

Atención a Pacientes Pluripatológicos

Proceso Asistencial Integrado



Atención a Pacientes Pluripatológicos

Proceso Asistencial Integrado

ATENCIÓN a pacientes pluripatológicos
[Recurso electrónico] : proceso asistencial
integrado / [autores, Manuel Ollero Baturone
(coordinador) ... et al.]. -- 3ª ed.. --
[Sevilla] : Consejería de Salud, [2018]

Texto electrónico (pdf), 136 p.

ISBN 978-84-947313-4-1

1. Atención integral de salud 2. Enfermedad
crónica 3. Comorbilidad 4. Atención dirigida
al paciente 5. Calidad de la atención de salud
6. Guía de práctica clínica 7. Andalucía
I. Ollero Baturone, Manuel II. Andalucía.
Consejería de Salud
W 84

3ª Edición



Esta obra está bajo una licencia Creative Commons

[Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/)

PROCESO ASISTENCIAL INTEGRADO. ATENCIÓN A PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS

Edita: Junta de Andalucía. Consejería de Salud.

ISBN: 978-84-947313-4-1

Maquetación: Kastaluna

Consejería de Salud: www.juntadeandalucia.es/salud

Repositorio Institucional SSPA: www.repositoriosalud.es

Autores/as: **Ollero Baturone, Manuel (Coordinación)**

Médico Especialista en Medicina Interna. Director de la Unidad Clínica de Atención Médica Integral (UCAMI). Hospital Universitario Virgen del Rocío. Servicio Andaluz de Salud. Director del Plan Andaluz de Atención Integrada a Pacientes con Enfermedades Crónicas.

Bernabeu-Wittel, Máximo

Médico Especialista en Medicina Interna. Facultativo Especialista de Área. Unidad Clínica de Atención Médica Integral (UCAMI). Hospital Universitario Virgen del Rocío. Servicio Andaluz de Salud.

Espinosa Almendro, Juan Manuel

Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Asesor en Envejecimiento de la Secretaría General de Salud Pública y Consumo. Consejería de Salud. Junta de Andalucía.

García Estepa, Raúl

Farmacéutico. Técnico de Evaluación. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía (AETSA).

Morilla Herrera, Juan Carlos

Enfermero. Director de la Unidad de Gestión Clínica Gestión de Casos y Unidad de Residencias. Distrito de Atención Primaria Málaga – Guadalhorce. Servicio Andaluz de Salud.

Pascual de la Pisa, Beatriz

Médica Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad de Gestión Clínica Camas. Distrito de Atención Primaria Aljarafe-Sevilla Norte. Servicio Andaluz de Salud.

Rodríguez Fernández, María Dolores

Trabajadora Social. Área de Gestión Sanitaria Sur de Sevilla. Servicio Andaluz de Salud.

Santos Ramos, Bernardo

Farmacéutico Especialista en Farmacia Hospitalaria. Facultativo Especialista de Área. Unidad de Gestión Clínica de Farmacia. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Servicio Andaluz de Salud.

Sanz Amores, Reyes

Médica Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Jefa del Servicio de Calidad y Procesos de la Secretaría de Investigación y Gestión del Conocimiento. Consejería de Salud. Junta de Andalucía.

Declaración de intereses:

Todos/as los/as autores/as han realizado una declaración de intereses, que constan en el Servicio de Calidad y Procesos.

Revisión interna: **Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud. Servicio Andaluz de Salud.****Carmen M^a Lama-Herrera**

Subdirectora de Promoción. Consejería de Salud.

Eugenio Martínez Concepción

Jefe de Servicio de Planes Integrales. Consejería de Salud.

Auxiliadora Fernández-López

Directora del Plan Andaluz de Cuidados Paliativos. Consejería de Salud. Servicio Andaluz de Salud.

Eva Moreno-Campoy

Directora de la Estrategia de Seguridad del Paciente de Andalucía. Consejería de Salud. Servicio Andaluz de Salud.

Leonor Ruiz-Sicilia

Directora de la Estrategia de Bioética del Sistema Sanitario Público de Andalucía. Consejería de Salud. Servicio Andaluz de Salud.

M^a Asunción Martínez- Brocca

Directora del Plan Andaluz de Diabetes. Consejería de Salud. Servicio Andaluz de Salud.

Nieves Lafuente-Robles

Directora de la Estrategia de Cuidados de Andalucía. Consejería de Salud. Servicio Andaluz de Salud.

Revisión externa:

Nuestro agradecimiento a las aportaciones realizadas por:

Dr. Jesús Díaz Manglano

Médico Internista. Hospital Miguel Servet. Zaragoza.

D. Juan Carlos Domínguez Camacho

Farmacéutico Director UGC Farmacia de AP. Sevilla.

D. Roberto Nuño-Solinis

Director Deusto Business School Health.

Dr. Rafael Rotaache del Campo

Especialista en Medicina familiar y Comunitaria. C. Salud Alza. Osakidetza.

De las Sociedades Científicas consultadas, se ha recibido aportaciones para la revisión externa del documento:

- Asociación Andaluza de Enfermería Comunitaria (ASANEC).
- Asociación Andaluza de Farmacéuticos de AP (AAFAP).
- Sociedad Andaluza de Calidad Asistencial (SADECA).
- Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria (SAMFYC).
- Sociedad Andaluza de Medicina Interna (SADEMI).
- Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria. (SEMERGEM-Andalucía).
- Sociedad Española de Médicos Generales y de familia (SEMG).

De las Asociaciones de pacientes consultadas, se ha recibido aportaciones para la revisión externa del documento:

- Federación española de Enfermedades RaRAS. (FEDER).
- Asociación Corazón y Vida.

Nuestro agradecimiento a la colaboración de Mercedes Galván Banqueri y Eva Rocío Alfaro Lara, farmacéuticas y Técnicas de AETSA, que participaron en la búsqueda inicial.

Presentación

La Gestión por Procesos es una de las estrategias puestas en marcha, en la sanidad pública andaluza en el año 2000, a partir del I Plan de Calidad.

El Proceso Asistencial Integrado (PAI) se ha reafirmado, en estos años, como una herramienta de mejora continua y ha contribuido a ordenar los diferentes flujos de trabajo, a integrar el conocimiento actualizado y a mejorar los resultados en salud, gracias a la importante implicación de los profesionales y a su capacidad para introducir la idea de mejora continua de la calidad, teniendo presente las expectativas de las personas.

En estos años, también se ha tratado de ir depurando la descripción del PAI, incorporando en las actividades, las características de calidad relacionadas con las estrategias y derechos que se han ido consolidando en el Sistema Sanitario Público de Andalucía, como la efectividad clínica, la seguridad del paciente, la información, el uso adecuado de medicamentos, la metodología enfermera basada en *Nursing Outcomes Classification*, intentando disminuir la variabilidad no explicada de las actuaciones en salud.

Cada una de las publicaciones que se presentan, nuevas o actualizadas, surgen de una priorización, del análisis de cómo se están realizando las cosas, de la revisión del conocimiento disponible a partir de una búsqueda estructurada y creando una propuesta razonable y coherente, que tendemos a simplificar con el objetivo de que recoja las recomendaciones clave, que realmente contribuyan a mejorar los resultados en salud.

Mi agradecimiento a todos los profesionales, porque están contribuyendo a la excelencia mediante una atención sanitaria de calidad.

Teresa Molina López
Directora General de Investigación
y Gestión del Conocimiento

Recomendaciones Clave / 11

Introducción / 13

Aspectos metodológicos / 19

Definición / 23

Descripción general / 27

Componentes: Profesionales, actividades,
características de calidad / 29

Recursos: Modelo de Atención Compartida / 57

Competencias específicas del equipo de profesionales / 69

Representación gráfica: Representación Global / 71

Indicadores / 73

Anexos / 81

Acrónimos / 129

Bibliografía / 131

Recomendaciones clave

Estas recomendaciones clave responden a las características de calidad que, según el grupo elaborador, aportan más valor al resultado final. Su grado de recomendación responde al asignado por el grupo siguiendo la metodología establecida en el subapartado “Aspectos metodológicos” de la Introducción. En este caso, son todas por acuerdo del grupo que ha actualizado el PAI.

Recomendaciones	Grado
Los pacientes al ser identificados como pluripatológicos serán informados de esta condición y deberán conocer los nombres y circuitos de acceso a sus profesionales referentes.	AG
La valoración de los pacientes pluripatológicos ha de incluir valoración clínica, funcional, de la fragilidad, cognitiva, afectiva, socio-familiar, pronóstica, farmacológica, de la autogestión- activación y de los valores-preferencias en los plazos y circunstancias definidas.	AG
Todos los pacientes con índice Barthel menor de 60 o deterioro cognitivo moderado tendrán identificada y evaluada la persona que cuida.	AG
Se realizará cribado de falta de adherencia en todos los pacientes.	AG
La definición de metas y objetivos en el paciente pluripatológico ha de ser abordada de acuerdo a la estratificación pronóstica del índice PROFUND.	AG
Se ayudará al paciente a comprender la información relacionada con su conjunto de enfermedades específicas y a aprender las estrategias de auto-cuidado y se negociará un acuerdo con el paciente para reforzar las modificaciones de conducta necesarias.	AG
Se realizará la intervención de conciliación terapéutica en el hospital en el momento del ingreso y en atención primaria, según el circuito específico establecido, en las primeras 72 horas.	AG
Se abordará la planificación anticipada de decisiones con intervenciones acordes a la situación pronosticada y siempre que el paciente lo permita dando su consentimiento, en situación de capacidad de hecho y conocimiento de su diagnóstico y pronóstico.	AG
En los pacientes pluripatológicos frágiles se propondrá la realización de un programa de actividad física multicomponente, con una periodicidad de 2-3 veces a la semana y una duración de 5-6 meses con evaluación de la respuesta al mismo.	AG
En los pacientes pluripatológicos con alto riesgo de caídas se realizará una intervención específica para disminuir el riesgo que incluya revisión de la medicación y de las barreras y riesgos del domicilio.	AG

Recomendaciones	Grado
Los pacientes dispondrán de un documento con el plan de acción que han acordado con los profesionales, en el que se incluirán los apartados de problemas y riesgos, metas y objetivos, signos de alarma, plan de acción, tareas pendientes y seguimiento del plan.	AG
Se iniciará la programación del alta hospitalaria y cuidados transicionales según las recomendaciones descritas, antes del ingreso en los ingresos programados y desde el momento del ingreso en los ingresos urgentes.	AG

Recomendaciones para dejar de hacer	Grado
Aplicar las recomendaciones de los criterios STOPP-START teniendo en cuenta que para pacientes con Índice PROFUND mayor o igual a 11 puntos pudieran no ser aplicables algunas recomendaciones START.	AG
Poner tratamientos preventivos en aquellos pacientes en los que el beneficio esperado, según las evidencias disponibles, supere el horizonte temporal de la expectativa de vida y generalmente en todo paciente con edad superior a 85 años o índice PROFUND mayor o igual a 11 puntos.	AG

Introducción

Quienes trabajamos en la práctica clínica con una perspectiva global de la salud y la enfermedad, sufrimos a diario la frustración de constatar el creciente divorcio entre la realidad de la mayoría de nuestros pacientes y el “papel”, ese papel que recoge lo preconizado por la academia, las guías y la investigación clínica. La manera de enfermar de las personas ha cambiado. Las personas ya no suelen enfermar de una única enfermedad. Frente al modelo tradicional que supone una persona afectada de una única enfermedad y sobre el que se ha desarrollado la enseñanza de las ciencias de la salud, la investigación y la organización de los cuidados de salud, emergen como gran epidemia del siglo XXI, pacientes con múltiples condiciones crónicas que interaccionando entre sí provocan una creciente discapacidad en sus huéspedes, lo que les genera necesidades de salud cada vez más complejas¹.

El Proceso Asistencial Integrado Atención al Paciente Pluripatológico (PAI-APP) intenta romper esta barrera entre la realidad y el “papel”. Los promotores de este documento sentimos verdadera emoción al “dar a luz” esta tercera edición, ya que estamos convencidos de que este proyecto representa una de las propuestas más innovadoras de las últimas dos décadas en aras de mejorar la calidad de vida de estos pacientes. Este PAI surge del esfuerzo, la creatividad y la ilusión de dos generaciones de profesionales andaluces al que se han incorporado destacados líderes de salud de toda España.

La primera edición del PAI-APP del 2002² fue el fruto de una iniciativa intuitiva de un comité de expertos que estableció una definición clínica del problema, incorporó las herramientas de valoración geriátrica para facilitar la valoración integral, identificó el protagonismo de la persona que cuida y caracterizó los componentes básicos del modelo de atención compartida entre atención primaria (AP) y atención hospitalaria (AH). La segunda edición de 2007³ añadió la perspectiva de la clinimetría estableciendo criterios umbral en la definición para facilitar la homogeneización de la población diana, caracterizó las intervenciones y el modelo de atención compartida, incorporando la importancia de la gestión de caso y destacó el valor de la continuidad asistencial hasta el fallecimiento.

La posibilidad de caracterizar de forma más precisa la población nos ha permitido sumar intuición y método, lo que nos ha ayudado a conocer de forma más estrecha las características de los pacientes pluripatológicos, evaluar las intervenciones y desarrollar nuevas herramientas para la valoración integral y la evaluación pronóstica. La estandarización ha posibilitado también el análisis del problema desde una perspectiva poblacional, pudiendo conocer el impacto de salud de este grupo de pacientes. Hemos puesto

de manifiesto que los pacientes pluripatológicos son responsables de la mayoría de los ingresos hospitalarios evitables. También se ha demostrado la potencialidad de su correcto abordaje en contribuir para la sostenibilidad del sistema ya que el 4% de la población andaluza con códigos diagnósticos de paciente pluripatológico es responsable de hasta el 30% del consumo de los recursos de atención primaria y hospitales⁴.

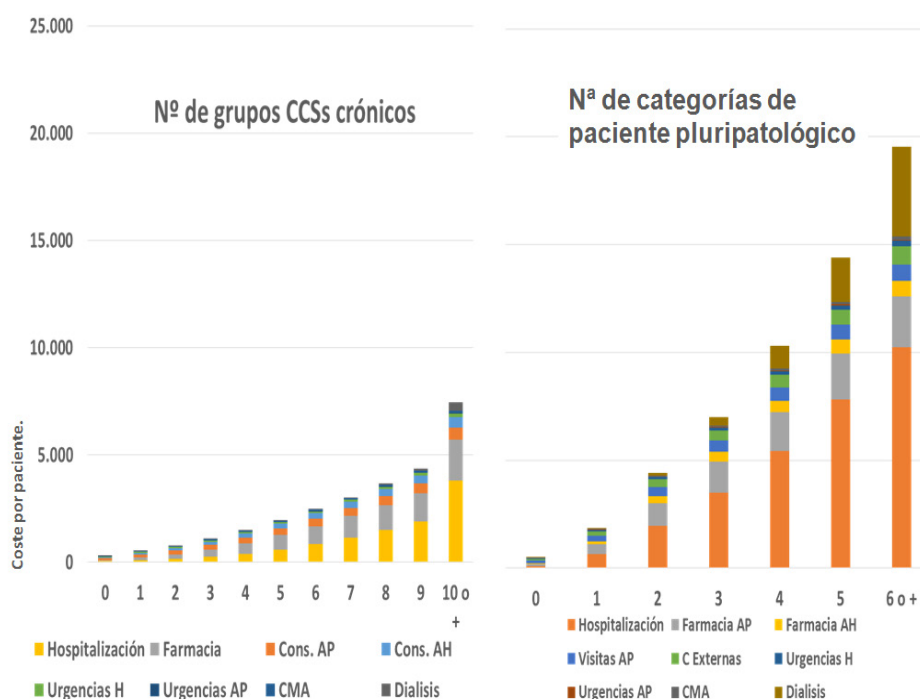


Figura 1: Utilización de recursos en el Sistema Sanitario Público de Andalucía por los pacientes según el número de procesos crónicos y el número de categorías de la definición de paciente pluripatológico. Los pacientes pluripatológicos representan el 4% y generan el 30% de los costes. Fuente: Base de Datos Poblacional de Salud de Andalucía.

El camino recorrido en estos años y el diálogo abierto entre equipos multidisciplinares de AP y AH nos ha permitido incorporar diferentes perspectivas que nos ayudan a comprender el complejo entramado que subyace tras la manera de enfermar de las personas. Hemos tomado conciencia de que la esencia de la cronicidad no es la enfermedad en sentido estricto, sino todas las condiciones de salud y limitaciones de la actividad de carácter crónico⁵. Hemos ido adoptando una orientación más positiva concibiendo la salud como la habilidad de las personas y las comunidades para adaptarse y auto-manejar los desafíos físicos, mentales y sociales que se presentan en la vida cotidiana⁶. Hemos planteado un cambio de paradigma en el que frente a un modelo centrado en la morbilidad, la dependencia y la oferta de recursos, se contrapone un modelo centrado en la autonomía de la persona, su empoderamiento ante la adversidad y la gestión cooperativa.

Hemos comprobado como la definición de pacientes pluripatológicos, pese a ser una definición basada en criterios patogénicos, es extremadamente sensible para identificar a la mayoría de los pacientes con necesidades complejas de salud, ya que la pluripatología es un desenlace al que apuntan todos los determinantes clásicos del enfermar y especialmente la causa de las causas, los determinantes sociales. No olvidemos que la multimorbilidad aparece entre 10 y 15 años antes en las personas de sectores sociales más deprimidos¹. En definitiva, en estos años hemos adoptado una perspectiva más salutogénica del paciente pluripatológico y la nueva edición del PAI-APP intenta incorporar esta visión más global del proceso de enfermar.

Ante la ausencia de guías y ensayos clínicos específicamente dirigidos a pacientes pluripatológicos hemos incorporado las herramientas desarrolladas en los últimos años y los consensos de expertos referidos a poblaciones equivalentes⁷. En cualquier caso creemos que es un gran paso adelante el poder incorporar en esta edición las herramientas que han sido diseñadas específicamente para pacientes pluripatológicos en los últimos años^{8,9}. Demuestra que es posible avanzar en este terreno con una perspectiva de investigación traslacional.

Durante los últimos años se ha ido generalizando el concepto de paciente crónico complejo o personas con necesidades complejas de salud¹⁰ a nivel nacional y el concepto de multimorbilidad¹¹ a nivel internacional con una manifiesta variabilidad en ambas definiciones. Estos conceptos utilizan definiciones muy genéricas que agrupan poblaciones muy heterogéneas¹². Creemos que es necesario seguir utilizando la definición estandarizada de paciente pluripatológico ya que esto nos permite comparar poblaciones e intervenciones más homogéneas y utilizar las herramientas que han sido validadas para esta población. Se requiere corroborar la validez de las recomendaciones del proceso basado en criterios patogénicos al conjunto de la población de personas con necesidades complejas de salud. Estamos convencidos que los criterios de calidad en la atención a pacientes pluripatológicos son extrapolables a estos y especialmente en lo que concierne a la **Valoración Integral Exhaustiva (VIE)** y al **Plan de Acción Personalizado (PAP)**¹³. Es por ello que hemos decidido incorporar en los límites de entrada al conjunto de las personas con necesidades complejas de salud derivadas de la presencia de enfermedades crónicas con disfunción de órganos o sistemas y criterios de complejidad sanitaria o social. Por tanto el PAI-APP utiliza el nombre de la característica principal y mayoritaria de esta población, la pluripatología, pero pretende incluir con unos criterios estandarizados al conjunto de las personas con necesidades complejas de salud.

La presente edición refuerza la perspectiva de la intervención precoz para intentar cambiar la historia natural de la enfermedad incorporando la valoración de la fragilidad en aquellos pacientes que son autónomos en coherencia con el Programa salud: 65+¹⁴ y las recomendaciones de “Documento de consenso sobre prevención de fragilidad y caídas en la persona mayor”¹⁵ desarrollado en el marco de la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el Sistema Nacional de Salud de España.

La identificación precoz de la fragilidad lleva aparejada la perspectiva rehabilitadora de la función del individuo sobre la base de los activos comunitarios, así como las recomendaciones de las actividades de promoción de salud para el mantenimiento de la funcionalidad. Por otra parte, siguiendo la lógica de la definición de paciente pluripatológico, hemos incorporado como criterio la presencia de fractura de cadera osteoporótica, al ser una clara expresión de estado sintomático de la fragilidad.

En la presente edición del PAI-APP se ha intentado trascender la perspectiva de la valoración geriátrica integral clásica incorporando lo que hemos denominado la Valoración Integral Exhaustiva (VIE). Hemos considerado que la VIE tiene que abarcar la valoración clínica, funcional -incluida la fragilidad y riesgo de caída-, cognitiva, afectiva y socio-familiar, la valoración pronóstica, la valoración farmacológica, la valoración de la capacidad de autogestión y activación de la persona en el manejo de su enfermedad y la valoración de preferencias y valores de la persona, así como identificar y valorar a la persona que cuida, y su preparación en el manejo de la enfermedad, cuidados y control de la medicación.

La incorporación en el proceso de las escalas utilizadas en la valoración geriátrica integral ha contribuido a generalizar la formación y la utilización de las mismas. Las escalas son de gran utilidad al poder medir de forma precisa la evolución de los pacientes y facilitar el trabajo interdisciplinario, ya que son manejadas de forma similar por médicos, enfermeras y trabajadoras sociales. En ocasiones no existen evidencias sólidas para recomendar la utilización de estas escalas. Sin embargo, si existen documentos de consenso de mucho peso que recomiendan su utilización en pacientes frágiles o de edad avanzada. Somos conscientes de que en ocasiones nos convertimos en rehenes de las escalas y el método. Es por ello que, en la presente edición hemos incorporado la cultura del “dejar de hacer” realizando un esfuerzo por intentar adaptar la utilización de las escalas a las necesidades reales, donde la periodicidad no siempre es previsible y con la posibilidad de manejar la valoración simplificada que ya había sido validada en estos pacientes^{16, 17}.

La necesidad de individualizar la toma de decisiones es una de las características fundamentales del proceso. La definición de los problemas y las metas de cada paciente no puede ser la traslación lineal de las recomendaciones para cada uno de los procesos que sufre el paciente. Las recomendaciones y los criterios de calidad tienen que ser individualizados. Lo recomendado para una enfermedad puede no ser lo recomendado para un enfermo, por coexistir otra enfermedad con una recomendación discordante o incluso contradictoria. Se ponen de manifiesto en el proceso los dominios necesarios para afrontar la definición de metas y objetivos. La incorporación de las preferencias del paciente, las limitaciones que tiene la interpretación de la evidencia, la necesidad de considerar la viabilidad clínica y la carga terapéutica, la necesidad de optimizar las terapia y planes de cuidado y la importancia de la incorporación de la dimensión pronóstica

dido ser incorporadas gracias al desarrollo de nuevas herramientas pronósticas diseñadas específicamente para pacientes pluripatológicos, tal y como hemos citado previamente.

Otra de las novedades de la presente edición ha sido la de identificar un paquete de intervenciones transversales que son comunes al conjunto de los pacientes pluripatológicos. Las actividades de prevención y promoción, la activación y autogestión del paciente y persona que cuida, la activación de la red de apoyo social, la optimización fármaco-terapéutica, la rehabilitación, la preservación funcional y cognitiva y la planificación anticipada de decisiones son intervenciones que han de ser adaptadas e individualizadas a cada paciente según la fase de la pluripatología en la que se encuentre.

Una característica fundamental del PAI-APP de 2017 es la de hacer confluir toda la valoración e intervenciones propuestas en la elaboración del PAP. Los PAP conectan con los tres “principios de Ariadne” (interacciones, priorización compartida de objetivos y plan personalizado; que determinan una serie de acciones¹⁸) que resume el enfoque de estos pacientes en Atención Primaria y adoptan la estructura recomendada en la bibliografía¹⁹.

El PAP aporta sentido a la VIE ya que el objetivo de la misma no es otro que identificar los riesgos y problemas, definir metas y objetivos y planificar intervenciones. El PAP permite reforzar la autonomía de la persona y su empoderamiento ante la adversidad. El PAP tiene como objetivo garantizar que los valores de las personas y sus preferencias den forma a la manera en que se gestionan sus problemas de salud a largo plazo. Todo ello se enmarca en la evolución hacia un modelo de salud más proactivo, centrado en el apoyo a la capacidad de las personas de auto-gestionar su salud. El desarrollo del PAP no se centra en el listado de enfermedades propuesto por los profesionales, sino que anima al paciente y a la persona que cuida, cuando sea necesario, a seleccionar objetivos y a trabajar con el equipo interdisciplinar de profesionales para caracterizar sus necesidades específicas de tratamiento y apoyo. Por tanto, es un paso decisivo hacia un modelo de liderazgo compartido entre profesionales y pacientes o personas de referencia.

El PAI-APP se consolidó en el Plan Andaluz de Atención Integrada a Pacientes con Enfermedades Crónicas⁴. Ambos refuerzan un modelo centrado en el paciente y no en la enfermedad, con base en la AP, centrado en las necesidades de la población, con intervenciones proactivas y planificadas, orientadas a la promoción y prevención. Por ello, intenta avanzar en un modelo de atención compartida entre la AP y AH y entre lo sanitario y lo social. El PAI-APP requiere de equipos interdisciplinarios basados en la colaboración de los profesionales generalistas de los diferentes ámbitos asistenciales expertos en la atención integral y con una formación de excelencia en las patologías crónicas más prevalentes.

En la presente edición se profundiza en el concepto de trabajo en equipo. No se trata de activar y desactivar un plan de atención compartida, sino que los profesionales tienen que estar conectados propiciando una experiencia de continuidad del paciente desde la detección de la pluripatología. Igualmente se intenta también profundizar en el concepto de equipo interdisciplinar promoviendo la utilización por parte de todos los profesionales de una historia única con un mismo soporte, una misma taxonomía que facilite la comunicación y las mismas herramientas de clímetría. Para maximizar esta experiencia de continuidad en los pacientes más complejos se profundiza en los cuidados transicionales y en la gestión de casos. La incorporación a este modelo de la coordinación con los dispositivos de urgencia, las plataformas multicanal como Salud Responde, la Tele-asistencia, el desarrollo de aplicaciones para la mejor gestión de las enfermedad crónica y las redes de profesionales y pacientes han de contribuir a hacer realidad esta percepción de continuidad asistencial.

El reto que se propone en esta nueva edición es un desafío de calado. Pretendemos marcar un nuevo camino para lograr el cambio de paradigma que reclamamos para la atención a la cronicidad. Hemos querido contribuir a crear una herramienta que ayude a desarrollar un modelo de atención a la cronicidad articulado en torno a personas que ayudan a otras personas a afrontar la adversidad. Somos conscientes de que es fácil que inicialmente puedan ser consideradas maximalistas o utópicas algunas propuestas, si no van acompañadas de las medidas estructurales que permitan invertir en el recurso máspreciado para la implantación del proceso, el tiempo para la comunicación personalizada con el paciente y su familia y entre profesionales. Creemos que es imprescindible definir de forma precisa el rumbo si no queremos perdernos en el camino.

Aspectos metodológicos

Dado que al inicio del proyecto el equipo de trabajo sabía que no existían GPC sobre la pluripatología ni sobre la multimorbilidad, se realizó una búsqueda sistemática en la literatura científica orientada a identificar qué intervenciones, de cualquier tipo y ámbito asistencial, han demostrado mejorar los resultados en salud en pacientes pluripatológicos. Para ello se realizó una **búsqueda inicial**, en enero de 2014, utilizando estrategias de búsqueda estructuradas según el formato PICOS (Población, Intervención, Comparación y Resultados y diseño de los estudios a incluir):

- Población: pacientes pluripatológicos, según la definición del PAI APP de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía².
- Intervención: cualquier tipo de intervención, en cualquier ámbito.
- Comparador: asistencia sanitaria habitual.
- Resultados: resultados en salud en términos de mortalidad, morbilidad, eventos graves, calidad de vida, frecuentación hospitalaria e impacto sobre los recursos del sistema.
- Diseño: guías de práctica clínica, revisiones sistemáticas, meta-análisis e informes de evaluación de tecnologías sanitarias.

Se consultaron diversas fuentes de información. Las bases de datos utilizadas para la obtención de guías y documentos de forma sensible fueron las siguientes: Canadian Medical Association Infobase, Guíasalud, National Guideline Clearinghouse, New Zealand Guidelines Group, The National Institute for Health and Care Excellence (NICE), Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN), Medscape. Y las bases de datos utilizadas para la obtención de guías y documentos de forma específica fueron: MEDLINE (a través de OVID), EMBASE, Cochrane Library, Centre for Reviews and Dissemination (CRD) y Web of Science (WOS).

La búsqueda se limitó por idioma (inglés o español) y año de publicación en el caso de las bases de datos utilizadas para la obtención de documentos de forma sensible (los últimos 5 años). La estrategia de búsqueda para MEDLINE, EMBASE y WOS incluyó palabras clave en texto libre y descriptores (términos Mesh). Para el resto de bases de datos se utilizaron términos libres. Se valoró la calidad de cada uno de los estudios incluidos en base al listado de comprobación AMSTAR en el caso de revisiones sistemáticas y meta-análisis²⁰. En el caso de consenso de expertos se valoraron las limitaciones y los puntos fuertes del mismo.

Se localizaron 946 documentos (188 en MEDLINE, 388 en EMBASE, 79 en WOS, 2 en Cochrane Library, 7 en CRD, 4 en Medscape, 1 en Canadian Medical Association Infobase, 118 en National Guideline Clearinghouse, 9 en NICE, 110 en SIGN, 13 en New Zealand Guidelines Group y 27 en GuiaSalud). No se localizaron guías de práctica clínica que cumplieran los criterios de inclusión. En base a los criterios de selección, se incluyeron dos revisiones sistemáticas (Smith SM et al.²¹, Jackson GL et al.²²) y un consenso de expertos como documento de apoyo⁷. Las revisiones sistemáticas presentaron una calidad elevada.

Tras esta búsqueda general, se realizaron **búsquedas dirigidas** a cuatro intervenciones concretas, que fueron: estrategias para mejorar la adherencia al tratamiento, estrategias para mejorar la adecuación al tratamiento y la conciliación del mismo durante las transiciones asistenciales (abril-mayo de 2016) y el diseño e impacto del plan de acción personalizado. Como preguntas de investigación se mantuvieron los mismos elementos de la pregunta PICOS inicial, exceptuando la concreción de las intervenciones y la limitación por diseño, que se eliminó, puesto que era esperable que existiera escasa evidencia científica sobre el tema.

Se emplearon las mismas bases de datos que en la búsqueda anterior e igualmente se limitó por idioma (inglés o español) y año de publicación en el caso de las bases de datos utilizadas para la obtención de documentos de forma sensible (los últimos 5 años). La estrategia de búsqueda para MEDLINE, EMBASE y WOS incluyó palabras clave en texto libre y descriptores (términos Mesh). Para el resto de bases de datos se utilizaron términos libres. Se valoró la calidad de cada uno de los estudios incluidos en base al listado de comprobación AMSTAR en el caso de revisiones sistemáticas y meta-análisis²⁰, en base al listado de comprobación SIGN para ensayos clínicos aleatorizados (ECAs) en el caso de ECAs²³ y en base al listado de comprobación STROBE en el caso de estudios observacionales²⁴. En el caso de estudios cuyo diseño no respondiese a ninguna de las escalas disponibles para evaluar la calidad, se analizaron sus fortalezas y limitaciones.

En la **búsqueda dirigida sobre estrategias para mejorar la adherencia al tratamiento** se localizaron 877 documentos (476 en MEDLINE, 233 en EMBASE, 102 en la WOS, 48 en la Cochrane Library, 2 en CRD, 1 en National Guideline Clearinghouse, 1 en NICE y 14 en Medscape). Se incluyó un documento (Moore T et al. 2011²⁵) y se localizaron tres que podrían servir de apoyo para la elaboración del PAI: dos ensayos clínicos (Lin E et al. 2012²⁶, Moral RR et al. 2015²⁷) y una revisión sistemática (Williams A et al. 2008²⁸). Éste último se localizó por referencias cruzadas y, pese a no cumplir los criterios de inclusión de la búsqueda (publicación en los últimos 5 años) resultó de interés por tratarse de una revisión sistemática con el mismo objetivo que la presente búsqueda. Ambos ensayos clínicos mostraron una calidad aceptable. La revisión sistemática mostró una calidad elevada.

En la **búsqueda dirigida sobre estrategias para mejorar la adecuación al tratamiento** se localizaron 230 documentos (94 en MEDLINE, 77 en EMBASE, 47 en la WOS, 4 en la Cochrane Library, 1 en National Guideline Clearinghouse y 7 en Medscape). Se incluyó un ensayo clínico (Touchette DR et al. 2012²⁹) y se localizaron dos documentos que podrían servir de apoyo: una revisión narrativa (Ai Al et al. 2014³⁰) y un consenso de expertos (Alfaro Lara ER et al. 2012³¹). El ensayo clínico mostró una calidad aceptable.

En la **búsqueda dirigida sobre la conciliación del tratamiento durante las transiciones asistenciales** se localizaron 341 documentos (39 en MEDLINE, 72 en EMBASE, 44 en la WOS, 2 en la Cochrane Library, 181 en Medscape, 1 en National Guideline Clearinghouse y 2 en NICE). Ninguno de ellos evaluaba los resultados en salud tras conciliar el tratamiento en pacientes pluripatológicos. Únicamente se localizaron dos artículos que podrían ser de interés y servir como documentos de apoyo en el PAI. Uno de ellos se trató de un consenso de expertos en el que se establecía la mejor metodología de conciliación para pacientes pluripatológicos (Alfaro Lara ER et al. 2012³²) y el otro fue un estudio observacional en el que se aplicaba dicha metodología estandarizada (Alfaro Lara ER et al. 2013³²). Éste último mostró una calidad aceptable.

Se realizó una **búsqueda dirigida a los cuidados durante las transiciones asistenciales** (abril 2016), centrando la intervención en estrategias para mejorar la continuidad de los cuidados durante la transición y limitando los diseños de estudio a Guías de Práctica Clínica (GPC). Asimismo, puesto que era esperable que existiera escasa evidencia científica se determinó ampliar la población y no centrarla sólo en pacientes pluripatológicos. Como comparador y resultados se mantuvieron con respecto a la pregunta inicial. Debido a la intervención y al diseño de la pregunta PICOS se utilizaron las siguientes bases de datos: MEDLINE, EMBASE, Science Citation Index (SCI), CINAHL (The Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature), Guideline International Network (GIN), Australian National Health, New Zealand Guidelines Group, NICE, SIGN, Canadian Medical Association Infobase, Guíasalud y National Guideline Clearinghouse.

La estrategia de búsqueda para MEDLINE, EMBASE, SCI y CINAHL incluyó palabras clave en texto libre y descriptores (términos Mesh). Para el resto de bases de datos se utilizaron términos libres. Además, se realizó una lectura crítica por pares de las GPC seleccionadas, mediante la herramienta AGREE II³³. Se identificaron un total de 941 documentos (208 MEDLINE, 229 en EMBASE, 79 en SCI, 127 en CINAHL y 298 en National Guideline Clearinghouse). Se incluyó sólo una GPC (Care Transitions. Registered Nurses' Association of Ontario³⁴) que respondió a la pregunta de investigación planteada. Esta GPC mostró una calidad moderada-elevada.

Finalmente, se realizó una **búsqueda dirigida para el diseño del Plan de Acción personalizado** limitando los estudios a meta-análisis o revisiones sistemáticas de ensayo clínicos. Como descriptores de las características de los pacientes y ante la ausencia de un descriptor específico para pluripatología, se utilizó el término "chronic disease". Como descriptor de la intervención se utilizó el término "Patient Care Planning". Se incluyeron los filtros empleados en la búsqueda general. Se identificaron 13 referencias en MEDLINE y 3 referencias de EMBASE no contenidas en la búsqueda de medline. Se incluyó sólo una revisión sistemática (Coulter A et al.¹⁹) que respondía a la pregunta planteada y con una calidad elevada.

Durante el proceso de elaboración de este PAI, en septiembre de 2016, el National Institute for Health and Care Excellence (NICE) ha publicado la guía "*Multimorbidity: clinical assessment and management*"³⁵, que responde a distintas preguntas planteadas y abordadas en este PAI. Esta GPC mostró una calidad elevada.

Definición funcional:

Conjunto de actividades encaminadas a garantizar a los pacientes adultos con necesidades complejas de salud derivadas de la presencia de enfermedades crónicas con disfunción de órganos o sistemas y criterios de complejidad sanitaria o social, una asistencia integral, coordinando a los profesionales, servicios o centros, a lo largo del tiempo.

Límite de entrada:

Se incluirán los pacientes crónicos con necesidades complejas de salud que cumplan al menos uno de los siguientes criterios:

1. Cumplir los criterios de paciente pluripatológico definido por la presencia de enfermedades crónicas incluidas en dos o más de las siguientes categorías clínicas:

- **Categoría A:**

A.1. Insuficiencia cardíaca que en situación de estabilidad clínica haya estado en grado II de la NYHA^a (síntomas con actividad física habitual).

A.2. Cardiopatía isquémica.

- **Categoría B:**

B.1. Vasculitis y Enfermedades autoinmunes sistémicas.

B.2. Enfermedad renal crónica definida por filtrado glomerular < 60ml/min o índice albúmina creatinina >30mg/g.

- **Categoría C:**

C.1. Enfermedad respiratoria crónica que en situación de estabilidad clínica haya estado con disnea grado 2 de la MRC^b (disnea a paso habitual en llano), o FEV1<70%, o Saturación O2 ≤ 90.

- **Categoría D:**

D.1. Enfermedad inflamatoria intestinal.

D.2. Hepatopatía crónica con datos de insuficiencia hepatocelular^c o hipertensión portal^d.

^a Ligera limitación de la actividad física. La actividad física habitual le produce disnea, angina, cansancio o palpitaciones.

^b Incapacidad de mantener el paso de otra persona de la misma edad, caminando en llano, debido a la dificultad respiratoria o tener que para a descansar al andar en llano al propio paso.

^c INR > 1,7, albumina < 3,5 g/dl, bilirrubina >2 mg/dl.

^d Definida por la presencia de datos clínicos, analíticos, ecográficos o endoscópicos.

- **Categoría E:**

E.1. Ataque cerebrovascular.

E.2. Enfermedad neurológica con déficit motor permanente que provoque una limitación para las actividades básicas de la vida diaria (Índice de Barthel inferior a 60).

E.3. Enfermedad neurológica con deterioro cognitivo persistente, al menos moderado^e.

- **Categoría F:**

F.1. Arteriopatía periférica sintomática.

F.2. Diabetes mellitus con retinopatía proliferativa o neuropatía sintomática.

- **Categoría G:**

G.1. Anemia crónica por pérdidas digestivas o hemopatía adquirida no subsidiaria de tratamiento curativo que presente Hb<10g/dL en dos determinaciones separadas más de tres meses.

G.2. Neoplasia sólida o hematológica activa no subsidiaria de tratamiento con intención curativa.

- **Categoría H:**

H.1. Enfermedad osteoarticular crónica que provoque, por sí misma, una limitación para que el paciente pueda trasladarse, por sí mismo, con seguridad de la cama al sillón o silla de rueda.

H.2. Haber presentado una fractura de cadera osteoporótica.

Los códigos diagnósticos según CIE-9 y CIE-10 para cada categoría diagnóstica se presentan en el documento de apoyo al PAI-APP.

2. Cumplir una de las categorías de la definición de paciente pluripatológico y al menos uno de los criterios de complejidad de entre los siguientes:

1. Trastorno mental grave (esquizofrenia, psicosis maníaco-depresiva, depresión mayor).
2. Polimedicación extrema (10 o más principios activos de prescripción crónica).
3. Riesgo sociofamiliar (puntuación en la escala de Gijón mayor a 10 puntos).
4. Úlceras por presión en estadio II ó superior.
5. Delirium actual ó episodios de delirium en ingresos hospitalarios previos.
6. Desnutrición (IMC<18.5).

^e Pfeiffer con 5 ó mas errores o Mini-examen cognoscitivo de Lobo con menos de 23 puntos.

7. Alimentación por sonda de prescripción crónica (3 ó más meses).
8. Dos ó más ingresos hospitalarios en los 12 meses previos.
9. Alcoholismo¹⁴.

Límite final:

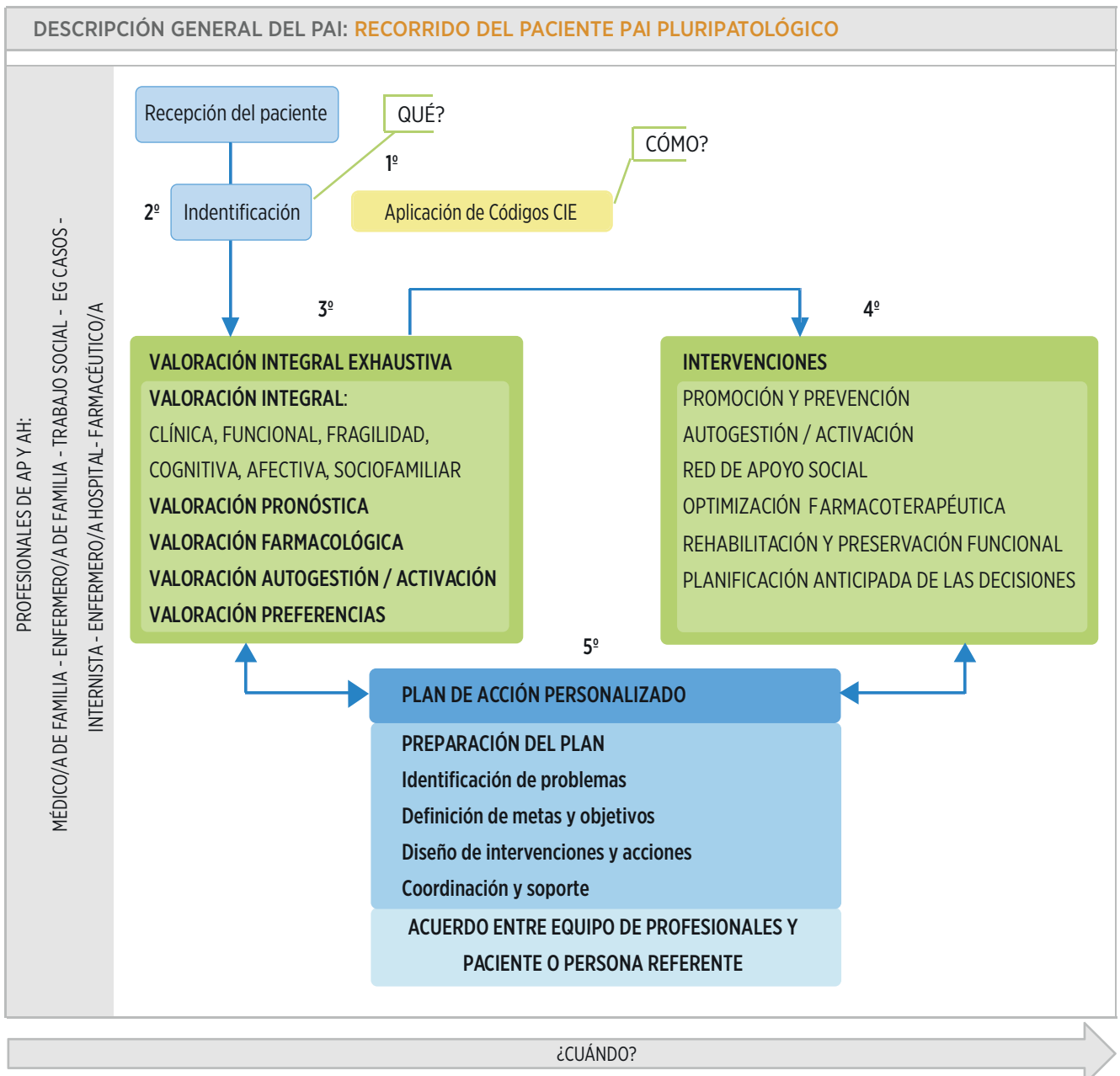
Éxito del paciente. Si el paciente ha entrado en la trayectoria de final de vida se incluirá al paciente en el PAI Cuidados Paliativos incorporando los criterios de calidad del mismo.

Límites marginales:

Pacientes incluidos en un programa de diálisis.

Descripción general

La descripción general del Proceso Asistencial Integrado Atención al Paciente Pluripatológico (PAI-APP) se ha realizado siguiendo el recorrido de la persona, representando gráficamente: los/as profesionales que desarrollan las actuaciones (QUIÉN), el ámbito de actuación (DÓNDE), las actividades o servicios que se realizan (QUÉ), sus características de calidad (CÓMO) y la secuencia lógica de su realización (CUÁNDO), reflejándose todo ello en la Hoja de Ruta.



Profesionales, actividades, características de calidad

El procedimiento seguido para el desarrollo de los componentes del PAI se basa en la definición de QUIÉN-DÓNDE-QUÉ-CÓMO-CUÁNDO.

Para las distintas fases que se derivan del recorrido de el/la paciente, se han identificado los/as profesionales que intervienen, las actividades que deben realizarse, y las principales características de calidad que han de tener estas actividades³⁶.

Se trata, de incorporar aquellas características que aportan valor, que son “**puntos críticos de buena práctica**”, considerando e integrando los **elementos y dimensiones oportunas de la calidad**:

- **La efectividad clínica:**

Ante la ausencia de GPC, prácticamente todas las características de calidad están basadas en la amplia bibliografía revisada y por tanto, en su mayoría se han elaborado por acuerdo del grupo que ha actualizado el PAI.

- **La seguridad:**

Se identifica con el triángulo (⚠) las buenas prácticas de la Estrategia de Seguridad del Paciente de Andalucía^{37, 38}.

- **La información y toma de decisiones:**

Se identifica con (i) tanto el momento como el contenido mínimo que debe recibir el/la paciente, familia y/o representante legal.

Se identificarán con (bc) las buenas prácticas recomendadas en la Estrategia de Bioética de Andalucía³⁹, Mapa de Competencias y Buenas Prácticas Profesionales en Bioética⁴⁰ y otros documentos de la Estrategia de Bioética:

- Uso de formulario de consentimiento informado escrito del Catálogo de Formularios del Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA)⁴¹.
- Proceso de Planificación Anticipada de Decisiones (PAD)⁴².
- Consulta al Registro de Voluntades Vitales Anticipadas(RVA)⁴³.

- **El uso adecuado de medicamentos:**

Se utilizarán los mismos criterios especificados para la efectividad clínica además de todas las recomendaciones y evidencias referentes a la seguridad de los medicamentos.

- **Los cuidados de enfermería:**

Se describen principalmente mediante la identificación de los resultados a conseguir (*Nursing Outcomes Classification -NOC-*)⁴⁴ y principales intervenciones (*Nursing Interventions Classification -NIC-*)⁴⁵.

UNIDAD DE ATENCIÓN A LA CIUDADANÍA / TELEASISTENCIA

Actividades	Características de calidad
1º RECEPCIÓN DE LA PERSONA	1.1 Se aplicarán medidas para la identificación inequívoca de la persona mediante tres códigos de identificación diferentes (nombre y apellidos, fecha de nacimiento y NUHSA) en el ámbito de la atención primaria y consultas hospitalarias. (A) 1.2 Se realizará identificación mediante pulsera con al menos dos códigos de identificación diferentes en el ámbito de observación de urgencias, Hospital de Día y hospitalización.

MÉDICO/A DE FAMILIA, INTERNISTA, ENFERMERO/A DE FAMILIA Y DE HOSPITAL

Actividades	Características de calidad
2º IDENTIFICACION DEL PACIENTE	2.1 Partiendo de los diagnósticos clínicos que presenta el paciente en su historia clínica se identificará como pluripatológico a las personas con enfermedades crónicas según se establece en la definición del proceso. 2.2 Se registrará en la historia clínica, dentro del sistema de información correspondiente a su ámbito de actuación, AP o AH, una señal que permita identificar al paciente como paciente pluripatológico, así como las categorías clínicas por las que ha sido incluido. 2.3 El cribado de personas con criterios de paciente pluripatológico podrá ser realizada y comunicada al médico de familia a través de los sistemas informáticos de la organización mediante metabuscadores diseñados para tal efecto. Será el médico quien, revisando la historia clínica, confirme o no la presencia de criterios de pluripatología y proceda a la inclusión en el Proceso Asistencial. 2.4 Se informará al paciente de la condición de paciente pluripatológico, de su inclusión en el proceso asistencial y de los nombres del equipo de profesionales responsables de la atención interdisciplinar.

MÉDICO/A DE FAMILIA, INTERNISTA, ENFERMERO/A DE FAMILIA Y DE HOSPITAL, ENFERMERO/A GESTOR/A DE CASO, FARMACÉUTICO/A DE ATENCIÓN PRIMARIA Y DE HOSPITAL, TRABAJADOR/A SOCIAL

Actividades	Características de calidad
3º VALORACIÓN INTEGRAL EXHAUSTIVA (VIE)	• La valoración integral exhaustiva se concibe como una evaluación del paciente pluripatológico así como de la persona que cuida, con las siguientes dimensiones: - Valoración integral. - Valoración pronóstica. - Valoración farmacológica. - Valoración de la capacidad de autogestión y activación. - Valoración de preferencias y valores. • Será realizada en el centro de salud, en el domicilio o en el hospital en las siguientes situaciones: - Una vez identificado el paciente e incluido en el Proceso Asistencial en un plazo de un mes. - Tras el alta hospitalaria, entre la segunda y cuarta semana. - La identificación de una nueva categoría diagnóstica de paciente pluripatológico. - La disminución del Índice de Barthel en 20 puntos (salvo cuando el Barthel sea menor de 60 puntos). - La aparición de circunstancias vitales estresantes como la viudez, cambio de residencia o institucionalización. • Revaloración focalizada: se concibe como la valoración de algunas de las dimensiones de la VIE por eventos significativos que pueden inducir modificaciones en el PAP. Algunas de las circunstancias que motivan una revaloración focalizada son: - La hospitalización y la planificación del alta hospitalaria. - El paso de un paciente de autónomo a dependiente o descensos en el Barthel inferiores a 20 puntos. - Cambios importantes en la medicación que puedan requerir revisión de la carga terapéutica o cambios en el PAP. (⚠) - Cualquier circunstancias que obligue al ajuste del PAP. • La realización de la VIE o de algunas de sus dimensiones conlleva la revisión y actualización si modifica el PAP. 3.1 VALORACIÓN INTEGRAL Se realizará una valoración clínica, funcional y de la fragilidad, cognitiva, afectiva y sociofamiliar.



Actividades	Características de calidad
3º VALORACIÓN INTEGRAL EXHAUSTIVA (VIE)	3.1.1 Valoración clínica - Se realizará una anamnesis seguida de exploración física y la petición de las pruebas complementarias pertinentes para el manejo/confirmación e los diagnósticos que sospechamos y/o parámetros necesarios para la estratificación pronóstica. 3.1.1.1 Anamnesis: - En los antecedentes personales, registrar tanto aquellas patologías que conforman categorías diagnósticas de pluripatología como otras comorbilidades que no afecten al diagnóstico de paciente pluripatológico en sí mismas. - Evaluación del estilo de vida incluyendo hábitos tóxicos, actividad física, y alimentación - En todas las enfermedades crónicas se hará referencia al año de comienzo y a la repercusión funcional de la misma, preferentemente mediante la utilización de escalas estandarizadas (NYHA en categoría A1⁴⁶, mMRC en categoría C⁴⁷, CHILD en categoría D2⁴⁸, ECOG en categoría G2⁴⁹, GDS-FAST en demencia^{50, 51}). - Antecedentes de ingresos hospitalarios en el último año y en caso afirmativo, la presencia de delirium durante la hospitalización. - Síntomas actuales. 3.1.1.2 Exploración física:  - Se realizará una exploración física, antropométrica y de constantes vitales sistematizada. - La valoración antropométrica incluirá la medición del peso, la talla, índice de masa corporal y el perímetro braquial, en caso de personas inmovilizadas. 3.1.1.3 Pruebas complementarias: - Se constatará que en la historia clínica estén registrados las determinaciones analítica precisas para el seguimiento y manejo de los procesos de enfermedad que padezca el paciente en el último año o tras descompensación o ingreso hospitalario. En su defecto se solicitarán las pruebas analíticas indicadas incluyendo un hemograma, necesario para el cálculo pronóstico. - La petición de otras pruebas complementarias quedará a criterio de cada médico de familia y/o internista y en coherencia a los diagnósticos y estado pronóstico del paciente. 3.1.2 Valoración funcional y de la fragilidad (anexo 1) - Debe incluir el diagnóstico de los déficits funcionales, de los factores que influyen en ellos y del riesgo de desarrollo de otros nuevos. Incluirá una entrevista estructurada con el empleo de escalas.



Actividades	Características de calidad
3º VALORACIÓN INTEGRAL EXHAUSTIVA (VIE)	• Debe abarcar tanto la evaluación de la fragilidad y del riesgo de caídas como de la autonomía para las actividades básicas (Índice de Barthel⁵² (anexo 1A) e instrumentales de la vida diaria (índice de Lawton y Brody⁵³) (anexo 1B). • La valoración funcional y de la fragilidad clasificará a los pacientes pluripatológicos en tres categorías: - Paciente pluripatológico con autonomía funcional: a todo paciente con índice de Barthel mayor o igual a 90 y una prueba de la velocidad de la marcha negativa (menos de cinco segundos en recorrer cuatro metros). - Paciente pluripatológico con fragilidad funcional: todo paciente con índice de Barthel mayor o igual a 90 puntos que presentan una prueba de la velocidad de la marcha alterada (más de cinco segundos en recorrer cuatro metros). - Paciente pluripatológico en situación de dependencia funcional: a todo paciente con índice de Barthel menor de 90 puntos. Se considerará como pacientes pluripatológicos con dependencia funcional severa a los que presenten un índice de Barthel menor de 60 puntos. - Se aconseja realizar la valoración funcional según las recomendaciones del anexo 1C incorporando el Mini-Barthel. 3.1.3 Valoración cognitiva (anexo 2) • En los casos en los que se sospeche la presencia de deterioro cognitivo se procederá según las recomendaciones del PAI Demencias⁵⁴ realizando el mini examen cognoscitivo de Lobo⁵⁵ (anexo 2A). • En los mayores de 65 años en los que no se sospeche deterioro cognitivo se realizará el cribado de deterioro cognitivo utilizando el algoritmo propuesto en el test de Pfeiffer¹⁷ (anexo 2B). • Se aconseja realizar la valoración cognitiva según las recomendaciones del anexo 2C que incorpora el test de Pfeiffer simplificado. 3.1.4 Valoración del área afectiva (anexo 3) • Se valorará la presencia de trastornos del área afectiva en todos los pacientes mediante la anamnesis. En los casos en los que se sospeche la presencia de alteraciones en esta área se evaluará según las recomendaciones del PAI Ansiedad, depresión, somatizaciones⁵⁶. • En mayores de 65 años se realizará el cribado de cuadros depresivos larvados mediante la escala abreviada o mini-Yesavage⁵⁷ de una sola pregunta: ¿siente que su vida está vacía? - Si responde en caso afirmativo a la pregunta, se administra en un segundo paso la escala de depresión de Yesavage con 4 ítems y valorar el diagnóstico clínico de depresión. - En caso negativo a la pregunta y ante baja sospecha clínica se finaliza el cribado de depresión.

Actividades	Características de calidad
3º VALORACIÓN INTEGRAL EXHAUSTIVA (VIE)	3.1.5 Valoración del área sociofamiliar (anexo 4) • Junto a la valoración familiar habitual en Atención Primaria se realizará la Escala de Gijón^{58, 59} (anexo 4A) para el cribado de situación de riesgo social. Si la puntuación es superior a 10 se requerirá una valoración por el trabajador social. • En caso de sospecha de maltrato o cuando la persona que cuida presenta discapacidad, enfermedad mental grave o toxicomanía, se requerirá valoración por el trabajador social. • La valoración se basará en el conocimiento del paciente y su proyecto vital para lo que se explorarán las siguientes áreas: - Área de la familia, cohesión familiar y clima afectivo. - Área de las condiciones estructurales, seguridad, confortabilidad y privacidad. - Área del entorno. - Área de la red relacional. - Área de los recursos y activos comunitarios. • El trabajador social definirá un diagnóstico social que compartirá con el resto del equipo. • La presencia de una puntuación en el índice de Barthel inferior a 60 puntos o un test de Pfeiffer con más de cinco errores se considerarán criterios inequívocos de necesidad de una persona que cuida. • Sobre las personas que cuidan y referentes: - Se identificará en la historia clínica a las personas referentes para el cuidado: la persona que cuida de manera formal o informal, la carencia de la misma y si está institucionalizado. - En todos los casos se identificará una persona de referencia ya sea la persona que cuida u otro familiar. - Se realizará valoración de la sobrecarga de las personas que cuidan con el índice de esfuerzo del cuidador^{60, 61} (anexo 4B) en los casos de: > Sospecha de sobrecarga sentida. > Convivencia en el domicilio o pasar más de 10 horas en el mismo aunque no resida en él. > Pacientes pluripatológicos con gran discapacidad: paciente con índice de Barthel inferior a 60 puntos o test de Pfeiffer con más de 5 errores.

3º
VALORACIÓN
INTEGRAL
EXHAUSTIVA
(VIE)

3.2 VALORACIÓN PRONÓSTICA (Anexo 5)

Valoración del pronóstico vital:

- Se recomienda la evaluación del pronóstico vital mediante el uso del índice PROFUND^{8, 62} (anexo 5A).
- Cuando se haga la VIE en pacientes sin ingresos hospitalarios en los últimos tres meses se aplicará la estimación pronostica a dos años del PROFUND-AP⁶³ (tabla 1).
- En el momento del alta hospitalaria se aplicará la estimación pronostica al año y a los cuatro años del índice PROFUND (tabla 1).
- Se podrá utilizar el índice PALIAR⁶⁴ (anexo 5B) para poder estimar el pronóstico a los seis meses en los pacientes pluripatológicos con enfermedad no oncológica que puedan estar entrando en una trayectoria de final de vida.

Tabla 1: Estimación del pronóstico vital mediante el índice PROFUND.

ÍNDICE PROFUND	PROFUND-AP*	PROFUND	
	PRONÓSTICO A 2 AÑOS**	PRONÓSTICO A 1 AÑO**	PRONÓSTICO A 4 AÑOS
0-2 puntos	11% - 8,5%	12,1%-14,6%	52%
3-6 puntos	18% - 21,6%	21,5%-31,5%	73,5%
37-10 puntos	326,8% - 29,5%	45%-50%	85%
11 puntos o más	41,8% - 43,7%	68% -61%	92%

*Estimación pronóstica a dos años para pacientes sin ingreso hospitalario en los últimos tres meses.

**Se presentan los porcentajes de fallecimiento en las cohortes de derivación y validación.

La valoración del pronóstico de deterioro funcional tras el alta hospitalaria se realizará mediante el uso del índice PROFUNCTION simplificado⁶⁵ (anexo 5C) que estima la caída de más de 20 más puntos en el índice de Barthel.

Actividades	Características de calidad
3º VALORACIÓN INTEGRAL EXHAUSTIVA (VIE)	3.3 VALORACIÓN FARMACOLÓGICA
	3.3.1 Se recomienda realizar valoración de la adecuación: • Se revisará que los medicamentos dispongan de los criterios básicos de adecuación⁶⁶ (anexo 6A). • Se recomienda evaluar la adecuación mediante los criterios STOPP-START (Screening Tool of Older Person´s potentially inappropriate Prescription/ Screening Tool to Alert doctors to the Right)⁶⁷ (anexo 6B-1). • En pacientes con Índice Profund mayor de 11 puntos se recomienda evaluar la posibilidad de desprescripción utilizando la lista STOPPFRAIL⁶⁸ (anexo 6B-2). • Se evaluará si el paciente tiene prescrito algún fármaco de alto riesgo mediante el listado de medicamentos de alto riesgo del proyecto MARC^{69, 70} (anexo 6C) y fármacos relacionados con el riesgo de caídas^{71, 72} (anexo 6D). • Se evaluará que la carga terapéutica farmacológica sea asumible por el paciente y/o persona que cuida y en caso contrario se intentará la desprescripción o simplificación del tratamiento y/o mejorar las habilidades de ambos. 3.3.2 Se recomienda realizar evaluación de la adherencia al tratamiento. • Se realizará un cribado de falta de adherencia utilizando el cuestionario⁹ de Morisky-Green^{73, 74}. En caso de sospecha clínica de mala adherencia se investigará en Receta XXI si las dispensaciones en la oficina de farmacia se corresponden con las necesidades de medicación previstas como mejor aproximación a la adherencia (la dispensación no asegura la adherencia, pero la no dispensación si demuestra la no adherencia). • Se debe valorar si la mala adherencia se concentra en uno o en un grupo reducido de medicamentos, mediante el análisis de las dispensaciones en Receta XXI. En tal caso, se debe intentar objetivar el componente determinante de la mala adherencia: - Barreras económicas para la adquisición. - Dispositivos de administración complejos como inhaladores o autoinyectores. ⁹ Valora si el paciente adopta actitudes correctas en relación con la terapéutica con cuatro preguntas: 1. ¿Se olvida alguna vez de tomar los medicamentos? 2. ¿Toma los medicamentos a las horas indicadas? 3. Cuando se encuentra bien, ¿deja alguna vez de tomarlos? 4. Si alguna vez le sientan mal, ¿deja de tomar la medicación? VALORACIÓN: Para considerar una buena adherencia, la respuesta de todas las preguntas debe ser adecuada (no, sí, no, no).

Actividades	Características de calidad
3º VALORACIÓN INTEGRAL EXHAUSTIVA (VIE)	3.4 VALORACIÓN DE LA AUTOGESTIÓN Y ACTIVACIÓN (Anexo 7) Todos los profesionales que intervienen en el proceso colaborarán en la valoración de la capacidad del paciente y de las personas que cuidan para manejar las enfermedades crónicas y sus tratamientos, y para evitar la progresión de las enfermedades y sus complicaciones. 3.4.1 Se evaluará la participación e implicación de los pacientes o de las personas que cuidan con su propia salud, con la organización y con el uso de los diferentes servicios sanitarios. Para ello se identifican tres fases: • Fase de activación: valora la disposición de conocimiento y habilidades por parte de la persona para manejar su propia salud. Un paciente activo es alguien que sabe cómo manejar su enfermedad y prevenir el deterioro de su salud. • Fase de empoderamiento: el paciente o persona que cuida tiene la capacidad y la motivación para involucrarse o participar en la toma de decisiones. • Fase de liderazgo compartido: el paciente o persona que cuida toman parte en el proceso de toma de decisiones e implica una transferencia de poder desde el profesional al individuo. 3.4.2 La valoración de la autogestión se realizará en cada una de las siguientes dimensiones básicas: • Referidos al paciente: - Grado de conocimiento sobre sus enfermedades y complicaciones potenciales. - Factores del paciente que pueden afectar la capacidad de aprender las estrategias de auto-cuidado. - Creencias: Convicción personal de la medida en la que un problema de salud amenazador es grave y tiene posibles consecuencias negativas para el estilo de vida. Tiene que incluir las creencias sobre el impacto de la enfermedad en el estilo de vida actual y futuro, sobre su estado funcional y sobre la amenaza de muerte. • Referidos a la familia y personas que cuidan: - Se valorará la voluntad y la preparación de la familia para asumir la responsabilidad de la asistencia sanitaria domiciliaria de un miembro de la familia con una o varias enfermedades crónicas. - Se valorarán las circunstancias que afectan a la capacidad de la familia para controlar los factores estresantes que comprometen sus recursos ante la presencia de un enfermo crónico. 3.4.3 Se recomienda que todos los profesionales puedan participar en el registro de la valoración de la autogestión según los criterios de resultados NOC que se describen en el anexo 7 y/o en formato de texto libre.

Actividades	Características de calidad
3º VALORACIÓN INTEGRAL EXHAUSTIVA (VIE)	3.4.4 Se evaluará específicamente la capacidad del paciente y de las personas que cuidan en la utilización de materiales educativos y de registro de la evolución de la enfermedad en formatos impresos, formatos audiovisuales y telemáticos, así como, las posibilidades de acceso a su historia de salud a través de clic salud u otras aplicaciones de salud. 3.5 VALORACIÓN DE PREFERENCIAS Y VALORES (Anexo 8) • La valoración de las preferencias y valores del paciente y de las personas que cuidan tiene que ser contextualizada en el marco del papel desempeñado en la gestión de su propia salud. La garantía de que las preferencias y valores son incorporados para alcanzar la fase de liderazgo compartido. • La valoración de las preferencias de los pacientes ha de tener en cuenta los siguientes puntos⁴²: - Identificar la presencia de aquellos escenarios en los que sea especialmente relevante considerar las preferencias del paciente. Estos escenarios pueden hacer referencia a la utilización de diferentes recursos en la prestación de servicios. Entre los escenarios más frecuentes están: > Fármacos: como puede ser la decisión de anticoagulación o la decisión de desprescripción de fármacos. > Exploraciones invasivas: como puede ser la realización de endoscopias para la detección de anemias por pérdidas en fases avanzadas. > Medidas de soporte: como puede ser la colocación de sonda de alimentación o ventilación mecánica invasiva y no invasiva. > Recursos sanitarios: como puede ser el ingreso hospitalario o el ingreso en unidades especiales como la Unidad de Cuidados Intensivos. > Recursos sociales: como puede ser la institucionalización. - Asegurar que los pacientes son informados de los beneficios y riesgos de las diferentes opciones terapéuticas. Utilizar los instrumentos de ayuda a la toma de decisiones en aquellas circunstancias en las que exista herramientas validadas. - Considerar las preferencias del paciente una vez que este haya sido suficientemente informado. • Valoración espiritual. - Se aconseja realizar la valoración espiritual en las situaciones de final de vida según las recomendaciones del PAI Cuidados Paliativos y en las circunstancias en las que se pueda prever un pronóstico vital corto o incierto⁷⁵. - Se recomienda considerar las diferencias culturales respecto a la espiritualidad.



Actividades	Características de calidad
3º VALORACIÓN INTEGRAL EXHAUSTIVA (VIE)	- Para iniciarla, si no se ha creado aún un vínculo suficientemente cercano y/o terapéutico, se sugiere utilizar preguntas abiertas, que faciliten un espacio de intimidad y un clima de serenidad, que permiten explorar su mundo interior de forma guiada⁷⁶: > ¿Qué es lo que más le preocupa? > ¿Qué es lo que más le molesta? > ¿Qué es lo que más le ayuda? > ¿En qué o en quién se apoya en situaciones de crisis? > ¿Qué le hace sentir seguro, a salvo? > ¿Qué es lo que más valora su gente de usted? - Se recomienda el Cuestionario GES⁷⁷ (anexo 8) para explorar, reflexionar y encontrar una respuesta intuitiva que puede ser una puerta de entrada a la necesidad espiritual de cada persona, lo que al mismo tiempo puede ser acompañado, aceptado, reconciliado, transcendido, etc.

Actividades	Características de calidad
4^º INTERVENCIONES (Anexo 9)	4.1 PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN Todos los profesionales que intervienen en el PAI-APP darán recomendaciones sobre estilos de vida saludables en relación con el abandono de hábito tabáquico, alcohol, alimentación equilibrada, actividad física, peso equilibrado, higiene del sueño, activos para la salud y bienestar emocional, mantenimiento de actividad intelectual, vacunas, incontinencia urinaria, atención a personas que cuidan y prevención del maltrato¹⁴. 4.2 AUTOGESTIÓN Y ACTIVACIÓN Se recomienda colaborar para implementar con los pacientes o personas que cuidan todas aquellas acciones personales que contribuyan a mejorar el manejo de las enfermedades crónicas que padecen y su tratamiento, así como, para evitar la progresión de las enfermedades y las complicaciones. Las actividades recaerán en el paciente o persona que cuida según el gradiente autonomía-fragilidad-dependencia lo requiera en cada momento. Se abordarán cada una de las acciones que a continuación se enumeran acompañadas de las intervenciones NIC (anexo 9A). 4.2.1 Se ayudará al paciente a comprender la información relacionada con su conjunto de enfermedades específicas y así aprender las estrategias de auto-cuidado. Se trabajará específicamente (QUÉ): • Enseñanza: proceso de enfermedad. • Enseñanza: medicamentos prescritos. • Ayuda para dejar de fumar. • Enseñanza: dieta prescrita. • Enseñanza: ejercicio prescrito. Se negociará un acuerdo con el paciente para reforzar un cambio de conducta específico (CÓMO): • Acuerdo con el paciente. • Aumentar el afrontamiento. 4.2.2 Para mejorar la activación, empoderamiento y liderazgo compartido de los pacientes, se promoverá: • La participación de los pacientes en las actividades de la escuela de pacientes ya sea en actividades de formación o como paciente experto. • La participación en actividades formativas grupales. • El acceso a las redes sociales de pacientes y especialmente a aquellas redes con calidad sanitaria contrastada. • El acceso a las páginas web con información sanitaria de calidad contrastada.

Actividades	Características de calidad
4º INTERVENCIONES (Anexo 9)	• La utilización de aplicaciones móviles que faciliten la formación y el seguimiento de sus condiciones de salud. • La participación en programas de soporte o de consejo sanitario desde los programas de tele-asistencia como los desarrollados por Salud Responde. • La utilización de herramientas de ayuda a la toma de decisiones de calidad contrastada. • Promover la participación en programa de apoyo psicosocial, grupos socioeducativos o en actividades comunitarias de promoción de salud. 4.3 ÁREA SOCIAL 4.3.1 Características de las intervenciones: • Han de partir de la historia vital del paciente considerando sus costumbres, hábitos cotidianos y preferencias. • Se elegirán dentro de las preferencias del paciente aquellas actividades que puedan generar mayor impacto en la mejora funcional y bienestar emocional. • Han de identificarse intervenciones viables en aquellos lugares donde el paciente se desenvuelve y convive (domicilio, centro, barrio, recursos de la comunidad). • Han de ir dirigidas a aumentar/mantener la calidad de vida tanto del paciente como de la familia en la que está inmerso • El plan de intervención social acordado entre el paciente, la familia y el equipo de salud, definirá unos objetivos a conseguir, determinando: - Cambios que se quieran alcanzar, especificando por qué, quién y qué se quiere conseguir. - Estrategia a seguir conjugando los recursos humanos, materiales, de tiempo, etcétera, tratando de prever la evolución de cada uno de estos elementos y las interacciones entre ellos. 4.3.2 Intervenciones comunes en pacientes autónomos y dependientes. 4.3.2.1 Área económica y administrativa: - Adecuación de los recursos personales y/o familiares a las necesidades. - Asesoramiento e información sobre recursos sociales. - Información y asesoramiento sobre aspectos jurídicos y legales básicos (derechos y deberes, testamento, incapacitaciones...) 4.3.2.2 Área relacionada con la vivienda/entorno: - Asesoramiento acerca de cambios en cuanto a: > Eliminación de barreras arquitectónicas. > Adaptación funcional del hogar. > Movilización de recursos de cara a consecución de una vivienda adecuada en caso necesario.

Actividades	Características de calidad
4º INTERVENCIONES (Anexo 9)	- Promover los recursos disponibles: > Posibilidades económicas del paciente o la familia. > Subvenciones individuales de la Junta de Andalucía. > Planes municipales de rehabilitación de viviendas. > Ayudas de ONG o entidades sin ánimo de lucro. 4.3.2.3 Área de relaciones sociales: - Orientación según intereses y necesidades. - Integración en grupos formales o informales de la comunidad - Estimular la participación en actividades culturales, religiosas, etc., afines a sus preferencias. - Facilitar la ocupación del tiempo libre. - Promover la formación y/o participación en grupos de autoayuda, Escuela de Pacientes, etc. - Promover su participación en organizaciones de voluntariado. 4.3.2.4 Apoyos de la red social: Se orientará al paciente sobre aquellos programas que se lleven a cabo en su comunidad, o aquellos a los que pueda tener acceso por otras vías, que puedan ser de interés para el mismo, que estimulen su autoestima y favorezcan su autonomía. 4.3.3 Intervenciones específicas del paciente frágil y dependiente. • La intervención tendrá dos vertientes: - El propio paciente, con el objetivo de potenciar al máximo sus capacidades y prevenir o retrasar el avance de esta situación. - La persona que cuida con el objetivo de dar respuesta a sus necesidades, que no son idénticas entre las distintas familias y que además pueden ir cambiando a lo largo del proceso de cuidados. Entre ellas figuran el reconocimiento social, el asesoramiento individualizado, la formación, la intervención psicológica o el intercambio de experiencias con otras familias. • Intervenciones: - Estimular la participación del paciente en actividades que mejoren sus déficits y/o mejoren su adaptación a los mismos. - Promover el uso de apoyos técnicos que mejoren su autonomía, facilitando su acceso a los mismos si fuera necesario. - Promover los apoyos de la red social que garanticen la cobertura de sus necesidades, que estimulen su autoestima y que favorezcan su autonomía.

Actividades	Características de calidad
4º INTERVENCIONES (Anexo 9)	Estos apoyos se implementarán en función de sus necesidades y de los recursos propios y familiares con los que cuente. - Se consideraran en todos los casos los procedimientos ideados para la protección de la persona mayor o en situación de dependencia como son: > El Teléfono de las Personas Mayores. > Procedimiento de incapacidad judicial. 4.4 OPTIMIZACIÓN FARMACOTERAPÉUTICA (⚠) 4.4.1 Características básicas de la buena prescripción. Las intervenciones propuestas para la optimización farmacoterapéutica se sumarán a la práctica de la denominada “buena prescripción”⁶⁶ (anexo 6A). 4.4.2 Intervenciones sobre la adecuación del tratamiento. • Se aplicarán las recomendaciones de los criterios STOPP-START utilizados en la valoración farmacológica (anexo 6B-1) como principal herramienta de mejora de la adecuación, teniendo en cuenta que para pacientes con Índice PROFUND mayor o igual a 11 puntos pudieran no ser aplicables algunas recomendaciones START. • Se recomienda considerar la posibilidad de no iniciar tratamientos preventivos con consideración de prevención primaria en el conjunto de los pacientes pluripatológicos y en prevención secundaria para pacientes con índice PROFUND mayor o igual a 11 puntos. • Se recomienda considerar la desprescripción de tratamientos preventivos en aquellos pacientes en los que el beneficio esperado según las evidencias disponibles supere el horizonte temporal de la expectativa de vida. • Se recomienda la suspensión de los bifosfonatos o antiresortivos para prevención primaria o secundaria de fracturas osteoporóticas después de 3 años de tratamiento, incluyendo en el debate las preferencias del paciente, los riesgos de fractura y las expectativas de vida, informando de que no existe evidencia de mayor beneficio por prolongar el tratamiento más de 3 años y, adicionalmente, no existe evidencia de posibles daños por suspenderlo³⁵. • Si en la evaluación farmacológica se detectó algún medicamento de alto riesgo (anexo 6C) se extremarán todas las cautelas relacionadas con la prescripción adecuada. Para el grupo de los analgésicos opiáceos se recomiendan, entre otras, las siguientes prácticas seguras⁷⁸: - Evaluar en los pacientes la existencia de los siguientes factores de riesgo de depresión respiratoria: apnea obstructiva del sueño, obesidad mórbida con riesgo de apnea del sueño, edad avanzada, uso de otros medicamentos sedantes (como benzodiacepinas, antihistamínicos sedantes u otros depresores del SNC), enfermedad pulmonar o cardíaca preexistente, etc. - Evitar la prescripción concomitante de opioides menores y mayores.

Actividades	Características de calidad
4º INTERVENCIONES (Anexo 9)	• Tal como figura en el apartado 4.5. REHABILITACIÓN Y MEDIDAS DE PRESERVACIÓN FUNCIONAL Y COGNITIVA, en aquellos pacientes con valoración positiva del riesgo de caídas es necesario revisar la medicación que ha demostrado incrementar el riesgo (anexo 6D). 4.4.3 Intervenciones para la conciliación del tratamiento. • La conciliación se realizará con “la mejor historia farmacológica posible” incrementando la seguridad en los procesos de transición mediante un método estructurado y sistemático para recopilar la información de los medicamentos utilizados por el paciente que deberá incluir dosis, frecuencia y vía, así como plantas medicinales y nutraceuticos. • La conciliación se realizará ante cualquier cambio de dispositivo asistencial, por tanto se realizará: - Al ingreso hospitalario, tanto en ingresos en urgencias como en hospitalización, con el objetivo de optimizar la atención del episodio, en un plazo inferior a 24 horas. En especial en el caso de intervención quirúrgica en la que son determinantes los medicamentos a suspender o mantener, en función de las patologías de base, el tipo de intervención y la modalidad anestésica. Se prestará también especial cuidado a los medicamentos que no se pueden suspender abruptamente⁷⁹. - Al alta hospitalaria en el marco de los cuidados transicionales: > Será responsabilidad del equipo hospitalario la correspondencia entre la prescripción en el módulo de Receta XXI de Diraya, el texto del informe de alta y la información aportada al paciente y familiares. > En AP la conciliación definitiva se realizará en un plazo no superior a 72 horas tras el alta, e incluirá la automedicación y las plantas medicinales. Tras una visita a urgencias, se considerará sólo la primera parte del punto anterior (responsabilidad de los profesionales hospitalarios), no siendo necesaria la activación del circuito en atención primaria. 4.4.4 Intervenciones para la mejora de la adherencia. La mayor parte de los estudios que evalúan la eficacia de intervenciones para la mejora de la adherencia se realizaron en pacientes con patologías crónicas aisladas. Aún así, diversas revisiones establecen que estas intervenciones podrían ser aplicables a los pacientes pluripatológicos⁸⁰; en general, la eficacia de las mismas es modesta y la mejor recomendación es combinarlas e individualizar según las características del paciente⁸¹. • Se realizará un paquete de medidas de mejora de la adherencia en todos los pacientes en los que se haya detectado mala adherencia en la valoración farmacológica dentro de la VIE:



Actividades	Características de calidad
4º INTERVENCIONES (Anexo 9)	- Si la mala adherencia se concentra en uno o en un grupo reducido de medicamentos se intervendrá sobre el componente determinante: > Barreras económicas para la adquisición: cambio a alternativas terapéuticas de eficacia equivalente y menor coste para el paciente y/o búsqueda de recursos sociales adicionales. > Dispositivos de administración complejos como inhaladores o autoinyectores: cambio a alternativas de eficacia equivalente y mayor simplicidad y/o formación específica en el manejo de los dispositivos con feed back al profesional de su correcta utilización. - En segundo lugar, si la no adherencia está relacionada con efectos adversos, considerar una reducción de dosis, cambio a una alternativa terapéutica con distinto o menor perfil de efectos adversos y, si su minimización es imposible, discutir con el paciente el balance riesgo/beneficio enfatizando la adherencia. Se desaconseja iniciar sistemáticamente tratamiento sintomático de los efectos adversos para evitar la denominada “prescripción en cascada”. - En tercer lugar, si la no adherencia es generalizada se recomienda una estrategia combinada a la que se suma siempre a una entrevista motivacional. • Además de las citadas más arriba y, entre otras estrategias, se recomienda: - En caso de alta carga terapéutica farmacológica: > Cambio a formas farmacéuticas que permitan una posología más simple. Hay que recordar que la posología que más favorece la adherencia es la de cada 24 horas, seguida de la de cada 12 horas (desayuno y cena) y que cualquier pauta más frecuente o más espaciada aumenta el riesgo de no adherencia. > Utilización de asociaciones de medicamentos que disminuyan el número de tomas. - Se recomienda la entrega al paciente de material escrito que describa el régimen de tratamiento, en especial con la ayuda de pictogramas. - En caso de pluripatología avanzada y siempre que sea técnica y económicamente posible, se recomienda que el paciente/persona que cuida reciba la medicación en Sistemas Personalizados de Dosificación. Estos sistemas se recomiendan especialmente en caso de pacientes con más de 12 medicamentos simultáneos, pacientes con baja adherencia, pacientes institucionalizados, pacientes con esquemas posológicos complejos o pacientes con déficit cognitivo leve sin persona que cuida. - Otras estrategias posibles son: > Sugerir al paciente o persona que cuida la utilización del sistema App RecuerdaMed®^h. > Sugerir al paciente que registre en algún tipo de calendario/planilla horaria o documento las tomas de medicación.

^h <http://obssegpac.acsa.junta-andalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridadpaciente/opencms/es/apps-salud/>

Actividades	Características de calidad
4º INTERVENCIONES (Anexo 9)	4.4.5 Intervención sobre el control de las interacciones y alergias. • Se promoverá la correcta identificación y registro de alergias de medicamentos en la historia clínica del paciente. Se identificarán correctamente las alergias a medicamentos en Receta XXI, evitando el texto libre y enlazando al principio activo o grupo terapéutico. • La identificación de las interacciones en Receta XXI debe llevar a una actitud de suspensión del tratamiento (interacciones de extrema gravedad), cambio a alternativas sin interacción, cambios en la pauta horaria en caso de interacciones en la absorción gastrointestinal, o cambios en la dosis. 4.4.6 Intervenciones para el ajuste de dosis en insuficiencia renal. La edad avanzada y determinadas comorbilidades frecuentemente presentes en el paciente pluripatológico son factores de riesgo para el deterioro de la función renal. Se recomienda que los equipos básicos: • Identifiquen claramente a los pacientes con insuficiencia renal, se monitorice periódicamente su aclaramiento de creatinina y no se realicen ajustes sólo en base a la creatinina sérica. • Cuenten con tablas u otros sistemas de acceso rápido para calcular la dosis ajustada a cada paciente. • Dispongan de los sistemas de monitorización farmacocinética hospitalaria para los fármacos y pacientes de riesgo que deban ser monitorizados, en especial en el caso de la digoxina. 4.4.7 Aspectos relacionados con la autogestión del paciente y/o persona que cuida. En función de la situación pronóstica del paciente (Tabla 2) se enfatizará sobre el paciente (al inicio) o la persona que cuida (en situación avanzada). • Se recomienda informar del tratamiento usando la nomenclatura de principio activo. • Se tendrá como objetivo que el paciente o persona que cuida sepa asociar cada fármaco o grupo de fármacos con una indicación o un objetivo terapéutico. • Se informará al paciente o cuidador de los efectos adversos. Para evitar alarmas innecesarias se priorizará la educación sobre efectos adversos que reúnan a la vez las dos siguientes características: a) efectos adversos que el paciente pueda identificar claramente b) efectos adversos que tengan una incidencia suficientemente alta como para que merezca la pena informar de ellos. Se incluirá información precisa de la actitud a tomar por el paciente que, en general será:

Actividades	Características de calidad																									
4º INTERVENCIONES (Anexo 9)	- Suspender el tratamiento y consultar inmediatamente. - Suspender el tratamiento y consultar con cita previa. - No suspender el tratamiento y consultar con cita previa. - No suspender el tratamiento e informar en la siguiente cita prevista previamente. Tabla 2: Guía orientativa sobre el abordaje de pacientes pluripatológicos o con necesidades complejas de salud en función de su estratificación pronóstica (Índice PROFUND). <table><tr><th>GRUPO DE RIESGO</th><th>OBJETIVO</th><th>ABORDAJE</th><th>PRESCRIPCIÓN</th><th>PLANIFICACIÓN ANTICIPADA</th></tr><tr><td>Bajo (0-2 puntos)</td><td>Supervivencia +++ Funcionalidad +++ Calidad de vida +++ Confort +++</td><td>Etiopatogénico, evitación de nihilismo</td><td>Intensificada Objetivos al medio-largo plazo</td><td>Informativa</td></tr><tr><td>Bajo-intermedio (3-6 puntos)</td><td>Supervivencia ++ Funcionalidad ++ Calidad de vida +++ Confort +++</td><td>Patogénico</td><td>Racionalizada Objetivos al medio plazo</td><td>Informativa Ofrecimiento de PAD</td></tr><tr><td>Intermedio-alto (7-10 puntos)</td><td>Funcionalidad + Calidad de vida +++ Confort +++</td><td>Patogénico-sintomático.</td><td>Racionalizada y con progresivo peso del objetivo sintomático al medio-corto plazo</td><td>Sistemática Recomendación de PAD Abordaje de valores y preferencias paciente y familiares Recomendación de elección de persona representante/sustituta Registro en historia de Salud</td></tr><tr><td>Alto (≥11 puntos)</td><td>Calidad de vida +++ Confort +++</td><td>Sintomático, evitación de yatrogenia, y futilidad/encarnizamiento. Valorar la necesidad de cuidados paliativos.</td><td>Principalmente sintomática con objetivo al corto plazo, valorando desprescripción</td><td>Sistemática Recomendación de PAD Abordaje de valores y preferencias paciente y familiares Recomendación de elección de persona representante/sustituta Registro en historia de Salud Programas de apoyo espiritual</td></tr></table>	GRUPO DE RIESGO	OBJETIVO	ABORDAJE	PRESCRIPCIÓN	PLANIFICACIÓN ANTICIPADA	Bajo (0-2 puntos)	Supervivencia +++ Funcionalidad +++ Calidad de vida +++ Confort +++	Etiopatogénico, evitación de nihilismo	Intensificada Objetivos al medio-largo plazo	Informativa	Bajo-intermedio (3-6 puntos)	Supervivencia ++ Funcionalidad ++ Calidad de vida +++ Confort +++	Patogénico	Racionalizada Objetivos al medio plazo	Informativa Ofrecimiento de PAD	Intermedio-alto (7-10 puntos)	Funcionalidad + Calidad de vida +++ Confort +++	Patogénico-sintomático.	Racionalizada y con progresivo peso del objetivo sintomático al medio-corto plazo	Sistemática Recomendación de PAD Abordaje de valores y preferencias paciente y familiares Recomendación de elección de persona representante/sustituta Registro en historia de Salud	Alto (≥11 puntos)	Calidad de vida +++ Confort +++	Sintomático, evitación de yatrogenia, y futilidad/encarnizamiento. Valorar la necesidad de cuidados paliativos.	Principalmente sintomática con objetivo al corto plazo, valorando desprescripción	Sistemática Recomendación de PAD Abordaje de valores y preferencias paciente y familiares Recomendación de elección de persona representante/sustituta Registro en historia de Salud Programas de apoyo espiritual
GRUPO DE RIESGO	OBJETIVO	ABORDAJE	PRESCRIPCIÓN	PLANIFICACIÓN ANTICIPADA																						
Bajo (0-2 puntos)	Supervivencia +++ Funcionalidad +++ Calidad de vida +++ Confort +++	Etiopatogénico, evitación de nihilismo	Intensificada Objetivos al medio-largo plazo	Informativa																						
Bajo-intermedio (3-6 puntos)	Supervivencia ++ Funcionalidad ++ Calidad de vida +++ Confort +++	Patogénico	Racionalizada Objetivos al medio plazo	Informativa Ofrecimiento de PAD																						
Intermedio-alto (7-10 puntos)	Funcionalidad + Calidad de vida +++ Confort +++	Patogénico-sintomático.	Racionalizada y con progresivo peso del objetivo sintomático al medio-corto plazo	Sistemática Recomendación de PAD Abordaje de valores y preferencias paciente y familiares Recomendación de elección de persona representante/sustituta Registro en historia de Salud																						
Alto (≥11 puntos)	Calidad de vida +++ Confort +++	Sintomático, evitación de yatrogenia, y futilidad/encarnizamiento. Valorar la necesidad de cuidados paliativos.	Principalmente sintomática con objetivo al corto plazo, valorando desprescripción	Sistemática Recomendación de PAD Abordaje de valores y preferencias paciente y familiares Recomendación de elección de persona representante/sustituta Registro en historia de Salud Programas de apoyo espiritual																						

Actividades	Características de calidad												
4º INTERVENCIONES (Anexo 9)	4.5 REHABILITACIÓN Y MEDIDAS DE PRESERVACIÓN FUNCIONAL Y COGNITIVA 4.5.1 Fragilidad, discapacidad y dependencia. • Los programas de actividad física de los pacientes pluripatológicos han de considerar primeramente el pronóstico vital y funcional de cara a plantear los objetivos. Asimismo, han de combinar las actuaciones para prevenir/tratar la fragilidad (apartado 4.5.2) conjuntamente con la realización de programas de rehabilitación generales (apartado 4.5.3) y específicos (apartado 4.5.4) para las enfermedades y patologías concretas que padece el paciente. • Estas intervenciones tendrán como objetivos generales: - Retrasar e, incluso, revertir la fragilidad y el deterioro funcional. - Mejorar el estado cognitivo y fomentar el bienestar emocional. - Aliviar los síntomas (dolor, disnea, edemas, inestabilidad, inquietud, etc.). - Si además se realizan de forma grupal, fomentar y fortalecer las relaciones sociales. • Se ajustarán los objetivos según el riesgo de deterioro funcional obtenido con el uso del índice PROFUNCTION (tabla 3). • Se recomienda facilitar la rehabilitación cuanto antes tras la incidencia de algún episodio agudo. Tabla 3. Guía orientativa sobre el abordaje rehabilitador de los pacientes pluripatológicos según su estratificación funcional: <table><tr><th>Puntuación PROFUNCTION</th><th>Probabilidad deterioro Barthel ≥ 20 en un año</th><th>Objetivos terapéuticos</th></tr><tr><td>0 puntos</td><td>21-24 %</td><td>Conservar/Mejorar la función</td></tr><tr><td>1-3 puntos</td><td>30-34 %</td><td>Conservar la función / Retrasar pérdida</td></tr><tr><td>≥ 4 puntos</td><td>38-46 %</td><td>Retrasar la pérdida</td></tr></table> 4.5.2 Abordaje de la fragilidad en pacientes pluripatológicos. • Las intervenciones sobre la fragilidad se basan en la realización de actividades físicas, unos hábitos de vida saludables y una alimentación sana. • El abordaje propuesto para el manejo de la fragilidad en pacientes pluripatológicos se resume en la tabla 4. 4.5.2.1 Pacientes pluripatológicos no frágiles (índice de Barthel ≥90 puntos y test de cribados negativos): - Se les realizará consejo dietético y de estilos de vida saludables.	Puntuación PROFUNCTION	Probabilidad deterioro Barthel ≥ 20 en un año	Objetivos terapéuticos	0 puntos	21-24 %	Conservar/Mejorar la función	1-3 puntos	30-34 %	Conservar la función / Retrasar pérdida	≥ 4 puntos	38-46 %	Retrasar la pérdida
Puntuación PROFUNCTION	Probabilidad deterioro Barthel ≥ 20 en un año	Objetivos terapéuticos											
0 puntos	21-24 %	Conservar/Mejorar la función											
1-3 puntos	30-34 %	Conservar la función / Retrasar pérdida											
≥ 4 puntos	38-46 %	Retrasar la pérdida											

Actividades	Características de calidad
4º INTERVENCIONES (Anexo 9)	- Se facilitará su incorporación en los programas y recursos comunitarios pertinentes de envejecimiento activo. - Se les realizará una valoración del nivel habitual de actividad física, y se aconsejarán medidas generales de actividad física, junto con la incorporación al o a los programas específicos de rehabilitación en función de sus categorías y enfermedades más relevantes. - En los casos en los que el riesgo de caídas sea elevado se recomienda, adicionalmente, la intervención específica para disminuir el riesgo (revisión de la medicación – anexo 6C- y de las barreras y riesgos del domicilio). 4.5.2.2 Pacientes pluripatológicos frágiles (índice de Barthel mayor o igual a 90 puntos y test de cribado de fragilidad positivos), además de las actuaciones generales previamente reseñadas, se les propondrá: - La realización de un programa de actividad física multicomponente (anexo 9B) con una periodicidad de 2-3 veces a la semana y una duración de 5-6 meses. - La incorporación a/los programas de rehabilitación específicos en función de sus categorías y enfermedades más relevantes. - Una intervención específica para disminuir el riesgo de caídas (revisión de la medicación y de las barreras y riesgos del domicilio). 4.5.2.3 Pacientes pluripatológicos con discapacidad establecida (índice de Barthel menor de 90 puntos): - Se realizará una valoración específica del nivel de autonomía funcional, de la actividad física habitual, de los recursos sociosanitarios, así como de la figura de la persona que cuida. - Se aconsejará sobre medidas generales de reacondicionamiento, consejo dietético y de estilos de vida saludables. - Se les facilitará su incorporación en los programas y recursos comunitarios y sociosanitarios de apoyo a la dependencia. - Se les propondrá la incorporación al o a los programas específicos de rehabilitación en función de sus categorías y enfermedades más relevantes, ajustados a su grado de dependencia y su pronóstico vital y funcional. - Se realizará una intervención específica para disminuir el riesgo de caídas (revisión de la medicación y de las barreras y riesgos del domicilio). 4.5.3 Programas generales de rehabilitación, preservación funcional y cognitiva. • Programas estructurados de reeducación psicomotriz⁸²: - Utilizarán el equilibrio, la coordinación general, la motricidad fina y la concienciación del cuerpo, por medio del ejercicio y la atención orientada hacia la propioceptividad.

Actividades	Características de calidad
4º INTERVENCIONES (Anexo 9)	- Se recomienda su indicación para pacientes pluripatológicos con conservación de sus actividades básicas y con un riesgo de muerte bajo o moderado según el índice Profund. - Utilizarán estimulaciones múltiples motoras, auditivas, visuales y la noción del tiempo y del espacio de forma sistemática, adaptando las actividades y los tiempos de recuperación con un ritmo relativamente lento y con un aumento progresivo de las dificultades. - Se recomiendan unas 30 sesiones repartidas en 2-3 sesiones semanales durante 10-12 semanas. - Cada sesión tendrá una duración de aproximadamente una hora y se estructurará en 10 partes: introducción informativa, esquema corporal, posturas, marchas, estiramientos, coordinación, equilibrios, flexibilidad y potencia, juegos y relajación final. • Se tendrá en cuenta el poder rehabilitador de las aficiones y los juegos. • Se recomienda instruir a los pacientes y sus familiares en la conveniencia de mantener o estimular aficiones como hacer puzzles, colorear dibujos, hacer punto, coser, hacer crucigramas y sopas de letras, juegos de mesa, etc. • Se fomentará el juego y la interacción intergeneracional (con hijos y/o nietos) como potente elemento rehabilitador y de integración familiar y social. 4.5.4 Programas específicos de rehabilitación, preservación funcional y cognitiva. El objetivo que se ha de plantear con estos programas específicos es conseguir un efecto sinérgico con los generales de abordaje de la fragilidad detallados en el apartado previo⁸³. Se centrarán en las categorías y patologías protagonistas de cada paciente. Programas de rehabilitación cardíaca • Se dirigirán a pacientes con cardiopatía isquémica, insuficiencia cardíaca o cirugía valvular. • Se plantearán como intervenciones multinivel que incluirán ejercicio físico, modificación de los factores de riesgo cardiovascular, educación y asesoramiento psicológico. • Incluirán además del ejercicio físico progresivo y adaptado, técnicas de relajación, asesoramiento culinario y tratamientos de deshabituación tabáquica cuando proceda. • Se recomienda el uso de la guía específica para pacientes con insuficiencia cardíaca de la Escuela de Pacientesⁱ.

ⁱ http://www.escueladepacientes.es/ui/aula.aspx?stk=Aulas/Insuficiencia_Cardiaca

Actividades	Características de calidad
4º INTERVENCIONES (Anexo 9)	Programas de rehabilitación respiratoria • Se dirigirán a pacientes con EPOC, bronquiectasias, fibrosis quística, neumonectomía, etc. • Se individualizarán realizando un abordaje multidimensional, en el que se ofrecerá atención física y psicosocial. • Incluirán cuando proceda abordaje y tratamiento de deshabituación tabáquica • Se recomienda el uso de los manuales específicos para EPOC de la Escuela de Pacientes^j. Programas de rehabilitación cognitiva • Se dirigirán a personas con deterioro cognitivo leve-moderado que mantengan un cierto nivel de autopercepción. • Su objetivo consistirá en posibilitar a las personas con deterioro cognitivo mantener una integración social adecuada el mayor tiempo posible. • Incluirán tareas manuales, gráficas, nemotécnicas, juegos, etc. Programas de rehabilitación en pacientes con enfermedad renal crónica • Se recomienda el uso de la guía específica para pacientes con enfermedad renal crónica de la Escuela de Pacientes^k. Programas para pacientes pluripatológicos con mal pronóstico • Los objetivos terapéuticos irán dirigidos a proporcionar confort. • Se podrán indicar a pacientes pluripatológicos con un índice PROFUND de 11 ó más puntos y/o un índice PALIAR de más de 7 puntos. • Medidas de intervención habituales para pacientes con úlceras por presión, masajes suaves en los pacientes con edemas y movilización pasiva en los pacientes inmovilizados. • Se instruirá en estas maniobras a los familiares y/o personas que cuidan. • Se recomienda el uso de los manuales específicos para control de síntomas en Cuidados Paliativos y para las personas que cuidan de la Escuela de Pacientes^l.

^j <http://www.escueladepacientes.es/ui/aula.aspx?stk=Aulas/EPOC>

^k http://www.escueladepacientes.es/ui/aula_apartado.aspx?stk=Aulas/Enfermedad_Renal_Cronica/Actividad_fisica_y_deporte.

^l http://www.escueladepacientes.es/ui/aula_guias.aspx?stk=Aulas/Cuidados_paliativos/Guias_Informativas.

Actividades	Características de calidad
4º INTERVENCIONES (Anexo 9)	4.6 PLANIFICACION ANTICIPADA DE LAS DECISIONES⁴² • Se debe realizar siempre que la persona tenga capacidad para decidir, por lo que el médico responsable debe valorar si la persona se encuentra en una situación de incapacidad de hecho, explorando si existe alguna de las siguientes circunstancias: - Dificultad para entender la información que se le suministra - Dificultad para retener la información que permita la toma de decisiones - Incapacidad de utilizar de forma lógica la información que permita la toma de decisiones - Incapacidad para valorar las consecuencias de las diferentes alternativas. - Dificultad para tomar una decisión o comunicarla. > Debe ser un proceso voluntario de comunicación con el paciente, basado en el conocimiento de expectativas, valores y preferencias sobre cómo quiere que sea su atención sanitaria, especialmente en los momentos finales de la vida, en el caso de que pierda su capacidad de decidir de manera temporal o permanente. La prioridad de la intervención ha de ser ajustada al pronóstico del paciente según se describe en la tabla 2. > La PAD debería recoger valores relevantes, preferencias sanitarias de carácter general o indicaciones concretas (rechazo o instauración, donación de órganos, expresión de sentimientos y elección del representante) aunque no es obligatorio. > Se realizará, siempre que el paciente lo permita, en presencia de una persona de su confianza que vaya a ejercer como su representante. > Se informará sobre la conveniencia de designar una persona representante que no necesariamente tiene que ser un familiar y para que sea vinculante debe estar registrada en una VVA o en un documento notarial. • Se recomienda iniciar el proceso de PAD ante: - Hospitalización prolongada o ingresos reiterados en los últimos seis meses. - Cambio en las expectativas de tratamiento. - Alto grado de dependencia. - Deterioro progresivo. - Situación terminal.

Actividades	Características de calidad
4º INTERVENCIONES (Anexo 9)	• Se recomienda realizar el registro en la historia de salud mediante la apertura de un episodio con el término PLANIFICACIÓN ANTICIPADA DE LAS DECISIONES, al completo y sin siglas. La información recogida debe ser revisada periódicamente y comunicada a todas las personas implicadas en la atención sanitaria, a los familiares y/ representante siempre que sea autorizado. • Se debe recoger la información de manera sistemática: - Si se ha realizado la VVA. - La identificación de la persona que cuida principal, interlocutor o representante legal, porque no tienen por qué coincidir. - Sobre el grado de conocimiento de la enfermedad y pronóstico. - Los valores relevantes y las preferencias sanitarias de carácter general o indicaciones concretas (rechazo o instauración, donación de órganos las intervenciones sanitarias, etc.) • Se recomienda orientar al paciente hacia el registro de la VVA si no lo ha hecho previamente.

Tabla 4. Esquema sintético del abordaje de la fragilidad en pacientes pluripatológicos.

Perfil paciente pluripatológico	Riesgo de caídas	Objetivos clínicos	Dianas de intervención	Intervenciones	Ámbito de intervenciones
Autonomía funcional Barthel ≥90 Test Marcha -	Test de riesgo Caídas -	• Mantener función • Fortalecer red social	Paciente. Red Comunitaria	• Recomendaciones estándar de envejecimiento activo. • Examen de salud para mayores de 65 años: Intervención podológica en personas con problemas morfológicos o con gran dificultad para realizar autocuidados del pie. Fisioterapia grupal. • Programa específico de rehabilitación según categorías de pacientes pluripatológicos.	Activos Comunitarios Atención Primaria
	Test de riesgo Caídas +	• Mantener función • Fortalecer red social • Evitar caídas	Paciente Red Comunitaria Domicilio paciente Prescripción	• Recomendaciones estándar de envejecimiento activo. • Examen de salud para mayores de 65 años: Intervención podológica en personas con problemas morfológicos o con gran dificultad para realizar autocuidados del pie. Fisioterapia grupal. • Programa específico de rehabilitación según categorías de pacientes pluripatológicos. • Adaptación funcional del hogar. • Revisión de fármacos con potencial efecto en caídas.	Activos Comunitarios Atención Primaria Trabajo social
Fragilidad funcional Barthel ≥90 Test Marcha +	Alto riesgo de caídas (no precisa test de caídas)	• Revertir /Retrasar progresión de fragilidad • Fortalecer red social • Evitar caídas	Paciente Red Comunitaria Domicilio paciente Prescripción	• Recomendaciones estándar de envejecimiento activo. • Examen de salud para mayores de 65 años: Intervención podológica en personas con problemas morfológicos o con gran dificultad para realizar autocuidados del pie. Fisioterapia grupal. • Programa de actividad física multicomponente . • Programa específico de rehabilitación según categorías de pacientes pluripatológicos. • Adaptación funcional del hogar. • Revisión de fármacos con potencial efecto en caídas	Activos Comunitarios Atención Primaria Atención Hospitalaria - Internista Ref. - Rehabilitación/ Fisioterapeuta Trabajo social
Dependencia funcional Barthel <90	Alto riesgo de caídas (no precisa test de caídas)	• Retrasar progresión cascada dependencia • Mantener red social • Evitar caídas • Cuidar a la persona que cuida	Paciente Red Comunitaria Domicilio paciente Prescripción Persona que cuida	• Programas de adaptación a discapacidad. • Programa específico de rehabilitación según categorías de pacientes pluripatológicos. • Adaptación funcional del hogar. • Revisión de fármacos con potencial efecto en caídas. • Intervenciones específicas sobre la persona que cuida	Activos Comunitarios Atención Primaria Atención Hospitalaria - Internista Ref. - Rehabilitación/ Fisioterapeuta Trabajo social Enfermera Gestora de Casos

MÉDICO/A DE FAMILIA, INTERNISTA, ENFERMERO/A DE FAMILIA, ENFERMERO/A GESTOR/A DE CASO, FARMACÉUTICO/A DE ATENCIÓN PRIMARIA Y DE HOSPITAL, TRABAJADOR/A SOCIAL

Actividades	Características de calidad
5º PLAN DE ACCIÓN PERSONALIZADO	5.1 El PAP se realizará basado en el consenso entre el equipo de profesionales responsables de la atención interdisciplinar y el paciente, incorporando a la persona referente y/o persona que cuida con la autorización del paciente. En los casos de incapacidad de hecho del paciente se incorporará la persona referente y/o la persona que cuida. 5.2 El PAP se ajustará al siguiente esquema: a) Identificación de todos los problemas detectados y de los riesgos que pudieran derivarse de los mismos. b) Definición de las metas y de los objetivos de los diferentes problemas detectados adaptados a la realidad concreta de cada paciente, teniendo en cuenta (tabla 2): - La evidencia, reconociendo las limitaciones de la misma en esta población. - El pronóstico vital y funcional a fin de contextualizar las decisiones clínicas en función de los riesgos y beneficios esperables (Índice PROFUND). - La viabilidad clínica considerando la carga terapéutica y la capacidad del paciente y/o las personas que le cuidan. - La optimización de la terapia y los planes de cuidados, optimizando los beneficios y minimizando los daños. - La necesidad de reforzar la capacidad de autogestión y la preservación funcional. - Las preferencias del paciente y sus valores. c) Diseño de intervenciones y acciones concretas que constituyen el plan de acción y que se seleccionarán de entre las que se proponen en el apartado 4 del Proceso y que han de ser acordadas con el paciente y las personas que cuidan. En el momento de decidir las intervenciones y acciones concretas a desarrollar es imprescindible realizar una aplicación juiciosa y flexible de todas las intervenciones posibles identificadas en este proceso, teniendo en cuenta la perspectiva de la carga terapéutica y las recomendaciones sobre la “medicina mínimamente impertinente”. d) Coordinación, soporte y revisiones del PAP donde se incorporarán: - Las actividades programadas, incluyendo el calendario y la vía de comunicación. - Las consultas programadas con los diferentes profesionales con fechas o periodicidad de las mismas.

Actividades	Características de calidad
5º PLAN DE ACCIÓN PERSONALIZADO	- Las pruebas complementarias pendientes y su periodicidad. - Las actividades de formación así como otros paquetes de soporte. - Las acciones programadas con activos comunitarios. 5.3 El PAP estará elaborado en un periodo no superior a seis semanas desde la identificación del paciente pluripatológico. 5.4 El PAP será realizado por el equipo de profesionales responsables de la atención interdisciplinar teniendo en cuenta las siguientes consideraciones: - En todos los casos ha de participar el médico de familia y enfermera de familia que salvo en circunstancias especiales han de ser quienes pongan en marcha la elaboración del PAP. - La enfermera gestora de casos intervendrá cuando se cumplan los criterios especificados o cuando uno de los miembros del equipo profesional interdisciplinar lo solicite. - La trabajadora social intervendrá en los casos con criterio de intervención social o cuando uno de los miembros del equipo interdisciplinar de profesionales lo solicite. - El internista de referencia intervendrá en todos los casos con ingreso hospitalario por descompensación de alguna de sus enfermedades crónicas, en los casos en seguimiento por medicina interna, cuando el paciente esté acudiendo a dos o más especialidades médicas o cuando uno de los miembros del equipo profesional interdisciplinar lo solicite. - Otras especialidades médicas o profesionales de otras disciplinas intervendrán cuando el equipo profesional interdisciplinar lo considere necesario. 5.5 El PAP tendrá un lenguaje claro, preciso y de modo adecuado a sus posibilidades de comprensión del paciente y/o personas que cuidan. 5.6 El PAP se considerará concluido una vez que sea entregado en documento del PAP al paciente y/o personas que cuidan, por su médico y enfermera de familia, tras comprobar el acuerdo en todos los puntos del mismo. Se registrará la fecha en la que el PAP es entregado y cerrado. 5.7 El documento del PAP ha de contener los apartados de problemas y riesgos, metas y objetivos, signos de alarma, plan de acción, tareas pendientes y seguimiento. 5.8 El documento del PAP que ha sido entregado al paciente quedará registrado en la Historia de Salud, siendo accesible tanto para los profesionales de salud como para el paciente a través de la página de salud del paciente (Click-salud). 5.9 El PAP será abierto y revisado cada vez que se realice una VIE o cuando uno de los miembros del equipo profesional interdisciplinar lo solicite.

Recursos: Modelo de Atención Compartida

Uno de los componentes fundamentales del PAI APP es la integración de la atención prestada para garantizar la continuidad asistencial. En este apartado se describen aquellas características de calidad que facilitan la integración asistencial. En su conjunto todas estas características configuran lo que podemos considerar un auténtico Modelo de Atención Compartida Interdisciplinar que pretende propiciar la continuidad asistencial en los ámbitos de la Atención Primaria, Atención Hospitalaria y Atención Social a los pacientes pluripatológicos.

Paciente y equipo interdisciplinar de profesionales (EIP)

- El paciente tiene que formar parte del equipo que cuida de su salud. La progresiva activación y empoderamiento del paciente hacia un modelo de liderazgo compartido en el que los profesionales comparten su poder con el paciente, ejerce de garante de la continuidad asistencial, al mejorar la capacidad del paciente para utilizar los diferentes recursos a su alcance. El liderazgo compartido es un proceso continuo en el que el paciente irá asumiendo progresivas responsabilidades en la toma de decisiones. En los casos de incapacidad de hecho del paciente, las personas delegadas por él, ejercerán esta función.
- De los pacientes y personas que cuidan delegadas por él:
 - Participarán activamente en los diálogos abiertos para definir los objetivos, las acciones a realizar y en general en todo el proceso de toma de decisiones que afectan su salud.
 - Tendrán acceso telemático a la información relevante de su estado de salud, así como, a todos los apartados de su PAP incluyendo, informes clínicos, tratamientos, recomendaciones y herramientas de ayuda a la toma de decisiones.
 - Tendrán una identificación nominal de los miembros de su Equipo Interdisciplinar de Profesionales (EIP).
 - Tendrán definidos de forma precisa los circuitos de acceso y comunicación con los profesionales del EIP.
 - Tendrán la posibilidad de realizar consultas telemáticas con todos los profesionales del equipo interdisciplinar según protocolos específicos adaptados a la fase de su enfermedad.

- Tendrá constancias expresa de cuál de los miembros del EIP es el referente para la toma de contacto inicial en cada fase de su enfermedad. Por defecto el referente inicial será siempre el médico de familia o enfermera de familia.
- Podrán incorporar en su historia los autocontroles necesarios para el seguimiento de sus condiciones crónicas de salud.

- **Características del EIP:**

- Está constituido por los profesionales referentes en el ámbito de la Atención Primaria, Atención Hospitalaria y Atención Social.
- En todos los casos ha de estar identificado nominalmente dentro del EIP los siguientes profesionales: el médico de familia, la enfermera de familia, la enfermera gestora de caso, el internista hospitalario de referencia, enfermera hospitalaria y el referente de trabajo social del Centro de Atención Primaria.
- Según las circunstancias particulares del paciente deberán estar identificados los referentes de otras especialidades médicas, farmacéuticos, rehabilitadores, fisioterapeutas y otros profesionales que el EIP considere.
- Se considerará como criterios de gestión de caso la presencia de alguna de las siguientes características en pacientes pluripatológicos:
 - > Deterioro significativo de las actividades básicas de la vida diaria (índice de Barthel menor de 55) o de las actividades instrumentales de la vida diaria (índice de Lawton Brody menor o igual a 5 en varones y menor o igual a 3 en mujeres ó deterioro cognitivo (test de Pfeiffer mayor o igual a 5 errores).
 - > PROFUND mayor o igual a 7.
 - > Déficit de adherencia, afrontamientos disfuncionales, valores y creencias que resultan perjudiciales para los cuidados o regímenes terapéuticos difíciles de integrar en la vida cotidiana.
 - > Dos o más ingresos en el hospital en el último año.
 - > Tres o más asistencias urgentes en cualquier ámbito de atención en el último año.
 - > Cansancio del rol cuidador o falta de soporte para los cuidados en domicilio.
 - > Dificultad de acceso a los servicios de salud.
 - > Exclusión social.
 - > Adicionalmente también se considerarán como criterio de gestión de caso el hecho de que alguno de los miembros del EIP considere que podría beneficiarse de algunas de las prácticas de gestión de caso referidas.
- Todos los miembros del EIP tendrán una comunicación directa síncrona y asíncrona incluyendo:



- > Acceso a toda la información de salud del paciente incluyendo la información de atención primaria, información hospitalaria, información de urgencias, así como la historia social siempre dentro del marco de la ley de protección de datos.
- > Acceso a la posibilidad de elaborar documentos colaborativos.
- > Acceso a un módulo de comunicación que permita la mensajería directa entre profesionales y la mensajería compartida entre varios profesionales.
- > Posibilidad de realizar consultas telemáticas o virtuales y consultas puntuales síncronas ya sea por mensajería, teléfono o videoconferencia.
- > Acceso a las agendas de consulta de todos los componentes del EIP. Se promoverá la realización de contactos personalizados entre los profesionales antes de realizar una interconsulta procediendo a ajustar las demoras a las necesidades del paciente incluidas consultas de alta resolución.
- > Todos los profesionales del EIP podrán comunicarse directamente a través de teléfono móvil.
- > Los componentes del EIP dispondrán de la posibilidad de organizar teleconferencias o videoconferencias.
- > El internista de referencia participará en sesiones presenciales o por videoconferencia con el Equipo de Atención Primaria con un número óptimo de al menos 10 sesiones al año.
- > Existirá un listado de pacientes incluidos en el PAI APP que estará accesible a todos los miembros del EIP.



7.1 ASISTENCIA AMBULATORIA

MÉDICO/A DE FAMILIA Y ENFERMERO/A DE FAMILIA	• El médico de familia y enfermera de familia coordinarán como referentes principales el proceso de atención a los pacientes pluripatológicos. • Existirá una clave de equipo que identifique al médico de familia y enfermera de familia de cada paciente. • Médico de familia y enfermera de familia dispondrán de agendas compartidas para analizar conjuntamente los casos o realizar visitas compartidas a los pacientes pluripatológicos en el Centro de Salud y en el domicilio. • Las consultas al internista de referencia se realizarán previo contacto personalizado en las sesiones conjuntas, por contacto telefónico o circuitos telemáticos. • Médico de familia y enfermera de familia dispondrán de espacio, tiempo y herramientas para preparar los PAP junto al internista de referencia y otros especialistas que tengan que participar en el mismo. • El médico de familia podrá prescribir la administración de tratamientos parenterales, realización de transfusiones y exploraciones diagnósticas y terapéuticas invasivas, haciendo uso de las carteras de servicio de los Hospitales de día/Unidades de Continuidad.
INTERNISTA DE REFERENCIA Y ENFERMERO/A DE HOSPITAL	• El internista coordinará en el hospital la participación de otros especialistas médicos en los casos en los que sea necesario. • El internista de referencia y enfermera hospitalaria podrán atender a los pacientes, tanto en la consulta como en el Hospital de Día/Unidad de Continuidad. El Hospital de Día/Unidad de Continuidad ofertará a las personas incluidas en el PAI-APP la posibilidad de administrar tratamientos parenterales, realización de transfusiones y exploraciones diagnósticas y terapéuticas invasivas con ingreso sin generar estancia hospitalaria. • En pacientes inestables previo acuerdo entre médico de familia e internista se acordará la posibilidad de consulta de alta resolución en consultas u Hospital de Día/Unidad de Continuidad en el plazo de 24 a 48 horas laborables. • En pacientes estables, la demora de la consulta se acordarán en el contacto personalizado entre médico de familia e internistas según las necesidades del paciente en un plazo inferior a una semana. • Informes de consulta: - Todos los pacientes dispondrán de un informe que reflejen la condición de paciente pluripatológico, los criterios diagnósticos de la pluripatología y el índice Profund.



INTERNISTA DE REFERENCIA Y ENFERMERO/A DE HOSPITAL	- En el informe se incluirá una referencia a los cambios detectados en la VIE en los casos en los que se haya realizado una reevaluación focalizada. - Se emitirá un informe de consulta el mismo día de la visita siempre que acontezca una información relevante, un cambio terapéutico o siempre que se aconseje una revisión o modificación del PAP. - En los informes clínicos quedará claramente registrado en el apartado “Plan de Actuación” qué recomendaciones son temporales y qué recomendaciones debieran ser incorporadas al PAP. - En los informes clínicos se registrarán los motivos que justifican dejar de implementar en cada paciente las recomendaciones más relevantes de las guías clínicas de cada uno de los procesos que padece. Es necesario registrar cuando se adoptan las decisiones por preferencias del paciente, por imposibilidad de asumir la carga terapéutica, por contraindicación o por dudoso beneficio clínico.
FARMACÉUTICO/A DE ATENCIÓN PRIMARIA Y DEL HOSPITAL	• Colaborarán en las actividades relacionadas con la valoración farmacológica y la optimización farmacoterapéutica.
CENTROS SOCIOSANITARIOS	• Se establecerán los mecanismos de comunicación con los sanitarios que allí desempeñan su labor en el cuidado, control y seguimiento de las personas institucionalizadas en aquellas cuestiones incluidas en este PAI. • Se activarán programas de teleconsulta que les permitan el contacto telefónico y telemático con su EIP. • Se activarán los sistemas de tele-monitorización de constantes y programas de ayuda a la toma de decisiones que vayan demostrando mejoras en los resultados en salud. • Los farmacéuticos de hospital que realicen la atención farmacéutica de los personas incluidas en el PAI-APP institucionalizados en aquellas residencias vinculadas a sus hospitales, colaborarán con el EIP en la valoración e intervenciones farmacológicas en coordinación con los farmacéuticos de Atención Primaria.



7.1 ASISTENCIA AMBULATORIA

PROGRAMAS DE TELEASISTENCIA Y TELECONSULTA

- Existirán programa de teleasistencia y teleconsulta que les permita el contacto telefónico y telemático con los servicios de salud las 24 horas los siete días de la semana. Este contacto ha de permitir:
 - El acceso a las citas con los profesionales del EIP o especialidades en las que se encuentre activo.
 - La posibilidad de inclusión en programas de seguimiento proactivos tales como, recordatorios de salud, vacunaciones, alertas sanitarias o seguimiento en circunstancias especiales como altas hospitalarias, cuidados paliativos u otros procesos activos.
 - Inclusión en programas específicos que ayuden a resolver telemáticamente las consultas más frecuentes y las alertas que surjan en los autocontroles.
 - La posibilidad de concertar citas presenciales o telemáticas con su médico de familia y enfermera de familia así como con el internista de referencias en programas específicos de seguimiento.
 - Se irán activando los sistemas de tele-monitorización de constantes y programas de ayuda a la toma autónoma de decisiones que vayan demostrando mejoras en los resultados en salud.

7.2 ASISTENCIA EN EL DOMICILIO

- Los pacientes incluidos en el PAI-APP serán atendidos en el domicilio cuando sus circunstancias así lo requieran y de acuerdo con los criterios de los programas de Atención Domiciliaria.
- La atención domiciliaria de los pacientes incluidos en el PAI-APP corresponde a los médicos de familia y enfermeras de familia.
- El equipo de Atención Primaria es el responsable de coordinar o activar cualquier prestación de servicio domiciliaria que pudiera estar incluida en la cartera de servicio del hospital.
- La valoración domiciliaria tras el alta hospitalaria se realizará según las recomendaciones de los cuidados transicionales.
- Se dispondrá de una historia en movilidad que permita el acceso a información clínica de la historia de salud digital desde el domicilio. Se facilitará el registro de la información generada en el domicilio.
- Se implementarán progresivamente los programas y dispositivos de teleasistencia que vayan demostrando su utilidad en los programas de atención domiciliaria.
- La enfermera de familia serán las responsables de coordinar la preparación del PAP en aquellas personas que por su situación de dependencia deban ser atendidos en su domicilio
- La enfermera gestora de casos participará en la movilización de los recursos necesarios cuando sea requerida para ello por los responsables asistenciales del paciente.

7.3 ASISTENCIA EN EL HOSPITAL

- Los procedimientos de ingresos programados y altas se ajustarán a las recomendaciones descritas en los cuidados transicionales.
- Los sistemas de información hospitalarios permitirán identificar los pacientes pluripatológicos que están ingresados en el hospital incluyendo la ubicación en las diferentes unidades y servicios.
- Los ingresos hospitalarios en servicios médicos se realizarán preferentemente en el servicio de Medicina Interna salvo indicación expresa del Internista de referencia, internista de guardia o acuerdo del EIP.
- Durante los ingresos en UGC quirúrgicas será avisada la UGC de Medicina Interna para una valoración del paciente. Tras esta valoración, se decidirá la necesidad de seguimiento hospitalario por el Internista de referencia.
- Los pacientes pluripatológicos que ingresen con fractura de cadera serán atendidos por equipos interdisciplinarios de Cirugía Ortopédica-Traumatología y Medicina Interna durante toda su hospitalización.
- Todos los pacientes hospitalizados tendrán claramente identificado un médico de referencia y una enfermera de referencia.
- Desde el momento del ingreso del paciente y una vez confirmada la inclusión en el PAI APP debería iniciar la planificación precoz del alta como garantía de unos cuidados transicionales exitosos.
- Para ello es necesario conocer la VIE realizada en AP y realizar una revisión focalizada según las necesidades del paciente.
- En el caso de que la inclusión en el PAI APP se realice durante la hospitalización se realizará la VIE o se contactará con el médico de familia o enfermera de familia para programar la VIE en el plazo de un mes.
- Los informes de alta hospitalaria reunirán las mismas características descritas para los informes de consulta, prestando especial atención a la conciliación terapéutica en el marco de los cuidados transicionales.



7.4 CUIDADOS TRANSICIONALES

PLANIFICACIÓN DE LOS CUIDADOS TRANSICIONALES

- **Principios generales:**
 - Todos los profesionales que participan en las transiciones debe colaborar con la persona, su familia y personas que cuidan para desarrollar un plan de transición que apoye las necesidades de la persona, que procure su seguridad y la continuidad de cuidados.
 - Todos los profesionales que participan en las transiciones procuraran una comunicación efectiva para compartir la información de la persona enferma entre los miembros del equipo interprofesional durante la transición de cuidados y en el seguimiento.
 - En los cuidados transicionales se prestará especial atención a las prácticas de gestión de caso:
 - > Potenciar la conexión entre los diversos profesionales de los diferentes niveles asistenciales implicados
 - > Garantizar la monitorización regular del estado de salud y sincronizar la información entre los diversos profesionales de los diferentes niveles asistenciales implicados a través de visitas, teléfono, TIC, etc.
 - > Incrementar la homogeneidad y reforzar el apoyo educativo y modificaciones de conductas participadas por los diversos profesionales de los diferentes niveles asistenciales implicados.
 - > Agilizar las intervenciones de gestión de síntomas y organizar la atención más efectiva y a ser posible en acto único de los diversos profesionales de los diferentes niveles asistenciales implicados.
- **El ingreso hospitalario:**
 - Se promoverá la programación de los ingresos por enfermedad aguda o descompensación de las enfermedades crónicas a través del internista de referencia.
 - Se iniciará la planificación del alta hospitalaria desde el momento del ingreso.
 - En los ingresos programados se realizará, con anterioridad al mismo, la planificación del ingreso y del alta hospitalaria, proyectando los cuidados del paciente y la familia, especialmente los convivientes dependientes, con anterioridad a los mismos.
 - El ingreso y alta hospitalaria generará una notificación a todos los profesionales del EIP.
- **El alta hospitalaria:**
 - Existirá la posibilidad de activar programas de tele-medicina para el segui-

7.4 CUIDADOS TRANSICIONALES

PLANIFICACIÓN DE LOS CUIDADOS TRANSICIONALES

miento de los pacientes que lo requiera en condiciones específicas como altas de fines de semanas o circunstancias de alto riesgo.

- Se realizará un contacto domiciliario presencial o telefónico proactivo por parte del médico de familia o enfermera de familia en el plazo máximo de 48 horas tras el alta hospitalaria. En este contacto se programará la valoración post alta.
- La valoración post alta deberá estar realizada en la primera semana tras el alta hospitalaria.
- En todos los casos de altas hospitalarias tras ingreso por condiciones susceptibles de cuidados ambulatorios (PQI) se realizará una valoración por parte del internista de referencia en un plazo entre diez y quince días, salvo en las siguientes circunstancias:
 - > Cuando haya sido valorado durante el ingreso por el internista de referencia y considere innecesaria esta revisión.
 - > Cuando el médico de familia considere innecesaria esta revisión y lo notifique al internista de referencia.
 - > En enfermos con criterios de atención domiciliaria se individualizará el seguimiento tras contacto del internista de referencia con el médico de familia.

- **El alta de urgencias:**

- Los DCCU o SCCU podrán activar, en los casos en los que esté disponible, dispositivos de tele-monitorización a través de Salud Responde en un plazo máximo de 24 horas tras el alta, y hasta la reevaluación por su médico de familia en un plazo máximo de 72 horas.
- Se realizará una correcta conciliación terapéutica a todos los pacientes pluripatológicos atendidos en los DCCU extra-hospitalarios u hospitalarios, que precisen de cambios terapéuticos significativos.
- Los SCCU colaborarán con el EIP en prevenir la fragmentación asistencial en múltiples especialidades médicas. Para ello, evitarán enviar a los pacientes incluidos en el PAI-APP a otras especialidades médicas y dejarán a criterio del médico de familia e internista de referencia la derivación a dichas especialidades.
- Los SCCU evitarán la derivación a consultas hospitalarias de los pacientes pluripatológicos encamados o severamente dependientes. Las interconsultas de estos pacientes debe ser valoradas por su médico de familia.

7.4 CUIDADOS TRANSICIONALES

INTERVENCIONES EN LOS CUIDADOS TRANSICIONALES

- Se realizará una reevaluación focalizada de la VIE al alta hospitalaria por parte del EIP.
- Se prestará especial atención a la conciliación farmacológica según las recomendaciones específicas del apartado 4.4 Optimización terapéutica.
- Se prestará especial atención al apoyo a los autocuidados en las transiciones:
 - Evaluación:
 - > Se evaluará la preparación física y psicológica de la persona para afrontar la transición de cuidados.
 - > Se evaluará los factores de la persona, familia y personas que cuidan que pueden afectar la capacidad de aprender las estrategias de auto-cuidado después de la transición.
 - > Se evaluará las necesidades de aprendizaje y de información de la persona, su familia y personas que cuidan para la autogestión de su situación de salud después de la transición.
 - Implementación
 - > Instruir a la persona, sus familiares y personas que cuidan sobre la forma de actuar para afrontar los cuidados transicionales, aprovechando las actuaciones durante la atención de rutina, adaptando la información a sus necesidades y etapa de la transición.
 - > Usar herramientas y documentación estandarizada, así como, estrategias de comunicación consensuadas entre niveles para el intercambio claro y oportuno de la información a la persona en las transiciones asistenciales.
 - > Obtener información sobre la medicación precisa y completa en cada transición.
 - > Instruir a la persona mediante estrategias de auto-gestión de su estado de salud de modo que se promueva su autoeficacia para lograr una transición de cuidados satisfactoria.
 - Seguimiento
 - > Evaluar la efectividad del plan de cuidados transicional con la persona, sus familiares y personas que cuidan, antes, durante y después de la transición.
 - > Evaluar la efectividad del plan de cuidados transicionales para lograr continuidad de la atención.

7.4 CUIDADOS TRANSICIONALES

INTERVENCIONES EN LOS CUIDADOS TRANSICIONALES

- > Evaluar la eficacia de la comunicación e intercambio de información entre la persona, sus familiares, personas que cuidan, y el EIP durante las transiciones de cuidado.

Competencias específicas del equipo profesional

En el desarrollo de la Gestión por competencias del SSPA, a partir de 2006, se han venido incluyendo en los Procesos Asistenciales Integrados, los mapas de competencias correspondientes de los/as diferentes profesionales.

En la primera etapa se clasificaron de manera estratégica en Conocimientos, Habilidades y Actitudes, a efectos didácticos, y de exhaustividad.

En una segunda fase se identificaron competencias generales (afectan a todos/as los/as profesionales con independencia de su puesto o categoría) y transversales (que tienen que ver con los contenidos esenciales en el ámbito sanitario) y extraídas a partir de los Mapas de Competencias de los/as diferentes profesionales del SSPA, cuyo objetivo es la Acreditación.

En la actualidad nos centramos en las Competencias Específicas, que se ajustan a las competencias técnicas o funcionales que los/as profesionales tienen que garantizar a el/la paciente en el desarrollo de su proceso asistencial. Se orientarán, por tanto, a los resultados esperados y van encaminadas a la generación de un impacto en la atención que se presta a los/as usuarios/as y en el desarrollo individual de los/as profesionales.

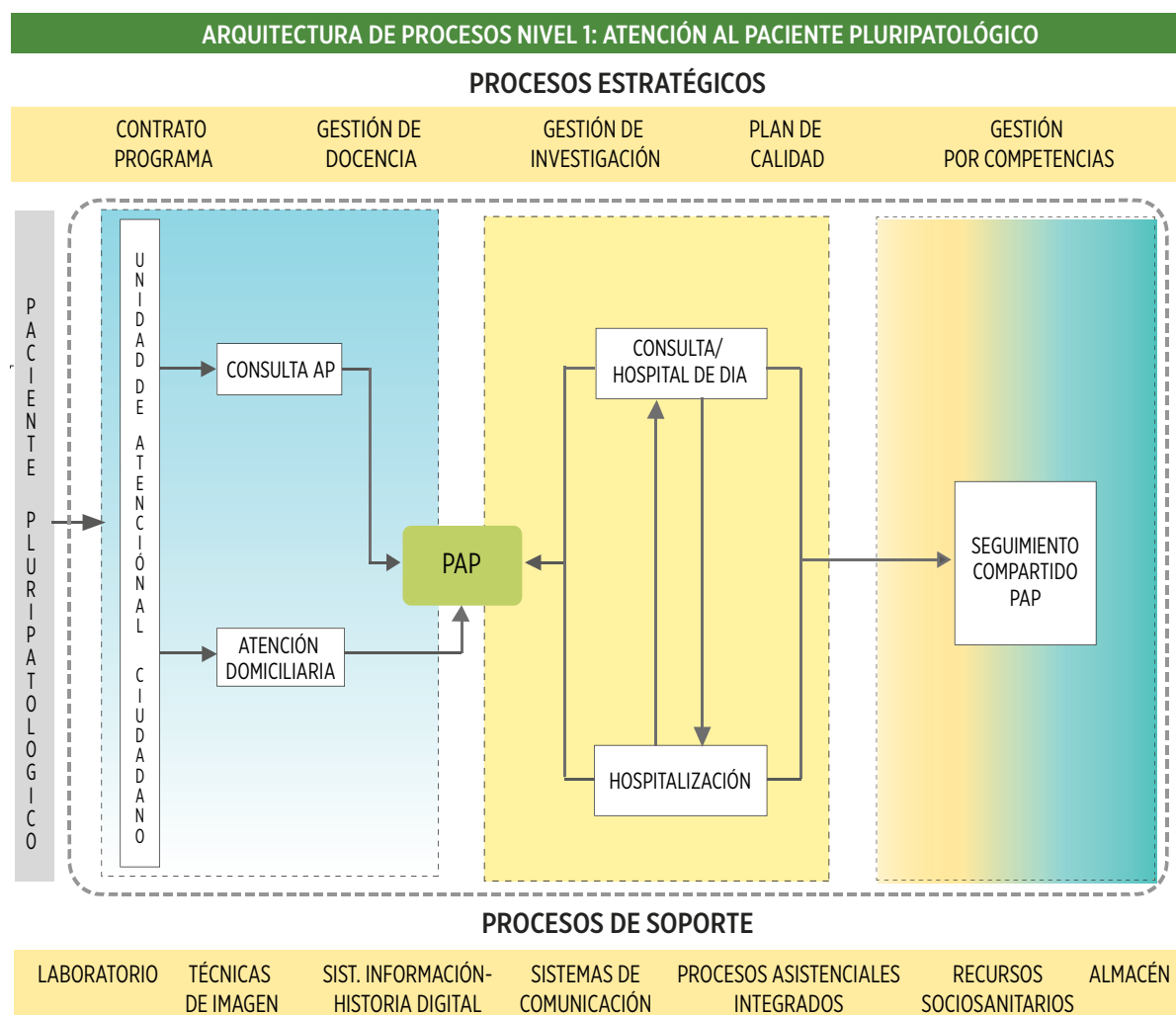
Estas Competencias Específicas se establecen a partir de las competencias claves identificadas en las Unidades de Gestión Clínica (UGC) y Unidades funcionales (UFUN) para la elaboración de mapa de competencias profesionales para el puesto de trabajo, definido en el ámbito del modelo de Gestión de Planes de Desarrollo Individual del Sistema Sanitario Público de Andalucía (GPDI).

A medida que los grupos profesionales las identifiquen, estarán disponibles en el sitio web de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía: <http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/>.

Representación Gráfica del PAI

La representación global del Proceso Asistencial Integrado permite visualizar la amplitud real del mismo, iniciándose el Proceso Operativo (clínico-asistencial) tras el contacto de la persona con el Sistema Sanitario por las diferentes entradas posibles, la atención de los/as profesionales desde diferentes ámbitos de actuación en Atención Primaria, Atención Hospitalaria, etc., la continuidad a la asistencia de el/la paciente/familia y la salida del PAI, en el marco establecido por los Procesos Estratégicos y sustentados en los Procesos de Soporte.

► Representación global



DENOMINACIÓN	PACIENTES PLURIPATOLOGICOS IDENTIFICADOS
Este indicador hace referencia a la característica de calidad “Identificación del paciente”.	
INDICADOR	Porcentaje de pacientes pluripatológicos, identificados como tal en los registros (informáticos o de papel). - En Atención Primaria: - Numerador: Número de pacientes pluripatológicos identificados hasta el momento x 100. - Denominador: Número total de TIS. - En Atención Hospitalaria: - Numerador: Número de pluripatológicos identificados en la Unidad de Medicina Interna x 100. - Denominador: Número total de pacientes pluripatológicos hospitalizados en Unidades de Medicina Interna.
CRITERIO DE REVISIÓN	Este indicador puede ser monitorizado en Atención Primaria y Hospitalaria. En el caso de que el número de pacientes identificados sea superior a la estimación de prevalencia de partida, en cada nueva monitorización del indicador se actualizará el denominador con el número de los casos identificados hasta ahora, en caso contrario se mantendrán las estimaciones de partida arriba mencionadas.
ESTÁNDAR DIANA	- En Atención Primaria: - Al menos el 2% de las TIS. - En Atención Hospitalaria: - Al menos el 30% de los pacientes estarán identificados como pluripatológicos en Unidades de Medicina Interna General y el 65% en Unidades de Hospitales de Crónicos.

DENOMINACIÓN	VALORACIONES INTEGRALES EXHAUSTIVAS REALIZADAS
Este indicador hace referencia a la característica de calidad “Valoración integral exhaustiva”.	
INDICADOR	Porcentaje de pacientes pluripatológicos, a los que se les realiza valoración integral exhaustiva en el momento de identificación del paciente. - Numerador: Número de pacientes pluripatológicos con valoración clínica, funcional, de la fragilidad, riesgo de caídas, cognitiva, afectiva, pronóstica, farmacológica, de la autogestión- activación y de los valores-preferencias durante el último año x 100. - Denominador: Número total de pacientes pluripatológicos incluidos en PAI.
CRITERIO DE REVISIÓN	Este indicador puede ser monitorizado en Atención Primaria. La valoración integral se considerará válida solo si se hace mención de la situación de las cinco dimensiones y se usan las escalas/recomendaciones según se indica en el proceso.
ESTÁNDAR DIANA	Al menos el 70% de los pacientes pluripatológicos deberá tener la valoración integral exhaustiva realizada.

DENOMINACIÓN	VALORACIÓN DE LA FRAGILIDAD
Este indicador hace referencia a la característica de calidad “Valoración funcional y de la fragilidad”.	
INDICADOR	Porcentaje de pacientes pluripatológicos autónomos con valoración de la fragilidad. - Numerador: Número de pacientes pluripatológicos autónomos con valoración de la fragilidad según prueba de velocidad de la marcha x 100. - Denominador: Número total de pacientes pluripatológicos autónomos incluidos en PAI.
CRITERIO DE REVISIÓN	Este indicador puede ser medido en Atención Primaria y Hospitalaria.
ESTÁNDAR DIANA	Al menos el 80% de pacientes pluripatológicos tendrán realizada la valoración de la fragilidad.

DENOMINACIÓN	VALORACIÓN PRONÓSTICA
Este indicador hace referencia a la característica de calidad “Valoración pronóstica”.	
INDICADOR	Porcentaje de pacientes pluripatológicos con valoración pronóstica realizada según índice PROFUND o PROFUND-AP. - Numerador: Número de pacientes pluripatológicos con valoración pronóstica realizada x 100. - Denominador: Número total de pacientes pluripatológicos incluidos en PAI.
CRITERIO DE REVISIÓN	Este indicador puede ser medido en Atención Primaria y Hospitalaria.
ESTÁNDAR DIANA	Al menos el 80% de pacientes pluripatológicos tendrán realizada la valoración pronóstica.

DENOMINACIÓN	VALORACIÓN FARMACOLÓGICA
Este indicador hace referencia a la característica de calidad “Valoración farmacológica”.	
INDICADOR	Porcentaje de pacientes pluripatológicos con valoración de la adecuación del tratamiento farmacológico mediante los criterios STOPP-START (<i>Screening Tool of Older Person’s potentially inappropriate Prescription/ Screening Tool to Alert doctors to the Right</i>) - Numerador: Número de pacientes pluripatológicos con valoración de la adecuación al tratamiento farmacológico realizada x 100. - Denominador: Número total de pacientes pluripatológicos incluidos en PAI.
CRITERIO DE REVISIÓN	Este indicador puede ser medido en Atención Primaria y Hospitalaria.
ESTÁNDAR DIANA	Al menos el 70% de pacientes pluripatológicos tendrán realizada la valoración de la adecuación del tratamiento farmacológico mediante los criterios STOPP-START.

DENOMINACIÓN	INICIATIVAS PARA LA AUTOGESTIÓN Y ACTIVACIÓN DEL PACIENTE
Este indicador hace referencia a la característica de calidad “Autogestión y activación”.	
INDICADOR	Porcentaje de pacientes pluripatológicos incluidos en un programa de activación y autogestión. - Numerador: Número de pacientes pluripatológicos que están incluidos en actividades o programas de activación y autogestión x 100. - Denominador: Número total de pacientes pluripatológicos incluidos en PAI.
CRITERIO DE REVISIÓN	Este indicador puede ser medido en Atención Primaria y Hospitalaria.
ESTÁNDAR DIANA	Al menos el 70% de pacientes pluripatológicos tendrán realizada la valoración de autogestión y activación del paciente.

DENOMINACIÓN	INTERVENCIÓN EN EL HOGAR EN PACIENTES CON RIESGO DE CAÍDAS
Este indicador hace referencia a la característica de calidad “Área relacionada con la vivienda/entorno”.	
INDICADOR	Porcentaje de pacientes pluripatológicos con riesgo de caídas a los que se les ha realizado una intervención para minimizar los riesgos en el hogar. - Numerador: Número de pacientes pluripatológicos con riesgo de caídas a los que se les ha realizado la intervención para minimizar los riesgos en el hogar x 100. - Denominador: Número total de pacientes pluripatológicos con riesgo de caídas.
CRITERIO DE REVISIÓN	Este indicador puede ser medido en Atención Primaria.
ESTÁNDAR DIANA	Al menos el 75% de pacientes pluripatológicos con riesgo de caídas tendrán realizada la intervención para minimizar los riesgos en el hogar.

DENOMINACIÓN	CONCILIACIÓN DE TRATAMIENTO AL ALTA HOSPITALARIA
Este indicador hace referencia a la característica de calidad “Optimización farmacoterapéutica”.	
INDICADOR	- Numerador: Número de pacientes pluripatológicos a los que se ha realizado la conciliación de tratamiento tras el alta hospitalaria en un determinado ámbito de AP y un determinado periodo x 100. - Denominador: Número total de pacientes pluripatológicos dados de alta hospitalaria en el mismo periodo y ámbito.
CRITERIO DE REVISIÓN	Este indicador será monitorizado en Atención Primaria. Se considerará válida la conciliación de tratamiento realizado tras el alta hospitalaria en un periodo máximo de 72 horas. Para que se pueda monitorizar este indicador es necesario que se registren en Cartera de Servicios de Diraya la “Atención al alta hospitalaria” y anotar en una hoja de seguimiento la realización de la conciliación de tratamiento especificando lo que se modifica y lo que se mantiene.
ESTÁNDAR DIANA	Al menos el 85% de pacientes dados de alta serán susceptibles de la conciliación de tratamiento al alta hospitalaria. Se aplicarán las recomendaciones de los criterios STOPP-START teniendo en cuenta que para pacientes con Índice PROFUND mayor o igual a 11 puntos pudieran no ser aplicables algunas recomendaciones START.

DENOMINACIÓN	PLAN DE ACCIÓN PERSONALIZADO
Este indicador hace referencia a la característica de calidad “Plan de acción personalizado”.	
INDICADOR	Porcentaje de pacientes pluripatológicos con PAP realizado y entregado. - Numerador: Número de pacientes pluripatológicos con PAP realizado x 100. - Denominador: Número total de pacientes pluripatológicos incluidos en PAI.
CRITERIO DE REVISIÓN	Este indicador puede ser monitorizado en Atención Primaria y Hospitalaria. Para monitorizar este indicador es necesario que previamente el equipo médico y enfermero de AP hayan completado todos los apartados del PAP y entregado al paciente.
ESTÁNDAR DIANA	Al menos el 70% de pacientes pluripatológicos tendrán el PAP realizado. Para poder monitorizar indicadores avanzados, se necesitaría un 20% de pacientes con PAP realizado. Es necesaria una identificación del 75% de la población diana teórica para poder pasar a monitorizar este indicador.

DENOMINACIÓN	PLAN DE ACCIÓN PERSONALIZADO CON VALORACIÓN INTEGRAL EXHAUSTIVA PREVIA
Este indicador hace referencia a la característica de calidad “Plan de acción personalizado”.	
INDICADOR	Porcentaje de pacientes pluripatológicos a los que se les actualiza la VIE previa a la realización de PAP. - Numerador: Número de pacientes pluripatológicos, atendidos en el año, con valoración clínica, funcional, de la fragilidad, riesgo de caídas, cognitiva, afectiva, pronóstica, farmacológica, de la autogestión- activación y de los valores-prefereencias, en el momento de diseño del PAP x 100. - Denominador: Número total de pluripatológicos atendidos durante el año, con PAP diseñado y entregado.
CRITERIO DE REVISIÓN	Este indicador puede ser monitorizado en Atención Primaria y Hospitalaria. Para monitorizar fácilmente este indicador será necesario registrar de forma rutinaria y recuperable en las bases de datos, que se ha finalizado el PAP. La VIE se considerará válida sólo si se hace mención a la situación de las cinco áreas y se usan las escalas. La fuente de datos para la realización de este indicador será el informe de VIE creado para el diseño del PAP.
ESTÁNDAR DIANA	Al menos el 80% de los pacientes pluripatológicos con el PAP realizado, se les ha realizado la VIE previamente .

DENOMINACIÓN	IDENTIFICACIÓN DEL INTERNISTA DE REFERENCIA EN LAS UGC DE ATENCIÓN PRIMARIA
Este indicador hace referencia a la característica de calidad “Paciente y equipo interdisciplinar de profesionales”.	
INDICADOR	Porcentaje de pacientes pluripatológicos en los que está identificado el internista de referencia. - Numerador: Número de pacientes pluripatológicos en los que está identificado el internista de referencia x 100. - Denominador: Número total de pacientes pluripatológicos incluidos en PAI.
CRITERIO DE REVISIÓN	Este indicador puede ser medido a través del módulo de diseño del PAP donde queda registrado el nombre del internista de referencia.
ESTÁNDAR DIANA	El 100% de los pacientes pluripatológicos tendrán identificado un internista de referencia.

DENOMINACIÓN INGRESOS HOSPITALARIOS PROGRAMADOS	
Este indicador hace referencia a la característica de calidad “Asistencia en el hospital”.	
INDICADOR	Porcentaje de ingresos programados en la Unidad de Medicina Interna. - Numerador: Número de ingresos anuales de pacientes pluripatológicos programados en Unidades de Medicina Interna x 100. - Denominador: Número total de ingresos anuales de pacientes pluripatológicos en Unidades de Medicina Interna.
CRITERIO DE REVISIÓN	Se considerará ingreso programado aquel ingreso (urgente o no) que no se haga a través del servicio de urgencias del hospital.
ESTÁNDAR DIANA	Al menos el 20% de los ingresos en Unidades de Medicina Interna deberán ser programados.

DENOMINACIÓN SEGUIMIENTO HOSPITALARIO PROSPECTIVO DE PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS INGRESADOS EN ESPECIALIDADES QUIRÚRGICAS.	
Este indicador hace referencia a la característica de calidad “Asistencia en el hospital”.	
INDICADOR	Porcentaje de pacientes pluripatológicos ingresados de forma urgente en unidades quirúrgicas que son atendidos de forma conjunta por internistas. - Numerador: Número de pacientes pluripatológicos ingresados de forma urgente en unidades quirúrgicas, con seguimiento prospectivo por medicina interna durante un trimestre x 100. - Denominador: Número total de pluripatológicos ingresados en los servicios quirúrgicos en el trimestre.
CRITERIO DE REVISIÓN	Los servicios quirúrgicos a tener en cuenta son: traumatología, cirugía vascular, urología y cirugía general. No se tendrán en cuenta las unidades de cirugía mayor ambulatoria. Se entiende por atención de forma conjunta, la participación del internista desde el momento del ingreso en el servicio quirúrgico correspondiente.
ESTÁNDAR DIANA	Al menos el 70% de los pacientes pluripatológicos ingresados en los servicios quirúrgicos deberá tener seguimiento médico prospectivo.

DENOMINACIÓN	REUNIONES MENSUALES INTERNIVELES
Este indicador hace referencia a la característica de calidad “Paciente y equipo interdisciplinar de profesionales”.	
INDICADOR	Número de reuniones interniveles realizadas.
CRITERIO DE REVISIÓN	Una reunión internivel se considerará válida solamente si el nivel de asistencia supera el 50% de la plantilla de médicos del centro de salud. La sesión podrá ser formativa, con revisión de un tema clínico, o centrada en comentar incidencias en pacientes concretos. Para monitorizar fácilmente este indicador será necesario registrar de forma rutinaria y recuperable en las bases de datos la asistencia de cada profesional a las sesiones.
ESTÁNDAR DIANA	Al menos se celebrarán seis reuniones anuales.

DENOMINACIÓN	REALIZACIÓN DEL PROGRAMA DE ACTIVIDAD MULTICOMPONENTE EN PACIENTES FRÁGILES PLURIPATOLÓGICOS
Este indicador hace referencia a la característica de calidad “Abordaje de la fragilidad en pacientes pluripatológicos”.	
INDICADOR	Porcentaje de pacientes pluripatológicos frágiles a los que se les ha realizado el programa de actividad multicomponente completo. - Numerador: Número de pacientes pluripatológicos frágiles a los que se les ha realizado el programa de actividad multicomponente completo x 100. - Denominador: Número total de pacientes pluripatológicos frágiles.
CRITERIO DE REVISIÓN	Este indicador puede ser monitorizado en Atención Primaria.
ESTÁNDAR DIANA	Al menos el 50% de pacientes pluripatológicos frágiles tendrán realizado el programa de actividad multicomponente completo.

DENOMINACIÓN	REALIZACIÓN DE UN PROGRAMA DE REHABILITACIÓN CARDÍACA A PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS CON CATEGORÍA A
Este indicador hace referencia a la característica de calidad “Programas de rehabilitación cardíaca”.	
INDICADOR	Porcentaje de pacientes pluripatológicos con la categoría A a los que se les ha realizado un programa de rehabilitación cardíaca completo. - Numerador: Número de pacientes pluripatológicos con la categoría A a los que se les ha realizado un programa de rehabilitación cardíaca completo x 100. - Denominador: Número total de pacientes pluripatológicos con la categoría A.
CRITERIO DE REVISIÓN	Este indicador puede ser monitorizado en Atención Primaria y Atención Hospitalaria.
ESTÁNDAR DIANA	Al menos el 50% de pacientes pluripatológicos con la categoría A tendrán realizado un programa de rehabilitación cardíaca completo. Para poder monitorizar indicadores avanzados, se necesitaría un 75% de pacientes con la intervención realizada.

DENOMINACIÓN	REALIZACIÓN DE UN PROGRAMA DE REHABILITACIÓN RESPIRATORIA A PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS CON CATEGORÍA C
Este indicador hace referencia a la característica de calidad “Programas de rehabilitación respiratoria”.	
INDICADOR	Porcentaje de pacientes pluripatológicos con la categoría C a los que se les ha realizado un programa de rehabilitación respiratoria completo. - Numerador: Número de pacientes pluripatológicos con la categoría C a los que se les ha realizado un programa de rehabilitación respiratoria completo x 100. - Denominador: Número total de pacientes pluripatológicos con la categoría C.
CRITERIO DE REVISIÓN	Este indicador puede ser monitorizado en Atención Primaria y Atención Hospitalaria.
ESTÁNDAR DIANA	Al menos el 50% de pacientes pluripatológicos con la categoría C tendrán realizado un programa de rehabilitación respiratoria completo. Para poder monitorizar indicadores avanzados, se necesitaría un 75% de pacientes con la intervención realizada.

Anexo 1: Valoración funcional y de la fragilidad.

- Anexo 1A: Actividades Básicas de la Vida Diaria: Índice de Barthel.
- Anexo 1B: Actividades Instrumentales de la Vida Diaria: Índice de Lawton Brody.
- Anexo 1C: Algoritmo mini-Barthel.
- Anexo 1D: Prueba de ejecución SPPB.
- Anexo 1E: Test time levántate y anda.

Anexo 2: Valoración cognitiva.

- Anexo 2A: Mini-examen cognoscitivo de Lobo.
- Anexo 2B: Test de Pfeiffer.
- Anexo 2C: Algoritmo Test de Pfeiffer simplificado.

Anexo 3: Valoración del área afectiva.

- Test de Yesavage.

Anexo 4: Valoración del área sociofamiliar.

- Anexo 4A: Escala de Gijón.
- Anexo 4B: Índice de esfuerzo del cuidador.

Anexo 5: Valoración pronóstica.

- Anexo 5A: Índice PROFUND al año y cuatro años.
- Anexo 5B: Índice PALIAR.
- Anexo 5C: Índice PROFUNCTION.

Anexo 6: Valoración farmacológica.

- Anexo 6A: Recomendaciones de la buena prescripción farmacológica.
- Anexo 6B-1: CRITERIOS STOPP-START.
- Anexo 6B-2: CRITERIOS STOPPFRAIL.
- Anexo 6C: Lista de medicamentos de alto riesgo para pacientes con enfermedades crónicas. LISTA MARC.
- Anexo 6D: Fármacos relacionados con el riesgo de caídas.

Anexo 7: Valoración de la autogestión y activación. Criterios NOC.

Anexo 8: Valoración de preferencias y valores.

- Cuestionario de valoración espiritual GES.

Anexo 9: Intervenciones.

- Anexo 9A: Intervenciones NIC.
- Anexo 9B: Programa de actividades físicas multi-componentes.

ANEXO 1: ESCALAS DE VALORACIÓN FUNCIONAL Y FRAGILIDAD

Anexo 1.A ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA: ÍNDICE DE BARTHEL

Descripción:

- Escala que permite valorar la autonomía de la persona para realizar las actividades básicas e imprescindibles de la vida diaria tales como comer, lavarse, vestirse, arreglarse, trasladarse del sillón o silla de ruedas a la cama, subir y bajar escaleras, etc.
- Características de recogida: Puede realizarse autoadministrado, por observación directa, preguntando al paciente o a su cuidador.
- Tiempo estimado de administración: 5 minutos

ALIMENTACIÓN		
10	Independiente	Come solo en un tiempo razonable. Es capaz de poder utilizar cubiertos si lo necesita, de cortar el alimento, usar sal, extender mantequilla, etc.
5	Necesita ayuda	Necesita ayuda para alguna de las actividades previas.
0	Dependiente	Necesita ser alimentado.
BAÑO		
5	Independiente	Es capaz de bañarse o ducharse, incluyendo salir o entrar de la bañera y secarse.
0	Dependiente	Necesita alguna ayuda.
VESTIRSE		
10	Independiente	Es capaz de ponerse, quitarse y colgar la ropa, atarse los cordones, abrocharse botones o utilizar cremalleras (o braguero o corsé). Se excluye la utilización de sujetador.
5	Necesita ayuda	Necesita ayuda para al menos la mitad del trabajo de estas actividades. Debe de hacerlo en un tiempo razonable.
0	Dependiente	
ARREGLARSE		
5	Independiente	Es capaz de lavarse las manos y cara, peinarse, maquillarse, limpiarse los dientes y afeitarse.
0	Dependiente	Necesita alguna ayuda.
DEPOSICIONES		
10	Continente	Es capaz de controlar deposiciones. Es capaz de colocarse un supositorio o un enema.
5	Incontinencia ocasional	Tiene incontinencia ocasional o requiere ayuda para supositorio o enema.
0	Incontinente	
MICCIÓN		
10	Continente	Es capaz de controlar micción día y noche. Es capaz de cuidar sonda y cambiar bolsa de orina.
5	Incontinencia ocasional	Tiene incontinencia ocasional o no le da tiempo a llegar al baño o necesita ayuda ocasional para cuidar la sonda uretral.
0	Incontinente	
RETETE		
10	Independiente	Es capaz de bajarse y subirse la ropa, de no mancharla, sentarse y levantarse de la taza, de usar papel higiénico. Si lo requiere puede apoyarse sobre una barra. Si requiere cuña, debe ser capaz de colocarla, vaciarla y limpiarla.
5	Necesita ayuda	Necesita ayuda para guardar el equilibrio, en el manejo de la ropa o en la utilización del papel higiénico.
0	Dependiente	

TRASLADARSE (desde la cama al sillón o a la silla de ruedas)		
15	Independiente	Es capaz de realizar con seguridad, el traslado del sillón a la cama, tanto con andador o silla de ruedas –levantando reposapiés, cerrando la silla-, conseguir sentarse o tumbarse en la cama, e igualmente volver de la cama al sillón.
10	Mínima ayuda	Necesita ayuda mínima para algún paso de esta actividad o ser supervisado física o verbalmente en los distintos pasos.
5	Gran ayuda	Necesita gran ayuda para levantarse de la cama o para trasladarse al sillón. Puede permanecer sentado sin ayuda.
0	Dependiente	
DEAMBULAR		
15	Independiente	Puede caminar 45 metros sin ayuda o supervisión, espontáneamente o con muletas (no andador). Si utiliza prótesis es capaz de ponérsela y quitársela solo.
10	Necesita ayuda	Necesita ayuda o supervisión para caminar 45 metros. Deambula con andador.
5	En silla de ruedas	Puede empujar la silla 45 metros y manejarla con soltura (doblar esquinas, girar, manio-brarla por la casa, etc.)
0	Dependiente	Camina menos de 45 metros. Si utiliza silla de ruedas debe ser empujada por otra perso-na.
SUBIR Y BAJAR ESCALERAS		
10	Independiente	Es capaz de subir y bajar un piso sin ayuda ni supervisión. Puede usar bastones o muletas o apoyarse en la barandilla.
5	Incontinencia ocasional	Necesita ayuda física o verbal
0	Dependiente	

Valoración:

- La valoración se realiza según puntuación de una escala de 0 a 100 (dependencia absoluta e independencia, respectivamente) siendo 90 la puntuación máxima si va en silla de ruedas. Los diferentes tramos de puntuación son interpretados luego con una valoración cualitativa. Han sido propuestas diferentes interpretaciones para una misma puntuación. Por ejemplo un resultado de 70 puede ser interpretado como una dependencia leve o moderada según diferentes publicaciones. Por ello es muy importante que el resultado sea registrado en valores absolutos y no en una escala cualitativa.
- Es también de gran utilidad el registro de las puntuaciones parciales de cada actividad, para conocer las deficiencias específicas de cada persona.

DIRAYA*		PAI-APP**	
Puntuación	Dependencia	Puntuación	Dependencia
0-20	Total		
25-60	Severa	< 60	Dependencia severa
65-90	Moderada	60-89	Dependencia no severa
95	Leve	≥90-99	Autónomo
100	Independencia	100	Independencia

* Shah S. Vanclay F and Cooper B. J. ClinEpidemiol 1989.42(8), 703-709.

** Baztan JJ, Perez del Molino, Alarcon J et al. Indice de Barthel: instrumento válido para la valoración funcional de pacientes con enfermedad cerebrovascular. RevEspGeriatrGerontol, 1993; 28: 32-40

Anexo 1.B ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA:

ÍNDICE DE LAWTON Y BRODY

Descripción:

- Escala que permite valorar la capacidad de la persona para realizar las actividades instrumentales necesarias para vivir de manera independiente en la comunidad (hacer la compra, preparar la comida, manejar dinero, usar el teléfono, tomar medicamentos, etc.). Evalúa actividades más elaboradas y que, por tanto, se pierden antes que las actividades básicas de la vida diaria.
- Características de recogida: Debe de realizarse heteroadministrado preguntando al paciente o a su cuidador.
- Desarrollo: Para evaluar correctamente los ítems de estas escalas resulta importante diferenciar si el paciente podría llevarla a cabo esa actividad. Esta escala da mucha importancia a las tareas domésticas, por lo que en nuestro entorno los hombres suelen obtener menor puntuación. La disponibilidad de electrodomésticos y otros utensilios pueden influir también en la puntuación.

CAPACIDAD PARA USAR EL TELÉFONO	
Utiliza el teléfono por iniciativa propia	1
Es capaz de marcar bien algunos números familiares	1
Es capaz de contestar al teléfono, pero no de marcar	1
No es capaz de usar el teléfono	0
HACER COMPRAS	
Realiza independientemente todas las compras necesarias	1
Realiza independientemente pequeñas compras	0
Necesita ir acompañado para hacer cualquier compra	0
Totalmente incapaz de comprar	0
PREPARACIÓN DE LA COMIDA	
Organiza, prepara y sirve las comidas por sí solo adecuadamente	1
Prepara adecuadamente las comidas si se le proporcionan los ingredientes	0
Prepara, calienta y sirve las comidas, pero no sigue una dieta adecuada	0
Necesita que le preparen y sirvan las comidas	0
CUIDADO DE LA CASA	
Mantiene la casa solo o con ayuda ocasional para trabajos pesados	1
Realiza tareas ligeras, como lavar los platos o hacer las camas	1
Realiza tareas ligeras, pero no puede mantener un adecuado nivel de limpieza	1
Necesita ayuda en todas las labores de la casa	1
No participa en ninguna labor de la casa	0
LAVADO DE LA ROPA	
Lava por sí solo toda su ropa	1
Lava por sí solo pequeñas prendas	1
Todo el lavado de ropa debe ser realizado por otra persona	0

USO DE MEDIOS DE TRANSPORTE	
Viaja solo en transporte público o conduce su propio coche	1
Es capaz de coger un taxi, pero no usa otro medio de transporte	1
Viaja en transporte público cuando va acompañado por otra persona	1
Sólo utiliza el taxi o el automóvil con ayuda de otros	0
No viaja	0
RESPONSABILIDAD RESPECTO A SU MEDICACIÓN	
Es capaz de tomar su medicación a la hora y con la dosis correcta	1
Toma su medicación si la dosis le es preparada previamente	0
No es capaz de administrarse su medicación	0
MANEJO DE SUS ASUNTOS ECONÓMICOS	
Se encarga de sus asuntos económicos por sí solo	1
Realiza las compras de cada día, pero necesita ayuda en las grandes compras, bancos...	1
Incapaz de manejar dinero	0

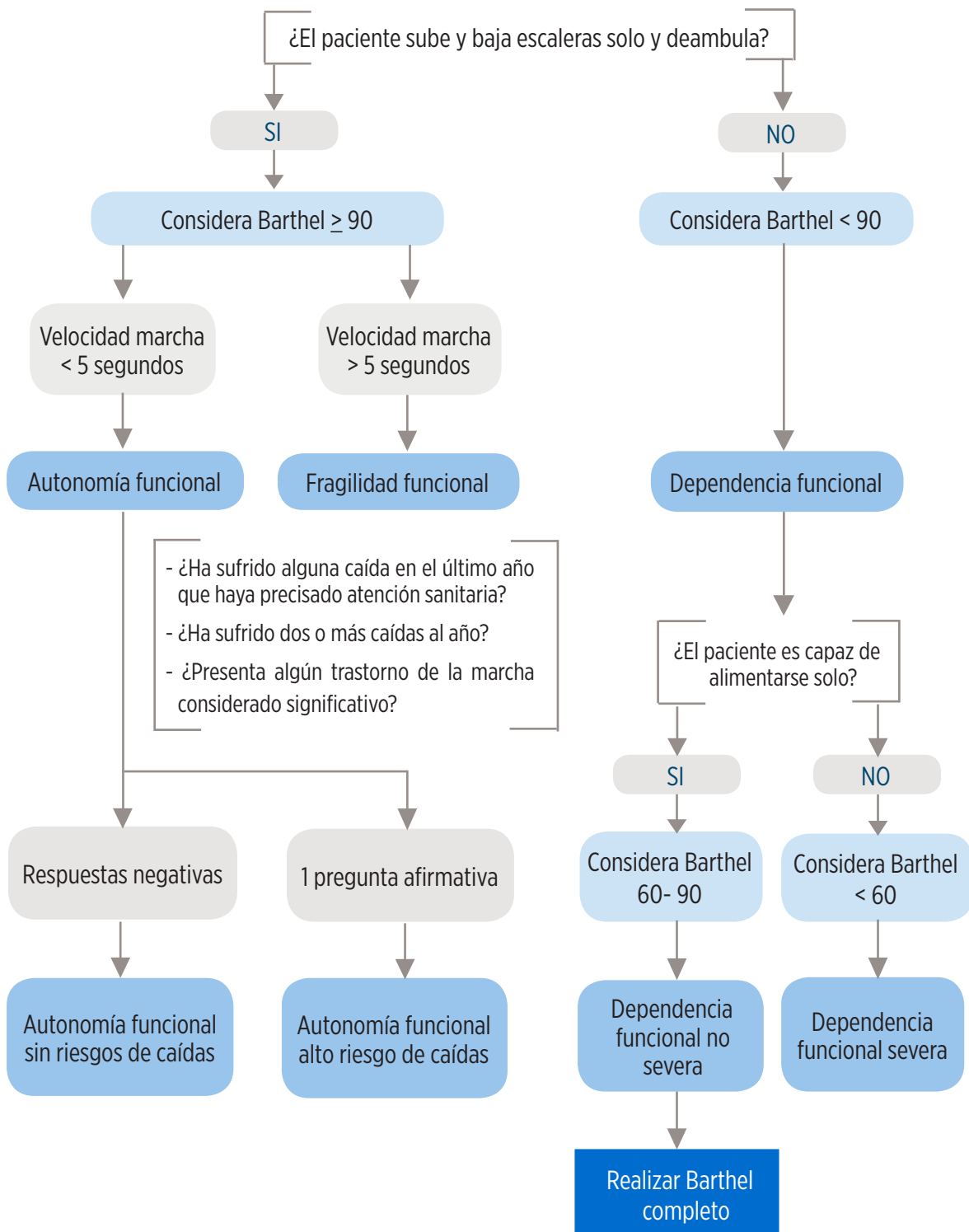
Valoración:

- Recomendamos su utilización registrando cada una de las actividades para conocer las deficiencias específicas de cada persona. Una valoración global se realiza según puntuación en una escala de 0 a 8 (dependencia máxima e independencia, respectivamente) según la siguiente estratificación.

PUNTUACIÓN	DEPENDENCIA
0-1	Total
2-3	Severa
4-5	Moderada
6-7	Ligera
8	Independencia

Anexo 1.C ALGORITMO MINI-BARTHEL

Propuesta de abordaje práctico del cribado para detectar pacientes con Barthel mayor o igual a 90.

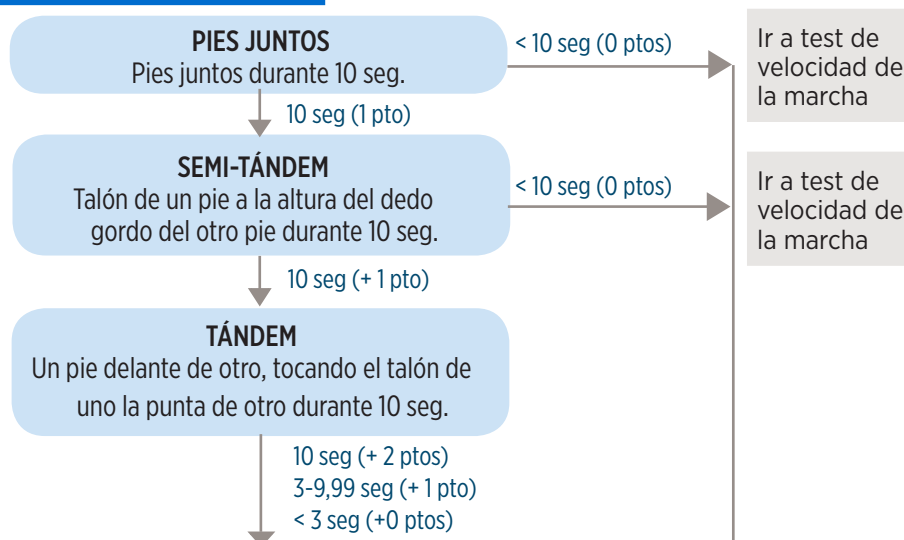


Anexo 1.D PRUEBA DE EJECUCIÓN: SHORT PHYSICAL PERFORMANCE BATTERY (SPPB O TEST DE GURALNIK)

Descripción:

- Es un test diseñado específicamente para predecir la discapacidad y ha demostrado capacidad para predecir eventos adversos, fragilidad, dependencia, institucionalización y mortalidad. Ha sido recomendada como medida objetiva de limitaciones de la movilidad⁵.
- Consiste en la realización de tres pruebas:
 - Equilibrio, en tres posiciones: pies juntos, semitándem y tándem.
 - Velocidad de la marcha sobre 2,4 ó 4 metros.
 - Levantarse y sentarse en una silla cinco veces.
- Es muy importante respetar la secuencia de las pruebas, ya que si empezamos por las levantadas, el paciente se puede fatigar y ofrecer rendimientos falsamente bajos en los otros dos sub-tests.
- El tiempo medio de administración se sitúa entre los 6 y los 10 minutos.
- A continuación se presenta un esquema y protocolo de la ejecución de la prueba.

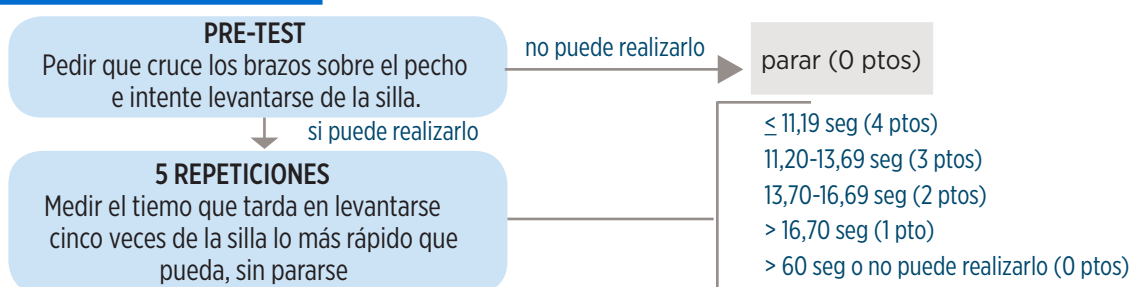
1 Test de equilibrio



2 Test de velocidad de la marcha



3 Test de levantarse de la silla



Esquema de ejecución de la batería SPPB. Fuente: Rodríguez Mañas L, et al. An evaluation of the effectiveness of a multi-modal intervention in frail and pre-frail older people with type 2 diabetes - the MID-frail study: study protocol for a randomised controlled trial. *Trials* 2014; 15:34

Valoración:

- Los valores normativos para la población española se han establecido en diversos estudios, de cohortes poblacionales y en Atención Primaria.
- La puntuación total del SPPB resulta de la suma de los tres subtests, y oscila entre 0 (peor) y 12; cambios en 1 punto tienen significado clínico. Una puntuación por debajo de 10 indica fragilidad y un elevado riesgo de discapacidad, así como de caídas.

Anexo 1.E TEST DE “LEVÁNTATE Y ANDA” (“TIMED GET UP AND GO”) CRONOMETRADO.

Descripción:

- Fue diseñado específicamente para cuantificar la movilidad y ha demostrado su valor predictivo del deterioro en el estado de salud y las actividades de la vida diaria, así como de caídas, de manera similar a la velocidad de la marcha; la evidencia como herramienta predictora de discapacidad incidente es más escasa.
- Existe experiencia de su uso y está validada en nuestro medio. También esta validado para evaluar el riesgo de caídas y ha sido validado recientemente como herramienta diagnóstica de fragilidad.
- La prueba consiste en pedirle al paciente, inicialmente sentado de una silla con reposabrazos que se levante, camine 3 metros, vuelva y retorne a la posición sentada.
- Su tiempo de administración es de 1-2 minutos.

Valoración

- Se suele considerar que está correcto si lo realiza en 10 segundos o menos, considerándose este intervalo entre 10 y 20 segundos el corte habitual indicativo de fragilidad. un tiempo mayor de 20 segundos implica alto riesgo de caída).

DURACIÓN	DEPENDENCIA
≤ 10 segundos	No frágil
11-19 segundos	Fragilidad
≥ 20 segundos	Alto riesgo de caídas

ANEXO 2: VALORACIÓN COGNITIVA

Anexo 2.A MINI-EXAMEN COGNOSCITIVO (Lobo)

Descripción:

- El Mini Examen Cognoscitivo (MEC) es una traducción validada al español por Lobo et al del Minimal Test de Folstein (MMT). Estos se utiliza como herramienta de cribado del deterioro cognitivo, como ayuda al diagnóstico de demencias y está incluido en los criterios diagnósticos del National Institute of Neurological and Communicative Disorders and the Alzheimer's Disease and Related Disorders Association NINCDS-ADRDA2.
- La traducción-validación que se realizó por LOBO en el 1979, añadió dos ítems (Cálculo: dígitos y abstracciones) al MMSE, convirtiéndose en MEC-35. Esta última es la que ha demostrado mejor rendimiento en nuestro territorio. La versión 30, es la que surge para facilitar al clínico o investigador español datos comparativos con los obtenidos en la población Anglosajona con el MMSE; resulta de eliminar los dos ítems que se añadieron en su momento al MMSE para su adaptación al español. Estas dos áreas de valoración cognitiva retiradas son la de dígitos inversos: la pregunta de repetir hacia atrás 5-9-2 (3 puntos menos), y las abstracciones: la pregunta sobre colores y animales (2 puntos menos). Pese a ello hemos optado por recoger la versión de 30 ítems para homogeneizar la herramienta con el proceso demencia.
- Características de recogida: Debe de realizarse hetero-administrado preguntando al paciente o a su cuidador.
- Tiempo estimado de administración: 10 minutos.

Técnica de aplicación:

Instrucciones generales

- Comenzar con una frase introductoria tal como "Si no le importa, querría preguntarle por su memoria.
- ¿Tiene algún problema con su memoria?
- Nunca hacer juicios de valor sobre las preguntas tales como "le voy a hacer unas preguntas muy sencillas".
- No corregir nunca al sujeto.

ORIENTACION TEMPORAL ^a	
¿Sabe en qué año estamos? [1] ¿En qué época del año? [1] ¿En qué mes estamos? [1] ¿Qué día de la semana es hoy? [1] ¿Qué día del mes es hoy [1]	5
ORIENTACIÓN ESPACIAL (Pueden sustituirse los lugares originales por los alternativos)	
¿Me puede decir en que país estamos? [1] ¿Sabe en que provincia estamos? (o comunidad autónoma) [1] ¿Y en que ciudad (pueblo) estamos? [1] ¿Sabe donde estamos ahora? (Hospital/ Clínica/ casa: nombre de la calle) [1] ¿Y en qué planta (piso)? (Casa: piso o número de la calle) [1]	5

^a Orientación: Cada respuesta correcta es 1 punto.

MEMORIA DE FIJACIÓN ^b	
Repita estas tres palabras: PESETA – CABALLO- MANZANA (Acuérdese de ellas porque se las preguntaré dentro de un rato) (Repetirlas hasta cinco veces). Un punto por palabra.	3
CONCENTRACION Y CALCULO ^c	
Si tiene 30 pesetas y me las va dando de 3 en 3, ¿cuántas le van quedando? 27 [1], 24 [1], 21 [1], 18 [1], 15 [1]	5
MEMORIA DIFERIDA ^d	
¿Recuerda las tres palabras que le he dicho antes?: Peseta [1] Caballo [1] Manzana [1]	3
NOMINACIÓN	
¿Qué es esto? (mostrar un bolígrafo) [1] ¿Qué es esto? (mostrar un reloj) [1]	2
REPETICIÓN ^e	
Le voy a pedir que repita esta frase. ¿Preparado?: “En un trigal había cinco perros” [1]	1
COMPRENSIÓN ^f	
Escuche atentamente, voy a pedirle que haga algo. Coja este papel con la mano derecha (pausa), dóblelo por la mitad (pausa) y póngalo en la mesa (o en el suelo). Cogerlo con la mano derecha [1], doblarlo por la mitad [1], ponerlo en el suelo [1].	3
LECTURA ^g	
Por favor, Lea esto y haga lo que dice ahí: (CIERRE LOS OJOS)	1

^b Memoria de fijación: decir despacio y claramente cada una de las palabras. Cada palabra repetida correctamente en el primer intento vale 1 punto. A continuación, repetirlas tantos intentos como sea necesario hasta que se las aprenda (ya que es imprescindible para que luego las pueda recordar). Hacer hincapié en que debe intentar recordarlas porque más tarde se las vamos a volver a preguntar. Puede utilizarse y anotarse series alternativas de palabras cuando tenga que reevaluarse al paciente (LIBRO, QUESO, BICICLETA)

^c Concentración-cálculo: Restar de 30 de 3 en 3. Si no entiende o se resiste se le puede ayudar un poco si tiene dificultades de comprensión. La ayuda que se le puede dar no debe ser más de: «Si tiene 30 y me da 3, ¿cuántos le quedan?, y ahora siga dándome de 3 en 3». Un punto por cada sustracción independiente correcta. Ejemplo: 27-23-20-17-15: 3 puntos

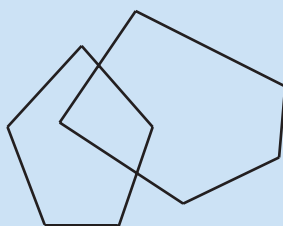
^d Memoria diferida: por cada palabra que recuerde (dejarle tiempo suficiente): 1 punto.

^e Repetición: Repetir la frase: 1 punto si la repite correctamente en el primer intento (si se equivoca en una sola letra ya es 0 puntos).

^f Comprensión: coger el papel con la mano derecha: 1 punto; doblarlo como máximo 2 veces: 1 punto; ponerlo donde se le haya indicado (en condiciones normales en la consulta es encima de la mesa): 1 punto.

^g Lectura: Leer la frase: Se aconseja tenerla escrita en letras de gran tamaño en una cartulina para facilitar la visión. Indicarle que se ponga las gafas si las necesita, y que lo que le pedimos es que lea y haga lo que pone en la cartulina (como mucho decirse 2 veces pero siempre antes de que empiece a leer, si ya ha leído la frase no debe decirse lo que tiene que hacer). Si cierra los ojos sin necesidad de que se le insista que debe hacer lo que lee (da igual que lo lea en voz alta o baja) es 1 punto.

ESCRITURA ^h	
Por favor escriba una frase, ... algo que tenga sentido	1
DIBUJO ⁱ	
Por favor, copie este dibujo:	1



Valoración:

- Tiene una sensibilidad de 93,5% y una especificidad de 81,9%. La puntuación del MEC puede utilizarse para clasificar la severidad del DC o para evaluar su progresión, pero está determinada por las características de la población a la que va dirigida, de manera que en población analfabeta disminuye la sensibilidad hasta alcanzar un 69%.
- En caso de población analfabeta o con importantes déficit sensoriales o auditivos puede utilizarse el Test de Pfeiffer. Si se utiliza el MEC debe anotarse entre paréntesis la puntuación máxima posible excluyendo las preguntas que se hayan podido eliminar por analfabetismo o imposibilidad física de cumplir el ítem. Hay autores que propugnan realizar una puntuación corregida. Si la puntuación total era 20 sobre 26 (p. ej; ciego) la puntuación total corregida se obtendría: $(20 \times 30) / 26$: 23,1 redondeando a 23 (23,5 se redondearía a 24).
- El punto de corte que ha conseguido mayor rendimiento es el de 23/24. Este punto de corte es el recomendado para población mayor de 65 años, mientras que para población menor Lobo propone que el mejor rendimiento es para el punto de corte 27/28. Para su interpretación se utiliza la siguiente estratificación.

PUNTUACIÓN	DEPENDENCIA
≥24 (Máxima 35)	Probablemente sin deterioro
≤23	Probablemente con deterioro
18-23	Moderada
≤18	Grave

^h Escribir una frase: advertirle que no vale su nombre. Se le puede poner un ejemplo pero insistiéndole que la frase que escriba ha de ser distinta. Por ejemplo se le puede instar a que escriba algo sobre el tiempo que hace hoy. Si escribe una frase completa (sujeto, verbo y predicado) es 1 punto. No se tienen en cuenta los errores gramaticales u ortográficos.

ⁱ Copiar Dibujo: Al igual que con la lectura, se recomienda tener el dibujo a escala mayor en una cartulina aparte (puede ser en la cara de atrás de la cartulina con la frase). Los pentágonos dibujados han de tener: 5 lados y 5 ángulos, y han de estar entrelazados entre sí con dos puntos de contacto, y formando un cuadrángulo. Copiar el dibujo: El dibujo correcto vale 1 punto.

Anexo 2.B TEST DE PFEIFFER

Descripción:

- Fue elaborado específicamente para detectar deterioro cognitivo en pacientes mayores (útil, por tanto, en el cribado). También puede usarse en analfabetos y personas con deficiencias sensoriales severas. Valora un pequeño número de funciones relativamente básicas (memoria de corto y largo plazo, atención, orientación, información sobre hechos cotidianos, capacidad matemática)
- Es una de las escalas más utilizadas sobre todo en Atención Primaria por su brevedad y facilidad de ejecución. Su administración es rápida, ya que tan solo requiere de unos cinco minutos.
- Población diana: Puede ser administrado a cualquier persona que requiera de una valoración de su capacidad mental.
- Principal limitación: No detecta deterioros leves ni cambios pequeños en la evolución. Se introduce una corrección según el nivel de escolarización, permitiéndose un error más si no ha recibido educación primaria y un error menos si ha recibido estudios superiores.

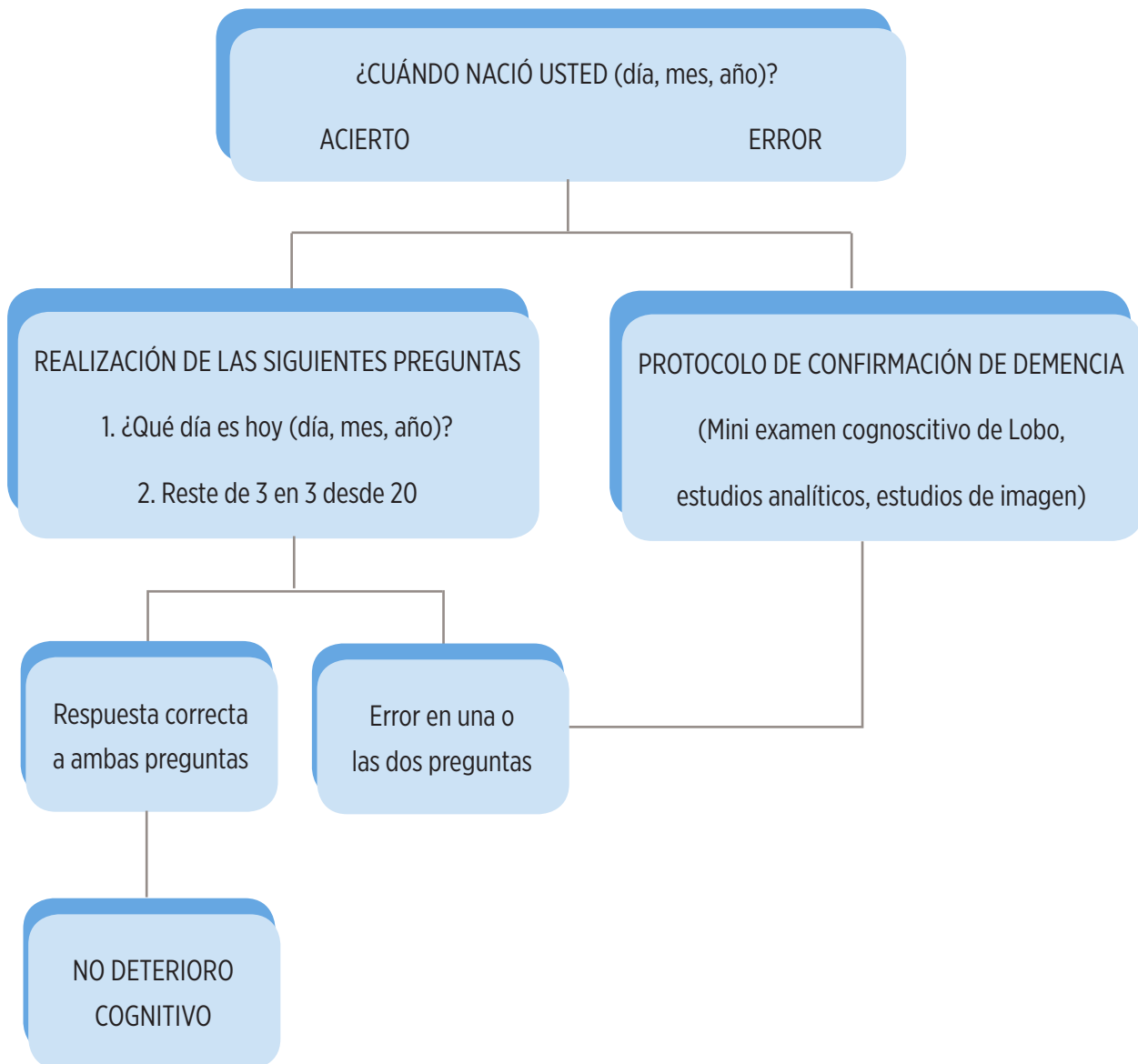
PREGUNTAS	ACIERTOS	ERRORES
1. ¿Qué día es hoy? (día del mes, mes, año)		
2. ¿Qué día de la semana es hoy?		
3. ¿Dónde estamos ahora?		
4. ¿Cuál es su número de teléfono? o... ¿cuál es su dirección? (si no tiene teléfono)		
5. ¿Cuántos años tiene?		
6. ¿Cuál es la fecha de su nacimiento? (día, mes y año)		
7. ¿Quién es ahora el presidente del Gobierno?		
8. ¿Quién fue el anterior presidente del Gobierno?		
9. ¿Cuáles son los 2 apellidos de su madre?		
10. Restar de 3 en 3 al número 20 hasta llegar a		
Puntuación Total (número de errores).....		

Valoración:

- Si las puntuaciones son extremas no surgen dudas. Puntuaciones intermedias son dudosas y precisan confirmación.
- En el caso de pacientes hospitalizados, esta escala debe realizarse en las primeras 72 horas tras el ingreso y al alta del paciente.
- Tiene una sensibilidad próxima al 70% y una especificidad muy alta (95%).
- Para su interpretación se utiliza la siguiente estratificación. Puntúan los errores, 1 punto por error.
 - 0-2 errores: normal.
 - 3-4 errores: leve deterioro cognitivo.
 - 5-7 errores: moderado deterioro cognitivo, patológico.
 - 8-10 errores: importante deterioro cognitivo.
- Se permite 1 error de más si no ha recibido educación primaria.
- Se permite 1 error de menos si ha recibido estudios superiores.

Anexo 2.C ALGORITMO DEL TEST DE PFEIFFER SIMPLIFICADO

Propuesta de abordaje práctico del cribado de deterioro cognitivo en pacientes pluripatológicos:



ANEXO 3. VALORACIÓN DEL ÁREA AFECTIVA

TEST DE YESAVAGE

Descripción:

- Especialmente concebida para evaluar el estado afectivo de los ancianos, ya que las escalas ordinarias de la depresión tienden a sobrevalorar los síntomas somáticos, de menos valor en este grupo de pacientes. Su máxima utilidad radica en el screening general del paciente anciano (detección) y en facilitar el diagnóstico diferencial con una posible demencia de inicio.
- Su uso puede mejorar el infradiagnóstico de la depresión en estas edades, donde, muchas veces, no es posible detectarla con la entrevista clínica ordinaria.
- La aplicación puede ser autoadministrada o heteroaplicada (en este caso el entrevistador lee las preguntas al paciente sin realizar interpretaciones de los ítems y dejando claro al paciente que la respuesta no debe ser muy meditada).
- La escala plantea un interrogatorio de respuestas dicotómicas, puntuando la coincidencia con el estado depresivo, es decir, las afirmativas para los síntomas negativos y las negativas para las indicativas de normalidad. Deben referirse a cómo se ha sentido el paciente la semana anterior.
- Existen varias versiones, una completa de 30 ítems y varias abreviada de 15, 5, 4 y 1 ítems. La versión que recomendamos es la de cuatro ítems abreviada de 15 ítems. Es más recomendable en Atención Primaria por su fácil manejo (no requiere entrevistador entrenado).

Preguntas	PUNTUACIÓN	
	SI	NO
¿Siente que su vida está vacía?	1	0
¿Se siente con frecuencia aburrido/a?	1	0
¿Se encuentra de buen humor la mayor parte del tiempo?	0	1
¿Con frecuencia se siente desamparado/a, desprotegido/a?	1	0
TOTAL		

Valoración:

Un resultado de dos o más puntos indica que el cuestionario de cribado es positivo y es preciso realizar un diagnóstico de depresión.

ANEXO 4: VALORACIÓN DEL ÁREA SOCIOFAMILIAR

Anexo 4.A ESCALA DE GIJÓN

Descripción:

- La Escala de Valoración Sociofamiliar de Gijón permite la detección de situaciones de riesgo o problemática social, siendo útil como un instrumento específico de medición de la situación social, para su incorporación en la práctica asistencial de los profesionales que trabajan en la atención social o sanitaria. Se trata de una escala heteroadministrada de valoración de riesgo sociofamiliar que consta de 5 ítems.
- Características de recogida: La escala consta de 5 ítems o variables (situación familiar, económica, vivienda, relaciones sociales y apoyo social), con 5 posibles categorías en cada una de ellos, estableciendo un gradiente desde la situación social ideal o ausencia de problemática a la evidencia de alguna circunstancia o problema social.
- Población diana: Población mayor de 65 años.

SITUACIÓN FAMILIAR	
Vive con familia sin dependencia físico/psíquica	1
Vive con cónyuge de similar edad	2
Vive con familia y/o cónyuge y presenta algún grado de dependencia	3
Vive solo y tiene hijos próximos	4
Vive solo y carece de hijos o viven alejados	5
SITUACIÓN ECONÓMICA	
Más de 1.5 veces el salario mínimo	1
Desde 1.5 veces el salario mínimo hasta el salario mínimo exclusive	2
Desde el salario mínimo a pensión mínima contributiva	3
LISMI – FAS – Pensión no contributiva	4
Sin ingresos o inferiores al apartado anterior (“4”).	5
VIVIENDA	
Adecuada a necesidades	1
Barreras arquitectónicas en la vivienda o portal de la casa (peldaños, puertas estrechas, baños,...)	2
Humedades, mala higiene, equipamiento inadecuado (sin baño completo, agua caliente, calefacción,...)	3
Ausencia de ascensor, teléfono	4
Vivienda inadecuada (chabolas, vivienda declarada en ruina, ausencia de equipamientos mínimos)	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

APOYO DE LA RED SOCIAL	
Con apoyo familiar y vecinal	1
Voluntariado social, ayuda domiciliaria	2
No tiene apoyo	3
Pendiente del ingreso en residencia geriátrica	4
Tiene cuidados permanentes	5

Valoración:

Recomendamos su utilización haciendo un registro independiente de cada una de las variables, ya que su principal utilidad no es definir un riesgo social sino detectar dimensiones deficientes. De hecho se han desarrollado diferentes versiones que no incluyen puntuación. En cualquier caso se considera que el punto de corte para la detección de riesgo social es 16.

PUNTUACIÓN	GRADO DE DETERIORO
<9	Normal o riesgo social bajo
10-15	Riesgo social intermedio
Mayor 16	Problema social establecido

Anexo 4.B ÍNDICE DE ESFUERZO DEL CUIDADOR

Descripción:

- El Índice del Esfuerzo del Cuidador (IEC) (CaregiverBurdenScale), es un instrumento que mide la carga de trabajo percibida y el esfuerzo que supone el abordaje de los cuidados por los cuidadores familiares. Ha sido validado, recientemente, en la población española
- Instrucciones para el profesional: Voy a leer una lista de cosas que han sido problemáticas para otras personas al atender a pacientes que han regresado a casa tras una estancia en el Hospital ¿Puede decirme si alguna de ellas se puede aplicar a su caso? (aporte ejemplos).
- Características de recogida: Está compuesto por 13 preguntas dicotómicas (2 únicas posibilidades de respuesta sí o no) heteroadministradas durante el transcurso de una entrevista clínica, y cada respuesta verdadera puntúa 1.
- Población diana: Población que cuida a personas dependientes en general.

1. Tiene trastornos de sueño (Ej. porque el paciente se acuesta y se levanta o pasea por la casa de noche)
2. Es un inconveniente (Ej. porque la ayuda consume mucho tiempo o se tarda mucho en proporcionar).
3. Representa un esfuerzo físico (Ej. hay que sentarlo, levantarlo de una silla).
4. Supone una restricción (Ej. porque ayudar limita el tiempo libre o no puede hacer visitas).
5. Ha habido modificaciones en la familia (Ej. porque la ayuda ha roto la rutina o no hay intimidad)
6. Ha habido cambios en los planes personales (Ej. se tuvo que rechazar un trabajo o no se pudo ir de vacaciones)
7. Ha habido otras exigencias de mi tiempo (Ej. por parte de otros miembros de la familia)
8. Ha habido cambios emocionales (Ej. causa de fuertes discusiones)
9. Algunos comportamientos son molestos (Ej. la incontinencia, al paciente le cuesta recordar las cosas, el paciente acusa a los demás de quitarle las cosas)
10. Es molesto darse cuenta de que el paciente ha cambiado tanto comparado con antes (Ej. es una persona diferente de antes).
11. Ha habido modificaciones en el trabajo (Ej. a causa de la necesidad de reservarse tiempo para la ayuda)
12. Es una carga económica
13. Nos ha desbordado totalmente (Ej. por la preocupación acerca de persona cuidada o preocupaciones sobre cómo continuar el tratamiento).

Valoración:

La puntuación total presenta un rango entre 0 y 13 puntos y una puntuación total de 7 o más sugiere un nivel elevado de esfuerzo.

ANEXO 5: VALORACIÓN PRONÓSTICA

Anexo 5.A ÍNDICE PROFUND

Descripción:

- El Índice PROFUND es un índice pronóstico específico para pacientes pluripatológicos que ha sido diseñado y validado en población hospitalaria y de Atención Primaria española.
- Las dimensiones del índice PROFUND se valoran de forma dicotómica (presencia o ausencia), correspondiendo a cada dimensión la puntuación detallada en la siguiente tabla:

DIMENSIONES	PUNTUACIÓN
Demografía	
- ≥ 85 años	3
Características Clínicas	
- Neoplasia activa	6
- Demencia	3
- Clase funcional III-IV de la NYHA y/o mMRC	3
- Delirium en el último ingreso	3
Parámetros analíticos	
- Hemoglobina < 10 g/dL	3
Características funcionales-sociofamiliares	
- Índice de Barthel menor de 60	4
- Ausencia de cuidador ó cuidador no cónyuge	2
Características asistenciales	
- ≥ 4 ingresos hospitalarios en últimos 12 meses	3
Nº TOTAL ITEMS = 9	0-30 puntos

Valoración:

El índice estratifica de forma precisa a los pacientes pluripatológicos en cuatro grupos de riesgo en función de puntuación obtenida en las dimensiones:

GRUPO	PROFUND SCORE	Probabilidad de fallecimiento a los 12 meses tras alta hospitalaria	Probabilidad de fallecimiento a los 4 años tras alta hospitalaria	Probabilidad de fallecimiento a los 2 años en Atención Primaria
Bajo riesgo	0-2 puntos	12,1%-14,6%	52%	8,5%-11%
Riesgo bajo-intermedio	3-6 puntos	21,5%-31,5%	73,5%	18%-21,6%
Riesgo intermedio-alto	7-10 puntos	45%-50%	85%	26,8%-29,5%
Riesgo alto	≥ 11 puntos	68%-61,3%	92%	41,8-43,7%

Anexo 5.B ÍNDICE PALIAR

Descripción:

- Para pacientes con enfermedades médicas en los que el clínico se plantee la pregunta de si su paciente esté entrando en una fase de final de vida, el índice que se recomienda es el PALIAR.
- El índice PALIAR consta de 6 dimensiones sencillas que se valoran de forma dicotómica (presencia o ausencia), correspondiendo a cada dimensión la puntuación detallada en la siguiente tabla:

DIMENSIÓN	PUNTUACIÓN
Demografía	
- ≥85 años	3
Características clínicas	
Anorexia	3,5
Clase funcional IV de NYHA y/o MRC	3,5
Presencia de úlceras por presión	3
Parámetros analíticos	
Albúmina <2.5g/dL	4
Características funcionales	
ECOG-PS ≥III	4
Nº TOTAL ITEMS = 6	0-21 puntos

Valoración:

En función de la puntuación, el índice estratifica cuatro grupos de riesgo de fallecer a los 180 días.

GRUPO	PALIAR SCORE	Probabilidad de fallecimiento a los 6 meses
Bajo riesgo	0 puntos	20%-21,5%
Riesgo bajo-intermedio	3-3,5 puntos	30,5%-33,5%
Riesgo intermedio-alto	6-7 puntos	43%-46%
Riesgo alto	≥7,5 puntos	61%-67%

Anexo 5.C ÍNDICE PROFUNCTION

Descripción:

- El pronóstico funcional en pacientes con comorbilidad y pluripatología constituye un elemento importante, puesto que el declinar funcional es un desenlace en salud que va a pesar mucho en la calidad de vida de los pacientes, en la familia y la persona que cuida principal, y por ende en el entorno comunitario, en los servicios de salud y sociales.
- Además el deterioro funcional se sabe que constituye por sí mismo un factor de riesgo de morbilidad y mortalidad sobreañadido. Por tanto el conocer qué subgrupos de PERSONAS INCLUIDAS EN EL PAI-APP son los que están en mayor riesgo de deteriorarse funcionalmente y caer en la cascada de la dependencia resulta de especial interés para establecer intervenciones preventivas.
- Para pacientes pluripatológicos, tan sólo contamos con un índice que se desarrolló sobre una cohorte multicéntrica de pacientes pluripatológicos de hospitales españoles, el índice PROFUNCTION. Este índice nos permite pronosticar en qué pacientes se va a producir una caída de 20 ó más puntos en la escala de Barthel en los próximos 12 meses.
- Consta de 7 dimensiones sencillas que se valoran de forma dicotómica (presencia o ausencia), correspondiendo a cada dimensión la puntuación detallada en la siguiente tabla:

DIMENSIONES	PUNTUACIÓN
Demografía	
- ≥85 años	1
Características clínicas	
- Enfermedad neurológica crónica*	1
- Enfermedad osteoarticular crónica	1
- Disnea clase III-IV de la NYHA y/o mMRC	1
- Cuatro ó más categorías de pluripatología	1
Características funcionales-sociofamiliares	
- Índice de Barthel basal <60 puntos	1
- Riesgo social ó problema social establecido [#]	1
Nº TOTAL ITEMS = 7	0-7 puntos

* Enfermedad cerebrovascular y/o cualquier otra enfermedad neurológica deterioro funcional/cognitivo; [#]Según escala de Gijón.

Valoración:

El índice PROFUNCTION estratifica a los pacientes pluripatológicos en tres grupos de riesgo de declinar funcional (definido como caída de 20 o más puntos en el índice de Barthel con respecto al basal) a los 12 meses.

GRUPO	PROFUNCTION SCORE	Probabilidad de deterioro funcional a los 12 meses
Bajo riesgo	0 puntos	21%-24%
Riesgo intermedio	1-3 puntos	30%-34%
Riesgo alto	≥4 puntos	38%-46%

ANEXO 6: VALORACIÓN FARMACOLÓGICA

Anexo 6A Recomendaciones de la buena prescripción farmacológica

Descripción:

- La correcta indicación del medicamento.
- Que no haya diagnósticos registrados en la historia clínica sin tratar.
- La ausencia de contraindicaciones e interacciones evitables, que no existan duplicidades terapéuticas.
- La ausencia de alergias.
- Que la duración del tratamiento sea aceptable.
- Que la pauta horaria sea adecuada al estilo de vida del paciente.
- Que la vía de administración del fármaco sea adecuada.
- La correcta dosificación en función de la edad, el pronóstico, la función renal o hepática.
- El establecimiento de variables clínicas, bioquímicas o de escalas objetivas a monitorizar para evaluar la efectividad del tratamiento o la detección precoz de reacciones adversas.
- La evaluación cuidadosa de la capacidad del paciente o familia de hacer frente a los costes de la medicación considerando si se han prescrito medicamentos sin financiación o con co-pagos.
- Que sea la alternativa más costo-efectiva.

Anexo 6B-1 CRITERIOS STOPP-START

Criterios STOPP

Sección A. Indicación de la medicación

1. Cualquier medicamento prescrito sin una indicación basada en evidencia clínica.
2. Cualquier medicamento prescrito con una duración superior a la indicada, cuando la duración del tratamiento esté bien definida
3. Cualquier prescripción concomitante de dos fármacos de la misma clase, como dos AINE, ISRS, diuréticos de asa, IECA, anticoagulantes (debe optimizarse la monoterapia dentro de esa clase de fármacos antes de considerar un nuevo fármaco)

Sección B. Sistema cardiovascular

1. Digoxina para la insuficiencia cardiaca con función sistólica ventricular conservada (no hay evidencia clara de su beneficio).
2. Verapamilo o diltiazem en la insuficiencia cardiaca grado III o IV de la NYHA (pueden empeorar la insuficiencia cardiaca).
3. Betabloqueantes en combinación con verapamilo o diltiazem (riesgo de bloqueo cardíaco).
4. Betabloqueantes con bradicardia (< 50 lpm), bloqueo cardiaco de segundo o tercer grado (riesgo de bloqueo cardiaco completo o asistolia).

5. Amiodarona como tratamiento antiarrítmico de primera elección en las taquiarritmias-supraventriculares (mayor riesgo de efectos secundarios que betabloqueantes, digoxina, verapamilo o diltiazem).
6. Diuréticos de asa como tratamiento de primera línea de la hipertensión (existen alternativas más seguras y efectivas).
7. Diuréticos de asa para los edemas maleolares sin evidencia clínica, bioquímica o radiológica de insuficiencia cardíaca, insuficiencia hepática, síndrome nefrótico o insuficiencia renal (la elevación de los miembros inferiores o las medias de compresión son generalmente más apropiadas).
8. Diuréticos tiazídicos cuando existe hipopotasemia (potasio sérico $< 3,0$ mmol/l), hiponatremia (sodio sérico < 130 mmol/l) o hipercalcemia (calcio sérico corregido $> 2,65$ mmol/l) significativas o con antecedentes de gota (las tiazidas pueden producir hipopotasemia, hiponatremia, hipercalcemia y gota).
9. Diuréticos de asa para el tratamiento de la hipertensión cuando existe incontinencia urinaria (pueden empeorar la incontinencia).
10. Antihipertensivos de acción central (p. ej., metildopa, clonidina, moxonidina, rilmenidina, guanfacina), salvo que exista intolerancia clara o falta de eficacia de otras clases de antihipertensivos (los antihipertensivos de acción central son generalmente peor tolerados por los mayores que los jóvenes).
11. IECA o ARA-II en pacientes con hiperpotasemia.
12. Antagonistas de la aldosterona (p. ej., espironolactona, eplerenona) junto con otros fármacos que pueden aumentar los niveles de potasio (p. ej., IECA, ARA-II, amilorida, triamtereno) sin monitorizar el potasio (riesgo de hiperpotasemia grave $> 6,0$ mmol/l; el potasio sérico debería monitorizarse periódicamente, al menos cada 6 meses).
13. Inhibidores de la fosfodiesterasa 5 (p. ej., sildenafil, tadalafilo, vardenafilo) en insuficiencia cardíaca grave con hipotensión (presión arterial sistólica < 90 mmHg) o asociados al tratamiento de la angina de pecho con nitratos (riesgo de colapso cardiovascular).

Sección C. Antiagregantes/anticoagulantes

1. AAS en tratamiento crónico a dosis superiores a 160 mg al día (aumento del riesgo de sangrado sin evidencia de mayor eficacia).
2. AAS con antecedentes de enfermedad ulcerosa péptica sin uso concomitante de IBP (riesgo de recurrencia de la úlcera péptica).
3. AAS, clopidogrel, dipiridamol, antagonistas de la vitamina K, inhibidores directos de la trombina o inhibidores del factor Xa en presencia de un riesgo significativo de sangrado (p. ej., hipertensión grave no controlada, diátesis hemorrágicas, sangrado reciente espontáneo significativo) (alto riesgo de sangrado).
4. AAS más clopidogrel para la prevención secundaria del ictus, salvo que el paciente tenga un stent coronario implantado en los 12 meses previos, un síndrome coronario agudo o una estenosis carotídea grave y sintomática (no hay evidencia de beneficios respecto al clopidogrel en monoterapia).
5. AAS combinada con un antagonista de la vitamina K, un inhibidor directo de la trombina o un inhibidor del factor Xa en pacientes con fibrilación auricular crónica (el AAS no aporta beneficios).

6. Antiagregante con antagonista de la vitamina K, inhibidor directo de la trombina o inhibidor del factor Xa en pacientes con enfermedad coronaria, cerebrovascular o arterial periférica estables (el tratamiento combinado no aporta beneficios).
7. Ticlopidina en cualquier circunstancia (clopidogrel y prasugrel tienen eficacia similar, mayor evidencia y menores efectos adversos).
8. Antagonista de la vitamina K, inhibidor directo de la trombina o inhibidor del factor Xa para un primer episodio de trombosis venosa profunda sin que persistan los factores desencadenantes (p. ej., trombofilia) durante > 6 meses (no se han demostrado beneficios).
9. Antagonista de la vitamina K, inhibidor directo de la trombina o inhibidor del factor Xa para un primer episodio de tromboembolismo pulmonar sin que persistan los factores desencadenantes (p. ej., trombofilia) durante un periodo > 12 meses (no se han demostrado beneficios).
10. AINE en combinación con antagonista de la vitamina K, inhibidor directo de la trombina o inhibidor del factor Xa (riesgo de hemorragia digestiva grave).
11. AINE con otro antiagregante sin tratamiento profiláctico con IBP (aumenta el riesgo de enfermedad ulcerosa péptica).

Sección D. Sistema nervioso central y psicótropos

1. Antidepresivos tricíclicos (ATC) en presencia de demencia, glaucoma de ángulo estrecho, trastornos en la conducción cardíaca, prostatismo o antecedentes de retención urinaria (riesgo de empeoramiento de estas enfermedades).
2. Introducción de ATC como tratamiento antidepresivo de primera línea (mayor riesgo de efectos secundarios con ATC que con ISRS o ISRN).
3. Neurolépticos con efectos antimuscarínicos moderados-graves (clorpromazina, clozapina, flupentixol, flufenazina, pipotiazina, promazina, zuclopentixol) con antecedentes de prostatismo o retención urinaria (alto riesgo de retención urinaria).
4. ISRS con hiponatremia significativa concurrente o reciente (sodio sérico < 130 mmol/l) (riesgo de precipitar o exacerbar una hiponatremia).
5. Benzodiazepinas durante ≥ 4 semanas (no hay indicación para tratamientos más prolongados; riesgo de sedación prolongada, confusión, pérdida de equilibrio, caídas, accidentes de tráfico; todas las benzodiazepinas deberían suspenderse de forma gradual si el tratamiento ha superado las 4 semanas, ya que al suspenderse de forma brusca existe riesgo de síndrome de abstinencia).
6. Antipsicóticos (distintos de quetiapina o clozapina) en pacientes con parkinsonismo o enfermedad demencia por cuerpos de Lewy (riesgo de efectos extrapiramidales graves).
7. Anticolinérgicos/antimuscarínicos para tratar los efectos secundarios extrapiramidales de los neurolépticos (riesgo de toxicidad anticolinérgica).
8. Anticolinérgicos/antimuscarínicos en pacientes con delirium o demencia (riesgo de empeoramiento de la cognición).
9. Neurolépticos en pacientes con síntomas de comportamiento y psicológicos de la demencia, salvo que estos sean graves y no respondan a otros tratamientos no farmacológicos (aumento del riesgo de ictus).
10. Neurolépticos como hipnóticos, salvo que el trastorno del sueño se deba a psicosis o demencia (riesgo de confusión, hipotensión, efectos secundarios extrapiramidales, caídas).

11. Inhibidores de la acetilcolinesterasa con antecedentes de bradicardia persistente (< 60 lpm), bloqueo cardíaco o síncope recurrentes de etiología no explicada o tratamiento simultáneo con fármacos que bajan la frecuencia cardíaca como betabloqueantes, digoxina, diltiazem, verapamilo (riesgo de trastornos de la conducción cardíaca, síncope o lesiones).
12. Fenotiazinas como tratamiento de primera línea, ya que existen alternativas más seguras y eficaces (las fenotiazinas son sedantes y producen toxicidad antimuscarínica relevante en los mayores, con la excepción de la proclorperazina para el tratamiento de náuseas/vómitos/vértigo, clorpromazina para el hipo persistente y levomepromazina como antiemético en cuidados paliativos).
13. Levodopa o agonistas dopaminérgicos para el temblor esencial (no hay evidencia de eficacia).
14. Antihistamínicos de primera generación (existen muchos antihistamínicos más seguros y menos tóxicos).

Sección E. Sistema renal.

Los siguientes medicamentos son potencialmente inapropiados en personas mayores con enfermedad renal aguda o crónica por debajo de determinados umbrales de TFGe (consultar fichas técnicas de los medicamentos y vademecums locales)

1. Digoxina en tratamiento crónico a dosis superiores a 125 mg/día con TFGe < 30 ml/min/1,73 m² (riesgo de intoxicación digitalica si no se monitorizan los niveles plasmáticos).
2. Inhibidores directos de la trombina (p. ej., dabigatrán) con TFGe < 30 ml/min/1,73 m² (riesgo de sangrado).
3. Inhibidores del factor Xa (p. ej., rivaroxabán) con TFGe < 15 ml/min/1,73 m² (riesgo de sangrado).
4. AINE con TFGe < 50 ml/min/1,73 m² (riesgo de deterioro de la función renal).
5. Colchicina con TFGe < 10 ml/min/1,73 m² (riesgo de toxicidad por colchicina).
6. Metformina con TFGe < 30 ml/min/1,73 m² (riesgo de acidosis láctica).

Sección F. Sistema gastrointestinal

1. Proclorperazina o metoclopramida con parkinsonismo (riesgo de empeoramiento de los síntomas parkinsonianos).
2. IBP para la enfermedad ulcerosa péptica no complicada o la esofagitis péptica erosiva a dosis terapéuticas plenas durante > 8 semanas (está indicada la disminución previa de la dosis o la retirada).
3. Medicamentos que suelen causar estreñimiento (p. ej., fármacos antimuscarínicos/anticolinérgicos, hierro oral, opiodes, verapamilo, antiácidos con aluminio) en pacientes con estreñimiento crónico cuando existan alternativas que no estriñen (riesgo de exacerbar el estreñimiento).
4. Hierro oral a dosis elementales superiores a 200 mg/día (p. ej., hierro fumarato > 600 mg/día, hierro sulfato > 600 mg/día, hierro gluconato 1.800 mg/día; no hay evidencia de mayor absorción por encima de estas dosis).

Sección G. Sistema respiratorio

1. Teofilina como monoterapia para la EPOC (existen alternativas más seguras y efectivas; riesgo de efectos adversos por el estrecho margen terapéutico).

2. Corticosteroides sistémicos en lugar de corticosteroides inhalados para el tratamiento de mantenimiento de la EPOC moderada-grave (exposición innecesaria a los efectos secundarios a largo plazo de los corticosteroides sistémicos; existen alternativas inhaladas más efectivas).
3. Broncodilatadores antimuscarínicos (p. ej., ipratropio, tiotropio) con antecedentes de glaucoma de ángulo estrecho (pueden exacerbar el glaucoma) u obstrucción del tracto urinario inferior (pueden causar retención urinaria).
4. Betabloqueantes no cardioselectivos (orales o tópicos para el glaucoma) con antecedentes de asma que precisa tratamiento (aumenta el riesgo de broncoespasmo).
5. Benzodiazepinas con insuficiencia respiratoria aguda o crónica (p. ej. $pO_2 < 8,0 \text{ kPa} \pm pCO_2 > 6,5 \text{ kPa}$; riesgo de exacerbación de la insuficiencia respiratoria)

Sección H. Sistema musculoesquelético

1. AINE (exceptuando los inhibidores selectivos de la COX-2) con antecedentes de enfermedad ulcerosa péptica o hemorragia digestiva, salvo con uso simultáneo de un IBP o un antagonista H2 (riesgo de reaparición de enfermedad ulcerosa).
2. AINE con hipertensión grave (riesgo de exacerbación de la hipertensión) o con insuficiencia cardíaca grave (riesgo de exacerbación de la insuficiencia cardíaca).
3. AINE a largo plazo (> 3 meses) para el tratamiento sintomático de la artrosis cuando no se ha probado el paracetamol (los analgésicos simples son preferibles y normalmente igual de efectivos para el tratamiento del dolor).
4. Corticosteroides a largo plazo (> 3 meses) como monoterapia para la artritis reumatoide (riesgo de efectos secundarios sistémicos de los corticosteroides).
5. Corticosteroides (salvo inyecciones intraarticulares periódicas para el dolor monoarticular) para la artrosis (riesgo de efectos secundarios sistémicos de los corticosteroides).
6. AINE o colchicina a largo plazo (> 3 meses) para el tratamiento crónico de la gota cuando no existe contraindicación para los inhibidores de la xantina-oxidasa (p. ej., alopurinol, febuxostat) (los inhibidores de la xantina-oxidasa son los fármacos profilácticos de primera elección en la gota).
7. Inhibidores selectivos de la COX-2 con enfermedad cardiovascular (aumento del riesgo de infarto de miocardio e ictus).
8. AINE con corticosteroides sin IBP a dosis profiláctica (aumenta el riesgo de enfermedad ulcerosa péptica).
9. Bifosfonatos orales en pacientes con enfermedades digestivas altas presentes o previas (p. ej., disfagia, esofagitis, gastritis, duodenitis, enfermedad ulcerosa péptica, o hemorragia digestiva alta) (riesgo de reaparición/exacerbación de esofagitis, úlcera esofágica o estenosis esofágica).

Sección I. Sistema urogenital

1. Fármacos antimuscarínicos con demencia o deterioro cognitivo crónico (aumenta el riesgo de confusión, agitación) o glaucoma de ángulo estrecho (riesgo de exacerbación del glaucoma) o prostatismo crónico (riesgo de retención urinaria).
2. Bloqueantes alfa-1-adrenérgicos selectivos en pacientes con hipotensión ortostática sintomática o síncope miccional (riesgo de recurrencia del síncope).

Sección J. Sistema endocrino

1. Sulfonilureas de larga duración de acción (p. ej., glibenclamida, clorpropamida, glimepirida) con diabetes mellitus tipo 2 (riesgo de hipoglucemia prolongada).
2. Tiazolidindionas (p. ej., rosiglitazona, pioglitazona) en pacientes con insuficiencia cardiaca (riesgo de exacerbación de la insuficiencia cardiaca).
3. Betabloqueantes en la diabetes mellitus con frecuentes episodios de hipoglucemia (riesgo de enmascaramiento de los síntomas de hipoglucemia).
4. Estrógenos con antecedentes de cáncer de mama o tromboembolismo venoso (aumento del riesgo de recurrencia).
5. Estrógenos orales sin progestágenos en mujeres con útero intacto (riesgo de cáncer de endometrio).
6. Andrógenos (hormonas sexuales masculinas) en ausencia de hipogonadismo primario o secundario (riesgo de toxicidad por andrógenos; no han demostrado beneficios fuera de la indicación de hipogonadismo).

Sección K. Fármacos que aumentan de forma predecible el riesgo de caídas en personas mayores

1. Benzodiazepinas (sedantes, pueden reducir el nivel de conciencia, deterioran el equilibrio).
2. Neurolépticos (pueden causar dispraxia de la marcha, parkinsonismo).
3. Vasodilatadores (p. ej., bloqueantes alfa-1-adrenérgicos, calcioantagonistas, nitratos de acción prolongada, IECA, ARA-II) con hipotensión postural persistente (descenso recurrente superior a 20 mmHg de la presión sistólica; riesgo de síncope, caídas).
4. Hipnóticos-Z (p. ej., zoplicona, zolpidem, zaleplón) (pueden causar sedación diurna prolongada, ataxia)

Sección L. Analgésicos

1. Uso de opiodes potentes orales o transdérmicos (morfina, oxicodona, fentanilo, buprenorfina, diamorfina, metadona, tramadol, petidina, pentazocina) como tratamiento de primera línea para el dolor leve (inobservancia de la escala analgésica de la OMS).
2. Uso de opiodes pautados (no a demanda) sin asociar laxantes (riesgo de estreñimiento grave).
3. Opiodes de acción prolongada sin opiodes de acción rápida para el dolor irruptivo (riesgo de persistencia del dolor grave).

Sección N. Carga antimuscarínica/anticolinérgica

1. Uso concomitante de 2 o más fármacos con propiedades antimuscarínicas/ anticolinérgicas (p. ej., antiespasmódicos vesicales, antiespasmódicos intestinales, ATC, antihistamínicos de primera generación) (riesgo de toxicidad antimuscarínica/anticolinérgica).

Criterios START (Screening Tool to Action the Right Treatment)

“Salvo que el paciente esté en situación terminal y por tanto necesite un enfoque farmacoterapéutico paliativo, deberían considerarse los siguientes tratamientos cuando se hayan omitido sin una razón clínica clara. Se asume que el prescriptor observará todas las contraindicaciones específicas de estos fármacos antes de recomendarlos en pacientes mayores”

Sección A. Sistema cardiovascular

1. Antagonistas de la vitamina K, inhibidores directos de la trombina o inhibidores del factor Xa en presencia de fibrilación auricular crónica.
2. AAS (75-160 mg/día) en presencia de fibrilación auricular crónica cuando los antagonistas de la vitamina K, inhibidores directos de la trombina o inhibidores del factor Xa están contraindicados.
3. Antiagregantes (AAS, clorpidogrel, prasugrel o ticagrelor) con antecedentes bien documentados de enfermedad vascular coronaria, cerebral o periférica.
4. Antihipertensivos cuando la presión arterial sistólica sea habitualmente > 160 mmHg y/o la presión arterial diastólica sea habitualmente > 90 mmHg (> 140 mmHg y > 90 mmHg, respectivamente, si el paciente es diabético).
5. Estatinas con antecedentes bien documentados de enfermedad vascular coronaria, cerebral o periférica, salvo que el paciente esté en situación de final de vida o su edad sea > 85 años.
6. IECA en la insuficiencia cardíaca sistólica y/o cardiopatía isquémica bien documentada.
7. Betabloqueantes en la cardiopatía isquémica.
8. Betabloqueantes apropiados (bisoprolol, nebivolol, metoprolol o carvedilol) en la insuficiencia cardíaca sistólica estable.

Sección B. Sistema respiratorio

1. Agonista beta-2 o antimuscarínico (p. ej., ipratropio, tiotropio) inhalado pautado en el asma o la EPOC leve a moderada.
2. Corticosteroide inhalado pautado en el asma o la EPOC moderada a grave, cuando $FEV^1 < 50\%$ del valor predicho y existen frecuentes exacerbaciones que requieren corticosteroides orales.
3. Oxigenoterapia domiciliaria continua en la hipoxemia crónica ($pO^2 < 8,0$ kPa, 60 mmHg o $SatO^2 < 89\%$).

Sección C. Sistema nervioso central y ojos

1. Levodopa o un agonista dopaminérgico en la enfermedad de Parkinson idiopática con deterioro funcional y discapacidad secundarias.
2. Antidepresivos no tricíclicos en presencia de síntomas depresivos mayores persistentes.
3. Inhibidores de la acetilcolinesterasa (donepezilo, rivastigmina, galantamina) para la enfermedad de Alzheimer leve-moderada o la demencia por cuerpos de Lewy (rivastigmina).
4. Prostaglandinas, prostamida o betabloqueantes tópicos para el glaucoma primario de ángulo abierto.
5. ISRS (ISRN o pregabalina si los ISRS está contraindicados) para la ansiedad grave persistente que interfiere con la independencia funcional.

6. Agonistas dopaminérgicos (ropinirol, pramipexol o rotigotina) para el síndrome de piernas inquietas una vez se han descartado como causas la deficiencia de hierro y la enfermedad renal grave.

Sección D. Sistema gastrointestinal

1. IBP en la enfermedad por reflujo gastroesofágico grave o la estenosis péptica que precise dilatación.
2. Suplementos de fibra (p. ej., salvado, ispaghula, metilcelulosa, sterculia) en la diverticulosis con antecedentes de estreñimiento.

Sección E. Sistema musculoesquelético

1. Fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad en la artritis reumatoide activa incapacitante.
2. Bifosfonatos y vitamina D y calcio en pacientes que reciben corticosteroides orales a largo plazo.
3. Suplementos de calcio y vitamina D en pacientes con osteoporosis conocida y/o fracturas por fragilidad previas y/o densidad mineral ósea con T inferiores a -2,5 en múltiples puntos).
4. Antirresortivos o anabolizantes óseos (p. ej., bifosfonatos, ranelato de estroncio, teriparatida, denosumab) en pacientes con osteoporosis conocida cuando no existan contraindicaciones farmacológicas o clínicas para su uso (densidad mineral ósea con T inferiores a -2,5 en múltiples puntos) y/o antecedentes de fracturas por fragilidad.
5. Suplementos de vitamina D en pacientes mayores que no salen de casa, sufren caídas o tienen osteopenia (densidad mineral ósea con T < -1,0 pero no < -2,5 en múltiples puntos).
6. Inhibidores de la xantina oxidasa (p. ej., alopurinol, febuxostat) en pacientes con antecedentes de episodios de gota recurrentes.
7. Suplementos de ácido fólico en pacientes que toman metotrexato.

Sección F. Sistema endocrino

1. IECA (ARA-II si no se toleran los IECA) en la diabetes con evidencia de enfermedad renal (proteinuria en una tira reactiva o microalbuminuria (> 30 mg/24 h) con o sin datos bioquímicos de enfermedad renal.

Sección G. Sistema genitourinario

1. Bloqueantes alfa-1-adrenérgicos para el prostatismo sintomático cuando no se considera necesaria la prostatectomía.
2. Inhibidores de la 5-alfa reductasa para el prostatismo sintomático cuando no se considera necesaria la prostatectomía.
3. Estrógenos tópicos vaginales o pesario con estrógenos para la vaginitis atrófica sintomática.

Sección H. Analgésicos

1. Opiodes potentes en el dolor moderado o severo cuando el paracetamol, los AINE o los opiodes de baja potencia no son apropiados para la gravedad del dolor o se han demostrado ineficaces.
2. Laxantes en pacientes que reciben opiodes de forma regular.

Sección I. Vacunas

1. Vacuna trivalente anual contra la gripe estacional.
2. Vacuna antineumocócica cada 5 años.

Anexo 6B-2 CRITERIOS STOPPFRAIL

Traducción tomada del Portal del medicamento. Portal de Salud Castilla y León

A: GENERAL

A1: Cualquier medicamento que de manera persistente el paciente no puede tomar o tolerar a pesar de haber recibido la educación adecuada y haber considerado todas las formas farmacéuticas apropiadas.

A2: Cualquier medicamento sin indicación clínica clara.

B: SISTEMA CARDIOVASCULAR

B1 Hipolipemiantes: Estos medicamentos deben ser recetados durante periodos largos para obtener beneficio. En el uso a corto plazo, el riesgo de RAM supera los posibles beneficios.

B2 Alfa-bloqueadores para la hipertensión: En las personas mayores muy frágiles no se requiere un control estricto de la presión arterial. Los bloqueadores alfa en particular pueden causar vasodilatación, que puede producir hipotensión postural, caídas y lesiones.

C: SISTEMA DE COAGULACIÓN

C1: Antiagregantes: Evite aspirinas para la prevención cardiovascular primaria.

D: SISTEMA NERVIOSO CENTRAL

D1. Antipsicóticos neurolépticos: Trate de reducir la dosis y suspender gradualmente estos fármacos en pacientes que los tomen durante más de 12 semanas si no tienen síntomas conductuales y psiquiátricos asociados a la demencia.

D2: Memantina: Suspender y monitorizar en pacientes con demencia moderada a grave, a menos que la memantina haya mejorado claramente los síntomas psicológicos y conductuales de la demencia (SPCD), específicamente en pacientes frágiles que cumplen los criterios anteriores.

E: SISTEMA GASTROINTESTINAL

E1. Inhibidores de la bomba de protones: IBP con una dosis terapéutica completa ($\geq 8/52$ semanas), a menos que persistan los síntomas dispépticos con una dosis de mantenimiento menor.

E2: antagonista del receptor H2: Anti H2 con una dosis terapéutica completa ($\geq 8/52$ semanas), a menos que persistan los síntomas dispépticos con una dosis de mantenimiento menor

E3: Antiespasmódicos gastrointestinales: Evitar la prescripción diaria regular de agentes antiespasmódicos gastrointestinales debido al alto riesgo de efectos secundarios anticolinérgicos, a menos que el paciente tenga recaída frecuente de síntomas cólicos.

F: SISTEMA RESPIRATORIO

F1. La teofilina: Este fármaco tiene un índice terapéutico estrecho, requiere el control de los niveles séricos e interactúa con otros fármacos comúnmente prescritos que ponen a los pacientes en mayor riesgo de RAM.

F2 Antagonistas de leucotrieno (Montelukast, Zafirlukast): Estos fármacos no tienen un papel comprobado en la EPOC, están indicados solo en el asma.

G: SISTEMA MUSCULOESQUELÉTICO

G1: Suplementos de calcio: es poco probable que produzcan beneficio a corto plazo.

G2: Medicamentos para osteoporosis (bisfosfonatos, estroncio, teriparatida, denosumab): es poco probable que produzcan beneficio a corto plazo

G3. SERM (raloxifeno) para la osteoporosis: Es improbable que se alcancen beneficios en un año. Existe aumento del riesgo de RAM, a corto y medio plazo (tromboembolia venosa y accidente cerebrovascular)

G4. AINE oral a largo plazo: Mayor riesgo de efectos secundarios (úlceras pépticas, hemorragia, empeoramiento de la insuficiencia cardíaca, etc.) cuando se toma regularmente durante ≥ 2 meses.

G5. Esteroides orales a largo plazo: Mayor riesgo de efectos secundarios (úlceras pépticas, etc.) cuando se toma regularmente durante ≥ 2 meses. Considere la reducción gradual de la dosis y la interrupción.

H: SISTEMA UROGENITAL

H1. Inhibidores de la 5-alfa reductasa: No hay beneficio del sondaje vesical.

H2. Bloqueadores alfa: No hay beneficio del sondaje vesical.

H3. Antagonistas muscarínicos: : No hay beneficio del sondaje vesical, a menos que haya antecedentes claros de hiperactividad dolorosa del detrusor.

I: SISTEMA ENDOCRINO

I1. Agentes orales diabéticos: Trate de monoterapia. Objetivo de HbA1c $< 8\%$ / 64 mmol / mol. El control estricto de la glucemia es innecesario

I2. ACE-inhibidores para la diabetes /Bloqueadores de los receptores de la angiotensina ARA II: Interrumpir cuando se prescribió con la única indicación de prevención y tratamiento de la nefropatía diabética. No hay un beneficio claro en las personas mayores con fragilidad avanzada con mal pronóstico de supervivencia.

I3. Estrógenos sistémicos para los síntomas menopáusicos: Aumenta el riesgo de accidente cerebrovascular y enfermedad de tromboembolismo venoso. Suspenda y solo considere reiniciar si hay recurrencia de los síntomas.

J: VARIOS

J1. Complementos de combinación de vitaminas múltiples: Suspenda cuando se prescribe para profilaxis en lugar de tratamiento

J2. Suplementos nutricionales: Suspenda cuando se prescribe para la profilaxis en lugar de tratamiento

J3: Antibióticos profilácticos: No hay pruebas firmes de antibióticos profilácticos para prevenir la recurrencia de celulitis o ITU.

Anexo 6C: LISTA DE MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO PARA PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS.- LISTA MARC.

Clases terapéuticas

- Anticoagulantes orales.
- Antiepilépticos (con estrecho margen terapéutico).
- Antiplaquetarios (incluyendo AAS).
- Antipsicóticos.
- Bloqueantes beta-adrenérgicos.
- Benzodiacepinas y sus análogos.
- Corticoides en uso prolongado (≥ 3 meses).
- Citostáticos orales.
- Inmunosupresores.
- Insulinas.
- Diuréticos del asa.
- AINEs.
- Hipoglucemiantes orales.
- Analgésicos opioides.

Fármacos concretos

- Amidarona/Dronedarona.
- Digoxina.
- Metotrexato oral de uso no oncológico.
- Espironolactona/Eplerenona.

Anexo 6D: FÁRMACOS RELACIONADOS CON EL RIESGO DE CAÍDAS.

Recomendaciones de elaboración propia a partir de diversas fuentes bibliográficas.

GRUPO	MEDICAMENTO/ GRUPOS MEDICAMENTOS
SISTEMA CARDIOVASCULAR	Glucósidos cardíacos (Digoxina) Antiarrítmicos clase Ia Vasodilatadores para enf. Cardíacas (nitratos y α -bloq.) Antihipertensivos (en general) Diuréticos Tiazídicos Del asa IECAs
SISTEMA NERVIOSO	Antiepilépticos Psicotropos (en general) Antipsicóticos Hipnóticos Antidepresivos Benzodiazepinas Acción corta Acción larga
SISTEMA ENDOCRINO	Antidiabéticos
OTROS	Analgésicos Antiinflamatorios

NOTA: En general, se recomienda optimizar las dosis de los fármacos que están relacionados con caídas, ajustándolas teniendo en cuenta los cambios en la absorción, distribución, aclaramiento y eliminación de los mismos en los ancianos. Se ha demostrado que el uso de dos o más fármacos de los contenidos en esta tabla, y no la polifarmacia, es un factor independiente de caídas⁸⁴, por lo que se debe prestar especial atención a la combinación de los mismos, retirando uno de ellos si fuera posible. La retirada o reducción de dosis de estos fármacos debe ir acompañada de otras estrategias de prevención de caídas en ancianos.

ANEXO 7: VALORACIÓN DE LA AUTOGESTIÓN Y ACTIVACIÓN. CRITERIOS NOC.

[3102]AUTOCONTROL: ENFERMEDAD CRÓNICA	Nunca demostrado 1	Raramente demostrado 2	A veces demostrado 3	Frecuentemente demostrado 4	Siempre demostrado 5
[310201] Acepta diagnóstico.					
[310202] Busca información acerca de la enfermedad.					
[310203] Controla los signos y síntomas de la enfermedad.					
[310204] Sigue las precauciones recomendadas.					
[310205] Busca información sobre métodos para prevenir complicaciones.					
[310206] Controla signos y síntomas de las complicaciones.					
[310207] Informa de los signos y síntomas de las complicaciones.					
[310208] Utiliza estrategias de alivio de los síntomas.					
[310209] Identifica las creencias culturales que afectan al tratamiento.					
[310211] Sigue el tratamiento recomendado.					
[310212] Realiza procedimiento prescrito.					
[310213] Utiliza correctamente los dispositivos de tratamiento.					
[310214] Controla los efectos terapéuticos del tratamiento.					
[310215] Controla los efectos secundarios del tratamiento.					
[310216] Cambia el rol para cumplir con los requisitos de tratamiento.					
[310217] Obtiene las pruebas de laboratorio necesarias.					
[310218] Sigue régimen de medicación.					
[310219] Controla los efectos terapéuticos de la medicación.					
[310220] Controla los efectos secundarios de la medicación.					

[3102]AUTOCONTROL: ENFERMEDAD CRÓNICA	Nunca demostrado 1	Raramente demostrado 2	A veces demostrado 3	Frecuentemente demostrado 4	Siempre demostrado 5
[310221] Controla los efectos adversos de la medicación.					
[310222] Utiliza sólo medicamentos sin receta aprobados por profesional sanitario.					
[310223] Busca ayuda para el autocuidado.					
[310224] Sigue la dieta recomendada.					
[310225] Sigue el nivel de actividad recomendado.					
[310226] Participa en los ejercicios recomendados.					
[310227] Elimina el consumo de tabaco.					
[310228] Utiliza estrategias para manejar el estrés.					
[310229] Mantiene el peso óptimo.					
[310230] Controla los signos vitales.					
[310231] Evita conductas que potencian la progresión de la enfermedad.					
[310232] Utiliza estrategias para prevenir complicaciones.					
[310233] Ajusta la rutina de vida para una salud óptima.					
[310234] Utiliza estrategias para afrontar los efectos de la enfermedad.					
[310235] Utiliza estrategias para mejorar el confort.					
[310236] Utiliza estrategias para controlar el dolor.					
[310237] Utiliza estrategias para mantener el sueño adecuado.					
[310238] Equilibra actividad y descanso.					
[310239] Obtiene la vacuna contra la gripe estacional.					

[3102]AUTOCONTROL: ENFERMEDAD CRÓNICA	Nunca demostrado 1	Raramente demostrado 2	A veces demostrado 3	Frecuentemente demostrado 4	Siempre demostrado 5
[310240] Obtiene la vacuna contra la neumonía.					
[310241] Participa en el programa educativo prescrito.					
[310242] Controla los cambios en la enfermedad.					
[310243] Utiliza fuentes acreditadas de información.					
[310244] Participa en las decisiones de atención sanitaria.					
[310245] Utiliza un gestor de casos para coordinar la atención.					
[310246] Utiliza los servicios sanitarios de acuerdo a sus necesidades.					
[310247] Desarrolla un plan para emergencias médicas.					
[310248] Obtiene asesoramiento del profesional sanitario según sea necesario.					
[310249] Mantiene la cita con el profesional sanitario.					
[310249] Mantiene la cita con el profesional sanitario.					
[310251] Utiliza los recursos comunitarios disponibles.					

[2600] AFRONTAMIENTO DE LOS PROBLEMAS DE LA FAMILIA	Nunca demostrado 1	Raramente demostrado 2	A veces demostrado 3	Frecuentemente demostrado 4	Siempre demostrado 5
[260002] Permite a los miembros flexibilidad en los roles.					
[260003] Enfrenta los problemas familiares.					
[260005] Controla los problemas familiares.					
[260006] Implica a los miembros de la familia en la toma de decisiones.					
[260007] Expresa sentimientos y emociones abiertamente entre los miembros.					
[260009] Utiliza estrategias para reducir el estrés centradas en la familia.					
[260010] Busca atención para las necesidades de todos los miembros de la familia.					
[260011] Establece las prioridades de la familia.					
[260012] Establece programas para la rutina y actividades familiares.					
[260013] Organiza momentos de descanso.					
[260014] Tiene un plan de emergencia.					
[260015] Mantiene la estabilidad financiera.					
[260019] Comparte responsabilidad en las tareas familiares.					
[260020] Establece la flexibilidad en los roles.					
[260021] Utiliza estrategias para controlar el conflicto familiar.					
[260022] Expresa la necesidad de asistencia familiar.					
[260023] Obtiene ayuda familiar.					
[260024] Utiliza el sistema de apoyo familiar disponible.					
[260025] Utiliza los recursos de la comunidad disponibles.					

[1803] CONOCIMIENTO: PROCESO DE LA ENFERMEDAD	Nunca demostrado 1	Raramente demostrado 2	A veces demostrado 3	Frecuentemente demostrado 4	Siempre demostrado 5
[180302] Características de la enfermedad.					
[180303] Causa o factores contribuyentes.					
[180304] Factores de riesgo.					
[180305] Efectos fisiológicos de la enfermedad.					
[180306] Signos y síntomas de la enfermedad.					
[180307] Curso habitual de la enfermedad.					
[180308] Estrategias para minimizar la progresión de la enfermedad.					
[180309] Complicaciones potenciales de la enfermedad.					
[180310] Signos y síntomas de las complicaciones de la enfermedad.					
[180313] Efecto psicosocial de la enfermedad sobre uno mismo.					
[180314] Efecto psicosocial de la enfermedad sobre la familia.					
[180315] Beneficios del control de la enfermedad.					
[180316] Grupos de apoyo disponibles.					
[180317] Fuentes acreditadas de información sobre la enfermedad específica.					

[2202] PREPARACIÓN DEL CUIDADOR FAMILIAR DOMICILIARIO	Nunca demostrado 1	Raramente demostrado 2	A veces demostrado 3	Frecuentemente demostrado 4	Siempre demostrado 5
[220201] Voluntad de asumir el papel de cuidador familiar					
[220202] Conocimiento sobre el papel de cuidador familiar.					
[220203] Demostración de consideración positiva por el receptor de los cuidados.					
[220204] Participación en las decisiones de atención domiciliaria.					
[220205] Conocimiento del proceso de enfermedad del receptor de los cuidados.					
[220206] Conocimiento del régimen de tratamiento recomendado.					
[220207] Conocimiento de los procedimientos recomendados.					
[220208] Conocimiento de la actividad prescrita.					
[220209] Conocimiento de cuidados en el seguimiento.					
[220210] Conocimiento de cuidados urgentes.					
[220211] Conocimiento de recursos económicos del cuidador familiar.					
[220212] Idoneidad de los recursos económicos.					
[220213] Conocimiento de las visitas a los profesionales sanitarios.					
[220214] Apoyo social.					
[220215] Confianza en la capacidad de controlar la atención domiciliaria.					
[220217] Implicación del receptor de los cuidados en el plan asistencial.					
[220218] Evidencia de planes de apoyo del cuidador familiar.					
[220219] Conocimiento de dónde obtener el equipamiento necesario.					
[220220] Conocimiento de funcionamiento del equipamiento.					
[220222] Participación en la planificación del alta.					

[1704] CREENCIAS SOBRE LA SALUD: PERCEPCIÓN DE AMENAZA	Nunca demostrado 1	Raramente demostrado 2	A veces demostrado 3	Frecuentemente demostrado 4	Siempre demostrado 5
[170401] Percepción de amenaza para la salud.					
[170403] Vulnerabilidad percibida para problemas de salud progresivos.					
[170404] Preocupación sobre enfermedad o lesión.					
[170405] Preocupación sobre posibles complicaciones.					
[170406] Gravedad percibida de la enfermedad o lesión.					
[170407] Gravedad percibida de las complicaciones.					
[170408] Malestar percibido por enfermedad o lesiones.					
[170409] Percepción de que el trastorno puede ser de larga duración.					
[170410] Impacto percibido sobre el estilo de vida actual.					
[170411] Impacto percibido sobre el estilo de vida futuro.					
[170412] Impacto percibido sobre el estado funcional.					
[170414] Percepción de amenaza de muerte.					

ANEXO 8: CUESTIONARIO VALORACIÓN ESPIRITUAL GES.

La valoración espiritual por si misma es una intervención basada en el modelo de cuidado bio-psico-social-espiritual y una perspectiva integral de la persona, reconociendo y potenciando los recursos de los pacientes y facilitando la “sanación” al trascender el sufrimiento.

Las necesidades espirituales se relacionan íntimamente con la calidad de vida de los pacientes. Asimismo, interacciona con aspectos del área física (nivel de depresión, control del dolor), con la vida afectiva general (menor deseo de morir y menor ideación suicida) y con el buen funcionamiento emocional.

La valoración espiritual se realizará en clave de proceso de escucha activa de las experiencias del paciente y las preguntas que le puedan surgir para contribuir a afirmar su humanidad, proteger su dignidad, autoestima, identidad y bienestar existencial.

CUESTIONARIO GES

Descripción e instrucciones de uso

- El cuestionario busca crear un marco y una metodología que permitan explorar de forma ordenada y sistemática las posibles fuentes de satisfacción o necesidad espiritual. La actitud del clínico ha de ser de escucha profundamente atenta, acogedora, respetuosa y afable.
- Si no se ha creado aún un vínculo suficientemente cercano y/o terapéutico, se sugiere utilizar las preguntas abiertas iniciales, que facilitan un espacio de intimidad y un clima de serenidad que permiten explorar su mundo interior de forma guiada. Las preguntas se pueden formular en ese orden y al ritmo que el paciente necesite para elaborar las respuestas.
- Se intentan evaluar las necesidades y al mismo tiempo la experiencia y los recursos de la persona, tanto en el ámbito intrapersonal como en el interpersonal y en el transpersonal, reconociendo y validando lo que el paciente aporta, precisamente porque es su experiencia.
- Es importante recordar al paciente que no hay respuestas correctas o incorrectas y que se exploran inquietudes y capacidades que pueden afectar a cualquier ser humano a lo largo de nuestra vida y que solemos afrontar. Lo importante es que la respuesta sea fiel a lo que él mismo experimenta.
- Al presentarle el cuestionario de 8 afirmaciones, le pedimos que valore en qué medida se siente identificado con cada una de ellas y en qué grado, de menos a más.
- Se le aclara también que el objetivo no es tanto buscar una categoría para cada respuesta, sino que estimulando el diálogo, el paciente pueda explorar, reflexionar y encontrar una respuesta intuitiva que puede ser una puerta de entrada al recurso o a la necesidad espiritual de cada persona, lo que al mismo tiempo puede ser acompañado, aceptado, reconciliado, transcendido, etc.
- A la hora de responder al siguiente grupo de cuestiones, conviene recordar que prácticamente todas las personas, de una u otra manera, tenemos o hemos tenido en mayor o menor grado distintas preocupaciones o inquietudes o capacidades similares a las que se van a plantear, que nos importan y que vamos abordando a lo largo de la vida. Le pedimos que valore en qué medida se siente identificado/a con las siguientes afirmaciones (Nada, poco, bastante o mucho):

1. Revisando mi vida me siento satisfecho con lo que he vivido y conmigo mismo.
2. He hecho en mi vida lo que tenía que hacer.
3. Encuentro sentido a mi vida.
4. Me siento querido por las personas que me importan.
5. Me siento en paz y reconciliado con los demás.
6. Creo que he podido aportar algo valioso a la vida o a los demás.
7. A pesar de mi enfermedad mantengo la esperanza de que sucedan cosas positivas.
8. Me siento conectado con una realidad superior (la naturaleza, Dios...)

ANEXO 9: INTERVENCIONES

Anexo 9A INTERVENCIONES NIC RECOMENDADAS.

PACIENTE AUTÓNOMO
QUÉ
NIC [5602] Enseñanza: proceso de enfermedad
Explicar la fisiopatología de la enfermedad y su relación con la anatomía y la fisiología, según cada caso.
Describir los signos y síntomas y explicar las medidas para controlar/minimizar los mismos.
Explorar con el paciente lo que ya ha hecho para controlar los síntomas.
Instruir al paciente sobre cuáles son los signos y síntomas de los que debe informar a sus sanitarios de referencia.
Proporcionar información a la <u>familia/allegados</u> si existe autorización.
Comentar los cambios en el estilo de vida que puedan ser necesarios para evitar futuras complicaciones y/o controlar el proceso de enfermedad.
Describir el fundamento de las recomendaciones del control/terapia/tratamiento.
Remitir al paciente a los centros/grupos de apoyo comunitarios locales, si se considera oportuno.
Proporcionar un número de teléfono al que llamar si surgen complicaciones.
Reforzar la información suministrada por otros miembros del equipo de cuidado.
NIC 5616 Enseñanza: medicamentos prescritos
Informar al paciente tanto del <u>nombre genérico</u> como del comercial de cada medicamento.
Informar al paciente sobre los posibles cambios de aspecto y/o posología al cumplimentar la receta de un fármaco <u>genérico</u> .
Informar al paciente acerca del propósito y <u>acción</u> de cada medicamento.
Instruir al paciente acerca de la <u>posología, vía y duración</u> de los efectos de cada medicamento.
Instruir al paciente acerca de la <u>administración/aplicación</u> adecuada de cada medicamento.
Enseñar al paciente a realizar los <u>procedimientos</u> necesarios <u>antes</u> de tomar la medicación (comprobar el pulso y el nivel de glucosa), si es el caso.
Informar al paciente sobre lo que tiene que hacer si se <u>pasa por alto</u> una dosis.
Instruir al paciente sobre los <u>criterios</u> que han de utilizarse al decidir alterar la dosis/horario de la medicación, según corresponda.
Informar al paciente sobre las consecuencias de <u>no tomar o suspender bruscamente la medicación</u> .
Enseñar al paciente las <u>precauciones</u> específicas que debe observar al tomar la medicación (no conducir o utilizar herramientas eléctricas), según corresponda.
Instruir al paciente acerca de los posibles efectos <u>adversos</u> de cada medicamento.
Enseñar al paciente a <u>aliviar y/o prevenir</u> ciertos efectos secundarios, si es el caso.
Instruir al paciente sobre las acciones correctas que debe tomar si se producen efectos secundarios.
Instruir al paciente sobre los signos y síntomas de <u>sobredosificación e infradosificación</u> .
Informar al paciente sobre posibles <u>interacciones</u> entre fármacos y alimentos, según corresponda.

PACIENTE AUTÓNOMO

QUÉ

NIC 5616 Enseñanza: medicamentos prescritos

Enseñar al paciente a almacenar correctamente los medicamentos.

Instruir al paciente sobre el cuidado adecuado de los dispositivos utilizados para la administración.

Instruir al paciente acerca de la eliminación adecuada de las agujas y jeringas en casa, y dónde depositar los recipientes con objetos afilados en su comunidad.

Ayudar al paciente a desarrollar un horario de medicación escrito.

Recomendar al paciente llevar la documentación del régimen de medicación prescrita.

Advertir al paciente contra la administración de medicamentos prescritos a otras personas.

Proporcionar información sobre los dispositivos de alerta de medicamentos y sobre la forma de obtenerlos.

Reforzar la información proporcionada por otros miembros del equipo de cuidados.

Incluir a la familia/allegados, según consentimiento.

NIC 4490 Ayuda para dejar de fumar

Aconsejar al fumador de forma clara y constante que deje de fumar.

Ayudar al paciente a identificar las razones para dejar de fumar y las barreras que lo impiden.

Enseñar al paciente los síntomas físicos de la abstinencia.

Informar al paciente sobre productos sustitutivos de la nicotina.

Ayudar al paciente a identificar aspectos psicosociales.

Ayudar al paciente a reconocer situaciones que le incitan a fumar.

Ayudar a elegir el mejor método para dejar de fumar, cuando el paciente esté decidido a dejarlo (fijar una fecha para dejar de fumar, hacer del día de abandono del tabaco un día de celebración; fomentar auto-rrecompensas a intervalos específicos de abandonar el hábito, como 1 semana, 1 mes, 6 meses; fomentar el ahorro de dinero que antes se gastaba en tabaco para comprar una recompensa especial).

Animar al paciente a unirse a programas de grupo, terapias individuales o métodos de autoayuda.

Ayudar al paciente a planificar estrategias de afrontamiento específicas y a resolver problemas resultantes de dejar de fumar: no seguir una dieta, prepararse para los que fuman, conocer los efectos molestos de dejar de fumar.

Aconsejar al paciente que tenga una lista de “deslices”, de lo que los causa y de lo que el paciente ha aprendido de ellos.

Aconsejar al paciente que evite el uso de tabaco sin humo, tabaco de chupar y chicles.

Controlar la terapia sustitutiva con nicotina. **Realizar** el seguimiento del paciente durante 2 años y **Organizar** un contacto telefónico frecuente con el paciente.

Ayudar al paciente a enfrentarse con cualquier recaída.

PACIENTE AUTÓNOMO

QUÉ

NIC 5614 Enseñanza: dieta prescrita

Explicar el propósito del seguimiento de la dieta para la salud general.

Instruir al paciente acerca de cómo mantener un diario de alimentos, según el caso.

Informar al paciente sobre los alimentos permitidos y prohibidos.

Informar al paciente de las posibles interacciones entre fármacos y alimentos, según el caso.

Ayudar al paciente a incluir las preferencias de alimentos en la dieta prescrita.

Ayudar al paciente a sustituir ingredientes para cumplir las recetas favoritas de la dieta prescrita.

Instruir al paciente sobre cómo leer las etiquetas y elegir los alimentos adecuados.

Proporcionar los planes de comidas por escrito, según corresponda.

Reforzar la información proporcionada por otros miembros del equipo sanitario, según corresponda.

Remitir al paciente a un dietista, si procede.

Incluir a la familia, si hay consentimiento.

NIC 5612 Enseñanza: ejercicio prescrito

Informar al paciente del propósito y los beneficios del ejercicio prescrito.

Enseñar al paciente a realizar el ejercicio prescrito.

Enseñar al paciente cómo controlar la tolerancia al ejercicio.

Enseñar al paciente a llevar un diario de ejercicios, si resulta posible.

Informar al paciente acerca de las actividades apropiadas en función del estado físico.

Advertir al paciente de los efectos del calor y frío extremos.

Ayudar al paciente a incorporar el ejercicio en la rutina diaria.

Remitir al paciente al fisioterapeuta, terapeuta ocupacional o fisiólogo deportivo, según corresponda.

Reforzar la información proporcionada por otros miembros del equipo de cuidados, según corresponda.

Incluir a la familia, si resulta apropiado.

Proporcionar información acerca de los recursos/grupos de apoyo comunitarios para aumentar el cumplimiento del paciente con el ejercicio, según corresponda.

Remitir al paciente a un centro de rehabilitación, si se precisa.

Ayudar al paciente a marcarse objetivos para un aumento lento y constante del ejercicio.

Enseñar al paciente el uso de los analgésicos y métodos alternativos para el control del dolor antes del ejercicio, si se requiere.

Indicar al paciente que notifique los posibles problemas (p. ej., dolor, mareo y tumefacción) al profesional sanitario.

Proporcionar información por escrito o diagramas.

CÓMO

NIC 4420 Acuerdo con el paciente

Animar al paciente a que determine sus puntos fuertes y habilidades.

Ayudar al paciente a identificar las prácticas sobre la salud que desea cambiar.

Animar al paciente a que identifique sus propios objetivos, no los que cree que espera el proveedor.

Evitar centrarse en el diagnóstico o proceso de enfermedad únicamente al ayudar al paciente a identificar las metas.

Ayudar al paciente a establecer objetivos realistas, que puedan conseguirse.

Alentar al paciente a que escriba sus propios objetivos, si fuera posible.

Establecer objetivos como conductas fácilmente distinguibles. **Ayudar** al paciente a dividir las metas complejas en pasos pequeños, manejables.

Explorar con el paciente las mejores formas de conseguir los objetivos.

Ayudar al paciente a examinar los recursos disponibles para cumplir con los objetivos.

Ayudar al paciente a desarrollar un plan para cumplir con los objetivos.

Ayudar al paciente a identificar las circunstancias actuales del ambiente que puedan interferir en la consecución de los objetivos.

Ayudar al paciente a identificar los métodos para superar las circunstancias ambientales que pueden interferir en la consecución de objetivos.

Explorar con el paciente métodos de evaluación de la consecución de objetivos.

Facilitar la implicación de los allegados en el proceso del acuerdo, si así lo desea el paciente.

Facilitar la redacción de un documento por escrito que incluya todos los elementos acordados.

Ayudar al paciente a establecer las necesidades de tiempo y de frecuencia para la realización de las conductas/ acciones.

Ayudar al paciente a establecer límites de tiempo realistas. **Coordinar** con el paciente las oportunidades de revisión del acuerdo y de los objetivos.

Observar si el individuo presenta signos de incongruencia que pueden indicar una falta de compromiso para cumplir el contrato.

Disponer la firma del acuerdo por todas las partes implicadas. Proporcionar al paciente una copia de acuerdo firmado y fechado.

Animar al paciente a que identifique recompensas adecuadas, que tengan sentido.

Animar al paciente a que elija un refuerzo/recompensa que sea lo suficientemente importante como para mantener la conducta.

Instruir al paciente en los diversos métodos de seguimiento y registro de las conductas.

Ayudar al paciente a identificar hasta los más pequeños éxitos.

Explorar con el paciente las razones del éxito o falta de éste.

Ayudar al individuo a comentar sus sentimientos sobre el contrato.

CÓMO

NIC 5230 Aumentar el afrontamiento

Fomentar las relaciones con personas que tengan intereses y objetivos comunes.

Ayudar al paciente a resolver los problemas de forma constructiva.

Ayudar al ajuste del paciente a los cambios de imagen corporal.

Ayudar a disminuir el impacto de la situación vital del paciente en los roles y relaciones.

Alentar al paciente a encontrar una descripción realista del cambio de rol construyendo un relato del proceso de enfermedad en el que se valoraren las respuestas alternativas a la situación. Utilizar un enfoque sereno, tranquilizador. Proporcionar un ambiente de aceptación.

Ayudar al paciente a identificar la información que más le interese obtener.

Alentar una actitud de esperanza realista como forma de manejar los sentimientos de impotencia.

Desalentar la toma de decisiones cuando el paciente se encuentre bajo un fuerte estrés. Fomentar un dominio gradual de la situación.

Animar al paciente a desarrollar relaciones.

Fomentar las actividades sociales y comunitarias.

Alentar la aceptación de las limitaciones de los demás.

Alentar el uso de fuentes espirituales, si resulta adecuado. **Confrontar** los sentimientos ambivalentes del paciente (enfado o depresión).

Facilitar salidas constructivas a la ira y la hostilidad.

Favorecer situaciones que fomenten la autonomía del paciente.

Fomentar la identificación de valores vitales específicos.

Estudiar con el paciente métodos anteriores en el manejo de problemas vitales. Presentar al paciente personas (o grupos) que hayan pasado por la misma experiencia con éxito.

Alentar la verbalización de sentimientos, percepciones y miedos.

Animar al paciente a identificar sus puntos fuertes y sus capacidades.

Disminuir los estímulos del ambiente que podrían ser malinterpretados como amenazadores.

Ayudar al paciente a identificar sistemas de apoyo disponibles.

Estimular la implicación familiar, según corresponda.

Alentar a la familia a verbalizar sus sentimientos por el miembro familiar enfermo.

Instruir al paciente en el uso de técnicas de relajación, si resulta necesario.

Ayudar al paciente a afrontar el duelo y superar las pérdidas causadas por la enfermedad y/o discapacidad crónicas, si es el caso.

Anexo 9B. PROGRAMA DE ACTIVIDAD FÍSICA MULTICOMPONENTE PARA PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS FRÁGILES.

BENEFICIOS	MODALIDAD DE EJERCICIOS	PRESCRIPCIÓN
Mejora de la resistencia cardiovascular	Caminar	- 60-80% de la FC _{máx} (40-60% del VO ₂ máx)
	Pedalear	- 5-30 min/sesión - 3 días/semana
Aumento de masa muscular y fuerza	Pesos libres	- 3 series de 8 a 12 repeticiones, comenzando con un paseo o un ejercicio que nos permita realizar 20-30 RM, hasta realizar progresivamente un máximo de de 3 series de 4-6 repeticiones con un peso que nos permita realizar 15 RM.
	Máquinas de resistencia variable	- 6 a 8 ejercicios de grandes grupos musculares - Para optimizar la capacidad funcional, los ejercicios de fuerza deberán ser específicos para los grupos musculares más utilizados e incluir ejercicios que simulen actividades de la vida diaria (p.eJ., sentarse y levantarse de una silla) - 2-3 días/semana
Potencia y capacidad funcional	Incluir ejercicios de la vida diaria (levantarse y sentarse, subir/bajar escaleras)	- Se puede mejorar la potencia mediante el entrenamiento al 60% de 1RM y con la máxima velocidad a esta resistencia (p.ej., tan rápido como sea posible), que estará entre el 33 y el 60% de la velocidad máxima sin resistencia.
	Incluir ejercicios de potencia (a altas velocidades con pesos ligeros/moderados)	
Flexibilidad	Estiramientos	- 10-15 min.
	Yoga/Pilates	- 2-3 días/semana
Equilibrio	Debe incluir ejercicios en la posición de tándem, semitándem, desplazamientos multidireccionales con pesos extra (2-4 kg), caminar con apoyo talón-punta, subir escaleras con ayuda, transferencia de peso corporal (desde una pierna a la otra) y ejercicios de taichi modificados.	- En todas las sesiones

FC máx: frecuencia cardíaca máxima; RM: resistencia máxima; VO₂ máx: capacidad máxima de oxígeno

Acrónimos

AH:	Atención Hospitalaria.
AP:	Atención Primaria.
DCCU:	Dispositivos de Cuidados Críticos y Urgencias.
EIP:	Equipo Interdisciplinar de Profesionales.
GPC:	Guía de Práctica Clínica.
GPDI:	Gestión de Planes de Desarrollo Individual.
LPM:	Latidos por minuto
PAD:	Planificación Anticipada de las Decisiones.
PAP:	Plan de Acción Personalizado.
P.ej.:	Por ejemplo.
PQI:	Indicadores de Calidad Preventivos.
SCCU:	Servicios de Cuidados Críticos y Urgencias.
STOPPFRAIL:	Screening Tool of Older Persons Prescriptions in Frail adults with limited life expectancy.
STOPP-START:	Screening tool of older person´s potentially inappropriate prescription/ screening tool to alert doctors to the right.
UGC:	Unidades de Gestión Clínica.
UFUN:	Unidades Funcionales.
VIE:	Valoración Integral Exhaustiva.
VVA:	Voluntades Vitales Anticipadas.

Bibliografía

1. Barnett K, Mercer SW, Norbury M, Watt G, Wyke S, Guthrie B. Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. *Lancet*. 2012;380:37-43.
2. Ollero Baturone M, (coord). Atención a pacientes pluripatológicos: proceso asistencial integrado. [Sevilla]: Consejería de Salud; 2002.
3. Ollero Baturone M, (coord). Atención al paciente pluripatológico: proceso asistencial integrado [Internet]. 2ª ed. Sevilla: Consejería de Salud; 2007 [consultado 2 de noviembre de 2017]. Disponible en: https://www.repositoriosalud.es/bitstream/10668/576/5/PAI_AtencionPacPluripatologico_2ed_2007.pdf
4. Ollero Baturone M, Sanz Amores R, Padilla Marín C, (coords). Plan andaluz de atención integrada a pacientes con enfermedades crónicas (2012/2016) [Internet]. Sevilla: Consejería de Salud; 2016 [consultado 2 de noviembre de 2017]. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/csalud/galerias/documentos/p_2_p_2_planes_integrales/PIEC.pdf
5. Ministerio de Sanidad, Asuntos Sociales e Igualdad. Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. el 27 de junio de 2012 [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2012 [consultado 2 de noviembre de 2017]. Disponible en: http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/ESTRATEGIA_ABORDAJE_CRONICIDAD.pdf
6. Huber M, Knottnerus JA, Green L, van der Horst H, Jadad AR, Kromhout D, et al. How should we define health? *BMJ*. 2011;343:d4163.
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:E1-25.
8. Bernabeu-Wittel M, Ollero-Baturone M, Moreno-Gaviño L, Barón-Franco B, Fuertes A, Murcia-Zaragoza J, et al. Development of a new predictive model for poly-pathological patients. The PROFUND index. *Eur J Intern Med*. 2011;22:311-7.
9. Bernabeu-Wittel M, Ollero-Baturone M, Ruiz-Cantero A, Moreno-Gaviño L, Barón-Franco B, Fuertes A, et al. Functional Decline Over 1-year Follow-up in a Multicenter Cohort of Polypathological Patients: A New Approach to Functional Prognostication. *Int J Gerontol*. 2012;6:68-74.
10. Gerencia del Servicio Andaluz de Salud. Atención a pacientes crónicos con necesidades de salud complejas: Estrategia de implantación [Internet]. [Granada]: Escuela Andaluza de Salud Pública, 2016 [consultado 2 de noviembre de 2017]. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/documentosacc.asp?pagina=gr_renovacionap_pcomplejos
11. Prados-Torres A, Calderón-Larrañaga A, Hanco-Saavedra J, Poblador-Plou B, van den Akker M. Multimorbidity patterns: a systematic review. *J Clin Epidemiol*. 2014; 67:254-66.
12. Reste JYL, Nabbe P, Rivet C, Lygidakis C, Doerr C, Czachowski S, et al. The European General Practice Research Network Presents the Translations of Its Comprehensive Definition of Multimorbidity in Family Medicine in Ten European Languages. *PLOS ONE*. 2015;10(1):e0115796.
13. Ollero Baturone M, Lafuente Robles N, (coords). Plan de Acción Personalizado en pacientes pluripatológicos o con necesidades complejas de salud. Recomendaciones para su elaboración. [Internet]. [Granada]: Escuela Andaluza de Salud Pública, 2016. [consultado 2 de noviembre de 2017]. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/library/plantillas/externa.asp?pag=../contenidos/renovacion_ap/plan_accion_personalizado_ed_2016.pdf
14. Espinosa Almendro JM, Rodríguez Gómez S (coord.) EXAMEN de salud para mayores de 65 años [Recurso electrónico]: actualización 2017. Sevilla: Consejería de Salud; 2017.

15. Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad. Documento de consenso sobre prevención de fragilidad y caídas en la persona mayor Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS. [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad;2014 [consultado 2 de noviembre de 2017]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/Fragilidadycaidas.htm>
16. Galindo-Ocaña J, Bernabeu-Wittel M, Ollero-Baturone M, Barón-Franco B, Murcia-Zaragoza JM, Fernández-Moyano A, et al. Reliability of a short questionnaire for the diagnosis of severe disability in polypathological patients attended in hospital setting. *Eur J Intern Med.* 2013;24:375-81.
17. Pfeiffer EA. A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficits in elderly patients. *J Am Geriatr Soc.* 1975;22:433.
18. Muth C, van den Akker M, Blom JW, Mallen CD, Rochon J, Schellevis FG, et al. The Ariadne principles: how to handle multimorbidity in primary care consultations. *BMC Med.* 2014;12:223.
19. Coulter A, Entwistle VA, Eccles A, Ryan S, Shepperd S, Perera R. Personalised care planning for adults with chronic or long-term health conditions. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015;(3): CD010523.
20. Shea BJ, Grimshaw JM, Wells GA, Boers M, Andersson N, Hamel C, et al. Development of AMSTAR: a measurement tool to assess the methodological quality of systematic reviews. *BMC Med Res Methodol.* 2007;7:10.
21. Smith SM, 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.
22. Jackson GL, Powers BJ, Chatterjee R, Bettger JP, Kemper AR, Hasselblad V, et al. The Patient-Centered Medical Home. A systematic Review. *Ann Intern Med.* 2013;158:169-78.
23. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). A guideline developer's handbook [Internet]. Edinburgh: Scottish Intercollegiate Guidelines Network; 2011. (SIGN 50). [consultado 2 de noviembre de 2017]. Disponible en: <http://www.sign.ac.uk/guidelines/full-text/50/>
24. Von Elm E, Altman DG, Egger M, Pocock SJ, Gøtzsche PC, Vandenbroucke JP, Iniciativa STROBE. The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology [STROBE] statement: guidelines for reporting observational studies. *Gac Sanit.* 2008;22:144-50.
25. Moore T, Neher JO, Safranek S. FPIN's clinical inquiries: improving medication adherence in patients with comorbidities. *Am Fam Physician.* 2011; 84:1-2.
26. Lin EH, Von Korff M, Ciechanowski P, Peterson D, Ludman EJ, Rutter CM, et al. Treatment adjustment and medication adherence for complex patients with diabetes, heart disease, and depression: a randomized controlled trial. *Ann Fam Med.* 2012;10:6-14.
27. Moral RR, Torres LA, Ortega LP, Larumbe MC, Villalobos AR, García JA, et al. Effectiveness of motivational interviewing to improve therapeutic adherence in patients over 65 years old with chronic diseases: a cluster randomized clinical trial in primary care. *Patient Educ Couns.* 2015;98:977-83.
28. Williams A, Manias E, Walker R. Interventions to improve medication adherence in people with multiple chronic conditions: a systematic review. *J Adv Nurs.* 2008;63:132-43.
29. Touchette DR, Masica AL, Dolor RJ, Schumock GT, Choi YK, Kim Y, et al. Safety-focused medication therapy management: a randomized controlled trial. *J Am Pharm Assoc.* 2012;52:603-12.
30. Ai AL, Carreta H, Beitsch LM, Watson L, Munn J, Mehriary S. Medication Therapy Management Programs: Promises and Pitfalls. *J Manag Care Spec Pharm.* 2014;20:1162-82.
31. Alfaro-Lara ER, Vega-Coca MD, Galván-Banqueri M, Marín-Gil N, Nieto-Martín MD, Pérez-Guerrero C, et al. Selection of tools for reconciliation, compliance and appropriateness of treatment in patients with multiple chronic conditions. *Eur J Intern Med.* 2012;23:506-12.

32. Alfaro-Lara ER, Santos-Ramos B, González-Méndez AI, Galván-Banqueri M, Vega-Coca MD, Nieto-Martín MD, et al. Errores de conciliación al ingreso hospitalario en pacientes pluripatológicos mediante metodología estandarizada. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2013;48:103-8.
33. Brouwers M, Kho ME, Browman GP, Burgers JS, Cluzeau F, Feder G, et al. AGREE II: Advancing guideline development, reporting and evaluation in healthcare. *Can Med Assoc J*. 2010;182:E839-42. Herramienta AGREE II disponible en: <http://www.agreetrust.org/agree-ii/>.
34. Registered Nurses' Association of Ontario. Care Transitions. [Internet]. Toronto: Registered Nurses' Association of Ontario; 2014. [consultado 2 de noviembre de 2017]. Disponible en: <http://rnao.ca/bpg/guidelines/care-transitions>
35. The National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Multimorbidity: clinical assessment and management [Internet]. Londres: NICE; 2016. (NG 56) [consultado 2 de noviembre de 2017]. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng56>
36. Dotor Gracia M, Fernández García E (coordinadores). Guía de diseño y mejora continua de procesos asistenciales integrados. 2ª edición [Internet]. Sevilla: Junta de Andalucía – Consejería de Salud; 2009 [consultado 2 de noviembre de 2017]. Disponible en: <http://goo.gl/FmTH26>
37. Consejería de Salud. Estrategia para la seguridad del paciente 2006-2010 [Internet]. Sevilla: Junta de Andalucía – Consejería de Salud; 2006 [consultado 2 de noviembre de 2017]. Disponible en: <http://goo.gl/VoSRrE>.
38. Barrera Becerra C, Del Río Urenda S, Dotor Gracia M, Santana López V, Suárez Alemán G. Estrategia para la seguridad del paciente en el SSPA 2011-2014 [Internet]. Sevilla: Junta de Andalucía – Consejería de Salud; 2011 [consultado 2 de noviembre de 2017]. Disponible en: <http://goo.gl/9UULNz>
39. Simón Lorda P, Esteban López MS (coordinadores). Estrategia de Bioética del Sistema Sanitario Público de Andalucía 2011-2014 [Internet]. Sevilla: Junta de Andalucía 2011-2014 [Internet]. Sevilla: Junta de Andalucía – Consejería de Salud; 2011 [consultado 2 de noviembre de 2017]. Disponible en: http://juntadeandalucia.es/export/drupaljda/Libro_estrategia_Bioetica_SSPA.pdf
40. Esteban López MS, Simón Lorda P (coordinadores). Mapa de competencias y buenas prácticas profesionales en bioética [Internet]. Sevilla: Junta de Andalucía – Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales; 2014 [consultado 2 de noviembre de 2017]. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/csalud/galerias/documentos/p_3_p_21_bioetica/buenas_practicas_be/mapa_buenas_practicas_competencias_bioetica_27_2_2014_v2.pdf
41. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. Catálogo de formularios de consentimiento informado escrito del SSPA [Internet]. Sevilla: Junta de Andalucía; 2014 (última revisión) [consultado 2 de noviembre de 2017]. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/salud/sites/csalud/contenidos/Informacion_General/p_3_p_11_procedimiento_consentimiento_informado/listado_especialidades_quirurgicas?perfil=org&idioma=es&contenido=/sites/csalud/contenidos/Informacion_General/p_3_p_11_procedimiento_consentimiento_informado/listado_especialidades_quirurgicas
42. Simón Lorda P, Tamayo Velázquez MI, Esteban López MS (coordinadores). Planificación anticipada de las decisiones. Guía de apoyo para profesionales [Internet]. Sevilla: Junta de Andalucía – Consejería de Salud y Bienestar Social; 2013 [consultado 2 de noviembre de 2017]. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/salud/sites/csalud/contenidos/Informacion_General/c_2_c_8_voluntad_vital_anticipada/planificacion_anticipada_de_decisiones_SSPA.pdf
43. Junta de Andalucía – Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. Registro de voluntades vitales anticipadas [Internet]. Sevilla: Junta de Andalucía [consultado 2 de noviembre de 2017]. Disponible en: www.juntadeandalucia.es/salud/rva
44. Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E (editores). Clasificación de resultados de enfermería (NOC). 4ª ed. Barcelona: Elsevier; 2009.
45. Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM (editoras). Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 5ª edición. Madrid: Elsevier; 2009.

46. The Criteria Committee of the New York Heart Association. Nomenclature and Criteria for Diagnosis of Diseases of the Heart and Great Vessels (9ª ed.). Boston: Little, Brown & Co; 1994; 253-6.
47. Bestall JC, Paul EA, Garrod R, Garnham R, Jones PW, Wedzicha JA. Usefulness of the Medical Research Council (MRC) dyspnoea scale as a measure of disability in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Thorax*. 1999; 54:581-6.
48. Pugh RN, Murray-Lyon IM, Dawson JL, et al. Transection of the oesophagus for bleeding oesophageal varices. *Br J Surg*. 1973; 60:646.
49. Oken MM, Creech RH, Tormey DC, Horton J, Davis TE, McFadden ET, et al. Toxicity and Response Criteria of the Eastern Cooperative Oncology Group. *Am J Clin Oncol*. 1982;5:649-55.
50. Reisberg B, Ferris SH, De León MJ, Crok T. The global deterioration scale for assessment of primary degenerative dementia. *Am J Psychiatry*. 1982; 139: 1136-9.
51. Reisberg B. Functional Assessment Staging (FAST). *Psychopharmacol Bull*. 1988; 24: 653-9.
52. Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: The Barthel Index. *Md State Med J*. 1965; 71:61-5.
53. Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-main-taining, and instrumental activities of daily living. *Gerontologist*. 1969;9:179-86.
54. Cousido Martínez-Conde S, Carnero Pardo C, Fernández Villamor F, Gil Néciga E, Gómez Salado J, González Andrés VL, et al. Proceso Asistencial Integrado Demencia. Sevilla: Consejería de Salud; 2002.
55. Lobo A, Ezquerro J, Burgada FG, Sala AM, Seva A. El "Mini Examen Cognoscitivo". Un test sencillo, práctico, para detectar alteraciones intelectuales en pacientes médicos. *Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr*. 1979; 7:es189-202.
56. Díaz del Peral D, Aragón Ortega J, Aranda Regules JM, Bellón Saameño JA, Bordallo Aragón A, Cantero Ortiz L, et al. Ansiedad, depresión, somatizaciones: proceso asistencial Integrado. 2ª ed. Sevilla: Consejería de Salud; 2011.
57. Martínez de la Iglesia J, Onís Vilches MC, Dueñas Herrero R, Aguado Taberné C, Albert Colomer C, Arias Blanco MC. Abbreviating the brief. Approach to ultra-short versions of the Yesavage questionnaire for the diagnosis of depression. *Aten Primaria*. 2005;35:14-21.
58. Díaz MA, Domínguez O, Toyos G. Resultados de la aplicación de una escala de valoración sociofamiliar en Atención Primaria. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 1994;339-245.
59. García González JV, Díaz Palacios E, Salamea A, Cabrera D, Menéndez A, Fernández-Sánchez A, Acebal V. Evaluación de la fiabilidad y validez de una escala de valoración social en el anciano. *Aten Primaria*. 1999; 23:434-40.
60. Robinson BC. Validation of a Caregiver Strain Index. *J Gerontol*. 1983;38: 344-8.
61. López Alonso SR, Moral Serrano MS. Validación del Índice de Esfuerzo del Cuidador en la población española. *Enferm Comun*. 2005; 1:12-5.
62. Bernabeu-Wittel M, Moreno-Gaviño L, Ollero-Baturone M, Barón-Franco B, Díez-Manglano J, Rivas-Cobas C, et al. Validation of PROFUND prognostic index over a four-year follow-up period. *Eur J Intern Med*. 2016;36:20-4.
63. García Lozano MJ. Validación de un modelo pronóstico y de predicción funcional a largo plazo para pacientes pluripatológicos en atención primaria [tesis doctoral]. Sevilla; 2014.
64. Bernabeu-Wittel M, Murcia-Zaragoza J, Hernández-Quiles C, Escolano-Fernández B, Jarava-Rol G, Oliver M, Díez-Manglano J, Ruiz-Cantero A, Ollero-Baturone M, PALIAR Researchers. Development of a Six Month Prognostic Index in Patients with Advanced Chronic Medical Conditions: The PALIAR Score. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2014; 47: 551-65.
65. Bernabeu-Wittel M, Ollero-Baturone M, Ruiz-Cantero A, Moreno-Gaviño L, Barón-Franco B, Fuertes A, Murcia-Zaragoza J, Ramos-Cantos C, Alemán A, on behalf of PROFUND Researchers. Functional Decline

- Over 1-year Follow-up in a Multicenter Cohort of Polypathological Patients: A New Approach to Functional Prognostication. *International Journal of Gerontology*. 2012; 6: 68-74.
66. de Vries TPGM, Henning RH, Hogerzeil HV, Fresle DA. Guía de la buena prescripción - Manual práctico [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la salud; 1998. [citado 31 octubre 2017]. Disponible en: <http://apps.who.int/medicinedocs/es/d/Jh2991s/>
 67. Delgado Silveira E, Montero-Erasquin B, Muñoz García M, Vélez-Díaz-Pallarés M, Lozano Montoya I, Sánchez-Castellano C, et al. Mejorando la prescripción de medicamentos en las personas mayores: una nueva edición de los criterios STOPP-START. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2015;50:89-96.
 68. Lavan AH, Gallagher P, Parsons C, O'Mahony D. STOPP-Frail (Screening Tool of Older Persons Prescriptions in Frail adults with limited life expectancy): consensus validation. *Age Ageing*. 2017; 46: 600-7.
 69. Otero MJ, Moreno-Gómez AM, Santos-Ramos B, Agra Y. Developing a list of high-alert medications for patients with chronic diseases. *Eur J Intern Med*. 2014;25:900-8.
 70. Proyecto MARC. Elaboración de una lista de medicamentos de alto riesgo para los pacientes crónicos. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014. [consultado 2 de noviembre de 2017]. Disponible en: https://www.seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/2014/Proyecto_marc_nipo.pdf
 71. Woolcott JC, Richardson KJ, Wiens MO, Patel B, Marin J, Khan KM, Marra CA. Meta-analysis of the Impact of 9 Medication Classes on Falls in Elderly Persons. *Arch Intern Med*. 2009;169:1952-60.
 72. Bloch F, Thibaud M, Dugué B, Brèque C, Rigaud AS, Kemoun G. Psychotropic Drugs and Falls in the Elderly People: Updated Literature Review and Meta-Analysis. *J Aging Health*. 2011;23:329-46.
 73. Morinsky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Med Care*. 1986; 24:67-74.
 74. Val A, Amorós G, Martínez P, Fernández ML, Leon M. Estudio descriptivo del tratamiento farmacológico antihipertensivo y validación del test de Morisky Green. *Aten Primaria*. 1992;10: 767-70.
 75. Cia-Ramos R et al. Proceso Asistencial Integrado Cuidados Paliativos. 2ª ed. Sevilla. Consejería de Salud; 2007. Disponible en: <https://goo.gl/Pb8wRs>
 76. Benito E, Barbero J, Dones M editors. Espiritualidad en Clínica Una Propuesta de Evaluación y acompañamiento Espiritual en Cuidados Paliativos. SECPAL (Sociedad Española de Cuidados Paliativos): Madrid; 2014.
 77. Benito E, Oliver A, Galiana L, Barreto P, Pascua, A, Gomis C, Barbero J. Development and validation of a new tool for the assessment and spiritual care of palliative care patients. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2014;47: 1008-18.
 78. Prácticas seguras para el uso de opioides en pacientes con dolor crónico. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2015. [citado 31 de octubre de 2017]. Disponible: <https://www.sefh.es/sefhpdfs/PRACTICASSEGURASOPIOIDES.pdf>
 79. Manejo perioperatorio de medicación crónica. Documento de apoyo al Proceso Asistencial Integrado de Atención al Paciente Quirúrgico. Consejería de Salud: Sevilla; 2015. [consultado 2 de noviembre de 2017]. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/csalud/galerias/documentos/p_3_p_3_procesos_asistenciales_integrados/atencion_paciente_quirurgico/manejo_perioperatorio_medificacion_cronica_2016.pdf
 80. González-Bueno J, Vega Coca MD, Rodríguez-Pérez A, Toscano-Guzmán MD, Pérez-Guerrero C, Santos-Ramos B. Intervenciones para la mejora de la adherencia al tratamiento en pacientes pluripatológicos; resumen de revisiones sistemáticas. *Aten Primaria*. 2016;48:121-30.
 81. DiMatteo MR. Variations in patients' adherence to medical recommendations. *Medical Care*. 2004;42:200-9.
 82. Díez Manglano J, Vel-Romero JM, Sanz-Rubio MC, Bardina-Tremps E, Tricas-Moreno JM, Callau-Barrio MP. Desarrollo de un programa de reeducación psico-

motriz en el anciano. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 1991; 26: 191-5.

83. Díez Manglano J. Rehabilitación a pacientes pluripatológicos. Pluripatología y dependencia. La cascada de la dependencia. Programas de rehabilitación aplicables a pacientes pluripatológicos. Provisión del tratamiento rehabilitador. I Curso Monográfico de Atención a Pacientes Pluripatológicos. Sociedad Española de Medicina Interna: Madrid; 2017.
84. Zia A, Kamaruzzaman SB, Tan MP. The consumption of two or more fall risk-increasing drugs rather than polypharmacy is associated with falls. *Geriatr Gerontol Int*. 2017;17:463-70.

