

Recomendaciones en el abordaje del paciente con patología crónica



Recomendaciones en el abordaje del paciente con patología crónica

Febrero 2012

índice

A.	Introducción	4
B.	recomendaciones	5
C.	El papel de los profesionales sanitarios	19
D.	Modelo de financiación	23
E.	Abordaje del paciente con patología crónica	
	múltiple y alta complejidad clínica	24
F.	Principales propuestas (glosario)	29
G.	Grupo de trabajo	33
H.	Bibliografía	35

A. Introducción

En los últimos tiempos, una de las principales inquietudes de los responsables de los sistemas de salud es la gestión de los pacientes con patología crónica. Varios estudios muestran que un porcentaje pequeño de pacientes, consumen la mayor parte de los recursos sanitarios. Estos son los pacientes que acumulan mayor número de patología crónica. La preocupación, sin embargo, con los pacientes crónicos complejos no sólo se centra en el consumo de recursos sanitarios, sino en que el sistema que debe atender estos pacientes no está bien adaptado a sus necesidades, porque está excesivamente centrado en las patologías agudas y fragmentado entre los diferentes niveles asistenciales.

Estos pacientes se encuentran con múltiples proveedores, entornos y decisiones, muchas veces no coordinadas, que surgen de forma reactiva. En consecuencia, contactan de forma reiterada con diferentes ámbitos de la atención sin que tengan un planteamiento y / o orientación integral y centrada en sus necesidades. En general podemos decir que estos pacientes con diferentes enfermedades crónicas tienen mayoritariamente una relación episódica con el sistema sanitario y no una atención de continuidad e integración asistencial.

Ante los retos que se presentan en la atención al paciente crónico complejo, desde el CSC hemos querido abrir esta discusión con un conjunto de profesionales que recogen los principales agentes implicados: atención primaria, atención hospitalaria, atención intermedia, enfermería y gestión sanitaria.

Del trabajo del grupo aparece este documento que es una recopilación de recomendaciones para el manejo de los pacientes con patología crónica especial atención a la coordinación entre niveles asistenciales y manteniendo una visión poblacional y del territorio. Se ha optado por un abordaje de pacientes con enfermedades crónicas más que de las enfermedades crónicas en sí.

Las recomendaciones que se recogen en este documento hablan más de modelos y sistema de estructura, pensando en recursos dinámicos y con el convencimiento de que las estructuras actuales deberán adaptarse a las nuevas necesidades. En la elaboración de las recomendaciones hemos intentado tener siempre en cuenta las necesidades a cubrir en este grupo de pacientes sin perder de vista las medidas de eficiencia que nos obliga el entorno actual. Hemos procurado hacer recomendaciones factibles y aplicables a corto y medio plazo.

B. recomendaciones

1. ABORDAJE

Un buen sistema de gestión de pacientes crónicos requiere un sistema de identificación y seguimiento de los pacientes a partir de una estratificación del riesgo. La estratificación de la población y el enfoque poblacional es un primer paso que permitirá poner al paciente crónico en el radar del sistema sanitario, considerando al ciudadano más allá de los episodios agudos y contactos con el sistema.

modelos predictivos

Los modelos predictivos buscan hacer el sistema sanitario más eficiente y efectivo, detectando los pacientes antes de que contacten con el sistema. Detectan, pues, los pacientes con riesgo futuro de necesidades de utilización de servicios, lo que permite actuar sobre ellos antes de que lleguen a la situación de pacientes crónicos complejos. Hay que tener en cuenta que cada territorio puede tener características diferentes, por lo que un mismo modelo predictivo no siempre es válido para todas las áreas.

Creemos que hay que avanzar hacia sistemas de predicción de utilización de recursos que sean propios de cada territorio; la administración desde la

vertiente de la planificación estratégica debería ser la responsable de liderar y validar un sistema que fuera adaptable a nivel territorial.

Por eso, aunque creemos que la utilización de modelos predictivos es la mejor manera de identificar aquellos pacientes con enfermedades crónicas que se beneficiarían de una atención proactiva e integrada dirigida hacia su proceso de atención, pensamos que la aplicación de estos modelos en nuestro sistema sanitario es compleja y no es factible a corto plazo.

En cambio, la selección de pacientes a partir de los contactos que se han hecho en el sistema sanitario considerando todos los niveles asistenciales, es decir, seleccionando los pacientes que frecuentemente llamamos pacientes hiperfrecuentadores, permitirá actuar a corto plazo sobre los pacientes más complejos, en función de criterios de riesgo actual. Aún así, es importante que esta primera selección sea validada con criterios clínicos de los equipos asistenciales.

Criterios de detección. Criterios de riesgo actual

El primer paso de la intervención que recomendamos desde el CSC sería la elaboración de un censo de pacientes crónicos complejos para hiperconsumo de recursos. Los criterios deben ser sencillos y de fácil acceso para las entidades sanitarias. Un criterio sencillo para la detección de estos pacientes sería seleccionar aquellos enfermos con mayor número de ingresos no programados en hospitales de agudos en el último año.

Los pacientes seleccionados deben ser fácilmente identificables como pacientes crónicos complejos para todos los dispositivos asistenciales del territorio, utilizando las ventajas que nos ofrece la HC3 u otros dispositivos tecnológicos que actualmente tenemos al alcance.

recomendación: Para iniciar la intervención podemos seleccionar los pacientes con mayor número de ingresos hospitalarios no programados en agudos en el último año. Esta es una información de fácil acceso y disponible para todos los centros y / o organizaciones sanitarias y debe ser validado por el criterio clínico del equipo asistencial.

En caso de que la entidad disponga de sistemas de información integrados, un paso más hacia la estratificación de los pacientes crónicos complejos sería seleccionar estos pacientes en función de los contactos en el último año en diferentes dispositivos asistenciales, no sólo la hospitalización . De esta forma la estratificación por riesgo actual sería más precisa. Los dispositivos que creemos que hay que tener en cuenta, aparte de los ingresos en el hospital de agudos, son:

- Contactos de atención continuada a de atención primaria.
- Urgencias hospitalarias.
- Hospitales de día con demanda espontánea. Estos contactos sólo se tendrán en cuenta si se dispone de servicio de hospital de día con demanda espontánea. No se incluirán los contactos con hospital de día programados.
- Consumo de farmacia ambulatoria (recetas). Pacientes polimedicados.

Descartamos tener en cuenta los contactos en los siguientes dispositivos:

- Salud mental. Estos pacientes deben ser tratados de forma especial. Un ejemplo claro serían los pacientes esquizofrénicos que van poco al centro de atención primaria y tienen riesgo de patología cardiovascular. Creemos que es necesario un enfoque específico para estos pacientes.
- Contactos a rehabilitación. No suelen ser visitas espontáneas.
- Larga estancia. Se incluyen en la actuación, pero no en la detección, porque complican mucho el manejo de los datos.
- PADES. Se incluyen en la actuación, pero no en la detección, ya que son programas con criterios muy restrictivos.

recomendación: En caso de disponer de sistemas de información integrados se pueden seleccionar los pacientes crónicos complejos por utilización de recursos, aparte de por un mayor número de ingresos en hospitales de agudos, por los contactos que ha realizado en el último año en el atención continuada del centro de atención primaria, urgencias, consultas externas y en hospitales de día con demanda espontánea.

A la hora de definir los criterios de selección de los pacientes crónicos complejos no hemos tenido en cuenta las patologías concretas. Desde un principio los objetivos de este documento fueron los de definir una manera de gestionar los pacientes y no las patologías concretas que sufren.

Aunque las variables de entorno social influyen en la utilización de servicios sanitarios, no hemos utilizado esta variable por la falta de información de la que dispone el sistema.

2. ACTUACIONES

Para la atención de pacientes con patología crónica destacamos la importancia de los sistemas liderados por enfermería, integrados y coordinados, que ya han demostrado disminuir el número de ingresos y el tiempo de estancia hospitalaria, reduciendo así el gasto sanitario. Estos sistemas centran la atención en el paciente mediante la utilización de guías de práctica clínica enfocadas en el enfermo y promoviendo el autocuidado, o con la elaboración de planes transversales de cuidados continuados, donde es esencial iniciar la atención antes de la hospitalización, teniendo la atención primaria un papel clave. Los programas que contienen un sustancial contacto con el paciente, especialmente en pacientes con afectación más severa, han demostrado ser más efectivos en el control de la enfermedad.

Uno de los factores para que el modelo tenga éxito es que se adapte a cada territorio y sea sostenible económicamente y en el tiempo.

La atención a los pacientes crónicos implica diferentes niveles asistenciales y, a veces, diferentes proveedores de salud. La integración y la continuidad en la asistencia son elementos fundamentales para garantizar que los servicios se presten en el momento y de la manera adecuada, mejorando los resultados. Desde el punto de vista de los profesionales, es necesario impulsar la coordinación para evitar duplicidades y gestionar de manera óptima las transiciones

entre los niveles de atención. Así, es necesario un sistema flexible que pueda coordinar servicios y proveedores y un compromiso de todos los actores del sistema, en especial de la atención primaria, de trabajo en equipo para conseguir unos objetivos comunes. Es imprescindible potenciar el papel de la atención primaria como coordinadora de recursos sanitarios y reguladora de los flujos de pacientes en el sistema, así podremos garantizar la continuidad de la atención a los enfermos crónicos.

Los enfermos con patologías crónicas requieren un equipo interdisciplinario y transversal que tenga en cuenta las particularidades de estos pacientes como la asociación de diferentes patologías y déficits funcionales y mentales. Para iniciar la actuación a nivel de un territorio habría que identificar qué profesionales de atención primaria participarán en esta atención y los actores que garanticen la coordinación a nivel de la atención especializada. Se recomienda que, de forma periódica, los responsables de cada ámbito puedan poner en común los problemas y necesidades que detecten. Esta estrategia puede ser más difícil de implantar en el caso de entidades no integradas.

recomendación: Para iniciar el proyecto se recomienda definir un grupo multidisciplinar con un liderazgo claro que mantenga reuniones periódicamente. La coordinación entre la atención primaria y la especializada puede ser más fácil en las organizaciones sanitarias integradas.

Estos pacientes deben ser atendidos mayoritariamente en su domicilio y sólo tienen que desplazarse a una institución sanitaria cuando sea imprescindible, ya sea para la realización de exploraciones o de pruebas complementarias o de atención especializada. Los desplazamientos por motivos asistenciales concretos en pacientes que viven en centros residenciales deben evitar de forma especial.

Hemos dividido las actuaciones a realizar sobre los pacientes crónicos complejos en tres niveles, según el momento en que son aplicadas: fase estable, agudización y post-alta. Cada actuación puede implicar a diferentes

recursos a la hora o la prestación de la misma actuación para recursos diferentes en función del estado del paciente.

2.1. ACTUACIONES EN LA FASE ESTABLE

a. Valoración integral del paciente

La valoración de los pacientes crónicos complejos no puede basarse únicamente en parámetros biomédicos. Hay un abordaje completo del paciente que garantice la valoración integral de sus necesidades de salud, funcionales y sociales. Nuestra recomendación es valorar los pacientes mediante la valoración geriátrica integral (VGI).

La valoración VGI se compone de 4 áreas:

- **Valoración clínico-física:** actividades de promoción y prevención (hábitos tóxicos, HTA, hipercolesterolemia, ejercicio físico, cribado de cánceres específicos, inmunizaciones, etc.), recopilación de los problemas de salud relevantes y revisión de la medicación que se consume.
- **Valoración funcional:** valoración mediante la evaluación de las actividades básicas de la vida diaria (valoran el autocuidado y necesidades básicas para subsistir) y las actividades instrumentales de la vida diaria (valoran actividades para mantener independencia en el hogar y permanecer autónomo en la comunidad).
- **Valoración mental:** cognitiva y afectiva.
- **Valoración social:** recoge principalmente interacción y recursos sociales (cuidador, convivencia, asistencia domiciliaria, relaciones y actividad social) y entorno medioambiental (barreras arquitectónicas, seguridad en el domicilio). Es importante tener presente el riesgo social de los pacientes para poder activar los recursos adecuados.

Una vez realizada la VGI, hay que establecer una recopilación de problemas de salud y un plan de actuación priorizando las intervenciones con mayor impacto en la calidad de vida y tomando en cuenta las preferencias del paciente.

recomendación: Hay un abordaje completo del paciente que garantice la valoración integral de sus necesidades de salud, funcionales y sociales. Nuestra recomendación es valorar los pacientes mediante la valoración geriátrica integral (VGI) y elaborar un plan individualizado de atención centrado en las necesidades del paciente y sus preferencias.

b. Educación sanitaria, prevención y promoción del autocuidado

Es imprescindible implantar medidas de prevención y promoción de la salud con la misma intensidad que otras políticas mediante estrategias poblacionales e individuales sobre grupos diana, con políticas que hayan demostrado coste-efectividad.

En los procesos agudos lo más importante es el control del proceso patológico; a las enfermedades crónicas lo más importante es el control que haga el paciente o la familia. La educación para la salud supone intervenir en la cultura de los individuos, adentrarse en los mecanismos de relación del ser humano con su vida y su entorno y conocer los mecanismos de modificación de conducta y los procesos de enseñanza y aprendizaje . La educación debe capacitar a la persona para tomar decisiones que sean seguras desde el punto de vista médico y aceptables por el individuo. Muchas veces los pacientes no cumplen las recomendaciones para que no están de acuerdo.

Es esencial conseguir que el paciente y / o el cuidador sean capaces de identificar precozmente los signos y síntomas de descompensación y de iniciar los primeros pasos en su control y activación de los dispositivos sanitarios si fuera necesario.

Así, hay que poner en marcha medidas e intervenciones de efectividad probada. Se deben combinar intervenciones tanto a nivel individual, como a nivel de grupos de pacientes y de grupos de riesgo.

La evidencia científica muestra que las personas que autogestionan su enfermedad, habiendo recibido apoyo, consiguen mejores resultados

dades que aquellos que no lo hacen. Las revisiones sobre estudios de educación terapéutica muestran como variables predictivas positivas: educación grupal, centrarse en competencias más que en conocimientos, participación del usuario, tener en cuenta el contexto, integrar la educación en el proceso asistencial y refuerzo y seguimiento a largo plazo.

La educación terapéutica debe evolucionar y pasar del modelo clínico, centrado en la enseñanza y dirigido por el educador, en el modelo negociado entre formato y formador.

recomendación: Es importante conseguir que el paciente y / o el cuidador conozcan la patología crónica que sufren, formándolos para evitar las descompensaciones y que sean capaces de identificar precozmente los signos y síntomas de estas y de iniciar los primeros pasos en su control y activación de los dispositivos sanitarios si fuera necesario.

c. Seguimiento del paciente

Hay que avanzar hacia un seguimiento proactivo de los pacientes crónicos que permita evitar descompensaciones. Este seguimiento debe ser continuo y se deberá hacer de forma directa en los casos que lo requieran o de forma virtual aprovechando las herramientas que nos da el desarrollo de las TICs.

En los casos más complejos se debe cambiar la metodología de trabajo y pasar de la gestión de la enfermedad a la gestión del caso (identificación, valoración, plan individualizado y revisión).

En el caso de los pacientes crónicos menos complejas el seguimiento se puede llevar a cabo de forma menos intensiva y en muchos casos puede realizarlo un profesional sanitario diferente al médico (enfermera, trabajador social, etc.). Las enfermeras de práctica avanzada pueden asumir casos más complejos.

Se debe garantizar la accesibilidad a la atención especializada cuando sea necesario un apoyo para el seguimiento de estos pacientes.

recomendación: Hay que avanzar hacia un seguimiento proactivo de los pacientes crónicos que permita evitar situaciones de crisis. Este seguimiento debe ser continuo, tanto presencial como virtual.

d. Planificación anticipada de cuidados

Recomendamos planificar de forma anticipada los cuidados que irá precisando el paciente a medida que empeore su situación sanitaria. Esta planificación debería hacerse a partir de una valoración multidisciplinar y debería incluir los objetivos comunes de atención.

En cuanto a los planes transversales de cuidados, cuando más estandarizados, homogéneos y planificados mejor. También deberíamos considerar los elementos del entorno del paciente.

Cuando el paciente es muy complejo se debe realizar planificación avanzada, es decir, contemplar la actuación de recursos de atención intermedia, sociales y servicios de urgencias, en el caso de crisis.

recomendación: Se deben planificar de forma anticipada los cuidados que irá precisando el paciente a medida que empeore su situación sanitaria. Esta planificación debería hacerse a partir de una valoración multidisciplinar. En los casos más complejos se debe realizar planificación de cuidados avanzadas.

2.2. ACTUACIONES EN LA AGUDIZACIÓN

El enfermo y su equipo deben tener muy claro cómo tratar la agudización, y si es necesario, donde derivar el enfermo. En la medida de lo posible hay que tratar al paciente en su domicilio, utilizando dispositivos como los equipos de hospitalización domiciliaria, si se dispone.

recomendación: Para atender a los pacientes crónicos en situación de agudización recomendamos el tratamiento en su propio domicilio y si no es

posible la derivación al recurso más adecuado por parte de su equipo. Se ha de educar al paciente en la utilización de estos dispositivos.

a. primera valoración

Estos pacientes deben ser atendidos de manera específica ante las agudizaciones de su enfermedad. En primer lugar, el paciente debe conocer los síntomas de descompensación ante los que debe consultar. En la medida de lo posible, debe consultar a su equipo de atención primaria habitual y sólo desplazarse a un dispositivo de urgencias hospitalario si la primera opción no es posible. En caso de duda el paciente debe consultar a Sanidad Responde o al 112. De igual manera, la valoración del paciente debe hacerse, siempre que sea posible, en el domicilio de éste.

En caso de que sea necesario ir al hospital, se debe intentar que el paciente sea atendido en estructuras alternativas a los servicios de urgencias, idealmente en hospitales de día preparados para la demanda no programada de estos pacientes. La atención de estos pacientes al servicio de urgencias debería ser el último recurso, no el primero o el único, como sucede actualmente de manera mayoritaria, y debería estar limitada a situaciones de descompensación grave.

recomendación: La primera valoración en las reagudizaciones se llevará a cabo por el equipo de atención primaria. Siempre que sea posible este equipo debería hacer la primera valoración en el domicilio del paciente.

b. Ingreso del paciente

En caso de que el paciente tenga que ser ingresado, con el fin de asegurar una correcta atención recomendamos:

- Definir objetivos terapéuticos desde el primer día de ingreso.
- Planificar el alta del enfermo.
- Prever las necesidades de la atención, tanto sanitaria como no sanitaria.
- Prever complicaciones y yatrogenia con la participación activa de los equipos de enfermería.

c. Fase de atención intermedia

Una vez superada la fase aguda en muchos casos es necesario activar servicios y programas de atención intermedia (convalecencia, hospitales de día, atención domiciliaria, etc.). Estos servicios deben mantener una coordinación estrecha con los hospitales de agudos y la atención primaria.

La utilización de los programas y recursos de atención intermedia debe estar basada en criterios de selección consensuados previamente, pacientes bien definidos, coordinación, y si es necesario, con los especialistas consultores, con la existencia previa de un plan de atención y centrado en las necesidades del paciente.

recomendación: La utilización de recursos y programas de atención intermedia es necesaria en algunos enfermos y debe ser una atención centrada en el paciente y coordinada con la atención especializada y la atención primaria.

2.3. ACTUACIONES postalta

La evidencia señala que la planificación individualizada previa al alta y el consejo de equipos multidisciplinares garantiza la disminución en reingresos evitables, incluso sin la intervención de otras actuaciones.

Es imprescindible cuidar la transición de casa en el hospital (que deberíamos intentar evitar) y del hospital a casa. Una revisión sistemática de intervenciones para la reducción del riesgo de reingreso hospitalario en pacientes de edad avanzada, ha mostrado que la única intervención útil es garantizar la coordinación al alta del paciente con la atención primaria. Recomendamos que la atención primaria haga una valoración del paciente a las 24-48 h del alta.

recomendación: El alta de un dispositivo de hospitalización en el domicilio se realizará en coordinación con el equipo de atención primaria.

2.4. RECURSOS IMPLICADOS

Nuestras recomendaciones tienen impacto tanto en la atención primaria como en la atención especializada, la atención intermedia y la atención a la dependencia. No se trata de decidir dónde se debe hacer qué, sino comprender que el paciente crónico debe poder mover ágilmente a través de los diferentes recursos del sistema y que será la situación de cada paciente la que definirá el mejor recurso a utilizar. Por ello se requiere un sistema flexible, capaz de coordinar servicios, proveedores, escenarios y sectores a lo largo del tiempo. Esto supone un compromiso de todos los actores y la capacidad de trabajar en equipo para lograr objetivos comunes.

Aunque nuestras recomendaciones van encaminadas a adaptar un sistema de atención a pacientes crónicos transversal, ordenado como una red territorial que traspase estructuras, la actualidad de nuestras entidades es muy diferente; la separación clara entre recursos hace que la atención a este tipo de paciente sea falta de toda posible continuidad. Sin embargo, y aunque la realidad sea lejana al modelo que creemos óptimo para la atención de los pacientes crónicos, hay que empezar el proceso de cambio. Por eso recomendamos adecuar el tipo de recurso en función de la experiencia y liderazgo de cada organización. Así, no es imprescindible disponer de todos los recursos definidos.

recomendación: Facilitar el acceso del enfermo a los recursos necesarios para su atención de forma ágil y con absoluta garantía de la continuidad de cuidados.

3. EL PUNTO DE VISTA DEL PACIENTE

La sociedad actual ha vivido una transición educativa donde la enseñanza es más asequible a la población y por lo tanto la información es más cercana y disponible. Las nuevas tecnologías y las nuevas vías de co-

municación, como Internet, han acercado conocimientos que hasta hace poco parecían lejos de los ciudadanos. Este acercamiento del conocimiento a la población ha permitido un grado de implicación más alto de los pacientes haciéndoles más responsables de su salud y de la toma de decisiones sobre esta. Así se crean nuevos retos en los procesos asistenciales.

Una asistencia centrada en las personas coloca estas delante y en el centro de su atención sanitaria, convirtiéndolas en pacientes activos y gestores de su propia salud. El autocuidado por parte de los pacientes crónicos y sus cuidadores es esencial para conseguir una asistencia centrada en las personas. El autocuidado implica la participación activa de los pacientes y sus cuidadores en la asistencia de su salud y en la toma de decisiones informadas y compartidas entre el profesional, el paciente y el cuidador. El grado de participación y responsabilización de pacientes y cuidadores en su enfermedad, es diferente según el tipo y complejidad del proceso, grado de dependencia y situación sociosanitaria. Sin embargo todos los pacientes y cuidadores deben tener la oportunidad de participar en su proceso crónico, al igual que en la toma de decisiones informadas y activas.

Las personas que ven como sus vidas cambian debido al proceso de las enfermedades esperan la eficacia del sistema y no sólo a nivel técnico sino también a nivel afectivo. Así pues, se hace necesario un equilibrio entre las tecnologías y la humanización en los tratamientos, y más si tenemos en cuenta que deberíamos hablar de un sistema de atención integral dado que las enfermedades crónicas no sólo afectan a los pacientes, también la familia , la sociedad, las amistades, el ámbito laboral, etc.

Una comunicación de calidad entre el profesional y el paciente está relacionada positivamente con los resultados terapéuticos y por eso las habilidades para mejorar esta interacción constituyen una parte importante y necesaria de la competencia clínica. Los profesionales deben ser capaces de obtener del enfermo, las percepciones, los temores y las expectativas

tivas del tratamiento de su enfermedad, escucharlo activamente, darle explicaciones claras, valorar su comprensión, negociar el plan terapéutico y comprobar la importancia que da el paciente a la adherencia.

Integrar a los pacientes en el proceso de su enfermedad hace mejorar la adaptación de los contenidos del plan individualizado a las necesidades, permite un apoyo del paciente en su implantación y favorece la autonomía del paciente (autocuidado). Sin embargo también tiene factores negativos como el hecho de otorgar diferente peso a situaciones concretas (necesidad de equilibrio), la barrera de los profesionales y que no existe un único modelo de paciente.

Destacar la necesidad de considerar clave la integración de los pacientes en el proceso que conllevan las enfermedades crónicas. De esta forma, los pacientes se sienten más apoyados, los tratamientos se acercan más a las necesidades y se favorece la autonomía. En este escenario, aparece el concepto del paciente experto el que se responsabiliza de su salud, hace un uso más responsable de los servicios sanitarios y en general manifiesta una sensación de bienestar más elevada que los pacientes que no han tenido acceso a esta formación. Por eso es determinante disponer de un buen registro informático para la identificación y seguimiento de estos pacientes.

Sin embargo hay que destacar la importancia de evolucionar la percepción y la visión de los profesionales sanitarios, también en proceso de aprendizaje de esta nueva postura, para con el concepto de la autonomía e integración de los pacientes. En una sociedad cambiante, en el que la información es más accesible gracias a la evolución tecnológica, los pacientes son más activos, formados e independientes. Los pacientes, en definitiva, buscan profesionales cercanos y que los ayuden a tomar el control de sus propias vidas.

El papel de la enfermería de atención primaria en el apoyo al autocuidado es incuestionable, sobre todo por el perfil clínico y de educadores, con

funciones de preparación y entrenamiento para el paciente y la familia, de estos profesionales.

recomendación: Buscar elementos que permitan la participación activa de los usuarios.

c. El papel de los profesionales sanitarios

Ya hay antecedentes históricos en relación a la necesidad de un modelo de atención integrada y de conformación de redes de servicios de salud que garanticen la atención adecuada a los pacientes con patologías crónicas. Uno de los principales problemas es la actual fragmentación de los servicios y la falta de coordinación, lo que evidencia la necesidad de desarrollar nuevos perfiles profesionales novedosos que potencien el trabajo en equipo, la comunicación y la incorporación de nuevas tecnologías.

El hecho de que en un mismo paciente haya varios procesos crónicos, a menudo desborda la comprensión de un enfoque para órgano o sistema, haciendo necesario la presencia de un profesional con capacidad integradora y aptitudes para conceptualizar la complejidad y ordenar acciones clínicas. Esta circunstancia conlleva una importante revalorización del papel del profesional polivalente, tanto en la atención primaria como en la especializada.

Debemos garantizar que cada paciente crónico tenga claros unos referentes (profesionales de medicina y enfermería) para el seguimiento de su estado y la activación de los recursos, y el acceso a la atención que corresponda las 24 horas los 7 días de la semana . La atención primaria es el recurso mejor posicionado para actuar como eje coordinador, y por lo tanto sea el lugar donde se encuentren los referentes de este tipo de pacientes.

recomendación: Hay que potenciar el papel del médico y enfermera de familia como referentes principales del paciente, mejorando su capacidad clínica y las herramientas de gestión integrada del paciente.

1. ROLES PROFESIONALES

1.1. PAPEL DEL MÉDICO DE FAMILIA Y EL MÉDICO ESPECIALISTA HOSPITALARIO

Las competencias del médico de familia como clínico experto polivalente, el ámbito en el que ejerce y la continuidad asistencial que ofrece, hacen del médico de familia el profesional preferente por ser el referente de los pacientes con enfermedades crónicas. Su orientación familiar y comunitaria lo dotan de una posición idónea para ejercer liderazgo profesional con el objetivo de mantener la atención integral en la prestación de servicios a pacientes crónicos.

El médico especialista es parte importante del proceso de atención del paciente crónico, por un lado, atiende estos pacientes en los procesos de reagudización, y por la otra, hace de apoyo al médico de atención primaria encargado de coordinar el atención, asumiendo así un liderazgo compartido.

1.2. PAPEL PROFESIÓN ENFERMERA

El progresivo aumento de las enfermedades crónicas, da cada vez más a los cuidados y menos a la curación. Es incuestionable el papel de la profesión enfermera en la prestación y coordinación de los cuidados a los pacientes crónicos. Por ello, y tal y como ya hemos dicho en el capítulo anterior, es necesario dotar de más responsabilidades asistenciales a enfermería, aumentando así las competencias profesionales y consiguiendo que

el paciente crónico tenga total confianza para dirigir las dudas y cuestiones que tenga, a la vez que gestione sus problemas de salud.

Cabe destacar también el importante papel enfermero en la potenciación del autocuidado de los pacientes crónicos, gracias a su perfil clínico y de educadores.

Actualmente la profesión enfermera está situada idóneamente para asumir nuevos retos en la atención a los pacientes crónicos y es necesario el compromiso de estos profesionales con el fin de incrementar su nivel de habilidades en las técnicas de gestión de casos.

1.3. PAPEL DEL PROFESIONAL DE FARMACIA

El tratamiento farmacológico es una herramienta esencial en el manejo de los pacientes con enfermedades crónicas, sin embargo la edad de estos pacientes y el hecho de que presenten varias patologías a la vez, afecta la adherencia y seguridad de los tratamientos farmacológicos. De ahí que los farmacéuticos de entidades proveedoras de salud han ido asumiendo tareas en la atención a los pacientes con enfermedades crónicas, desempeñando un papel importante en la mejora de la farmacoterapia. Ya hay bibliografía que muestra su aportación en aspectos como la mejora de la adherencia al tratamiento, la asesoría a profesionales sobre la interacción de fármacos o la adecuación de los tratamientos en función de la evidencia disponible.

La atención farmacéutica personalizada a pacientes crónicos polimedicados mediante el seguimiento del tratamiento y las interacciones, la educación sobre los medicamentos e, incluso, el acondicionamiento de la medicación en sistemas personalizados de dosificación, han demostrado mejorar la adherencia y optimizar los tratamientos.

1.4. EL PAPEL DEL ADMINISTRATIVO Y DE ATENCIÓN AL CLIENTE

El papel emergente del administrativo es clave en el proceso de atención a pacientes con enfermedades crónicas, no sólo porque son los que primero contactan con el paciente, sino por su capacidad de dinamizar los aspectos administrativos de las consultas y liderar parte de la incorporación de las nuevas tecnologías de la información.

Teniendo en cuenta que los profesionales de enfermería irán adquiriendo cada vez competencias más autónomas y específicas, es recomendable prever que otros profesionales como los de la unidad de atención al cliente, adquieran nuevos roles competenciales de colaboración con el médico.

En este sentido, los profesionales que forman parte de atención al cliente deben estar integrados en el equipo asistencial y deben recibir una formación sanitaria mínima que les permita colaborar en el proceso de gestión de los pacientes con enfermedades crónicas.

1.5. OTROS PROFESIONALES

La mayoría de las especialidades sanitarias están implicadas en el proceso de atención a pacientes con enfermedades crónicas. Siendo un objetivo fundamental en el tratamiento de estos pacientes el mantenimiento de un alto grado de autonomía funcional y mental, cada vez veremos en nuestro entorno más necesidad de incorporar otros profesionales sanitarios: terapeutas ocupacionales, fisioterapeutas, psicólogos, etc. Del mismo modo, teniendo en cuenta la relación entre la enfermedad crónica y la dependencia, los trabajadores sociales constituyen un papel importante en la atención de estos pacientes, tanto en la atención primaria como en la atención hospitalaria, intentando racionalizar los recursos para la integración social de los pacientes crónicos.

2. EQUIPOS INTERDISCIPLINARIOS

Todos los profesionales mencionados en el apartado anterior formarán equipos multidisciplinares con dependencia funcional que determinarán responsabilidades, funciones y actividades, con una estructura organizativa y un plan de trabajo que debería ser evaluado periódicamente. Estos equipos multidisciplinares, deben utilizar herramientas de planificación avanzada, con sistemas de información compartidos, con el apoyo de las tecnologías de la comunicación, siguiendo una metodología de equipos únicos o gestores de casos proactivos. Es necesario que establezcan un plan de actuación y seguimiento consensuado de los pacientes identificados, ya sea a través de las guías que ya existen o la creación de nuevas.

recomendación: Los equipos interdisciplinarios que participen en la atención al paciente crónico, deben consensuar un Plan de intervención y seguimiento de estos pacientes.

D. Modelo de financiación

En un contexto de situación económica difícil, sólo podemos avanzar optimizando recursos de los pacientes más frequentadores para poder trabajar en la prevención y promoción de la salud.

La financiación es determinante para conseguir la integración necesaria en la atención a los pacientes con enfermedades crónicas. La atención a los pacientes crónicos complejos precisa de un modelo de compra de tipo capitativo, relacionado con el logro de objetivos comunes para todos los proveedores del territorio, incluso en aquellos territorios que aún no tengan una financiación capiativa. Esto permitiría poder hacer asignaciones de recursos a las actuaciones que puedan hacer a la atención primaria o especializada, aportando más valor al paciente, sin penalizar ni

nivel asistencial por una mejora en la atención global. Esto sólo es posible si cada territorio dispone de un programa de pacientes crónicos, considerando la atención de estos dentro del marco de financiación capitolativa en función de la incidencia de cada territorio.

recomendación: Es importante que cada territorio disponga de un programa de pacientes crónicos, con una financiación capitolativa adaptado a la atención de estos pacientes y compartido por todos los niveles asistenciales presentes en el territorio y con los mismos objetivos para todos los proveedores.

E. Abordaje del paciente con patología crónica múltiple y alta complejidad clínica

1. INTRODUCCIÓN

En la literatura cada vez con más frecuencia se habla de enfermo crónico complejo, utilizando múltiples significados de la palabra complejidad:

- Complejidad como mayor coste de atención.
- Complejidad como mayor utilización de recursos y frecuentación del sistema sanitario.
- Complejidad como dificultad en la toma de decisiones clínicas concretas.

En este apartado hacemos referencia al último significado del término: es más complejo el enfermo que más dificultad debido al clínicos en la toma de decisiones diarias para su manejo.

La complejidad clínica, casi siempre va acompañada de un mayor coste, pero no siempre. Por ejemplo, un paciente con hepatitis C en tratamiento con interferón es muy caro por el sistema sanitario, pero tiene muy protocolizada la atención y es fácil en el manejo por parte de un clínico experto.

Los enfermos con complejidad clínica visitan mucho el sistema sanitario, pero no son complejas todos los que hiperfrecuenten el sistema. Por ejemplo, un enfermo en hemodiálisis tiene muchos contactos con el servicio sanitario, pero un manejo sencillo.

El enfermo complejo desde el punto de vista de la toma de decisiones suele ser un enfermo muy dinámico y cambiante, de tal forma que necesita revalorizaciones continuas que obligan a cambiar el plan de cuidados y hacen necesaria la utilización ordenada de varios niveles asistenciales y, en algunos casos, de servicios sanitarios y sociales.

2. ABORDAJE

2.1. DETECCIÓN

La detección de estos enfermos se básica para optimizar el correcto uso de programas de prevención y, sobre todo, de atención. Se trata de movilizar recursos (normalmente muy costosos al sistema sanitario) sólo en el caso de que el balance coste-eficacia sea positivo, por lo que es básico la intervención en una población diana correctamente seleccionada.

modelos predictivos

Los modelos predictivos en estos enfermos deben basarse en la correcta identificación de aquellos con elevado riesgo de utilización futura de ingresos hospitalarios urgentes.

Diversos estudios señalan que los pacientes que en un determinado momento sufren un elevado número de ingresos hospitalarios urgentes, disminuyen su utilización en el futuro (en un

fenómeno llamado, "regresión a la media"). Esto hace que los modelos predictivos deban basarse en modelos clínicos de complejidad y no en la utilización de recursos sanitarios que se ha hecho en el pasado.

No existe en este momento un modelo de predicción de ingresos hospitalarios urgentes basado en características clínicas que sea suficientemente cuidadoso (aunque hay una intensa investigación, especialmente en países anglosajones). Recomendamos por tanto, hacer la detección en base a criterios de complejidad clínica establecidos por los equipos de atención primaria y hospitalaria en cada territorio y centrados en los enfermos de más difícil manejo. En el caso de optar por la detección en base a la utilización pasada de recursos sanitarios, los enfermos identificados deberían confirmarse con posterioridad por su equipo médico habitual.

Existen, además, ciertos grupos de enfermos que deberían incluirse siempre en programas especiales y que son fácilmente identificables. Entre estos enfermos destacan dos grupos:

- Enfermos con demencia que presentan deficiente apoyo domiciliario y problemas médicos asociados al desarrollo de la enfermedad: trastornos de conducta, desnutrición, depresión grave, incontinencia, caídas de repetición, etc.
- Enfermos en situación de final de vida.

recomendación: La detección de enfermos con complejidad clínica no debería basarse en modelos de utilización pasada de recursos sanitarios, sino en criterios clínicos. En el caso de optar por la detección en base a la utilización pasada de recursos sanitarios, los enfermos identificados deberían confirmarse con posterioridad por su equipo médico habitual. Además, se incluirán, en enfermos con demencia complejas y enfermos en situación de final de vida.

2.2. ACTUACIONES

a. Actuaciones en la fase estable

Se basa en la gestión de casos intensiva. El manejo debe hacerse en domicilio y basarse en los equipos de atención primaria que deberían mantener una estrecha colaboración con especialistas hospitalarios capacitados en geriatría. Es necesario tener en cuenta algunas características:

- Hay que recordar el carácter dinámico y cambiante de este tipo de cuidado, lo que obliga a hacer revalorizaciones continuas y actuaciones proactivas.
- Este dinamismo y la multiplicidad de problemas concurrentes en estos enfermos hacen muy poco efectivos los programas de gestión de enfermedad (que son altamente efectivos en enfermos menos complejos) y se debe actuar en equipos interdisciplinarios integrados.
- La literatura ha demostrado que las actuaciones intensivas (más contactos con el enfermo y en los lugares del sistema más problemáticos, como los servicios de urgencia) son más efectivas en el control y manejo de estos enfermos.
- También se ha empezado a demostrar efectividad en las intervenciones realizadas por equipos altamente especializados en geriatría entre atención primaria y hospitalaria.

recomendación: Hay un abordaje por equipos integrados en el ámbito comunitario y en el domicilio, que debe ser proactivo, ágil y mantener una estrecha colaboración con los equipos especializados del hospital.

b. Actuaciones en situación de crisis

Por situación de crisis, entendemos la agudización del enfermo y también, cualquier otra situación que dificulte de forma rápida la atención, no garantizando unos cuidados adecuados (por ejemplo, comportamiento disruptivos en demencia).

El CSC ha elaborado un documento de reordenación de la atención intermedia que supone una base para la atención de estos enfermos en situación de

crisis. La base de la atención debe ser comunitaria y domiciliaria. Sólo en los casos necesarios el enfermo debería ingresar en un hospital de agudos.

Así, recomendamos:

- 1 Agrupar y reordenar los servicios ambulatorios actuales (hospitales de día, UFIS de demencia, EAIAs)** para continuar realizando la actual actividad de evaluación integral a enfermos complejas (no enfermos con mucha dependencia) y generalizar la intervención en situación de crisis ya iniciada en algunos equipos.
- 2 Agrupar y reordenar los servicios domiciliarios de cada área sanitaria,** que son muy heterogéneos en el momento actual. Se debería avanzar también en la reconversión de una parte de los PADES para actuar en enfermos complejas en situación de crisis y en situación post-alta hospitalaria, con actuaciones de los equipos muy limitadas en el tiempo.
- 3 Apostar de forma decidida para reconvertir una parte de la convalecencia actual en un modelo de post-agudos más proactivo, de actuación más precoz en las unidades hospitalarias de agudos y en los servicios de urgencias y con diferenciación, de al menos, una línea de atención a pacientes ortogeriatrics y médicos.**
- 4 Potenciar de forma decidida la actuación en urgencias a través de los dispositivos actuales (ex. UFIS)** para evitar la hospitalización inadecuada, especialmente de enfermos en situación de final de vida.
- 5 Potenciar la reconversión de camas de agudos actuales en unidades de agudos de geriatría médico-quirúrgicas, planificadas en base a las necesidades del enfermo y no en base al diagnóstico predominante.**
- 6 Reconvertir parte de los recursos de la atención intermedia actuales en programas hospitalarios de detección y actuación sobre las situaciones de riesgo predominantes en el enfermo frágil, como la confusión, las caídas, la polifarmacia, etc.**
- 7 Abordar de forma decidida y de forma conjunta con los dispositivos de atención primaria, el servicio prestado a residencias de ancianos, para garantizar una adecuada calidad de atención y evitar hospitalizaciones y visitas a urgencias y especialistas inadecuadas.**

recomendación: Este enfermo no debería ingresar en un hospital de agudos por lo que recomendamos la reconversión de los dispositivos geriátricos actuales de hospital de día sociosanitario y domiciliarios (PADES) para actuar en situación de crisis y evitar el ingreso.

recomendación: En el caso de necesitar atención hospitalaria es necesario que los equipos especializados en geriatría actúen en urgencias y hospitalización de forma proactiva siguiendo un modelo basado en necesidades del enfermo y no en patologías. Es importante la actuación en unidades de agudos de geriatría (Ugas) y el paso rápido a unidades de postaguts para volver lo más rápido posible al domicilio.

recomendación: Es necesario el abordaje de los enfermos en residencias de ancianos con modelos de atención integrados entre los equipos de atención primaria y especializada. El objetivo debería ser evitar el ingreso hospitalario no programado de estos pacientes.

F. Principales propuestas (glosario)

1. ABORDAJE

- Para iniciar la intervención podemos seleccionar los pacientes con mayor número de ingresos hospitalarios no programados en agudos en el último año. Esta es una información de fácil acceso y disponible para todos los centros y / o organizaciones sanitarias y debe ser validada por el criterio clínico del equipo asistencial.
- En caso de disponer de sistemas de información integrados se pueden seleccionar los pacientes crónicos complejos por utilización de recursos, aparte de por un mayor número de ingresos en hospitales de agudos, por los contactos que ha realizado en el último año en el atención continuada

del centro de atención primaria, urgencias, consultas externas y en hospitales de día con demanda espontánea.

2. ACTUACIONES

- Para iniciar el proyecto se recomienda definir un grupo multidisciplinar con un liderazgo claro que mantenga reuniones periódicamente. La coordinación entre la atención primaria y la especializada puede ser más fácil en las organizaciones sanitarias integradas.

2.1. ACTUACIONES EN LA FASE ESTABLE

- Hay un abordaje completo del paciente que garantice la valoración integral de sus necesidades de salud, funcionales y sociales. Nuestra recomendación es valorar a los pacientes mediante la valoración geriátrica integral (VGI) y elaborar un plan individualizado de atención centrado en las necesidades del paciente y sus preferencias.
- Es importante conseguir que el paciente y / o el cuidador conozcan la patología crónica que sufren, formándolos para evitar las descompensaciones y que sean capaces de identificar precozmente los signos y síntomas de estas y de iniciar los primeros pasos en su control y activación de los dispositivos sanitarios si fuera necesario.
- Hay que avanzar hacia un seguimiento proactivo de los pacientes crónicos que permita evitar situaciones de crisis. Este seguimiento debe ser continuo, tanto presencial como virtual.
- Se deben planificar de forma anticipada los cuidados que irá precisando el paciente a medida que empeore su situación sanitaria. Esta planificación debería hacerse a partir de una valoración multidisciplinar. En los casos más complejos se debe realizar planificación de cuidados avanzadas.

2.2. ACTUACIONES EN LA AGUDIZACIÓN

- Para atender a los pacientes crónicos en situación de agudización recomendamos el tratamiento en su propio domicilio y si no es posible la derivación al recurso más adecuado por parte de su equipo. Se ha de educar al paciente en la utilización de estos dispositivos.
- La primera valoración en las reagudizaciones se llevará a cabo por el equipo de atención primaria. Siempre que sea posible este equipo debería hacer la primera valoración en el domicilio del paciente.
- La utilización de recursos y programas de atención intermedia es necesaria en algunos enfermos y debe ser una atención centrada en el paciente y coordinada con la atención especializada y la primaria.

2.3. ACTUACIONES postalta

- El alta de un dispositivo de hospitalización en el domicilio se debe realizar con la coordinación del equipo de atención primaria.

3. EL PUNTO DE VISTA DEL PACIENTE

- Hay que buscar elementos que permitan la participación activa de los usuarios.

4. PAPEL DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS

- Hay que potenciar el papel del médico y enfermera de familia como referentes principales del paciente, mejorando su capacidad clínica y las herramientas de gestión integrada del paciente.
- Los equipos interdisciplinarios que participen en la atención al paciente crónico, deben consensuar un Plan de intervención y seguimiento de estos pacientes.

5. MODELO DE FINANCIACIÓN

- Es importante que cada territorio disponga de un programa de pacientes crónicos, con una financiación capitativa adaptado a la atención de estos pacientes y compartido por todos los niveles asistenciales presentes en el territorio y con los mismos objetivos para todos los proveedores.

6. ABORDAJE DEL PACIENTE CON PATOLOGÍA CRÓNICA MÚLTIPLE Y ALTA COMPLEJIDAD CLÍNICA

6.1. ABORDAJE

- La detección de enfermos con complejidad clínica no debería basarse en modelos de utilización de recursos sanitarios, sino en criterios clínicos. Se incluirán, además, a enfermos con demencia complejas ya enfermos el situación de final de vida.

6.2. ACTUACIONES

- Hay un abordaje por equipos integrados en el ámbito comunitario y en el domicilio, que debe ser proactivo, ágil y mantener una estrecha colaboración con los equipos especializados del hospital.
- Este enfermo no debería ingresar en un hospital de agudos si se puede dispensar el tratamiento a domicilio, por lo que recomendamos la reconversión de los dispositivos geriátricos actuales de hospital de día de atención intermedia y domiciliarios (PADES) para actuar en situación de crisis y evitar el ingreso.
- En el caso de necesitar atención hospitalaria es necesario que los equipos especializados en geriatría actúen en urgencias y hospitalización

ción de forma proactiva siguiendo un modelo basado en necesidades del enfermo y no en patologías. Es importante la actuación en unidades de agudos de geriatría (Ugas) y el paso rápido a unidades de postaguts para volver lo más rápido posible al domicilio.

- Es necesario el abordaje de los enfermos ingresados en residencias de ancianos con modelos de atención integrados entre los equipos de atención primaria y especializada. El objetivo debería ser evitar el ingreso hospitalario no programado de estos pacientes.

6. Grupo de trabajo

El objetivo del grupo de trabajo era elaborar un documento que marcara los primeros pasos que tienen que hacer todas aquellas entidades que quieran reorganizar la prestación de la atención a pacientes con enfermedades crónicas.

Entendiendo que el cambio que necesita el sistema sanitario es progresivo y multifactorial, el CSC no se planteaba crear un método que solucionara todos los problemas existentes, pero sí unas recomendaciones que permitieran crear los fundamentos para implantar un nuevo modelo de atención a los pacientes crónicos. Por eso se han hecho reuniones periódicas con diferentes perfiles profesionales para llegar a un consenso dado que el abordaje de estos pacientes debe ser transversal.

Participantes en el grupo de trabajo:

- **Albert Verdaguer**, Consorcio Sanitario del Maresme
- **Ángeles Martos**, Consorcio Sanitario Integral y coordinadora de la Comisión de las Direcciones Asistenciales del CSC
- **Anna Ribera**, Consorcio de Salud y Social de Cataluña
- **Anton M. Cervera**, Consorcio Parque Mar de Salud

- Antoni Peris, Castelldefels Agentes de Salud
- Benito Fontecha, Consorcio Sanitario Integral
- Concepción Camacho, Consorcio de Salud y Social de Cataluña
- Elena Martínez, PAMEM
- Elena Medarde, Consorcio Sanitario de Terrassa
- Enric Duaso, Consorcio Sanitario de Terrassa
- Ester Ollé, Consorcio Sanitario Integral
- Isabel Salvador, Badalona Servicios Asistenciales
- Joan Espauella, Hospital Santa Cruz de Vic
- Joan Ramon Fortuny, Centros Asistenciales Dr. Emili Mira i López
- Jose A. García, Grupo SAGESA y coordinador de la Comisión de Atención Intermedia del CSC
- Laia Valls, PAMEM
- Marco Inzitari, Parque Sanitario Pere Virgili
- Miquel Carreras, Instituto de Asistencia Sanitaria
- Montse González, Consorcio Sanitario del Alt Penedès
- Rafael Toribio, Consorcio Hospitalario de Vic
- Ramon Sellarès, Consorcio Sanitario del Anoia
- Ricard Canals, Corporación Parc Taulí
- Sebastián Santaeugenia, Badalona Servicios Asistenciales
- Sonia Pérez López, Badalona Servicios Asistenciales
- Susanna Curos, Corporación de salud del Maresme y la Selva
- Xavier Pérez, Servicios de Salud Integrados del Baix Empordà

coordinación:

- Ángeles Martos, Consorcio Sanitario Integral y coordinadora de la Comisión de las Direcciones Asistenciales del CSC (hasta agosto 2011)
- Jose A. García, grupo SAGESA y coordinador de la Comisión de Atención Intermedia del CSC

- Xavier Pérez, Servicios de Salud Integrados del Baix Empordà y coordinador de la Comisión de las Direcciones Asistenciales del CSC (desde agosto 2011)

redacción:

- Anna Ribera, Consorcio de Salud y Social de Cataluña
- Concepción Camacho, Consorcio de Salud y Social de Cataluña
- Jose A. García, grupo SAGESSA y coordinador de la Comisión de Atención Intermedia del CSC

H. Bibliografía

- **Ayón J.** *The Elusive Quest for Quality and Cost Savings in the Medicare Program.* JAMA. 2009; 301 (6): 668-670
- **Bachmann S, Fininger C, Huss A, Ygger M, Stuck Ae.** *Inpatient Rehabilitation specifically designed for geriatric patients: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials.* BMJ 2010; 340: c1718 doi: 10.1136 / bmj.c1718
- **Bartón JJ, Suárez- García Fm, López- Arieta J, Rodríguez- MANAS L, Rodríguez- Arieta Jo F.** *Effectiveness of acute geriatric units where functional decline, living at home, and case fatality among older patients admitted to hospital for acute medical disorders: meta-analysis.* BMJ 2009; 338: b50doi: 10.1136 / bmj.b50
- **Bengo r.** *Empantanados.* Revista de Innovación Sanitaria y Atención Integrada, 2008. <http://pub.bsalut.net/risai/vol1/iss1/8>
- **Boutre C, Green AF, Boutre LB, PICAL Jt, Snyder c, Leff B.** *Successful modelos of comprehensive care for older adults with chronic conditions: evidence for the Institute of Medicine 's "Retooling for an Aging America" report.* J Am geriatrics Soc 2009; 57: 2328-37
- Departamento de Salud. *Atención proactiva en un modelo atención integrada para pacientes crónicos en situación de complejidad en el marco del plan*

de innovación de atención primaria y salud comunitaria. Documento de trabajo. Versión 25 enero 2010

- Departamento de Sanidad y Consumo. Gobierno Vasco. *Estrategia para afrontar el reto de la cronicidad en Euskadi*. Julio 2010
- Documento de consenso. *Atención al paciente con enfermedad crónica*. Grupo de Trabajo del Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI) y la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC). 2011
- *El sector sociosanitario en el momento actual de crisis económica: ideas para el avance sostenible del modelo*. Comisión de Atención Intermedia. CSC. 2011
- **Yliso G, L Anghorne P.** *Comprehensive geriatric assessment for older hospital patients*. British Med Bull 2005; 71: 45-9
- **Yliso G, W hitcheAd MA, r oBinSon d, o'n eLL d, L Anghorne P.** *Comprehensive geriatric assessment for older adultos admitted to hospital: meta-analysis of randomized controlled trials*. BMJ 2011; 343: d6553 doi: 10.1136 / bmj.d6553
- **Yliso G, W hitcheAd MA, r oBinSon d, o'n eLL d, L Anghorne P.** *Comprehensive geriatric assessment for older adultos admitted to hospital (protocolo)*. Cochrane Database of Systematic Reviews 2006, Issue 4. Art. No.:CD006211. DOI: 10.1002 / 14651858.CD006211
- **Y LoSegui Y, A nAza n, p INERIT K.** *El paciente crónico, motor de cambio en el sistema sanitario. Una experiencia en Gipuzkoa*. Gestión y Evaluación de Costes Sanitarios. Vol. 11. Monográfico 2. Junio 2010
- **g onzález m ontALvo J Y, p Allard r Odio B, B Arcena á lvarez A, A LArón A LArón t, h ernández g utiérrez S.** *Eficiencia de las unidades geriátricas de agudos en los hospitales españoles*. Rev Esp geriatras gerontol 2009; 44: 205-8
- **g onzález- m ontALvo Ji, B Aztán C Orte JJ, A LArón A LArón t, B Arcena A lvarez A.** *Rentabilidad de las unidades geriátricas de agudos. Revisión sistemática*. Rev Esp geriatras Gerontol 2007; 42: 240-50
- **h am C, O LdhAm J.** *Integrating Health and Social Care in England: Lessons from early adopters and Implications for Policy*. Journal of Integrated Care 2009, volume 17, issue 6

- **Ynoriza JM, Coderch J, Carreras M, Vall-Isoera L, Garcia- goni m, Lisbona JM, y Bern p. *La medida de la morbilidad atendida en una organización sanitaria integrada.* Gac Sanit 2009; 23 (1): 29-37**
- **Ynoriza JM, Coderch- LASSALETA J, Carreras J, Vall-Isoera L, Lisbona JM, y Bern p, Garcia goni m. *El gasto sanitario según morbilidad.* Estudios de Economía de la Salud, volumen II, Cap 3. Generalitat de Catalunya, 2008**
- **Morel Jm. *El liderazgo de la atención a personas con Enfermedades crónicas complejas.* Revista Iberoamericana de enfermería comunitaria. Vol. 3 n.2, agosto-diciembre 2010.**
- **Pelke d, Chen A, Shore J, et al. *Effects of Care Coordination on Hospitalization, Quality of Care, and Health Care Expenditures Among Medicare Beneficiaries: 15 randomized trials.* JAMA. 2009; 301 (6): 603618**
- ***Predictive risk and health care: an overview. Research summary.* London: Nuffield Trust, 2011**
- **Rajmil L, López- A Guill S. *Desarrollo de un modelo predictivo de ingresos y reingresos hospitalarios no programados en Cataluña.* Agencia de Evaluación de Tecnología e Investigación Médicas. Servicio Catalán de la Salud. Departamento de Salud. 2010**
- **Ross S, Curny n, Goodwin n. *Case management. What it is and how it can best be implemented.* The King 's Fund, 2011**
- **Sheppard S, McLarrea J, Phillips CO, Lannin nA, Lemson Lm, McC LuSkey A, et al. *Planificación del alta del hospital al domicilio* (revisión Cochrane traducida). En: Biblioteca Cochrane Plus 2010. Número 1. Oxford: Update software LTD. Disponible en: <http://www.update-software.com> (traducida de The Cochrane Library, 2010, Issue 1 Art. No. CD000313. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.)**

