
Aproximación a la aplicación del modelo de atención a la complejidad desde el enfoque del Trabajo Social Sanitario

Trabajo Final de Máster – MU de Trabajo Social y Sanitario

Autora: Alazne Ayerbe Guridi Directora: Emma Sobremonte

30/06/2018



Esta obra está bajo una [Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0 Internacional](http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	6
2. OBJETIVOS	13
3. METODOLOGÍA.....	14
4. RESULTADOS	17
5. DISCUSIÓN.....	25
6. CONCLUSIONES	28
7. BIBLIOGRAFÍA.....	30
8. ANEXOS.....	33
I. ANEXO: APARTADOS DEL PLAN DE INTERVENCIÓN INDIVIDUALIZADO Y COMPARTIDO	33

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1. Actividad asistencial 2014-2017.....	14
TABLA 2. Distribución de pacientes atendidos según distrito de residencia (2018)	17
TABLA 3. Datos sociodemográficos de los pacientes atendidos.....	18
TABLA 4. Identificación del servicio clínico responsable y el promedio de la estancia	19

ÍNDICE DE IMÁGENES Y GRÁFICOS

IMAGEN 1. Pirámide invertida: Salud y atención sanitaria.....	7
GRÁFICO 1. Intervención de TSS desde AP (%).....	20
GRÁFICO 2. Intervención de TSS desde HDM.....	21
GRÁFICO 3. La utilidad de la información sociofamiliar incluida en el PIIC	22
GRÁFICO 4. Actualización de los PIIC (%).....	22
GRÁFICO 5. Existencia de la Planificación de Decisiones Anticipadas	23
GRÁFICO 6. Existencia del Documento de Voluntades Anticipadas.....	24

ÍNDICE DE ABREVIATURAS

ABREVIATURAS	SIGNIFICADO
ABS	Área Básica de Salud
ACP	Atención Centrada en la Persona
ACUT	Atención Continuada y Urgencias de base Territorial
AP	Atención Primaria
CGEN	Cirugía General
COT	Cirugía Ortopédica y Traumatología
CSS	Centro Socio Sanitario
CUAP	Centro de Urgencias de Atención Primaria
DVA	Documento de Voluntades Anticipadas
ECAP	Estación Clínica de Atención Primaria
HCCC/HC3	Historia Clínica Compartida de Cataluña
HDM	Hospital Dos de Maig
MACA	Modelo de Atención a la Cronicidad Avanzada
MEDI	Medicina Interna
OFL	Oftalmología
PCC	Paciente Crónico Complejo
PDA	Planificación de Decisiones Anticipadas
PIAISS	Plan Interdepartamental de Atención e Interacción Social y Sanitaria
PIIC	Plan de Intervención Individualizado y compartido
PPAC	Programa de Prevención y Atención a la Cronicidad
TSS	Trabajo Social Sanitario
UCE	Unidad de Corta Estancia

Resumen

El crecimiento de la esperanza de vida ha generado el fenómeno del envejecimiento demográfico aumentando en consecuencia las personas mayores con enfermedades crónicas y complejas y al mismo tiempo con más problemas sociales. Este estudio tiene como objetivo explorar y describir la realidad del modelo de atención a la complejidad en los Pacientes Crónicos Complejos (PCC) y los pacientes con necesidad de un Modelo de Atención a la Cronicidad Avanzada (MACA) ingresados en el Hospital Dos de Maig (HDM), mediante un estudio descriptivo transversal y empleando la metodología cuantitativa. La muestra se centra en los PCC y MACA dados de alta en unidades de hospitalización. Los resultados sugieren que la teoría del modelo de atención a la complejidad no es factible. La mayoría de los pacientes analizados no tenían revisión anual de las valoraciones sociales desde atención primaria ni intervenciones desde el Hospital Dos de Maig, no disponían de la Planificación de Decisiones Anticipadas (PDA) ni del Documento de Voluntades Anticipadas (DVA) y los Planes de Intervención Individualizados y Compartidos (PIIC) no disponían de información sociofamiliar. Este trabajo concluye que el aumento de las personas con enfermedades crónicas complejas, los recursos humanos existentes de trabajo social sanitario y el tiempo de estancia hospitalaria limitan las intervenciones de TSS desde atención primaria y hospitalaria. Por otro lado, se indica la reducida participación de los TSS en la elaboración de los PIIC y la falta de interiorización de las bases de la Atención Centrada en la Persona.

Palabras clave

Paciente Crónico Complejo (PCC), Modelo de Atención a la Cronicidad Avanzada (MACA), Trabajo Social Sanitario (TSS), Atención integral, Plan de Intervención Individualizado y Compartido (PIIC) y Atención Centrada en la Persona (ACP), Planificación de Decisiones Anticipadas (PDA) y Documento de Voluntades Anticipadas (DVA).

Abstract

The growth of life expectancy has generated the phenomenon of demographic aging, consequently increasing older people with chronic and complex diseases and at the same time with more social problems. The purpose of this study is to explore and describe the reality of the complexity care model in Complex Chronic Patients and patients in need of an Advanced Chronicity Attention Model admitted to the Hospital Dos de Maig (HDM), through a cross-sectional descriptive study and using the quantitative methodology. The sample focuses on the complex chronic patient and advanced chronicity patient discharged in hospitalization units. The results suggest that the theory of the attention to complexity model is not feasible. Most of the patients analyzed did not have an annual review of the social assessments from primary care or interventions from the Hospital Dos de Maig, they had neither the advance decision planning nor the advance directives document and the individualized and shared intervention plan did not have socio-familiar information. This work concludes that the increase of people with complex chronic diseases, the existing human resources of social health work and the time of hospital stay limit the interventions of social health work from primary and hospital care. On the other hand, it is indicated the reduced participation of the social health workers in the elaboration of the individualized and shared intervention plan and the lack of internalization of the bases of the person centered care.

Keywords

Complex chronic patient, model of attention to advanced chronicity, social health work, comprehensive care, individualized and shared intervention plan, person-centered care, advance decision planning and advance directives document.

1. Introducción

El crecimiento de la esperanza de vida ha generado el fenómeno del envejecimiento demográfico. Esto implica el aumento de personas mayores con enfermedades crónicas y complejas y al mismo tiempo con más problemas sociales (1). El modelo catalán de atención a las personas con necesidades complejas (2) define dos tipos de perfiles: los Pacientes Crónicos Complejos (PCC) y los pacientes con necesidad de un Modelo de Atención a la Cronicidad Avanzada (MACA) o denominados también como pacientes con enfermedad crónica avanzada. En este trabajo se realiza una aproximación a la realidad de la intervención de Trabajo Social Sanitario (TSS) con los PCC y MACA ingresados en el Hospital Dos de Maig (HDM).

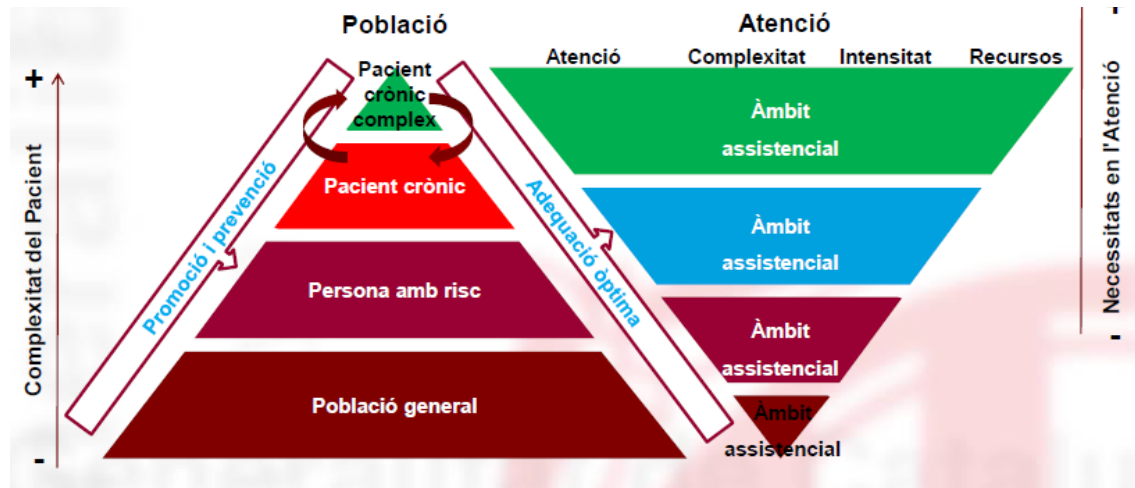
Esta investigación, como en otros estudios, tiene una base teórica que garantizará la dirección coherente del enfoque empírico, por lo que se comenzará a definir los dos tipos de pacientes mencionados. Las bases del modelo catalán (2) definen como PCC “aquella persona cuya gestión clínica es percibida como especialmente difícil por sus profesionales referentes”. En cambio, el paciente MACA como “aquella persona que presenta la condición de complejidad asociada a un pronóstico de vida limitado, una aproximación paliativa presente, importante, creciente y, finalmente, la planificación de decisiones anticipadas (PDA) como proceso deliberativo central”. En otras palabras, MACA es un estado más avanzado del PCC. Según los datos de prevalencia indicados en esta referencia (2) el 4% de la población se identifica como PCC y 1% como MACA.

Ambos tipos de pacientes se encuentran en una situación de complejidad. El centro que se ocupa de la terminología de la lengua catalana TERMCAT (3) describe la complejidad como una situación de la persona que presenta necesidades de difícil gestión a causa de las enfermedades, la manera de usar los servicios, el entorno o la capacidad limitada de respuesta por parte del sistema, y por consiguiente con la necesidad de una atención compartida y un plan individualizado específico.

La complejidad sanitaria y social aflora cuando se reúnen varios elementos como la multimorbilidad (más de una enfermedad, habitualmente crónicas), la incertidumbre clínica, la dificultad en la toma de decisiones, la gravedad, débil o insuficiente red familiar o social, claudicación de cuidadores, dependencia etc. (2). El conjunto de alguno de estos elementos (sanitarios y sociales) dificulta la gestión clínica. La cronicidad y la complejidad generan en los PCC y MACA la necesidad de ser atendidos con cierta frecuencia, lo que puede que el equipo referente no esté operativo cuando se necesite esa atención. En la siguiente imagen recopilada en la

presentación del Programa de Prevención y Atención a la Cronicidad (4) se puede observar como la atención requerida por la persona se aumenta según se eleva el grado de cronicidad y complejidad:

Imagen 1. Pirámide invertida: Salud y atención sanitaria



Fuente: Imagen recopilada de la presentación del Programa de Prevención y Atención a la Cronicidad (4).

Los PCC y MACA se encuentran en la cima de la pirámide. Eso significa que requieren más atención asistencial que la población general. Según el Plan de Salud 2011-2015 los datos de mortalidad señalan que el 80% de la población muere por causa de patologías crónicas, estas personas consumen más de 50% de los recursos del sistema y calculan que entre el 2012 y 2020 se duplicarán las personas con alguna enfermedad crónica (5).

El Programa de Prevención y Atención a la Cronicidad (PPAC) y el Plan Interdepartamental de Atención e Interacción Social y Sanitaria (PIAISS). Ambos impulsan la coordinación y colaboración entre todos los profesionales sanitarios y sociales que puedan intervenir, promoviendo una comunicación eficiente en los circuitos asistenciales (2). El objetivo principal es mejorar la calidad de vida y la satisfacción percibida de la persona (4), al mismo tiempo que garantizar una atención integrada y centrada en la persona (6).

El enfoque de la Atención Centrada en la Persona (ACP) se basa en convertir el paciente en una persona activa, empoderarle para implicar en el proceso de toma de decisiones sobre su salud (2) y corresponsabilizarle de las capacidades personales de cuidado y bienestar (7). Según Esquerda y Pifarré (8), Francesc Abel señalaba que la mayor modificación que se ha llevado a cabo en las últimas décadas es el reconocimiento del paciente como un agente moral autónomo. El profesional debe de

informarle, capacitarle y acompañarle en la búsqueda de recursos personales, pero siempre respetando su autonomía como persona empoderada (8).

Para todo ello, es importante elaborar una planificación individualizada y compartida de cada caso (6). La herramienta para que todos los profesionales puedan atender a la persona de manera coordinada y puedan obtener información sobre la salud y la situación social del paciente es el Plan de Intervención Individualizado y Compartido (PIIC). Esta comunicación permite atender a la persona teniendo en cuenta las necesidades, los valores y las preferencias de la persona, ya que el PIIC es acordado entre el paciente, su cuidador y el equipo asistencial (9). Este documento se sostiene en la Historia Clínica Compartida de Cataluña (HCCC o HC3), una plataforma compartida de información profesional. El PIIC debe proporcionar información fundamental para intervenir de manera eficaz y eficiente en la ausencia de los profesionales referentes (9).

El PIIC incluye una evaluación integral, redactado en diversos apartados¹, que permite trabajar a los profesionales de forma interdisciplinar. Teóricamente sería necesario rellenar todos los apartados (Anexo I.) de cada paciente PCC o MACA, pero por motivos de factibilidad se priorizan 3 de los apartados del PIIC: los diagnósticos relevantes, el plan de medicación y las recomendaciones en caso de crisis y descompensación. La inclusión de la información de estos ámbitos proporcionaría mejores prácticas según el consenso de expertos (9). Los diagnósticos y la medicación se incorporan de forma automática. Por otro lado, en la elaboración de los PIIC tienen preferencia aquellos pacientes que más se beneficiarían de ellos como por ejemplo pacientes con constantes ingresos, descompensaciones, alta utilización de urgencias o los pacientes MACA (9).

Los trabajadores sociales sanitarios (TSS) referentes aportan información social de la persona en el apartado de valoración multidimensional, lo cual no está priorizado. Este apartado posibilita redactar libremente sobre las situaciones y necesidades sociales de la persona y el entorno. Los problemas sociales inciden en el estado de salud de la persona y viceversa. Por eso, es esencial tener en cuenta la parte social para poder proporcionar una atención integral. Esta información social impulsa la coordinación entre los TSS y otros profesionales de todos los servicios que atienden a la persona, facilitando trabajar de manera interdisciplinar y sin olvidar el aspecto social de la persona.

¹ Ver apartados de la PIIC en el primer anexo

Según las recomendaciones y propuestas de buenas prácticas en la redacción del PIIC (9), el plan tiene que estar actualizado y todos los profesionales que atienden a la persona tienen que tener acceso a ello. En teoría está recomendado revisarlo uno o dos veces al año y después de alguna descompensación, ingreso, cambios sanitarios (diagnóstico, pauta terapéutica) o sociales (red familiar, cuidadores) (9). Además, se especifica que en los MACA sería recomendable hacerlo con más frecuencia, ya que son pacientes con pronóstico vital más limitado.

Otro de los aspectos importantes que recaba el PIIC son las conclusiones de la Planificación de Decisiones Anticipadas (PDA). En este documento se recogen las preferencias y los valores del paciente, definiendo y planificando la atención que desearía recibir en casos de complejidad clínica, enfermedad grave o final de vida, con la ayuda de los profesionales de referencia y red familiar o social (10). Obtener información sobre la PDA (o las conclusiones del PIIC) facilita a los profesionales no referentes ofrecer una atención centrada en las voluntades de la persona, respetando siempre la autonomía y preferencias de ella, como se ha explicado anteriormente.

La PDA está relacionada con el Documento de Voluntades Anticipadas (DVA), aunque no tienen el mismo significado. Ambos tienen como objetivo garantizar las preferencias y valores de la persona, respetando siempre sus decisiones, pero el DVA solamente lo puede redactar la persona, dejando constancia de sus voluntades para las futuras actuaciones médicas, cuando la persona no estuviera en condiciones para tomar decisiones. Si el paciente tiene el DVA registrado en el Departament de Salut, también está disponible para su consulta en la HCCC.



Todas estas herramientas (PIIC, PDA, DVA) pretenden que los pacientes PCC y MACA sean mejor atendidos en los servicios sanitarios y sociosanitarios, evitando duplicidad de actuaciones, trabajando de manera efectiva y centrada en la persona. Estos tipos de pacientes viven en una situación de vulnerabilidad y es fundamental garantizar una calidad de vida adecuada. Cuando aflora un nuevo problema de salud en el paciente (descompensación, ingreso hospitalario etc.), también aumenta la complejidad social y esto puede afectar recíprocamente a la salud de la persona, generando malestar psicosocial (11). Por eso, los trabajadores sociales sanitarios (TSS) tienen un papel importante en la atención de los pacientes.

A raíz de esto surge el Protocolo de Actuación del Trabajador Social Hospitalario en el Paciente Crónico Complejo, elaborado por Consorci de Salut i Social de Catalunya (CSC) en septiembre del año 2014, con el fin de hacer recomendaciones para la actuación de los TSS ante el paciente crónico complejo, ya que en la literatura

existen pocos documentos que lo hagan (12). Este protocolo consiste en describir las funciones y los roles de los TSS tanto en Atención Primaria como en Atención Hospitalaria y realizar recomendaciones de actuaciones.

Este estudio se centra en Atención Primaria (profesionales referentes) y en hospital de agudos (Hospital Dos de Maig, lugar de investigación), por lo que este protocolo cobra su importancia.

Según este protocolo (12) para garantizar una atención adecuada al paciente los TSS deben identificar los pacientes PCC (y MACA²) y realizar una valoración integral de las necesidades sociales y del entorno. La identificación de estos pacientes se basa en el juicio profesional sobre la dificultad de la gestión clínica (multimorbilidad, alta probabilidad de descompensación, alta utilización de servicios, polifarmacia, insuficiente soporte, dependencia, etc.) y está previsto realizar generalmente desde atención primaria, aunque se pueden identificar desde cualquier dispositivo del sistema (hospital de agudos, centros sociosanitario etc.) (2). Esta identificación se visualiza en la Historia Clínica después del nombre de cada paciente, asignándoles íconos de diferentes colores:

<i>Tipo de paciente</i>	<i>Identificación</i>
PCC	
MACA	

La función de los TSS es estudiar la realidad del paciente para elaborar un diagnóstico social sanitario y aportarlo al equipo interdisciplinar. El diagnóstico social, según la definición de Mary Richmond (13), es:

“el intento de hacer una definición, la más exacta posible, de la situación y personalidad de un ser humano con alguna necesidad social, de su situación y personalidad. Ello es, en relación con otros seres humanos de los que de alguna manera depende, o los que, de alguna manera, dependen de él, y en relación también con las instituciones sociales de su comunidad”.

Es importante elaborar un buen diagnóstico social sanitario ya que los procesos sociales sanitarios delimitados por el plan de trabajo se basan en ello, un diagnóstico social sanitario equivocado o incompleto implicaría una intervención errónea o

² Se añade también los pacientes de cronicidad avanzada (MACA), ya que es un estado más avanzado del PCC.

insuficiente (14). El diagnóstico social sanitario interpreta y contextualiza las dificultades existentes que complicarán la cobertura eficiente de las necesidades terapéuticas y asistenciales de la persona al regresar a su entorno y la forma en que se van a trabajar para solucionarlas (15).

Basado en este diagnóstico, los TSS deben determinar un plan de trabajo con el paciente, la familia, el cuidador y el equipo asistencial, coordinándolo con la red de atención del paciente como Atención Primaria de salud y social con el objetivo de ofrecer la continuidad asistencial (12). Este plan de trabajo delimitará la intervención profesional que se basará en los procesos sociales sanitarios determinados por el plan de trabajo (14). Estos procesos son “el conjunto de actividades diversas que concluyen en una o más prestaciones de valor y necesarias para la reinserción de la persona y su familia” (14). Los procesos sociales sanitarios indican las actividades necesarias para la resolución del caso.

Los profesionales referentes de Atención Primaria (se incluyen los TSS) según el modelo catalán (2) deben actualizar el PIIC 1 o 2 veces al año, lo que significa que deben atender al paciente con esta frecuencia y en caso de haber alguna descompensación. Los TSS referentes también deberían realizar esta actualización y establecer contacto con los pacientes PCC y MACA para tener valoraciones recientes de la situación social actual.

La teoría del modelo es adecuada para atender a los PCC y MACA de una manera efectiva y eficiente, pero ¿se está llevando a cabo de forma correcta? ¿La intervención de los trabajadores sociales sanitarios está presente en esta atención colaborativa/coordinada? ¿Se incluye información social en los PIICs? Esta investigación parte de la intuición de la unidad de Trabajo Social Sanitario del Hospital Dos de Maig de que no está funcionando adecuadamente el modelo de atención a la complejidad desde la perspectiva de Trabajo Social Sanitario. Antes de cada entrevista o visita al paciente para realizar la valoración social las TSS del HDM revisan la historia del paciente, comprobando en la eCAP si disponen de intervención social previa y si hay PIIC y DVA en la HCCC. En estas revisiones las TSS tienen la percepción de que la mayoría de estos pacientes no tienen las intervenciones de TSS desde Atención Primaria recientes ni se incluye información sociofamiliar en los PIIC ni disponen de los DVA y PDA. Además, tienen la impresión de no estar atendiendo a la mayoría de los pacientes PCC y MACA.

La intuición de los TSS debe de ser constatada a través de evidencias. Por eso, se ha decidido realizar una aproximación basándose en esta intuición que se plantea a modo de hipótesis. Tras la contextualización teórica, se empieza el análisis del estudio definiendo primero los objetivos, hipótesis y la metodología empleada.

2. Objetivos

El objetivo general del estudio es analizar la aplicación del modelo de atención a la complejidad en los pacientes PCC y MACA atendidos en el HDM desde el enfoque del TSS. Aunque este objetivo general ha dado sentido al trabajo, se han identificado otros objetivos específicos para profundizar en el estudio:

1. Analizar la fecha de la última intervención de TSS realizadas a los pacientes PCC y MACA desde Atención Primaria en los últimos años y desde HDM en el periodo de ingreso.
2. Conocer la información social incluida en cada PIIC y su utilidad para la intervención desde la unidad de TSS del hospital. Para valorar la información se emplearán los siguientes indicadores, existencia de la información sobre:
 - La red familiar y/o social: tamaño, núcleo de convivencia, relaciones, cuidador principal.
 - Los soportes formales e informales que dispone.
3. Explorar la presencia del DVA en la HCCC y PDA incluida en el PIIC.

Después de definir los objetivos de este trabajo, se plantean las hipótesis relacionadas con los mismos. El trabajo se basa en estas hipótesis:

1. Los PCC y MACA atendidos en las unidades de hospitalización del Hospital Dos de Maig no tienen intervención de TSS desde Atención primaria reciente (<1 año).
2. La Unidad de TSS del HDM atiende menos de los 25% de PCC y MACA ingresados en unidades convencionales de hospitalización.
3. Los PIIC no incluyen información sociofamiliar suficientemente útil para el tratamiento del caso desde la Unidad de TSS del hospital de agudos.
4. La mayoría de estos pacientes no tienen PDA ni DVA.

Estas suposiciones que utilizamos como guías durante el trabajo son intuiciones de la unidad de TSS del HDM, las cuales se contrastarán en el análisis de la información recabada.

3. Metodología

Este estudio descriptivo transversal analiza datos de los pacientes dados de alta en el periodo del mes de marzo del 2018. La duración del ejercicio profesional (en prácticas) y el tiempo de acceso a los datos ha provocado que el periodo de investigación sea acotado (un mes) y la muestra sea muy limitada para extraer conclusiones relevantes que se puedan extrapolar por lo que se hará una aproximación a la realidad que pueda dar pie a otra investigación más amplia. Para la investigación se utilizará la metodología cuantitativa.

Población y muestra

En el HDM existen diversas áreas de intervención, en concreto: Hospitalización, incluyendo la hospitalización a domicilio (HADO); Hospital de Día y ESIC (Equipo de Soporte Integral a la Complejidad); Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA); Consultas Externas, incluye el programa de valoración social prequirúrgica y Urgencias. Este estudio se centra en los PCC y MACA ingresados en unidades de hospitalización.

En la siguiente tabla se puede observar que en el año 2017 los PCC dados de alta corresponden al 12,9% de los pacientes, en cambio, los MACA al 1,9%. En los últimos cuatro años la tendencia ha sido aumentar los pacientes PCC en un 3,8%, mientras que los pacientes MACA han aumentado, pero de forma menos significativa 0,7%.

Tabla 1. Actividad asistencial 2014-2017

AÑO	2014		2015		2016		2017	
ALTAS	2.829		2.785		2.666		2.897	
NO PCC/MACA	2.538	89,7%	2.456	88,2%	2.332	87,5%	2.469	85%
PCC	257	%9,1	284	%10,2	278	%10,4	373	%12,9
MACA	34	%1,2	45	%1,6	56	%2,1	55	%1,9

Fuente: elaboración propia con los datos recopilados en el sistema informático del hospital.

Para poder analizar el objeto de esta investigación se realiza un muestreo de conveniencia, escogiendo todos los pacientes PCC y MACA dados de alta en el mes anterior a la estancia de prácticas en el centro (2018). La muestra de esta investigación la formarán los PCC y MACA dados de alta en unidades de hospitalización durante el periodo 01/03/18 al 31/03/18. En total se han estudiado 81 episodios de 78 pacientes, de los cuales 3 son reingresos.

Episodios 81: PCC (n=75), MACA (n=6)

Pacientes 78: PCC (n=72) MACA (n=6)

Sistema de recogida de datos

En esta fase se definen los datos requeridos para el estudio del objeto (explicados en el siguiente apartado, *variables de estudio*). La técnica para obtener estos datos es el registro, ya que se recoge la información de manera sistemática (16). Para ello, se emplean las siguientes herramientas:

- Base de datos facilitada por Sistemas de Información a través de la Responsable de Calidad del Hospital
- Historia Clínica Hospitalaria
- Historia Clínica Compartida de Catalunya (HCCC)
- Plan de Intervención Individualizado y Compartido (PIIC)
- Estación Clínica de Atención Primaria (eCAP)
- Escalas de valoración geriátrica (Barthel y Pfeiffer).

El acceso al historial de cada paciente requiere la contraseña de la Trabajadora Social Sanitaria, del cual el alumno no dispone. Por la necesidad constante de que la TSS introdujera la contraseña, esto ralentiza el proceso de recogida de datos.

Variables de estudio

VARIABLES DE ESTUDIO
Datos demográficos: género y edad
Motivo de ingreso hospitalario: diagnóstico médico
Perfil cognitivo y funcional de los pacientes: escalas Pfeiffer y Barthel
Existencia de intervención social previa al ingreso hospitalario por parte de su Trabajador Social Sanitario del Centro de Atención Primaria (CAP)
Existencia del Plan Individualizado de Intervención Compartida (PIIC)
Documento de Voluntades Anticipadas (DVA) y Planificación de Decisiones Anticipadas (PDA)
Demanda de intervención por la unidad de Trabajo Social Sanitario del hospital
Destino de los pacientes al alta hospitalaria (domicilio habitual, centro sociosanitario, éxitus, otros).
Disponibilidad de informe Prealt (en caso de alta a domicilio)

Estrategia de análisis de datos

La información obtenida de cada paciente se plasma en una base de datos creada a tal fin de manera organizada para visualizar de forma clara y precisa cada variable del estudio (16). Este instrumento facilita la observación y el análisis de los datos. Específicamente se emplea la aplicación Excel.

Consideraciones éticas

Según los principios éticos que deben regir la experimentación con sujetos humanos, en este estudio se garantiza el anonimato y la intimidad de los sujetos (17). El análisis de estos datos puede dar pie a otra investigación más amplia para poder identificar mejoras en la intervención desde TSS en la cronicidad, aumentando al mismo tiempo el bienestar y la calidad de vida de los PCC y MACA.

4. Resultados

En este estudio se analizaron 78 pacientes que fueron ingresados en el HDM, de los cuales 72 (92,3%) estaban reconocidos como PCC y 6 (7,7%) como MACA. La muestra de los MACA identificados es muy limitada. Por lo cual, se analizarán los resultados de los pacientes MACA siendo conscientes de que la muestra de este tipo de pacientes es muy reducida.

Como se puede observar en la Tabla 2. la mayoría de pacientes residían en el distrito Eixample (25,6%) seguido por Gràcia (20,5%). El HDM está situado en la ciudad de Barcelona, en el distrito de Eixample. El hospital, las Áreas Básicas de Salud Gaudí y Sagrada Familia componen conjuntamente el Centro de Atención Integral Dos de Mayo (CAIDM) para dar cobertura de asistencia primaria y especializada en el Área de Atención Integral de Salud (AIS) Barcelona Derecha (18).

Tabla 2. Distribución de pacientes atendidos según distrito de residencia (2018)

DISTRITO	N	%
Eixample	20	25,6%
Gràcia	16	20,5%
Sant Andreu	15	19,2%
Sant Martí	11	14,1%
Horta-Guinardó	10	12,8%
Zona metropolitana Barcelona	3	3,9%
Nou Barris	2	2,6%
Ciutat vella	1	1,3%
TOTAL GENERAL	78	100%

Fuente: elaboración propia con los datos facilitados por Sistemas de Información/ Calidad de HDM.

Analizando el perfil demográfico se puede observar en la Tabla 3. que los pacientes PCC identificados, la mayoría eran mujeres (61,1%), con el promedio de edad de 85,6 años, el 31,9% con dependencia moderada y el 44,5% sin deterioro cognitivo. El 33,3% de los pacientes PCC no tenían hecha la valoración cognitiva. En los pacientes MACA la mayoría también eran mujeres (66,7%), con promedio de edad de 84,5 años, el 50% con dependencia moderada y el 33,3% con deterioro cognitivo leve. El 50% de los pacientes MACA no tenían hecha la valoración cognitiva.

Tabla 3. Datos sociodemográficos de los pacientes atendidos

	PCC		MACA	
	N	%	N	%
Género				
Mujer	44	61,1%	4	66,7%
Hombre	28	38,9%	2	33,3%
Edad				
Promedio	85,6		84,5	
Rango	61-100		62-92	
Mediana	87		88	
Moda	87		88	
Perfil funcional (Barthel)				
Independencia	9	12,5%	0	0%
Dependencia escasa	3	4,2%	0	0%
Dependencia moderada	23	31,9%	3	50%
Dependencia severa	21	29,2%	1	16,7%
Dependencia total	9	12,5%	1	16,7%
Sin valoración	7	9,7%	1	16,7%
Perfil cognitivo (Pfeiffer)				
Normal	32	44,5%	0	0%
Deterioro leve	4	5,6%	2	33,3%
Deterioro moderado	6	8,3%	0	0%
Deterioro grave	6	8,3%	1	16,7%
Sin valoración	24	33,3%	3	50%

Fuente: elaboración propia con los datos facilitados por Sistemas de Información/ Calidad de HDM y los datos recopilados en la Historia Clínica.

En los pacientes PCC los diagnósticos más destacados han sido la insuficiencia respiratoria (20%) e insuficiencia cardiaca (12%), seguidos por la infección respiratoria de vías bajas IRVB (6,7%) y la neumonía (6,7%). Los diagnósticos mayoritariamente estaban relacionados con el sistema respiratorio (53,3%). En los MACA identificados, los diagnósticos también estaban relacionados generalmente con el sistema respiratorio (66,7%).

En los pacientes PCC el 86,7% de los procesos eran médicos y el 13,3% quirúrgicos. Los pacientes con procesos médicos estuvieron ingresados 9,6 días de media de estancia y los quirúrgicos 4,6 días. En los pacientes MACA todos los casos eran atendidos por procesos médicos y estuvieron ingresados 7,6 días de media de

estancia. En la tabla 4. se puede observar estos datos detalladamente tanto procesos médicos como quirúrgicos.

Tabla 4. Identificación del servicio clínico responsable y el promedio de estancia (episodios)

	PCC			MACA		
	N	%	Estancia media (días)	N	%	Estancia media (días)
Proceso médico						
Medicina Interna (MEDI)	37	49,4%	10,4	2	33,3%	8,1
Unidad de Corta Estancia (UCE)	28	37,3%	8,4	4	66,7%	7,3
TOTAL MEDI/UCE	65	86,7%	9,6	6	100%	7,6
Proceso quirúrgico						
Cirugía General (CGEN)	1	1,3%	6,8	0	0%	0
Cirugía Ortopédica y Traumatología (COT)	7	9,3%	5,2	0	0%	0
Oftalmología (OFL)	2	2,7%	1,2	0	0%	0
TOTAL CGEN/COT/OFL	10	13,3%	4,6	0	%	0

Fuente: elaboración propia con los datos facilitados por Sistemas de Información/Calidad de HDM.

En los pacientes PCC la mayoría de los destinos de alta fueron a domicilio (69,3%), seguido por exitus (13,3%), centro sociosanitario (CSS; 10,7%), otro hospital (4%) y residencia (2,7%). En los MACA en general los destinos de alta fueron a domicilio (83,3%), hubo un caso de exitus (16,7%). En el caso de que el destino al alta es a domicilio o residencia, se debe elaborar el documento de Prealt (Preparación del Alta), un documento propio de enfermería que tiene como objetivo garantizar la continuidad de cuidados para mejorar los resultados y la calidad de vida del paciente (19). Los pacientes que fueron alta al domicilio o residencia en el mes de marzo de 2018 el 61,1% de los pacientes PCC disponían de este documento y el 100% de los MACA.

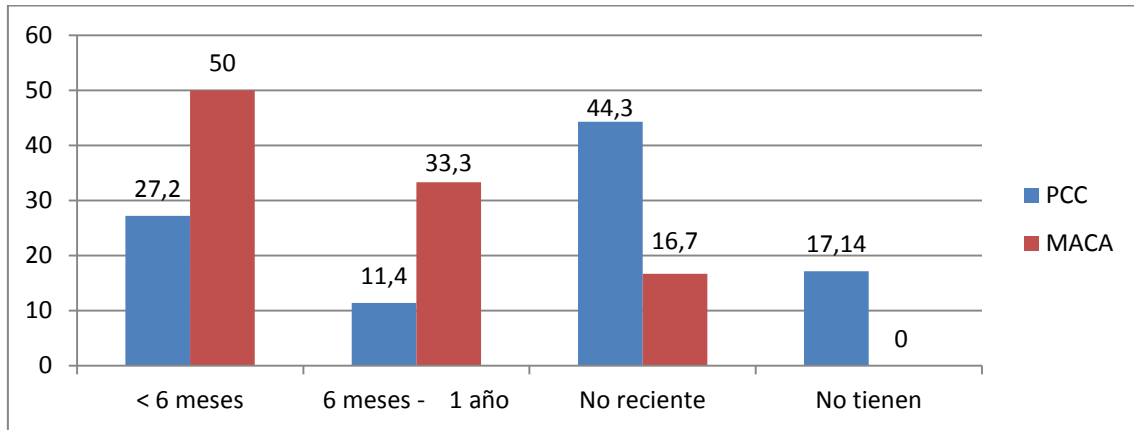
Intervención del TSS en Atención Primaria y en el Hospital Dos de Maig

El análisis de la información relativa al volumen de pacientes PCC y MACA atendidos en AP (zona de Barcelona Derecha) y en el HDM, arroja los resultados que se presentan a continuación.

Intervención del TSS en Atención Primaria

En el Gráfico 1 se visualizarán los datos obtenidos sobre la última intervención de TSS desde AP:

Gráfico 1. Última intervención de TSS desde AP (%)



Fuente: elaboración propia con los datos recopilados en eCAP.

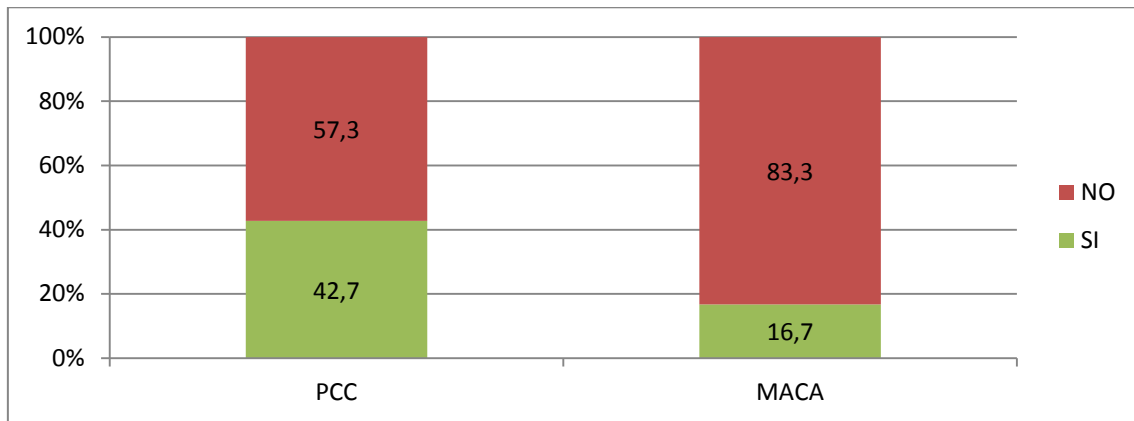
En el caso de Atención Primaria, como puede observarse en el gráfico 1 los resultados indican que la mayoría (44,3%) de los PCC no tenían una intervención reciente de trabajo social sanitario desde atención primaria, el 27,2% tenía muy reciente (<6 meses) y el 11,4% reciente (6 meses - <1 año). Si se toman estas dos últimas variables, se puede observar que en el último año el 38,6% de los pacientes PCC tenían la intervención de TSS hecha. Otro de los aspectos que hay que observar en el gráfico es que el 17,1% de los pacientes no tenían ninguna actuación de TSS desde AP.

En caso de los pacientes MACA, el 50% tenían realizada la intervención muy reciente (<6 meses), el 33,3% reciente (6 meses - <1 año) y el 16,7% no reciente.

Intervención TSS desde Hospital Dos de Maig (HDM).

Las cifras relativas a los pacientes PCC y MACA ingresados en unidades convencionales de hospitalización y que han sido atendidos por la unidad de TSS del Hospital Dos de Maig se muestran en el siguiente gráfico (Gráfico 2):

Gráfico 2. Intervención de TSS desde HDM



Fuente: elaboración propia con los datos facilitados por Sistemas de Información/Calidad de HDM.

En el gráfico se puede observar que el 42,7% de los PCC tuvieron intervención de trabajo social sanitario cuando estuvieron ingresados, y sin embargo el 57,3% no tuvieron ningún contacto con TSS. En el caso de los MACA la ausencia de intervención del TSS es aún más llamativa puesto que la mayoría (83,3%) no tuvieron ninguna intervención.

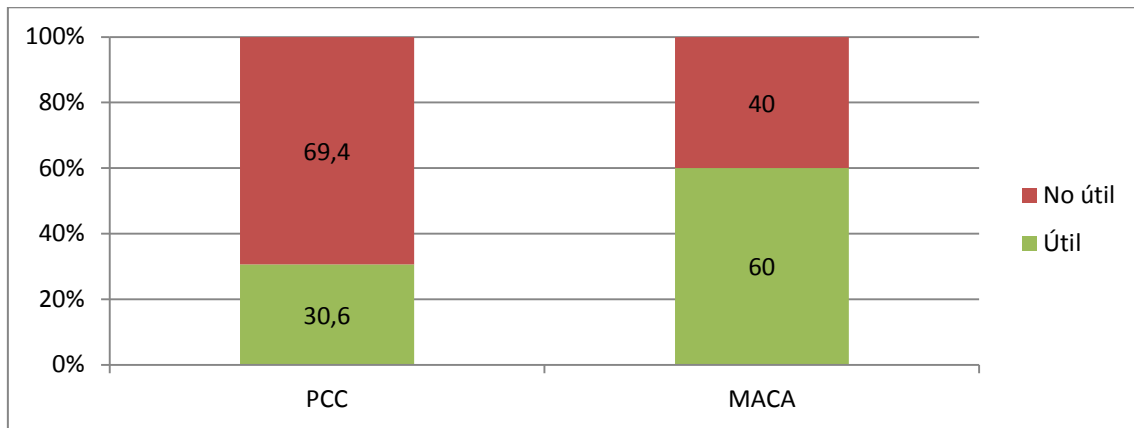
El Plan de Intervención Individualizado y Compartido (PIIC)

La tercera hipótesis planteaba que *los PIIC no incluyen información sociofamiliar suficientemente útil para el tratamiento del caso desde la Unidad de TSS del hospital de agudos*. Para valorar la información se han empleado los siguientes indicadores, existencia de la información sobre:

- La red familiar y/o social: tamaño, núcleo de convivencia, relaciones, cuidador principal.
- Los soportes formales e informales que dispone.

Basándose en estos indicadores se ha evaluado si era útil o no la información que contenían. En el Gráfico 3 se plasmarán estos porcentajes:

Gráfico 3. Información sociofamiliar incluida en el PIIC

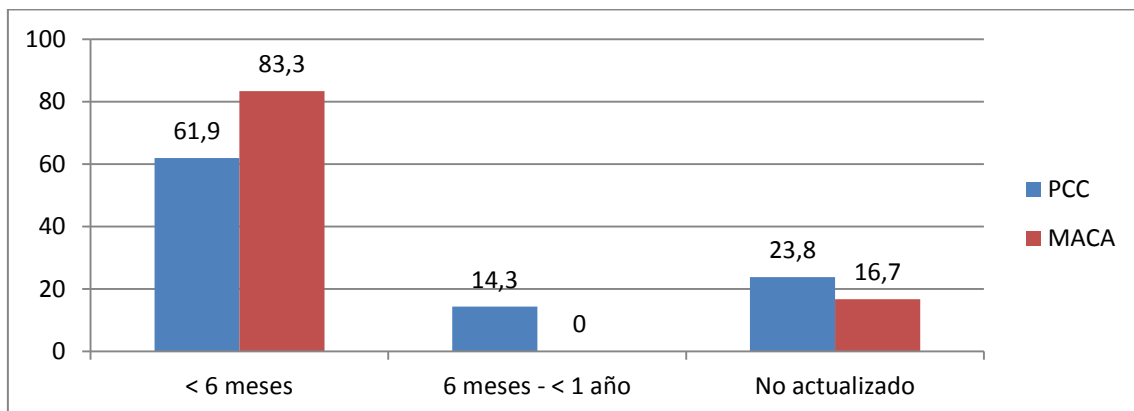


Fuente: elaboración propia con los datos recopilados en la HCCC.

En el análisis de estos datos se ha valorado que la mayoría (69,4%) de los PIIC de los PCC no contenían información sociofamiliar. Este tipo de información ayuda a la trabajadora social sanitaria del Hospital Dos de Maig (y a todos los profesionales de los circuitos asistenciales) a atender mejor a la persona, sin embargo solamente el 30,6% de los pacientes tenían información suficientemente útil para que la TSS pudiera hacer una fotografía al instante del caso. En cambio, en los pacientes MACA la mayoría de los PIIC disponían de dicha información (60%).

Otro de los aspectos importantes del PIIC es el que debe de estar actualizado. Por ello está previsto que tienen que revisarse una o dos veces al año y después de alguna descompensación. En el Gráfico 4 se recoge cuándo se actualizaron por última vez:

Gráfico 4. Actualización de los PIIC (%)



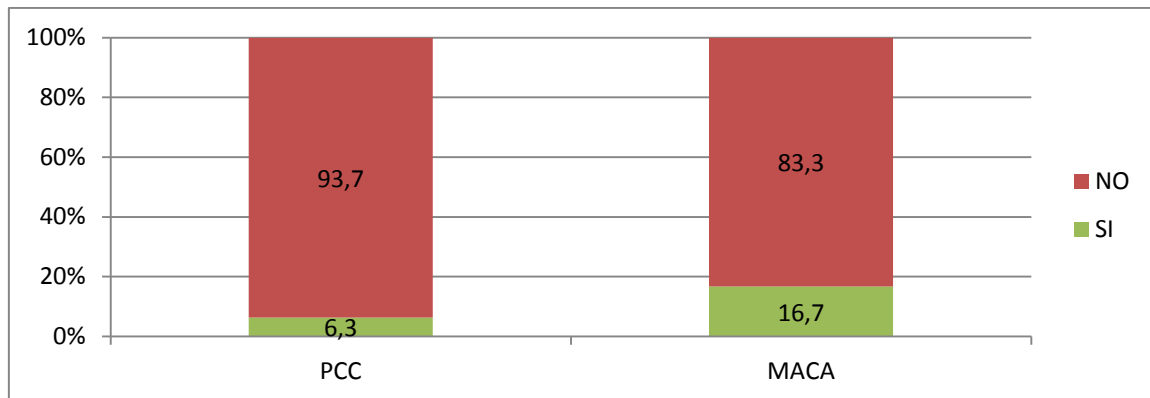
Fuente: elaboración propia con los datos recopilados en la HCCC.

En los PCC se puede observar que el 61,9% tenía alguna actualización en el PIIC en un periodo de menos de 6 meses, y el 14,3% en un periodo de un año. Los que no poseían el plan actualizado eran el 23,8%. En los pacientes MACA, sin embargo, el 83,33% disponían de un PIIC actualizado en menos de 6 meses y solo en un caso (16,67%) no lo estaba.

Planificación de Decisiones Anticipadas (PDA) y Documento de Voluntades Anticipadas (DVA)

A continuación se muestran los resultados relativos a los pacientes que tienen PDA y DVA. La información se ha recopilado en la Historia Clínica Compartida de Catalunya (HCCC). En el Gráfico 5 se visualiza la cantidad de pacientes que tienen la PDA:

Gráfico 5. Existencia de la Planificación de Decisiones Anticipadas

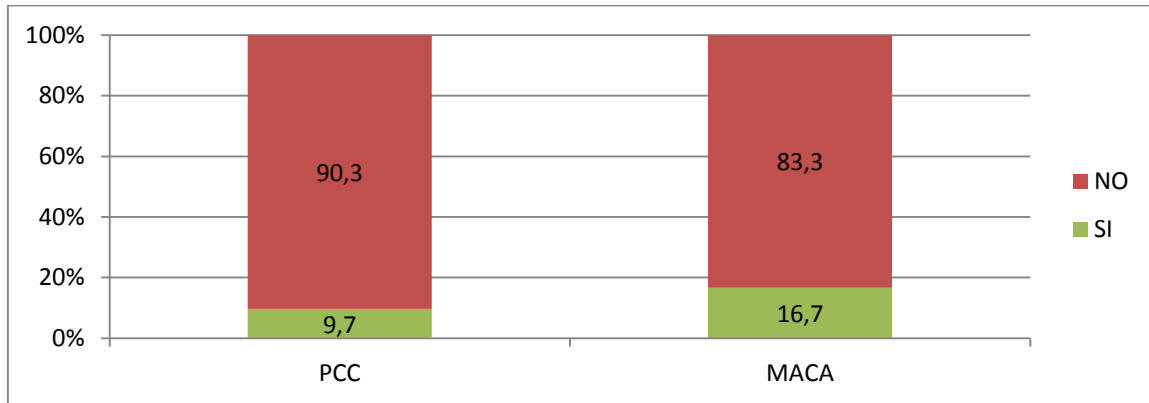


Fuente: elaboración propia con los datos recopilados de la HCCC.

En el gráfico se puede ver que la mayoría de los PCC (93,7%) y MACA (83,3%) no disponían de ninguna Planificación de Decisiones Anticipadas. Solamente tenían el 6,3% de los pacientes PCC y el 16,7% de los MACA.

La PDA, aunque no tienen el mismo significado, está relacionada con el Documento de Voluntades Anticipadas (DVA). Por ello, se ha decidido analizar este tipo de documento para saber cuantos pacientes tenían redactadas las voluntades anticipadas para cuando no estuvieran en condiciones para tomar decisiones. En el gráfico 6 se plasmarán los porcentajes de estos datos:

Gráfico 6. Existencia del Documento de Voluntades Anticipadas



Fuente: elaboración propia con los datos recopilados de la HCCC.

En el gráfico de arriba se puede observar que la mayoría de los pacientes PCC (90,3%) y MACA (83,3%) no tienen elaborado el Documento de Voluntades Anticipadas. Disponen de ello el 9,7% de los PCC y el 16,7% de los MACA.

5. Discusión

El propósito de este trabajo fue analizar la aplicación del modelo de atención a la complejidad en los pacientes PCC y MACA atendidos en el HDM desde el enfoque del TSS.

Los resultados han proporcionado apoyo parcial a la hipótesis que establecía que *los PCC y MACA atendidos en las unidades de hospitalización del Hospital Dos de Maig no tenían la intervención de TSS desde Atención Primaria reciente (<1 año)*. Como se esperaba la mayoría de los pacientes PCC (61,4%) no tenían intervención reciente y sorprende que la última intervención de TSS desde AP en algunos casos sea del año 2009 (9 años sin intervención). En cambio, en los pacientes MACA la mitad (50%) tenía la intervención realizada dentro del periodo de los últimos seis meses, y un tercio (33,3%) entre seis meses y un año.

Estos resultados sugieren que la diferencia entre los dos tipos de pacientes se debe a que los MACA tienen un pronóstico vital más limitado, están en un estado más vulnerable y tienen más posibilidad de necesitar asistencia fuera de los horarios de los profesionales referentes. Por todo ello, se prioriza las personas que requieren más atención, que son los pacientes MACA. Aun así, el porcentaje de los PCC que no tienen intervención de TSS desde AP reciente es muy elevado. Estos datos sugieren que puede haber una sobrecarga en los TSS de AP ya que los datos de prevalencia señalan que el 4% de la población es paciente PCC y el 1% MACA (indicado anteriormente en el apartado 2.). En teoría tendrían que revisar las valoraciones sociales cada uno o dos veces al año. La teoría puede ser idílica con los recursos humanos existentes y el aumento progresivo de las personas con enfermedades crónicas y complejas.

Respecto a la segunda hipótesis, que establecía que *la Unidad de TSS del Hospital Dos de Maig atendía menos de los 25% de PCC y MACA ingresados en unidades convencionales de hospitalización*, los resultados la apoyan parcialmente puesto que en el caso de los pacientes PCC el 42,7% tiene intervención de TSS, superando el porcentaje establecido (25%), mientras que en el caso de los MACA la mayoría (83,3%) no tenían la intervención de TSS.

Los resultados sugieren que en el caso de los PCC se refuta la hipótesis planteada, aunque el porcentaje de las intervenciones realizadas desde la unidad de TSS del hospital siguen siendo bajas. Teóricamente ambos tipos de pacientes precisan atención de los TSS después de un ingreso o descompensación. La realidad

de la intervención del TSS en el nivel hospitalario, según *el estudio del perfil social del paciente crónico complejo* (11), es que el tiempo disponible para atender al paciente es muy reducido, la corta estancia del paciente limita la intervención de la unidad de TSS para atender de manera proactiva a todos los pacientes PCC y MACA ingresados. Aun así, es llamativo el porcentaje de los MACA no atendidos desde el hospital. Esto puede ser por las recientes intervenciones que tienen este tipo de pacientes desde la Unidad de TSS de AP y quizás puede que no precisen esa atención.

En relación a la información sociofamiliar de los PIIC nuestra hipótesis de partida fue que *no incluían información suficientemente útil para el tratamiento del caso desde la Unidad de TSS del hospital de agudos*. Los resultados señalan que la mayoría (69,4%) de los PIIC de los pacientes PCC no incluyen información sociofamiliar. No obstante, en los pacientes MACA la mayoría sí lo hacían (60%). Por lo que, la hipótesis se apoya parcialmente.

Estos resultados sugieren que la información social no cobra la misma importancia que la información de la salud (diagnósticos, fármacos, alergias. etc.), ya que estos se incorporan de forma automática. Según los datos del *Departament de Salut*, el 70% de los PIIC tienen datos estructurados y de estos, el 40% tiene información sobre las recomendaciones en caso de crisis (2). En el porcentaje de los datos estructurados se tendría que analizar si se tiene en cuenta la información social.

La falta de información social aumenta la duplicidad de actuaciones de las unidades de TSS, ya que la TSS del hospital debe realizar el mismo proceso de valoración social que la de AP. Eso genera una pérdida de tiempo y de servicios, además de implicar al paciente a tener que explicar de nuevo su situación sociofamiliar, transmitiendo la sensación de falta de continuidad asistencial.

Los TSS de AP tienen una responsabilidad vital para aportar la información social necesaria para los TSS no referentes que puedan atender al paciente. En el proceso de análisis de los PIIC se encontró información no técnica de TSS y poco válida para el uso de esta información desde la unidad de TSS del hospital. Estos datos no técnicos ni útiles llevan a sospechar sobre la falta de participación de los TSS en las elaboraciones de los PIIC. Los TSS tienen una gran responsabilidad para participar en la evaluación del plan de trabajo correspondiente, no solamente en la valoración multidimensional, sino en la consideración en caso de claudicación del entorno cuidador. Para ello, es necesario promover otra investigación más amplia para profundizar por qué no hay información social redactada y de forma técnica de TSS.

En referencia a la última hipótesis, que establecía que *la mayoría de estos pacientes no tenían PDA ni DVA*, los resultados la apoyan puesto que la mayoría de los pacientes PCC (93,7%) y MACA (83,3%) no disponían de PDA, al mismo tiempo que el 90,27% de los PCC y el 83,33% de los MACA no tenían el DVA.

Según el *Departament de Salut*, los datos indican que de todos los pacientes que disponen de datos estructurados del PIIC (70%) solamente el 25% tiene la información sobre PDA. Calculando este porcentaje con todos los pacientes que disponían del PIIC (estructurados y no estructurados) se puede decir que el 17,5% de los pacientes de este estudio tenían PDA. Estos datos concuerdan con los resultados de MACA de este estudio, ya que el porcentaje (16,7%) de disposición del documento es similar a los datos del Departament de Salut. En caso de los PCC, el porcentaje es menor (6,3%).

Estos resultados sugieren que los profesionales sanitarios no le dan suficiente importancia a las preferencias y los valores del paciente al definir y planificar la atención que desearían recibir en casos de complejidad clínica, enfermedad grave o final de vida, ya que los porcentajes de estos documentos son muy bajos. Se puede decir que los profesionales no planifican las futuras intervenciones basadas en las preferencias del paciente, dejando al lado la atención centrada en la persona y aflorando signos de paternalismo.

Por último, aparte de las hipótesis planteadas, se ha observado en los resultados del destino al alta que el porcentaje de exitus en los pacientes PCC es muy elevado (16,7%). Los resultados sugieren que puede haber un infradiagnóstico de pacientes PCC que deberían ser en realidad pacientes MACA. El estudio sobre *la implementación y el impacto del modelo en el periodo 2011-2015* señala que el 30% de los MACA estarían siendo identificados como PCC por la dificultad de visualizar la condición para la transición a MACA (2). Esta condición estaría relacionada con la limitación del pronóstico de vida y el aumento de las necesidades paliativas, pero según este estudio esta identificación puede ser complicado.

6. Conclusiones

Tras el análisis de los resultados sobre el funcionamiento del modelo catalán de atención a la complejidad desde el enfoque de TSS, a continuación se extraen las conclusiones sobre el funcionamiento del mismo.

La población PCC y MACA, el aumento de las personas con enfermedades crónicas complejas y los recursos humanos existentes de TSS tanto en atención primaria como hospitalaria, hacen que la teoría del modelo de atención a la complejidad no sea factible. Estos factores impiden realizar la revisión anual de la valoración social a todos los pacientes PCC y MACA desde AP, teniendo que priorizar las personas que más lo necesitan. En el hospital de agudos, además, se añade el factor del tiempo de estancia del paciente ya que eso implica limitaciones en la intervención de la unidad de TSS. Estos factores reducen el porcentaje de pacientes PCC y MACA atendidos desde las unidades de TSS.

Además de estos factores, también se puede encontrar una falta de participación de los TSS en la elaboración de los PIIC, habiendo una gran ausencia de la información sociofamiliar. Asimismo, en la evaluación del plan de trabajo en caso de claudicación del entorno cuidador también se observa una falta de aportaciones desde TSS. Esto genera la duplicidad de actuaciones entre AP y el hospital de agudos. Un documento bien estructurado y con las aportaciones sociofamiliares adecuadas promovería una coordinación entre AP y el hospital, impulsando la coordinación/colaboración y empleando los servicios de TSS de manera eficiente. Para ello, es necesario que los trabajadores sociales sanitarios sean conscientes de la situación, reivindiquen su espacio en este tipo de documentos y se responsabilicen de ello.

Por otro lado, en relación al bajo porcentaje de los documentos PDA y DVA, los profesionales sanitarios pueden estar violando las preferencias y valores del paciente ya que la mayoría no planifican la atención deseada en casos de complejidad clínica. Este aspecto muestra entre los profesionales sanitarios una falta de interiorización de las bases de la atención centrada en la persona.

Este estudio es una primera aproximación al modelo de atención a la complejidad desde los pacientes PCC y MACA ingresados en el Hospital Dos de Maig. Este análisis tiene muchas limitaciones ya que el tiempo de acceso a los datos ha sido muy acotado, limitando la muestra de esta investigación. Esta muestra se basa solamente en los pacientes ingresados en el HDM, por lo que estaría bien realizar una

investigación más amplia con una muestra más relevante como para poder extrapolar los datos y profundizar más en los aspectos analizados. Se propone enriquecer el estudio mediante la metodología cualitativa, recopilando las percepciones de los TSS desde atención primaria y hospitalaria.

Como acciones de mejora se propone elaborar un procedimiento de coordinación de los casos con valoración social en caso de alta a domicilio para traspasar la información a la unidad de TSS de la ABS, elaborando el informe social en todos los casos. Por otro lado, se plantea incluir en todos los informes de PREALT la identificación de intervenciones realizadas de TSS durante la hospitalización y las sugerencias de revisión de PIIC en los casos requeridos. El modelo de informe de enfermería de HDM incluye la opción de información social que no siempre se cumplimenta por diversas razones como no haber intervenido desde TSS o la realización del informe PREALT antes de que los TSS puedan dejar constancia de la valoración. La propuesta de este estudio es incluir dos aspectos más en este informe:

- Intervención social durante hospitalización SI NO
- Recomendación de actualizar el PIIC SI NO

7. Bibliografía

1. Ledesma A, Blay C, Contel JC, González-Mestre A, Sarquella E, Viguera L. Resumen ejecutivo y casos del modelo catalán de atención integrada social y sanitaria centrado en las personas. [Internet]. Barcelona: Generalitat de Catalunya; 2015 [acceso 30 de abril de 2018]. Disponible en: http://presidencia.gencat.cat/web/.content/departament/plans_sectorials_i_interdepartamentals/PIAISS/docs/PIAISS_resum_executiu_i_casos_model_castella.pdf
2. Blay C, Limón E. (Coord.). Bases para un modelo catalán de atención a las personas con necesidades complejas: conceptualización e introducción a los elementos operativos. [Internet]. Barcelona: Departament de Salut; 2017 [acceso 11 de abril de 2018]. Disponible en: https://scientiasalut.gencat.cat/bitstream/handle/11351/3305/bases_modelo_catalan_atencion_personas_necesidades_complejas_2017_cas.pdf?sequence=5
3. Termcat.com, Centro de Terminología [sede Web]. Barcelona: Generalitat de Catalunya Departament de Cultura; termcat.com; 1985- [acceso 16 de abril de 2018]. Disponible en: <http://www.termcat.cat/>
4. Generalitat de Catalunya Departament de Salut. Pla de salut de Catalunya 2011-2015. [Internet]. Barcelona: Departament de Salut; 2017 [acceso 11 de abril de 2018]. Disponible en: http://salutweb.gencat.cat/web/.content/home/destaquem/documents/plasalut_vfinal.pdf
5. Generalitat de Catalunya Departament de Salut. Presentació del Programa de Prevenció i Atenció a la Cronicitat. [Internet]. Barcelona: Departament de Salut; 2011. [acceso 15 de abril de 2018]. Disponible en: http://premsa.gencat.cat/pres_fsvp/docs/2011/07/05/18/21/6bb2b9bc-ce7b-4c9b-af29-f1ceb7f88d35.pdf
6. Generalitat de Catalunya. Plan Interdepartamental de Atención e Interacción Social y Sanitaria. Resumen ejecutivo. [Internet]. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Versión aprobada del 15 de julio de 2014. [acceso 15 de abril de 2018]. Disponible en: http://presidencia.gencat.cat/web/.content/departament/plans_sectorials_i_interdepartamentals/PIAISS/docs/PIAISS_full_ruta_RE_2014_2016_20140715_castella.pdf
7. Ledesma A, Blay C, Contel JC, González-Mestre A, Sarquella E, Viguera L. Model català d'atenció integrada. Cap a una atenció centrada en la persona. [Internet].

Barcelona: Generalitat de Catalunya; 2015. [acceso 23 de abril de 2018].

Disponible en:

http://presidencia.gencat.cat/web/.content/departament/plans_sectorials_i_interdepartamentals/PIAISS/docs/PIAISS_model_atencio_integrada_social_i_sanitaria.pdf

8. Esquerda M, Pifarré, J. Ética, salud, ámbito social: la gestión de la complejidad. Educación social: Revista de intervención socioeducativa. 2017; (66): 33-50.
9. Albanell N, Amil P, Arisa JR, Arjona M, Balboa E, Barbas C et al. Bones pràctiques en atenció compartida: recomanacions per a una gestió òptima dels PIIC. [Internet]. Versió final. 2016. [acceso 19 de abril de 2018]. Disponible en: http://salutweb.gencat.cat/web/.content/home/ambits_tematicos/linies_dactuacio/model_del_assistencial/atencio_al_malalt_cronic/documents/bon_prac_atenc_compartida_v_4_16.pdf
10. Delgado S, González S, Lasmarías C, Vila L, Blay C (Coord.). Guia per a l'aplicació pràctica de la planificació de decisions anticipades. [Internet] 2016. [acceso 19 de abril de 2018]. Disponible en: http://salutweb.gencat.cat/web/.content/home/ambits_tematicos/linies_dactuacio/model_del_assistencial/atencio_al_malalt_cronic/documents/arxiu/guia_pda_definitiva1_1.pdf
11. Peña MM, Canet MM, Montull A, Diaz HM, Sánchez L, Olmos MD et al. El perfil social del paciente crónico complejo (PCC). Valoración social del PCC. El trabajo social sanitario en la atención al paciente crónico complejo. Trabajo social y salud. 2016; (84): 37-64.
12. Consorci de Salut i Social de Catalunya. Protocol d'actuació del treballador social hospitalari en el Pacient Crònic Complex. Barcelona: Consorci de Salut i Social de Catalunya; 2014.
13. Richmond, ME. Social Diagnosis. Nueva York: Russell Sage Foundation; 1917.
14. Colom D. Diagnóstico social sanitario. En: Calvo V. & Colom D. Herramientas para la intervención. Barcelona: Oberta UOC Publishing; 2014.
15. Colom D. El trabajo social sanitario en el marco de la optimización y sostenibilidad del sistema sanitario. Revista de servicios sociales. 2010; (47): 109-119.
16. Martinez R, Rodriguez E. Manual de metodología de la Investigación Científica. [Internet]. (acceso 14 de mayo de 2018). Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/cielam/manual_de_metodologia_de_investigaciones_1.pdf

17. Comité Ético de Experimentación de la Universidad de Sevilla. Principios éticos que deben regir la experimentación con sujetos humanos. [Internet]. Sevilla. (acceso 15 de mayo de 2018) Disponible en:
http://research.uoc.edu/portal/resources/CA/documents/recerca/Principios_eticos_USevilla.pdf
18. Rodríguez L, director. Memòria 2015 Hospital Dos de Maig. Barcelona: Consorci Sanitari Integral; 2015.
19. Servei Català de la Salut. Protocol de preparació de l'alta (PREALT). [Internet]. Tarragona: Servei Català de la Salut; 2015. (acceso 25 de mayo de 2018) Disponible en:
http://catsalut.gencat.cat/web/.content/minisite/catsalut/catsalut_territori/camp_tarragona/publicacions/protocol_preparacio_alta_preal.pdf

8. Anexos

I. Anexo: Apartados del Plan de Intervención Individualizado y Compartido

En este anexo se resume el documento de las *Bones pràctiques en atenció compartida: recomanacions per a una gestió òptima dels PIIC* (8), recopilando los fragmentos más relevantes de los apartados del PIIC:

- ✓ FECHA INFORME.
- ✓ DATOS DEL PACIENTE.
- ✓ DATOS DE LOS PROFESIONALES ASIGNADOS. Aparecerán los datos básicos del médico y la enfermera a quien el paciente está asignado. No aparecen los del TSS.
- ✓ DIAGNÓSTICOS. Asegurar que los problemas de salud incluidos sean los más relevantes, es decir: los que pueden conllevar un mayor impacto en la salud de la persona o los que mejor orientarían las decisiones de terceros en caso de crisis o descompensación. Comprobar que el diagnóstico se muestra de manera comprensible, incluyendo información sobre la gravedad, el estadio o las complicaciones asociadas, por lo que aquel que lo lea se haga mejor cargo de la situación de salud de la persona.
- ✓ PLAN DE MEDICACIÓN: El PIIC mostrará toda la medicación activa que consta, tal como se constata en el Sistema Integral de Receta Electrónica (SIRE), incluidos los medicamentos no financiados.
- ✓ REACCIONES ADVERSAS Y ALERGIAS: Revisar que estén todas registradas, y de manera correcta. El PIIC muestra la información en base a la codificación que permite cada modelo de historia clínica sobre este tema.
- ✓ RECOMENDACIONES EN CASO DE CRISIS O DESCOMPENSACIÓN:
 - *Recomendaciones específicas*: Este espacio permite informar sobre las cuatro descompensaciones más habituales de los pacientes con complejidad: fiebre, disnea, dolor, alteraciones de la conciencia o del comportamiento. Adicionalmente a estas cuatro crisis estándar, se ofrece la oportunidad de informar de otras agudizaciones previsibles en el caso concreto del paciente. Para cada una de ellas se dispone de una escala de activación de recursos que va del 1 al 5:
 - Nivel 1: traslado a hospital de agudos
 - Nivel 2: derivación a un centro sanitario de subagudos o de baja complejidad (CUAP)

- Nivel 3: atención domiciliaria inmediata.
- Nivel 4: atención domiciliaria no inmediata.
- Nivel 5: consulta telefónica.

La escala de activación de los recursos pretende orientar sobre cuál es, a priori, el recurso idóneo en caso de que esta descompensación se produjera. Además se asocia un campo de texto libre que permitiría informar de, de la manera en que suelen presentarse las crisis o la semiología que permitiría sospechar, el dispositivo o centro preferente para derivar el paciente, en caso de que sea necesario hacerlo, la pauta terapéutica que se propone aplicar en primera instancia u otros.

- *Recomendaciones genéricas:* El PIIC permite dar respuesta en texto libre a cuatro preguntas relacionadas con aspectos concretos del proceso de PDA:
 - El paciente ha expresado preferencias sobre el lugar donde quiere ser atendido?
 - Se han pactado explícitamente con el paciente propuestas de adecuación del plan terapéutico?
 - Se ha pactado explícitamente con el paciente alguna consideración respecto al uso de técnicas o instrumentaciones?
 - Hay que tener en cuenta alguna consideración en caso de claudicación del entorno cuidador o, en su caso, de situación de últimos días?

Aunque estas cuestiones son formuladas mediante preguntas cerradas (que podrían ser contestadas con un sí o un no), es obvio que la importancia de la temática lleva a disponer en ella información suficientemente elaborada, rehuendo simplificaciones

- *Otra información:* Este es un espacio de texto libre cuya utilidad es capturar de manera automática la información que estaba depositada en formatos anteriores estructurados del PIIC. Aparte de eso, también puede ser útil para anotar otra información de interés para una mejor gestión de las crisis que pueda presentar el paciente.
- ✓ **PLANIFICACIÓN DE DECISIONES ANTICIPADAS:** Este es un espacio de texto libre cuya utilidad es capturar de manera automática la información sobre PDA que estaba depositada en formatos anteriores estructurados del PIIC. Además, este espacio permite disponer la información del proceso de PDA que no está contemplada en las cuatro recomendaciones genéricas.

- ✓ VALORACIÓN MULTIDIMENSIONAL. Según el modelo y el nivel de estructuración de la historia clínica, este apartado podría cargar automáticamente determinados textos de uso habitual vinculados a pacientes con complejidad. Por otra parte, permite incluir en texto libre el estado y las necesidades en los ámbitos funcional, nutricional, cognitivo, emocional o espiritual. Merecen especial mención las necesidades sociales, altamente prevalentes en los pacientes complejos y donde los trabajadores sociales sanitarios pueden aportar mucho valor.

Se recomienda que, en el espacio de texto libre, incluya sólo aquella información que aporte valor cuando sea un profesional no referente quien atienda la persona. Además, este apartado de texto libre recuperará automáticamente la información escrita y estructurada sobre valoración multidimensional que estuviera dispuesta en versiones anteriores del PIIC.

- ✓ ATENCIÓN AL PACIENTE. Este apartado incluye condiciones de la persona que pueden influir de forma sensible e importante en la toma de decisiones y que, por este motivo, vale la pena consignar adecuadamente. Las siete condiciones incluidas son: vivir solo, vivir en residencia, ser atendido por ATDOM, por SAD social, por PADES o por gestión de casos y, finalmente, disponer de servicio de teleasistencia.
- ✓ INDICADORES: Este apartado informa automáticamente sobre:
 - Número de informes alta hospitalaria publicados en HC3 los últimos 365 días. Se refiere a altas dadas por cualquier institución hospitalaria (hospital de agudos, sociosanitario o salud mental).
 - Número de informes de urgencias publicados en HC3 los últimos 365 días. Se refiere a cualquier atención a servicio de urgencias que haya generado un informe y que éste se haya publicado en HC3 (hospitales, 061, CUAP, ACUT, etc.).
- ✓ INFORMACIÓN ADICIONAL. Este espacio es una especie de cajón de sastre que permite dar cualquier información complementaria que se considere relevante.
- ✓ RELACIONES: En este apartado hay que asegurar que se hacen constar apropiadamente el nombre y el contacto de las personas cercanas al paciente. Así, será posible identificar la vinculación y la función que tienen estas personas, en base a las cuatro categorías -competències- siguientes:
 - Cuidador: persona que cuida del paciente de manera supeditada a otros.
 - Cuidador principal: persona que lidera el proceso de cuidados.

- Referente: portavoz del paciente y del grupo familiar, pero que no está formalmente designado para tomar decisiones cuando el paciente no pueda hacerlo.
- Representante: persona formalmente designada por el paciente para que lo sustituya en la toma de decisiones cuando ya no sea competente o bien cuando quiera delegarlas. Incluye la figura del tutor legal (persona o entidad tutelar en personas incapacitadas).

En este contexto relacional y de manera opcional, se puede hacer constar en el apartado de información adicional o en el texto libre de la valoración multidimensional la información necesaria sobre las condiciones, las relaciones y la competencia del entorno cuidador (buen apoyo > riesgo de claudicación> claudicación> cuidador no capaz).

A nivel práctico, es importante aprovechar el espacio donde se pone el nombre de la persona relacionada por incluir el teléfono de contacto.

- ✓ DATOS DEL PROFESIONAL REFERENTE DEL PIIC: En este apartado quedará reflejado como profesional referente aquel que ha hecho la última orden de guardar del PIIC. Cualquier otro vínculo o responsabilidad o referencia que otros profesionales tengan en el proceso de atención del paciente deberá hacerlo consta en información adicional.