENARIOS. ASUNCIÓN 8 EN ÁREA DE URGENCIAS, HOSPITALIZACIÓN Y TRASPLANTE.

Asunción incluida en el cálculo (inversión)	Caso base	Peor escenario	Mejor escenario
Porcentaje de hospitales sin sala adaptada para familiares de pacientes trasplantados.	90%	100%	80%
Propuestas e inversión que incluyen esta asunción			
Propuesta 12: Mejora de la estancia hospitalaria en caso de ingresos largos, tanto para pacientes como familiares. <ul style="list-style-type: none"> • Inversión. Sistema Nacional de Salud, recursos económicos. 			
Asunción incluida en el cálculo (retorno)	Caso base	Peor escenario	Mejor escenario
Porcentaje de hospitales sin sala adaptada para familiares de pacientes trasplantados.	90%	80%	100%
Propuestas y retornos que incluyen esta asunción			
Propuesta 12: Mejora de la estancia hospitalaria en caso de ingresos largos, tanto para pacientes como familiares. <ul style="list-style-type: none"> • Retorno 12.4. Se mejoraría la calidad de las relaciones sociales de los pacientes con MM prevalentes durante su estancia en aislamiento. • Retorno 12.5. Se mejoraría la satisfacción y el ámbito emocional de los familiares de los pacientes con MM sometidos a trasplante al tener un espacio adecuado para satisfacer sus necesidades durante el acompañamiento. 			

TABLA 128. ANÁLISIS DE ESCENARIOS. ASUNCIÓN 9 EN ÁREA DE URGENCIAS, HOSPITALIZACIÓN Y TRASPLANTE.

Asunción incluida en el cálculo (retorno)	Caso base	Peor escenario	Mejor escenario
Porcentaje de familiares de pacientes con MM sometidos a trasplante que se desplazarían durante la hospitalización por trasplante.	50%	25%	75%
Propuestas y retornos que incluyen esta asunción			
Propuesta 12: Mejora de la estancia hospitalaria en caso de ingresos largos, tanto para pacientes como familiares. <ul style="list-style-type: none"> • Retorno 12.6. Se mejoraría el ámbito emocional de los familiares de los pacientes con MM sometidos a trasplante desplazados al disponer de un servicio de alojamiento durante el trasplante. 			



9.8.2 Resultados

A partir de la metodología explicada anteriormente, se calcularon la inversión y el retorno social correspondientes a cada escenario. En primer lugar se exponen las variaciones relativas a cada área (Tabla 129 a Tabla 132) y finalmente la variación para la ratio SROI total (Tabla 133).

TABLA 129. ANÁLISIS DE SENSIBILIDAD: ÁREA DE DIAGNÓSTICO. VARIACIÓN DE LA INVERSIÓN SEGÚN ESCENARIO.

Propuesta	Caso base	Peor escenario	Mejor escenario
Propuesta 2: Creación de equipos multidisciplinares con todas las especialidades implicadas, incluyendo atención primaria.	1.826.066 €	2.115.866 €	1.594.226 €
Propuesta 3: Enfermería gestora de casos hospitalaria.	576.861 €	737.437 €	416.285 €

TABLA 130. ANÁLISIS DE SENSIBILIDAD: ÁREA DE DIAGNÓSTICO. VARIACIÓN DEL RETORNO SOCIAL SEGÚN ESCENARIO.

Retornos	Caso base	Peor escenario	Mejor escenario
Retorno 1.5. Se reduciría el estrés y la ansiedad de los cuidadores informales de los pacientes con MM incidentes ante el diagnóstico.	8.960 €	4.480 €	13.441 €
Retorno 2.1. Se reducirían las visitas médicas a AP de los pacientes con MM incidentes previas a la confirmación del diagnóstico.	295.395 €	147.698 €	443.093 €
Retorno 2.2. Se reducirían las visitas médicas a AE de los pacientes con MM incidentes previas a la confirmación del diagnóstico.	553.022 €	276.511 €	829.533 €
Retorno 2.7. Se reduciría la ansiedad de los cuidadores informales de los pacientes con MM incidentes al estar seguidos de manera más eficiente y multidisciplinar.	22.401 €	11.201 €	33.602 €
Retorno 3.1. Se reducirían las urgencias hospitalarias de los pacientes con MM incidentes.	924.402 €	554.641 €	1.294.163 €
Retorno 3.2. Se reducirían las hospitalizaciones de los pacientes con MM incidentes.	5.110.923 €	3.066.554 €	7.155.292 €
Retorno 3.3. Se reduciría el estrés de los pacientes con MM incidentes respecto a la gestión de pruebas y consultas.	89.025 €	53.415 €	124.635 €
Retorno 3.4. Se mejoraría la satisfacción de los pacientes con MM incidentes respecto al SNS.	343.200 €	205.920 €	480.479 €
Retorno 3.5. Se reduciría el estrés de los cuidadores informales de los pacientes con MM incidentes a la hora de gestionar el acompañamiento a pruebas y consultas.	11.649 €	6.989 €	16.308 €



IMPACTO
CLÍNICO, ASISTENCIAL ECONÓMICO Y SOCIAL
**DEL ABORDAJE IDEAL DEL
MIELOMA MÚLTIPLE**
PROYECTO SROI-MM

Retornos	Caso base	Peor escenario	Mejor escenario
Retorno 3.6. Se mejoraría la satisfacción de los cuidadores informales de los pacientes con MM incidentes respecto al SNS.	188.605 €	113.163 €	264.047 €
Retorno 3.7. Se reduciría la carga de cuidado de los cuidadores informales de los pacientes con MM incidentes, gracias al seguimiento mensual de EGCH.	10.322 €	6.193 €	14.451 €

TABLA 131. ANÁLISIS DE SENSIBILIDAD: ÁREA DE URGENCIAS, HOSPITALIZACIÓN Y TRASPLANTE. VARIACIÓN DE LA INVERSIÓN SEGÚN ESCENARIO.

Retornos	Caso base	Peor escenario	Mejor escenario
Propuesta 11: Circuito de urgencia diferenciado para pacientes onco-hematológicos inmunodeprimidos.	1.412.625 €	2.118.938 €	706.313 €
Propuesta 12: Mejora de la estancia hospitalaria en caso de ingresos largos, tanto para pacientes como familiares.	1.024.952 €	1.089.164 €	966.036 €

TABLA 132. ANÁLISIS DE SENSIBILIDAD: ÁREA DE URGENCIAS, HOSPITALIZACIÓN Y TRASPLANTE. VARIACIÓN DEL RETORNO SOCIAL SEGÚN ESCENARIO.

Retornos	Caso base	Peor escenario	Mejor escenario
Retorno 11.1. Se reducirían los costes sanitarios asociados a las infecciones nosocomiales producidas durante las visitas a urgencias.	94.110 €	18.822 €	225.863 €
Retorno 11.2. Se reduciría el dolor y el malestar de los pacientes con MM prevalentes al evitar el contacto directo con otros pacientes en urgencias.	852.235 €	426.118 €	1.278.353 €
Retorno 11.3. Se reduciría la ansiedad de los pacientes con MM prevalentes al evitar el contacto directo con otros pacientes en urgencias.	383.506 €	191.753 €	575.259 €
Retorno 11.4. Se reducirían las pérdidas de productividad laboral en los pacientes con MM prevalentes que trabajan gracias a la prevención de infecciones.	13.081 €	2.616 €	31.395 €
Retorno 11.5. Se mejoraría la satisfacción de los pacientes con MM prevalentes respecto al SNS en relación al servicio de urgencias.	426.118 €	213.059 €	639.177 €
Retorno 11.6. Se reduciría la carga adicional de los cuidadores informales de los pacientes con MM prevalentes gracias a la prevención de infecciones.	1.666 €	0 €	8.166 €



IMPACTO
CLÍNICO, ASISTENCIAL ECONÓMICO Y SOCIAL
DEL ABORDAJE IDEAL DEL
MIELOMA MÚLTIPLE
PROYECTO SROI-MM

Retornos	Caso base	Peor escenario	Mejor escenario
Retorno 11.7. Se mejoraría la satisfacción y el ámbito emocional de los cuidadores de los pacientes con MM prevalentes al tener un circuito diferenciado en urgencias.	468.346 €	234.173 €	702.518 €
Retorno 12.1. Se mejoraría el estado emocional de los pacientes con MM sometidos a trasplante al mejorar la comodidad y servicios de las habitaciones de aislamiento.	166.188 €	147.722 €	184.653 €
Retorno 12.2. Se mejoraría la satisfacción de los pacientes con MM sometidos a trasplante respecto al SNS al mejorar la comodidad y servicios de las habitaciones de aislamiento.	340.641 €	302.792 €	378.490 €
Retorno 12.3. Se mejoraría el ámbito del ocio de los pacientes con MM sometidos a trasplante al mejorar los servicios de las habitaciones de aislamiento.	32.138 €	28.567 €	35.709 €
Retorno 12.4. Se mejoraría la calidad de las relaciones sociales de los pacientes con MM prevalentes durante su estancia en aislamiento.	40.148 €	35.687 €	44.609 €
Retorno 12.5. Se mejoraría la satisfacción y el ámbito emocional de los familiares de los pacientes con MM sometidos a trasplante al tener un espacio adecuado para satisfacer sus necesidades durante el acompañamiento.	681.282 €	605.584 €	756.980 €
Retorno 12.6. Se mejoraría el ámbito emocional de los familiares de los pacientes con MM sometidos a trasplante desplazados al disponer de un servicio de alojamiento durante el trasplante.	41.636 €	20.818 €	62.453 €

Tras la variación de estos valores en el cálculo del conjunto de propuestas para un mejor abordaje del MM, la ratio SROI podría oscilar entre 3,38 € (peor escenario) y 5,20 € (mejor escenario) por cada euro a invertir.

Las ratios por áreas variarían como sigue (Tabla 133):

- Diagnóstico, entre 1,62 € y 4,45 €.
- Seguimiento, no variaría.
- Urgencias, hospitalización y trasplante, entre 0,84 € y 3,01 €.
- Soporte, no variaría.

El análisis de escenarios demuestra la robustez del resultado obtenido a partir del caso base, cuya ratio podría llegar a incrementarse en un 23,8% y alcanzar un retorno social de 5,20 €.



IMPACTO
 CLÍNICO, ASISTENCIAL ECONÓMICO Y SOCIAL
DEL ABORDAJE IDEAL DEL
MIELOMA MÚLTIPLE
PROYECTO SROI-MM

TABLA 133. ANÁLISIS DE SENSIBILIDAD. VARIACIÓN EN LA RATIO SROI SEGÚN ESCENARIO.

Área de análisis	Peor escenario	Caso base	Mejor escenario
Diagnóstico	1,62 €	2,87 €	4,45 €
Seguimiento	1,08 €	1,08 €	1,08 €
Urgencias, hospitalización y trasplante	0,84 €	1,58 €	3,01 €
Soporte	10,02 €	10,02 €	10,02 €
TOTAL	3,38 €	4,20 €	5,20 €



10 Conclusiones

Carencias no cubiertas en el manejo del MM

La Constitución de la OMS, que entró en vigor en 1948, afirma en su Capítulo I que “la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Además, añade: “los gobiernos tienen responsabilidad en la salud de sus pueblos, la cual sólo puede ser cumplida mediante la adopción de medidas sanitarias y sociales adecuadas”. Siguiendo estos principios fundamentales, la asistencia sanitaria dirigida a la población debiera tener una visión holística e integradora de todas aquellas circunstancias que pudieran afectar no sólo al bienestar físico y mental de una persona, sino también a su bienestar social.

Dicha perspectiva es especialmente relevante cuando se trata de pacientes con MM, ya que la enfermedad ejerce un gran impacto en todas las esferas de sus vidas, desde las actividades de la vida diaria, las relaciones de familia y pareja, o el ámbito socio-laboral, hasta aquellos aspectos con menor visibilidad como pueden ser la fatiga o el dolor.

Las propuestas recogidas en este informe, consensuadas por un Grupo Multidisciplinar de Trabajo, ponen de manifiesto la existencia de carencias respecto al manejo actual del MM dentro del SNS, así como de las diferencias en la atención sanitaria que generan inequidad en el acceso a los recursos sociosanitarios. En este contexto, estas 15 propuestas buscan contribuir a una mejora sustancial del abordaje actual del MM dentro del SNS.

Propuestas para la mejora del abordaje actual del MM

El conjunto consensuado de propuestas podría dividirse en cuatro grandes grupos, en función de su dimensión: aquellas que implican una atención directa al paciente con MM (mejora de la información escrita sobre la enfermedad, el soporte psicológico, la evaluación integral, y la valoración y seguimiento de la adherencia farmacológica), aquellas referidas a las instalaciones hospitalarias (mejora de los servicios de urgencias, de las habitaciones de aislamiento para pacientes sometidos a trasplante, y del acceso a las unidades de CP), aquellas que implican a diferentes especialidades (formación especializada, equipos multidisciplinares, enfermería y psicooncología) y, finalmente, aquellas relativas a la mejora de los sistemas de información (acceso integrado a las historia clínica y receta electrónica unificada).

Este abordaje contribuiría a la mejora de la valoración inicial en el momento del diagnóstico que puede generar un punto de inflexión en la aceptación de la enfermedad por parte de pacientes y cuidadores informales. Además, el seguimiento de la adherencia farmacológica implicaría mejores resultados en salud y, en consecuencia, un uso más eficiente de los recursos sanitarios. La mejora de áreas críticas, como las urgencias o las hospitalizaciones, generarían un



incremento significativo de la CVRS tanto de los pacientes como de sus familias. Finalmente, el abordaje del dolor y otros síntomas “invisibles” supondría un gran cambio en el manejo de la patología, con impactos muy positivos en la vida diaria de los pacientes y sus cuidadores informales.

Rentabilidad social

La hipotética implantación de estas propuestas en el SNS generaría valor social en varios sentidos:

- 1) mejorar la CVRS de los pacientes con MM y de sus cuidadores informales,
- 2) atender las necesidades de carácter más intangible (afectación psicológica, dolor...), y
- 3) mejorar la productividad laboral de los pacientes.

El método SROI combina enfoques cualitativos, cuantitativos y financieros, lo que permite conocer no sólo los potenciales retornos tangibles (como, por ejemplo, una disminución de los costes asociados a recursos sanitarios), sino también los retornos intangibles (la carga subjetiva del paciente respecto a la enfermedad, expresada en términos de bienestar emocional, dolor, etc.), medidos a través de indicadores *proxy*.

Los resultados presentados apuntan a un retorno social de 4,20 € por cada euro invertido en el conjunto de propuestas encaminadas a la mejora del abordaje actual del MM. El análisis de sensibilidad muestra además que en el peor escenario contemplado la ratio SROI seguiría siendo positiva, ya que oscilaría entre los 3,38 € (peor escenario) y los 5,20 € (mejor escenario). El 72% de la ratio SROI estaría compuesta por retornos tangibles (3,03 €), mientras que el 28% restante lo conformarían retornos intangibles (1,17 €).

Los retornos tangibles se materializan en un ahorro de costes sanitarios vinculado a la prevención de infecciones, la mejora del diagnóstico, el seguimiento más óptimo de los pacientes o la coordinación de recursos. Por su parte, los retornos intangibles incluyen aspectos tales como la mejora del estado emocional del paciente y de sus cuidadores informales gracias al soporte psicológico, el incremento de la satisfacción derivada de unos servicios sanitarios más eficientes y completos, o la disminución del dolor y el malestar derivados de una atención más completa.

Sin olvidar que el análisis expuesto debiera interpretarse como un todo, observamos las mayores ratios SROI en el área de Soporte (10,02 €) y en el área de Diagnóstico (2,87 €). El momento del diagnóstico del MM, punto de partida de la enfermedad, supone encauzar el camino recién iniciado por el paciente y su familia. Cuanto mejor se haga, mejores resultados en salud y en CVRS obtendremos posteriormente en la fase de seguimiento. En el área de Soporte se observa que el abordaje del dolor, del malestar, de la afectación psicológica, de la espiritualidad, etc. puede conllevar un retorno muy positivo.

Por último, no podemos obviar que la inversión en algunas de las propuestas planteadas (como la mejora de la formación en enfermedades onco-hematológicas, los circuitos diferenciados en



urgencias o las unidades de CP) podrían beneficiar también a otros pacientes. Esto podría, a su vez, incrementar aún más la rentabilidad social de la inversión.

Limitaciones del estudio

Primera, el análisis SROI es de tipo prospectivo con un horizonte temporal de un año, lo que permite estimar solamente el impacto a corto plazo.

Segunda, el carácter prospectivo del estudio implica estimar un retorno social potencial futuro. Para disminuir el margen de incertidumbre, estos potenciales retornos se basan principalmente en literatura científica publicada y en el Grupo Multidisciplinar de Trabajo.

Tercera, una configuración distinta del Grupo Multidisciplinar de Trabajo habría llevado seguramente a un conjunto final de propuestas diferentes y, por tanto, a un resultado distinto. Por esta razón, se procuró que dicho grupo estuviera configurado por la mayor heterogeneidad de perspectivas posible.

Cuarta, a pesar de que se han explicado y fundamentado las decisiones tomadas, esto implica una cierta subjetividad (inherente al método SROI) a la hora de transformar la inversión de las propuestas en términos económicos. La imputación de indicadores *proxies* a los retornos intangibles implica una inevitable subjetividad.

Finalmente, la utilización de asunciones ante la falta de disponibilidad o inexistencia de información y/o referencias bibliográficas. El análisis de sensibilidad tiene en cuenta la variación, tanto en positivo como en negativo, de todos aquellos datos asumidos por el equipo técnico.

Aportación del estudio

A pesar de estas limitaciones, consideramos que el resultado obtenido posee robustez suficiente, avalada por el análisis de sensibilidad. Así, podemos concluir que el conjunto de propuestas planteadas, encaminadas a contribuir a la mejora del abordaje actual del MM en el SNS, podrían dar respuesta a ciertas necesidades actuales no cubiertas, las relativas tanto a los pacientes como a los profesionales sanitarios vinculados al MM, y al sistema sanitario en conjunto. Además, su implantación conllevaría un retorno social positivo.

En términos relativos, la inversión total planteada requeriría un esfuerzo por parte del SNS de 10,32 M€, lo que representaría apenas el 0,02% del gasto sanitario público en España.

Finalmente, el coste de oportunidad de una inversión en el SNS es muy alto, por lo que un análisis SROI podría facilitar la toma de decisiones al respecto, con el fin de realizar una mejor asignación de recursos y crear el máximo valor social para todos los grupos de interés. Hay posiblemente buenas oportunidades de inversión en salud pública que tan sólo necesitan decisores que, en virtud de los datos obtenidos, apuesten por implementarlas.



11 Referencias

1. International Classification of Diseases 11th Revision: The global standard for diagnostic health information. International Classification of Diseases 11th Revision: The global standard for diagnostic health information. [accedido 3 enero 2019]. Disponible en: <https://icd.who.int/>.
2. Ramsenthaler C, Kane P, Gao W, Siegert RJ, Edmonds PM, Schey SA, et al. Prevalence of symptoms in patients with multiple myeloma: a systematic review and meta-analysis. *Eur J Haematol*. 2016;97(5):416-29, doi: 10.1111/ejh.12790.
3. Teh BW, Harrison SJ, Pellegrini M, Thursky KA, Worth LJ, Slavin MA. Changing treatment paradigms for patients with plasma cell myeloma: Impact upon immune determinants of infection. *Blood Rev*. 2014;28(2):75-86, doi: 10.1016/j.blre.2014.01.004.
4. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin*. 2018;68(6):394-424, doi: 10.3322/caac.21492.
5. Lin P. Multiple Myeloma and Other Plasma Cell Neoplasms. Hematopathology. Tercera. Philadelphia, PA, USA: Elsevier; 2018. p. 642-63.
6. Blimark C, Holmberg E, Mellqvist U-H, Landgren O, Björkholm M, Hultcrantz M, et al. Multiple myeloma and infections: a population-based study on 9253 multiple myeloma patients. *Haematologica*. 2015;100(1):107-13, doi: 10.3324/haematol.2014.107714.
7. Brioli A, Klaus M, Sayer H, Scholl S, Ernst T, Hilgendorf I, et al. The risk of infections in multiple myeloma before and after the advent of novel agents: a 12-year survey. *Ann Hematol*. 2019;98(3):713-22, doi: 10.1007/s00277-019-03621-1.
8. Kumar SK, Dispenzieri A, Lacy MQ, Gertz MA, Buadi FK, Pandey S, et al. Continued improvement in survival in multiple myeloma: changes in early mortality and outcomes in older patients. *Leukemia*. 2014;28(5):1122-8, doi: 10.1038/leu.2013.313.
9. Fonseca R, Abouzaid S, Bonafede M, Cai Q, Parikh K, Cosler L, et al. Trends in overall survival and costs of multiple myeloma, 2000–2014. *Leukemia*. 2017;31(9):1915-21, doi: 10.1038/leu.2016.380.
10. Maiese EM, Evans KA, Chu B-C, Irwin DE. Temporal Trends in Survival and Healthcare Costs in Patients with Multiple Myeloma in the United States. *Am Health Drug Benefits*. 2018;11(1):39-46.
11. Kumar SK, Rajkumar V, Kyle RA, van Duin M, Sonneveld P, Mateos M-V, et al. Multiple myeloma. *Nat Rev Dis Primer*. 2017;3:17046, doi: 10.1038/nrdp.2017.46.
12. Landgren O, Rajkumar SV. New Developments in Diagnosis, Prognosis, and Assessment of Response in Multiple Myeloma. *Clin Cancer Res*. 2016;22(22):5428-33, doi: 10.1158/1078-0432.CCR-16-0866.



13. Rajkumar SV, Dimopoulos MA, Palumbo A, Blade J, Merlini G, Mateos M-V, et al. International Myeloma Working Group updated criteria for the diagnosis of multiple myeloma. *Lancet Oncol.* 2014;15(12):e538-48, doi: 10.1016/S1470-2045(14)70442-5.
14. Palumbo A, Avet-Loiseau H, Oliva S, Lokhorst HM, Goldschmidt H, Rosinol L, et al. Revised International Staging System for Multiple Myeloma: A Report From International Myeloma Working Group. *J Clin Oncol.* 2015;33(26):2863-9, doi: 10.1200/JCO.2015.61.2267.
15. Anderson KC. Progress and Paradigms in Multiple Myeloma. *Clin Cancer Res.* 2016;22(22):5419-27, doi: 10.1158/1078-0432.CCR-16-0625.
16. Rajkumar SV. Multiple myeloma: 2016 update on diagnosis, risk-stratification, and management. *Am J Hematol.* 2016;91(7):719-34, doi: 10.1002/ajh.24402.
17. Moreau P, San Miguel J, Sonneveld P, Mateos MV, Zamagni E, Avet-Loiseau H, et al. Multiple myeloma: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up†. *Ann Oncol.* 2017;28(suppl_4):iv52-61, doi: 10.1093/annonc/mdx096.
18. Attal M, Lauwers-Cances V, Hulin C, Leleu X, Caillot D, Escoffre M, et al. Lenalidomide, Bortezomib, and Dexamethasone with Transplantation for Myeloma. *N Engl J Med.* 2017;376(14):1311-20, doi: 10.1056/NEJMoa1611750.
19. Rajkumar SV. Overview of the management of multiple myeloma. UpTo Date. [accedido 15 enero 2019]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/overview-of-the-management-of-multiple-myeloma>.
20. Kumar S, Paiva B, Anderson KC, Durie B, Landgren O, Moreau P, et al. International Myeloma Working Group consensus criteria for response and minimal residual disease assessment in multiple myeloma. *Lancet Oncol.* 2016;17(8):e328-46, doi: 10.1016/S1470-2045(16)30206-6.
21. Teh BW, Harrison SJ, Worth LJ, Spelman T, Thursky KA, Slavin MA. Risks, severity and timing of infections in patients with multiple myeloma: a longitudinal cohort study in the era of immunomodulatory drug therapy. *Br J Haematol.* 2015;171(1):100-8, doi: 10.1111/bjh.13532.
22. Rajkumar SV. Treatment of the complications of multiple myeloma. UpToDate. [accedido 14 marzo 2019]. Disponible en: <https://www.uptodate-com.bvscsm.a17.csinet.es/contents/treatment-of-the-complications-of-multiple-myeloma>.
23. Girmenia C, Cavo M, Offidani M, Scaglione F, Corso A, Di Raimondo F, et al. Management of infectious complications in multiple myeloma patients: Expert panel consensus-based recommendations. *Blood Rev.* 2019;34:84-94, doi: 10.1016/j.blre.2019.01.001.
24. Ferlay J, Ervik M, Lam F, Colombet M, Mery L, Piñeros M, et al. Global Cancer Observatory: Cancer Today. Global Cancer Observatory: Cancer Today. [accedido 3 enero 2019]. Disponible en: <https://gco.iarc.fr/today>.
25. Richter T, Nestler-Parr S, Babela R, Khan ZM, Tesoro T, Molsen E, et al. Rare Disease Terminology and Definitions—A Systematic Global Review: Report of the ISPOR Rare



Disease Special Interest Group. Value Health. 2015;18(6):906-14, doi: 10.1016/j.jval.2015.05.008.

26. Nielsen LK, Jarden M, Andersen CL, Frederiksen H, Abildgaard N. A systematic review of health-related quality of life in longitudinal studies of myeloma patients. Eur J Haematol. 2017;99(1):3-17, doi: 10.1111/ejh.12882.
27. King TA, King MT, White KJ. Patient Reported Outcomes in Optimizing Myeloma Patients' Health-Related Quality of Life. Semin Oncol Nurs. 2017;33(3):299-315, doi: 10.1016/j.soncn.2017.05.006.
28. Ernst & Young. Situación actual y retos del mieloma múltiple en España 2018. Ernst & Young; 2018.
29. Robinson D, Orlowski RZ, Stokes M, He J, Huse S, Chitnis A, et al. Economic burden of relapsed or refractory multiple myeloma: Results from an international trial. Eur J Haematol. 2017;99(2):119-32, doi: 10.1111/ejh.12876.
30. Informe 2015 de necesidades de los pacientes con mieloma múltiple y sus familiares en España. Asociación Española de Afectados por Linfoma, Mieloma y Leucemia; 2015.
31. Banke-Thomas AO, Madaj B, Charles A, van den Broek N. Social Return on Investment (SROI) methodology to account for value for money of public health interventions: A systematic review. BMC Public Health. 2015;15(1):582-95, doi: 10.1186/s12889-015-1935-7.
32. Masters R, Anwar E, Collins B, Cookson R, Capewell S. Return on investment of public health interventions: a systematic review. J Epidemiol Community Health. 2017;71(8):827-34, doi: 10.1136/jech-2016-208141.
33. Ortíz A, Rivero G. Desmitificando la Teoría del Cambio. 2007.
34. Retolazo Eguren Í. Teoría de cambio. Un enfoque de pensamiento-acción para navegar en la complejidad de los procesos de cambio social. 2010.
35. IRIS Metrics | IRIS. [accedido 18 abril 2016]. Disponible en: <https://iris.thegiin.org/metrics>.
36. Hehenberger L, Harling A-M, Scholten P. Asociación Española de Fundaciones European Venture Philanthropy Association. Guía práctica para la medición y la gestión del impacto. EVPA; 2015.
37. Emerson J, Cabaj M. Social return on investment. Mak Waves. 2000;11(2):10-4.
38. Narrillos H. Economía Social. Valoración y medición de la inversión social (método SROI). Madrid: Ecobook; 2012.
39. Tuan MT. Measuring and/or estimating social value creation: Insights into eight integrated cost approaches. 2008.
40. González A, Ivanova Y, Jiménez M, Merino M, Hidalgo Á, Alfonso S, et al. Retorno Social de la Inversión de un abordaje ideal de la psoriasis. Majadahonda, Madrid: Instituto Max Weber; 2016.



41. Merino M, Jiménez M, Ivanova Y, González A, Villoro R, Hidalgo Á, et al. Valor social de un abordaje ideal en insuficiencia cardiaca. Madrid: Instituto Max Weber; 2017.
42. Durán Piñeiro G, Sánchez Carreira MC, Peña Gil C, Paredes-Galán E, Gómez Ruíz R, Lado Sestayo R, et al. El retorno económico y social de la e-interconsulta de cardiología en el área de Vigo. ICEDE Work Pap Ser ISSN 2254-7487. 2015;11:1-28.
43. de Castro Carpeño J, Fírvida Pérez JL, Lianes Barragán P, Cobo Dols MÁ, Gil Gil JM, Carrato Mena A, et al. Cuantificando el beneficio de la sustitución por vinorelbina oral en los pacientes susceptibles de tratamiento con vinorelbina. Estudio del retorno social de la inversión. Rev Esp Econ Salud. 2018;13(2):336-53.
44. Merino M, Jiménez M, Gómez-García T, Ivanova Y, Hidalgo-Vega Á, Moral Torres E, et al. Proyecto SROI-EM. Impacto clínico, asistencial, económico y social del abordaje ideal de la esclerosis múltiple en comparación con el abordaje actual. Madrid: Fundación Weber; 2018.
45. Merino M, Ivanova Y, Gómez-García T, Hidalgo-Vega Á, Díaz González F, García de Vicuña R, et al. Proyecto SROI-AR Impacto clínico, asistencial, económico y social del abordaje ideal de la artritis reumatoide en comparación con el abordaje actual. Madrid: Fundación Weber; 2019.
46. Nicholls J, Lawlor E, Neitzert E, Goodspeed T. A guide to Social Return on Investment. UK: The SROI Network. Accounting for Value; 2012.
47. Bastida JL, Oliva J, Antoñanzas F, García-Altés A, Gisbert R, Mar J, et al. Propuesta de guía para la evaluación económica aplicada a las tecnologías sanitarias. Gac Sanit. 2010;24(2):154–170.
48. Instituto Nacional de Estadística. Índice de Precios de Consumo. Base 2016. Medias anuales. Índices nacionales: general y de grupos ECOICOP. [accedido 11 marzo 2019]. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=22553>.
49. Organización Nacional de Trasplantes. Memoria de Trasplante de Progenitores Hematopoyéticos 2016. [accedido 19 febrero 2019]. Disponible en: <http://www.ont.es/infesp/Memorias/Memoria%20TPH%202016.corregida.pdf>.
50. Proyecto SROI-MM. Encuesta a pacientes con Mieloma Múltiple. 2018.
51. Eurostat. Cardiovascular related healthcare personnel and equipment, 2010 and 2015 (per 100 000 inhabitants). 2018, Disponible en: [https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=File:Cardiovascular_related_healthcare_personnel_and_equipment,_2010_and_2015_\(per_100_000_inhabitants\)_HLTH18.png](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=File:Cardiovascular_related_healthcare_personnel_and_equipment,_2010_and_2015_(per_100_000_inhabitants)_HLTH18.png).
52. Instituto Nacional de Estadística. INEbase / Demografía y población / Padrón. Población por municipios / Cifras oficiales de población de los municipios españoles: Revisión del Padrón Municipal / Cifras oficiales de población resultantes de la revisión del Padrón municipal a 1 de enero. Total Nacional, 2016. [accedido 18 enero 2018]. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=2852>.
53. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Consulta Interactiva del SNS. Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP). Recursos. Profesionales 2017. [accedido 11



febrero 2019]. Disponible en:

<http://pestadistico.inteligenciadegestion.msssi.es/publicoSNS/comun/Cubo.aspx?IdNodo=6407>.

54. Meiser B, Gleeson M, Watts K, Peate M, Ziliacus E, Barlow-Stewart K, et al. Getting to the Point: What Women Newly Diagnosed With Breast Cancer Want to Know About Treatment-Focused Genetic Testing. *Oncol Nurs Forum*. 2012;39(2):E101-11, doi: 10.1188/12.ONF.E101-E111.
55. Rood J a. J, Nauta IH, Witte BI, Stam F, van Zuuren FJ, Manenschijn A, et al. Shared decision-making and providing information among newly diagnosed patients with hematological malignancies and their informal caregivers: Not «one-size-fits-all». *Psychooncology*. 2017;26(12):2040-7, doi: 10.1002/pon.4414.
56. Rood JAJ, Zuuren FJ van, Stam F, Ploeg T van der, Eeltink C, Leeuw IMV, et al. Perceived need for information among patients with a haematological malignancy: associations with information satisfaction and treatment decision-making preferences. *Hematol Oncol*. 2015;33(2):85-98, doi: 10.1002/hon.2138.
57. Campbell V, Kynoch K, Tolmie J, Donges C. Implementing patient information for gynaecology patients at a tertiary referral health service. *Int J Evid Based Healthc*. 2017;15(3):121-6, doi: 10.1097/XEB.000000000000109.
58. Oerlemans S, Husson O, Mols F, Poortmans P, Roerdink H, Daniels LA, et al. Perceived information provision and satisfaction among lymphoma and multiple myeloma survivors—results from a Dutch population-based study. *Ann Hematol*. 2012;91(10):1587-95, doi: 10.1007/s00277-012-1495-1.
59. Tamirisa NP, Goodwin JS, Kandalam A, Linder SK, Weller S, Turrubiate S, et al. Patient and physician views of shared decision making in cancer. *Health Expect Int J Public Particip Health Care Health Policy*. 2017;20(6):1248-53, doi: 10.1111/hex.12564.
60. Rood JA, Eeltink CM, Zuuren FJ van, Leeuw IMV, Huijgens PC. Perceived need for information of patients with haematological malignancies: a literature review. *J Clin Nurs*. 2015;24(3-4):353-69, doi: 10.1111/jocn.12630.
61. Herrmann A, Sanson-Fisher R, Hall A, Wall L, Zdenkowski N, Waller A. A discrete choice experiment to assess cancer patients' preferences for when and how to make treatment decisions. *Support Care Cancer*. 2018;26(4):1215-20, doi: 10.1007/s00520-017-3944-9.
62. Stewart DE, Lickrish GM, Sierra S, Parkin H. The effect of educational brochures on knowledge and emotional distress in women with abnormal Papanicolaou smears. *Obstet Gynecol*. 1993;81(2):280-2.
63. Murray C, Thomas E, Pollock W. Vaginal pessaries: can an educational brochure help patients to better understand their care? *J Clin Nurs*. 2017;26(1-2):140-7, doi: 10.1111/jocn.13408.
64. Mayer DK, Green M, Check DK, Gerstel A, Chen RC, Asher G, et al. Is there a role for survivorship care plans in advanced cancer? *Support Care Cancer*. 2015;23(8):2225-30, doi: 10.1007/s00520-014-2586-4.



65. Medrano Martínez V, Callejo-Domínguez JM, Beltrán-Iasco I, Pérez-Carmona N, Abellán-Miralles I, González-Caballero G, et al. Folletos de información educativa en migraña: satisfacción percibida en un grupo de pacientes. *Neurología*. 2014;30(8):472-8, doi: 10.1016/j.nrl.2014.04.010.
66. Hanrahan PF, Hersey P, Watson AB, Callaghan TM. The effect of an educational brochure on knowledge and early detection of melanoma. *Aust J Public Health*. 1995;19(3):270-4, doi: 10.1111/j.1753-6405.1995.tb00442.x.
67. Pavic D, Schell MJ, Dancel RD, Sultana S, Lin L, Sejpal SV, et al. Comparison of Three Methods to Increase Knowledge About Breast Cancer and Breast Cancer Screening in Screening Mammography Patients. *Acad Radiol*. 2007;14(5):553-60, doi: 10.1016/j.acra.2007.01.011.
68. Asociación Española Contra el Cáncer. Identificación y priorización de las necesidades de los enfermos de cáncer y sus familiares. 2013.
69. Asociación Española de Afectados por Linfoma, Mieloma y Leucemia. Sensibilización social sobre la realidad de los pacientes con mieloma múltiple y sus cuidadores informales. Madrid: Asociación Española de Afectados por Linfoma, Mieloma y Leucemia; 2014.
70. Asociación Española de Afectados por Linfoma, Mieloma y Leucemia. Informe de recomendaciones para la atención de calidad del Mieloma Múltiple. Asociación Española de Afectados por Linfoma, Mieloma y Leucemia; 2017.
71. Myelom Gruppe Rhein-Main. Informe de resultados - Encuesta internacional: Detección del mieloma. Myelom Gruppe Rhein-Main. Myeloma Euronet; 2009.
72. Ellis PM. The importance of multidisciplinary team management of patients with non-small-cell lung cancer. *Curr Oncol*. 2012;19(Suppl 1):S7-15, doi: 10.3747/co.19.1069.
73. Fundación Leucemia y Linfoma. Libro blanco del mieloma múltiple en España 2004. Fundación Leucemia y Linfoma; 2005.
74. Alvarez-Cordovés MM, Mirpuri-Mirpuri PG, Pérez-Monje A. Diagnosis of multiple myeloma in primary care. Suspicion with an appropriate clinical history. *Semergen*. 2013;39(6):e21-24, doi: 10.1016/j.semerg.2012.05.006.
75. Howell DA, Hart RI, Smith AG, Macleod U, Patmore R, Cook G, et al. Myeloma: Patient accounts of their pathways to diagnosis. *PLoS ONE*. 2018;13(4), doi: 10.1371/journal.pone.0194788.
76. Proyecto SROI-MM. Grupo Multidisciplinar de Trabajo. 2018.
77. Le Guyader-Peyrou S, Orazio S, Dejardin O, Maynadié M, Troussard X, Monnereau A. Factors related to the relative survival of patients with diffuse large B-cell lymphoma in a population-based study in France: does socio-economic status have a role? *Haematologica*. 2017;102(3):584-92, doi: 10.3324/haematol.2016.152918.
78. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Barómetro Sanitario 2018. Tabulación por edad. 2018.



79. Giménez Artes A, Fernández-Lasquetty Blanc B, Peña Laguna C, Ferro Montiu M, González García A. La aportación enfermera a la sostenibilidad del Sistema Sanitario. Repercusión económica de los cuidados. 2015.
80. Garcés J, Ródenas F. La gestión de casos como metodología para la conexión de los sistemas sanitario y social en España. *Aten Primaria*. 2015;47(8):482-9, doi: 10.1016/j.aprim.2014.11.005.
81. Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat. Estrategia para la atención a pacientes crónicos en la Comunitat Valenciana. 2014.
82. Mármol-López MI, Montoya IM, Lozoya RM, Pérez AE, Gea-Caballero V. Impacto de las intervenciones enfermeras en la atención a la cronicidad en España. Revisión sistemática. *Rev Esp Salud Pública*. 2018;92:15.
83. Miguélez-Chamorro A, Casado-Mora MI, Company-Sancho MC, Balboa-Blanco E, Font-Oliver MA, Román-Medina Isabel I. Enfermería de práctica avanzada y gestión de casos: elementos imprescindibles en el nuevo modelo de atención a la cronicidad compleja en España. *Enferm Clínica*. 2018, doi: 10.1016/j.enfcli.2018.08.005.
84. García-Juárez M del R, López-Alonso SR, Moreno-Verdugo A, Guerra-González S, Fernández-Corchero J, Márquez-Borrego MJ, et al. Personalización de cuidados hospitalarios y su efecto sobre la relación de confianza enfermera-paciente. *Enferm Clínica*. 2013;23(6):243-51, doi: 10.1016/j.enfcli.2013.09.006.
85. Gallud J, Soler P, Cuevas D. New nursing roles for the integrated management of complex chronic and palliative care patients in the region of Valencia/Nuevos perfiles enfermería para el manejo integral de pacientes crónicos complejos y paliativos en la Comunidad Valenciana. *Int J Integr Care*. 2012;12(3), doi: 10.5334/ijic.869.
86. García-Fernández FP, Arrabal Orpez MJ, Rodríguez Torres M del C, Gila Selas C, Carrascosa García I, Laguna Parras JM. Influencia de las enfermeras gestoras de casos en la calidad de vida de las cuidadoras de pacientes pluripatológicos. *Gerokomos*. 2014;25(2):68-71.
87. Fernández SB, Jorge Martín V, Sánchez Vázquez, CM, Bejar Alonso E. Atención psicológica para pacientes con cáncer y sus familiares: ¿qué nos encontramos en la práctica clínica? *Psicooncología*. 2017;13(2-3), doi: 10.5209/PSIC.54432.
88. Asociación Española Contra el Cáncer. Estudio sobre la Atención Psicológica en Cáncer en el Sistema Nacional de Salud en España. 2019.
89. Waller A, Williams A, Groff SL, Bultz BD, Carlson LE. Screening for distress, the sixth vital sign: examining self-referral in people with cancer over a one-year period. *Psychooncology*. 2013;22(2):388-95, doi: 10.1002/pon.2102.
90. Fundación ECO y Asociación Española Contra el Cáncer. Necesidades no clínicas de los pacientes con cáncer y acompañantes en España: una visión multidisciplinar. 2018.
91. Pinquart M, Duberstein PR. Depression and cancer mortality: a meta-analysis. *Psychol Med*. 2010;40(11):1797-810, doi: 10.1017/S0033291709992285.



92. Salvador-Carulla L, Bendeck M, Fernández A, Alberti C, Sabes-Figuera R, Molina C, et al. Costs of depression in Catalonia (Spain). *J Affect Disord.* 2011;132(1-2):130-8, doi: 10.1016/j.jad.2011.02.019.
93. Linden W, Vodermaier A, MacKenzie R, Greig D. Anxiety and depression after cancer diagnosis: Prevalence rates by cancer type, gender, and age. *J Affect Disord.* 2012;141(2):343-51, doi: 10.1016/j.jad.2012.03.025.
94. Asociación Española de Afectados por Linfoma, Mieloma y Leucemia. Informe 2015 de necesidades de los pacientes con mieloma múltiple y sus familiares en España. 2015.
95. Garrido-Elustondo S, Molino-González AM, López-Gómez C, Arrojo-Arias E, Martín-Bun M, Moreno-Bueno MA. Coordinación asistencial entre atención primaria y especializada. Satisfacción con el proyecto especialista consultor. *Rev Calid Asist.* 2009;24 (6):263-71, doi: 10.1016/j.cali.2009.07.002.
96. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Sistema HCDSNS. Historia Clínica Digital del Sistema Nacional de Salud. 2019.
97. Servicio Andaluz de Salud. AGSCG: Uso profesional de la Historia Clínica Digital del Sistema Nacional de Salud (HCDSNS). [accedido 19 febrero 2019]. Disponible en: <http://campusvirtual.areadegestionsanitariacampodegibraltar.es/mod/forum/discuss.php?d=11017>.
98. Alonso A, Iraburu M, Saldaña ML, Pedro MT de. Implantación de una historia clínica informatizada: encuesta sobre el grado de utilización y satisfacción en un hospital terciario. *Análisis Sist Sanit Navar.* 2004;27(2):233-9.
99. Sabartés Fortuny R. Historia clínica electrónica en un departamento de obstetricia, ginecología y reproducción: desarrollo e implementación. Factores clave. 2013.
100. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Interoperabilidad de receta electrónica en el Sistema Nacional de Salud. 2019.
101. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Implantación de la receta electrónica en el SNS. Febrero 2019. 2019.
102. Servei Salut Illes Balears M. Material de formación de receta electrónica. [accedido 19 febrero 2019]. Disponible en: <https://www.ibsalut.es/ibsalut/es/profesionales/receta-electronica/material-de-formacion-de-receta-electronica>.
103. Villímar Rodríguez AI, Gangoso Feroso AB, Calvo Pita C, Ariza Cardiel G. Percepción de los médicos de atención primaria sobre la receta electrónica. *Rev Calid Asist.* 2016;31(6):338-46.
104. Mateu J, Zaforteza M, Boronat M, Álvarez M, Pou J. Receta electrónica: impacto sobre la frecuentación al centro de salud. *Gaceta Sanitaria*, vol. 25. Palma de Mallorca; 2011. p. 96.
105. Apoya tu Salud. Receta electrónica: 5 ventajas + 1 inconveniente - ApoyatuSalud. Apoya tu Salud. [accedido 13 marzo 2019]. Disponible en: <https://www.apoyatusalud.com/5-ventajas-1-inconveniente-de-receta-electronica/>.



106. Redacción Médica. El Ministerio extiende la receta electrónica interoperable a 14 comunidades. Redacción Médica. [accedido 20 marzo 2019]. Disponible en: <https://www.redaccionmedica.com/secciones/farmacia/el-ministerio-extiende-la-receta-electronica-interoperable-a-14-comunidades-9699>.
107. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Red de Escuelas de Salud para la Ciudadanía. [accedido 25 febrero 2019]. Disponible en: <http://www.escuelas.mscbs.gob.es/conocenos/laRed/home.htm>.
108. Grupo de Farmacia Oncológica de la SEFH. Hojas de Información al paciente. [accedido 2 septiembre 2019]. Disponible en: <https://gruposdetrabajo.sefh.es/gedefo/index.php/documentos>.
109. Asociación Española de Afectados por Linfoma, Mieloma, Leucemia y Síndromes Mieloproliferativos. Guías MM | AEAL. 2019, Disponible en: <http://www.aeal.es/mieloma-multiple-espana/guias-mm/>.
110. CEMMP - Comunidad Española de Pacientes con Mieloma Múltiple. Conoce el mieloma. 2019, Disponible en: <https://www.comunidadmielomamultiple.com/conoce-el-mieloma/>.
111. Durie BGM. Guía para el paciente. 2017.
112. Asociación Española de Afectados por Linfoma, Mieloma y Leucemia. ¿Qué es el Mieloma Múltiple? Guía para pacientes y familiares. 2016.
113. Mussetti A. Mieloma múltiple: una guía para pacientes. Información para el paciente basada en la guía clínica de la ESMO. 2017.
114. International Myeloma Foundation. What Is Multiple Myeloma? [accedido 1 marzo 2019]. Disponible en: <https://www.myeloma.org/what-is-multiple-myeloma>.
115. Abellán García A, Ayala García A, Pérez Díaz J, Pujol Rodríguez R. Un perfil de las personas mayores en España, 2018. Indicadores estadísticos básicos. Inf Envejec En Red. 2018;17:34.
116. Sociedad Española de Hematología y Hemoterapia. Acciones dirigidas a la normalización de la vida de los pacientes con Mieloma Múltiple y sus familiares. 2018.
117. Arboleda AM. La adherencia terapéutica como factor decisivo en los resultados del paciente oncológico. Rev Pharma Mark. 2014, Disponible en: <https://www.phmk.es/la-adherencia-terapeutica-factor-decisivo-en-pacientes-oncologicos/>.
118. Bouwman L, Eeltink CM, Visser O, Janssen JJWM, Maaskant JM. Prevalence and associated factors of medication non-adherence in hematological-oncological patients in their home situation. BMC Cancer. 2017;17, doi: 10.1186/s12885-017-3735-1.
119. Fundación Merck Salud, Sociedad Española de Enfermería Oncológica, Sociedad Española de Oncología Médica. Curso de formación online para Enfermería Oncológica - Proyecto ENCO. [accedido 21 diciembre 2018]. Disponible en: <https://seom.org/formacion/formacion-on-line/curso-para-enfermeria-oncologica>.



120. Medical campus. Plataforma de Formación en Oncología, Hematología y Enfermedades Raras. [accedido 7 marzo 2019]. Disponible en: <http://www.medicalcampus.es/>.
121. Hall AE, Paul C, Bryant J, Lynagh MC, Rowlings P, Enjeti A, et al. To adhere or not to adhere: Rates and reasons of medication adherence in hematological cancer patients. *Crit Rev Oncol Hematol*. 2016;97:247-62, doi: 10.1016/j.critrevonc.2015.08.025.
122. Farmaindustria. Plan de adherencia al tratamiento. Uso responsable del medicamento. 2016.
123. Gupta S, Abouzaid S, Liebert R, Parikh K, Ung B, Rosenberg AS. Assessing the Effect of Adherence on Patient-reported Outcomes and Out of Pocket Costs Among Patients With Multiple Myeloma. *Clin Lymphoma Myeloma Leuk*. 2018;18(3):210-8, doi: 10.1016/j.clml.2018.01.006.
124. Northouse L, Williams A, Given B, McCorkle R. Psychosocial Care for Family Caregivers of Patients With Cancer. *J Clin Oncol*. 2012, doi: 10.1200/JCO.2011.39.5798.
125. Nucci M, Anaissie E. Infections in Patients With Multiple Myeloma. *Semin Hematol*. 2009;46(3):277-88, doi: 10.1053/j.seminhematol.2009.03.006.
126. Servicio Madrileño de Salud. Promoción de Calidad y Guía de Buenas Prácticas - Prevención y Control de la Infección Nosocomial. 2007.
127. Asociación Española de Afectados por Linfoma, Mieloma y Leucemia. Prevención de las infecciones nosocomiales. 2014.
128. Girard R, Perraud M, Herriot HE, Prüss A, Savey A, Tikhomirov E, et al. Prevención de las infecciones nosocomiales - Guía Práctica. Organización Mundial de la Salud; 2003.
129. Sung AD, Sung JAM, Thomas S, Hyslop T, Gasparetto C, Long G, et al. Universal Mask Usage for Reduction of Respiratory Viral Infections After Stem Cell Transplant: A Prospective Trial. *Clin Infect Dis Off Publ Infect Dis Soc Am*. 2016;63(8):999-1006, doi: 10.1093/cid/ciw451.
130. MacIntyre CR, Chughtai AA. Facemasks for the prevention of infection in healthcare and community settings. *BMJ*. 2015;350:h694, doi: 10.1136/bmj.h694.
131. Sokol KA, Vega-Diaz ID la, Edmondson-Martin K, Kim S, Tindle S, Wallach F, et al. Masks for prevention of respiratory viruses on the BMT unit: results of a quality initiative. *Transpl Infect Dis*. 2016;18(6):965-7, doi: 10.1111/tid.12608.
132. Anderson DJ, Miller BA, Chen LF, Adcock LH, Cook E, Cromer AL, et al. The Network Approach for Prevention of Healthcare-Associated Infections: Long-Term Effect of Participation in the Duke Infection Control Outreach Network. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 2011;32(4):315-22, doi: 10.1086/658940.
133. Liang SY, Theodoro DL, Schuur JD, Marschall J. Infection Prevention in the Emergency Department. *Ann Emerg Med*. 2014;64(3):299-313, doi: 10.1016/j.annemergmed.2014.02.024.



134. Sociedad Española de Hematología y Hemoterapia. Acciones dirigidas a la normalización de la vida de los pacientes con Mieloma Múltiple y sus familiares. 2018.
135. Carter EJ, Pouch SM, Larson EL. Common Infection Control Practices in the Emergency Department: A Literature Review. *Am J Infect Control*. 2014;42(9):957-62, doi: 10.1016/j.ajic.2014.01.026.
136. Huoi C, Vanhems P, Nicolle M-C, Michallet M, Bénet T. Incidence of Hospital-Acquired Pneumonia, Bacteraemia and Urinary Tract Infections in Patients with Haematological Malignancies, 2004–2010: A Surveillance-Based Study. *PLoS ONE*. 2013;8(3), doi: 10.1371/journal.pone.0058121.
137. Fusco FM, Schilling S, De Iaco G, Brodt H-R, Brouqui P, Maltezou HC, et al. Infection control management of patients with suspected highly infectious diseases in emergency departments: data from a survey in 41 facilities in 14 European countries. *BMC Infect Dis*. 2012;12:27, doi: 10.1186/1471-2334-12-27.
138. Comunidad de Madrid. Plan de Inversiones Hospitalares 2019-2029. Comunidad de Madrid. 2018.
139. Mateos MC, Arguiñano JM, Ardaiz MA, Oyarzábal FJ. Infecciones en pacientes oncohematológicos no trasplantados. *An Sist Sanit Navar*. 2005;28(1):59-81.
140. Australasian College for emergency medicine. Emergency Department Design Guidelines. [accedido 4 febrero 2019]. Disponible en: https://acem.org.au/getmedia/faf63c3b-c896-4a7e-aa1f-226b49d62f94/G15_v03_ED_Design_Guidelines_Dec-14.aspx.
141. Isolation Precautions | Guidelines Library | Infection Control | CDC. [accedido 13 febrero 2019]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/infectioncontrol/guidelines/isolation/index.html>.
142. Biagioli V, Piredda M, Alvaro R, Marinis MG de. The experiences of protective isolation in patients undergoing bone marrow or haematopoietic stem cell transplantation: systematic review and metasynthesis. *Eur J Cancer Care (Engl)*. 2017;26(5):e12461, doi: 10.1111/ecc.12461.
143. Tecchio C, Bonetto C, Bertani M, Cristofalo D, Lasalvia A, Nichele I, et al. Predictors of anxiety and depression in hematopoietic stem cell transplant patients during protective isolation. *Psychooncology*. 2013;22(8):1790-7, doi: 10.1002/pon.3215.
144. Annibali O, Pensieri C, Tomarchio V, Biagioli V, Pennacchini M, Tendas A, et al. Protective Isolation for Patients with Haematological Malignancies: A Pilot Study Investigating Patients' Distress and Use of Time. *Int J Hematol-Oncol Stem Cell Res*. 2017;11(4):313-8.
145. Biagioli V, Piredda M, Annibali O, Iacorossi L, D'Angelo D, Matarese M, et al. Being in protective isolation following autologous haematopoietic stem cell transplantation: A phenomenological study. *J Clin Nurs*. 2017;26(23-24):4467-78, doi: 10.1111/jocn.13777.
146. Ibert F, Eckstein M, Günther F, Mutters NT. The relationship between subjective perception and the psychological effects of patients in spatial isolation. *GMS Hyg Infect Control*. 2017;12, doi: 10.3205/dgkh000296.



147. Kutash M, Northrop L. Family members' experiences of the intensive care unit waiting room. *J Adv Nurs*. 2007;60(4):384-8, doi: 10.1111/j.1365-2648.2007.04388.x.
148. Hospital Waiting Room Remodel to Improve Patient, Family Experience. Decatur County Memorial Hospital. [accedido 22 febrero 2019]. Disponible en: <https://www.dcmh.net/hospital-waiting-room-remodel-improve-patient-family-experience/>.
149. Sociedad Española De Cuidados Paliativos. Análisis y evaluación de los recursos de Cuidados Paliativos de España. Monografías SECPAL. 2016.
150. Conselleria de Salut de les Illes Balears. Informe de la situación actual en Cuidados Paliativos. 2014.
151. 20Minutos. El 80% de los enfermos terminales quiere recibir cuidados paliativos en casa. 20minutos.es - Últimas Noticias. 2017, Disponible en: <https://www.20minutos.es/noticia/3160380/0/enfermos-terminales-quieren-recibir-cuidados-paliativos-casa/>.
152. Auret K, Bulsara C, Joske D. Australasian haematologist referral patterns to palliative care: lack of consensus on when and why. *Intern Med J*. 2003;33(12):566-71, doi: 10.1111/j.1445-5994.2003.00490.x.
153. García-Baquero Merino MT, Gil Higes E, Fernández Gómez MC, Sanz Peces EM, Dones Sánchez M, Domínguez Cruz A, et al. Programa centralizado de formación en Cuidados Paliativos. Coordinación Regional de la Comunidad de Madrid 2010-2015. *Educ Médica*. 2017;18(2):103-13, doi: 10.1016/j.edumed.2016.04.007.
154. Gómez-Batiste X, Pascual A, Espinosa J, Caja C. Diseño, implementación y evaluación de programas públicos de cuidados paliativos. *Med Clínica*. 2010;135(4):179-85, doi: 10.1016/j.medcli.2010.02.007.
155. Gómez-Batiste X, Tuca A, Corrales E, Porta-Sales J, Amor M, Espinosa J, et al. Resource Consumption and Costs of Palliative Care Services in Spain: A Multicenter Prospective Study. *J Pain Symptom Manage*. 2006;31(6):522-32, doi: 10.1016/j.jpainsymman.2005.11.015.
156. Quiñones Pérez A, Álvarez Jiménez P, García Sánchez MJ, Guardia Mancilla P. Influencia de la atención avanzada en cuidados paliativos en la frecuentación de las urgencias hospitalarias. *Med Paliativa*. 2013;20(2):60-3, doi: 10.1016/j.medipa.2012.07.003.
157. Porta-Sales J, Moreno-Alonso D, Guerrero-Torrelles M, Llorens-Torrome S, Galiano-Barajas M, Sarra-Escarré J, et al. Cuidados paliativos en hematología clínica: experiencia de una consulta integrativa en pacientes con mieloma múltiple. *Med Paliativa*. 2017;188-95, doi: 10.1016/j.medipa.2016.01.002.
158. Porta-Sales J, Guerrero-Torrelles M, Moreno-Alonso D, Sarra-Escarré J, Clapés-Puig V, Trelis-Navarro J, et al. Is Early Palliative Care Feasible in Patients With Multiple Myeloma? *J Pain Symptom Manage*. 2017;54(5):692-700, doi: 10.1016/j.jpainsymman.2017.04.012.
159. Dones Sánchez M, Bimbaum NC, Barbero Gutierrez J, Gomis Bofill C, Balbuena Mora-Figueroa P, Benito Oliver E. ¿Cómo percibimos los profesionales el acompañamiento



espiritual en los equipos de Cuidados Paliativos en España? Med Paliativa. 2016;23(2):63-71, doi: 10.1016/j.medipa.2013.07.002.

160. Leukemia & Lymphoma Society. Información sobre el manejo del dolor. 2013.
161. Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Guía de Cuidados Paliativos. s. f.
162. Cía Ramos R, Duarte Rodríguez M, Fernández López A, Martín Roselló M, Sanz Amores R. Guía de información sobre cuidados paliativos. 2009.
163. Instituto Nacional del Cáncer. Hablar del pronóstico hace que pacientes con cáncer terminal entiendan mejor su enfermedad. National Cancer Institute. [accedido 4 marzo 2019]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/noticias/temas-y-relatos-blog/2016/cancer-pronostico-platicas>.
164. Pérez Escribano E. Programa de Intervención Psicoeducativa en Cuidados Paliativos. 2013.
165. Halverson JL, Martinez-Donate AP, Palta M, Leal T, Lubner S, Walsh MC, et al. Health Literacy and Health-Related Quality of Life Among a Population-Based Sample of Cancer Patients. J Health Commun. 2015;20(11):1320-9, doi: 10.1080/10810730.2015.1018638.
166. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Estrategia en Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud. Actualización 2010-2014. 2011.
167. Organización Mundial de la Salud. Programas nacionales de lucha contra el cáncer: directrices sobre política y gestión: resumen de orientación. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2002.

12 Índice de tablas

Tabla 1. Criterios diagnósticos del mieloma múltiple y mieloma múltiple latente	14
Tabla 2. Estratificación del riesgo en sujetos diagnosticados de mieloma múltiple y supervivencia en cada estadio de la clasificación	15
Tabla 3. Algoritmo para el tratamiento inicial del mieloma múltiple	16
Tabla 4. Criterios de enfermedad mínima residual en respuesta al tratamiento	17
Tabla 5. Parámetros de incidencia, mortalidad y prevalencia del mieloma múltiple en el mundo, Europa y España. 2018	18
Tabla 6. Propuestas para la mejora del abordaje del MM en el área de Diagnóstico.	32
Tabla 7. Propuestas para la mejora del abordaje del MM en el área de Seguimiento	32
Tabla 8. Propuestas para la mejora del abordaje del MM en el área de Urgencias, hospitalización y trasplante	32
Tabla 9. Propuestas para la mejora del abordaje del MM en el área de Soporte.	32



IMPACTO
 CLÍNICO, ASISTENCIAL ECONÓMICO Y SOCIAL
DEL ABORDAJE IDEAL DEL
MIELOMA MÚLTIPLE
PROYECTO SROI-MM

Tabla 10. Alcance de la Propuesta 1: Información escrita sobre la enfermedad y su tratamiento (en caso de necesitarlo), dirigida a pacientes y familiares en el momento del diagnóstico.	36
Tabla 11. Inversión de la Propuesta 1: Información escrita sobre la enfermedad y su tratamiento (en caso de necesitarlo), dirigida a pacientes y familiares en el momento del diagnóstico.	37
Tabla 12. Inversión futura de la Propuesta 1: Información escrita sobre la enfermedad y su tratamiento (en caso de necesitarlo), dirigida a pacientes y familiares en el momento del diagnóstico.	37
Tabla 13. Alcance del retorno de la Propuesta 1: Información escrita sobre la enfermedad y su tratamiento (en caso de necesitarlo), dirigida a pacientes y familiares en el momento del diagnóstico.	37
Tabla 14. Retorno cuantificado de la Propuesta 1: Información escrita sobre la enfermedad y su tratamiento (en caso de necesitarlo), dirigida a pacientes y familiares en el momento del diagnóstico.	38
Tabla 15. Impacto de la Propuesta 1: Información escrita sobre la enfermedad y su tratamiento (en caso de necesitarlo), dirigida a pacientes y familiares en el momento del diagnóstico.	39
Tabla 16. Retorno no cuantificado de la Propuesta 1: Información escrita sobre la enfermedad y su tratamiento (en caso de necesitarlo), dirigida a pacientes y familiares en el momento del diagnóstico.	40
Tabla 17. Alcance de la propuesta 2: Creación de equipos multidisciplinares con todas las especialidades implicadas, incluyendo atención primaria.	41
Tabla 18. Inversión de la Propuesta 2: Creación de equipos multidisciplinares con todas las especialidades implicadas, incluyendo atención primaria.	42
Tabla 19. Inversión futura de la Propuesta 2: Creación de equipos multidisciplinares con todas las especialidades implicadas, incluyendo atención primaria.	42
Tabla 20. Alcance del retorno de la Propuesta 2: Creación de equipos multidisciplinares con todas las especialidades implicadas, incluyendo atención primaria.	43
Tabla 21. Retorno cuantificado de la Propuesta 2: Creación de equipos multidisciplinares con todas las especialidades implicadas, incluyendo atención primaria.	44
Tabla 22. Impacto de la Propuesta 2: Creación de equipos multidisciplinares con todas las especialidades implicadas, incluyendo atención primaria.	45
Tabla 23. Retorno no cuantificado de la Propuesta 2: Creación de equipos multidisciplinares con todas las especialidades implicadas, incluyendo atención primaria.	46
Tabla 24. Alcance de la Propuesta 3: Enfermería gestora de casos hospitalaria.	47
Tabla 25. Inversión de la Propuesta 3: Enfermería gestora de casos hospitalaria.	48
Tabla 26. Inversión futura de la Propuesta 3: Enfermería gestora de casos hospitalaria.	48
Tabla 27. Alcance del retorno de la Propuesta 3: Enfermería gestora de casos hospitalaria.	48
Tabla 28. Retorno cuantificado de la Propuesta 3: Enfermería gestora de casos hospitalaria.	49
Tabla 29. Impacto de la Propuesta 3: Enfermería gestora de casos hospitalaria.	50
Tabla 30. Retorno no cuantificado de la Propuesta 3: Enfermería gestora de casos hospitalaria.	50



IMPACTO
 CLÍNICO, ASISTENCIAL ECONÓMICO Y SOCIAL
DEL ABORDAJE IDEAL DEL
MIELOMA MÚLTIPLE
PROYECTO SROI-MM

Tabla 31. Alcance de la Propuesta 4: Acceso a psicooncología en el momento del diagnóstico, tanto para pacientes como para familiares.	51
Tabla 32. Inversión de la Propuesta 4: Acceso a psicooncología en el momento del diagnóstico, tanto para pacientes como para familiares.	52
Tabla 33. Inversión futura de la Propuesta 4: Acceso a psicooncología en el momento del diagnóstico, tanto para pacientes como para familiares.	52
Tabla 34. Alcance del retorno de la Propuesta 4: Acceso a psicooncología en el momento del diagnóstico, tanto para pacientes como para familiares.	52
Tabla 35. Retorno cuantificado de la Propuesta 4: Acceso a psicooncología en el momento del diagnóstico, tanto para pacientes como para familiares.	53
Tabla 36. Impacto de la Propuesta 4: Acceso a psicooncología en el momento del diagnóstico, tanto para pacientes como para familiares.	54
Tabla 37. Retorno no cuantificado de la Propuesta 4: Acceso a psicooncología en el momento del diagnóstico, tanto para pacientes como para familiares.	54
Tabla 38. Alcance de la Propuesta 5: Acceso integrado a la historia clínica del paciente.	57
Tabla 39. Inversión de la Propuesta 5: Acceso integrado a la historia clínica del paciente.	58
Tabla 40. Inversión futura de la Propuesta 5: Acceso integrado a la historia clínica del paciente.	58
Tabla 41. Alcance del retorno de la Propuesta 5: Acceso integrado a la historia clínica del paciente.	58
Tabla 42. Retorno cuantificado de la Propuesta 5: Acceso integrado a la historia clínica del paciente.	59
Tabla 43. Impacto de la Propuesta 5: Acceso integrado a la historia clínica del paciente.	59
Tabla 44. Retorno no cuantificado de la Propuesta 5: Acceso integrado a la historia clínica del paciente.	60
Tabla 45. Alcance de la Propuesta 6: Receta electrónica unificada.	61
Tabla 46. Inversión de la Propuesta 6: Receta electrónica unificada.	62
Tabla 47. Inversión futura de la Propuesta 6: Receta electrónica unificada.	62
Tabla 48. Alcance del retorno de la Propuesta 6: Receta electrónica unificada.	62
Tabla 49. Retorno cuantificado de la Propuesta 6: Receta electrónica unificada.	63
Tabla 50. Impacto de la Propuesta 6: Receta electrónica unificada.	64
Tabla 51. Retorno no cuantificado de la Propuesta 6: Receta electrónica unificada.	64
Tabla 52. Alcance de la Propuesta 7. Información oral y escrita sobre las pruebas de seguimiento y los tratamientos.	66
Tabla 53. Inversión de la Propuesta 7. Información oral y escrita sobre las pruebas de seguimiento y los tratamientos.	67
Tabla 54. Inversión futura de la Propuesta 7. Información oral y escrita sobre las pruebas de seguimiento y los tratamientos.	67
Tabla 55. Alcance del retorno de la Propuesta 7. Información oral y escrita sobre las pruebas de seguimiento y los tratamientos.	67
Tabla 56. Retorno cuantificado de la Propuesta 7. Información oral y escrita sobre las pruebas de seguimiento y los tratamientos.	68



Tabla 57. Impacto de la Propuesta 7. Información oral y escrita sobre las pruebas de seguimiento y los tratamientos.	69
Tabla 58. Retorno no cuantificado de la Propuesta 7. Información oral y escrita sobre las pruebas de seguimiento y los tratamientos.	69
Tabla 59. Alcance de la Propuesta 8. Valoración y seguimiento de la adherencia farmacológica.	70
Tabla 60. Inversión de la Propuesta 8. Valoración y seguimiento de la adherencia farmacológica.	71
Tabla 61. Inversión futura de la Propuesta 8. Valoración y seguimiento de la adherencia farmacológica.	71
Tabla 62. Alcance del retorno de la Propuesta 8. Valoración y seguimiento de la adherencia farmacológica.	71
Tabla 63. Retorno cuantificado de la Propuesta 8. Valoración y seguimiento de la adherencia farmacológica.	72
Tabla 64. Impacto de la Propuesta 8. Valoración y seguimiento de la adherencia farmacológica.	73
Tabla 65. Retorno no cuantificado de la Propuesta 8. Valoración y seguimiento de la adherencia farmacológica.	74
Tabla 66. Alcance de la Propuesta 9. Soporte psicológico en todo el proceso de seguimiento y tratamiento de la enfermedad, dirigido tanto a pacientes como a familiares.	75
Tabla 67. Inversión de la Propuesta 9. Soporte psicológico en todo el proceso de seguimiento y tratamiento de la enfermedad, dirigido tanto a pacientes como a familiares.	76
Tabla 68. Inversión futura de la Propuesta 9. Soporte psicológico en todo el proceso de seguimiento y tratamiento de la enfermedad, dirigido tanto a pacientes como a familiares.	76
Tabla 69. Alcance del retorno de la Propuesta 9. Soporte psicológico en todo el proceso de seguimiento y tratamiento de la enfermedad, dirigido tanto a pacientes como a familiares.	77
Tabla 70. Retorno cuantificado de la Propuesta 9. Soporte psicológico en todo el proceso de seguimiento y tratamiento de la enfermedad, dirigido tanto a pacientes como a familiares.	77
Tabla 71. Impacto de la Propuesta 9. Soporte psicológico en todo el proceso de seguimiento y tratamiento de la enfermedad, dirigido tanto a pacientes como a familiares.	78
Tabla 72. Retorno no cuantificado de la Propuesta 9. Soporte psicológico en todo el proceso de seguimiento y tratamiento de la enfermedad, dirigido tanto a pacientes como a familiares.	79
Tabla 73. Alcance de la Propuesta 10: Uso de mascarilla del paciente en el hospital y en los traslados.	83
Tabla 74. Inversión de la Propuesta 10: Uso de mascarilla del paciente en el hospital y en los traslados.	84
Tabla 75. Inversión futura de la Propuesta 10: Uso de mascarilla del paciente en el hospital y en los traslados.	84
Tabla 76. Alcance del retorno de la Propuesta 10: Uso de mascarilla del paciente en el hospital y en los traslados.	84



IMPACTO
 CLÍNICO, ASISTENCIAL ECONÓMICO Y SOCIAL
DEL ABORDAJE IDEAL DEL
MIELOMA MÚLTIPLE
PROYECTO SROI-MM

Tabla 77. Retorno cuantificado de la Propuesta 10: Uso de mascarilla del paciente en el hospital y en los traslados.	85
Tabla 78. Impacto de la Propuesta 10: Uso de mascarilla del paciente en el hospital y en los traslados.	85
Tabla 79. Retorno no cuantificado de la Propuesta 10: Uso de mascarilla del paciente en el hospital y en los traslados.	86
Tabla 80. Alcance de la Propuesta 11: Circuito de urgencia diferenciado para pacientes onco-hematológicos inmunodeprimidos.	87
Tabla 81. Inversión de la Propuesta 11: Circuito de urgencia diferenciado para pacientes onco-hematológicos inmunodeprimidos.	88
Tabla 82. Inversión futura de la Propuesta 11: Circuito de urgencia diferenciado para pacientes onco-hematológicos inmunodeprimidos.	88
Tabla 83. Alcance del retorno de la Propuesta 11: Circuito de urgencia diferenciado para pacientes onco-hematológicos inmunodeprimidos.	88
Tabla 84. Retorno cuantificado de la Propuesta 11: Circuito de urgencia diferenciado para pacientes onco-hematológicos inmunodeprimidos.	89
Tabla 85. Impacto de la Propuesta 11: Circuito de urgencia diferenciado para pacientes onco-hematológicos inmunodeprimidos.	90
Tabla 86. Retorno no cuantificado de la Propuesta 11: Circuito de urgencia diferenciado para pacientes onco-hematológicos inmunodeprimidos.	91
Tabla 87. Alcance de la Propuesta 12: Mejora de la asistencia hospitalaria en caso de ingresos largos, tanto para pacientes como familiares.	92
Tabla 88. Inversión de la Propuesta 12: Mejora de la asistencia hospitalaria en caso de ingresos largos, tanto para pacientes como familiares.	93
Tabla 89. Inversión futura de la Propuesta 12: Mejora de la asistencia hospitalaria en caso de ingresos largos, tanto para pacientes como familiares.	93
Tabla 90. Alcance del retorno de la Propuesta 12: Mejora de la asistencia hospitalaria en caso de ingresos largos, tanto para pacientes como familiares.	93
Tabla 91. Retorno cuantificado de la Propuesta 12: Mejora de la asistencia hospitalaria en caso de ingresos largos, tanto para pacientes como familiares.	94
Tabla 92. Impacto de la Propuesta 12: Mejora de la asistencia hospitalaria en caso de ingresos largos, tanto para pacientes como familiares.	95
Tabla 93. Retorno no cuantificado de la Propuesta 12: Mejora de la asistencia hospitalaria en caso de ingresos largos, tanto para pacientes como familiares.	96
Tabla 94. Alcance de la Propuesta 13. Formación en cuidados paliativos dirigida a profesionales sanitarios.	99
Tabla 95. Inversión de la Propuesta 13. Formación en cuidados paliativos dirigida a profesionales sanitarios.	100
Tabla 96. Inversión futura de la Propuesta 13. Formación en cuidados paliativos dirigida a profesionales sanitarios.	100
Tabla 97. Alcance del retorno de la Propuesta 13. Formación en cuidados paliativos dirigida a profesionales sanitarios.	101
Tabla 98. Retorno cuantificado de la Propuesta 13. Formación en cuidados paliativos dirigida a profesionales sanitarios.	102



IMPACTO
 CLÍNICO, ASISTENCIAL ECONÓMICO Y SOCIAL
DEL ABORDAJE IDEAL DEL
MIELOMA MÚLTIPLE
PROYECTO SROI-MM

Tabla 99. Impacto de la Propuesta 13. Formación en cuidados paliativos dirigida a profesionales sanitarios.	103
Tabla 100. Retorno no cuantificado de la Propuesta 13. Formación en cuidados paliativos dirigida a profesionales sanitarios.	103
Tabla 101. Alcance de la Propuesta 14. Información al paciente sobre manejo del dolor, tratamientos de soporte, cuidados paliativos y manejo de secuelas.	104
Tabla 102. Inversión de la Propuesta 14. Información al paciente sobre manejo del dolor, tratamientos de soporte, cuidados paliativos y manejo de secuelas.	105
Tabla 103. Inversión futura de la Propuesta 14. Información al paciente sobre manejo del dolor, tratamientos de soporte, cuidados paliativos y manejo de secuelas.	105
Tabla 104. Alcance del retorno de la Propuesta 14. Información al paciente sobre manejo del dolor, tratamientos de soporte, cuidados paliativos y manejo de secuelas.	106
Tabla 105. Retorno cuantificado de la Propuesta 14. Información al paciente sobre manejo del dolor, tratamientos de soporte, cuidados paliativos y manejo de secuelas.	107
Tabla 106. Impacto de la Propuesta 14. Información al paciente sobre manejo del dolor, tratamientos de soporte, cuidados paliativos y manejo de secuelas.	107
Tabla 107. Retorno no cuantificado de la Propuesta 14. Información al paciente sobre manejo del dolor, tratamientos de soporte, cuidados paliativos y manejo de secuelas.	108
Tabla 108. Alcance de la Propuesta 15. Acceso rápido a unidad del dolor y/o cuidados paliativos durante todo el proceso de la enfermedad.	108
Tabla 109. Inversión de la Propuesta 15. Acceso rápido a unidad del dolor y/o cuidados paliativos durante todo el proceso de la enfermedad.	110
Tabla 110. Inversión futura de la Propuesta 15. Acceso rápido a unidad del dolor y/o cuidados paliativos durante todo el proceso de la enfermedad.	111
Tabla 111. Alcance del retorno de la Propuesta 15. Acceso rápido a unidad del dolor y/o cuidados paliativos durante todo el proceso de la enfermedad.	112
Tabla 112. Retorno cuantificado de la Propuesta 15. Acceso rápido a unidad del dolor y/o cuidados paliativos durante todo el proceso de la enfermedad.	112
Tabla 113. Impacto de la Propuesta 15. Acceso rápido a unidad del dolor y/o cuidados paliativos durante todo el proceso de la enfermedad.	113
Tabla 114. Retorno no cuantificado de la Propuesta 15. Acceso rápido a unidad del dolor y/o cuidados paliativos durante todo el proceso de la enfermedad.	113
Tabla 115. Análisis de escenarios. Asunción 1 en área Diagnóstico.	118
Tabla 116. Análisis de escenarios. Asunción 2 en área Diagnóstico.	118
Tabla 117. Análisis de escenarios. Asunción 3 en área Diagnóstico.	118
Tabla 118. Análisis de escenarios. Asunción 4 en área Diagnóstico.	119
Tabla 119. Análisis de escenarios. Asunción 5 en área Diagnóstico.	119
Tabla 120. Análisis de escenarios. Asunción 1 en área de Urgencias, hospitalización y trasplante.	120
Tabla 121. Análisis de escenarios. Asunción 2 en área de Urgencias, hospitalización y trasplante.	120
Tabla 122. Análisis de escenarios. Asunción 3 en área de Urgencias, hospitalización y trasplante.	120



————— IMPACTO —————
CLÍNICO, ASISTENCIAL ECONÓMICO Y SOCIAL
**DEL ABORDAJE IDEAL DEL
MIELOMA MÚLTIPLE**
PROYECTO SROI-MM

Tabla 123. Análisis de escenarios. Asunción 4 en área de Urgencias, hospitalización y trasplante.	121
Tabla 124. Análisis de escenarios. Asunción 5 en área de Urgencias, hospitalización y trasplante.	121
Tabla 125. Análisis de escenarios. Asunción 6 en área de Urgencias, hospitalización y trasplante.	122
Tabla 126. Análisis de escenarios. Asunción 7 en área de Urgencias, hospitalización y trasplante.	122
Tabla 127. Análisis de escenarios. Asunción 8 en área de Urgencias, hospitalización y trasplante.	123
Tabla 128. Análisis de escenarios. Asunción 9 en área de Urgencias, hospitalización y trasplante.	123
Tabla 129. Análisis de sensibilidad: área de Diagnóstico. Variación de la inversión según escenario.	124
Tabla 130. Análisis de sensibilidad: área de Diagnóstico. Variación del retorno social según escenario.	124
Tabla 131. Análisis de sensibilidad: área de Urgencias, hospitalización y trasplante. Variación de la inversión según escenario.	125
Tabla 132. Análisis de sensibilidad: área de Urgencias, hospitalización y trasplante. Variación del retorno social según escenario.	125
Tabla 133. Análisis de sensibilidad. Variación en la ratio SROI según escenario.	127



13 Índice de gráficos

Gráfico 1. Inversión total en el área de Diagnóstico según propuestas.	55
Gráfico 2. Retorno social total en el área de Diagnóstico según propuestas.	56
Gráfico 3. Inversión total en el área de Seguimiento según propuestas.	81
Gráfico 4. Retorno social total en el área de Seguimiento según propuestas.	82
Gráfico 5. Inversión total en el área de Urgencias, hospitalización y trasplante según propuestas.	97
Gráfico 6. Retorno social total en el área de Urgencias, hospitalización y trasplante según propuestas.	98
Gráfico 7. Inversión total en el área de Soporte según propuestas.	114
Gráfico 8. Retorno social total en el área de Soporte según propuestas.	114
Gráfico 9. Distribución de la inversión para un mejor abordaje del MM.	115
Gráfico 10. Distribución del retorno para un mejor abordaje del MM.	116
Gráfico 11. Ratio SROI para un mejor abordaje del MM según áreas de análisis.	116
Gráfico 12. Distribución del retorno del conjunto de propuestas para un mejor abordaje del MM según áreas de análisis y tipología del retorno.	117
Gráfico 13. Ratio SROI del conjunto de propuestas para un mejor abordaje del MM. Total y según áreas de análisis.	117

14 Índice de figuras

Figura 1. Modelo del documento para la valoración individual de las propuestas realizadas.	26
Figura 2. Modelo del documento para la valoración del impacto de las propuestas finales.	27
Figura 3. Etapas en un análisis SROI.	29
Figura 4. Cálculo del impacto en un análisis SROI.	30
Figura 5. Grupos de interés contemplados en el conjunto de propuestas para un mejor abordaje del MM.	33
Figura 6. Inversión versus Retorno en el conjunto de propuestas para un mejor abordaje del MM.	115

