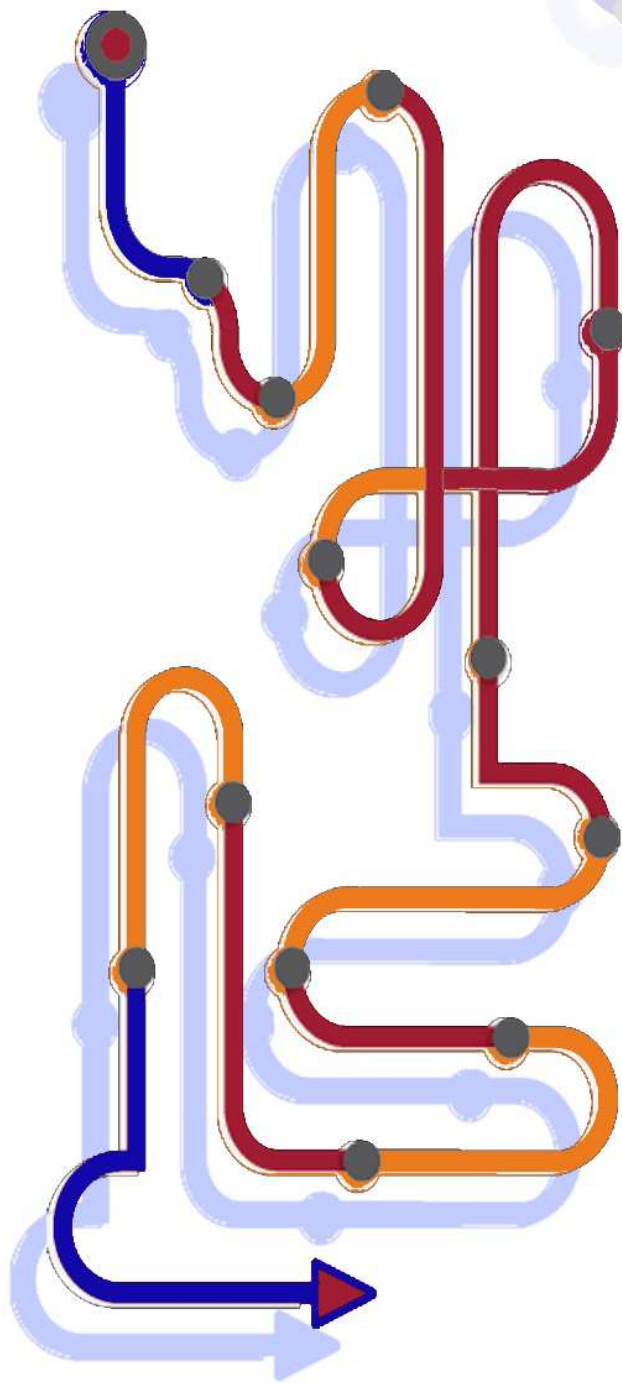




G CONSELLERIA
O SALUT
I SERVEI SALUT
B ILLES BALEARS

Atenció al pacient crònic complex i al pacient crònic avançat

2017



Autors

- Francesc Albertí Homar. Coordinador d'Atenció Sociosanitària
- Angélica Miguélez Chamorro. Subdirectora d'Atenció a la Cronicitat, Coordinació Sociosanitària, Salut Mental i Malalties Poc Freqüents
- Gabriel Moragues Sbert. Grup Tècnic d'Atenció a la Cronicitat
- Estefania Serratusell Sabater. Grup Tècnic d'Atenció a la Cronicitat

Revisors

- Juli Fuster Culebras. Director general
- Atanasio García Pineda. Director assistencial
- Rosa Elena Duro Robles. Subdirectora d'Atenció Primària i Atenció a les Urgències Extrahospitalàries
- Carlos Javier Villafàfila Gomila. Subdirector de Cures Assistencials i Atenció a l'Usuari
- Eugenia Carandell Jäger. Gabinet Tècnic de la Gerència d'Atenció Primària de Mallorca
- Francesc Morado Xumet. Subdirector d'Atenció Hospitalària
- Maria Àngels Pujols Buades. Gabinet Tècnic de la Gerència d'Atenció Primària de Mallorca
- Isabel Román Medina. Supervisora de l'Àrea Sociosanitària de l'Hospital General
- Maria Antònia Font Oliver. Directora d'infermeria de la Gerència d'Atenció Primària de Mallorca
- Antònia Roca Casas. Directora mèdica de la Gerència d'Atenció Primària de Mallorca
- Onofre Pons Sureda. Director mèdic de l'Hospital Comarcal d'Inca
- Soledad Gallardo Bonet. Directora gerent de l'Hospital Comarcal d'Inca
- Concepcion Zaforteza Lallemand. Directora d'infermeria de l'Hospital Comarcal d'Inca
- Joan Manuel Buades Fuster. Cap del Servei de Nefrologia de l'Hospital Son Llàtzer
- Carlos Serrano Jurado. Infermer del Centre Coordinador del Programa de Cures Palliatives de les Illes Balears
- Mercè Llagostera Pagès. Metgessa Coordinadora del Centre Coordinador del Programa de Cures Palliatives de les Illes Balears
- Eusebi J. Castaño Riera. Servei de Planificació i Qualitat de la Direcció General de Planificació, Avaluació i Farmàcia. Conselleria de Salut del Govern de les Illes Balears
- Jordi Forteza-Rey Borralleras. Metge internista de l'Hospital Universitari Son Espases
- Catalina Nadal Martí. Metgessa internista de l'Hospital Universitari Son Espases
- Jaume Ripoll Sánchez. Coordinador mèdic del Centre de Salut Valldargent
- Lluís Feliu Mazaira. Metge internista de l'Hospital General

- Lourdes Vich Martorell. Metgessa internista de l'Hospital General
- Antoni Truyols Bonet. Metge internista de l'Hospital General
- Juan Antonio Parra Roper. Metge internista de l'Hospital General
- Juan Santamaría Semis. Metge internista i coordinador del Programa de Cures Palliatives de l'Hospital General
- Silvia García Castro. Infermera gestora de casos de l'Hospital Universitari Son Espases
- María Viña García-Bericua. Infermera gestora de casos de l'Hospital General
- Sandra Ferrer Gelabert. Subdirectora mèdica de l'Hospital Son Llàtzer
- Carme Julià Cerezo. Supervisora de l'àrea d'infermeria de l'Hospital Joan March
- María Calderón Cerezo. Coordinadora d'infermeria de l'Hospital General
- Pilar Fuster Obrador. Treballadora social de l'Hospital General
- María del Carmen Buen Ruiz. Metgessa rehabilitadora de l'Hospital Son Llàtzer
- Josefina Olivares Alcolea. Médica especialista en endocrinología y nutrición.

Llevat que s'indiqui una altra cosa, tots els òrgans i els llocs de feina esmentats depenen jeràrquicament del Servei de Salut de les Illes Balears.

Traducció

- Bartomeu Riera Rodríguez. Serveis Centrals. Servei de Salut de les Illes Balears

S'ha d'entendre que qualsevol referència sobre professionals o altres persones que en el document es faci en gènere masculí o femení alludeix indistintament a homes i a dones, de tal manera que això no suposa un ús sexista del llenguatge.

Edició: Subdirecció d'Atenció a la Cronicitat, Coordinació Sociosanitària, Salut Mental i Malalties poc Freqüents.

Servei de Salut de les Illes Balears. Conselleria de Salut

Data: Desembre de 2017

ISBN: 978-84-697-9175-2



Índex de continguts

1. Introducció.....	7
2. Definicions.....	14
2.1. Complexitat clínica.....	14
2.1. Pacient crònic complex.....	14
2.2. Pacient crònic avançat.....	17
3. Objectius.....	18
4. Identificació i registre dels pacients crònics complexos i dels pacients crònics avançats.....	20
5. Model d'atenció.....	22
5.1. Pacient crònic complex.....	22
5.2. Pacient crònic avançat.....	25
6. Indicadors de qualitat.....	309
7. Bibliografia.....	421

1. Introducció

Als països occidentals, l'esperança de vida ha augmentat notablement en el darrer segle gràcies als avenços mèdics i tecnològics, als canvis en els hàbits nutricionals i en els estils de vida i a l'accés més fàcil de la població als serveis sanitaris, entre altres factors.¹ Espanya és el quart país del món amb l'esperança de vida més alta (82,8 anys), superat només pel Japó, Suïssa i Singapur, segons els darrers informes publicats per l'Organització Mundial de la Salut.

Els canvis demogràfics dels darrers anys han fet que el sistema de salut hagi d'atendre cada vegada un nombre més alt de pacients grans amb pluripatologia i dependència funcional progressiva. El model actual d'atenció, orientat a l'atenció dels problemes de salut aguts, no dona una resposta adequada a les necessitats d'aquells pacients, per la qual cosa cal fer canvis en el model organitzatiu que s'adaptin a aquesta nova i emergent realitat.²

En els darrers anys, organitzacions i autors diversos han introduït els conceptes de *pacient crònic complex* i de *pacient crònic avançat*,^{3,4} els quals representen entre el 3 % i el 5 % de la població i consumeixen un gran percentatge de recursos, ja que suposen entre el 20 % i el 40 % dels ingressos hospitalaris; concretament, el 40,5 % ingressen tres vegades l'any o més i el 13 % ho fan cinc vegades l'any o més. En definitiva, el 10 % dels pacients crònics són responsables del 55 % de les estades hospitalàries i el 5 % d'aquells del 42 %.⁵

Quan ingressen en un hospital d'aguts, els pacients crònics complexos sovint presenten problemes afegits al motiu que ocasiona l'ingrés. Entre aquests problemes solen destacar les caigudes, el deteriorament cognitiu, els dèficits auditiu i visual, la polifarmàcia, l'insomni, la simptomatologia depressiva, la malnutrició i les úlceres cutànies. Tot això provoca dependència per a les activitats bàsiques de la vida diària i/o per a les activitats instrumentals de la vida diària.⁶

El deteriorament funcional és una de les complicacions més importants, tenint en compte l'alta freqüència que presenta i les greus conseqüències que produeix, com ara la dependència, la institucionalització, l'increment del consum de recursos sanitaris i l'augment de la mortalitat.^{6,7}

Els treballs clàssics de Covinsky i coll. i Sager i coll. per estudiar l'evolució funcional dels pacients de més de 70 anys ingressats en unitats de medicina interna descriuen, respectivament, que el 31 % i el 35 % dels pacients donats d'alta presentaven deteriorament funcional a l'alta hospitalària global. Es varen obtenir dades similars en l'estudi HOPE, en el qual es va constatar que els pacients presentaven a més pèrdua funcional rellevant, ja que el 40 % dels que mostraven deteriorament a l'alta era a causa del deteriorament en tres o més de les activitats bàsiques de la vida diària. En l'estudi de Zisberg i coll. es descriu un 46 % de deteriorament funcional a l'alta hospitalària global en persones de més de 70 anys ingressades en els serveis de medicina interna. Segons aquest estudi, al cap d'un mes de l'alta hospitalària el 49 % presentava deteriorament en alguna activitat bàsica de la vida diària i el 57 % en alguna activitat instrumental de la vida diària. I en estudis de seguiment de tres mesos, el 40 % presentava deteriorament en

alguna activitat instrumental de la vida diària i el 19 % en les activitats bàsiques de la vida diària.⁷

A Espanya, Gutiérrez Rodríguez i coll. varen descriure l'any 1999 una incidència del deteriorament funcional a l'alta hospitalària del 70,66 % en una població de pacients de més de 65 anys amb un nivell alt d'independència en les activitats bàsiques de la vida diària i ingressats en una unitat hospitalària d'aguts. Al cap d'un mes, el deteriorament persistia en el 29,3 % dels pacients.⁸

En conclusió, és evident que la prevenció de les complicacions evitables en aquest perfil de la població ha de ser la base de l'atenció hospitalària, no només per millorar la qualitat assistencial sinó per eficiència i per obligació moral de l'organització envers la ciutadania.

D'altra banda, les persones de més de 65 anys són el 26 % de les que acudeixen als serveis hospitalaris d'urgències i constitueixen el 40 % dels ingressos hospitalaris per aquesta via.⁹

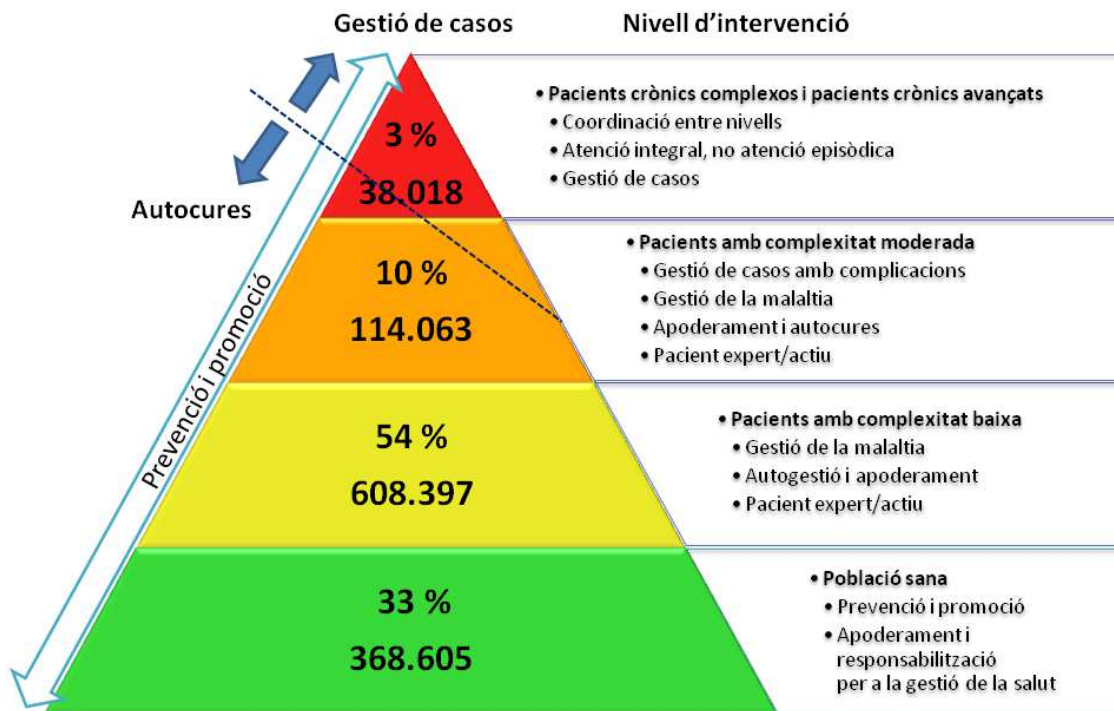
El grup del Atlas de Variaciones en la Práctica Médica del Sistema Nacional de Salud va publicar l'any 2010 un treball sobre la variabilitat de les hospitalitzacions de les persones grans en el qual es va apuntar que es produeixen als hospitals públics d'Espanya 202 ingressos l'any per cada 1.000 persones de 65 a 79 anys, i 332 ingressos l'any per cada 1.000 persones de 80 anys o més. Aquestes altes taxes tenen, a més, la particularitat de traduir una variabilitat entre àrees que oscil·len entre 5,5 i 6,5 vegades més en aquelles que presenten taxes més altes d'ingressos en comparació amb les que presenten taxes més baixes, i es descriu així mateix una variabilitat important entre comunitats autònomes.

El gran volum d'hospitalitzacions es dona per una combinació d'ingressos causats per diagnòstics associats a cirurgia electiva (cataractes, malalties del tracte biliar, artrosi, hèrnia de la paret abdominal, hiperplàsia de pròstata); descompensacions de malalties cròniques (insuficiència cardíaca, malaltia pulmonar crònica, cardiopatia isquèmica, diabetis, etc.); quadres aguts (ictus, pneumònia, infart de miocardi, fractura de maluc, hemorràgia digestiva), i neoplàsies malignes.¹⁰

El *Documento de consenso sobre prevención de fragilidad y caídas en la persona mayor*, aprovat pel Consell Interterritorial del Sistema Nacional de Salut, estima que la prevalença de la fragilitat entre les persones de més de 65 anys se situa entre el 8,5 % i el 20,4 %. A més, la major part del consum de recursos sanitaris i socials que fa qualsevol persona al llarg de la seva vida es concentra en els darrers mesos o anys, ja que les persones grans generen més del 40 % de la demanda hospitalària en el Sistema Nacional de Salut i els costos per atendre-les augmenten contínuament. La valoració geriàtrica integral és probablement la manera més bona d'avaluar els pacients fràgils, ja que permet valorar els múltiples components que condicionen l'evolució de la fragilitat i, en conseqüència, traçar un pla de cures ajustat a les seves necessitats individuals.¹¹

L'estratificació de la població per grups de morbiditat ajustats (GMA) permet classificar la població segons la complexitat que presenta, per la qual cosa esdevé una eina important per identificar-ne les necessitats de salut, anticipar-se a les complicacions i a les reaguditzacions i planificar els recursos necessaris. En la piràmide de la figura 1 es pot veure l'estratificació feta amb l'eina de GMA.

Figura 1. Estratificació de la població de les Illes Balears (desembre de 2016)..



L'estudi prospectiu d'un any a l'atenció primària de Ramírez-Duque i coll. conclou que el 24 % dels pacients pluripatològics presentava un índex de Barthel inferior a 60 i que el 37,75 % patia deteriorament cognitiu.¹²

Segons la Encuesta Andaluza de Salud de 2007, la prevalença de la cronicitat per als pacients de 75 anys o més se situa en el 91,6 %, en el 84,3 % per al grup de 65 a 74 anys, en el 73,6 % per a la franja d'edat de 55 a 64 anys i en el 48,4 % per a les persones de 45 a 54 anys. Pel que fa a la pluripatologia, la prevalença se situa en el 63,5 % en el grup d'edat de 85 anys o més, en el 68,6 % entre les persones de 75 a 84 anys, en el 54,2 % en la franja de 65 a 74 anys, en el 38,8 % entre les persones de 55 a 64 i en el 17,7 % en les de 45 a 54 anys.

L'anàlisi del conjunt de les altes hospitalàries d'Andalusia fa palès que en el 43,14 % s'identifica una malaltia crònica que genera discapacitat. A més, entre els anys 2000 i 2010 es va incrementar un 66,82 % el nombre de pacients crònics complexos o pluripatològics. Aquest increment es va apreciar tant en pacients amb grups relacionats amb el diagnòstic mèdics com en pacients amb grups relacionats amb el diagnòstic quirúrgics, en els quals l'increment de pacients pluripatològics és fins i tot més gran, ja que assoleix el 119 % d'increment en el mateix període.¹³

Un estudi lligat a l'hospitalització per malalties cròniques i pluripatologia a partir del conjunt mínim bàsic de dades entre els anys 2000 i el 2010 als hospitals del Servicio Andaluz de Salud, conclou que les altes es varen reduir un 14,15 % en les persones de menys de 75 anys però varen augmentar un 47,54 % les altes de les persones de més de 74 anys. D'altra banda, les estades de persones de més de 75 anys d'edat també varen augmentar, un 29,7 %. Del total d'ingressos, el 21,35 % varen ser programats i el 78,75 % varen ser urgents, i fins al 8 % varen procedir de consultes. Analitzant la diferència entre serveis, els grups relacionats amb el diagnòstic mèdics varen representar el 69,7 % i els grups relacionats amb el diagnòstic quirúrgics, el 29,2 %.¹⁵

Segons les projeccions de l'Institut Nacional d'Estadística, s'estima que la població de les Illes Balears serà l'any 2029 de 1.169.361, de la qual el 22 % (257.260) correspon a persones de 65 anys o més.¹⁴

Taula 1. Projecció de la població de les Illes Balears entre 2015 i 2029.

Any	2015		2029	
Població total	1.120.548		1.169.361	
Persones de més de 65 anys	170.900	15,3 %	257.260	22,0 %

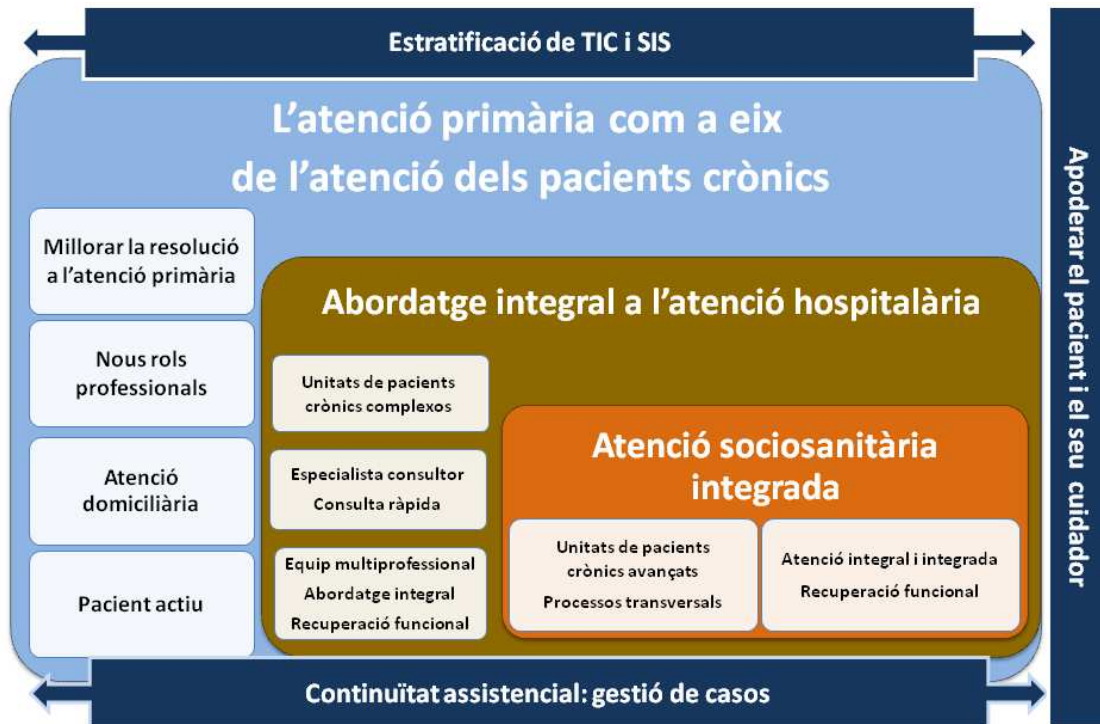
Segons dades del *Libro blanco de atención a las personas en situación de dependencia en España* a partir dels resultats de l'enquesta Geriatria XXI, elaborada l'any 2000 per la Societat Espanyola de Geriatria i Gerontologia sobre l'atenció geriàtrica especialitzada als hospitals d'aguts espanyols, la mitjana d'edat dels pacients hospitalitzats en unitats de medicina interna i de geriatria d'aguts havia progressat en els darrers quinze anys des dels 75 anys fins als 83-84 anys. Els pacients procedien d'urgències en el 80-90 % dels casos. Els principals grups relacionats amb el diagnòstic identificats varen ser la insuficiència cardíaca, la malaltia pulmonar obstructiva crònica i l'accident cerebrovascular agut. La situació funcional dels pacients ingressats corresponia a incapacitat moderada física en gairebé el 60 % i a incapacitat moderada mental en el 30 %. La mitjana de temps d'estada es va situar en el rang entre 9 i 12 dies. La mortalitat —tot i que variable depenent de les característiques de les diferents unitats— era sempre inferior al 15 %. El servei que més interconsultes va atendre va ser el de traumatologia (42 %), seguit pel d'urgències (24 %).⁹

Després de el que hem exposat, és imprescindible tenir en compte l'índex d'envelliment i la manera d'emmalaltir de la població en els anys vinents per tal de planificar un model d'atenció orientat a les necessitats dels pacients crònics complexos i dels pacients crònics avançats, tenint en compte que entre l'1 % i l'1,5 % de la població pateix alguna malaltia crònica avançada amb necessitat de rebre cures palliatives.⁴

El **Servei de Salut de les Illes Balears** té el compromís de gestionar la cronicitat i la complexitat de manera eficient i amb la millor evidència disponible a fi d'assegurar una atenció sanitària de qualitat que doni resposta a les necessitats de salut de la població en totes les etapes de la vida essent eficients i assegurant la universalitat i la sostenibilitat del

sistema sanitari i per a aquest compromís s'ha dissenyat el Mapa estratègic que es pot veure en la figura 2.

Figura 2. Mapa estratègic d'atenció a la cronicitat del Servei de Salut de les Illes Balears.



Font pròpia.

És imprescindible donar resposta a aquesta realitat, per la qual cosa la finalitat del projecte és que els pacients crònics complexos i els pacients crònics avançats rebin una atenció proactiva, resolutiva, adequada, eficient i satisfactòria en qualsevol moment i etapa de la vida, amb la intensitat que requereixin. Aquesta atenció s'ha de proporcionar en el dispositiu més adequat, però el domicili és l'eix sobre el qual han de pivotar tots els recursos per millorar la qualitat de vida i els resultats en matèria de salut garantint un ús eficient dels recursos. D'aquesta manera necessitam una **atenció primària altament resolutiva**, per la qual cosa s'ha d'impulsar el paper dels seus equips assistencials com a responsables dels processos d'atenció sanitària relacionats amb la cronicitat. La creació d'unitats d'hospitalització específiques de pacients crònics complexos en hospitals d'aguts i de crònics avançats en hospitals d'estada mitjana també ha de servir per atendre aquest tipus de pacients d'una manera proactiva, amb identificació precoç, assistència continuada i coordinada amb tots els dispositius assistencials, amb l'objectiu de millorar l'assistència, els resultats en matèria de salut, la qualitat de vida, l'ús dels recursos i la satisfacció dels pacients i dels seus familiars.

Tot això implica un canvi de model de prestació dels serveis sanitaris. És important identificar el tipus de pacients que es beneficiarien d'aquest canvi, i per això cal delimitar-ne els perfils:

- Pacients amb diverses malalties cròniques avançades (pluripatologia) concurrents. Perfil de multimorbiditat greu.

- Pacients amb alguna malaltia d'un òrgan específic en situació clínica greu que cursa amb insuficiència o claudicació de l'òrgan (insuficiència cardíaca, malaltia pulmonar obstructiva crònica, insuficiència renal crònica, demència, esquizofrènia, depressió...) amb important afectació funcional i/o cognitiva.

La identificació d'aquests pacients permet aplicar intervencions preventives i incorporar-los a programes d'atenció i gestió de casos amb rutes assistencials i procediments específics.

Actualment prestam a aquests pacients una atenció episòdica i fragmentada en lloc d'una atenció transversal, coordinada i integral, que repercuteix en la seva qualitat de vida i en els alts costos, però amb una efectivitat i una eficiència baixes. Per això ens trobam en les situacions següents:

- Probabilitat alta de patir crisis i/o descompensacions freqüents de la malaltia crònica, amb simptomatologia múltiple de difícil control.
- Necessitat de seguiment i vigilància en el temps per proporcionar la intensitat de l'atenció que requereixen en cada moment.
- Gran ús dels serveis d'urgències i freqüents ingressos urgents en un mateix any.
- Malaltia crònica complexa i/o avançada, que generalment afecta la seva situació funcional i amb pronòstic de vida limitat.
- Gran consum de recursos i de fàrmacs, no sempre indicats i amb efectes secundaris i interaccions.
- Necessitats multidimensionals, clíniques, funcionals, socials i psicològiques que requereixen diversos professionals per proporcionar una atenció de qualitat, que no tenen.
- Atenció a càrrec de diversos dispositius utilitzant vies d'atenció d'intensitat desproporcionada a la situació.
- Situació de fragilitat amb risc alt de pèrdua funcional i cognitiva, que el sistema sanitari actual no aborda.
- Síndromes geriàtriques d'aparició progressiva.
- Sovint, situacions socials adverses.

Hospitals d'aguts

La pèrdua funcional és una característica constant dels pacients crònics quan ingressen en un hospital, per la qual cosa és prioritari potenciar precoçment la mobilització i la deambulació, el manteniment i la reeducació dels esfínters, i la conservació de les activitats bàsiques de la vida diària. Especialitats mèdiques com la rehabilitació són prioritàries en l'atenció dels pacients grans. Molts dels factors associats a un ingrés hospitalari provoquen una ràpida pèrdua de massa muscular, però recuperar-la és molt lent i difícil.⁷

Els pacients grans amb pluripatologia sovint presenten descompensacions de la malaltia que resulten incapacitants, encara que són potencialment reversibles, com ara els accidents cerebrovasculars o les fractures de maluc, que són subsidiaris de programes de rehabilitació multidisciplinaris (fisioteràpia, teràpia ocupacional i logoteràpia) i per això han de ser atesos en unitats específiques, amb una estructura física adequada i un equip interdisciplinari de metges internistes, geriatres o metges de família, infermers entrenats, metges rehabilitadors, fisioterapeutes, terapeutes ocupacionals, logopedes, etc., que han de treballar conjuntament, per afavorir que l'ancià fràgil que ha patit un procés incapacitant es reintegri a la vida quotidiana a casa.¹⁵

Hospitals d'estada mitjana o de convalsència

Les **unitats d'estada mitjana o convalsència** varen ser definides per l'INSALUD l'any 1996 com el nivell assistencial hospitalari destinat a restablir les funcions, les activitats o les seqüeles alterades com a resultat de diferents processos previs.¹⁶ Els objectius primordials d'aquestes unitats són la recuperació funcional i la reducció de la incidència d'institucionalització definitiva, la consecució de les quals s'ha d'ajustar a un temps d'atenció no gaire prolongat a fi d'augmentar l'eficiència d'aquestes unitats. En aquest sentit, l'avaluació dels factors clínics, funcionals, mentals i socials és un dels aspectes bàsics per optimitzar el rendiment d'aquestes unitats. Alguns autors postulen que aplicar l'escala de Barthel podria ser un instrument d'avaluació eficaç en aquestes unitats i consideren que l'ingrés dels pacients és adequat mentre aconseguixin una millora de la situació funcional. Tanmateix, tant el guany funcional com l'estada hospitalària i l'eficiència poden estar condicionats per la complexitat de les característiques dels pacients.¹⁷

És intenció del Servei de Salut de les Illes Balears implementar un projecte per a pacients crònics complexos i pacients crònics avançats als hospitals d'estada mitjana o de convalsència, tant públics com concertats (Hospital General, Hospital Joan March i Hospital Sant Joan de Déu), per avaluar la qualitat en termes de guany funcional per mitjà de l'escala de Barthel, de la institucionalització posterior, de les estades i de la mortalitat, tal com s'ha fet en altres comunitats autònomes.

Les unitats d'estada mitjana o convalsència són el primer nivell assistencial avaluat i el que té el grau d'evidència científica més gran. Malgrat això, el grau de desenvolupament en els diferents sistemes sanitaris és més lent del que els establits beneficis farien preveure. Aquestes unitats han demostrat que un any després de l'alta hospitalària s'ha reduït la mortalitat en el grup de pacients tractats a la unitat ubicada en un hospital d'aguts (23,8 % vs. 48,3 %) i també ha minvat la institucionalització (12,7 % vs. 30 %). A més, ha millorat la situació funcional en les activitats bàsiques de la vida diària (48,4 % vs. 25,4 %) i de les activitats instrumentals de la vida diària (46,8 % vs. 30,5 %). D'altra banda, també han millorat la situació cognitiva (35,6 % vs. 22,4 %) i la situació afectiva (42,4 % vs. 24,1 %) i s'ha reduït el nombre d'estades hospitalàries i de reingressos i els costos de l'atenció.¹⁵

L'atenció d'aquests pacients requereix un canvi de model assistencial, que afecta les organitzacions sanitàries i els seus professionals, els pacients i els seus cuidadors. La clau del model és una coordinació assistencial dels diferents nivells i professionals que permeti donar una resposta ràpida a domicili i amb la intensitat que requereixi cada moment, utilitzant els recursos més adequats si és necessària l'hospitalització.

2. Definicions

2.1. Complexitat clínica

La complexitat clínica es defineix com la dificultat en la gestió de l'atenció d'un pacient i la necessitat d'aplicar-li plans individuals específics a causa de la presència o la concurrència de malalties, de la manera que té d'emprar els serveis o de les característiques de l'entorn.¹⁸

2.2. Pacient crònic complex

Els **pacients crònics complexos** són persones amb una malaltia (o més d'una) d'evolució llarga, la gestió clínica de la qual és percebuda com a difícil pels professionals de referència i que necessita l'ús ordenat de diferents serveis sanitaris i socials. Aquesta definició —a diferència dels sistemes d'estratificació— es basa en tres aspectes fonamentals, que ajuden a identificar els malalts amb necessitats complexes: un perfil clínic característic de complexitat (multimorbiditat, polifarmàcia, descompensacions, múltiples ingressos, etc.), un criteri professional subjectiu, i un benefici potencial de millora tant individual com d'equip assistencial i en un context territorial determinat.¹⁸

Diferents estudis epidemiològics permeten determinar les característiques pròpies de les persones tributàries de ser identificades com a pacients crònics complexos.^{19, 20} Els criteris que poden orientar per identificar pacients amb necessitats complexes són els següents:

Criteris relacionats amb el pacient

- Multimorbiditat.
- Patologia crònica única greu o progressiva (incloent-hi malaltia neurològica o trastorn mental greu, demència i discapacitats intel·lectuals, físiques o sensorials).
- Probabilitat alta de patir descompensacions amb molta simptomatologia i mal control.
- Síntomes persistents, intensos i refractaris.
- Evolució dinàmica, variable i que requereix monitoratge continu.
- Ús freqüent de serveis (urgències, visites a l'atenció primària, ingressos...).
- Polifarmàcia o gran consum de recursos.
- Condicions de gravetat o progressió pel que fa a la fragilitat, a la funcionalitat o al deteriorament cognitiu.
- Aparició de síndromes geriàtriques.
- Edat extrema (complexitat en pediatria o en persones de més de 85 anys).
- Malalties minoritàries.

Criteris que depenen dels professionals

- Requeriment de tracte multidisciplinari.
- Exposició a discrepàncies entre diferents professionals o equips pel que fa als criteris de gestió clínica.
- Necessitat d'activar i gestionar l'accés a diferents dispositius i recursos (sovint per vies preferents).
- Entorn d'especial incertesa en les decisions i de dubtes de tracte.
- Gestió del pacient que es beneficiaria d'estratègies d'atenció integrada.

Criteris de l'esfera social

- Situacions psicosocials adverses.

Altres classificacions —com la de García-Morillo JS i Ollero Barturone— inclouen la situació funcional, a més de la repercussió biològica sobre el pacient amb comorbiditats, que poden ajudar també els professionals clínics a identificar pacients crònics complexos segons patologies d'òrgan classificades per categories i amb unes condicions clíniques característiques.^{21, 22} Aquests autors proposen classificar els pacients crònics complexos segons aquestes característiques:

- 1) Dues o més malalties cròniques d'òrgan en les condicions següents:
 - Categoria A:
 - insuficiència cardíaca^a
 - cardiopatia isquèmica^a
 - Categoria B:
 - malaltia crònica osteoarticular amb limitació funcional^b
 - vasculitis i connectivopaties
 - insuficiència renal crònica
 - Categoria C:
 - limitació crònica en el flux aeri, asma bronquial o hipoventilació alveolar amb limitació funcional^a
 - cor pulmonar crònic^a
 - Categoria D:
 - malaltia inflamatòria crònica intestinal
 - hepatopatia crònica simptomàtica o en activitat
 - Categoria E:
 - malaltia neurològica amb dèficit motor o cognitiu que genera discapacitat^c
 - Categoria F:
 - arteriopatia perifèrica simptomàtica
 - diabetis *mellitus* amb repercussió visceral diferent de la cardiopatia isquèmica^d
 - Categoria G:
 - malaltia hematològica simptomàtica i no subsidiària de tractament especialitzat^e
 - malaltia oncològica activa no subsidiària de tractament oncològic actiu^e

(a) Amb símptomes continus o reaguditzacions freqüents.

(b) Puntuació en l'escala de Barthel < 60 en situació d'estabilitat clínica.

(c) Puntuació en l'escala de Barthel < 60 i/o deteriorament cognitiu moderat (Pfeiffer ≥ 5).

(d) Amb retinopatia proliferativa, albuminúria, accident cerebrovascular o neuropatia simptomàtica.

(e) Pacients que no requereixen tractament ni medicació que obligui a fer-ne un seguiment a càrrec dels serveis d'hematologia o oncologia.

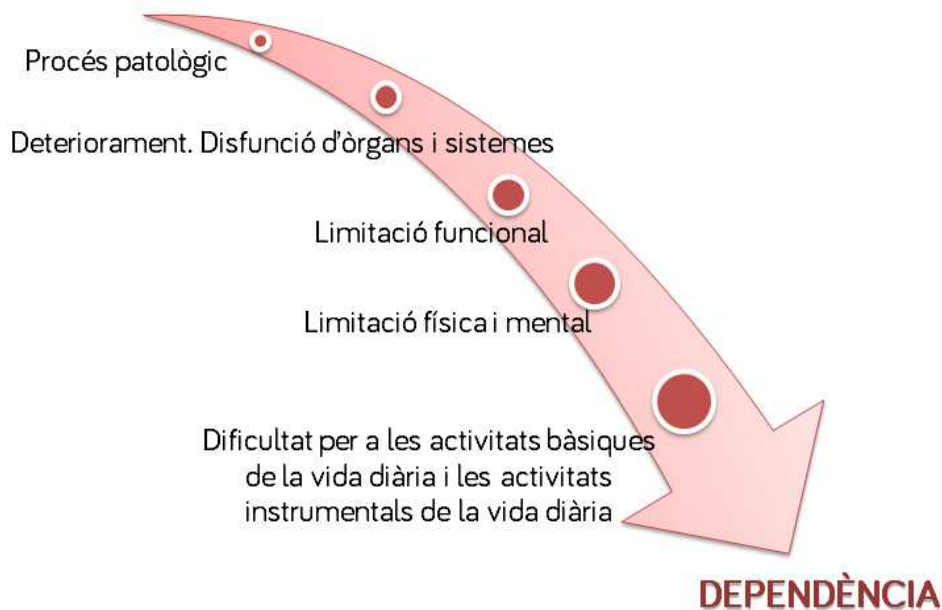
La hipertensió arterial, la hiperlipèmia i altres malalties cròniques (algunes de les quals de prevalença alta) no han estat considerades per si mateixes sinó per l'òrgan sobre el qual provoquen el mal, a fi de definir una població més homogènia amb uns requeriments assistencials similars.

- 2) Una sola malaltia crònica però amb afectació greu i important pèrdua funcional i/o cognitiva

Utilitzar com a factor pronòstic l'estat funcional i cognitiu (escala de Barthel, escala de Pfeiffer) i la presència de símptomes continus i/o descompensacions freqüents reflecteix amb més precisió la fragilitat, per raons diverses (vegeu la figura 3):

- perquè és un indicador clau de la qualitat de vida;
- perquè un deteriorament de la situació funcional implica efectes negatius sobre la salut dels pacients, com ara un cost més alt i més cures mèdiques;
- perquè proporciona un mesurament de l'efecte final d'una malaltia o d'un grup de malalties en la història biològica del pacient. 21, 22

Figura 3. Evolució del procés patològic cap a la situació de dependència.



2.3. Pacient crònic avançat

Els **pacients crònics avançats** són el subgrup de pacients crònics complexos que compleixen les característiques següents:

1. Presència de malalties progressives, evolutives i irreversibles amb un pronòstic de vida limitat.
2. Reconeixement per part dels professionals referents d'una afectació clínica de més gravetat.
3. Han d'estar correctament diagnosticats i avaluats i no han de requerir noves exploracions sofisticades ni tractaments agressius de les seves malalties de base o davant de noves descompensacions.
4. Presenten necessitats d'atenció palliativa (NECPALCCOMS-ICO[®] positiu).²³

El document *Estrategia para el abordaje de la cronicidad en el Sistema Nacional de Salud*, publicat pel Ministeri de Sanitat l'any 2012, fa palès que els pacients amb més complexitat i/o amb pluripatologia necessiten una gestió integral del cas en conjunt, amb cures fonamentalment professionals, dirigides als pacients i al seu entorn cuidador.²⁴

Cal implementar nous models organitzatius que assegurin la qualitat i la continuïtat assistencial amb una gestió de casos que es dugui a terme per mitjà d'un procés de valoració, planificació, coordinació i avaluació. La infermera gestora de casos ha de ser una agent de canvi dins l'organització que garanteixi la continuïtat assistencial entre tots els àmbits assistencials fent un ús adequat de tots els recursos.²⁵⁻²⁷

Taula 2. Criteris per identificar els pacients crònics complexos i els pacients crònics avançats.

Pacient crònic complex	Pacient crònic avançat
<ul style="list-style-type: none"> - Pacient amb dues o més patologies cròniques d'òrgan, progressives, amb simptomatologia de control difícil o refractària, descompensacions freqüents i risc alt de pèrdua funcional o - Pacient amb una sola malaltia crònica d'òrgan, amb afectació greu i pèrdua funcional i/o cognitiva important (Barthel ≤ 60 i/o Pfeiffer ≥ 5) i presència de símptomes continus i descompensacions freqüents, amb una gestió clínica difícil a càrrec dels professionals referents i/o situacions psicosocials adverses, i que requereix l'ús ordenat de diferents serveis sanitaris i socials 	<ul style="list-style-type: none"> - Perfil clínic de pacient crònic complex amb una afectació clínica de més gravetat i un pronòstic de vida limitat - Necessitats d'atenció palliativa (NECPALCCOMS-ICO[®] positiu) - Correctament diagnosticat i avaluat, no requereix noves exploracions sofisticades ni tractaments agressius de les malalties de base o davant d'una descompensació - Acceptació voluntària del pacient, o de la família si aquell no pot fer-ho

3. Objectius

Objectiu general

Millorar la qualitat de l'atenció als pacients crònics complexos i als pacients crònics avançats, a les seves famílies i als seus cuidadors mantenint-los el màxim temps possible en l'entorn comunitari i amb la millor qualitat de vida possible.

Objectius específics

- Identificar els pacients crònics complexos i els pacients crònics avançats en els sistemes d'informació sanitaris.
- Prevenir o retardar la pèrdua de la capacitat funcional o millorar la capacitat funcional i cognitiva en tots els nivells assistencials.
- Abordar la malnutrició en els pacients amb alguna malaltia crònica complexa o avançada.
- Millorar l'abordatge dels infants i dels joves amb alguna malaltia crònica complexa o avançada per mitjà d'una coordinació eficaç entre els àmbits hospitalari i comunitari.
- Abordar la polimediació per prevenir activament les caigudes, les reaccions adverses i les interaccions.
- Proporcionar una atenció adequada i continuada del tipus "7 dies - 24 hores - 365 dies" a domicili, a residències i a centres hospitalaris, amb atenció especial a la proactivitat i a la resolució de les crisis.
- Reduir el nombre d'ingressos de pacients crònics complexos i de pacients crònics avançats i el nombre de visites als serveis d'urgències potenciant l'atenció integral de qualitat en l'atenció primària, especialment a domicili.
- Evitar proves diagnòstiques i exploracions als pacients amb alguna malaltia crònica complexa o avançada quan no suposin un augment de la qualitat assistencial o de la qualitat de vida dels pacients.
- Establir una coordinació eficaç amb els dispositius socials per solucionar la problemàtica social, especialment en els casos de pacients amb gran dependència.
- Proporcionar atenció palliativa en tots els recursos i nivells adequant la intensitat a les necessitats de cada moment evolutiu.
- Assegurar la ruta assistencial establida per als pacients crònics complexos.
- Assegurar la ruta assistencial establida per als pacients crònics avançats.
- Facilitar les ajudes tècniques i els recursos necessaris per mitjà dels circuits establits.
- Garantir la continuïtat assistencial per mitjà de la coordinació de totes les intervencions que el pacient requereix durant el procés assistencial.
- Fomentar l'autonomia i l'autocura del pacient, de la seva família i del cuidador donant-los les habilitats i els coneixements necessaris per aconseguir una gestió adequada de la salut.

- Impulsar la planificació anticipada de les decisions del pacient crònic avançat per centrar l'atenció en aquest i en la seva família i evitar intervencions indesitjables en les fases avançades de la malaltia.
- Impartir tallers als cuidadors de pacients crònics complexos i de pacients crònics avançats per millorar-ne la qualitat de vida.

4. Identificació i registre dels pacients crònics complexos i dels pacients crònics avançats

Els criteris exposats abans poden servir d'orientació als professionals referents que atenen aquests pacients, però **el seu criteri clínic s'ha de considerar el principal factor rellevant per identificar i registrar** pacients crònics complexos i pacients crònics avançats.

Es recomana que el metge i la infermera referents de l'atenció primària de les unitats de pacients crònics complexos dels hospitals d'aguts i de les unitats de pacients crònics avançats dels hospitals d'estada mitjana decideixin en cada nivell de manera consensuada si s'inclou un pacient en el Programa. Proposam identificar aquests pacients en la història clínica per facilitar-ne la visibilitat i l'activació dels recursos que puguin necessitar (vegeu la figura 4).

La identificació i el registre de pacients han de servir per saber quines necessitats tenen i què condiciona realment la seva demanda i la fa *complexa*, a fi de poder oferir una resposta útil i adequada.²⁸

Posteriorment s'han d'habilitar rutes assistencials per a pacients específics, ingrés de pacients crònics avançats en hospitals d'estada mitjana des del domicili per evitar que passin pels serveis d'urgències d'hospitals d'aguts. Un element clau és activar alarmes corporatives que identifiquin aquests pacients de manera clara i senzilla en tots els sistemes d'informació per tal de facilitar les transicions entre els nivells i els dispositius.

Un aspecte important que cal tenir en compte en els pacients crònics avançats és que, a més de complir les característiques comentades abans, per poder registrar-los cal tenir necessàriament l'acceptació voluntària del pacient, o dels seus familiars si aquell no està en condicions de fer-ho.

Figura 4. Identificació i registre dels pacients crònics complexos i dels pacients crònics avançats.



L'estratificació per grups de morbiditat avançada (GMA) permetrà en un futur pròxim proporcionar a cada professional una llista de pacients susceptibles de ser classificats com a crònics complexos o crònics avançats. L'estratificació es podrà complementar amb altres variables, com ara el consum de fàrmacs, diagnòstics hospitalaris i paràmetres funcionals i psicosocials (índex de Barthel, de Pfeiffer, de Lawton i Brody, etc.). Tanmateix, els models d'estratificació són un instrument de suport per a la presa de decisions, que mai no han de substituir el criteri clínic del professional referent.

Els professionals sanitaris han d'emplenar en els sistemes d'informació registres específics per als pacients crònics complexos i per als pacients crònics avançats que permetin identificar-los fàcilment. Cal que aquest registre contengui la informació sobre les patologies principals, la situació funcional i psicosocial, les voluntats anticipades i el nivell terapèutic,^{3, 4} però de cap manera no ha de ser un conjunt de tests acumulats, sinó una compilació d'informació substancial del pacient que permeti identificar-ne les necessitats, conèixer-ne els valors i les preferències i establir els objectius d'atenció considerant les expectatives i les opinions que tinguin a fi de poder oferir un model d'atenció centrat en la persona.²⁸

5. Model d'atenció

5.1. Pacient crònic complex

- a) Valoració integral i multidimensional del pacient recollint la informació de les àrees definides en la taula 3.

Taula 3. Àrees de valoració i instruments per valorar els pacients crònics complexos.

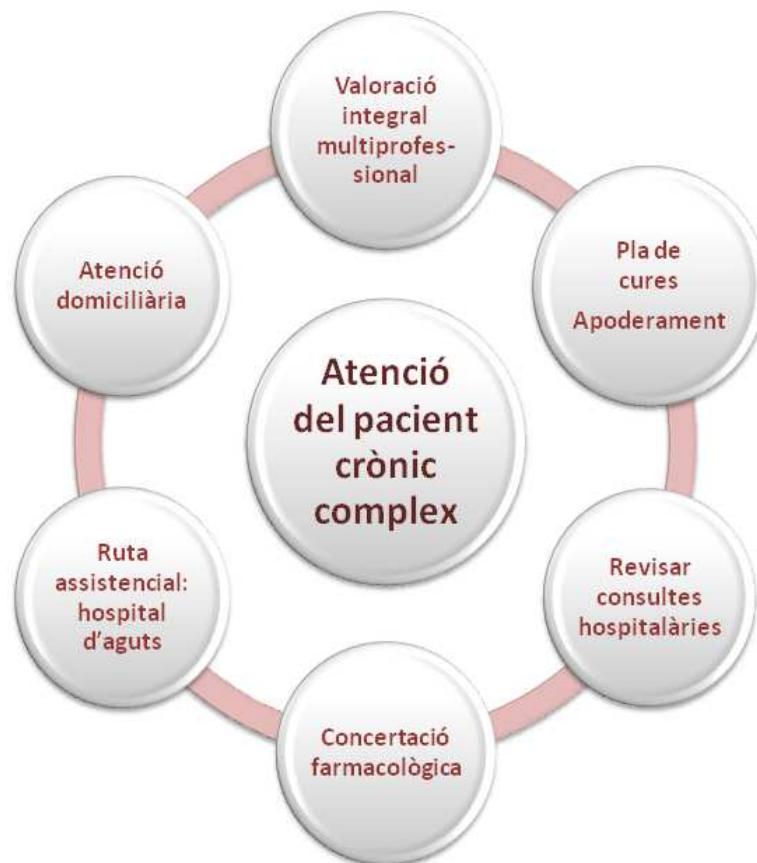
Àrees	Instrument
Situació clínica	Principals diagnòstics clínics i síndromes geriàtriques
Valoració infermera	Principals diagnòstics d'independència i d'autonomia
Valoració funcional	Índex de Barthel i escala de Lawton i Brody
Valoració cognitiva	Test de Pfeiffer
Valoració social	Diagnòstics socials, escala de Gijón
Valoració del cuidador	Test de Zarit
Estat nutricional	MNA
Dolor	Escala analògica visual (EVA) / PAINAD

Font pròpia.

- b) Establiment d'un pla de cures d'acord amb els resultats de l'avaluació: és fonamental educar el pacient, la seva família i el seu cuidador sobre els senyals d'alarma que els permetin actuar de manera proactiva i evitar les descompensacions greus. El pla de cures s'ha de revisar cada sis mesos i després de cada descompensació greu.
- c) Revisió de la situació clínica integral, almenys una vegada l'any o després de cada descompensació greu, incorporant en els sistemes d'informació els canvis que es produeixin per tal de mantenir actualitzada la informació.
- d) Revisió semestral o després de cada descompensació greu de la pauta farmacològica: recomanem seguir el procés de conciliació farmacoterapèutica i utilitzar instruments com ara START-STOPP.²⁹
- e) Atenció domiciliària: és un dels punts clau per aconseguir una assistència continuada i de qualitat i evitar els ingressos innecessaris:
- 1) El seguiment l'han de fer els equips referents de l'atenció primària per mitjà de visites presencials programades, a demanda i amb contactes telefònics. És molt important fer un mínim de visites presencials.
 - 2) El pacient ha de disposar d'un document en el qual s'identifiquin els professionals de referència, es detalli un pla de visites a domicili i es faciliti un número de telèfon de contacte durant les 24 hores de cada dia de l'any al qual adreçar-se en cas de crisi.
 - 3) Cal establir plans d'atenció compartits amb els dispositius d'atenció continuada (O61 i SUAP) que permetin proporcionar una atenció proactiva i continuada durant la nit i durant els caps de setmana i els dies festius.

- f) Atenció hospitalària: en les situacions en què la crisi no es pugui resoldre, els pacients crònics complexos han de ser atesos als hospitals d'aguts:
- 1) Urgències: els sistemes d'informació han de permetre identificar els pacients crònics complexos.
 - 2) Els pacients crònics complexos han de disposar d'una infermera gestora de casos i d'un metge internista de referència que l'atenguin en unitats específiques en cas d'ingrés.
 - 3) Consulta de resolució ràpida per a pacients crònics complexos ubicada als hospitals de dia.²⁵
 - 4) La valoració en l'àmbit hospitalari ha de ser integral i multidimensional i ha d'estar d'acord amb el pla de cures vigent.³⁰

Figura 5. Model d'atenció del pacient crònic complex.

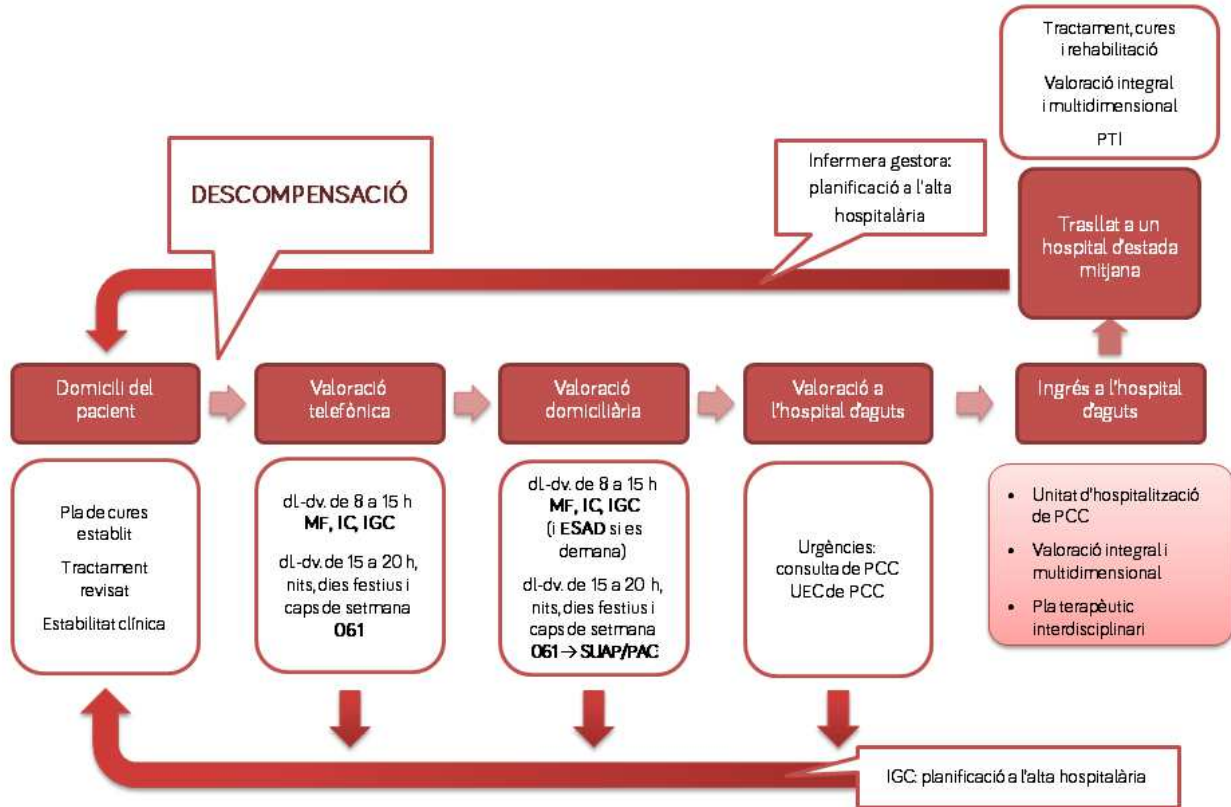


Ruta assistencial del pacient crònic complex

1. Si presenta descompensació, el pacient ha de contactar telefònicament amb el seu equip referent de l'atenció primària de 8.00 a 15.00 hores o amb el 061 els horabaixes, de nits, els dies festius i els caps de setmana:
 - a) Si la consulta telefònica soluciona el problema, es pot tancar l'episodi i programar una visita domiciliària, si és necessària.
 - b) Si la consulta no soluciona el problema, s'ha d'activar la valoració domiciliària urgent.
2. Valoració domiciliària:
 - a) L'ha de fer el metge o la infermera del centre de salut entre les 8.00 i les 15.00 hores.
 - b) D'horabaixa (de 15.00 a 20.00 hores), de nit, els dies festius i els caps de setmana cal contactar amb el 061, que activarà el SUAP per a la valoració domiciliària.
 - c) Si la valoració soluciona el problema, es tanca l'episodi i es programen controls posteriors a domicili. Si no, s'ha de traslladar el pacient a un hospital d'aguts.
3. Hospital d'aguts:
 - a) Es pot remetre el pacient a les consultes d'alta resolució per a pacients crònics complexos de 8.00 a 15.00 hores, havent-hi contactat prèviament per telèfon.
 - b) D'horabaixa, de nit, els dies festius i els caps de setmana s'ha de traslladar el pacient al servei d'urgències.
 - c) Després de la valoració al servei d'urgències:
 - 1) El pacient pot rebre l'alta, de manera que s'activarà el control del cas a càrrec dels equips domiciliaris.
 - 2) El pacient pot ingressar a la unitat de pacient crònic complex de l'hospital.³⁰ Una vegada solucionada la descompensació, rebrà l'alta amb un informe d'alta integral mèdic i infermer, revisió de la medicació i planificació de l'alta a càrrec de la infermera gestora de casos de l'hospital, i s'activarà el seguiment domiciliari a càrrec dels equips comunitaris. Si requereix un període de convalsència i rehabilitació, s'ha de traslladar el pacient a l'hospital d'estada mitjana de referència.
4. Hospital d'estada mitjana

El pacient hi rebrà tractament, cures i rehabilitació. Una vegada solucionat l'episodi, el pacient rebrà l'alta amb un informe integral mèdic i infermer, revisió de la medicació i planificació a càrrec de la infermera gestora de casos, i s'activarà el control del cas a càrrec dels equips domiciliaris.

Figura 6. Ruta assistencial del pacient crònic complex.



dl-dv: del dilluns al divendres. IC: infermera comunitària. IGC: infermera gestora de casos. MF: metge de família. PAC: punt d'atenció continuada. PCC: pacient crònic complex. PTI: pla de tractament individual. SUAP: Servei d'Urgències d'Atenció Primària. UEC: unitat d'estada curta.

5.2. Pacient crònic avançat

- a) Valoració integral i multidimensional del pacient recollint la informació de les àrees definides en la taula 4.

Taula 4. Àrees de valoració i instruments per valorar els pacients crònics avançats.

Àrees	Instrument
Situació clínica	Principals diagnòstics clínics i síndromes geriàtriques
Valoració infermera	Principals diagnòstics d'independència i d'autonomia
Valoració funcional	Índex de Barthel i escala de Lowton i Brody
Valoració cognitiva	Test de Pfeiffer
Valoració social	Diagnòstics socials, escala de Gijón
Valoració del cuidador	Test de Zarit
Estat nutricional	MNA
Complexitat en cures palliatives	IDC-Pal
Dolor	Escala analògica visual (EVA) / PAINAD

- b) Establiment d'un pla de cures d'acord amb els resultats de l'avaluació: és fonamental educar el pacient, la seva família i el seu cuidador sobre els senyals d'alarma de manera que puguin actuar de manera proactiva i evitar les descompensacions greus. El pla de cures s'ha de revisar cada sis mesos i després de cada descompensació greu.
- c) Revisió de la situació clínica integral, almenys una vegada l'any o després de cada descompensació greu, incorporant en els sistemes d'informació els canvis que es produeixin per tal de mantenir actualitzada la informació.
- d) Identificar les necessitats de cures palliatives d'aquests pacients i la complexitat amb els objectius següents:
 - 1) Saber els valors i les preferències del pacient i de la seva família, cosa que permetrà elaborar un pla de decisions avançades amb objectius específics per a cada situació evolutiva.
 - 2) Identificar per mitjà de l'IDC-Pal els pacients amb complexitat clínica que es podran beneficiar dels ESAD i dels equips hospitalaris especialitzats en cures palliatives.
- e) Cal disposar de registre i d'alarmes dels pacients crònics avançats en tots els sistemes d'informació.
- f) Revisió semestral o després de cada descompensació greu de la pauta farmacològica seguint la *Guia de recomanacions per a l'atenció dels pacients polimedcats*, publicada pel Servei de Salut de les Illes Balears, que utilitza instruments com ara START-STOPP.²⁹ Especialment en els casos en què el pronòstic de vida sigui limitat, recomanem suspendre els tractaments que no aportin beneficis a curt termini.
- g) Atenció domiciliària: és un dels punts clau per aconseguir una assistència continuada i de qualitat i evitar els ingressos innecessaris.
 - 1) El seguiment l'han de fer els equips referents de l'atenció primària per mitjà de visites presencials programades, a demanda i amb contactes telefònics. És molt important fer un mínim de visites presencials.
 - 2) En els casos que presentin una complexitat ALTA identificada per mitjà de l'IDC-Pal, els ESAD poden col·laborar en la prestació assistencial quan l'equip d'atenció primària ho sol·liciti.
 - 3) El pacient ha de disposar d'un document en el qual s'identifiquin els professionals de referència, es detalli un pla de visites a domicili i es faciliti un número de telèfon de contacte durant les 24 hores de cada dia de l'any al qual adreçar-se en cas de crisi.
 - 4) Cal establir plans d'atenció compartits amb els dispositius d'atenció continuada (O61, SUAP i ESAD) que permetin proporcionar una atenció proactiva i continuada de nit i durant els caps de setmana i els dies festius.

- h) Atenció hospitalària: en les situacions en què la crisi no es pugui resoldre, els pacients crònics avançats han de ser atesos als hospitals d'estada mitjana:
- 1) Ingress directe des del domicili a l'hospital d'estada mitjana en les unitats per a pacients crònics avançats o en unitats de pal·liatius complexos (PCA de complexitat alta), evitant passar pel servei d'urgències. En els sistemes d'informació han d'estar identificats clarament perquè s'activi la ruta assistencial específica.
 - 2) La valoració en l'àmbit hospitalari ha de ser integral i multidimensional i ha d'estar d'acord amb el pla de cures i el pla de decisions avançat vigents (vegeu la figura 7).

Figura 7. Model d'atenció del pacient crònic avançat.



Ruta assistencial del pacient crònic avançat

1. Si presenta descompensació, el pacient ha de contactar telefònicament amb el seu equip referent de l'atenció primària de 8.00 a 15.00 hores o amb el 061 els horabaixes, de nit, els dies festius i els caps de setmana:
 - a) Si la consulta telefònica soluciona el problema, es pot tancar l'episodi i programar una visita domiciliària, si és necessària.

- b) Si la consulta no soluciona el problema, s'ha d'activar la valoració domiciliària urgent.

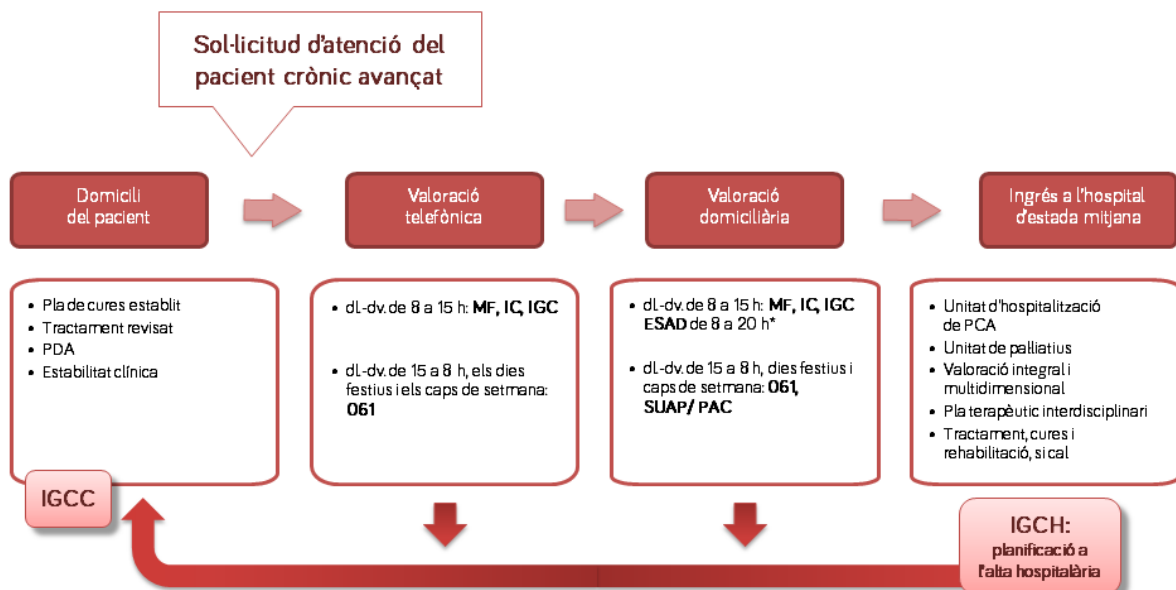
2. Valoració domiciliària:

- L'ha de fer el metge o la infermera del centre de salut entre les 8.00 i les 15.00 hores del dilluns al divendres.
- L'ha de fer l'ESAD entre les 8.00 i les 20.00 hores del dilluns al divendres (PCA de complexitat alta en el programa de l'ESAD).
- D'horabaixa (de 15.00 a 20.00 hores), de nit, els dies festius i els caps de setmana cal contactar amb el 061, que activarà el SUAP per a la valoració domiciliària.
- Si la valoració soluciona el problema, es tanca l'episodi i es programen controls posteriors a domicili. Si no, s'ha de traslladar el pacient a un hospital d'estada mitjana.

3. Hospital d'estada mitjana:

- Després de la valoració domiciliària, la infermera gestora de casos comunitària i la infermera gestora de casos sociosanitària han de gestionar l'ingrés directe juntament amb el servei d'admissió del centre durant l'horari de 8.00 a 15.00 dels dies laborables.
- D'horabaixa, de nit, els dies festius i els caps de setmana, el 061 o l'ESAD ha de contactar amb el metge de guàrdia de l'hospital per gestionar l'ingrés directe.
- El pacient hi rebrà tractament, cures i rehabilitació. Una vegada solucionat l'episodi, el pacient rebrà l'alta amb un informe integral mèdic i infermer, revisió de la medicació i planificació a càrrec de la infermera gestora de casos, i s'activarà el control del cas a càrrec dels equips domiciliaris.

Figura 8. Ruta assistencial del pacient crònic avançat.



* Pacients en el programa de l'ESAD

dL-dv.: del dilluns al divendres. IC: infermera comunitària. IGC: infermera gestora de casos. MF: metge de família. PAC: punt d'atenció continuada. PCA: pacient crònic avançat. PDA: pla de decisions avançat. SUAP: Servei d'Urgències d'Atenció Primària.

6. Indicadors de qualitat

A continuació definim uns indicadors per avaluar els programes de pacient crònic complex i de pacient crònic avançat. Es tracta d'indicadors preliminars i susceptibles de modificació que proposam per a 2017 i que es treballaran i es perfeccionaran a mesura que s'implementi el Programa.

Objectiu 1: identificar els pacients crònics complexos i els pacients crònics avançats en els sistemes d'informació sanitaris

1) Cobertura de l'atenció del pacient crònic complex

Indicador	Percentatge de pacients inclosos en el Programa de pacient crònic complex
Numerador	Nombre de pacients inclosos en el Programa de pacient crònic complex $\times 100$
Denominador	Nombre esperat de pacients crònics complexos
Criteri de revisió	Es considera que un pacient és dins el Programa quan està activada l'alarma pel clínic de pacient crònic complex. El nombre esperat de pacients es mesura a partir de dades de prevalença (4 % del total de la població)
Estàndard diana	> 75 % del 4 % esperat com a objectiu inicial. Al final del pilotatge, 100 %

2) Cobertura de l'atenció del pacient crònic avançat

Indicador	Percentatge de pacients inclosos en el Programa de pacient crònic avançat
Numerador	Nombre de pacients inclosos en el Programa de pacient crònic avançat $\times 100$
Denominador	Nombre esperat de pacients crònics avançats
Criteri de revisió	Es considera que un pacient és dins el Programa quan està activada l'alarma pel clínic de pacient crònic avançat i té un NECPAL positiu. El nombre esperat de pacients es mesura a partir de dades de prevalença (1,5 % del total de la població)
Estàndard diana	> 75 % de l'1,5 % esperat com a objectiu inicial. Al final del pilotatge, 100 %

Objectiu 2: prevenir el deteriorament funcional i cognitiu o millorar-lo optimitzant l'atenció domiciliària i dissenyant un pla terapèutic integrat

3) Valoració de la capacitat funcional dels pacients crònics complexos i dels pacients crònics avançats

Indicador	Percentatge de pacients dins el Programa de pacient crònic complex o de pacient crònic avançat amb valoració de la capacitat funcional
Numerador	Nombre total de pacients dins el Programa de pacient crònic complex o de pacient crònic avançat amb índex de Barthel calculat $\times 100$
Denominador	Nombre esperat de pacients crònics complexos
Criteri de revisió	Els pacients inclosos en el Programa han de tenir l'alarma corporativa activada i un índex de Barthel calculat en el darrer any. El nombre esperat de pacients es mesura a partir de dades de prevalença (4 % del total de la població)
Estàndard diana	> 75 % del 4 % esperat com a objectiu inicial. Al final del pilotatge, 100 %

4) Valoració de la capacitat cognitiva dels pacients crònics complexos i dels pacients crònics avançats

Indicador	Percentatge de pacients dins el Programa de pacient crònic complex o de pacient crònic avançat amb valoració de la capacitat cognitiva
Numerador	Nombre total de pacients dins el Programa de pacient crònic complex o de pacient crònic avançat amb qüestionari de Pfeiffer fet $\times 100$
Denominador	Nombre esperat de pacients crònics complexos
Criteri de revisió	Els pacients inclosos en el Programa han de tenir l'alarma corporativa activada i el qüestionari de Pfeiffer fet en el darrer any. El nombre esperat de pacients es mesura a partir de dades de prevalença (4 % del total de la població)
Estàndard diana	> 75 % del 4 % esperat com a objectiu inicial. Al final del pilotatge, 100 %

5) Millora de la cobertura del Programa d'atenció domiciliària

Indicador	Percentatge de pacients en el Programa de pacient crònic avançat que són dins el Programa d'atenció domiciliària
Numerador	Nombre total de pacients dins el Programa de pacient crònic avançat inclosos en el Programa d'atenció domiciliària $\times 100$
Denominador	Nombre esperat de pacients crònics avançats
Criteri de revisió	Els pacients inclosos en el Programa han de tenir activada l'alarma corporativa de pacient crònic avançat, del Programa d'atenció domiciliària i NECPAL positiu. El nombre esperat de pacients es mesura a partir de dades de prevalença (1,5 % del total de la població)
Estàndard diana	> 80 % de l'1,5 % esperat com a objectiu inicial. Al final del pilotatge, 100 %

6) Pacients dins el Programa de pacient crònic complex amb un pla de cures fet

Indicador	Percentatge de pacients en el Programa de pacient crònic complex amb un pla de cures fet
Numerador	Nombre total de pacients dins el Programa de pacient crònic complex amb un pla de cures fet $\times 100$
Denominador	Nombre total de pacients dins el Programa de pacient crònic complex
Criteri de revisió	Els pacients inclosos en el Programa han de tenir activada l'alarma corporativa, un pla de cures en Història de Salut o a l'e-SIAP i/o consells actius sobre l'autonomia en el darrer any
Estàndard diana	> 75 %

7) Pacients dins el Programa de pacient crònic avançat amb un pla de cures realitzat

Indicador	Percentatge de pacients dins el Programa de pacient crònic avançat amb un pla de cures fet
Numerador	Nombre total de pacients dins el Programa de pacient crònic avançat amb un pla de cures fet $\times 100$
Denominador	Nombre total de pacients dins el Programa de pacient crònic avançat
Criteri de revisió	Els pacients inclosos en el Programa han de tenir activada l'alarma corporativa, un pla de cures en Història de Salut o a l'e-SIAP i/o consells actius sobre autonomia en el darrer any
Estàndard diana	> 75 %

8) Deteriorament funcional del pacient crònic complex a l'hospital d'aguts

Indicador	Percentatge de pacients dins el Programa de pacient crònic complex que presenten deteriorament funcional després d'ingressar en una unitat de crònics complexos d'un hospital d'aguts
Numerador	Nombre total de pacients dins el Programa de pacient crònic complex ingressats en unitats de crònics complexos amb índex de Barthel a l'alta inferior a l'índex de Barthel a l'ingrés o en els quals no estigui codificat algun dels dos valors de Barthel $\times 100$
Denominador	Nombre total de pacients dins el Programa de pacient crònic complex ingressats en unitats de crònics complexos
Criteri de revisió	Evitar el deteriorament funcional hospitalari (índex de Barthel a l'alta major o igual que l'índex de Barthel a l'ingrés). Se n'exclouen els èxits de pacients crònics complexos durant l'ingrés
Estàndard diana	< 60 %

9) Promoció del guany o de la prevenció de la pèrdua de la capacitat funcional del pacient crònic complex a l'hospital d'estada mitjana

Indicador	Percentatge de pacients dins el Programa de pacient crònic complex que guanyen capacitat funcional o la mantenen després d'ingressar en un hospital d'estada mitjana
Numerador	Nombre total de pacients dins el Programa de pacient crònic complex ingressats als hospitals d'estada mitjana amb un índex de Barthel a l'alta igual o superior a l'índex de Barthel en ingressar $\times 100$
Denominador	Nombre total de pacients dins el Programa de pacient crònic complex ingressats als hospitals d'estada mitjana
Criteri de revisió	Promoure el guany de capacitat funcional a l'hospital o prevenir que es deteriori (índex de Barthel a l'alta \geq índex de Barthel en ingressar). Se n'exclouen els èxits de pacients crònics complexos durant l'ingrés
Estàndard diana	< 60 %

10) Promoció del guany o de la prevenció de la pèrdua de la capacitat funcional del pacient crònic avançat a l'hospital d'estada mitjana

Indicador	Percentatge de pacients dins el Programa de pacient crònic avançat que guanyen capacitat funcional o la mantenen després d'ingressar en un hospital d'estada mitjana
Numerador	Nombre total de pacients dins el Programa de pacient crònic avançat ingressats als hospitals d'estada mitjana amb un índex de Barthel a l'alta igual o superior a l'índex de Barthel en ingressar $\times 100$
Denominador	Nombre total de pacients dins el Programa de pacient crònic avançat ingressats als hospitals d'estada mitjana
Criteri de revisió	Promoure el guany de capacitat funcional a l'hospital o prevenir que es deteriori (índex de Barthel a l'alta \geq índex de Barthel en ingressar). Se n'exclouen els èxits de pacients crònics avançats durant l'ingrés
Estàndard diana	< 60 %

Objectiu 5: abordar la polimediació per prevenir activament les caigudes dels pacients crònics complexos i dels pacients crònics avançats i les reaccions adverses als medicaments o les interaccions que se'n deriven

11) Prevalença de la polimediació dels pacients crònics avançats

Indicador	Percentatge de pacients dins el Programa de pacient crònic avançat amb 10 fàrmacs o més
Numerador	Nombre total de pacients dins el Programa de pacient crònic avançat amb 10 fàrmacs o més $\times 100$
Denominador	Nombre total de pacients dins el Programa de pacient crònic avançat
Criteri de revisió	Evitar la polimediació dels pacients crònics avançats (pacients amb 10 fàrmacs o més en el sistema de recepta electrònica)
Estàndard diana	Monitoratge durant un any. Després del pilotatge, percentatge inferior a l'obtingut durant el període de monitoratge

Objectiu 6: reduir el nombre d'ingressos de pacients crònics complexos i de pacients crònics avançats i el nombre de visites als serveis d'urgències potenciant l'atenció integral de qualitat a l'atenció primària, especialment a domicili

12) Ingressos de pacients crònics avançats a les unitats de crònics complexos dels hospitals d'aguts

Indicador	Percentatge de pacients dins el Programa de pacient crònic avançat que ingressen en una unitat de crònics complexos d'un hospital d'aguts
Numerador	Nombre de pacients dins el Programa de pacient crònic avançat que ingressen en una unitat de crònics complexos d'un hospital d'aguts
Denominador	Nombre total de pacients ingressats en unitats de crònics complexos
Criteri de revisió	L'objectiu és reduir els ingressos dels pacients crònics avançats als hospitals d'aguts
Estàndard diana	Monitoratge durant un any. Després del pilotatge, percentatge inferior a l'obtingut durant el període de monitoratge. Informatiu als sectors sanitaris de Ponent i de Tramuntana per a 2017

13) Reingressos hospitalaris anuals de pacients crònics complexos en un hospital d'aguts

Indicador	Percentatge de pacients dins el Programa de pacient crònic complex que reingressen en un hospital d'aguts en els 90 dies posteriors a l'alta hospitalària
Numerador	Nombre d'altres hospitalàries per reingrés (ingrés posterior urgent relacionat clínicament amb un altre ingrés previ durant un interval de 90 dies) de pacients crònics complexos $\times 100$
Denominador	Nombre d'altres hospitalàries de pacients crònics complexos
Criteri de revisió	L'objectiu és reduir el nombre d'ingressos als hospitals potenciant l'atenció primària
Estàndard diana	Monitoratge durant un any. Després del pilotatge, percentatge inferior a l'obtingut durant el període de monitoratge

14) Reingressos hospitalaris anuals de pacients crònics avançats als hospitals d'estada mitjana

Indicador	Percentatge de pacients dins el Programa de pacient crònic avançat que reingressen en un hospital d'estada mitjana en els 90 dies posteriors a l'alta
Numerador	Nombre d'altres hospitalàries per reingrés (ingrés posterior urgent relacionat clínicament amb un altre ingrés previ durant un interval de 90 dies) de pacients crònics avançats × 100
Denominador	Nombre d'altres hospitalàries de pacients crònics avançats
Criteri de revisió	L'objectiu és reduir el nombre d'ingressos als hospitals potenciant l'atenció primària
Estàndard diana	Monitoratge durant un any. Després del pilotatge, percentatge inferior a l'obtingut durant el període de monitoratge

15) Mitjana de temps d'estada dels pacients crònics complexos als hospitals d'aguts

Indicador	Mitjana de temps d'estada als hospitals d'aguts dels pacients que són dins el Programa de pacient crònic complex
Numerador	Sumatori de dies de permanència als hospitals d'aguts dels pacients que són dins el Programa de pacient crònic complex
Denominador	Nombre total de pacients que són dins el Programa de pacient crònic complex ingressats als hospitals d'aguts
Criteri de revisió	L'objectiu és reduir la mitjana de temps d'estada als hospitals d'aguts potenciant l'atenció primària
Estàndard diana	Monitoratge durant un any. Després del pilotatge, mitjana inferior a l'obtinguda durant el període de monitoratge

16) Mitjana de temps d'estada dels pacients crònics complexos als hospitals d'estada mitjana

Indicador	Mitjana de temps d'estada als hospitals d'estada mitjana dels pacients que són dins el Programa de pacient crònic complex
Numerador	Sumatori de dies de permanència als hospitals d'estada mitjana dels pacients que són dins el Programa de pacient crònic complex
Denominador	Nombre total de pacients que són dins el Programa de pacient crònic complex ingressats en hospitals d'estada mitjana
Criteri de revisió	L'objectiu és reduir la mitjana de temps d'estada als hospitals d'estada mitjana potenciant l'atenció primària
Estàndard diana	Monitoratge durant un any. Després del pilotatge, mitjana inferior a l'obtinguda durant el període de monitoratge

17) Mitjana de temps d'estada dels pacients crònics avançats als hospitals d'estada mitjana

Indicador	Mitjana de temps d'estada als hospitals d'estada mitjana dels pacients que són dins el Programa de pacient crònic avançat
Numerador	Sumatori de dies de permanència als hospitals d'estada mitjana dels pacients que són dins el Programa de pacient crònic complex avançat
Denominador	Nombre total de pacients que són dins el Programa de pacient crònic avançat ingressats als hospitals d'estada mitjana
Criteri de revisió	L'objectiu és reduir la mitjana de temps d'estada als hospitals d'estada mitjana potenciant l'atenció primària
Estàndard diana	Monitoratge durant un any. Després del pilotatge, mitjana inferior a l'obtinguda durant el període de monitoratge

18) Nombre de visites anuals dels pacients crònics complexos als serveis d'urgències

Indicador	Ús dels serveis hospitalaris d'urgències per part dels pacients que són dins el Programa de pacient crònic complex
Numerador	Sumatori de les visites als serveis d'urgències dels pacients que són dins el Programa de pacient crònic complex
Denominador	Nombre de pacients crònics complexos que han contactat amb els serveis hospitalaris d'urgències durant l'any
Criteri de revisió	L'objectiu és reduir el nombre de visites als serveis hospitalaris d'urgències potenciant l'atenció primària
Estàndard diana	Monitoratge durant un any. Després del pilotatge, mitjana inferior a l'obtinguda durant el període de monitoratge

19) Nombre de visites anuals als serveis d'urgències dels pacients crònics avançats

Indicador	Ús dels serveis hospitalaris d'urgències per part dels pacients que són dins el Programa de pacient crònic avançat
Numerador	Sumatori de les visites als serveis d'urgències dels pacients que són dins el Programa de pacient crònic avançat
Denominador	Nombre de pacients crònics avançats que han contactat amb els serveis hospitalaris d'urgències durant l'any
Criteri de revisió	L'objectiu és reduir el nombre de visites als serveis hospitalaris d'urgències potenciant l'atenció primària
Estàndard diana	Monitoratge durant un any. Després del pilotatge, mitjana inferior a l'obtinguda durant el període de monitoratge

Objectiu 9: fer atenció palliativa a tots els recursos i nivells, adequant la intensitat a les necessitats de cada moment

20) Valoració dels pacients crònics avançats amb l'instrument NECPAL

Indicador	Percentatge de pacients dins el Programa de pacient crònic avançat als quals s'ha valorat amb l'instrument NECPAL en el darrer any
Numerador	Nombre de pacients dins el Programa de pacient crònic avançat als quals s'ha valorat amb l'instrument NECPAL $\times 100$
Denominador	Nombre total de pacients dins el Programa de pacient crònic avançat
Criteri de revisió	Els pacients inclosos en el Programa han de tenir un NECPAL positiu.
Estàndard diana	> 80 %

Objectiu 10: assegurar la ruta assistencial establida per a pacients crònics complexos

21) Ingress de pacients crònics complexos en unitats específiques de crònics complexos dels hospitals d'aguts

Indicador	Percentatge de pacients dins el Programa de pacient crònic complex ingressats en unitats de crònics complexos dels hospitals d'aguts en el darrer any
Numerador	Nombre de pacients inclosos en el Programa de pacient crònic complex ingressats en unitats de crònics complexos dels hospitals d'aguts en el darrer any $\times 100$
Denominador	Nombre total de pacients en el Programa de pacient crònic complex ingressats als hospitals d'aguts
Criteri de revisió	L'objectiu és aconseguir l'ingrés directe en unitats específiques per optimitzar la qualitat assistencial i que no disminueixi la capacitat funcional dels pacients
Estàndard diana	El primer any > 50 %. Després, avaluació segons els resultats i la complexitat de la ruta

22) Temps de resposta de la consulta d'alta resolució de pacient crònic complex

Indicador	Percentatge de sollicituds de consulta exprés de pacient crònic complex cursades pel metge de família a l'internista ateses en el temps establert
Numerador	Nombre de sollicituds de consulta exprés de pacient crònic complex cursades pel metge de família a l'internista ateses dins de les 48 hores següents $\times 100$
Denominador	Nombre de sollicituds de consulta exprés de pacient crònic complex cursades
Criteri de revisió	Obrir agendas de cita perquè l'internista de referència pugui donar un resposta ràpida al metge de família davant una descompensació, per tal d'evitar ingressos innecessaris
Estàndard diana	Inicialment > 60 %

23) Temps de resposta telefònica de la consulta d'alta resolució de pacient crònic complex

Indicador	Percentatge de consultes telefòniques a la consulta exprés de pacient crònic complex fetes pel metge de família a l'internista ateses en el temps establert
Numerador	Nombre de consultes telefòniques fetes pel metge de família a l'internista de referència de la consulta exprés ateses dins les 24 hores següents $\times 100$
Denominador	Nombre total de consultes telefòniques fetes a l'internista de la consulta exprés
Criteri de revisió	Obrir agendes telefòniques perquè l'internista de referència pugui donar resposta ràpida al metge de família davant una descompensació, per tal d'evitar ingressos innecessaris
Estàndard diana	Inicialment $> 60\%$

Objectiu 11: assegurar la ruta assistencial establida per a pacients crònics avançats

24) Ingress dels pacients crònics avançats directament als hospital d'estada mitjana

Indicador	Percentatge de pacients dins el Programa de pacient crònic avançat que ingressen directament en un hospital d'estada mitjana
Numerador	Nombre de pacients dins el Programa de pacient crònic avançat ingressats directament als hospitals d'estada mitjana $\times 100$
Denominador	Nombre total de pacients dins el Programa de pacient crònic avançat ingressats als hospitals d'aguts i als hospitals d'estada mitjana
Criteri de revisió	L'objectiu és aconseguir l'ingrés directe des de l'atenció primària (sense passar pels serveis d'urgències) dels pacients que siguin dins el Programa de pacient crònic avançat
Estàndard diana	El primer any, avaluació del pilotatge, ja que hi haurà situacions clíniques —com ara caigudes o sospita de necessitat de cirurgia d'urgència— que condicionaran l'ingrés als hospitals d'aguts

25) Sol·licituds d'ingrés en un hospital d'estada mitjana de pacients crònics avançats que estiguin dins el Programa ateses correctament

Indicador	Percentatge de sol·licituds d'ingrés en un hospital d'estada mitjana de pacients que estiguin dins el Programa de pacient crònic avançat resoltes favorablement en 48 hores
Numerador	Nombre de sol·licituds d'ingrés en un hospital d'estada mitjana de pacients que estiguin dins el Programa de pacient crònic avançat resoltes favorablement en 48 hores des de la sol·licitud $\times 100$
Denominador	Nombre total de sol·licituds d'ingrés en un hospital d'estada mitjana de pacients que siguin dins el Programa de pacient crònic avançat
Criteri de revisió	La sol·licitud d'ingrés de pacients dins el Programa es considera prioritària. No donar la resposta adequada en aquests casos es considera un error del sistema
Estàndard diana	Inicialment $> 60 \%$. Final del pilotatge $> 90 \%$

Objectiu 15: impulsar la planificació anticipada de les decisions en els casos de pacients crònics avançats per centrar l'atenció en el pacient i en la seva família i evitar intervencions indesitjables

26) Planificació anticipada de les decisions en els casos de pacients crònics complexos (al començament es mesurarà amb el registre de voluntats anticipades)

Indicador	Percentatge de pacients dins el Programa de pacient crònic complex que tenen registre de voluntats anticipades
Numerador	Nombre de pacients dins el Programa de pacient crònic complex que tenen registre de voluntats anticipades $\times 100$
Denominador	Nombre total de pacients dins el Programa de pacient crònic complex
Criteri de revisió	Història de Salut
Estàndard diana	Monitoratge durant un any. Després del pilotatge, percentatge superior a l'obtingut durant el període de monitoratge

27) Planificació anticipada de les decisions en els casos de pacients crònics avançats (al començament es mesurarà amb el registre de voluntats anticipades)

Indicador	Percentatge de pacients dins el Programa de pacient crònic avançat que tenen registre de voluntats anticipades
Numerador	Nombre de pacients dins el Programa de pacient crònic avançat que tenen registre de voluntats anticipades $\times 100$
Denominador	Nombre total de pacients dins el Programa de pacient crònic avançat
Criteri de revisió	Història de Salut
Estàndard diana	Monitoratge durant un any. Després del pilotatge, percentatge superior a l'obtingut durant el període de monitoratge

Objectiu 16: impartir tallers als cuidadors de pacients crònics complexos i de pacients crònics avançats per millorar-ne la qualitat de vida

28) Cuidadors de pacients dins el Programa de pacient crònic avançat o de pacient crònic complex que reben formació en matèria de cures

Indicador	Percentatge de cuidadors de pacients que siguin dins el Programa de pacient crònic complex o de pacient crònic avançat que han participat en un taller de cures en el darrer any
Numerador	Nombre total de cuidadors de pacients que siguin dins el Programa de pacient crònic complex o de pacient crònic avançat que han participat en un taller de cures en el darrer any $\times 100$
Denominador	Nombre total de pacients dins el Programa de pacient crònic avançat o de pacient crònic complex
Criteri de revisió	Registre de formació propi
Estàndard diana	Monitoratge durant un any. Després del pilotatge, percentatge superior a l'obtingut durant el període de monitoratge

Objectiu transversal

29) Professionals de l'atenció primària amb formació en matèria de cronicitat

Indicador	Percentatge de professionals de l'atenció primària que han rebut formació bàsica sobre l'abordatge de la cronicitat, processos i rutes assistencials dels pacients crònics complexos i dels pacients crònics avançats
Numerador	Nombre de professionals mèdics, d'infermeria i del treball social de l'àmbit de l'atenció primària que han rebut formació bàsica sobre l'abordatge de la cronicitat, processos i rutes assistencials dels pacients crònics complexos i dels pacients crònics avançats $\times 100$
Denominador	Nombre total de professionals sanitaris en els equips de referència
Criteri de revisió	Registre de formació propi
Estàndard diana	Monitoratge durant un any

30) Professionals de les unitats de crònics complexos amb formació en matèria de cronicitat

Indicador	Percentatge de professionals de les unitats de crònics complexos que han rebut formació bàsica sobre l'abordatge de la cronicitat, processos i rutes assistencials dels pacients crònics complexos i dels pacients crònics avançats
Numerador	Nombre de professionals mèdics, d'infermeria i del treball social de les unitats de crònics complexos que han rebut formació bàsica sobre l'abordatge de la cronicitat, processos i rutes assistencials dels pacients crònics complexos i dels pacients crònics avançats $\times 100$
Denominador	Nombre total de professionals sanitaris als equips de referència
Criteri de revisió	Registre de formació propi
Estàndard diana	Monitoratge durant un any

31) Professionals dels hospitals d'estada mitjana amb formació en matèria de cronicitat

Indicador	Percentatge de professionals dels hospitals d'estada mitjana que han rebut formació bàsica sobre l'abordatge de la cronicitat, processos i rutes assistencials dels pacients crònics complexos i dels pacients crònics avançats
Numerador	Nombre de professionals mèdics, d'infermeria i del treball social dels hospitals d'estada mitjana que han rebut formació bàsica sobre l'abordatge de la cronicitat, processos i rutes assistencials dels pacients crònics complexos i dels pacients crònics avançats $\times 100$
Denominador	Nombre total de professionals sanitaris en els equips de referència
Criteri de revisió	Registre de formació propi
Estàndard diana	Monitoratge durant un any

7. Bibliografia

- 1) INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA. *Esperanza de vida* [en línea]. Disponible en: <www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INESeccion_C&cid=1259926380048&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios/PYSLayout>
- 2) ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Cuidado innovador para las condiciones crónicas: agenda para el cambio: informe global*. Ginebra (Suiza), 2002. Disponible en: <www.who.int/chp/knowledge/publications/iccc_spanish.pdf?ua=1>
- 3) GENERALITAT DE CATALUNYA. *Projecte de programa d'atenció al pacient crònic complex*. Barcelona, 2012. Disponible en: <salutweb.gencat.cat/web/.content/home/ambits_tematicos/linies_dactuacio/mo del_assistencial/atencio_al_malalt_cronic/documents/pcc_juny_2012.pdf>
- 4) GENERALITAT DE CATALUNYA. *Recomanacions pràctiques per a la identificació i la millora de l'atenció de persones amb malalties cròniques avançades (MACA) amb necessitat d'atenció palliativa en territoris i serveis de salut i socials*. Barcelona, 2012. Disponible en: <salutweb.gencat.cat/web/.content/home/ambits_tematicos/linies_dactuacio/mo del_assistencial/atencio_al_malalt_cronic/documents/metodologia_maca.pdf>
- 5) Montes Santiago J, Casariego Vales E, De Toro Santos M, Mosquera E. La asistencia a pacientes crónicos y pluripatológicos. Magnitud e iniciativas para su manejo: La Declaración de Sevilla. Situación y propuestas en Galicia. *Galicia Clin* 2012; 73 (Supl.1): S7-S14. Disponible en: <dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4063634.pdf>
- 6) Ortega Matas MC, Cabot García C, Porrás Tovar F, Cantos Santamaría MT, Pastor Maylin L, Fàbregas Lorenzo A. Intervención proactiva desde una unidad de geriatría en la atención del paciente crónico complejo ingresado en un hospital de agudos Gerokomos. 2014;25(4):152-158. Disponible en: <scielo.isciii.es/pdf/geroko/v25n4/05_originalesbreves3.pdf>
- 7) Osuna Pozo CM, Ortiz Alonso J, Vidán M, Ferrerira G, Serra Rexach JA. Revisión sobre el deterioro funcional en el anciano asociado al ingreso por enfermedad aguda. *RevEspGeriatrGerontol*. 2014;49(2):77-89. Disponible en <apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pidet_articulo=90278590&pidet_usuario=0&pcontactid=&pidet_revista=124&ty=166&accion=L&origen=zonad electura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=124v49n02a90278590pdf001.pdf>
- 8) Gutiérrez Rodríguez J, Domínguez Rojas V, Solano Jaurrieta JJ. Deterioro funcional secundario a la hospitalización por enfermedad aguda en el anciano. Análisis de la incidencia y los factores de riesgo asociados. *Rev Clin Esp*. 1999;199:418-23.
- 9) MINISTERIO DE TRABAJO Y ASUNTOS SOCIALES. "Capítulo VI. El sistema sanitario y la atención a las personas en situación de dependencia". En *Atención a las personas en situación de dependencia en España: libro blanco*. Madrid, 2004. Disponible en: <www.uab.cat/Document/580/416/LibroBlancoDependencia_01,0.pdf>

- 10) Suárez García FM et al. Variabilidad en las hospitalizaciones de las personas mayores en el Sistema Nacional de Salud. Atlas Var PractMedSistNac Salud. 2010;4(1):299-313. Disponible en: <[www.atlasvpm.org/documents/10157/22356/Atlasnumero7_\(608KB\).pdf](http://www.atlasvpm.org/documents/10157/22356/Atlasnumero7_(608KB).pdf)>
- 11) MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD. *Documento de consenso sobre prevención de fragilidad y caídas en la persona mayor*. Disponible en: <www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/FragilidadyCaídas_personamayor.pdf>
- 12) Ramírez Duque N, Ollero Baturone M, Bernabeu Wittel M, Rincón Gómez M, Ortiz Camuñez MA, García Morillo S. Características clínicas, funcionales, mentales y sociales de pacientes pluripatológicos. Estudio prospectivo durante un año en Atención Primaria. RevClin Esp. 2008; 208(1):4-11. Disponible en: <www.revclinesp.es/es/pdf/S0014256508716606/S300>
- 13) CONSEJERÍA DE SALUD DE LA JUNTA DE ANDALUCÍA. *Plan andaluz de atención integrada a pacientes con enfermedades crónicas 2012/2016*. Disponible en: <www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/PlanAtencEECC.pdf>
- 14) INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA. *Proyección de la población de España 2014-2064*. Disponible en: <www.ine.es/prensa/np870.pdf>
- 15) García Navarro JA et al. Análisis y evaluación de la red de servicios sanitarios dedicados a la dependencia: programas de prevención, atención domiciliaria y hospitalización: informe de la Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología. Disponible en: <envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/segg-analisis-01.pdf>
- 16) INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD. *Criterios de ordenación de servicios para la atención sanitaria a las personas mayores*. Madrid, 1996.
- 17) Baztán JJ, Domenech JR, González M, Forcano S, Morales C, Ruipérez I. Ganancia funcional y estancia hospitalaria en la unidad geriátrica de media estancia del Hospital Central de Cruz Roja de Madrid. RevEsp Salud Pública 2004; 78: 355-366 N.º 3 Mayo-Junio 2004. Disponible en: <www.scielosp.org/pdf/resp/v78n3/original2.pdf>
- 18) BLAY, C., LIMÓN, E. (coord.). *Bases per a un model català d'atenció a les persones amb necessitats complexes: Conceptualització i introducció als elements operatius*. Barcelona: Departament de Salut, 2016. Disponible en: <salutweb.gencat.cat/web/.content/home/ambits_tematicos/linies_dactuacio/model_assistencial/atencio_al_malalt_cronic/documents/arxiu/doc_complexitat_final_5.pdf>
- 19) Hernansanz F et al. Complex needs care form people with chronic diseases: population prevalences and characterization in Primary Care. 16th Barcelona: International Conference for Integrated Care; 2016.
- 20) Gómez-Batiste X et al. Prevalence and characteristics of patients with advanced chronic conditions in need of palliative care in the general population: A crosssectional study Palliat Med 2014; 28 (4):302-311.
- 21) García Morillo JS et al. Incidencia y características clínicas de los pacientes con pluripatología ingresados en una unidad de medicina interna. MedClin (Barc). 2005;125(1):5-9. Disponible en: <www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-pdf-13076399-S300>

- 22) OLLERO BATURONE, Manuel (coord.). *Proceso asistencial integrado: atención a pacientes pluripatológicos*. Sevilla: Junta de Andalucía, 2007. Disponible en: <www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/csalud/galerias/documentos/p_3_p_3_procesos_asistenciales_integrados/pacientes_pluripatologicos/pluri.pdf>
- 23) GÓMEZ BATISTE, Xavier [et al.]. *Recomendaciones para la atención integral e integrada de personas con enfermedades o condiciones crónicas avanzadas y pronóstico de vida limitado en servicios de salud y sociales: NECPAL-CCOMS-ICO© 3.0 (2016)*. Disponible en: <mon.uvic.cat/catedra-atencion-cuidados-paliativos/files/2016/02/NECPAL-3.0-2016-GENERAL-ESP.pdf>
- 24) MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD. *Estrategia para el abordaje de la cronicidad en el Sistema Nacional de Salud*. Madrid, 2012. Disponible en: <www.mssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/ESTRATEGIA_ABORDAJE_CRONICIDAD.pdf>
- 25) SERVICIO CANARIO DE SALUD. *Perfil de la enfermería comunitaria de enlace*. Las Palmas de Gran Canaria, 2009. Disponible en: <www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/9f355583-ed42-11dd-958f-c50709d677ea/Perfil_ECE.pdf>
- 26) Pérez Hernández RM, López Alonso SR, Lacida Baro M, Rodríguez Gómez S. La enfermera comunitaria de enlace en el Servicio Andaluz de Salud. *EnfComun*. 2005;1:43-8. Disponible en: <centrodesaluddebollulos.es/Centrodesalud/Enfermeria/Documentacion%20Distrito/Documentos/Continuidad%20de%20Cuidados/La%20ECE%20en%20el%20SAS.PDF>
- 27) Morales JM et al. Effectiveness of a nurse-led case management home care model in Primary Health care. *BMC Health Services Research* 2008; 8: 193. Disponible en: <www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2567972>
- 28) Esther Limón Ramírez, Alberto Meléndez Gracia . La atención al enfermo crónico. O ¿por qué ahora no podemos «con lo de siempre»? *AMF* 2017;13(5):241-243
- 29) JARA ZOZAYA, Ana; MIRALLES XAMENA, Jerònia; CARANDELL JÄGER, Eugenia. *Guía de recomendaciones para la atención de los pacientes polimedicados*. Palma: Consejería de Salud del Gobierno de las Islas Baleares, 2010. Disponible en: <www.elcomprimido.com/PROTOCOLOS_SUPRASECTORIALES/pdf/GUIA%20POLIMEDICADOS_cast.pdf>
- 30) Varela J. Las reformas necesarias en los hospitales: 10 recomendaciones para mejorar la eficiencia, la calidad y la efectividad. *Med Clin (Barc)*. 2016;146(3):133-137.



G CONSELLERIA
O SALUT
I SERVEI SALUT
B ILLES BALEARS

2017

