



**OMIS**

OBSERVATORIO DE MODELOS  
INTEGRADOS EN SALUD  
DE NEW HEALTH FOUNDATION

Experiencias en Atención Integrada

## Proceso Integrado de Atención a Pacientes Crónicos Pluripatológicos Complejos (Castilla y León)

*El Proceso Integrado de Atención al Paciente Crónico Pluripatológico Complejo (PCPPC) surge de la necesidad de prestar una atención integral a las necesidades globales de estos pacientes, y se basa en proporcionar la prestación de la atención por parte de los servicios de salud (atención primaria (AP) y hospital) y servicios sociales, teniendo como ejes o principios rectores la integración asistencial, la continuidad y la implicación del paciente. La AP tiene el papel clave y lleva la riendas de la atención contando con el apoyo del hospital y de los servicios sociales*

**Tema:** Cronicidad y Cuidados de Larga Duración.

**Categorías:** Servicios y Cambios Organizativos.

**Organización:** Gerencia Regional de Salud de Castilla y León.

**Lugar:** Valladolid, Castilla y León.

**Fecha de inicio:** 2014.

**Esta práctica continua activa:** Sí.

Práctica enviada por: M<sup>a</sup> Carmen Fernández Alonso (Servicio de Programas Asistenciales. Gerencia Regional de Salud de Castilla y León), el 4 de agosto de 2016

## RESUMEN EJECUTIVO

Este proceso forma parte de la Estrategia de Atención a los Pacientes Crónicos de Castilla y León y está dirigido al segmento de población con mayores necesidades de atención, identificado como G3 mediante la estratificación de la población en cuatro segmentos (G1, G2, G3 y G4) atendiendo a los distintos niveles de complejidad y para los que se han diseñado tipos de intervención diferentes. La herramienta de estratificación empleada ha sido el CRG (Clinical Risk Group) adaptada para Castilla y León.

Justificación del programa: las necesidades del paciente deben de ser consideradas dentro de su entorno social y familiar, desde una perspectiva no solamente sanitaria sino también social. Esto supone la necesidad de una respuesta conjunta y la coordinación en la provisión de los recursos para que estos se adapten a las situaciones individuales de cada paciente.

La atención al PCPPC se organiza mediante un proceso asistencial integrado y se gestiona fundamentalmente a través de estructuras funcionales específicas: (1) las denominadas Unidades de Continuidad Asistencial (UCA), que facilitan un acceso y gestión ágil de los pacientes entre los dos ámbitos asistenciales (AP y Hospital), proporcionando los cuidados adecuados a sus necesidades y al nivel de progreso de su enfermedad y (2) las Unidades de Convalecencia Sociosanitaria (UCSS) que son recursos residenciales de titularidad social, con soporte sanitario y gestión compartida entre Servicios de Salud y Servicios Sociales. Estas funcionan como centros para cuidados intermedios, desde donde el paciente, una vez superadas las posibilidades de mejora funcional, sale al domicilio, o si la nueva situación lo exige directamente al recurso residencial permanente.

Elementos clave del programa:

- Atención integral y personalizada.
- Continuidad de los cuidados.
- Gestión conjunta de recursos y tratamientos.
- Comunicación y coordinación ágil entre organizaciones y entre profesionales.
- Empoderamiento del paciente y de la familia e implicación en los cuidados.
- Centralidad de la AP y de la enfermería en el proceso.

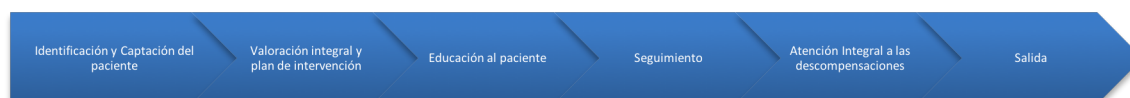
Objetivos:

- Ofrecer una atención integral y mejorar la calidad de vida del paciente.
- Prevenir descompensaciones, disminuir urgencias e ingresos y mantener al paciente en su entorno.
- Minimizar riesgos relacionados con la seguridad del paciente.
- Conseguir la implicación del paciente y de la familia en los cuidados.
- Mejorar la satisfacción de los pacientes y de los profesionales.

Práctica enviada por: M<sup>a</sup> Carmen Fernández Alonso (Servicio de Programas Asistenciales. Gerencia Regional de Salud de Castilla y León), el 4 de agosto de 2016

Estos objetivos tienen que ser conseguidos mediante; (1) la detección temprana de problemas y atención ágil de las descompensaciones, (2) facilitando la continuidad asistencial, (3) disminución de las demoras en el acceso a los servicios y (4) optimización de los recursos atendiendo a las necesidades del paciente, a la priorización del domicilio como el centro de cuidados y la disminución de las estancias hospitalarias.

- Circuito de atención al PCPPC:



El **proceso de identificación**: se identifica al paciente de forma automática gracias al programa de estratificación. El profesional sanitario (médico o enfermera) realiza la captación activa, y “valida” al paciente como PCPPC y lo incorpora al proceso.

La **valoración integral** del paciente la realiza un **equipo multidisciplinar** formado por: enfermera, médico y trabajadora social responsables de la atención al paciente en el EAP. La valoración se hace atendiendo a sus condiciones clínicas, funcionales, cognitivas, sociales, y sus necesidades sanitarias y sociales, tanto del paciente como la persona cuidadora. Después de la valoración se procede a la elaboración de un **plan de cuidados conjunto y personalizado**, en el que se establece el **plan de control y seguimiento**.

En el mismo se definen las actuaciones de los distintos profesionales, las visitas (enfermería, médicas, trabajo social), sus objetivos, contenidos, tipos (presenciales o telefónicas) y periodicidad. Los objetivos son: mantener la estabilidad del paciente con la mejor calidad de vida posible y la detección precoz de las descompensaciones o cambios en el estado de salud del paciente o de la situación familiar, a fin de intervenir precozmente. Formar a la familia y al paciente en técnicas de autocuidado (cuando es posible) y fomentar la autonomía.

Cuando se detectan signos de descompensación se procede a una valoración clínica por parte del médico y se decide si es necesario realizar ajustes terapéuticos, interconsulta telefónica o derivación al dispositivo hospitalario de la UCA (Unidad de Continuidad Asistencial), para intentar compensar al paciente y evitar acudir a urgencias o su hospitalización.

Cuando el paciente haya sido trasladado a la UCA y proceda el alta, el informe de alta se cuelga en la historia electrónica de AP, donde es visualizado por su médico. Además la enfermera de la UCA se comunica con la de AP, aportando un informe al alta con diagnóstico, actualización terapéutica y de necesidades de cuidados. La trabajadora social del hospital contactará con la de AP o directamente con los servicios sociales en caso de que sea necesaria una intervención en este sentido.

---

## PRINCIPALES BARRERAS

1. Falta de una historia clínica integrada: Los sistemas de información disponibles son susceptibles de mejora. Las limitaciones derivadas de no tener aun totalmente integrada la historia clínica electrónica (HCE), han sido un obstáculo. Para paliar la situación, se dio acceso a los profesionales de la UCA y Urgencias a HCE de AP. Algunos problemas en la actualización de los datos de estratificación y la validación de los mismos han originado dificultades.

2. Para superar la inercia y la resistencia al cambio de los profesionales, es necesario:

- Motivar a los profesionales y a los pacientes, a través de un buen conocimiento del proceso, fomentando su participación y su implicación.

- La insuficiente información y formación de los profesionales, es un problema frecuente que dificulta los cambios. Creímos necesario una mejora en la formación de los profesionales, ya que es imprescindible un buen conocimiento del proceso a nivel conceptual, metodológico y desde la práctica. En particular es clave para profesionales de enfermería por los cambios en su rol, y aunque se ha impartido, creemos necesario hacer más formación.

- Resistencias en otros servicios por percibir como “competencia” el nuevo proceso : (servicio de urgencias, neumología...) Es importante identificar resistencias desde el inicio, escuchándoles. La respuesta es un buen conocimiento del proceso y de su papel en el mismo.

- Planificar adecuadamente ( sin precipitación) la gestión del cambio es fundamental: implicando a los profesionales desde la planificación, manteniéndoles informados, motivándoles, identificando líderes clínicos desde el principio y dándoles un papel importante, mantener el feed-back y compartir logros y dificultades.

3. Adaptar los recursos disponibles (recursos humanos en las UCAs y Unidades de Convalecencia Sociosanitarias) a las necesidades. Cuando la situación de partida no reúne unos mínimos estructurales y de personal se hipoteca el desarrollo del proceso.

- En algunas áreas la limitación de recursos ha dificultado el desarrollo del proceso.

- La carga asistencial excesiva limita las posibilidades de comunicación entre profesionales: consulta telefónica, sesiones clínicas conjuntas etc. Necesidad de dotar de un mínimo de personal que permita el desarrollo del modelo (con frecuencia solo cambios funcionales, pero con criterios claros de perfiles y funciones.

---

## ELEMENTOS FACILITADORES

1. La existencia previa de procesos integrados como el del Trastorno Mental Grave y Crónico, permitieron tener un punto de partida fuerte, como experiencia evaluada y acreditada, que ha servido como referencia para el actual proceso.
2. La vigencia de un Marco Sociosanitario Autonómico y el funcionamiento de estructuras de coordinación sociosanitaria hacen que el contexto en el que se implementa este proceso sea muy favorable, ya que han posibilitado los cambios culturales y el acercamiento necesario entre los servicios de salud y los servicios sociales.
3. Contar con líderes en el proceso, sobre todo líderes clínicos. En las áreas donde se ha contado con un claro liderazgo clínico la implantación y desarrollo del proceso ha sido mucho mejor.
4. Motivación de los responsables y equipos directores. La implicación de directivos y responsables del proceso en las áreas marca también una diferencia notable en el desarrollo del mismo.
5. Dedicación exclusiva a la UCA de algunos profesionales y horario suficiente.
6. Compartir los recursos de los servicios sociales y agilizar las salidas hospitalarias a recursos más adecuados.
7. Comunicación telefónica ágil y directa entre profesionales del dispositivo hospitalario de la UCA y AP.
8. Tener claramente definidas las vías de acceso y flujos internos de pacientes.
9. Disponer de HCE integrada.
10. Reconocimiento del esfuerzo y trabajo bien hecho.

Práctica enviada por: M<sup>a</sup> Carmen Fernández Alonso (Servicio de Programas Asistenciales. Gerencia Regional de Salud de Castilla y León), el 4 de agosto de 2016

## ENSEÑANZAS QUE APORTA LA PRÁCTICA

1. El proceso mejora la continuidad de la atención al paciente y a su familia.
2. Favorece la detección temprana de las descompensaciones, reduciendo el número de ingresos y también las estancias hospitalarias.
3. Facilita la coordinación entre la AP y el hospital mejorando la comunicación entre los profesionales de AP el hospital y la accesibilidad de los pacientes.
4. Se comparte la información sobre los pacientes, mejora el conocimiento de los mismos por ambos niveles y facilita su gestión.

## INFORMACIÓN ADICIONAL

El Proceso Integrado de Atención al PCPPC no es un modelo cerrado, es un modelo dinámico susceptible de ser mejorado a partir de la evaluación continua y de las aportaciones y sugerencias de los profesionales.

El Proceso se encuentra en fase de desarrollo en todas las áreas de la comunidad, habiéndose realizado previamente las adaptaciones funcionales y estructurales necesarias para su puesta en marcha en las 11 áreas sanitarias de Castilla y León.

En las áreas con mayor tiempo de desarrollo los resultados son esperanzadores: disminución de ingresos, reingresos y consultas, así como una elevada resolución en consultas no presenciales (sobre todo telefónicas) y satisfacción de los usuarios.

Para acceder al pdf completo sobre el Proceso Integrado al PCPPC:

<http://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/atencion-cronicos/atención-paciente-cronico-castilla-leon>



NEW HEALTH  
FOUNDATION

CALIDAD SOCIAL Y SANITARIA

SEVILLA | 08 AGOSTO 2016



NEW HEALTH  
FOUNDATION

CALIDAD SOCIAL Y SANITARIA

+34 954 414 785

AVENIDA MENENDEZ PELAYO, 20 4º, 41004 SEVILLA. SPAIN

[NEWHEALTHFOUNDATION.](http://NEWHEALTHFOUNDATION.)

Práctica enviada por: M<sup>a</sup> Carmen Fernández Alonso (Servicio de Programas Asistenciales. Gerencia Regional de Salud de Castilla y León), el 4 de agosto de 2016



NEW HEALTH  
FOUNDATION

CALIDAD SOCIAL Y SANITARIA



NEW HEALTH  
FOUNDATION

CALIDAD SOCIAL Y SANITARIA

Práctica enviada por: M<sup>a</sup> Carmen Fernández Alonso (Servicio de Programas Asistenciales. Gerencia Regional de Salud de Castilla y León) , el 4 de agosto de 2016



NEW HEALTH  
FOUNDATION

CALIDAD SOCIAL Y SANITARIA