



# INDICE

- 1.- INTRODUCCION:
- 2.- JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO
- 3.- OBJETIVOS
- 4.- ORGANIZACIÓN Y ACTUACIONES
- 5.- INDICADORES
- 6.- APLICACIONES INFORMÁTICAS
- 7.- ASPECTOS ÉTICOS
- 8.- RESULTADOS
- 9.- ANEXOS
- 10.- BIBLIOGRAFÍA

# AUTORES

## **GRUPO DE TRABAJO DE ATENCIÓN A LA CRONICIDAD DEL ÁREA VI DE MURCIA. EQUIPO MULTIDISCIPLINAR**

- Torralba Saura, Miguel. Internista HUMM. Coordinador del Proyecto en Atención Hospitalaria.
- Pérez López, Pedro. Médico de familia. C.S. Vistalegre-La Flota. Coordinador del Proyecto en Atención Primaria.
- Pozo Serrano, Isabel. Enfermera de enlace. Área VI.
- Pascual Saura, M<sup>a</sup> Herminia. Subdirección Médica de Atención Hospitalaria Área VI.
- Sanz Mateo, Gonzalo. Subdirección Médica de Atención Primaria Área VI.
- Ballesta Cabrero, Antonia. Subdirección Médica de Atención Primaria Área VI.
- Arribas Ros, Jose. Jefe de Servicio de Medicina Interna HUMM.
- Nájera Pérez, M<sup>a</sup> Dolores. Farmacéutica Área VI.
- López Santiago, Asensio. Médico de Familia. C.S. La Unión de Cartagena.
- Serrano Martínez, José Antonio. Jefe de Servicio de Urgencias HUMM.
- Alemán Lorenzo, Antonio. Internista HUMM.
- Menárguez Puche, Juan Francisco. Médico de Familia. C.S. Molina Jesus Marín
- Martínez Sánchez, Encarnación. Subdirección de Enfermería de AP Área VI.
- Martínez García, Juan Antonio. Director de Enfermería Área VI.
- Moreno Rodríguez. Juan Manuel. Jefe de Servicio de Informática HUMM.
- Nieto Caballero, Sergio. Médico de Familia. UME.
- Brando Asensio, Inmaculada. Trabajadora Social HUMM.
- Herrero Huerta, Faustino. Exjefe de Servicio de Medicina Interna HUMM
- Contreras Ortiz, Luis. Subdirector General de Atención Especializada del Servicio Murciano de Salud.

## **ABREVIATURAS**

AP: Atención Primaria.

AH: Atención Hospitalaria.

CEXT-CC: Consulta Externa de Crónicos Complejos.

CEXT-IR: Consultas Externas del Internista de Referencia.

CIAP: Clasificación Internacional de Atención Primaria

ACG: Adjusted Clinical Groups

EAP: Equipo de Atención Primaria.

EE: Enfermera de Enlace

EI-AP: Equipo Intrínseco de Atención Primaria

HUMM: Hospital universitario Morales Meseguer.

ICC: Informe de Continuidad de Cuidados.

OMI-AP: Aplicación informática de la Historia Clínica de Atención Primaria.

PACC: Plan de Actuación Continua de Crónicos.

PACCh: Plan de Actuación Continua de Crónicos en el hospital.

PCCM: Pacientes Crónicos Complejos Multingreso.

SELENE: Aplicación informática de la Historia Clínica de Atención Hospitalaria.

TICs: Tecnologías de la Información y Comunicación.

UCE: Unidad de Corta Estancia

UPCC: Unidad de Pacientes Crónicos Complejos

## GLOSARIO DE TÉRMINOS

1.- Enfermedad crónica: comprende un amplio listado de patologías que presentan una serie de factores comunes: es de larga duración, de progresión lenta y constante, disminuye la calidad de vida de la persona afectada y de sus familiares y frecuentemente presenta un aumento de la comorbilidad. Además, es causa de muerte prematura y causa efectos económicos importantes en la familia, en el Sistema de Salud y en la sociedad en general.

2.- Comorbilidad: el término ha evolucionado y en la actualidad hace referencia, en la mayoría de las ocasiones, a las diferentes enfermedades o condiciones morbosas que acompañan a una patología protagonista aguda (infarto agudo de miocardio, ictus, etc.) o crónica (insuficiencia renal crónica, hepatopatía crónica, etc.). El concepto de comorbilidad, por tanto, podemos considerarlo como vertical. Sobre una entidad nosológica que es catalogada por el clínico como el principal problema del paciente, “cuelgan” las comorbilidades ejerciendo diferente “peso” en aspectos clínico-evolutivos de la enfermedad.

3.- Pluripatología: hace referencia a aquellos pacientes que presentan dos o más enfermedades, y también una especial susceptibilidad y fragilidad clínica, y serviría para identificar desde aquellos pacientes que, como consecuencia de su enfermedad, presentan un riesgo elevado de caer en la cascada de la dependencia y la discapacidad, hasta aquellos que, aun sin dependencia franca, presentan diferentes enfermedades crónicas con síntomas continuos y agudizaciones frecuentes.

4.- Paciente crónico complejo: Sugerimos que este término incluya la presencia de determinadas enfermedades concomitantes, limitantes y progresivas con fallo de órgano (por ejemplo, insuficiencia cardíaca o insuficiencia renal), la sobreutilización de servicios de salud en todos los ámbitos, la polifarmacia, el deterioro funcional para las actividades de la vida cotidiana o una mala situación sociofamiliar. Definimos Paciente crónico complejo multingreso como aquel que presenta dos o más patologías crónicas definidas por el Índice de comorbilidad de Charlson (versión abreviada) y que han tenido al menos 2 ingresos hospitalarios en el HUMM durante el periodo 1 de octubre de 2013 al 31 de septiembre de 2014, siendo 1 ingreso en Medicina Interna incluyendo Unidad de infecciosas y Unidad de Corta Estancia (UCE) y el otro también en medicina Interna o en especialidades médicas relacionadas (cardiología, neumología, neurología, endocrinología, nefrología y reumatología).

5.- Paciente polimedicado: El número de fármacos a partir del cual se considera al paciente polimedicado oscila entre dos y cinco, según diferentes fuentes. El límite en cinco fármacos es el criterio más respaldado en la literatura médica. Algunos autores han establecido grados de polimedicación y hablan de polimedicación menor (de dos a tres fármacos), moderada (de cuatro a cinco) y grave (más de cinco). Con respecto al tiempo de duración del tratamiento, también hay discrepancias, pero la opinión más aceptada considera un tiempo mínimo de tres meses para hablar de polimedicación.

6. Cuidador principal: Aquel que se encarga de la atención a personas en situación de dependencia, y que puede ser una persona de la familia o de su entorno, no vinculadas a un servicio de atención profesionalizada. El cuidador principal se identifica en la primera visita, convirtiéndose en la persona de referencia de los profesionales sanitarios en la planificación del plan de intervención y en la toma de decisiones en las cuestiones que afectan al paciente.

7. Equipo Intrínseco de Atención Primaria: Equipo formado por Médico de Familia y Enfermera responsables de la atención a cada uno de los pacientes en el ámbito de Atención Primaria y que realizan la asistencia tanto en el Centro de salud como en el domicilio del paciente.

8. Unidad de Pacientes Crónicos Complejos (UPCC): conjunto de profesionales sanitarios que organiza la asistencia multidisciplinar en diferentes modalidades a pacientes crónicos complejos multingresos.

# 1. INTRODUCCIÓN

La Región de Murcia, al igual que España, tiene una tendencia hacia el envejecimiento de la población. En nuestra Región, las personas mayores de 65 años en 2001 eran alrededor de 125.000 (12%), en 2011 fueron 200.000 (14%), lo que supone un aumento medio de 3.4% en esos 10 años. Los datos demográficos de población en España indican que para el año 2026, 8.700.000 personas tendrán 65 ó más años (21.2 % de la población). El actual Plan de Salud de la Región de Murcia (2010-2015) incluye el envejecimiento dentro de una acción transversal de lucha contra las desigualdades en salud. Este grupo de población genera una mayor demanda de recursos sanitarios. Son personas que normalmente padecen más de una patología, de naturaleza crónico-degenerativa, que se acompaña de una incapacidad que les hace dependientes en mayor o menor grado de sus familiares, cuidadores y del sistema sanitario quedando algunos confinados en sus domicilios o en instituciones. Esto provoca un cambio en los problemas sociales y de asistencia sanitaria por parte de estos pacientes.

Nuestra organización, por lo tanto, necesita adecuarse para atender estas necesidades complejas y crecientes de estos ciudadanos. Parece existir un consenso generalizado tanto por parte de las autoridades sanitarias como de los profesionales de que debe producirse una nueva orientación para mejorar la atención de las **enfermedades crónicas** y proceder a mejorar las políticas de prevención y a mejorar la adecuación de los servicios a las nuevas necesidades de atención.

La organización actual de los servicios, centrados en la resolución de patologías agudas, favorece una atención episódica de los problemas de salud con un enfoque curativo, valorando poco los aspectos preventivos, la perspectiva de los cuidados y la responsabilidad de las personas sobre los mismos. Existe, además, variabilidad no justificada en la atención prestada a pacientes con características clínicas similares y se realizan intervenciones que no aportan valor en términos de mejora en los resultados de salud.

La falta de coordinación entre niveles de atención sanitaria y entre el sistema sanitario y social es uno de los principales condicionantes de la ineficiencia en la provisión, desarrollo y gestión de los recursos disponibles y conduce a que los servicios no se presten en el nivel más adecuado y por el profesional más idóneo.

Las personas con condiciones de salud y limitaciones en la actividad de carácter crónico son las que encuentran más dificultades para acceder y circular a través del sistema ya que no existe un adecuado ajuste entre sus necesidades y la atención que reciben, resultando especialmente inapropiada la organización de la asistencia sanitaria para el grupo de pacientes que presentan **pluripatología, comorbilidad** o se encuentran en situación de especial **complejidad**. Son precisamente estos pacientes, generalmente población de mayor edad y limitación funcional, los que generan mayor demanda de atención en los diferentes ámbitos asistenciales y utilizan mayor número de recursos sanitarios y sociales.

Uno de los aspectos de mayor relevancia es la implicación y la transformación que han de protagonizar los profesionales sanitarios. Es preciso abordar el imprescindible cambio en la cultura de los profesionales, su sensibilización sobre la necesidad de disminuir la variabilidad en la práctica clínica, trabajar en equipo de forma eficaz, asumiendo la especificidad de cada una de las profesiones implicadas. De igual forma han de asumir su corresponsabilidad para garantizar la sostenibilidad del sistema mejorando la calidad de la atención sanitaria a través del uso apropiado, ajustado al mejor conocimiento disponible, seguro y proporcionado, de los servicios y tecnologías sanitarias, en particular de los medicamentos.

De manera simultánea se requiere generar las condiciones para que todas las personas, sanas y enfermas, adquieran una mayor conciencia sobre su propia salud y sobre el uso que hacen del sistema sanitario. Es necesario conseguir de manera progresiva un compromiso social

con los ciudadanos, orientado a promover sus autocuidados, compartir la responsabilidad con su estado de salud y velar por la sostenibilidad del sistema sanitario. Sin olvidar el estado de desprotección y la situación de vulnerabilidad personal y familiar que origina la enfermedad, y especialmente el estado de cronicidad.

## **2. JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO:**

La enfermedad crónica comprende un amplio listado de patologías que presentan una serie de factores comunes: es de larga duración, de progresión lenta y continua, disminuye la calidad de vida de la persona afectada y de sus familiares y frecuentemente presenta un aumento de la comorbilidad. Además, es causa de muerte prematura y causa efectos económicos importantes en la familia, en el Sistema de Salud y en la sociedad en general.

La atención a personas con problemas crónicos constituirá uno de los retos más importantes que habrá de afrontar el sistema de salud en los próximos años. Aunque la estructura de nuestro sistema sanitario ha permitido ofrecer una respuesta efectiva y eficiente a la aparición de la enfermedad en los ciudadanos, presenta algunas carencias. Los cuidados a los pacientes crónicos adolecen de la continuidad deseada.

Independientemente de la adaptación de elementos de los diferentes modelos de atención a la cronicidad, existen intervenciones organizativas prioritarias en la mejora del abordaje a estos pacientes entre las que destacamos el fortalecimiento del papel de los Equipos de Atención Primaria (AP), la coordinación entre los diferentes niveles asistenciales especialmente entre AP y Atención Hospitalaria (AH), la reorganización de la atención y la fluidez de los circuitos por los que los pacientes crónicos circulan dentro del sistema sanitario público.

Con mayor justificación, cuando los pacientes crónicos adquieren la categoría de complejos, se hace indispensable la reorganización asistencial que conlleva necesariamente la coordinación entre niveles y la creación de nuevos circuitos que faciliten con fluidez el manejo de estos pacientes.

### **3. OBJETIVOS DEL PROYECTO:**

Los pacientes crónicos complejos precisan unos circuitos de comunicación entre niveles asistenciales más fluidos que los que existen en la actualidad y que predisponen a un incremento tanto del número de ingresos como de la duración media de los mismos.

#### **OBJETIVO PRINCIPAL:**

Mejorar la calidad de la Atención que se presta a los pacientes crónicos complejos multingreso (PCCM) del Área de Salud VI de la Región de Murcia, mediante la actuación sobre los circuitos de comunicación entre niveles asistenciales.

#### **OBJETIVOS SECUNDARIOS:**

- 1.- Fomentar el trabajo en equipos multidisciplinares, definiendo las funciones y responsabilidades de los distintos profesionales implicados en el abordaje de la cronicidad.
- 2.- Evitar la fragmentación y duplicidad en la atención.
- 3.- Conocer los niveles de complejidad y comorbilidad de los pacientes crónicos complejos que multingresan en el Hospital Universitario Morales Meseguer (HUMM)
- 4.- Definir los tipos de cuidados y necesidades de estos pacientes.
- 5.- Facilitar información suficiente a la familia, que ayude a implicar a la misma en las decisiones clínicas y en los cuidados del paciente.
- 6.- Garantizar la reevaluación del paciente a intervalos regulares y ante cambios significativos en su situación clínica.
- 7.- Medir el uso de los circuitos establecidos de comunicación.
- 8.- Adecuar el número de ingresos hospitalarios de los PCCM a las necesidades de los mismos.
- 9.- Adecuar el número de estancias hospitalarias de los PCCM
- 10.- Conocer el número de consultas por parte de los EAP a los PCCM.
- 11.- Conocer el número de consultas hospitalarias que generan los PCCM.
- 12.- Conocer el número de asistencias de urgencias hospitalarias que generan los PCCM.
- 13.- Conocer el perfil farmacoterapéutico de los PCCM.
- 14.- Establecer estrategias de conciliación terapéutica de los PCCM.
- 15.- Alargar los periodos de estabilidad del paciente en su domicilio y por tanto disminuir el número de reingresos hospitalarios.

## **4. ORGANIZACIÓN Y ACTUACIONES**

### **4.1. DEFINICION DEL PROYECTO:**

Se trata de un Programa en el que se valora a pacientes del Área de Salud VI del Servicio Murciano de Salud que han sido definidos como Pacientes Crónicos Complejos Multingreso.

### **4.2. POBLACIÓN A LA QUE VA DIRIGIDO EL PROYECTO:**

Pacientes de la Región de Murcia, pertenecientes al Área de Salud VI que han sido considerados como Pacientes Crónicos Complejos Multingreso (PCCM) por presentar dos o más patologías crónicas definidas por el Índice de comorbilidad de Charlson (versión abreviada) y que han presentado al menos 2 ingresos hospitalarios en el HUMM durante el año anterior a su inclusión en el Programa, siendo 1 ingreso en Medicina Interna incluyendo Unidad de infecciosas y Unidad de Corta Estancia (UCE) y el otro también en medicina Interna o en especialidades médicas relacionadas (cardiología, neumología, neurología, endocrinología, nefrología y reumatología).

Para obtener la población a estudio hemos utilizado el sistema informático SELENE que ha identificado los criterios del PCCM.

Se ha obtenido un total de **171** pacientes en la fase piloto que comenzó el 1 de febrero de 2015. En la actualidad están incluidos 1003 pacientes a fecha 1 de junio de 2016.

#### **Criterios de inclusión:**

1. Mayores de 18 años.
2. Reunir criterios de PCCM.
3. Residentes en la actualidad en la Región de Murcia, Área VI de Salud.

### **4.3. UNIDAD DE PACIENTES CRÓNICOS COMPLEJOS (UPCC).**

#### **A.- Definición:**

La UPCC se define como un conjunto de profesionales sanitarios que **organiza** la asistencia multidisciplinar en diferentes modalidades a pacientes crónicos complejos multingresos. Estos pacientes constituyen el vértice de la denominada Pirámide de Kaiser.

La UPCC aseguraría la asistencia clínica integral y continua de estos pacientes, que deberá reflejarse positivamente en distintos Indicadores.

#### **B.- Recursos:**

A nivel estructural tiene un área de trabajo que incluye:

- 1) Un despacho médico para los dos coordinadores del Proyecto y documentación del mismo.

Los recursos humanos lo forman un grupo de profesionales que se encarga del control, seguimiento y sincronización de estos pacientes entre Atención Primaria (AP) y la atención hospitalaria (AH), y que está compuesto por:

- 1) Coordinadores Médicos de Área (uno de AP y el otro de AH) que en este caso concreto son los Coordinadores Regionales del Plan de Crónicos de la Región de Murcia.
- 2) Subdirección médica del Área (Subdirectores Médicos de AP y de AH), y Subdirección de Enfermería de AP.
- 3) Enfermera de Enlace (EE), nexo de unión básico entre H y AP.
- 4) Jefe de Servicio de Informática.

Este grupo se encarga de la puesta en marcha del llamado Plan de Actuación Continua de Crónicos (PACC).

A nivel funcional, es primordial el seguimiento de estos pacientes por medio del control de la trazabilidad y conectividad para facilitar los circuitos de tránsito entre domicilio y Centro de Salud con el Hospital, en sus distintas vertientes: Urgencias, CEXT-IR, Hospitalización, CEXT de otras Especialidades, Servicios Centrales de Exploraciones Complementarias y Farmacia. Para el normal desempeño de estas funciones se cuenta con la EE, con labores de inspección e intervención para agilizar y facilitar los distintos circuitos.

#### **C.- Dependencia orgánica**

La UPCC depende de la Gerencia y Dirección Médica del Área de salud VI.

### **4.4. ACTUACIONES**

#### **4.4.1. Actuaciones en Atención Primaria:**

##### **4.4.1.1. Información** al paciente y/o cuidador (lo dará MF y/o Enfermería)

En Primer lugar se procederá a informar al paciente y/o cuidador del Programa de Atención al PCCM.

##### **4.4.1.2. Valoración Integral Inicial** del PCCM realizada por el Equipo Intrínseco de AP (EI-AP) formado por Médico de Familia y Enfermera.

Esta valoración se realizará en el Centro de Salud, o bien en el domicilio del paciente en caso de que éste tenga problema de desplazamiento.

La Valoración Integral consta de los siguientes contenidos:

**A.** Valoración por el Médico de Familia (MF) para mejorar la calidad y fiabilidad de la información clínica sobre el paciente. Se hará inicialmente mediante revisión de Historia Clínica. Consistirá en:

- a) Actualizar los diagnósticos, comprobando si los códigos CIAP (Clasificación Internacional de Atención Primaria) están correctamente registrados. Se utilizará la información de la historia clínica del paciente (OMI-AP) complementada con la que

se recoja en esta visita. Esto permitirá en un futuro mejorar la estratificación mediante ACG (Adjusted Clinical Groups)

- b) Actualizar los tratamientos mediante la revisión del tipo de tratamiento. Incorporarlos como tratamientos crónicos (C) o tratamientos a Demanda (D) para que esa información este accesible a través de OMI a cualquier profesional sanitario que quiera consultarla.

**B.** Valoración por la Enfermera Comunitaria, según los patrones de M. Gordon orientándola hacia la exploración de la capacidad para el autocuidado, identificando los problemas de colaboración / diagnósticos de enfermería activos en el paciente y marcando aquellos de prioritario abordaje.

**C.** Cumplimentación del Protocolo de OMI-AP “Valoración del Paciente Crónico Complejo”, que recoge la siguiente información:

- a) Valoración sociofamiliar mediante la Escala de Gijón (ANEXO I)
- b) Valoración del índice de Comorbilidad de Charlson reducido (ANEXO II). Consiste en comprobar la presencia o ausencia de una serie de patologías. Este método es válido para comprobar el riesgo de reingreso a corto plazo (un año) de cada paciente.
- c) Valoración del grado de dependencia, mediante el TEST de BARTHER (ANEXO III)
- d) Valoración del nivel cognitivo, mediante el TEST de PFEIFEER versión española (ANEXO IV)
- e) Presencia de cuidador e identificación y características del mismo (ANEXO V)
- f) Valoración de la necesidad de cuidados y propuesta de intervención (ANEXO VI)

**D.** Realización y Actualización de los Planes Personales correspondientes a cada patología propia del PCCM. Para ello se utilizaran las herramientas correspondientes del programa OMI-AP.

#### **4.4.1.3. Seguimiento del PCCM:**

Como seguimiento propio del PCCM se establece la valoración al menos semestral del paciente y la actualización del protocolo “Valoración del paciente crónico complejo”. Esto constituye el Plan Personal del PCCM.

A cada paciente a su vez se le aplicará el correspondiente Plan Personal de la patología o patologías que presente y con la periodicidad que éste determine.

El Equipo Intrínseco de AP se encargará de la atención socio-sanitaria del PCCM tanto en consulta del Centro de Salud como en el domicilio del paciente en caso necesario.

El Médico de Familia podrá activar en cualquier momento los circuitos habilitados para la atención al PCCM del Área VI, que incluyen tanto los Servicios de Urgencia Hospitalarios y extrahospitalarios, la hospitalización en el Hospital Universitario Morales Meseguer y la Consulta externa de su internista de referencia. Para ello en caso necesario podrá contar con la colaboración de la Enfermera de Enlace.

Tras cada atención prestada en los diferentes circuitos, el EI-AP recibirá información directa sobre la misma, y mas concretamente en caso de tratarse de un alta hospitalaria se realizará una comunicación personal por parte de la Enfermera de Enlace.

El EI-AP garantizará la atención tras un alta hospitalaria en el tiempo y forma que se especifique en el alta y realizará la continuidad de cuidados precisa.

#### 4.4.1.4. Metodología de Atención al PCCM en el circuito de AP.

EL EI (Médico de Familia - Enfermera de AP), debe realizar las siguientes intervenciones:

##### A.- CAPTACIÓN:

1. Cuando llega un paciente que ya es conocido, hay que actualizar los datos de la HC y asegurarnos que estos aparezcan en el sitio correspondiente. La enfermera debe revisar y actualizar el plan personal y el plan de cuidados. Si no existe aún, debe realizarlo atendiendo a la valoración por patrones funcionales y diagnósticos.  
Si el paciente no es conocido se le realizará el plan de cuidados ya en la captación y se realizan los registros de información en los lugares adecuados para ello. . Utilizar las herramientas habituales de OMI.
2. A todos los PCC que aparezcan identificados automáticamente por el programa, hay que registrar en el protocolo de OMI definido como “Valoración del paciente crónico complejo”. Registrando la información en todas y cada una de las pestañas de las que se compone dicha carpeta para que toda la información se pueda consultar en Ágora. Finalidad: esta información es de utilidad tanto en AP como en AH para tener una visión integral y conocer la situación basal del usuario.
3. Es función común tanto del médico como de la enfermera que la historia de estos pacientes se mantenga actualizada y que permanezcan abiertos sólo los episodios activos.  
Las alergias y los antecedentes, deben estar adecuadamente registrados y se harán revisiones periódicas para mantener actualizadas todas las prescripciones y clasificarlas como corresponda: crónicas y a demanda.

##### B.- SEGUIMIENTO

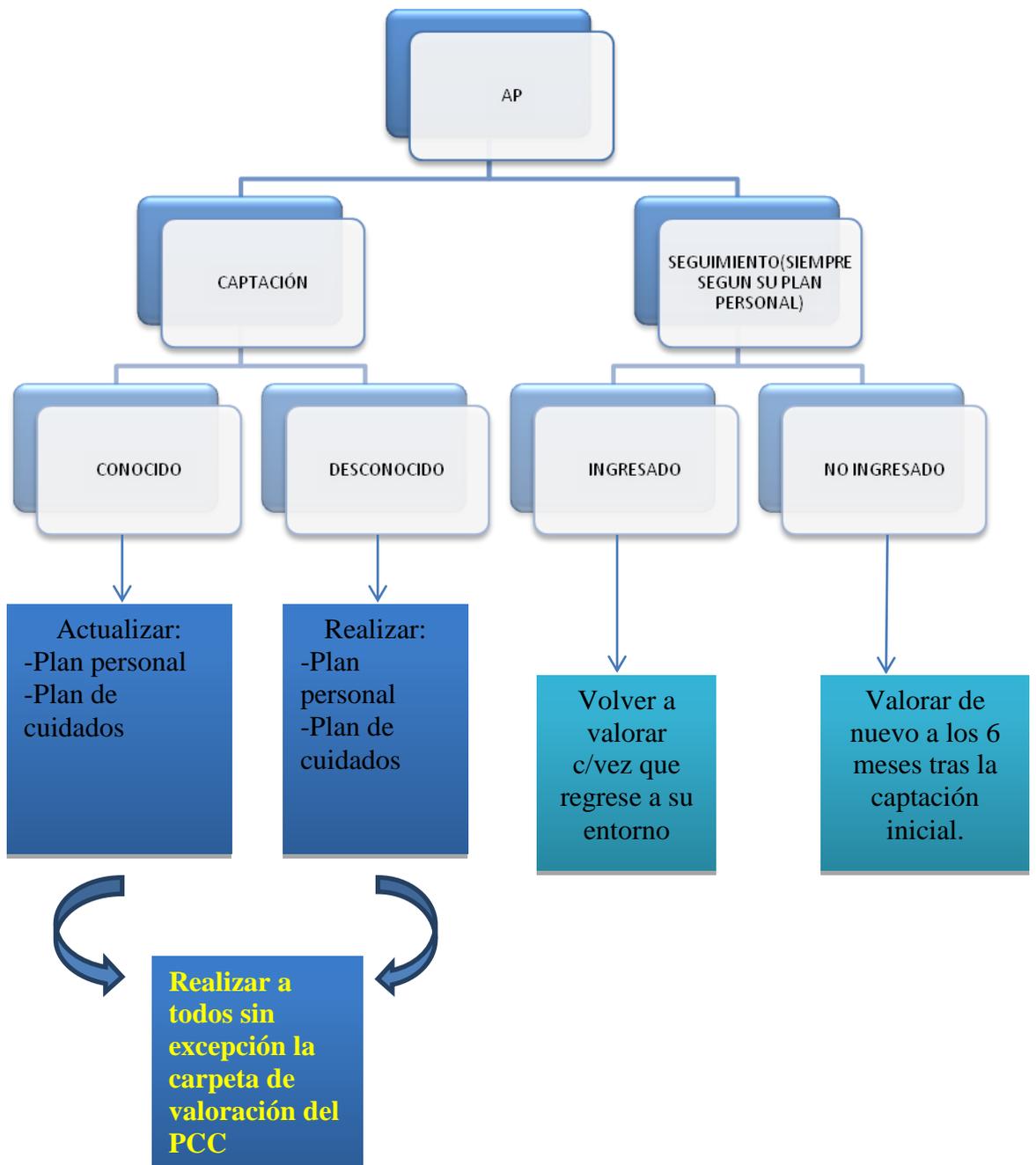
En AP, se debe hacer un seguimiento cronológico al PCC, según establezca su plan personal; por ejemplo, si se trata de un inmovilizado estable c/3 meses, si además tiene una úlcera, 2 veces/semana, 1v/semana....según proceda en cada caso y a criterio de la enfermera.

Si la persona ingresa en el hospital por descompensación de su/s problema/s de salud, se le hará una nueva valoración cuando regrese a su entorno por si han variado las circunstancias y por tanto se deben actualizar los registros y realizar un seguimiento más exhaustivo haciendo los ajustes necesarios a su plan de cuidados, hasta que regrese a “su situación basal”.

Si la persona se mantiene estable en su entorno se le volverá a realizar a los 6 meses de la captación una actualización de la valoración; este margen de 6 meses se deja a criterio del profesional, pues a lo largo de la atención que se le realiza, se observa si la persona está sufriendo cambios rápidamente, es algo lento y progresivo o se mantiene un periodo de estabilidad.

Siempre debe quedar claro, que la actuación ante estos usuarios es la misma que con otras personas del cupo, hay que hacer el seguimiento según marque su plan personal. La única diferencia es que hay que ser rigurosos en todos los registros y procurar la proactividad en todas las acciones. La proactividad va a marcar una mejora en la calidad de la atención y una relación directa con la disminución de los reingresos.

FLUJO DE ACTUACIÓN DEL EI (MÉDICO DE FAMILIA Y ENFERMERA) DE AP



## **4.4.2. Actuaciones en Atención Hospitalaria del HUMM:**

### **4.4.2.1. Activación del PACC a nivel hospitalario (PACCh)**

A nivel hospitalario, el servicio de Medicina Interna del HUMM se encargará de asignar un Internista de referencia a cada paciente, que será el mismo tanto en hospitalización como en consultas externas si se considera necesario el control en las mismas.

Cuando los PCCM se desestabilizan, se activará el PACCh pudiéndolo hacer de dos maneras:

1) Ingreso desde el Servicio de Urgencias, a donde han llegado procedentes, bien desde el Centro de Salud enviados por su médico de AP, bien a través del 112.

2) Ingreso desde consultas externas del Internista de referencia (CEXT-IR), de preferencia a través del servicio de Urgencias si se considera necesario estabilizar al paciente

Cuando el Médico de Familia envíe al paciente a AH, deberá tener realizada la denominada “Valoración Integral del PCCM”, antes de su envío a CEXT o a Urgencias.

Cuando la activación del PACCh proceda de su Internista de referencia, la enfermera de enlace informará a su Médico de familia y/o enfermera de AP.

Cuando se haya hecho efectivo el ingreso en planta de hospitalización se contactará con su Internista de Referencia (IR), si lo tiene, y en caso contrario se le asignará uno.

Durante el proceso asistencial conjunto podrán estar en contacto el Médico de AP y el Internista de referencia a través de la enfermera de enlace y/o los cauces de comunicación habituales.

En estos pacientes con PACC todas las Interconsultas a otras Especialidades se realizarán a través del Internista de referencia.

Se hará una Planificación Precoz del Alta Hospitalaria, en la que se valorarán las necesidades del paciente, familia y entorno.

Al alta, estos pacientes deberán tener realizado un Informe de Continuidad de cuidados, que recogerá los problemas activos, el grado de dependencia. Este informe se entregará al paciente y la EE se lo comunicará al EI-AP.

Es importante valorar las TICs como soporte de la coordinación entre AP/URGENCIAS/UPCC, por medio de Selene con Interconsultas presenciales o no presenciales, Correo electrónico Corporativo y teléfono móvil para los responsables.

### **4.4.2.2. Hospitalización.**

No se dispone de asignación fija de camas hospitalarias para este tipo de pacientes, ni en número ni en ubicación. Todos los pacientes ingresados deben ser identificados de forma explícita y a tiempo real en las listas de ingreso de SELENE en MI de cada mañana como PCCM, así como al centro de salud al que pertenecen para poder asignarlos a sus internistas de referencia ya desde el primer día de ingreso y coordinar éste con la adscripción del resto de pacientes ingresados en MI.

De igual forma, los profesionales implicados (IR y EE) recibirán información en tiempo real cuando ingrese el paciente en otros Servicios, ya sea Médicos o quirúrgicos que no sean MI, por lo que existirá una lista SELENE específica para pacientes “ectópicos”. Esto tiene la

finalidad de poder efectuar una valoración por su internista de Referencia, tras la cual decidirá la necesidad o no de seguimiento en caso necesario. Las interconsultas generadas desde otros Servicios hospitalarios serán atendidas por el IR que el paciente tiene asignado.

Los PCCM tendrán también acceso de forma programada al Hospital de Día Médico para realizar exploraciones o tratamientos sin necesidad de ingreso hospitalario o traslado al Servicio de Urgencias.

#### **4.4.2.3 Consultas Externas de Medicina Interna**

a) El paciente será atendido en la Consulta Externa de Medicina Interna por el Internista de Referencia adscrito a su centro de salud (como lo fue durante la hospitalización)

b) Circuito de acceso: Se determinan dos formas de atención:

- 1- Preferente .- Solicitada desde Urgencias o por el Médico de Familia para pacientes que precisen valoración urgente pero que se encuentren en situación clínica suficientemente estable que les permita , al menos, un período de espera de una semana. Para esta vía quedarán reservados dos huecos de primera visita en las agendas de cada Internista de Referencia .
- 2- No preferente.- Puede ser solicitada por cualquier especialista hospitalario o por su médico de Atención Primaria y será citado en la agenda de su Internista de referencia .

#### **4.4.2.4. Circuitos de actuación de las enfermeras en atención hospitalaria**

A.- Actuación en el servicio de urgencias.

La atención en este servicio es la misma para todos los usuarios que acudan por puerta de Urgencias. La diferencia estriba en el volumen de información de la que va a disponer en Ágora acerca de la situación basal del paciente. Así se puede comprender mejor la magnitud del cuadro agudo que la persona presenta.

B.- Actuación de la enfermera de hospitalización.

Si el usuario debe ser hospitalizado, a causa de una descompensación de su patología de base, la enfermera de planta que acoge y comienza la atención, verá facilitada su labor si antes de entrevistarle para la valoración, consulta en Ágora el historial actualizado de la persona.

En esta información, están recogidas las patologías más importantes, nivel de dependencia para las actividades básicas de la vida diaria, plan de cuidados ante los problemas que presenta de forma crónica en su entorno, prescripciones activas crónicas y a demanda...

La atención será la misma que siempre, se requiere proactividad a la hora de realizar las acciones precisas para no alargar el ingreso más de lo necesario, y lo que es de **obligado cumplimiento a todos los pacientes identificados como PCCM**, es la emisión en el momento del alta hospitalaria del **Informe de Continuidad de Cuidados (ICC)**. En él, se describirán los cambios que se han producido a lo largo de la hospitalización, y las recomendaciones de cuidado tras el ingreso.

La enfermera de planta mantendrá el contacto con la enfermera de enlace, para la planificación del alta.

Las enfermeras de hospitalización, estarán informadas del teléfono corporativo de la enfermera de enlace, y en horario de 8 a 15h. se le puede localizar para dar apoyo en:

1. La elaboración y emisión del ICC.
2. Contactar con los servicios sociales en caso necesario

3. Al alta del paciente, coordinar la salida del hospital y el regreso a su domicilio, y para ello la EE contactará con la enfermera de AP responsable del usuario e informará y gestionará la cita.

#### **4.4.3. Actuaciones en el Área de Urgencias del HUMM:**

**4.4.3.1. Atención Clínica:** El circuito de atención para estos pacientes no diferirá de los circuitos establecidos para cualquier enfermo que acude a urgencia, que en síntesis son los siguientes:

- Clasificación.
- Atención en tiempo y espacios según criterios de gravedad.

**4.4.3.2. Destinos:** Una vez atendido y evaluado al paciente los destinos posibles son cuatro:

- a.- Alta a su domicilio y seguimiento por su Médico y Enfermera de Atención Primaria.
- b.- Alta a su domicilio y consulta preferente con la CEXT-IR.
- c.- Traslado para ingreso en Centro Concertado. Esto se evitará dentro de lo posible.
- d.- Ingreso hospitalario preferentemente a cargo del Servicio de Medicina Interna del HUMM, salvo que se considere necesario en otro Servicio Médico o Quirúrgico..

**4.4.3.3. Requisitos de buen funcionamiento:** Para que el circuito del servicio de Urgencias funcione de forma correcta se garantizaran los siguientes aspectos:

- a.- Identificación rápida de los pacientes incluidos en este programa (alerta en Selene). A partir del momento en que los pacientes sean incluidos en el Programa saltará una alarma al abrir la Historia clínica en SELENE que avisará a los profesionales de Atención Hospitalaria de que es un paciente incluido en el Programa de PCCM.
- b.- Se dispondrá del número de teléfono interno de cada consulta de los MF y Enfermera de enlace para poder comunicar con ellos en caso necesario.
- c.- Disponibilidad de cita preferente con CEX-IR para pacientes cuya condición clínica permita una demora de al menos siete días. En caso contrario se plantearía ingreso hospitalario.
- d.- Disponer de toda la información que rodea las circunstancias particulares de cada paciente a tiempo real (informes clínicos, medicación, condiciones socio sanitarias, etc.) disponible en Agora.

**4.4.3.4. Actuaciones específicas complementarias** desde el Servicio de Urgencias:

- a.- Detección paciente multi-ingresador.
- b.- Intervención:
  - Evaluación clínica.
  - Conciliación medicación.

- Evaluación urgente diferida. Recitar en urgencias en caso de que no se garantice la atención en tiempo necesario por su MF o MI por tratarse de fin de semana o festivos.

- Activación de otros recursos: Enfermera de Enlace, Médico de Familia, Consulta Externa de IR.

- Alta, Ingreso.

#### **4.4.4. Actuaciones a realizar por parte de la Enfermera de enlace:**

##### **4.4.4.1. Se garantizaran las siguientes condiciones:**

- Accesibilidad a los programas informáticos, OMI y SELENE.
- Dispondrá de una Base de datos de los Pacientes Crónicos Complejos Multingreso.
- Accesibilidad al listado de ingresos y visitas a Urgencias en tiempo real.

##### **4.4.4.2. Funciones:**

- Su función principal es la de ser Gestora de la información de eventos surgidos durante la asistencia al paciente en los diferentes circuitos de atención al PCCM, así como facilitar la comunicación entre AP y AH.
- Participar en sesiones conjuntas periódicas con los profesionales encargados del proyecto, según las necesidades, para ir evaluando circuitos, estableciendo mejoras consensuadas y hacer un seguimiento del plan de trabajo
- Asegurar la continuidad asistencial proporcionando una respuesta coordinada y única con otros profesionales, que proporcione asistencia al paciente y apoyo a la persona cuidadora con el fin de disminuir las descompensaciones, reducir la frecuentación en los centros y los reingresos, y poder mantener períodos de estabilidad más largos en el domicilio.

#### **4.4.5. Actuaciones a realizar por parte del Servicio de Farmacia:**

La actividad del farmacéutico en la atención al paciente con enfermedades crónicas, pretende analizar el tratamiento farmacoterapéutico de estos pacientes, que suelen ser pluripatológicos, intentando favorecer el adecuado cumplimiento y analizar los posibles problemas relacionados con los medicamentos que puedan presentarse. La colaboración busca asimismo, evitar problemas con la medicación, cuando los pacientes cambian de nivel asistencial.

En trabajo del farmacéutico en el grupo de pacientes crónicos, se va a centrar en actividades básicas como son la **conciliación, adherencia y adecuación** del tratamiento.

##### **4.4.5.1. Entre las actividades concretas a realizar encontramos:**

###### **A- Conciliación entre niveles asistenciales**

La conciliación farmacoterapéutica podemos definirla como un Proceso formal que consiste en valorar el listado completo y exacto de la medicación previa del paciente conjuntamente con la prescripción farmacoterapéutica después de la transición asistencial (al ingreso, cambio de niveles asistenciales, cambio de adscripción, al alta). Si se encuentran discrepancias, duplicidades o interacciones entre el tratamiento crónico y el hospitalario, se deben comentar con el médico, para valorar su posible cambio. Se clasificarán el tipo y grado de discrepancias según el ANEXO VII.

## B.- Adecuación del tratamiento

Existen diversas herramientas para la medida de la adecuación de tratamiento farmacológico, aunque ninguna de ellas ha sido diseñada para una población pluripatológica. Los métodos implícitos como el cuestionario MAI, los criterios de Beers y los START/STOP, son los más usados en la literatura médica.

Se analizarán los siguientes aspectos:

- a. Registro de alergias e intolerancias. Posibles alertas.
- b. Interacciones relevantes (programa micromedex®, programa Bot del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos).
- c. Duplicidades
- d. Identificación de medicamentos de alto riesgo (ISMP)
- e. Identificación de fármacos catalogados como de baja utilidad terapéutica (UTB).
- f. Criterios de Beers
- g. Criterios START/STOP
- h. Ajuste dosis Insuficiencia renal (cálculo del Clcr, Fórmula de Crockcroft y Gault)
- i. Ajuste dosis Insuficiencia hepática (cálculo del índice de Chil-Pugh)
- j. Ajuste dosis otras condiciones clínicas
- k. Duración del tratamiento
- l. Comprobación sobre medicamentos inapropiados en personas mayores (ej benzodizepinas de vida media larga)
- m. Información sobre la terapia secuencial
- n. Tipos de fármacos según su gestión (trámites medicamento extranjeros, fuera de indicación).
- o. Fármacos no incluidos en la Guía Farmacoterapéutica. Propuesta de sustitución por equivalente o tramitación para su adquisición en el hospital.
- p. Asesoramiento nutricional (dietas enterales)

## C.- Adherencia

Para conseguir una adherencia más adecuada, no se dispone de métodos estandarizados, es necesario un abordaje interdisciplinar.

Para valorar la adherencia se puede realizar detectando incidencias a través del programa Agora®, comprobando las recetas de medicamentos y sus fechas. También mediante el *Cuestionario validado SMAQ (Simplified Medication Adherence Questionnaire)* (ANEXO VIII).

### 4.4.5.2. Metodología para llevar a cabo estas actividades:

- El farmacéutico debe obtener el listado del tratamiento domiciliario/hospitalario del paciente, elaborando así una historia farmacoterapéutica. Como fuentes de información cuenta con lo siguiente:

- Valoración inicial realizada en AP
- Informes de Selene®
- Sistema de Farmacia hospitalaria, programa SAVAC®
- Programa Agora®

- Se revisa el tratamiento, analizando los tres puntos que hemos comentado: conciliación, adherencia y adecuación.

- Toda la información, así como las posibles recomendaciones se recogen en el programa Cheksthemed®, que emite un informe. Este programa tiene un acceso restringido con claves individualizadas.

- El informe generado se envía al médico responsable, para su valoración.

- Se recogerán los siguientes datos, en la base de datos:

\* Datos identificativos del paciente: Sexo, edad, procedencia del paciente: urgencias, consultas, domicilio, otro hospital, residencia de ancianos. Fecha de ingreso, fecha de alta, ingresos desde el primero. Fecha de la revisión farmacéutica.

\* Diagnósticos principales

\* Medicación (medicamento, dosis, pauta, vía y última dosis administrada), alergias, intolerancias, discrepancias detectadas, recomendación, tipo de error, gravedad del mismo. También se recogerá el grado de aceptación por parte de los clínicos.

\* Las incidencias detectadas se clasificarán según el Tercer Consenso de Granada.

#### **4.4.5.3. Circuito**

Puntos donde podrá actuar el farmacéutico:

- 1º Informe tras actualización del tratamiento por EI-AP
- Al ingreso hospitalario: Informe sobre adecuación del tratamiento y problemas puntuales
- Al alta hospitalaria: informe definitivo con información gráfica y práctica para pacientes.
- A requerimiento de IR o AP.

#### **4.4.6. Actuaciones a realizar por parte de los Servicios Sociales:**

El trabajo social hospitalario es un engranaje más de todos los servicios que el enfermo, o la familia pueden necesitar. Como elemento especializado trata directamente la problemática generada por la situación de enfermedad dentro del hospital y las consecuencias que de ellas pueden derivar, ya sean relacionales, emocionales, económicas, etcétera; mediante la atención personalizada al enfermo y el apoyo a la familia.

La proximidad de la trabajadora social al enfermo hospitalizado se traduce en una cercanía de tiempo. Se recoge información directa y constante de los aspectos psicosociales del enfermo y la familia, transmitiendo de forma dinámica y actualizada al equipo de salud, potenciando de este modo los medios de curación o rehabilitación que el hospital ofrece.

Por todos los riesgos socio-sanitarios que conllevan los pacientes con enfermedades crónicas, las trabajadoras sociales actúan al ingreso, en la estancia y al alta, analizando en cada caso los diferentes aspectos que presente el enfermo: situación familiar, económica, vivienda, etcétera, utilizando los recursos existentes de forma racional para alcanzar la recuperación y la integración social en su medio habitual, siempre que sea posible.

- Metodología:

La detección de los pacientes se realizará de forma activa mediante la coordinación con la UPCC, en un entorno multidisciplinar con médicos, enfermería y trabajo social, y listado de pacientes en programa de SELENE. De esta manera se facilita el seguimiento y control de los

pacientes crónicos, y se agiliza el contacto desde Atención primaria y Servicios Sociales Comunitarios. Una vez identificados en planta, las trabajadoras sociales harán una valoración social inicial en un plazo máximo de 48 horas con el fin de prevenir y abordar situaciones problemáticas en un tiempo suficiente para hacer una planificación efectiva de cara al alta hospitalaria, y así como para ofrecer una acogida al enfermo y a sus familiares para que se sientan apoyados y motivados en lo que conlleva la angustia y el sufrimiento de la enfermedad, ofreciendo orientación, información, y el asesoramiento necesario.

La labor de las trabajadoras sociales quedará recogida en la historia clínica informatizada del paciente. Así, el resto de profesionales, tanto de AH a través de SELENE, como de AP a través de AGORA podrán acceder al informe social donde se recoge el estudio socio-familiar, la valoración y las intervenciones sociales lo que va a contribuir a mejorar la comprensión sobre la situación global del enfermo, en general, y en particular en el contexto del programa de atención a las patologías crónicas.

Por último, la evaluación social precoz de los pacientes en Atención Hospitalaria, de manera coordinada con Atención Primaria, permite prevenir y abordar situaciones problemáticas en un tiempo suficiente para hacer una planificación efectiva de cara al alta hospitalaria.

- Elementos de la Valoración biopsicosocial:

- a) Problemas de salud del paciente en su esfera biológica y revisar los tratamientos.
- b) Características y condicionantes sociales. Edad, sexo, cultura, clase social, nivel económico.
- c) Vivencias, creencias, experiencias y expectativas sobre la enfermedad.
- d) Estado anímico.
- e) Habilidades personales y sociales para manejar la situación.
- f) Características del contexto familiar y comunitario. Genograma y red de apoyo y cuidado.

- Objetivos de la Intervención

- g) Facilitar la continuidad y la accesibilidad de la atención.
- h) Apoyar y potenciar los recursos familiares mediante asesoramiento y capacitación si se precisan.
- i) Promover una atención más integral.
- j) Valorar la necesidad de movilizar y la utilización racional de recursos sanitarios y sociales.

## **5. INDICADORES:**

### **1. Pacientes incluidos en el Programa de PCCM del Área VI**

Objetivo: Cuantificar el número en pacientes incluidos en el programa de PCCM.

Definición: número de pacientes que cumplen criterios de definición de crónico complejo multingreso y se incluyen en el Programa.

Nº total de pacientes crónicos complejos multingreso.

### **2. Pacientes incluidos en el programa de PCCM que tienen realizada la Valoración inicial por parte de AP.**

Objetivo: Medir el trabajo realizado por el EI de AP a la hora de efectuar la valoración inicial de los PCCM con la consiguiente cumplimentación del Protocolo en OMI creado para tal fin.

Definición: Número medio de valoraciones iniciales de los pacientes incluidos en programa PCCM realizadas en AP

Nº de PCCM con valoración inicial realizada en AP / Nº total de pacientes incluidos en el programa.

### **3. Frecuentación en Atención Primaria de los pacientes incluidos en el programa de PCCM.**

Objetivo; Medir el número de consultas al médico de familia por paciente incluido en el programa PCCM en el periodo de un mes.

Definición: Número medio de consultas al médico de familia, realizadas en un mes, por los pacientes incluidos en el programa de PCCM.

Nº de consultas médicas en AP durante un mes / Nº de pacientes incluidos en el Programa.

### **4. Frecuentación en urgencia hospitalaria de los pacientes incluidos en el programa de crónicos.**

Objetivo: Medir el número de consultas en urgencias de hospital por paciente incluido en el programa de crónicos, en el periodo de un mes.

Definición: Número medio de consultas en urgencia hospitalaria, realizadas en un mes, por los pacientes incluidos en el programa de crónicos.

Nº de consultas en urgencias hospitalarias durante un mes / Nº de pacientes incluidos en el Programa.

### **5. Ingresos hospitalarios de los pacientes incluidos en el programa de crónicos.**

Objetivo: Medir los ingresos hospitalarios de los pacientes incluidos en el programa de PCCM.

Definición: Número medio de ingresos hospitalarios de los pacientes incluidos en programa de PCCM por problemas de salud directamente relacionados con su enfermedad crónica.

Nº de ingresos hospitalarios / Nº de pacientes incluidos en el programa.

## **6. Estancia media hospitalaria por problemas de salud relacionados con su enfermedad crónica de los pacientes incluidos en el programa de PCCM.**

Objetivo: Calcular los días que por término medio permanecen ingresados en el hospital los pacientes incluidos en el programa de PCCM.

Definición: Número medio de días que permanecen ingresados por problemas de salud directamente relacionados con su enfermedad crónica en un hospital los pacientes incluidos en el programa de PCCM.

$\text{N}^\circ \text{ total de estancias hospitalarias de pacientes incluidos en el programa} / \text{N}^\circ \text{ de ingresos de pacientes incluidos en el programa}$

## **7. Interconsultas de pacientes incluidos en el programa de crónicos.**

Objetivo: Medir el número de interconsultas a Consultas externas de medicina Interna o especialidades médicas realizadas a cada paciente incluido en el programa de PCCM, en el periodo de estudio.

Definición: Promedio de interconsultas que recibe cada paciente del programa de PCCM en el periodo de un año.

$\text{N}^\circ \text{ total de interconsultas en pacientes incluidos en el programa en el periodo} / \text{N}^\circ \text{ de pacientes incluidos en el programa}$

## **8. Pacientes incluidos en el programa de PCCM que tienen realizado el Informe farmacoterapéutico por el Servicio de Farmacia**

Objetivo: Medir el trabajo realizado por el Servicio de Farmacia a la hora de efectuar el Informe farmacoterapéutico de los PCCM

Definición: Número medio de PCCM que tienen efectuado Informe farmacoterapéutico.

$\text{N}^\circ \text{ de PCCM con Informe farmacoterapéutico} / \text{N}^\circ \text{ total de pacientes incluidos en el programa}$

## **9. Pacientes incluidos en el programa de PCCM que tienen realizada Valoración biopsicosocial por parte de las trabajadoras sociales.**

Objetivo: Medir el trabajo realizado por las trabajadoras sociales a la hora de efectuar el la Valoración biopsicosocial de los PCCM

Definición: Número medio de PCCM que tienen efectuada Valoración biopsicosocial.

$\text{N}^\circ \text{ de PCCM con Valoración biopsicosocial} / \text{N}^\circ \text{ total de pacientes incluidos en el programa}$

## **10. Pacientes incluidos en el programa de PCCM que tienen realizado informe de continuidad de cuidados.**

Objetivo: Medir el trabajo realizado por enfermería de AH a la hora de efectuar informes de plan de cuidados.

Definición: Número medio de PCCM que tienen realizado informe de continuidad de cuidados.

$\text{N}^\circ \text{ de PCCM con informe de continuidad de cuidados} / \text{N}^\circ \text{ total de pacientes incluidos en el programa}$

**11. Mortalidad de pacientes incluidos en el programa de crónicos.**

Objetivo: Cuantificar la mortalidad en los pacientes incluidos en el programa de PCCM en el periodo de estudio, que inicialmente será de 6 meses.

Definición: Proporción de pacientes incluidos en programa de crónicos fallecidos en el periodo evaluado.

$$\text{N}^\circ \text{ de muertes en pacientes incluidos en el programa en el periodo evaluado} / \text{N}^\circ \text{ de pacientes incluidos en el Programa.}$$

**13. Media mensual de nuevos ingresos** diarios de pacientes PCC, desglosando media en Medicina Interna y media en pacientes ectópicos (otros servicios).

**14. Media de pacientes totales hospitalizados por día**, desglosando media en Medicina Interna y media en pacientes ectópicos (otros servicios).

**15. Tasa de reingresos** definidos como "PRECOCES" durante los 30 días tras el alta y "TARDIOS" de 31 a 90 días tras el alta.

**16. Media de consultas programadas** de las enfermeras de AP que realizan con estos pacientes a partir del día 1 que comienza a funcionar el proyecto, tanto en consulta en el centro de salud como a domicilio.

## **6. APLICACIONES INFORMÁTICAS CORPORATIVAS DE APOYO AL PROYECTO:**

Se han realizado unas adaptaciones de las aplicaciones informáticas Selene, OMI-AP y Ágora para la puesta en marcha del Proyecto de Pacientes Crónicos Complejos Multingreso del Área de Salud VI. Estos cambios pretenden facilitar al profesional sanitario la identificación y el acceso a la información de la población diana, entre cuyas características destaca el alto volumen de datos clínicos que acumulan en los sistemas de información del Servicio Murciano de Salud.

Estas adaptaciones son las siguientes:

### **6.1. Identificación de los pacientes en OMI-AP y SELENE**

Uno de los factores clave para el éxito del proyecto es garantizar la identificación de los pacientes pertenecientes a la población diana por parte de los profesionales sanitarios de ambos niveles asistenciales. Para ello se ha incluido el texto **P CRÓNICO COMPLEJO** en la cabecera de identificación de los pacientes que pertenecen al Proyecto, tanto en OMI-AP, como en Selene, de manera que los profesionales que lo atienden estén informados en todo momento.

### **6.2. Implementación del Protocolo “Atención al Paciente Crónico Complejo” en OMI-AP**

Se ha implementado el nuevo protocolo “Atención al Paciente Crónico Complejo” en OMI-AP, y éste a su vez pasará en formato resumido a Ágora. Este protocolo debe ser cumplimentado en AP por el médico de familia y/o enfermera.

### **6.3. Presentación y organización de la información en Agora**

Con objeto de facilitar el acceso a la información de los pacientes que pertenecen al Programa PCC, se ha creado una nueva “pestaña” en Ágora: Paciente Crónico Complejo (PCC). Esta nueva pestaña contiene los siguientes apartados y subapartados, que se desplegarán a criterio del usuario.

- a. **Protocolo “Atención al Paciente Crónico Complejo”**: Incluye el resumen de la información cumplimentada en el protocolo Atención al Paciente Crónico Complejo de OMI-AP.
- b. **Prescripciones**: Incluye, exclusivamente, los siguientes tratamientos:
  - b.1. Prescripciones de OMI-AP “activas” marcadas como medicación crónica y a demanda.
  - b.2. Recetas elaboradas en Selene durante el último año desde la fecha en la que se consulta la información.

Siguiendo el formato de prescripciones existentes en Ágora, se incluyen los siguientes campos: Medicamento | Fecha 1ª prescripción | Fecha Impresión | Posología | Episodio | Centro.
- c. **Informes**: Este apartado contiene los informes procedentes de Selene, organizados según los siguientes subapartados y por orden cronológico (del más reciente al más antiguo), que hayan sido realizados durante el último año a partir de la fecha de consulta en Ágora:
  - c.1. Hospitalización.
  - c.2. Urgencias.
  - c.3. Consultas Externas.
  - c.4. Informes de Continuidad de Cuidados
  - c.5. Informes Farmacoterapéuticos

d. Enfermedades Actuales: Incluye una relación de episodios abiertos en OMI-AP y ordenados por fecha.

#### **6.4. Explotación de datos**

Se realiza una explotación de datos con la obtención de los siguientes listados:

##### **6.4.1. Listados para la operativa diaria**

Con objeto de hacer posible la operativa de trabajo diario en el hospital se requiere una serie de listados en Selene para su uso por parte de la Enfermera de Enlace y por los facultativos del Servicio de Medicina Interna.

##### **a. Listados para el trabajo diario de la Enfermera de Enlace:**

###### **a.1. Pacientes PCCM atendidos en el Servicio de Urgencias:**

Listado de los pacientes pertenecientes a la población diana que hayan sido atendidos en el Servicio de Urgencias en un determinado periodo (solicitar fechas: desde – hasta). El listado se ordena por “Número historia” y contiene las siguientes columnas: número de historia, nombre y apellidos, fecha de nacimiento, zona de salud a la que pertenece, motivo de consulta y nombre del médico asignado en Urgencias

###### **a.2. Pacientes PCC ingresados a cargo de Medicina Interna**

Listado de los pacientes que se encuentran ingresados a cargo del Servicio de Medicina Interna. El listado se ordena por el campo “Fecha de ingreso” y contiene las siguientes columnas: número de historia, nombre y apellidos, fecha de nacimiento, zona de salud a la que pertenece, diagnóstico médico de ingreso, nombre de Internista asignado en el ingreso, fecha de ingreso, cama.

##### **b. Listados para el trabajo diario del Servicio de Medicina Interna:**

###### **b.1. Planning de Camas por Servicio Médico (MI - PCC)**

Listado basado en el que utilizan actualmente los facultativos del Servicio de Medicina Interna: “Planing de camas por Servicio Médico” (LHOSP15) pero en donde se eliminan las columnas CAMA PROC, ID ACTO, ECT y se añaden las columnas PCC y Centro de Salud

###### **b.2. Listado de pacientes PCC ectópicos**

Listado de los pacientes ingresados que pertenecen a la población diana y no están adscritos a Medicina Interna. El listado está ordenado por el campo “estancia en el servicio” y contiene las siguientes columnas: Cama actual, Servicio responsable del paciente, Estancia en el servicio, Estancia total, Centro de Salud, Número de Historia, apellidos y nombre del paciente, Diagnóstico y Fecha de ingreso.

##### **6.4.2. Listados de descarga de la población diana**

La descarga de la población diana que proporciona los siguientes campos: N° de historia, Nombre y apellidos, Fecha de nacimiento, Zona de salud a la que pertenece, CIAS médico de AP, CIAS enfermera de AP, N° de estancias en Urgencias hasta la fecha, Fecha de esas estancias, N° de ingresos hasta la fecha, Fechas de esos ingresos, Motivo/s de consulta a Urgencias, Diagnóstico/s de ingresos, Servicios a cargo de las hospitalizaciones hasta la fecha, Diagnóstico/s de alta, Informes de continuidad de cuidados realizados al alta, N° de visitas a consultas externas en ese periodo de tiempo, Fecha de fallecimiento, Interconsultas realizadas, Analíticas realizadas, Exploraciones radiológicas o de imagen efectuadas.

## **7. CONSIDERACIONES ÉTICAS:**

Toda la información relativa al paciente, así como los cuestionarios que se le realicen estarán contenidos en la Historia clínica informatizada de AP (OMI-AP) y en la Historia Clínica hospitalaria (Selene) y están sometidos a la protección de datos definida para ambos sistemas. Los registros externos irán codificados, identificándose únicamente por un número y no contendrán datos personales. Toda la información recogida, al igual que los datos socio-demográficos serán tratados de manera totalmente confidencial y secreta.

El tratamiento, la comunicación y la cesión de los datos de carácter personal de todos los sujetos participantes se ajustará a lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, del 13 de Diciembre, de protección de datos de carácter personal y en su reglamento de desarrollo.

## **8. RESULTADOS**

Hacen referencia a la Población incluida en el Proyecto en su Fase I. Han sido 171 pacientes, con una edad media de 78 años, y presentaba 2 criterios Charlson el 22,1%, 3 criterios el 24.7% y 4 o más criterios el 53.2%.

El número de ingresos ha sido de 162 frente a 447 del año anterior (reducción del 64%), la media de pacientes hospitalizados por día 6.6 (reducción del 63%), el número de asistencias en el área de urgencias 376 frente a 687 (reducción del 45%), el número de consultas externas 611 frente a 873 (reducción del 30%). Para evitar el sesgo de los pacientes fallecidos hemos realizado análisis de los resultados de aquellos pacientes que han sobrevivido durante este periodo que han sido 132, con resultados similares en cuanto al porcentaje de reducciones comentadas.

Se cumplimentó el protocolo de valoración del PCCM en AP un 66.66%, test de Pfeiffer un 35.5% y Test de Barthel un 47.45%

En cuanto a otras actividades realizadas hay que destacar que se han realizado Informes de Atención de cuidados de enfermería entre AH y AP en un 77% de los pacientes, Informes Farmacoterapéuticos en un 37%, Informe Social en un 71%, Valoración Inicial Integral del PCCM en AP en un 66.6%,

Estimación de coste: En la actualidad el Proyecto tiene como único recurso extra la asignación al mismo de una Enfermera de Enlace. El resto de actuaciones es mediante adaptación y coordinación de los actuales circuitos asistenciales y con la colaboración de todos los profesionales relacionados. Sería conveniente el apoyo institucional mediante la asignación de alguna "becaria al Proyecto" que pudieran consolidar las estrategias del mismo, así como desarrollar otras actividades que permitieran mejorar el tránsito entre el hospital y el domicilio del paciente.

Estimación de ahorro: El ahorro que se está produciendo no está cuantificado pero estaría en relación con la reducción del número de ingresos y reingresos hospitalarios que estamos obteniendo, alargando los periodos de estabilidad en el domicilio, y evitando la duplicidad de visitas y pruebas complementarias. Todavía existe margen de mejora en este aspecto y que supondría ahorro para el Sistema Sanitario Público y para el propio paciente.

Queremos concluir con una reflexión que recoge la Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud: *“La innovación sanitaria comprende, no sólo la innovación tecnológica sino también la innovación organizacional y la innovación en los servicios, y debe entenderse como un proceso de mejora continua de la capacidad de respuesta a las necesidades de la población y de los profesionales”.*

SUPERVIVIENTES n= 132			
Variable	2014	2015	% diferencia
Número de ingresos	345	118	Reducción 66 %
Nº de ingresos por paciente	2.01	0.69	Reducción 66%
Media pacientes hospitalizados por día	13,4	4,4	Reducción 67 %
Media de días ingresados	19,5	6,8	Reducción 66 %
Reingresos precoces	23 %	13 %	Reducción 56 %
Reingresos tardíos	27 %	19 %	Reducción 70 %
Total CEX	678	529	Reducción 23%
CEX MI	161	119	Reducción 26%
Asistencias en Urgencias H.	534	294	Reducción 45 %
Altas no hospitalarias. desde URG	26 %	38 %	Aumento 68 %
Informes Continuidad	15 %	77 %	Aumento 80 %
Informes Farmacoterapéuticos		37 %	
Informes sociales		100 %	
Actuación enfermera enlace		100 %	

## 9. ANEXOS

### ANEXO I. VALORACIÓN SOCIOFAMILIAR. ESCALA DE GIJÓN.

Escala de valoración sociofamiliar de Gijón (abreviada y modificada) (versión de Barcelona)

#### Situación familiar

1. Vive con pareja y/o familia sin conflicto.
2. Vive con pareja de similar edad.
3. Vive con pareja y/o familia y/o otros, pero no pueden o no quieren atenderlo.
4. Vive solo, hijos y/o familiares próximos que no cubren todas las necesidades.
5. Vive solo, familia lejana, desatendido, sin familia.

#### Relaciones y contactos sociales

1. Mantiene relaciones sociales fuera del domicilio.
2. Sólo se relaciona con familia/vecinos/otros, sale de casa.
3. Sólo se relaciona con familia, sale de casa.
4. No sale de su domicilio, recibe familia o visitas (> 1 por semana).
5. No sale del domicilio, ni recibe visitas (< 1 por semana).

#### Apoyos red social

1. No necesita ningún apoyo.
2. Recibe apoyo de la familia y/o vecinos.
3. Recibe apoyo social formal suficiente (centro de día, trabajador/a familiar, vive en residencia, etc.).
4. Tiene soporte social pero es insuficiente.
5. No tiene ningún soporte social y lo necesita.

#### Puntuación:

≤ 7 puntos: situación social buena (bajo riesgo institucionalización).

8-9 puntos: situación intermedia.

≥ 10 puntos: deterioro social severo (alto riesgo institucionalización).

## **ANEXO II. ÍNDICE DE COMORBILIDAD DE CHARLSON REDUCIDO**

Índice de comorbilidad de Charlson (versión abreviada)	
Enfermedad vascular cerebral	1
Diabetes	1
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	1
Insuficiencia cardíaca/cardiopatía isquémica	1
Demencia	1
Enfermedad arterial periférica	1
Insuficiencia renal crónica (diálisis)	2
Cáncer	2
Total =	

Se considera

- ausencia de comorbilidad entre 0 y 1,
- comorbilidad baja cuando el índice es de 2.
- alta comorbilidad cuando es mayor o igual a 3 puntos.

## **ANEXO III. VALORACIÓN DE RIESGO DE DEPENDENCIA. ÍNDICE DE BARTHEL**

### **INDICE DE BARTHEL. Actividades básicas de la vida diaria**

<b>COMER</b>	
10	INDEPENDIENTE. Capaz de comer por sí solo y en un tiempo razonable. La comida puede ser cocinada y servida por otra persona.
5	NECESITA AYUDA para cortar la carne o el pan, pero es capaz de comer solo
0	DEPENDIENTE. Necesita ser alimentado por otra persona
<b>VESTIRSE</b>	
10	INDEPENDIENTE. Capaz de quitarse y ponerse la ropa sin ayuda
5	NECESITA AYUDA. Realiza sólo al menos la mitad de las tareas en un tiempo razonable
0	DEPENDIENTE.
<b>ARREGLARSE</b>	
5	INDEPENDIENTE. Realiza todas las actividades personales sin ninguna ayuda. Los complementos necesarios pueden ser provistos por otra persona.
0	DEPENDIENTE. Necesita alguna ayuda
<b>DEPOSICIÓN</b>	
10	CONTINENTE. Ningún episodio de incontinencia.
5	ACCIDENTE OCASIONAL. Menos de una vez por semana o necesita ayuda, enemas o supositorios
0	INCONTINENTE.
<b>MICCIÓN</b> (Valorar la situación en la semana anterior)	
10	CONTINENTE. Ningún episodio de incontinencia. Capaz de usar cualquier dispositivo por sí sólo.
5	ACCIDENTE OCASIONAL. Máximo un episodio de incontinencia en 24 horas. Incluye necesitar ayuda en la manipulación de sondas u otros dispositivos.
0	INCONTINENTE.
<b>IR AL RETRETE</b>	
10	INDEPENDIENTE. Entra y sale sólo y no necesita ayuda de otra persona
5	NECESITA AYUDA. Capaz de manejarse con una pequeña ayuda, es capaz de usar el cuarto de baño. Puede limpiarse sólo.
0	DEPENDIENTE. Incapaz de manejarse sin una ayuda mayor.
<b>TRASLADO SILLÓN – CAMA</b> (Transferencias)	
15	INDEPENDIENTE. No precisa ayuda
10	MÍNIMA AYUDA. Incluye supervisión verbal o pequeña ayuda física
5	GRAN AYUDA. Precisa la ayuda de una persona fuerte o entrenada.
0	DEPENDIENTE. Necesita grúa o alzamiento por dos personas. Incapaz de permanecer sentado.
<b>DEAMBULACIÓN</b>	
15	INDEPENDIENTE. Puede andar 50 metros, o su equivalente en casa, sin ayuda o supervisión de otra persona. Puede usar ayudas instrumentales (bastón, muleta), excepto andador. Si utiliza prótesis, debe ser capaz de ponérsela y quitársela sólo.
10	NECESITA AYUDA. Necesita supervisión o una pequeña ayuda física por otra persona. Precisa utilizar andador.
5	INDEPENDIENTE (en silla de ruedas) en 50 metros. No requiere ayuda ni supervisión.
0	DEPENDIENTE
<b>SUBIR Y BAJAR ESCALERAS</b>	
10	INDEPENDIENTE. Capaz de subir y bajar un piso sin la ayuda ni supervisión de otra persona
5	NECESITA AYUDA
0	DEPENDIENTE. Incapaz de salvar escalones.
<20: dependencia total; 20-40: dependencia grave; 45-55: moderada; 60 o más: leve	

*Figura 19. Índice de Barthel. Actividades básicas de la vida diaria.*

## ANEXO IV. VALORACIÓN COGNITIVA. TEST DE PFEIFFER.

### CRIBADO DE DETERIORO COGNITIVO -TEST DE PFEIFFER VERSIÓN ESPAÑOLA-

**Población diana:** Población general. Se trata de un cuestionario **heteroadministrado** que consta de 10 ítems. El punto de corte está en 3 o más errores, en el caso de personas que al menos sepan leer y escribir y de 4 ó más para los que no. A partir de esa puntuación existe la sospecha de deterioro cognitivo.

Ítems	ERRORES
¿Qué día es hoy? -día, mes, año-	
¿Qué día de la semana es hoy?	
¿Dónde estamos ahora?	
¿Cuál es su nº de teléfono?	
¿Cuál es su dirección? –preguntar sólo si el paciente no tiene teléfono-	
¿Cuántos años tiene?	
¿Cuál es su fecha de nacimiento? -día, mes, año-	
¿Quién es ahora el presidente del gobierno?	
¿Quién fue el anterior presidente del gobierno?	
¿Cuáles son los dos apellidos de su madre?	
Vaya restando de 3 en 3 al número 20 hasta llegar al 0.	
<b>PUNTUACIÓN TOTAL</b>	

## **ANEXO V. CARPETA DEL CUIDADOR.**

### **1. IDENTIFICACIÓN DEL CUIDADOR PRINCIPAL.**

- A) Edad
- B) Sexo
- C) Grado de parentesco
- D) Familiar o contratado.
- E) Disponibilidad de éste a lo largo de la semana y contacto con este.
- F) Alternativas de relevo o de refuerzo.

### **2. CONOCIMIENTOS ACERCA DEL CUIDADO.**

- A) Alimentación: escasos  
adecuados
- B) Higiene: escasos  
adecuados.
- C) Movilización escasos  
adecuados.
- D) Adherencia al tratamiento farmacológico. escasos  
adecuados

### **3. CAPACIDAD FUNCIONAL Y ANÍMICA PARA EL CUIDADO.**

- A) estable.
- B) necesita refuerzo.
- C) inestable.

### **4. PROPUESTAS DE ACTUACIÓN :**

- A) Refuerzo para la mejora de la alimentación.
- B) Refuerzo para la mejora de la higiene.
- C) Refuerzo para la mejora de la movilidad.
- D) Refuerzo para la mejora de la adherencia al tratamiento farmacológico.

## **ANEXO VI. NECESIDAD DE CUIDADOS Y PROPUESTA DE INTERVENCIÓN.**

Estos datos se obtienen directamente de OMI que se pueden visualizar en [Ágora](#).

## **ANEXO VII. Clasificación de las discrepancias**

Las discrepancias observadas en el proceso de conciliación se pueden clasificar en:

1. Sin discrepancia
2. Discrepancia justificada  a. Inicio de medicación justificada por la situación clínica  b. Decisión médica de no prescribir un medicamento o cambiar su dosis, frecuencia o vía en función de la situación clínica.  c. Se realiza la sustitución terapéutica según la guía del hospital
3. Discrepancia que requiere aclaración  a. Omisión de medicamento. El paciente tomaba un medicamento necesario y no se ha prescrito sin que haya justificación explícita o clínica para omitirlo.  b. Inicio de un nuevo medicamento, sin causa justificada  c. Diferente dosis, vía de administración o frecuencia, que no se explica por situación clínica, función renal, hepática, náuseas o vómitos.  d. Diferente medicamento de la misma clase.  e. Duplicidad  f. Interacción  g. Medicamento no disponible en el hospital  h. Prescripción incompleta. La prescripción del tratamiento crónico se realiza de forma incompleta y requiere aclaración.

## ANEXO VIII. Cuestionario SMAQ

<b>CUESTIONARIO ADHERENCIA SMAQ</b>	<b>Respuesta Posible</b>
1. Alguna vez ¿Olvida tomar la medicación?	•Sí • No
Toma siempre los fármacos a la hora indicada?	•Sí • No
2. Alguna vez ¿deja de tomar los fármacos si se siente mal?	•Sí • No
3. Olvidó tomar la medicación durante el fin de semana?	•Sí • No
4. En la última semana ¿cuántas veces no tomó alguna dosis?	<b>A: ninguna</b> <b>B: 1-2</b> <b>C: 3-5</b> <b>D: 6-10</b> <b>E: más de 10</b>
En los últimos 3 meses ¿cuántos días completos no tomó la medicación?	<b>Días:</b>

## **10. BIBLIOGRAFÍA**

Bengoa R. Innovaciones en la gestión de las enfermedades crónicas. JANO 28 de noviembre-4 de diciembre de 2008. N° 1.718: 49-52.

Bengoa R. y Nuño R. Cuidar y curar, ElsevierMasson, Barcelona 2008.

Estrategia para el Abordaje de la cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e igualdad. 2012.

[www.msssi.gob.es/.../ESTRATEGIA\\_ABORDAJE\\_CRONICIDAD.pdf](http://www.msssi.gob.es/.../ESTRATEGIA_ABORDAJE_CRONICIDAD.pdf)

Estrategia para afrontar el reto de la cronicidad en Euskadi, Gobierno Vasco, julio 2010. (12) Conferencia Nacional para la atención al paciente con enfermedades crónicas, Sevilla 20 enero 2011.

Galindo y cols. Interacciones medicamentosas en pacientes pluripatológicos. Rev Clin Esp. 2010;210(6):270-278.

Galvan y cols. Adecuación del tratamiento farmacológico en pacientes pluripatológicos. Aten Primaria, 2013;45(1):6-20.

Gómez Pesquera C. La enfermera comunitaria de enlace. Jano 2008; 1685: 27-30.

Instrumento de Evaluación de Modelos de Atención ante la Cronicidad (IEMAC).<http://www.iemac.org/>

OMS. Prevención de las enfermedades crónicas: una inversión vital. 2005.[http://www.who.int/chp/chronic\\_disease\\_report/overview\\_sp.pdf](http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/overview_sp.pdf)

SemFYC, SEMI, FAECAP. Desarrollo de guías de práctica clínica en pacientes con comorbilidad y pluripatología. Madrid. Multimédica Proyectos, S.L. 2013.

Terraza Núñez R, Vargas Lorenzo I, Vázquez Navarrete ML. La coordinación entre niveles asistenciales: una sistematización de sus instrumentos y medidas. Gac Sanit 2006; 20(6):485-95.<http://scielo.isciii.es/pdf/gsv20n6/revision.pdf>

U.S. Department of Health and Human Services. Multiple Chronic Conditions—A Strategic Framework: Optimum Health and Quality of Life for Individuals with Multiple Chronic Conditions. Washington, DC. December 2010.[http://www.hhs.gov/ash/initiatives/mcc/mcc\\_framework.pdf](http://www.hhs.gov/ash/initiatives/mcc/mcc_framework.pdf)