



# Un modelo de atención integral al paciente crónico complejo

## EXPERIENCIA DE UN TERRITORIO

MONTSERRAT TORRES: Enfermera, directora de Enfermería del Sector de Atención Primaria.  
NÚRIA FABRELLAS y MONTSERRAT SOLÀ: Enfermeras, profesoras titulares de la Escola Universitària d'Infermeria (Universitat de Barcelona).  
ANTONIA RUBIO MERCHÁN: Secretaria de Direcció. SAP Delta del Llobregat.  
NEUS CAMAÑES GARCIA: Màster en Direcció de Comunicació de Institucions Empresariales.  
SOFIA BERLANGA: Enfermera EAP (Equip d'Assessorament Psicopedagògic). Santa Eulàlia Sud.  
Profesora associada de la Escola Universitària d'Infermeria (Universitat de Barcelona).

### Resumen

**INTRODUCCIÓN.** El aumento de la esperanza de vida ha comportado un incremento de patologías crónicas. La evolución de las enfermedades crónicas es causa de disfunciones orgánicas y sistémicas, las cuales causan limitaciones físicas y psíquicas que obligan a establecer ayudas para poder realizar las tareas vitales básicas.

La Atención Primaria (AP) tiene un papel clave en el seguimiento de la fragilidad, cronicidad y complejidad de la población, pero para atender la alta complejidad de forma adecuada es preciso conocer y coordinar los distintos recursos existentes en el territorio.

**DESARROLLO DEL MODELO DE ACTUACIÓN: CREACIÓN DE UNA UNIDAD FUNCIONAL.** La AP debe garantizar la equidad, la accesibilidad, la longitudinalidad y la continuidad asistencial, sin olvidar que los resultados en salud deben ser óptimos.

En el SAP Delta del Llobregat existen varios proveedores de la salud, por lo que se elaboró un plan estratégico centrado en la coordinación i/o conciliación de todos los dispositivos implicados en la asistencia para dar una atención integral a la persona.

Los pacientes incluidos en este programa debían estar identificados como PCC, en fase evolucionada y tributaria de seguimiento intensivo.

**CONCLUSIONES.** La identificación de las personas catalogadas como PCC y en situación de riesgo clínico permite un seguimiento exhaustivo a fin de evitar exacerbaciones y la hiperutilización de los recursos hospitalarios no programados.

**PALABRAS CLAVE:** PACIENTE CRÓNICO COMPLEJO, ATENCIÓN PRIMARIA, COORDINACIÓN.

### A MODEL OF COMPREHENSIVE CARE FOR COMPLEX CHRONIC PATIENT. EXPERIENCE OF A TERRITORY

#### Summary

**INTRODUCTION.** The Increase in life expectancy has brought an increase in chronic diseases. The evolution of chronic disease is the cause of several organic and systemic dysfunctions, leading to physical and mental limitations that determine the need for some aid to perform basic vital tasks.

Primary health care has a key role in the monitoring of fragility, chronicity, and complexity of population. However, in order to address properly high complexity diseases it is necessary to know and coordinate the different resources existing inside the territory.

**THE DEVELOPMENT OF THE MODEL FOR ACTION: THE IMPLEMENTATIONS OF A FUNCTIONAL UNIT.** The Primary Health Care must ensure equity, accessibility, longitudinally, and continuity of care, bearing in mind that health outcomes must be optimal.

There are several health care providers in the Delta del Llobregat SAP, so it was implemented a strategic plan focused on the coordination and/or the reconciliation of all the devices involved in the assistance in order to provide comprehensive attention to the patient.

The patients included in this program were to be identified as CCP (Complex chronic Patient), in an evolved and tributary phase of intensive follow-up.

**CONCLUSIONS.** The identification of patients listed as CCP and at clinical risk allows a comprehensive monitoring in order to prevent exacerbations and overuse of unscheduled hospital resources.

**KEYWORDS:** COMPLEX CHRONIC PATIENT, PRIMARY HEALTH CARE, COORDINATION.

## Introducción

El presente artículo describe el abordaje realizado en el área metropolitana sur de Barcelona. El aumento de la esperanza de vida, atribuible mayoritariamente a las mejoras socioeconómicas y sanitarias, ha comportado un incremento de patologías crónicas. La mayoría se desarrollan en pacientes de edad avanzada [1]. La prevalencia e incidencia de la cronicidad en la sociedad es en la actualidad la causa de mayor carga de morbimortalidad. Las políticas de salud actuales se han visto obligadas a afrontar un cambio integral en el modelo asistencial y convertirse en una necesidad establecida por los sistemas de salud de los países de nuestro entorno [1, 2]. En Cataluña, una línea prioritaria de actuación del Pla de Salut (PdS) 2011-2015 (instrumento estratégico y marco de referencia de todas las actuaciones públicas en materia de salud en el ámbito de la Generalitat de Catalunya) es la implementación de un sistema de atención centrado y orientado a la persona con algún problema de salud crónico [3].

Para dar una respuesta adecuada a las demandas y necesidades de la población, se propone un abordaje proactivo en la priorización de las intervenciones aplicadas desde el dispositivo asistencial más eficaz y eficiente [4, 5]. Este tipo de actuación fomenta la transversalidad de los diferentes dispositivos asistenciales, la proactividad de los profesionales y la implicación del entorno, lo que favorece la disminución de la morbimortalidad de estos pacientes [6].

En las últimas décadas, el porcentaje de personas mayores de 65 años ha aumentado considerablemente. Se estima que en el año 2050 el 35 % de la población en España serán personas mayores de 65 años [7, 8]. La población mayor de 65 años, en las sociedades desarrolladas, tiene una alta prevalencia de enfermedades crónicas y genera un gasto sanitario superior entre 4 y 12 veces al de las personas con menos edad [9-11].

La evolución de las enfermedades crónicas es causa de disfunciones orgánicas y sistémicas, las cuales causan limitaciones físicas y psíquicas que determinan la necesidad de establecer ayudas para poder realizar las tareas vitales básicas. Los pacientes crónicos complejos (PCC) son aquellos en los que cabe destacar las siguientes condiciones: multimorbilidad o enfermedad crónica única grave, alta probabilidad de crisis, sintomatología múltiple de difícil control, elevada utilización de servicios de urgencias, fármacos y hospitalizaciones, fragilidad de base, pérdida funcional, probabilidad de deterioro rápido y/o aparición de síndromes geriátricos, situaciones

psicosociales adversas y, en definitiva, toda situación clínica que precisa de un abordaje sanitario integral.

Partiendo de esta definición, se considera que un 5 % de la población es un PCC y a su vez constituyen el 2-5 % de la población usuaria de los centros de salud.

Este grupo de pacientes consume la mayor parte de los recursos sanitarios [12], por lo que la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud (SNS) dependerá de la gestión de la atención a estos pacientes y de la coordinación entre niveles. La frecuentación, visitas domiciliarias, pruebas complementarias y farmacia cuadruplica la media por paciente [13]. Las descompensaciones que presentan estas persona –como ingresos hospitalarios y procesos de pérdida de capacidad funcional– son prevenibles y evitables siempre y cuando reciban una respuesta ajustada a las necesidades y problemas reales [14].

El PdS 2011-2015, elaborado por el Departament de Salut, favorece la conciliación y coordinación de los distintos dispositivos asistenciales implicados en la asistencia asistencial de los PCC con la finalidad de reducir la tasa de reingresos y/o de episodios de atención urgente [3]. La variabilidad territorial de los dispositivos asistenciales hace necesario que cada territorio desarrolle su propio modelo de asistencia integral.

Este modelo busca garantizar una asistencia personalizada y ajustar de manera individualizada el trabajo entre niveles para dar una respuesta adecuada a los enfermos y sus familias al mínimo coste.

La atención primaria (AP) tiene un papel clave en el seguimiento de la fragilidad, cronicidad y complejidad de la población, pero para atender la alta complejidad de modo apropiado es necesario el soporte de un experto y el apoyo de un dispositivo abierto las 24 horas, por lo que es necesario conocer los distintos recursos existentes en el territorio en lo que respecta a la atención continuada.

El Servicio de Atención Primaria (SAP) Delta del Llobregat diseñó un modelo de atención integral que centra sus objetivos en la coordinación de todos los dispositivos implicados en la atención de los ciudadanos de la zona, así como en la coordinación de las actividades e intervenciones de las diferentes líneas asistenciales.

## Análisis de la situación

El Institut Català de la Salut, proveedor de servicios de salud mayoritario en Cataluña, se organiza territorialmente por ámbitos y estos por servicios de Atención Primaria (SAP). El SAP Delta del Llobregat, situado en

# La Atención Primaria tiene un papel clave en el seguimiento de la fragilidad, cronicidad y complejidad de la población

la zona metropolitana sur de Barcelona, abarca una población de 599 068 habitantes, de los cuales 58 505 son mayores de 64 años y 20 776 mayores de 80 [15].

El proyecto del SAP Delta del Llobregat relacionado con la atención al PCC se basó en las necesidades detectadas de la población y los recursos disponibles. Por ello, la estratificación de la población y la priorización de las intervenciones fueron fundamentales. Para la estratificación de la población, se partió de un análisis de las características sociodemográficas, comorbilidad, fragilidad y severidad de la/s enfermedad/es de la población asignada que hace el PdS 2011-2015. La estratificación se utilizó para la identificación de la población con criterios de cronicidad, fragilidad y dependencia; al mismo tiempo, facilitó la priorización de las actuaciones preventivas, asistenciales y/o rehabilitadoras y la reordenación de los recursos existentes.

#### Desarrollo del modelo de actuación: creación de una Unidad Funcional

La AP debe garantizar la equidad, la accesibilidad, la longitudinalidad y la continuidad asistencial, sin olvidar que los resultados en salud deben ser óptimos.

En el SAP Delta del Llobregat existen varios proveedores de salud y diferentes niveles asistenciales, lo cual da lugar a la multiplicidad y duplicidad de actuaciones. Con la finalidad de garantizar la atención adecuada a los PCC y evitar la duplicidad de las intervenciones, se elaboró un plan estratégico de trabajo que diera respuestas a las exigencias del actual PdS, mediante el diseño de un modelo de atención integral que centrara su punto de interés en la coordinación y/o conciliación de los dispositivos implicados en la asistencia de sus ciudadanos. En esta línea, se constituyó la Unidad Funcional de Atención a la Cronicidad, Complejidad y continuidad (UFAC) [3].

La UFAC integra y coordina todos los servicios existentes en el territorio para la atención de estos pacientes garantizando una gestión eficiente, innovadora y globalizadora para conjugar adecuadamente las bondades de una AP garantista de equidad y accesibilidad, con la obligada necesidad de adaptarse a las emergentes ne-

## La Atención Primaria debe garantizar la equidad, la accesibilidad, la longitudinalidad y la continuidad asistencial, sin olvidar que los resultados en salud deben ser óptimos



cesidades sociales tecnológicas y económicas del siglo XXI.

La misión, visión y valores de esta unidad funcional se basaron en la responsabilidad, proactividad, transparencia, equidad, calidad, respecto, trabajo en equipo y mejora continua fundados en la innovación.

La finalidad de la UFAC es mantener al paciente en su domicilio, siempre que sea posible, consiguiendo la coordinación entre niveles y la garantía de atención durante 24 horas los 365 días del año.

La unidad se creó con agentes internos y agentes externos. El grupo de agentes internos está formado por: las gestoras de casos, PADES (Programa d'Atenció Domiciliària i Equips de Suport), profesionales de Atención Primaria, de *call center* (061, CatSalut respon) y de rehabilitación domiciliaria. Las ACUT (Unitats d'Atenció Continuada i Urgències de Base Territorial) se consideraron agentes internos del proceso mientras que, dentro del grupo de los externos, existe una amalgama de proveedores.

Los agentes externos se clasificaron en dos grupos:

1. Grupos de primer nivel (hospitalización a domicilio, hospital de día, salud mental, sociosanitarios, unidades de estancia corta, servicios sociales municipales, etc.

2. Grupos de segundo nivel (agencias subcontratadas, asociaciones de pacientes, asociaciones profesionales, asociaciones de vecinos y mutuas).

Estos agentes externos permiten, con su integración en el conjunto de profesionales de Atención Primaria, la prestación de una asistencia global confirmada e integral al paciente crónico.

Para estratificar a los pacientes se utilizó el agrupador de morbilidad CRG (Clinical Risk Group), que de forma sistemática y generalizada facilita la gravedad y la complejidad de los pacientes crónicos [16]. Inicialmente, el proyecto se centró en los pacientes identificados en las categorías 6 y 7 del CRG, que corresponden a personas que padecen patologías crónicas que afectan a dos órganos o más diferentes y incluidas en programa de atención domiciliaria [17]. A mayor autocuidado y autonomía del paciente, menor sobrecarga para el cuidador principal.



El modelo de integración asistencial y de atención y seguimiento al PCC se proponía mejorar la calidad de vida del enfermo y de la familia potenciando la autonomía y autocuidado de estos pacientes mediante la educación sanitaria personalizada para prevenir las descompensaciones y mantener las capacidades funcionales residuales de la persona

Como consecuencia de todo ello, cabe esperar la disminución de las descompensaciones evitando ingresos hospitalarios innecesarios.

Para llevar a cabo la finalidad de la UFACC se genera un nuevo dispositivo SEVIAC (Set, Vint-i-quatre, Atenció Continuada). Se trata de una unidad formada por un conjunto de profesionales sanitarios que, con conocimientos de práctica avanzada, desarrolla un proceso de colaboración y continuidad asistencial para satisfacer las necesidades de salud tanto en pacientes crónicos complejos como del entorno del cuidador, y que dispensan, en el domicilio del paciente, cuidados de control de síntomas en fases de inestabilidad clínica, coordinación a otros niveles asistenciales en caso necesario y acompañamiento en situaciones de final de vida [18].

Este dispositivo cubrirá las demandas generadas en el tramo horario en que el centro de salud correspondiente permanece cerrado, y los fines de semana y festivos.

#### **Sistema de identificación de pacientes**

Todos los pacientes incluidos dentro de la población diana identificados como PCC, en fase evolucionada y tributaria de seguimiento intensivo, disponían de una tarjeta identificativa. Esta identificación pretende facilitar las tramitaciones administrativas derivadas de su patología y evitar desplazamientos no sanitarios.

En la tarjeta constan los datos de identificación del

paciente (nombre y CIP), el nombre y teléfono de contacto de su gestora de casos y el número del dispositivo SEVIAC.

Es de especial necesidad la utilización de la Historia Clínica Compartida (HC3).

#### **Estrategia de intervención proactiva en el territorio de referencia del Hospital de Viladecans**

Previo a la implementación de este proyecto en todo el territorio, se realizó una prueba piloto, en concreto en la zona de referencia del Hospital de Viladecans y en las áreas básicas de salud de Castelldefels, Gavà, Begues y Viladecans

La prueba piloto se desarrolló en cuatro fases:

1. Identificación de personas con problemas de salud tipificadas según el grado de severidad.
2. Clasificación de los pacientes mediante listados de identificación y EAP.
3. Valoración de los pacientes por parte de la gestora de casos o enfermera referente, así como por la trabajadora social y el PADES en caso necesario.
4. Revisión de los pacientes incluidos en el programa ATDOM (Atención Domiciliaria) con la población diana

Una vez finalizada la estrategia de búsqueda y clasificación de los pacientes incluidos, se obtuvo una serie de grupos con criterio de inclusión:

- CRG 7 con 3 o más ingresos.
- CRG 6 con 3 o más ingresos.
- CRG 7 y en programa ATDOM.
- Pacientes con diagnóstico de IC i/o EPOC (enfermedad pulmonar obstructiva crónica) en programa ATDOM.
- CRG 8 en tratamiento paliativo.

Los criterios de exclusión fueron:

- Pacientes frágiles y/o dependientes clínicamente estables que no habían ingresado ni realizado ninguna visita en Urgencias hospitalarias en los últimos 12 meses.
- Pacientes trasladados de manera permanente a otras zonas.
- Pacientes ingresados en residencias geriátricas.
- Personas que rechazaron entrar en este programa.

A todos las personas incluidas en la prueba piloto se les realizó una valoración geriátrica integral (VGI). La VGI consta de una valoración multidimensional y multidisciplinar clínica, funcional, cognitiva, afectiva y social de cada persona. La VGI incluye los test Barthel, Pfeiffer (excepto en pacientes con diagnóstico de demencia filiada), Braden, riesgo de caídas, Gijón y Zarit, en versión reducida.

A los pacientes incluidos provenientes del PADES, la valoración integral y multidisciplinaria se hacía siguiendo los criterios del Registro Mínimo de Datos (RMD), utilizados y consensuado por los equipos PADES-ICS de toda Cataluña.

Al finalizar la VGI, se estableció un plan de cuidados individualizado y consensuado entre la gestora de casos y el profesional de referencia para poder trabajar de forma coordinada. El seguimiento de los pacientes varía en intensidad según su estado basal, la implicación de la familia y el potencial de riesgo de descompensación.

La prueba piloto ayudó a generar propuestas de mejora, como identificar previamente a los pacientes en cartera de servicios de las gestoras de casos, facilitar la coordinación de las pruebas en un mismo día para evitar traslados innecesarios y adecuar la atención a las necesidades del paciente.

La incorporación de modelos de gestión de redes, teniendo en cuenta la concurrencia de múltiples proveedores y agentes en un mismo territorio, permite trabajar de una manera más alineada y cooperativa [19].

### Conclusiones

El análisis de las características de la población permite estratificarla según la fragilidad y severidad del proceso. La priorización de las intervenciones según la intensidad debe relacionarse con la prevalencia de los problemas detectados y su impacto en la calidad de vida y la utilización de los recursos.

La identificación de las personas catalogadas como PCC y en situación de riesgo clínico permite un seguimiento exhaustivo para evitar exacerbaciones y la hiperutilización de los recursos hospitalarios no programados. La gestión integral de las personas es factible cuando los enfermos están detectados y estratificados según el grado de complejidad y fragilidad.

La creación de esta unidad funcional de atención a la cronicidad y a la complejidad ha sido indispensable para la integración de todos los servicios territoriales de atención a los pacientes crónicos complejos.

### BIBLIOGRAFÍA

- [1] OPIMEC. Documento de consenso de la Conferencia nacional para la atención al paciente con enfermedades crónicas. Grupo de Trabajo de la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI) y la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC). Sevilla: 20 de enero de 2011. Disponible en: <http://www.fesemi.org/documentos/1370366301/publicaciones/consensos/conferencia-nacional-atencion-paciente-cronico.pdf>
- [2] Taggart J, Williams A, Dennis S, Newall A, Shortus T, Zwar N, et al. A systematic review of interventions in primary care to improve health literacy for chronic disease behavioral risk factors. *BMC Family Practice* 2012; 13: 49. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1471-2296/13/49>.
- [3] Pla de Salut 2011-2015. Generalitat de Catalunya.
- [4] López A, Mathers C, Ezzati M, Jamison D, Murray C. Global burden of disease and risk factors. Nueva York: The World Bank and Oxford University Press; 2006
- [5] Alwan A (2011) Global status report on non communicable diseases 2010. Ginebra: Organización Mundial de la Salud (OMS). Disponible en: [http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789240686458\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789240686458_eng.pdf). [Acceso 6 Jun 2012].
- [6] Coburn KD, Marcantonio S, Lazansky R, Keller M, Davis N. Effect of a Community-Based Nursing Intervention on Mortality in Chronically Ill Older Adults: A Randomized Controlled Trial. *PLoS Med*. 2012; 9(7): e1001265. doi:10.1371/journal.pmed.1001265
- [7] Jadad AR, Cabrera A, Martos F, Smith R, Lyons RF. When people live with multiple chronic diseases: a collaborative approach to an emerging global challenge. Granada: Andalusian School of Public Health; 2010. Disponible en: <http://www.opimec.org/equipos/when-people-live-with-multiple-chronic-diseases/>
- [8] Ministerio de Sanidad y Política Social (Spanish Ministry of Health and Social Policies). Unidad de Pacientes Pluripatológicos. Estándares y Recomendaciones. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2009.
- [9] Wolff JL, Starfield B, Anderson G. Prevalence, expenditures, and complications of multiple chronic conditions in the elderly. *Arch Intern Med*. 2002; 162: 2269e7.
- [10] Paez KA, Zhao L, Hwang W. Rising out-of-pocket spending for chronic conditions: a ten-year trend. *Health Aff*. 2009; 28: 15e25.
- [11] Dormont B, Grignon M, Huberd H. Health expenditure growth: reassessing the threat of ageing. *Health Econ*. 2006; 15: 947-63. doi:10.1002/hec.1165.
- [12] Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2012.
- [13] Carreras M, Ibern P, Coderch J, Sánchez I, Inoriza JM. Estimating lifetime health-care costs with morbidity data. *BMC Health Services Research*. 2013; 13: 440. doi:10.1186/1472-6963-13-440.
- [14] Rajmil L, López-Aguilá S. Desenvolupament d'un model predictiu d'ingressos i reingressos hospitalaris no programats a Catalunya; 2010.
- [15] Projecte «Abordatge del pacient crònic complex al SAP Delta del Llobregat (ICS)». L'Hospitalet del Llobregat; 2012.
- [16] 3M™ Clinical Risk Grouping Software: Definitions Manual. Wallingford: 3M Health Information System; 2004.
- [17] Rodríguez Martín C, Castaño Sánchez C, García Ortiz L, Recio Rodríguez JI, Castaño Sánchez Y, Gómez Marcos MA. Eficacia de una intervención educativa grupal sobre cambios en los estilos de vida en hipertensos en Atención Primaria: un ensayo clínico aleatorio. *Rev Esp Salud Pública*. 2009; 83: 441-52.
- [18] Corrales Nevado D, Alonso Babarro A, Rodríguez Lozano MA. Continuidad de cuidados, innovación y redefinición de papeles profesionales en la atención a pacientes crónicos y terminales. Informe SESPAS 2012. *Rev Gaceta Sanitaria*. 2012; 26(Sup1): 63-8.
- [19] Contel JC, Muntané B, Camp L. La atención al paciente crónico en situación de complejidad: el reto de construir un escenario de atención integrada. *Rev Aten Primaria*. 2012; 44(2): 107-13.