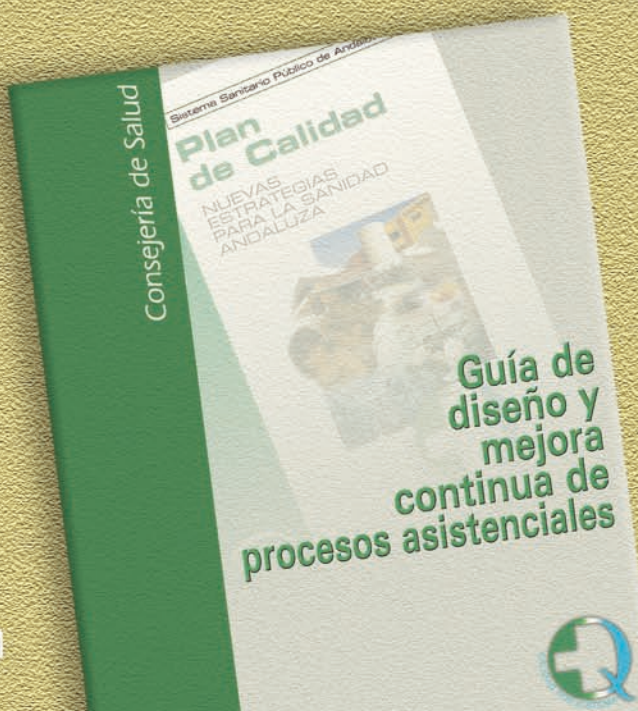


CONSEJERÍA DE SALUD

PROCESO ASISTENCIAL INTEGRADO

ATENCIÓN A PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS

2ª Edición



PROCESO ASISTENCIAL INTEGRADO

PROCESO ASISTENCIAL INTEGRADO

ATENCIÓN A PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS

2ª Edición

ATENCIÓN a pacientes pluripatológicos :
proceso asistencial integrado / [autores,
Manuel Ollero Baturone (coordinador) ... et al.].-
2ª ed.. - [Sevilla] : Consejería de
Salud, [2007]

87 p. ; 24 cm + 1 CDROM

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

W 84

ATENCIÓN A PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS

Edita: Consejería de Salud

Depósito Legal: SE-3641-07

ISBN: 978-84-690-6500-6

Maquetación: Artefacto

Impresión: Escandón Impresores

Presentación

Con la configuración del Mapa de Procesos Asistenciales Integrados del Sistema Sanitario Público de Andalucía, y con el objetivo común de ofertar a los ciudadanos andaluces unos servicios sanitarios de alta calidad, hemos iniciado un camino que esperamos sea de estímulo para todos los profesionales implicados.

La Gestión por Procesos es una herramienta con la que se analizan los diversos componentes que intervienen en la prestación sanitaria, para ordenar los diferentes flujos de trabajo de la misma, integrar el conocimiento actualizado y procurar cierto énfasis en los resultados obtenidos, teniendo en cuenta las expectativas que tienen los ciudadanos y profesionales, e intentando disminuir la variabilidad de las actuaciones de estos últimos hasta lograr un grado de homogeneidad razonable.

Se trata, pues, de impulsar un cambio en la organización basado en la fuerte implicación de los profesionales y en su capacidad de introducir la idea de mejora continua de la calidad, y de llevarlo a cabo desde un enfoque centrado en el usuario.

Cuando nos referimos a la gestión por procesos en Andalucía estamos aludiendo a un abordaje integral de cada uno de ellos - incluidos en el Mapa que se ha definido - y ello conlleva el reanálisis de las actuaciones desde que el paciente demanda una asistencia hasta que ésta termina. En este contexto, la continuidad asistencial y la coordinación entre los diferentes niveles asistenciales se convierten en elementos esenciales.

Cada uno de los libros que se presentan recoge el fruto del importante esfuerzo que ha realizado la organización sanitaria pública de Andalucía, y en especial los profesionales que prestan la asistencia, por analizar cómo se están haciendo las cosas y, sobre todo, cómo deberían hacerse, creando una propuesta de cambio razonable, coherente, innovadora y abierta para el Sistema Sanitario Público de nuestra Comunidad Autónoma.

Por todo ello, queremos expresar nuestro más profundo agradecimiento al numeroso grupo de profesionales que han hecho posible que podamos contar con un Mapa de Procesos del Sistema Sanitario de Andalucía, que iremos desarrollando e implantando de forma progresiva, y que será, sin duda, el referente para instaurar una mejor práctica asistencial y avanzar en la idea de mejora continua de la calidad en nuestras organizaciones sanitarias.

Antonio Torres Olivera
Director General de Organización de Calidad,
Investigación y Gestión del Conocimiento



AUTORES EDICIÓN 2007:

Manuel Ollero Baturone (Coordinador); Margarita Álvarez Tello; Bosco Barón Franco; Máximo Bernabéu Wittel; Assumpta Codina Lanaspá, Antonio Fernández Moyano, Eva Garrido Porras, M^a Angeles Ortiz Camúñez, Julio Rojas García de Paso, Alberto Romero Alonso, Susana Romero Carmona, Reyes Sanz Amores.

COLABORACIONES:

José Manuel Cabrera Rodríguez; Eduardo Gómez Camacho; Miguel Melguizo Jiménez; Alberto Ruiz Cantero; Carlos San Román Terán.

AUTORES EDICIÓN 2002:

Manuel Ollero Baturone (Coordinador); José Manuel Cabrera Rodríguez; María Dolores García Márquez; Eduardo Gómez Camacho; Miguel Melguizo Jiménez; Matilde de Ossorno Almécija; Emilio Pujol de la Llave; Fermín Quesada Jiménez; Alberto Ruiz Cantero; Carlos San Román Terán; Ernesto de Villar Conde.

Índice

1. INTRODUCCIÓN	11
2. DEFINICIÓN GLOBAL	15
3. DESTINATARIOS Y OBJETIVOS	17
Destinatarios y expectativas.....	17
Objetivos. Flujos de salida. Características de calidad	23
4. COMPONENTES	25
Descripción general.....	25
Profesionales. Actividades. Características de calidad.....	28
Recursos. Características generales. Requisitos.....	40
Unidades de soporte	41
5. REPRESENTACIÓN GRÁFICA.....	43
6. INDICADORES	47
Anexos	
Anexo 1: Escalas de valoración funcional, psicoafectiva y sociofamiliar.	59
Anexo 2: Escalas clínicas útiles en el proceso de atención al paciente pluripatológico	73
Anexo 3: Plan de Cuidados Estandarizado de Enfermería	76

1 INTRODUCCIÓN

Andalucía, que se ha considerado una de las regiones más rejuvenecidas de Europa, está cambiando aceleradamente.

La conjunción de un periodo de brusco descenso de la natalidad, unido al aumento de la esperanza de vida, está condicionando importantes cambios demográficos. Un profesional que iniciara su actividad en 1981 ha podido comprobar cómo el número de personas mayores de 80 años se ha duplicado y, según las estimaciones, cuando se jubile en 2021 se habrá multiplicado por cinco¹.

Una de las implicaciones del envejecimiento, desde el punto de vista clínico, es el hecho de que cada vez son más las personas que presentan dos o más enfermedades crónicas.

La descripción del Proceso Asistencial Integrado (PAI) Atención al Paciente Pluripatológico, en el año 2002, representó la apuesta andaluza por una alternativa novedosa. Pretendía identificar y dar una respuesta asistencial a los pacientes con una especial fragilidad clínica, condicionada por la concurrencia de determinados procesos. Se trataba, tal y como se recoge en el documento inicial, de identificar y organizar la atención de pacientes con enfermedades que no tienen cura, que generan deterioro progresivo y pérdida gradual de la autonomía, así como riesgo de sufrir distintas patologías interrelacionadas, ocasionando todo ello importantes repercusiones sociales y económicas.

¹ Viciano Fernández F, Hernández Rodríguez JA, Canto Casasola VD, Avila Garzón AI. Longevidad y calidad de vida en Andalucía. Instituto de Estadística de Andalucía. Sevilla 2003.

Para ello se agruparon las enfermedades en categorías clínicas, teniendo presente no incluir los factores de riesgo más prevalentes, sino el daño sobre el órgano diana y la repercusión funcional que éste genera. Las primeras publicaciones y comunicaciones que han utilizado la definición propuesta ponen de manifiesto que en el entorno hospitalario, los criterios de paciente pluripatológico permiten identificar a una población de mayor edad, mayor limitación funcional, mayor mortalidad y mayor consumo de recursos². Además, la prevalencia de pacientes pluripatológicos en servicios de Medicina Interna se ha mostrado superior al 30% en servicios de medicina interna general y cercana al 60% en servicios con una orientación a pacientes crónicos^{3,4}.

Se ha evidenciado, igualmente, la gran utilidad de la definición para identificar en Atención Primaria a un colectivo especialmente frágil, permitiendo seleccionar a una población diana inferior al 1,4% de la población general y en torno al 5% de la población mayor de 64 años de edad. Sin embargo, también se ha puesto de manifiesto que el problema de la pluripatología no es exclusivo de la edad avanzada, ya que hasta el 14% de los pacientes pluripatológico tienen menos de 64 años de edad.

En este contexto podemos afirmar que la definición de paciente pluripatológico ha conseguido los objetivos que se proponía, y es por lo que en esta nueva edición no nos hemos planteado cambiarla. Sí se han matizado los criterios para facilitar su interpretación y homogeneizar su aplicación por todos los profesionales que la utilizan. En este sentido se ha creído oportuno incorporar, en los casos en los que existe, una clasificación funcional comúnmente aceptada, una estratificación funcional de las enfermedades crónicas definitorias de la pluripatología. Ello implica cierto grado de complejidad adicional, pero el estadiaje funcional de las enfermedades crónicas es un criterio de calidad irrenunciable para profesionales que trabajan con pacientes con estas características.

Por otro lado, se ha generado una nueva categoría al desglosar la enfermedad osteoarticular de la enfermedad renal y otras enfermedades sistémicas ya que esta agrupación se ha considerado en cierta forma un artificio.

Una visión atomizada y superficial del paciente pluripatológico puede facilitar la caída en cascada que conduce de la fragilidad a la dependencia. Es por ello por lo que se propuso incorporar las herramientas de valoración integral que se habían mostrado de utilidad en la valoración del paciente de edad avanzada y los resultados que van obteniéndose confirman que esta estrategia ha resultado acertada.

La fragilidad de los pacientes pluripatológicos se ha puesto de manifiesto en los estudios realizados, constatándose que en Atención Primaria hasta el 40 % de los pacientes pluripatológicos presentan tres o más enfermedades crónicas, el 94% están polimedicados⁵, el 34%

² García Morillo JS, Bernabéu Wittel M, Ollero Baturone M, Aguilar Guisado M, Ramirez Duque N, González de la Puente MA, Limpo P, Romero Carmona S, Cuello Contreras JA. Incidencia y características clínicas de los pacientes pluripatológicos ingresados en una unidad de medicina Interna. *Med Clin* 2005;125 (1):5-9.

³ Zambrana García J.L, Velasco Malagón M.J, Díez García F., Cruz Caparrós G., Martín Escalante M.D, Adarraga Cansino M.D. Características clínicas diferenciales de los enfermos pluripatológicos hospitalizados en los servicios de Medicina Interna. *Rev. Clin. Esp.* 2005;205(9):413-7.

⁴ García-Morillo J. S, Bernabéu Wittel M., Ollero Baturone M, González de la Puente M. A, Cuello-Contreras J. A. Factores de riesgo asociados a la mortalidad y al deterioro funcional a la insuficiencia cardiaca del paciente pluripatológico. *Rev. Clin. Esp.* 2007; 207:1-5.

⁵ Ramírez Duque N, García Morillo S, Nieto Guindo M y cols. Mapa de interacciones medicamentosas con relevancia clínica tras entrevista domiciliaria, en una cohorte de pluripatológicos y polimedicados del área de Sevilla. XXVII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Medicina Interna. *Rev. Clin. Esp.* 2006.

presentan un Barthel menor de 60, el 37% tiene deterioro cognitivo⁶, más del 60% precisan cuidador y el 40% de éstos tienen signos de sobrecarga⁷, relacionándose la mayoría de estas variables con la insuficiencia sociofamiliar⁸, por lo que en esta revisión se sigue propugnando una valoración integral que incluya las áreas clínica, funcional, psicoafectiva y sociofamiliar.

También, en esta nueva edición se han definido características de calidad de las actividades, intentando clarificar aspectos relacionados con los anexos de la edición previa. De esta forma esperamos haber contribuido a aclarar cuales son las intervenciones necesarias para la adecuada atención de estos pacientes. En cualquier caso, queremos poner de manifiesto que una de las aportaciones esenciales del PAI Atención al Paciente Pluripatológico ha sido su contribución a difundir las técnicas de valoración integral y el reconocimiento de la importancia del papel de la persona cuidadora en la atención de enfermos crónicos.

El paciente pluripatológico obliga, más que ningún otro, a una asistencia sustentada en la atención compartida entre el nivel primario y hospitalario por presentar especial complejidad que, frecuentemente, requiere del rápido acceso a interconsultas, medios diagnósticos complejos e ingresos hospitalarios. La respuesta a estas necesidades ha sido la incorporación de un modelo de continuidad asistencial basado en los programas de colaboración entre internistas y médicos de familia con la defensa de la figura del internista de referencia para cada centro de salud. Durante los últimos años diferentes experiencias prácticas han puesto de manifiesto que es posible consolidar este modelo tanto en grandes como en pequeños hospitales, habiéndose detectado un alto índice de percepción de calidad por parte de los pacientes⁹ y de satisfacción por los profesionales^{10,11}.

En la presente edición continuamos propugnando el mismo modelo que consideramos esencial para el buen desarrollo del plan de asistencia continuada. Se han incorporado los avances generados en los últimos años en el área de la continuidad asistencial, tales como el informe de continuidad de cuidados y el papel de la Enfermera de Enlace .

Hay que destacar que se ha considerado un artificio la activación y desactivación del Plan de Asistencia Continuada ya que el carácter progresivo de las enfermedades que definen la pluripatología aconsejan que una vez que el enfermo ha requerido la activación de

⁶ Ortiz Camúñez MA, Bohórquez Colombo P, Garrido Porras E, Codina Lanaspá A, Yerro Páez V, Bernabéu Wittel M. Deterioro funcional, cognitivo y vulnerabilidad clínica en pacientes pluripatológicos. XXVI Congreso de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria; Aten Primaria 2006; 38. ext Nov

⁷ Moreno-Gaviño L, Bernabéu Wittel M, Álvarez Tello M, Rincón Gómez M, García-Morillo S, Cassani Garza M, Ollero Baturone M. Sobrecarga sentida por la figura del cuidador principal en una cohorte de pacientes pluripatológicos. (pendiente publicación).

⁸ García-Morillo S, Bernabéu Wittel M, Cassani Garza M, Rincón Gómez M, Yerro Páez V, Ollero Baturone M. Influencia de los factores biopsicosociales en el grado de empatía en la relación médico-enfermo en una cohorte de pacientes pluripatológicos. Rev Clin Esp.2007 (en prensa)

⁹ Rincón Gómez M, Bernabéu Wittel M, Ollero Baturone M, Ortiz Camúñez MA, Moreno-Gaviño L, Cassani Garza M. Percepción de la calidad por pacientes pluripatológicos. XXIV Congreso de la Sociedad Española de Calidad Asistencial. Libro de ponencias y comunicaciones. Octubre 2006; 141.

¹⁰ Rincón Gómez M, Ramírez Duque N, García Murillo S, Cassani Garza M, Bernabéu Wittel M, Yerro Páez V, Ollero Baturone M. Participación, grado de satisfacción y contribución de los programas de colaboración entre internistas y médicos de familia. XXVII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Medicina Interna. Rev. Clin. Esp. 2006

¹¹ Benticuaga MN, Fernández-Moyano A, Páez Pinto J, Ruiz Romero V, Vallejo I, González Becerra C, Aparicio R, De la Rosa R. Satisfacción de los profesionales con un programa de atención continuada: experiencia del Distrito Aljarafe. Ponencia al XI Congreso de la Sociedad Andaluza de Calidad Asistencial 2006.

dicho plan se mantenga de forma indefinida la línea de comunicación directa entre los profesionales. Dado que el final natural es la muerte del paciente hemos insistido, en la presente edición, en la importancia de disponer de todos los recursos necesarios para mantener la continuidad asistencial hasta el fallecimiento, incluido el soporte durante la agonía.

Por otra parte, hemos de recordar que el fin último de las intervenciones sobre el paciente pluripatológico es modificar el curso natural de sus enfermedades demorando su progresión y mejorando su nivel de salud. Por ello, hay que tener presente que pluripatológico no es solo el paciente con síntomas continuos y evidente minusvalía, sino que hemos planteado una intervención precoz sobre enfermos en una situación de fragilidad clínica desde Atención Primaria. Por tanto, hay muchos pacientes que durante años pueden no requerir una intervención hospitalaria y un Plan de Asistencia Continuada y, sin embargo, beneficiarse de la valoración integral por el médico y enfermera de familia.

La aceptación en nuestra organización sanitaria de un proceso novedoso como es la Atención al Paciente Pluripatológico ha sido llamativa. Muestra de ello ha sido que a finales de 2005 habían sido identificados como pluripatológicos 31.652 pacientes en la historia digital de salud.

Esperamos, con esta nueva edición del proceso, poder contribuir a rellenar algunas lagunas que hayan surgido al intentar trasladar, de la virtualidad de los documentos a la realidad asistencial, un modelo de atención integral y continuidad asistencial.

2

DEFINICIÓN GLOBAL

Designación: Proceso de atención a pacientes pluripatológicos

Definición funcional: Conjunto de actividades encaminadas a garantizar a los pacientes pluripatológicos una asistencia sanitaria integral, coordinando a los profesionales, servicios o centros, a lo largo del tiempo y en el marco del actual Sistema Sanitario Público de Andalucía.

Límite de entrada: Pacientes que sufren enfermedades crónicas incluidas en dos o más de las siguientes categorías clínicas:

Categoría A:

1. Insuficiencia cardíaca que en situación de estabilidad clínica haya estado en grado II de la NYHA¹
2. Cardiopatía isquémica.

Categoría B:

1. Vasculitis y enfermedades autoinmunes sistémicas.
2. Enfermedad renal crónica definida por elevación de creatinina (>1,4 mg/dl en hombres o >1,3 mg/dl en mujeres) o proteinuria², mantenidas durante 3 meses.

¹ Ligera limitación de la actividad física. La actividad física habitual le produce disnea, angina, cansancio o palpitaciones.

² Índice albúmina/Creatinina > 300 mg/g, microalbuminuria >3mg/dl en muestra de orina o albúmina>300 mg/día en orina de 24 horas.

Categoría C:

1. Enfermedad respiratoria crónica que en situación de estabilidad clínica haya estado con disnea grado 2 de la MRC³, o FEV1 <65%, o SaO2 ≤ 90%.

Categoría D:

1. Enfermedad inflamatoria intestinal.
2. Hepatopatía crónica con datos de insuficiencia hepatocelular⁴ o hipertensión portal⁵.

Categoría E:

1. Ataque cerebrovascular.
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).
3. Enfermedad neurológica con deterioro cognitivo permanente, al menos moderado (Pfeiffer con 5 ó más errores).

Categoría F:

1. Arteriopatía periférica sintomática.
2. Diabetes mellitus con retinopatía proliferativa o neuropatía sintomática.

Categoría G:

1. Anemia crónica por pérdidas digestivas o hemopatía adquirida no subsidiaria de tratamiento curativo que presente Hb < 10mg/dl en dos determinaciones separadas más de tres meses.
2. Neoplasia sólida o hematológica activa no subsidiaria de tratamiento con intención curativa.

Categoría H:

1. Enfermedad osteoarticular crónica que provoque por sí misma una limitación para las actividades básicas de la vida diaria (Índice de Barthel inferior a 60).

Límite final: Éxito del paciente.

Límites marginales: Pacientes incluidos en un programa de trasplantes, diálisis o SIDA.

³Incapacidad de mantener el paso de otra persona de la misma edad, caminando en llano, debido a la dificultad respiratoria o tener que parar a descansar al andar en llano al propio paso.

⁴INR >1,7, albúmina <3,5 g/dl, bilirrubina >2 mg/dl.

⁵Definida por la presencia de datos clínicos, analíticos, ecográficos o endoscópicos.

3 DESTINATARIOS Y OBJETIVOS

Destinatarios y expectativas

PACIENTE

Profesionalidad y competencia

- Formación y capacitación correcta de los profesionales en la atención al paciente pluripatológico.
- Competencia técnica que en ningún caso anule la opinión del paciente respecto a su proceso.
- Empleo de los medios diagnósticos y terapéuticos precisos.
- Empleo del tiempo necesario para la atención.
- Trato con consideración, respeto y amabilidad.
- Utilización del tuteo y la familiaridad tan sólo cuando lo autorice el paciente.
- Respeto a la intimidad del paciente tanto en el Hospital como en su domicilio.

- Garantía de la honestidad y la veracidad de la información con independencia del pronóstico del paciente.
- Respeto al derecho de “no querer saber”, manteniendo no obstante el apoyo y la información.
- Identificación clara del Médico y Enfermera responsables de la atención al paciente en el Centro de Salud y en el Hospital.
- Confianza en que el profesional sanitario le facilitará el acceso al Sistema Sanitario.
- No transmisión al paciente de las diferencias de criterios entre profesionales ni de información confusa.
- Anticipación al paciente sobre la evolución más probable de su enfermedad.
- Discreción absoluta en la información sobre el diagnóstico y el pronóstico del paciente tanto en la información oral como en los informes clínicos.
- Confidencialidad por parte de todos los profesionales de los Centros de Salud y Hospitales.
- Respeto a la confidencialidad en comunicaciones verbales, historias clínicas (soporte papel y aplicaciones informáticas), pruebas complementarias o informes clínicos.

Capacidad de respuesta. Agilidad. Accesibilidad

- Cumplimentación y puntualidad en las citas programadas.
- Simplificación del acceso para la valoración urgente por los médicos habituales de los pacientes (Médicos de Familia e Internistas).
- Utilización de las prestaciones sociales que el paciente precise en su domicilio en función de los recursos sociales disponibles y de la limitación funcional del paciente pluripatológico.
- Ausencia de bloqueo en la relación entre profesionales y niveles asistenciales.
- Disposición de informes clínicos actualizados en cada momento que incluyan, al menos, profesionales de referencia (centro de trabajo y teléfono de contacto) problemas de salud, tratamientos farmacológicos y cuidados específicos.
- Solución rápida de situaciones imprevisibles o complicaciones desde cualquier ámbito asistencial con posibilidad de resolución telefónica.

Fiabilidad

- Traslado de información comprensible, adecuada, suficiente y coherente entre los distintos profesionales y niveles asistenciales.
- Respuesta a las expectativas asistenciales que nacen de los servicios sanitarios.
- Explorar y conducir las expectativas de los pacientes.
- Ajuste del horario a las posibilidades reales de asistencia en atención programada y urgente.
- Facilitar información suficiente al paciente que le permita tomar decisiones, si lo desea, sobre la actuación clínica futura.

- Dar tiempo para asimilar la información al paciente y a su familia.
- Aceptar decisiones de los pacientes que no coinciden con nuestra escala de valores por diferencias culturales y de creencias.

Tangibilidad

- Adecuado estado de los edificios, mobiliario, decoración, servicios, iluminación, limpieza, etc.
- Confort de las salas de espera, habitaciones y consultas.
- Existencia de tableros o paneles informativos claros en Centros de Salud y Hospitales.
- Disposición de habitaciones individuales con baño.
- Atenuar las consecuencias de las habitaciones compartidas.
- Elementos identificativos del personal sanitario.
- Vestuario correcto.
- Lenguaje hablado y gestual correcto y educado por parte de “todos” los profesionales.
- Facilitar el contacto con los profesionales sanitarios por parte del área de recepción.
- Utilización de instrumental y medios diagnósticos en correcto estado de conservación y funcionamiento.
- Comida adecuada en los ingresos hospitalarios.
- Correcto funcionamiento de la comunicación telefónica.
- Inteligibilidad de folletos informativos, informes clínicos, recetas, etc.
- Informes de valoración del paciente pluripatológico actualizados y completos.

Comunicación

- Conocimiento del nombre, características personales y necesidades de los pacientes.
- Demostración de interés personal por el paciente.
- Disponer de tiempo suficiente para la escucha.
- Adecuación del lenguaje al nivel cultural y conocimientos del paciente.
- Facilitar y permitir la expresión de miedos y temores, fundamentalmente en las descompensaciones y fases finales de sus enfermedades.

Longitudinalidad y Continuidad

- Transmitir la idea de que el cuidado del paciente permanecerá con independencia de la evolución y el pronóstico vital.
- Médico y Enfermera de referencia tanto en el Hospital como en el Centro de Salud de forma estable.
- Comunicación fluida entre los profesionales de referencia del Hospital y Centro de Salud.
- Médico y Enfermera de referencia único para atención domiciliaria y asistencia en Centro de Salud.

- Minimizar las interferencias producidas por profesionales en periodo de formación (estudiantes de Enfermería y Medicina, MIR).
- Prever y solventar las situaciones de ausencia por enfermedad, vacaciones, permisos o cambios de plantilla, manteniendo profesionales responsables de referencia.
- Facilitar la libre elección de médico.

PERSONA CUIDADORA Y FAMILIA

Profesionalidad y Competencia

- Profesionales de la máxima cualificación y garantía de equidad en la atención sanitaria.
- Medios técnicos suficientes en función de las necesidades reales del paciente.
- Trato deferente al cuidador principal o al familiar responsable del paciente.
- Respeto a la intimidad familiar.
- Advertencia de los riesgos en los tratamientos y las evoluciones adversas.
- Utilizar siempre información veraz.
- Facilitar que el paciente esté siempre acompañado del cuidador principal o de su familia.
- Unificación de criterios entre los niveles asistenciales.
- Información anticipada sobre el pronóstico vital del paciente.
- Comunicación directa con un familiar de referencia (cuidador principal) y garantía de confidencialidad institucional.

Capacidad de respuesta. Agilidad. Accesibilidad

- Capacidad de respuesta institucional, de la organización asistencial.
- Tramitación cómoda (teléfono) de las solicitudes de atención en Atención Primaria y Atención Especializada.
- Sencillez para la comunicación telefónica con el Médico de Familia.
- Facilitar el contacto con los Trabajadores Sociales y equipos de apoyo domiciliario.
- Tramitación ágil de la renovación de recetas, incluidos visados y prestaciones no farmacéuticas.
- Posibilidad de contactar con los profesionales sanitarios en horario de tarde.
- Capacidad de respuesta individual en situaciones no programables: Facilitar el circuito de sugerencias y reclamaciones, tanto formal como informal.

Fiabilidad

- Evitar las informaciones contradictorias entre los distintos profesionales e instituciones sanitarias.
- Evitar abrir expectativas que uno u otro nivel asistencial no pueda cumplir.

- No imputar al otro nivel asistencial la falta de respuesta o asistencia satisfactoria.
- Asumir la puntualidad como derecho del paciente y su familia.
- Facilitar información suficiente a la familia, que ayude a implicar a la misma en las decisiones clínicas.
- Proporcionar la posibilidad de segundas opiniones médicas.
- Evitar las actitudes paternas o la imposición de tratamientos.

Tangibilidad

Similares a los descritos para el paciente.

Comunicación

- Comunicación fluida con el cuidador y su familia.
- Conocimiento de las circunstancias familiares del paciente y saber ponerse en su lugar.
- Otorgar una importancia central al cuidador principal y su familia.

Longitudinalidad y Continuidad

- Creación de vínculos estables de confianza con la familia del paciente.
- Médico y Enfermera de referencia para la familia, tanto en el Hospital como en el Centro de Salud de forma estable.
- Información diaria sobre la evolución del paciente en el caso de ingreso hospitalario.
- Garantía de continuidad de atención cuando el paciente pluripatológico se traslade de domicilio, temporal o definitivamente.

PROFESIONAL SANITARIO

Profesionalidad y Competencia

- Formación para obtener la máxima cualificación en el manejo del paciente pluripatológico.
- Medios técnicos suficientes para el control de los pacientes.
- Número de pacientes razonable que permita garantizar el adecuado ejercicio profesional.
- Tratamiento respetuoso entre los profesionales de los niveles asistenciales.
- Tratamiento respetuoso, sin presiones injustificadas, por parte de los pacientes y sus familias.
- Coherencia en la información transmitida a los familiares.
- Unificación de criterios asistenciales (derivación, atención, información, tratamientos) entre los niveles asistenciales.
- Utilización de documentación clínica compatible, compartida y disposición del paciente pluripatológico.

- Garantía de confidencialidad en las actuaciones profesionales.
- Comunicación directa con un familiar de referencia (cuidador principal) y garantía de confidencialidad institucional.

Capacidad de respuesta. Agilidad. Accesibilidad

- Capacidad de respuesta institucional, de la organización asistencial.
- Transmisión de información entre niveles ágil y rápida.
- Apoyo mutuo entre niveles asistenciales en caso de sobrecarga o situaciones de claudicación familiar.

Fiabilidad

- Afinidad en las propuestas de actuaciones con el paciente pluripatológico.
- Prevenir reproches mutuos entre los niveles asistenciales.
- Permitir decisiones compartidas entre los profesionales sanitarios.

Tangibilidad

- Existencia de dotación técnica que permita la comunicación entre niveles (teléfono, fax, Internet).
- Confianza por parte del paciente y su familia en el profesional sanitario.

Longitudinalidad y Continuidad

- Facilitar la estabilización en las relaciones con pacientes y familia, evitando cambios sucesivos de profesionales y centros sanitarios.



Objetivos. Flujos de salida. Características de calidad

DESTINATARIO: **PACIENTE**

FLUJOS DE SALIDA: **DISPENSACIÓN DE ATENCIÓN**

CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD

- Garantizar la valoración integral (clínica, funcional, psicoafectiva y social).
- Garantizar la reevaluación del paciente a intervalos regulares y ante cambios significativos.
- Garantizar la valoración de la adhesión y seguimiento terapéutico.
- Facilitar formación y colaboración en el autocuidado.
- Proporcionar una atención sanitaria que mejore la percepción por el paciente de confort y calidad de vida.
- Asegurar la realización del Informe de valoración integral del paciente pluripatológico con tratamiento y planes de cuidados actualizados.
- Asegurar tiempos de respuesta concretos para su atención (AP, Hospital).
- Establecer la asignación de profesionales (Médico y Enfermera) a nivel hospitalario.
- Asegurar Planes de atención domiciliaria atendiendo a los criterios establecidos.
- Inclusión en programas que establezcan medidas de discriminación positiva de atención al paciente y cuidadora principal (Cuidadora de Gran Discapacitado -CGD).

FLUJOS DE SALIDA: **COMUNICACIÓN E INFORMACIÓN**

CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD

- Asegurar información asequible.
- Promover la coherencia de la información entre ambos niveles.
- Facilitar y fomentar la participación activa del paciente y su familia en el proceso de la enfermedad.
- Dispensar información de los recursos disponibles.
- Garantizar que la información relevante del paciente y su familia esté disponible en los diferentes niveles para facilitar la continuidad asistencial.

DESTINATARIO: PERSONA CUIDADORA/FAMILIA

FLUJOS DE SALIDA: DISPENSACIÓN DE ATENCIÓN

CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD

- Fomentar y facilitar la implicación de la persona cuidadora y/o la familia en los cuidados del paciente.
- Potenciar la atención a las necesidades del cuidador.
- Dispensar información de los recursos disponibles.

DESTINATARIO: PROFESIONALES SANITARIOS

FLUJOS DE SALIDA: COMPETENCIA TÉCNICA

CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD

- Formación en el manejo del paciente pluripatológico.
- Formación en habilidades y comunicación con el paciente.
- Fomentar cultura de evaluación entre los diferentes recursos.

FLUJOS DE SALIDA: COORDINACIÓN

CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD

- Asegurar la planificación de la asistencia (programación de ingresos, derivación, atención, información, tratamiento).
- Establecer sesiones clínicas conjuntas.
- Accesibilidad a la comunicación entre los profesionales de distintos niveles.
- Potenciar el desarrollo de la historia única digital y compartida entre ambos niveles.

4 COMPONENTES

Descripción general

QUÉ	IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE
QUIÉN	Médico de Familia / Internista
CUÁNDO	Tras la sospecha inicial
DÓNDE	Centro de Salud / Domicilio / Hospital
CÓMO	Aplicación de los criterios definidos en el límite de entrada

QUÉ	VALORACIÓN INTEGRAL
QUIÉN	Médico de Familia y Enfermera de Familia
CUÁNDO	<ul style="list-style-type: none"> - Una vez identificado - Para activar el PAC - Tras alta hospitalaria - Tras eventos relevantes - Al menos anualmente
DÓNDE	Centro de Salud / Domicilio
CÓMO	Mediante una valoración clínica, funcional, psicoafectiva y sociofamiliar según las recomendaciones actuales

QUÉ	PLAN DE ASISTENCIA CONTINUADA (PAC)
QUIÉN	Médico de Familia / Internista / Enfermera de Familia/ Enfermera de Hospital
CUÁNDO	En la asistencia de cada paciente en el momento en el que se constata la necesidad de atención compartida entre medicina interna y el Centro de Salud
DÓNDE	Centro de Salud / Domicilio / Hospital
CÓMO	Mediante acuerdos de coordinación según recomendaciones establecidas

QUÉ	ASISTENCIA DOMICILIARIA
QUIÉN	Médico de Familia / Enfermera de Familia / Enfermera Comunitaria de Enlace
CUÁNDO	Cuando se identifica en el paciente alguno de los criterios de inclusión en el Programa de Atención Domiciliaria ¹
DÓNDE	Domicilio
CÓMO	Según los criterios descritos para la atención domiciliaria

¹ Estrategias de mejora de la atención domiciliaria en Andalucía. Dirección General de Asistencia Sanitaria. Subdirección de Gestión Sanitaria. Coordinación Regional de Desarrollo e Innovación en Cuidados. SAS. Sevilla, 2004.

QUÉ	ASISTENCIA HOSPITALARIA
QUIÉN	Internista / Enfermera de Hospital
CUÁNDO	Tras activación del PAC
DÓNDE	Hospital en régimen de ingreso, consultas, hospital de día o domicilio a través de los dispositivos de soporte domiciliarios.
CÓMO	Según los criterios descritos para la atención hospitalaria

QUÉ	ATENCIÓN A LA PERSONA CUIDADORA
QUIÉN	Médico de Familia / Internista / Enfermera de Familia / Enfermera de Hospital / Enfermera Comunitaria de Enlace
CUÁNDO	Desde la entrada del paciente pluripatológico al proceso y cada vez que lo precise, en relación a la evolución del paciente, a su propio bienestar, o a alteraciones en el desempeño de su rol de cuidadora.
DÓNDE	Centro de salud / Domicilio / Hospital
CÓMO	Mediante las recomendaciones actuales



Profesionales. Actividades. Características de calidad



Identificación del paciente

Médico de Familia / Internista

Características de calidad

- Identificar como pluripatológico a los pacientes con enfermedades crónicas incluidas en dos o más categorías clínicas según se establece en la definición del proceso.
- Registrar en la historia clínica, dentro del sistema de información correspondiente a su ámbito de actuación, AP o AE, una señal que permita identificar al paciente como paciente pluripatológico, así como las categorías clínicas por las que ha sido incluido.



Valoración Integral

Médico de Familia / Enfermera de Familia

Características de calidad

- Se concibe la valoración integral como una valoración clínica, funcional, psicoafectiva y social.
- Su realización será responsabilidad del Médico de Familia y Enfermera de Familia, por lo que deberán estar adecuadamente adiestrados ambos profesionales, tanto en la ejecución, como en la interpretación de las diferentes escalas de valoración propuestas.
- Será realizada por el Médico de Familia y Enfermera de Familia en el Centro de salud o en el domicilio en el caso de pacientes en atención domiciliaria.
- La valoración integral deberá realizarse en las siguientes situaciones:
 - Valoración inicial: una vez identificado el paciente, debe realizarse una valoración integral en un plazo de un mes.
 - Valoración al alta hospitalaria: junto a la valoración clínica y de cuidados habitual, se realizará adicionalmente entre la segunda y sexta semana del alta hospitalaria una valoración de los cambios acaecidos en las diferentes áreas (revaloración focalizada).
 - Valoración a la activación del PAC: en la activación del PAC el Médico de Familia aportará el informe de valoración integral junto a la información de los cambios relevantes que justifican su activación.
 - Evaluación anual, que se realizará a todos los pacientes pluripatológicos.
 - En aquellas circunstancias en las que la presencia de eventos trascendentales así lo aconseje.

- La **valoración clínica** la realizarán Médico de Familia y Enfermera de Familia según los criterios definidos para cada uno de ellos.
- El Médico de Familia y Enfermera de Familia coordinarán sus actividades para evitar la duplicidad de información en la valoración funcional, psicoafectiva y sociofamiliar. Para ello las entrevistas programadas serán realizadas preferentemente por la Enfermera de Familia en la valoración programada inicial, al alta hospitalaria y anual y por cualquiera de ellos siempre que las circunstancias del paciente lo requieran.
- La **valoración funcional** debe incluir el diagnóstico de los déficit 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:
 - Índice de actividades básicas de la vida diaria (Barthel).
 - Índice de actividades instrumentales de la vida diaria (Lawton y Brody).
- La **valoración del área psicoafectiva** incluirá:
 - Área cognitiva:
 - Mayores de 65 años: valoración por anamnesis y cuestionario portátil del estado mental de Pfeiffer en todos los casos. Según las circunstancias clínicas podrá completarse la valoración mediante la utilización de otras escalas para la evaluación cognitiva.
 - Menores de 65 años: valoración por anamnesis y si se sospecha algún tipo de deterioro cognitivo, mediante el mini examen cognoscitivo de Lobo.
 - Área afectiva:
 - Mayores de 65 años: se valorará mediante anamnesis y en todos los casos se efectuará la detección de cuadros depresivos larvados utilizando la escala de depresión geriátrica de Yesavage.
 - Menores de 65 años: mediante anamnesis.
- **Valoración del área sociofamiliar:**
 - Se evaluará la situación sociofamiliar mediante la Escala sociofamiliar de Gijón.
 - Se registrará si el paciente requiere una persona cuidadora. Se considerará necesaria una persona cuidadora para todo paciente que no pueda desarrollar sin ayuda alguna las actividades básicas de la vida diaria relacionadas con el cuidado personal, la movilidad dentro del hogar o las funciones mentales básicas. La presencia de Barthel inferior a 60 o a Pfeiffer con más de cinco errores se consideraran criterios inequívocos de necesidad de una persona cuidadora.
 - En todos los casos en los que se identifique la necesidad de persona cuidadora se registrará la persona o personas que ejercen como tal, ya sea un familiar, profesional o institución y en su defecto la carencia de la misma.
 - En todos los casos se identificará una persona de referencia ya sea la persona cuidadora u otro familiar de referencia. Por defecto se considerará a la persona cuidadora como persona de referencia.
 - Se valorará la sobrecarga de la persona cuidadora realizando el Índice de esfuerzo del cuidador en caso de sospecha de sobrecarga sentida y en todos los casos incluidos en el programa de Cuidador/a de grandes discapacitados (paciente con Barthel inferior a 60, Pfeiffer con más de 5 errores, cansancio en el rol del cuidador, permanencia en los cuidados más de 10 horas).

- Los problemas detectados en la valoración integral serán registrados en la lista de problemas.
- Tras la valoración integral se elaborará un **informe de valoración integral** que incluirá cuanto menos los apartados alergias y reacciones medicamentosas, lista de problemas, resultados de las escalas realizadas, medicación activa, plan terapéutico e identificación de la persona cuidadora o la ausencia del mismo, así como el abordaje interdisciplinar si hubiera sido necesario. Este informe será entregado al paciente. El sistema de información de Atención Primaria facilitará la emisión de informes con formatos prefijados.

Médico de Familia

Características de calidad

- Debe realizar en todos los casos la **valoración del área clínica** que incluirá:
 - Realizar una historia clínica completa incluyendo antecedentes familiares y personales, alergias, hábitos y valoración farmacológica.
 - En todas las enfermedades crónicas habrá una referencia al año de comienzo y a la repercusión funcional de la misma, preferentemente mediante la utilización de escalas estandarizadas (NYHA en insuficiencia cardiaca, MRC en EPOC, CHILD en hepatopatía, ECOG en cáncer, etcétera).
 - La anamnesis farmacológica será exhaustiva considerando la presencia de alergias farmacológicas, eventos adversos asociados a la medicación, consideraciones relevantes respecto a la medicación previamente utilizada, medicación activa y adherencia al tratamiento.
 - Las herramientas de prescripción terapéuticas dispondrán de mecanismos de alerta para minimizar el impacto de los eventos adversos.
- El Médico de Familia elaborará un **plan terapéutico** en base a los problemas identificados. Este plan terapéutico incluirá:
 - El plan de cuidados propuesto por enfermería.
 - Las medidas necesarias para conseguir los objetivos terapéuticos para cada una de las enfermedades crónicas que el paciente padece. Estos objetivos serán individualizados considerando la comorbilidad y la valoración integral del paciente.
 - Las intervenciones necesarias para garantizar el cumplimiento terapéutico y minimizar las reacciones adversas medicamentosas.
 - La necesidad de movilización de recursos a través de la Enfermera Comunitaria de Enlace o Trabajador Social.

Enfermera de Familia

Características de calidad

- Realizará una valoración según los patrones funcionales de M. Gordon o necesidades básicas de V. Henderson orientándola hacia la exploración de la capacidad para el autocuidado y detección de necesidades de cuidados no cubiertas, identificando los problemas de colaboración / diagnósticos de enfermería activos en el paciente y marcando aquellos de prioritario abordaje.
- Tras la valoración integral establecerá un **plan de cuidados** individualizado donde se determinarán qué objetivos, intervenciones y actividades se pondrán en marcha para la colaboración y/o resolución de aquellos problemas identificados.
- Si de la Valoración se desprendiera la necesidad de movilización de recursos y/o canales de comunicación interniveles, la Enfermera de Familia contactará con la Enfermera Comunitaria de Enlace, para el diseño de un plan asistencial al paciente y/o cuidadora. De igual forma derivará al Trabajador Social para la identificación y puesta en marcha de los recursos sociales necesarios.



Plan de Asistencia Continuada –PAC–

El PAC es el modelo de asistencia conjunta entre Atención Primaria y Atención Hospitalaria, que facilita la continuidad asistencial del paciente pluripatológico.

Médico de Familia/ Internista de referencia

Características de calidad

- Los Médicos de Familia tendrán claramente identificado un Internista de referencia dentro del servicio de Medicina Interna del hospital de referencia.
- El Internista de referencia será fácilmente localizable telefónicamente y preferentemente mediante teléfono móvil corporativo. El Médico de Familia dispondrá de teléfono directo en su consulta.
- Los Médicos de Familia podrán contactar con el Internista de referencia para realizar consultas puntuales referentes a los problemas clínicos y plan terapéutico del paciente pluripatológico.
- Los sistemas de información incorporarán una historia de salud compartida entre Atención Primaria y Atención Hospitalaria. Se potenciarán los medios que faciliten la realización de consultas telemáticas entre el Médico de Familia e Internista de referencia.
- El sistema de citas de consultas con el Internista de referencia permitirá la posibilidad de contacto personalizado para citas preferentes de alta resolución con demora acordada entre Médico de Familia e Internista de referencia.

- Las consultas médicas se realizarán preferentemente al Internista de referencia, especialmente las relacionadas con su pluripatología y éste consultará a otros especialistas médicos si lo considerase necesario.
- Los Médicos de Familia podrán programar la realización de ingresos hospitalarios directamente a través del Internista de referencia.
- Los ingresos hospitalarios en servicios médicos se realizarán preferentemente en el servicio de Medicina Interna salvo indicación expresa del Internista de referencia o Internista de guardia.
- La activación de los dispositivos de soporte domiciliario se realizará por acuerdo entre el Médico de Familia e Internista de referencia.
- El Internista de referencia realizará al menos una reunión mensual con el equipo de atención primaria.

Enfermera de Familia - Enfermera de Hospital

Características de calidad

- Todos los pacientes tendrán claramente identificado una Enfermera de Familia.
- Todos los pacientes hospitalizados tendrán claramente identificado una Enfermera de referencia.
- Las Enfermeras de Familia tendrán claramente identificados en los servicios de Medicina Interna un teléfono de contacto de enfermería en las áreas de consultas y hospitalización.
- En los enfermos pluripatológicos ingresados en el hospital se realizará una planificación del alta hospitalaria. Para ello se realizará una evaluación de las necesidades de cuidados del paciente, familia y entorno para su asistencia en AP. Tras la valoración y según las necesidades de cuidados detectadas se considerará la intervención de la Enfermera comunitaria de enlace y/o Trabajador social si la complejidad del caso así lo requiriera.
- Se realizará un informe de continuidad de cuidados que recoja el nivel de dependencia y problemas activos en el momento del alta a todos los enfermos pluripatológicos que reúnan los criterios establecidos para el mismo. En el informe de continuidad de cuidados figurará el teléfono de la unidad y el nombre de la Enfermera de referencia del servicio. Este informe será entregado al paciente e irá dirigido a la Enfermera Comunitaria de enlace y Enfermera de Familia.

ACTIVACIÓN DEL PAC

Médico de Familia / Internista

Características de calidad

- El PAC se activará cuando el Médico de Familia e Internista consideren, de mutuo acuerdo, que el paciente pluripatológico necesita de la intervención conjunta de ambos para su control clínico.
- Se considerará criterio objetivo para activar el PAC cuando las enfermedades crónicas que justifican la consideración de paciente pluripatológico han motivado un ingreso hospitalario, o necesidad de valoración en más de dos especialidades médicas diferentes.
- La activación del PAC se formalizará a través del ingreso hospitalario o consulta presencial.
- La activación del PAC se registrará por el Médico de Familia en el sistema de información de Atención Primaria y por el Internista en el sistema de información de Atención Hospitalaria.
- Una vez activado el PAC éste permanecerá activado aunque existan periodos de tiempo en los que la asistencia clínica sea llevada a cabo exclusivamente en Atención Primaria o Atención Hospitalaria.
- Cuando el Médico de Familia acuerde con el Internista la activación del PAC actualizará la valoración integral emitiendo un informe clínico antes de su envío a ingreso o consulta.
- Cuando la iniciativa de activación del PAC proceda del Internista de referencia, éste emitirá el respectivo informe de alta hospitalaria o consulta.
- Durante todo el proceso de asistencia conjunta a través del PAC el Médico de Familia e Internista de referencia colaboraran estrechamente para unificar los planes terapéuticos y facilitar el cumplimiento de las recomendaciones procedentes de Atención Primaria y Atención Hospitalaria.

Asistencia domiciliaria

Médico de Familia/Enfermera de Familia/Enfermera Comunitaria de Enlace

Características de calidad

- El paciente pluripatológico será atendido en domicilio cuando sus circunstancias así lo requieran y de acuerdo con los criterios del programa de atención domiciliaria en los siguientes grupos de población:
 - Atención a personas inmovilizadas.
 - Atención a personas en situación terminal.
 - Atención al alta hospitalaria.
 - Atención a ancianos en riesgo.
 - Atención a ancianos residentes en instituciones.
- Se potenciarán los sistemas que permitan el acceso a información clínica de la historia de salud digital desde el domicilio y que faciliten el registro de la información generada en la misma.

Médico de Familia

Características de calidad

- Realizará una valoración clínica periódica, tanto en régimen de demanda por parte del paciente o cuidadores, como en régimen de visita domiciliaria programada y en este caso en coordinación con la Enfermera de Familia.
- Será el responsable de la activación de los dispositivos de soporte domiciliario a través del Internista de referencia cuando la complejidad del paciente así lo requiera.
- Tras el alta hospitalaria realizará una visita domiciliaria a los pacientes pluripatológicos en programa de asistencia domiciliaria en el plazo óptimo de 48 horas y en el plazo máximo de una semana.
- Remitirá al paciente a la Enfermera Comunitaria de Enlace y/o Trabajador Social cuando considere necesaria la valoración o movilización de recursos por parte de los mismos.
- Seguimiento estrecho del paciente con necesidad de apoyo paliativo que incluya:
 - Control de síntomas en fase terminal.
 - Comunicación y apoyo emocional con paciente y familiares.
 - Valoración de la necesidad de activación de dispositivos hospitalarios de soporte domiciliario.

Enfermera de Familia

Características de calidad

- Valoración integral periódica, en las circunstancias indicadas en el apartado correspondiente.
- Realización de técnicas de enfermería en domicilio, en los casos que así lo requieran las necesidades del paciente.
- Remitirá al paciente a la Enfermera Comunitaria de Enlace y/o Trabajador Social cuando considere necesaria la valoración o movilización de recursos por parte de los mismos.
- Tras el alta hospitalaria realizará una visita domiciliaria a los pacientes pluripatológicos en programa de asistencia domiciliaria en el plazo óptimo de 48 horas y en el plazo máximo de una semana. En el caso de pacientes identificados con alta necesidad de cuidados se realizará la visita en las primeras 24 a 48 horas laborables. Se valorará junto a la información recibida de la Atención Hospitalaria, el entorno del paciente, los apoyos sociofamiliares con los que cuenta y la identificación o no de la persona cuidadora responsable de los cuidados.
- Identificación y valoración integral de la persona cuidadora principal.
- Seguimiento estrecho del paciente con necesidad de apoyo paliativo que incluya:
 - Realización de técnicas de enfermería para el control de síntomas en situación terminal.
 - Comunicación y apoyo emocional con paciente y familiares.

Enfemera Comunitaria de Enlace

Características de calidad

- Contribuirá a la captación activa de pacientes para la atención en el domicilio en colaboración con la unidad de atención familiar y los dispositivos hospitalarios.
- Participará en la elaboración y puesta en marcha del plan asistencial y en la movilización de los recursos necesarios cuando sea requerida para ello por los responsables asistenciales del paciente.

Asistencia hospitalaria

Internista

Características de calidad

- **Unidades de Día / Hospital de Día Médico / Consultas.**
 - Los pacientes pluripatológicos estarán identificados como tal en los sistemas de registro.
 - El Internista de referencia dispondrá de autonomía de gestión de su agenda para permitir las citas concertadas desde el Centro de Salud.
 - El paciente y el Médico de Familia recibirán un informe de consulta el mismo día de la visita siempre que acontezca una información relevante o un cambio terapéutico.
 - Al finalizar el episodio de consulta se emitirá un informe de alta que será realizado preferentemente el mismo día o en su defecto en el plazo máximo de una semana. Dicho informe contendrá la información de la asistencia realizada reflejando la condición de paciente pluripatológico y una referencia a las áreas clínica y funcional, así como a las áreas psicoafectiva y sociofamiliar si se ha detectado la necesidad de intervención en estas áreas.
 - El apartado de tratamiento del informe de alta de consulta contendrá una referencia a las indicaciones respecto a cuidados, estilos de vida, hábitos, dietas y otras medidas aconsejadas para el mejor control de las enfermedades crónicas del paciente.
 - Todos los informes de alta han de contener un **plan de actuación** con una referencia a los objetivos terapéuticos y seguimiento clínico, especialmente en las circunstancias en las que la comorbilidad o el pronóstico aconsejen individualizar los objetivos terapéuticos para las enfermedades crónicas que el paciente padece.
 - El Internista de referencia tendrá acceso a un Hospital de Día Médico que permitirá la administración de tratamientos parenterales, realización de transfusiones y exploraciones diagnósticas y terapéuticas invasivas sin necesidad de ingreso hospitalario. En caso de ser necesario la demora del Hospital de día no será superior a un día laborable.

- **Hospitalización.**

- Los pacientes pluripatológicos estarán identificados en los sistemas de información de atención hospitalaria así como en la historia clínica durante el ingreso hospitalario.
- Durante el ingreso hospitalario, en la planificación del alta, se considerará la necesidad de movilización de recursos a través de las Enfermeras Comunitarias de Enlace o Trabajador Social.
- Al alta hospitalaria todos los pacientes recibirán un informe médico de alta. Dicho informe contendrá junto a los aspectos clínicos una referencia a la situación funcional, psicoafectiva y sociofamiliar.
- Durante los ingresos urgentes del paciente en servicios quirúrgicos, el servicio de medicina interna será avisado para una valoración del mismo. Tras esta valoración, se decidirá la necesidad de seguimiento hospitalario por el Internista de referencia.
- Los servicios de Medicina Interna evaluarán los mecanismos de control que tiendan a minimizar los eventos adversos vinculados al tratamiento.

- **Dispositivos de soporte domiciliario.**

- Los dispositivos de soporte domiciliario dispondrán de la posibilidad de realizar en el domicilio:
 - Apoyo domiciliario al Médico de Familia en pacientes complejos en situación terminal.
 - Apoyo domiciliario al Médico de Familia en pacientes que requieren cuidados de soporte tales como realización de transfusiones, tratamientos endovenosos de uso generalmente hospitalario, soporte nutricional y ventilatorio, realización de técnicas invasivas diagnósticas y terapéuticas.
- Los dispositivos de soporte domiciliario dispondrán de acceso telefónico directo para el paciente durante las jornadas de mañana y tarde.

Enfermera de Hospital

Características de calidad

- **Unidades de Día / Hospital de Día Médico / Consultas.**

- Los servicios de Medicina Interna dispondrán en el área de consultas de una enfermera que participará en la atención de los pacientes externos en seguimiento por el servicio.
- Dispondrá de un teléfono directo de contacto con los pacientes. Dicho teléfono estará localizado en lugar claramente visible en los documentos de cita.
- Coordinará las agendas de citas de consultas y exploraciones para garantizar una secuencia razonable y facilitar el acceso a las mismas. Para ello, si fuera necesario solicitará la colaboración de la enfermera hospitalaria de enlace.
- Informará al paciente y/o familia de las intervenciones enfermeras realizadas procediendo al registro de las mismas en la historia del paciente. Igualmente colaborará en la educación sanitaria para facilitar el cumplimiento del tratamiento y las normas terapéuticas por parte del paciente y la familia.

- Emitirá un informe para garantizar la continuidad de cuidados cuando se detecten nuevas necesidades o cuidados específicos derivados de las intervenciones realizadas.
- **Hospitalización.**
 - Todos los pacientes tendrán asignados una Enfermera referente que será la responsable de:
 - Realizar una valoración según los patrones funcionales de M. Gordon o necesidades básicas de V. Henderson orientando esta valoración hacia la exploración de la capacidad para el autocuidado y detección de necesidades de cuidados no cubiertas, identificando los problemas de colaboración / diagnósticos de enfermería activos en el paciente, marcando aquellos de prioritario abordaje.
 - Establecer un plan de cuidados individualizado donde se determinarán qué objetivos, intervenciones y actividades se pondrán en marcha para la colaboración y/o resolución de aquellos problemas identificados.
 - Informar y educar al paciente sobre los cuidados que va a requerir durante su hospitalización y al alta al domicilio.
 - Garantizar la continuidad de cuidados al alta hospitalaria realizando para ello el informe de continuidad de cuidados, valorando la necesidad de material de apoyo y activando los dispositivos asistenciales necesarios.
- **Dispositivos de soporte domiciliario.**
 - En los casos en los que sea requerida su intervención comunicará a la Enfermera de Familia las necesidades detectadas y los cuidados específicos derivadas de las intervenciones realizadas, emitiendo un informe para garantizar la continuidad de cuidados.
 - Participará en los procedimientos incluidos en la cartera de servicio del dispositivo de soporte domiciliario.

Atención a la persona cuidadora

Enfermera de Familia, Enfermera de Hospital, Enfermera Comunitaria de Enlace.

Características de calidad

- Se realizará la valoración sociofamiliar y se registrará incluyendo los apartados referidos a la persona cuidadora, según las indicaciones recogidas en el apartado de valoración integral.
- En los casos que reúnan los criterios establecidos, será propuesta por los profesionales del EBAP para su inclusión en el programa de Cuidador/a de grandes discapacitados (paciente con Barthel menor 60, Pfeiffer con más de 5 errores, cansancio en el rol del cuidador, permanencia en los cuidados más de 10 horas).
- De dicha inclusión, se derivarán las medidas de discriminación positivas estandarizadas en el programa.

- Se le ofertará la participación en los talleres de formación y autoayuda, coordinados en Atención Primaria por la Enfermera Comunitaria de Enlace y por la Enfermera referente en Atención hospitalaria (si los hubiera).
- Se movilizarán los recursos tanto de ámbito comunitario como hospitalario, para el apoyo a la persona cuidadora, en relación a los cuidados.

Enfermera de Familia

Características de calidad

- Realizará la valoración de la cuidadora orientada hacia la exploración de la capacidad y conocimientos para el cuidado, e identificando las necesidades alteradas y los problemas de prioritario abordaje, tanto individuales como en relación a los cuidados.
- En dicha valoración, se priorizará la identificación de la sobrecarga o riesgo de la misma a través de Índice de esfuerzo del cuidador.
- Si se detecta la necesidad de movilización de recursos materiales o humanos, contactará con la Enfermera comunitaria de enlace, y/o Trabajador social, para la gestión de los mismos.

Enfermera de Hospital

Características de calidad

- La Enfermera referente del paciente en el Hospital realizará las medidas establecidas para la atención a la persona cuidadora durante el ingreso hospitalario.
- Valorará la experiencia previa y aptitudes de la cuidadora para la realización de intervenciones centradas en la necesidad de aumentar conocimientos y habilidades en el manejo de los cuidados requeridos por el paciente.
- Hará participe a la persona cuidadora en los cuidados hospitalarios invitándola a colaborar en intervenciones que faciliten un entrenamiento en el manejo del paciente.
- Derivará propuestas de nueva captación de personas cuidadoras de grandes discapacitados a la Enfermera de Familia a través del informe de continuidad de cuidados al alta hospitalaria.
- Contactará con la Enfermera de Enlace Hospitalaria para la movilización de recursos necesarios en apoyo a la persona cuidadora cuando así lo requiera.

Enfermera Comunitaria de Enlace

Características de calidad

- Abordará la atención a la persona cuidadora, a demanda de la misma, por derivación y/o en coordinación con el EBAP, colaborando en el establecimiento del plan asistencial, e identificando las necesidades de coordinación con los diferentes servicios sociosanitarios, recursos comunitarios y/o niveles asistenciales.
- Valorará dentro de la Comisión de seguimiento del programa de Cuidadoras de Gran Discapacitado, las propuestas de inclusión en el mismo derivadas por los profesionales del EBAP.
- Una vez incluida la persona cuidadora en este programa, derivará a la UAC para su identificación en tarjeta sanitaria.
- Incluirá a los cuidadores propuestos para la participación en talleres de apoyo al cuidado y autoayuda.
- Informará al cuidador, cuando lo requiera o sea derivado por otro profesional, de los recursos existentes tanto personales como materiales en su zona básica de Salud, Área Sanitaria y en relación a los cuidados que presta.

Médico de Familia

Características de calidad

- Deberá garantizar una comunicación periódica y fluida con la persona cuidadora, sobre la situación y evolución previsible del paciente pluripatológico.
- Dará apoyo emocional en situaciones de estrés del cuidador: desgaste, previsión de desenlace fatal, establecimiento del duelo.
- Detectará las situaciones de claudicación de la persona cuidadora, activando los dispositivos para posibilitar el respiro familiar.

Internista

Características de calidad

- En todos los informes de alta existirá una referencia a la situación familiar y necesidad de la persona cuidadora, si cumple los criterios definidos.
- Incluirá la atención a la persona cuidadora dentro de la estrategia de atención al paciente ingresado.
- En todo paciente pluripatológico el Internista facilitará, previa aprobación del paciente, la participación de la persona cuidadora en la toma de decisiones.
- Facilitará siempre que sea posible un entorno apropiado, especialmente cuando se vayan a comunicar malas noticias, tales como situaciones de empeoramiento clínico, mal pronóstico, necesidad de sedación terminal, etc.



Recursos. Características generales. Requisitos

RECURSOS	CARACTERÍSTICAS GENERALES.REQUISITOS
Recursos Materiales	
<ul style="list-style-type: none">- Dotación informática.- Teléfono directo en todas las consultas.- Teléfono móvil.- Existencia de redes informáticas.- Posibilitar informes clínicos.	<ul style="list-style-type: none">- Dotación en las consultas, Centros de Salud y Servicios de Medicina Interna.- Para todos los profesionales que trabajan en el Proceso.- Internistas que trabajen con un Centro de Salud de referencia.- Posibilidad de compartir historia clínica, mensajes clínicos, agendas y alertas en determinadas situaciones.- Correo electrónico para todos los profesionales.- Adaptación de los sistemas informáticos para realizar informe. Ayudas al diagnóstico con las escalas funcionales en el programa.
Recursos Humanos	
<ul style="list-style-type: none">- Médicos de Familia- Enfermera de Familia- Internista de referencia- Enfermeras de Enlace- Enfermeras de Hospital	<ul style="list-style-type: none">- Médico de Familia claramente identificado para cada paciente.- Enfermera claramente identificada para cada paciente.- Internista claramente identificado para cada CS.- Enfermera referente para cada paciente.



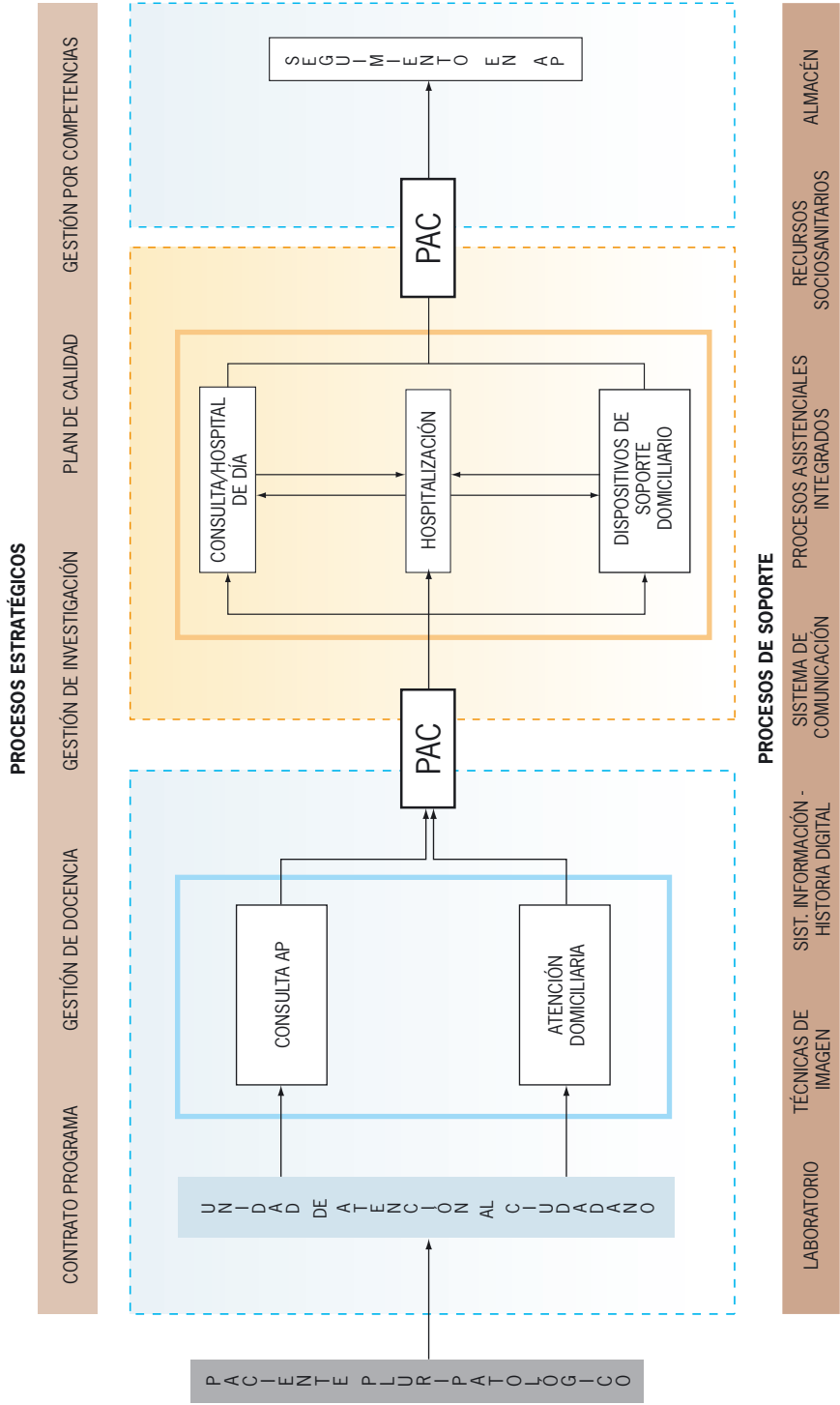
Unidades de soporte

UNIDADES DE SOPORTE	ENTRADAS
Guías Clínicas y actividades recomendadas para cada uno de los Procesos	
Sesiones clínicas conjuntas	
Atención telefónica	
Consultas Externas	
Unidad de Día	
Hospital de Día	
Dispositivos de soporte domiciliario	

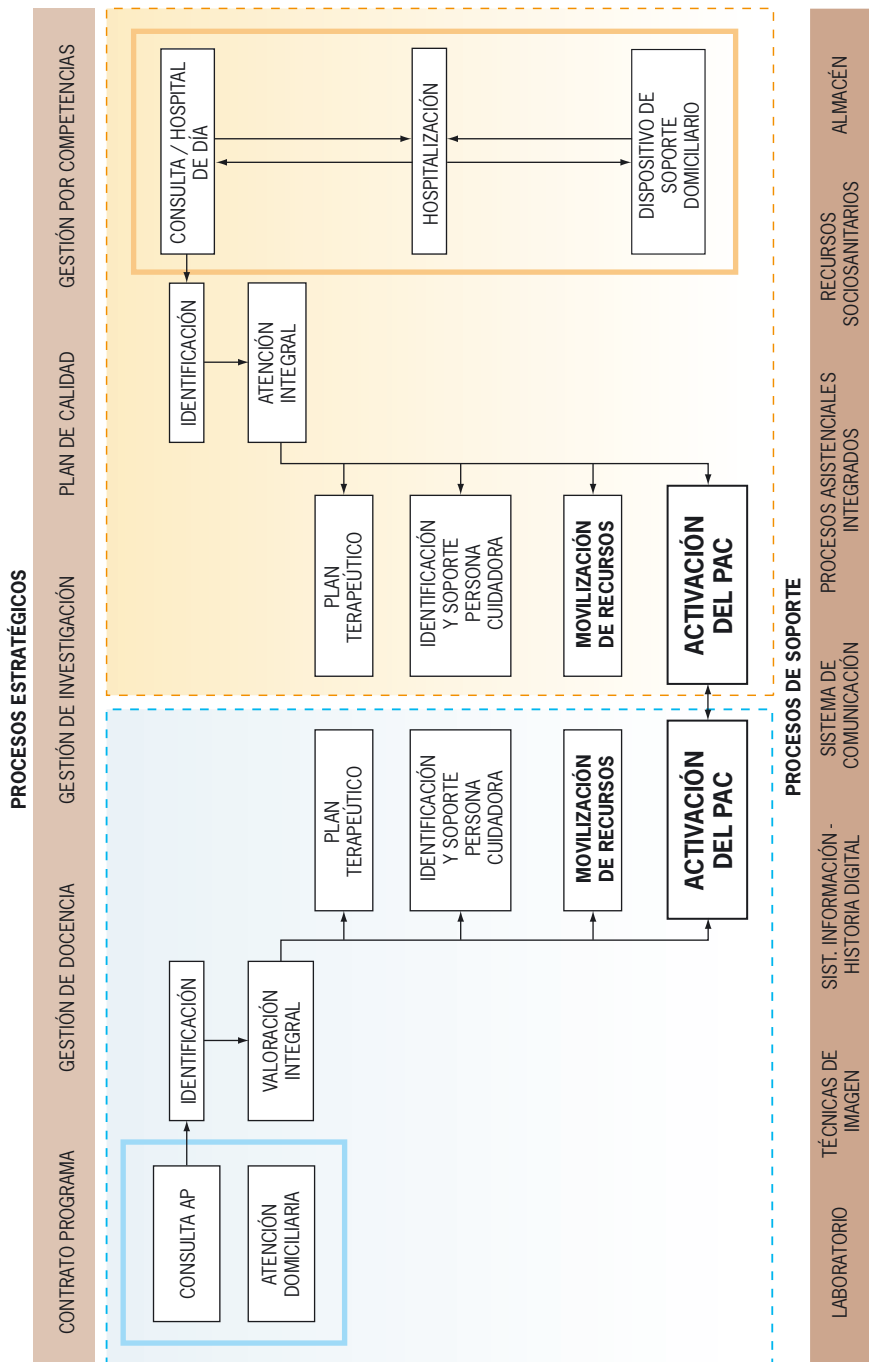
5

REPRESENTACIÓN GRÁFICA

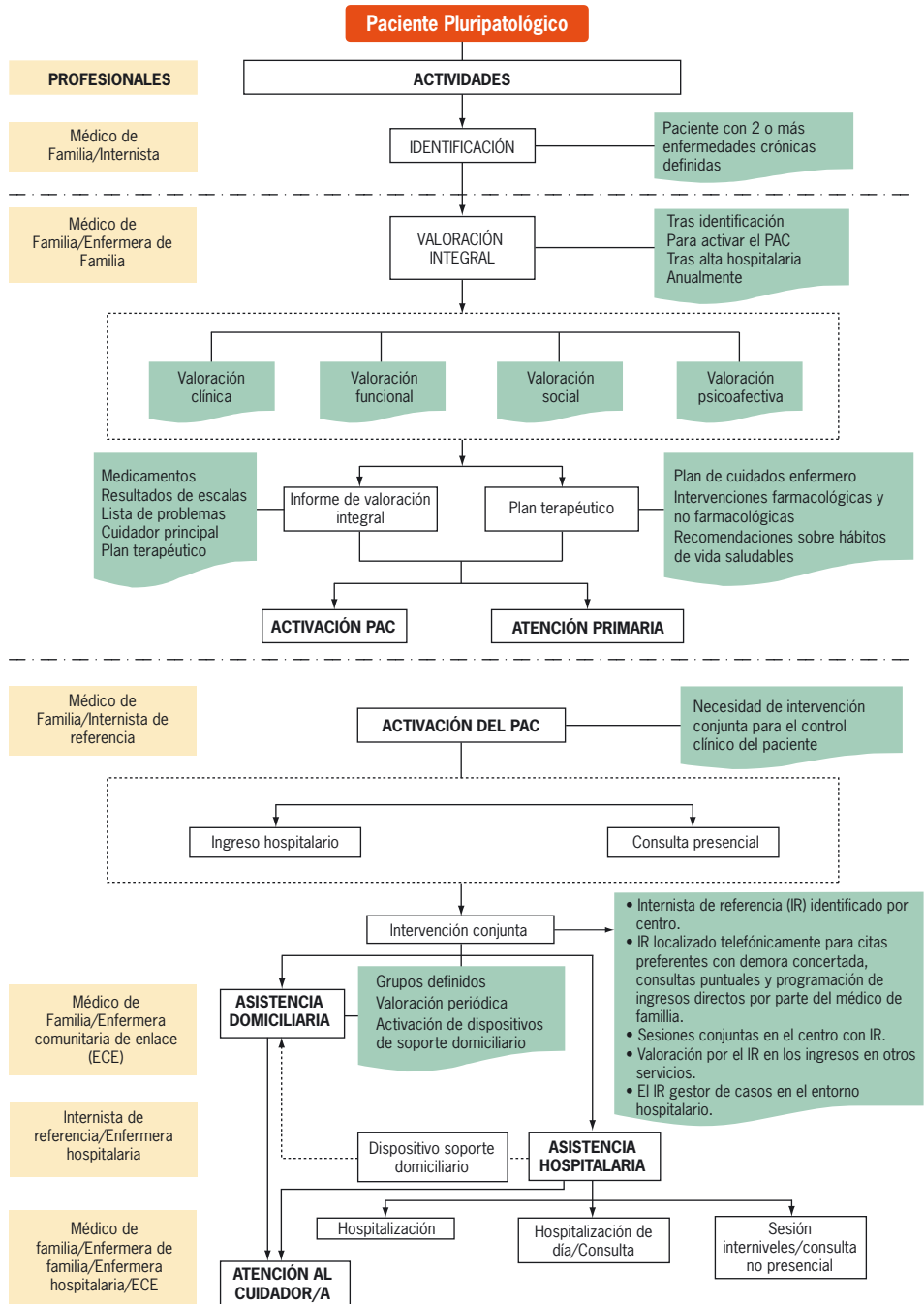
ARQUITECTURA DE PROCESOS NIVEL 1: ATENCIÓN A PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS



ARQUITECTURA DE PROCESOS NIVEL 2: ATENCIÓN A PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS: AP-AE



ARQUITECTURA DE PROCESOS NIVEL 3: ATENCIÓN A PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS



6 INDICADORES

CONSIDERACIONES PREVIAS SOBRE MEDICIÓN DE INDICADORES

Se distinguen dos tipos de indicadores: Por una parte, hay indicadores básicos, que sirven para monitorizar el seguimiento de los principios más relevantes del Proceso cuando se empieza a trabajar, y cuyo cumplimiento durante al menos un año, es imprescindible antes de pasar a monitorizar indicadores avanzados. Por otra parte, los indicadores avanzados recogen aspectos que indican una madurez de funcionamiento importante de los profesionales que integran el área sanitaria local (primaria-hospital), que puede traducir una atención de excelencia al paciente pluripatológico.

Dado que se desconoce la prevalencia exacta de pluripatológicos en cada cupo y servicio, como punto de partida, se utilizarán las siguientes estimaciones previas para los denominadores de algunos indicadores¹: para los cupos de AP se estima un 1,5% de la población general o 5% de la población mayor de 64 años de edad, y para el hospital (servicio de Medicina Interna) se estima en un 30%. Sin embargo, en determinadas áreas sanitarias existen hospitales de crónicos que atienden una población más añosa y con mayor prevalencia de pluripatología (superior al 50%). En estos casos, usar el denominador del 30% puede resultar engañoso al sobreestimar la identificación de casos. Para estos hospitales se asumirá una prevalencia de pluripatológicos del 60%.

¹ Proceso Asistencial Atención al Paciente Pluripatológico (Anexo 10). Consejería de Salud. Sevilla: 2002.

Al comienzo de la monitorización de indicadores deberá hacerse especial hincapié en medir los indicadores relacionados con la identificación del paciente pluripatológico y establecer unos registros destinados a dicha tarea de buena calidad (bases de datos informatizadas a ser posible), ya que el éxito y la facilidad de medición de muchos de los otros indicadores se basará en ello.

Por último, es necesario saber que en ocasiones los indicadores tienen limitaciones al no dar una respuesta definitiva por sí mismos, aunque sí servirán para apuntar la existencia de un problema que necesita ser estudiado más a fondo en dicha área local (ej: un porcentaje de PAC activados bajo puede indicar un problema en AP pero también puede ser debido a inaccesibilidad generada por el hospital).

Indicadores básicos del proceso

CORRECTA IDENTIFICACIÓN DE PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS

Indicador	Porcentaje de pacientes pluripatológicos, identificados correctamente en los registros (informáticos o de papel).
Numerador	Número de pacientes en un cupo, identificados como pluripatológicos, que cumplen realmente los criterios de pluripatológicos x 100.
Denominador	Número total de pacientes del cupo, identificados como pluripatológicos en los registros.
Criterio de revisión	Este indicador puede ser monitorizado en AP y en el hospital. Los criterios para considerar a un paciente como pluripatológico son los mencionados en la definición del proceso. En el hospital, el cupo del médico se considerará aquel compuesto por los enfermos atendidos en la consulta y en los episodios de ingreso. En el caso de que no se dispongan de registros informatizados que automáticamente permitan conocer si el paciente está identificado como pluripatológico, se tendrá que recurrir al muestreo de historias clínicas. Este indicador no sería necesario si para incluir a un paciente como pluripatológico en diraya o en la base de datos del hospital fuese necesario rellenar un formulario que obligara marcar los criterios de inclusión, y que además recogiera el nombre del profesional que incluye al paciente.
Estándar diana	Al menos el 80% de los pacientes identificados como pluripatológicos deberán cumplir correctamente los criterios de inclusión mencionados en el proceso. Es necesaria una identificación correcta del 95% para poder pasar a monitorizar indicadores avanzados.

PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS IDENTIFICADOS

Indicador		Porcentaje de pacientes pluripatológicos, identificados como tal en los registros (informáticos o de papel).
En Atención Primaria	Numerador	Número de pluripatológicos identificados hasta el momento x 100.
	Denominador	Número total de TIS
En Atención Hospitalaria	Numerador	Número de pacientes que ingresan en medicina interna y están identificados como pluripatológicos x 100.
	Denominador	Número total de pacientes que ingresan en medicina interna.
Criterio de revisión		Este indicador puede ser monitorizado en atención primaria y en el hospital. En caso de no disponerse de registros informatizados que automáticamente informen del número de pluripatológicos, se tendrá que recurrir al muestreo de historias clínicas.
Estándar diana	En Atención Primaria	Al menos el 0.75% de las TIS. Es necesaria una identificación del 1.2% para poder pasar a monitorizar indicadores avanzados.
	En Atención Hospitalaria	La prevalencia de pacientes pluripatológicos es diferente en servicios de medicina interna general y en servicios con una orientación hacia enfermos crónicos frágiles. Por tanto ha de diferenciarse un estándar diana diferente según las características del servicio. En servicios de medicina interna general al menos el 15% de los ingresos deberá ser identificado como pluripatológico. Es necesario que el 25% de los ingresos esté identificado para poder pasar a monitorizar indicadores avanzados. En servicios de medicina interna con una orientación hacia pacientes crónicos frágiles el 30% de los ingresos deberá ser identificado como pluripatológico. En estos servicios es necesario que el 50% de los ingresos esté identificado para poder pasar a monitorizar indicadores avanzados.

VALORACIONES INTEGRALES REALIZADAS

Indicador	Porcentaje de pacientes pluripatológicos, a los que se les realiza valoración integral en el momento de identificación del paciente y anualmente.
Numerador	Número de pacientes pluripatológicos con valoración clínica, funcional, social, y psicoafectiva durante el último año x 100.
Denominador	Número total de pacientes identificados como pluripatológicos.
Criterio de revisión	Este indicador puede ser monitorizado solamente en atención primaria. En aquellos pacientes en los que la valoración integral inicial se haya realizado en el año anterior (Por Ej: durante 2006), deberán tener también realizada la valoración anual para que se pueda dar el caso como válido e incluirlo en el numerador. Para los pluripatológicos que ya estuviesen identificados previamente al momento de iniciar la monitorización de este indicador, se usará solamente en la evaluación la valoración integral anual. La valoración integral se considerará válida solo si se hace mención de la situación de las cuatro áreas y se usan las escalas según se indica en el proceso.
Estándar diana	Al menos el 30% de los pacientes pluripatológicos deberá tener la valoración integral válida realizada. Es necesaria una valoración integral válida realizada en el 70% de los pluripatológicos para poder pasar a monitorizar indicadores avanzados.

PAC ACTIVADOS

Indicador	Porcentaje de pluripatológicos con PAC activado.
Numerador	Número de pluripatológicos con PAC activado x 100.
Denominador	Número total de pluripatológicos identificados.
Criterio de revisión	Este indicador puede ser monitorizado solamente en atención primaria. Para monitorizar este indicador es necesario que previamente los médicos de cada cupo hayan registrado rutinariamente la activación del PAC en Diraya.
Estándar diana	Al menos 10% de pacientes pluripatológicos tendrán un PAC activado. Para poder monitorizar indicadores avanzados, se necesitaría un 20% de pacientes con PAC activado.

VISITAS DOMICILIARIAS POR EL EQUIPO DE PRIMARIA

Indicador	Visitas domiciliarias programadas tras el alta hospitalaria.
Numerador	Número de visitas domiciliarias programadas a pacientes pluripatológicos en programa de asistencia domiciliaria, realizadas por el médico y enfermera de familia en la primera semana tras el alta, durante el trimestre.
Denominador	Número total de pluripatológicos en programa de asistencia domiciliaria del cupo, dados de alta en el trimestre.
Criterio de revisión	Se considerará válida aquella visita realizada en la semana natural tras el alta hospitalaria. Para que se pueda monitorizar este indicador es necesario que se registren rutinariamente en Diraya todos los pacientes que están programa de atención domiciliaria y todos los pacientes que son dados de alta del hospital.
Estándar diana	Al menos el 50% de pacientes dados de alta serán visitados. Para poder monitorizar indicadores avanzados, se necesitaría que el 80% de las altas se visitaran en el domicilio.

IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA CUIDADORA

Indicador	Porcentaje de pacientes pluripatológicos dependientes en los que se tiene identificado a la persona cuidadora principal.
Numerador	Número de pacientes pluripatológicos con Barthel <60 o Pfeiffer >5 errores, que tienen identificados en los registros al cuidador principal x 100.
Denominador	Número total de pluripatológicos con Barthel <60 o Pfeiffer >5 errores, identificados.
Criterio de revisión	Este indicador puede ser monitorizado en atención primaria y en hospitalaria. Para que la identificación de la persona cuidadora sea válida tiene que tener los siguientes componentes: nombre del cuidador (si no tiene registrar la carencia del mismo), parentesco (hija, sobrina, etc...), lugar de residencia (vive en el mismo domicilio, vive cerca, etc), y teléfono de contacto. Si el paciente está institucionalizado en una residencia se mencionará el nombre de la residencia y teléfono, así como el nombre del familiar responsable de las decisiones sobre el paciente, parentesco, y teléfono de contacto. En los pacientes que no tienen persona cuidadora, se registrará dicha ausencia.
Estándar diana	Al menos el 50% de pacientes dependientes tendrá identificado al cuidador principal. Para poder monitorizar indicadores avanzados, se necesitaría que el 75% de los pacientes tuviesen identificado al cuidador principal.

INFORMES DE CONSULTA EXTERNA HOSPITALARIA

Indicador	Porcentaje de pacientes pluripatológicos que acuden a consultas de medicina interna a los que se les realiza informe de asistencia.
Numerador	Número de pacientes pluripatológicos, atendidos en consulta durante el trimestre, a los que se les emite un informe de asistencia x 100.
Denominador	Número total de pluripatológicos valorados en consulta durante el trimestre.
Criterio de revisión	El informe se considerará admisible solo, si tuviese los siguientes apartados: alergias y reacciones medicamentosas; diagnóstico de "PACIENTE PLURIPATOLÓGICO"; así como una referencia expresa a las áreas clínicas y funcionales y un plan terapéutico.
Estándar diana	Al menos el 50% de los pacientes pluripatológicos atendidos en consultas deberá tener un informe de asistencia. El máximo cumplimiento se considerará cuando se realicen los informes en el 80% de los casos.

INGRESOS HOSPITALARIOS PROGRAMADOS

Nota aclaratoria	Sería ideal que cada servicio conociera qué porcentaje de enfermos pluripatológicos le ingresa de forma programada del total de ingresos de pluripatológicos en el servicio. Ya que ello implica evidentes problemas de medición, con vistas a facilitar su medición, se ha asumido que como aproximación a dicho parámetro, el conocer el porcentaje de ingresos programados, de forma general, sería válida.
Indicador	Porcentaje de ingresos programados en el servicio de medicina interna.
Numerador	Número de ingresos programados durante un trimestre, atendidos por un profesional, unidad, o servicio de medicina interna x 100.
Denominador	Número total de ingresos durante el trimestre, atendidos por el profesional, unidad, o servicio 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. Siempre que sea posible, la medición se realizará lo más desagregada posible, es decir, a nivel de cada profesional. En caso de que ello no sea posible, se realizará la medición al nivel inmediatamente superior: unidad funcional (Ej: grupo de profesionales de un ala o planta), o a nivel del servicio de medicina interna completo.
Estándar diana	Al menos el 5% de los ingresos de medicina interna deberá ser programado. El máximo cumplimiento se considerará cuando el 20% de los ingresos sean programados.

VALORACIÓN DEL ÍNDICE DE ESFUERZO DEL CUIDADOR

Indicador	Porcentaje de personas cuidadoras de pacientes pluripatológicos, en programa de atención domiciliaria, a los que se les realiza valoración del índice de esfuerzo del cuidador.
Numerador	Número de personas cuidadoras de pacientes pluripatológicos, en programa de atención domiciliaria, a los que se les realiza valoración del índice de esfuerzo del cuidador x 100.
Denominador	Número total de personas cuidadoras de pacientes pluripatológicos incluidos en el programa de atención domiciliaria.
Criterio de revisión	Para monitorizar fácilmente este indicador será necesario registrar de forma rutinaria y recuperable en las bases de datos, los pacientes en programa de atención domiciliaria y la realización de las valoraciones.
Estándar diana	Al menos el 50% de las personas cuidadoras tendrá realizada la valoración. El máximo cumplimiento se considerará cuando el 90% de las personas cuidadoras tenga realizada la valoración.

Indicadores de implantación avanzada del proceso

Para que puedan monitorizarse estos indicadores, previamente se deben cumplir correctamente cuatro de los básicos, que incluyan necesariamente los de identificación y de valoración integral. Para el hospital: indicadores de identificación, el informe de consulta, y los ingresos programados. La máxima implantación del proceso se considerará cuando todos los indicadores avanzados se cumplan adecuadamente.

VALORACIONES INTEGRALES REALIZADAS (en pacientes con PAC activado o tras alta hospitalaria)

Indicador	Porcentaje de pacientes pluripatológicos a los que se les actualiza la valoración integral al activar el PAC o tras alta hospitalaria.
Numerador	Número de pacientes pluripatológicos, atendidos en el trimestre, con valoración clínica, funcional, social, y psicoafectiva, en el momento de activación del PAC o tras alta hospitalaria (entre la segunda y la sexta semana) x 100.
Denominador	Número total de pluripatológicos atendidos durante el trimestre, con activación del PAC o con alta hospitalaria.
Criterio de revisión	Este indicador puede ser monitorizado en atención primaria y en la hospitalaria. Los PAC activados que se considerarán para evaluar este indicador serán solamente las derivaciones al hospital para consultas de presencia física o ingreso. Para monitorizar este indicador fácilmente será necesario registrar de forma rutinaria y recuperable en las bases de datos, los episodios de activación del PAC, las altas hospitalarias, y las consultas de pacientes con PAC activados. La valoración integral se considerará válida solo si se hace mención de la situación de las cuatro áreas y se usan las escalas. La fuente de datos para la realización de este indicador será el informe de valoración integral creado para activar el PAC, y el informe de consulta tras alta hospitalaria.
Estándar diana	Al menos el 50% de los pacientes pluripatológicos deberá tener la valoración integral, válida, realizada. El máximo cumplimiento se considerará cuando las valoraciones integrales se realicen en más del 80% de los casos.

INFORMES DE VALORACIÓN INTEGRAL

Indicador	Porcentaje de pacientes pluripatológicos, a los que se les realiza informe de valoración integral en el momento de su identificación como paciente pluripatológico y anualmente.
Numerador	Número de pacientes pluripatológicos con informe de valoración integral realizado en el momento de la identificación (en el primer mes de su identificación) y anualmente x 100.
Denominador	Número total de pluripatológicos identificados en el cupo.
Criterio de revisión	<p>Este indicador puede ser monitorizado en atención primaria. El informe de valoración integral se considerará admisible solo, si tuviese los siguientes apartados: alergias y reacciones medicamentosas; diagnóstico de "PACIENTE PLURIPATOLOGICO", valoración válida y completa de las cuatro áreas (clínica, funcional, social, y psicoafectiva); identificación del cuidador o la ausencia del mismo; medicación activa; la existencia o no de abordaje interdisciplinar; lista de problemas; y plan terapéutico. En aquellos pacientes que hayan sido identificados en el año previo (Por Ej: durante el año 2006), no se considerará válido para el numerador los que tengan solamente uno de los dos informes realizados.</p> <p>Para monitorizar fácilmente este indicador será necesario registrar de forma rutinaria y recuperable en las bases de datos, los pacientes identificados como pluripatológicos y la fecha de su identificación, así como el texto completo de los informes emitidos en cada paciente y su fecha de emisión.</p>
Estándar diana	Al menos el 50% de los pacientes pluripatológicos deberá tener realizados los informes de valoración integral. El máximo cumplimiento se considerará cuando se realicen los informes en más del 80% de los casos.

SEGUIMIENTO HOSPITALARIO PROSPECTIVO DE PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS INGRESADOS EN ESPECIALIDADES QUIRÚRGICAS

Indicador	Porcentaje de pacientes ingresados en unidades quirúrgicas que son atendidos de forma conjunta por internistas, de forma prospectiva.
Numerador	Número de pacientes pluripatológicos ingresados 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. Por seguimiento prospectivo se entiende como la toma de contacto con el paciente antes de que hayan aparecido complicaciones. Como aproximación a dicho concepto, se podría utilizar como criterio válido que el paciente haya sido valorado por medicina interna en las primeras 72 horas de su ingreso. Para monitorizar fácilmente este indicador será necesario registrar de forma rutinaria y recuperable en las bases de datos los pacientes pluripatológicos ingresados en servicios quirúrgicos que son atendidos de forma prospectiva por un internista.
Estándar diana	Al menos el 50% de los pacientes pluripatológicos ingresados en los servicios quirúrgicos deberá tener seguimiento médico. El máximo cumplimiento se considerará cuando el seguimiento se realice en el 90% de los pacientes.

REUNIONES MENSUALES INTERNIVELES

Indicador	Número de reuniones interniveles realizadas.
Criterio de revisión	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 y realización de acta de la reunión.
Estándar diana	Al menos se celebrarán seis reuniones anuales. El máximo cumplimiento se considerará cuando se realicen diez sesiones anuales.

TALLERES DE FORMACIÓN DIRIGIDO A LAS PERSONAS CUIDADORAS

Indicador	Número de talleres formativos realizados.
Criterio de revisión	<p>Este indicador puede ser medido en AP y en el hospital.</p> <p>Los talleres abordaran áreas que faciliten y aporten herramientas a las personas cuidadoras en relación a la prestación de cuidados:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Formación, asesoramiento y apoyo en el abordaje de los cuidados • Potenciación de la Autoestima • Técnicas de relajación y ergonomía • Información y asesoramiento de los recursos sociales y sanitarios de la zona de influencia o área... <p>Los talleres tendrán como unidad-eje central la “sesión”, de 1-2 horas de duración, por lo que atendiendo a las necesidades detectadas en el grupo de personas cuidadoras, a la disponibilidad y cartera de servicios de los profesionales implicados, o a la propia organización del nivel asistencial donde se impartan, estos talleres podrán configurarse en contenido de una, dos o más “sesiones” según se determine.</p> <p>Los talleres serán coordinados en Atención Primaria por la Enfermera Comunitaria de Enlace y por la Enfermera referente en Atención hospitalaria (si los hubiera), pudiendo ser impartidos por los diferentes profesionales del sistema sanitario (médicos, enfermeras, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, trabajadores sociales,...). Los contenidos del taller y el material de soporte entregado han de estar adaptados a la mejor evidencia científica disponible. Para que un taller sea reconocido una copia de los programas y contenidos de los mismos serán remitidos a las comisiones de calidad respectivas y al equipo de implantación local, para facilitar la coordinación de los contenidos de los mismos dentro de área sanitaria.</p> <p>Para monitorizar fácilmente este indicador será necesario registrar los talleres realizados en cada centro, así como el número de personas cuidadoras incluidas en cada uno de ellos.</p>
Estándar diana	<p>En AP, deberán realizarse al menos dos talleres al año de cuatro o más sesiones cada uno, considerándose el máximo cumplimiento cuando se realicen más de cuatro al año.</p> <p>En el nivel de Atención hospitalaria deberán realizarse al menos seis talleres al año de una o más sesiones cada uno, considerándose el máximo cumplimiento cuando se realicen más de doce al año.</p>

ESCALAS DE VALORACIÓN FUNCIONAL, PSICOAFECTIVA Y SOCIOFAMILIAR

1. ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA 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 braquero 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 la sonda y cambiar la 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	
RETRETE		
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, maniobrarla por la casa, etc.)
0	Dependiente	Camina menos de 45 metros. Si utiliza silla de ruedas debe ser empujada por otra persona.
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	Necesita ayuda	Necesita ayuda física o verbal.
0	Dependiente	

VALORACIÓN:

- La escala se debe realizar para valorar dos situaciones:
 - La situación actual del paciente.
 - La situación basal, es decir la situación previa al proceso que motiva una consulta cuando se realiza durante un ingreso o un proceso agudo.

- La valoración se realiza según la 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 propuesta 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.

Estratificación:

Diraya [*]		Proceso APP ^{**}	
Puntuación	Dependencia	Puntuación	Dependencia
0-20	Total	< 20 (0-15)	Total
25-60	Severa	20-35	Grave
65-90	Moderada	40-55	Moderada
95	Leve	≥60 (60-95)	Leve
100	Independencia	100	Independencia

2. ÍNDICE PARA ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA. 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 llevar a cabo, previamente, 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.
- Tiempo estimado de administración: 5-10 minutos.

^{*}Shah S, Vanclay F and Cooper B. J. Clin Epidemiol 1989. 42(8), 703-709.

^{**}Baztan JJ, Perez del Molino, Alarcon J et al. Índice de Barthel: instrumento válido para la valoración funcional de pacientes con enfermedad cerebrovascular. Rev Esp Geriatr Gerontol, 1993; 28: 32-40

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.

Estratificación:

Puntuación	Dependencia
0-1	Total
2-3	Severa
4-5	Moderada
6-7	Ligera
8	Independencia

3. ÍNDICE DE ESFUERZO DEL CUIDADOR

DESCRIPCIÓN:

- El Índice del Esfuerzo del Cuidador (IEC) (*Caregiver Burden Scale*), 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 cuidadora de personas dependientes en general.

*López Alonso SR y Moral Serrano MS. Validación del Índice de Esfuerzo del Cuidador en la población española. *Enferm Común* 2005; 1(1). Disponible en <http://www.index-f.com/comunitaria/1revista/1_articulo_12-17.php>

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 un 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 punto y una puntuación total de 7 o más sugiere un nivel elevado de esfuerzo.

4. ESCALA DE VALORACIÓN SOCIOFAMILIAR DE GIJÓN

DESCRIPCIÓN:

- La Escala de valoración sociofamiliar 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 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 objetivación de alguna circunstancia o problema social, obteniéndose una puntuación global.
- 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.

5. VALORACIÓN COGNOSCITIVA. MINI EXAMEN COGNOSCITIVO (Lobo)

DESCRIPCIÓN:

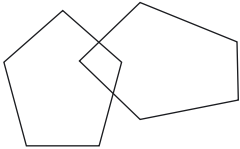
- El Mini Examen Cognoscitivo (MEC) es una traducción validada al español por Lobo et al del *Minimental Test de Folstein* (MMT). Se utiliza como herramienta de cribado del deterioro cognitivo, como ayuda al diagnóstico de demencias y está incluido en los criterios diagnósticos del National Institute of Neurological and Communicative Disorders and the Alzheimer`s Disease and Related Disorders Association NINCDS-ADRDA.
- 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 heteroadministrado 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.

- Orientación: Cada respuesta correcta es 1 punto.
- 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).
- 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
- Memoria diferida: por cada palabra que recuerde (dejarle tiempo suficiente): 1 punto:
- 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).
- 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.

- 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-lo 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.
- 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.
- 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.

ORIENTACIÓN TEMPORAL (Cada respuesta vale 1 punto)	
¿Sabe en qué año estamos? ¿En qué época del año? ¿En qué mes estamos? ¿Qué día de la semana es hoy? ¿Qué día del mes es hoy?	5
ORIENTACIÓN ESPACIAL. (Pueden sustituirse los lugares originales por los alternativos)	
¿Me puede decir en qué país estamos? ¿Sabe en qué provincia estamos? (o comunidad autónoma) ¿Y en qué ciudad (pueblo) estamos? ¿Sabe dónde estamos ahora? (Hospital/Clinica/casa: nombre de la calle) ¿Y en qué planta (piso)? (Casa: piso o número de la calle)	5
MEMORIA DE FIJACIÓN	
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 palabras.	3
CONCENTRACIÓN Y CÁLCULO	
Si tiene 30 pesetas y me las va dando de 3 en 3, ¿cuántas le van quedando? 27, 24, 21, 18, 15	5
MEMORIA DIFERIDA	
¿Recuerda las tres palabras que le he dicho antes? Peseta-Caballo-Manzana	3
NOMINACIÓN	
¿Qué es esto? (mostrar un bolígrafo) ¿Qué es esto? (mostrar un reloj)	2
REPETICIÓN	
Le voy a pedir que repita esta frase. ¿Preparado? "En un trigal había cinco perros"	1
COMPRENSIÓN	
Escuche atentamente, voy a pedirle que haga algo. Coja este papel con la mano derecha (pausa), doblelo por la mitad (pausa) y pongalo en la mesa (o en el suelo). Cogerlo con la mano derecha, doblarlo por la mitad, ponerlo en el suelo	3
LECTURA	
Por favor, Lea esto y haga lo que dice ahí: (CIERRE LOS OJOS)	1
ESCRITURA	
Por favor escriba una frase,... algo que tenga sentido	1
DIBUJO	
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 deterioro cognitivo 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 SPMSQ 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 la población mayor de 65 años, mientras que para la población de menor edad, Lobo propone que el mejor rendimiento es para el punto de corte 27/28. Para su interpretación se utiliza la siguiente estratificación.

Estratificación para mayores de 65 años

Puntuación	Grado de deterioro
Probablemente sin deterioro	≥ 24 (Máxima 35)
Probablemente con deterioro moderada	≤ 23 18-23
grave	≤ 18

6. CUESTIONARIO 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 mas si no ha recibido educación primaria y un error menos si ha recibido estudios superiores.

	(+)	(-)
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 tlf)		
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 al 0		
Puntuación Total.....		

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.

7. ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA 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 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 cuestiones normales.

- Existen 2 versiones, una completa de 30 ítems y una abreviada de 15 ítems. La versión abreviada de 15 ítems es más recomendable en Atención Primaria por su fácil manejo (no requiere entrevistador entrenado) y rapidez (5-8 minutos).

VERSIÓN REDUCIDA		
¿En general está satisfecho/a con su vida?	SI =0	NO =1
¿Ha abandonado muchas de sus tareas habituales y aficiones?	SI =1	NO =0
¿Siente que su vida está vacía?	SI =1	NO =0
¿Se siente con frecuencia aburrido/a?	SI =1	NO =0
¿Se encuentra de buen humor la mayor parte del tiempo?	SI =0	NO =1
¿Teme de algo malo pueda ocurrirle?	SI =1	NO =0
¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	SI =0	NO =1
¿Con frecuencia se siente desamparado/a, desprotegido/a?	SI =1	NO =0
¿Prefiere quedarse en casa más que salir y hacer cosas nuevas?	SI =1	NO =0
¿Cree que tiene más problemas que la mayoría de la gente?	SI =1	NO =0
¿En este momento, piensa que es estupendo estar vivo?	SI =0	NO =1
¿Actualmente se siente un/a inútil?	SI =1	NO =0
¿Piensa que su situación es desesperada? ¿Se siente sin esperanza en este momento?	SI =1	NO =0
¿Se siente lleno/a de energía?	SI =0	NO =1
¿Cree que la mayoría de la gente está en mejor situación que Vd?	SI =1	NO =0
TOTAL		

VALORACIÓN

- En la versión breve se considera un resultado normal los valores de 0 a 5 puntos. Valores entre 6 y 9 son sugestivos de probable depresión y valores de 10 o más de depresión establecida. Las sensibilidades y especificidades son muy altas para ambos puntos de corte.
- Estratificación:
Normal = 0 – 5 puntos.
Probable depresión = 6 – 9 puntos.
Depresión establecida = > 9 puntos.

REFERENCIAS:

- **INDICE DE BARTHEL**
 - Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: The Barthel Index. *Md State Med J* 1965; 71 (2): 61-5.
 - Baztan JJ, Perez del Molino, Alarcon J et al. Indice de Barthel: instrumento válido para la valoración funcional de pacientes con enfermedad cerebrovascular. *Rev Esp Geriatr Gerontol*, 1993; 28: 32-40
 - Shah S. Vanclay F and Cooper B. *J. Clin Epidemiol* 1989. 42(8), 703-709.
- **ESCALA DE LAWTON Y BRODY**
 - Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-main-taining, and instrumental activities of daily living. *Gerontologist* 1969; 9: 179-86.
- **ESCALA DE VALORACION SOCIOFAMILIAR DE GIJON**
 - Diaz ME, Domínguez O, Toyos G. Resultados de la aplicación de una escala de valoración sociofamiliar en atención primaria. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1994;29:339-245.
 - Alarcón MT, González JI. La escala sociofamiliar de Gijón, instrumento útil en el hospital general. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1998;33:178-179.
- **VALORACIÓN DE RIESGO SOCIAL - ESCALA DE VALORACIÓN SOCIOFAMILIAR -**
 - Evaluación de la fiabilidad y validez de una escala de valoración social en el anciano D Cabrera González A Menéndez Caicoya A Fernández Sánchez V Acebal García JV García González E Díaz Palacios A Salamea García Atención Primaria Viernes 30 Abril 1999. Volumen 23 - Número 7 p. 434 - 440
 - El cuidador del paciente con demencia: aplicación del test Índice del Esfuerzo del Cuidador. MJ Gómez-Ramos FM González-Valverde
 - Geriatria y Gerontología 1 Mayo 2004. Volumen 39 - Número 03 p. 154 - 159 Cuestionarios, Test, e Índices de valoración, Desarrollo e Innovación en Cuidados, Consejería de Salud, Servicio Andaluz de Salud, Junta de Andalucía
- **ÍNDICE DE ESFUERZO DEL CUIDADOR**
 - Robinson BC. Validation of a Caregiver Strain Index. *Journal of Gerontology* 1983; 38(3): 344-8.
 - Zarit SH, Birkel RC, MaloneBeach EE. Spouses as caregivers: Stresses and interventions. En: Goldstein MZ (ed), *Family involvement in the treatment of the frail elderly*. Washington DC: American Psychiatric Press, 1989: 23-62.
 - López Alonso SR y Moral Serrano MS. Validación del Índice de Esfuerzo del Cuidador en la población española. *Enferm Comun* 2005; 1(1). Disponible en <http://www.index-f.com/comunitaria/1revista/1_articulo_12-17.php>
- **MINIEXAMEN COGNITIVO DE LOBO**
 - 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: 189-202.
 - Vinyoles E, Vila J, Argimon JM, Espinas J, Abos T, Limón E. Concordancia entre el Mini-Examen Cognoscitivo y el Mini-Mental State Examination en el cribado del déficit cognitivo. *Aten Primaria* 2002; 30: 5-15.

- Lobo A, Sanz P, Marcos G, Día JL, de la Cámara C, Ventura t et al. Revalidación y normalización del Mini-Examen Cognoscitivo (primera versión en castellano del Mini-Mental Status Examination) en la población general geriátrica. Med Clin (Barc) 1999; 112: 767-774
- Versión del MMSE (Mini-Mental State Examination) de Folstein et al (1) de 1975.
- Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. Mini.Mental State. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. J Psychiatr Res 1975; 12: 189-198.
- McKhann G et al. Clinical diagnosis of Alzheimer's disease: Report of the NINCDS-ADRDA Work Group under the auspices of Department of Health and Human Services Task Force on Alzheimer's Disease. Neurology 1984; 34: 939-944.
- López S, Llinàs J, Vilalta J, Lozano R The prevalence of dementia in Girona. Neurología 1995; 10(5): 189-193.
- Gonzalez Moneo MJ, Escriba Ferrairo R, Vinyoles Bargallo E, Espel Masferrer C, Davins Miralles J, Borrell Munoz M. Estimaciones de la frecuencia de déficit cognitivo según el test empleado Aten Primaria. 1997 Sep 15;20(4):173-9.
- Julio Bobes García. Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica. Psiquiatría Editores, S.L. 2002
- PFEIFFER
 - Gonzalez JI, Rodríguez L, Ruipérez I, Validación del cuestionario de Pfeiffer y la escala de incapacidad mental de la Cruz Roja en la detección del deterioro mental en los pacientes externos de un servicio de Geriatria. Rev Esp Geriatr Gerontol 1992; 27: 129-134.
 - Martinez J, Dueñas R, Onís MC, Aguado C, Albert C, Luque R: Adaptación y validación al castellano del cuestionario de Pfeiffer (SPMSQ) para detectar la existencia de deterioro cognitivo en personas mayores de 65 años. Med Clin (Barc) 2001; 117: 129-134.
 - 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.
- YESAVAGE
 - Martinez J, Onís MC, Dueñas R, Albert C, Aguado C, Luque R: Versión española del cuestionario de Yesavage abreviado (GDS) para el despistaje de depresión en mayores de 65 años: adaptación y validación. MEDIFAM 2002; 12 (10): 620-630.
 - Yesavage JA, Brink TL, Rose TL. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. J Psychiatry Res 1983; 173 37-49.

ESCALAS CLÍNICAS ÚTILES EN LA ATENCIÓN A PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS

CLASIFICACIÓN DE LA NYHA DE INSUFICIENCIA CARDÍACA*:

I=No limitación de la actividad habitual; la actividad habitual no le causa disnea, angina, cansancio ni palpitaciones.

II=Limitación leve de actividad habitual; confortable en reposo, pero la actividad habitual le causa disnea, angina, cansancio o palpitaciones.

III=Limitación severa de actividad habitual, confortable en reposo, pero cualquier actividad menor de la habitual le causa disnea, angina, cansancio o palpitaciones.

IV=Síntomas de insuficiencia cardíaca en reposo; incapaz de realizar ninguna actividad sin síntomas; si realiza cualquier actividad los síntomas empeoran.

*Hunt, SA, Abraham, WT, Chin, M, et al. ACC/AHA guidelines for the evaluation and management of chronic heart failure in the adult. J Am Coll Cardiol 2005; 46.

SISTEMA DE CLASIFICACIÓN DE LA ANGINA DE ESFUERZO DE LA SOCIEDAD CARDIOVASCULAR CANADIENSE*:

I=la actividad física habitual como andar ó subir escaleras no le produce angina. La angina ocurre con ejercicio extenuante, rápido, ó prolongado.

II=limitación leve de la actividad física habitual. La angina le ocurre andando o subiendo escaleras rápidamente, caminando cuesta arriba, andando o subiendo escaleras tras comidas, con temperaturas frías, o con viento, o bajo estrés emocional, o sólo algunas horas tras despertarse. La angina le ocurre al caminar por más de dos manzanas o al subir escaleras de más de un piso (un nivel) en condiciones normales y a paso normal.

III=limitación marcada de la actividad física habitual. La angina le ocurre andando entre una y dos manzanas ó al subir un piso (un nivel) en condiciones normales y a paso normal.

IV=Incapacidad de realizar alguna actividad física sin síntomas. Los síntomas anginosos pueden estar presentes en reposo.

*Campeau L. Grading angina pectoris. Circulation 1976; 54:522-523.

CLASIFICACIÓN DEL BRITISH MRC DE LA DISNEA EN LA EPOC*:

0=disnea sólo tras ejercicio extenuante.
I=disnea al caminar por terreno llano a paso ligero ó subiendo pendientes.
II=camina más lento que los sujetos de su edad, por disnea, o tiene que detenerse para tomar aire cuando camina a su propio paso por terreno llano.
III=se detiene para tomar aire después de caminar por pocos minutos en terreno llano, debido a la disnea.
IV=disnea al mínimo esfuerzo que no le permite salir del domicilio, ni vestirse ó desvestirse.

*Bestall, JC, Paul, EA, Garrod, R, et al. 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

CLASIFICACIÓN CHILD-PUGH DE LA CIRROSIS HEPÁTICA*

A=menos de 7 puntos. B=7-9 pts. C si >10 pts

Parámetro/puntos	1	2	3
Ascitis	no	leve	Moderada-severa
Bilirrubina (mg/dL)	<=2	2-3	>3
Albúmina (g/dL)	>3.5	2.8-3.5	<2.8
INR	<1.7	1.8-2.3	>2.3
Encefalopatía	ausente	Grado 1-2	Grado 3-4

*Pugh, RN, Murray-Lyon, IM, Dawson, JL, et al. Transection of the oesophagus for bleeding oesophageal varices. Br J Surg 1973; 60:646.

ESTADÍOS DE LA INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA*

I= Tasa de filtrado glomerular normal (≥ 90 ml/min por $1.73m^2$) y albuminuria persistente (>3meses)
II= Tasa de filtrado glomerular entre 60-89ml/min por $1.73m^2$ y albuminuria persistente (>3meses).
III= Tasa de filtrado glomerular entre 30-59ml/min por $1.73m^2$.
IV= Tasa de filtrado glomerular entre 15-29ml/min por $1.73m^2$.
V= Tasa de filtrado glomerular <15ml/min por $1.73m^2$, ó hemodiálisis.

Fórmula de Cockcroft y Gault para el cálculo de aclaramiento de creatinina: $[(140 - \text{edad en años}) \times \text{Peso en Kg}] / [Cr \text{ plasma (mg/dl)} \times 72]$ para varones. La misma fórmula pero multiplicado por 0,85 para mujeres.

* Levey, AS, Coresh, J, Balk, E, Kausz, AT. National Kidney Foundation practice guidelines for chronic kidney disease: evaluation, classification, and stratification. Ann Intern Med 2003; 139:137.

CLASIFICACIÓN DE SALUD DE PACIENTES CON CÁNCER DE LA ECOG (Eastern Cooperative Study Group Performance Scale)

0= Asintomático. El paciente puede realizar las mismas actividades que realizaba antes del diagnóstico de cáncer.
1= Sintomático, pero perfectamente ambulatorio.
2= Sintomático. Precisa permanecer <50% del tiempo vigil en la cama.
3= Sintomático. Precisa permanecer >50% del tiempo vigil en la cama.
4= Postrado en la cama.

Oken, M.M., Creech, R.H., Tormey, D.C., Horton, J., Davis, T.E., McFadden, E.T., Carbone, P.P. Toxicity And Response Criteria Of The Eastern Cooperative Oncology Group. *Am J Clin Oncol* 1982; 5:649-655.

CLASIFICACIÓN DE LA FONTAINE DE LA SEVERIDAD CLÍNICA DE LA ENFERMEDAD ARTERIAL PERIFÉRICA*:

I=Lesiones asintomáticas.
II=Claudicación intermitente. IIa=leve (tras más de 150 metros de marcha por terreno llano). IIb=moderada-severa (tras menos de 150 metros de marcha por terreno llano).
III=Dolor en reposo.
IV=Lesiones de necrosis y/o gangrena

* ACC/AHA 2005 practice Guidelines for the Management of Patients With Peripheral Arterial Disease. *Circulation* 2006;113:1474-1547.

ESCALA DE BRADEN-BERGSTROM. EVALUACIÓN DEL RIESGO DE PADECER ULCERAS POR PRESIÓN (UPP).

	Percepción sensorial	Exposición a la humedad	Actividad	Movilidad	Nutrición	Riesgo de lesiones cutáneas
1	Completamente limitada	Constantemente húmeda	Encamado	Completamente inmóvil	Muy pobre	Problema
2	Muy limitada	Húmeda con frecuencia	En silla	Muy limitada	Probablemente inadecuada	Problema potencial
3	Ligeramente limitada	Ocasionalmente húmeda	Deambula ocasionalmente	Ligeramente limitada	Adecuada	No existe problema aparente
4	Sin limitaciones	Raramente húmeda	Deambula frecuentemente	Sin limitaciones	Excelente	

RIESGO UPP: < 13: alto riesgo. 13-14 riesgo moderado. >14 bajo riesgo

Bergstrom B, Braden N, Laguzza A, Hollman V. The Braden scale for predicting pressure sore risk. *Nursing Research* 1987;36:205-10. Prevalencia y prevención de las úlceras por presión en una cohorte de nonagenarios. Estudio Nona Santfeliu A Ferrer. F Formiga. I Lombarte. C Olmedo. E Henríquez. *Aten Primaria*. 2006;37:466.

PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADO DE ENFERMERÍA

Este plan de cuidados aborda los problemas más comunes que suelen aparecer en las personas incluidas en este Proceso Asistencial. Sin embargo, no debemos obviar que se trata de un plan de cuidados estandarizado por lo que habrá que personalizarlo a cada paciente y situación.

En general, estas personas presentan una especial fragilidad clínica por la concurrencia de más de una patología crónica, con síntomas continuos y reagudizaciones frecuentes. Se caracteriza por la disminución gradual de su autonomía y su capacidad funcional, y el consecuente aumento de sus necesidades de cuidados; con importantes repercusiones personales, familiares, sociales y económicas.

Ante esta cascada, desde la fragilidad hacia la dependencia, es importante el abordaje multidisciplinar e integral así como asegurar la continuidad y coherencia de los cuidados proporcionados en los distintos niveles asistenciales. El registro, que toma vital importancia en este aspecto, es el Informe de continuidad de cuidados, en el que quedarán reflejadas la evolución y evaluación del plan de cuidados.

Un pilar importante en este proceso es, el trabajar conjuntamente con las personas cuidadoras mediante la identificación precoz y la prestación de ayuda en el desempeño de su papel, lo que ha llevado a la elaboración de un plan de cuidados dirigido también a la persona cuidadora y su familia.

Este plan incluye:

- Valoración integral y específica siguiendo los Patrones Funcionales de Salud de M. Gordon complementada con la inclusión de cuestionarios y test de uso multidisciplinar.
- Exposición de los principales problemas de enfermería que suelen aparecer, recogidos en etiquetas diagnósticas según la taxonomía NANDA, selección de los resultados esperados según la clasificación NOC y las intervenciones enfermeras utilizando la clasificación NIC.
- Desarrollo de los resultados en indicadores y de las intervenciones en actividades enfermeras más concretas para cada uno de los diagnósticos enfermeros seleccionados.

Este plan de cuidados ha sido elaborado por enfermeras de distintos niveles asistenciales, enfermeras hospitalarias, enfermeras de familia y enfermeras de enlace hospitalaria y comunitaria.

EQUIPO DE TRABAJO:

M^a Adoración Alba Rosales, Margarita Álvarez Tello, M^a de los Reyes Asensio Pérez, Catalina García Asuero, M^a Dolores García Márquez, Yolanda Luque Ortega, Susana Romero Carmona.

VALORACIÓN MÍNIMA ESPECÍFICA DE ENFERMERÍA

CÓDIGO GENERAL	ITEMS	CUESTIONARIOS
98	Describa su estado de salud...	Índice de Barthel
101	No participa en aspectos relacionados con su enfermedad	
58	Presencia de alergias...	Escala de Lawton y Brody
59	Vacunado incorrectamente...	
2	Tos inefectiva / no productiva	
3	Fumador	Índice de Esfuerzo del Cuidador.
65	Alcohol	
68	No sigue el plan terapéutico	
14	Alimentación / Nutrición	Escala de valoración sociofamiliar (Gijón)
15	Necesidad de ayuda para alimentarse	
21	Apetito	
22	Náuseas	Mini examen
23	Vómitos	Cognoscitivo de (Lobo)
150	Higiene general...	
56	Estado de piel y mucosas...	Cuestionario de Pfeiffer
145	Peso	
146	Talla	Escala de depresión geriátrica de Yesavage
147	IMC	
27	Incontinencia fecal	
25	Incapacidad de realizar por sí mismo las actividades del uso WC	Escala de Braden
35	Síntomas urinarios	
36	Sondas urinarias	
1	Dificultad para respirar	
5	Edemas	
6	Deterioro de la circulación de MMII	
11	Frecuencia cardíaca	
12	Tensión arterial	
41	Actividad física habitual	
42	Pérdida de fuerza	
43	Inestabilidad en la marcha	
39	Situación habitual -deambulante, sillón, cama-	
44	Falta o reducción de energía para tolerar la actividad	
40	Nivel funcional para la actividad / movilidad	
50	Requiere ayuda para ponerse/ quitarse ropa-calzado	
63	Caídas (último trimestre)	
46	Cambios en el patrón del sueño...	
48	Nivel de energía durante el día...	
47	Ayuda para dormir...	

60	Nivel de conciencia...	
61	Nivel de orientación...	
62	Dolor	
74	Alteraciones sensorio-perceptivas...	
103	Expresa desagrado con su imagen corporal	
105	Temor expreso	
81	Describe con quien comparte el hogar	
82	Problemas familiares	
108	No conoce los recursos disponibles de la comunidad	
75	Dificultad en la comunicación	
77	Su cuidador principal es...	
80	Tiene dificultad o incapacidad para realizar tareas del cuidador	
72	El hogar no presenta condiciones de habitabilidad	
73	El hogar no presenta condiciones de seguridad	
110	Situación laboral...	
113	Influye el trabajo en su estado de salud (observaciones: cómo)	
91	Relaciones sexuales no satisfactorias	
95	Ha tenido en los dos últimos años cambios vitales	
118	Tiene falta de información sobre su salud...	
119	Desea más información sobre...	
96	Su situación actual ha alterado sus...	
97	No se adapta usted a esos cambios	
93	Es religioso	

PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADO PARA LA ATENCIÓN A PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS

00078.- MANEJO INEFECTIVO DEL RÉGIMEN TERAPÉUTICO r/c:

- Conocimientos deficientes
- Incumplimiento del tratamiento
- Complejidad del régimen terapéutico

NOC (Resultados e indicadores de resultados):

1813.-Conocimiento: régimen terapéutico

- 02. Descripción de las responsabilidades de los propios cuidados para el tratamiento actual
- 09. Descripción de los procedimientos prescritos
- 16. Descripción de los beneficios del tratamiento

1806.-Conocimiento: recursos sanitarios

- 01. Descripción de los recursos que aumentan la salud
- 08. Descripción de cómo contactar con los servicios sanitarios

1609.-Conducta terapéutica: enfermedad o lesión

- 02. Cumple el régimen terapéutico recomendado

NIC (Intervenciones y actividades de enfermería):

5602.-Enseñanza: proceso de enfermedad

- Evaluar el nivel actual de conocimientos de la persona afectada relacionado con el proceso de enfermedad
- Proporcionar información a la persona afectada acerca de la enfermedad
- Comentarle los cambios en el estilo de vida que puedan ser necesarios para evitar futuras complicaciones
- Describirle el fundamento de las recomendaciones del tratamiento
- Describirle las posibles complicaciones crónicas
- Instruirle sobre los signos y síntomas de los que debe informar
- Reforzar la información suministrada por los otros miembros del equipo

4360.-Modificación de la conducta

- Desarrollar un programa de cambio de conducta
- Ayudar a la persona afectada y familia a desarrollar expectativas realistas de ellos mismos en el desempeño de su rol
- Identificar el reconocimiento por su parte del propio problema
- Ayudarle a identificar sus propias virtudes y habilidades
- Ayudarle a identificar objetivos realistas, que puedan alcanzarse, en términos positivos

4410.-Establecimiento de objetivos comunes

- Ayudar a la persona afectada a examinar los recursos disponibles para cumplir con los objetivos propuestos
- Implicarle en el desarrollo de su plan terapéutico
- Ayudarle a fijar límites temporales realistas

00069.-AFRONTAMIENTO INEFECTIVO (INDIVIDUAL) r/c:

- Baja autoestima situacional
- Inadecuación de recursos disponibles
- Cambio temporal de roles

NOC (Resultados e indicadores de resultados):

1501.-Ejecución del rol

- 01. Capacidad para cumplir las expectativas de rol
- 07. Descripción de los cambios conductuales con la enfermedad o incapacidad
- 11. Estrategias referidas para el cambio de rol

1205.-Autoestima

- 01. Verbalización de auto-aceptación
- 09. Mantenimiento del cuidado y la higiene personal

1305.-Modificación psico-social: cambio de vida

- 13. Expresiones de apoyo social adecuado
- 11. Expresión de satisfacción con la reorganización de la vida

1806.-Conocimiento: recursos sanitarios

- 06. Descripción del plan de asistencia continuada

NIC (Intervenciones y actividades de enfermería):

5230.-Aumentar el afrontamiento

- Identificar el impacto de la situación vital de la persona afectada en su rol habitual y relaciones
- Favorecer la comprensión del proceso de enfermedad
- Valorar su capacidad para tomar decisiones
- Discutir con la persona afectada respuestas alternativas a la situación
- Valorar sus necesidades o deseos de apoyo familiar y social

5400.-Potenciación de la autoestima

- Alentar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos
- Animarle a identificar sus puntos fuertes y sus capacidades
- Ayudarle a identificar objetivos adecuados a corto y largo plazo
- Ayudarle a aceptar la dependencia de otros, si procede

5440.-Aumentar los sistemas de apoyo

- Determinar los sistemas de apoyo actualmente en uso, incluido el apoyo familiar
- Implicar a la familia y amigos en los cuidados y planificación

00092.-INTOLERANCIA A LA ACTIVIDAD r/c:

- Deterioro de la movilidad
- Sedentarismo, desuso o mala forma física
- Falta de apoyo físico o social

NOC (Resultados e indicadores de resultados):

0208.-Movilidad

- 01. Mantenimiento del equilibrio
- 02. Mantenimiento de la posición corporal
- 06. Ambulación
- 05. Realización del traslado
- 14. Movimiento articular

0002.- Conservación de la energía

- 05. Adapta el estilo de vida al nivel de energía

0204.-Consecuencias de la inmovilidad: fisiológicas

- 01. Úlceras por presión
- 02. Estreñimiento

0300.-Autocuidados: AVD (especificar)

NIC (Intervenciones y actividades de enfermería):

0180.-Manejo de la energía

- Determinar las limitaciones físicas de la persona afectada
- Vigilar su respuesta cardiorrespiratoria ante la actividad
- Determinar las causas de la fatiga (tratamiento, dolor, medicamentos...)
- Instruir a la persona afectada/ familia a reconocer los signos y síntomas de fatiga que requieran una disminución de la actividad
- Elaborar con la persona afectada un programa para el aumento gradual de la actividad física

6490.-Prevención de caídas

- Identificar los factores de riesgo según escalas de prevención de riesgo de caídas
- Controlar la marcha, el equilibrio y el cansancio en la deambulación
- Proporcionar dispositivos de ayuda
- Educar a la persona afectada/familia sobre factores de riesgo

0224.-Terapia de ejercicios: movilidad articular

- Determinar las limitaciones del movimiento articular y actuar sobre la función
- Explicar a la persona afectada/familia el objeto y plan de ejercicios de las articulaciones
- Realizar ejercicios pasivos o asistidos si está indicado

5612.-Enseñanza: actividad/ejercicio prescrito (enseñanza conductas contra sedentarismo)

- Evaluar el nivel actual de ejercicio y conocimiento de la actividad/ejercicio prescrito por parte de la persona afectada
- Informarle del propósito y los beneficios de la actividad/ejercicio prescrito
- Enseñarle a realizar la actividad/ejercicio prescrito y como controlar la tolerancia a la actividad
- Ayudarle a incorporar la actividad/ejercicio a la rutina diaria
- Incluir a la familia
- Establecer los cuidados necesarios
- Disponer de los servicios de cuidados pertinentes en el domicilio, si es necesario

0450.- Manejo del estreñimiento/impactación

- Vigilar la aparición de signos y síntomas de estreñimiento/impactación
- Instruir a la persona afectada/familia sobre la relación entre dieta/ejercicio/ingesta de líquidos
- Administrar laxantes o enemas prescritos
- Extracción manual de la impactación fecal si fuera necesario

8100.-Derivación

Comentar el plan de cuidados con el siguiente proveedor de cuidados

1800.- Ayuda al autocuidado*

3540.-Prevención de úlceras por presión**

00102.-DÉFICIT DE AUTOCUIDADOS r/c:

- Debilidad y/o cansancio
- Ansiedad
- Barreras ambientales

NOC (Resultados e indicadores de resultados):

0300.-Autocuidados: actividades de la vida diaria (AVD) (especificar)

NIC (Intervenciones y actividades de enfermería):

1800.-Ayuda al autocuidado (especificar)

- Comprobar la capacidad de la persona afectada para ejercer autocuidados independientes
- Valorar la necesidad de dispositivos de adaptación para el higiene personal, vestirse, el aseo y alimentación
- Alentar la independencia pero interviniendo si la persona no puede realizarlo por sí misma
- Ayudarle a realizar las AVD ajustadas al nivel de capacidad
- Enseñar a la familia a fomentar la independencia de la persona afectada

00047.- RIESGO DE DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA r/c:

- Deterioro de la movilidad
- Incontinencias urinaria y/o fecal
- Alteración del estado nutricional
- Alteración del estado de consciencia y/o sensibilidad

NOC (Resultados e indicadores de resultados):

1101.-Integridad tisular: piel y membranas mucosas

13. Piel intacta

1902.-Control del riesgo

04. Desarrolla estrategias de control del riesgo efectivas

NIC (Intervenciones y actividades de enfermería):

3540.-Prevención de las úlceras por presión

- Utilizar una herramienta de valoración de riesgo establecida para valorar los factores de riesgo de la persona afectada
- Vigilar el estado de la piel a diario
- Mantener la piel seca e hidratada
- Asegurar una nutrición adecuada
- Realizar cambios posturales con la frecuencia adecuada
- Seguir indicaciones de guías de práctica clínica
- Utilizar dispositivos especiales de prevención, si procede

PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADO PARA LA ATENCIÓN A LA PERSONA CUIDADORA Y FAMILIA

00062.-RIESGO DE CANSANCIO EN EL DESEMPEÑO DEL ROL DE CUIDADOR/A

00061.-CANSANCIO EN EL DESEMPEÑO DEL ROL DE CUIDADOR/A

r/c:

- Cantidad, complejidad y responsabilidad de los cuidados
- Falta de soporte y/o apoyo
- Afrontamiento inefectivo individual /familiar

NOC (Resultados e indicadores de resultados):

1908.-Detección del riesgo

01. Reconoce signos y síntomas que indican riesgos
02. Identifica los posibles riesgos para la salud
10. Utiliza los servicios sanitarios de acuerdo a sus necesidades

1902.-Control del riesgo

04. Desarrolla estrategias de control del riesgo efectivas
14. Utiliza los sistemas de apoyo personal para controlar el riesgo

2508.-Bienestar del/de la cuidador/a principal

01. Satisfacción con la salud física
02. Satisfacción con la salud emocional
07. Satisfacción con el apoyo profesional
11. La familia comparte la responsabilidad de los cuidados

NIC (Intervenciones y actividades de enfermería):

7040.-Apoyo al/a la cuidador/a principal

- Admitir las dificultades del rol de cuidador/a principal
- Determinar el nivel de conocimientos de la persona cuidadora principal
- Determinar la aceptación de la persona cuidadora de su papel
- Reconocer la dependencia de la persona afectada del/de la cuidador/a, si procede
- Enseñar a la persona cuidadora estrategias de mantenimiento de cuidados sanitarios para mantener la propia salud física y mental
- Estudiar junto con la persona cuidadora los puntos fuertes y débiles
- Informarle sobre recursos sanitarios y comunitarios y como acceder a ellos
- Animarle a participar en grupos de apoyo

- Enseñarle técnicas de manejo de estrés
- Actuar en lugar de la persona cuidadora si se hace evidente una sobrecarga de trabajo
- Fomentar la participación en los cuidados de otros miembros de la familia
- Enseñar técnicas de cuidados para mejorar la seguridad del/de la paciente
- Enseñar a la persona cuidadora la terapia del/de la paciente de acuerdo con sus preferencias

5270.-Apoyo emocional

- Favorecer la conversación o el llanto como medio de disminuir la respuesta emocional
- Ayudarle a reconocer y expresar sentimientos como ansiedad, ira o tristeza y creencias
- Apoyar el uso de mecanismos de defensa adecuados
- Proporcionar ayuda en la toma de decisiones

00074.-AFRONTAMIENTO FAMILIAR COMPROMETIDO r/c:

- Información o comprensión inadecuada o incorrecta
- Desorganización familiar y cambio temporal de roles
- Agotamiento por prolongación de la enfermedad o progresión de la incapacidad

NOC (Resultados e indicadores de resultados):

2202.-Preparación del/de la cuidador/a familiar domiciliario/a

- 02. Conocimiento del papel de cuidador/a principal
- 05. Conocimiento del proceso de enfermedad
- 06. Conocimiento del régimen de tratamiento recomendado

2205- Rendimiento del/de la cuidador/a principal: cuidados directos

- 05. Adhesión al plan de tratamiento

2600.- Afrontamiento de los problemas de la familia

- 06. Implica a los miembros de la familia en la toma de decisiones
- 19. La familia comparte responsabilidad en las tareas familiares
- 17. Utiliza el apoyo social

NIC (Intervenciones y actividades de enfermería):

7040.-Apoyo al/a la cuidador/a principal

- Determinar el nivel de conocimientos de la persona cuidadora principal
- Proporcionar la información necesaria acerca del proceso de la enfermedad y tratamiento

- Determinar la aceptación de la persona cuidadora de su papel
- Reconocer la dependencia que tiene el/la paciente de la persona cuidadora, si procede
- Enseñarle estrategias de mantenimiento de cuidados sanitarios para mantener la propia salud física y mental
- Informar a la persona cuidadora y/ o familia sobre los recursos sanitarios y comunitarios
- Apoyarle para establecer límites y cuidar de sí mismo/a

7110.-Fomento de la implicación familiar

- Identificar la capacidad de los miembros de la familia para implicarse en los cuidados
- Determinar el grado de apoyo familiar
- Facilitar la comunicación de inquietudes/sentimientos entre la persona afectada y la familia o entre los miembros de la misma
- Facilitar la participación de la familia en los cuidados emocionales y físicos de la persona afectada

5440 Aumentar los sistemas de apoyo

- Determinar la conveniencia de las redes sociales existentes
- Proporcionar los sistemas de apoyo necesarios
- Fomentar la relación con personas con los mismos intereses y metas

00060.-INTERRUPCIÓN DE LOS PROCESOS FAMILIARES r/c

- Cambios en el estado de salud de un miembro de la familia
- Situaciones de transición o crisis
- Desorganización familiar y cambio temporal de roles

NOC (Resultados e indicadores de resultados):

2600.- Afrontamiento de los problemas de la familia

- 06. Implica a los miembros de la familia en la toma de decisiones
- 19. La familia comparte responsabilidad en las tareas familiares

2200.-Adaptación de la persona cuidadora principal al ingreso del/de la paciente en un centro sanitario

- 01. Confía en cuidadores que no pertenecen a la familia
- 02. Participación en el cuidado que se desea

2604. Normalización de la familia

01. Reconocimiento de la existencia de alteraciones y sus posibilidades de alterar las rutinas de la familia
15. Utiliza recursos incluyendo grupos de apoyo cuando sea necesario
03. Mantiene las rutinas habituales

NIC (Intervenciones y actividades de enfermería):

7140.- Apoyo a la familia

- Valorar la reacción emocional de la familia frente a la enfermedad de la persona afectada
- Escuchar las inquietudes, sentimientos y preguntas de la familia
- Facilitar la comunicación de inquietudes/sentimientos entre la persona afectada y la familia o entre los miembros de la misma
- Aceptar los valores familiares sin emitir juicios
- Responder a todas las preguntas o ayudarles a obtener las repuestas
- Reducir las discrepancias entre las expectativas de la persona afectada y familia y profesionales de cuidados
- Respetar y apoyar los mecanismos de adaptación de la familia para resolver problemas

5250.- Apoyo en la toma de decisiones

- Proporcionar información
- Facilitar la toma de decisiones en colaboración

7100.-Estimulación de la integridad familiar

- Facilitar la comunicación abierta entre los miembros de la familia
- Abordar la realización de los cuidados por parte de los miembros de la familia

5370.- Potenciación de roles

- Ayudar a la familia y persona afectada a identificar los cambios de roles específicos necesarios debidos a enfermedades o discapacidades
- Ayudar a la persona afectada/familia a identificar la conductas necesarias para el cambio de roles

*Desarrollado en el diagnóstico 00102 (déficit de autocuidados)

**Desarrollado en el diagnóstico 00047 (riesgo de deterioro de la integridad cutánea)

