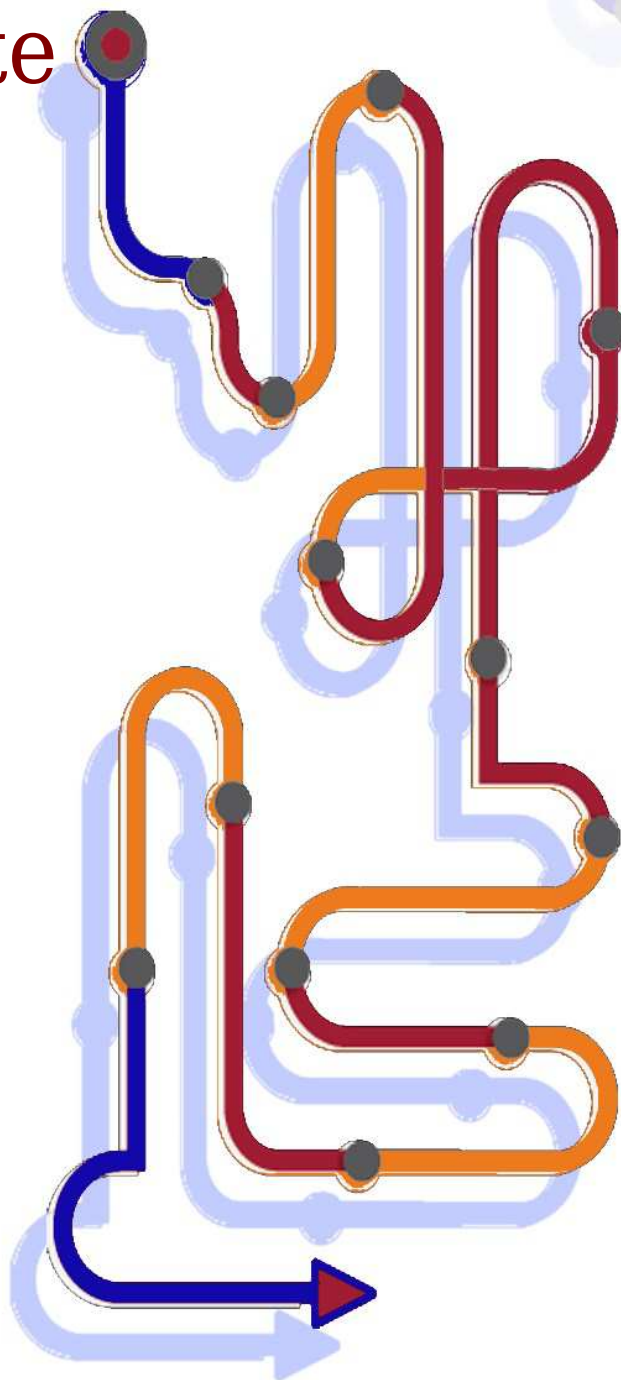




G CONSELLERIA  
O SALUT  
I SERVEI SALUT  
B ILLES BALEARS

# Atención al paciente crónico complejo y al paciente crónico avanzado

2017





## Autores

- Francesc Albertí Homar. Coordinador de Atención Sociosanitaria
- Angélica Miguélez Chamorro. Subdirectora de Atención a la Cronicidad, Coordinación Sociosanitaria, Salud Mental y Enfermedades Poco Frecuentes
- Gabriel Moragues Sbert. Grupo Técnico de Atención a la Cronicidad
- Estefania Serratusell Sabater. Grupo Técnico de Atención a la Cronicidad

## Revisores

- Juli Fuster Culebras. Director general
- Atanasio García Pineda. Director asistencial
- Rosa Elena Duro Robles. Subdirectora de Atención Primaria y Atención a las Urgencias Extrahospitalarias
- Carlos Javier Villafáfila Gomila. Subdirector de Curas Asistenciales y Atención al Usuario
- Eugenia Carandell Jäger. Gabinete Técnico de la Gerencia de Atención Primaria de Mallorca
- Francesc Morado Xumet. Subdirector de Atención Hospitalaria
- Maria Àngels Pujols Buades. Gabinete Técnico de la Gerencia de Atención Primaria de Mallorca
- Isabel Román Medina. Supervisora del Área Sociosanitaria del Hospital General
- Maria Antònia Font Oliver. Directora de enfermería de la Gerencia de Atención Primaria de Mallorca
- Antònia Roca Casas. Directora médica de la Gerencia de Atención Primaria de Mallorca
- Onofre Pons Sureda. Director médico del Hospital Comarcal de Inca
- Soledad Gallardo Bonet. Directora gerente del Hospital Comarcal de Inca
- Concepción Zaforteza Lallemand. Directora de enfermería del Hospital Comarcal de Inca
- Joan Manuel Buades Fuster. Jefe del Servicio de Nefrología del Hospital Son Llàtzer
- Carlos Serrano Jurado. Enfermero del Centro Coordinador del Programa de Cuidados Paliativos de las Islas Baleares
- Mercè Llagostera Pagès. Médica Coordinadora del Centro Coordinador del Programa de Cuidados Paliativos de las Islas Baleares
- Eusebi J. Castaño Riera. Servicio de Planificación y Calidad de la Dirección General de Planificación, Evaluación y Farmacia. Consejería de Salud del Gobierno de las Islas Baleares
- Jordi Forteza-Rey Borralleras. Médico Internista del Hospital Universitario Son Espases

- Catalina Nadal Martí. Médica internista del Hospital Universitario Son Espases
- Jaume Ripoll Sánchez. Coordinador médico del Centro de Salud Valldargent
- Lluís Feliu Mazaira. Médico internista del Hospital General
- Lourdes Vich Martorell. Médica internista del Hospital General
- Antoni Truyols Bonet. Médico internista del Hospital General
- Juan Antonio Parra Roper. Médico internista del Hospital General
- Juan Santamaría Semis. Médico internista y coordinador del Programa de Cuidados Paliativos del Hospital General
- Silvia García Castro. Enfermera gestora de casos del Hospital Universitario Son Espases
- María Viña García-Bericua. Enfermera gestora de casos del Hospital General
- Sandra Ferrer Gelabert. Subdirectora médica del Hospital Son Llàtzer
- Carme Julià Cerezo. Supervisora del área de enfermería del Hospital Joan March
- María Calderón Cerezo. Coordinadora de enfermería del Hospital General
- Pilar Fuster Obrador. Trabajadora social del Hospital General
- María del Carmen Buen Ruiz. Médica rehabilitadora del Hospital Son Llàtzer
- Josefina Olivares Alcolea. Médica especialista en endocrinología y nutrición.

Salvo que se indique otra cosa, todos los órganos y los puestos de trabajo citados dependen jerárquicamente del Servicio de Salud de las Islas Baleares.

### Revisión lingüística

- Bartomeu Riera Rodríguez. Servicios Centrales. Servicio de Salud de las Islas Baleares

Debe entenderse que cualquier referencia sobre profesionales u otras personas que en el documento se haga en género masculino o femenino alude indistintamente a hombres y a mujeres, de tal manera que ello no supone un uso sexista del lenguaje.

Edición: Subdirección de Atención a la Cronicidad, Coordinación Sociosanitaria, Salud Mental y Enfermedades poco frecuentes  
Servicio de Salud de las Islas Baleares. Consejería de Salud  
Fecha: Diciembre 2017  
ISBN: 978-84-697-9175-2



## Índice de contenidos

1. Introducción .....	7
2. Definiciones .....	15
2.1. Complejidad clínica .....	15
2.1. Definición de paciente crónico complejo .....	15
2.2. Definición de paciente crónico avanzado .....	18
3. Objetivos .....	19
4. Identificación y registro de los pacientes crónicos complejos y de los pacientes crónicos avanzados .....	21
5. Modelo de atención .....	23
5.1. Paciente crónico complejo .....	23
5.2. Paciente crónico avanzado .....	26
6. Indicadores de calidad .....	31
7. Bibliografía .....	43



## 1. Introducción

En los países occidentales, la esperanza de vida ha aumentado notablemente en el último siglo gracias a los avances médicos y tecnológicos, a los cambios en los hábitos nutricionales y en los estilos de vida y al acceso más fácil de la población a los servicios sanitarios, entre otros factores.<sup>1</sup> España es el cuarto país del mundo con la esperanza de vida más alta (82,8 años), superado solo por Japón, Suiza y Singapur, según los últimos informes publicados por la Organización Mundial de la Salud.

Los cambios demográficos de los últimos años han hecho que el sistema de salud deba atender cada vez un mayor número de pacientes mayores con pluripatología y dependencia funcional progresiva. El modelo actual de atención, orientado a la atención de los problemas de salud agudos, no da una respuesta adecuada a las necesidades de aquellos pacientes, por lo que es necesario hacer cambios en el modelo organizativo que se adapten a esta nueva y emergente realidad.<sup>2</sup>

En los últimos años, organizaciones y autores diversos han introducido los conceptos de *paciente crónico complejo* y de *paciente crónico avanzado*,<sup>3,4</sup> los cuales representan entre el 3 % y el 5 % de la población y consumen un gran porcentaje de recursos, pues suponen entre el 20 % y el 40 % de los ingresos hospitalarios; concretamente, el 40,5 % ingresan tres veces al año o más y el 13 % lo hacen cinco veces al año o más. En definitiva, el 10 % de los pacientes crónicos son responsables del 55 % de las estancias hospitalarias y el 5 % de ellos del 42 %.<sup>5</sup>

Cuando ingresan en un hospital de agudos, los pacientes crónicos complejos a menudo presentan problemas añadidos al motivo que ocasiona el ingreso. Entre estos problemas suelen destacar las caídas, el deterioro cognitivo, los déficits auditivo y visual, la polifarmacia, el insomnio, la sintomatología depresiva, la malnutrición y las úlceras cutáneas. Todo ello provoca dependencia para las actividades básicas de la vida diaria y/o para las actividades instrumentales de la vida diaria.<sup>6</sup>

El deterioro funcional es una de las complicaciones más importantes, teniendo en cuenta la alta frecuencia que presenta y las graves consecuencias que produce, como la dependencia, la institucionalización, el incremento del consumo de recursos sanitarios y el aumento de la mortalidad.<sup>6,7</sup>

Los trabajos clásicos de Covinsky y col. y Sager y col. para estudiar la evolución funcional de los pacientes mayores de 70 años ingresados en unidades de medicina interna describen, respectivamente, que el 31 % y el 35 % de los pacientes dados de alta presentaban deterioro funcional al alta hospitalaria global. Se obtuvieron datos similares en el estudio HOPE, en el que se constató que los pacientes presentaban además pérdida funcional relevante, pues el 40 % de los que mostraban deterioro al alta era debido al deterioro en tres o más de las actividades básicas de la vida diaria. En el estudio de Zisberg y col. se describe un 46 % de deterioro funcional al alta hospitalaria global en personas mayores de 70 años ingresados en los servicios de medicina interna. Según este estudio, al cabo de un mes del alta hospitalaria el 49 % presentaba deterioro en alguna actividad básica de la vida diaria y el 57 % en alguna actividad instrumental de la vida diaria. Y en estudios de seguimiento de tres meses, el 40 % presentaba deterioro en

alguna actividad instrumental de la vida diaria y el 19 % en las actividades básicas de la vida diaria.<sup>7</sup>

En España, Gutiérrez Rodríguez y col. describieron en 1999 una incidencia del deterioro funcional al alta hospitalaria del 70,66 % en una población de pacientes mayores de 65 años con un nivel alto de independencia en las actividades básicas de la vida diaria e ingresados en una unidad hospitalaria de agudos. Al cabo de un mes, el deterioro persistía en el 29,3 % de los pacientes.<sup>8</sup>

En conclusión, es evidente que la prevención de las complicaciones evitables en este perfil de la población debe ser la base de la atención hospitalaria, no solo para mejorar la calidad asistencial sino por eficiencia y por obligación moral de la organización para con la ciudadanía.

Por otro lado, las personas mayores de 65 años son el 26 % de las que acuden a los servicios hospitalarios de urgencias y constituyen el 40 % de los ingresos hospitalarios por esta vía.<sup>9</sup>

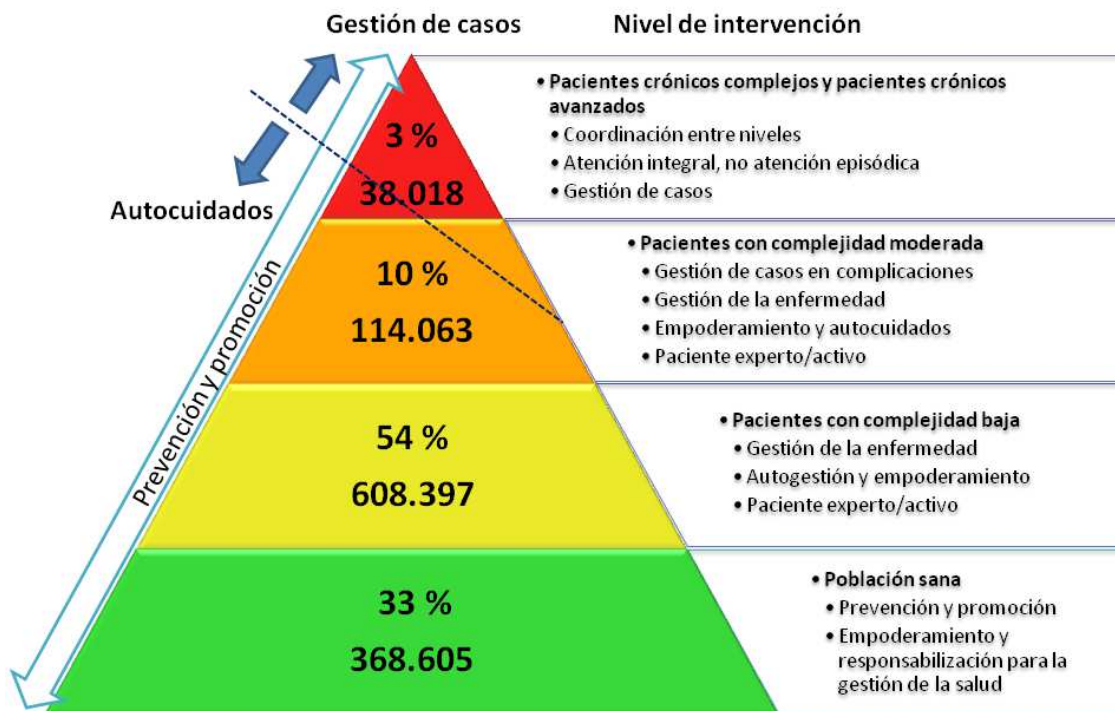
El grupo del Atlas de Variaciones en la Práctica Médica del Sistema Nacional de Salud publicó en 2010 un trabajo sobre la variabilidad de las hospitalizaciones de las personas mayores en el que se apuntó que se producen en los hospitales públicos de España 202 ingresos al año por cada 1.000 personas de 65 a 79 años, y 332 ingresos al año por cada 1.000 personas de 80 años o más. Estas altas tasas tienen, además, la particularidad de traducir una variabilidad entre áreas que oscila entre 5,5 y 6,5 veces más en aquellas que presentan tasas más altas de ingresos en comparación con las que presentan tasas más bajas, y se describe así mismo una variabilidad importante entre comunidades autónomas.

El gran volumen de hospitalizaciones se da por una combinación de ingresos causados por diagnósticos asociados a cirugía electiva (cataratas, enfermedades del tracto biliar, artrosis, hernia de la pared abdominal, hiperplasia de próstata); descompensaciones de enfermedades crónicas (insuficiencia cardíaca, enfermedad pulmonar crónica, cardiopatía isquémica, diabetes, etc.); cuadros agudos (ictus, neumonía, infarto de miocardio, fractura de cadera, hemorragia digestiva), y neoplasias malignas.<sup>10</sup>

El *Documento de consenso sobre prevención de fragilidad y caídas en la persona mayor*, aprobado por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, estima que la prevalencia de la fragilidad entre las personas mayores de 65 años se sitúa entre el 8,5 % y el 20,4 %. Además, la mayor parte del consumo de recursos sanitarios y sociales que hace cualquier persona a lo largo de su vida se concentra en los últimos meses o años, pues las personas mayores generan más del 40 % de la demanda hospitalaria en el Sistema Nacional de Salud y los costes para atenderlas aumentan continuamente. La valoración geriátrica integral es probablemente la mejor forma de evaluar a los pacientes frágiles, pues permite valorar los múltiples componentes que condicionan la evolución de la fragilidad y, en consecuencia, trazar un plan de cuidados ajustado a sus necesidades individuales.<sup>11</sup>

La estratificación de la población por grupos de morbilidad ajustados (GMA) permite clasificar la población según su complejidad, por lo que se convierte en una herramienta importante para identificar sus necesidades de salud, anticiparse a las complicaciones y a las reagudizaciones y planificar los recursos necesarios. En la pirámide de la figura 1 puede verse la estratificación realizada con la herramienta de GMA.

Figura 1. Estratificación de la población de las Islas Baleares (diciembre de 2016).



El estudio prospectivo de un año en la atención primaria de Ramírez-Duque y col. concluye que el 24 % de los pacientes pluripatológicos presentaba un índice de Barthel inferior a 60 y que el 37,75 % padecía deterioro cognitivo.<sup>12</sup>

Según la Encuesta Andaluza de Salud de 2007, la prevalencia de la cronicidad para los pacientes de 75 años o más se sitúa en el 91,6 %, en el 84,3 % para el grupo de 65 a 74 años, en el 73,6 % para la franja de edad de 55 a 64 años y en el 48,4 % para las personas de 45 a 54 años. En cuanto a la pluripatología, la prevalencia se sitúa en el 63,5 % en el grupo de edad de 85 años o más, en el 68,6 % entre las personas de 75 a 84 años, en el 54,2 % en la franja de 65 a 74 años, en el 38,8 % entre las personas de 55 a 64 y en el 17,7 % en las de 45 a 54 años.

El análisis del conjunto de las altas hospitalarias de Andalucía pone de manifiesto que en el 43,14 % se identifica una enfermedad crónica que genera discapacidad. Además, entre los años 2000 y 2010 se incrementó un 66,82 % el número de pacientes crónicos complejos o pluripatológicos. Este incremento se apreció tanto en pacientes con grupos relacionados con el diagnóstico médicos como en pacientes con grupos relacionados con el diagnóstico quirúrgicos, en los que el incremento de pacientes pluripatológicos es incluso mayor, pues alcanza el 119 % de incremento en el mismo periodo.<sup>13</sup>

Un estudio ligado a la hospitalización por enfermedades crónicas y pluripatología a partir del conjunto mínimo básico de datos entre los años 2000 y 2010 en los hospitales del Servicio Andaluz de Salud, concluye que las altas se redujeron en un 14,15 % en las personas menores de 75 años pero aumentaron en un 47,54 % las altas de las personas mayores de 74 años. Por otro lado, las estancias de personas mayores de 75 años de edad también aumentaron, en un 29,7 %. Del total de ingresos, el 21,35 % fueron programados y el 78,75 % fueron urgentes, y hasta el 8 % procedieron de consultas. Analizando la diferencia entre servicios, los grupos relacionados con el diagnóstico médicos representaron el 69,7 % y los grupos relacionados con el diagnóstico quirúrgicos, el 29,2 %.<sup>13</sup>

Según las proyecciones del Instituto Nacional de Estadística, se estima que la población de las Islas Baleares será en 2029 de 1.169.361, de la cual el 22 % (257.260) corresponde a personas de 65 años o más.<sup>14</sup>

Tabla 1. Proyección de la población de las Islas Baleares entre 2015 y 2029.

Año	2015		2029	
Población total	1.120.548		1.169.361	
Personas de más de 65 años	170.900	15,3 %	257.260	22,0 %

Según datos del *Libro blanco de atención a las personas en situación de dependencia en España* a partir de los resultados de la encuesta Geriátrica XXI, elaborada en el año 2000 por la Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología sobre la atención geriátrica especializada en los hospitales de agudos españoles, la media de edad de los pacientes hospitalizados en unidades de medicina interna y de geriatría de agudos había progresado en los últimos quince años desde los 75 años hasta los 83-84 años. Los pacientes procedían de urgencias en el 80-90 % de los casos. Los principales grupos relacionados con el diagnóstico identificados fueron la insuficiencia cardiaca, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y el accidente cerebrovascular agudo. La situación funcional de los pacientes ingresados correspondía a incapacidad moderada física en casi el 60 % y a incapacidad moderada mental en el 30 %. La media de tiempo de estancia se situó en el rango entre 9 y 12 días. La mortalidad —aunque variable dependiendo de las características de las diferentes unidades— era siempre inferior al 15 %. El servicio que más interconsultas atendió fue el de traumatología (42 %), seguido por el de urgencias (24 %).<sup>9</sup>

Tras lo expuesto es imprescindible tener en cuenta el índice de envejecimiento y la forma de enfermar de la población en los próximos años a fin de planificar un modelo de atención orientado a las necesidades de los pacientes crónicos complejos y de los pacientes crónicos avanzados, teniendo en cuenta que entre el 1 % y el 1,5 % de la población padece alguna enfermedad crónica avanzada con necesidad de recibir cuidados paliativos.<sup>4</sup>

El **Servicio de Salud de las Islas Baleares** tiene el compromiso de gestionar la cronicidad y la complejidad de manera eficiente y con la mejor evidencia disponible a fin de asegurar una atención sanitaria de calidad que dé respuesta a las necesidades de salud de la población en todas las etapas de la vida siendo eficientes y asegurando la

universalidad y la sostenibilidad del sistema sanitario y para este compromiso se ha diseñado el Mapa estratégico que puede verse en la figura 2.

Figura 2. Mapa estratégico de atención a la cronicidad del Servicio de Salud de las Islas Baleares.



Fuente propia.

Es imprescindible dar respuesta a esta realidad, por lo que la finalidad del proyecto es que los pacientes crónicos complejos y los pacientes crónicos avanzados reciban una atención proactiva, resolutoria, adecuada, eficiente y satisfactoria en cualquier momento y etapa de la vida, con la intensidad que requieran. Esta atención debe proporcionarse en el dispositivo más adecuado, pero el domicilio es el eje sobre el que han de pivotar todos los recursos para mejorar la calidad de vida y los resultados en materia de salud garantizando un uso eficiente de los recursos. De este modo necesitamos una **atención primaria altamente resolutoria**, por lo que debe impulsarse el papel de sus equipos asistenciales como responsables de los procesos de atención sanitaria relacionados con la cronicidad. La creación de unidades de hospitalización específicas de pacientes crónicos complejos en hospitales de agudos y de crónicos avanzados en hospitales de estancia media también debe servir para atender a este tipo de pacientes de una manera proactiva, con identificación precoz, asistencia continuada y coordinada con todos los dispositivos asistenciales, con el objetivo de mejorar la asistencia, los resultados en materia de salud, la calidad de vida, el uso de los recursos y la satisfacción de los pacientes y de sus familiares.

Todo ello implica un cambio de modelo de prestación de los servicios sanitarios. Es importante identificar el tipo de pacientes que se beneficiarían de este cambio, y para ello hay que delimitar sus perfiles:

- Pacientes con diversas enfermedades crónicas avanzadas (pluripatología) concurrentes. Perfil de multimorbilidad grave.

- Pacientes con alguna enfermedad de un órgano específico en situación clínica grave que cursa con insuficiencia o claudicación del órgano (insuficiencia cardíaca, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, insuficiencia renal crónica, demencia, esquizofrenia, depresión...) con importante afectación funcional y/o cognitiva.

La identificación de dichos pacientes permite aplicar intervenciones preventivas e incorporarlos a programas de atención y gestión de casos con rutas asistenciales y procedimientos específicos.

Actualmente prestamos a estos pacientes una atención episódica y fragmentada en lugar de una atención transversal, coordinada e integral, que repercute en su calidad de vida y en los altos costes, pero con una efectividad y una eficiencia bajas. Por ello nos encontramos en las situaciones siguientes:

- Alta probabilidad de padecer crisis y/o descompensaciones frecuentes de la enfermedad crónica, con sintomatología múltiple de difícil control.
- Necesidad de seguimiento y vigilancia en el tiempo para proporcionar la intensidad de la atención que requieran en cada momento.
- Gran uso de los servicios de urgencias y frecuentes ingresos urgentes en un mismo año.
- Enfermedad crónica compleja y/o avanzada, que generalmente afecta a su situación funcional y con pronóstico de vida limitado.
- Gran consumo de recursos y de fármacos, no siempre indicados y con efectos secundarios e interacciones.
- Necesidades multidimensionales, clínicas, funcionales, sociales y psicológicas que requieren diversos profesionales para proporcionar una atención de calidad, que no tienen.
- Atención a cargo de diversos dispositivos usando vías de atención de intensidad desproporcionada a la situación.
- Situación de fragilidad con riesgo alto de pérdida funcional y cognitiva, que el sistema sanitario actual no aborda.
- Síndromes geriátricos de aparición progresiva.
- A menudo, situaciones sociales adversas.

## Hospitales de agudos

La pérdida funcional es una característica constante de los pacientes crónicos cuando ingresan en un hospital, por lo que es prioritario potenciar precozmente la movilización y la deambulación, el mantenimiento y la reeducación de los esfínteres, y la conservación de las actividades básicas de la vida diaria. Especialidades médicas como la rehabilitación son prioritarias en la atención a los pacientes mayores. Muchos de los factores asociados a un ingreso hospitalario provocan una rápida pérdida de masa muscular, pero recuperarla es muy lento y difícil.<sup>7</sup>

Los pacientes mayores con pluripatología a menudo presentan descompensaciones de su enfermedad que resultan incapacitantes, aunque son potencialmente reversibles, como los accidentes cerebrovasculares o las fracturas de cadera, que son subsidiarios de programas de rehabilitación multidisciplinares (fisioterapia, terapia ocupacional y logoterapia) y por ello deben ser atendidos en unidades específicas, con una estructura física adecuada y un equipo interdisciplinario de médicos internistas, geriatras o médicos de familia, enfermeros entrenados, médicos rehabilitadores, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, logopedas, etc., que han de trabajar conjuntamente para favorecer que el anciano frágil que ha sufrido un proceso incapacitante se reintegre a su vida cotidiana en casa.<sup>15</sup>

### Hospitales de estancia media o de convalecencia

Las **unidades de estancia media o convalecencia** fueron definidas por el INSALUD en 1996 como el nivel asistencial hospitalario destinado a restablecer las funciones, las actividades o las secuelas alteradas como resultado de diferentes procesos previos.<sup>16</sup> Los objetivos primordiales de estas unidades son la recuperación funcional y la reducción de la incidencia de institucionalización definitiva, cuya consecución debe ajustarse a un tiempo de atención no muy prolongado a fin de aumentar la eficiencia de estas unidades. En este sentido, la evaluación de los factores clínicos, funcionales, mentales y sociales es uno de los aspectos básicos para optimizar el rendimiento de dichas unidades. Algunos autores postulan que aplicar la escala de Barthel podría ser un instrumento de evaluación eficaz en estas unidades y consideran que el ingreso de los pacientes es adecuado mientras consigan una mejoría de su situación funcional. Sin embargo, tanto la ganancia funcional como la estancia hospitalaria y la eficiencia pueden estar condicionadas por la complejidad de las características de los pacientes.<sup>17</sup>

Es intención del Servicio de Salud de las Islas Baleares implementar un proyecto para pacientes crónicos complejos y pacientes crónicos avanzados en los hospitales de estancia media o de convalecencia, tanto públicos como concertados (Hospital General, Hospital Joan March y Hospital Sant Joan de Déu), para evaluar la calidad en términos de ganancia funcional por medio de la escala de Barthel, de la institucionalización posterior, de las estancias y de la mortalidad, tal como se ha hecho en otras comunidades autónomas.

Las unidades de estancia media o convalecencia son el primer nivel asistencial evaluado y el que tiene el mayor grado de evidencia científica. Pese a ello, el grado de desarrollo en los diferentes sistemas sanitarios es más lento de lo que sus establecidos beneficios harían prever. Estas unidades han demostrado que un año después del alta hospitalaria se ha reducido la mortalidad en el grupo de pacientes tratados en la unidad ubicada en un hospital de agudos (23,8 % vs. 48,3 %) y también ha menguado la institucionalización (12,7 % vs. 30 %). Además, ha mejorado la situación funcional en las actividades básicas de la vida diaria (48,4 % vs. 25,4 %) y de las actividades instrumentales de la vida diaria (46,8 % vs. 30,5 %). Por otro lado, también han mejorado la situación cognitiva (35,6 % vs. 22,4 %) y la situación afectiva (42,4 % vs. 24,1 %) y se ha reducido el número de estancias hospitalarias y de reingresos y los costes de la atención.<sup>15</sup>



La atención de estos pacientes requiere un cambio de modelo asistencial, que afecta a las organizaciones sanitarias y a sus profesionales, a los pacientes y a sus cuidadores. La clave del modelo es una coordinación asistencial de los diferentes niveles y profesionales que permita dar una respuesta rápida a domicilio y con la intensidad que requiera cada momento, utilizando los recursos más adecuados si es necesaria la hospitalización.

## 2. Definiciones

### 2.1. Complejidad clínica

La complejidad clínica se define como la dificultad en la gestión de la atención de un paciente y la necesidad de aplicarle planes individuales específicos a causa de la presencia o la concurrencia de enfermedades, de su manera de utilizar los servicios o de las características de su entorno.<sup>18</sup>

### 2.2. Paciente crónico complejo

Los **pacientes crónicos complejos** son personas con una enfermedad (o más de una) de larga evolución, cuya gestión clínica es percibida como difícil por los profesionales de referencia y que precisa el uso ordenado de diferentes servicios sanitarios y sociales. Esta definición, a diferencia de los sistemas de estratificación, se basa en tres aspectos fundamentales, que ayudan a identificar los enfermos con necesidades complejas: un perfil clínico característico de complejidad (multimorbilidad, polifarmacia, descompensaciones, múltiples ingresos, etc.), un criterio profesional subjetivo y un beneficio potencial de mejora tanto individual como de equipo asistencial en un contexto territorial determinado.<sup>18</sup>

Diferentes estudios epidemiológicos permiten determinar las características propias de las personas tributarias de ser identificadas como pacientes crónicos complejos.<sup>19, 20</sup> Los criterios que pueden orientar para identificar pacientes con necesidades complejas son los siguientes:

#### Criterios relacionados con el paciente

- Multimorbilidad.
- Patología crónica única grave o progresiva (incluyendo enfermedad neurológica o trastorno mental grave, demencia y discapacidades intelectuales, físicas o sensoriales).
- Probabilidad alta de sufrir descompensaciones con mucha sintomatología y mal control.
- Síntomas persistentes, intensos y refractarios.
- Evolución dinámica, variable y que requiere monitorización continua.
- Uso frecuente de servicios (urgencias, visitas a la atención primaria, ingresos...).
- Polifarmacia o gran consumo de recursos.
- Condiciones de gravedad o progresión en cuanto a la fragilidad, la funcionalidad o el deterioro cognitivo.
- Aparición de síndromes geriátricos.
- Edad extrema (complejidad en pediatría o en mayores de 85 años).
- Enfermedades minoritarias.

#### Criterios que dependen de los profesionales

- Requerimiento de trato multidisciplinario.
- Exposición a discrepancias entre diferentes profesionales o equipos en cuanto a los criterios de gestión clínica.

- Necesidad de activar y gestionar el acceso a diferentes dispositivos y recursos (a menudo por vías preferentes).
- Entorno de especial incertidumbre en las decisiones y de dudas de trato.
- Gestión del paciente que se beneficiaría de estrategias de atención integrada.

### Criterios de la esfera social

Situaciones psicosociales adversas.

Otras clasificaciones —como la de García-Morillo JS y Ollero Barturone— incluyen la situación funcional, además de la repercusión biológica sobre el paciente con comorbilidades, que pueden ayudar también a los profesionales clínicos a identificar a pacientes crónicos complejos según patologías de órgano clasificadas por categorías y con unas condiciones clínicas características.<sup>21, 22</sup> Estos autores proponen clasificar a los pacientes crónicos complejos según estas características:

1. Dos o más patologías crónicas de órgano en las condiciones siguientes:
  - Categoría A:
    - insuficiencia cardiaca<sup>a</sup>
    - cardiopatía isquémica<sup>a</sup>
  - Categoría B:
    - enfermedad crónica osteoarticular con limitación funcional<sup>b</sup>
    - vasculitis y conectivopatías
    - insuficiencia renal crónica
  - Categoría C:
    - limitación crónica al flujo aéreo, asma bronquial o hipoventilación alveolar con limitación funcional<sup>a</sup>
    - *cor pulmonale* crónico<sup>a</sup>
  - Categoría D:
    - enfermedad inflamatoria crónica intestinal
    - hepatopatía crónica sintomática o en actividad
  - Categoría E:
    - enfermedad neurológica con déficit motor o cognitivo que genera discapacidad<sup>c</sup>
  - Categoría F:
    - arteriopatía periférica sintomática
    - diabetes *mellitus* con repercusión visceral diferente a la cardiopatía isquémica<sup>d</sup>
  - Categoría G:
    - enfermedad hematológica sintomática y no subsidiaria de tratamiento especializado<sup>e</sup>
    - enfermedad oncológica activa no subsidiaria de tratamiento oncológico activo<sup>e</sup>

- (a) Con síntomas continuos o reagudizaciones frecuentes.
- (b) Puntuación en la escala de Barthel < 60 en situación de estabilidad clínica.
- (c) Puntuación en la escala de Barthel < 60 y/o deterioro cognitivo moderado (Pfeiffer  $\geq$  5).
- (d) Con retinopatía proliferativa, albuminuria, accidente cerebrovascular o neuropatía sintomática.
- (e) Pacientes que no requieren tratamiento ni medicación que obligue a un seguimiento a cargo de los servicios de hematología u oncología.

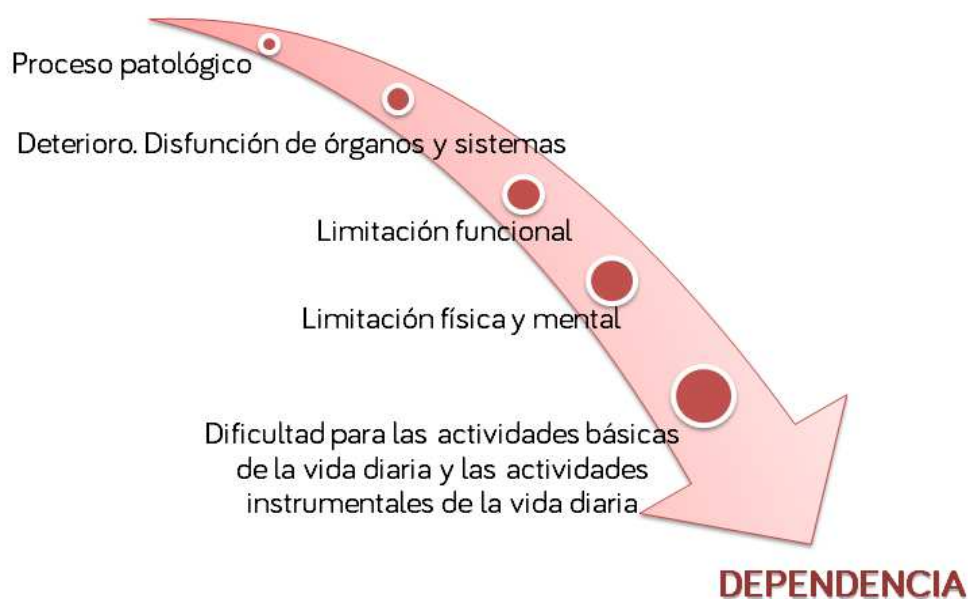
La hipertensión arterial (HTA), hiperlipemia y otras enfermedades crónicas, algunas de ellas con alta prevalencia no han sido consideradas por sí mismas sino a través del órgano sobre el que provocan el daño para contribuir a definir una población más homogénea con unos requerimientos asistenciales similares.

2. Una sola enfermedad crónica pero con afectación grave e importante pérdida funcional y/o cognitiva

Utilizar como factor pronóstico el estado funcional y cognitivo (escala de Barthel, escala de Pfeiffer) y la presencia de síntomas continuos y/o descompensaciones frecuentes refleja con mayor precisión la fragilidad, por razones diversas (véase la figura 3):

- porque es un indicador clave de la calidad de vida;
- porque un deterioro de la situación funcional implica efectos negativos sobre la salud de los pacientes, como puede ser un coste más alto y más cuidados médicos;
- porque proporciona una medición del efecto final de una enfermedad o de un grupo de enfermedades en la historia biológica del paciente.<sup>21,22</sup>

Figura 3. Evolución del proceso patológico hacia la situación de dependencia.



### 2.3. Paciente crónico avanzado

Los **pacientes crónicos avanzados** son el subgrupo de pacientes crónicos complejos que cumplen las características siguientes:

1. Presencia de enfermedades progresivas, evolutivas e irreversibles con un pronóstico de vida limitado.
2. Reconocimiento por parte de los profesionales referentes de una afectación clínica de mayor gravedad.
3. Deben estar correctamente diagnosticados y evaluados y no deben requerir nuevas exploraciones sofisticadas ni tratamientos agresivos de sus enfermedades de base o ante nuevas descompensaciones.
4. Presentan necesidades de atención paliativa (NECPALCCOMS-ICO® positivo).<sup>23</sup>

El documento *Estrategia para el abordaje de la cronicidad en el Sistema Nacional de Salud*, publicado por el Ministerio de Sanidad en 2012, deja patente que los pacientes con mayor complejidad y/o con pluripatología necesitan una gestión integral del caso en su conjunto, con cuidados fundamentalmente profesionales, dirigidos a los pacientes y a su entorno cuidador.<sup>24</sup>

Es necesario implementar nuevos modelos organizativos que aseguren la calidad y la continuidad asistencial con una gestión de casos que se lleve a cabo por medio de un proceso de valoración, planificación, coordinación y evaluación. La enfermera gestora de casos debe ser un agente de cambio dentro de la organización que garantice la continuidad asistencial entre todos los ámbitos asistenciales haciendo un uso adecuado de todos los recursos.<sup>25-27</sup>

Tabla 2. Criterios para identificar a los pacientes crónicos complejos y a los pacientes crónicos avanzados.

Paciente crónico complejo	Paciente crónico avanzado
<ul style="list-style-type: none"> <li>– Paciente con dos o más patologías crónicas de órgano, progresivas, con sintomatología de control difícil o refractaria, descompensaciones frecuentes y riesgo alto de pérdida funcional</li> <li>o</li> <li>– Paciente con una sola enfermedad crónica de órgano, con afectación grave y pérdida funcional y/o cognitiva importante (Barthel <math>\leq</math> 60 i/o Pfeiffer <math>\geq</math> 5) y presencia de síntomas continuos y descompensaciones frecuentes, con una gestión clínica difícil a cargo de los profesionales referentes y/o situaciones psicosociales adversas, y que requieren el uso ordenado de diferentes servicios sanitarios y sociales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Perfil clínico de paciente crónico complejo con una afectación clínica de mayor gravedad y un pronóstico de vida limitado</li> <li>– Necesidades de atención paliativa (NECPALCCOMS-ICO® positivo)</li> <li>– Correctamente diagnosticado y evaluado, no requiere nuevas exploraciones sofisticadas ni tratamientos agresivos de sus enfermedades de base o ante una descompensación</li> <li>– Aceptación voluntaria del paciente, o de la familia si aquel no puede hacerlo</li> </ul>

### 3. Objetivos

#### Objetivo general

Mejorar la calidad de la atención a los pacientes crónicos complejos y a los pacientes crónicos avanzados, a sus familias y a sus cuidadores manteniéndoles el máximo tiempo posible en el entorno comunitario y con la mejor calidad de vida posible.

#### Objetivos específicos

- Identificar a los pacientes crónicos complejos y a los pacientes crónicos avanzados en los sistemas de información sanitarios.
- Prevenir o retrasar la pérdida de la capacidad funcional o mejorar la capacidad funcional y cognitiva en todos los niveles asistenciales.
- Abordar la malnutrición en los pacientes con alguna enfermedad crónica compleja o avanzada.
- Mejorar el abordaje de los niños y de los jóvenes con alguna enfermedad crónica compleja o avanzada por medio de una coordinación eficaz entre los ámbitos hospitalario y comunitario.
- Abordar la polimedicación para prevenir activamente las caídas, las reacciones adversas y las interacciones.
- Proporcionar una atención adecuada y continuada del tipo “7 días - 24 horas - 365 días” a domicilio, en residencias y en centros hospitalarios, con atención especial a la proactividad y a la resolución de las crisis.
- Reducir el número de ingresos de pacientes crónicos complejos y de pacientes crónicos avanzados y el número de visitas a los servicios de urgencias potenciando la atención integral de calidad en la atención primaria, especialmente a domicilio.
- Evitar pruebas diagnósticas y exploraciones a los pacientes con alguna enfermedad crónica compleja o avanzada cuando no supongan un aumento de la calidad asistencial o de la calidad de vida de los pacientes.
- Establecer una coordinación eficaz con los dispositivos sociales para solucionar la problemática social, especialmente en los casos de pacientes con gran dependencia.
- Proporcionar atención paliativa en todos los recursos y niveles adecuando la intensidad a las necesidades de cada momento evolutivo.
- Asegurar la ruta asistencial establecida para los pacientes crónicos complejos.
- Asegurar la ruta asistencial establecida para los pacientes crónicos avanzados.
- Facilitar las ayudas técnicas y los recursos necesarios por medio de los circuitos establecidos.
- Garantizar la continuidad asistencial por medio de la coordinación de todas las intervenciones que el paciente requiere durante el proceso asistencial.
- Fomentar la autonomía y el autocuidado del paciente, de su familia y del cuidador dándoles las habilidades y los conocimientos necesarios para lograr una gestión adecuada de la salud.

- Impulsar la planificación anticipada de las decisiones del paciente crónico avanzado para centrar la atención en este y en su familia y evitar intervenciones indeseables en las fases avanzadas de la enfermedad.
- Impartir talleres a los cuidadores de pacientes crónicos complejos y de pacientes crónicos avanzados para mejorar su calidad de vida.

#### 4. Identificación y registro de los pacientes crónicos complejos y de los pacientes crónicos avanzados

Los criterios expuestos anteriormente pueden servir de orientación a los profesionales referentes que atienden a estos pacientes, pero **su criterio clínico debe ser considerado el principal factor relevante para identificar y registrar** pacientes crónicos complejos y de pacientes crónicos avanzados.

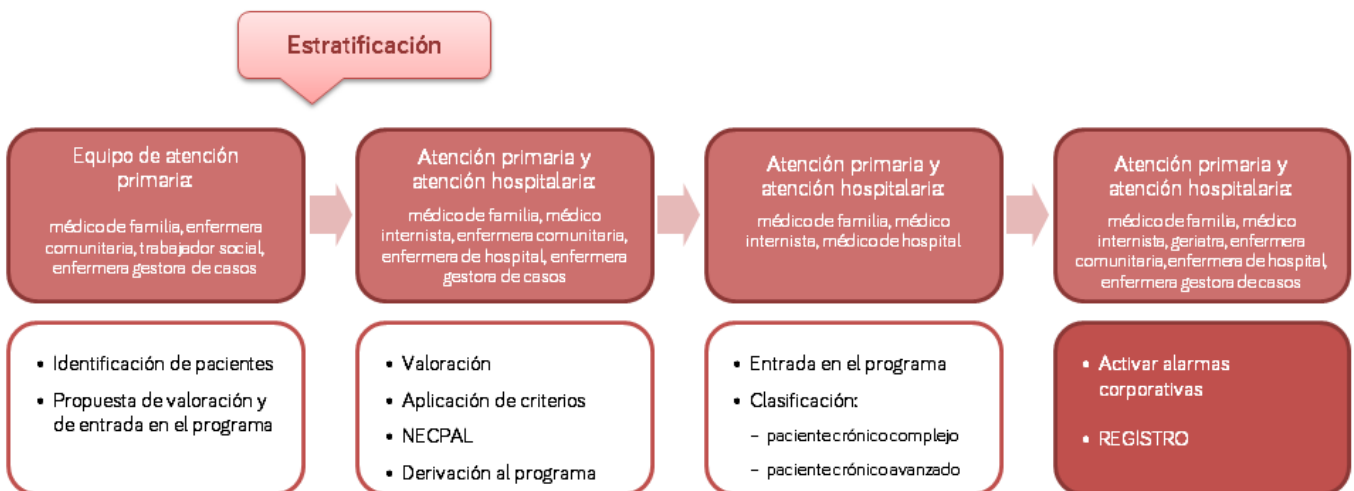
Se recomienda que el médico y la enfermera referentes de la atención primaria, de las unidades de pacientes crónicos complejos de los hospitales de agudos y de las unidades de pacientes crónicos avanzados de los hospitales de estancia media decidan en cada nivel de forma consensuada si se incluye a un paciente en el Programa. Proponemos identificar a estos pacientes en la historia clínica para facilitar su visibilidad y la activación de los recursos que puedan precisar (véase la figura 4).

La identificación y el registro de pacientes deben servir para saber qué necesidades tienen y qué condiciona realmente su demanda y la hace *compleja*, a fin de poder ofrecer una respuesta útil y adecuada.<sup>28</sup>

Posteriormente deben habilitarse rutas asistenciales para pacientes específicos, ingreso de pacientes crónicos avanzados en hospitales de estancia media desde su domicilio para evitar que pasen por los servicios de urgencias de hospitales de agudos. Un elemento clave es activar alarmas corporativas que identifiquen a estos pacientes de manera clara y sencilla en todos los sistemas de información para facilitar las transiciones entre los niveles y los dispositivos.

Un aspecto importante que debe tenerse en cuenta en los pacientes crónicos **avanzados** es que, además de cumplir las características comentadas anteriormente, para poder registrarlos hay que tener necesariamente la aceptación voluntaria del paciente, o de sus familiares si aquel no está en condiciones de hacerlo.

Figura 4 Identificación y registro de los pacientes crónicos complejos y de los pacientes crónicos avanzados.



La estratificación por grupos de morbilidad avanzada (GMA) permitirá en un futuro próximo proporcionar a cada profesional una lista de pacientes susceptibles de ser clasificados como crónicos complejos o crónicos avanzados. La estratificación podrá complementarse con otras variables, como el consumo de fármacos, diagnósticos hospitalarios y parámetros funcionales y psicosociales (índice de Barthel, de Pfeiffer, de Lawton y Brody, etc.). En todo caso, los modelos de estratificación son un instrumento de apoyo para la toma de decisiones, que nunca deben sustituir el criterio clínico del profesional referente.

Los profesionales sanitarios deben cumplimentar en los sistemas de información registros específicos para los pacientes crónicos complejos y para los pacientes crónicos avanzados que permitan identificarlos fácilmente. Es preciso que este registro contenga la información sobre las patologías principales, la situación funcional y psicosocial, las voluntades anticipadas y el nivel terapéutico,<sup>3,4</sup> pero de ningún modo debe ser un conjunto de test acumulados, sino una compilación de información sustancial del paciente que permita identificar sus necesidades, conocer sus valores y preferencias y establecer los objetivos de atención considerando sus expectativas y opiniones a fin de poder ofrecer un modelo de atención centrado en la persona.<sup>28</sup>

## 5. Modelo de atención

### 5.1. Paciente crónico complejo

- a) Valoración integral y multidimensional del paciente recabando la información de las áreas definidas en la tabla 3.

Tabla 3. Áreas de valoración e instrumentos para valorar a los pacientes crónicos complejos.

Áreas	Instrumento
Situación clínica	Principales diagnósticos clínicos y síndromes geriátricos
Valoración enfermera	Principales diagnósticos de independencia y de autonomía
Valoración funcional	Índice de Barthel y escala de Lawton y Brody
Valoración cognitiva	Test de Pfeiffer
Valoración social	Diagnósticos sociales, escala de Gijón
Valoración del cuidador	Test de Zarit
Estado nutricional	MNA
Dolor	Escala analógica visual (EVA) / PAINAD

Fuente propia.

- b) Establecimiento de un plan de cuidados de acuerdo con los resultados de la evaluación: es fundamental educar al paciente, a su familia y a su cuidador sobre las señales de alarma que les permitan actuar de manera proactiva y evitar las descompensaciones graves. El plan de cuidados debe revisarse cada seis meses y después de cada descompensación grave.
- c) Revisión de la situación clínica integral, al menos una vez al año o después de cada descompensación grave, incorporando en los sistemas de información los cambios que se produzcan a fin de mantener actualizada la información.
- d) Revisión semestral o después de cada descompensación grave de la pauta farmacológica: recomendamos seguir el proceso de conciliación farmacoterapéutica y utilizar instrumentos como START-STOPP.<sup>29</sup>
- e) Atención domiciliaria: es uno de los puntos clave para lograr una asistencia continuada y de calidad y evitar los ingresos innecesarios:
- 1) El seguimiento deben hacerlo los equipos referentes de la atención primaria por medio de visitas presenciales programadas, a demanda y con contactos telefónicos. Es muy importante hacer un mínimo de visitas presenciales.
  - 2) El paciente debe disponer de un documento en el que se identifiquen los profesionales de referencia, se detalle un plan de visitas a domicilio y se facilite un número de teléfono de contacto durante las 24 horas de cada día del año al cual dirigirse en caso de crisis.
  - 3) Hay que establecer planes de atención compartidos con los dispositivos de atención continuada (O61 y SUAP) que permitan proporcionar una atención proactiva y continuada por la noche y durante los fines de semana y los días festivos.

- f) Atención hospitalaria: en las situaciones en que la crisis no pueda resolverse, los pacientes crónicos complejos deben ser atendidos en los hospitales de agudos:
- 1) Urgencias: los sistemas de información deben permitir identificar a los pacientes crónicos complejos.
  - 2) Los pacientes crónicos complejos deben disponer de una enfermera gestora de casos y de un médico internista de referencia que lo atiendan en unidades específicas en caso de ingreso.
  - 3) Consulta de resolución rápida para pacientes crónicos complejos ubicada en los hospitales de día.<sup>25</sup>
  - 4) La valoración en el ámbito hospitalario debe ser integral y multidimensional y ha de estar de acuerdo con el plan de cuidados vigente.<sup>30</sup>

Figura 5. Modelo de atención del paciente crónico complejo.

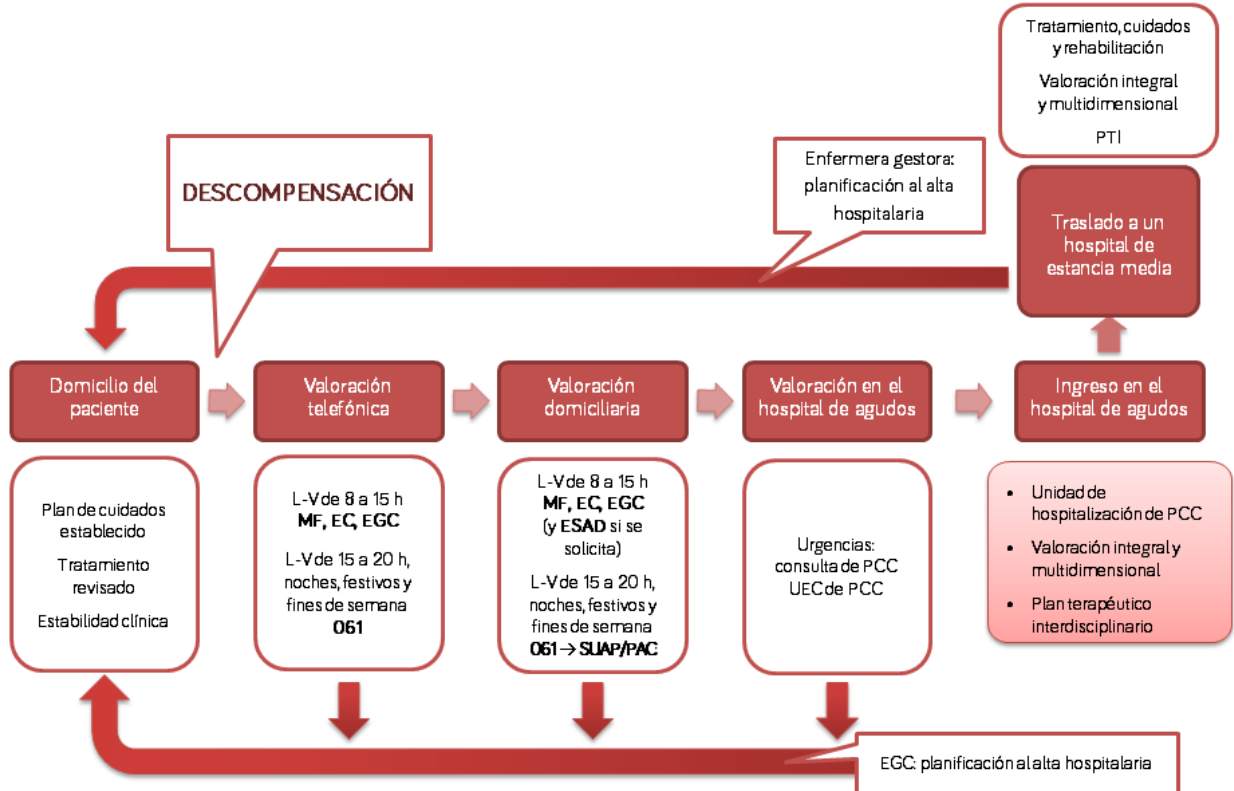


### **Ruta asistencial del paciente crónico complejo**

1. Si presenta descompensación, el paciente debe contactar telefónicamente con su equipo referente de la atención primaria de 8.00 a 15.00 horas o con el 061 por la tarde, por la noche, en los días festivos y los fines de semana:
  - a) Si la consulta telefónica soluciona el problema, se puede cerrar el episodio y programar una visita domiciliaria, si es necesaria.
  - b) Si la consulta no soluciona el problema, debe activarse la valoración domiciliaria urgente.
2. Valoración domiciliaria:
  - a) Debe hacerla el médico o la enfermera del centro de salud entre las 8.00 y las 15.00 horas.
  - b) Por la tarde (de 15.00 a 20.00 horas), por la noche, en los días festivos y los fines de semana hay que contactar con el 061, que activará el SUAP para la valoración domiciliaria.
  - c) Si la valoración soluciona el problema, se cierra el episodio y se programan controles posteriores a domicilio. Si no, hay que trasladar el paciente a un hospital de agudos.
3. Hospital de agudos:
  - a) Se puede remitir al paciente a las consultas de alta resolución para pacientes crónicos complejos de 8.00 a 15.00 horas, habiendo contactado previamente por teléfono.
  - b) Por la tarde, por la noche, en los días festivos y los fines de semana hay que trasladar el paciente al servicio de urgencias.
  - c) Después de la valoración en el servicio de urgencias:
    - 1) El paciente puede recibir el alta, de manera que se activará el control del caso a cargo de los equipos domiciliarios.
    - 2) El paciente puede ingresar en la unidad de paciente crónico complejo del hospital.<sup>30</sup> Una vez solucionada la descompensación, recibirá el alta con un informe de alta integral médico y enfermero, revisión de la medicación y planificación del alta a cargo de la enfermera gestora de casos del hospital, y se activará el seguimiento domiciliario a cargo de los equipos comunitarios. Si requiere un período de convalecencia y rehabilitación, hay que trasladar el paciente al hospital de estancia media de referencia.
4. Hospital de estancia media

El paciente recibirá tratamiento, cuidados y rehabilitación. Una vez solucionado el episodio, el paciente recibirá el alta con un informe integral médico y enfermero, revisión de la medicación y planificación a cargo de la enfermera gestora de casos, y se activará el control del caso a cargo de los equipos domiciliarios.

Figura 6. Ruta asistencial del paciente crónico complejo.



EC: enfermera comunitaria. EGC: enfermera gestora de casos. L-V: de lunes a viernes. MF: médico de familia. PAC: punto de atención continuada. PCC: paciente crónico complejo. PTI: plan de tratamiento individual. SUAP: Servicio de Urgencias de Atención Primaria. UEC: unidad de estancia corta.

## 5.2. Paciente crónico avanzado

- a) Valoración integral y multidimensional del paciente recabando la información de las áreas definidas en la tabla 4.

Tabla 4. Áreas de valoración e instrumentos para valorar a los pacientes crónicos avanzados.

Áreas	Instrumento
Situación clínica	Principales diagnósticos clínicos y síndromes geriátricos
Valoración enfermera	Principales diagnósticos de independencia y de autonomía
Valoración funcional	Índice de Barthel y escala de Lowton y Brody
Valoración cognitiva	Test de Pfeiffer
Valoración social	Diagnósticos sociales, escala de Gijón
Valoración del cuidador	Test de Zarit
Estado nutricional	MNA
Complejidad en cuidados paliativos	IDC-Pal
Dolor	Escala analógica visual (EVA) / PAINAD

- b) Establecimiento de un plan de cuidados de acuerdo con los resultados de la evaluación: es fundamental educar al paciente, a su familia y a su cuidador sobre las señales de alarma de manera que puedan actuar de manera proactiva y evitar las descompensaciones graves. El plan de cuidados debe revisarse cada seis meses y después de cada descompensación grave.
- c) Revisión de la situación clínica integral, al menos una vez al año o después de cada descompensación grave, incorporando en los sistemas de información los cambios que se produzcan a fin de mantener actualizada la información.
- d) Identificar las necesidades de cuidados paliativos de estos pacientes y su complejidad con los objetivos siguientes:
  - 1) Conocer los valores y las preferencias del paciente y de su familia, lo cual permitirá elaborar un plan de decisiones avanzadas con objetivos específicos para cada situación evolutiva.
  - 2) Identificar por medio del IDC-Pal a los pacientes con complejidad clínica que podrán beneficiarse de los ESAD y de los equipos hospitalarios especializados en cuidados paliativos.
- e) Es necesario disponer de registro y de alarmas de los pacientes crónicos avanzados en todos los sistemas de información.
- f) Revisión semestral o después de cada descompensación grave de la pauta farmacológica, siguiendo la *Guía de recomendaciones para la atención de los pacientes polimedicados*, publicada por el Servicio de Salud de las Islas Baleares, que utiliza instrumentos como START-STOPP.<sup>29</sup> Especialmente en los casos en que el pronóstico de vida sea limitado, recomendamos suspender los tratamientos que no aporten beneficios a corto plazo.
- g) Atención domiciliaria: es uno de los puntos clave para lograr una asistencia continuada y de calidad y evitar los ingresos innecesarios.
  - 1) El seguimiento deben hacerlo los equipos referentes de la atención primaria por medio de visitas presenciales programadas, a demanda y con contactos telefónicos. Es muy importante hacer un mínimo de visitas presenciales.
  - 2) En los casos que presenten una complejidad alta identificada por medio del IDC-Pal, los ESAD pueden colaborar en la prestación asistencial cuando el equipo de atención primaria lo solicite.
  - 3) El paciente debe disponer de un documento en el que se identifiquen los profesionales de referencia, se detalle un plan de visitas a domicilio y se facilite un número de teléfono de contacto durante las 24 horas de cada día del año al cual dirigirse en caso de crisis.
  - 4) Hay que establecer planes de atención compartidos con los dispositivos de atención continuada (O61, SUAP y ESAD) que permitan proporcionar una atención proactiva y continuada por la noche y durante los fines de semana y los días festivos.

- h) Atención hospitalaria: en las situaciones en que la crisis no pueda resolverse, los pacientes crónicos avanzados deben ser atendidos en los hospitales de estancia media:
- 1) Ingreso directo desde el domicilio al hospital de estancia media en las unidades para pacientes crónicos avanzados o en unidades de paliativos complejos (PCA de complejidad alta), evitando pasar por el servicio de urgencias. En los sistemas de información deben estar identificados claramente para que se active la ruta asistencial específica.
  - 2) La valoración en el ámbito hospitalario debe ser integral y multidimensional y ha de estar de acuerdo con el plan de cuidados y el plan de decisiones avanzado vigentes (véase la figura 7).

Figura 7. Modelo de atención del paciente crónico avanzado.

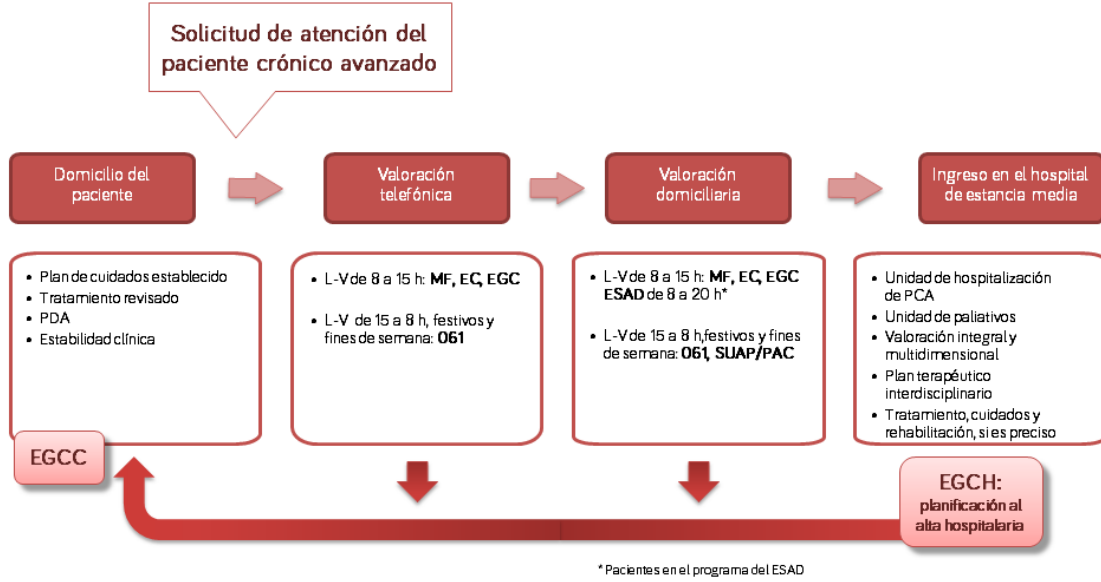


### **Ruta asistencial del paciente crónico avanzado**

1. Si presenta descompensación, el paciente debe contactar telefónicamente con su equipo referente de la atención primaria de 8.00 a 15.00 horas o con el 061 por la tarde, por la noche, en los días festivos y los fines de semana:

- a) Si la consulta telefónica soluciona el problema, se puede cerrar el episodio y programar una visita domiciliaria, si es necesaria.
  - b) Si la consulta no soluciona el problema, debe activarse la valoración domiciliaria urgente.
2. Valoración domiciliaria:
- a) Debe hacerla el médico o la enfermera del centro de salud entre las 8.00 y las 15.00 horas de lunes a viernes.
  - b) Debe hacerla el ESAD entre las 8.00 y las 20.00 horas de lunes a viernes (PCA de complejidad alta en el programa del ESAD).
  - c) Por la tarde (de 15.00 a 20.00 horas), por la noche, en los días festivos y los fines de semana hay que contactar con el 061, que activará el SUAP para la valoración domiciliaria.
  - d) Si la valoración soluciona el problema, se cierra el episodio y se programan controles posteriores a domicilio. Si no, hay que trasladar el paciente a un hospital de estancia media.
3. Hospital de estancia media:
- a) Después de la valoración domiciliaria, la enfermera gestora de casos comunitaria y la enfermera gestora de casos sociosanitaria deben gestionar el ingreso directo junto con el servicio de admisión del centro durante el horario de 8.00 a 15.00 de los días laborables.
  - b) Por la tarde, por la noche, en los días festivos y los fines de semana, el 061 o el ESAD debe contactar con el médico de guardia del hospital para gestionar el ingreso directo.
  - c) El paciente recibirá tratamiento, cuidados y rehabilitación. Una vez solucionado el episodio, el paciente recibirá el alta con un informe integral médico y enfermero, revisión de la medicación y planificación a cargo de la enfermera gestora de casos, y se activará el control del caso a cargo de los equipos domiciliarios.

Figura 8. Ruta asistencial del paciente crónico avanzado.



EC: enfermera comunitaria. EGC: enfermera gestora de casos. L-V: de lunes a viernes. MF: médico de familia. PAC: punto de atención continuada. PCA: paciente crónico avanzado. PDA: plan de decisiones avanzado. SUAP: Servicio de Urgencias de Atención Primaria.

## 6. Indicadores de calidad

A continuación definimos unos indicadores para evaluar los programas de paciente crónico complejo y de paciente crónico avanzado. Se trata de indicadores preliminares y susceptibles de modificación que proponemos para 2017 y que se trabajarán y perfeccionarán a medida que se implemente el Programa.

### **Objetivo 1: identificar a los pacientes crónicos complejos y a los pacientes crónicos avanzados en los sistemas de información sanitarios**

#### 1) Cobertura de la atención del paciente crónico complejo

Indicador	Porcentaje de pacientes incluidos en el Programa de paciente crónico complejo
Numerador	Número de pacientes incluidos en el Programa de paciente crónico complejo × 100
Denominador	Número esperado de pacientes crónicos complejos
Criterio de revisión	Se considera que un paciente está en el Programa cuando está activada la alarma por el clínico de paciente crónico complejo. El número esperado de pacientes se mide a partir de datos de prevalencia (4 % del total de la población)
Estándar diana	> 75 % del 4 % esperado como objetivo inicial. Al final del pilotaje, 100 %

#### 2) Cobertura de la atención del paciente crónico avanzado

Indicador	Porcentaje de pacientes incluidos en el Programa de paciente crónico avanzado
Numerador	Número de pacientes incluidos en el Programa de paciente crónico avanzado × 100
Denominador	Número esperado de pacientes crónicos avanzados
Criterio de revisión	Se considera que un paciente está en el Programa cuando está activada la alarma por el clínico de paciente crónico avanzado y tiene un NECPAL positivo. El número esperado de pacientes se mide a partir de datos de prevalencia (1,5 % del total de la población)
Estándar diana	> 75 % del 1,5 % esperado como objetivo inicial. Al final del pilotaje, 100 %

**Objetivo 2: prevenir el deterioro funcional y cognitivo o mejorarlo optimizando la atención domiciliaria y diseñando un plan terapéutico integrado**

**3) Valoración de la capacidad funcional de los pacientes crónicos complejos y de los pacientes crónicos avanzados**

Indicador	Porcentaje de pacientes en el Programa de paciente crónico complejo o de paciente crónico avanzado con valoración de la capacidad funcional
Numerador	Número total de pacientes en el Programa de paciente crónico complejo o de paciente crónico avanzado con índice de Barthel calculado $\times 100$
Denominador	Número esperado de pacientes crónicos complejos
Criterio de revisión	Los pacientes incluidos en el Programa deben tener la alarma corporativa activada y un índice de Barthel calculado en el último año. El número esperado de pacientes se mide a partir de datos de prevalencia (4 % del total de la población)
Estándar diana	> 75 % del 4 % esperado como objetivo inicial. Al final del pilotaje, 100 %

**4) Valoración de la capacidad cognitiva de los pacientes crónicos complejos y de los pacientes crónicos avanzados**

Indicador	Porcentaje de pacientes en el Programa de paciente crónico complejo o de paciente crónico avanzado con valoración de la capacidad cognitiva
Numerador	Número total de pacientes en el Programa de paciente crónico complejo o de paciente crónico avanzado con cuestionario de Pfeiffer realizado $\times 100$
Denominador	Número esperado de pacientes crónicos complejos
Criterio de revisión	Los pacientes incluidos en el Programa deben tener la alarma corporativa activada y el cuestionario de Pfeiffer realizado en el último año. El número esperado de pacientes se mide a partir de datos de prevalencia (4 % del total de la población)
Estándar diana	> 75 % del 4 % esperado como objetivo inicial. Al final del pilotaje, 100 %

**5) Mejora de la cobertura del Programa de atención domiciliaria**

Indicador	Porcentaje de pacientes en el Programa de paciente crónico avanzado que están en el Programa de atención domiciliaria
Numerador	Número total de pacientes en el Programa de paciente crónico avanzado incluidos en el Programa de atención domiciliaria $\times 100$
Denominador	Número esperado de pacientes crónicos avanzados
Criterio de revisión	Los pacientes incluidos en el Programa deben tener activada la alarma corporativa de paciente crónico avanzado, del Programa de atención domiciliaria y NECPAL positivo. El número esperado de pacientes se mide a partir de datos de prevalencia (1,5 % del total de la población)
Estándar diana	> 80 % del 1,5 % esperado como objetivo inicial. Al final del pilotaje, 100 %

### 6) Pacientes en el Programa de paciente crónico complejo con un plan de cuidados realizado

Indicador	Porcentaje de pacientes en el Programa de paciente crónico complejo con un plan de cuidados realizado
Numerador	Número total de pacientes en el Programa de paciente crónico complejo con un plan de cuidados realizado $\times 100$
Denominador	Número total de pacientes en el Programa de paciente crónico complejo
Criterio de revisión	Los pacientes incluidos en el Programa deben tener activada la alarma corporativa, un plan de cuidados en Historia de Salud o en el e-SIAP y/o consejos activos sobre la autonomía en el último año
Estándar diana	> 75 %

### 7) Pacientes en el Programa de paciente crónico avanzado con un plan de cuidados realizado

Indicador	Porcentaje de pacientes en el Programa de paciente crónico avanzado con un plan de cuidados realizado
Numerador	Número total de pacientes en el Programa de paciente crónico avanzado con un plan de cuidados realizado $\times 100$
Denominador	Número total de pacientes en el Programa de paciente crónico avanzado
Criterio de revisión	Los pacientes incluidos en el Programa deben tener activada la alarma corporativa, un plan de cuidados en Historia de Salud o en e-SIAP y/o consejos activos sobre autonomía en el último año
Estándar diana	> 75 %

### 8) Deterioro funcional del paciente crónico complejo en el hospital de agudos

Indicador	Porcentaje de pacientes en el Programa de paciente crónico complejo que presentan deterioro funcional después de ingresar en una unidad de crónicos complejos de un hospital de agudos
Numerador	Número total de pacientes en el Programa de paciente crónico complejo ingresados en unidades de crónicos complejos con índice de Barthel al alta inferior al índice de Barthel al ingreso o en quienes no esté codificado alguno de los dos valores de Barthel $\times 100$
Denominador	Número total de pacientes en el Programa de paciente crónico complejo ingresados en unidades de crónicos complejos
Criterio de revisión	Evitar el deterioro funcional hospitalario (índice de Barthel al alta mayor o igual que el índice de Barthel al ingreso). Se excluyen los éxitus de pacientes crónicos complejos durante el ingreso
Estándar diana	< 60 %

### 9) Promoción de la ganancia o de la prevención de la pérdida de la capacidad funcional del paciente crónico complejo en el hospital de estancia media

Indicador	Porcentaje de pacientes en el Programa de paciente crónico complejo que ganan capacidad funcional o la mantienen tras ingresar en un hospital de estancia media
Numerador	Número total de pacientes en el Programa de paciente crónico complejo ingresados en los hospitales de estancia media con un índice de Barthel al alta igual o superior al índice de Barthel al ingresar $\times 100$
Denominador	Número total de pacientes en el Programa de paciente crónico complejo ingresados en los hospitales de estancia media
Criterio de revisión	Promover la ganancia de capacidad funcional en el hospital o prevenir que se deteriore (índice de Barthel al alta $\geq$ índice de Barthel al ingresar). Se excluyen los éxitos de pacientes crónicos complejos durante el ingreso
Estándar diana	< 60 %

### 10) Promoción de la ganancia o de la prevención de la pérdida de la capacidad funcional del paciente crónico avanzado en el hospital de estancia media

Indicador	Porcentaje de pacientes en el Programa de paciente crónico avanzado que ganan capacidad funcional o la mantienen tras ingresar en un hospital de estancia media
Numerador	Número total de pacientes en el Programa de paciente crónico avanzado ingresados en los hospitales de estancia media con un índice de Barthel al alta igual o superior al índice de Barthel al ingresar $\times 100$
Denominador	Número total de pacientes en el Programa de paciente crónico avanzado ingresados en los hospitales de estancia media
Criterio de revisión	Promover la ganancia de capacidad funcional en el hospital o prevenir que se deteriore (índice de Barthel al alta $\geq$ índice de Barthel al ingresar). Se excluyen los éxitos de pacientes crónicos avanzados durante el ingreso
Estándar diana	< 60 %

**Objetivo 5: abordar la polimedicación para prevenir activamente las caídas de los pacientes crónicos complejos y de los pacientes crónicos avanzados y las reacciones adversas a los medicamentos o las interacciones derivadas**

### 11) Prevalencia de la polimedicación de los pacientes crónicos avanzados

Indicador	Porcentaje de pacientes en el Programa de paciente crónico avanzado con 10 fármacos o más
Numerador	Número total de pacientes en el Programa de paciente crónico avanzado con 10 fármacos o más $\times 100$
Denominador	Número total de pacientes en el Programa de paciente crónico avanzado
Criterio de revisión	Evitar la polimedicación de los pacientes crónicos avanzados (pacientes con 10 fármacos o más en el sistema de receta electrónica)
Estándar diana	Monitorización durante un año. Después del pilotaje, porcentaje inferior al obtenido durante el periodo de monitorización

**Objetivo 6: reducir el número de ingresos de pacientes crónicos complejos y de pacientes crónicos avanzados y el número de visitas a los servicios de urgencias potenciando la atención integral de calidad en la atención primaria, especialmente a domicilio**

**12) Ingresos de pacientes crónicos avanzados en las unidades de crónicos complejos de los hospitales de agudos**

Indicador	Porcentaje de pacientes en el Programa de paciente crónico avanzado que ingresan en una unidad de crónicos complejos de un hospital de agudos
Numerador	Número de pacientes en el Programa de paciente crónico avanzado que ingresan en una unidad de crónicos complejos de un hospital de agudos
Denominador	Número total de pacientes ingresados en unidades de crónicos complejos
Criterio de revisión	El objetivo es reducir los ingresos de los pacientes crónicos avanzados en los hospitales de agudos
Estándar diana	Monitorización durante un año. Después del pilotaje, porcentaje inferior al obtenido durante el periodo de monitorización. Informativo en los sectores sanitarios de Ponent y de Tramuntana para 2017

**13) Reingresos hospitalarios anuales de pacientes crónicos complejos en un hospital de agudos**

Indicador	Porcentaje de pacientes en el Programa de paciente crónico complejo que reingresan en un hospital de agudos en los 90 días posteriores al alta hospitalaria
Numerador	Número de altas hospitalarias por reingreso (ingreso posterior urgente relacionado clínicamente con otro ingreso previo durante un intervalo de 90 días) de pacientes crónicos complejos $\times 100$
Denominador	Número de altas hospitalarias de pacientes crónicos complejos
Criterio de revisión	El objetivo es reducir el número de ingresos en los hospitales potenciando la atención primaria
Estándar diana	Monitorización durante un año. Después del pilotaje, porcentaje inferior al obtenido durante el periodo de monitorización

#### 14) Reingresos hospitalarios anuales de pacientes crónicos avanzados en los hospitales de estancia media

Indicador	Porcentaje de pacientes en el Programa de paciente crónico avanzado que reingresan en un hospital de estancia media en los 90 días posteriores al alta
Numerador	Número de altas hospitalarias por reingreso (ingreso posterior urgente relacionado clínicamente con otro ingreso previo durante un intervalo de 90 días) de pacientes crónicos avanzados $\times 100$
Denominador	Número de altas hospitalarias de pacientes crónicos avanzados
Criterio de revisión	El objetivo es reducir el número de ingresos en los hospitales potenciando la atención primaria
Estándar diana	Monitorización durante un año. Después del pilotaje, porcentaje inferior al obtenido durante el periodo de monitorización

#### 15) Media de tiempo de estancia de los pacientes crónicos complejos en los hospitales de agudos

Indicador	Media de tiempo de estancia en los hospitales de agudos de los pacientes que están en el Programa de paciente crónico complejo
Numerador	Sumatorio de días de permanencia en los hospitales de agudos de los pacientes que están en el Programa de paciente crónico complejo
Denominador	Número total de pacientes que están en el Programa de paciente crónico complejo ingresados en los hospitales de agudos
Criterio de revisión	El objetivo es reducir la media de tiempo de estancia en los hospitales de agudos potenciando la atención primaria
Estándar diana	Monitorización durante un año. Después del pilotaje, media inferior a la obtenida durante el periodo de monitorización

#### 16) Media de tiempo de estancia de los pacientes crónicos complejos en los hospitales de estancia media

Indicador	Media de tiempo de estancia en los hospitales de estancia media de los pacientes que están en el Programa de paciente crónico complejo
Numerador	Sumatorio de días de permanencia en los hospitales de estancia media de los pacientes que están en el Programa de paciente crónico complejo
Denominador	Número total de pacientes que están en el Programa de paciente crónico complejo ingresados en hospitales de estancia media
Criterio de revisión	El objetivo es reducir la media de tiempo de estancia en los hospitales de estancia media potenciando la atención primaria
Estándar diana	Monitorización durante un año. Después del pilotaje, media inferior a la obtenida durante el periodo de monitorización

### 17) Media de tiempo de estancia de los pacientes crónicos avanzados en los hospitales de estancia media

Indicador	Media de tiempo de estancia en los hospitales de estancia media de los pacientes que están en el Programa de paciente crónico avanzado
Numerador	Sumatorio de días de permanencia en los hospitales de estancia media de los pacientes que están en el Programa de paciente crónico complejo avanzado
Denominador	Número total de pacientes que están en el Programa de paciente crónico avanzado ingresados en los hospitales de estancia media
Criterio de revisión	El objetivo es reducir la media de tiempo de estancia en los hospitales de estancia media potenciando la atención primaria
Estándar diana	Monitorización durante un año. Después del pilotaje, media inferior a la obtenida durante el periodo de monitorización

### 18) Número de visitas anuales de los pacientes crónicos complejos a los servicios de urgencias

Indicador	Uso de los servicios hospitalarios de urgencias por parte de los pacientes que están en el Programa de paciente crónico complejo
Numerador	Sumatorio de las visitas a los servicios de urgencias de los pacientes que están en el Programa de paciente crónico complejo
Denominador	Número de pacientes crónicos complejos que han contactado con los servicios hospitalarios de urgencias durante el año
Criterio de revisión	El objetivo es reducir el número de visitas a los servicios hospitalarios de urgencias potenciando la atención primaria
Estándar diana	Monitorización durante un año. Después del pilotaje, media inferior a la obtenida durante el periodo de monitorización

### 19) Número de visitas anuales a los servicios de urgencias de los pacientes crónicos avanzados

Indicador	Uso de los servicios hospitalarios de urgencias por parte de los pacientes que están en el Programa de paciente crónico avanzado
Numerador	Sumatorio de las visitas a los servicios de urgencias de los pacientes que están en el Programa de paciente crónico avanzado
Denominador	Número de pacientes crónicos avanzados que han contactado con los servicios hospitalarios de urgencias durante el año
Criterio de revisión	El objetivo es reducir el número de visitas a los servicios hospitalarios de urgencias potenciando la atención primaria
Estándar diana	Monitorización durante un año. Después del pilotaje, media inferior a la obtenida durante el periodo de monitorización

**Objetivo 9: prestar atención paliativa en todos los recursos y niveles, adecuando la intensidad a las necesidades de cada momento**

**20) Valoración de los pacientes crónicos avanzados con el instrumento NECPAL**

Indicador	Porcentaje de pacientes en el Programa de paciente crónico avanzado a quienes se ha valorado con el instrumento NECPAL en el último año
Numerador	Número de pacientes en el Programa de paciente crónico avanzado a quienes se ha valorado con el instrumento NECPAL $\times 100$
Denominador	Número total de pacientes en el Programa de paciente crónico avanzado
Criterio de revisión	Los pacientes incluidos en el Programa deben tener un NECPAL positivo.
Estándar diana	> 80 %

**Objetivo 10: asegurar la ruta asistencial establecida para pacientes crónicos complejos**

**21) Ingreso de pacientes crónicos complejos en unidades específicas de crónicos complejos de los hospitales de agudos**

Indicador	Porcentaje de pacientes en el Programa de paciente crónico complejo ingresados en unidades de crónicos complejos de los hospitales de agudos en el último año
Numerador	Número de pacientes incluidos en el Programa de paciente crónico complejo ingresados en unidades de crónicos complejos de los hospitales de agudos en el último año $\times 100$
Denominador	Número total de pacientes en el Programa de paciente crónico complejo ingresados en los hospitales de agudos
Criterio de revisión	El objetivo es conseguir el ingreso directo en unidades específicas para optimizar la calidad asistencial y que no disminuya la capacidad funcional de los pacientes
Estándar diana	El primer año > 50 %. Después, evaluación según los resultados y la complejidad de la ruta

**22) Tiempo de respuesta de la consulta de alta resolución de paciente crónico complejo**

Indicador	Porcentaje de solicitudes de consulta exprés de paciente crónico complejo cursadas por el médico de familia al internista atendidas en el tiempo establecido
Numerador	Número de solicitudes de consulta exprés de paciente crónico complejo cursadas por el médico de familia al internista atendidas dentro de las 48 horas siguientes $\times 100$
Denominador	Número de solicitudes de consulta exprés de paciente crónico complejo cursadas
Criterio de revisión	Abrir agendas de cita para que el internista de referencia pueda dar un respuesta rápida al médico de familia ante una descompensación, a fin de evitar ingresos innecesarios
Estándar diana	Inicialmente > 60 %

### 23) Tiempo de respuesta telefónica de la consulta de alta resolución de paciente crónico complejo

Indicador	Porcentaje de consultas telefónicas a la consulta exprés de paciente crónico complejo hechas por el médico de familia al internista atendidas en el tiempo establecido
Numerador	Número de consultas telefónicas hechas por el médico de familia al internista de referencia de la consulta exprés atendidas dentro de las 24 horas siguientes $\times 100$
Denominador	Número total de consultas telefónicas hechas al internista de la consulta exprés
Criterio de revisión	Abrir agendas telefónicas para que el internista de referencia pueda dar respuesta rápida al médico de familia ante una descompensación, a fin de para evitar ingresos innecesarios
Estándar diana	Inicialmente $> 60 \%$

#### *Objetivo 11: asegurar la ruta asistencial establecida para pacientes crónicos avanzados*

### 24) Ingreso de los pacientes crónicos avanzados directamente en los hospital de estancia media

Indicador	Porcentaje de pacientes en el Programa de paciente crónico avanzado que ingresan directamente en un hospital de estancia media
Numerador	Número de pacientes en el Programa de paciente crónico avanzado ingresados directamente en los hospitales de estancia media $\times 100$
Denominador	Número total de pacientes en el Programa de paciente crónico avanzado ingresados en los hospitales de agudos y en los hospitales de estancia media
Criterio de revisión	El objetivo es conseguir el ingreso directo desde la atención primaria (sin pasar por los servicios de urgencias) de los pacientes que estén en el Programa de paciente crónico avanzado
Estándar diana	En el primer año, evaluación el pilotaje, ya que habrá situaciones clínicas —como caídas o sospecha de necesidad de cirugía de urgencia— que condicionarán el ingreso en los hospitales de agudos

**25) Solicitudes de ingreso en un hospital de estancia media de pacientes crónicos avanzados que estén en el Programa atendidas correctamente**

Indicador	Porcentaje de solicitudes de ingreso en un hospital de estancia media de pacientes que estén en el Programa de paciente crónico avanzado resueltas favorablemente en 48 horas
Numerador	Número de solicitudes de ingreso en un hospital de estancia media de pacientes que estén en el Programa de paciente crónico avanzado resueltas favorablemente en 48 horas desde la solicitud $\times 100$
Denominador	Número total de solicitudes de ingreso en un hospital de estancia media de pacientes que estén en el Programa de paciente crónico avanzado
Criterio de revisión	La solicitud de ingreso de pacientes en el Programa se considera prioritaria. No dar la respuesta adecuada en estos casos se considera un fallo del sistema
Estándar diana	Inicialmente $> 60 \%$ . Final del pilotaje $> 90 \%$

**Objetivo 15: impulsar la planificación anticipada de las decisiones en los casos de pacientes crónicos avanzados para centrar la atención en el paciente y en su familia y evitar intervenciones indeseables**

**26) Planificación anticipada de las decisiones en los casos de pacientes crónicos complejos (al principio se medirá con el registro de voluntades anticipadas)**

Indicador	Porcentaje de pacientes en el Programa de paciente crónico complejo que tienen registro de voluntades anticipadas
Numerador	Número de pacientes en el Programa de paciente crónico complejo que tienen registro de voluntades anticipadas $\times 100$
Denominador	Número total de pacientes en el Programa de paciente crónico complejo
Criterio de revisión	Historia de Salud
Estándar diana	Monitorización durante un año. Después del pilotaje, porcentaje superior al obtenido durante el periodo de monitorización

**27) Planificación anticipada de las decisiones en los casos de pacientes crónicos avanzados (al principio se medirá con el registro de voluntades anticipadas)**

Indicador	Porcentaje de pacientes en el Programa de paciente crónico avanzado que tienen registro de voluntades anticipadas
Numerador	Número de pacientes en el Programa de paciente crónico avanzado que tienen registro de voluntades anticipadas × 100
Denominador	Número total de pacientes en el Programa de paciente crónico avanzado
Criterio de revisión	Historia de Salud
Estándar diana	Monitorización durante un año. Después del pilotaje, porcentaje superior al obtenido durante el periodo de monitorización

**Objetivo 16: impartir talleres a los cuidadores de pacientes crónicos complejos y de pacientes crónicos avanzados para mejorar su calidad de vida**

**28) Cuidadores de pacientes en el Programa de paciente crónico avanzado o de paciente crónico complejo que reciben formación en materia de cuidados**

Indicador	Porcentaje de cuidadores de pacientes que estén en el Programa de paciente crónico complejo o de paciente crónico avanzado que han participado en un taller de cuidados en el último año
Numerador	Número total de cuidadores de pacientes que estén en el Programa de paciente crónico complejo o de paciente crónico avanzado que han participado en un taller de cuidados en el último año × 100
Denominador	Número total de pacientes en el Programa de paciente crónico avanzado o de paciente crónico complejo
Criterio de revisión	Registro de formación propio
Estándar diana	Monitorización durante un año. Después del pilotaje, porcentaje superior al obtenido durante el periodo de monitorización

### Objetivo transversal

#### 29) Profesionales de la atención primaria con formación en materia de cronicidad

Indicador	Porcentaje de profesionales de la atención primaria que han recibido formación básica sobre el abordaje de la cronicidad, procesos y rutas asistenciales de los pacientes crónicos complejos y de los pacientes crónicos avanzados
Numerador	Número de profesionales médicos, de enfermería y del trabajo social del ámbito de la atención primaria que han recibido formación básica sobre el abordaje de la cronicidad, procesos y rutas asistenciales de los pacientes crónicos complejos y de los pacientes crónicos avanzados × 100
Denominador	Número total de profesionales sanitarios en los equipos de referencia
Criterio de revisión	Registro de formación propio
Estándar diana	Monitorización durante un año

#### 30) Profesionales de las unidades de crónicos complejos con formación en materia de cronicidad

Indicador	Porcentaje de profesionales de las unidades de crónicos complejos que han recibido formación básica sobre el abordaje de la cronicidad, procesos y rutas asistenciales de los pacientes crónicos complejos y de los pacientes crónicos avanzados
Numerador	Número de profesionales médicos, de enfermería y del trabajo social de las unidades de crónicos complejos que han recibido formación básica sobre el abordaje de la cronicidad, procesos y rutas asistenciales de los pacientes crónicos complejos y de los pacientes crónicos avanzados × 100
Denominador	Número total de profesionales sanitarios en los equipos de referencia
Criterio de revisión	Registro de formación propio
Estándar diana	Monitorizar durante un año

#### 31) Profesionales de los hospitales de estancia media con formación en materia de cronicidad

Indicador	Porcentaje de profesionales de los hospitales de estancia media que han recibido formación básica sobre el abordaje de la cronicidad, procesos y rutas asistenciales de los pacientes crónicos complejos y de los pacientes crónicos avanzados
Numerador	Número de profesionales médicos, de enfermería y del trabajo social de los hospitales de estancia media que han recibido formación básica sobre el abordaje de la cronicidad, procesos y rutas asistenciales de los pacientes crónicos complejos y de los pacientes crónicos avanzados × 100
Denominador	Número total de profesionales sanitarios en los equipos de referencia
Criterio de revisión	Registro de formación propio
Estándar diana	Monitorización durante un año

## 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](http://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](http://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](http://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 pal·liativa 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](http://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](http://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\\_originalesbrevs3.pdf](http://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v25n4/05_originalesbrevs3.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](http://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](http://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](http://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](http://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](http://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](http://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](http://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](http://www.scielosp.org/pdf/resp/v78n3/original2.pdf)>
- 18) BLAY, C., LIMÓN, E. (coord.). *Bases para un modelo catalán de atención a las personas con necesidades complejas: conceptualización e introducción a los elementos operativos*. Barcelona: Departament de Salut, 2016. Disponible en: <[salutweb.gencat.cat/web/.content/home/ambits\\_tematicas/linies\\_dactuacio/model\\_assistencial/atencio\\_al\\_malalt\\_cronic/documents/arxiu/bases\\_modelo\\_personas\\_complejidad.pdf](http://salutweb.gencat.cat/web/.content/home/ambits_tematicas/linies_dactuacio/model_assistencial/atencio_al_malalt_cronic/documents/arxiu/bases_modelo_personas_complejidad.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](http://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](http://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](http://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](http://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](http://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](http://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](http://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](http://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

