



PROCESO DE ATENCIÓN A LA PERSONA CON PLURIPATOLOGÍA CRÓNICA COMPLEJA



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

M^a Ángeles Guzmán Fernández. Dirección General de Asistencia Sanitaria. Servicio de Asistencia Psiquiátrica y Coordinación sociosanitaria

M^a 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

M^a 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 Miguel 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

M^a Ángeles Guzmán Fernández. Enfermera. Dirección General de Asistencia Sanitaria. Servicio de Salud Mental y Coordinación Sociosanitaria

M^a José Pérez Boillos. Médica. Dirección General de Planificación e Innovación. Servicio de Calidad Sanitaria

Luis Miguel Quintero 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

Actualización 2020 (por orden alfabético)

Begoña González Bustillo. Dirección General de Asistencia Sanitaria. Servicio de Coordinación Asistencial, Sociosanitaria y Salud Mental.

M^a Ángeles Guzmán Fernández. Dirección General de Asistencia Sanitaria. Servicio de Coordinación Asistencial, Sociosanitaria y Salud Mental.

Lydia Salvador Sánchez. Dirección General de Asistencia Sanitaria. Servicio de Coordinación Asistencial, Sociosanitaria y Salud Mental.

Agradecemos su colaboración al Grupo de Trabajo en Cronicidad de la GRS: Ana Rosa Alvarez Perez, Alberto Bahamonde Carrasco, Maria Lluch Bennasar Matesanz, Joaquín Fuertes Estallo, Pablo García Carbo, María Elena Hernandez Ortega, Alfredo Main Pérez, Rosa Isabel Sanchez Alonso, Celia Sanz Lobo, Soledad Sañudo García y Angel Vega Suarez.

Agradecemos también su colaboración al Servicio de Sistemas de Información y colaboradores en especial a Cesar Alameda González, Elena Barrios Díez, Carmen Hernandez Palacios, Pilar Lorenzo Lobato y Teresa Sanz Bachiller.

Índice

Índice.....	4
Proceso de Atención a la Persona con Pluripatología Crónica Compleja (PCC)	7
MISIÓN, DESTINATARIOS Y ALCANCE DEL PROCESO	8
PUNTOS CRÍTICOS DEL PROCESO. Requisitos a los que debe dar respuesta	9
MAPA DEL PROCESO	11
ACTIVIDADES	12
Subproceso 1: Acogida, valoración, establecimiento del plan de intervención y seguimiento programado del paciente	12
Ficha 0. Identificación de los pacientes a incluir en el proceso	13
Ficha 1. Acogida en el programa	15
Ficha 2. Valoración integral del paciente	16
Ficha 3. Elaboración/actualización del plan de intervención	20
Ficha 4. Educación del paciente/familia en los cuidados	22
Ficha 5. Control telefónico/presencial de síntomas y factores de riesgo de descompensación	23
Ficha 6. Seguimiento programado del plan de intervención	24
Subproceso 2. Actuación en situaciones de descompensación o agravamiento de la situación clínica del paciente	25
Ficha 7. Valoración clínica ante la aparición de signos de alerta que indiquen una descompensación	26
Ficha 8. Interconsulta telefónica con UCA	27
Ficha 9. Valoración/acogida del paciente en la UCA	28
Ficha 10. Consulta presencial en la UCA	29
Ficha 11. Tratamiento en consulta UCA/ hospital de día	30
Ficha 12. Ingreso hospitalario en camas UCA/Medicina Interna	31
Ficha 13. Solicitud de interconsulta en hospital	32
Ficha 14. Ingreso en otros servicios del hospital	33
Ficha 15. Actualización del plan de intervención y comunicación a Atención Primaria	34
Ficha 16. Gestión del traslado a UCSS	35
Ficha 17. Atención en urgencias	36
Ficha 18. Inclusión en el Proceso de cuidados paliativos	37
Ficha 19. Salida del proceso	38
RELACIONES CON OTROS PROCESOS.....	39
PROFESIONALES QUE INTERVIENEN	40

RECURSOS NECESARIOS EN LA UCA.....	44
SEGUIMIENTO DEL PROCESO	45
RELACIÓN DE DOCUMENTOS ASOCIADOS AL PROCESO.....	47
BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA	48
GLOSARIO DE TÉRMINOS	50
ANEXOS	51
Anexo 1 Folleto de información para la acogida del paciente en el proceso	51
Anexo 2. Escalas y Cuestionarios para la valoración integral del paciente	52
1. MNA SF (Mini Nutritional Assessment – Short Form)	
2. ESCALA VISUAL ANALÓGICA (EVA)	
3. ESCALA J.H. DOWNTON PARA LA VALORACIÓN DEL RIESGO DE CAÍDAS	
4. TEST DE “LEVÁNTATE Y ANDA” CRONOMETRADO (TIME UP AND GO TEST – TUG)	
5. INDICE DE BARTHEL - ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA	
6. CUESTIONARIO VIDA* (VIDA DIARIA DEL ANCIANO) PARA LAS ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA	
7. MINI EXAMEN COGNOSCITIVO DE LOBO	
8. TEST DE PFEIFFER	
9. CUESTIONARIO GAD -7 DE ANSIEDAD	
10. CUESTIONARIO SOBRE LA SALUD DEL PACIENTE (PHQ – 9)	
11. ESCALA DE YESAVAGE ABREVIADA	
12. ENCUESTA DE CALIDAD DE VIDA COOP – WONCA	
13. CUESTIONARIO MOS DE APOYO SOCIAL	
14. VALORACIÓN SOCIO FAMILIAR ESCALA GIJÓN	
15. DETECCIÓN DE MALTRATO EN PERSONAS MAYORES: INDICADORES Y SIGNOS DE ALARMA	
16. PREGUNTAS FACILITADORAS PARA IDENTIFICAR PRIORIDADES Y VALORES DEL/LA PACIENTE	
17. VALORACIÓN DE LA SOBRECARGA DEL CUIDADOR FAMILIAR – ESCALA ZARIT	
Anexo 3. Patrones funcionales de Marjory Gordon	71
Anexo 4. Revisión estructurada del plan terapéutico farmacológico	72
Anexo 5. Plan de intervención social	83
Anexo 6. Hoja de medicación	84
Anexo 7. Hoja de información sobre signos y síntomas a vigilar por el paciente	85
Anexo 8. Cuestionario de apoyo para el seguimiento proactivo del paciente por parte de enfermería	88
Anexo 9. Escala de valoración de las habilidades y conocimientos del paciente sobre su tratamiento farmacológico.....	89
Anexo 10. Perfil competencial de la Enfermera Gestora de Casos	90

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 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 de la persona 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 a su entorno, el apoyo domiciliario organizado, y reforzando el papel y reorientando el perfil de algunos profesionales como enfermería, medicina de familia y medicina interna.

En resumen, entendemos que la atención al paciente crónico debe estar centrada en la persona y tener como pilar básico el equipo de atención primaria, coordinándose con los demás actores cuando sea necesario, para una atención continuada e integrada.

Para el desarrollo de esta estrategia en nuestra comunidad autónoma se ha realizado un proceso de clasificación de la población (GMA) teniendo en cuenta la situación de salud de los individuos: sus procesos diagnósticos y sistemas afectados. 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 con pluripatología crónica compleja, pacientes que requieren atención y cuidados sanitarios 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 a la Persona con Pluripatología Crónica Compleja (PCC)

Esta Estrategia, para ser eficaz, ha de vertebrarse a partir de un Proceso de Atención a la Persona con Pluripatología Crónica Compleja 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 a la persona con Pluripatología Crónica Compleja* tendrá como **eje la atención primaria** con una mayor capacidad resolutoria y de gestión, por su mayor grado de proximidad y mejor acceso del paciente. No obstante, cuando así sea necesario, 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 Geriátrica) y de la *enfermera gestora de casos de la UCA* con un papel asistencial de coordinación con la enfermera de atención primaria, 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.

1

MISIÓN, DESTINATARIOS Y ALCANCE DEL PROCESO

Misión del proceso

La misión del proceso es prestar una atención integral a la persona con pluripatología crónica compleja, 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 con pluripatología crónica compleja identificados por el sistema de estratificación como G3 y validados por los profesionales de Atención Primaria (médico/enfermera).
- Pacientes pluripatología crónica compleja que no habiendo sido identificados como G3, reúnen los criterios de inclusión: criterios clínicos de pluripatología crónica y criterios sociosanitarios de complejidad ([Ficha 0. Identificación de los pacientes a incluir en el proceso](#)).
- Familiares/personas cuidadoras de estos pacientes

Alcance del proceso

INICIO DEL PROCESO

Paciente con proceso de pluripatología crónica compleja abierto en Historia Clínica de Atención Primaria (MEDORA)

FINAL DEL PROCESO

Fallecimiento
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 PACIENTES Y FAMILIARES

Las expectativas de 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.)
- Valoración de las preferencias y valores de pacientes y familias previos a la instauración de cualquier intervención o plan terapéutico

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. **Estas personas 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 y para la que la coordinación con los servicios sociales es imprescindible.
- **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 sus circunstancias**, 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...

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	Medicina y enfermería de atención primaria	Sistema de clasificación GMA-MEDORA
Acogida en el programa	Ficha 1	Medicina y enfermería de atención primaria	HCE-MEDORA
Valoración integral del paciente	Ficha 2	Medicina, enfermería y trabajo social atención primaria	HCE-MEDORA
Elaboración/actualización del plan intervención	Ficha 3	Medicina, enfermería y trabajo social atención primaria	HCE-MEDORA
Educación del paciente/familia en los cuidados	Ficha 4	Enfermería y medicina y de atención primaria	HCE-MEDORA
Control telefónico/presencial de síntomas y factores de riesgo de descompensación	Ficha 5	Enfermería atención primaria	HCE-MEDORA
Seguimiento programado del plan de intervención en atención primaria	Ficha 6	Medicina, enfermería y trabajo social atención primaria	HCE-MEDORA

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

Objetivo Identificar a los pacientes a incluir en el proceso	
Quién	Medicina y enfermería de atención primaria responsable del paciente
Cuándo	Cuando el médico/a y enfermero/a reciban el listado actualizado de pacientes identificados como G3 por el sistema de clasificación y los validen como PCC Cuando atiendan en consulta a un paciente, que aun no estando clasificado como G3, reúne criterios de inclusión de pluripatología compleja
Cómo	Criterios de inclusión/validación de las personas con PCC: Paciente que presenta pluripatología* por padecer alguna enfermedad de DOS O MÁS de las siguientes categorías clínicas (CRITERIOS DE PLURIPATOLOGÍA DEL SNS) y que además presenta complejidad** debido al nivel de gravedad de la enfermedad o a factores sociosanitarios. * CRITERIOS DE PLURIPATOLOGÍA (ENFERMEDADES DE AL MENOS 2 DE LAS SIGUIENTES CATEGORÍAS CLÍNICAS) Categoría A: - Insuficiencia cardiaca que en situación de estabilidad clínica haya estado en grado II de la NYHA⁽¹⁾ - Cardiopatía isquémica Categoría B: - Vasculitis y enfermedades autoinmunes sistémicas - Enfermedad renal crónica definida por filtrado glomerular menor de 60 ml/min o índice de albúmina creatinina mayor de 30 mg/g, durante al menos 3 meses Categoría C: - Enfermedad respiratoria crónica que en situación de estabilidad clínica haya estado con disnea grado 2 de la MRC⁽²⁾, o FEV1<65%, o SaO2 ≤ 90% Categoría D: - Enfermedad inflamatoria crónica intestinal - Hepatopatía crónica con datos de insuficiencia hepatocelular⁽³⁾ o hipertensión portal⁽⁴⁾ Categoría E: - Ataque cerebrovascular - Enfermedad neurológica con déficit motor permanente que provoque una limitación para las actividades básicas de la vida diaria (Índice de Barthel inferior a 60) - Enfermedad neurológica con deterioro cognitivo permanente, al menos moderado⁽⁵⁾ 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)

- ⁽¹⁾ Ligera limitación de la actividad física. La actividad física habitual le produce disnea, angina, cansancio o palpitaciones.
⁽²⁾ Incapacidad de mantener el paso de otra persona de la misma edad, caminando en llano, debido a la dificultad respiratoria o tener que parar a descansar al andar en llano al propio paso.
⁽³⁾ INR >1,7, albúmina <3,5 g/dl, bilirrubina >2 mg/dl.
⁽⁴⁾ Definida por la presencia de datos clínicos, analíticos, ecográficos o endoscópicos.
⁽⁵⁾ Mini examen cognoscitivo de Lobo con menos de 23 puntos

**** CRITERIOS DE COMPLEJIDAD SOCIOSANITARIOS: (AL MENOS UNO DE LOS SIGUIENTES CRITERIOS)**

- Importante nivel de gravedad clínica dentro de las categorías diagnósticas indicadas
- Al menos un ingreso hospitalario en el último año
- Al menos una caída que haya precisado atención sanitaria en el último año
- Desnutrición (IMC < 18,5)
- Polimedicación extrema (10 o más principios activos de prescripción crónica)
- Barthel inferior a 60 o reconocimiento de dependencia II o III y sin cuidador/a o con cuidador/a vulnerable:
 - Cuidador/a de 80 años o más
 - Enfermedad o incapacidad del cuidador/a
 - Cuidador/a con dependencia reconocida
 - Cuidador/a con varios dependientes a su cargo

Procedimiento para identificar a estos pacientes en MEDORA: Anualmente, a **los pacientes nuevos clasificados como G3 en el proceso de estratificación, se les activará de forma provisional, en su Historia Clínica de MEDORA, el proceso de pluripatología compleja con una alarma (PCC) que les identifica como posibles personas con pluripatología crónica compleja, para que en el plazo de dos meses y atendiendo a los criterios clínicos y de complejidad, sean validados por el equipo de AP. Si transcurridos los dos meses no se han validado ni borrado, se incluirán como definitivos**, pudiéndose posteriormente borrar el proceso de PCC si se considera que no cumplía criterios de inclusión.

El equipo de AP podrá incorporar en cualquier momento a pacientes que cumplan criterios de inclusión y que no hayan sido clasificados por la herramienta como PCC.

Los Procesos activos PCC van actualizándose de forma continua en JIMENA 4 a través del CDR (Repositorio de Datos Clínicos), por lo que los profesionales de hospital también tienen la alarma PCC en la historia clínica.

**Documentación
asociada**

- **Listado de pacientes G3**
- **Listado pacientes PCC (Proceso de Pluripatología Crónica Compleja abierto en MEDORA)**

Ficha 1. Acogida en el programa

Objetivo	Comunicar al paciente el funcionamiento y las ventajas de este nuevo modelo de atención
Quién	Medicina y enfermería de atención primaria responsables del paciente
Cuándo	Una vez que el paciente haya sido identificado y validado como paciente con pluripatología crónica compleja (PCC)
Cómo	1.-En la acogida es importante comunicar al paciente la existencia de este proceso específico para la atención de las personas con PCC, así como las ventajas y novedades que implica este modelo de atención: • Atención integral y personalizada de todos sus problemas de salud incorporando además aspectos psicosociales, con un seguimiento proactivo desde el equipo de atención primaria. • 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 • Continuidad de la atención (estrecha comunicación y coordinación del médico/a y enfermero/a con los profesionales de referencia en el hospital ante las descompensaciones o necesidades de apoyo en la atención) • Rapidez de respuesta cuando sea necesario hacer pruebas o consultar con el médico del hospital, evitando que tenga que acudir a urgencias 2.-Además de la información verbal que se facilite al paciente /persona cuidadora 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. 3.-Recogida/actualización de datos para su incorporación al programa: domicilio y teléfono de contacto, persona cuidadora, apoyos disponibles, etc.
Documentación asociada	• Información escrita para 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 para identificar los problemas derivados de su pluripatología y establecer un abordaje integral de todas sus necesidades
Quién	- Médico/a y enfermero/a de atención primaria responsables del paciente - Trabajador/a social
Cuándo	- Tras la inclusión de un paciente en el proceso de pluripatología compleja - Siempre que se produzca un cambio importante en el estado de salud o en la situación sociofamiliar, fundamentalmente: -Tras el alta hospitalaria. -Identificación de una nueva categoría diagnóstica. -Disminución del I. Barthel en 20 puntos. -Circunstancias especialmente estresantes: pérdida de la persona conviviente, cambio de domicilio o institucionalización
Cómo	- Se realizará una evaluación interdisciplinar que comprenda los aspectos biomédicos y también los factores psicológicos, funcionales y sociales, fundamentales para entender la situación del PCC 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. - Para realizar esta valoración se emplearán la entrevista clínica, la exploración física y una serie de escalas validadas. En el Anexo 2 se recogen las posibles escalas a utilizar. La escala básica Barthel se empleará en todos los pacientes y las 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. A continuación se detallan las áreas que conforman la valoración integral y los aspectos a evaluar en cada una de ellas.
Dónde	En centro o domicilio, según la situación clínica del paciente
Documentación asociada	- Áreas que conforman la valoración integral (página 17) - Escalas y cuestionarios para la valoración integral del paciente (Anexo 2) - Patrones funcionales de Marjory Gordon (Anexo 3) - Informe de valoración integral/Guía Asistencial PCC MEDORA

Áreas que conforman la valoración integral (clínica, funcional, cognitiva, emocional, social, preferencias y valores y de la persona cuidadora)

1. VALORACIÓN CLÍNICA (Medicina y Enfermería)

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 ([Anexo 3](#)), 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 conocimientos, habilidades y dificultades en el uso de los medicamentos prescritos
 - Consumo de tabaco, alcohol y otras drogas
 - Valoración nutricional: patrón individual de consumo de alimentos y líquidos y medidas antropométricas (peso, talla) y si hay alteraciones realizar el test de MNA-SF
 - Actividad. Ejercicio (tipo y frecuencia)
 - Valoración del dolor. Escala EVA
 - Patrón de eliminación intestinal y vesical
 - Cantidad y calidad percibida de sueño y reposo
 - Historia de caídas en el último año y/o riesgo de caídas. Herramientas de ayuda: Escala J Downton, Levántate y anda
 - Estado de la piel: lesiones cutáneas, membranas mucosas y exploración bucodental
 - Agudeza visual y auditiva (utilización de sistemas de compensación o prótesis)
- c. Ingresos en el último años y consultas pendientes en el hospital
- d. Grado de dependencia reconocida

Escalas:

- **Escala complementaria (si sospecha desnutrición):** [MNA-SF](#)
- **Escala complementaria (si dolor):** [Escala EVA](#) para valorar la intensidad del dolor
- **Escala complementaria:** [Escala J Downton](#) y [Levántate y anda](#).

2. VALORACIÓN FUNCIONAL (Enfermería)

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)**
- **Si el Barthel es > de 90 se valorará la dependencia para las actividades instrumentales de la vida diaria (Cuestionario VIDA)**

Escalas:

- **Escala básica:** [Índice de Barthel](#) para valorar las actividades básicas de la vida diaria
- **Escala complementaria.** [Cuestionario VIDA](#) para valorar las actividades instrumentales

3. VALORACIÓN COGNITIVA (Enfermería)

VALORACIÓN 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](#) o [PFEIFFER](#) (mayores de 65 años).

4. VALORACIÓN EMOCIONAL (Enfermería)

VALORACIÓN EMOCIONAL: 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

Valorar calidad de vida. Herramienta de ayuda: encuesta de calidad de vida COOP-WONCA

Escalas complementarias (si se perciben, a través de la entrevista, o se observan signos de ansiedad o depresión): [Cuestionario GAD -7 de ansiedad](#) [Escala PHQ-9](#) o [Escala de depresión de Yesavage abreviada](#) para los > de 65 años.

[Encuesta de calidad de vida COOP-WONCA](#)

5. VALORACIÓN SOCIAL (Trabajo 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:

- Con quien vive, Identificación del/a cuidador/a y vulnerabilidad.
- Red de apoyo familiar, red de apoyo social, valoración del entorno domiciliario
- Detección de maltrato
- Valoración de la vivienda: condiciones de habitabilidad, higiene y barreras arquitectónicas
- Situación laboral/ocupacional
- Capacidad económica individual y familiar
- Conocimiento y uso de recursos sociales disponibles

Escalas complementarias: [Cuestionario MOS de Apoyo Social](#), [Escala Gijón completa](#), [Indicadores y signos de alarma de maltrato](#)

6. VALORACIÓN DE PREFERENCIAS Y VALORES (todo el equipo de AP)

Previo a la instauración de cualquier plan terapéutico/ intervención, es necesario explorar las preferencias y valores de la persona:

- Conocer sus hábitos, sus necesidades y deseos, respetando lo que para la persona es importante.
- Ayudar a que exprese sus miedos y temores, aquellas cosas o situaciones que le preocupan.
- Identificar las resistencias y dificultades que tiene para llevar a cabo sus cuidados, barajando opciones y proponiendo alternativas.

- Ayudar a descubrir y potenciar sus propios recursos y capacidades para desarrollar las actividades de la vida diaria.
- Identificar los apoyos que precisa para lograr comportamientos más autónomos e independientes
- Reconocer y poner en valor el mantenimiento de sus competencias y habilidades porque eso refuerza la autoestima de la persona y le da poder para continuar haciendo y decidiendo.
- Valorar la espiritualidad de la persona. Especialmente importante en las situaciones de final de la vida o en circunstancias que se pueda prever un pronóstico vital corto o incierto según las recomendaciones del PAI de cuidados paliativos.
- No dar cosas por sabidas. Es necesario preguntar siempre, aunque conozcamos bien a la persona. De esta manera confirmamos lo que se supone que sabemos y sobre todo empoderamos al paciente estableciendo una relación más horizontal a la hora de tomar decisiones sobre su tratamiento y su vida.

Material Complementario: [Preguntas facilitadoras para identificar prioridades y valores](#)

Planificación anticipada de decisiones e Instrucciones Previas: realizar el Registro de Instrucciones Previas de Castilla y León.

<https://www.saludcastillayleon.es/ciudadanos/es/derechos-deberes/cuales-derechos-deberes-ambito-sanitario/registro-instrucciones-previas/informacion-instrucciones-previas>

7. VALORACIÓN DE LA PERSONA CUIDADORA (Enfermería y Trabajo social)

6.1 Persona cuidadora 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.

Es importante trabajar la corresponsabilidad en los cuidados y el reparto de tareas entre hombres y mujeres de las familias.

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	Medicina y enfermería y trabajo 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 PCC 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 Ficha 4 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 Concyliya 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 la persona cuidadora y cómo se va a realizar esa formación (Ficha 4) 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 tuviera, o revisar el grado de dependencia si existiera empeoramiento sin posibilidades de recuperación (derivar a CEAS con informe de salud) 7. Valorar y gestionar las citas pendientes con especialistas del hospital (anulación de citas...) 8. Valorar si es necesaria una interconsulta con UCA para completar la valoración del paciente o decidir sobre las citas pendientes 9. Programar la siguiente consulta de seguimiento (médico y/o enfermera), procurando que coincida con otras, evitando consultas innecesarias
Documentación asociada	• Criterios para la revisión estructurada del plan terapéutico farmacológico e informe de polimedicados de Concyliya (Anexo 4) • Plan de intervención social (Anexo 5) • Cita para próxima consulta

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

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 de 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 seguimiento, 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. 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/a 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
Cómo	Es importante priorizar las intervenciones y consejos para no abrumar al paciente/cuidador o generar confusión con demasiada información. 1. 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 5. Control telefónico/presencial de síntomas y factores de riesgo de descompensación

Objetivo	Detectar precozmente los problemas que pueden anticipar una descompensación y actuar proactivamente en caso de que aparezcan
Quién	Enfermera de atención primaria responsable del paciente
Cuándo	Como mínimo cada dos meses , en su caso, según pauta establecida por médico de atención primaria o en informe alta hospitalaria
Cómo	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> Si el paciente puede seguir un programa de monitorización de signos y síntomas de alerta, se contactará con el paciente de forma presencial o 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). 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 En el Anexo 8 se incluye un cuestionario de apoyo para el seguimiento proactivo del paciente por parte de enfermería (uso medicamentos, síntomas y signos de descompensación, estado emocional, educación, etc.). En el Anexo 9, se ha incorporado una escala para valorar las habilidades y conocimientos del paciente sobre su tratamiento farmacológico <u>Atención temprana a las descompensaciones.</u> En caso de que se detecte una descompensación: - Si la enfermera es alertada por el paciente: realizará una consulta presencial en centro o domicilio para confirmar el estado del paciente - 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,..) 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 7)
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 6. 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	• Medicina y enfermería de atención primaria responsables del paciente • Trabajo 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 2 meses por la enfermera y cada 6 meses por médico y enfermera. Al menos una vez al año sería conveniente que el seguimiento se realizará en el domicilio del paciente, excepto en dependientes que será, como mínimo, dos veces al año.
Cómo	Coincidiendo con otros programas o mediciones (revisión de la adherencia y medicación) se realizará una consulta presencial 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. • Valorar preferencias y valores. Planificación anticipada de decisiones e Instrucciones Previas: (https://www.saludcastillayleon.es/ciudadanos/es/derechos-deberes/cuales-derechos-deberes-ambito-sanitario/registro-instrucciones-previas/informacion-instrucciones-previas) • 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, teniendo en cuenta sus preferencias y valores. • Proporcionar cita para próxima consulta, procurando que coincida con otras, evitando consultas innecesarias • Valoración de la necesidad de atención mediante cuidados paliativos
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 7	Medicina de atención primaria	HCE-MEDORA
Interconsulta telefónica con UCA	Ficha 8	Medicina de atención primaria	Automatizada (en desarrollo) Provisionalmente registro manual en la UCA
Valoración/acogida del paciente en la UCA	Ficha 9	Medicina y enfermería de la UCA	HCE- JIMENA
Consulta presencial en la UCA	Ficha 10	Medicina y enfermería de la UCA	HCE-JIMENA
Tratamiento en consulta UCA/ Hospital de día	Ficha 11	Medicina y enfermería de la UCA	HCE-JIMENA
Ingreso hospitalario camas UCA/Medicina interna	Ficha 12	Profesionales de la UCA	S.ADMISION- HCE-JIMENA
Solicitud de Interconsulta a otro servicio	Ficha 13	Médicos/as UCA y otros servicios hospital	HCE-JIMENA
Ingreso en otros servicios del hospital	Ficha 14	Profesionales responsables del paciente y enfermería UCA	S.ADMISION- HCE-JIMENA
Actualización del plan de intervención y comunicación a Atención primaria	Ficha 15	Medicina y enfermería de la UCA	HCE-JIMENA
Gestión del traslado UCSS	Ficha 16	Trabajo Social del Hospital	HCE-JIMENA Informe a Gerencia de Área y Gerencia de Servicios Sociales
Atención en Urgencias	Ficha 17	Medicina y enfermería de urgencias	HCE-JIMENA
Inclusión en el Proceso de cuidados paliativos	Ficha 18	Medicina y enfermería de AP, Medicina y enfermería de UCA o Medicina Interna que conozcan bien al paciente y la evolución de su enfermedad	HCE-MEDORA HCE-JIMENA
Salida del proceso	Ficha 19	Medicina y enfermería de atención primaria	HCE- TSI

Ficha 7. 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/a 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)
Cómo	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: 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. 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 o la enfermera se pondrán 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 8. 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/a de familia y enfermero/a 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	1. 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. 2. 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 9. Valoración/acogida del paciente en la UCA

Objetivo	Asegurar una atención integrada cuando el paciente requiera seguimiento en la UCA
Quién	Medicina y enfermería responsable del paciente en la UCA
Cuándo	Cuando el paciente acude por primera vez a la UCA a solicitud del médico responsable del paciente
Cómo	- 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. - 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 consensuarán con el paciente 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 10. Consulta presencial en la UCA

Objetivo	Completar la valoración clínica del paciente y definir las intervenciones a realizar en el hospital
Quién	Medicina y enfermería de la UCA
Cuándo	En la fecha y hora de la cita entregada en Atención Primaria según indicación del médico de la UCA
Cómo	- 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: - 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.). - 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.) - Juicio clínico y actitud terapéutica: Objetivos a conseguir e intervenciones que se proponen, incluyendo el plan de cuidados de enfermería - En función de la valoración clínica, el médico, teniendo en cuenta los recursos disponibles en la UCA y en el Hospital, podrá proponer la: - Modificación de la pauta de tratamiento - Realización de procedimientos terapéuticos en la propia consulta o en hospital de día (Ficha 11) - Hospitalización en camas de UCA/Medicina Interna (Ficha 12) - Solicitud de pruebas complementarias y/o interconsulta con otros servicios (Ficha 13) - Hospitalización en otros servicios del hospital (Ficha 14) La enfermera de la UCA será la responsable de gestionar estos recursos 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) - Si el médico de la UCA considera necesario revisar la evolución del paciente, le citará para una consulta de revisión, siempre teniendo en cuenta que su seguimiento se debe realizar en Atención Primaria. 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	Medicina y enfermería 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	1. 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 UCA: aerosolterapia, administración de fármacos, fluidoterapia, etc. Si el médico decide que es necesario realizar una actuación terapéutica en hospital de día (instaurar tratamiento intravenoso, realizar transfusión, realizar paracentesis evacuadora, etc.) el paciente debe ser ubicado en un puesto del hospital de día de la propia unidad o, si 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 con el procedimiento establecido en cada centro 2. Al final del proceso de atención, el médico de la UCA que ha valorado al paciente y que decidió la actuación terapéutica, debe elaborar el informe de alta para el paciente en el que se actualice el plan de intervención. Este informe será comunicado a su médico de atención primaria. Asimismo, la enfermera de la UCA elaborará y comunicará a la enfermera de Atención Primaria el Plan de cuidados de enfermería al alta, cuando sea preciso (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	Medicina y enfermería de la UCA y Trabajo Social del hospital
Cuándo	Cuando el paciente requiera atención en régimen de hospitalización por una descompensación de sus patologías crónicas
Cómo	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): 1.-Cuando se prevea que su resolución puede ser inferior a 72h, se ingresara en camas UCA para estancias cortas 2.-Cuando se prevea estancias más prolongadas o bien cuando transcurridas 72h 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 Durante la estancia del paciente: 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 PCC (pág. 21) - 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	Medicina y enfermería de la UCA.
Cuándo	En cualquier circunstancia en que el médico de la UCA necesite apoyo diagnóstico o terapéutico para el paciente o cuando la enfermera de la UCA necesite apoyo diagnóstico o terapéutico en el plan de cuidados
Cómo	1. El médico de la UCA debe ser el responsable de la atención de estos pacientes con enfermedades crónicas complejas en el hospital. 2. 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. 3. La enfermera podrá solicitar apoyo a las consultas de enfermería hospitalarias, manteniendo el seguimiento por la propia UCA 4. 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 5. 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 PCC (pág 21)
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 PCC en servicios del hospital distintos de la UCA
Cómo	Durante la estancia del paciente: El médico y la enfermera de la UCA recibirán información diariamente desde el servicio de admisión de los pacientes PCC 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 PCC 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 PCC 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	Medicina y enfermería 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, etc. 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: - Fármacos que 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/a 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	1. 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	Medicina y enfermería 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
Cómo	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 PCC 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 2. 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...) 3. Si el paciente acude con una patología aguda que precise tratamiento en otro servicio (fractura de cadera, síndrome coronario agudo, cuadro quirúrgico abdominal urgente, situación clínica que requiera ingreso en UCI...), el médico de urgencias actuará en consecuencia, siguiendo el criterio habitual en el hospital • 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 PCC precisa control en corto espacio en la UCA o ingreso hospitalario contactará con el médico de la UCA para su valoración y toma de decisiones (ingreso, consulta UCA en menos de 48h...)
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. Inclusión en el Proceso de cuidados paliativos

Objetivo	Dar respuesta a las necesidades socio-sanitarias del paciente y su familia cuando precise Cuidados Paliativos
Quién	Medicina y Enfermería de AP, Medicina y enfermería de UCA u otras especialidades hospitalarias que conozcan bien al paciente y la evolución de su enfermedad
Cuándo	• Pacientes con enfermedad crónica progresiva y avanzada sin posibilidad de curación y con pronóstico de vida limitado • No es aconsejable incluir al paciente desde los servicios de urgencias o ingresos menores de 3 días de evolución
Duración	Hasta la defunción del paciente. Duelo complicado de la persona cuidadora/familiar.
Cómo	• Para valorar la necesidad de cuidados paliativos se tendrán en cuenta los criterios de inclusión indicados en el proceso. • La atención de los cuidados paliativos estará centrada en las necesidades de la persona enferma y su familias • Serán los profesionales de AP los que coordinarán la atención durante todo el proceso asistencial, valorando la necesidad de atención hospitalaria • Se informará al paciente y la familia de las actuaciones a realizar a partir de este momento y de la forma de contacto con los profesionales • Se registrará en la historia clínica electrónica de AP y se creará el proceso clínico correspondiente: cuidados paliativos, enfermedad terminal y tratamiento paliativo. No es necesario cerrar el proceso de PCC.
Documentación asociada	• Proceso Asistencial Integrado en Cuidados Paliativos de Castilla y León: https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/cuidados-paliativos/proceso-asistencial-integrado

Ficha 19. Salida del proceso

Objetivo	Actualización de los pacientes incluidos en el proceso
Quién	Medicina y enfermería 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 y/o soiosanitarios cambia de nivel de estratificación, en cuyo caso será su médico de atención primaria quién modifique la clasificación.
Cómo	1. 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 2. 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

5

RELACIONES CON OTROS PROCESOS

ENTRADAS	PROCESO PROVEEDOR	CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD
Listado de pacientes G3	Sistema de información GMA. Medora. GRS	El listado incluirá el nombre y dos apellidos del paciente, CIP y grado de complejidad
Listado de pacientes PCC (con proceso de Pluripatología Compleja abierto)	Medora	Enlace para procedimiento extracción por profesionales: https://bit.ly/3n7P9E2
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 PCC ingresados en el hospital	Servicio de Admisión hospital	El listado se ofrecerá 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 Laboratorio	Las solicitudes permitirán identificar al paciente como PCC
Información sobre el fallecimiento del paciente	Gestión de base de datos de Tarjeta sanitaria	

6

PROFESIONALES QUE INTERVIENEN

PUESTO	PERFIL	COMPETENCIAS REQUERIDAS
Medicina 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 PCC, 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, respeto, espíritu colaborativo, manejo respetuoso de criterios de interconsulta, cooperación) 3.-Competencia 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 4.-Competencias 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 6.-Competencia 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 7.-Competencia 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
Enfermería 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 propias de enfermería mediante la aplicación de los diagnósticos e intervenciones en el cuidado de la persona con PCC • 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 de los usuarios y actitud de respeto a los mismos • Conocimiento de los recursos sanitarios y sociales disponibles.
Trabajo 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, respeto, espíritu colaborativo, cooperación) • Capacidad docente e investigadora

PUESTO	PERFIL	
Medicina de la UCA	Licenciado en medicina, especialista en medicina interna, especialista en geriatría	1-Competencias científico-técnicas específicas del médico Internista (o geriatra) enfatizando en el abordaje integral y en la coordinación asistencial 2.-Competencias 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, respeto, espíritu colaborativo, manejo respetuoso de criterios de interconsulta, cooperación) 3.-Competencia 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. 4.-Competencias 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 6.-Competencia 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 7.-Competencia 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) 9-Conocimiento de los recursos sanitarios y sociales disponibles, estructura de coordinación sociosanitaria y su funcionamiento

Enfermería de la UCA	Diplomado universitario/graduado especialista en enfermería geriátrica/enfermería familiar y comunitaria. Diplomado universitario/graduado en enfermería con experiencia en medicina interna y formación acreditada en este campo.	• 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 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 de relación interpersonal (asertividad, empatía, capacidad de trabajo en equipo, espíritu colaborativo) con los profesionales del sistema de salud y con los de Servicios Sociales • Capacidad para reconocer e interpretar signos de descompensación • Capacidad de promover autocuidados, identificar barreras para la adherencia y motivar para el cumplimiento terapéutico • Capacidad para llevar a cabo actividades de enfermería de práctica avanzada mediante los diagnósticos e intervenciones en el cuidado de la persona con PCC • Visión integral y continuada de los procesos • 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 de los usuarios y actitud de respeto a los mismos • Conocimiento de los recursos sanitarios y sociales disponibles
Trabajo Social Hospital	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 la 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, respeto, espíritu colaborativo, cooperación) • Capacidad docente e investigadora
Documentación 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 Oxígeno	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	
Disponibilidad de agenda de enfermería	Inclusión de la agenda enfermera de la UCA en el HIS
Camas hospitalización breve	Ubicación en urgencias, medicina interna u otras dependiendo de cada hospital

8

SEGUIMIENTO DEL PROCESO

INDICADORES			
MISION DEL PROCESO	INDICADOR	FUENTE	PERIODICIDAD DE REVISIÓN
Atención integral	• % pacientes PCC 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 PCC atendidas en el hospital por especialidades médicas (incluye UCA)	Información integrada primaria+ hospital	Anual
	• N° de especialistas médicos visitados en consulta programada en el hospital por paciente PCC	Medora	Anual
	• Número de visitas en domicilio por paciente PCC • % pacientes PCC que viven solos y no tienen apoyo social		
EQUIPO GESTOR DEL PROCESO			
• Medicina de atención primaria • Enfermería de atención primaria • Trabajo social • Profesionales de las UCAS • Dirección médica y dirección enfermería (atención primaria y hospitalaria) • Coordinadores de calidad			
Efectividad	• N° de contactos anuales de enfermería para valoración de síntomas y factores de riesgo de descompensaciones (telefónicos+ presenciales) /n° de pacientes PCC • % de pacientes PCC incluidos en el programa de adherencia terapéutica	Medora	Anual
	• Tasa de ingresos de pacientes PCC en especialidades médicas • Frecuentación de urgencias de pacientes PCC (N° visitas a urgencias/n° pacientes PCC) • Tasa de reingresos de pacientes PCC, en la misma especialidad médica, por causas relacionadas, en los 30 días posteriores al alta • Tiempo medio entre descompensaciones que requieren ingreso por paciente PCC (tiempo desde el alta hasta el siguiente ingreso urgente por cualquier causa médica relacionada)	Información integrada primaria+ hospital	Anual

	(indicador del mantenimiento del estado de salud) - Días de hospitalización acumulados al año por paciente PCC en UCA- Medicina Interna, y en 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 PCC	Cuestionario	Encuesta Calidad de Vida COOP-WONCA
Continuidad	% profesionales AP y UCA que acceden a la HCE compartida % pacientes PCC contactados en AP 48 horas post-alta hospitalaria	DTSI Medora	Anual Anual
Adecuación	% interconsultas telefónicas UCA/total consultas UCA % ingresos PCC con estancia <48-72 horas /ingresos de pacientes PCC en Medicina. Interna - Estancia media de ingresos de pacientes PCC en M Interna - Estancias potencialmente evitables en PCC (número de días de ingreso que superan el estándar establecido por procesos)	Información integrada primaria+ hospital	Anual
Seguridad	% pacientes PCC polimedicados (>5/>10 fármacos/>15 fármacos)	Medora	Anual
	% pacientes PCC con una estancia >48 horas en los que se realiza una valoración de riesgos durante el ingreso hospitalario (caídas, úlceras y desnutrición) - Tasa de úlceras por presión durante el ingreso en pacientes PCC (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 PCC (ecografía, resonancia, TAC)	UCA	Anual
Autocuidado	Porcentaje de pacientes PCC 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

RELACIÓN 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

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 Rodríguez 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 Geriatr 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, Larne 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, Sarria-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. Boulton 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 Río 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
49. Junta de Andalucía. Consejería de Salud. Proceso Asistencial Integrado. Atención a Pacientes Pluripatológicos. 2018
50. SEMI, SEMFYC y FAECAP. Proceso asistencial de pacientes con enfermedades crónicas complejas y pluripatológicos. 2013
51. SEMFYC. Problemas de salud crónicos: nuevas orientaciones, nuevas estrategias. 2013
52. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Multimorbidity: clinical assessment and management. 2016
53. SEMI, SEMFYC y FAECAP. Desarrollo de guías de práctica clínica en pacientes con comorbilidad y pluripatología. 2013.
54. The American Geriatrics Society. Decision Making for Older Adults with Multiple Chronic Conditions: Executive Summary for the Americans Geriatrics Society Guiding Principles on de Care of the Older Adults with Multimorbidity. *JAGS* 67: 665-673, 2019

GLOSARIO DE TÉRMINOS

AP: Atención Primaria

GMA: Grupos de Morbilidad Ajustados. 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 GMA

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

PCC: Pluripatología Crónica Compleja

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 A LA PERSONA CON PLURIPATOLOGÍA CRÓNICA COMPLEJA

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 equipo 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 sus profesionales de enfermería y de medicina 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 o enfermera antes de hacer uso de los servicios de urgencias hospitalarias, salvo que su situación clínica lo aconseje por su gravedad.

Anexo 2. Escalas y Cuestionarios para la valoración integral del paciente

1. MNA SF (Mini Nutritional Assessment – Short Form)

Herramienta de cribado simple y rápida que ayuda a identificar a personas mayores que se encuentran en riesgo de desnutrición o desnutridas antes de que ocurran cambios graves en el peso o en las concentraciones séricas de proteínas. Está validada para la población mayor como una herramienta de cribado independiente, basada en la versión larga del MNA®.

PREGUNTAS	RESPUESTAS Y PUNTUACIÓN
A) ¿Ha disminuido la ingesta de alimentos en los últimos tres meses debido a la pérdida de apetito, problemas digestivos o dificultades para masticar o tragar?	0 = ha comido mucho menos 1 = ha comido menos 2 = ha comido igual
B) ¿Ha perdido peso de forma involuntaria en los últimos 3 meses?	0 = pérdida de peso >3 kg. 1 = no lo sabe 2 = pérdida de peso entre 1 y 3 kg. 3 = sin pérdida de peso
C) Movilidad	0 = en cama o silla de ruedas 1 = es capaz de levantarse de la cama/silla, pero no sale a la calle 2 = sale a la calle
D) ¿Ha sufrido el paciente estrés psicológico o enfermedad aguda en los últimos 3 meses?	0 = Sí 2 = No
E) ¿Problemas neuropsicológicos?	0 = demencia o depresión graves 1 = demencia leve 2 = sin problemas psicológicos
F1) Índice de masa corporal (IMC)?: peso en Kg/(estatura en m) ²	0 = IMC <19 1 = IMC ≥19 y <21 2 = IMC ≥21 y <23 3 = IMC ≥23
SI EL IMC NO ESTÁ DISPONIBLE REEMPLACE LA PREGUNTA F1 POR LA F2-----NO CONTESTE A LA PREGUNTA F2 SI LA F1 YA HA SIDO CONTESTADA	
F2) Perímetro de la pantorrilla (PPa) en cm.	0 = PPa <31 3 = PPa ≥31

TOTAL PUNTUACIÓN

Interpretación del estado nutrición: **Normal (12 – 14 puntos)**

Riesgo de desnutrición (8 – 11 puntos)

Desnutrición (0 – 7 puntos)

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. ESCALA J.H. DOWNTON PARA LA VALORACIÓN DEL RIESGO DE CAÍDAS

FACTOR	VALORACIÓN	PUNTUACIÓN
CAÍDAS PREVIAS	NO	0
	SI	1
USO DE MEDICAMENTOS	NINGUNO	0
	TRANQUILIZANTES/SEDANTES	1
	DIURÉTICOS	1
	HIPOTENSORES NO DIURÉTICOS	1
	ANTIPARKINSONIANOS	1
	ANTIDEPRESIVOS	1
	OTROS MEDICAMENTOS	1
DÉFICITS SENSORIALES	NINGUNO	0
	VISUAL	1
	AUDITIVO	1
	EXTREMIDADES (ECV. PARESIAS...)	1
ESTADO MENTAL	ORIENTADO	0
	CONFUSO	1
DEAMBULACIÓN	NORMAL	0
	SEGURA CON AYUDA	1
	INSEGURA CON/SIN AYUDA	1
	IMPOSIBLE	1
PUNTUACIÓN TOTAL		
ALTO RIESGO DE CAÍDA		>2 – 14

Fuente: Moyer VA. Prevention of Falls in Community-Dwelling Older Adults: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. Ann Intern Med. 7 de agosto de 2012;157(3):197-204

PROCESO ASISTENCIAL INTEGRADO PARA LA PREVENCIÓN DE FRACTURAS POR FRAGILIDAD

<http://www.saludcastillayleon.es/intranet/es/procesos-asistenciales/procesos-asistenciales-grs/prevencion-fracturas-fragilidad.ficheros/697177-Prevenci%C3%B3n%20de%20fracturas%20por%20fragilidad.pdf>

4. TEST DE “LEVÁNTATE Y ANDA” CRONOMETRADO (TIME UP AND GO TEST – TUG)

Se mide el tiempo que tarda en levantarse de una silla con reposabrazos, caminar 3 metros, girarse, regresar a la silla y sentarse. Se hace primero un intento a modo de prueba y luego se repite otras dos veces, siendo cronometrado, se anota el mejor tiempo.

Su tiempo de administración es de 2 minutos.

Se considera correcto si se realiza en 10 segundos o menos, cuando es de 20 segundos o más, se detecta fragilidad y se considera un elevado riesgo de caídas.

Fuente: Documento de consenso sobre prevención de fragilidad y caídas en la persona mayor del Consejo Interterritorial del SNS, 2014. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

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

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

Valoración de la incapacidad funcional

100	Total independencia (siendo 90 la máxima puntuación si el paciente usa silla de ruedas)
95	Dependencia funcional leve
65-90	Dependencia moderada
25-60	Dependencia severa
<20	Dependencia total

Fuente: Shah S. Vanclay F, Cooper B. Improving the sensitivity of the Barthel Index for stroke rehabilitation. J Clin Epidemiol 1989; 42: 703-709.

6. CUESTIONARIO VIDA* (VIDA DIARIA DEL ANCIANO) PARA LAS ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA

1. Preparación y toma de <u>medicamentos</u> (habituales o casuales): - Obtiene, prepara, toma los fármacos por sí mismo4 - Otros los adquieren, supervisan o le anotan cuándo tomarlos3 - Se limita a tomar los fármacos que otros han preparado-dispuesto2 - Se encargan otros de todo, incluso de dárselos1	6. Control de <u>riesgos</u> en el domicilio: - Realiza acciones habituales (gas, electricidad, cocina, agua) sin percances3 - Solo sencillas (grifos, interruptores...)2 - Ninguna de las acciones anteriores1
2. Utilización del <u>teléfono</u> : - Llama y contesta sin problemas4 - Contesta, pero solo llama a limitados teléfonos3 - Solo contesta llamadas2 - No es capaz de utilizarlo1	7. Realización de <u>compras</u> : - Cualquier tipo de compra4 - Compras sencillas3 - Necesita ayuda para realizar compras2 - No realiza ninguna1
3. Realización de tareas y <u>mantenimiento doméstico</u> : - Complejas (electrodomésticos, plancha, cocina, taladro, enchufes...)4 - Ordinarias (limpieza, orden, aspirador, camas, bombillas, tornillos,...)3 - Solo sencillas (barrer, recoger cosas)2 - No realiza ninguna1	8. Uso de <u>puertas</u> : - Abre y cierra puertas con llave3 - Puertas con manilla o pomo, pero sin llaves2 - Incapaz de abrir o cerrar puertas1
4. Manejo de <u>asuntos económicos</u> : - Toda la economía doméstica4 - Ayuda para la economía doméstica y acciones bancarias3 - Solo gastos y compras sencillas2 - No maneja dinero1	9. Utilización de <u>transportes</u> : - Cualquier desplazamiento o conduce por sí solo4 - Ayuda o acompañamiento para viajes no habituales o largos3 - Siempre con acompañante2 - Solo en vehículo adaptado o ambulancia1
5. <u>Desplazamiento</u> fuera del domicilio: - Camina sin ayuda4 - Camina con ayuda de bastón o muletas3 - En silla de ruedas2 - Necesita acompañante para salir del domicilio1	10. Mantenimiento de <u>relación social</u> : - Amplia relación y actos sociales4 - Con amigos y familiares3 - Solo con familiares2 - No se relacionan con nadie1
Puntuación global:	/38

Punto de corte fragilidad <31 puntos

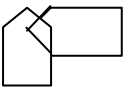
* Nota: Cuestionario validado para personas de 75 o más años y autorizado por Sacyl para personas menores de 75 años.

Es una herramienta fiable, no presenta sesgo de género, su puntuación presenta asociación con otras herramientas para medir la funcionalidad (test de «levántate y anda», índice de Barthel y escala de Lawton y Brody), y con factores de fragilidad en el anciano.

Fuentes: Martín Lesendea, I. Fiabilidad del cuestionario VIDA, para valoración de Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD) en personas mayores. Aten Primaria. 2012;44(6):309---319.

Soler-König, G. Validación transcultural y confiabilidad telefónica del cuestionario "VIDA diaria del anciano" modificado. Medicina (Buenos Aires) 2016; 76: 153-158

7. 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)

ORIENTACIÓN	¿En qué año estamos?	1
	¿En qué estación del año estamos?	1
	¿En qué día de la semana estamos?	1
	¿Qué día (número) es hoy?	1
	¿En qué mes estamos?	1
	¿En qué provincia estamos?	1
	¿En qué país estamos?	1
	¿En qué pueblo o ciudad estamos?	1
	¿En qué lugar estamos en este momento?	1
	¿Se trata de un piso o una planta baja?	1
FIJACIÓN	Repita estas tres palabras: "peseta, caballo, manzana". Un punto por cada respuesta correcta.	1
	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
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
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?	1
	Mostrar un reloj. ¿Qué es esto?	1
	Repita esta frase: "En un trigal había cinco perros" (un punto si es correcta)	1
	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)	1
	Haga lo que aquí le escribo (en un papel y con mayúsculas escribimos: "CIERRE LOS OJOS").	1
	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)	1
	Copie este dibujo, anotando un punto si cada pentágono tiene cinco lados y cinco ángulos y están entrelazados con dos puntos de contacto.	1
		
TOTAL		

La puntuación máxima es de 30 puntos:

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

8. TEST DE PFEIFFER

Cuestionario heteroadministrado para cribado del deterioro cognitivo en pacientes >65 años. Es sencillo y rápido de administrar y especialmente útil en personas mayores y con nivel de instrucción bajo. Explora la orientación, memoria a corto plazo y capacidad de cálculo. Se interroga sobre 10 ítems que recogen aspectos personales y muy generales. Se registran los errores.

Preguntas		ERROR
1	¿Qué día es hoy? (día, mes, año)	
2	¿Qué día de la semana es hoy?	
3	¿Dónde estamos ahora?	
4	¿Cuál es su número de teléfono?	
	¿Cuál es su dirección? (sólo si no tiene teléfono)	
5	¿Cuántos años tiene?	
6	¿Cuál es su fecha de nacimiento? (día, mes, año)	
7	¿Quién es ahora el presidente del gobierno?	
8	¿Quién fue el anterior presidente del gobierno?	
9	¿Cuáles son los dos apellidos de su madre?	
10	Vaya restando de 3 en 3 al número 20 hasta llegar a 0	
TOTAL ERRORES		

Interpretación de los resultados:

0 – 2 errores: normal

3 – 7 errores: deterioro mental leve-moderado

8 – 10 errores: deterioro mental severo

Con baja escolarización se permite un error más.

Con estudios superiores, se contabiliza con un error menos.

9. CUESTIONARIO GAD -7 DE ANSIEDAD

Nombre: Fecha:

Parte 1

En las últimas 2 semanas, ¿Con qué frecuencia se ha sentido molesto por los siguientes problemas?	Nunca	Varios días	La mitad de los días	Cada día
1. Sentirse nervioso/a, ansioso/a o tener los nervios de punta	0	1	2	3
2. No ser capaz de parar o controlar sus preocupaciones/la inquietud	0	1	2	3
3. Sentirse muy inquieto/a sobre diferentes cosas	0	1	2	3
4. Tener dificultad para relajarse	0	1	2	3
5. Estar tan inquieto que le resulte difícil estar sentado/a quieto/a	0	1	2	3
6. Enfadarse o irritarse con facilidad	0	1	2	3
7. Estar asustado/a como si fuese a pasar algo terrible	0	1	2	3
PUNTUACIÓN TOTAL				

Fuente: Spitzer RL, Kroenke K, Williams JBW, Löwe B. A Brief Measure for Assessing Generalized Anxiety Disorder: The GAD-7. JAMA intern Med 2006; 166: 1092-1097. García-Campayo J, Zamorano E, Ruiz MA, Pardo A, Pérez-Páramo, López-Gómez V, Freire O, Rejas F. Cultural adaptation into Spanish of the generalized anxiety disorder-7/GAD-7, scale as a screening tool. *Health and Quality of life Outcomes* 2010, 8:8 doi:10.1186/1477-7525-8-8.

Parte 2

Si usted se ha identificado con cualquier problema en este cuestionario, ¿Cuánto ha interferido (o cuán difícil se le ha hecho cumplir) con su trabajo o estudios, con las actividades o con su relación con otras personas?

Nada	Algo	Mucho	Extremadamente

Fuente: elaboración propia. Adaptación parte 2 Cuestionario PHQ 9 (Kroenke K et al., 2001)

Interpretación del Cuestionario GAD-7

0 – 4 puntos: no se aprecian síntomas de ansiedad.

5 – 10 puntos: síntomas de ansiedad leves.

11 – 15 puntos: síntomas de ansiedad moderados.

16 – 21 puntos: síntomas de ansiedad severos.

Al GAD-7 es necesario añadir la valoración de la interferencia en el funcionamiento diario del paciente.

*Se recomienda su uso por ser un instrumento que permite monitorizar la respuesta al tratamiento y la evolución de la ansiedad en seguimientos posteriores.

10. CUESTIONARIO SOBRE LA SALUD DEL PACIENTE (PHQ – 9)

Durante las últimas 2 semanas, ¿Qué tan seguido le han afectado cualquiera de los siguientes problemas? (Marque con una "✓" para indicar su respuesta)	Para nada	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1. Poco interés o placen en hacer las cosas	0	1	2	3
2. Se ha sentido decaído/a, deprimido/a o sin esperanzas	0	1	2	3
3. Dificultad para dormir o permanecer dormido/a o ha dormido demasiado	0	1	2	3
4. Se ha sentido cansado/a o con poca energía	0	1	2	3
5. Con poco apetito o ha comido en exceso	0	1	2	3
6. Se ha sentido mal con usted mismo/a o que es un fracaso o que ha quedado mal con usted mismo/a o con su familia	0	1	2	3
7. Ha tenido dificultad para concentrarse en cosas tales como leer el periódico o ver la televisión	0	1	2	3
8. ¿Se ha estado moviendo o hablando tan lento que otras personas podrían notarlo? O por el contrario ha estado tan inquieto/a o agitado/a, que se ha estado moviendo mucho más de lo normal	0	1	2	3
9. Ha pensado que estaría mejor muerto/a o se le ha ocurrido lastimarse de alguna manera	0	1	2	3
FOR OFFICE CODING	0	+	+	+
			=Total Score:	
Si usted marcó cualquiera de estos problemas, ¿Qué tan difícil fue hacer su trabajo, las tareas del hogar o llevarse bien con otras personas debido a tales problemas?				
Para nada difícil ☐	Un poco difícil ☐	Muy difícil ☐	Extremadamente difícil ☐	

Elaborado por los doctores Robert L. Spitzer, Janet B.W. Williams, Kurt Kroenke y colegas, mediante una subvención educativa otorgada por Pfizer Inc. No se requiere permiso para reproducir, traducir, presentar o distribuir.

Interpretación del Cuestionario sobre la Salud del Paciente – 9 (PHQ – 9)

Interpretación

Trastorno depresivo (depresión mayor): si hay por lo menos 5 ítems puntuados al menos como “más de la mitad de los días” o “casi todos los días”. Y al menos uno de los ítems positivos corresponde al 1 o 2.

Trastorno depresivo subumbral (depresión menor): si hay por lo menos 2 a 4 ítems puntuados al menos como “más de la mitad de los días”. Y al menos uno de los ítems positivos corresponde al 1 o 2.

Método de puntuación para la planificación y el control del tratamiento

Sume los números para obtener la puntuación total

Para interpretar la puntuación, use la siguiente guía:

Puntuación	Acción
≤ 4	La puntuación indica que, probablemente, el paciente no necesita tratamiento para la depresión.
>5 a 14	El médico debe utilizar su juicio clínico sobre el tratamiento, tomando en consideración la duración de los síntomas del paciente y su trastorno funcional.
≥ 15	Se justifica el tratamiento de la depresión con antidepresivos, psicoterapia o una combinación de tratamientos

Nota: ambos diagnósticos requieren descartar duelo normal (síntomas leves con duración menor a dos meses), antecedentes de episodios maníacos (trastorno bipolar) u otra explicación posible de los síntomas.

*Se recomienda su utilización por ser instrumento que permite monitorizar la respuesta al tratamiento y la evolución de la depresión

11. ESCALA DE YESAVAGE ABREVIADA (>65 AÑOS)

Preguntas	Respuesta
¿Está básicamente satisfecho con su vida?	NO
¿Ha renunciado a muchas de sus actividades y pasatiempos?	SI
¿Siente que su vida está vacía?	SI
¿Se encuentra a menudo aburrido?	SI
¿Se encuentra alegre y optimista, con buen ánimo casi todo el tiempo?	NO
¿Teme que le vaya a pasar algo malo?	SI
¿Se siente feliz, contento la mayor parte del tiempo?	NO
¿Se siente a menudo desamparado, desvalido, indeciso?	SI
¿Prefiere quedarse en casa que acaso salir y hacer cosas nuevas?	SI
¿Le da la impresión de que tiene más fallos de memoria que los demás?	SI
¿Cree que es agradable estar vivo?	NO
¿Se la hace duro empezar nuevos proyectos?	SI
¿Se siente lleno de energía?	NO
¿Siente que su situación es angustiosa, desesperada?	SI
¿Cree que la mayoría de la gente vive económicamente mejor que usted?	SI
Puntuación: Se asigna un punto por cada respuesta que coincida con la reflejada en la columna de la derecha, y la suma total se valora como sigue: 0-5: Normal. 6-9: Depresión leve >10: Depresión establecida	

12. ENCUESTA DE CALIDAD DE VIDA COOP – WONCA

COOP/WONCA™

FORMA FÍSICA

Durante las 2 últimas semanas...

¿Cuál ha sido la máxima actividad física que ha podido hacer durante, al menos minutos?

Muy intensa (por ejemplo: correr deprisa)		1
Intensa (por ejemplo: correr con suavidad)		2
Moderada (por ejemplo: correr a paso rápido)		3
Ligera (por ejemplo: caminar despacio)		4
Muy ligera (por ejemplo: caminar lentamente o no poder caminar)		5

ESTADO DE SALUD

Durante las 2 últimas semanas...

¿Cómo calificaría su salud en general?

Excelente		1
Muy buena		2
Buena		3
Regular		4
Malá		5

SENTIMIENTOS

Durante las 2 últimas semanas...

¿En qué medida le han molestado problemas emocionales tales como sentimientos de ansiedad, depresión, irritabilidad o tristeza y desánimo?

Nada, en absoluto		1
Un poco		2
Moderadamente		3
Bastante		4
Intensamente		5

CAMBIO EN EL ESTADO DE SALUD

Durante las 2 últimas semanas...

¿Cómo calificaría ahora su estado de salud, en comparación con el de hace 2 semanas?

Mucho mejor	 	1
Un poco mejor	 	2
Igual, por el estilo	 	3
Un poco peor	 	4
Mucho peor	 	5

ACTIVIDADES COTIDIANAS

Durante las 2 últimas semanas...

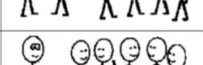
¿Cuánta dificultad ha tenido al hacer sus actividades o tareas habituales, tanto dentro como fuera de casa, a causa de su salud física o por problemas emocionales?

Ninguna dificultad		1
Un poco de dificultad		2
Dificultad moderada		3
Mucha dificultad		4
Total, no he podido hacer nada		5

ACTIVIDADES SOCIALES

Durante las 2 últimas semanas...

¿Su salud física y estado emocional, han limitado sus actividades sociales con familia, amigos, vecinos o grupos?

No; nada, en absoluto		1
Ligeramente		2
Moderadamente		3
Bastante		4
Muchísimo		5

DOLOR

Durante las 2 últimas semanas...

¿Cuánto dolor ha tenido?

Nada de dolor		1
Dolor muy leve		2
Dolor ligero		3
Dolor moderado		4
Dolor intenso		5

13. CUESTIONARIO MOS DE APOYO SOCIAL

Las siguientes preguntas se refieren al apoyo o ayuda de que Vd. Dispone:

1. Aproximadamente, ¿Cuántos amigos íntimos o familiares cercanos tienen usted? (personas con las que se encuentra a gusto y puede hablar de todo lo que se le ocurre)

Escriba el nº de amigos íntimos y familiares cercanos:

La gente busca a otras personas para encontrar compañía, asistencia u otros tipos de ayuda ¿Con qué frecuencia usted dispone de cada uno de los siguientes tipos de apoyo cuando lo necesita? (marque con un círculo uno de los números de cada fila)

CUESTIONES: ¿Cuenta con ALGUIEN?	Nunca	Pocas veces	Algunas veces	La mayoría de las veces	Siempre
2. Que le ayude cuando tenga que estar en la cama	1	2	3	4	5
3. Con quien pueda contar cuando necesite hablar	1	2	3	4	5
4. Que le aconseje cuando tenga problemas	1	2	3	4	5
5. Que le lleve al médico cuando lo necesite	1	2	3	4	5
6. Que le muestre amor y afecto	1	2	3	4	5
7. Con quien pasar un buen rato	1	2	3	4	5
8. Que le informe y ayude a entender la situación	1	2	3	4	5
9. En quien confiar o con quien hablar de sí mismo y sus preocupaciones	1	2	3	4	5
10. Que le abrace	1	2	3	4	5
11. Con quien pueda relajarse	1	2	3	4	5
12. Que le prepare la comida si no puede hacerlo	1	2	3	4	5
13. Cuyo consejo realmente desee	1	2	3	4	5
14. Con quien hacer cosas que le sirvan para olvidar sus problemas	1	2	3	4	5
15. Que le ayude en sus tareas domésticas si está enfermo	1	2	3	4	5
16. Alguien con quien compartir sus temores y problemas más íntimos	1	2	3	4	5
17. Que le aconseje cómo resolver sus problemas personales	1	2	3	4	5
18. Con quien divertirse	1	2	3	4	5
19. Que comprenda sus problemas	1	2	3	4	5
20. A quien amar y hacerle sentirse querido	1	2	3	4	5

Resultado: suma de los valores correspondientes.

Índice global de apoyo social: todas las respuestas.

Apoyo emocional: respuestas número 3, 4, 8, 9, 13, 16, 17 y 19.

Ayuda material: respuestas a las preguntas 2, 5, 12 y 15.

Relaciones sociales de ocio y distracción: respuestas a las preguntas 7, 11, 14 y 18.

Apoyo efectivo: respuestas a las preguntas 6, 10 y 20

Interpretación

	Máximo	Medio	Mínimo
Índice global de apoyo social	94	57	19
Apoyo emocional	40	24	8
Ayuda material	20	12	4
Relaciones sociales de ocio y distracción	20	12	4
Apoyo efectivo	15	9	3

14. VALORACIÓN SOCIO FAMILIAR ESCALA GIJÓN

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

15. DETECCIÓN DE MALTRATO EN PERSONAS MAYORES: INDICADORES Y SIGNOS DE ALARMA

- Historia clínica inconsistente, vaga o extraña.
- Contradicciones en los relatos entre el cuidador y la víctima.
- Negación de la lesión por parte de la víctima.
- Retraso en solicitar asistencia cuando ocurre una lesión.
- Historia de accidentes frecuentes (visitas reiteradas a hospitales y servicios de urgencia por motivos cambiantes).
- Miedo de la víctima a un determinado cuidador o familiar, motivado por cambios de actitud ante su presencia.
- Negativa del cuidador a dejar sola a la persona mayor.
- Cambios frecuentes de médico sin justificación.

Fuente: Junta de Castilla y León. Gerencia de Servicios Sociales. Guía básica para la detección y actuación ante situaciones de maltrato a Personas Mayores.

16. PREGUNTAS FACILITADORAS PARA IDENTIFICAR PRIORIDADES Y VALORES DEL/LA PACIENTE

Las prioridades del/la paciente deben quedar documentadas en la historia clínica y accesible a todos los profesionales que lo atiendan.

EXPLORAR MIEDOS Y PREOCUPACIONES

Compartir temores y preocupaciones sobre su salud y los cuidados en salud, ayuda a adaptar a su medida el tratamiento, educación para la salud, etc.

"Sé que nos conocemos hace tiempo pero quiero hacerle unas preguntas sobre lo que más le importa en su salud para atenderle mejor. ¿Cuáles son sus mayores preocupaciones sobre su salud/cuidados? ¿Cuál diría que es su mayor problema de salud?"

INVESTIGAR VALORES Y ACTIVIDADES DESEADAS

Identificar las actividades que los pacientes desean realizar facilita establecer objetivos específicos que deben ser realistas.

"¿Qué le gustaría estar haciendo más? ¿Qué es significativo e importante para usted en su día a día? ¿En qué le gustaría que le ayudemos en su vida diaria? ¿Cómo sería un buen día si no tuviera un problema con X?"

INDAGAR SOBRE LAS PREFERENCIAS DE ATENCIÓN SANITARIA

Conocer su percepción sobre la utilidad o la carga de los aspectos de su atención puede guiar la toma de decisiones y la educación para la salud y mejorar la adherencia.

"¿Qué aspectos de su atención sanitaria cree que están ayudando más a su salud? ¿Cuáles de ellos le resultan fáciles de llevar a cabo? ¿Qué cosas cree que no ayudan o son demasiado molestas o difíciles?"

VALORAR PERCEPCIONES SOBRE EL PRONÓSTICO

Evaluar las percepciones de los pacientes sobre la trayectoria que lleva su enfermedad.

"¿Entiende cómo sus enfermedades afectarán su vida diaria y su salud? o ¿cómo cree que serán los próximos 6 meses o año/pocos años para usted en cuanto a su salud y funcionalidad?"

PROMOVER SUS CAPACIDADES Y APOYOS CERCANOS (CUALIDADES DE RESILIENCIA)

Usted ha trabajado mucho en su vida o ha conseguido... (tales logros: criar a sus hijos, sacar una pequeña empresa adelante...)

"¿Cuáles son sus mayores cualidades, lo que mejor se le da hacer? ¿Qué cree que puede usted poner de su parte para encontrarse mejor? ¿Qué personas tiene en su vida para ayudarle a sentirse mejor? ¿Cómo le pueden ayudar estas personas a encontrarse mejor?"

PREGUNTA ESPECÍFICA SOBRE LO MÁS IMPORTANTE

Ayudar a los pacientes a vincular sus actividades más deseadas con su salud o cuidados para dirigir mejor la toma de decisiones:

"¿Qué es lo más importante en lo que desea que nos centremos en su salud? Si pudiéramos mejorar esto, ¿qué haría usted más o podría hacer más fácilmente?" Cuando hay una desconexión entre la meta del/la paciente y su disposición a aceptar atención sanitaria: "Sé que quiere... (meta), pero le parece que el tratamiento X (necesario para lograr la meta) es molesto. Aunque sea difícil, puede compensarle: ¿está dispuesto/a a intentarlo (X) si eso le ayuda a... (completar el objetivo)?"

PLAN DE ACCIÓN:

Es importante alinear las decisiones clínicas para lograr los objetivos prioritarios del paciente.

"Hay diferentes cosas que podríamos hacer. Pero sabiendo lo que más le importa, sugiero que intentemos... (completar) "

(Basado en *Patient Priorities Identification y Validated Questions for exploring patients' health priorities* (American Geriatrics Society 2019))

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

	Nunca (1 pts)	Rara vez (2 pts)	A veces (3 pts)	Bastantes veces (4 pts)	Casi siempre (5 pts)
¿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 3. Patrones funcionales de Marjory

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, icterica, 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, afasia expresiva), pérdidas de memoria, dificultad de comprensión, 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 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 que puede resultar de ayuda para detectar aspectos relevantes que deben considerarse en los pacientes que tienen un mayor número de medicamentos prescritos.

4.1. CRITERIOS DE REVISIÓN ESTRUCTURADA DEL PLAN TERAPÉUTICO

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

1. Indicación, necesidad y selección del medicamento	2. Adecuación y conveniencia: dosis, frecuencia, duración y presentación
¿El medicamento es necesario? ¿La indicación para la que fue prescrito sigue estando presente? ¿El medicamento se emplea en las indicaciones aprobadas? ¿Se han tenido en cuenta las alergias, efectos adversos y contraindicaciones? ¿El medicamento prescrito es la mejor elección para ese proceso y ese paciente en base a la evidencia disponible? (Ver Guía Terapéutica de Sacyl) ¿Se han incluido medidas no farmacológicas adecuadas? ¿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?	¿La dosis, pauta, duración y presentación del medicamento (forma farmacéutica, vía y modo de administración...) son adecuadas? Determinar criterios para interrumpirlo. ¿Se han tenido en cuenta las características del paciente: edad, peso, función renal y hepática, patología actual? ¿El régimen terapéutico es complejo (vía de administración, dosis, interferencia en la vida diaria)? ¿Puede simplificarse la terapia?
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 alguna prueba que proporcione una información objetiva al respecto (ej. tensión arterial, hemoglobina glicosilada, LDL-colesterol...)? ¿Se ha establecido cómo y cada cuánto tiempo se va a valorar el resultado del tratamiento y se está monitorizando adecuadamente? Hay que programar controles posteriores para evaluar periódicamente los objetivos terapéuticos para los que se han indicado los medicamentos. - Si no se alcanzan los objetivos: - Valorar si la causa es la falta de adherencia al tratamiento. - 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	¿Hay duplicidades en la terapia farmacológica (mismo principio activo o misma clase terapéutica)? ¿Hay algún medicamento afectado por Alertas de seguridad? ¿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? ¿Hay alguna interacción farmacológica significativa medicamento-medicamento, medicamento-alimento, medicamento-patología? ¿Presenta algún signo o síntoma indefinido que pudiera estar relacionado con la medicación? Ej. síntomas anticolinérgicos, mareos, somnolencia... ¿El régimen terapéutico incluye medicamentos para tratar un efecto adverso de otro medicamento ("cascada farmacológica")? Si es así, ¿puede suspenderse el medicamento

acción sinérgica. - Considerar si se debe a una interacción (medicamento, alimento o producto de fitoterapia, patología).	sospechoso o disminuirse su dosis?
5. Conocimiento de la perspectiva del paciente sobre el tratamiento. 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. Para determinados grupos terapéuticos/ principios activos que tienen pautas complejas, debe asegurarse que los medicamentos tienen instrucciones específicas de dosificación. • ¿El paciente está de acuerdo con su tratamiento?, ¿acepta los cambios propuestos? Es importante conseguir el acuerdo y la implicación del paciente.	

4.2. INFORME CONCYLIA PARA ORIENTAR LA REVISIÓN

Los criterios de revisión se concretan mediante **indicadores** generales, de eficacia y de seguridad. Relacionado con cada indicador, se incorpora una **propuesta de actuaciones concretas** que apoyan la revisión: 1. Actuaciones clínicas, de evaluación o valoración de la prescripción de cada paciente: descansan fundamentalmente en los profesionales médicos. 2. Actuaciones de seguimiento: son apropiadas para su realización desde la consulta de enfermería.

Aspectos generales

GENERALES			
Descripción	Actuaciones	Actuaciones desde la consulta de enfermería	Referencias y enlaces
Nº de PA nº total de principios activos diferentes que el	El uso de un número elevado de medicamentos puede disminuir la adherencia al tratamiento, aumentar la iatrogenia y dar lugar a	Ayudar a organizar la medicación y revisar con	

paciente ha retirado en la farmacia pueden haber sido prescritos por varios médicos.	errores de utilización. Puede ser conveniente priorizar o revisar la indicación de los principios activos. Valorar función renal, especialmente en mayores de 65 años.	el paciente la Hoja de Medicación	
Novedades Terapéuticas 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 .	Revisar la identificación y manejo de nuevos medicamentos	
Nº de PA en la Guía Terapéutica 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.		Guía Terapéutica SACYL
PA No Eficientes nº de principios activos prescritos que consiguen la misma eficacia a un mayor coste que otras alternativas	Valorar la necesidad de estos medicamentos o considerar alternativas más eficientes .		Estrategia eficiencia 2017
PA con baja o nula utilidad terapéutica Número de principios activos prescritos cuya eficacia no se ha probado a través de estudios clínicos realizados en condiciones adecuadas o relación beneficio/riesgo desfavorable	Valorar la deprescripción de estos fármacos: complejo oseína-hidroxiapatita, estreptoquinasa-estreptodornasa, serenoa repens, extractos antiadenoma de próstata, glucosamina, diacereína, condroitinsulfato, condroitinsulfato-glucosamina y citicolina		Medicamentos a evitar. Actualización 2018
Sales de hierro NO EFICIENTES El paciente está en tratamiento con sales de hierro III , al considerarse de elección las sales ferrosas por su mejor absorción y menor coste	Valorar el cambio a una sal de hierro más eficiente como Fero-gradumet®, Tardyferon® y, en pacientes con problemas de deglución, Cromatombic ferro®, Ferrosanol® o Ferbisol®.		
Heparinas de bajo peso molecular (HBPM) NO EFICIENTES El paciente está en tratamiento con HBPM no eficientes como Bemiparina o tinzaparina , al considerarse de elección otras terapéuticamente equivalentes y de menor coste como nadroparina, enoxaparina, dalteparina	Seleccionar HBPM eficiente, salvo justificación por indicación.		
SYSADOA	Valorar la deprescripción de estos fármacos		Falta de eficacia de condroitín sulfato + glucosamina en artrosis de rodilla

Adecuación de objetivos terapéuticos

En la propuesta de revisión de tratamiento promovida desde Sacyl, una parte de la valoración de la pertinencia o continuidad de determinados tratamientos farmacológicos puede realizarse según los objetivos adecuados a cada situación clínica.

ADECUACIÓN A OBJETIVOS			
Adecuación a objetivos	Actuaciones	Actuaciones desde la consulta de enfermería	Referencias y enlaces
Diabetes tipo 2	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%)	Mejora de adherencia: medicación para prevención de riesgo, no para tratamiento de síntomas. Medición de Hba1c o glucemias	Control glucémico en ancianos - Ojo de Markov 37 Adecuación del tratamiento farmacológico de los diabéticos tipo 2 en Sacyl - Ojo de Markov 68
LDL	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 prevención secundaria en pacientes ancianos reevaluar la necesidad de terapia intensiva. En hipercolesterolemia familiar y prevención secundaria ajustar dosis a las 4-6 sem según objetivos alcanzados de LDL, valorando seguridad de dosis altas. Vigilar la aparición de toxicidad muscular.	Mejora de adherencia. Si se precisa LDL y preguntar por miopatías (síntomas), especialmente en dosis altas.	Estatinas en personas mayores – Ojo de Markov 52
Alzheimer	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.	Mejora de adherencia. Hacer minimal. Informar a la familia de la eficacia limitada de estos fármacos	Deprescripción en ancianos: un proceso laborioso – Ojo de Markov 51
Osteoporosis	Valorar riesgo de fractura y la necesidad de continuar tratamiento, considerando la seguridad de los distintos grupos de fármacos.	Mejora de adherencia. Ejercicios de prevención de caídas (programa de fisioterapeutas)	Denosumab y bifosfonatos: duración y seguridad – Ojo de Markov 63 En ancianos, mejor evitar caídas que tratar

Seguridad: reacciones adversas, interacciones y duplicidades

SEGURIDAD			
Seguridad (Sí/No)	Actuaciones	Actuaciones desde la consulta de enfermería	Referencias y enlaces
Bifosfonatos	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.	Conocer la existencia y el contenido de la alerta para informar al paciente y asegurarse de su seguimiento	Osteonecrosis del conducto auditivo externo asociada al uso de Bisfosfonatos
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.	Conocer la existencia y el contenido de la alerta para informar al paciente y asegurarse de su seguimiento	Denosumab (Prolia®): Riesgo de fractura atípica de fémur
Aliskiren+IECA o ARAII	Esta combinación de medicamentos aumenta el riesgo de fallo renal. Contraindicada en diabéticos y en IR moderada o grave.	Conocer la existencia y el contenido de la alerta para informar al paciente y asegurarse de su seguimiento	Uso combinado de medicamentos que actúan sobre el sistema renina-angiotensina (IECA-ARA II): restricciones de uso
Agomelatina	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.	Conocer la existencia y el contenido de la alerta para informar al paciente y asegurarse de su seguimiento	AGOMELATINA (Thymanax®, Valdoxan®) y toxicidad hepática: Nuevas recomendaciones de uso
Citalopram/ Escitalopram	Citalopram: D máx. recomendada 40 mg/ día. En > de 65 años o con disfunción hepática, D max 20 mg/día. Escitalopram: D 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 Torsade de Pointes.	Conocer la existencia y el contenido de la alerta para informar al paciente y asegurarse de su seguimiento	Escitalopram: prolongación del intervalo QT del electrocardiograma
Domperidona	Utilizar domperidona únicamente en el tratamiento de náuseas y vómitos, durante el menor tiempo posible y sin sobrepasar 10mg/8h vía oral o supositorios 30mg/12h vía rectal. En niños y adolescentes de menos de 35 Kg administrar por VO a dosis de 0,25mg/Kg de peso hasta 3 veces al día. No utilizar supositorios en niños. No utilizar 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.	conocer la existencia y el contenido de la alerta para informar al pacientes y asegurarse de su seguimiento	Domperidona y riesgo cardiaco: restricciones en las condiciones de autorización

SEGURIDAD			
Seguridad (Sí/No)	Actuaciones	Actuaciones desde la consulta de enfermería	Referencias y enlaces
Diacereína	Debido al riesgo de diarrea severa y las complicaciones que pueden presentarse no se recomienda su uso a partir de los 65 años. Iniciar con 50mg/día durante las primeras 2-4 semanas de tratamiento, valorando la tolerancia al mismo. Posteriormente se debe incrementar a dosis recomendada de 100mg/día. Suspender si aparece diarrea. No utilizar 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.	Conocer la existencia y el contenido de la alerta para informar al paciente y asegurarse de su seguimiento	DIACEREÍNA: Restricciones de uso tras la reexaminación de la información
Olmesartán	En los últimos años se ha relacionado olmesartán con un incremento del riesgo cardiovascular en pacientes diabéticos, y con la enteropatía sprue-like que cursa con diarrea crónica y pérdida de peso, la cual aparece después de meses o años de tratamiento y que, de momento, no se ha descrito con otros ARA-II. Además se ha excluido de la financiación en Francia por falta de eficacia y problemas de seguridad.	Conocer la existencia y el contenido de la alerta para informar al paciente y asegurarse de su seguimiento	Olmesartán: a propósito de muchos casos
Fármacos con riesgo de prolongación del intervalo QT	• Valorar los posibles factores de riesgo que pueden estar presentes (bradicardia, alteraciones electrolíticas, patologías cardíacas, endocrinas, etc.), porque podría estar contraindicada la prescripción o ser mayor el riesgo que el beneficio. • Comprobar si se va a utilizar en combinación con otros medicamentos que prolongan el intervalo QT o que inhiben su metabolismo, porque se potencia la capacidad de prolongar el intervalo QT y el riesgo de producir Torsión de Puntas. • No sobrepasar la dosis recomendada. • Realizar una medición del intervalo QT en el electrocardiograma previa a la administración del medicamento con capacidad de prolongar el intervalo QT y evitar su prescripción en pacientes con un intervalo QT ligeramente prolongado.	Conocer la existencia y el contenido de la alerta para informar al paciente y asegurarse de su seguimiento	Medicamentos y prolongación del intervalo QT
Gliflozinas: canagliflozina, dapagliflozina o empagliflozina	• Valorar el riesgo de cetoacidosis diabética ante la presencia de náuseas, vómitos, dolor abdominal, anorexia, sed excesiva, disnea, cansancio, somnolencia, incluso con niveles de glucemia menores de 250 mg/dl. • Suspender el tratamiento y realizar la determinación de cuerpos cetónicos, si se sospecha el diagnóstico de cetoacidosis • Monitorizar los pacientes que presenten factores de riesgo de amputación, e insistirles en la importancia de un adecuado cuidado preventivo del pie diabético. • Considerar la posibilidad de interrumpir el tratamiento con canagliflozina en aquellos pacientes que desarrollen complicaciones importantes en los pies. • En pacientes mayores de 75 años la relación beneficio-riesgo es desfavorable y existen alternativas más eficaces y seguras.	Revisión del pie diabético	Canagliflozina y riesgo de amputación no traumático en miembro inferior – Intervención prescripción Inhibidores SGLT2 7 (Gliflozinas)
Hidroxizina	No se recomienda en pacientes de edad avanzada dada la menor tasa de eliminación del fármaco y el mayor riesgo de sufrir reacciones adversas debidas fundamentalmente a los efectos anticolinérgicos. La dosis máxima diaria no debe superar los 100mg. Contraindicado en pacientes con prolongación del intervalo QT congénito o adquirido o con factores de riesgo predisponentes para la prolongación del mismo.		Hidroxizina (atarax®): nuevas restricciones de uso para minimizar su riesgo arritmogénico

SEGURIDAD			
Seguridad (Sí/No)	Actuaciones	Actuaciones desde la consulta de enfermería	Referencias y enlaces
Gabapentina y pregabalina	Pueden producir efectos adversos neurológicos así como ganancia de peso, edema, efectos gastrointestinales (obstrucción, íleo paralítico, estreñimiento, especialmente frecuentes e intensos si el paciente toma analgésicos opiáceos); alteraciones cardíacas, como la insuficiencia cardíaca, registradas en estudios post-autorización y aumento de ideación o comportamiento suicida. Son frecuentes también los vómitos, la sequedad de boca y la flatulencia. Pueden producir dependencia, abuso y síndrome de retirada.		Los riesgos de la sobreutilización de gabapentina y pregabalina
IECA+ARAI	En pacientes con nefropatía diabética, el uso combinado de IECA y ARA II está asociado a un mayor riesgo de hiperpotasemia, hipotensión y fallo renal; precisa estrecha monitorización de la función renal, balance hidroelectrolítico y tensión arterial, y supervisión por un médico con experiencia en el tratamiento de este tipo de pacientes. De forma general, combinación no recomendada; valorar su necesidad.	Conocer las alertas de seguridad y comprobar que se han aplicado las recomendaciones en los pacientes afectados	Uso combinado de medicamentos que actúan sobre el sistema renina-angiotensina (ieca-araii): restricciones de uso
Trimetazidina	Medicamento a evitar, salvo uso como terapia adicional para tratamiento sintomático de pacientes adultos con angina de pecho estable que no están adecuadamente controlados o no toleran terapias antianginosas de 1ª línea. Balance beneficio-riesgo desfavorable en el tratamiento del vértigo, tinnitus y alteraciones de la visión (indicaciones no autorizadas). Revisar indicación. Precaución en pacientes de edad avanzada o con IR moderada: valorar uso de dosis bajas.		Manual alerta de seguridad: trimetazidina
HIPNÓTICOS Z (Zopiclona, Zolpidem)	Pueden producir alteraciones en la capacidad de atención y concentración diurnas, y ataxia. Revisar que no se supere la dosis máxima de Zolpidem en mayores de 65 años (5mg/día). Usar con precaución en IH.	Informar al paciente sobre los efectos adversos y recomendar evitar la conducción y las actividades de riesgo.	Zolpidem: riesgo de somnolencia al día siguiente
Metoclopramida, cinitaprida, cleboprida, levosulpirida	Evitar en pacientes con parkinsonismo por posible agravamiento. No utilizar METOCLOPRAMIDA en prevención o tratamiento de náuseas y vómitos no relacionados con quimioterapia, radioterapia, cirugía o migraña; balance beneficio-riesgo desfavorable (riesgo de efectos neurológicos, p. ej. alteraciones extrapiramidales y discinesia tardía, y cardiovasculares). Reevaluar necesidad de utilización o confirmar que no se supera la duración máxima de tratamiento (5 días) o la dosis máxima diaria (0,5 mg/kg/24 horas).	Revisar duración de tratamiento	METOCLOPRAMIDA: actualización de indicaciones y posología para minimizar el riesgo de efectos adversos (principalmente neurológicos)
AINE	Debe evitarse la utilización de AINE en diversas situaciones: pacientes con HTA, IC, IR crónica, antecedentes de enfermedad ulcerosa péptica o hemorragia digestiva sin uso simultáneo de un IBP o un antagonista H2,... No utilizar inhibidores selectivos de la COX2 con enfermedad cardiovascular por aumento del riesgo de infarto. Evitar DICLOFENACO y ACECLOFENACO, salvo intolerancia o contraindicación de otras alternativas terapéuticas, debido a que tienen más efectos adversos cardiovasculares (incluyendo IAM e insuficiencia cardíaca) y muertes por causa cardiovascular que otros AINE de eficacia similar. Reevaluar balance beneficio-riesgo.	Revisar duración de tratamiento	

DUPLICIDADES			
Duplicidades (Sí/No)	Actuaciones	Actuaciones desde la consulta de enfermería	Referencias y enlaces
≥ 2 principios activos del mismo subgrupo terapéutico El paciente está en tratamiento con dos principios activos 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.	Revisar correcta identificación de medicamentos confusiones.	
> 3 principios activos del mismo subgrupo terapéutico El paciente está en tratamiento con 3 o más principios activos del mismo subgrupo terapéutico (5 dígitos)	Investigar la posibilidad de duplicidades en el tratamiento y valorar la retirada de principios activos.	Revisar correcta identificación de medicamentos confusiones.	
Pacientes en tratamiento con alfuzosina o tamsulosina o terazosina o silodoxina y doxazosina o prazosina	El uso combinado de fármacos alfa1-bloqueantes, aunque sean selectivos de la próstata, se considera duplicidad terapéutica y puede provocar un efecto farmacodinámico aditivo, incrementando el riesgo de efectos adversos tales como: hipotensión postural, mareo, síncope, cefalea, priapismo y congestión nasal, debido al bloqueo de los receptores a nivel vascular. 1.- Evitar, siempre que sea posible, la combinación de varios alfa1-bloqueantes. 2.- En el caso de pacientes hipertensos tratados con doxazosina o prazosina que no controlen los síntomas asociados a HBP, se recomienda añadir un inhibidor de la 5-alfa-reductasa (finasterida o dutasterida). 3.- En los pacientes que utilicen doxazosina o prazosina y no tengan HTA, valorar si los beneficios superan los riesgos potenciales, y pensar en la posibilidad de cambiar a otro fármaco alfa1-bloqueante selectivo de próstata: alfuzosina, tamsulosina o terazosina.	Si no fuese posible suspender alguno de estos fármacos, es recomendable vigilar la aparición de efectos adversos tales como hipotensión sintomática, cefalea, mareo y síncope, entre otros.	Informe Seguridad duplicidad alfa1bloqueantes_Z amora_mar2017
Combinaciones de AINE (Recomendación No hacer) Pacientes en tratamiento con 2 o más AINE)	El uso concomitante de 2 o más AINE no aumenta la eficacia y sí aumenta la toxicidad (gastrointestinal, cardiovascular y renal). Siempre utilizar la menor dosis efectiva y durante el menor tiempo necesario para el control de los síntomas, evitando, en la medida de lo posible, la cronificación del tratamiento.	Asegurarse de que el paciente no toma dos AINE a la vez cuando uno sustituye al otro.	

INTERACCIONES

Interacciones (Sí/No)	Actuaciones	Actuaciones desde la consulta de enfermería	Referencias y enlaces
Triple Whammy 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 cardíaca,.....). Si no es posible retirar ningún fármaco, valorar función renal y potasio.	Comprobar que la función renal está valorada. Advertir deshidratación.	El triple WHAMMY: una combinación de riesgo
Anticoagulantes Orales + (AINE o heparinas o antiagregantes) El paciente está en tratamiento concomitante con anticoagulante + AINE	El uso concomitante aumenta el riesgo de hemorragia. En caso de ajuste de dosis de sintrom es posible uso concomitante con heparina durante un periodo limitado. Valorar alternativas.	Informar de síntomas de alerta de hemorragia: vómito en posos de café, melenas	
Verapamilo o Diltiazem 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. Vigilar con dabigatrán	Revisar interacciones con Medora y advertir al médico	
Inhibidores de acetilcolinesterasa (IACE) y anticolinérgicos El paciente está en tratamiento concomitante con IACE + anticolinérgicos	Los fármacos anticolinérgicos reducen la eficacia de los inhibidores de la acetilcolinesterasa. Además, se consideran inapropiados en pacientes de edad avanzada y en pacientes con demencia, al incrementar el riesgo de deterioro cognitivo y potenciar los síntomas conductuales y psicológicos. • Antes de iniciar tratamiento para la Enfermedad de Alzheimer, revisar el plan terapéutico con el fin de minimizar o retirar, si es posible, fármacos con efectos anticolinérgicos. • En caso de que sea necesario iniciar tratamiento con antipsicóticos, son de elección risperidona o haloperidol, durante el menor tiempo posible. • Hacer un seguimiento regular del paciente y valorar la retirada del IACE o memantina si se detecta falta de eficacia o en caso de que ésta sea incierta	Evaluar la aparición de toxicidad anticolinérgica que se asocia con múltiples efectos adversos sobre el sistema nervioso, tanto periféricos (sequedad de boca, estreñimiento, retención urinaria o visión borrosa, entre otros) como centrales (confusión, delirium y deterioro cognitivo).	Antagonismo farmacológico entre anticolinérgicos y fármacos para el Alzheimer ¿mito o realidad?
Inmunosupresores (ciclosporina, tacrolimus y everolimus) Principios activos con riesgo potencial de interacción grave con otros medicamentos. Tienen margen terapéutico estrecho y pequeños cambios de concentración plasmática pueden reducir efecto o aumentar toxicidad.	Aumentan su concentración: amiodarona y dronedarona; diltiazem y verapamilo; antifúngicos azoles; claritromicina y eritromicina. Disminuye su concentración: carbamazepina, fenobarbital, fenitoína y primidona; Rifampicina	Revisar interacciones con Medora y advertir al médico de que puede ser necesario monitorizar el nivel del inmunosupresor cuando se inicia o retira un fármaco con el que interacciona.	

Otros indicadores

OTROS INDICADORES			
Otros indicadores	Actuaciones	Actuaciones desde la consulta de enfermería	Referencias y enlaces
Fármacos que aumentan el riesgo de fractura (Sí/No) El paciente está en tratamiento con IBP o ISRS o benzodiazepina o pioglitazona o fenitoína o fenobarbital	Valorar la pertinencia de estos tratamientos en paciente con riesgo elevado de fractura.	Comprobar fecha de fin de tratamiento.	
Valorar duración del tratamiento (Sí/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.	Comprobar fecha de fin de tratamiento.	
PA depresores de SNC (Nº PA) 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.	Interrogar síntomas de excesiva somnolencia, caídas, atontamiento....	
Benzodiazepinas de vida media larga (Sí/No) El paciente está en tratamiento con benzodiazepinas de vida media larga: diazepam (N05BA01), clorazepato (N05BA05), diazepam en asociación (N05DA51), flunazepam (N05CD01), quazepam (N05CD10)	Evitar el uso de BZD en tratamientos prolongados (>1 mes) y en pacientes con riesgo de caídas; su uso a largo plazo se asocia a riesgos importantes: sedación, confusión, trastornos del equilibrio, caídas. Evitar también en casos de insuficiencia respiratoria aguda o crónica (pO ₂ <60mmHg + pCO ₂ > 45mmHg) por riesgo de exacerbación. Valorar deprescripción o utilización de BZD de acción corta-intermedia.	Informar al paciente sobre los efectos adversos del uso de BDZ en tratamientos prolongados y el riesgo de tolerancia y dependencia. Recomendar evitar la conducción y las actividades de riesgo.	Retirada de benzodiazepinas, una experiencia en Sacyl
Lidocaína 5% parches transdérmicos El paciente está en tratamiento con Lidocaína como anestésico local	Solo están indicados en alivio sintomático del dolor neuropático asociado a infección previa por herpes zoster en adultos		Lidocaína 5% apósito: criterios de uso y recomendaciones en SACYL

OPIOIDES			
Opioides (Sí/No)	Actuaciones	Act. enfermería	Referencias y enlaces
Opioides mayores: morfina; hidromorfona; oxicodona; fentanilo; buprenorfina (analgésico); oxicodona y naloxona; fentanilo liberación rápida; tapentadol	- Uso de herramientas como el Opioid Risk Tool, recomendada para detectar pacientes que pueden ser propensos a conductas adictivas (1) - En pacientes oncológicos, los opioides de liberación retardada deben pautarse junto a opioides de rescate (liberación rápida) para hacer frente a los episodios de dolor irruptivo que aparezcan - No usar opioides asociados a benzodiazepinas. - En dolor crónico dosis superiores a 150 mg de morfina, 75 mcg/h de fentanilo transdérmico o dosis equipotente de otros opioides se consideran altas; en ancianos a partir de 120 mg de morfina, 50-75 mcg/h de fentanilo transdérmico o dosis equipotente. - En dolor oncológico considerar la derivación a unidades especializadas en los pacientes con dosis superiores		Opioid Risk Tool (ORT) OPIOIDES, del poco uso ... al abuso Sacyl prescribe Nº 1 2017: opioides

	- a 180 mg de morfina, 100 mcg/h de fentanilo transdérmico o dosis equipotentes. - Siempre pautar laxantes profilácticos con opioides. - 9 pasos para el éxito en la prescripción de opioides en dolor crónico		
Fentanilo	- No iniciar fentanilo parches en pacientes naive. En estos casos, es aconsejable administrar dosis bajas de opioides de liberación inmediata (morfina, hidromorfona, oxicodona, tramadol o codeína) hasta alcanzar la dosis equianalgésica a fentanilo 25 µg/h, tal y como consta en su ficha técnica. - Si se utiliza fentanilo de liberación rápida más de 4 dosis día o más de 4 días consecutivos, aumentar la dosis del parche. - Revisar tratamientos con formas de liberación rápida pautadas sin asociar a opioides de liberación retardada. - Fentanilo de liberación rápida. Criterios de uso en Sacyl		Fentanilo Reflexión sobre el uso de fentanilo de liberación rápida en Castilla y León
Naloxona/oxicodona	No usar naloxona/oxicodona a dosis mayores de 160/80 mg ya que pueden reducir analgesia y precipitar síndrome de abstinencia.		
Tapentadol	En dolor músculo-esquelético, tapentadol no es una opción adecuada. No ha demostrado eficacia clínica relevante (Cochrane, 2015).		

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



Junta de
Castilla y León

HOJA DE MEDICACIÓN



Sacyl

Paciente:	CIP: CIPA:	Año de nacimiento:	TSI:
-----------	---------------	--------------------	------

Centro:	Tfno:	Méd. Familia/Pediatra:	Próximo seguimiento:
Dirección:		CPF:	
Población:		Prof. de Enfermería:	
CP:	Provincia:		

Medicamento	Posología	DE 	CO 	CE 	AC 	Instrucciones al paciente	Fecha Prescr.	Fecha Fin/Reno

Observaciones:

Por favor, RETIRE SÓLO LOS PRODUCTOS QUE NECESITE y no acumule medicamentos. SI LA MEDICACIÓN QUE TOMA NO COINCIDE con la contenida en esta hoja, INFORME LO ANTES POSIBLE a su médico y enfermero.

Importe estimado de 1 envase de cada producto
financiado según precios vigentes a dd/mm/aaaa

€

Esta hoja de medicación se ajusta a lo establecido en la Ley orgánica 15/1999 en cuanto a la protección de datos de carácter personal.

Esta hoja de medicación anula las anteriores.

dd/mm/aaaa Página 1 de 1

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

SIGNOS Y SINTOMAS A VIGILAR	INSUFICIENCIA CARDIACA	EPOC	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 Cardíaca	X	X				Frecuencia cardíaca 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	EPOC	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 Empeoramiento del cansancio

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 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.
5. **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](#))
6. **Comprobar que el/la paciente ha comprendido** la información sobre sus enfermedades y el beneficio y riesgos de sus tratamientos, haciéndole preguntas sobre los cuidados principales que tiene que realizar. Es importante priorizar y seleccionar la información que se le da para no abrumar con contenidos que probablemente no sea capaz de procesar.
7. Asegurarse de que la persona **cuidadora principal conoce los cuidados básicos que precisa el/la paciente y los signos de alarma.**
8. **Reforzar la autonomía y autocuidados** en hábitos saludables, proponer actuaciones a desarrollar ante dificultades emocionales o signos y síntomas de descompensación y apoyar la adherencia al tratamiento. Para ello, 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.
9. **Incorporar preferencias y valores del/la paciente** en la historia clínica y en el diseño del plan de cuidados (ver [preguntas facilitadoras](#)).
10. Proponer medidas de **apoyo a la persona cuidadora.**

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	$(4+2+3)/12 = (9/12) \cdot 100 =$				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 PCC, 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
Capacidad para llevar a cabo actividades de enfermería de práctica avanzada mediante los diagnósticos e intervenciones en el cuidado de la persona con PCC
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 y procesos 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 PCC y llevar a cabo las actuaciones que competen a la enfermera desde una perspectiva integral
Desarrollar una actitud proactiva de coordinación y complementación con los profesionales y la atención de los servicios sociales, asociaciones de pacientes, recursos comunitarios,...
Capacidad de promover y adaptarse a los cambios que supone este nuevo modelo de atención
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