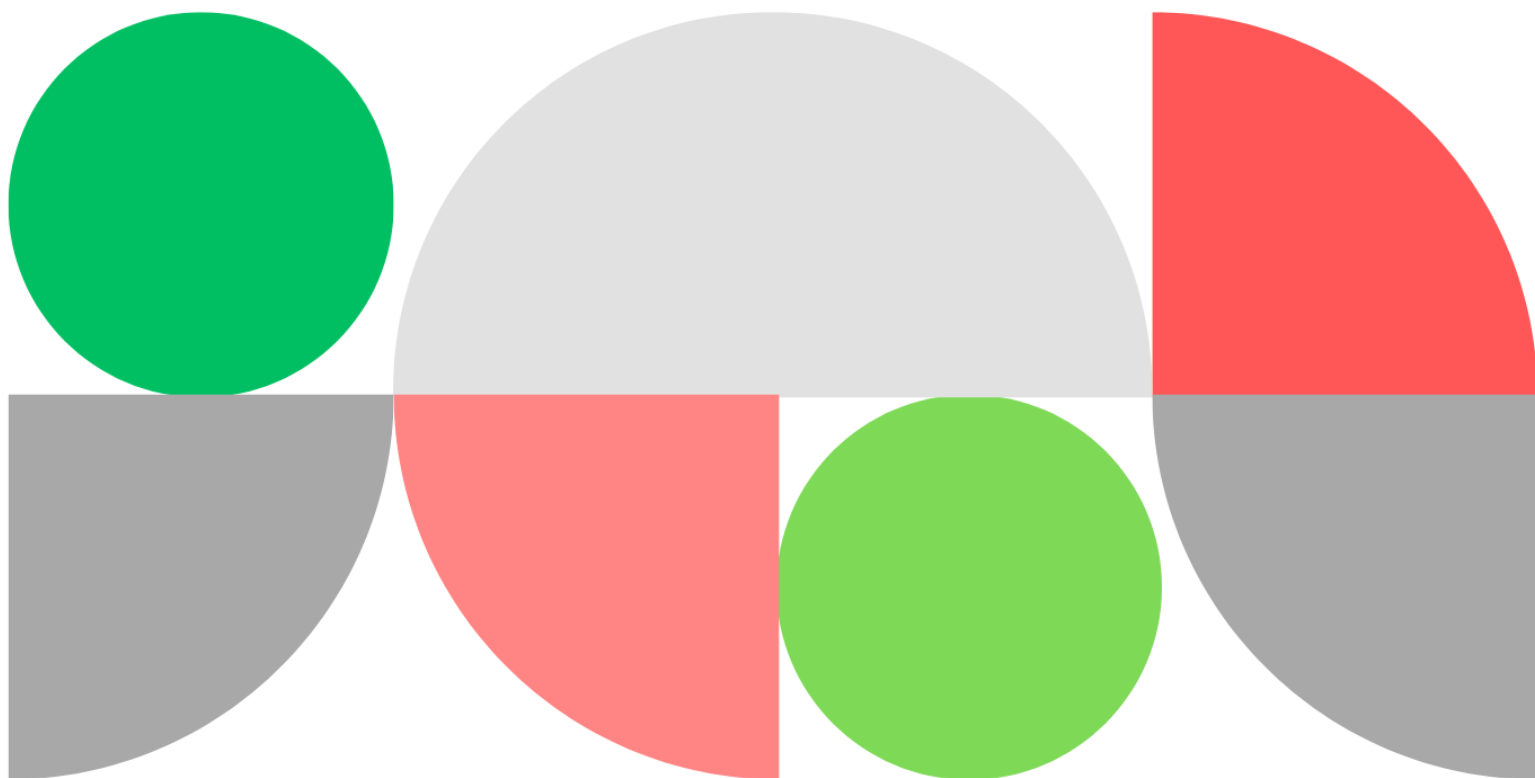


Vía clínica de unidad de continuidad asistencial



VÍA Clínica de Unidad de Continuidad Asistencial [Recurso electrónico]: Plan Andaluz de Atención a la Cronicidad PAdAC (2025-2028) / [Dirección y coordinación técnica Trinidad Rus Molina, Celia Fernández Delgado; Redacción Carmen María Alba Fernández... et al.]. -- [Sevilla] : Consejería de Sanidad, Presidencia y Emergencias, 2026.

Texto electrónico (pdf), 27 p.

ISBN 978-84-129052-4-3

1. Insuficiencia cardíaca 2. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica 3. Enfermedad crónica. 4. Continuidad de la atención al paciente. 5. Guía de práctica clínica. 6. Andalucía. I. Alba Fernández, Carmen María. II. Andalucía. Consejería de Sanidad, Presidencia y Emergencias.

QZ 185

Dirección

Trinidad Rus Molina. Dirección General de Cuidados, Atención Sociosanitaria, Salud Mental y Adicciones. Consejería de Sanidad, Presidencia y Emergencias

Celia Fernández Delgado. Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud. Servicio Andaluz de Salud

Coordinación técnica

Susana Rodríguez Gómez. Subdirección General de Cuidados y Atención Sociosanitaria. Consejería de Sanidad, Presidencia y Emergencias

Roberto Lara Romero. Enfermero Asesor Técnico. Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud. Servicio Andaluz de Salud

Coordinación de la vía clínica

Antonio Fernández Moyano. Jefe Servicio Medicina Interna. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe

Alejandro Pérez Milena. Médico de Familia. Distrito Sanitario Jaén - Jaén Sur. Servicio Andaluz de Salud

Nieves Lafuente Robles. Enfermera de Atención Primaria. Distrito Sanitario Granada – Metropolitano. Servicio Andaluz de Salud

Redacción

Carmen María Alba Fernández. Subdirectora de Enfermería. Hospital Clínico Universitario San Cecilio. Servicio Andaluz de Salud

María Patrocinio Ariza Vega. Fisioterapeuta y Terapeuta Ocupacional. Universidad de Granada

Antonio Fernández Moyano. Jefe Servicio Medicina Interna. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe

Daniel García Gil. Director de Unidad de la Gestión Clínica de Medicina Interna. Hospital San Carlos de San Fernando. Servicio Andaluz de Salud

Rosario García Juárez. Directora de Enfermería. Hospital Puerta del Mar. Servicio Andaluz de Salud

Miguel Angel García Ordoñez. Director de la Unidad de Gestión Clínica de Medicina Interna. Hospital de Antequera. Servicio Andaluz de Salud

María Dolores Nieto Martín. Internista. Jefa de Unidad de Medicina Interna. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Servicio Andaluz de Salud

Tania Ortiz Puertas. Médica de Familia. Distrito Sanitario Granada – Metropolitano. Servicio Andaluz de Salud

Silvia Ramírez Flores. Enfermera. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe

Validación final

David Paniagua Urbano. Subdirección de Gestión Sanitaria. Servicio Andaluz de Salud

Inmaculada López Gutiérrez. Subdirección de Accesibilidad y Continuidad Asistencial. Servicio Andaluz de Salud

Francisco de Borja López Casanova. Coordinación de Cuidados y Atención Sociosanitaria. Servicio Andaluz de Salud

María Isabel Gómez Díaz. Subdirección de Programas y Desarrollo. Servicio Andaluz de Salud

Carmen Jódar Casanova. Médica de Familia. Distrito Sevilla. Servicio Andaluz de Salud

Jose Antonio Lis Jiménez. Enfermero. Hospital Alto Guadalquivir. Servicio Andaluz de Salud

Revisión

Carmen Pérez Romero. Profesora. Escuela Andaluza de Salud Pública

Diana Gosálvez Prados. Profesora. Escuela Andaluza de Salud Pública



Esta obra está bajo una licencia Creative Commons

Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional License

Título: Vía Clínica de Unidad de Continuidad Asistencial: Plan Andaluz de Atención a la Cronicidad PAdAC (2025-2028)

Edita: Consejería de Sanidad, Presidencia y Emergencias. Junta de Andalucía. 2026

Responsable de la edición: Dirección General de Cuidados, Atención Sociosanitaria, Salud Mental y Adicciones

Diseño y maquetación: Juan Antonio Castillo Guijarro. Escuela Andaluza de Salud Pública

ISBN: 978-84-129052-4-3

Consejería de Sanidad, Presidencia y Emergencias:

<https://www.juntadeandalucia.es/organismos/sanidadpresidenciayemergencias.html>

Repositorio Institucional de Salud de Andalucía: <https://repositoriosalud.es/>

Contenido

Definición.....	5
Objetivos.....	7
I. Características de las personas tributarias de la vía clínica de Unidad de Continuidad Asistencial	8
II. Criterios de entrada, flujos y salida	10
III. Mapeo del proceso.....	16
IV. Matriz temporal.....	17
V. Hoja de ruta para pacientes, familiares o personas cuidadoras	19
VI. Indicadores	19
VII. Propuesta de recursos	19
Documentación de referencia	21
ANEXO 1. Formulario para el seguimiento proactivo en Unidad de Continuidad Asistencial de personas con enfermedad crónica compleja priorizada	23
ANEXO 2. Formulario de teleconsulta para Unidad de Continuidad Asistencial	26
ANEXO 3. Escala modificada de disnea del <i>Medical Research Council</i> (mMRC)	27

Siglas y acrónimos

AeD: Atención en domicilio
ABVD: Actividades básicas de la vida diaria
CES: Centro de Emergencias Sanitarias
DCCU-AP: Dispositivo de cuidados críticos y urgencias de atención primaria
DECAMIRT: Cuestionario de evaluación del Manejo Inefectivo del Régimen Terapéutico (MIRT)
EAP: Equipo de atención primaria
ECC: Enfermedades crónicas complejas
ECG: Electrocardiograma
EGC: Enfermera gestora de casos
EGC-AP: Enfermera gestora de casos de atención primaria
EGC-AH: Enfermera gestora de casos de atención hospitalaria
EMCA: Equipo movilizable de cuidados avanzados
EPOC: Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
FAST: *Functional Assessment Staging*
FC: Frecuencia cardíaca
FE: Fracción de eyección
HTP: Hipertensión pulmonar
FEVI: Fracción de eyección del ventrículo izquierdo
FR: Frecuencia respiratoria
GDS: *Global Deterioration Scale*
HSD: Historia de Salud Digital
Hb: Hemoglobina
IC: Insuficiencia cardíaca
IMC: Índice de Masa Corporal
MFyC: Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria
mmHg: Milímetro de mercurio
mMRC: *Modified Medical Research Council*
NT-proBNP: Propéptido natriurético cerebral N-terminal
NYHA: *New York Heart Association*
OBS: Observación
PAdAC: Plan Andaluz de Atención a la Cronicidad
PAP: Plan de Acción Personalizado
PCC: Paciente Crónico Complejo
PCCP: Paciente Crónico Complejo Priorizado
pH: Potencial de hidrógeno
pCO₂: Presión parcial de dióxido en sangre
POCUS: *Point of Care Ultrasound*
POCT: *Point of Care Testing*
Post BD: Post broncodilatador
RCP: Reanimación cardiopulmonar
SAE: Síndrome de agudización de EPOC
SaO₂: Saturación arterial de oxígeno
TA: Tensión arterial
TAC: Tomografía Axial Computarizada
TAI: Test de Adhesión a Inhaladores
TCAE: Técnico/a en cuidados auxiliares de enfermería
UCA: Unidad de Continuidad Asistencial
URG: Urgencias
VAC: Vía Clínica de Atención Continuada

Definición

La insuficiencia cardíaca (IC) y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) son enfermedades progresivas que se caracterizan, entre otros aspectos, por periodos de duración variable de estabilidad sintomática, a menudo interrumpidas por episodios de empeoramiento a pesar del tratamiento continuo. Estos periodos de empeoramiento clínico se reconocen cada vez más como una fase diferenciada en la historia de ambas enfermedades, denominada empeoramiento de la IC o síndrome de agudización de la EPOC.

La ascitis refractaria (tanto intratable con diuréticos como la refractaria a la restricción de sodio y al tratamiento diurético intensivo), tiene también, aunque en menor medida, un curso oscilante. La anemia crónica, tanto por pérdidas digestivas ocultas o causas intratables, como por asociación a enfermedades crónicas, y que muestra insuficiencia o ineficacia al tratamiento con hierro oral, se presentan también como situaciones no adecuadamente predecibles y que, secundariamente, condicionan la disnea de la IC o EPOC.

Estas situaciones clínicas requieren una asistencia sanitaria, que responda a estas características específicas. Junto a estas, las personas con enfermedades crónicas complejas (PCC) presentan, además, otras situaciones clínicas que exceden la cartera de servicios de atención primaria y que tampoco tienen criterios de atención en urgencias de hospital, siendo la Unidad de Continuidad Asistencial (UCA) el dispositivo hospitalario con orientación de acto único y terapéutico parenteral que, junto a la capacitación parental que, junto a una capacitación profesional específica, permite atender esta necesidad.

En la primera fase de desarrollo del Plan Andaluz de Atención a la Cronicidad (PAAdAC), la organización de la UCA estará dirigida a la atención a la descompensación de la IC, enfermedades respiratorias crónicas, ascitis refractaria y anemia crónica, que excedan de las posibilidades de atención primaria y no tengan criterios de atención en urgencias de hospital.

La UCA es un área asistencial hospitalaria, dependiente orgánica y funcionalmente de los servicios de Medicina Interna, dirigida a la atención de PCC, con un modelo de coordinación entre todos los dispositivos asistenciales de atención extrahospitalaria y hospitalaria.

El objetivo fundamental de la UCA es mejorar la calidad de vida de la persona a través de la **atención precoz de la descompensación**, siempre que ésta **no pueda atenderse en domicilio**, ni requiera atención en urgencias u hospitalización directa. La UCA, desarrollará una respuesta asistencial

VÍA CLÍNICA DE UNIDAD DE CONTINUIDAD ASISTENCIAL

adaptada a las necesidades cambiantes de cada paciente, proporcionando una orientación diagnóstica preferiblemente de **acto único** y recursos terapéuticos de uso **parenteral**, incluyendo medicación inhalada o técnicas invasivas.

La UCA tendrá una ubicación física con fácil accesibilidad desde el domicilio, con un **horario de 12 horas** continuado en días laborables, siendo **activada por** el personal de atención primaria o del hospital, o por la propia persona con enfermedad crónica compleja o la persona cuidadora.

De esta forma, los **criterios operativos** serían:

1. Respuesta asistencial adaptada a las necesidades cambiantes de la persona, a demanda y de predominio presencial, en régimen ambulatorio y con accesibilidad en < 24 horas.
2. Con diagnóstico de la causa de descompensación en modelo de acto único.
3. Con recursos terapéuticos y cuidados de uso parenteral o medicación inhalada o técnicas invasivas.

Como **criterios genéricos de exclusión**:

1. Que la descompensación requiera atención en urgencias u hospitalización directa, o
2. Persona cuidadora (formal o informal) no disponible o sin capacitaciones adecuadas.

Objetivos

General

Establecer una vía clínica que describa la actividad a desarrollar en la UCA.

Específicos

- 1.** Mejorar la asistencia, atención y calidad de vida de las personas con enfermedades crónicas complejas descompensadas, incorporando herramientas para la detección precoz de la descompensación.
- 2.** Facilitar la accesibilidad a los recursos hospitalarios en estas situaciones.
- 3.** Mejorar la calidad de vida de la persona cuidadora.
- 4.** Disminuir las complicaciones asociadas a la hospitalización.

I. Características de las personas tributarias de la vía clínica de Unidad de Continuidad Asistencial

- El control y tratamiento de las descompensaciones se inicia de forma habitual en el propio domicilio de la persona por parte de los equipos de atención primaria (EAP). En ocasiones, esta atención domiciliaria no siempre resulta eficaz en el control de la descompensación, haciéndose necesario recursos diagnósticos, tratamiento o técnicas terapéuticas y nivel de cuidados, específicos del ámbito hospitalario. Dentro de los objetivos específicos del PAdAC orientados a mejorar el control de las descompensaciones de las enfermedades crónicas, se define el objetivo específico 2 de la línea estratégica 3, como el de posibilitar espacios sanitarios que aborden la complejidad de forma íntegra. Este objetivo específico, se despliega como acción, entre otros espacios, en el desarrollo de la UCA. Estas unidades tienen como acción prioritaria la atención precoz de la descompensación en régimen ambulatorio.
- **Áreas de apoyo coordinado:**
 - I. Áreas de diagnóstico de Laboratorio y Radiología (radiología simple y TAC con o sin contraste) con disponibilidad de agendas programables en 24 horas para PCC, con circuitos con demora similar a urgencias.
 - II. Áreas diagnósticas y de apoyo experto de Cardiología, Neumología, Digestivo y Hematología, con circuitos coordinados, con disponibilidad de agendas programables en 24 horas.
 - III. Dispositivos de transporte con coordinación adecuada de horarios.
- **Horario y organización del trabajo médico y de enfermería:**
 - I. Laborables: de 08:00 a 20:00.
 - II. Organización del trabajo médico y de enfermería.

Distribución de tiempo:

- 60% asistencial presencial sobre pacientes con cita programada.
- 20% asistencial presencial proactiva sobre pacientes tributarios de entrada en UCA, siendo solicitado desde el área de urgencias o prealta de hospitalización.
- 20% asistencial no presencial, para:
 - a. Contactar con pacientes en domicilio.
 - b. Responder teleconsultas de atención primaria.
 - c. Coordinación asistencial con otros perfiles profesionales sanitarios (atención primaria y hospital) y de farmacia.

● **Accesibilidad:** El objetivo debe ser la evaluación en menos de 24 horas laborables.

● **Estructura:**

- I. Espacios y circuitos habituales de trabajo médico y de enfermería, de admisión, aseos, sala de espera, fuente de agua, almacenes, televisor con canales internos educativos, aseos, sillones y camas, manteniendo confortabilidad, intimidad y seguridad.
 - Estructura necesaria para garantizar menú o dieta adaptada a las necesidades de cada paciente.
 - En la medida de lo posible, se dispondrá de un área de actividades o de facilitación de teletrabajo para familiares/personas cuidadoras. El/la paciente -si la situación lo permite-, también podrá desarrollar actividades de entretenimiento o teletrabajo.
- II. Dotación tecnológica apropiada para las actividades asistenciales diagnósticas de acto único: electrocardiograma (ECG), monitores multiparamétricos y ecógrafo portátil, así como para intervenciones terapéuticas invasivas. Como disposición avanzada de medios, se dispondrá de dispositivos móviles para registro en la historia clínica, a pie de paciente, e integrados en la Historia de Salud Digital (HSD) .

● Actividades:

- I. Atención médica: historia clínica y valoración integral, diagnóstico médico y prescripción farmacológica parenteral/medicación inhalada o realización de técnicas invasivas.
- II. Atención de enfermería: valoración integral y diagnóstico enfermero, intervenciones de enfermería y desarrollo de técnicas (pruebas, tratamientos...), educación terapéutica. Valoración de necesidades sociales, de la persona cuidadora y/o recursos de apoyo al cuidado. Coordinación del alta y la continuidad de cuidados, así como Gestión del seguimiento.

II. Criterios de entrada, flujos y salida

Entradas:

En esta primera fase de desarrollo, las personas con enfermedad crónica compleja subsidiarias de entrada en la UCA son, genéricamente, aquellas con IC crónica, EPOC, ascitis refractaria y anemia crónica, definidas como enfermedades crónicas complejas (ECC) -pluripatología o enfermedad crónica avanzada órgano aislada con criterios asociados que otorgan complejidad- y con situación clínica de descompensación, que no pueden ser atendidas en domicilio (subvía clínica de atención en domicilio (AeD)) y no tengan criterios de gravedad para requerir atención en urgencias o criterios para requerir ingreso hospitalario directo.

Los criterios que se sugieren para realizar la atención en el domicilio son cualquiera de los siguientes: Barthel ≤ 55 (dependencia moderada), Escala FAST ≥ 5 (catalogación clínica de demencia moderada, definida como al menos necesitar asistencia en la elección apropiada de la ropa, con equivalencia en la Escala de Deterioro Global GDS ≥ 5 en dificultad en el recuerdo de detalles personales importantes) o finalmente consenso entre paciente/persona cuidadora y su equipo asistencial (incluido EAP y, en su caso, equipo de atención hospitalaria).

En el proceso de atención es muy importante la disponibilidad presencial de la persona cuidadora principal durante el periodo de estancia en la UCA.

- **Criterios Generales de inclusión.** Deben cumplir los criterios clínicos y funcionales/sociales.

- I. Clínicos:

- Personas con IC congestiva, EPOC, hepatopatía crónica o anemia, con criterios definitorios de ECC (pluripatología o enfermedad crónica avanzada órgano aislada con criterios asociados que otorgan complejidad) y con situación clínica de descompensación, que no tengan criterios de ser atendidos en domicilio (vía clínica de AeD) y que no tengan criterios de gravedad para ser atendidas en urgencias.

- II. Funcionales y/o sociales:

- Aceptación voluntaria de la persona y/o de sus tutores/familiares, mediante consentimiento verbal.
 - Soporte sociofamiliar adecuado con capacidad de autocuidado y comprensión de recomendaciones dadas o, en su defecto, identificar al menos una persona cuidadora principal que pueda asumir las necesidades y los cuidados básicos, así como solicitar ayuda en caso de complicación.

- **Criterios generales de exclusión:**

- I. Claudicación familiar para el cuidado en domicilio.

- II. Superar la capacidad de cuidados que puede proporcionar la UCA (en cuanto a frecuencia y/o complejidad).

- III. Limitación al horario de la Unidad.

- **Criterios específicos de Inclusión:**

- I. **ENFERMEDAD PULMONAR CRÓNICA.** Reagudización de enfermedades respiratorias crónicas, que puedan beneficiarse de administración de oxigenoterapia, aerosolterapia (cuando la técnica inhalatoria no se consiga que sea buena) y/o tratamiento broncodilatador parenteral (en situaciones de limitación de corticoides orales) y/o realización de pruebas diagnósticas: analítica, radiografía o TAC de tórax, ecografía en el punto de atención (POCUS).

- **Criterios aconsejados de inclusión:** Síndrome de agudización de EPOC (SAE) leve o moderado que no respondan en 48 horas al tratamiento correcto
 - a. **Episodio de inestabilidad clínica (SAE) leve:**
 - > Situación basal de bajo riesgo. Todos los siguientes:
 - Al menos el 50 % de mejora de obstrucción post broncodilatador (post BD), y
 - Escala de disnea mMRC: 0-1, y
 - Como máximo una agudización anual que no haya generado ingreso, y
 - > Todos los criterios siguientes durante la agudización:
 - Disnea mMRC ≤ 2 , y
 - Sin alteración del nivel de conciencia, y
 - Frecuencia respiratoria FR < 24 , y
 - Saturación arterial de oxígeno SaO₂ ≥ 95 %.
 - b. **SAE moderado:** Cualquiera de las siguientes situaciones:
 - > Situación basal de alto riesgo. Cualquiera de los siguientes:
 - < 50 % de mejora de obstrucción tras BD, o
 - Disnea mMRC 2-4, o
 - ≥ 2 agudizaciones sin ingreso o 1 con ingreso, y
 - > Cualquiera de los dos siguientes criterios durante la agudización:
 - FR 24-30, o
 - SaO₂ 90-94 %
- **Criterios de exclusión:**
 - a. **SAE grave o muy grave:**
 - > Grave, cualquiera de los siguientes: disnea mMRC ≥ 3 , somnolencia, FR ≤ 30 o SaO₂ < 90 %
 - > Muy grave: estupor o presión parcial de dióxido en sangre pCO₂ ≥ 60 mmHg o pH $> 7,3$ identificable con dispositivos portátiles POCT).

- b. **A valorar en SAE leve o moderado** con criterios aconsejados de AeD (Barthel ≤ 55 o FAST ≥ 5).

> Sospecha de otra enfermedad concomitante que por la gravedad requiera asistencia en urgencias.

II. INSUFICIENCIA CARDIACA CRÓNICA Descompensación que pueda beneficiarse de tratamiento diurético parenteral depletivo, soporte temporal de oxigenoterapia y/o realización de pruebas diagnósticas (analítica, radiografía de tórax, ecografía POCUS).

- **Criterios aconsejados de inclusión:**

- a. Incremento de disnea o edemas.
- b. Ganancia de peso: en torno a aumento de ≥ 2 Kg en 3 días.

- **Criterios de exclusión:**

- a. Criterios aconsejados de atención en el domicilio (Barthel ≤ 55 o FAST ≥ 5),o
- b. Situación de gravedad que serán atendidos en área de urgencias.

III. ASCITIS REFRACTARIA:

- **Criterios aconsejados de inclusión:**

- a. Ascitis de gran volumen, que se beneficie de paracentesis evacuadora.

- **Criterios de exclusión:**

- a. Encefalopatía grado 3 o 4.

IV. ANEMIA CRÓNICA: Pacientes con anemia severa o moderada, que puedan beneficiarse de transfusión de hemoderivados o hierro.

- **Criterios aconsejados de inclusión:**

- a. Hemoglobina Hb < 7 g/dL: recomendación de transfusión.
- b. Entre 7-9 g/dL: recomendación de transfusión según sintomatología anémica y preferencia de la persona.
- c. >9 g/dL: NO transfusión salvo cuando se asocian con enfermedad vascular o respiratoria significativa.

- **Dispositivos origen:** Se gestionará cita desde:
 - I. Cualquier dispositivo asistencial desde donde se identifique una descompensación que cumpla criterios de inclusión y no tenga criterios de exclusión: atención primaria, atención en urgencias extrahospitalarias (061, equipo movilizable de cuidados avanzados (EMCA)), urgencias hospitalarias, al alta de planta de hospitalización o desde consultas externas hospitalarias.
 - II. Paciente, o persona cuidadora, que forme parte del programa de atención a personas con enfermedad crónica compleja priorizada (PCCP) y reciba atención por el EAP.

Sistemas de comunicación:

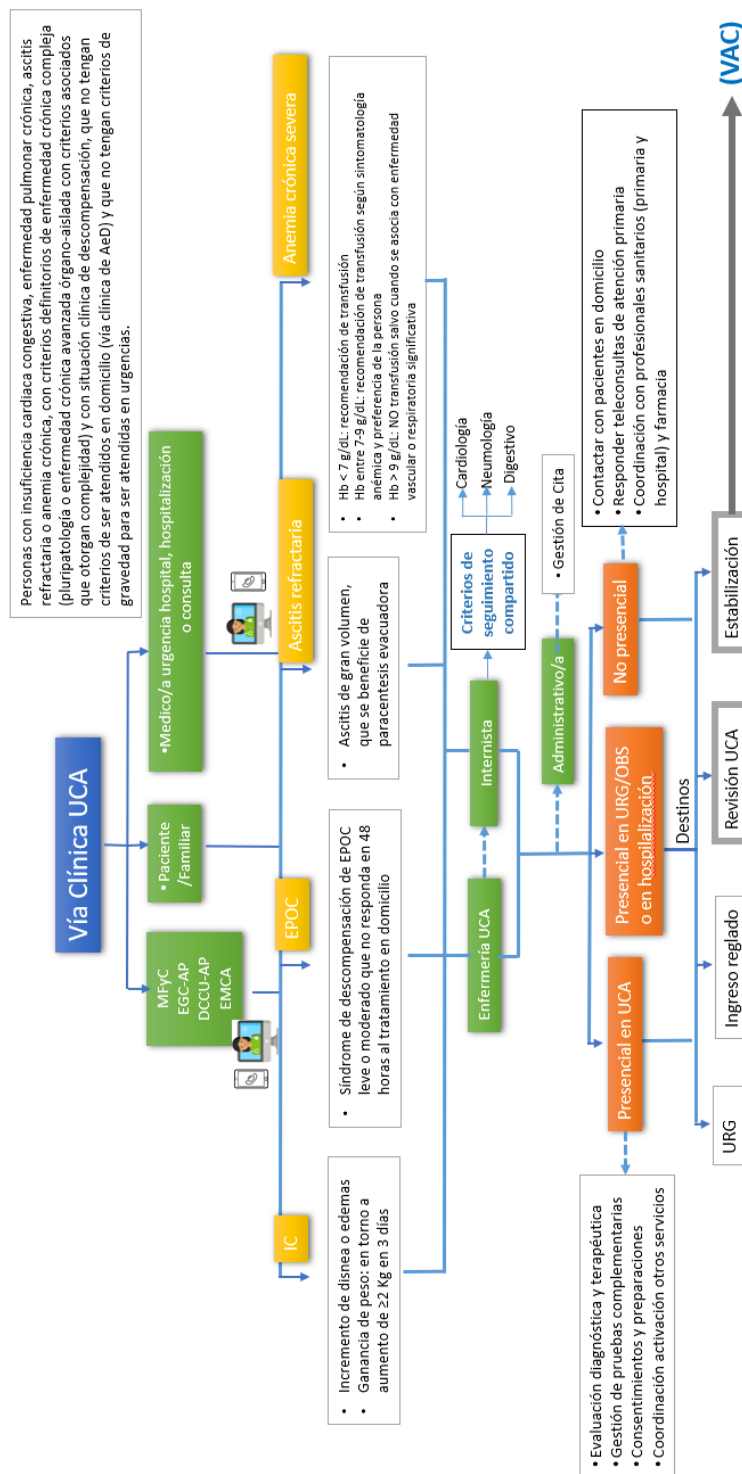
- EAP o enfermera gestora de casos de atención primaria (EGC-AP): en la situación de descompensación, el EAP o EGC-AP realizará la comunicación con la UCA a través de teleconsulta específica o teléfono, según la prioridad que considere.
 - I. La identificación de la descompensación le llegará al médico/a de familia directamente desde consulta programada, consulta de atención enfermera de la demanda no demorable, desde la plataforma de telecuidados, de telemonitorización o desde el Centro de Emergencias Sanitarias (CES) 061.
 - II. La identificación de la descompensación llegará a la EGC-AP vía telefónica desde el/la paciente, familiar o persona cuidadora y/o presencial durante la visita.
- Médico/a de urgencias del hospital o extrahospitalario: realizará la comunicación con la UCA a través de teléfono si la asistencia se produce en horario compatible o a través de gestión de cita en las Unidades de Atención a la Ciudadanía.
- Planta de hospitalización o consultas externas: realizará la comunicación con la UCA según priorización, a través de teléfono o de interconsulta.
- Paciente o persona cuidadora: realizará la comunicación con la UCA según priorización a través de teléfono o por escrito a través de ClicSalud.

Salidas:

Alta de la vía clínica de UCA, pasando a:

- La vía clínica general de atención continuada o a la sub-vía de AeD.
- Urgencias o ingreso en hospitalización.
- Consulta a especialista hospitalario.

III. Mapeo del proceso



AeD: Atención en Domicilio; **DCCU-AP:** Dispositivo de cuidados críticos y urgencias de atención primaria; **EGC-AP:** Enfermera gestora de casos de atención primaria; **EMCA:** Equipo movilizable de cuidados avanzados; **EPOC:** Enfermedad pulmonar obstructiva crónica; **IC:** Insuficiencia cardíaca; **MFyC:** Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria; **OBS:** Observación; **UCA:** Unidad de Continuidad Asistencial; **URG:** Urgencias; **VAC:** Vía Clínica de Atención Continuada.

IV. Matriz temporal

Vía Clínica Unidad de Continuidad Asistencial		UNIDADES DE TIEMPO (horas)											
PROFESIONALES	ACTIVIDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
ENFERMERÍA	Acogida en UCA.	X											
	Realiza valoración inicial enfermera focalizada y registro de la misma. Valoración de adherencia al tratamiento/cumplimiento del régimen terapéutico.	X											
	Control y registro de constantes.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Revisión historia clínica de la persona: comprobación alergias, antecedentes, prescripción actualizada.	X											
	Comunicación con personal facultativo responsable de cada paciente.	X											
	Información a cada paciente de las intervenciones que va a realizar.	X											
	Preparación de equipo para técnica a realizar.		X										
	Comprobación de consentimiento firmado si procede.	X											
	Valoración de respuesta de cada paciente al tratamiento, registro y comunicación al personal médico responsable.		X	X									
	Realización de informe de continuidad de cuidados.				X	X							
	Comunicación con EGC-AP si procede.												
	Educación terapéutica a paciente y persona cuidadora.			X	X								
	Comunicación con trabajo social si procede.												
	Alta administrativa en sistema de información hospitalaria.												X
EQUIPO ASISTENCIAL	Atención a la urgencia o emergencia vital en caso de producirse.												
	Activación del plan RCP hospitalario, si procede.												
TCAE	Preparación cama o sillón paciente.	X											
	Acompañamiento al inodoro.												
	Solicitud de dieta a paciente, reparto dieta y retirada bandeja.	X				X				X			
	Colaboración en técnicas con enfermería.												
	Limpieza y reposición de equipos, material y fármacos.												
PERSONAL MÉDICO	Realiza la valoración integral exhaustiva.	X											
	Solicitud de pruebas diagnósticas.	X											
	Comunicación con otros miembros del equipo asistencial.		X										
	Interpreta resultados de las pruebas diagnósticas.		X										
	Informa a paciente y persona cuidadora de los resultados y del plan de actuación.			X									

VÍA CLÍNICA DE UNIDAD DE CONTINUIDAD ASISTENCIAL

Vía Clínica Unidad de Continuidad Asistencial		UNIDADES DE TIEMPO (horas)											
PROFESIONALES	ACTIVIDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
	Prescripción terapéutica y recomendaciones para su administración.			x									
	Consentimiento informado: Información del procedimiento diagnóstico o terapéutico.												
	Realiza los procedimientos.			x									
	Reevalúa a cada paciente antes del alta.					x						x	
	Revisión y actualización si precisa del Plan de Acción Personalizado (PAP).							x					
	Objetivos terapéuticos claramente definidos.							x					
	Realiza el informe de alta – revisiones pacientes con polimedicación (adecuación/deprescripción), informa a paciente y/o persona cuidadora de los cambios y del plan de actuación.							x					x
	Decisión derivación al alta: - Atención Primaria o domiciliaria - Urgencias - Hospitalización - Consulta especialista de hospital							x					x
	Comunicación con EAP (personal médico, enfermería, EGC) del fin del proceso en UCA y decisión de derivación*.							x					x

EAP: Equipo de atención primaria; **EGC:** Enfermera gestora de casos; **EGC-AP:** Enfermera gestora de casos de atención primaria; **PAP:** Plan de Acción Personalizado; **RCP:** Reanimación cardiopulmonar; **TCAE:** Técnico/a en cuidados auxiliares de enfermería; **UCA:** Unidad de Continuidad Asistencial.

V. Hoja de ruta para pacientes, familiares o personas cuidadoras

La hoja de ruta contendrá al menos los siguientes aspectos.

- Hoja de recomendaciones sobre importancia de correcto manejo terapéutico: medicación, estilo de vida, alimentación, actividad física.
- Hoja con actuaciones en domicilio para control precoz de síntomas para cada proceso.

VI. Indicadores

Los indicadores establecidos para el proceso, son los siguientes.

- Elaboración de un plan funcional para la constitución de UCA: (SI/NO).
- Número de UCA en funcionamiento.

VII. Propuesta de recursos

La propuesta de recursos de la UCA está basada en lo recogido en los estándares y recomendaciones para los Hospitales de Día y para las unidades de Pacientes Pluripatológicos del Ministerio de Sanidad y Consumo, en las experiencias autonómicas recogidas por los miembros la Comisión Asesora del PAdAC, y en la organización del trabajo recogida en el apartado “Horario y organización del trabajo médico y de enfermería” del apartado V del presente documento:

VÍA CLÍNICA DE UNIDAD DE CONTINUIDAD ASISTENCIAL

Perfiles profesionales	Profesionales/100.000 habitantes. Rango según tasa local de PCC
Especialista en Medicina Interna	1-1,8
Enfermero/a	0,82-1,48
TCAE	0,82-1,48
Administrativo/a	0,35-0,63
Celador/a	0,1-0,18
EGC-AH	0,1-0,18
Trabajador/a social	0,1-0,18

EGC-AH: Enfermera gestora de casos de atención hospitalaria; TCAE: Técnico/a en cuidados auxiliares de enfermería; PCC: Paciente Crónico Complejo; UCA: Unidad de Continuidad Asistencial.

Esta proyección hace que se requiera aproximadamente para cada UCA:

- **Especialista en Medicina Interna:** 1:5 puestos (70% actividad presencial en UCA, 15% actividad presencial en área de urgencias o prealta de hospitalización y 15% actividad no presencial).
- **Enfermero/a:** 1:6 puestos (85% actividad presencial en UCA y 15% actividad no presencial).
- **TCAE:** 1:8 puestos (100% actividad presencial en UCA).
- **Administrativo/a:** 1:16 puestos.
- **EGC-AH, trabajador/a social y celador/a:** 1:50 puestos.

Documentación de referencia

El contenido de la presente Vía Clínica de Unidad de Continuidad Asistencial (UCA) se sustenta en las pautas y recomendaciones que se establecen en la siguiente documentación de referencia:

- Ministerio de Sanidad y Política Social. Hospital de Día: Estándares y Recomendaciones.[Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2009. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/excelenciaClinica/docs/UnidadHospitalDia.pdf>
- Varela J, Zapatero A, Gómez-Huelgas R, Maestre A, Díez-Manglano J, Barba R. Por una Medicina Interna de alto valor. Madrid: Sociedad Española de Medicina Interna; 2019.
- Ministerio de Sanidad y Política Social. Unidad de Pacientes Pluripatológicos: Estándares y Recomendaciones. [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2009. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/excelenciaClinica/docs/EyR_UPP.pdf
- Grupo de Trabajo de GesEPOC. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) – Guía Española de la EPOC (GesEPOC). Arch Bronconeumol. 2017;48 (Supl 1):2–58.
- Grupo de Trabajo de GesEPOC. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) – Guía Española de la EPOC (GesEPOC). Versión 2016. Arch Bronconeumol. 2017;53(Supl 1):2-64.
- Miravittles M, Calle M, Molina J, et al. Actualización 2021 de la Guía Española de la EPOC (GesEPOC): tratamiento farmacológico de la EPOC estable. Arch Bronconeumol. 2022;58:69–81.
- McDonagh TA, Metra M, Adamo M, Gardner RS, Baumbach A, Böhm M, et al.; ESC Scientific Document Group. 2021 ESC guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. Eur Heart J. 2021;42(36):3599–3726. doi:10.1093/eurheartj/ehab368.
- Verdú-Rotellara JM, Pifarré Portella L, Pirretas Faus L, Miranzo Pinilla E. Ajustes del tratamiento en la insuficiencia cardíaca descompensada. FMC. 2022;29(Supl 1):53–59. doi:10.1016/j.fmc.2022.05.008.

- Aithal GP, Palaniyappan N, China L, Härmälä S, Macken L, Ryan JM, et al. Guidelines on the management of ascites in cirrhosis. *Gut*. 2021 Jan;70(1):9-29. doi: 10.1136/gutjnl-2020-321790. Epub 2020 Oct 16. PMID: 33067334; PMCID: PMC7788190.
- Biggins SW, Angeli P, Garcia-Tsao G, Ginès P, Ling SC, Nadim MK, Wong F, Kim WR. Diagnosis, Evaluation, and Management of Ascites, Spontaneous Bacterial Peritonitis and Hepatorenal Syndrome: 2021 Practice Guidance by the American Association for the Study of Liver Diseases. *Hepatology*. 2021 Aug;74(2):1014-1048. doi: 10.1002/hep.31884. Erratum in: *Hepatology*. 2024 Nov 1;80(5):E89. doi: 10.1097/HEP.0000000000000983. PMID: 33942342.
- Sociedad Española de Transfusión Sanguínea y Terapia Celular. Guía de transfusión de componentes sanguíneos y derivados plasmáticos. Barcelona: Sociedad Española de Transfusión Sanguínea y Terapia Celular; 2015.
- Hospital Universitario Reina Sofía (HURS). Procedimiento Operativo Estandarizado de Normativa General de Transfusión de Hemoderivados. POE-HURS-035. Versión 5. Córdoba: HURS; 2021.
- Fletcher CM, Elmes PC, Wood CH. The significance of respiratory symptoms and the diagnosis of chronic bronchitis in a working population. *Br Med J*. 1959 Aug 29;2(5147):257-66. doi: 10.1136/bmj.2.5147.257. PMID: 13823475; PMCID: PMC1990153.

ANEXO 1. Formulario para el seguimiento proactivo en Unidad de Continuidad Asistencial de personas con enfermedad crónica compleja priorizada

VISITA INICIAL Y SUCESIVAS Profesionales: personal médico y de enfermería coordinadamente			
INSUFICIENCIA CARDIACA	EPOC	ANEMIA	ASCITIS REFRACTARIA
EVALUACION			
• Visualización de formulario de descompensación en primaria, incluyendo registro de autoseguimiento o de telemonitorización. • Visualización del esquema terapéutico realizado en primaria. • Registro de constantes: IMC (especificando peso), TA, FC, SaO₂, temperatura y glucemia capilar • Exploración física general y evaluación orientada por motivos de derivación: > IC descompensada: identificación de síntomas y signos de descompensación de IC, así como las posibles causas (cuestionario específico atendiendo a disnea, ortopnea, edemas, dolor torácico y otros síntomas asociados a descompensación de IC). > EPOC agudizado: - Cuestionario de estratificación de gravedad de la descompensación (leve, moderado o grave). - Cuestionario de estratificación de rasgos tratables. - Cuestionario TAI para evaluar a cumplimiento de terapia inhalada. > Anemia tributaria de transfusión: - Pregunta sobre adhesión a hierro oral (SI/NO) y sobre pérdidas externas macroscópica (epistaxis, hemoptisis, hematemesis, melenas, uretrorragia, metrorragia, hematomas). - Identificación de síntomas/signos de anemia (astenia, somnolencia, cefalea, palpitaciones, dolor torácico, disnea –clasificada en grados NYHA). - Última cifra de Hb y fecha de esta, fecha de transfusiones previas, número de concentrados transfundidos y cifra de Hb. > Ascitis refractaria tributaria de paracentesis: - Identificación de síntomas y signos, así como posibles causas de refractariedad: furosemida y espironolactona (dosis total/día en mg de cada uno de ellos), consumo excesivo de sal > 6 g/día (SI/NO), y síndrome hepato-renal (SI/NO) - Catalogación en “Ascitis refractaria resistente a diuréticos” o en “Ascitis refractaria intratable por diuréticos”.			

VÍA CLÍNICA DE UNIDAD DE CONTINUIDAD ASISTENCIAL

Exámenes complementarios (según situación clínica)

- Hemograma (Hb, leucocitos y plaquetas).
- Metabolismo férrico, vitamina B12, ácido fólico.
- Electrolitos séricos (incluido calcio y magnesio).
- Urea y creatinina sérica con tasa de filtración glomerular estimada.
- Glucosa (Hb glicosilada, si tiene diabetes mellitus).
- Pruebas de función hepática.
- Estudio función tiroidea.
- Proteína C reactiva.
- NT-proBNP.
- Análítica de orina (sistemático y cociente albúmina/creatinina).
- ECG.
- Radiografía de tórax.

Registros

- Registro y actualización del diagnóstico en la hoja de problemas.

PLAN TERAPEUTICO

- Inclusión en el programa de educación terapéutica, si no hubiera inclusión previa.
- Inclusión en plataforma de autocuidados, si no hubiera inclusión previa. Valoración si inclusión en telemonitorización.
- Adaptación y entrenamiento en ABVD o cuidados y prevención de lesiones relacionadas con la dependencia.
- Evaluación si cumple criterios para apoyo a la persona que cuida.
- Activación de profesionales u otros recursos (teleconsulta o presencial): trabajo social, rehabilitación, fisioterapia, terapia ocupacional, equipo de atención hospitalaria o de cuidados paliativos, equipo de salud mental, etc.), urgencias, planta de hospitalización.
- Optimización farmacoterapéutica: adecuación, conciliación, deprescripción. Si DECAMIRT o cuestionario TAI positivo: activar intervención educativa personalizada.

INSUFICIENCIA CARDIACA	EPOC	ANEMIA	ASCITIS REFRACTARIA
• Tratamiento basal: Adecuación del tratamiento atendiendo a los fenotipos de la FEVI en FE conservada (FEVI $\geq$ 50%), FE ligeramente reducida (FEVI 41-49%) y FE reducida (FEVI $\leq$ 40%). • Tratamiento modificado para la fase de descompensación: Hasta próxima revisión en UCA, con otra	• Tratamiento del SAE según estratificación de gravedad (leve, moderada o, en su caso, grave). • Adecuación del tratamiento basal atendiendo a estratificación de riesgo (bajo o alto) y dentro de este último según fenotipo (no agudizador, agudizador NO eosinofílico y agudizador eosinofílico).	• Tratamiento basal y modificado hasta próxima revisión en UCA, con otra periodicidad o permanente.	• Tratamiento basal y modificado hasta próxima revisión en UCA, con otra periodicidad o permanente.

VÍA CLÍNICA DE UNIDAD DE CONTINUIDAD ASISTENCIAL

periodicidad o permanente.	- Abordaje farmacológico o no farmacológico de rasgos tratables: (déficit de I-1 antitripsina, disnea grave, bronquitis crónica, infección bronquial crónica, bronquiectasias, HTP precapilar, insuficiencia respiratoria crónica, desnutrición y obesidad). - Tratamiento modificado para la fase de descompensación: hasta próxima revisión en UCA, con otra periodicidad o permanente.		
----------------------------	--	--	--

ABVD: Actividades básicas de la vida diaria; **DECAMIRT:** Cuestionario de evaluación del Manejo Inefectivo del Régimen Terapéutico (MIRT); **ECG:** Electrocardiograma; **EPOC:** Enfermedad pulmonar obstructiva crónica; **FC:** Frecuencia cardíaca; **FE:** Fracción de eyección; **FEVI:** Fracción de eyección del ventrículo izquierdo; **Hb:** Hemoglobina; **HTP:** Hipertensión pulmonar; **IC:** Insuficiencia cardíaca; **IMC:** Índice de Masa Corporal; **NT-proBNP:** Propéptido natriurético cerebral N-terminal; **NYHA:** *New York Heart Association*; **SAE:** Síndrome de agudización de EPOC; **SaO₂:** Saturación arterial de oxígeno; **TA:** Tensión arterial; **TAI:** Test de Adhesión a Inhaladores; **UCA:** Unidad de Continuidad Asistencial.

ANEXO 2. Formulario de teleconsulta para Unidad de Continuidad Asistencial

Editar texto

Proceso
General AP

Especial para informe
Formulario de solicitud

Tipo
Plantillas

Identificador del texto
Derivacion a UCA

Orden
9

☐ Por defecto

Texto

← → B I

POR FAVOR, CUMPLIMENTE LOS SIGUIENTES DATOS obligatorios para poder realizar el procedimiento.

1.-Motivo por el que solicita atencion en UCA: Paciente incluido en proceso de Atencion Continuada en domicilio en Fase de Descompensacion y que ante limitacion de control, se solicita evaluacion de (registrar al menos uno de ellos): IC descompensada, Síndrome de Agudización de EPOC, anemia para transfusión o Ascitis refractaria

2.-Indique pro favor, los aspectos que considere relevantes para facilitar la evaluacion y priorizacion de la cita.

Variables para indicar datos dinámicos en el informe: %edadPaciente%

☐ Activo

Modificar **Cancelar**

igital: 317000 / 955 017 000 - Mi centro Servicios

NOTA: Ejemplo de formulario de teleconsulta para Unidad de Continuidad Asistencial.
Fuente: Tomado del aplicativo TICARES para la citación en el ámbito hospitalario.

ANEXO 3. Escala modificada de disnea del *Medical Research Council* (mMRC)

Escala de disnea modificada del *Medical Research Council* (mMRC)

Grado	Actividad
0	Ausencia de disnea al realizar ejercicio intenso.
1	Disnea al andar de prisa en llano o al andar subiendo una pendiente poco pronunciada.
2	La disnea le produce una incapacidad de mantener el paso de otras personas de la misma edad caminando en llano o tener que parar a descansar al andar en llano a su propio paso.
3	La disnea hace que tenga que parar a descansar al andar unos 100 metros o pocos minutos después de andar en llano.
4	La disnea la impide salir de casa o aparece ante actividades como vestirse o desvestirse.

Fuente: Adaptado de Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) – Guía Española de la EPOC (GesEPOC). Versión 2016. Arch Bronconeumol. 2017;53(Supl 1):2-64.

