



# PROCESO DE ATENCIÓN A LOS PACIENTES CRÓNICOS COMPLEJOS EN ARAGÓN

Dirección General de Asistencia Sanitaria

Departamento de Sanidad

<b>HISTORIAL DE REVISIONES</b>		
<b>Versión</b>	<b>Fecha</b>	<b>Descripción</b>
<b>V.1</b>	<b>11/03/2019</b>	<b>Versión inicial validada</b>
<b>V.2</b>	<b>10/05/2019</b>	Se actualiza el ANEXO III INDICADORES

# PROCESO DE ATENCIÓN A LOS PACIENTES CRÓNICOS COMPLEJOS EN ARAGÓN

## COORDINADOR Y GRUPO TÉCNICO

---

### Coordinador del grupo técnico

Jesús Díez Manglano

Unidad de Pacientes Pluripatológicos de Medicina Interna  
Hospital Universitario Miguel Servet

### Miembros del Grupo

María Bestué Cardiel

Responsable del Área de Estrategias y Formación

Carmen Chaverri Alamán

Coordinadora asistencial de enfermería (Servicios Centrales)

M<sup>a</sup> Isabel Cano del Pozo

Asesora técnico Servicio de Estrategias y Formación

Ana Monclús Muro

Directora de enfermería AP. Sector Barbastro

Cristina Alonso López

Médica Atención Primaria. C.S. San Pablo.

Antonio Lafuente Lafuente

Médico Atención Primaria. C.S. La Almunia.

Ana Vecino Soler

Enfermera, atención al paciente Hospital Universitario Miguel Servet

Luis Gómez Ponce

Inspector médico. Servicio de Estrategias y Formación

Dolores Marzal Calvo

Enfermera Medicina Interna Hospital Universitario Miguel Servet

Fernando Bielsa Rodrigo

Médico responsable funcional de OMI-AP

Rafael Marrón Tundidor

Médico responsable funcional historia clínica electrónica

María Victoria Almajano Navarro

Enfermera Hospital Clínico Universitario

[Paloma González García](#)

Médica Geriátría Hospital San José. Teruel

[Carmen Cánovas Pareja](#)

Médica Geriátría Hospital Nuestra Señora de Gracia. Zaragoza

[Gemma Girón Jorcano](#)

Enfermera Hospital Clínico Universitario

[Clara Pueyo Salavera](#)

Médica Atención Primaria. C.S. Almozara.

[M<sup>a</sup> del Pilar González García](#)

Médica Medicina Interna. Hospital San Jorge. Huesca

[Ana Cristina Bandrés Liso](#)

Farmacéutica. Servicios Centrales SALUD

## INDICE

---

1. INTRODUCCIÓN

2. OBJETIVO GENERALES Y ESPECÍFICOS

3. DESCRIPCIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN AL PACIENTE CRÓNICO COMPLEJO EN ARAGÓN  
(Definición, misión, alcance del proceso, responsable, etapas del proceso):

3.1 SUBPROCESO 1: Identificación, valoración y seguimiento

3.2 SUBPROCESO 2: Atención en las descompensaciones

4. ANEXOS (Mapa de proceso, documento de acogida, indicadores)

## 1.INTRODUCCION

### ¿POR QUÉ UN PROCESO DE ATENCIÓN AL PACIENTE CRÓNICO COMPLEJO EN ARAGÓN?

España, al igual que otros países de nuestro entorno, se encuentra ante el reto de diseñar y establecer estrategias adecuadas para hacer frente al desafío de la cronicidad. Tanto la Organización Mundial de la Salud<sup>1</sup>, como la Unión Europea por medio de la acción conjunta JA-CHRODIS sobre el abordaje a enfermedades crónicas y el envejecimiento saludable a lo largo del ciclo de vida<sup>2</sup>, plantean la necesidad de reorientar los sistemas de atención sanitaria y explorar las posibilidades de integración con servicios sociales y comunitarios a nivel local.

El 27 de junio de 2012 se aprobó en el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, la Estrategia para el Abordaje a la Cronicidad (**EAC**). El documento final es el resultado del consenso entre el Ministerio de Sanidad, los representantes institucionales de las Comunidades Autónomas, representantes de sociedades científicas y de asociaciones de pacientes. La estrategia establece 101 recomendaciones que pretenden orientar la organización de los servicios hacia la mejora de la salud de la población y sus determinantes, la prevención de las condiciones de salud y limitaciones en la actividad de carácter crónico y su atención integral. Trata de facilitar un cambio de enfoque en el Sistema Nacional de Salud para que pase de estar centrado en la enfermedad, a orientarse hacia las personas, hacia la atención de las necesidades de la población en su conjunto y de cada individuo en particular, de manera que la asistencia sanitaria resulte adecuada y eficiente, se garantice la continuidad en los cuidados, se adapte a la evolución de la enfermedad en el paciente y favorezca su autonomía personal.

A la hora de implantar la estrategia en Aragón el Departamento de Sanidad se ha planteado una serie de proyectos prioritarios, entre los que podemos destacar el **proyecto de atención al Paciente Crónico Complejo (PCC)**. Este proyecto intenta dar respuesta en nuestra Comunidad Autónoma, empezando por los pacientes más complejos, al Objetivo 11 de la **EAC** *“Identificar en cada paciente su nivel de necesidad y facilitar la provisión de intervenciones específicas adecuadas a cada necesidad”*.

Para identificar a la población diana sobre la que se centralizarán las actuaciones establecidas en el proyecto, se ha realizado un proceso de clasificación de toda la

---

<sup>1</sup> OMS.Prevenición de las enfermedades crónicas: una inversión vital. 2005

<sup>2</sup> <http://chrodis.eu/>

población mediante la herramienta de estratificación “Grupos de Morbilidad Ajustados” (GMA) ,desarrollada dentro de los proyectos impulsados por el Ministerio de Sanidad en el marco de la Estrategia Abordaje de la Cronicidad, teniendo en cuenta la situación de salud de los individuos y una serie de variables de ajuste (utilización de servicios sanitarios, consumo farmacéutico...). Con esta información se han podido identificar a los pacientes de mayor complejidad, con la finalidad de diseñar intervenciones específicas según dicha estratificación.

En el presente proyecto, se establecen claramente los objetivos, actividades fundamentales, y los flujos entre los distintos dispositivos asistenciales. Se trata de ofrecer máxima accesibilidad de pacientes y cuidadores a su Equipo de Atención Primaria (EAP), y establecer un programa de seguimiento para minimizar el riesgo de descompensaciones y la aparición de eventos adversos, buscando mejorar la calidad de vida y la satisfacción de estos pacientes. Se proponen una serie de actividades relacionadas con las buenas prácticas basadas en la evidencia para la atención de este grupo de población (atención integrada, participación activa del paciente y su familia en la planificación y realización de los cuidados, seguimiento proactivo del paciente para detectar precozmente la aparición de descompensaciones, uso adecuado de la medicación...), permitiendo dar respuesta a las expectativas/necesidades de estos pacientes.

Estas intervenciones están inspiradas en una atención sanitaria individualizada y continuada y un abordaje multidisciplinar a lo largo de todo el proceso clínico, así como una actuación proactiva y preventiva, sobre los factores de riesgo de descompensación, que fomente la participación y corresponsabilidad del paciente y cuidadores en el proceso de la enfermedad.

El desarrollo en el ámbito operativo del Proceso de Atención al Paciente Crónico Complejo tendrá **como eje la atención primaria**, como **responsable del seguimiento longitudinal del paciente**.

De forma coordinada con el nivel de Atención Primaria, la atención de los pacientes deberá ser compartida con las unidades asistenciales del hospital, para lo que se establecerán en los hospitales generales de Aragón “Unidades de Atención a Pacientes Crónicos Complejos”, a las que denominaremos en adelante Unidades de atención a enfermos crónicos complejos (UCC) que facilitarán un acceso y una gestión ágil de los pacientes entre los dos niveles asistenciales, proporcionando los cuidados adecuados a sus necesidades y al nivel de progreso de su enfermedad. Estas unidades tendrán un papel asesor y coordinador con atención primaria y otros servicios hospitalarios a través de las figuras del médico y de la enfermera responsables de la UCC.



## 2. OBJETIVOS

Generales/ Específicos

- 1. Orientar la organización de forma activa para identificar y dar respuesta a las necesidades de cuidados de los pacientes crónicos complejos y sus cuidadores:**
  - 1.1. Identificar en historia clínica digital a los pacientes crónicos complejos objeto del proceso.
  - 1.2. Comunicar al paciente los beneficios de la nueva organización asistencial.
  - 1.3. Garantizar la valoración integral del paciente.
  - 1.4. Establecer y priorizar las diferentes intervenciones a realizar en el tratamiento y seguimiento del paciente con la participación del mismo y/o del cuidador principal.
  - 1.5. Promover la autonomía y la capacitación de pacientes y cuidadores garantizando que adquieren las competencias necesarias para el manejo de su patología y la detección precoz de descompensaciones.
  
- 2. Garantizar la accesibilidad y la continuidad asistencial, para evitar la actual fragmentación de responsabilidades, posibilitando una mejora real del proceso:**
  - 2.1. Establecer mecanismos en los centros de salud que garanticen a los pacientes crónicos complejos y a su familiar de referencia/cuidador la máxima accesibilidad al servicio de admisión, a su enfermera y a su médico de AP.
  - 2.2. Establecer circuitos de coordinación entre AP y UCC que garanticen la continuidad de cuidados del paciente con una comunicación directa entre niveles asistenciales.
  - 2.3. Definir la cartera de servicios de las UCC que incluya tanto atención ambulatoria (hospital de día y consulta de alta resolución) como hospitalización de corta estancia.
  - 2.4. Definir los circuitos internos de comunicación en el hospital con otras especialidades para minimizar las estancias y traslados innecesarios de estos pacientes.

**3. Intervenir oportunamente en el proceso de la enfermedad y disminuir la variabilidad clínica mediante el establecimiento de normas consensuadas de actuación que permitan dar respuesta a las necesidades del paciente en cada momento.**

**4. Mejorar los resultados de salud:**

4.1. Mejorar la seguridad de la atención y disminuir la iatrogenia en la atención a estos pacientes.

4.2. Disminuir el número de pacientes con fármacos de eficacia no probada o contraindicados en este tipo de pacientes, disminuyendo así el número de pacientes polimedicados.

4.3. Disminuir el número de ingresos por paciente.

4.4. Disminuir el número de asistencias en urgencias de los pacientes.

### 3. DESCRIPCIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN AL PACIENTE CRÓNICO COMPLEJO EN ARAGÓN

#### DEFINICIÓN

El proceso de atención al Paciente Crónico Complejo (PCC) se define como el “conjunto de actividades e intervenciones que se realizan para conseguir una atención integrada, continuada y adaptada a sus circunstancias personales y familiares, para alcanzar el mayor bienestar posible hasta el final de la vida del paciente”.

#### MISIÓN

Prestar a los PCC con necesidades complejas de salud una asistencia sanitaria integral, efectiva y segura acorde con sus necesidades y expectativas de salud manteniendo el mayor grado posible de autonomía personal y de integración en su entorno y en la sociedad.

#### ALCANCE DEL PROCESO

El límite de entrada es un paciente valorado e identificado como crónico complejo con los criterios establecidos e incluido en el Programa por el EAP.

La entrada al proceso se inicia desde atención primaria y puede proponerse desde el hospital.

El proceso finaliza cuando el PCC ya no requiere más cuidados del sistema sanitario. Los límites finales del proceso son el fallecimiento del paciente o su traslado fuera de la comunidad autónoma.

#### RESPONSABLE

El responsable del proceso será el equipo asistencial de atención primaria (médico y enfermera). Además, en cada una de las etapas y actividades del proceso se definirán responsables de su realización.

#### ETAPAS DEL PROCESO

El proceso de atención al PCC se subdivide en dos subprocesos fundamentales:

- A. Identificación, valoración y seguimiento (subproceso 1)
- B. Atención a las descompensaciones y (subproceso 2)

En el **ANEXO I** “Mapa del Proceso” se describen todas las etapas del Proceso de atención al PCC.

## Subproceso1 –

### Identificación, valoración y seguimiento:

#### 1. Identificación e inclusión en Programa:

La identificación del PCC puede realizarse desde cualquier dispositivo del sistema sanitario, si bien la inclusión en el Programa sólo podrá hacerse efectiva por el equipo de atención primaria de referencia.

La identificación se podrá realizar de 2 formas:

- Automática poblacional.
- Clínica: detección de pacientes susceptibles de ser incluidos en el programa en base a criterios clínicos predefinidos y no detectados de forma automática.

Para el proceso de **identificación automática** se ha utilizado como herramienta la clasificación por Grupos de Morbilidad Ajustada (GMA)<sup>3</sup>. Los GMA son un agrupador de morbilidad desarrollado para atención primaria que se estructura teniendo en cuenta dos factores: la morbilidad y la complejidad.

Esta herramienta ha permitido realizar un proceso de estratificación de toda la población de Aragón, habiéndose definido como población diana susceptible de ser incorporada al Programa de Atención al PCC en primera instancia los pacientes clasificados por el agrupador por encima del percentil 99.

Aparecerán identificados en la historia clínica digital (OMI/HCE) con un símbolo de color naranja todos los pacientes clasificados por GMA con un percentil  $\geq 99$ . El Equipo de atención primaria (EAP) revisará todos los pacientes identificados con color naranja y decidirá los que deben ser incluidos en programa. En los pacientes incluidos en programa el símbolo de identificación pasará de tener un color naranja a tener un color rojo.

Además, aparecerán identificados en la historia clínica digital (OMI/HCE) con un símbolo de color verde todos los pacientes clasificados por GMA en un percentil entre el 97 y el 99.

---

<sup>3</sup>Monterde D, Vela E, Clèries M y grupo colaborativo GMA. Los grupos de morbilidad ajustados: nuevo agrupador de morbilidad poblacional de utilidad en el ámbito de la atención primaria. Aten Primaria 2016, <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2016.06.003>.

La estratificación de pacientes con el sistema GMA se actualizará de forma periódica.

Etapa	Identificación
Tarea	Identificación automática poblacional
Qué	Clasificar a los pacientes
Quién	Sistema informático
Cuando	Al inicio del programa y periódicamente
Dónde	Historia clínica digital (OMI/HCE)
Cómo	Pacientes con GMA $\geq$ percentil 99 aparecerán en color naranja Pacientes clasificados por GMA en un percentil entre el 97 y el 99 aparecerán en color verde

La **identificación clínica** se realizará:

- a) Cuando el equipo sanitario de atención primaria atienda a un paciente cuyo índice de complejidad asignado por la herramienta GMA sea  $>$  al percentil 99 (identificado con un color naranja) deberá valorar siempre su inclusión en programa. Si se decide la inclusión, el profesional de medicina/enfermería de atención primaria procederá a la creación del episodio en OMI “Paciente crónico complejo (PCC)” apareciendo entonces el paciente identificado con un color rojo en historia clínica digital.
- b) Cuando el equipo responsable en atención primaria considere que un paciente identificado con color verde (en un percentil entre el 97 y el 99) podría ser susceptible de ser incluido en programa, procederá a verificar si cumple al menos tres de los siguientes criterios de inclusión:
  - *El paciente ha presentado 3 o más ingresos hospitalarios en los últimos 12 meses*
  - *El paciente está tomando cinco o más principios activos distintos.*
  - *Existe respuesta positiva para las dos primeras preguntas del cuestionario de Barber<sup>4</sup>:*
    - *¿Vive solo?*
    - *¿Se encuentra sin nadie a quien acudir si necesita ayuda?*
  - *Índice de Barthel<sup>5</sup>  $\leq$  60*

4 Barber JH, Wallis JB, Mc Keatin B. A postal screening questionnaire in preventive geriatric care. J R Coll Gen Pract. 1980;30:49-50

5 Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: the Barthel Index. Md State Med J 1965; 4: 61–65.

Tras comprobar que cumple con al menos tres criterios el profesional de medicina/enfermería de atención primaria procederá a la creación del episodio en OMI “Paciente crónico complejo (PCC)” cambiando el color de identificación del paciente que pasará de un color verde a un color rojo.

- c) Cuando el equipo responsable en una unidad de medicina interna/geriátrica considere que un paciente debe ser incluido en el Programa, procederá a comprobar que cumple criterios de paciente pluripatológico (categorías clínicas para la inclusión en el Proceso asistencial integrado “Atención a pacientes pluripatológicos” de la Consejería de Salud del Gobierno de Andalucía<sup>6</sup>). El médico de hospital realizará la propuesta de inclusión en programa al médico de atención primaria. El EAP revisará todos los pacientes propuestos desde el hospital y decidirá los que deben ser incluidos en programa. Los pacientes incluidos en programa pasarán a un color rojo.

Etapa	Identificación
Tarea	Identificación clínica
Qué	Clasificar a los pacientes
Quién	Médico de Atención Primaria / Medicina interna/ Geriátrica/Enfermería
Cuándo	Al revisar el EAP los pacientes con percentil $\geq 99$ para su inclusión definitiva. Cuando el EAP sospeche que un paciente no incluido en el listado con percentil $\geq 99$ debe ser incluido en programa. Cuando el médico de hospital sospeche que un paciente puede ser candidato a ser incluido en programa.
Dónde	Consulta de AP/ Servicio de Medicina interna/ Geriátrica
Cómo	En AP: Si el paciente pertenece al grupo de clasificación GMA entre P97 y P99, verificará que cumple con al menos 3 criterios de inclusión y procederá a cambiar el color de identificación de verde a rojo. En Hospital: si el paciente cumple criterios de pluripatología se enviará una propuesta de inclusión al médico de AP

6 Ollero-Baturone, et al. Atención al paciente pluripatológico. Proceso Asistencial Integrado. 3ª ed. Consejería de Salud, Junta de Andalucía. 2018.

Etapa	Inclusión en programa
Tarea	Inclusión
Qué	Incluir a los pacientes
Quién	El profesional de medicina/enfermería de atención primaria
Cuándo	Al comprobar la clasificación GMA o recibir propuesta del equipo responsable de una unidad de medicina interna/geriatría
Dónde	Consulta de AP/ Domicilio
Cómo	Creación del episodio "PCC" en OMI y asignación de color rojo.

## 2. Acogida

En el mismo momento de la inclusión del paciente en programa la enfermera de atención primaria programará en consulta/domicilio la entrevista de acogida en el programa. La enfermera de AP comunicará al paciente y/o al familiar responsable/cuidador la existencia de este proceso específico para la atención de pacientes crónicos complejos, así como las características que implica este modelo de atención.

Realizará una recogida/actualización de los siguientes datos: domicilio, teléfono de contacto, cuidador principal, persona de referencia, apoyos disponibles.

Le entregará información escrita sobre el programa y teléfono de contacto de referencia en el centro de salud. (Ver **Anexo II** documento de acogida)

Etapa	Acogida
Tarea	Acogida en el programa
Qué	Acoger a los pacientes
Quién	Enfermera de Atención Primaria
Cuándo	En el momento de la inclusión en Programa
Dónde	Consulta de enfermería o domicilio del paciente
Cómo	Entrevista con el paciente o con su cuidador/familiar responsable Explicación del proceso de atención al PCC (características, formas de contacto, visitas, coordinación con el hospital, etc) Recogida/actualización de datos: domicilio, teléfono de contacto, cuidador principal, persona de referencia, apoyos disponibles. Entregar información escrita sobre el programa

### **3. Valoración multidimensional/ integral del paciente:**

En los PCC, para un conocimiento integral de las circunstancias de la enfermedad, es necesario realizar una valoración multidimensional que comprenda aspectos clínicos, funcionales, cognitivos, afectivos, sociofamiliares, el conocimiento de la propia enfermedad y la posible existencia de una planificación anticipada de las decisiones. Esta valoración es fundamental para entender la situación de la persona enferma y poder proponer medidas compartidas para dar respuesta a sus necesidades.

La valoración multidimensional requiere un abordaje multidisciplinar desde atención primaria incluyendo profesionales de medicina, enfermería, farmacia de atención primaria y trabajo social. Esta valoración permitirá establecer el Plan de intervención.

La evaluación multidimensional se actualizará con una periodicidad de 6 meses o en caso de importantes cambios en el estado clínico.

#### **3.1. Aspectos clínicos y valoración de necesidades:**

La valoración de aspectos clínicos incluye los diagnósticos médicos (para conocer la comorbilidad), la gravedad de las enfermedades y los diagnósticos enfermeros (para conocer las necesidades de cuidados).

a) Se identificarán los **procesos clínicos** responsables de la complejidad y el carácter crónico, estableciendo para cada patología su grado de evolución y repercusión funcional de la misma.

Se establecerán criterios a monitorizar: síntomas y signos relevantes, parámetros de control y tratamiento farmacológico.

También es recomendable evaluar el **estado nutricional** del paciente. Para ello se recomienda utilizar el Mini Nutritional Assessment <sup>7</sup>.

---

<sup>7</sup>Kaiser MJ, Bauer JM, Ramsch C, et al. Validation of the Mini Nutritional Assessment Short-Form (MNA<sup>®</sup>-SF): A practical tool for identification of nutritional status. J Nutr Health Aging 2009; 13: 782-8.



Etapa	Evaluación multidimensional
Tarea	Valoración de aspectos clínicos
Qué	Describir y cuantificar la carga de enfermedad
Quién	Médico y enfermera de Atención Primaria
Cuándo	En la inclusión en el programa y después cada 6 meses o en caso de cambios en el estado clínico
Dónde	Consulta de atención primaria
Cómo	Anamnesis y exploración clínica Registro en historia clínica (OMI-AP)

b) **Valoración enfermera de las necesidades de cuidados** potenciando el autocuidado y apoyando la labor del cuidador principal (Ver documento específico: Plan de cuidados de enfermería del Paciente Crónico Complejo):

Etapa	Evaluación multidimensional
Tarea	Valoración de necesidades básicas de cuidados
Qué	Cuantificar la necesidad de cuidados de enfermería
Quién	Enfermera de Atención Primaria
Cuándo	En la inclusión en el programa y después cada 6 meses o en caso de cambios en el estado clínico
Dónde	Consulta de atención primaria
Cómo	Valoración según modelo Virginia Henderson

### 3.2 Valoración Funcional:

En el proceso de atención a los PCC se considera recomendable la valoración de las actividades básicas e instrumentales.

Una de las escalas que puede utilizarse para valorar las actividades básicas de la vida diaria es el índice de Barthel. La capacidad para realizar las actividades instrumentales de la vida diaria se puede valorar con la escala de Lawton-Brody<sup>8</sup>.

---

<sup>8</sup> Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: Self main training and instrumental activities of daily living. Gerontologist 1969; 9: 179-86.

Etapa	Evaluación multidimensional
Tarea	Valoración de las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria
Qué	Valorar grado de autonomía
Quién	Médico y enfermera de Atención Primaria
Cuándo	En la inclusión en el programa y después cada 6 meses o en caso de cambios en el estado clínico
Dónde	Domicilio/Consulta de atención primaria
Cómo	Valorar las actividades básicas aplicando el índice de Barthel y las actividades instrumentales aplicando la escala de Lawton-Brody Registro en Historia Clínica (OMI-AP) .

### 3.3 Valoración cognitiva:

Existen diferentes instrumentos para la valoración cognitiva.

Es recomendable utilizar test breves como el test de Pfeiffer<sup>9</sup>.

De forma complementaria para una valoración más específica se pueden utilizar otros test como Minimental state de Folstein<sup>10</sup> y Mini-examen cognoscitivo de Lobo<sup>11</sup>.

Etapa	Evaluación multidimensional
Tarea	Valoración del estado cognitivo
Qué	Clasificar a los pacientes según su estado cognitivo
Quién	Médico y enfermera de Atención Primaria
Cuándo	En la inclusión en el programa y después cada 6 meses o en caso de cambios en el estado clínico
Dónde	Domicilio/Consulta de atención primaria
Cómo	Valorar el estado cognitivo aplicando cuestionarios específicos Registro en la historia clínica (OMI-AP)

9 Pfeiffer E. A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients. J Am GeriatrSoc 1975; 23: 433-41.

10 Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini-mental state": a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. J Psychiatr Res 1975; 12: 189-98.

11 Lobo A, Ezquerro J, Gómez F, Sala JM, Seva A. El "Mini-Examen Cognoscitivo": un test sencillo, práctico, para detectar alteraciones intelectivas en pacientes médicos. Actas Luso-Esp Neurol Psiquiatr 1979; 3: 189-202

### 3.4 Valoración de la situación sociofamiliar:

Los aspectos sociales son determinantes del estado de salud. Para promover el autocuidado y diseñar un plan de atención a los PCC es necesario conocer la situación social y el entorno familiar en que se encuentra el enfermo.

Los cuestionarios recomendados son el cuestionario de Barber y la escala sociofamiliar de Gijón<sup>12</sup>.

Dentro del proceso de valoración del PCC se incluirá la identificación del familiar responsable y/o del cuidador directo del paciente.

Para evaluar la situación de sobrecarga del familiar/cuidador se propone utilizar el cuestionario de Zarit<sup>13</sup>. Definiremos en cada caso quién es el candidato a responder en el test de Zarit.

Etapa	Evaluación multidimensional
Tarea	Valoración de la situación sociofamiliar
Qué	Clasificar a los pacientes según el riesgo social
Quién	Médico/enfermera/trabajador social
Cuándo	En la inclusión en el programa y después cada 6 meses o en caso de cambios en el estado clínico
Dónde	Domicilio/Consulta de atención primaria/
Cómo	Valorar la situación sociofamiliar aplicando el cuestionario de Barber o la escala sociofamiliar de Gijón.  Evaluar la sobrecarga del cuidador (test de Zarit).  Registro en la historia clínica.

12 Alarcón T, González-Montalvo JI. La escala sociofamiliar de Gijón, elemento útil en el hospital general. Rev Esp Geriatr Gerontol 1998; 33: 178–9.

13 Zarit SH, Reever KE, Bach-Peterson J. Relatives of impair eldelderly: correlates of feelings of burden. Gerontologist1980;20: 649-55.

### **3.5 Valoración del tratamiento farmacológico:**

La valoración del tratamiento farmacológico tendrá como objetivo final establecer para cada paciente su historia farmacoterapéutica (HF) actualizada y ajustada a su situación clínica en cada momento. Se considerarán aspectos como, el pronóstico, la esperanza de vida, el estado funcional y las preferencias del paciente y/o cuidador, promoviendo la utilización de tratamientos con una mejor relación beneficio riesgo. Para ello, se realizarán actividades de revisión y conciliación de la medicación.

Revisión de la medicación: examen estructurado y crítico de la medicación que toma el paciente, con el objeto de llegar a un acuerdo con él acerca de su tratamiento para optimizar el efecto de los medicamentos, minimizar el número de problemas relacionados con éstos y aumentar la eficiencia.

Conciliación: proceso formal de comparación y resolución de las posibles discrepancias entre la medicación habitual del paciente con la medicación prescrita después de una transición asistencial.

En la revisión clínica y conciliación de la medicación participarán los profesionales de medicina y enfermería responsables del paciente. Se contará con la colaboración de farmacia de atención primaria.

Estas actividades se realizarán:

- Cuando el paciente se incluya en el programa.
- Después de cada transición asistencial entendida como el traspaso de la responsabilidad asistencial del paciente de un equipo a otro.
- Cuando se produzca un cambio en el estado clínico del paciente
- Cuando se programe una revisión periódica del tratamiento

La revisión de la medicación se llevará a cabo en la consulta de atención primaria y/o domicilio.

El resultado de la valoración del tratamiento se reflejará en la historia clínica y en plan de revisión estructurada de la medicación.

Etapa	Evaluación multidimensional
Tarea	Valoración del tratamiento farmacológico
Qué	Conciliación y revisión del tratamiento farmacológico
Quién	Medicina / enfermería / farmacia de Atención Primaria
Cuándo	En la inclusión en el programa, en caso de cambios en el estado clínico, transiciones asistenciales y de forma periódica cada 6 meses
Dónde	Domicilio / Consulta de atención primaria
Cómo	Valoración global del tratamiento. Registro en historia clínica.

### 3.6 Otros aspectos de la evaluación multidimensional:

Se hará constar si el paciente está institucionalizado, el número de ingresos y visitas a urgencias en los últimos 12 meses y si el paciente ha formulado voluntades o **decisiones anticipadas**.

Si el paciente expresa de forma verbal su preferencia o negativa a algún tipo de tratamiento o actuación se dejará reflejado en la historia clínica.

Antes de elaborar el Plan de Intervención puede ser útil realizar una **valoración del pronóstico** en función de las circunstancias actuales del paciente. Una vez realizada la estratificación pronóstica se establecerán unos objetivos terapéuticos y unos **niveles de intervención y de cuidados** adecuados a la situación del enfermo.

Esta estratificación pronóstica y terapéutica podrá ser utilizada de forma optativa por los facultativos de AP y del Hospital que lo consideren oportuno. Estos objetivos nunca deben ser absolutos y deben establecerse con participación de los miembros del equipo terapéutico y consensuarse con el paciente y la familia.

#### **4. Elaboración de un Plan de Intervención (debe incluir al cuidador):**

Tras la valoración inicial se establecerá un Plan de Intervención personalizado y consensuado entre profesionales y con paciente/familia. Este Plan se actualizará ante cambios en su estado de salud o de la situación sociofamiliar. Cualquier decisión o recomendación terapéutica deberá tener en cuenta las circunstancias y preferencias del paciente, el pronóstico, el balance de beneficios y daños, la complejidad del tratamiento y la capacidad del paciente para cumplir con nuestras recomendaciones.

#### **El plan de intervención incluirá los siguientes aspectos:**

- Definición de signos, síntomas y valores guía de alarma de descompensación de la enfermedad.
- Primeras actuaciones ante los signos de alarma.
- Seguimientos necesarios y nivel de los mismos.
- Objetivos terapéuticos individualizados.
- Plan de cuidados de enfermería.
- Revisión estructurada de la medicación.
- Otros aspectos terapéuticos (oxígeno, nebulizaciones, curas, vacunaciones, etc).
- Recomendaciones sobre hábitos de vida y alimentación.
- Métodos de autocontrol de la enfermedad.
- Formación en autocuidados y formación del cuidador.
- Aceptación del nivel de intervención y de cuidados por el paciente o su cuidador.
- Intervenciones sociales recomendadas.
- Nombre del médico y enfermera de Atención Primaria responsables y UCC del hospital de referencia.

El plan se actualizará cada 3-6 meses y ante cualquier cambio importante en el estado clínico.

Etapa	Elaboración/actualización Plan de Intervención
Tarea	Elaboración/actualización Plan de Intervención
Qué	Establecer, consensuar y priorizar las diferentes intervenciones a seguir en el tratamiento y seguimiento del paciente.
Quién	Médico, enfermera y trabajador social de Atención Primaria
Cuándo	Inmediatamente después de la valoración multidimensional inicial. Ante cambios en su estado de salud o en la situación sociofamiliar. Tras el alta hospitalaria.
Dónde	Consulta de enfermería, de medicina, de trabajador social o domicilio del paciente. Quedará constancia en Historia Clínica (OMI-AP)
Cómo	Al finalizar la valoración se elaborará de forma conjunta el Plan de Intervención en el que se harán constar: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Objetivos terapéuticos.</li> <li>• Revisión estructurada de la medicación.</li> <li>• Plan de cuidados de enfermería.</li> <li>• Recomendaciones sobre hábitos, estilos de vida, alimentación y autocuidados.</li> <li>• Otros aspectos terapéuticos (oxígeno, nebulizaciones, curas, vacunaciones, etc).</li> <li>• Métodos de autocontrol de la enfermedad.</li> <li>• Definición de signos, síntomas y valores guía de alarma de descompensación de la enfermedad.</li> <li>• Primeras actuaciones ante los signos de alarma.</li> <li>• Seguimientos necesarios y nivel de los mismos.</li> <li>• Intervenciones sociales recomendadas.</li> <li>• Aceptación del nivel de intervención y de cuidados por el paciente o su cuidador</li> </ul>

##### 5. Seguimiento del Plan de Intervención:

El seguimiento del Plan de Intervención tiene como objetivo fundamental detectar lo antes posible la descompensación de la situación clínica del paciente o de la situación familiar. El equipo de atención primaria realizará seguimiento de estos pacientes de forma programada y/o a demanda, ante comunicaciones del paciente/cuidador por posibles cambios en los signos y síntomas guías. El responsable principal del seguimiento será el profesional enfermero.

Para garantizar al paciente la máxima accesibilidad al EAP, en horario de 8 a 20 horas se establecerá un procedimiento que garantice la comunicación entre paciente/cuidador y EAP (Unidad de admisión, teléfono específico PCC, correo electrónico específico PCC).

En el seguimiento se considera fundamental que el **paciente y cuidador permanezcan activos** e informados para colaborar en las medidas necesarias para evitar descompensaciones.

Las revisiones en la UCC de medicina interna/geriatría serán a petición del médico de atención primaria. El seguimiento programado en la UCC será excepcional.

Etapa	Seguimiento Plan de Intervención
Tarea	Seguimiento Plan de Intervención
Qué	Evaluar la efectividad del Plan. Valorar cambios en función de la situación clínica. Atender con rapidez a las descompensaciones.
Quién	El equipo de Atención Primaria
Cuándo	Cuando el equipo lo establezca o a demanda del paciente
Dónde	Consulta de enfermería, de medicina, de trabajador social o domicilio del paciente. Quedará constancia en Historia Clínica (OMI-AP).
Cómo	<p>Se valorarán los siguientes aspectos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Valorar resultados y objetivos del plan de intervención.</li> <li>• Valorar el Plan de cuidados. Pautar cuidados específicos derivados de sus problemas de salud (úlceras, sondas, etc.)</li> <li>• Monitorización de signos y síntomas de alerta de descompensación</li> <li>• Valorar la adherencia terapéutica y posibles efectos adversos de los medicamentos.</li> <li>• Realizar actividades de promoción y prevención. Fomentar el autocuidado.</li> <li>• Valoración y atención al cuidador familiar</li> <li>• Valoración de cambios en la situación de riesgo social que puedan repercutir en la situación de salud</li> <li>• Valoración de las condiciones de habitabilidad/barreras arquitectónicas.</li> </ul>



## **Subproceso 2 –**

### **Atención en las descompensaciones**

Entenderemos que se ha producido una descompensación cuando aparezcan nuevos síntomas o se aprecien alteraciones en los valores establecidos para el seguimiento de signos y síntomas de alerta.

La enfermera de AP deberá confirmar la presencia de signos/síntomas de posible descompensación, bien en su seguimiento proactivo o a demanda del paciente/familia.

La atención en situaciones de desestabilización puede incluir distintos tipos de intervención:

- Valoración clínica por equipo de atención primaria y decisión de actualización de la pauta de intervención ante la sospecha de una descompensación.
- Interconsulta telefónica con las UCC de los servicios de Medicina Interna/Geriatria y decisión compartida de la modalidad asistencial más adecuada para estabilizar al paciente (consulta/hospital de día, hospitalización camas UCC).
- Atención en: Consulta UCC/Hospital de día/ingreso en camas UCC, específicas para pacientes incluidos en el proceso. Actualización del Plan de Intervención y comunicación a Atención Primaria. Propuesta al alta de otros dispositivos necesarios para continuar la asistencia que se precise hasta la estabilización.
- Atención en urgencias extrahospitalarias.
- Atención en urgencias hospitalarias.

## 1. Valoración clínica por EAP y decisión de la pauta de intervención más adecuada ante la sospecha de una descompensación:

Como hemos visto en el subproceso anterior tiene gran importancia establecer un plan de intervención para cada paciente PCC. Un aspecto relevante es establecer con el paciente y el cuidador los signos y síntomas de alarma de descompensación de la enfermedad, y confirmar con ellos que saben cómo identificarlos y contactar con su enfermera de atención primaria para que valore la situación.

Etapa	Valoración Clínica del paciente desestabilizado
Tarea	Valoración del paciente por Atención Primaria
Qué	Confirmar la presencia de signos/síntomas de alerta
Quién	Enfermera de Atención Primaria/Médico de Atención Primaria
Cuándo	A requerimiento del paciente/cuidador o en el marco de las actividades de seguimiento establecidas en el plan de intervención
Dónde	Consulta de enfermería, de medicina o domicilio del paciente
Cómo	Cuando el enfermero (alertado o no por la familia) confirme la presencia de cambios significativos puede requerir la valoración del médico. Tras valorar la situación de descompensación podrán optar por introducir cambios en el plan de intervención o contactar con la UCC.

## 2. Comunicación con la UCC y decisión compartida de la modalidad asistencial más adecuada para estabilizar al paciente:

Las características de estos pacientes y la necesidad de garantizar la continuidad en la atención de los mismos, recomiendan un cambio en la organización hospitalaria tradicional. Se propone crear Unidades hospitalarias de atención a pacientes crónicos complejos (UCC) en los servicios de medicina interna/geriátrica. En estas unidades existirán médicos y enfermeros de referencia que deberán convertirse en los profesionales que acompañen al PCC en cualquier contacto que tenga con el hospital.

Cuando el médico y enfermera de atención primaria confirman la existencia de una descompensación que no puede ser estabilizada con los medios que disponen, se comunicarán por un circuito directo con el equipo UCC que tengan como referencia para decidir la intervención más apropiada para estabilizar a los PCC.

Se considera como método de contacto apropiado en primera instancia la interconsulta telefónica/ interconsulta virtual.

Etapa	Valoración Clínica del paciente desestabilizado
Tarea	Interconsulta telefónica con la UCA
Qué	Decidir de forma conjunta la modalidad asistencial más adecuada para estabilizar al paciente PCC.
Quién	Médico y enfermero AP/Médico y enfermero UCC
Cuándo	Cuando el EAP confirme que el PCC esté descompensado y resulte necesario un servicio o procedimiento que puede ser prestado en alguna de las modalidades asistenciales que oferta la UCC de referencia.
Dónde	En el horario pactado entre los profesionales de los EAP y el Equipo UCC que tengan como referencia
Cómo	A través del módulo específico de Interconsulta (IC) virtual o a través de IC telefónica

### **3. Atención en el Hospital General (Unidades hospitalarias de atención a pacientes crónicos complejos-UCC):**

El médico de AP y el de referencia de la UCC decidirán la oferta asistencial más apropiada para atender al paciente descompensado. El médico UCC dará respuesta a las solicitudes del EAP el mismo día o antes de 48 horas de lunes a viernes. La información clínica estará disponible en HCE y de forma específica en el formulario del paciente PCC que se creará al efecto. El EAP comunicará al paciente dónde y cuándo será atendido por la UCC. La enfermera de AP y la enfermera de la UCC también deberán contactar mediante interconsulta telefónica para cualquier duda sobre cuidados o técnicas específicas de enfermería.

La cartera de servicios que se ofertará desde las UCC será la siguiente:

#### **a) Consulta de alto rendimiento o atención inmediata:**

- ✓ Destinada a pacientes derivados desde atención primaria clínicamente inestables o para estudios diagnósticos de rápida resolución.
- ✓ Puede ser presencial ó virtual (telefónica, videoconferencia, módulo específico de IC virtual, etc.) y forma parte fundamental de la actividad de esta unidad.

#### **b) Puestos de hospitalización de día:**

- ✓ Realización de las exploraciones o tratamientos sin necesidad de ingreso hospitalario (administración de tratamientos parenterales, realización de transfusiones y exploraciones diagnósticas y terapéuticas invasivas).

#### **c) Camas de hospitalización:**

- ✓ Atiende a aquellos pacientes que precisan valoración, cuidados, vigilancia y tratamiento de forma continuada las 24 horas del día.

Cada paciente estará asignado a una enfermera referente.

Los siguientes aspectos se consideran básicos para garantizar la continuidad asistencial:

- Todos los profesionales de los EAPs conocen al equipo UCC que tienen como referencia.
- Los profesionales de la UCC deberán ofrecer máxima accesibilidad a los profesionales del EAP. Para ello se establecerán: un teléfono específico para PCC, un correo electrónico específico para PCC y un espacio libre en la agenda de los profesionales de la unidad hospitalaria para atender las consultas de todos los EAP que tengan esa Unidad como referencia para la atención a los pacientes PCC. Se pactará el horario para interconsultas, de tal forma que sea conocido por todos los profesionales de los EAP que tengan como referencia esa UCC.
- Los EAP saben en todo momento los horarios y medios de comunicación con el Equipo UCC (línea de teléfono directo, horario disponible en agendas para interconsultas, correo electrónico específico para PCC)
- Los EAP conocen los horarios de las diferentes modalidades asistenciales de la UCC y el procedimiento para remitir a los pacientes PCC a cada una de ellas.
- Las UCC deberán ofertar un horario de consulta y atención en hospital de día lo más amplio posible. Se considera que el horario debe cubrir como mínimo de 8.00 a 20.00 horas de lunes a viernes, siendo recomendable ampliarlo siempre que sea posible.

Cada sector establecerá el número de profesionales y estructura necesaria para poner en marcha la UCC de su hospital. Para las interconsultas y consultas presenciales se garantizará un horario de 8-20 horas. El horario de puestos de hospital de día se establecerá en los sectores, en función de los recursos disponibles. La UCC estará formada por facultativos de medicina interna/geriatría y personal de enfermería y auxiliar con las competencias necesarias para la atención de PCC. También tendrán asignado un farmacéutico del servicio de farmacia hospitalaria para realizar la conciliación de tratamientos al ingreso y al alta, y apoyar en la revisión de los tratamientos.

### **3.1. Atención en consulta de alto rendimiento** o atención inmediata de la UCC /puestos de **hospital de día**:

El equipo UCC revisará la información clínica disponible en la HCE, realizará valoración de la situación, revisión de la medicación, revisión plan de cuidados de enfermería, solicitud de pruebas complementarias, emisión de juicio clínico y actitud terapéutica. El equipo UCC (con gestión de la enfermera UCC) podrá proponer procedimientos terapéuticos en la propia **consulta** (aerosolterapia, fluidoterapia, administración de fármacos) o en **hospital de día** (exploraciones diagnósticas, administración de tratamientos parenterales, realizar transfusiones, otras terapias invasivas...), ingreso en camas UCC ,interconsultas a otros servicios o, simplemente, actualizar el plan de intervención en HCE –formulario del paciente PCC y derivar nuevamente al EAP (la enfermera UCC se asegurará de que el EAP conoce la nueva situación y el nuevo plan de intervención , incluido el plan de cuidados de enfermería al alta, cuando sea preciso).

### **3.2. Ingreso hospitalario en camas UCC Medicina Interna/Geriatría:**

Se producirá el ingreso cuando el paciente requiera atención en régimen de hospitalización por una descompensación de sus patologías crónicas (son pacientes que precisan valoración, cuidados, vigilancia y tratamiento de forma continuada las 24 horas del día). El médico de la UCC tomará la decisión de ingresar al paciente cuando considere que no puede estabilizarse con la cartera de servicios disponible en la consulta o en hospital de día. El paciente ingresará en camas de la UCC (camas gestionadas por los médicos de la UCC).

Durante la estancia en el hospital:

El Equipo UCC podrá solicitar interconsultas y realización de pruebas complementarias a servicios de otras especialidades, manteniendo el seguimiento del paciente en todo momento. Estas interconsultas/pruebas complementarias se considerarán prioritarias en el hospital estableciendo tiempos máximos de demora.

El equipo UCC tendrá acceso a información actualizada de todos los PCC ingresados en cualquier servicio del hospital. La enfermera UCC realizará un seguimiento y planificación del alta de estos pacientes junto con la enfermera del servicio correspondiente.

En todo ingreso se planificará el alta del paciente con independencia del destino al alta (traslado a H. de Convalecencia, al domicilio del PCC o a residencia).

Cuando un paciente crónico complejo vaya a ser dado de alta en el hospital general y, tras actualizar el Plan de Intervención, se adoptarán las siguientes medidas:

- Se elaborará un **informe médico de alta** con la propuesta de actualización del Plan de Intervención (disponible en HCE) que contendrá, al menos, información relativa al diagnóstico del paciente, a la evolución de su capacidad funcional y cognitiva, a la revisión estructurada de la medicación y a los objetivos clínicos.

Se realizará conciliación de la medicación al alta del paciente, describiendo claramente cualquier cambio en la medicación.

- Se elaborará un **plan de cuidados de enfermería**: Se identificarán los principales problemas derivados de la valoración realizada, se establecerán los objetivos de cuidados y autocuidados y se propondrán las intervenciones y actividades para conseguirlos. (Ver documento: Plan de cuidados del paciente crónico complejo en Aragón).
- Se elaborará un **informe del trabajador social (si precisa)**: incluirá la valoración y el diagnóstico del entorno sociofamiliar y el plan de intervención social cuando sea necesario.

El alta deberá ser comunicada con antelación al EAP. En ella, según criterios clínicos a establecer, podrá optarse por una de las siguientes decisiones:

- La enfermera de AP llamará por teléfono al paciente interesándose por su estado y necesidades.
- La enfermera de AP acudirá al domicilio del paciente para valorar su estado de salud y/o realizar los cuidados necesarios.

La trabajadora social de referencia de la UCC, en el caso de variaciones en la situación sociofamiliar del paciente, informará a AP de las intervenciones realizadas y propuestas.

En el caso de los pacientes cuyo domicilio al alta sea una **residencia** se garantizará por medio de la colaboración entre la enfermera de la UCC y el EAP, que los profesionales sanitarios de las residencias conocen los cambios introducidos en el Plan de Intervención, siendo el EAP el responsable último de los cuidados del paciente.

En aquellos casos excepcionales que se considere necesario citar al paciente en consulta UCC para continuar algún estudio diagnóstico o realizar seguimiento de la respuesta terapéutica hasta estabilización, se dará cita en el mismo momento del alta.

#### **4. Atención en urgencias hospitalarias del PCC:**

Uno de los objetivos fundamentales de la nueva organización asistencial para la atención de PCC en Aragón es evitar que tengan que ser atendidos en urgencias del Hospital. Se potenciará el acceso al hospital a través de alguna de las modalidades asistenciales ofertadas desde la UCC, debiendo minimizarse el uso de los servicios de urgencias hospitalarios salvo que las circunstancias clínicas del paciente lo aconsejen.

Será un requisito imprescindible que cuando el PCC llegue a urgencias sin derivación previa desde el EAP, la enfermera de triaje pueda comprobar en HCE que es un PCC, y por tanto, poner en marcha un protocolo específico que se deberá consensuar entre los profesionales de urgencias y el equipo UCC de cada hospital. Esto permitirá tomar decisiones diferentes a las habituales desde el inicio de la asistencia. A la hora de decidir las actuaciones más adecuadas tendrá especial interés el pronóstico, y la posible existencia en HCE de decisiones anticipadas y consensuadas entre el paciente y/o cuidador y los profesionales que habitualmente presten asistencia al PCC (EAP en colaboración con la UCC).

El equipo de urgencias será el responsable de estabilizar al paciente en primera instancia.

Si el paciente se estabiliza, el médico de urgencias le dará el alta aportando el informe para el EAP. El EAP procederá a evaluar al paciente por si fuera necesario actualizar el Plan de intervención.

Si se considera que, tras la atención recibida en el servicio de urgencias, el PCC precisa finalmente ingreso, se actuará según el protocolo previamente consensuado con el Equipo UCC.

Si el paciente acude con una patología aguda que precise tratamiento en otro servicio (fractura de cadera, cuadro quirúrgico abdominal urgente...), el médico de urgencias actuará siguiendo el criterio habitual en el hospital. No obstante, el Equipo UCC tendrá conocimiento del ingreso, de forma que participará en el seguimiento y planificación del alta de estos pacientes junto con el servicio correspondiente y el trabajador social de referencia en el caso de existir problemática sociofamiliar.

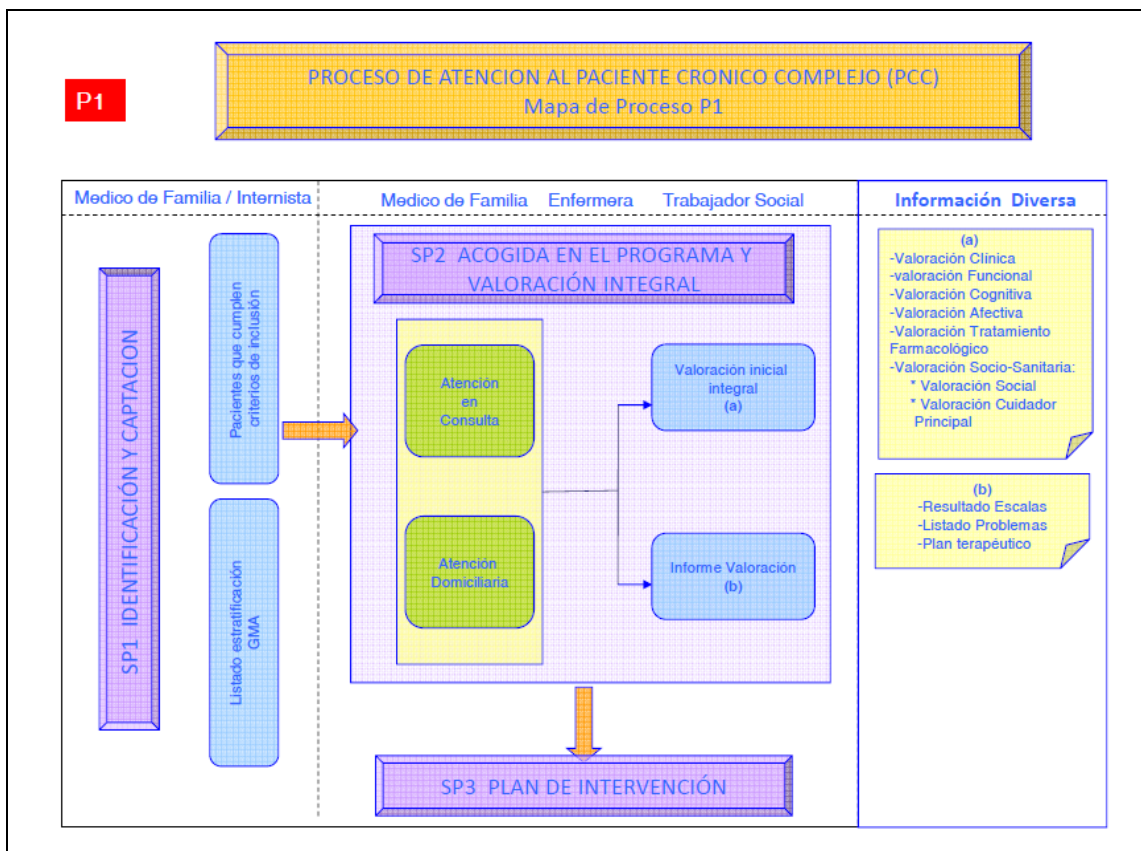
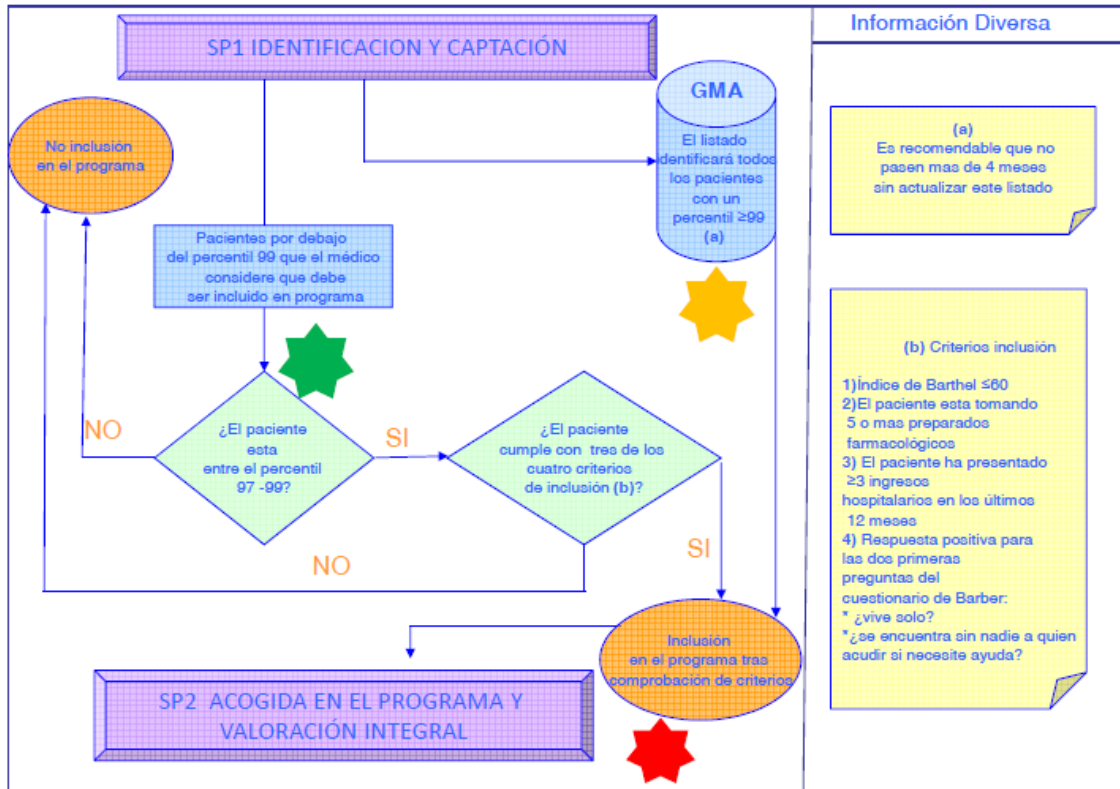


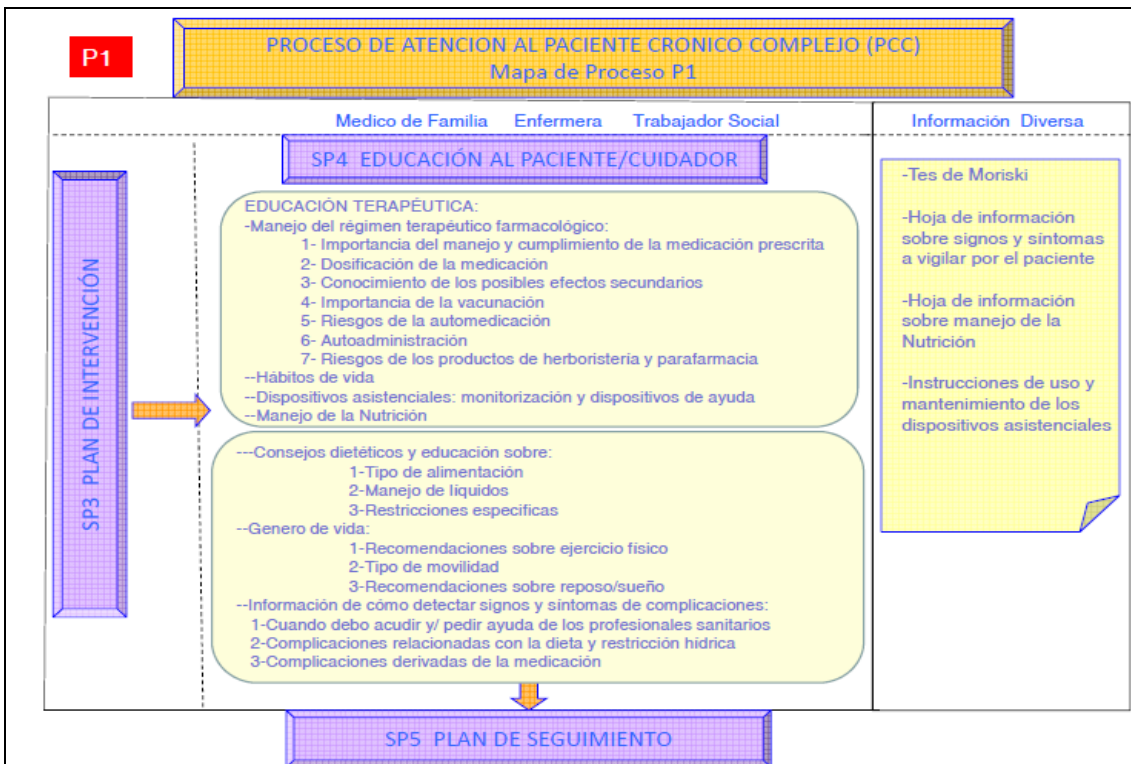
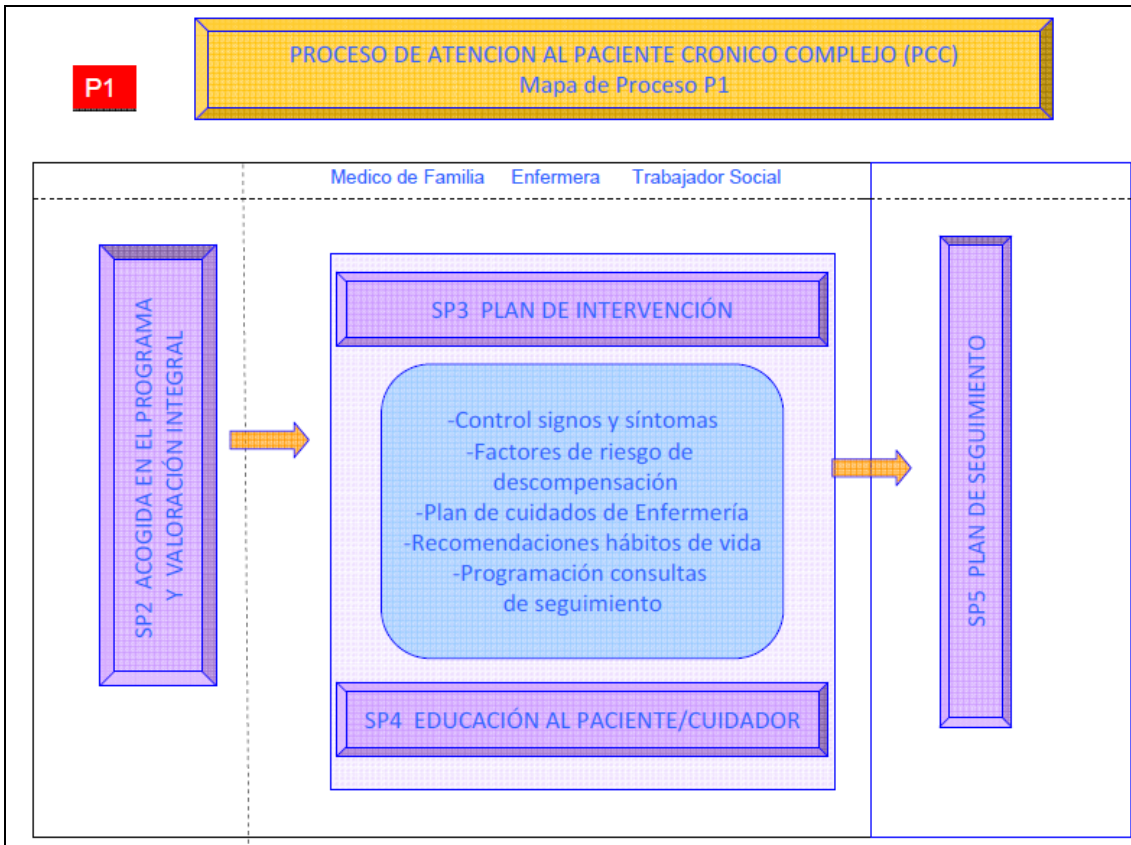
## **5. Atención fuera del horario de actividad del Centro de Salud y de la UCC del hospital:**

Cuando un paciente incluido en programa o su familiar solicite asistencia al 061 o a un punto de atención continuada del ámbito de atención primaria fuera de los horarios de funcionamiento de los centros de salud y de la UCC, se deberá garantizar que el profesional sanitario que atienda la llamada o asista al paciente sepa desde el primer momento que es un paciente incluido en el programa de atención a pacientes crónicos complejos. Para ello estará claramente visible en historia clínica electrónica la identificación como PCC, siendo conscientes en todo momento de que se trata de un paciente crónico complejo, se actuará en función de la situación clínica y de las preferencias expresadas por el paciente en la historia clínica. Se recomienda siempre que sea posible evitar remitir al paciente a urgencias del hospital y garantizar mediante las gestiones necesarias que va a ser valorado al día siguiente por su equipo de atención primaria/UCC de referencia.

- ❖ ANEXO I MAPA DEL PROCESO
- ❖ ANEXO II DOCUMENTO DE ACOGIDA
- ❖ ANEXO III INDICADORES





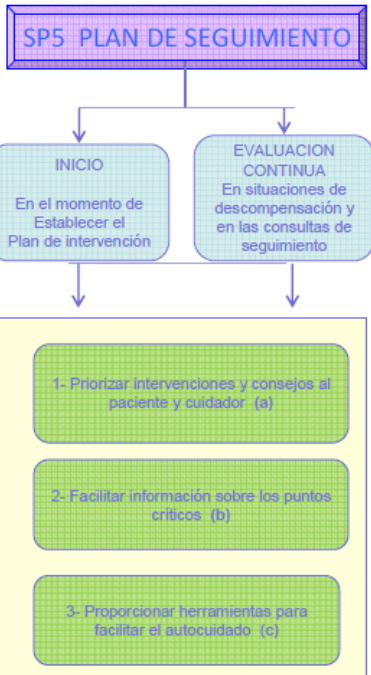




P1

### PROCESO DE ATENCION AL PACIENTE CRONICO COMPLEJO (PCC) Mapa de Proceso P1

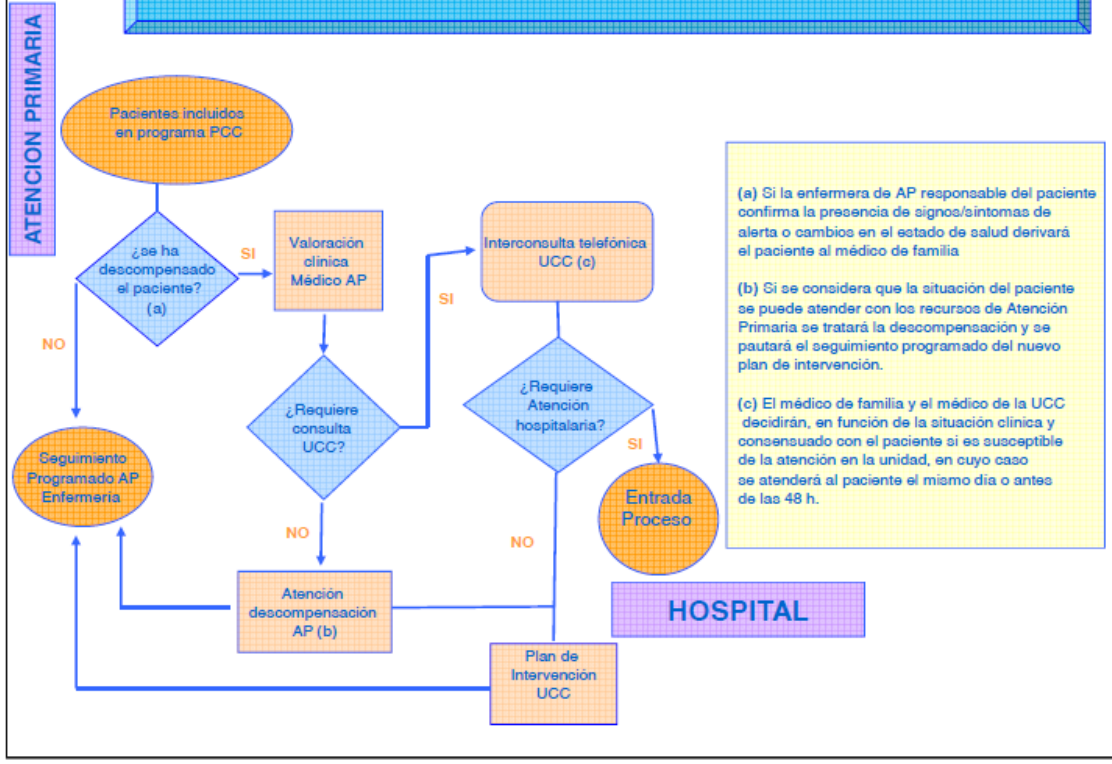
Médico y enfermera responsables del paciente

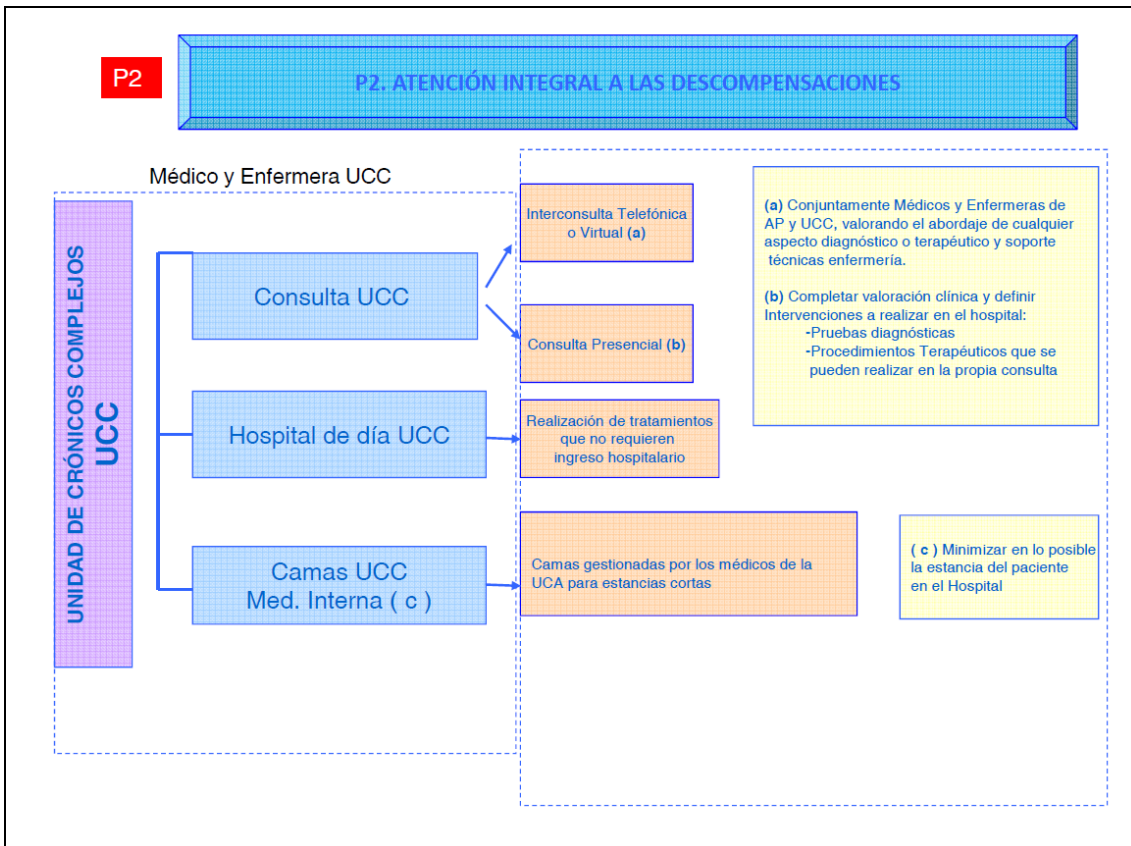
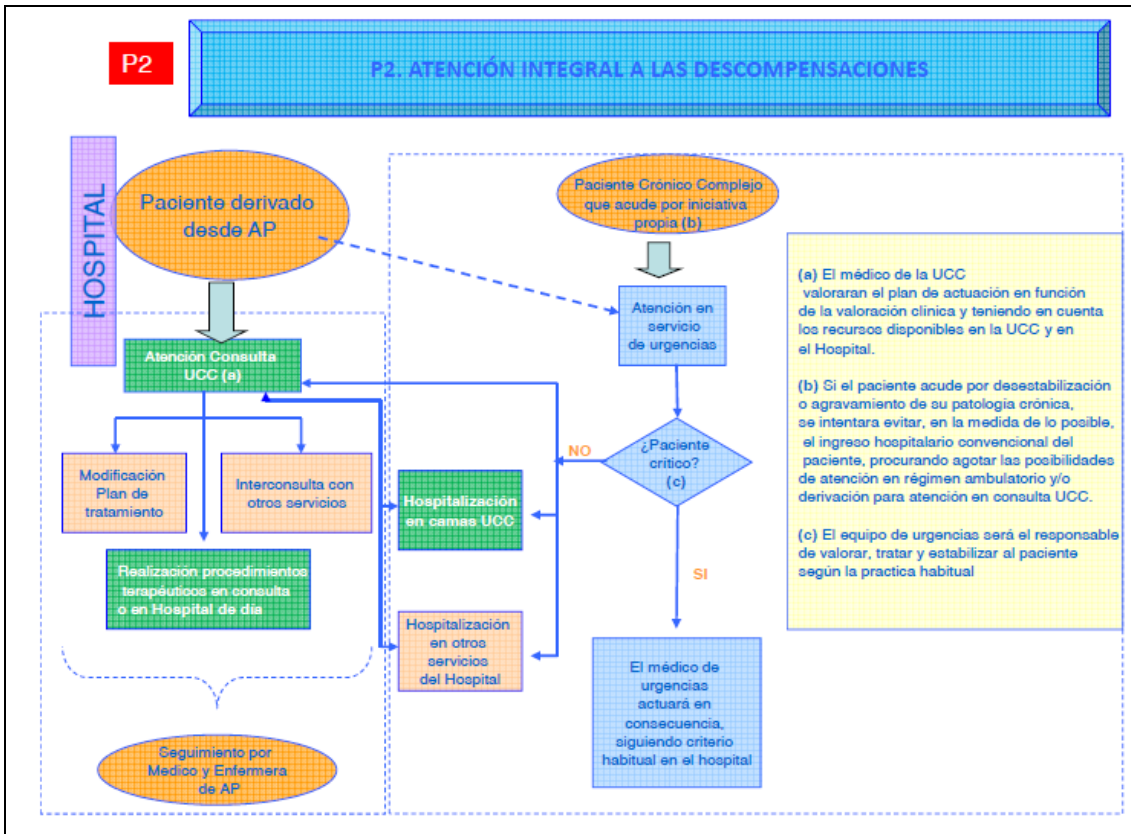


- (a)  
-De forma progresiva, reforzando de menos a más, para comprobar los conocimientos y aprendizajes anteriores, consensuado con el paciente y el cuidador
- (b)  
-Minimizar descompensaciones, visitas a urgencias e ingresos evitables en el hospital. Se informara al menos sobre:  
1-Educación Terapéutica  
2-Signos y síntomas de alerta a monitorizar en domicilio  
3-Consulta /contacto telefónico cuando aparezcan estos signos y síntomas
- (c)  
-Como ayuda para el seguimiento del plan de intervención:  
1-Listado escrito de la medicación activa  
2-Consejos dietéticos  
3-Genero de vida  
4-Información de cómo detectar signos y síntomas de complicaciones

P2

### P2. ATENCIÓN INTEGRAL A LAS DESCOMPENSACIONES





**¿Qué ventajas implica este servicio?**

⊙ **ACCESIBILIDAD:**  
Tendrá un profesional de referencia con el que contactar cuando lo necesite.

⊙ **INDIVIDUAL:**  
Dará respuesta a sus necesidades de salud de forma personalizada.

⊙ **CERCANO Y RÁPIDO:**  
Se realizará un plan de seguimiento de la evolución de su enfermedad, manteniendo una estrecha comunicación con su enfermera y médico de familia. Y siempre trataremos de que sea atendido en su entorno familiar.

⊙ **CONTINUIDAD:**  
El seguimiento de sus enfermedades realizado por los profesionales de atención primaria, en coordinación con los especialistas del hospital.

## SERVICIO DE ATENCIÓN AL PACIENTE CRÓNICO COMPLEJO



Hemos puesto en marcha un servicio específico para mejorar la atención de los pacientes con varias enfermedades crónicas, como es su caso, del que Ud. va a poder beneficiarse a partir de este momento.

- ⊙ Acuda a su Centro de Salud o póngase en contacto con él con la periodicidad indicada por su médico y enfermera responsables de atenderle y de realizar el control y seguimiento de sus enfermedades.

⊙ Si presenta síntomas que le preocupen en relación a su estado de salud puede contactar con su administrativo de referencia en los siguientes teléfonos / correos:

.....  
 .....  
 .....  
 .....

⊙ Siempre será atendido inicialmente por su enfermera, .....  
 .....en horario de .....  
 Su teléfono de contacto es .....

⊙ En el Hospital podrá ser atendido en consulta externa, o si lo precisa ser hospitalizado.

⊙ Siempre que acuda al hospital lleve consigo la lista de medicamentos o la bolsa de las medicinas que toma.

- Es muy importante que Ud. participe y siga los consejos respecto a sus cuidados en :
- Hábitos saludables
  - Actuaciones a desarrollar ante signos y síntomas de empeoramiento
  - Realizar correctamente el tratamiento



**Si es Ud. el cuidador del paciente, sepa que es muy importante:**

- ⊙ Ser consciente de sus limitaciones
- ⊙ Saber compartir los sufrimientos
- ⊙ Pedir información y actuar en consecuencia
- ⊙ Permitirse sentir y expresar emociones
- ⊙ Permitirse alejarse del enfermo
- ⊙ Ponerse objetivos a corto plazo
- ⊙ Buscar su recompensa en la propia acción de cuidar
- ⊙ Pedir ayuda y colaboración
- ⊙ Aceptar que el objetivo no es la curación



### ANEXO III INDICADORES PROGRAMA PACIENTE CRÓNICO COMPLEJO

Para la monitorización del grado de implantación del Programa se proponen los siguientes indicadores de evaluación

<b>Número</b>	<b>1</b>
<b>Indicador</b>	<b>Porcentaje de pacientes de la población diana (GMA ≥ percentil 97) que se han incluido en Programa</b>
<b>Fórmula</b>	$A/B * 10^2$ <p><u>Numerador</u>: Pacientes que pertenecen a un percentil GMA≥97 y han sido incluidos en el programa</p> <p><u>Denominador</u>: total de pacientes que pertenecen a un percentil GMA≥97</p>
<b>Fuente</b>	GMA y OMI-AP
<b>Observaciones</b>	Desagregado por sexo
<b>Periodicidad</b>	Cuatrimestral

<b>Número</b>	<b>2</b>
<b>Indicador</b>	<b>Porcentaje de pacientes incluidos en el programa que no pertenecen a la población diana (GMA &lt; percentil 97 )</b>
<b>Fórmula</b>	$A/B * 10^2$ <p><u>Numerador</u>: Pacientes que pertenecen a un percentil GMA&lt;97y han sido incluidos en el programa</p> <p><u>Denominador</u>: Pacientes incluidos en el programa</p>
<b>Fuente</b>	GMA y OMI-AP
<b>Observaciones</b>	Desagregado por sexo
<b>Periodicidad</b>	Cuatrimestral

<b>Número</b>	<b>3</b>
<b>Indicador</b>	<b>Porcentaje de pacientes incluidos en programa con plan de intervención elaborado por atención primaria</b>
<b>Fórmula</b>	$A/B * 10^2$ <u>Numerador:</u> Pacientes incluidos en el programa con plan de intervención elaborado por atención primaria <u>Denominador:</u> Pacientes incluidos en el programa.
<b>Fuente</b>	OMI-AP
<b>Observaciones</b>	Se entenderá que el plan de intervención está cumplimentado cuando exista al menos un registro <b>en cada uno de los campos</b> : problemas, plan operativo y recomendaciones al paciente
<b>Periodicidad</b>	Cuatrimestral

<b>Número</b>	<b>4</b>
<b>Indicador</b>	<b>Porcentaje de altas hospitalarias de pacientes incluidos en programa con ingreso en la UCC/MI/Geriatria que disponen de plan de intervención elaborado por profesionales del hospital en el formulario específico de Historia Clínica Electrónica (HCE)</b>
<b>Fórmula</b>	$A/B * 10^2$ <u>Numerador:</u> Número de Altas de la UCC/MI/Geriatria de pacientes incluidos en el programa que disponen de plan de intervención elaborado por profesionales del hospital en el formulario específico de HCE. <u>Denominador:</u> Número de Altas de la UCC/MI/Geriatria de pacientes incluidos en el programa.
<b>Fuente</b>	Historia Clínica Electrónica
<b>Observaciones</b>	Se entenderá que el plan de intervención está cumplimentado cuando exista al menos un registro <b>en alguno de los campos</b>
<b>Periodicidad</b>	Cuatrimestral

<b>Número</b>	5
<b>Indicador</b>	<b>Porcentaje de pacientes incluidos en programa que tienen elaborado el plan de cuidados de enfermería sobre conocimientos deficientes</b>
<b>Fórmula</b>	$A/B * 10^2$ <u>Numerador:</u> Pacientes incluidos en programa que tienen elaborado el plan de cuidados de enfermería sobre conocimientos deficientes <u>Denominador:</u> Pacientes incluidos en el programa.
<b>Fuente</b>	OMI-AP
<b>Observaciones</b>	Se considerará elaborado el plan de cuidados de enfermería sobre conocimientos deficientes cuando esté seleccionada al menos una de las intervenciones (NIC) del protocolo específico
<b>Periodicidad</b>	Cuatrimestral

<b>Número</b>	6
<b>Indicador</b>	<b>Porcentaje de pacientes incluidos en programa con test de Barthel realizado</b>
<b>Fórmula</b>	$A/B * 10^2$ <u>Numerador:</u> Pacientes incluidos en programa con test de Barthel realizado <u>Denominador:</u> Pacientes incluidos en el programa.
<b>Fuente</b>	OMI-AP
<b>Observaciones</b>	Se considerará válida la fecha de realización del test desde un año antes de la inclusión en el programa
<b>Periodicidad</b>	Cuatrimestral

<b>Número</b>	7
<b>Indicador</b>	<b>Porcentaje de pacientes con test de Barthel realizado y valor &gt; 60 y Porcentaje de pacientes con test de Barthel realizado y valor &lt;40</b>
<b>Fórmula</b>	$A/B * 10^2$ <p><u>Numerador</u>: Pacientes incluidos en programa con test de Barthel realizado y valor &gt; 60 / valor &lt;40</p> <p><u>Denominador</u>: Pacientes incluidos en el programa con test de Barthel realizado</p>
<b>Fuente</b>	OMI-AP
<b>Observaciones</b>	
<b>Periodicidad</b>	Cuatrimestral

<b>Número</b>	8
<b>Indicador</b>	<b>Porcentaje de ALTAS de pacientes incluidos en programa en los que el equipo de atención primaria realiza una visita presencial en los primeros siete días desde el alta</b>
<b>Fórmula</b>	$A/B * 10^2$ <p><u>Numerador</u>: Número de altas con visita presencial del equipo de atención primaria en la primera semana tras el alta hospitalaria.</p> <p><u>Denominador</u>: Número de altas de pacientes incluidos en programa</p>
<b>Fuente</b>	HP-HIS y OMI-AP
<b>Observaciones</b>	Se analizarán sólo las altas de las unidades de crónicos complejos (UCC)/servicios de medicina interna y servicios de geriatría.
<b>Periodicidad</b>	Cuatrimestral

<b>Número</b>	9
<b>Indicador</b>	<b>Porcentaje de pacientes incluidos en programa que han fallecido en los seis primeros meses</b>
<b>Fórmula</b>	$A/B * 10^2$ <p><u>Numerador</u>: Pacientes incluidos en el programa fallecidos en los seis primeros meses desde su inclusión</p> <p><u>Denominador</u>: Pacientes incluidos en programa.</p>
<b>Fuente</b>	HP-HIS y BDU
<b>Observaciones</b>	
<b>Periodicidad</b>	Cuatrimestral

<b>Número</b>	10
<b>Indicador</b>	<b>Mediana del número de meses transcurridos desde que un paciente ha sido incluido en el programa hasta que fallece</b>
<b>Fórmula</b>	<p>Si el número de pacientes incluidos en programa (<math>n</math>) es impar, la mediana es el valor (número de meses) que ocupa la posición <math>(n+1)/2</math> una vez que los datos han sido ordenados</p> <p>Si <math>n</math> es par, la mediana es la media aritmética de los dos valores centrales</p>
<b>Fuente</b>	OMI-AP y BDU
<b>Observaciones</b>	
<b>Periodicidad</b>	Cuatrimestral

<b>Número</b>	<b>11</b>
<b>Indicador</b>	<b>Porcentaje de ingresos en UCC/servicio medicina interna/servicio geriatría del total de ingresos de los pacientes incluidos en programa</b>
<b>Fórmula</b>	$A/B * 10^2$ <u>Numerador</u> : Número de ingresos en la UCC/ servicio medicina interna/servicio geriatría de los pacientes incluidos en programa. <u>Denominador</u> : Total de ingresos de los pacientes incluidos en programa.
<b>Fuente</b>	HP-HIS y OMI-AP
<b>Observaciones</b>	
<b>Periodicidad</b>	Cuatrimestral

<b>Número</b>	<b>12</b>
<b>Indicador</b>	<b>Porcentaje de ingresos en neumología + cardiología+ neurología del total de ingresos de los pacientes incluidos en programa</b>
<b>Fórmula</b>	$A/B * 10^2$ <u>Numerador</u> : Número de ingresos en neumología + cardiología+ neurología de los pacientes incluidos en programa. <u>Denominador</u> : Total de ingresos de los pacientes incluidos en programa.
<b>Fuente</b>	HP-HIS y OMI-AP
<b>Observaciones</b>	
<b>Periodicidad</b>	Cuatrimestral

<b>Número</b>	<b>13</b>
<b>Indicador</b>	<b>Promedio de ingresos por paciente y mes incluido en el programa</b>
<b>Fórmula</b>	$A/B * 10^2$ <u>Numerador:</u> Número de total de ingresos de pacientes incluidos en programa <u>Denominador:</u> Sumatorio de pacientes-tiempo en programa
<b>Fuente</b>	HP-HIS y OMI-AP
<b>Observaciones</b>	
<b>Periodicidad</b>	Cuatrimestral

<b>Número</b>	<b>14</b>
<b>Indicador</b>	<b>Promedio de visitas a urgencias por paciente y mes</b>
<b>Fórmula</b>	$A/B * 10^2$ <u>Numerador:</u> Número total de visitas a urgencias de pacientes incluidos en programa <u>Denominador:</u> Sumatorio de pacientes-tiempo en programa
<b>Fuente</b>	PCH-Urgencias OMI-AP
<b>Observaciones</b>	
<b>Periodicidad</b>	Cuatrimestral

<b>Número</b>	<b>15</b>
<b>Indicador</b>	<b>Promedio de interconsultas de especialidades médicas por paciente incluido en programa (en los últimos seis meses)</b>
<b>Fórmula</b>	<u>Numerador</u> : Número de interconsultas de especialidades médicas de pacientes incluidos en programa  <u>Denominador</u> : Pacientes que forman parte del programa
<b>Fuente</b>	HP-HIS y OMI-AP
<b>Observaciones</b>	Se analizarán por separado las interconsultas a la unidad de crónicos complejos
<b>Periodicidad</b>	Cuatrimestral

<b>Número</b>	<b>16</b>
<b>Indicador</b>	<b>Porcentaje de interconsultas a la Unidad de Crónicos Complejos de pacientes incluidos en programa del total de interconsultas de los pacientes incluidos en programa</b>
<b>Fórmula</b>	$A/B * 10^2$  <u>Numerador</u> : Número de interconsultas a la unidad de crónicos complejos de pacientes incluidos en programa  <u>Denominador</u> : Número total de interconsultas de pacientes incluidos en programa
<b>Fuente</b>	HP-HIS y OMI-AP
<b>Observaciones</b>	
<b>Periodicidad</b>	Cuatrimestral



<b>Número</b>	<b>17</b>
<b>Indicador</b>	<b>Porcentaje de interconsultas a la Unidad de Crónicos Complejos resueltas de forma no presencial</b>
<b>Fórmula</b>	$A/B * 10^2$ <u>Numerador:</u> Número de interconsultas a la unidad de crónicos complejos resueltas de forma no presencial <u>Denominador:</u> Número de interconsultas a la unidad de crónicos complejos
<b>Fuente</b>	HP-HIS y OMI-AP
<b>Observaciones</b>	
<b>Periodicidad</b>	Cuatrimestral

<b>Número</b>	<b>18</b>
<b>Indicador</b>	<b>Porcentaje de pacientes incluidos en el Programa del Paciente Crónico Complejo que constan como tributarios de cuidados paliativos</b>
<b>Fórmula</b>	$A/B * 10^2$ <u>Numerador:</u> Pacientes incluidos en el programa del paciente crónico complejo que constan como tributarios de cuidados paliativos <u>Denominador:</u> Pacientes incluidos en el programa del paciente crónico complejo
<b>Fuente</b>	OMI-AP
<b>Observaciones</b>	Se entenderán que constan como tributarios de cuidados paliativos cuando los pacientes estén incluidos en el servicio 320 de OMI-AP como “TIPO DE CUIDADOS PALIATIVOS”
<b>Periodicidad</b>	Cuatrimestral