

ACTUALIZACIÓN DEL PLAN INTEGRAL OPERATIVO DE PACIENTES CRONICOS COMPLEJOS

2024

UGC MEDICINA INTERNA
HOSPITAL UNIVERSITARIO REINA SOFIA

Autor: Dr. Rafael Molero Cabrilla
Aprobación: Dr. José López Miranda
Fecha: Abril 2024

Revisión: Diciembre 2026
Responsable Revisión: Dr. Rafael
Molero Cabrilla



ÍNDICE

JUSTIFICACIÓN	4
OBJETIVO GENERAL	6
GRUPO DE TRABAJO	6
SITUACIÓN ACTUAL Y ANÁLISIS DAFO	6
OBJETIVOS ESPECÍFICOS IMPLANTADOS	9
ITINERARIO FORMATIVO	18
SEGUIMIENTO Y PROPUESTAS DE MEJORA	18
ANEXOS	20

Justificación

Las enfermedades crónicas (EC) siguen liderando las causas de mortalidad en todo el mundo, provocando más muertes cada año que otras causas, incluso consideradas de manera conjunta. Según la OMS, las EC fueron la causa del 63% de las muertes en el mundo durante 2008 y han supuesto cerca del 70% en 2020. Se estima que para el año 2050 España, y con ella Andalucía, será el segundo o tercer país más envejecido del mundo y pasaremos del 16 al 34% de la población con más de 65 años de edad. La relación de la edad con las EC y con la utilización de los servicios sanitarios está claramente establecida. Los datos publicados ponen de manifiesto que el 45,6% de la población mayor de 16 años padece un proceso crónico y el 22%, dos o más. La edad se relaciona con un número creciente de enfermedades crónicas y, a su vez, la cantidad de servicios para cuidar la salud de los mayores se debe, principalmente, al número de enfermedades crónicas que sufren.

Estos datos además están obligando a que los sistemas sanitarios adapten sus recursos y los reorienten para ofrecer una atención integral a estos pacientes. De hecho, las patologías crónicas son, en la actualidad, responsables del 59% de las muertes en el mundo y copan más del 70% del gasto sanitario, y esto nos obliga a continuar emprendiendo nuevas actuaciones.

Las mujeres presentan una mayor prevalencia en muchas de las enfermedades crónicas. La prevalencia de cronicidad en Andalucía en población mayor de 16 años, es del 45,6% y la de múltiples patologías es del 22%. El 61,6% de la población con discapacidad son mujeres. Estas prevalencias son similares entre los grupos de edad de 75-84 años y los mayores de 84 años. La población andaluza con 3 enfermedades crónicas tiene una edad media de 65 años.

Una gran parte de los enfermos que tratamos tanto en Atención Primaria (AP) como en el ámbito hospitalario (AH) sufren más de una enfermedad, es decir que presentan pluripatología. No existe una definición universalmente aceptada de paciente pluripatológico, aunque cuando hablamos de pluripatología no nos referimos exclusivamente a la presencia de más de una enfermedad, sino a un paciente con una **especial fragilidad clínica** por la concurrencia de determinados procesos. Así mismo, el término enfermo pluripatológico se utiliza asiduamente al referirnos a anciano frágil, a enfermos polimedicados, a pacientes hiperfrecuentadores o a reingresadores en los

Hospitales y, aunque no es sinónimo de ninguno de estos conceptos, constituye el núcleo esencial de cada una de estas realidades.

El paciente pluripatológico obliga, más que ningún otro, a una atención sustentada en la INTEGRALIDAD sociosanitaria y en la ATENCIÓN COMPARTIDA entre el nivel Especializado y Primario. La pluripatología y la polimedicación tienen una alta relación, siendo bastante más alta que la que se observa con la edad. El consumo de medicamentos aumenta a más del triple cuando hay presente al menos una enfermedad crónica.

La población andaluza con pluripatología en relación a la que no tiene enfermedad crónica acudió al médico tres veces más, utilizan los servicios de urgencias el doble y los ingresos se multiplican por dos. Estos datos permiten poner de manifiesto que nuestros hospitales de agudos se están convirtiendo en hospitales de pacientes crónicos con eventos agudos y especialmente de pacientes con múltiples enfermedades crónicas. Este hecho obliga a replantear la organización y las prioridades dentro del hospital en el marco de las recomendaciones generales de los modelos de atención a pacientes con enfermedades crónicas.

Por término medio, en Andalucía, los hombres van a vivir 7,9 años de su vida en situación de dependencia y las mujeres 12,1 años. Así pues, las mujeres viven en promedio más años, pero muchos de ellos los viven en situación de dependencia.

El análisis del conjunto de las altas hospitalarias de Andalucía pone de manifiesto que en el 43,14% de las altas hospitalarias se identifica una enfermedad crónica que genera discapacidad (Fuente: encuesta andaluza de salud pública de 2007). Desde este periodo a la actualidad se ha reducido un 21% el número de pacientes sin cronicidad, mientras que se ha incrementado un 66,82% el número de pluripatológicos. Frente al descenso del número total de altas hospitalarias en Andalucía, en el caso de los servicios de Medicina Interna es de destacar que el número de altas se ha incrementado un 23,64%. Sin embargo, mientras que los pacientes sin cronicidad han descendido un 23% los pluripatológicos se han incrementado un 94,83%.

De esta forma, en la actualidad el 83,57% de los enfermos de Medicina Interna tienen una enfermedad crónica y el 48,24% son pluripatológicos. Además el 38,47% de los pacientes pluripatológicos que son atendidos en los hospitales del SSPA son atendidos en el servicio de Medicina Interna. Es por ello que las Unidades de Medicina Interna son las más apropiadas para liderar este Plan y desarrollarlo conjuntamente con AP.

Objetivo general

Determinar la situación actual del PIOL y los aspectos a mejorar, dentro del área local de actuación, en el manejo global de las personas con enfermedades crónicas y necesidades de salud complejas, en el ámbito de atención primaria y hospitalaria para conseguir los mejores resultados en salud, con los mejores indicadores de calidad científico-técnica y de calidad percibida por las personas que la padecen.

Grupo de trabajo de Atención Hospitalaria:

- Esperanza López Jiménez, enfermera gestora de casos UGC M. Interna
- Purificación Durán García, enfermera UGC de M. Interna
- Dr. Francisco J. Fuentes Jiménez, Jefe de sección de UGC M. Interna asistencia ambulatoria y relación con A. Primaria.
- Dr. Rafael Molero Cabrilla, Jefe de sección de UGC M. Interna paciente pluripatológicos.
- Dr. Antonio Espino Montoro, FEA de la UGC M. Interna y referente para el PIOL de pacientes crónicos complejos en el HURS.

Situación actual y análisis DAFO

Para tener un punto de partida debemos analizar las medidas del PIOL de crónicos que se implantaron en 2018 así como los objetivos y mejoras implantados y alcanzados (2018-2020) y los pendientes de lograr, así como un Análisis DAFO.

Propuestas de Mejora

Alcanzadas:

1. Mejorar el grado de colaboración entre profesionales clínicos de ambos niveles en las intervenciones dirigidas a pacientes pluripatológicos. Conseguido durante 2018-2019 con las reuniones presenciales mensuales en las Consultorías de los Internistas referentes en los Centros de Salud. Durante el 2020 y primer semestre de 2021 quedaron paralizadas consecuencia de la pandemia por COVID 19. Se han retomado en el último trimestre de 2021 aunque con periodicidad bimensual.

2. Mejorar la elaboración de Plan de Atención Personalizado a pacientes Pluripatológicos Complejos. Conseguido desde la implantación en 2018, estando establecido ya un icono en Diraya que identifica a estos pacientes y permite la accesibilidad a los cuestionarios y escalas que el paciente tiene efectuadas.
3. Mejorar la atención a personas con enfermedades crónicas con necesidades complejas de salud. Mejorar la accesibilidad de los pacientes crónicos complejos a la Unidad de Medicina Interna. Detallado más abajo con la implantación desde 2018 de los equipos funcionales de AP-MI referente (ver desglose más abajo).
4. Reforzar el papel de la Comisión interniveles de atención a pacientes pluripatológicos. Iniciada en 2018 y hasta 2019, pero paralizada dicha comisión desde el inicio de la pandemia.
1. Garantizar planes terapéuticos adecuados para las patologías más prevalentes de los pacientes pluripatológicos según estándares de calidad y seguridad. Objetivos compartidos con AP y orientados a resultados en salud que están incluidos en los Acuerdos de Gestión de la UGC de M. Interna (ver desglose más abajo).

Pendientes:

1. Mejorar el conocimiento de la población en el cuidado de los pacientes pluripatológicos.
2. Potenciar la herramienta de derivación/valoración de los pacientes Crónicos Complejos por Teleconsulta.

Debilidades	Fortalezas
<ul style="list-style-type: none"> • Formación profesionales • Saturación Consultas. • Mal gestión del tiempo. • Listados de pacientes no actualizados. • Sistemas de Información lentos. • Programas informáticos no adecuados, falta de alarma de activación del PAPMI . • No interrelación entre Diraya Primaria- Diraya especializada. • Necesidad de mejoras en tecnología de información y comunicación que desarrollen nuevas estrategias de relación entre profesionales y pacientes. • Encuestas de satisfacción profesionales. 	<ul style="list-style-type: none"> • Herramienta útil para la atención de pacientes crónicos con necesidades complejas de salud en Atención Primaria ya que permite una mejor comunicación con el paciente • Mejorar la comunicación con Hospital. • Mejorar la actuación compartida médico-enfermera en Primaria. • Satisfacción del usuario. • Disminuir ingresos hospitalarios. • Disminuir asistencia de estos pacientes en urgencias tanto de primaria como de hospital. • Diagnostico e intervención precoz.
Amenazas	Oportunidades
<ul style="list-style-type: none"> • Aumento de pacientes con necesidades complejas de salud. • Motivación profesionales . • Habilidad para comunicar con personas ancianas • Mayor porcentaje de analfabetismo en medios rurales. • Limitaciones físicas propias de la edad. 	<ul style="list-style-type: none"> • Potenciar la continuidad asistencial y la personalización de la asistencia. • Identificar a los pacientes con enfermedades crónicas complejas , con enfermedades crónicas avanzadas, pluripatológicos y pacientes frágiles. • Crear un marco de atención compartida entre diferentes ámbitos asistenciales. • Valoración integral social y asistencial del paciente.

Objetivos específicos implantados previamente.

1. Mejorar el grado de colaboración entre profesionales clínicos de ambos niveles en intervenciones dirigidas a pacientes pluripatológicos.

Actuaciones: mediante las Consultorías presenciales de los Internistas referentes en los

DISTRITO	UGC	CENTROS	Internista de referencia	
DISTRITO SANITARI O CORDOB A	AE	AEROPUERTO	Dr. Antonio Espino Montoro y Dra. Begoña Cortés Rodríguez E-mail: espinomontoro@gmail.com E-mail: begocortesrod@gmail.com	
	CCP	CARLOS CASTILLA DEL PINO LA MARINA SANTA MARIA DE TRASIERRA	Dr. Antonio Espino Montoro Tel: 630943799 y Dr. José Alcalá Pedrajas Tel 646185066 E-mail: espinomontoro@gmail.com E-mail: jnalcala58@hotmail.com	
	CO	COLON	Dra. Ana Jurado Porcel (anam.jurado_porcel.sspa@juntadeandalucia.es) y Dra. Esher Guisado Espartero (guesm53@hotmail.com). Tel: 510266	
	FU	FUENSANTA ALCOLEA BARRIO DEL ANGEL	Dr. Antonio Espino Montoro y Dra. Lola Adarraga Cansino E-mail: espinomontoro@gmail.com adarragalola3@gmail.com	
	GU	GUADALQUIVIR	Dr. Fernando López Segura. Tel: 629630998 E-mail: fernando.lopez.segura.sspa@juntadeandalucia.es	
	HR	HUERTA DE LA REINA	Dr. Fernando López Segura. Tel: 629630998 E-mail: fernando.lopez.segura.sspa@juntadeandalucia.es	
	LN	LEVANTE NORTE	Dr. Francisco J. Fuentes Jiménez. Tel: 649190589 E-mail: franciscoj.fuentes.sspa@juntadeandalucia.es	
	LS	LEVANTE SUR CERRO MURIANO	Dr. Fernando López Segura. Tel: 629630998 E-mail: fernando.lopez.segura.sspa@juntadeandalucia.es	
	LU	LUCANO	Dr. Aquiles Lozano Rodríguez-Mancheño E-mail: aglozanorod@gmail.com Tel: 510449	
	OC	OCCIDENTE AZAHARA HIGUERON VILLARRUBIA ENCINAREJO	Dr. Francisco J. Fuentes Jiménez. Tel: 649190589 E-mail: franciscoj.fuentes.sspa@juntadeandalucia.es	
	PO	PONIENTE	Dr. Javier Delgado Lista (E-mail: fjavier.delgado.sspa@juntadeandalucia.es) y Dr. José David Torres Peña (azarel_00@hotmail.com) Tel: 512882	
	SR	SANTA ROSA EL NARANJO	Dr. Fernando López Segura. Tel: 629630998 E-mail: fernando.lopez.segura.sspa@juntadeandalucia.es	
	SS	SECTOR SUR SANTA CRUZ	Dra. Ana Isabel Pérez Caballero. Tel: 510449 E-mail: aisabel.perez.sspa@juntadeandalucia.es	
	DISTRITO SANITARI O GUADAL QUIVIR	BU	BUJALANCE VILLA FRANCA EL CARPIO CAÑETE DE LAS TORRES VALENZUELA	Dr. Juan Francisco Alcalá Díaz. Tel: 512882 E-mail: juanf.alcala.sspa@juntadeandalucia.es Dr. Antonio García Ríos. E-mail: angarios2004@yahoo.es
		FP	FUENTE PALMERA FUENTECARRETEROS OCHAVILLO CAÑADA RABADAN	Dr. Francisco J. Fuentes Jiménez. Tel: 649190589 E-mail: franciscoj.fuentes.sspa@juntadeandalucia.es
		LC	LA CARLOTA ARRECIFE SAN SEBASTIAN DE LOS BALLESTEROS LA VICTORIA LA GUIJARROSA	Dr. Francisco J. Fuentes Jiménez. Tel: 649190589 E-mail: franciscoj.fuentes.sspa@juntadeandalucia.es
		SI	VILLAVICIOSA VILLAHARTA OBEJO	Dr. Francisco J. Fuentes Jiménez. Tel: 649190589 E-mail: franciscoj.fuentes.sspa@juntadeandalucia.es
		MO	MONTORO VILLA DEL RIO PEDRO ABAD ADAMUZ	Dr. Fernando López Segura. Tel: 629630998 E-mail: fernando.lopez.segura.sspa@juntadeandalucia.es Tel: 512882
		PR	PALMA DEL RIO PEÑAFIOR	Dr. Juan Criado García Tel: 512882 E-mail: juan.criado.garcia.sspa@juntadeandalucia.es
PS		POSADAS ALMODOVAR DEL RIO HORNACHUELOS LOS MOCHOS GUADALCAZAR	Dr. José F. Felipe Medina. Tel: 511555 E-mail: josef.felipe.sspa@juntadeandalucia.es	

Centros de Salud con carácter mensual durante 2018, 2019 y dos primeros meses de 2020, con posterioridad se suspendieron por la pandemia del COVID. Se han retomado en el último trimestre de 2021 y con carácter bimensual.

Tabla 1. Asignación de Internistas referentes a Centros de Salud en Distrito C-G.

2. Mejorar la atención a personas con enfermedades crónicas con necesidades complejas de salud y Mejorar la accesibilidad de los pacientes crónicos complejos a la Unidad de Medicina Interna.

Actuaciones:

1. CONSTITUIR EQUIPOS FUNCIONALES A. PRIMARIA Y M. INTERNA:

Los equipos funcionales de AP-MI ya están constituidos siguiendo las instrucciones establecidas en el PAAIPEC desde 2016, con renovación de los internistas referentes y asignación de Centros de Salud en enero 2021, (ver tabla 1).

2.DEFINIDOS LOS CIRCUITOS y PROCEDIMIENTOS A. PRIMARIA - M. INTERNA:

2.1.- IDENTIFICACIÓN del paciente: Se comenzará incluyendo en el Plan a aquellos pacientes que cumplan la definición funcional del PAI de paciente pluripatológico y hayan ingresado en el año anterior en M. Interna o que tengan un índice Profund moderado-alto (> 0 = 8).

2.2.- ELABORACIÓN DEL PLAN DE ACTUACIÓN PERSONALIZADO (PAP): todos los pacientes incluidos en el plan deben tener su PAP entregado y los que precisen de ser revisados por el equipo conjunto de AP-MI deben tener activado el PAPMI.

2.3.- ACTIVACIÓN DEL PLAN DE ATENCION PRIMARIA MEDICINA INTERNA

(PAPMI): cuando estos pacientes en su revisión por el equipo de AP presenten algún problema clínico que se considere deba ser evaluado por el Internista, el MF se pondrá en contacto con el Internista de referencia para que éste tenga conocimiento de la activación del PAPMI mediante los siguientes procedimientos:

- [Consulta telefónica ordinaria](#) (ver listado facilitado a AP en anexo): los equipos de AP utilizarán *preferentemente* esta vía para comunicarse con el internista de referencia y abordar aquellos *aspectos que consideren relevantes* sobre el manejo clínico, diagnóstico, terapéutico, de cuidados y de factores pronósticos de los pacientes incluidos en el PAAIPEC y que no admitan demora. Esta vía se utilizará en horario de mañanas (de 08.00 h a 15.00 h) de lunes a viernes (no festivos).

- [Consulta telefónica corporativo de Pluripatológico](#): en aquéllos casos en los que el Internista referente no esté localizable o disponible, con la misma finalidad que en el supuesto anterior, se podrá contactar con el Internista de guardia de Pluripatológico, cuyo número corporativo es **697956773** o **756773**.
- [Contacto vía e-mail corporativo](#) (ver listado facilitado a AP en anexo): esta vía de contacto con el internista de referencia se utilizará de *forma alternativa* para comentar aquéllos aspectos que *no sean relevantes* y que pueden ser valorados en pocos días sobre el manejo clínico, diagnóstico, terapéutico, de cuidados y de factores pronósticos de los pacientes incluidos en el PAAIPEC. Para ello los equipos de AP deben enviar preferentemente mensaje al correo corporativo único de Pluripatológico: minternacronicos.hrs.sspa@juntadeandalucia.es . En el correo describirán como mínimo estos apartados:
 - **Motivo de la consulta**
 - **Plan de actuación propuesto**
- [Consultorías AP-MI presenciales en Centro de salud](#): como se viene haciendo desde hace años, se pueden comentar los casos susceptibles de evaluar en el PIOL en estas reuniones de consultorías presenciales mensuales/bimensuales.
- [Teleconsulta pacientes crónicos complejos](#): desde octubre de 2021 se estableció como motivo de consulta para agilizar la atención preferente en la resolución de dudas de manejo de los pacientes crónicos complejos y/o polimedicados de los médicos de A. Primaria. Con 3 agendas semanales damos cobertura a esta demanda (ver protocolo de derivación más abajo).

[Protocolo de ingreso en hospital de día y en hospitalización desde Atención Primaria.](#)

Protocolo de Ingreso hospitalario desde AP: tras valoración del caso de forma conjunta por el equipo AP-internista de referencia (consultoría en CS, teléfono y/o correo corporativo) y una vez consensuados los cuidados, procedimientos diagnósticos y planes terapéuticos, se puede programar el ingreso hospitalario de un paciente incluido en el PAAIPEC con PAPMI. En este supuesto se pueden dar 2 situaciones:

- [Ingreso programado en planta de M. Interna:](#) en aquéllos casos en los que haya un consenso claro entre el equipo AP-MI acerca del manejo del paciente o bien porque exista inestabilidad clínica sin necesidad de ingreso en UCI a priori, se puede plantear la derivación e ingreso directo del paciente en planta de M. Interna del

Hospital Provincial. Para ello el equipo de AP llamará al internista referente (en horario de 08.00 a 15.00 h) y/o al corporativo de pluripatológico de MI que funcionará desde 08.00 h hasta 20.00 h de lunes a viernes (no festivos) para la valoración del caso. Si la demanda desde AP surge a partir de las 20.00 h o en fin de semana o festivo, se optará por la siguiente opción de ingreso programado (si la situación clínica del paciente lo permite) o en último lugar, la derivación a Urgencias para valoración por el equipo de guardia de M. Interna.

- [Ingreso directo \(sin paso por Urgencias\) para valoración por internista de guardia de pluripatológico en el Hospital de día \(continuidad asistencial\)](#): en aquéllos casos en los que el equipo AP-internista referente así lo acuerden se puede plantear este tipo de ingreso con la finalidad de realizar algún procedimiento diagnóstico o terapéutico en que sea previsible la resolución del problema del paciente en menos de 24 h (Hospital de día de pluripatológico sito en 9ª planta del Hospital Provincial, que dispone de 1 habitación con 2 camas, 914 y una consulta equipada, 915). En caso que no se resolviera dicho problema en menos de 24 h el paciente pasaría a quedar ingresado en planta de hospitalización si lo precisa.
- Quedarían excluidos de este circuito, aquéllos pacientes que por “motu” propio acudan a Urgencias sin conocimiento del equipo AP-internista referente, los cuales entrarían por la vía habitual de Urgencias.

Valoración del paciente crónico en consulta externa: tras valoración del caso de forma conjunta por el equipo AP-internista de referencia (consultoría en CS, teléfono y/o correo corporativo), y una vez consensuados los cuidados, procedimientos diagnósticos y planes terapéuticos, se puede programar la cita en consulta externa de un paciente incluido en el PAAIPEC con PAPMI para valoración por MI. En la actualidad tenemos disponible una consulta diaria (de Lunes a Jueves) durante 2 horas para atender esta demanda. En este supuesto pueden derivarse 3 destinos del paciente:

1. Alta y derivación a AP
2. Ingreso en el Hospital de día (ver procedimiento descrito en punto 3.1)
3. Ingreso programado en planta de Hospitalización (ver procedimiento descrito en punto 3.1)

Protocolo de derivación y/o valoración del Paciente crónico complejo

mediante TELECONSULTA.

1.- PACIENTE CRÓNICO COMPLEJO

Serán candidatos para la derivación a Medicina Interna todos los pacientes que cumplan con los criterios de Paciente Crónico Complejo con edad > 75 años.

Consideramos que un paciente puede ser considerado como crónico complejo si cumple criterios para ser incluido en alguna de estas situaciones:

A.- **Enfermedad Crónica Avanzada:** Pertenecen a este grupo los que padecen alguna de éstas enfermedades, excluyendo la enfermedad neoplásica:

ENFERMEDAD	CLÍNICA Y EXPLORACIÓN
Insuficiencia Cardíaca Crónica	Disnea basal \geq clase III NYHA
Enfermedad Respiratoria Crónica	Disnea basal \geq clase III MRC Saturación O ₂ < 90% O ₂ domiciliario
Enfermedad Renal Crónica	Estadio 4-5 (FG < 30%)
Enfermedad Hepática Crónica	Child-Pugh > 7
Enfermedades Neurológicas Crónicas	Pfeiffer \geq 7 errores MEC \leq 18

En este tipo de pacientes podemos calcular el riesgo de muerte en los siguientes 6 meses mediante el **Índice PALIAR**, que en función de la puntuación establece:

- 0 a 2 puntos: 21 – 21.5% de probabilidad de mortalidad a los 6 meses.
- 3 a 6 puntos: 30.5 – 32% de probabilidad de mortalidad a los 6 meses.
- 7 a 10 puntos: 43 – 46% de probabilidad de mortalidad a los 6 meses.
- Más de 11 puntos: 61 – 62% de probabilidad de mortalidad a los 6 meses.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, ANALÍTICAS Y FUNCIONALES	Ptos
Edad > 85 años.	3
Anorexia	3.5
Disnea clase III o IV (NYHA o MRC)	3.5
Úlceras por presión	3
Albúmina < 2.5 g/dl	4
Necesidad de estar encamado > 50% del tiempo y DAVD	4
	21

B.- Paciente pluripatológico: Consideramos a un paciente pluripatológico cuando presenta dos o más enfermedades crónicas incluidas en el siguiente conjunto de categorías clínicas:

CATEGORÍA A
<input type="checkbox"/> A.1. Insuficiencia cardíaca que en situación de estabilidad clínica haya estado en grado II de la NYHA ¹ (síntomas con actividad física habitual) <input type="checkbox"/> A.2. Cardiopatía isquémica
CATEGORÍA B
<input type="checkbox"/> B.1. Vasculitis y enfermedades autoinmunes sistémicas <input type="checkbox"/> B.2. Enfermedad renal crónica definida por filtrado glomerular < 60 ml/m o proteinuria ² , mantenidos durante tres meses
CATEGORÍA C
<input type="checkbox"/> C.1. Enfermedad respiratoria crónica que en situación de estabilidad clínica haya estado con disnea grado II de la MRC ³ (disnea a paso habitual en llano), FEV ₁ < 65 %, o Sat O ₂ ≤ 90 %
CATEGORÍA D
<input type="checkbox"/> D.1. Enfermedad inflamatoria crónica intestinal <input type="checkbox"/> D.2. Hepatopatía crónica con datos de insuficiencia hepatocelular ⁴ o hipertensión portal ⁵
CATEGORÍA E
<input type="checkbox"/> E.1. Ataque cerebrovascular <input type="checkbox"/> E.2. Enfermedad neurológica con déficit motor permanente que provoque una limitación para las actividades básicas de la vida diaria (índice de Barthel < 60) <input type="checkbox"/> E.3. Enfermedad neurológica con deterioro cognitivo permanente, al menos moderado (Pfeiffer con cinco o más errores)
CATEGORÍA F
<input type="checkbox"/> F.1. Arteriopatía periférica sintomática <input type="checkbox"/> F.2. Diabetes mellitus con retinopatía proliferativa o neuropatía sintomática
CATEGORÍA G
<input type="checkbox"/> G.1. Anemia crónica por pérdidas digestivas o hemopatía adquirida no subsidiaria de tratamiento curativo que presente hemoglobina < 10 mg/dl en dos determinaciones separadas entre sí más de tres meses <input type="checkbox"/> G.2. Neoplasia sólida o hematológica activa no subsidiaria de tratamiento con intención curativa
CATEGORÍA H
<input type="checkbox"/> H.1. Enfermedad osteoarticular crónica que provoque por sí misma una limitación para las actividades básicas de la vida diaria (índice de Barthel < 60)

¹ Ligera limitación de la actividad física. La actividad física habitual le produce disnea, angina, cansancio o palpitaciones.

² Índice albúmina/creatinina >300 mg/g, microalbuminuria >3 mg/dl en muestra de orina, o albúmina >300 mg/día en orina de 24 horas o >200 µg/min.

³ Incapacidad de mantener el paso de otra persona de la misma edad, caminando en llano, debido a la dificultad respiratoria, o tener que parar a descansar al andar en llano al propio paso.

⁴ INR >1,7, albúmina <3,5g/dl, y bilirubina >2 mg/dl.

⁵ Definida por la presencia de datos clínicos, analíticos, ecográficos o endoscópicos.

Y al igual que con la Enfermedad Crónica Avanzada, en los pacientes pluripatológicos podemos calcular el riesgo de muerte en los siguientes 12 meses mediante el **Índice PROFUND**, que en función de la puntuación establece:

- 0 a 2 puntos: 12.1 – 14.6% de probabilidad de mortalidad a los 12 meses.
- 3 a 6 puntos: 21.5 – 31.5% de probabilidad de mortalidad a los 12 meses.
- 7 a 10 puntos: 45 – 50% de probabilidad de mortalidad a los 12 meses.
- Más de 11 puntos: 61.3 – 68% de probabilidad de mortalidad a los 12 meses.

Características	ODDS RATIO (IC 95 %)/p	Índice PROFUND
Demográficas ≥85 años	1,71 (1,15-2,5)/0,008	3
Clinicas Neoplasia activa	3,36 (1,9-5,8)/<0,0001	6
Demencia	1,89 (1,1-3,1)/0,019	3
Clase funcional III-IV de la NYHA o MRC	2,04 (1,4-2,9)/<0,0001	3
Delirio en el último ingreso hospitalario	2,1 (1,5-4,9)/0,001	3
Analíticas Hemoglobina <10 g/dl	1,8 (1,2-2,7)/0,005	3
Psicométricas-funcionales-sociofamiliares Índice de Barthel <60	2,6 (1,38-3,4)/<0,0001	4
Persona cuidadora distinta del cónyuge o sin persona cuidadora	1,51 (1,02-2,2)/0,038	2
Asistenciales ≥4 ingresos hospitalarios en los últimos 12 meses	1,9 (1,07-3,29)/0,028	3
Puntuación total		0-30 puntos

C.- **Enfermedad Crónica de Alto Riesgo:** Englobando en este grupo a pacientes con enfermedades crónicas que por sus características sociosanitarias requieren cuidados y seguimiento especial (**Gestor de Casos**).

Se trataría de pacientes con alta carga de patología y numerosas consultas tanto en el ámbito de Atención Primaria como de Atención Hospitalaria, con ingresos repetidos por el mismo motivo de consulta, pocos recursos de apoyo social o familiar...

La derivación de este tipo de pacientes mediante teleconsulta a Medicina Interna debe ir encaminada a optimizar la atención que se le presta a estos pacientes con el objetivo de evitar ingresos innecesarios y visitas recurrentes a los servicios de urgencias, así como para el manejo de recursos hospitalarios de pruebas diagnósticas o ajustes de tratamientos que puedan evitar futuras descompensaciones de su patología de base evitando así ingresos hospitalarios.

Serán Criterios de Derivación:

- Pacientes que cumplan criterios de Enfermedad Crónica Avanzada, Pluripatológico o Enfermedad Crónica de Alto Riesgo **mayores de 75 años**
- Con alteraciones analíticas que pueden ser el resultado o causantes de descompensaciones de su patología de base.
- Empeoramiento sintomático con rápida progresión sin mejoría tras los cambios de tratamiento iniciales realizados por su Médico de Familia.

Todos los pacientes derivados a Medicina Interna mediante teleconsulta como Paciente Crónico Complejo deberán tener realizado:

- Anamnesis dónde indique las patologías y grado en las que se encuentra el paciente.
- Exploración física completa y relacionada con las enfermedades de base.
- PAP, con registro mínimo de escala funcional (Barthel) y cognitiva (Pfeiffer o MEC).
- Resultado del cálculo de probabilidad de mortalidad (Índice PALIAR o PROFUND) según el caso.
- Analítica general que incluya parámetros nutricionales (proteínas totales y albúmina), función tiroidea, hepática y renal (con aclaramiento creatinina), iones, ferritina, vitamina B12 y ácido fólico y hemograma completo.
- Estudios de imagen según motivo de consulta y posibilidades de desplazamiento del paciente.

2.- PACIENTE POLIMEDICADO FRÁGIL

Se entiende por **polimedicación** en términos cualitativos el hecho de tomar más medicamentos de los clínicamente apropiados, mientras que los criterios cuantitativos establecen un límite de 5 fármacos empleados de forma crónica, y dónde podemos distinguir varias situaciones:

- **Polimedicación adecuada**, cuando el paciente toma muchos fármacos, pero todos tienen indicación clínica. En este caso el objetivo no es reducir la polimedicación, sino mejorar la adecuación terapéutica.
- **Polimedicación inadecuada**, cuando se toman más medicamentos de los clínicamente necesarios. En este caso, el objetivo es reducir al máximo el número de fármacos inapropiados.
- **Pseudopolimedicación**, que sería cuando un paciente tiene registrados en su historia más fármacos de los que realmente toma, en cuyo caso el objetivo es actualizar los registros y coordinar las actuaciones entre los distintos niveles asistenciales.

Consideramos **paciente polimedicado frágil**, al que cumpliendo los criterios cualitativos, le faltan recursos físicos, psíquicos y/o sociales para evitar riesgos moderados o graves consecuencia de la polimedicación.

Por su parte, el **SSPA** ha establecido un circuito asistencial para la revisión de la medicación del paciente polimedicado a través del portal de farmacia, que se actualiza mensualmente cuando un paciente tiene más de 15 medicamentos activos durante más de 180 días.

En este sentido, **corresponde a Atención Primaria la revisión de pacientes polimedicados para una correcta adecuación terapéutica**, que tenga en cuenta:

- Las metas y objetivos de la atención prestada y del tratamiento pautado.
- La esperanza y expectativa de vida del paciente
- El tiempo de tratamiento estimado hasta que exista un beneficio clínico significativo

Serán Criterios de Derivación:

- Pacientes con polimedicación adecuada desde el punto de vista clínico, que a criterio del médico de familia no se ajustan a una correcta adecuación terapéutica.

- Pacientes con polimedicación inadecuada que por las características de algunos de los fármacos implicados y de sus posibles interacciones con fármacos de uso hospitalario y manejo preferente por Atención Hospitalaria, hace difícil y compleja su adecuación por parte de Atención Primaria.
- Pacientes dentro del circuito asistencial para la revisión de la medicación en el paciente polimedicado en las que a criterio de su médico de familia la adecuación terapéutica implica ajustes que afectan a varias de las patologías de más prevalencia en Atención Primaria (HTA, DM, EPOC, IRC y Deterioro cognitivo)
- Paciente polimedicado frágil en los que se precisa una optimización de los tratamientos a emplear para una adecuada adecuación terapéutica y esta afecta a medicamentos de uso preferente por Atención Hospitalaria.

Todos los pacientes derivados a Medicina Interna mediante teleconsulta **deberán hacerse con:**

- Anamnesis detallada de las enfermedades de base y de sus grados clínicos de afectación, detallando las metas y objetivos propuestos por el médico de familia para conseguir una correcta adecuación terapéutica.
- Tratamiento actualizado y activo, incluyendo las modificaciones realizadas por su médico de familia en los dos últimos meses.
- Cambios clínicos o analíticos producidos tras una primera adecuación terapéutica realizada por su médico de familia.
- Analítica reciente con parámetros básicos de hemograma, glucosa, iones y función hepática y renal.

3. Garantizar planes terapéuticos adecuados para las patologías más prevalentes en los pacientes pluripatológicos según estándares de calidad y seguridad.

Actuaciones: Apoyo formativo, informativo y técnico sobre selección de medicamentos, siguiendo los principios de prescripción prudente destinados al médico y la enfermería de atención primaria y hospitalaria. Uso racional de medicamentos en pacientes polimedicados.

Impulsar actividades de prescripción-revisión de la medicación (criterios STOPP-STAR , PRESCRIBIRE) así como facilitar y mantener la adherencia tras cualquier transición asistencial. Conciliación de medicación en cualquier contacto del paciente con el sistema.

Promover la unificación de criterios de prescripción y selección de medicamentos entre los distintos niveles asistenciales.

Inclusión de objetivos de resultados de salud de las patologías más prevalentes de los pacientes crónicos complejos en los Acuerdos de gestión con las unidades clínicas implicadas directamente en la atención de estos pacientes (ver más abajo detalle).

Itinerario formativo.

Los miembros de los equipos AP-MI que atiendan a personas del PIO de enfermos crónicos deben tener realizado al menos el Curso básico de Atención integrada a pacientes con enfermedades crónicas de la Plataforma OPIMEC, siendo recomendable tener realizado el Curso avanzado de Atención integral al paciente con enfermedades crónicas de OPIMEC.

El acceso a plataforma del OPIMEC es

<https://www.opimec.org/formacion/>

Seguimiento.

Funciones de los referentes en el seguimiento

- Además de desarrollar el PIO en su centro de trabajo deben asegurar que las actividades formativas, de comunicación y difusión del plan se lleven a efecto en su Área.
- Trasladar al equipo del Centro el seguimiento del Plan, recabando información con carácter trimestral.
- Llevar a cabo el seguimiento de los acuerdos interniveles y que éstos se cumplan.
- Impulsar los cambios que sean necesarios para la implantación adecuada del plan, de forma coordinada con el director de la UGC o el Jefe del Servicio.
- Efectuar el seguimiento y desarrollo permanente de la implantación y, en su caso proponer o establecer, las medidas correctoras correspondientes al responsable del Plan.
- Participar directamente en la evaluación de los indicadores de resultados, garantizando que los datos se registran y se envían en plazo a los responsables del Plan.
- Actualizar la formación en el proceso para el personal de nueva incorporación y siempre que se estime necesario.

Seguimiento

Se realizará un seguimiento trimestral (necesidad de los sistemas de información y CMBD) de la implantación del PIOL de crónicos, así como un análisis de los objetivos alcanzados en cada unidad funcional (incluidos en los objetivos comunes y específicos de los acuerdos de gestión de la UGC M. Interna).

Objetivos de calidad y seguridad medidos 2022 y 2023

Todos los objetivos medidos son objetivos de resultados en salud incluidos en los Acuerdos de Gestión de la UGC en años previos y en la actualidad:

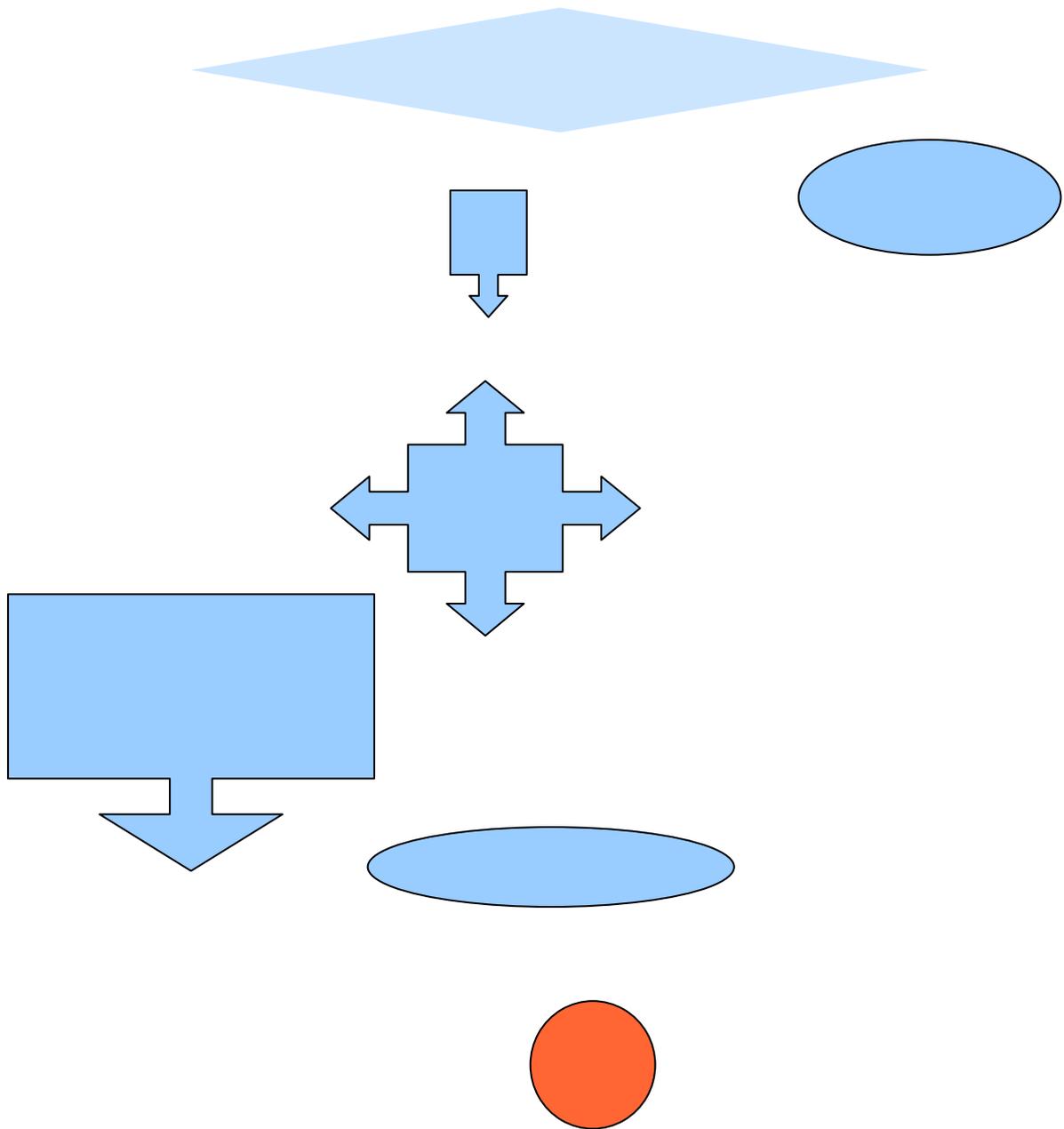
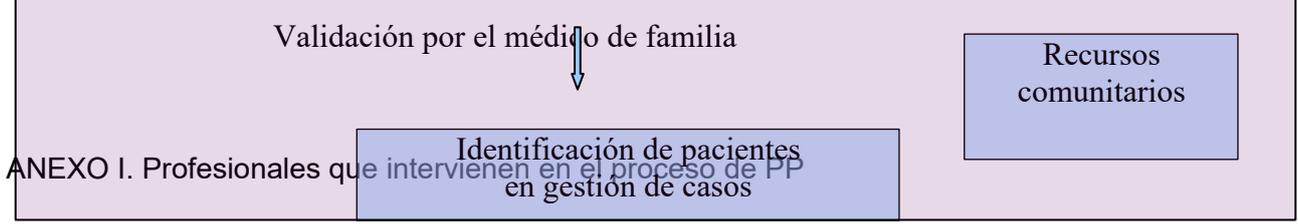
- Valoración del riesgo de úlceras por presión en pacientes pluripatológicos: Incrementar el porcentaje de pacientes hospitalizados con valoración del Riesgo de Úlceras por Presión (UPP).
- Reducción de la mortalidad en pacientes con EPOC e Insuficiencia respiratoria. Control de calidad de la asistencia a pacientes con EPOC y/o insuficiencia respiratoria: uso adecuado de la oxigenoterapia a domicilio.
- Identificar a los pacientes con este problema potencial con el diagnóstico “Riesgo de aspiración” y evaluar su evaluación utilizando los NOC “Prevención de la aspiración”. En el Diagnóstico NANDA “Riesgo de aspiración”, trabajar en: NOC 1918 “Prevención de la aspiración” 191801 Identifica factores de riesgo. 191802 Evita factores de riesgo (%pacientes hospitalizados con riesgo de aspiración con evolución de criterios de resultados NOC en los indicadores Identifica factores de riesgo (NOC 1918)).
- Pacientes polimedicados: Reducir el número de prescripciones activas por paciente polimedicado (ratio de prescripciones activas).

	2022	2023
Valoración riesgo úlceras por presión	84,63 %	90,73 %
Oxigenoterapia en insuficiencia respiratoria	98,4 %	99,6 %
Riesgo de broncoaspiración	82,1 %	85,51 %
Pacientes polimedicados	1,99	11,8

Propuestas de mejora para bienio 2024-2026

1. Mejorar los porcentajes obtenidos en los objetivos de calidad y seguridad incluidos en los Acuerdos de Gestión de la UGC de años anteriores y del actual.

2. Mantener y potenciar la derivación por la vía de Teleconsulta de los pacientes crónicos complejos ya que es una herramienta que facilita la relación entre niveles y permite en muchos casos evitar desplazamientos innecesarios de los pacientes al Hospital.
3. Fomentar la atención ambulatoria de los pacientes crónicos complejos mediante la consulta específica de Pacientes Crónicos y el apoyo del Hospital de día de Crónicos ambos en el Hospital Provincial (9ª planta).
4. Implantación y desarrollo del Plan de Residencias (POE de atención a pacientes que se deterioran en centros residenciales de mayores del Distrito Córdoba-Guadalquivir) (anexo aparte).



ANEXO II. Representación gráfica de activación PAPMI

