



Universidad  
Internacional  
de Andalucía

## TÍTULO

**PROYECTO DE ATENCIÓN COMPARTIDA INTERCENTROS E INTERÁMBITOS, PARA REORGANIZAR LA ATENCIÓN AL PACIENTE CRÓNICO COMPLEJO Y FRÁGIL Y PERSONAS QUE CUIDAN, EN EL ÁREA DE GESTIÓN SANITARIA DEL CAMPO DE GIBRALTAR ESTE**

## AUTOR

**Antonio Jesús Bonet Urbano**

	<b>Esta edición electrónica ha sido realizada en 2024</b>
<b>Tutoras</b>	Dra. D <sup>a</sup> . Inmaculada García Romera ; D <sup>a</sup> . Susana Rodríguez Gómez
<b>Institución</b>	Universidad Internacional de Andalucía
<b>Curso</b>	<i>Máster de Formación Permanente en Enfermería de Práctica Avanzada (2023/24)</i>
©	Antonio Jesús Bonet Urbano
©	De esta edición: Universidad Internacional de Andalucía
<b>Fecha documento</b>	2024



Universidad  
Internacional  
de Andalucía



**Atribución-NoComercial-SinDerivadas  
4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0)**

Para más información:

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.en>

# Proyecto de atención compartida intercentros e interámbitos, para reorganizar la atención al paciente crónico complejo y frágil y personas que cuidan, en el Área de Gestión Sanitaria del Campo de Gibraltar Este.

Autor: Antonio Jesús Bonet Urbano  
Enfermero Gestor de Casos.UGC Levante  
La Línea de la Concepción. Cádiz

## Máster en Formación Permanente de Enfermería de Prácticas Avanzadas.2ª Edición 2023

Tutoras: **Inmaculada García Romera**  
Profesora EASP.  
**Susana Rodríguez Gómez**  
Coordinadora de Cuidados de Atención Primaria en la  
Estrategia de Cuidados de Andalucía. Servicio Andaluz de Salud.  
Consejería de Salud

## ÍNDICE

<b>GLOSARIO DE ACRÓNIMOS</b>	2
<b>AGRADECIMIENTOS</b>	3
<b>1. RESUMEN Y PALABRAS CLAVES</b>	4
<b>2. INTRODUCCIÓN</b>	6
<b>4. JUSTIFICACIÓN</b>	11
<b>5. METODOLOGÍA</b>	14
5.1 ÁMBITO DEL PROYECTO	15
5.2 ANÁLISIS DE SITUACIÓN	16
5.2.1 Análisis DAFO	16
5.2.2 Diseño de grupos focales de pacientes y persona que cuidan	16
<b>6. RESULTADOS DEL ANÁLISIS.</b>	20
6.1 ANÁLISIS DAFO	20
6.2 GRUPOS FOCALES	22
<b>7. OBJETIVOS Y LÍNEAS DE ACCIÓN</b>	25
7.1 OBJETIVO GENERAL	25
7.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	25
7.3 LÍNEAS DE ACCIÓN vinculadas a cada objetivo.	25
<b>8. PLANIFICACIÓN Y CRONOGRAMA</b>	30
<b>9. EVALUACIÓN Y MONITORIZACIÓN. Descriptores</b>	32
<b>10. CONCLUSIONES</b>	34
<b>ANEXOS</b>	40

## **GLOSARIO DE ACRÓNIMOS**

**AGSCGE** Área General sanitaria Campo de Gibraltar Este.

**AP** Atención Primaria.

**ASSDA** Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía.

**CCM** Chronic Care Model ( Modelo de Atención al Crónico).

**EE.UU** Estados Unidos de América.

**EGCH** Enfermera Gestora de Casos Hospitalaria.

**EGCAP** Enfermera Gestora de Casos de Atención Primaria.

**ENT** Enfermedad No Transmisibles.

**EPOC** Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica.

**ICC** Insuficiencia Cardíaca Congestiva.

**OMS** Organización Mundial de la Salud.

**ONU** Organización de las Naciones Unidas.

**PAIAPE** Plan Andaluz de Atención Integral a Personas con Enfermedad Crónica

**PAP** Plan de Atención Personalizado

**PCC** Paciente Crónico Complejo

**PCCP** Paciente Crónico Complejo Priorizado

**SAS** Servicio Andaluz de Salud

**SSPA** Servicio Sanitario Público Andaluz

**UMIPIC** Unidad de Medicina Interna de Pacientes con Insuficiencia Cardíaca

**UNECE** The United Nations Economic Commission for Europe (Comisión Económica de las Naciones Unidas para Europa)

**URM** Uso Racional del Medicamento

**VIE** Valoración Integral Exhaustiva

## **AGRADECIMIENTOS**

Quiero expresar mi profundo agradecimiento a mis tutoras, la Dra. Inmaculada García Romera y la Dra. Susana Rodríguez Gómez, por su paciencia, orientación y dedicación que hicieron posible la realización de este trabajo. Sin su compromiso, no habría logrado completarlo.

Además, agradezco a todos los docentes del Máster por su excelente calidad de enseñanza, su profundo conocimiento de la materia y por hacer las clases tan amenas. Especialmente, quiero reconocer y agradecer a la Dra. Eva Martín Ruiz y al Dr. Serafín Fernández Salazar por su constante disponibilidad y apoyo cada vez que fue necesario. Al grupo de Enfermeras Gestoras de Casos del Área Campo de Gibraltar Este por su apoyo en este trabajo. También agradezco a los pacientes y personas que cuidan, que han participado y de quienes aprendo cada día. A los documentalistas del Hospital de La Línea, Andrés Posada y Juan Antonio Villalobos, por ser tan amables de proporcionarme los datos para este trabajo. Al Director de Enfermería del AGSCG, Sergio Calderón Domínguez, a la Directora y Coordinadora de Cuidados de la UGC Levante, M<sup>ª</sup>Teresa Ledesma Mata y Sonia Salas Durán por confiar en mí para la realización del Máster y facilitar todo lo necesario.

Y, sobre todo, quiero agradecer a mi pareja, Ana, por su apoyo, paciencia y esfuerzo para que este proyecto llegara a buen puerto. Sin ella, no hubiera sido posible llegar hasta aquí.

## 1.RESUMEN Y PALABRAS CLAVES

En los últimos años, las enfermedades crónicas han adquirido una relevancia creciente, impulsadas por los cambios sociosanitarios y demográficos en la población. En la actualidad, la población mayor de 65 años presenta una media de 2.8 enfermedades crónicas (1), representando este grupo de edad el 12% y según la OMS en el 2050 llegará al 20% de la población (2). Ante esta realidad, el sistema de asistencia sanitaria se encuentra ante el desafío de modernizar sus estructuras en respuesta a una nueva dinámica de demanda.

Los sistemas sanitarios actuales, que se han adaptado principalmente al perfil de enfermedades agudas y a una visión más centralizada en la patología, deben evolucionar hacia una atención centrada en el paciente con enfermedad crónica y una perspectiva más integral del problema. En este contexto, las necesidades médicas se entrelazan con las sociales, y la coordinación de recursos adquiere una relevancia significativa.

La enfermería en Gestión de Casos desempeña un papel crucial. Aprovechando sus características puede fomentar la coordinación de recursos y liderar la transición hacia soluciones novedosas e innovadoras. En este estudio, se detallan los recursos dirigidos al manejo de la cronicidad en el Área General Sanitaria del Campo de Gibraltar Este. Se examina la perspectiva de las profesionales enfermeras gestoras de casos mediante un análisis DAFO, y se forman grupos focales con pacientes y cuidadores para comprender sus inquietudes y puntos de vista. Tras analizar las conclusiones, se establecen objetivos y líneas de mejora para ofrecer una respuesta más coordinada, con una atención proactiva hacia el paciente y persona que cuida.

Los pacientes con enfermedades crónicas complejas necesitan una atención más coordinada, la mejora de la captación proactiva, el fortalecimiento de los canales de comunicación entre profesionales, la reducción de la variabilidad en la asistencia y la mejora de la atención al paciente crónico dentro del entorno hospitalario, todo ello, con la colaboración y soporte de las enfermeras gestoras de casos y teniendo en cuenta la contribución de pacientes y personas que cuidan.

## **ABSTRACT**

In recent years, chronic diseases have gained increasing relevance, driven by sociosanitary and demographic changes in the population. Currently, the population aged 65 and older has an average of 2.8 chronic diseases, representing 12% of the population. According to the WHO, by 2050, this percentage is expected to rise to 20%. Faced with this reality, the healthcare system is challenged to modernize its structures in response to a new dynamic of demand.

Current healthcare systems, which have mainly adapted to the profile of acute diseases and a view on the pathology, must evolve towards patient-centered care for chronic diseases and a more comprehensive perspective of the issue. In this context, medical needs are intertwined with social needs, and the coordination of resources becomes significantly relevant.

Case management nursing plays a crucial role. Taking advantage of its features may foster resource coordination and lead the transition towards novel and innovative solutions. This study explains in detail the resources aimed at managing chronic conditions in the General Health Area of Campo de Gibraltar Este. The perspective of nurse case managers is examined through a SWOT analysis, and focus groups are formed with patients and carers to understand their concerns and viewpoints. After analyzing the conclusions, objectives and improvement strategies are established to provide a more coordinated response, with proactive attention to both the patient and the caregiver.

Patients with complex chronic diseases require more coordinated care, improved proactive engagement, strengthened communication channels among healthcare professionals, reduced variability in care, and enhanced attention to chronic patient care within the hospital setting. All of this should be accomplished with the collaboration and support of case management nurses, taking into account the contributions of patients and caregivers.

**Keywords:** Case management nursing, chronic disease, Coordination of resources

## 2. INTRODUCCIÓN

Las sociedades occidentales han logrado un gran avance tecnológico y sociosanitario, con ello la esperanza de vida y las condiciones de salud han mejorado visiblemente. Según la OMS, entre los años 2015 y 2050 los habitantes mayores de 60 años se duplicarán pasando del 12% al 22% (2). En Europa las persona mayores de 65 años siguen en aumento, y los niños y adolescentes disminuyendo (3), según la Comisión Económica de la ONU para Europa (UNECE), para el año 2050, 1 de cada cuatro personas será mayor de 65 años, por ello aporta directrices con el fin de apoyar políticas que integren los servicios de salud y la asistencia social (4). En España la esperanza de vida en 2020 se situó en 82,2 años (85 en mujeres y 79,5 en hombres) (5).

España será uno de los países más envejecidos a mitad de este siglo, cuando la población mayor de 65 años suponga el 30.4% del total (6). En Andalucía viven 1,2 millones de personas de más de 65 años y el 15,6% de estos tienen más de 80 años, como muestra la *figura 1*, la población Andaluza, sigue la misma distribución que la española. La Consejería de Salud y Consumo ha puesto en marcha políticas para abordar el envejecimiento como el programa “Examen de Salud para mayores de 65 años”(7).

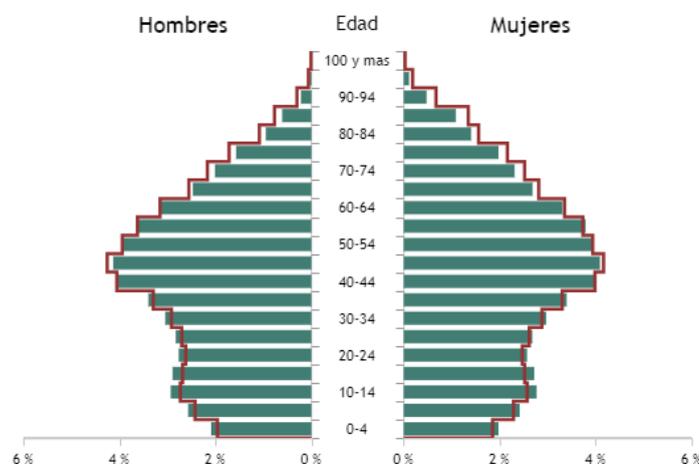


Figura 1: Pirámide de la población empadronada en Andalucía comparada con España. Enero de 2022.

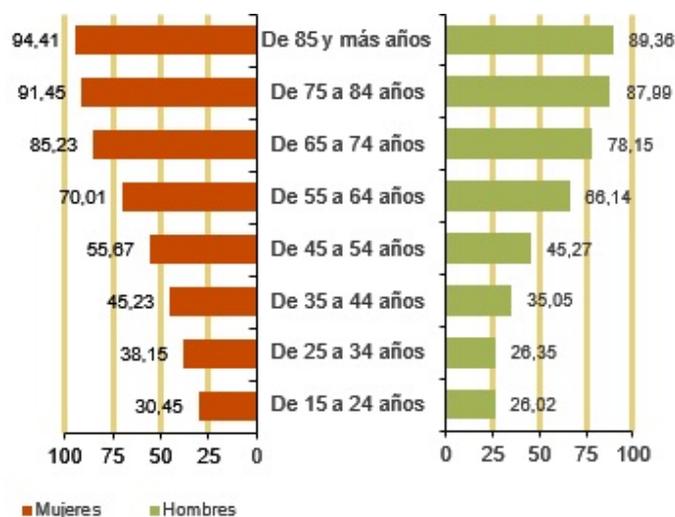
Fuente; <https://www.ine.es/covid/piramides.htm#!ccaa Tab>

Debido a este envejecimiento de la población, aparecen factores como la dependencia, fragilidad y las enfermedades crónicas o Enfermedades No Transmisibles (ENT) como las cardiovasculares, diabetes, enfermedades respiratorias, insuficiencia renal y enfermedades mentales (8). La OMS define la ENT, como una patología de evolución larga (más de 6 meses) de progresión lenta y no transmisible. Las ENT cada año matan a 40 millones de personas en el mundo (9). Suponen el 80% de la carga de enfermedad en los países europeos, esto hace que en Europa se trabaje para reducir la

incidencia de estas patologías, especialmente en enfermedades cardiovasculares, diabetes, enfermedades respiratorias, salud mental, trastornos neurológicos y factores determinantes de la salud (10).

Los datos sobre prevalencia varían mucho dependiendo de las definiciones y metodologías , pero se estima que más de la mitad de la población de 65 años o más, se ve afectada por multimorbilidad en las sociedades occidentales (8).

En España la cronicidad y los pacientes crónicos conllevan un aumento de recursos y utilización de los servicios sociosanitarios (11). Alrededor del 50% de la población mayor de 15 años tiene alguna enfermedad crónica , como vemos en la *Figura 2*, y éstas aumentan con la edad, siendo la incidencia mayor en las mujeres (12).



*Figura 2. Porcentaje de población de 15 años y más con alguna enfermedad o problema de salud crónico 2020. Fuente: Encuesta Europea de salud En España 2020. INE-MSPBS*

En Andalucía el 11% de la población tiene 5 o más enfermedades, los pacientes mayores de 65 presentan una media de 4,4 enfermedades crónicas y a medida que se envejecen éstas aumentan, como se describe en la *figura 3*.

Grupo de edad	Hombre	Mujer
< 1 a	0,08	0,07
1-9 a	0,25	0,21
10-19 a	0,47	0,43
20-29 a	0,49	0,61
30-39 a	0,59	0,79
40-49 a	0,98	1,13
50-59 a	1,84	2,06
60-69 a	3,00	3,33
70-79 a	4,15	4,56
80-89 a	5,03	5,45
≥ 90 a	4,23	4,61

Figura 3: Media de patologías crónicas en Andalucía, según la edad.  
Fuente: Base Poblacional de salud. Diciembre 2018

El aumento de la edad, las ENT, la dependencia y la fragilidad, determinan el desarrollo del concepto del **“Paciente Crónico en situación de Complejidad”**(PCC) que es definido como *“Paciente con necesidades complejas de salud derivadas de la presencia de enfermedades crónicas con disfunción de órganos o sistemas y criterios de complejidad sanitaria o social”* (13).

Como consecuencia de la enfermedad crónica se pueden llegar a desarrollar situaciones de dependencia de mayor o menor nivel. Existen diferentes definiciones de dependencia, según la recomendación del Consejo de Europa en el año 2018, la dependencia se define como *“Estado en el que se encuentran las personas que por razones ligadas a la falta o la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual tienen necesidad de asistencia y/o ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria.”* (14).

Otra definición la encontramos en La Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía(ASDDA): *“ Las personas en situación de dependencia son aquellas que, de forma permanente y por motivos de edad, enfermedad o discapacidad, precisan de la atención de otra persona para el desarrollo de actividades de la vida diaria como el cuidado personal, las tareas domésticas o la movilidad”* (15). En definitiva, la dependencia implica cuidados aportados por terceros.

La dependencia implica cuidado. Esta situación, conlleva que al lado de un paciente crónico y complejo, exista una persona que lo cuida, en la mayoría de las ocasiones mujer. Ese cuidado conlleva un deterioro de la salud y abandono de la actividad laboral para dedicarse al cuidado,

aumentando también sus posibilidades de padecer enfermedades crónicas y con el consiguiente consumo de recursos (16).

El informe de la Comisión Europea y el Comité de Protección Social en el año 2021 sobre cuidados de larga duración, indica que en España, El 52,9 % de los cuidadores informales proporcionaban más de 20 horas de cuidado por semana, y un 57% es ofrecido por mujeres, que dedican una media de tres horas más que los hombres al cuidado informal (17), como se ve en la *Figura 4*.

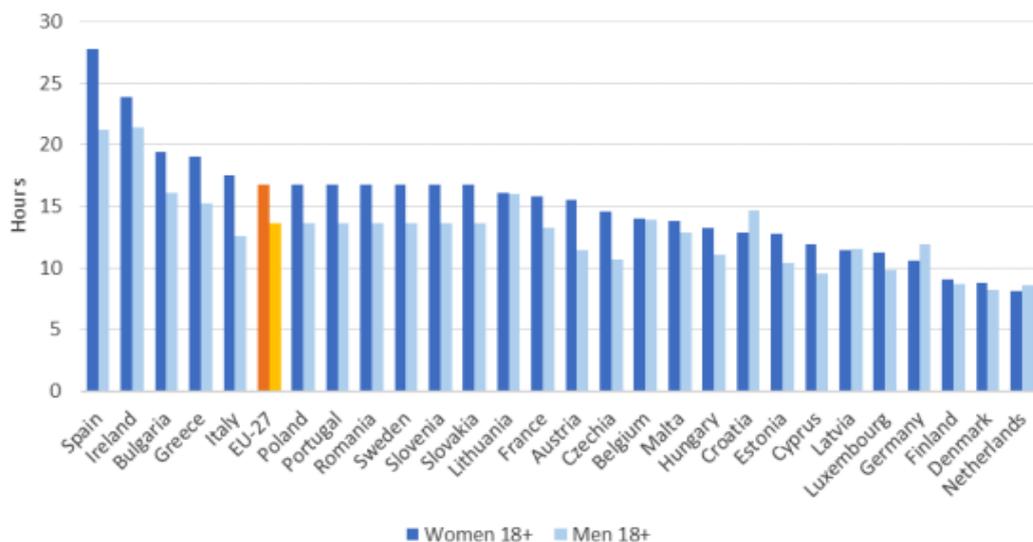


Figura 4: Número de horas dedicada al cuidado por sexo. Fuente: Informe Europeo sobre cuidados de larga duración. 2021

A todas estas variables antes mencionadas se le suma la situación social, que influye de manera directa en el estado de salud del paciente y persona cuidadora. Una situación social con bajos recursos socioeconómicos aumenta la posibilidad de empeoramiento de la cronicidad del paciente y persona cuidadora (18). Según el informe de la Red Europea de Lucha contra la Pobreza y la Exclusión Social, en el año 2021, un total de 13,1 millones de personas, es decir, el 27,8 % de la población española, están en riesgo de pobreza y/o exclusión social, y esta distribución es geográfica, es decir, cuando más al sur este la población mayor riesgo de pobreza existe, siendo las comunidades Andaluza y Extremeña las de mayor riesgo (19).

Este proyecto se dirige a mejorar la atención de los pacientes crónicos complejos y personas que cuidan, con el fin de:

- Aumentar la accesibilidad a servicios
- Mejorar la calidad asistencial.
- Disminuir la variabilidad de la práctica mediante la utilización de recomendaciones de guías clínicas que favorecen la autonomía del paciente y persona cuidadora (20,21).

- Disminuir la comorbilidad y la polimedicación (22,23).
- Disminuir ingresos innecesarios
- Aumentar la satisfacción del usuario y familia.

Para desarrollar nuestra propuesta de mejora, basaremos el proyecto en el modelo de gestión de casos y en el desarrollo de intervenciones de coordinación dirigidas a integrar la actuación de los diferentes profesionales e iniciativas que intervienen en el proceso de atención al paciente crónico complejo (24) .

## 4. JUSTIFICACIÓN

Diferentes metaanálisis, justifican que la atención al paciente y persona cuidadora desde una visión global, aumentan su satisfacción (25,26), evitando la fragmentación de la atención, donde los diferentes profesionales y ámbitos asistenciales; primaria, hospitalaria y sectores (sanitario y social), se coordinan provocando intervenciones más efectivas, tanto a pacientes como a personas cuidadoras y profesionales. Entre las intervenciones enfermera que mayor impacto tienen en la cronicidad compleja, se encuentra la gestión del caso, que en el caso de nuestro sistema sanitario se desarrolla como enfermería de prácticas avanzadas, la visita domiciliaria y la telemonitorización, que mejoran la coordinación entre servicios, reducen las visitas, evitan la duplicación de tareas y mejoran la prestación de servicios y atención al paciente (27).

Además ya existen ejemplos de modelos que integran equipos coordinados en la atención al paciente crónico donde se combinan servicios sanitarios y sociales, unidades de urgencias, hospitales de día y servicio de atención primaria para mejorar la atención de estos pacientes con resultados positivos (28,29). En Andalucía se ha realizado un gran avance hacia el desarrollo de este modelo en el Área Sanitaria Norte de Málaga, donde se han ido integrando estos componentes y se ha desarrollado la primera Unidad en el Hospital de Atención a personas en situación de cronicidad compleja.

Gracias al impulso y liderazgo de la gestión de casos, se han podido desarrollar estrategias asistenciales previstas desde el Servicio Andaluz de Salud para la mejora de la atención en la cronicidad compleja. La estrategia básica dentro del Plan Andaluz de Atención Integral a Personas con Enfermedad Crónica (PAAIPEC) (30), y de la Estrategia de Cuidados de Andalucía (31) ha sido la puesta en marcha y desarrollo de la Valoración Integral Exhaustiva (VIE) incorporada al Proceso Asistencial Integrado de Pacientes Pluripatológicos, 2018 (13) y el diseño y desarrollo de un plan de acción personalizado, a los que se vincula la necesidad de realizar, según su situación clínica, un seguimiento proactivo más estrecho para evitar y/o atender de manera precoz posibles descompensaciones que podrían generar ingresos prevenibles. Se priorizan estas acciones a la población atendida en el domicilio y se ha focalizado en una primera fase desde 2020-21 en personas con patología de Insuficiencia Cardíaca y/o EPOC.

En el Área de Gestión Sanitaria Campo de Gibraltar Este (AGSCGE), el total de pacientes crónicos complejos son 1466 con diagnóstico de ICC y 1820 con diagnóstico de EPOC. Las personas con ICC y/o EPOC se dividen por sexo en ; 1.654 hombres y 1.632 mujeres y un media de edad de 73,83 años

Las actividades realizadas a los pacientes crónicos complejos, hasta noviembre del 2023 ,según datos aportados por INFOWEB son:

- 1689 Planes de Atención Personalizados (PAP), con su correspondiente Valoración Integral Exhaustiva (VIE).
- 19073 visitas en domicilio realizadas por profesionales de enfermería.

Durante el año 2023 se han producido 1.353 ingresos con una estancia media de 8,59 días y 267 fallecimientos (8.9%).

Actualmente el circuito asistencial para el abordaje y continuidad de cuidados de Pacientes Crónicos Complejos Priorizados (PCCP), en el AGSCGE se realiza a través de:

- Derivaciones de pacientes PCCP dados de alta en el hospital, de la Enfermera Gestora de Casos Hospitalaria(EGCH) a Enfermera Gestora de Casos de Atención Primaria(EGCAP).
- Derivación por la EGCH de pacientes frágiles con Escala EPADI igual o mayor a 6 (32), dados de alta en el hospital, a la EGCAP para seguimiento.
- Consulta y revisión por especialistas en consultas externas del Hospital comarcal de La Línea. Por derivación de médico de familia o revisión de especialistas
- Consultas por médico de familia, presencial, telefónica o en domicilio. Por petición del paciente o persona que cuida.
- Revisión de pacientes con diagnóstico de ICC derivados por medicina de familia, por parte de la Unidad de Medicina Interna de Pacientes con Insuficiencia Cardíaca (UMIPIC) en el Hospital Comarcal de La Línea

En estos últimos años, con las nuevas estrategias puestas en marcha, se ha conseguido avanzar en las intervenciones dirigidas a las personas en situación de cronicidad compleja/ fragilidad , y aún se puede seguir avanzado. Según la bibliografía consultada se describen como áreas de mejoras abordables:

- Mejorar la continuidad de cuidados domiciliarios (29).
- Mejorar los circuitos para la captación de PCC desde los servicios de urgencias para la continuidad de atención desde AP (29).
- Prevenir interacciones medicamentos y efectos secundarios (22).
- Incorporar instrumentos desde el hospital que mejoren la accesibilidad y los procesos de atención: teleconsulta, hospitales de día, que permitan intervenir en las reagudizaciones, evitando el riesgo de reingresos y mortalidad (24).

Estos desafíos subrayan la necesidad de mejorar la coordinación y la continuidad de la atención, a través de una propuesta estructurada que defina un modelo de intervención para los pacientes crónicos complejos en nuestra área.

Con este Trabajo Fin de Máster define un proyecto de mejora de la organización y coordinación de servicios que den respuesta a las necesidades del paciente crónico complejo, así como la integración de las diferentes acciones dirigidas a la atención a personas en situación de cronicidad compleja, fragilidad y sus personas cuidadoras. Entre las intervenciones se incluirán aquellas que fomenten los procesos de colaboración entre diferentes ámbitos asistenciales.

## 5. METODOLOGÍA

Para estructurar la descripción del proyecto en diferentes fases se utiliza el marco metodológico PEPPA (33), proceso formado por 8 pasos relacionados entre sí, para la implantación de prácticas avanzada en enfermería, basado en la evidencia y centrado en el paciente.

Se describen continuación las fases:

### 1. *Ámbito del Proyecto*

El presente trabajo es una propuesta cuyo desarrollo se limita al AGSCGE. Los pacientes diana son los pacientes crónicos complejos (PCC), frágiles, priorizando en aquellos diagnosticados de ICC y/o EPOC y sus cuidadore/as. Se describe, como punto de partida, la situación actual de la atención al Paciente Crónico Complejo Priorizado (PCCP)

### 2. *Análisis de la situación*

La metodología para el análisis de situación de este proyecto se apoya en la recopilación de datos e información procedentes de resultados basados en la evidencia y de modelos de atención centrados en el paciente como el Modelo de Atención al Crónico (CCM), desarrollado por Ed Wagner et col (34,35), y el **modelo de atención de casos de extramuros**, orientado a la gestión de casos y la atención primaria donde la principal función de la enfermera es el acompañamiento de paciente y familia para la coordinación de servicios (36).

Además, se añaden los resultados de un proceso participativo que analiza las aportaciones de los principales actores implicados: profesionales, pacientes y personas que cuidan (análisis cualitativo). Para este análisis se plantea:

- 1) Un grupo de informantes de trabajo formado por EGC hospitalaria, primaria y residencia para realizar análisis DAFO
- 2) Un grupo FOCAL de pacientes y cuidadores, para obtener la visión y participación de los usuarios del sistema.

### 3. *Resultados del análisis, objetivos y líneas de acción*

Tras análisis de barreras y facilitadores identificados por análisis DAFO y grupo FOCAL, se establecen los objetivos y las líneas de acción.

#### **4. Planificación y cronograma**

#### **5. Redactar descriptores de evaluación**

Establecer posibles evaluadores para medición de objetivos.

### **5.1 ÁMBITO DEL PROYECTO**

El AGSCGE, en Cádiz, tiene una población de 108.810 habitantes (37), distribuidos en los municipios de La Línea, San Roque, Jimena de la Frontera, Castellar de la Frontera y San Martín del Tesorillo. Al hacer una estimación de personas mayores de 65 años, lo que supone un 23,4% se obtienen, 25.720 habitantes mayores de 65 años, es en este segmento donde la prevalencia de las enfermedades crónicas y la pluripatología es de 2,8 enfermedades crónicas, en el intervalo de 65 a 74 años y 3,2 en mayores de 75 (1).

El Hospital Comarcal de La Línea, se sitúa, como su nombre indica en el municipio de La Línea de la Concepción, consta de un total de 243 camas de hospitalización, 61 de ellas distribuidas en dos plantas, dedicadas a patología médica. Un servicio de urgencias generales, UCI de 6 camas, área para consultas de especialidades médicas, Hospital de día oncohematológico, UMIPIC y Equipo de Soporte de Cuidados Paliativos a Domicilio. Dos EGC hospitalarias, coordinan los diferentes profesionales y recursos de PCC y frágiles.

El ámbito de primaria, está compuesto por seis Unidades de Gestión Clínica, y consta de una Unidad de Residencias y atención a centros sociosanitarios, 3 centros de salud en La Línea, 2 en San Roque, 1 en Jimena, 1 Centro en San Martín del Tesorillo, 1 en San Pablo de Buceite, 8 consultorios y una Unidad de Residencias y atención a centros sociosanitarios. 5 dispositivos de Cuidados Críticos y Urgencias, con 1 punto fijo y 1 equipo móvil, en los Municipios de La Línea, San Roque, Jimena de la Frontera, San Enrique de Gudiaro y Castellar de la Frontera

En el ámbito de primaria hay 6 EGC, 1 en la unidad de residencia, 3 en La Línea, 1 en San Roque y 1 en Jimena

Los PCCP son atendidos por el equipo de primaria, médicos y enfermeras de familia. Los enfermeros de familia realizan un seguimiento proactivo mensual y realización de un plan de atención personalizado al año o si la persona cambia su situación basal.

Tienen revisiones periódicas, por los diferentes especialistas según patología.

Los diagnosticados de IC son derivados por médico de familia a la UMIPIC, si existen signos de descompensación.

En el Hospital, una vez dados de alta del hospital, los PCCP son derivados a la enfermera de gestión de casos de primaria para su seguimiento y gestión.

Este despliegue de recursos y servicios han de ser la base para generar un modelo de intervención coordinado e integrado en el área dirigido a la mejora de resultados en el paciente crónico complejo y su familia, con base en la gestión de casos y siguiendo las iniciativas de éxito previa que justifican la apuesta en nuestro área por el desarrollo de un modelo similar.

## 5.2 ANÁLISIS DE SITUACIÓN

### 5.2.1 Análisis DAFO

Se planifica un análisis DAFO, que nos va a ayudar a conocer la realidad, debatir y aportar estrategias sobre el PCC en el AGSCGE, aportando los obstáculos y facilitadores, a través del debate de un grupo de Enfermeras Gestoras implicadas en la atención a la cronicidad.

El propósito de este análisis, es realizar un diagnóstico de barreras y facilitadores que se derivan de la atención al PCC en nuestra zona, y proponer estrategias, desde la gestión del caso para el cambio de atención a la cronicidad compleja.

Participan las 2 EGC del hospital, 5 primaria y 1 de la Unidad de Residencias, para la identificación de las oportunidades y fortalezas y las amenazas y debilidades, relacionadas con el desarrollo del servicio de Gestión de Casos en pacientes CCP del AGSCGE

A partir del análisis resultados DAFO se identificarán los siguientes tipos de estrategias :

**Estrategias Ofensivas**, Fortalezas + oportunidades: La situación es óptima y existen oportunidades de mejora.

**Estrategias defensivas**, Fortalezas + amenazas: Situación favorable pero nuestro entorno, no es adecuado.

**Estrategias Adaptativas** Debilidades + oportunidades: El entorno es adecuado y hemos perdido fortalezas.

**Estrategias de supervivencias**, Debilidades + amenazas: Ni las condiciones ni el servicio son fuertes.

### 5.2.2 Diseño de grupos focales de pacientes y persona que cuidan

Diseño de enfoque descriptivo, fenomenológico con técnica de grupo focal y utilización del análisis de contenido y análisis del discurso, para interpretación de datos de las opiniones de pacientes

crónicos complejos y las personas que cuidan sobre la atención al paciente crónico complejo en el AGSCGE (38,39).

### ***Diseño de la muestra***

La selección de la muestra se lleva a cabo mediante un muestreo sistemático de pacientes dados de alta en el año 2023 en el Hospital Comarcal de La Línea de la Concepción. La elección de los participantes se basará en el orden cronológico de las altas, comenzando desde las más antiguas hasta las más recientes en la fecha del estudio. Debido a la diversidad geográfica de la zona y la disponibilidad de los pacientes para asistir a la zona de reunión, el grupo se dividirá en dos categorías: pacientes independientes o con dependencia moderada para las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) con un índice de Barthel mayor de 75, y personas que cuidan de pacientes dependientes para ABVD con un índice de Barthel menor de 74. Se designarán a las cuidadoras como informantes clave en este último grupo, dada la dificultad de trasladar a los pacientes al lugar de la entrevista.

Además, se distinguirán dos zonas geográficas: La Línea, una zona más urbana y cercana al hospital comarcal, y San Roque-Jimena, una zona más alejada y de ambiente más rural. Esta diferenciación permitirá subdividir las entrevistas en seis subgrupos con características específicas.

1. Pacientes, con diagnóstico de EPOC, de la localidad de La Línea, con barthel por encima de 75 pacientes con dependencia moderada o sin dependencia para ABVD .
2. Pacientes, con diagnóstico de ICC, de la localidad de La Línea, con barthel por encima de 75 pacientes con dependencia moderada o sin dependencia para ABVD .
3. Personas que cuidan en la localidad de La Línea a pacientes dependientes y enfermedad crónica tipo EPOC o ICC y Barthel de menos 75
4. Pacientes con diagnóstico de EPOC de la localidad de San Roque/ Jimena con barthel por encima de 75 pacientes con dependencia moderada o sin dependencia para ABVD.
5. Pacientes con diagnóstico de ICC de la localidad de San Roque/ Jimena con barthel por encima de 75 pacientes con dependencia moderada o sin dependencia para ABVD.
6. Personas que cuidan de San Roque / Jimena a pacientes dependientes y enfermedad crónica tipo EPOC o ICC y Barthel de menos 75.

Los grupos estarán formados de 4 a 6 usuarios (40).

### ***Diseño de guión para grupo focal***

El proceso de entrevista consta de cinco preguntas dirigidas por el moderador, las cuales serán grabadas y acompañadas de la recolección de notas de campo. La duración de la reunión del grupo no superará los 60 minutos.

Las preguntas se centran en cinco puntos cruciales para evaluar la perspectiva del participante:

1. Conocimientos de su enfermedad:

- ¿Conoce usted su enfermedad?
- ¿Puede proporcionar información sobre por qué se produce?

2. Autocuidados:

- ¿Dispone de información suficiente sobre su alimentación y hábitos de vida?
- ¿Está al tanto de las recomendaciones para mantener un buen nivel de vida?
- ¿Puede reconocer los signos y síntomas de alerta relacionados con su enfermedad?

3. Accesibilidad:

- ¿Encuentra fácil acceso a su médico de familia, enfermero o especialista?
- En caso de complicaciones con su enfermedad, ¿encuentra fácil acceso al sistema de atención médica?

4. Satisfacción del servicio:

- ¿Cómo valoraría el servicio prestado en relación con su enfermedad?
- ¿Cómo valora el servicio de la EGC? si ha tenido contacto con este servicio.

5. Propuestas de mejoras:

- ¿Podría sugerir soluciones o iniciativas para mejorar el servicio recibido?

Estas preguntas se han diseñado para obtener una comprensión completa de la experiencia del paciente, sus necesidades y posibles áreas de mejora en la atención sanitaria.

### ***Análisis de los datos***

Los investigadores responsables del Grupo Focal, utilizarán la metodología del análisis del contenido manifiesto a través de un enfoque etnográfico, mediante transcripción a textos de las entrevistas. La estrategia de la triangulación de resultados, se llevará a cabo, con tres investigadores analizando de

forma independiente los datos recopilados. Las categorías utilizadas se basan en el marco teórico de E. Wagner para la atención a pacientes crónicos (35), y se centran en:

Conocimientos de la enfermedad:

*Definición:* Capacidad del paciente o cuidador para definir su enfermedad.

Capacidad de autocuidados:

*Definición:* Conocimiento sobre cuidados relacionados con la enfermedad.

Accesibilidad:

*Definición:* Capacidad del paciente o cuidador para localizar servicios y profesionales que ayuden a resolver problemas relacionados con la patología crónica.

Satisfacción:

*Definición:* Capacidad del sistema para resolver problemas del paciente o cuidador.

Mejoras:

*Definición:* Propuestas del paciente o cuidador que inciden en la mejora del servicio.

En situaciones en las que no sea posible reunir a los participantes en un grupo focal debido a su dependencia, y con el objetivo de obtener datos adicionales que enriquezcan el estudio, se optará por realizar entrevistas personales en el domicilio, siguiendo el mismo guión de entrevista grupal.

### ***Consideraciones Éticas***

Este estudio se guiará por los principios éticos fundamentales de confidencialidad y autonomía de los participantes. Se solicitará el consentimiento informado por escrito (ver Anexo 1) antes de la participación en el estudio, asegurando así el respeto y la protección de los derechos de los participantes involucrados.

## 6. RESULTADOS DEL ANÁLISIS.

Tras analizar los resultados de la técnica DAFO y los Grupos Focales, y tras compartir información con el equipo de trabajo, se seleccionarán los objetivos y líneas de acción. A continuación, se describen de manera concisa los resultados obtenidos hasta el momento y que se presentan en este proyecto para definir los objetivos estratégicos y las correspondientes líneas de acción identificadas como prioritarias para abordar las áreas de mejora. Estos elementos conforman la base del plan de acción destinado a mejorar la atención a pacientes con enfermedades crónicas en situación de complejidad en nuestro entorno.

### 6.1 ANÁLISIS DAFO

Realización de Análisis DAFO sobre la situación del PCCP en el AGSCGE .Reunión mantenida el 28 de noviembre de 2023 con EGC hospital, EGC de Atención primaria y EGC de residencia del AGSCGE.  
Elaboración propia

Fortalezas	Oportunidades
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Motivación profesional</li> <li>● Coordinación entre EGC hospitalarios y EGC de AP</li> <li>● Experiencia en Gestión de Casos</li> <li>● Empatía</li> <li>● Formación en Gestión de Casos</li> <li>● Atención presencial en hospital y AP</li> <li>● Captación hospital de CCP</li> <li>● Circuito de pacientes frágiles en el servicio de urgencias</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Futura hospitalización a domicilio</li> <li>● Apoyo institucional y de Dirección del Área</li> <li>● Formación en Gestión de Casos</li> <li>● Apoyo de Asociaciones de pacientes</li> <li>● Futuro hospital de Crónicos</li> <li>● Nuevas TIC de apoyo al paciente crónico</li> </ul>
Debilidades	Amenazas
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Dificil acceso a TIC</li> <li>● Infraregistro de PAP y VIE</li> <li>● No existe acceso al programa de Teleconsulta</li> <li>● No hay programa de formación y ayuda a personas que cuidan</li> <li>● Falta de recurso de apoyo al cuidado en el hospital</li> <li>● Falta de tiempo para atención al CCP por alta temprana</li> <li>● Poca accesibilidad para derivar al CCP a especialista y médico de familia</li> <li>● Poca captación temprana del CCP antes de su hospitalización.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Organización laboral, mucho cambios de plantillas</li> <li>● Polimedicación en CCP</li> <li>● Falta de recursos de apoyo a domicilio</li> <li>● Aumento de pacientes CCP</li> <li>● Presupuesto cortos</li> <li>● Dispersión geográfica</li> <li>● Poco cobertura de servicios sociales</li> <li>● Cambios en prioridades de la empresa</li> <li>● Bajo nivel socioeconómico en población CCP</li> <li>● No existe ningún referente en el Área para registro de voluntades anticipadas</li> </ul>

Basándonos en los resultados de la matriz DAFO y tras llegar a un consenso con el grupo de Enfermeros Gestores de Casos, se han identificado las siguientes líneas estratégicas:

## ***Líneas estratégicas análisis DAFO***

### **1. Estrategias ofensivas; Fortalezas + oportunidades**

- 1.1 Organizar la captación del PCCP en urgencias
- 1.2 Planear grupo de trabajo para diseño de una unidad del Paciente Crónico Complejo en el AGSCGE y el servicio de hospitalización a domicilio o continuidad asistencial en los domicilios.
- 1.3 Definir circuitos para contar con el apoyo de Asociaciones de pacientes
- 1.4 Explorar la posibilidad de apoyo para la atención al PCCP a través de las TIC, tanto a nivel centralizado como local.

### **2. Estrategias Adaptativas, Debilidades + Oportunidades**

- 2.1 Diseñar vías clínicas de atención al PCC en el AGSCGE
- 2.2 Establecer acceso al programa de teleconsulta para la mejora de la derivación del PCCP.
- 2.3 Diseñar programas formativos para personas cuidadoras y pacientes.
- 2.4 Diseñar estrategias fomentadas desde la Dirección del área para mejorar los registros de VIE y PAP

### **3. Estrategias defensivas; Fortalezas + amenazas**

- 3.1 Diseñar programa formativos a profesionales para mejorar la atención a personas con ICC y EPOC en situación de complejidad. para atención al PCC y específicamente para enfermeras Gestoras de Casos
- 3.2 Planificar programas de Uso Racional del Medicamento (URM) en polimedicados crónicos complejos priorizados: revisión de medicación, conciliación, adherencia y deprescripción.

### **4. Estrategias de supervivencias; Debilidades amenazas**

- 4.1 Describir necesidades de recursos de apoyo al cuidado y la organización de circuitos para su solicitud y asignación.
- 4.2 Organizar la atención integrada para dar una respuesta a problemas sociales vinculados a problemas de salud: Actuaciones del trabajo social sanitario, Servicios Sociales, Servicios Comunitarios, Asociaciones.
- 4.3 Fomentar la existencia en el área de referente en registro de voluntades anticipadas para estos perfiles de pacientes.

## 6.2 GRUPOS FOCALES

Está prevista la realización de grupos focales en las dos áreas definidas en el apartado de metodología: Jimena de la Frontera y La Línea, con el objetivo de recoger los puntos de vista de pacientes y personas encargadas de los cuidados. Este enfoque se ha diseñado para enriquecer las aportaciones, impulsando mejoras en estrategias y líneas de acción.

Hasta la fecha, se ha logrado reunir a un grupo diverso y representativo en La Línea, compuesto por dos mujeres de 54 y 61 años, así como dos hombres de 72 y 64 años. Todos los participantes son residentes en el municipio de La Línea y comparten un nivel socioeducativo similar. Además, se dedican al cuidado de pacientes con enfermedades crónicas (PCC) que presentan una dependencia grave.

En las secciones siguientes, se presentarán las transcripciones detalladas de las interacciones y aportaciones de estos participantes, ofreciendo una perspectiva valiosa sobre las experiencias y desafíos que enfrentan al cuidar a pacientes con dependencia grave en el contexto local de La Línea.

### A. Conocimientos de la enfermedad

**Definición: Capacidad del paciente o persona que cuida para definir su enfermedad**

*“Sí, es producida por el consumo de tabaco”*

*“ Sí, por pérdida de la función del corazón con los años”*

### B. Capacidad de autocuidados:

**Definición: Conocimiento sobre cuidados relacionados con su enfermedad**

*“ Sí, son muy reconocibles, con el paso de los años te acostumbras a reconocerlos, fiebre, tos, mal cuerpo”*

*“ Sí, llevamos unos buenos hábitos de vida y de alimentación”*

### C. Accesibilidad:

**Definición: Capacidad del paciente o persona que cuida para localizar, servicios y profesionales que ayuden a resolver problemas relacionados con su patología crónica**

*“Es fácil acceder al médico de familia y enfermero de enlace, pero para los especialistas es otro tema, hay demora y a veces te anulan la cita. En urgencias te atienden pero no puede quedarse el cuidador, el diagnóstico es difícil y hay falta de material para este tipo de pacientes como colchones antiescaras”*

*“Sí, está bien atendido por sus especialistas, y buen seguimiento en su centro de salud en coordinación por el enfermero de enlace”*

*“ Si es muy eficaz tener personas que te ayuden al cuidado, a poder resolver problemas debido a su enfermedad, el enfermero de enlace hace de puente con los especialistas, y está en contacto por teléfono o en domicilio”*

*“ No es fácil cuando las consultas son fuera de la comarca, suelo recurrir al enfermero de enlace y lo tramita favorablemente”*

*“ No es fácil, mucho tiempo de espera para una cita con especialista, que un enfermo como mi mujer no puede soportar”*

*“ El enfermero de enlace hace de puente con los especialistas y servicios que necesitas, está en contacto conmigo por teléfono o en el domicilio”*

#### **D. Satisfacción.**

**Definición: Capacidad del sistema para la resolución de problemas del paciente o persona que cuida.**

*“ Estamos en parte satisfechos con el servicio pero hay carencias para cubrir necesidades de estos pacientes, tales como materiales que no están cubierto por el sistema y que son necesidades en el día a día”*

*“ Buen Servicio con su médico, enfermero y enfermero de enlace, en el hospital regular urgencias”*

*“ la atención de los especialistas médicos no es buena”*

*“ Sí, estamos muy contentos con la atención de nuestro enfermero de enlace, nos facilita la vida”*

#### **E. Mejoras**

**Definición: Propuestas del paciente o persona que cuida que inciden en la mejora del servicio**

*“ Evaluación personalizada de las necesidades de cada paciente”*

*“ Formación al personal sanitario de contacto con el paciente”*

*“ Cobertura subvencionada de todo el material necesario para los cuidados del paciente”*

*“ Que la tarjeta + cuidado la tengan en consideración en los servicios de urgencias con pacientes con movilidad reducida o dependientes para facilitar el cuidado del paciente(medicación, cambio de pañal) Tantas horas de espera dificulta su relación”*

*“ Mejorar la atención de los médicos especialistas con un coordinador para los enfermos crónicos y con enfermedad de atención continuada”*

Después de analizar los contenidos obtenidos hasta el momento, hemos agrupado las conclusiones y hemos identificado las necesidades específicas de uno de los grupos de personas que cuidan a pacientes crónicos con dependencia grave, con un índice de Barthel superior a 75.

Aunque estas conclusiones brindan una valiosa visión, aún queda por completar el análisis de los 5 grupos restantes. Estos incluyen dos grupos de La Línea, que se centran en pacientes y cuidadoras de pacientes con dependencia moderada (Barthel inferior a 75), así como los tres grupos de la zona de San Roque/Jimena de la Frontera.

Para garantizar la continuidad y rigurosidad del estudio de grupos focales, hemos elaborado un cronograma detallado que establece los plazos para la realización de los análisis restantes. Los resultados futuros derivados de estos grupos pueden integrarse de manera efectiva en las líneas de mejoras propuestas, contribuyendo así a elevar la calidad de los objetivos y líneas de acción previstas en el estudio. Este enfoque sistemático nos permitirá afinar nuestras estrategias y adaptarlas de manera más precisa a las necesidades específicas de cada grupo, mejorando así la efectividad de nuestras intervenciones.

<b>Cronograma de realización grupo focal</b>	
Reunión del equipo investigador y exposición de objetivos y metodología	Enero 2024
Selección de candidatos y distribución de subgrupos	1ª quincena Febrero 2024
Reuniones de grupo focal	2ª quincena de Febrero 2024
Análisis resultados	Marzo 2024
Resultados y conclusiones	Abril 2024

## 7. OBJETIVOS Y LÍNEAS DE ACCIÓN

Se identifican los siguientes objetivos y líneas de acción, que pueden modificarse a posteriori una vez obtenidas todas las conclusiones e información procedentes del análisis.

### 7.1 OBJETIVO GENERAL

Reorganizar la atención al paciente crónico complejo-crónico complejo priorizado y personas que cuidan, en el Área de Gestión Sanitaria del Campo de Gibraltar Este.

### 7.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1 Mejorar la captación de personas en situación de cronicidad compleja, específicamente PCCP, desde los servicios de urgencias antes de que se produzca un ingreso hospitalario.
2. Mejorar los canales de comunicación interprofesional e intercentros y sectores durante los procesos de atención.
3. Desarrollar nuevos servicios para para mejorar la atención y la continuidad de cuidados al PCCP en el ámbito hospitalario.
4. Reducir la variabilidad asistencial durante el proceso asistencial, implicando al ámbito hospitalario y atención primaria.
5. Desarrollar intervenciones proactivas de seguimiento y de anticipación-prevención de complicaciones desde Atención Primaria.

### 7.3 LÍNEAS DE ACCIÓN vinculadas a cada objetivo.

**Objetivo 1: Mejorar la captación de personas en situación de cronicidad compleja, específicamente PCCP, desde los servicios de urgencias, antes de que se produzca el ingreso hospitalario.**

#### **Líneas de Acción:**

1. Establecer circuitos de atención específico a PCCP desde los servicios de urgencias hospitalarios y/o extrahospitalarios que contengan: criterios de captación, criterios dintel de activación del servicio de EGC, circuitos de activación del servicio EGC y referentes del servicio de urgencia para la activación del servicio.
2. Definir el proceso de atención en urgencias para la estabilización, prevención de problemas y

evitar ingresos hospitalarios, que contemple acciones de continuidad asistencial compartidas con atención primaria

3. Integrar los circuitos específicos de atención y captación de PCCP desde urgencias en la vía clínica de atención al PCCP del AGSCGE.

4. Diseñar procesos de difusión y formación del circuito de captación de PCCP, activación del servicio de EGC desde los servicios de urgencias y la atención específica desde los servicios de urgencias integrada en la vía clínica general para la atención a PCCP en el AGSCGE

**Objetivo 2: Mejorar los canales de comunicación interprofesional, intercentros e intersectores durante los procesos de atención.**

**Líneas de Acción:**

1. Establecer acceso al programa de teleconsulta con el servicio de medicina interna del hospital, específicamente en servicios o unidades de hospitalización de día (unidades de continuidad asistencial del área de Medicina Interna) para mejorar la atención del PCCP

2. Definir los contenidos de las intervenciones en el programa de teleconsulta: perfil de pacientes priorizados para el programa, procesos compartidos AP/AH de valoración-evaluación de situaciones de posibles descompensaciones, necesidad de pruebas para afinar situación diagnóstica y/o revisión de tratamiento, necesidades específicas de resolución en el ámbito hospitalario (unidad de nutrición, servicios de farmacia, gestoría de usuarios...), decisiones compartidas de derivación del paciente al ámbito hospitalario, criterios de seguimiento proactivo posterior, incluido activación del servicio de EGC y/o activación del servicio de Trabajo Social y apoyos de tipo asociativo y/o comunitarios si necesidad de apoyo al cuidado vinculado a mejorar la situación de estabilidad del paciente y/o prevenir nuevas descompensaciones.

3. Definir la tarea de teleconsulta en las agendas de profesionales implicados en ambos niveles asistenciales: médico de familia-enfermera de familia / EGC en ambos niveles asistenciales/ internista/ otros.

4. Diseñar procesos de difusión y formación en el uso y desarrollo de intervenciones desde el programa de teleconsultas para la atención a PCCP.

5. Integrar este programa dentro de la vía clínica general para la atención a PCCP en el AGSCGE

**Objetivo 3: Desarrollar nuevos servicios para para mejorar la atención y la continuidad de cuidados al PCCP en el ámbito hospitalario.**

**Líneas de Acción:**

1. Diseñar conjuntamente con la Dirección del Área y de la Unidad de Gestión de Medicina Interna los

servicios de apoyo en el hospital que mejoren la atención de PCC: 1) Unidades de continuidad

25

asistencial del área que intervendrán en régimen de hospitalización de día (sin ingreso), 2) Unidad de atención al Paciente Crónico Complejo como unidad de hospitalización para el ingreso de este tipo de pacientes. Ambos serían dependientes del Servicio de medicina interna del hospital.

2. Reorganizar los canales de derivación del paciente con ICC a la UMIPIC, estableciendo circuitos coordinados por la Enfermera Gestora de Casos para la derivación de PCCP con ICC e identificando el profesional referente en Hospital

3. Definir el servicio de hospitalización a domicilio o servicio de continuidad asistencial en los domicilios conjuntamente con los equipos de atención primaria para desarrollar una cartera de servicios de ámbito hospitalario en el domicilio (Ej: administración de tratamientos hospitalarios, toma de muestras y otros procedimientos diagnósticos...). Este servicio será referente para la formación del equipo de AP en procedimientos hospitalarios que puedan extrapolarse a la atención domiciliaria de la persona, evitando desplazamientos innecesarios.

4. Desarrollar intervenciones formativas prealta, tipo taller, dentro del ámbito hospitalario, para personas que son/serán referentes de cuidados en el entorno del PCCP que necesite atención en su domicilio y con el fin de garantizar la continuidad de cuidados y evitar futuros ingresos vinculado a descompensaciones.

5. Redefinir los circuitos de solicitud y acceso al material técnico de apoyo al cuidado (muletas, andadores, sillas de rueda...) que permitan agilizar tiempos de asignación y entrega de material en ortopedias o almacenes propios, implicando a los servicios de atención a la ciudadanía y referente médico hospitalario que garanticen la gestión bajo procedimientos o circuitos tiempo-dependientes.

**Objetivo 4: Reducir la variabilidad asistencial durante el proceso asistencial, implicando al ámbito hospitalario y atención primaria.**

**Líneas de Acción:**

1. Crear la vía clínicas de atención al PCCP (ICC / EPOC) en el AGSCGE que incluya las intervenciones a realizar por los equipos profesionales de cada unidad o servicio implicados en la atención de este perfil de pacientes. La vía clínica incorporará los criterios de activación del servicio de EGC y la activación de otros profesionales que intervengan en procesos de apoyo, especialmente en situaciones con falta de apoyo social o familiar, como Trabajadores sociales, movimiento asociativo o servicios comunitarios.

2. Seleccionar las guías de práctica, protocolos y/u otros documentos de carácter científico de referencia basados en evidencia para la atención de PCCP (EPOC/ICC) para su implantación y uso el AGSCGE.

3. Diseñar y desarrollar los procesos de difusión y programas formativos a profesionales para mejorar la atención a personas con ICC y EPOC en situación de complejidad a través del conocimiento, uso y desarrollo de la vía clínica para PCCP y otros documentos de referencia.

**Objetivo 5: Desarrollar intervenciones proactivas de seguimiento y de anticipación-prevención de complicaciones desde Atención Primaria.**

**Líneas de acción:**

1. Redefinir el equipo de atención a PCCP ( EPOC e ICC ) en el ámbito de primaria (equipo básico de atención: médico-enfermera, profesional de referencia para la coordinación y activación de servicios en la cronicidad compleja en la figura de la EGC, T Social para el apoyo social y de soporte, otros apoyos clínicos y para el cuidado (Servicios de urgencias, Cuidados paliativos, T Ocupacional, fisioterapia,...).

2. Organizar los procesos de atención al PCCP en AP, en base a las intervenciones identificadas en la vía clínica general del AGSCGE para los PCCP y del proceso asistencial integrado de paciente pluripatológico. Se incluirá la VIE y el PAP para la planificación asistencial compartida por el equipo y adaptada a cada caso y se incluirá igualmente los criterios de activación y derivación a la EGC en los casos complejos que lo necesiten.

3. Diseñar estrategias fomentadas desde la Dirección del área para mejorar los registros y la calidad de los registros de VIE y PAP

4. Generar, o adoptar de documentos de referencia centralizados, los procedimientos de atención para el seguimiento proactivo de PCCP por parte del equipo básico de atención, especialmente para el seguimiento continuado de la situación clínica estable por parte de la enfermera y la detección y alerta a médico de referencia si se identifican o prevén signos/síntomas de descompensación y su resolución conjunta y/o con apoyo de otros profesionales y apoyos

5. Planificar programas de Uso racional del medicamento (URM) dirigidos a polimedicados crónicos complejos priorizados: revisión de medicación, conciliación, adherencia y deprescripción, en colaboración con el servicio de farmacia del área.

6. Explorar la posibilidad de apoyo para la atención al PCCP a través de las TIC, desarrolladas a nivel centralizado o generar posibilidades a nivel local.

7. Crear programas formativos para los diferentes profesionales implicados, incluidos los procesos socio-sanitaria vinculados a la atención al PCCP y la generación y/o identificación y forma de acceso a los activos comunitarios.
8. Diseñar y desarrollar formación a personas cuidadoras de PCCP (apoyo al proceso de cuidado, como cuidarse-autocuidados, como detectar y resolver síntomas de descompensación, como utilizar los servicios sanitarios, incluidos servicios de apoyo y la identificación de activos en la comunidad...)
9. Formación en autocuidados a pacientes, implicación en la toma de decisiones.
10. Fomentar la existencia en el área de referentes para el registro de voluntades anticipadas para estos perfiles de pacientes.
11. Realizar un análisis de recursos de apoyo al cuidado (camas, grúas, colchones...) para informar a nivel central y reorganizar los circuitos para su solicitud, valoración y asignación, implicando a Enfermeras de Familia, EGC y Coordinador de cuidados.

## 8. PLANIFICACIÓN Y CRONOGRAMA

Se han presentados los resultados del análisis DAFO y encuestas de cuidadoras a Dirección de enfermería, planificando reunión el 16 de enero de 2024, donde, con el apoyo de la Dirección de enfermería, Dirección médica y el grupo de EGC, hacer puesta en común, para priorizar líneas de trabajo, establecer responsables de esas propuestas y organizar grupos de trabajo. Debido a la necesidad de cumplir con la temporalidad establecida para la entrega del TFM, no es posible describir en este documento, los resultados que se deriven de dicha reunión.

El presente cronograma tiene como objetivo temporalizar las acciones, para la ejecución de las fases del proyecto y acciones de las líneas de mejoras. A continuación se detallan de manera resumida las acciones realizadas y las pendientes de realizar para el desarrollo del proyecto:

### 1. Análisis DAFO

En diciembre de 2023 se reúne el grupo de Enfermeras Gestoras de Casos, realizando técnica DAFO y obteniendo una matriz con barreras y facilitadores. Tras el análisis se obtuvo una serie de propuestas, ya descritas en este documento.

### 2. Grupo Focal

En enero de 2024, se crea un grupo de investigación formado por EGC del AGSCGE, para el desarrollo de entrevistas y obtención de conclusiones de grupos focales. Se convocan los grupos de participantes en febrero de 2024 y se prevé terminar con el análisis de los textos y conclusiones en marzo-abril de 2024

3. Reunión con Dirección de Enfermería, dirección médica y grupo de EGC del AGSCGE. 16 de enero de 2024, para revisar conclusiones finales del análisis.

4. Diseño de circuitos específicos de atención en urgencias a PCCP

5. Elaboración de Vía Clínica de atención al PCCP en el AGSCGE. Tras reunión de grupo motor en enero de 2024, y seleccionar a grupo responsable del proyecto, se establece una cronología para su diseño entre febrero y junio, y su implantación en el segundo semestre de 2024

6. Formación en autocuidados a pacientes y personas que cuidan. Definir con grupo de EGC los objetivos estructura y componentes de la formación. Proponer como fecha de realización el segundo trimestre de 2024, de abril a junio

7. Formación en atención a PCCP de los profesionales del AGSCGE.

Reunión conjunta con departamento de formación y responsable del grupo de EGC para la programación de programa formativo en Febrero de 2024

8. Implantación del servicio de teleconsulta en el hospital para este tipo de pacientes (Primer semestre 2024)
9. Componer grupo de trabajo para el inicio de creación de Hospital de día y Unidades de PCC y otros servicios de apoyo en el hospital para la atención a estos pacientes (ej: hospitalización domiciliaria, circuito de materiales...)
10. Designar responsable EGC y componer grupo de trabajo para el avance en los meses de marzo a abril de 2024

### ***Cronograma 2023/24.***

Actividad	2023	2024											
	Dic	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
DAFO													
Grupo Focal													
Reunión con Direcciones													
Vía Clínica atención al PCC													
Formación autocuidados													
Formación profesionales													
Grupo de Hospital de Día													

## 9. EVALUACIÓN Y MONITORIZACIÓN. Descriptores

A fin de cerrar de manera efectiva el proceso de mejora en la atención al paciente crónico complejo en el AGSCGE, es imperativo contar con descriptores que permitan monitorear los resultados asociados a cada objetivo y/o, en términos de procesos, a cada intervención o grupo de intervenciones definidas en las líneas de acción.

A continuación, se define la plantilla de definición de los descriptores o indicadores para la evaluación, desarrollando algunos ejemplos vinculados a objetivos:

### **Objetivo 1: Mejorar la captación de personas en situación de cronicidad compleja, específicamente PCCP, desde los servicios de urgencias, antes de que se produzca el ingreso hospitalario.**

Tipo de descriptor: Resultado Proceso . Expresión del indicador en porcentaje

Definición	Disminución de ingresos de PCCP por reagudización generados desde los servicios de urgencias hospitalaria
Fórmula	$\frac{\text{Nº de PCCP descompensados atendidos en los servicios de urgencia a los que se cursa ingreso}}{\text{número de PCCP descompensados atendidos en el servicio de urgencia hospitalario en el período evaluado}} \times 100$
Periodicidad	Anual
Centros	AGSCGE
Fuentes de información	Monitorización en el hospital

**Objetivo 3: Desarrollar nuevos servicios para para mejorar la atención y la continuidad de cuidados al PCCP en el ámbito hospitalario.**

Tipo de descriptor: Estructural . Expresión del indicador en porcentaje.

Definición	Creación Hospital de Día para la Atención al PCC vinculado al servicio de medicina interna.
Fórmula	Documento acreditativo de la Creación del hospital y proyecto de desarrollo funcional + estrategia de implantación
Periodicidad	Anual
Centros	AGSCGE
Fuentes de información	Dirección Gerencia AGSCGE

**Objetivo 4: Reducir la variabilidad asistencial durante el proceso asistencial implicando al ámbito hospitalario y atención primaria.**

Tipo de descriptor: Proceso. Expresión del indicador en porcentaje.

Definición	Mejorar la capacitación profesional para la atención a PCCP
Fórmula	Número de profesionales sanitarios que tienen formación específica en atención al PCCP/ número total de profesionales sanitarios del AGSCGE x 100
Periodicidad	Anual
Centros	AGSCGE
Fuentes de información	Unidad de Formación

## 10. CONCLUSIONES

Tras analizar detalladamente la información recopilada en este trabajo sobre la actividad en pacientes con enfermedades crónicas en el AGSCGE, se destaca la actual falta de coordinación y generación de procesos de atención compartida en la atención a las personas con estas enfermedades en situación de complejidad. Esta falta de coordinación y trabajo conjunto, se traduce en la pérdida de valiosas oportunidades para establecer un enfoque de trabajo en equipo y de brindar una asistencia proactiva, obstaculizando la optimización de los resultados del tratamiento, como se ha señalado en la bibliografía consultada (25,26). Aunque se han implementado mejoras para lograr una atención integral y proactiva, persisten desafíos que demandan la revisión organizativa que nos permita una atención continuada e integral.

En el AGSCGE, el aumento de la edad y las enfermedades crónicas sigue una tendencia similar a nivel regional. Aunque se observan mejoras en el seguimiento de pacientes tras el alta hospitalaria y una atención proactiva por parte de las enfermeras de familia en el ámbito de la atención primaria, el Modelo de Atención al Paciente Crónico (34) señala áreas de mejora, como el fomento del autocuidado, la implementación de sistemas de información clínica, el apoyo a las decisiones y la reorganización de la prestación de servicios. A pesar de las acciones implementadas desde el inicio del Plan de Atención al PCC del Servicio Andaluz de Salud (SAS), se reconoce que aún hay mejoras por realizar a nivel local.

El análisis DAFO realizado por el grupo de EGC del área ha identificado barreras, como el aumento de la población de edad avanzada y la escasez de recursos sociales, pero también facilitadores, como la formación de los profesionales y el respaldo institucional a los cambios. La participación activa del paciente y del cuidador/a se presenta como un aspecto crucial para la gestión de la cronicidad, destacando la necesidad de continuar con un análisis para comprender las necesidades reales y opiniones de los pacientes y sus familias.

A pesar de las debilidades evidenciadas en este trabajo, como la inexperiencia del autor, las limitaciones de tiempo y la no finalización de los grupos focales, es fundamental reconocer la percepción positiva de la figura de la Enfermería Gestora de Casos, como elemento facilitador y proactivo y su labor para seguir trabajando en la coordinación de recursos y profesionales y para mejorar la atención integral del paciente crónico (27).

Es crucial tener en cuenta que la conclusión de este trabajo subraya la importancia de abordar las deficiencias identificadas y la necesidad de un enfoque continuo y colaborativo para mejorar la

atención a los pacientes con enfermedades crónicas en el AGSCGE. Este trabajo proporciona las bases para impulsar futuras investigaciones y acciones destinadas a fortalecer la atención a las enfermedades crónicas en el ámbito local.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Miguélez-Chamorro A, Casado-Mora MI, Company-Sancho MC, Balboa-Blanco E, Font-Oliver MA, Román-Medina Isabel I. Enfermería de Práctica Avanzada y gestión de casos: elementos imprescindibles en el nuevo modelo de atención a la cronicidad compleja en España. *Enferm Clínica* [Internet]. 1 de marzo de 2019 [citado 26 de marzo de 2023];29(2):99-106. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-clinica-35-articulo-enfermeria-practica-avanzada-gestion-casos-S1130862118302134>
2. Envejecimiento y salud [Internet]. [citado 9 de noviembre de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
3. Demography of Europe [Internet]. [citado 9 de noviembre de 2023]. Demography of Europe - An ageing population. Disponible en: [https://www.ine.es/prodyser/demografia\\_UE/bloc-1c.html?lang=es](https://www.ine.es/prodyser/demografia_UE/bloc-1c.html?lang=es)
4. Europa tiene que abordar el envejecimiento de su población ya | Noticias ONU [Internet]. 2021 [citado 12 de noviembre de 2023]. Disponible en: <https://news.un.org/es/story/2021/03/1489612>
5. Ministerio de Sanidad - Portal Estadístico del SNS - Años de vida saludable. Informe de países. España [Internet]. [citado 12 de noviembre de 2023]. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/vidaSaludable.htm>
6. pp\_2022\_2072.pdf [Internet]. [citado 9 de noviembre de 2023]. Disponible en: [https://www.ine.es/prensa/pp\\_2022\\_2072.pdf](https://www.ine.es/prensa/pp_2022_2072.pdf)
7. Examen de salud para mayores de 65 años - Junta de Andalucía [Internet]. [citado 10 de enero de 2024]. Disponible en: <https://www.juntadeandalucia.es/temas/salud/mayores/examen.html>
8. Barnett K, Mercer SW, Norbury M, Watt G, Wyke S, Guthrie B. Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. *Lancet Lond Engl*. 7 de julio de 2012;380(9836):37-43.
9. Enfermedades no transmisibles [Internet]. [citado 12 de noviembre de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
10. Visión general [Internet]. 2023 [citado 12 de noviembre de 2023]. Disponible en: [https://health.ec.europa.eu/non-communicable-diseases/overview\\_es](https://health.ec.europa.eu/non-communicable-diseases/overview_es)
11. Barrio Cortes J, Suárez Fernández C, Bandeira de Oliveira M, Beca Martínez MT, Lozano Hernández C, Cura González I del. Utilización de los servicios de salud de Atención Primaria en los pacientes crónicos según nivel de riesgo. *Rev Esp Salud Pública* [Internet]. 12 de octubre de 2020 [citado 22 de mayo de 2023];93:e201909082. Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/resp/2019.v93/e201909082/es/>
12. [citado 12 de noviembre de 2023]. Disponible en: [https://www.ine.es/ss/Satellite?L=es\\_ES&c=INESeccion\\_C&cid=1259926692949&p=%2F&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayout&param1=PYSDetalle&param3=1259924822888](https://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INESeccion_C&cid=1259926692949&p=%2F&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayout&param1=PYSDetalle&param3=1259924822888)

13. salud\_5af1956d9925c\_atencion\_pacientes\_pluripatologicos\_2018.pdf [Internet]. [citado 24 de noviembre de 2023]. Disponible en:  
[https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/salud\\_5af1956d9925c\\_atencion\\_pacientes\\_pluripatologicos\\_2018.pdf](https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/salud_5af1956d9925c_atencion_pacientes_pluripatologicos_2018.pdf)
14. 3-10476.pdf [Internet]. [citado 12 de noviembre de 2023]. Disponible en:  
<https://sid-inico.usal.es/docs/F3/LYN10476/3-10476.pdf>
15. Dependencia - Junta de Andalucía [Internet]. [citado 13 de noviembre de 2023]. Disponible en:  
<https://www.juntadeandalucia.es/temas/familias-igualdad/dependencia/atencion.html>
16. Zepeda-Álvarez PJ, Muñoz-Mendoza CL, Zepeda-Álvarez PJ, Muñoz-Mendoza CL. Sobrecarga en cuidadores principales de adultos mayores con dependencia severa en atención primaria de salud. Gerokomos [Internet]. 2019 [citado 13 de noviembre de 2023];30(1):2-5. Disponible en:  
[https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1134-928X2019000100002&lng=es&nrm=iso&tlng=es](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1134-928X2019000100002&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
17. Dirección General de Empleo AS e I( CE). Long-term care report: trends, challenges and opportunities in an ageing society. Volume II, Country profiles [Internet]. LU: Oficina de Publicaciones de la Unión Europea; 2021 [citado 14 de noviembre de 2023]. Disponible en: <https://data.europa.eu/doi/10.2767/183997>
18. Chaparro-Díaz L, Carreño-Moreno SP, Hernández JSA, Acosta-Pardo CA. Relación entre la sobrecarga y el apoyo social percibido en cuidadores de bajos ingresos económicos. Aquichan [Internet]. 27 de febrero de 2023 [citado 29 de agosto de 2023];23(1):e2314-e2314. Disponible en:  
<https://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/18137>
19. informe-ARPE-2022-resumen-ejecutivo.pdf [Internet]. [citado 14 de noviembre de 2023]. Disponible en:  
<https://www.eapn.es/estadodepobreza/ARCHIVO/documentos/informe-ARPE-2022-resumen-ejecutivo.pdf>
20. L. J. Visseren F, Mach F, M. Smulders Y, Carballo D, C. Koskinas K, Bäck M, et al. Guía ESC 2021 sobre la prevención de la enfermedad cardiovascular en la práctica clínica. Rev Esp Cardiol [Internet]. 1 de mayo de 2022 [citado 29 de octubre de 2023];75(5):429.e1-429.e104. Disponible en:  
<http://www.revespcardiol.org/es-guia-esc-2021-sobre-prevencion-articulo-S0300893221004620>
21. Soler-Cataluña JJ, Piñera P, Trigueros JA, Calle M, Casanova C, Cosío BG, et al. Actualización 2021 de la guía española de la EPOC (GesEPOC). Diagnóstico y tratamiento del síndrome de agudización de la EPOC. Arch Bronconeumol [Internet]. 1 de febrero de 2022 [citado 3 de noviembre de 2023];58(2):159-70. Disponible en:  
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0300289621001666>
22. Magallón Martínez A, Pinilla Rello A, Casajús Lagranja P, García Aranda A, Bueno Castel M del C, Caballero Asensio R, et al. [Artículo traducido] Atención farmacéutica al paciente ingresado en una unidad multidisciplinar de paciente crónico complejo. Farm Hosp [Internet]. 18 de abril de 2023 [citado 22 de mayo de 2023]; Disponible en:  
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130634323000259>

23. Burge AT, Cox NS, Abramson MJ, Holland AE. Interventions for promoting physical activity in people with chronic obstructive pulmonary disease (COPD). *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2020 [citado 21 de mayo de 2023];(4). Disponible en: <https://www.cochranelibrary.com/es/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD012626.pub2/full/es?highlightAbstract=pacient%7Ccronic%7Ccronico%7Ccronicos%7Cpacientes%7Co>
24. Roldán Valcárcel MD, Beteta Fernández D, Iniesta Alcázar J, Navarro Egea AP, Pérez Luján R, Roldán Valcárcel MD, et al. Gestión de casos: análisis de costo eficiencia en continuidad de cuidados de pacientes crónicos complejos. *Enferm Glob* [Internet]. 2023 [citado 6 de noviembre de 2023];22(72):77-103. Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1695-61412023000400003&lng=es&nrm=iso&tlng=es](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1695-61412023000400003&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
25. Butterworth JE, Hays R, McDonagh ST, Richards SH, Bower P, Campbell J. Interventions for involving older patients with multi-morbidity in decision-making during primary care consultations. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2019 [citado 3 de septiembre de 2023];(10). Disponible en: <https://www.cochranelibrary.com/es/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD013124.pub2/full/es?highlightAbstract=pacient%7Ccronic%7Ccronico%7Cpaciente%7Catencion%7Co>
26. Poot CC, Meijer E, Kruis AL, Smidt N, Chavannes NH, Honkoop PJ. Integrated disease management interventions for patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2021 [citado 21 de mayo de 2023];(9). Disponible en: <https://www.cochranelibrary.com/es/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD009437.pub3/full/es?highlightAbstract=pacient%7Ccronic%7Ccronico%7Ccronicos%7Cpacientes%7Co>
27. López MIM, Montoya IM, Lozoya RM, Pérez AE, Caballero VG, Hontangas AR. Impacto de las intervenciones enfermeras en la atención a la cronicidad en España. Revisión sistemática. *Rev Esp Salud Pública* [Internet]. [citado 27 de abril de 2023];92. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/170/17059490075/html/>
28. Cassarino M, Robinson K, Quinn R, Naddy B, O'Regan A, Ryan D, et al. Impact of early assessment and intervention by teams involving health and social care professionals in the emergency department: A systematic review. *PloS One*. 2019;14(7):e0220709.
29. Gavaldà-Espelta E, Lleixà-Fortuño M del M, Aguilar Martín C, Pozo M, Ferré-Ferraté M, Tomàs-Navarro B, et al. Integrated Care Model Salut+Social Assessment by Professionals, Informal Caregivers and Chronic or Social Dependent Patients: A Qualitative Study. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 22 de noviembre de 2022 [citado 11 de mayo de 2023];19(23):15467. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9739042/>
30. Plan Andaluz de Atención Integrada a Pacientes con Enfermedades Crónicas - Junta de Andalucía [Internet]. [citado 11 de diciembre de 2023]. Disponible en: <https://www.juntadeandalucia.es/organismos/saludyconsumo/areas/planificacion/planes-integrales/paginas/paier.html>
31. Servicio Andaluz de Salud [Internet]. [citado 11 de diciembre de 2023]. Estrategia de cuidados de Andalucía. Disponible en: <https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/el-sas/planes-marco-y-estrategias/estrategia-de-cuidados-de-andalucia>

32. Núñez-Montenegro AJ, Martín-Yañez V, Roldan-Liébana MÁ, González-Ruiz FD, Fernández-Romero R, Narbona-Ríos C. Diseño y validación de la escala para valorar la fragilidad de los pacientes crónicos. *Aten Primaria* [Internet]. 2019;51(8):486-93. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-diseno-validacion-escala-valorar-fragilidad-S0212656717303797>
33. PRÁCTICA AVANZADA EN ENFERMERÍA EXPERIENCIA SOBRE LA IMPLEMENTACIÓN EN UNA UNIDAD DE ONCOLOGÍA - PDF Free Download [Internet]. [citado 26 de noviembre de 2023]. Disponible en: <https://docplayer.es/65570264-Practica-avanzada-en-enfermeria-experiencia-sobre-la-implimentacion-en-una-unidad-de-oncologia.html>
34. Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving Primary Care for Patients With Chronic Illness.
35. Portal Opimec :: Comentarios de la sección ¿Qué sabemos? [Internet]. [citado 12 de diciembre de 2023]. Disponible en: <https://www.opimec.org/documentos/995/capitulo-4-modelos-de-gestion-de-enfermedad-es-cronicas-complejas/4789/comentarios/>
36. Morales-Asencio JM. Gestión de casos y cronicidad compleja: conceptos, modelos, evidencias e incertidumbres. *Enferm Clínica* [Internet]. 1 de enero de 2014 [citado 27 de abril de 2023];24(1):23-34. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-clinica-35-articulo-gestion-casos-cronicidad-compleja-conceptos-S1130862113001563>
37. Piramide de población de Andalucía 2023 | Datosmacro.com [Internet]. [citado 8 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://datosmacro.expansion.com/demografia/estructura-poblacion/espana-comunidades-autonomas/andalucia>
38. Prieto Rodríguez MA, March Cerdá JC. Paso a paso en el diseño de un estudio mediante grupos focales. *Aten Primaria* [Internet]. 15 de abril de 2002 [citado 19 de diciembre de 2023];29(6):366-73. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-paso-paso-el-diseno-un-13029750>
39. Lévano S, Cecilia A. Investigación cualitativa: diseños, evaluación del rigor metodológico y retos. *Liberabit* [Internet]. 2007 [citado 19 de diciembre de 2023];13(13):71-8. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1729-48272007000100009&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1729-48272007000100009&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
40. Prieto Rodríguez M a., March Cerdá J c. Step by step in the design of a focus group-based study. *Atencion Primaria Soc Esp Med Fam Comunitaria*. 1 de enero de 2002;29(6):366-73.

