





PROCESO DE ATENCIÓN AL PACIENTE CRÓNICO PLURIPATOLÓGICO COMPLEJO







Coordinación y apoyo metodológico

Carmen Fernández Alonso. Dirección General de Asistencia Sanitaria. Servicio de Programas Asistenciales

Josefa González Pastrana. Dirección General de Planificación e Innovación. Servicio de Calidad Sanitaria

Mª Ángeles Guzmán Fernández. Dirección General de Asistencia Sanitaria. Servicio de Asistencia Psiquiátrica y Coordinación sociosanitaria

Mª José Pérez Boillos. Dirección General de Planificación e Innovación. Servicio de Calidad Sanitaria

Grupo de trabajo (por orden alfabético)

Daniel Arauzo Palacios. Médico. Dirección General de Asistencia Sanitaria. Servicio de Recursos Asistenciales Belén Concejo Alfaro, Farmacéutica, Dirección General de Asistencia Sanitaria, Servicio de Prestación Farmacéutica Carmen Fernández Alonso. Médica. Dirección General de Asistencia Sanitaria. Servicio de Programas Asistenciales Ma Aránzazu Fernández Ramajo. Enfermera, GAP Valladolid Este, Centro de Salud Barrio España Aurelio Fuertes Martín. Médico. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca. Servicio de Medicina Interna José Miquel García Vela, Médico, Área Integrada Valladolid Oeste, Dirección Médica Jon Gastelu-Iturri Bilbao. Médico. Área Integrada de Soria. Dirección de procesos María Gil Sevillano. Enfermera. Dirección General de Asistencia Sanitaria. Servicio de Cartera Esther González Camino. Trabajadora Social. Gerencia Integrada de Valladolid Oeste. Equipo Salud Mental Valladolid Oeste Josefa González Pastrana. Enfermera. Dirección General de Planificación e Innovación. Servicio de Calidad Sanitaria José Luis Gutiérrez Lera. Médico. Área Integrada de Valladolid Oeste. Centro de Salud Covaresa Ma Ángeles Guzmán Fernández. Enfermera, Dirección General de Asistencia Sanitaria, Servicio de Salud Mental y Coordinación Sociosanitaria Mª José Pérez Boillos. Médica. Dirección General de Planificación e Innovación. Servicio de Calidad Sanitaria Luis Miquel Ouintero González, Médico, Área Integrada de Valladolid Oeste, Centro de Salud Casa del Barco Luis Ángel Sánchez Muñoz. Médico. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Servicio de Medicina Interna María Luisa Sanz Muñoz .Enfermera. Gerencia Integrada de Soria. Subdirección de procesos

Agradecemos su colaboración, en diferentes áreas del proceso, a Fernando Peña Ruiz y Julio Antonio García Crespo de la Dirección General de Planificación e Innovación y a Alberto Alonso Gómez, Alejandra García Ortiz e Inmaculada Yepes Recio de la Dirección General de Asistencia Sanitaria

Nuestro agradecimiento a todos los profesionales que, con sus aportaciones, han mejorado este documento.

Gerencia Regional de Salud de Castilla y León. Valladolid. 2014





Índice

INTRODUCCIÓN	4
PROCESO DE ATENCIÓN AL PACIENTE CRÓNICO PLURIPATOLÓGICO COMPLEJO	
1. Misión, destinatarios y alcance del proceso	6
2. Puntos críticos del proceso. Requisitos a los que debe dar respuesta	7
3. Mapa del proceso	9
4. Actividades del proceso	
- Subproceso 1: Acogida, valoración, establecimiento del plan de intervención y seguimiento del paciente	10
- Subproceso 2: Actuación en situaciones de descompensación o agravamiento de la situación clínica del paciente	22
5. Relaciones con otros procesos	34
6. Profesionales que intervienen	35
7. Recursos necesarios	39
8. Seguimiento del proceso	40
9. Relación de documentos asociados al proceso	42
BIBLIOGRAFÍA	43
GLOSARIO DE TÉRMINOS	45
ANEXOS	46





Introducción

La Estrategia de Atención al Paciente Crónico de Castilla y León tiene como objetivo fundamental, mejorar la salud y la calidad de vida de las personas que padecen enfermedades crónicas mediante un modelo de atención integrada y de responsabilidad compartida entre los distintos niveles asistenciales incluyendo a los servicios sociales. Y como objetivo secundario, avanzar en la gestión de la atención prestada a estos pacientes contribuyendo así a la sostenibilidad de nuestro sistema sanitario.

Nuestros servicios de salud mantienen, en este momento, una organización de la atención hospitalaria muy parcelada por especialidades y fundamentalmente focalizada en la patología aguda; sin embargo, en la actualidad, la mayor demanda asistencial procede de los pacientes crónicos, generalmente pluripatológicos. Pacientes que presentan pluripatología, con necesidades frecuentes de atención en diferentes niveles y en los que además concurren con frecuencia diferentes grados de discapacidad y dependencia.

La experiencia nos ha enseñado, además, que no sólo se debe tratar la enfermedad, sino que también es fundamental tener en cuenta las necesidades del paciente en su entorno familiar y social, necesidades para las que un enfoque exclusivamente sanitario no da una respuesta global al problema.

Por otra parte, en la última década distintas experiencias tanto nacionales como internacionales han demostrado que los modelos de integración asistencial son factibles, mejoran la eficacia y son sostenibles, además de ser bien valorados por parte de pacientes y profesionales.

Estos hechos avalan la necesidad de adaptar los actuales dispositivos asistenciales y sociales a este nuevo contexto, cambios que exigen reconfigurar el modelo de atención garantizando la continuidad entre los diferentes dispositivos que prestan servicios, estableciendo sistemas de información compartidos que permitan la gestión conjunta, dando mayor participación al paciente en el control de su enfermedad, acercando los servicios al entorno del paciente mediante el apoyo domiciliario organizado, y reforzando el papel y reorientando el perfil de algunos profesionales como enfermería, medicina de familia y medicina interna.

Para el desarrollo de esta estrategia en nuestra comunidad autónoma se ha realizado un proceso de clasificación de la población (CRG) teniendo en cuenta la situación de salud de los individuos, la utilización de los servicios sanitarios tanto de atención primaria como hospitalaria y el consumo farmacéutico. Con esta información se ha segmentado a la población en cuatro grupos con niveles de riesgo clínico y con necesidades distintas, tanto sanitarias como sociales, para los que se han diseñado intervenciones específicas según dicha estratificación (G0, G1, G2 y G3).

Aunque la Estrategia de Atención al Paciente Crónico que se propone para Castilla y León va destinada a toda su población, un elemento fundamental sobre el que van a centrarse las acciones clave de la estrategia son los pacientes crónicos pluripatológicos complejos (clasificados como G3), pacientes que requieren atención médica y cuidados de forma continuada y un abordaje multidisciplinar e individualizado a lo largo de todo el proceso clínico, así como una actuación proactiva y preventiva, sobre los factores de riesgo de descompensación, que fomente la participación y corresponsabilidad del paciente y de sus familiares en el proceso de la enfermedad.





Proceso de Atención al Paciente Crónico Pluripatológico

Esta Estrategia, para ser eficaz, ha de vertebrarse a partir de un Proceso de Atención al Paciente Crónico Pluripatológico que defina claramente los objetivos a alcanzar, las actividades críticas a realizar para conseguir esos resultados, las interrelaciones, las responsabilidades y los flujos de trabajo entre los distintos niveles asistenciales.

El objetivo a conseguir con el proceso será minimizar el riesgo de descompensaciones y la aparición de eventos adversos; en definitiva, mejorar la calidad de vida y la satisfacción de estos pacientes. Para conseguirlo, el proceso propone una serie de actividades que se consideran fundamentales; algunas, relacionadas con las expectativas de estos pacientes y los requisitos legales a los que estamos obligados y, otras, con las buenas prácticas basadas en la evidencia para la atención de este grupo de población (atención integrada, participación activa del paciente y su familia en los cuidados, seguimiento proactivo del paciente para detectar precozmente la aparición de descompensaciones, uso adecuado de la medicación...)

El desarrollo en el ámbito operativo del *Proceso de Atención al Paciente Crónico Pluripatológico* tendrá como eje la atención primaria con una mayor capacidad resolutiva y de gestión, por su mayor grado de proximidad y mejor acceso del paciente. No obstante, la gestión de los pacientes deberá ser compartida con la atención hospitalaria, especialmente para aquellos pacientes pluripatológicos de mayor complejidad, cuya entrada en este nivel asistencial se realizará fundamentalmente a través de las denominadas Unidades de Continuidad Asistencial (UCA), que facilitarán un acceso y una gestión ágil de los pacientes entre los dos niveles asistenciales, proporcionando los cuidados adecuados a sus necesidades y al nivel de progreso de su enfermedad. Asimismo este nivel de atención tendrá un papel asesor y coordinador a través de las figuras del médico *interconsultor* (en general especialistas en Medicina Interna o en Geriatría) y de la *enfermera gestora de casos de atención hospitalaria* con un papel asistencial y coordinador con la enfermera de atención primaria, gestora de casos, y otros servicios hospitalarios. Igualmente, se establecerán los canales de relación con los servicios sociales, cuyos recursos se compartirán y gestionarán de forma conjunta cuando sea necesario.

El proceso propone también los indicadores a monitorizar, para valorar si se están alcanzando los objetivos deseados, y las relaciones que debe tener con otros procesos de apoyo, aquellos que servirán de complemento a la labor asistencial y que permitirán que la atención del paciente crónico pueda desarrollarse de una manera óptima (tecnología, estratificación de pacientes, etc.).

El diseño de este proceso marco ha sido producto del trabajo de un grupo multiprofesional procedente de los diferentes ámbitos y organizaciones implicadas en la atención de estos pacientes. No consideramos que sea un proceso cerrado, sino dinámico, en constante evaluación y revisión y con oportunidades permanentes de mejora.





MISIÓN, DESTINATARIOS Y ALCANCE DEL PROCESO

Misión del proceso

La misión del proceso es prestar una atención integral al paciente crónico pluripatológico complejo, acorde con sus necesidades, que minimice el riesgo de descompensaciones y la aparición de eventos adversos, que asegure la prestación integrada de los servicios, la accesibilidad, la continuidad en la atención y la utilización de los medios y dispositivos más adecuados en cada caso, y que promueva la participación activa del paciente y su familia en los cuidados.

Destinatarios del proceso

- Pacientes pluripatológicos identificados por el sistema de estratificación CRG como G3
- Excepcionalmente se incluirán en el proceso aquellos pacientes crónicos pluripatológicos complejos que todavía no han sido identificados como G3 pero que en ese momento reúnen ya los criterios clínicos de paciente pluripatológico
- Familiares/cuidadores de estos pacientes

Alcance del proceso

INICIO DEL PROCESO	FINAL DEL PROCESO
Paciente clasificados como G3 en el proceso de estratificación y pacientes	Fallecimiento
crónicos pluripatológicos complejos según criterios clínicos (PROFUND)	Traslado del paciente a otro área de salud
	Traslado del paciente fuera de la comunidad





PUNTOS CRÍTICOS DEL PROCESO. Requisitos a los que debe dar respuesta

NECESIDADES Y EXPECTATIVAS DE LOS PACIENTES/FAMILIARES

Las expectativas de los pacientes/familiares destinatarios del proceso son:

- Competencia y conocimientos de los profesionales para restablecer su estado de salud y evitar nuevas recaídas
- Recibir atención de forma rápida sin demoras o esperas
- Información clínica adecuada para manejar la situación: sobre su problema de salud, pronóstico, opciones terapéuticas, cuidados y tratamiento, uso de medicamentos, etc.
- Que la información clínica sea inteligible y que las prescripciones y recomendaciones se den por escrito
- Información sobre los servicios, organización y recursos disponibles
- Trato, amabilidad, dedicación y capacidad de escucha
- Que se comuniquen y coordinen los distintos profesionales que le atienden. Continuidad de la atención
- Accesibilidad telefónica a los servicios (citas, etc.)

LEGALES

Los pacientes tienen derecho a:

- Recibir información clínica adecuada a sus posibilidades de comprensión y a que se respete su voluntad de no ser informado
- A ser informado sobre los programas y acciones del sistema de salud
- A decidir entre las opciones clínicas disponibles. Consentimiento que puede, según los casos, manifestar de forma verbal o escrita (documento de consentimiento informado e instrucciones previas)
- A negarse a recibir el procedimiento propuesto (terapéutico o diagnóstico)
- A que se respete el carácter confidencial de los datos referentes a su salud
- A la constancia documental de su proceso sanitario y a recibir un informe de alta una vez finalizado el proceso asistencial (urgencias, consulta externa, hospitalización,..)





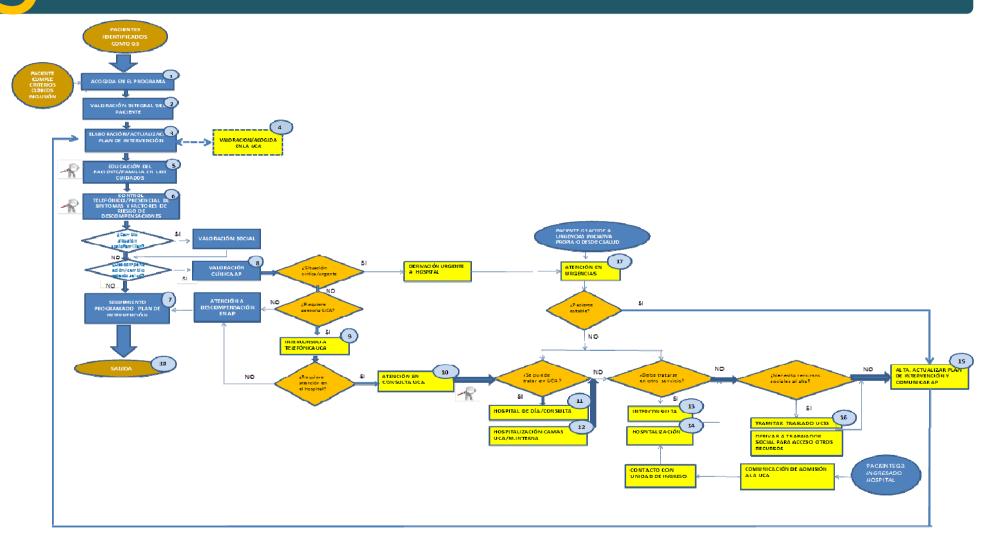
TÉCNICOS

- Atención Integral. Las especiales características de estos pacientes (presencia de enfermedades no curables, deterioro progresivo, fragilidad, disminución de autonomía, etc.) hacen que sean más proclives a sufrir los efectos adversos de la fragmentación y la superespecialización de la asistencia. Estos pacientes necesitan un abordaje integral y personalizado de las múltiples patologías, que incorpore también cuestiones no médicas y psicosociales (fragilidad, falta de autonomía, capacidad cognitiva, etc.). La atención orientada por patologías debe cambiar por una atención centrada en la persona y sus necesidades.
- Efectividad. Las guías de práctica clínica (GPC) tienen limitaciones en el manejo de los pacientes pluripatológicos pues en su mayoría están focalizadas en una determinada patología, por lo que sería necesario adaptarlas para su uso en estos pacientes. La ausencia de evidencia científica suficiente, hace imprescindible que en el abordaje de estos pacientes se tenga en cuenta las circunstancias del paciente, sus preferencias y la viabilidad del tratamiento. Las intervenciones centradas en la gestión de factores de riesgo concretos o en áreas donde los pacientes tienen dificultades (relacionadas con su capacidad funcional, manejo de medicamentos,..) son las que han demostrado obtener mejores resultados. El soporte telefónico proactivo de enfermería y las visitas domiciliarias proactivas se han revelado como prácticas efectivas en los modelos de atención a pacientes crónicos.
- **Integración y continuidad**. La continuidad de los cuidados es una de las dimensiones que mayor relevancia tiene para estos pacientes. Es importante mantener un sistema ágil de comunicación entre atención primaria y el hospital que facilite el manejo del paciente desde una visión compartida con objetivos comunes y que garantice la accesibilidad entre los diferentes profesionales que intervienen en el proceso. Continuidad y coordinación de cuidados se han asociado a mejoras en los resultados y en la satisfacción de estos pacientes.
- Adecuación. Resulta cada vez más evidente que es necesaria una respuesta más adecuada en el manejo de estos pacientes y que esta respuesta debe ser proporcionada en el recurso más apropiado. El modelo actual, orientado a la atención de pacientes agudos, promueve el uso de cuidados superespecializados, a veces ya no necesarios en la atención de estos pacientes.
- **Seguridad**. Los problemas de seguridad están asociados al riesgo de caídas, úlceras por presión, infecciones asociadas al uso de dispositivos y, fundamentalmente, al binomio multimorbilidad y polifarmacia. La polimedicación unida a las características de estos pacientes (edad avanzada, deterioro físico y cognitivo, etc.) conlleva dificultades de adherencia, riesgo de desencadenar iatrogenia, interacciones medicamentosas, medicación inapropiada, sobreutilización, etc. Para prestar una atención segura es necesario adecuar la prescripción, evaluar el riesgo/beneficio de los fármacos a utilizar, aportar información y herramientas al paciente que le permitan realizar un uso más seguro de los medicamentos, valorar periódicamente el grado de conocimiento que el paciente tiene de su tratamiento, conciliar la medicación, especialmente en las transiciones asistenciales, y asegurar una comunicación eficaz de la información farmacoterapéutica entre los profesionales sanitarios que atienden al paciente.
- **Autocuidado**. La implicación de los pacientes en el cuidado de su propia salud es un elemento relevante en todas las estrategias de atención a pacientes con pluripatología y existe evidencia que sugiere que puede mejorar la calidad de vida y reducir hospitalizaciones.
- **Accesibilidad.** Es necesario garantizar el acceso ordenado y ágil a los servicios sanitarios y sociales, así como favorecer la comunicación directa del paciente con el profesional, si fuera preciso, potenciando el uso de nuevas tecnologías, etc,...





MAPA DEL PROCESO







ACTIVIDADES

Subproceso 1: acogida, valoración, establecimiento del plan de intervención y seguimiento programado del paciente

ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE	REGISTRO
Identificación de pacientes a incluir en el proceso	Ficha 0	Médico de atención primaria	Sistema de clasificación CRG- MEDORA
Acogida en el programa	Ficha 1	Médico y enfermera de atención primaria	HCE-MEDORA
Valoración integral del paciente	Ficha 2	Médico, enfermera y trabajador social atención primaria	HCE-MEDORA
Elaboración/actualización del plan intervención	Ficha 3	Médico, enfermera y trabajador social atención primaria	HCE-MEDORA
Valoración/acogida del paciente en la UCA	Ficha 4	Médico y enfermera de la UCA	Historia Clínica Hospitalaria HCE- JIMENA
Educación del paciente/familia en los cuidados	Ficha 5	Médico y enfermera de atención primaria	
Control telefónico/presencial de síntomas y factores de riesgo de descompensación	Ficha 6	Enfermera atención primaria	HCE-MEDORA
Seguimiento programado del plan de intervención en atención primaria	Ficha 7	Médico, enfermera de atención primaria y trabajador social	HCE-MEDORA





Ficha 0. Identificación de los pacientes a incluir en el proceso

Objetivo	Identificar a los pacientes a incluir en el proceso				
Quién	Médico de atención primaria responsable del paciente				
Cuándo	Cuando el médico reciba el listado actualizado de pacientes identificados como G3 por el sistema de clasificación CRG Cuando atienda en consulta a un paciente que podría reunir los criterios clínicos de pluripatología (Criterios Profund)				
	 A través del listado de pacientes clasificados como G3 Durante la atención en consulta: si un paciente no clasificado como G3 todavía, reúne criterios clínicos de DOS O MÁS de las siguientes categorías clínicas y además HA TENIDO UN INGRESO HOSPITALARIO EN EL ÚLTIMO AÑO. 				
	Categoría A: • Insuficiencia cardiaca que en situación de estabilidad clínica haya estado en grado II de la NYHA • Cardiopatía isquémica				
	Categoría B: • Vasculitis y enfermedades autoinmunes sistémicas • Enfermedad renal crónica definida por elevación de creatinina (>1,4 mg/dl en hombres o >1,3 mg/dl en mujeres) o proteinuria, mantenidas durante 3				
	meses Categoría C: Enfermedad respiratoria crónica que en situación de estabilidad clínica haya estado con disnea grado 2 de la MRC, o FEV1<65%, o SaO2 ≤ 90% Categoría D: • Enfermedad inflamatoria crónica intestinal				
	 Hepatopatía crónica con datos de insuficiencia hepatocelular o hipertensión portal Categoría E: 				
Cómo	 Ataque cerebrovascular Enfermedad neurológica con déficit motor permanente que provoque una limitación para las actividades básicas de la vida diaria (Índice de Barthel inferio a 60) 				
	 Enfermedad neurológica con deterioro cognitivo permanente, al menos moderado Categoría F: 				
	 Arteriopatía periférica sintomática Diabetes mellitus con retinopatía proliferativa o neuropatía sintomática Categoría G: 				
	 Anemia crónica por pérdidas digestivas o hemopatía adquirida no subsidiaria de tratamiento curativo que presente Hb < 10mg/dl en dos determinaciones separadas más de tres meses 				
	 Neoplasia sólida o hematológica activa no subsidiaria de tratamiento con intención curativa Categoría H: 				
	• Enfermedad osteoarticular crónica que provoque por sí misma una limitación para las actividades básicas de la vida diaria (Índice de Barthel inferior a 60) Procedimiento para identificar a estos pacientes en Medora: los pacientes clasificados como G3 en el proceso de estratificación se incorporará directamente a Medora. Al abrir su historia clínica aparecerá el literal G3 en la barra superior. Excepcionalmente, este literal podrá ser incorporado y/o eliminado por el médico de familia cuándo el paciente cumpla los criterios de inclusión o exclusión correspondientes.				
Oocumentación asociada	Listado de pacientes G3				





Ficha 1. Acogida en el programa

Objetivo	Comunicar al paciente el funcionamiento y las ventajas de este nuevo modelo de atención			
Quién	Médico y enfermera de atención primaria responsables del paciente			
Cuándo	Una vez que el paciente haya sido identificado como G3/pluripatológico. Durante el primer año, el objetivo a conseguir será que al menos al 60 de los pacientes G3 sean acogidos en el programa en los 6 primeros meses y el 90% antes de finalizar el año. En años sucesivos, se tratará incluir en el programa a los nuevos G3 en los tres meses siguientes a su identificación			
	1En la acogida es importante comunicar al paciente la existencia de este proceso específico para la atención de los PCPP, así como las ventajas y novedades que implica este modelo de atención:			
Cómo	 Continuidad de la atención (seguimiento por su médico y enfermera de atención primaria en estrecha relación con los profesionales de referencia en el hospital) Detección temprana de descompensaciones: control de síntomas y seguimiento cercano para actuar antes de que llegue a producirse una reagudización de cualquiera de sus procesos Rapidez de respuesta cuando sea necesario hacer pruebas o consultar con el médico del hospital, evitando que tenga que acudir a urgencias Atención integral y personalizada de todos sus problemas de salud incorporando además aspectos psicosociales 			
	2Además de la información verbal que se facilite al paciente /cuidador se recomienda entregar información escrita sobre las características generales del programa. Es importante que la información de acogida (folleto, tríptico, etc.) incluya, al menos: ventajas y novedades que implica este modelo de atención, profesionales que le atienden en atención primaria y en hospital, cartera de servicios, modo de acceso, comunicación con los profesionales (teléfono/personas de contacto) y horario.			
	3Recogida/actualización de datos para su incorporación al programa: domicilio y teléfono de contacto, persona cuidadora, apoyos disponibles, etc.			
Documentación asociada	• Información escrita para el paciente-familia sobre el programa. Folleto de información para la acogida del paciente en el proceso (anexo 1)			





Ficha 2. Valoración integral del paciente

Objetivo	Realizar una evaluación global de la persona enferma para identificar los problemas derivados de su pluripatología y establecer un abordaje integral de todas sus necesidades
Quién	 Médico y enfermera de atención primaria responsables del paciente Trabajador social
Cuándo	 En los 6 primeros meses, tras la recepción del listado de pacientes identificados como G3, se habrán valorado al menos el 60% de los pacientes, salvo que ya se hubiera realizado esta valoración con anterioridad y la información esté actualizada. A los 12 meses se habrán valorado el 90%. En los años sucesivos, se evaluarán los nuevos G3 en los tres meses siguientes a la recepción del listado de pacientes Siempre que se produzca un cambio importante en el estado de salud o en la situación sociofamiliar
	 Se realizará una evaluación interdisciplinar que comprenda los aspectos biomédicos y también los factores psicológicos, funcionales y sociales, fundamentales para entender la situación del PCPP y poder abordar los problemas de estos pacientes. Se valorarán las patologías concomitantes, la autonomía para decidir, la capacidad funcional para el desempeño de las actividades básicas de la vida diaria, el estado nutricional, la integridad de los órganos de los sentidos, la existencia de posibles decisiones anticipadas, la situación sociofamiliar, etc.
Cómo	 A continuación se detallan las áreas que conforman la valoración integral y los aspectos a evaluar en cada una de ellas. Para realizar esta valoración se emplearán la entrevista clínica, la exploración física y una serie de escalas validadas.
	En el anexo 3 se recogen las posibles escalas a utilizar . Algunas se emplearán en todos los pacientes (escalas básicas) y otras (escalas complementarias), solamente en el caso de que existan síntomas y signos de sospecha identificados a través de la anamnesis o la exploración física o el resultado de una escala básica haya sido positivo.
Dónde	En centro o domicilio, según la situación clínica del paciente
Documentación asociada	 Áreas que conforman la valoración integral Patrones funcionales de Marjory Gordon (anexo 2) Escalas para la valoración integral del paciente (anexo 3) Informe de valoración integral





Áreas que conforman la valoración integral (clínica, funcional, cognitiva, afectiva, social y del cuidador)

1. VALORACION CLÍNICA (Médico y Enfermera)

VALORACIÓN CLÍNICA: a través de anamnesis y exploración física:

- a. Actualización de la situación clínica del paciente
- b. Valoración de la necesidad de cuidados por patrones funcionales de Marjory Gordon, considerando como puntos críticos los siguientes:
 - Descripción del estado de salud. Conocimientos del problema de salud, actitud ante las enfermedades
 - Historia farmacológica y adherencia al tratamiento: valoración de habilidades, conocimientos y dificultades en el uso de los medicamentos prescritos
 - Hábitos tóxicos
 - Valoración nutricional: patrón individual de consumo de alimentos y líquidos y medidas antropométricas (peso, talla)
 - Actividad. Ejercicio (tipo y frecuencia)
 - Patrón de eliminación intestinal y vesical
 - Cantidad y calidad percibida de sueño y reposo
 - Historia de caídas en el último año
 - Estado de la piel: lesiones cutáneas, membranas mucosas y exploración bucodental
 - Agudeza visual y auditiva (utilización de sistemas de compensación o prótesis)
 - Anamnesis Psicosocial dirigida fundamentalmente a la detección de problemas relacionales y familiares (maltrato, abandono)
- c. Existencia de un documento de instrucciones previas
- d. Historia de ingresos recientes y consultas pendientes en el hospital
- e. Grado de dependencia reconocida

Escalas

- Escala complementaria (si sospecha desnutrición): MUST
- Escala complementaria (si dolor): Escala EVA para valorar la intensidad del dolor

2.VALORACION FUNCIONAL (Enfermera)

VALORACIÓN FUNCIONAL (capacidad del paciente para realizar su actividad habitual y mantener su independencia en el medio en que se encuentra)

- En todos los pacientes se valorará la dependencia para las actividades básicas de la vida diaria (índice de Barthel)
- <u>Si dependencia leve</u> (Barthel entre 60 y 55) se valorará la dependencia para las actividades instrumentales de la vida diaria (índice de Lawton y Brody)

Escalas

- Escala básica: Índice de Barthel para valorar las actividades básicas de la vida diaria (IQ: 55%)
- Escala complementaria. Índice de Lawton y Brody para valorar las actividades instrumentales (IQ: 40%)





3.VALORACION COGNITIVA (Enfermera)

VALORACION COGNITIVA: a través de la entrevista clínica y el uso de escalas

- Se valorará la presencia o no de deterioro cognitivo que pueda afectar a su capacidad para tomar decisiones sobre su vida en general y sobre su salud en particular
- Presencia de tutor legal en caso de incapacidad

Escala complementaria (si se sospecha deterioro cognitivo): Mini examen cognoscitivo de Lobo MEC (IQ: 68%)

4.VALORACION AFECTIVA (Enfermera)

VALORACION AFECTIVA: a través de la entrevista, la observación de signos y síntomas y el uso de escalas Valorar la presencia de síntomas depresivos y/o ansiedad, así como alteraciones del estado de ánimo

Escala complementaria (si se perciben, a través de la entrevista, o se observan signos de ansiedad o depresión): Escala reducida de depresión y ansiedad de Goldberg en la versión española

5.VALORACION SOCIAL (Trabajador social)

VALORACIÓN SOCIAL: para identificar situaciones sociofamiliares, económicas y ambientales que condicionan la evolución y/o clínica funcional del paciente y que afectan a su calidad de vida:

- 5.1. Composición y dinámica de la unidad de convivencia (presencia e identificación de cuidador familiar)
- 5.2. Apoyos formales e informales (conocimiento y uso de recursos sociales disponibles)
- 5.3. Valoración de la vivienda: condiciones de habitabilidad, higiene y barreras arquitectónicas
- 5.4. Situación laboral/ocupacional
- 5.5. Capacidad económica individual y familiar

Escala básica: Escala Gijón completa

6.VALORACION DEL CUIDADOR FAMILIAR (Enfermera y Trabajador social)

6.1 Cuidador principal

- a. Valoración de su estado de salud: necesidades físicas, psicoemocionales y sociales (pérdida del tiempo libre, soledad, aislamiento)
- b. Valoración de sus conocimientos, habilidades y capacidad de cuidados y autocuidados
- c. Detección del riesgo de claudicación o cansancio del cuidador
- **6.2. Personas cuidadoras secundarias**. Si existen, valorar relación y grado de apoyo que suponen para el cuidador principal.

Escala complementaria (si percepción en la entrevista de posible riesgo de sobrecarga del cuidador): Escala de Zarit reducida





Ficha 3. Elaboración/actualización del plan de intervención

Objetivo	Establecer y priorizar las diferentes intervenciones a seguir en el tratamiento y seguimiento del paciente				
Quién	lico y enfermera y trabajador social de atención primaria responsables del paciente				
Cuándo	 Cuando el paciente es incluido en el proceso por primera vez Ante cambios en su estado de salud o en la situación sociofamiliar Tras el alta hospitalaria. La actualización del plan de intervención se realizará siguiendo las indicaciones recogidas en el informe de alta, o en su defecto, en las primeras 48 horas tras la salida del paciente del hospital 				
Cómo	Al definir el plan integral de intervención y seguimiento, dada la escasa evidencia que existe en relación con los PCPP cualquier decisión o recomendación terapéutica que se incorpore deberá tener en cuenta las circunstancias y preferencias del paciente, el pronóstico, el balance de beneficios y daños, la complejidad del tratamiento y la capacidad del paciente para cumplir con nuestras recomendaciones. Existe evidencia creciente de que la utilización de guías de práctica clínica específicas para cada una de las enfermedades de estos pacientes no da lugar a la obtención de buenos resultados. El Plan de intervención incluirá: 1. El Plan de cuidados enfermeros. Se identificarán los principales problemas derivados de la valoración realizada, se establecerán los objetivos esperados y se planificarán las intervenciones y actividades para conseguirlos, utilizando preferentemente la metodología NANDA, NIC, NOC 2. El tratamiento farmacológico. En la página 19 se han incluido algunas recomendaciones para mejorar la prescripción y el uso de la medicación en el paciente crónico pluripatológico. En el anexo 4 pueden consultarse los criterios a tener en cuenta cuando se realiza la revisión estructurada de la medicación de estos pacientes y el informe de Concylia diseñado como herramienta de apoyo para facilitar esta revisión. El informe estará disponible en el Portal del Medicamento. 3. Recomendaciones para el paciente sobre hábitos/estilo de vida/cuidados a seguir. Definir qué formación en cuidados necesitan el paciente y el cuidador y cómo se va a realizar esa formación (ficha 5) 4. Pautar el control de los síntomas y signos guía, factores de riesgo de descompensación, etc. a realizar por la enfermera y/o paciente/cuidador y, en su caso, los valores umbrales que generarán alerta 5. Pautar la frecuencia del control de síntomas y factores de riesgo de descompensación 6. Poner en marcha el plan de intervención social cuando sea necesario. Valorar la situación de dependencia. Solicitar su reconocimiento, si no lo tuvie				
Documentación asociada	 Criterios para la revisión estructurada del plan terapéutico farmacológico e informe de polimedicados de Concylia (anexo 4) Plan de intervención social (anexo 5) Cita para próxima consulta 				





Recomendaciones para mejorar la prescripción y el uso de medicamentos en el PCPP

Tener en cuenta que:

- Existe una estrecha relación entre pluripatología, edad avanzada y consumo de gran número de medicamentos.
- La multimorbilidad unida a la polimedicación y a las características de estos pacientes (edad avanzada, deterioro físico y cognitivo, etc.) conlleva dificultades de adherencia y riesgo de aparición de interacciones medicamentosas, iatrogenia, uso de medicación inapropiada, sobreutilización,... etc.
- La aparición de eventos adversos en estos pacientes se asocia con frecuencia a la sobreutilización de fármacos, el empleo de medicación inapropiada, la no conciliación de la medicación, la falta de acceso a información actualizada (falta de un registro actualizado y accesible del tratamiento que toma el paciente,..), a problemas de comunicación entre los profesionales que atienden al paciente y entre profesionales y paciente,..

Para prestar una atención de calidad y segura es necesario incorporar a la práctica diaria algunas estrategias que faciliten la adherencia y disminuyan esos riesgos asociados al uso de medicación. Algunas recomendaciones en esta línea serían:

1. En el momento de efectuar la prescripción:

- Realizar una prescripción razonada (diagnóstico preciso y objetivo terapéutico claro)
- Minimizar/simplificar el tratamiento. Evitar prescribir fármacos para enfermedades menores, inespecíficas o que sean potencialmente peligrosos y considerar como alternativa la utilización de tratamientos no farmacológicos
- Tener en cuenta las posibles interacciones y los tratamientos ya instaurados
- Evitar el uso de fármacos no recomendados en personas mayores
- Utilizar dosis recomendadas en ancianos (valorar función renal)

2. Revisar y seguir periódicamente la medicación utilizada

- Realizar una revisión estructurada
- Actualizar el listado de medicamentos que realmente toma el paciente: prescritos, automedicación y medicación complementaria (homeopatía, plantas medicinales, vitaminas, suplementos fitoterapia)
- Revisar el plan terapéutico y, si procede: minimizar/simplificar el tratamiento, interrumpir terapia innecesaria o no efectiva y los tratamientos con mayores riesgos, ajustar dosis, sustituir por alternativas más seguras, etc.
- Valorar el cumplimiento y la aparición de posibles efectos adversos (considerar cualquier nuevo síntoma como caídas, confusión, incontinencia, cambios comportamiento, depresión, etc. como posible reacción adversa a la medicación)
- Proporcionar información al paciente que le ayude a prevenir errores de medicación
- No olvidar monitorizar la utilización de fármacos que requieran especial seguimiento (digoxina, anticoagulantes orales...)
- 3. Promover la adherencia al tratamiento y fomentar la participación de pacientes y cuidadores en el uso seguro de la medicación a través del programa de mejora adherencia en el paciente polimedicado (http://www.saludcastillayleon.es/portalmedicamento/es/programas-proyectos/programa-paciente-polimedicado)
- **4. Conciliar la medicación en las transiciones asistenciales, especialmente al alta hospitalaria.** Elaborar un listado completo de la medicación que el paciente va a tomar a partir de ese momento, teniendo en cuenta su situación clínica. Comparar este listado con su medicación previa e informar al paciente, y al médico de familia que realizará su sequimiento, de los fármacos que ya no es necesario utilizar, de los que han sido modificados y de los nuevos que se han incorporado tras el ingreso





Ficha 4. Valoración/acogida del paciente en la UCA

Objetivo	Asegurar una atención integrada cuando el paciente requiera seguimiento en la UCA				
Quién	Médico y enfermera responsable del paciente en la UCA				
Cuándo	Cuando el paciente acude por primera vez a la UCA a solicitud del médico responsable del paciente				
	1. Según el motivo de interconsulta, el médico de la UCA realizará la valoración de la situación clínica del paciente y/o revisará las consultas pendientes valorando qué motivos de consulta podrían ser seguidos en la UCA y cuáles deben continuar siendo abordados desde otra especialidad.				
Cómo	 2. En esta primera consulta: Se reforzará la acogida del paciente en el programa, informándole de que el médico y la enfermera de la UCA serán su referente en el hospital cuando se produzcan descompensaciones de su patología crónica. Se revisarán las pruebas pendientes, el plan de intervención a seguir, de aquellas situaciones clínicas que van a ser abordadas desde la unidad Se informará al paciente de los cambios que se vayan a producir en las citas con otras especialidades Se elaborará un informe para el paciente, el médico de atención primaria y, si es necesario, para la enfermera de Atención Primaria 				
Documentación asociada	Listado de citas pendientes en el hospital				





Ficha 5. Educación del paciente/familia en los cuidados

Objetivo	Facilitar la participación del paciente en la detección precoz de descompensaciones y en su adherencia al plan de intervención			
Quién	Enfermera y médico de atención primaria responsables del paciente			
Cuándo	 En el momento de establecer el plan de intervención En situaciones de descompensación y en las consultas de seguimiento. Estas situaciones se aprovecharán para reforzar la educación del paciente/cuidador especialmente si van acompañadas de cambios en el plan de intervención 			
	Es importante priorizar las intervenciones y consejos para no abrumar al paciente/cuidador o generar confusión con demasiada información.			
Cómo	 Proporcionar al paciente/cuidador Información sobre los Puntos críticos para minimizar descompensaciones, visitas a urgencias e ingresos evitables en el hospital. Se informará, al menos, sobre: Importancia del seguimiento de la medicación pautada Seguimiento de estilos de vida/cuidados indicados Signos y síntomas de alerta a monitorizar en el domicilio Consulta rápida /contacto telefónico con su enfermera cuando aparezcan estos signos y síntomas de alerta 			
	 2 Proporcionar herramientas de ayuda para el seguimiento del plan de intervención: 2.1 Listado escrito de la medicación activa (nombre, dosis, vía, frecuencia y duración) y precauciones a tener en cuenta con los fármacos prescritos (Hoja medicación del programa de adherencia de la comunidad) 2.2 Consejos para prevenir errores de medicación 2.3 Hoja de información sobre signos y síntomas que debe controlar el paciente: Signos/síntomas guía a monitorizar en función de la patología del paciente (qué monitorizar, cada cuánto tiempo, cómo, cuándo) Situaciones en las que el paciente debe contactar con su enfermera de referencia 			
Documentación asociada	 Hoja de medicación del programa de adherencia de la comunidad (anexo 6) Hoja de información sobre signos y síntomas a vigilar por el paciente (anexo 7) 			





Ficha 6. Control telefónico/presencial de síntomas y factores de riesgo de descompensación

Objetivo	Detectar precozmente los problemas que pueden anticipar una descompensación y			
Objectivo	actuar proactivamente en caso de que aparezcan			
Quién	Enfermera de atención primaria responsable del paciente			
Cuándo	Como mínimo una vez al mes o, en su caso, según pauta establecida por médico de atención primaria o en informe alta hospitalaria			
	Hay dos elementos esenciales para una buena atención a las enfermedades crónicas: un paciente activo e informado y un sistema asistencial preparado y proactivo, siendo las intervenciones de soporte telefónico proactivo realizadas por enfermería y las visitas domiciliarias proactivas las más efectivas			
	1. <u>Detección descompensaciones:</u>			
	a. Si el paciente puede seguir un programa de monitorización de signos y síntomas de alerta, se contactará con el paciente por teléfono según pauta establecida para valorar la aparición de signos/síntomas de alerta, factores de riesgo, cambios en el estado salud o en la situación sociofamiliar, problemas con la medicación/adherencia al tratamiento (anexos 8 y 9).			
	b. Si el paciente no puede seguir el programa de monitorización de signos y síntomas de alerta, el control será realizado de forma presencial por la enfermera (en consulta/domicilio) según la pauta establecida			
Cómo	En el anexo 8 se incluye un cuestionario de apoyo para el seguimiento proactivo del paciente por parte de enfermería (uso medicamentos, síntomas, otras enfermedades, depresión, educación, etc). En el anexo 9, se ha incorporado una escala para valorar las habilidades y conocimientos del paciente sobre su tratamiento farmacológico			
	 3. Atención temprana a las descompensaciones. En caso de que se detecte una descompensación: a. Si la enfermera es alertada por el paciente: realizará una consulta presencial en centro o domicilio para confirmar el estado del paciente b. Si se confirma la alerta dada por el paciente o si ésta es detectada directamente por la enfermera se actuará conforme al procedimiento establecido por el equipo (modificar el plan de intervención, consultar con el médico para su valoración, derivación al trabajador social si cambio en la situación sociofamiliar,) 			
	4. En el caso de que se confirme la descompensación y el procedimiento establezca la necesidad de que el paciente sea valorado por su médico, la enfermera derivará al paciente ese mismo día al médico de familia (ficha 8)			
Documentación asociada	 Cuestionario de apoyo para el seguimiento proactivo del paciente por parte de enfermería (anexo 8) Escala de valoración de los conocimientos y habilidades del paciente sobre su tratamiento farmacológico (anexo 9) 			





Ficha 7. Seguimiento programado del plan de intervención

Objetivo	Evaluar la efectividad del plan de intervención establecido y valorar posibles cambios en él en función de la situación clínica del paciente				
Quién	Médico y enfermera de atención primaria responsables del pacienteTrabajador social				
Cuándo	Aunque el seguimiento de cada paciente ha de decirse de forma individualizada en función de sus necesidades, en general se aconseja su realización al menos, cada 3 meses por la enfermera y cada 6 meses por médico y enfermera. Al menos una vez al año este seguimiento se realizará en el domicilio del paciente.				
Cómo	Coincidiendo con otros programas o mediciones (revisión de la adherencia y medicación) se realizará una consulta presencial, preferiblemente en el domicilio del paciente, para: • Valorar los resultados y objetivos propuestos en el plan de cuidados • Valoración de constantes, exploraciones y parámetros clínicos según patología • Valoración de signos y señales de alerta de descompensación • Valorar adherencia terapéutica • Realizar actividades de promoción y prevención según el PAPPS (vacunaciones, analítica,) • Solicitud o realización de pruebas protocolizadas cuando proceda (RX, analítica, ECG, etc.) • Valoración y atención al cuidador familiar • Valoración de cambios en la situación de riesgo social que puedan repercutir en la situación de salud, en cuyo caso se consultará con el trabajador social. • Pautar cuidados específicos derivados de sus problemas de salud (úlceras, sondas, etc.) • Valoración de las condiciones de habitabilidad/barreras arquitectónicas y botiquín casero (pastilleros) en, al menos, una visita en el domicilio del paciente • Autocuidado: Se aprovechará cada contacto con el paciente para informar y educar al paciente y/o cuidador • Proporcionar cita para próxima consulta, procurando que coincida con otras, evitando consultas innecesarias				
Documentación asociada	 Hoja de información sobre signos y síntomas a vigilar por el paciente (anexo 7) Escala de valoración de los conocimientos y habilidades del paciente sobre su tratamiento farmacológico (anexo 9) Cita para próxima consulta 				





Subproceso 2. Actuación en situaciones de descompensación o agravamiento de la situación clínica del paciente

ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE	REGISTRO
Valoración clínica en AP ante señales de alerta	Ficha 8	Médico de atención primaria	HCE-MEDORA
Interconsulta telefónica con UCA	Ficha 9	Médico de atención primaria	Automatizada (en desarrollo) Provisionalmente registro manual en la UCA
Consulta presencial en la UCA	Ficha 10	Médico y enfermera de la UCA	H. Clínica hospitalaria. HCE-JIMENA
Tratamiento en consulta UCA/ Hospital de día	Ficha 11	Médico y enfermera de la UCA	H. Clínica hospitalaria. HCE-JIMENA
Ingreso hospitalario camas UCA/Medicina interna	Ficha 12	Profesionales de la UCA	S.ADMISION- H. Clínica hospitalaria. HCE-JIMENA
Solicitud de Interconsulta a otro servicio	Ficha 13	Médicos UCA y otros servicios hospital	H. Clínica hospitalaria. HCE-JIMENA
Ingreso en otros servicios del hospital	Ficha 14	Profesionales responsables del paciente y enfermera UCA	S.ADMISION- H. Clínica hospitalaria. HCE-JIMENA
Actualización del plan de intervención y comunicación a Atención primaria	Ficha 15	Médico y enfermera de la UCA	H. Clínica hospitalaria. HCE-JIMENA
Gestión del traslado UCSS	Ficha 16	Trabajadora Social del Hospital	H. Clínica hospitalaria. HCE-JIMENA Informe a Gerencia de Área y Gerencia de Servicios Sociales
Atención en Urgencias	Ficha 17	Médico y enfermera de urgencias	H. Clínica hospitalaria. HCE-JIMENA
Salida del proceso	Ficha 18	Médico y enfermera de atención primaria	HCE- TSI





Ficha 8. Valoración clínica ante la aparición de signos de alerta que indiquen una descompensación

Objetivo	Determinar la pauta de intervención a seguir ante una descompensación, en función de la situación clínica del paciente		
Quién	Médico de familia responsable del paciente		
Cuándo	Si la enfermera confirma la presencia de signos/síntomas de alerta o cambios en el estado de salud y considera necesaria la valoración del paciente por el médico de familia, actuará según el procedimiento establecido para la atención temprana de descompensaciones (ficha 6)		
	Mediante consulta /visita domiciliaria se realizará una valoración clínica del paciente que permitirá determinar la conducta a seguir para el mejor abordaje de su situación:		
Cómo	1. Si se considera que la situación del paciente se puede atender con los recursos de Atención primaria, se tratará la descompensación (tratamiento farmacológico y otros) y se pautará el seguimiento programado del nuevo plan de intervención.		
Como	2. Si se necesita algún apoyo/asesoramiento por parte de la UCA o se considera que el paciente podría beneficiarse de atención en esta unidad (por necesidades diagnósticas o terapéuticas) el médico se pondrá en contacto con la UCA (ficha 9).		
	3. Si la situación del paciente es crítica y requiere atención urgente, será derivado al Servicio de Urgencias del Hospital (ficha 17).		





Ficha 9. Interconsulta telefónica con UCA

Objetivo	Valorar conjuntamente entre AP-UCA el abordaje a seguir ante cambios en el estado de salud del paciente/situaciones de descompensación		
Quién	Médico de familia y enfermera de atención primaria, responsables del paciente.		
Cuándo	Si necesita consultar cualquier aspecto diagnóstico o terapéutico del paciente, ante cambios en el estado de salud/descompensación,		
Cómo	 Para que el médico de Atención primaria pueda contactar con la UCA, deberá estar claramente identificado quién y en qué horarios se van a atender las consultas que hagan los profesionales de Atención Primaria. Se designará quién es el profesional de referencia en la UCA para el centro de salud, facilitando el número de teléfono/correo electrónico para tal fin y se acordará, dentro del horario de funcionamiento de la UCA, el tramo en el que es conveniente que se realicen las interconsultas telefónicas. En la definición de ese tramo se tendrá en cuenta si el área cuenta con médicos de familia que solo trabajan por la tarde. El médico de familia y el médico de la UCA decidirán, en función de la situación clínica consultada si el paciente es susceptible de atención en la unidad, en cuyo caso, el médico de la UCA indicará fecha y hora en la que debe acudir el paciente. Se atenderá al paciente, preferiblemente, el mismo día o antes de las 48 horas (de lunes a viernes). 		
	3. La información clínica del paciente debe estar actualizada y disponible en Medora para que el médico de la UCA pueda acceder a ella. En su defecto, si el paciente debe acudir a la UCA, deberá cumplimentarse un informe clínico del paciente que se hará llegar a dicha unidad.		
	4. En atención primaria se gestionará la cita con la UCA en la fecha y hora indicada por el especialista y se entregará al paciente la cita correspondiente en la que conste día, hora y consulta a la que debe acudir		
Documentación asociada	 En caso de derivación: Informe clínico. El informe incluirá al menos el motivo de la derivación, tratamiento actual y antecedentes relevantes Cita para el paciente (día, hora y consulta a la que debe acudir) 		





Ficha 10. Consulta presencial en la UCA

Objetivo	Completar la valoración clínica del paciente y definir las intervenciones a realizar en el hospital			
Quién	édico y enfermera de la UCA			
Cuándo	En la fecha y hora de la cita entregada en Atención Primaria según indicación del médico de la UCA			
	1. El Equipo de la UCA revisará la información clínica que conste en la historia clínica electrónica o, en su caso, en el informe clínico del paciente que le haya sido remitido			
	 La actuación habitual del equipo de la UCA comprenderá: 2.1 Anamnesis y exploración. Especial interés en estos pacientes tendrá la anamnesis farmacológica que incluya perfil farmacoterapéutico completo y una revisión pormenorizada de la medicación domiciliaria (listado de fármacos prescritos, cumplimiento, automedicación, valorar indicación, etc.). 2.2 Realización de pruebas diagnósticas complementarias que podrán realizarse in situ en la propia consulta, por la enfermera de la UCA, o en instalaciones específicas (radiología, etc.) 2.3 Juicio clínico y actitud terapéutica: Objetivos a conseguir e intervenciones que se proponen, incluyendo el plan de cuidados de enfermería 			
Cómo	 En función de la valoración clínica, el médico, teniendo en cuenta los recursos disponibles en la UCA y en el Hospital, podrá proponer la: 4.1 Modificación de la pauta de tratamiento 4.2 Realización de procedimientos terapéuticos en la propia consulta o en hospital de día médico (Ficha 11) 4.3 Hospitalización en camas de UCA/Medicina Interna (Ficha 12) 4.4 Solicitud de pruebas complementarias y/o interconsulta con otros servicios (Ficha 13) 4.5 Hospitalización en otros servicios del hospital (Ficha 14) La enfermera de la UCA será la responsable de gestionar estos recursos 			
	4. En el caso de que solo haya sido necesario modificar la pauta de tratamiento, se actualizará el plan de intervención y se elaborará un informe clínico, con el plan de cuidados si se precisa, que será entregado al paciente y que podrá ser consultado on line por el médico y la enfermera de AP (si no fuera posible acceder, se remitirá por fax, mail) (ver ficha 15)			
	5. Si el médico de la UCA considera necesario revisar la evolución del paciente, le citará para una consulta de revisión. La fecha de la consulta de revisión será incluida en el informe			
Documentación asociada	 Informe clínico de alta (ver ficha 15) Cita para consulta de revisión Solicitud de pruebas/interconsultas Orden de ingreso Informe Plan de Cuidados de enfermería 			





Ficha 11. Tratamiento en consulta UCA/ hospital de día

Objetivo	Mejorar la situación clínica del paciente mediante procedimientos terapéuticos que pueden ser realizados en consulta/hospital de día UCA		
Quién	Médico y enfermera de la UCA		
Cuándo	Una vez valorado el paciente por médico de la UCA, si prescribe una actuación clínica in situ en la propia consulta y/o en Hospital de día		
Cómo	 Una vez valorado el paciente por médico de la UCA, si prescribe una actuación clínica in situ en la propia consulta y/o en Hospital de día Administración de tratamiento Algunos procedimientos terapéuticos se pueden realizar in situ en la consulta/hospital de día de la UCA por la enfermera de la UC aerosolterapia, administración de fármacos, fluidoterapia, etc. Si el médico decide que es necesario realizar una actuación terapéutica en hospital de día (instaurar tratamiento intravenoso, realiz transfusión, realizar paracentesis evacuadora, etc.) el paciente debe ser ubicado en un puesto del hospital de día de la propia unidad o, no fuera posible, deberá ser derivado al hospital de día, en ese momento o preferiblemente al día siguiente. La gestión de la derivación del paciente al hospital de día, si fuera precisa, será realizada por la enfermera de la UCA de conformidad o el procedimiento establecido en cada centro Al final del proceso de atención, el médico de la UCA que ha valorado al paciente y que decidió la actuación terapéutica, debe elaborar informe de alta para el paciente en el que se actualice el plan de intervención. Este informe será comunicado a su médico de atenci primaria. Asimismo, la enfermera de la UCA elaborará y comunicará a la enfermera de Atención Primaria el Plan de cuidados enfermería al alta, cuando sea preciso (ver ficha 15). Informe de alta para el paciente en el que se actualice el plan de intervención (ver ficha 15) 		
Documentación asociada	 Informe de alta para el paciente en el que se actualice el plan de intervención (ver ficha 15) Plan de cuidados de enfermería al alta 		





Ficha 12. Ingreso hospitalario en camas UCA/Medicina Interna

Objetivo	Prestar una atención integral y segura y garantizar la continuidad asistencial de los pacientes ingresados por una descompensación		
Quién	Médico y enfermera de la UCA y Trabajador Social		
Cuándo	Cuando el paciente requiera atención en régimen de hospitalización por una descompensación de sus patologías crónicas		
	Es importante intentar evitar en la medida de lo posible el ingreso del paciente. La hospitalización va asociada con frecuencia a una pérdida funcional y de independencia del paciente y, por tanto, a una pérdida en su calidad de vida. Si se evita o disminuye la estancia en el hospital se reducirá, además, el riesgo de eventos adversos asociados a la hospitalización.		
	En aquellos casos en que el paciente precise atención en régimen de hospitalización por una descompensación de su patología crónica, será ingresado en camas de la UCA (camas gestionadas por los médicos de la UCA, independientemente de su ubicación y de la duración de la estancia):		
	1Cuando se prevea que su resolución puede ser inferior a 48h, se ingresara en camas UCA para estancias cortas 2Cuando se prevea estancias mas prolongadas o bien cuando transcurridas 48h no se haya estabilizado el paciente, se ingresará preferentemente en camas del Servicio de Medicina Interna, siendo la enfermera de la UCA quién realizará el seguimiento del paciente para la gestión del alta hospitalaria		
Cómo	 Los profesionales responsables del paciente en el servicio se asegurarán de: Seguir las recomendaciones para mejorar la prescripción y el uso de medicamentos en el PCPP (pág. 19) Realizar la conciliación de la medicación al ingreso y al alta del paciente Valorar el riesgo de úlceras por presión, caídas y desnutrición y poner en marcha las medidas preventivas necesarias Minimizar en lo posible la estancia del paciente en el hospital Se planificará precozmente el alta del paciente. La enfermera de la UCA evaluará la necesidad de cuidados al alta y realizará una detección precoz del posible riesgo social. Si se confirma este riesgo, contactará con la trabajadora social del hospital para valorar y decidir conjuntamente la necesidad del paciente de recursos sociales u otros (UCSS,) (ver ficha 16). 		
	En el momento del alta se proporcionará el informe de alta al paciente y se actualizará el plan de intervención que se comunicará a atención primaria, incluyendo el informe de cuidados al alta y el informe social, si hubiese sido preciso (ver recomendaciones en el momento del alta, ficha 15). En el caso de que la persona viva en una residencia de personas mayores se contactará con los profesionales sanitarios de la misma para remitir esta información.		
Documentación asociada	 Informe de alta para el paciente en el que se actualice el plan de intervención (ver ficha 15) Plan de cuidados de enfermería al alta Informe social 		





Ficha 13. Solicitud de interconsulta en hospital

Objetivo	Apoyar el diagnóstico y el tratamiento del paciente en el hospital		
Quién	Médico y enfermera de la UCA.		
Cuándo	n cualquier circunstancia en que el médico de la UCA necesite apoyo diagnóstico o terapéutico para el paciente o cuando la enfermera de la CA necesite apoyo diagnóstico o terapéutico en el plan de cuidados		
Cómo	 El médico de la UCA debe ser el responsable de la atención de estos pacientes con enfermedades crónicas complejas en el hospital. El médico podrá solicitar pruebas diagnósticas o interconsultas a servicios de otras especialidades y a los servicios centrales, manteniendo el seguimiento de la propia UCA. La enfermera podrá solicitar apoyo a las consultas de enfermería hospitalarias, manteniendo el seguimiento de la propia UCA Se establecerán los tiempos máximos de demora para pruebas e interconsultas/consulta externa de modo que garanticen una actuación ágil que permita confirmar el diagnóstico y ajustar el tratamiento a la mayor brevedad, con un nivel de prioridad similar a las Unidades de diagnóstico rápido Los profesionales de otros servicios que atiendan al paciente se asegurarán de seguir las recomendaciones para mejorar la prescripción y el uso de medicamentos en el PCPP (pág 19) 		
Documentación asociada	Solicitud de pruebas/interconsultas		





Ficha 14. Ingreso en otros servicios del hospital

Objetivo	Prestar una atención integral y garantizar la continuidad asistencial de los pacientes ingresados fuera de la UCA		
Quién	Profesionales responsables del paciente en estos servicios Profesionales de la UCA		
Cuándo	En el momento en que se produzca el ingreso de un paciente G3 en servicios del hospital distintos de la UCA		
Cómo	 El médico y la enfermera de la UCA recibirán información diariamente desde el servicio de admisión de los pacientes G3 ingresados en el hospital con independencia del motivo y servicio donde se haya efectuado el ingreso (por ejemplo si ha ingresado por fractura de cadera o por un ictus, etc.). Se planificará precozmente el alta del paciente. En estos pacientes G3 ingresados en otros servicios del hospital, la enfermera de la UCA realizará un seguimiento y planificación precoz del alta hospitalaria junto con la enfermera del servicio correspondiente. Evaluarán conjuntamente las necesidades de cuidados al alta y realizarán una detección precoz del riesgo social. Si se confirma este riesgo social, la enfermera de la UCA se pondrá en contacto con la trabajadora social del hospital consensuando la necesidad de movilizar determinados recursos de servicios sociales u otros (UCSS,) (ver ficha 16) 		
Documentación asociada	 Listado diario de pacientes PCPP ingresados en el hospital Informe de alta para el paciente en el que se actualice el plan de intervención (ver ficha 15) Plan de cuidados de enfermería al alta 		





Ficha 15. Actualización del plan de intervención y comunicación a Atención Primaria

Objetivo	Garantizar la continuidad de cuidados al alta		
Quién	Médico y enfermera de la UCA		
Cuándo	Cuando el paciente es dado de alta tras ser atendido en consulta, hospital de día o en hospitalización UCA o a cargo de otro servicio del hospital		
Cómo	 Tras la atención en el hospital se elaborará un informe clínico de alta en el que se actualizará el plan de intervención. El informe será entregado al paciente y podrá ser consultado on line por el médico de AP. Si el médico de AP no pudiera acceder a la historia del hospital, se remitirá el informe por fax, mail,en las siguientes 24 horas. En las transiciones asistenciales, tendrá especial importancia la conciliación de la medicación. Si se han producido cambios en la situación clínica del paciente que aconsejan introducir modificaciones en el tratamiento que el paciente tomaba previamente, será importante reflejar de forma explícita en el informe: Que fármacos dejará de tomar Nuevos fármacos que se incorporan a su tratamiento y pauta de tratamiento Medicamentos en los que se han introducido cambios (en dosis, frecuencia,) La enfermera de la UCA elaborará y comunicará a Atención Primaria el Plan de cuidados de enfermería al alta siempre que se hayan producido cambios en las necesidades de cuidados del paciente. En el caso de que el paciente viva en una residencia de personas mayores, la enfermera contactará con los profesionales sanitarios de la misma, informándoles y remitiéndoles el plan de cuidados. Así mismo siempre que existan variaciones en sus necesidades sociosanitarias, el trabajador social del hospital, informará a Atención Primaria de las intervenciones propuestas y/o realizadas, y a la residencia de personas mayores, en su caso. Una vez que el paciente llegue a su domicilio, el médico y la enfermera de atención primaria serán los principales responsables de su tratamiento y seguimiento. Si fuera necesario realizar una revisión en la UCA para valorar su evolución, se facilitará al paciente en el momento del alta la cita para la revisión en la UCA. 		
Documentación asociada	 Informe de alta para el paciente en el que se actualice el plan de intervención Plan de cuidados de enfermería al alta Cita de revisión en UCA, si fuese necesaria 		





Ficha 16. Gestión del traslado a UCSS

Objetivo	Dar respuesta a las necesidades socio-sanitarias del paciente cuando no está disponible el soporte sociofamiliar necesario para su abordaje en atención		
	primaria		
Quién	Trabajador Social		
Cuándo	 Cuando se necesiten cuidados sanitarios médicos y/o de enfermería, además de cuidados personales asociados a su falta de autonomía y no se dispone de suficiente soporte sociofamiliar para garantizar que se lleven a cabo en Atención Primaria. Preferentemente serán susceptibles de este recurso personas que presentan procesos susceptibles de mejora con tratamiento rehabilitador. 		
Duración	Estancia prevista inferior a cuatro meses		
Cómo	 Detección del problema por parte de los profesionales de la UCA y la trabajadora social del hospital que valorarán la necesidad de la UCSS u otras alternativas de atención con los recursos sociales y sanitarios. 		
	2. El médico de la UCA elaborará el informe de salud específico para acceso a UCSS y cumplimentará la solicitud de asistencia sanitaria en unidades de convalecencia, que será firmada por el profesional del equipo directivo responsable del proceso (director médico)		
	3. La trabajadora social realizará el informe social específico y obtendrá del solicitante los siguientes documentos cumplimentados y firmados: Solicitud de dependencia, incluyendo la solicitud de acceso a la UCSS y domiciliación de la aportación económica.		
	4. Toda esta documentación se remitirá a la Gerencia de Salud de Área y a la Gerencia Territorial de Servicios Sociales que verificará la idoneidad social del candidato y contestará a la Gerencia de salud de área aceptando, en su caso, la propuesta.		
	5. El paciente será trasladado a la UCSS. La enfermera de la UCA o en su caso de la planta donde esté ingresado el paciente, elaborará el informe de cuidados y preparará el traslado, garantizando que el paciente lleve medicación para las 24 horas siguientes (hasta el día hábil siguiente al de su ingreso en la Unidad).		
Documentación asociada	 Informe de salud específico para acceso a UCSS Solicitud de asistencia sanitaria en unidades de convalecencia Informe social específico Solicitud de dependencia, incluyendo la solicitud de acceso a la UCSS y domiciliación de la aportación económica Aceptación de la propuesta desde la Gerencia Territorial de Servicios Sociales informe de cuidados Solicitud de traslado en ambulancia 		





Ficha 17. Atención en urgencias

Objetivo	Prestar atención al paciente que se encuentra en situación crítica o urgente		
Quién	Médico y enfermera de urgencias		
Cuándo	 Cuando el paciente , en situación crítica o urgente, es derivado a urgencias por su médico de atención primaria El paciente acude a urgencias por iniciativa propia 		
	Se debería minimizar el uso de los servicios de urgencias salvo que las circunstancias clínicas del paciente lo aconsejen.		
	Cuando el paciente llega a urgencias es importante que la enfermera que realiza el triaje identifique a estos pacientes como G3 e informe al médico y enfermera de urgencias de cara a la toma de decisiones.		
	1. El equipo de urgencias será el responsable de valorar, tratar y estabilizar al paciente según la práctica habitual		
Cómo	 Si el paciente acude por desestabilización o agravamiento de su patología crónica, se evitará en la medida de lo posible el ingreso del paciente, procurando agotar las posibilidades de atención del paciente en régimen ambulatorio (tratamiento, estabilización, observación en urgencias, derivación para atención en consulta de UCA en menos de 48 horas,) 		
	• Si el paciente se estabiliza, el médico de urgencias le dará el alta aportando el informe para el médico de familia		
	• Si considera que el paciente G3 precisa control en corto espacio en la UCA o ingreso hospitalario contactará con el médico de la UCA su valoración y toma de decisiones (ingreso, consulta UCA en menos de 48h,)		
	3. Si el paciente acude con una patología aguda que precise tratamiento en otro servicio (fractura de cadera, síndrome coronar agudo, cuadro quirúrgico abdominal urgente, situación clínica que requiera ingreso en UCI,), el médico de urgencias actuará e consecuencia, siguiendo el criterio habitual en el hospital		
Documentación asociada	 Informe de alta que incluirá la referencia del dispositivo que realizará el seguimiento (AP o UCA) Orden de ingreso, si fuera necesario 		





Ficha 18. Salida del proceso

Objetivo	Actualización de los pacientes incluidos en el proceso	
Quién	Médico y enfermera responsable del paciente en atención primaria.	
Cuándo	 1 Exitus 2 El paciente se traslada a otro Área de Salud 3 El paciente se traslada a otra Comunidad 4 Paciente que por motivos clínicos cambia de nivel de estratificación, en cuyo caso será su médico de atención primaria quién modifique la clasificación. 	
Cómo	 En caso de que se produzca baja del paciente en el proceso por cualquiera de los supuestos anteriores, se comunicará a los administrativos del centro para tramitar la baja en la base de datos de tarjeta sanitaria En caso de traslado a otra Área u otra Comunidad: el médico responsable del paciente en atención primaria elaborará el informe clínico correspondiente y la enfermera incluirá el informe de cuidados de enfermería, siempre que se precise. 	
Documentación asociada	 Informe clínico Informe de cuidados de enfermería 	







RELACIONES CON OTROS PROCESOS

ENTRADAS	PROCESO PROVEEDOR	CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD
Listado de pacientes G3	Sistema de información CRG. GRS	El listado incluirá el nombre y dos apellidos del paciente, CIP y teléfono
Informe de revisión de polimedicados	Concylia. GRS	Accesible a través del Portal del Medicamento
Listado de citas pendientes en consulta en el hospital en el momento de acogida del paciente en el programa	Servicio de admisión hospital	Incluirá nombre y dos apellidos del paciente, NHC, fecha de citas pendientes y servicio al que corresponden
Listado diario de pacientes G3 ingresados en el hospital	Servicio de Admisión hospital	El listado se enviará diariamente a la UCA, se ordenará por fechas de ingreso (de la más reciente a la más antigua) e incluirá: Nombre y dos apellidos del paciente Número de historia clínica Fecha de ingreso Servicio a cargo del paciente Tipo de ingreso urgente/programado Motivo de ingreso Ubicación del paciente: nº de habitación
Resultados de pruebas radiológicas realizadas	Radiología	Las pruebas serán realizadas con un nivel de prioridad similar a las Unidades de diagnóstico rápido
Resultados de la analítica realizada	Laboratorio	Las pruebas serán realizadas con un nivel de prioridad similar a las Unidades de diagnóstico rápido

SALIDAS	PROCESO DESTINATARIO	CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD	
Solicitud de analítica y pruebas radiológicas	Radiología	Las solicitudes permitirán identificar al paciente como G3	
	Laboratorio	Las solicitades permitiran lacritirear ai paciente como as	
Información sobre el fallecimiento del paciente	Gestión de base de datos de		
	Tarjeta sanitaria		





PROFESIONALES QUE INTERVIENEN

PUESTO	PERFIL	COMPETENCIAS REQUERIDAS
Médico de atención primaria	Licenciado/graduado en medicina. Especialista en Medicina familiar y comunitaria	Los profesionales médicos que van a participar directamente en el desarrollo del proceso asistencial integrado al PCPPC, deberán disponer de conocimientos, habilidades y actitudes que aseguren su competencia en las siguientes áreas:
		1 Competencia científico-técnica. Manejo de técnicas y bases del tratamiento y complicaciones potenciales en pacientes pluripatológicos, así como el manejo de las descompensaciones y el tratamiento farmacológico y sus interacciones en este tipo de pacientes.
		 2 Competencias relacionales Capacidad de relación interpersonal con pacientes: conocimientos de entrevista clínica, habilidades relacionales (asertividad, empatía, sensibilidad y respeto) Abordaje familiar Capacidad de relación interpersonal con los profesionales (capacidad de trabajo en equipo, respecto, espíritu colaborativo, manejo respetuoso de criterios de interconsulta, cooperación)
		 3Competencia en bioética: En relación a los derechos y deberes de los usuarios (a la información, respeto a sus decisiones, honestidad, capacidad de asumir compromisos con actitud responsable, etc.) En relación a la adecuada utilización de los recursos disponibles. Ética en las decisiones clínicas y de la investigación
		 4Competencias en integración asistencial. El profesional debe ser capaz de conocer los procesos integrados de atención sanitaria y social que afecten a pacientes crónicos y llevar a cabo las actuaciones que competen al médico desde una perspectiva integral Debe tener capacidad de promover y adaptarse a los cambios que supone este nuevo modelo de atención. La coordinación entre profesionales es clave particularmente en aspectos como la conciliación terapéutica y la relación con servicios sociales
		 5 Competencias en gestión clínica. En el uso de herramientas para la gestión de pacientes y procesos asistenciales -metodología de gestión de procesos Conocimiento de la prestación, recursos y carteras de servicios (CCAA y del SNS) al servicio del paciente crónico Conocimientos básicos de gestión clínica aplicada al propio entorno de trabajo
		6Competencia investigadora: Capacidad investigadora básica y espíritu crítico para el análisis de resultados de la práctica, de la literatura y de la práctica basada en la evidencia
		7Competencia para la docencia y la formación. Actitud de aprendizaje y para la formación propia y de otros profesionales en formación. Actitud ejemplar y motivadora
		8 Manejo de la informática y de las tecnologías para la información y la comunicación (TICs facilitadoras del desarrollo del proceso)





PUESTO	PERFIL	COMPETENCIAS REQUERIDAS
Enfermero de atención primaria	Diplomado universitario/ graduado en enfermería. Especialista en enfermería familiar y comunitaria	 Conocimientos científico-técnicos sobre los Procesos crónicos más frecuentes y sus complicaciones así como nociones de farmacología (en relación con las indicaciones, interacciones, efectos secundarios, de los medicamentos más frecuentes utilizados en el tratamiento de procesos crónicos) Conocimiento de los recursos sanitarios y sociales disponibles, estructura de Coordinación Sociosanitaria y su funcionamiento Manejo de las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones (TIC) que se aplican en la atención social y sanitaria a pacientes crónicos y conocimiento de las páginas web, foros de pacientes y asociaciones de pacientes más importantes en relación con los procesos crónicos más prevalentes Conocimiento y manejo de las herramientas de valoración integral Capacidad para reconocer e interpretar signos de descompensación Capacidad de promover autocuidados, identificar barreras para la adherencia y motivar para el cumplimiento terapéutico Capacidad de relación interpersonal (asertividad, empatía, capacidad de trabajo en equipo, espíritu colaborativo) con los profesionales del sistema de salud y con profesionales de otros sistemas (sociales, educativos,) Visión integral y continuada de los procesos Capacidad para llevar a cabo actividades de enfermería de práctica avanzada mediante los diagnósticos e intervenciones en el cuidado de la persona con PCPP Abordaje familiar Conocimientos básicos sobre investigación y capacidad para aplicar los resultados de la investigación y las evidencias en cuidados a la práctica clínica. Competencias para la docencia y la formación. Actitud de aprendizaje para la formación propia y de otros profesionales en formación. Actitud ejemplar y motivadora Conocimiento y habilidades en gestión de casos (Anexo 10) para una atención integral e integrada del paciente. Conocimiento de los derechos y deberes
Trabajador social atención primaria	Diplomado/graduado en trabajo social	 Abordaje sociosanitario: conocimiento de recursos sanitarios y sociales, de los procedimientos utilizados para el acceso y la atención en uno y otro sistema, garantizando la continuidad asistencial con los Servicios Sociales cuando se precise su intervención Conocimiento de los recursos asociativos y sus actividades Capacidad motivadora para favorecer participación de las personas en movimientos asociativos y foros de educación para la salud Potenciar la participación de las personas en movimientos asociativos y foros de educación para la salud Proporcionar orientación, apoyo psicosocial y asesoramiento a la persona enferma, su cuidador y familia Conocimiento de las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones (TIC) que se aplican en la atención social Abordaje familiar Capacidad de relación interpersonal con pacientes: asertividad, empatía, sensibilidad y respeto Capacidad de relación interpersonal con los profesionales (capacidad de trabajo en equipo, respecto, espíritu colaborativo, cooperación) Capacidad docente e investigadora





PUESTO	PERFIL	
Médico de la UCA	Licenciado en medicina, especialista en medicina interna, especialista en geriatría	1-Competencias científico-técnicas especificas del médico Internista (o geriatra) enfatizando en el abordaje integral y en la coordinación asistencial 2Competencias relacionales: Capacidad de relación interpersonal con pacientes: conocimientos de entrevista clínica, habilidades relacionales (asertividad, empatía, sensibilidad y respeto) Capacidad de relación interpersonal con los profesionales de atención primaria, de otros servicios hospitalarios y de los servicios sociales (capacidad de trabajo en equipo, respecto, espíritu colaborativo, manejo respetuoso de criterios de interconsulta, cooperación) 3Competencia en bioética: En relación a los derechos y deberes de los usuarios (a la información, respeto a sus decisiones, honestidad, capacidad de asumir compromisos con actitud responsable, etc) En relación a la adecuada utilización de los recursos disponibles. Ética en las decisiones clínicas y de la investigación. 4Competencias en integración asistencial El profesional debe ser capaz de conocer los procesos integrados de atención sanitaria y social que afecten a pacientes crónicos y llevar a cabo las actuaciones que competen al médico. desde una perspectiva integral Debe tener capacidad de promover y adaptarse a los cambios que supone este nuevo modelo de atención. La coordinación entre profesionales es clave particularmente en aspectos como la conciliación terapéutica y la relación con servicios sociales 5 Competencias en gestión clínica. En el uso de herramientas para la gestión de pacientes y procesos asistenciales -metodología de gestión de procesos Conocimiento de la prestación, recursos y carteras de servicios (CCAA y del SNS) al servicio del paciente crónico Conocimientos básicos de gestión clínica aplicada al propio entorno de trabajo 6Competencia investigadora: Capacidad investigadora básica y espíritu crítico para el análisis de resultados de la práctica, de la literatura y de la práctica basada en la evidencia 7Competencia para la docencia y la formación. Actitud de aprendizaje y para





		•	Conocimientos relevantes sobre los procesos crónicos más frecuentes y sus complicaciones así como nociones de farmacología (en
			relación con las indicaciones, interacciones, efectos secundarios, de los medicamentos más frecuentes utilizados en el tratamiento de
	Diplomado		procesos crónicos)
	universitario/graduado	•	Conocimiento de los recursos sanitarios y sociales disponibles, estructura de Coordinación Sociosanitaria y su funcionamiento
	especialista en	•	Manejo de las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones (TIC) que se aplican en la atención social y sanitaria a pacientes
	enfermería geriátrica/enfermería		crónicos y conocimiento de las páginas web, foros de pacientes y asociaciones de pacientes más importantes en relación con los procesos crónicos más prevalentes
	familiar y comunitaria.	•	Conocimiento y manejo de las herramientas de valoración integral
		•	Capacidad de relación interpersonal (asertividad, empatía, capacidad de trabajo en equipo, espíritu colaborativo) con los profesionales
Enfermero	Diplomado		del sistema de salud y con los de Servicios Sociales
de la UCA	universitario/graduado	•	Capacidad para reconocer e interpretar signos de descompensación
	en enfermería con	•	Capacidad de promover autocuidados, identificar barreras para la adherencia y motivar para el cumplimiento terapéutico
	experiencia en medicina	•	Capacidad para llevar a cabo actividades de enfermería de práctica avanzada mediante los diagnósticos e intervenciones en el cuidado
	interna y formación		de la persona con PCPP
	acreditada en este	•	Conocimientos básicos sobre investigación y capacidad para aplicar los resultados de la investigación y las evidencias en cuidados a la
	campo.		práctica clínica.
		•	Competencias para la docencia y la formación. Actitud de aprendizaje para la formación propia y de otros profesionales en formación.
			Actitud ejemplar y motivadora
		•	Conocimiento y habilidades en gestión de casos (anexo 10) para una atención integral e integrada del paciente.
		•	Conocimiento de los derechos y deberes de los usuarios y actitud de respeto a los mismos
		•	Abordaje sociosanitario: conocimiento de recursos sanitarios y sociales, de los procedimientos utilizados para el acceso y la atención en
			uno y otro sistema, garantizando la continuidad asistencial con los Servicios Sociales cuando se precise su intervención
		•	Conocimiento de los recursos asociativos y sus actividades
		•	Capacidad motivadora para favorecer la participación de las personas en movimientos asociativos y foros de educación para la salud
Trabajador	Diplomado/graduado en	•	Potenciar la participación de las personas en movimientos asociativos y foros de educación para la salud
Social	trabajo social	•	Proporcionar orientación, apoyo psicosocial y asesoramiento a la persona enferma, su cuidador y familia
Hospital	l abajo social	•	Conocimiento de las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones (TIC) que se aplican en la atención social
		•	Abordaje familiar
		•	Capacidad de relación interpersonal con pacientes: asertividad, empatía, sensibilidad y respeto
		•	Capacidad de relación interpersonal con los profesionales (capacidad de trabajo en equipo, respecto, espíritu colaborativo, cooperación)
		•	Capacidad docente e investigadora
Documentac	ión asociada	•	Perfil competencial de la Enfermera Gestora de Casos (anexo 10)





RECURSOS NECESARIOS EN LA UCA

RECURSOS DE EQUIPAMIENTO E INFRAESTRUCTURA	CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS
Medidor TA, frecuencia, saturación y temperatura,	Módulo de constantes con columna móvil y pantalla
Pulsioxímetro	Incorporado al módulo de constantes
Electrocardiógrafo 3 canales	Con mesa y desplazable
Espirómetro	Volumen/tiempo y curvas flujo, software para adaptación al ordenador Microspiro HI 701
Ecógrafo digital portátil	EDP5100 con sonda 3,5 MHz convexo
Detector vascular"doplette"PD1cv	
Toma de Oxigeno	Caudalímetros y equipos para aerosolterapia y oxigenoterapia
Báscula pesa personas	Electrónica incorporando tallímetro y cálculo IMC
Camilla de exploración	Elevable
Otoscopio, oftalmoscopio, laringoscopio	
Lámpara de exploración médica	Flexo multiposicional
Material clínico para punción lumbar, toracocentesis y paracentesis	Trocares, jeringas, tubos,
Fonendoscopios y martillos de exploración clínica	
Glucómetros	
Carro de paradas completo en zona adyacente	

Si se van a realizar funciones de enfermería

RECURSOS MATERIALES	CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS
Espacios consulta (médica, enfermería)	Dotadas con ordenador, impresora y teléfono, aparataje y material diagnóstico y terapéutico
Despacho polivalente	
Teléfono móvil/busca	
Camas hospitalización breve	Ubicación en urgencias, medicina interna u otras dependiendo de cada hospital





SEGUIMIENTO DEL PROCESO

EQUIPO GESTOR DEL PROCESO

- Médico/s de atención primaria
- Enfermero/s de atención primaria
- Trabajador social
- Profesionales de las UCAS
- Dirección médica y dirección enfermería (atención primaria y hospitalaria)
- Coordinadores de calidad

INDICADORES			
MISION DEL PROCESO	INDICADOR	FUENTE	PERIODICIDAD DE REVISIÓN
Atención integral	% pacientes G3 incluidos en el proceso (se ha realizado la acogida, se ha hecho una valoración integral y se ha definido el plan de intervención)	Medora	Anual
	 % consultas UCA/ consultas totales de pacientes G3 atendidas en el hospital por especialidades médicas (incluye UCA) Nº de especialistas médicos visitados en consulta programada en el hospital por paciente G3 	Información integrada primaria+ hospital (CRG)	Anual
	 Número de visitas en domicilio por paciente G3 % pacientes G3 que viven solos y no tienen apoyo social 	Medora	Anual
Efectividad	 Nº de contactos anuales de enfermería para valoración de síntomas y factores de riesgo de descompensaciones (telefónicos+ presenciales) /nº de pacientes G3 % de pacientes G3 incluidos en el programa de adherencia terapéutica 	Medora	Anual
	 Tasa de ingresos de pacientes G3 en especialidades médicas Frecuentación de urgencias de pacientes G3 (Nº visitas a urgencias/nº pacientes G3) Tasa de reingresos de pacientes G3, en la misma especialidad médica, por causas relacionadas, en los 30 días posteriores al alta Tiempo medio entre descompensaciones que requieren ingreso por paciente G3 (tiempo desde el alta hasta el siguiente ingreso urgente por cualquier causa médica relacionada) (indicador del mantenimiento del estado de salud) Días de hospitalización acumulados al año por paciente G3 en UCA- Medicina Interna, y en 	Información integrada primaria+ hospital (CRG)	Anual





	servicios médicos (suma de días de ingreso en el hospital por cualquier causa médica a lo largo de un año)		
	Calidad de vida de pacientes G3	Cuestionario	A determinar
Continuidad	 % profesionales AP y UCA que acceden a la HCE compartida % pacientes G3 contactados en AP 48 horas post-alta hospitalaria 	DTSI Medora	Anual Anual
Adecuación	 % interconsultas telefónicas UCA/total consultas UCA % ingresos G3 con estancia <48 horas /ingresos de pacientes G3 en Medicina. Interna Estancia media de ingresos de pacientes G3 en M Interna Estancias potencialmente evitables en G3 (número de días de ingreso que superan el estándar establecido por procesos) 	Información integrada primaria+ hospital (CRG)	Anual
Seguridad	% pacientes G3 polimedicados (>5/>10 fármacos/>15 fármacos)	Medora	Anual
	 % pacientes G3 con una estancia >48 horas en los que se realiza una valoración de riesgos durante el ingreso hospitalario (caídas, ulceras y desnutrición) Tasa de úlceras por presión durante el ingreso en pacientes G3 (en estancias >48 horas) 	Gacela	Anual
	% pacientes de la UCA en los que se realiza conciliación de la medicación al alta hospitalaria	UCA	Anual
Accesibilidad	 % pacientes que son atendidos en <48 horas en la consulta UCA Demoras máximas en pruebas solicitadas a pacientes G3 (ecografía, resonancia, TAC) 	UCA	Anual
Autocuidado	 Porcentaje de pacientes G3 que tienen más de un 75% de adherencia terapéutica según la escala de valoración de las habilidades y conocimientos del paciente. 	Medora	Anual
Trato /información	Satisfacción de los usuarios (accesibilidad, autocuidado, atención en UCA, información, trato, continuidad)	Encuesta	A determinar
Satisfacción de los profesionales	Satisfacción de los profesionales	Encuesta	A determinar





RELACION DE DOCUMENTOS ASOCIADOS AL PROCESO

- Anexo 1. Folleto de información para la acogida del paciente en el proceso
- Anexo 2. Patrones funcionales de Marjory Gordon
- Anexo 3. Escalas para la valoración integral del paciente
- Anexo 4. Revisión estructurada del plan terapéutico farmacológico. Informe de polimedicados de Concylia
- Anexo 5. Plan de intervención social
- **Anexo 6.** Hoja de medicación
- Anexo 7. Hoja de información sobre signos y síntomas a vigilar por el paciente
- Anexo 8. Cuestionario de apoyo para el seguimiento proactivo del paciente por parte de enfermería
- **Anexo 9.** Escala de valoración de las habilidades y conocimientos del paciente sobre su tratamiento farmacológico
- Anexo 10. Perfil competencial de la Enfermera Gestora de Casos





BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

- 1. Sánchez Rodriguez A. El enfermo con pluripatología: la necesidad de una atención integral coordinada. Med Clin(Barc). 2005;125(1):12-3
- 2. Fontecha Gómez B, Casanova Querol T, Sánchez Ferrín P. Dificultades en la clínica para el tratamiento en el anciano con comorbilidad. Hipertensión (Madrid). 2007;24(1):21-9
- 3. Sinnott C, Mc Hugh S, Browne J, Bradley C. GPs`perspectives on the management of patients with multimorbidity: systematic review and synthesis of qualitative research. BMJ Open 2013;3:9 Disponible en http://bmjopen.com/content 3/9/e003610.full
- 4. Martín Lesende I. Abordaje integral del paciente pluripatológico en atención primaria. Tendencia necesitada de hechos. Aten Primaria. 2013;45(4):181-183
- 5. Roland M, Paddison C. Better management of patients with multimorbidity. BMJ 2013; 346:f2510. Disponible en http://www.bmj.com/content/346/bmj.f2510
- 6. Guthrie B, Payne K, Alderson P, McMurdo M, Mercer S. Adapting clinical guidelines to take account of multimorbidity. BMJ 2012; 345:e6341. Disponible en http://www.bmj.com/content/345/bmj.e6341
- 7. American Geriatrics Society Expert Panel on the care of older adults with multimorbidity. Guiding Principles for the Care of Older adults with Multimorbidity: An Approach for Clinicians. J Am Geratr Soc. 2012;60:E1-E25
- 8. García-Morillo JS, Bernabeu-Wittel M, Ollero-Baturone M, Aguilar-Guisad M, Ramírez-Duque N, González de la Puente MA et al. Incidencia y características clínicas de los pacientes con pluripatología ingresados en una unidad de medicina interna. Med Clin (Barc). 2005;125(1):5-9
- 9. Smith S, Soubhi H, Fortin M, Hudon C, O'Dowd T. Managing patients with multimorbidity: systematic review of interventions in primary care and community settings. BMJ 2012; 345:e5205 Disponible en http://www.bmj.com/content/345/bmj.e5205
- 10. Starfield B. Challenges to primary care from co-and multi-morbidity. Primary Health Care Research & Development. 2011; 12:1-2
- 11. Blozik E, Van den Bussche H, Gurtner F, Schäfer I, Scherer M. Epidemiological strategies for adapting clinical practice guidelines to the needs of multi morbid patients. BMC Health Services Research 2013, 13:352 Disponible en http://www.biomedcentral.com/1472-6963/13/352
- 12. Galindo-Ocaña J, Gil-Navarro MV, García-Morillo JS, Bernabeu-Wittel M, Ollero-Baturone M, Ortiz-Camuñez MA. Interacciones medicamentosas en pacientes pluripatológicos. Rev Clin Esp. 2010; 210(6):270-278
- 13. Smith S, O'Kelly S, O'Dowd T. GPs' and pharmacists experiences of managing multimorbidity. Br J Gen Pract. 2010;60(576): 285-294
- 14. Noël P, Frueh B, Larme A, Pugh J. Collaborative care needs and preferences of primary care patients with multimorbidity. Health Expect. 2005;8(1):54–63.
- 15. Jadad AR, Cabrera A, Martos F, Smith R, Lyons RF. Cuando las personas viven con múltiples enfermedades crónicas: aproximación colaborativa hacia un reto global emergente. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 2010. Disponible en: http://www.opimec.org/equipos/when-people-live-with-multiple-chronic-diseases/
- 16. Bunn F, Byrne G, Kendall S. The effects of telephone consultation and triage on healthcare use and patient satisfaction: A systematic review. Br J Gen Pract. 2005; 55(521):956-961
- 17. Santos-Ramos B, Otero López MJ, Galván-Banqueri M, Alfaro-Lara ER, Vega-Coca MD, Nieto-Martín MD et al. Modelos de atención al paciente pluripatológico y el papel de la farmacia hospitalaria. Farm Hosp. 2012;36(6):506-517
- 18. Grupo de trabajo Soc. Española Medicina Interna y Sociedad Española de Medicina familiar y comunitaria. Documento de consenso para la atención al paciente con enfermedades Crónicas. Sevilla 2011
- 19. Orozco-Beltrán D, Ollero Baturone M. Conferencia nacional para la atención al paciente con enfermedades crónicas. Aten Primaria. 2011; 43(4):165-166
- 20. Fernández Moyano A, García Garmendia JL, Palmero C, García Vargas-Machuca B, Páez Pinto JM, Álvarez Alcina M et al. Continuidad asistencial. Evaluación de un programa de colaboración entre atención hospitalaria y atención primaria. Rev Clin Esp 2007;207(10):510-20
- 21. Yañez-Cadena D, Sarría-Santamera A, García-Lizana F. ¿Podemos mejorar el tratamiento y el control de las enfermedades crónicas?. Aten Primaria 2006; 37(4): 221-30
- 22. Martín de Rosales Cabrera AM. Coordinación multidisciplinar para asegurar la correcta medicación del paciente; conciliación de la medicación. Rev Calid Asist 2010: 25(5):239-243
- 23. Sánchez Muñoz LA, Calvo-Reyes MC, Villanueva-Gómez NF y Jimeno-Carruez A. Errores de conciliación en ancianos polimedicados. Med Clin (Barc).2011;136(5):222-229
- 24. Galván-Banqueri M, González Méndez AI, Alfaro-Lara EF, Nieto-Martín MD, Pérez-Guerrero C, Santos-Ramos B. Evaluación de la adecuación del tratamiento farmacológico en pacientes pluripatológicos. Aten Primaria 2013; 45(5):235-243
- 25. Health Services Management Centre (HSMC), University of Birmingham. Evidence for transforming community services. Services for long term conditions. 2009. Disponible en http://www.birmingham.ac.uk
- 26. Fried TR, Tinetti ME, Iannone L. Primary care clinicians' experiences with treatment decision making for older persons with multiple conditions. Arch Intern Med 2011, 171(1): 75-80
- 27. Galván-Banqueri M, Santos-Ramos B, Vega-Coca MD, Alfaro-Lara ER, Nieto-Martín MD, Pérez-Guerrero C. Adecuación del tratamiento farmacológico en pacientes pluripatológicos. Aten Primaria. 2013: 45(1):6-20
- 28. Villafaina Barroso A, Gavilán Moral E. Pacientes polimedicados frágiles, un reto para el sistema sanitario. Inf Ter Sist Nac Salud. 2011;35,:114-123





- 29. Fernández Liz E. ¿Cómo revisar la medicación en los pacientes pluripatológicos?. Aten primaria 2013;45(5): 233-234
- 30. Bruin SR, Versnel N, Lemmens LC, Molena CC, Schellevis FG, Nijpels G Baan CA, Comprehensive care programs for patients with multiple chronic conditions: a systematic literature review. Health Policy 2012 Oct: 107(2-3)108-45
- 31. Lugtenberg M, Burgers JS, Clancy C, Westert GP, Schneider EC. Current Guidelines have Limited Applicability to patients with comorbid conditions. A systematic analysis of evidence-Based Guidelines. (2011) PLoS ONE 6(10) e25987
- 32. Boult et al. The Effect of Guided Care Teams on the Use of Health Services. Results from a Cluster-Randomized Controlled Trial. Arch Intern Med. 2011: 171(5)460-466
- 33. Conthe Gutierrez P, García Alegría J, Pujol Farriols R, Alfageme Michavilla I, Artola Menéndez S, Barba Martín R et al. Consenso para la elaboración del informe de alta hospitalaria en especialidades médicas. Med Clin (Barc). 2010;134(11): 505-510
- 34. Sasha Shepperd MSc DPhil, Helen Doll MSc DPhil, Robert M Angus MBChB, Mike J Clarke MA DPhil, Steve Iliffe BSc MBBS, Lalit Kalra MD PhD et al. Avoiding hospital admission through provision of hospital care at home: a systematic review and meta-analysis of individual patient care. CMAJ. 2009;180(2): 175-82
- 35. Ministerio de Sanidad y Política Social. Estándares y Recomendaciones. Unidad de Pacientes Pluripatológicos. Madrid 2009
- 36. Luke O. Hansen, MD, MHS; Robert S. Young, MD, MS; Keiki Hinami, MD, MS; Alicia Leung, MD; Mark V. Williams, MD. Interventions to reduce 30-day rehospitalization: a systematic review.

 Ann Intern Med. 2011: 155: 520-528
- 37. Martín Sánchez FJ, Fernández Alonso C y Gil Gregorio P. Puntos clave en la asistencia al anciano frágil en Urgencias. Med Clin (Barc). 2013;140(1): 24-29
- 38. Contel JC, Muntane B, Camp L. La atención al paciente crónico en situación de complejidad: el reto de construir un escenario de atención integrada. Atención primaria. 2012; 44(2). Disponible en http://zl.elsevier.es/es/revista/atención-primaria-27
- 39. Gerencia Regional de Salud. Causas de reclamaciones en la Gerencia Regional de Salud en mayores de 65 años (2011-2012). Valladolid, 2013
- 40. Gerencia Regional de Salud. Barómetro sanitario 2009. Resultados en satisfacción del paciente. Valladolid, 2010
- 41. Mercedes Bernard Vallés. Necesidades de información de los usuarios de servicios sanitarios de atención primaria. Tesis Doctoral. Universidad de Salamanca. Salamanca, 2013
- 42. Hospital Universitario Rio Hortega. Proceso de atención al paciente pluripatológico. 2011
- 43. Gerencia Integrada de Soria. Proceso atención a pacientes pluripatológicos. 2012
- 44. Estudio APEAS. Estudio sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria de salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008.
- 45. Amado Guirado E et al. Elementos básicos del abordaje de la medicación en el paciente crónico: información, revisión y adherencia. Recomendaciones en la atención de pacientes crónicos. Sociedad española de farmacia de atención primaria, 2012.
- 46. Sociedad Española de Directivos de Atención Primaria. Estrategia de Gestión de Crónicos. Edit SEDAP. Madrid 2013.
- 47. Gerencia Regional de Salud. de Castilla y León. Estrategia de Atención al paciente crónico en Castilla y León. Valladolid. 2013
- 48. Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad .Estrategia para el abordaje de la cronicidad en el Sistema Nacional de salud. Madrid 2012





GLOSARIO DE TÉRMINOS

AP: atención primaria

CRG: sistema de clasificación de pacientes en grupos de riesgo clínico

CONCYLIA: sistema de información farmacéutica DTSI: Dirección técnica de Sistemas de Información

G3: pacientes pluripatológicos complejos identificados a través del sistema de clasificación CRG

GACELA: historia clínica de enfermería hospitalaria en Castilla y León JIMENA: historia clínica electrónica de hospitales de Castilla y León

MEDORA: historia clínica electrónica de atención primaria de Castilla y León PAPPS: programa de actividades preventivas y de promoción de la salud

PCPP: pacientes crónicos pluripatológicos complejos

UCA: unidades de continuidad asistencial UCSS: unidades de coordinación sociosanitaria

Enfermera de Práctica Avanzada (ICN 2002): Aquella "enfermera especialista que ha adquirido la base de conocimiento de experto, las capacidades de adopción de decisiones complejas y las competencias clínicas necesarias para el ejercicio profesional ampliado".

Competencias Avanzadas de enfermería: Competencias desempeñadas por las enfermeras que son innovadoras, u otras competencias que anteriormente vienen realizando otros profesionales y que requieren una especialización o experiencia en un área funcional determinada (definición de Consenso del grupo revisor)





Anexos

Anexo 1 Folleto de información para la acogida del paciente en el proceso



ATENCIÓN AL PACIENTE CRÓNICO PLURIPATOLÓGICO

Para mejorar la atención de los pacientes con varias enfermedades crónicas hemos puesto en marcha un servicio específico del que usted va a poder beneficiarse a partir de este momento.

¿Qué ventajas implica este modelo de atención?

- Rapidez de respuesta: se pretende asegurar un acceso rápido cuando sea necesario tanto a consultas del hospital como a pruebas diagnósticas evitando en muchos casos que usted tenga que acudir a urgencias para obtener una atención rápida
- Atención integral y personalizada: trataremos de dar respuesta a sus necesidades de salud abordando de manera conjunta y personalizada sus diferentes problemas de salud, teniendo en cuenta también las necesidades de apoyo social con la participación del trabajador social del equipo, si fuera necesario.
- Continuidad de la atención: el seguimiento de sus enfermedades estará como hasta ahora a cargo de su médico y enfermera de atención primaria pero se mejora la coordinación con los especialistas del hospital, donde un médico especialista en medicina interna, será su referente para su atención y seguimiento, así como para canalizar las consultas a otros especialistas.
- Detección temprana de descompensaciones: uno de los objetivos prioritarios es evitar las descompensaciones de sus enfermedades, y si se producen, detectarlas precozmente y actuar de forma rápida para intentar la estabilización. Para ello desarrollaremos un plan de seguimiento muy cercano de la evolución de su enfermedad, en el que usted y las personas encargadas de su cuidado tienen un papel importante manteniendo una estrecha comunicación con su enfermera y médico de familia.

Información importante que usted debe conocer sobre este servicio

- Este programa pretende proporcionar una atención global a los pacientes con varios problemas de salud, evitando la multiplicidad de consultas y desplazamientos innecesarios al hospital
- Acuda a su Centro de salud con la periodicidad indicada por su médico y enfermera responsables de atenderle y de realizar el control y seguimiento de sus enfermedades.
- Si presenta síntomas que le preocupen en relación a su estado de salud puede contactar con su enfermera en horario de...... El teléfono de contacto es.....
- En el Hospital se ha creado una Unidad de Continuidad Asistencial (UCA) donde, si lo precisa, puede ser enviado por su médico de familia para contribuir al control de sus procesos crónicos.
- El **médico de la UCA**, especialista en Medicina Interna y la enfermera especialista, experta en cuidados de pacientes crónicos, serán los responsables de su atención en el hospital.
- Allí, podrá ser atendido en consulta externa, o si lo precisa ser hospitalizado al cargo de estos profesionales.
- Siempre que acuda al hospital lleve consigo la lista de medicamentos o la bolsa de las medicinas que toma.
- Contacte con su médico de familia ó enfermera antes de hacer uso de los servicios de urgencias hospitalarias, salvo que su situación clínica lo aconseje por su gravedad.





Anexo 2. Patrones funcionales de Marjory Gordon

- 1. **Patrón percepción-manejo de la salud**: conocimiento de los problemas de salud anteriores y actuales, conocimiento de los cuidados que precisa, actitud sobre los problemas de salud, ingresos recientes y motivos, estado vacunal, adherencia al tratamiento farmacológico, riesgo de caídas (Tinetti), psicofármacos en relación al riesgo de caídas, accidentes domésticos, hábitos tóxicos (alcohol -Cage-, tabaco -Richmond-, otras drogas)
- 2. **Patrón nutricional-metabólico**: tipo de dieta, tipo de nutrición (oral, enteral Sng, enteral catéter, parenteral), tipo alimentos que ingiere (MNA), dificultad para masticar, dificultad para deglutir, adherencia al tratamiento dietético, medidas antropométricas (peso, talla, IMC, circunferencia de cintura), piel y mucosas (cianótica, pálida, ictérica, rosada, moteada,...), estado e higiene de la boca, riesgo de lesiones en la piel (UPP -Braden-, vasculares -CEAP, Fontaine-, pie diabético -Wagner-), lesiones existentes (estadios UPP), control glucemia (si DM)
- 3. Patrón eliminación: cantidad/frecuencia en la eliminación urinaria e intestinal, uso de absorbentes, presencia de ostomías, conocimiento cuidados ostomías, presencia de edemas
- 4. **Patrón actividad-ejercicio**: valoración funcional (independencia en las actividades del autocuidado -Barthel-, independencia en las actividades de la vida diaria -Lawton & Brody-), barreras arquitectónicas, medidas de adaptación en el entorno, capacidad funcional (rigideces -grado de movilidad de las articulaciones-, postura, tono muscular, estabilidad en la marcha, deambulación -elementos de ayuda, encamado, sillón-cama-), frecuencia de ejercicio, tipo y nº de horas/semana, adherencia al tratamiento de actividad/ejercicio, tipo de respiración (ortopnea, taquipnea, bradipnea, disnea de esfuerzo, disnea en reposo), frecuencia respiratoria, presencia de cianosis, presencia de claudicación, uso de inhaladores y técnica de aplicación, oxigenoterapia, frecuencia cardiaca, presión arterial, temperatura
- 5. **Patrón reposo-sueño**: nº horas de sueño, calidad del sueño (insomnio, conciliación del sueño, pesadillas), ronquido, apnea del sueño, ayudas para dormir (naturales, fármacos), sensación de descanso al levantarse
- 6. **Patrón cognitivo-perceptual**: alteraciones sensoriales (vista -sistemas de compensación/prótesis-, audición -sistemas de compensación/prótesis-, vértigo, dolor (escala EVA, localización, tiempo de evolución), orientación temporoespacial, lenguaje (normal, titubeante, confuso, afaxia expresiva), pérdidas de memoria, dificultad de compresión, dificultad de aprendizaje, dificultad en la toma de decisiones), se valorará la presencia o no de deterioro cognitivo que pueda afectar a su capacidad para tomar decisiones sobre su vida en general y en particular sobre su salud, con presencia de tutor legal en caso de incapacidad (MEC)
- 7. **Patrón autopercepción-autoconcepto**: aceptación del estado de salud, ansiedad, temor, expectativas y atribuciones relacionadas con el problema de salud, autoestima. valorar la presencia de síntomas depresivos y/o ansiedad, así como alteraciones del estado de ánimo (escala reducida de depresión y ansiedad de Goldberg)
- 8. **Patrón de rol-relaciones**: tipo de convivencia, relación convivencial (satisfactoria, conflictiva, sin relación), aislamiento social, sufrimiento por pérdidas recientes, duelo, sistemas de apoyo (familiares, vecinos, amigos, cuidadores formales, otros), comunicación no verbal
- 9. **Sexualidad- Reproducción**: Describe los patrones de satisfacción o insatisfacción con la sexualidad, así como el patrón reproductivo y todo lo relacionado con el mismo. ¿Está satisfecho con su vida afectiva?
- 10. Patrón afrontamiento-tolerancia al estrés: cambios o crisis en el último año, manejo de situaciones difíciles, adaptación al estrés, apoyo con el que cuenta
- 11. Patrón de valoraciones/creencias: conflicto entre tratamientos y creencias, planes de futuro, asuntos pendientes (Instrucciones previas)





Anexo 3. Escalas para la valoración integral del paciente

1. a. ESCALA DE EVALUACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL: MINI NUTRITION UNIVERSAL SCREENING TOOL (MUST)

Se trata de una escala **heteroadministrada** que permite la detección de personas con riesgo nutricional proponiendo intervenciones en función de los puntos de riesgo.

		TEST DE CRIBAJE (MUST))	
	VALORACIÓN	OPCIONES DE RESULTADOS		PUNTOS
Α.	Indice de masa corporal (IMC)	IMC ≥ 20	0	
	Si la altura y el peso no pueden ser medidos, se estimará el IMC mediante la circunferencia del brazo (CB), medida en el punto medio del brazo entre el acromion y el olecranon*:	IMC 18,5-20	1	
	Si CB< 23.5 cm, probablemente corresponda a un IMC< 20kg/m Si CB es >32.0 cm, el IMC es probablemente >30 kg/m	IMC ≤18,5	2	
В.	Pérdida de peso involuntaria en los últimos 3-6 meses**	Porcentaje ≤ 5	0	
5.	%perdida de peso= (peso inicial - peso actual)x100 /peso inicial	Porcentaje 5-10	1	
	Apperdidu de peso- (peso iniciai - peso detadi)x100 / peso iniciai	Porcentaje ≥10	2	
C.	Presenta una enfermedad aguda***y ha estado o es probable que	Si Z	2	
	esté sin aporte nutricional por más de 5 días.	No (0	
		PUNTUACION TOTAL CRIBA	JE	

^{*} La CB puede ser también usada para estimar el cambio en el peso en un período de tiempo dado, siendo muy útil en pacientes crónicos (cambios de CB de al menos un 10% probablemente correspondan a cambios de peso y de IMC del 10% o mas).

Riesgo global de malnutrición

- 0 puntos: Riesgo bajo
- <u>1 punto</u>: Riesgo medio: Consejos dietéticos y repetir a los 2-3 meses.
- <u>2 o más puntos</u>: Riesgo Alto: Tratar

^{**} Es un factor de riesgo nutricional más importante que el IMC.

^{***} Incluye condiciones agudas, fisiopatológicas o psicológicas: pacientes críticos, dificultad para tragar (AVC), traumatismo craneoencefálico, cirugía gastrointestinal,...





2. ESCALA VISUAL ANALÓGICA (EVA)

La Escala Visual Analógica (EVA), permite medir la intensidad del dolor que describe el paciente con la máxima reproductibilidad entre los observadores. Consiste en una línea horizontal de 10 centímetros, en cuyos extremos se encuentran las expresiones extremas de un síntoma. En el izquierdo se ubica la ausencia o menor intensidad y en el derecho la mayor intensidad. Se pide al paciente que marque en la línea el punto que indique la intensidad y se mide con una regla milimetrada. La intensidad se expresa en centímetros o milímetros.

Sin dolor Máximo dolor

La Escala numérica (EN) es un conjunto de números de cero a diez, donde cero es la ausencia del síntoma a evaluar y diez su mayor intensidad. Se pide al paciente que seleccione el número que mejor indique la intensidad del síntoma que se está evaluando. Es el método más sencillo de interpretar y el más utilizado.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sin dolor										Máximo dolor

La Escala categórica (EC) se utiliza cuando el paciente no es capaz de cuantificar sus síntomas con las escalas anteriores, expresando la intensidad de los síntomas en categorías, lo que resulta mucho más simple. Se suele establecer una relación entre categorías y un equivalente numérico.

0	4	6	10
Nada	Poco	Bastante	Mucho





3. INDICE DE BARTHEL - ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA

ACTIVIDADES	VALORACION		PUNTOS
	Totalmente independiente	10	
Comer	Necesita ayuda para cortar carne, pan, etc.	5	
	Dependiente	0	
Lavarse	Independiente. Entra y sale solo del baño	5	
Lavarse	Dependiente	0	
	Independiente. Capaz de ponerse y quitarse la ropa, abotonarse, atarse los zapatos	10	
Vestirse	Necesita ayuda	5	
	Dependiente	0	
Arroglares	Independiente para lavarse la cara, las manos, peinarse, afeitarse, maquillarse, etc.	5	
Arreglarse	Dependiente	0	
	Continente	10	
Deposiciones	Ocasionalmente algún episodio de incontinencia o necesita ayuda para administrarse supositorios o	5	
Deposiciones	lavativas		
	Incontinente	0	
	Continente o capaz de cuidarse la sonda	10	
Micción	Ocasionalmente, máx. un episodio de incontinencia en 24 h, necesita ayuda para cuidar la sonda	5	
	Incontinente	0	
	Independiente para ir al WC, quitarse y ponerse la ropa	10	
Usar el retrete	Necesita ayuda para ir al WC, pero se limpia solo	5	
	Dependiente	0	
	Independiente para ir del sillón a la cama	15	
Trasladarse	Mínima ayuda física o supervisión	10	
i i asiauai se	Gran ayuda pero es capaz de mantenerse sentado sin ayuda	5	
	Dependiente	0	
	Independiente, camina solo 50 metros	15	
Deambular	Necesita ayuda física o supervisión para caminar 50 metros	10	
Deallibulai	Independiente en silla de ruedas, sin ayuda	5	
	Dependiente	0	
	Independiente para subir y bajar escaleras	10	
Escalones	Necesita ayuda física o supervisión	5	
	Dependiente	0	
	PUNTUACION T	OTAL	

Valoración de la incapacidad funcional

100 Total independencia (siendo 90 la máxima puntuación si el paciente usa silla de ruedas)

60 Dependencia leve
35-55 Dependencia moderada
20-35 Dependencia severa
20 Dependencia total





4. ESCALA DE LAWTON Y BRODY PARA LAS ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA

ACTIVIDAD	VALORACION		PUNTOS
CAPACIDAD PARA USAR EL TELÉFONO	Utiliza el teléfono a iniciativa propia, busca y marca los números, etc. Marca unos cuantos números bien conocidos Contesta el teléfono pero no marca No usa el teléfono	1 1 1 0	
IR DE COMPRAS	Realiza todas las compras necesarias con independencia Compra con independencia pequeñas cosas Necesita compañía para realizar cualquier compra Completamente incapaz de ir de compras	1 0 0 0	
PREPARACIÓN DE LA COMIDA	Planea, prepara y sirve las comidas adecuadas con independencia Prepara las comidas si se le dan los ingredientes Calienta y sirve las comidas pero no mantiene una dieta adecuada Necesita que se le prepare y sirva la comida	1 0 0 0	
CUIDAR LA CASA	Cuida la casa sólo o con ayuda ocasional (ej. Trabajos pesados) Realiza tareas domésticas ligeras como fregar o hacer cama Realiza tareas domésticas ligeras pero no puede mantener un nivel de limpieza aceptable Necesita ayuda en todas las tareas de la casa No participa en ninguna tarea doméstica	1 1 1 1 0	
LAVADO DE ROPA	Realiza completamente el lavado de ropa personal Lava ropa pequeña Necesita que otro se ocupe del lavado	1 1 0	
MEDIO DE TRANSPORTE	Viaja con independencia en transportes públicos o conduce su coche Capaz de organizar su propio transporte en taxi, pero no usa transporte público Viaja en transportes públicos si le acompaña otra persona Sólo viaja en taxi o automóvil con ayuda de otros No viaja	1 1 1 0 0	
RESPONSABILIDAD SOBRE LA MEDICACIÓN	Es responsable en el uso de la medicación, dosis y horas correctas Toma responsablemente la medicación si se le prepara con anticipación en dosis preparadas No es capaz de responsabilizarse de su propia medicación	1 0 0	
CAPACIDAD DE UTILIZAR EL DINERO	Maneja los asuntos financieros con independencia, recoge y conoce sus ingresos Maneja los gastos cotidianos pero necesita ayuda para ir al banco, grandes gastos, etc. Incapaz de manejar el dinero	1 1 0	
	PUNTUACIO	N TOTAL	

Máxima dependencia: 0 puntos Independencia total: 8 puntos





5. MINI EXAMEN COGNOSCITIVO DE LOBO (adaptación y validación de Lobo A, et al., 1979, del MMSE de Folstein MP, et al., 1975. revalidado y normalizado por Lobo A, et al., 2001)

Cranadae , norm	alizado poi Lobo A, et al., 2001)	
ORIENTACIÓN	¿En qué año estamos? ¿En qué estación del año estamos? ¿En qué día de la semana estamos? ¿Qué día (número) es hoy? ¿En qué mes estamos? ¿En qué provincia estamos? ¿En qué provincia estamos? ¿En qué país estamos? ¿En qué pueblo o ciudad estamos? ¿En qué pueblo o ciudad estamos? ¿En qué lugar estamos en este momento? ¿Se trata de un piso o una planta baja?	1 1 1 1 1 1 1 1 1
FIJACIÓN	Repita estas tres palabras: "peseta, caballo, manzana". Un punto por cada respuesta correcta. Una vez puntuado , si nos lo ha dicho bien, se le repetirán con un límite de seis intentos hasta que los aprenda. "Acuérdese de ellas porque se las preguntaré dentro de un rato"	1 1 1
CONCENTRACIÓN Y CÁLCULO	Si tiene 30 pesetas y me dan 3 ¿cuántas le quedan? ¿Y si me da 3? Hasta 5 restas . Un punto por cada resta correcta.	1 1 1 1 1
MEMORIA	¿Recuerda los 3 objetos que le he dicho antes?. Un punto por cada respuesta correcta.	1 1 1
LENGUAJE Y CONSTRUCCIÓN	Mostrar un bolígrafo. ¿Qué es esto? Mostrar un reloj. ¿Qué es esto? Repita esta frase: "En un trigal había cinco perros" (un punto si es correcta) Ahora haga lo que le diga: "Coja este papel con la mano derecha, dóblelo por la mitad y póngalo encima de la mesa" (1 punto por cada acción correcta) Haga lo que aquí le escribo (en un papel y con mayúsculas escribimos: "CIERRE LOS OJOS"). Ahora escriba, por favor, una frase, la que quiera, en este papel (le da un papel y se le dice que no será correcto si escribe su nombre, se requiere una frase con sujeto, verbo y complemento) Copie este dibujo, anotando un punto si cada pentágono tiene cinco lados y cinco ángulos y están entrelazados con dos puntos de contacto.	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1
	TOTA	\L

La puntuación máxima es de 30 puntos:

- Sugiere deterioro cognitivo en <u>></u>65 años: <24 puntos (24-29= borderline) Sugiere deterioro cognitivo en < 65 años: <28 puntos





6. ESCALA DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD DE GOLDBERG (versión adaptada al castellano por A. Lobo y cols.)

SUBESCALA DE ANSIEDAD		
• ¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión?	Si	No
¿Ha estado muy preocupado por algo?	Si	No
• ¿Se ha sentido muy irritable?	Si	No
¿Ha tenido dificultad para relajarse?	Si	No
(Si hay 3 o más respuestas afirmativas continuar preguntando)		
¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir?	Si	No
¿Ha tenido dolores de cabeza o nuca?	Si	No
¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea?	Si	No
¿Ha estado preocupado por su salud?	Si	No
¿Ha tenido alguna dificultad para conciliar el sueño, para quedarse dormido?	Si	No
TOTAL ansiedad (suma de respuestas afirmativas)		
SUBESCALA DE DEPRESIÓN		
• ¿Se ha sentido con poca energía?	Si	No
• ¿Ha perdido usted el interés por las cosas?	Si	No
¿Ha perdido la confianza en sí mismo?	Si	No
¿Se ha sentido usted desesperanzado, sin esperanzas?	Si	No
(Si hay respuestas afirmativas a cualquiera de las preguntas anteriores, continuar)		
¿Ha tenido dificultades para concentrarse?	Si	No
¿Ha perdido peso? (a causa de su falta de apetito)	Si	No
¿Se ha estado despertando demasiado temprano?	Si	No
¿Se ha sentido usted enlentecido?	Si	No
¿Cree usted que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas?	Si	No
TOTAL depresión (suma de respuestas afirmativas)		

Criterios de valoración: Sólo se deben puntuar los síntomas que duren más de dos semanas. Cuatro o más respuestas afirmativas en la subescala de la ansiedad y dos o más respuestas afirmativas en la de depresión indican probabilidad de padecer ansiedad o depresión pero el diagnóstico debe confirmarse con la entrevista clínica.





7. VALORACIÓN SOCIO FAMILIAR ESCALA GIJÓN

	VALORACION	VALOR ASIGNADO A CADA OPCIÓN	PUNTOS
	Vive con la familia sin dependencia físico/psíquica		
SITUACIÓN FAMILIAR	Vive con cónyuge de similar edad Vive con familia y/o cónyuge con algún grado de dependencia	2 2	
	Vive solo y tiene hijos próximos	3	
	Vive solo y delle filjos proximos Vive solo y carece de hijos o viven lejo	τ ς	
	Más de 1,5 veces el salario mínimo (SMI)	1	
	Del salario mínimo a 1,5 veces	2	
SITUACIÓN ECONÓMICA	Desde pensión mínima contributiva (PMC) a salario mínimo	3	
SITUACION ECONOMICA	Pensión no contributiva (PNC), LISMI o FAS	4	
	Menos del apartado anterior	5	
	Adecuada a necesidades	1	
	Barreras arquitectónicas en vivienda o portal	2	
VIVIENDA	Humedades, mala higiene, equipamiento inadecuado	3	
	Ausencia de ascensor/teléfono	4	
	Vivienda inadecuada	5	
	Relaciones sociales	1	
	Relación social sólo con familia y vecinos	2	
RELACIONES SOCIALES	Relación social sólo con familia o vecinos	3	
	No sale del domicilio, recibe visitas	4	
	No sale y no recibe visitas	5	
	Con apoyo familiar o vecinal	1	
* DOVOG DE LA DED COC	Voluntariado social, ayuda domiciliaria	2	
APOYOS DE LA RED SOCIAL	No tiene apoyo	3	
	Pendiente de residencia geriátrica	4	
	Tiene cuidados permanentes	5	
		TOTAL	

Sumar el valor correspondiente a cada situación (1-5) de cada uno de los cinco apartados

- 5-9 puntos: Buena/aceptable situación social 10-14 puntos: Riesgo social >=15 puntos: Posible problema social





8. VALORACIÓN DE LA SOBRECARGA DEL CUIDADOR FAMILIAR – ESCALA ZARIT

	Nunca (1 pto)	Rara vez (2 ptos)	A veces (3 ptos)	Bastantes veces (4 ptos)	Casi siempre (5 ptos)
¿Siente usted que su familiar/paciente solicita más ayuda de la que realmente necesita?	1	2	3	4	5
¿Siente que, por el tiempo que gasta con su familiar, ya no tiene tiempo para usted mismo?	1	2	3	4	5
¿Se siente estresado al tener que cuidar a su familiar y tener que atender otras responsabilidades?	1	2	3	4	5
¿Se siente avergonzada/o por el comportamiento de su familiar/paciente?	1	2	3	4	5
¿Se siente irritada/o cuando está cerca de su familiar/paciente?	1	2	3	4	5
¿Cree que la situación actual afecta a su relación con amigos / familiares negativamente?	1	2	3	4	5
¿Siente temor por el futuro que le espera a su familiar/paciente?	1	2	3	4	5
¿Siente que su familiar/paciente depende de usted?	1	2	3	4	5
¿Se siente agotada/o cuando tiene que estar junto a su familiar/paciente?	1	2	3	4	5
¿Siente usted que su salud se ha visto afectada por tener que cuidar a su familiar/paciente?	1	2	3	4	5
¿Siente que no tiene la vida privada que desearía a causa de su familiar/paciente?	1	2	3	4	5
¿Cree que sus relaciones sociales se han visto afectadas por tener que cuidar de su familiar?	1	2	3	4	5
¿Se siente incómodo/a para invitar amigos a casa, a causa de su familiar/paciente?	1	2	3	4	5
¿Cree que su familiar espera que usted le cuide como si fuera la única persona con la que puede contar?	1	2	3	4	5
¿Cree usted que no dispone de dinero suficiente para cuidar de su familiar/paciente, además de sus otros gastos?	1	2	3	4	5
¿Siente que no va a ser capaz de cuidar de su familiar/paciente durante mucho más tiempo?	1	2	3	4	5
¿Siente usted que ha perdido el control sobre su vida desde que la enfermedad de su familiar se manifestó?	1	2	3	4	5
¿Desearía poder encargar el cuidado de su familiar a otra persona?	1	2	3	4	5
¿Se siente insegura/o acerca de lo que debe hacer con su familiar/paciente?	1	2	3	4	5
¿Siente que debería hacer más de lo que hace por su familiar/paciente?	1	2	3	4	5
¿Cree que podría cuidar a su familiar/paciente mejor de lo que lo hace?	1	2	3	4	5
En general, ¿se siente muy sobrecargada/o al tener que cuidar de su familiar/paciente?	1	2	3	4	5
TOTAL					

Valoración

< 46 puntos. No sobrecarga

47-55 puntos. Sobrecarga leve > 56 puntos. Sobrecarga intensa





Anexo 4. Revisión estructurada del plan terapéutico farmacológico

Este Anexo recoge los criterios que deben considerarse en la realización de la revisión estructurada del Plan Terapéutico. También proporciona una herramienta para orientar esta revisión mediante un Informe de Concylia diseñado específicamente para detectar aspectos relevantes que deben considerarse en los pacientes que tienen un mayor número de medicamentos prescritos.

5.1. CRITERIOS DE REVISIÓN ESTRUCTURADA DEL PLAN TERAPÉUTICO

Revise y señale para cada medicamento, lo que ha detectado en relación con los siguientes aspectos:

1.	Necesidad y selección del medicamento	2.	Adecuación y conveniencia: dosis, frecuencia, duración y presentación
•	¿El medicamento es necesario? ¿Sigue estando presente la indicación para la que fue prescrito? ¿El medicamento se emplea en las indicaciones aprobadas? ¿Se han tenido en cuenta las	•	¿La dosis, pauta, duración y presentación del medicamento (forma farmacéutica, vía y modo de administración) son adecuadas? ¿Se han tenido en cuenta las características del paciente: edad, peso, función renal y hepática, patología actual?
	alergias, efectos adversos y contraindicaciones?	•	¿El régimen terapéutico es complejo (vía de administración, dosis, interferencia en la vida diaria)? ¿Puede simplificarse la terapia?
•	¿El medicamento prescrito es la mejor elección para ese proceso y ese paciente en base a la evidencia disponible? (Ver Guía Sacyl).		diana). El dede simplimedise la terapia.
•	¿Se han incluido medidas no farmacológicas adecuadas?		
•	$\dot\epsilon El$ paciente tiene algún problema de salud que debería ser tratado con un medicamento y no lo está?		
•	¿El medicamento prescrito puede sustituirse por otro más eficiente o más económico?		
3.	Efectividad	4.	Seguridad: efectos adversos e interacciones
•	¿Está claramente definido el objetivo terapéutico del tratamiento y es adecuado para ese paciente (considerar la edad)?	•	¿Hay duplicidades en la terapia farmacológica (mismo principio activo o misma clase terapéutica)?
•	¿Hay alguna prueba que proporcione una información objetiva al respecto (ej. tensión arterial, hemoglobina glicosilada, LDL-colesterol)? ¿Se ha establecido cómo y cada cuánto se va a valorar el resultado del tratamiento y se está monitorizando adecuadamente?		¿El paciente presenta alguna contraindicación por edad patología o por otro medicamento que forma parte de su tratamiento? ¿Existe alguna alergia o intolerancia al medicamento?
•	Programar controles posteriores para evaluar periódicamente los objetivos terapéuticos para los que se han indicado los medicamentos y si no se alcanzan los objetivos:		
	- Valorar si la causa es la falta de adherencia al tratamiento.	•	¿El régimen terapéutico incluye medicamentos para tratar un efecto adverso de otro medicamento ("cascada farmacológica")? Si es así, ¿puede suspenderse el medicamento
	 Si la adherencia es adecuada, se recomienda: un aumento de la dosis del medicamento, el cambio por una alternativa más efectiva o añadir un fármaco con acción sinérgica. 		original? Si el paciente presenta alguno de los síntomas que se citan a continuación, evaluar si podría estar relacionado con la medicación:
	- Considerar si se debe a una interacción (medicamento, alimento o producto de fitoterapia, patología).	•	Dolor de cabeza/ Dolor Urticaria/ Erupción





		 Problemas de sueño Problemas de vértigo, mareo, equilibrio Problemas de incontinencia/ al orinar Dolores musculares Fatiga Cambios de humor Problemas de estómago o gastrointestinales Problemas sexuales Caídas y el daño cognitivo (son frecuentes en ancianos) Otras más graves: Distonías agudas. Discrasias sanguíneas. Reacciones cutáneas como el síndrome de Stevens-Johnson y necrólisis epidérmica tóxica. El síndrome neuroléptico maligno.
5.	Adherencia	
•	¿Sospecha incumplimiento? ¿El paciente tiene alguna dificultad práctica para utilizar los medicamentos? ¿Está capacitado para manejar dispositivos terapéuticos con una técnica compleja de utilización, como por ejemplo, inhaladores, insulinas? Si se sospechan problemas de incumplimiento, citar al paciente en la consulta de enfermería para valorar la adherencia (anexo 9).	
•	¿El paciente puede asumir o gestionar la carga terapéutica que le han prescrito? Puede ser necesario retirar medicamentos hasta llegar al umbral de medicamentos que él puede gestionar.	
•	¿Conoce el paciente todos los aspectos relacionados con su tratamiento? ¿La percepción de su enfermedad se ajusta a la gravedad? Informar al paciente de sus enfermedades y de las repercusiones de los tratamientos (beneficios y riesgos) así como de las expectativas sobre eficacia y duración del tratamiento.	
•	¿El paciente está de acuerdo con su tratamiento?, ¿acepta los cambios propuestos?. Es importante conseguir el acuerdo y la implicación del paciente.	

5.2. INFORME CONCYLIA PARA ORIENTAR LA REVISIÓN

A partir de los datos de facturación de recetas de Concylia se pondrá a disposición de cada CPF de Atención Primaria un informe con los **12 CIPs que tienen mayor número de principios activos prescritos. Para cada paciente se proporcionará una batería de indicadores agrupados en: generales, adecuación a objetivos de tratamiento, seguridad, duplicidades y otros. Los indicadores señalan aspectos del tratamiento del paciente que requieren una valoración más detallada. Este informe de Concylia, titulado "***Informe polimedicado***", se podrá consultar en el Portal del Medicamento, como el resto de informes de prescripción. La tabla que se muestra a continuación recoge la interpretación de cada indicador y las actuaciones que puedan derivarse. Esta información se proporcionará como manual de ayuda al informe.**





INFORME DE CONCYLIA: REVISIÓN DE POLIMEDICADOS									
CIP/SEX	CIP/SEXO/EDAD del paciente								
	GENERALES		INTERPRETACIÓN	ACTUACIONES					
	Nº de PACTV	Nº Pactv	Nº total de principios activos diferentes que el paciente ha retirado en cualquier farmacia de Castilla y León en los tres meses anteriores; pueden haber sido prescritos por varios médicos	El uso de un número elevado de medicamentos puede disminuir la adherencia al tratamiento, aumentar la iatrogenia y dar lugar a errores de utilización. Puede ser conveniente priorizar o revisar la indicación de los principios activos. Valorar función renal, especialmente en mayores de 65 años.					
GENERALES	Novedades No de Anos en el raportación el raportac		Nº de principios activos prescritos que llevan menos de 5 años en el mercado y que se consideran de "nula o escasa aportación terapéutica" o con "experiencia o investigación clínica disponible insuficiente"	Valorar la necesidad de estos medicamentos, o considerar alternativas de primera elección o mayor experiencia clínica .					
	Nº de PACTV en GT Nº Pactv		Nº de principios activos prescritos que están incluidos en la Guía Terapéutica de Sacyl	Un valor bajo de este indicador en relación al número total de principios activos prescritos (Nº DE PACTV), indica que la selección de principios activos NO se ajusta a las recomendaciones de la Guía Terapéutica de Sacyl, basadas en los criterios de eficacia, seguridad, conveniencia y coste.					
	ADECUACIÓN A OBJETI	ivos	INTERPRETACIÓN	ACTUACIONES					
ETIVOS	Diabetes Mellitus 2	Nº Pactv	Número de medicamentos antidiabéticos no insulínicos que utiliza el paciente	El uso de medicamentos antidiabéticos debe valorarse en el contexto clínico de cada paciente. Los objetivos de control glucémico (%HbA1c) se individualizarán según edad, duración de diabetes y comorbilidad cardiovascular. De forma general se recomienda un objetivo de %HbA1c<7, aunque en ancianos, pacientes con complicaciones asociadas o DM2 de larga duración se deben plantear objetivos menos estrictos (7,5-8%).					
ADECUACIÓN A OBJETIVOS	LDL	Nº Pactv	Número de medicamentos hipolipemiantes que utiliza el paciente	En prevención primaria, valorar continuidad del tratamiento en función del riesgo cardiovascular, expectativas y calidad de vida del paciente (especialmente en >75 años y polimedicados). En hipercolesterolemia familiar y prevención secundaria ajustar dosis a las 4-6 sem según objetivos alcanzados de cLDL, valorando seguridad de dosis altas. Vigilar la aparición de toxicidad muscular.					
ADECI	Alzheimer	Nº Pactv	Número de medicamentos para la demencia que utiliza el paciente	Retirar cuando deje de objetivarse mejoría de los síntomas cognitivos, funcionales o de comportamiento. Reevaluar cada 6 meses y continuar sólo si Mini-mental>10 y las condiciones globales del paciente lo aconsejen.					
	Osteoporosis	Nº Pactv	Valorar riesgo de fractura y la necesidad de continuar tratamiento, considerando la seguridad de los distintos grupos de fármacos.						





	SEGURIDAD		INTERPRETACIÓN	ACTUACIONES			
	Bisfosfonatos	SI/NO	S=SÍ El paciente está en tratamiento con bisfosfonatos	Reevaluar la necesidad de continuar el tratamiento, considerando los riesgos derivados de su empleo (fractura atípica, osteonecrosis maxilar), particularmente si el tratamiento supera los 5 años. Precaución ante intervenciones dentales.			
ЭАБ	Ranelato de estroncio	SI/NO	S=SÍ El paciente está en tratamiento con ranelato de estroncio	Suspender el tratamiento si el paciente tiene riesgo elevado de cardiopatía isquémica, tromboembolismo venoso actual o previo o inmovilización o hipertensión arterial no controlada. Vigilar la aparición de reacciones dermatológicas graves. Considerar otra alternativa terapéutica tras valorar la necesidad y el balance beneficio-riesgo; uso restringido a pacientes con osteoporosis severa y alto riesgo de fracturas que no puedan utilizar otras alternativas terapéuticas.			
	Denosumab	SI/NO	S=SÍ El paciente está en tratamiento con denosumab	Riesgo de fractura atípica de fémur: valorar de forma individualizada riesgos y beneficios del tratamiento. Considerar interrumpir tratamiento si se sospecha fractura atípica. Vigilar dolor nuevo o inusual en muslo, cadera o ingle.			
	Aliskiren + IECA o ARAII	SI/NO	El paciente está en tratamiento con aliskiren junto con IECA o ARAII S=SÍ N=NO	Esta combinación de medicamentos aumenta el riesgo de fallo renal. Contraindicada en diabéticos y en IR moderada o grave.			
SEGURIDAD	Agomelatina	SI/NO	El paciente está en tratamiento con agomelatina S=SÍ N=NO	No debe utilizarse en mayores de 75 años ya que no hay evidencia de eficacia. Riesgo de toxicidad hepática grave. Se deben realizar controles hepáticos al inicio y durante el tratamiento.			
S	Citalopram/ Escitalopram	SI/NO	El paciente está en tratamiento con citalopram o escitalopram S=SÍ N=NO	Citalopram: Dosis máx. recomendada: 40 mg/día. En > de 65 años o con disfunción hepática, Dosis máx.: 20 mg/día. Escitalopram: Dosis máx. en > 65 años: 10 mg/día. Contraindicados si hay antecedentes de intervalo QT alargado o síndrome congénito del segmento QT largo, o en pacientes tratados con algún medicamento que pueda prolongar el intervalo QT. Precaución en pacientes en los que coexistan otros factores de riesgo de desarrollar Torsades de Pointes.			
	Domperidona	SI/NO	El paciente está en tratamiento con domperidona S=SÍ N=NO	Utilizar domperidona únicamente en el tratamiento de náuseas y vómitos, durante el menor tiempo posible y sin sobrepasar 10 mg/8h vo. También se pueden utilizar supositorios 30 mg/12h vr. En niños y adolescentes de menos de 35 Kg se debe administrar por vo a dosis de 0,25 mg/Kg de peso hasta 3 veces al día. No utilizar supositorios en niños. No utilizar domperidona si el paciente está recibiendo otros fármacos que puedan prolongar el intervalo QT del ECG o que sean inhibidores potentes del citocromo CYP3A4, si presenta alteraciones de la conducción o el ritmo cardiaco o presenta insuficiencia hepática moderada o severa.			





	Diacereína	SI/NO	El paciente está en tratamiento con diacereína S=SÍ N=NO	Debido al riesgo de diarrea severa y las complicaciones que pueden presentarse no se recomienda su uso a partir de los 65 años. El tratamiento debe iniciarse con 50 mg/día durante las primeras 2-4 semanas de tratamiento, valorando la tolerancia al mismo. Posteriormente se debe incrementar a dosis recomendada de tratamiento de 100 mg/día. El tratamiento debe suspenderse si aparece diarrea. No debe utilizarse en pacientes con enfermedad hepática (vigilar signos y síntomas durante el tratamiento). Diacereína sólo debe indicarse en el tratamiento sintomático de artrosis de rodilla y cadera por médicos con experiencia en el manejo de esta enfermedad.		
	DUPLICIDADES		INTERPRETACIÓN	ACTUACIONES		
≥ 2 PACTV del mismo sgt (4 dígitos) SI/NO > 3 PACTV del mismo sgt SI/NO			El paciente está en tratamiento con dos Pactv del mismo Subgrupo Terapéutico (4 dígitos)	Investigar la posibilidad de duplicidades en el tratamiento y, en su caso, valorar la retirada de alguno de los fármacos.		
DUPL	> 3 PACTV del mismo sgt (5 dígitos)	SI/NO	El pacientes en tratamiento con 3 o más Pactv del mismo subgrupos terapéutico (5 dígitos)	Investigar la posibilidad de duplicidades en el tratamiento y valorar la retirada de principios activos		
	INTERACCIONES		INTERPRETACIÓN	ACTUACIONES		
INTERACCIONES	Triple Whammy SI/NO		El paciente está en tratamiento con AINE+IECA o ARA2 + diurético	Combinación de medicamentos que aumentan el riesgo renal. Precaución en ancianos y pacientes en situaciones especiales (deshidratación, insuficiencia renal y/o cardiaca,). Si no es posible retirar ningún fármaco, valorar función renal y potasio.		
RACCI	Anticoagulante + AINE SI/NO		El paciente está en tratamiento concomitante con anticoagulante + AINE	El uso concomitante aumenta el riesgo de hemorragia. Valorar alternativas.		
INTE	Verapamilo o Diltiazem SI/NO Principios activos con riesgo potencial de interacción grave con otros medicamentos		Principios activos con riesgo potencial de interacción grave con otros medicamentos	Revisar medicación concomitante. Evitar con: ivabradina, cisaprida (D) y con amiodarona (V). Precaución con estatinas, puede aumentar su concentración sérica: vigilar miopatías		
	OTROS INDICADORES		INTERPRETACIÓN	ACTUACIONES		
RES	Fármacos que aumentan el riesgo de fractura		El paciente está en tratamiento con IBP o ISRS o benzodiazepina o pioglitazona	Valorar la pertinencia de estos tratamientos en paciente con riesgo elevado de fractura.		
TROS	Valorar duración tratamiento SI/NO		Paciente en tratamiento con IBP, ISRS, benzodiazepinas y otros hipnóticos, AINE	Valorar el tiempo necesario de utilización ya que se tiende a prorrogar su uso indefinidamente.		
Valorar duración tratamiento SI/NO Paciente en tratamiento con IBP, ISRS, benzodiazepina otros hipnóticos, AINE >3 PACTV depresores de SNC Nº Pactv SI/NO Paciente en tratamiento con IBP, ISRS, benzodiazepina otros hipnóticos, AINE Número de neurolépticos, ansiolíticos, hipnóticos y sedantes antidepresivos que utiliza el paciente				Valorar la eficacia y seguridad del efecto depresor del SNC. Revisar periódicamente la necesidad de continuar tratamiento con cada uno de ellos y el nivel de consciencia del paciente.		





Anexo 5. Plan de intervención social

- 1. Identificar factores de riesgo social y/o puntos críticos susceptibles de intervención:
 - Vivir solo/a
 - Dependencia severa o gran dependencia para la movilidad
 - Deterioro cognitivo
 - Falta de apoyo familiar y/o social, cuando carezca de apoyo o éste exista pero sea insuficiente. Conflicto familiar
 - Sobrecarga del cuidador
 - Bajos recursos económicos
 - Sospecha de malos tratos
 - Analfabetismo e incumplimiento terapéutico
 - Falta de higiene personal o en la vivienda
- 2. Clarificar, conjuntamente con el paciente y la familia, las necesidades socio-sanitarias prioritarias a través de entrevista de seguimiento
- 3. Orientar e informar al paciente y la familia sobre las alternativas de apoyo comunitario ya sea apoyo formal e informal. Así como realizar actividades de apoyo psicosocial e intervención familiar. Solicitud, gestión y trámite de aquellos recursos sanitarios y sociales necesarios
- 4. Coordinación con los Centros de Acción social para agilizar los recursos de aquellos casos con una problemática social más grave a través de una valoración socio-sanitaria individual de los pacientes mediante contacto telefónico y visita domiciliaria conjunta
- 5. Seguimiento a través de visita domiciliaria, consulta en centro de salud o telefónica para proporcionar apoyo psicosocial y detectar posibles cambios en la situación





Anexo 6. Hoja de medicación

PACIENTE CIP Año de nacimien CENTRO Timo Dirección	to
CENTRO Tfno Dirección	
Población CP Provincia	
Prof. Médico CPF Prof. Enfermeria	
OFIC. DE FARMACIA:	
Dirección y teléfono:	
Farmacéutico responsable:	
Fecha:	
Desayuno Comida Cena Ala Ala Cona Acceptante Cona Ala Cona Acceptante Cona Acceptante Cona Cona Cona Cona Cona Cona Cona Cona	
MEDICAMENTO POSOLOGÍA 📜 🎆 🍮 diagnóstico, si procede inicio	
OBSERVACIONES GENERALES Anotaciones del farmacéutico	
Esta hoja de medicación se ajustará a lo establecido d 15/1999, en cuanto a la protección de dalos de carác Esta hoja de tratamiento anula las anteriores.	en la Ley Orgánica ter personal.





Anexo 7. Hoja de información sobre signos y síntomas a vigilar por el paciente

SIGNOS Y SINTOMAS A VIGILAR	INSUFICIENCIA CARDIACA	ЕРОС	D.M	HEPATOPATÍA CRÓNICA	ENFERMEDAD RENAL AVANZADA	SITUACIONES QUE DEBE VALORAR Y COMUNICAR A SU ENFERMERA
Peso Debe pesarse a diario, o al menos tres veces por semana, preferiblemente por la mañana, antes de desayunar y después de haber ido al baño.	x					Ganancia brusca de peso (1Kg en un día o 2 Kg en dos o más días)
Tensión Arterial	x				X	Tensión arterial mayor de 140/90 a pesar de su medicación
Frecuencia Cardiaca	x	x				Frecuencia cardiaca rápida o empeoramiento de las palpitaciones
Glucemia			x			Vómitos, sudoración excesiva, mareos, sed intensa, aumento frecuencia y cantidad de orina total.
Temperatura	x	x				Fiebre mayor de 38° C (medida con termómetro) o síntomas de catarro.
Disnea	X	x				Dificultad para respirar intensa y persistente Dificultad para respirar sobre todo con poca actividad o en reposo Necesidad de aumentar el número de almohadas al dormir





SIGNOS Y SINTOMAS A VIGILAR	INSUFICIENCIA CARDIACA	ЕРОС	D.M	HEPATOPATÍA CRÓNICA	ENFERMEDAD RENAL AVANZADA	SITUACIONES QUE DEBE VALORAR Y COMUNICAR A SU ENFERMERA
Secreciones		X				Aumento de las secreciones (mas moco de lo habitual) y/o un cambio de color (mas amarillento o verdoso) o bien presenta un cambio en la consistencia de las secreciones (mocos mas espesos) y/o le cuesta expectorarlos
Tos	x	x				Tos seca o irritativa persistente. Tos al acostarse. Incremento de la tos habitual.
Orina ¿Ha notado un aumento o disminución de la cantidad de orina a lo largo del día?	x		x	x	x	Disminución de la cantidad total de orina Aumento de la frecuencia y cantidad total de orina
Edemas/Ascitis	x	x		x	x	Aparición o aumento de hinchazón en los pies , tobillos o piernas. Hinchazón abdominal
Dolor	x	X		x		Dolor abdominal Dolor en el pecho Dolor costal Dolores de cabeza por las mañanas
Cansancio/Fatiga	x	x				Aumento de la fatiga, sensación continua de cansancio -Dolor en el pecho -Empeoramiento del cansancio -Pérdida de conciencia o mareo





SIGNOS Y SINTOMAS A VIGILAR	INSUFICIENCIA CARDIACA	EPOC	D.M	HEPATOPATÍA CRÓNICA	ENFERMEDAD RENAL AVANZADA	SITUACIONES QUE DEBE VALORAR Y COMUNICAR A SU ENFERMERA
Somnolencia	X	x		x	x	Problemas con el descanso nocturno (dificultad para dormir, sensación de ahogo nocturno) Tiene más sueño de lo habitual durante el día
Nivel de conciencia		x				Está irritable Tiene desorientación, confusión Empeoramiento de los mareos Desvanecimiento
Temblores ¿Ha comenzado a tener temblores?				x		
Ictericia				x		Coloración amarillenta de su piel o parte de su ojo
Sangrado digestivo				x		Vómitos con sangre (rojo intenso) o algo parecido a posos de café Deposición negra de consistencia pegajosa (como alquitrán) o con heces mezcladas o cubiertas con sangre





Anexo 8. Cuestionario de apoyo para el seguimiento proactivo del paciente por parte de enfermería

1. Investigar estado general del paciente: ¿Qué tal está?, ¿Cómo se encuentra?, ¿Ha tenido algún problema de salud añadido en estos días?



- **2. Investigar signos y síntomas de depresión o ansiedad** y causas que las pueden producir: ¿se siente triste?, ¿más cansado?, ¿desesperanzado?, ¿más nervioso por algo?, ¿duerme peor?...
- 3. Investigar signos y síntomas de descompensación en función de la patología del paciente (consultar anexo 7)
- **4. Investigar adherencia terapéutica**: tanto referida a los medicamentos que toma (qué está tomando, para qué lo toma, qué dosis toma y cuándo lo toma), como a los hábitos saludables prescritos, identificando las barreras para su cumplimiento **(consultar anexo 9)**
- 5. Reforzar autocuidados en hábitos saludables, en actuaciones a desarrollar ante signos y síntomas de descompensación y en adherencia al tratamiento. Es importante priorizar y seleccionar la información que se le da para no abrumar con contenidos que probablemente no sea capaz de procesar, por ello a la hora de ofrecer la información es necesario tener en cuenta las circunstancias del paciente, sus preferencias y su capacidad para llevar a cabo los cuidados propuestos, negociando siempre con él lo que está dispuesto a asumir. También es importante comprobar que el paciente ha entendido la información suministrada, haciéndole preguntas sobre los cuidados principales que tiene que realizar
- 6. Investigar en función de los resultados de la entrevista y de las circunstancias del paciente si se ha producido algún cambio relevante en su situación sociofamiliar que pudiera estar influyendo en su estado de salud.





Anexo 9. Escala de valoración de las habilidades y conocimientos del paciente sobre su tratamiento farmacológico

Para cada fármaco se valora con 1 punto ó 0 puntos, cada uno de los siguientes criterios:

- si identifica correctamente los medicamentos = 1 punto
- si conoce la indicación para el problema de salud = 1 punto
- si conoce la posología de ese fármaco = 1 punto
- si conoce el modo de administración = 1 punto

La valoración de la adherencia global se hace con la suma de la puntuación obtenida para cada fármaco dividido entre la máxima puntuación que puede obtenerse (4 x nº de medicamentos) y multiplicado por 100.

Ej.

	Identificación	Indicación	Posología	Administración	Total
Fármaco A	1	1	1	1	4
Fármaco B	1	1	0	0	2
Fármaco C	0	1	1	1	3
% Adherencia	(4+2+3)/12= (9/12)*100 =				75%





Anexo 10. Perfil competencial de la Enfermera Gestora de Casos

Se entiende competencia (Roach, M. S. (1992). The Human Act of Caring. Ottawa, Ontario: Canadian Hospital Association Press) como el estado de tener el conocimiento, juicio, habilidades, energía, experiencia y motivación necesarios para responder adecuada y eficientemente a las demandas derivadas de las propias responsabilidades profesionales. A su vez, se considera marco competencial al conjunto de competencias que han de considerarse fundamentales para cumplir con la práctica profesional encomendada sin necesidad de supervisión de otro profesional.

Los profesionales de enfermería que van a participar directamente en el desarrollo del proceso asistencial integrado al PCPPC, deberán en definitiva disponer de conocimientos, habilidades y actitudes que aseguren su competencia en las siguientes áreas:

COMPETENCIA CIENTIFICO TECNICA

Conocimientos científico-técnicos sobre los Procesos crónicos más frecuentes y sus complicaciones así como nociones de farmacología (en relación con las indicaciones, interacciones, efectos secundarios, de los medicamentos más frecuentes utilizados en el tratamiento de procesos crónicos)

Conocimiento y manejo de las herramientas de valoración integral

Capacidad para reconocer e interpretar signos de descompensación

Conocimientos básicos sobre investigación y capacidad para aplicar los resultados de la investigación

Manejo de las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones (TIC) que se aplican en la atención social y sanitaria a pacientes crónicos y conocimiento de las páginas web, aplicaciones sanitarias, foros de pacientes y asociaciones de pacientes más importantes en relación con los procesos crónicos más prevalentes

COMPETENCIAS RELACIONALES

Abordaje familiar

Capacidad de relación interpersonal (asertividad, empatía, capacidad de trabajo en equipo, espíritu colaborativo) con los profesionales del sistema de salud y con profesionales de otros sistemas (sociales, educativos,..)

Conocimiento de los recursos sanitarios y sociales disponibles, estructura de Coordinación Sociosanitaria y su funcionamiento

Capacidad de promover autocuidados, identificar barreras para la adherencia y motivar para el cumplimiento terapéutico





COMPETENCIAS EN BIOETICA

En relación a la adecuada utilización de los recursos disponibles

Ética en las decisiones clínicas y de la investigación

Conocimiento de los derechos y deberes de los usuarios y actitud de respeto a los mismos

COMPETENCIAS EN INTEGRACION SOCIAL

Conocimiento de los procesos integrados de atención sanitaria y social que afecta a los PCPP y llevar a cabo las actuaciones que competen a la enfermera desde una perspectiva integral

Capacidad de promover y adaptarse a los cambios que supone este nuevo modelo de atención

Capacidad para llevar a cabo actividades de enfermería de práctica avanzada mediante los diagnósticos e intervenciones en el cuidado de la persona con PCPP

COMPETENCIAS EN GESTION CLINICA

En el uso de herramientas para la gestión de pacientes y procesos asistenciales -metodología de gestión de procesos-

Conocimiento de la prestación, recursos y carteras de servicios en el paciente crónico

Conocimientos básicos de gestión clínica aplicada al propio entorno de trabajo

Visión integral y continuada de los procesos

Conocimiento y habilidades en gestión de casos para una atención integral e integrada del paciente

COMPETENCIA INVESTIGADORA Y DOCENTE

Capacidad investigadora para aplicar los resultados de la investigación, de la práctica basada en la evidencia y las evidencias en cuidados, a la práctica clínica

Competencias para la docencia y la formación

Actitud de aprendizaje para la formación propia y de otros profesionales en formación

Actitud ejemplar y motivadora