Atención al paciente crónico y pluripatológico

Jesús Díez Manglano
Medicina Interna. Hospital Royo Villanova. Zaragoza
Departamento de Medicina. Universidad de Zaragoza

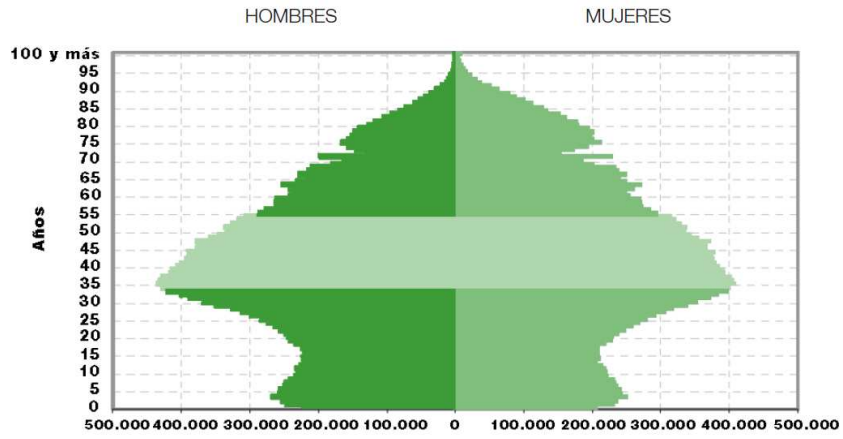
Agenda

- Introducción.
- Atención al paciente con enfermedades crónicas (90 minutos)
- Trabajo en grupo de casos clínicos (60 minutos)
- Exposición del trabajo realizado en grupo y comentario de los casos clínicos (60 minutos)
- Resumen del taller y propuesta de actuación (15 minutos)

Agenda

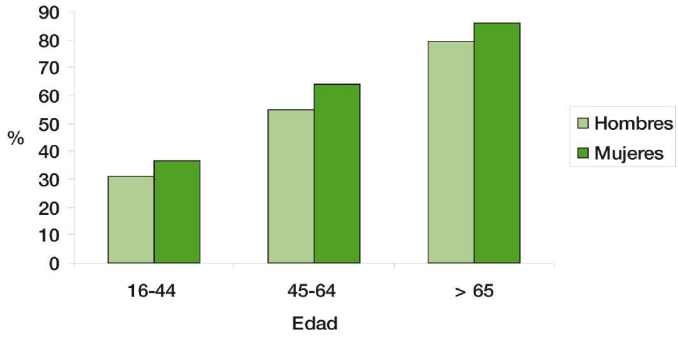
- Conocer los conocimientos y expectativas de los alumnos.
- La cronicidad y pluripatología como reto de los sistemas sanitarios.
- Atención al paciente con enfermedades crónicas (90 minutos)
- Conceptos de cronicidad, comorbilidad, multimorbilidad y pluripatología
- Fragilidad, dependencia y polifarmacia
- Escalas para valorar las actividades de la vida diaria
- Escalas para valorar la función cognitiva
- Valoración sociofamiliar
- Enfermedad avanzada y enfermedad terminal
- Escalas pronosticas
- Trabajo en grupo de casos clínicos (60 minutos)
- Exposición del trabajo realizado en grupo y comentario de los casos clínicos (60 minutos)
- Resumen del taller y propuesta de actuación (15 minutos)

Gráfico 1. Población española según edad y sexo, 2011.



Taller: Atención al paciente crónico y pluripatológico
XII Jornadas de Calidad en Salud y X Congreso Sociedad Aragonesa de Calidad Asistencial. Zaragoza, 3-4 de junio de 2014

Gráfico 2. Prevalencia (%) de problemas crónicos por edad y sexo



Fuente: Elaboración a partir de EES 2009.

Escuesta nacional de Salud 2011

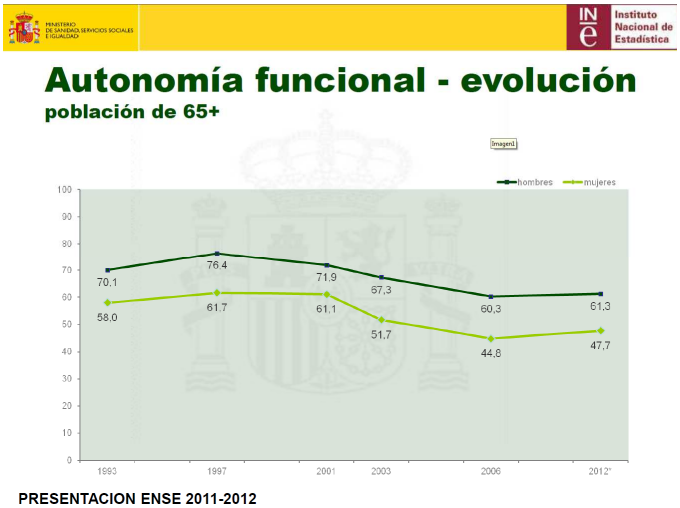
MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD — Instituto Nacional de Estadística

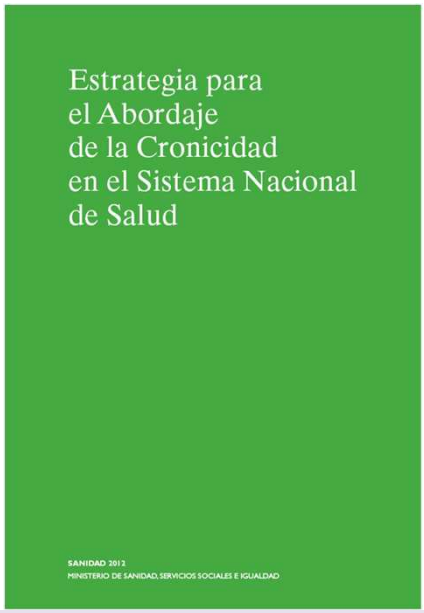
ENSE2011/12
1.010.- Población con alguna enfermedad o problema de salud crónicos percibido
Distribución porcentual según sexo y comunidad autónoma.
Población de 15 y más años.

	TOTAL	SÍ	NO
AMBOS SEXOS			
TOTAL	100,0	42,5	57,6
ANDALUCÍA	100,0	41,6	58,4
ARAGÓN	100,0	50,3	49,7
ASTURIAS, PRINCIPADO DE	100,0	45,7	54,3
BALEARS, ILLES	100,0	41,6	58,4
CANARIAS	100,0	38,7	61,3
CANTABRIA	100,0	52,0	48,0
CASTILLA Y LEÓN	100,0	41,3	58,7
CASTILLA-LA MANCHA	100,0	38,5	61,5
CATALUÑA	100,0	46,5	53,5
COMUNITAT VALENCIANA	100,0	42,4	57,6
EXTREMADURA	100,0	44,0	56,0
GALICIA	100,0	36,9	63,1
MADRID, COMUNIDAD DE	100,0	40,5	59,5
MURCIA, REGIÓN DE	100,0	41,9	58,1
NAVARRA, COMUNIDAD FORAL DE	100,0	43,6	56,4
PAÍS VASCO	100,0	45,8	54,2
RIOJA, LA	100,0	38,9	61,2
CEUTA	100,0	38,1	61,9
MELILLA	100,0	22,3	77,7

Escuesta nacional de Salud 2011

Escuesta nacional de Salud 2011





Misión

Establecer un conjunto de objetivos y recomendaciones para el Sistema Nacional de Salud que permitan orientar la organización de los servicios hacia la mejora de la salud de la población y sus determinantes, la prevención de las condiciones de salud y limitaciones en la actividad de carácter crónico[15] y su atención integral.

Visión

Adaptar el Sistema Nacional de Salud para poder responder a los cambios en las necesidades de atención sanitaria y sociosanitaria que ocasionan el envejecimiento de la población y el incremento de la cronificación de las condiciones de salud y limitaciones en la actividad, garantizando la calidad, la seguridad, la continuidad en los cuidados, la equidad y la participación social.

Objetivos generales

Disminuir la prevalencia de las condiciones de salud y limitaciones en la actividad de carácter crónico, reducir la mortalidad prematura de las personas que ya presentan alguna de estas condiciones, prevenir el deterioro de la capacidad funcional y las complicaciones asociadas a cada proceso y mejorar su calidad de vida y la de las personas cuidadoras.

El enfermo crónico hospitalario

Tabla II: 25 procesos más frecuentes en los hospitales del SNS. Año 2010.

Cód.	Descripción	2009	2010	% s/total (2010)
373	Parto vaginal sin complicaciones	209.752	200.307	5,45
541	Neumonía simple y otros trast.respiratorios exc. bronquitis & asma con cc mayor	118.798	117.831	3,21
372	Parto vaginal con complicaciones	92.569	92.309	2,51
127	Insuficiencia cardiaca & shock	63.168	64.768	1,76
544	Icc & arritmia cardiaca con cc mayor	44.221	48.958	1,33
371	Cesarea, sin complicaciones	53.250	48.933	1,33
14	Ictus con infarto	39.851	39.811	1,08
87	Edema pulmonar & insuficiencia respiratoria	41.177	38.544	1,05
494	Colecistectomia laparoscopica sin explorac. conducto biliar sin cc	34.945	36.209	0,99
209	Sustitucion articulacion mayor excepto cadera & reimplante miembro inferior, excepto por c	36.907	35.174	0,96
430	Psicosis	34.067	34.187	0,93
629	Neonato, peso al nacer >2499 g, sin p.quir.signif., diag neonato normal	35.605	33.243	0,90
359	Proc. sobre utero & anejos por ca.in situ & proceso no maligno sin cc	33.955	32.330	0,88
818	Sustitucion de cadera excepto por complicaciones	32.437	32.067	0,87
88	Enfermedad pulmonar obstructiva cronica	32.351	29.573	0,80

El enfermo crónico hospitalario

Tabla 9. GRDs Médicos más frecuentes. Aragón 2011

GRD	Altas	Estancia Media	Peso GRD Medio	Éxitus Casos	Edad años Media
373 - Parto Vaginal Sin Complicaciones	7.035	2,59	0,58	0	31,64
541 - Neumonía Simple Y Otros Trast.Respiratorios Exc. Bronquitis & Asma Con Cc Mayor	3.484	11,62	2,34	731	76,28
127 - Insuficiencia Cardiaca & Shock	2.738	9,02	1,42	178	79,65
372 - Parto Vaginal Con Complicaciones	2.410	3,13	0,70	0	31,85
243 - Problemas Medicos De La Espalda	1.801	4,73	0,79	2	55,58
410 - Quimioterapia	1.719	1,36	1,14	0	56,84
544 - Icc & Arritmia Cardiaca Con Cc Mayor	1.615	11,56	3,42	351	81,30
014 - Ictus Con Infarto	1.565	14,33	1,88	119	75,82
430 - Psicosis	1.378	17,20	1,52	1	46,07
467 - Otros Factores Que Influyen En El Estado De Salud	1.294	1,84	0,31	22	47,05
629 - Neonato, Peso Al Nacer >2499 G, Sin P.Quir.Signif., Diag Neonato Normal	1.241	2,28	0,24	0	0,00
088 - Enfermedad Pulmonar Obstructiva Cronica	1.202	8,75	1,15	30	74,35
089 - Neumonia Simple & Pleuritis Edad>17 Con Cc	1.138	9,99	1,31	71	76,61
395 - Trastornos De Los Hematies Edad>17	1.099	5,16	1,05	22	71,11
101 - Otros Diagnosticos De Aparato Respiratorio Con Cc	1.069	9,49	1,00	58	76,27

Tabla 15. Diagnósticos secundarios más frecuentes. Aragón 2011

Diagnóstico Categoría	Altas	% altas
401 Hipertension esencial	38.353	23,31
250 Diabetes mellitus	21.142	12,85
V58 Otros cuidados posteriores y atencion posterior no especificados de otra manera	20.603	12,52
V45 Otros estados posteriores a un procedimiento	20.537	12,48
272 Trastornos metabolismo de lipidos	19.918	12,11
427 Disrritmias cardiacas	18.666	11,35
V14 Historia personal de alergia a agentes medicamentosos	15.158	9,21
305 Abuso de drogas sin dependencia	13.602	8,27
V27 Resultado de alumbramiento	11.972	7,28
V15 Otro historial personal de riesgos para la salud	11.709	7,12
428 Insuficiencia cardiaca	11.045	6,71
V12 historia personal de otras enfermedades	10.930	6,64
518 Otras enfermedades pulmonares	8.864	5,39
414 Otras formas de enf. cardiacas isquemicas cronicas	8.288	5,04
715 Osteoartrosis/enf. afines	8.276	5,03
041 Infección bacteriana en enf. clasificadas en otro concepto sitio no especificado	7.955	4,84
585 Nefropatía crónica	7.742	4,71
V10 Historial personal de neoplasia maligna	7.287	4,43
599 otras alteraciones de uretra y vias urinarias	7.284	4,43
285 otras anemias y anemias no especificadas	6.936	4,22
278 sobrepeso, obesidad y otros tipos de hiperalimentacion	6.876	4,18
v43 organo o tejido sustituido por otro medio	6.424	3,90
780 sintomas generales	6.349	3,86
424 otras enfermedades de endocardio	6.284	3,82
496 otras obstrucciones cronicas vias respiratorias ncoc	6.217	3,78

Cronicidad

RAE

Cronicidad; cualidad de crónico

Crónico; referido a una enfermedad o dolencia: larga o habitual

Comorbilidad

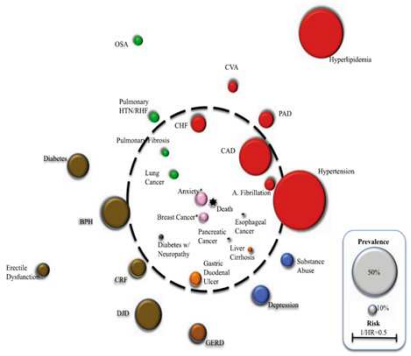
Se refiere a dos conceptos:

- Presencia de uno o más trastornos (o enfermedades) además de la enfermedad o trastorno primario
- Efecto de estos trastornos o enfermedades adicionales

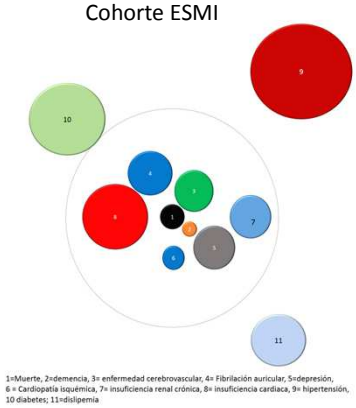
Feinstein. J Chron Dis 1970; 23: 455

Comorbidoma

Cohorte BODE



Cohorte ESMI



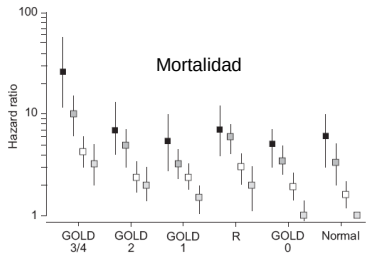
1=Muerte, 2=demencia, 3= enfermedad cerebrovascular, 4= Fibrilación auricular, 5=depresión, 6 = Cardiopatía isquémica, 7= insuficiencia renal crónica, 8= insuficiencia cardiaca, 9= hipertensión, 10 diabetes; 11=dislipemia

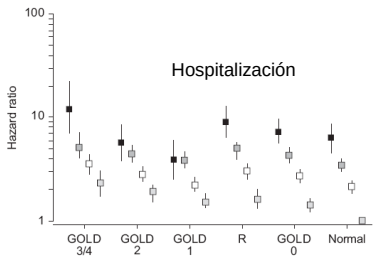
Índice de Charlson

IAM (agudo ó antiguo)	1
ICC	1
Arteriopatía periférica	1
Enfermedad cerebrovascular	1
Demencia	1
EPOC	1
Enf. del tejido conectivo	1
Ulcus péptico	1
Hepatopatía crónica leve	1
Diabetes	1
Hemiplejia	2
Insuf. Renal Crónica moderada – severa	2
Diabetes con repercusión órgano diana	2
Cualquier tumor	2
Leucemia	2
Linfoma	2
Hepatopatía crónica moderada – severa	3
Tumor sólido metastático	6
SIDA	6
TOTAL (suma de puntos)	

EPOC y comorbilidad

Índice de Charlson y mortalidad en EPOC		
	Riesgo	p
Almagro et al Chest 2002; 121:1141	2,20 (1,26-3,84)	0,005
Sanjaume et al Rev Clín Esp 2009; 209: 364	1,47 (1,03-2,09)	< 0,05
Díez Manglano et al Rev Clín Esp 2011; 211: 504	1,16 (1,06-1,27)	0,002
Almagro et al Chest 2012; 142: 1126	1,23 (1,09-1,55)	0,003





Mannino DM et al. Eur Respir J 2008; 32: 9621

	Número de comorbilidades			
	0	1	2	3-8
Mortalidad hospitalaria	Referencia	1,34 (1,08-1,65) p=0,007	1,36 (1,09-1,68) p=0,006	1,54 (1,23-1,92) p<0,001
Mortalidad 90 días	Referencia	1,42 (1,21-1,68) p<0,001	1,40 (1,18-1,65) p<0,001	1,61 (1,36-1,91) p<0,001
Estancia > 7 días	Referencia	1,19 (1,09-1,29) p<0,001	1,26 (1,15-1,38) p<0,001	1,34 (1,23-1,47) p<0,001
Reingreso 90 días	Referencia	1,12 (1,02-1,23) p=0,02	1,18 (1,08-1,29) p<0,001	1,26 (1,14-1,39) p<0,001

Roberts CM et al. COPD 2011; 8: 354

Multimorbilidad

- Es la concurrencia de múltiples enfermedades agudas o crónicas y situaciones médicas en la misma persona.
- Una de cada cuatro personas tiene multimorbilidad.
- Está presente en todos los grupos de edad y su frecuencia aumenta con el envejecimiento, llegando a afectar al 67% de los mayores de 65 años.

Pluripatología

Paciente pluripatológico es aquel que tiene dos o más enfermedades crónicas

- sintomáticas
- con frecuentes reagudizaciones,
- que afectan negativamente a su situación funcional y
- que generan demandas en los diferentes niveles asistenciales sanitarios

Tabla 1. Criterios de paciente pluripatológico

CATEGORÍA A

A.1. Insuficiencia cardiaca que en situación de estabilidad clínica haya estado en grado II de la NYHA[1] (síntomas con actividad física habitual)

A.2. Cardiopatía isquémica (angina o infarto)

CATEGORÍA B

B.1. Vasculitis y enfermedades autoinmunes sistémicas

B.2. Enfermedad renal crónica definida por elevación de creatinina (>1,4 mg/dl en varones, >1,3 mg/dl en mujeres) o proteinuria[2], mantenidos durante 3 meses

CATEGORÍA C

C.1. Enfermedad respiratoria crónica que en situación de estabilidad clínica haya estado con disnea grado 2 de la MRC[3] (disnea a paso habitual en llano), ó FEV1<65%, ó SaO2 ≤ 90%

CATEGORÍA D

D.1. Enfermedad inflamatoria crónica intestinal

D.2. Hepatopatía crónica con datos de insuficiencia hepatocelular[4] ó hipertensión portal[5]

CATEGORÍA E

E.1. Ataque cerebrovascular

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

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

CATEGORÍA F:

F.1. Arteriopatía periférica sintomática

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

CATEGORÍA G:

G.1. Anemia crónica por perdidas digestivas o hemopatía adquirida no subsidiaria de tratamiento curativo que presente Hb < 10mg/dl en dos determinaciones separadas entre sí más de tres meses

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

CATEGORÍA H:

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)

Se considera PP si tiene un criterio de al menos dos categorías diferentes.

[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 ó Albúmina>300 mg/dia en orina de 24 horas ó >200 microg/min
[3] Incapacidad de mantener el paso de otra persona de la misma edad, caminando en llano, debido a la dificultad respiratoria o tener que parar a descansar al andar en llano al propio paso.
[4] INR >1,7, albúmina <3,5 g/dl, bilirrubina >2 mg/dl.
[5] Definida por la presencia de datos clínicos, analíticos, ecográficos o endoscópicos.

Taller: Atención al paciente crónico y pluripatológico
XII Jornadas de Calidad en Salud y X Congreso Sociedad Aragonesa de Calidad Asistencial. Zaragoza, 3-4 de junio de 2014

Taller: Atención al paciente crónico y pluripatológico
XII Jornadas de Calidad en Salud y X Congreso Sociedad Aragonesa de Calidad Asistencial. Zaragoza, 3-4 de junio de 2014

Taller: Atención al paciente crónico y pluripatológico
XII Jornadas de Calidad en Salud y X Congreso Sociedad Aragonesa de Calidad Asistencial. Zaragoza, 3-4 de junio de 2014

Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud

SANIDAD 2012
MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD

Objetivo 5

Disminuir las lesiones y accidentes como causantes de condiciones de salud y limitaciones en la actividad de carácter crónico.

Prevención

Objetivo 6

Detectar, diagnosticar y tratar precozmente las condiciones de salud y limitaciones de la actividad de carácter crónico.

Diagnóstico precoz

Objetivo 7

Prevenir, en los pacientes con condiciones de salud crónicas, la pérdida funcional, las complicaciones asociadas a su enfermedad y la aparición de nuevas enfermedades.

Prevención

Taller: Atención al paciente crónico y pluripatológico
XII Jornadas de Calidad en Salud y X Congreso Sociedad Aragonesa de Calidad Asistencial. Zaragoza, 3-4 de junio de 2014

Fragilidad

Anciano frágil es aquél que presenta uno o más de los siguientes factores:

- Mayor de 80 años.
- Vive solo
- Pérdida reciente de su pareja (menos de 1 año).
- Patología crónica invalidante. Fundamentalmente:
  - ✓ACV
  - ✓Cardiopatía isquémica
  - ✓Enfermedad de Parkinson
  - ✓EPOC
  - ✓Artrosis o enfermedad osteoarticular avanzada
  - ✓Déficit auditivo o visual importantes.
- Caídas
- Polifarmacia.
- Ingreso hospitalario en el último año
- Demencia u otro deterioro cognitivo o depresión.
- Deficiencia económica.
- Insuficiente soporte social.

Anciano frágil. Guía de actuación clínica en A.P. Generalitat Valenciana

Fragilidad

Criterios de anciano frágil-anciano de riesgo que han aportado diversos autores hasta la década de los 80

AUTOR	COMS (17)	Taylor (18)	Williams (19)	Muir (20)	Williamson (21)	Solomon (22)	Winograd (23)	Salgado (24)
AÑO	1974	1983	1985	1985	1987	1987	1988	1992
1. CAUSAS MÉDICAS								
Pat. crónica e invalidante				x				x
Hospitalización reciente		x	x	x	x			x
Deterioro mental				x				
Medicaciones múltiples					x		x	
Caídas recientes							x	
Dificultad locomotora				x				
2. FACTORES ASISTENC.								
Utilizac. Servic. soci comun					x			
Edad superior a 80 años	x	x			x			x
Paralizados en su domicilio								x
Residentes en instituciones	x							x
Dep. al menos en 1 ABVD	x		x			x		
3. FACTORES SOCIALES								
Vivir solo	x		x	x				x
Sexo femenino	x							
Sin hijos	x							
Soltero, separad, divorcia	x	x						
Pobreza	x			x				
Viudez reciente			x	x				
Cambio reciente de domicil			x		x			
Incap. severa del cónyuge	x							
Vivir en ambiente marginal					x			

Maestro. SEMG, 2002

Fragilidad

Situación de vulnerabilidad que aumenta la probabilidad de presentar resultados adversos de salud:

- Caídas
- Discapacidad
- Dependencia
- Hospitalización
- Institucionalización
- Muerte

Fragilidad

	SI	NO
Pérdida de peso involuntaria (≥4.5Kg peso/año)		
Sentimiento de agotamiento general		
Debilidad (medida por fuerza de prensión)		
Lenta velocidad al caminar (en 4.6m) *		
Bajo nivel de actividad física (menos de 400cal a la semana)**		

** Recorrido de 4.572m: Varones:*
Talla < 173 cm > 7 s (GS <0.65 m/s)
Talla >173 cm > 6 s (GS <0.76 m/s)
Mujeres:
Talla < 159 cm > 7 s (GS <0.65 m/s)
Talla >159 cm > 6 s (GS <0.76 m/s)

***Niveles de intensidad de la actividad física:*

- *Actividad moderada (5-7 Km/h) (quema 3.5-7 kcal/min) → caminar a paso moderado o ligero (ej: caminar por placer, ir andando a la tienda, pasear al perro, bajar escaleras, caminar cuesta abajo, senderismo…).*
- *Actividad vigorosa (≥ 8 Km/h) (quema más de 7 kcal/min) → (ej: correr, moverse en su silla de ruedas, subir cuestas rápidamente, trotar, marcha…).*

Criterios de Fried

Fragilidad

Cuestionario Postal
del Woodside Health Center (Balber et al.)

1. Vive solo.
2. Se encuentra sin nadie a quien acudir si necesita ayuda.
3. Hay más de dos días a la semana que no come caliente
4. Necesita de alguien que le ayuda a menudo.
5. Su salud le impide salir a la calle.
6. Tiene con frecuencia problemas de salud que le impiden valerse por sí mismo.
7. Tiene dificultades de visión que le impiden realizar sus tareas habituales.
8. Tiene dificultad para seguir una conversación porque oye mal.
9. Ha estado ingresado en el hospital durante el último año.

Si hay una o más respuestas, positivas o no, devuelve el cuestionario: "anciano de riesgo".

Discapacidad

Pérdida de funcionalidad que tiene como consecuencia la disminución de la actividad personal y la limitación de la participación de la persona en la sociedad

Actividades de la vida diaria

Dependencia

Discapacidad para las actividades de la vida diaria

Afecta al 6,7% de la población total

Dependencia

Índice de Katz

A. Independiente para alimentación, continencia, movilidad, uso del retrete, vestirse y bañarse.
B. Independiente para todas las funciones anteriores excepto una.
C. Independiente para todas excepto, bañarse y otra función adicional.
D. Independiente para todas excepto bañarse, vestirse y otra función adicional.
E. Independiente para todas excepto bañarse, vestirse, uso del retrete y otra función adicional.
F. Independiente para todas excepto bañarse, vestirse, uso del retrete, movilidad y otra función adicional
G. Dependiente en las seis funciones.

Otros: Dependiente en al menos dos funciones, pero no clasificable como C, D, E o F.

Independiente significa sin supervisión, dirección o ayuda personal activa, con las excepciones que se indican más abajo. Se basan en el estado actual y no en la capacidad para hacerlas. Se considera que un paciente que se niega a realizar una función no hace esa función, aunque se considere capaz.

Dependencia

Escala de Cruz Roja
Grados de incapacidad física

- Totalmente normal
- Realiza las actividades de la vida diaria. Deambula con alguna dificultad
- Alguna dificultad para realizar actos diarios. Deambula con ayuda de bastón o similar.
- Grave dificultad para los actos de la vida diaria. Deambula con extrema dificultad ayudado por una persona. Incontinencia ocasional.
- Necesita ayuda para casi todos los actos. Deambula ayudado con extrema dificultad por dos personas. Incontinencia habitual.
- Inmovilizado en cama o sillón. Incontinencia total. Necesita cuidados continuos de enfermería.

Dependencia

Escala de Cruz Roja
Grados de incapacidad psíquica

- Totalmente normal.
- Algunas “rarezas” ,ligeros trastornos de desorientación en el tiempo. Se puede hablar con él “cuerdamente”.
- Desorientación en el tiempo. La conversación es posible, pero no perfecta. Conoce bien a las personas aunque a veces olvide alguna cosa. Trastornos de carácter, sobre todo si se le disgusta. Incontinencia ocasional.
- Desorientación. Imposible mantener una conversación lógica. Confunde las personas. Claros trastornos del humor. Hace cosas que no parecen explicables a veces o a temporadas. Frecuente incontinencia.
- Desorientación. Claras alteraciones mentales que la familia o el médico han etiquetado ya de demencia. Incontinencia habitual o total.
- Demencia senil total, con desconocimiento de las personas, etc, Vida vegetativa agresiva o no. Incontinencia total.

Índice de Barthel

Funciones	Descripciones	Valoración	SITUACIÓN BASAL	SITUACIÓN AL ALTA
ALIMENTACIÓN	Come solo en un tiempo razonable. Es capaz de poder utilizar cubiertos si lo necesita, de cortar el alimento, usar sal, extender mantequilla, etc.	Independiente	10	10
	Necesita ayuda para alguna de las actividades previas.	Necesita ayuda	5	5
	Necesita ser alimentado.	Dependiente	0	0
BAÑO	Es capaz de bañarse o ducharse, incluyendo salir o entrar de la bañera y secarse.	Independiente	5	5
	Necesita alguna ayuda.	Dependiente	0	0
VESTIRSE	Es capaz de ponerse, quitarse y colgar la ropa, atarse los cordones, abrocharse botones o utilizar cremalleras (o braguero o corsé). Se excluye la utilización de sujetador.	Independiente	10	10
	Necesita ayuda para al menos la mitad del trabajo de estas actividades. Debe de hacerlo en un tiempo razonable.	Necesita ayuda	5	5
		Dependiente	0	0
ARREGLARSE	Es capaz de lavarse las manos y cara, peinarse, maquillarse, limpiarse los dientes y afeitarse.	Independiente	5	5
	Necesita alguna ayuda.	Dependiente	0	0
DEPOSICIONES	Es capaz de controlar deposiciones. Es capaz de colocarse supositorio o enema	Independiente	10	10
	Tiene incontinencia ocasional o requiere ayuda para supositorio o enema.	Necesita ayuda	5	5
		Dependiente	0	0
MICCIÓN	Es capaz de controlar micción día y noche. Es capaz de cuidar sonda y cambiar bolsa de orina	Continente	10	10
	Tiene incontinencia ocasional o no da tiempo a llegar al baño o necesita ayuda ocasional para cuidar la sonda uretral.	Incontinencia ocasional	5	5
		Incontinente	0	0
USAR EL RETRETE	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.	Independiente	10	10
	Necesita ayuda para guardar el equilibrio, en el manejo de la ropa o en la utilización del papel higiénico.	Necesita ayuda	5	5
		Dependiente	0	0
TRASLADARSE desde la cama al sillón o a la silla de ruedas	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, y de volver de la cama al sillón.	Independiente	15	15
	Necesita ayuda mínima para algún paso de esta actividad o ser supervisado física o verbalmente en los distintos pasos	Mínima ayuda	10	10
	Necesita gran ayuda para levantarse de la cama o para trasladarse al sillón. Puede permanecer sentado sin ayuda.	Gran ayuda	5	5
		Dependiente	0	0
DEAMBULAR	Puede caminar 45 metros sin ayuda o supervisión, espontáneamente o con muletas (no andador). Si utiliza prótesis es capaz de ponérsela y quitársela solo.	Independiente	15	15
	Necesita ayuda o supervisión para caminar 45 metros. Deambula con andador.	Necesita ayuda	10	10
	Puede empujar la silla 45 metros y manejarla con soltura (doblar esquinas, girar, maniobrarla por la casa, etc.)	En silla de ruedas	5	5
	Camina menos de 50 metros. Si utiliza silla de ruedas debe ser empujada por otra persona.	Dependiente	0	0
SUBIR Y BAJAR ESCALERAS	Es capaz de subir y bajar un piso sin ayuda ni supervisión. Puede usar bastones o muletas o apoyarse en la barandilla	Independiente	10	10
	Necesita ayuda física o verbal	Necesita ayuda	5	5
		Dependiente	0	0
PUNTUACIÓN TOTAL (sumando las de cada función; máximo posible: 100)				

Índice de Barthel

Dependencia	Puntuación
Independiente	90-100
Dependencia leve	60-85
Dependencia moderada	40-55
Dependencia grave	20-35
Totalmente dependiente	<20

Índice de Lawton-Brody

Actividades	Descripciones	SITUACIÓN BASAL
USO DE 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 utiliza el teléfono.	0
COMPRAS	Realiza independientemente las compras necesarias.	1
	Realiza independientemente pequeñas compras.	0
	Necesita ir acompañado para realizar 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 solo la casa 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 ROPA	Lava por sí solo toda su ropa.	1
	Lava por sí solo prendas pequeñas.	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 tomar un taxi, pero no usa otro medio de transporte.	1
	Utiliza el taxi o automóvil, pero sólo con ayuda de otros.	0
	No viaja en absoluto.	0
RESPONSABILIDAD RESPECTO A MEDICACIÓN PROPIA	Es capaz de tomar su medicación a la hora y dosis correctas.	1
	Toma su medicación si la dosis está previamente preparada.	0
	No es capaz de administrarse su medicación.	0
MANEJO DE 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.	1
	Incapaz de manejar dinero.	0
TOTAL (sumando puntuaciones de cada función; máximo posible: 8)		

Taller: Atención al paciente crónico y pluripatológico
XII Jornadas de Calidad en Salud y X Congreso Sociedad Aragonesa de Calidad Asistencial. Zaragoza, 3-4 de junio de 2014

Índice de Lawton-Brody

	Autonomía	Dependencia
Mujeres	8	< 8
Varones	5-8	< 5

Cuestionario de Pfeiffer

	PREGUNTA	ACIERTO	ERROR
1.	¿Qué día es hoy? (día, mes y año)		
2.	¿Qué día de la semana es hoy?		
3.	¿Cuál es el nombre de este lugar?		
4.	¿Cuál es su número de teléfono? (si no tiene teléfono, preguntar la dirección)		
5.	¿Qué edad tiene?		
6.	¿Cuándo nació?		
7.	¿Quién es ahora el Presidente del Gobierno?		
8.	¿Quién fue el Presidente anterior?		
9.	¿Cuál es el primer apellido de su madre?		
10.	Reste de 3 en 3 a partir de 20 hasta llegar a cero.		
	TOTAL (Número de errores)		

Cuestionario de Pfeiffer

Errores	Deterioro cognitivo
0-2	Normal
3-7	Deterioro leve-moderado
8-10	Deterioro grave

Valoración sociofamiliar

Explorar los aspectos familiares, sociales y económicos en su doble vertiente como factores de riesgo y factores de protección

Escala de Gijón

DIMENSIONES	Descripciones	PUNTUACIÓN
A- 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
B- SITUACIÓN ECONÓMICA	Más de 1'5 veces el salario mínimo	1
	Desde 1'5 veces el salario mínimo hasta el salario mínimo inclusive	2
	Desde el salario mínimo a pensión mínima contributiva	3
	LISMI – FAS – Pensión no contributiva	4
	Sin ingresos o inferiores al apartado anterior	5
C- VIVIENDA	Adecuada a las 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
D- 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
E- 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
TOTAL (sumando puntuaciones de cada dimensión; máximo posible: 25)		

Escala de Gijón

Puntuación	Riesgo social
5-9	Sin riesgo
>10	Con riesgo

Polifarmacia

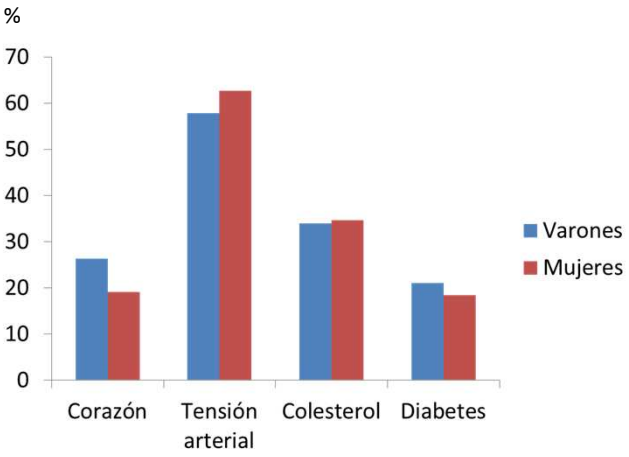
Consumo de 5 o más fármacos de forma crónica

Polifarmacia extrema: consumo de 10 o más fármacos

Encuesta Nacional de Salud 2011-2012

Consumo de medicamentos en las últimas 2 semanas en mayores de 85 años

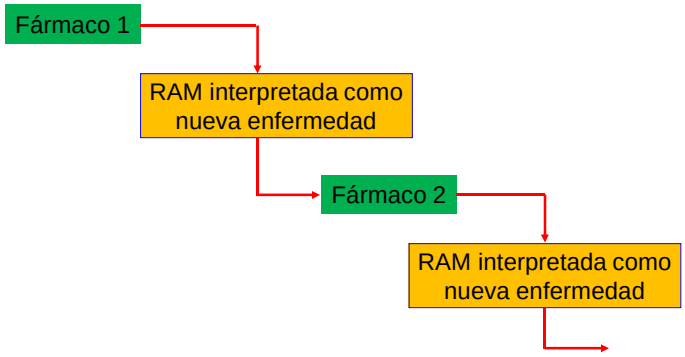
Encuesta Nacional de Salud 2011-2012



Consumo de medicamentos en mayores de 65 años

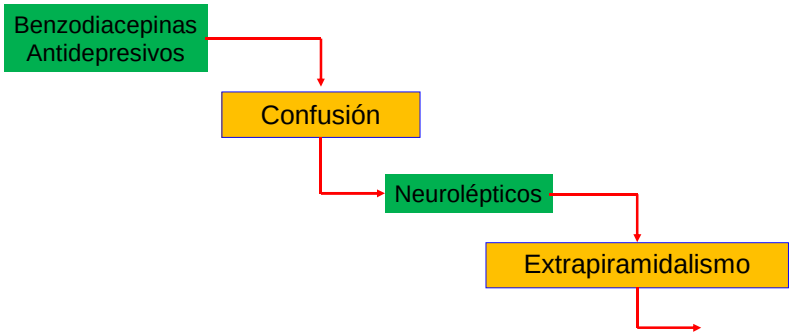
Polifarmacia

Cascada de la prescripción



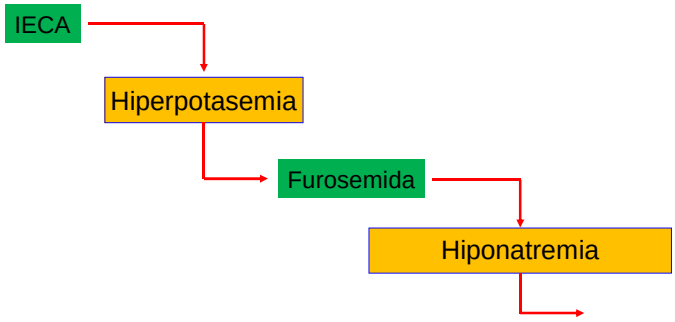
Polifarmacia

Cascada de la prescripción



Polifarmacia

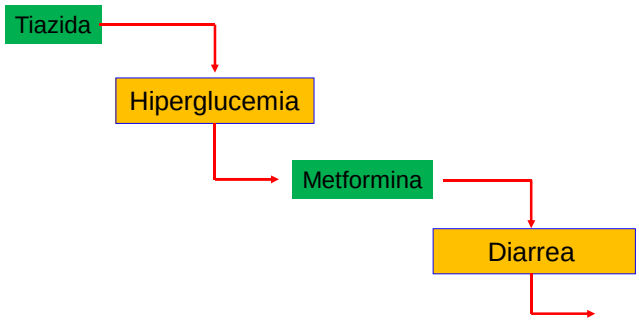
Cascada de la prescripción



Taller: Atención al paciente crónico y pluripatológico
XII Jornadas de Calidad en Salud y X Congreso Sociedad Aragonesa de Calidad Asistencial. Zaragoza, 3-4 de junio de 2014

Polifarmacia

Cascada de la prescripción



Consecuencias de la polimedicación

- Incremento del riesgo de efectos adversos
- Disminución de los beneficios de los fármacos adecuados
- Menor cumplimiento de los tratamientos adecuados
- Aumento de los costes

Queneau. Bull Acad Natl Med 2007; 191:271

el Periódico de Aragón 29 viernes

ESTUDIO SOBRE LOS HÁBITOS SANITARIOS DE LOS ESPAÑOLES

Los aragoneses son los que más medicinas consumen

Los pacientes de la comunidad son también los que más veces acuden al médico al año

Artrosis y cataratas son las principales patologías que sufren los enfermos en Aragón

Ibercaja pacta la salida de 275 trabajadores, la mayoría prejubilados

Polifarmacia

Polimedicación adecuada: el paciente toma muchos fármacos, pero todos ellos tienen indicación clínica. → Adecuación

Polimedicación inadecuada: cuando se toman más medicamentos de los clínicamente necesarios. → Reducción

Pseudopolimedicación: cuando en la historia están registrados más fármacos de los que realmente toma el paciente. → Actualización

CONCILIACION

Adecuación

- Criterios de Beers
- Criterios STOP-START

Conciliación

Proceso formal y estandarizado de obtener la lista completa de la medicación previa de un paciente, compararla con la prescripción activa, y analizar y resolver las discrepancias encontradas.

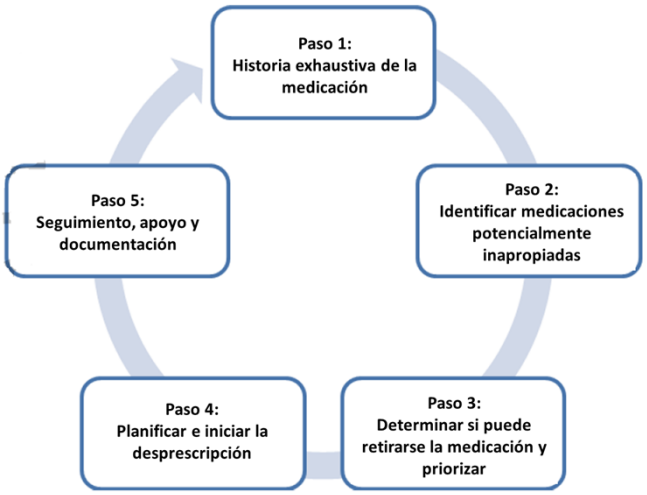
Conciliación

- En el momento del ingreso.
- En los traslados entre unidades.
- En los traslados entre hospitales.
- En el momento del alta.

Desprescripción

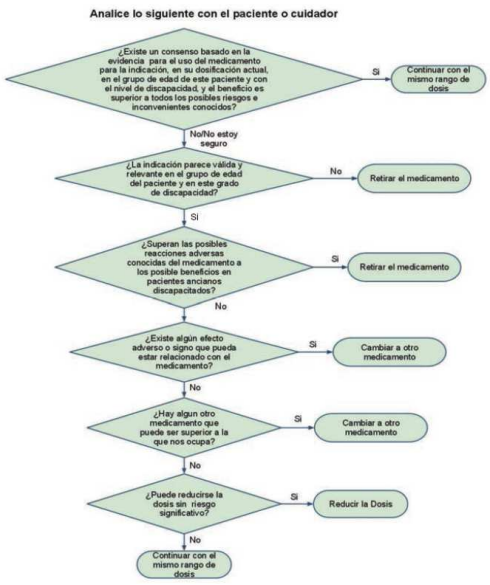
Proceso de adaptación del régimen terapéutico de un paciente mediante la reducción de dosis, sustitución o eliminación de fármacos.

Debe tener en cuenta:
- Las evidencias científicas disponibles.
- La funcionalidad física y social.
- La calidad de vida.
- La comorbilidad.
- Las preferencias del paciente.



Reeve et al. Br J Clin Pharmacol 2014; epub ahead of print

Desprescripción

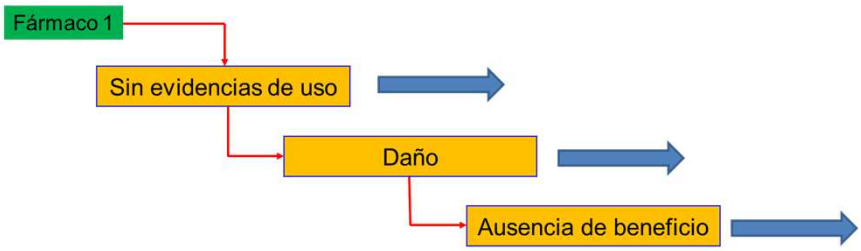


Garfinkel D, Zur-Gil S, Ben-Israel J. The war against polypharmacy: a new, cost-effective, geriatric-palliative approach for improving drug therapy in disabled elderly people. *IMAJ* 2007;9: 430-4.

Villafaina A, Gavilán E. Pacientes polimedicados frágiles, un reto para el sistema sanitario. Inf Ter Sist Nac Salud 2011: 35: 114-23.

Desprescripción

Cascada de la desprescripción



Taller: Atención al paciente crónico y pluripatológico
XII Jornadas de Calidad en Salud y X Congreso Sociedad Aragonesa de Calidad Asistencial. Zaragoza, 3-4 de junio de 2014

Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud

SANIDAD 2012
MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD

Objetivo 11

Identificar en cada paciente su nivel de necesidad y facilitar la provisión de intervenciones específicas adecuadas a cada necesidad.

Estratificación

Objetivo 12

Garantizar intervenciones sanitarias efectivas, seguras, eficientes, sostenibles y proporcionadas, basadas en la mejor evidencia científica disponible.

Medicina basada en la evidencia

Objetivo 13

Optimizar la terapia farmacológica en los pacientes con tratamientos crónicos, con especial atención a los pacientes polimedicados[25].

Taller: Atención al paciente crónico y pluripatológico
XII Jornadas de Calidad en Salud y X Congreso Sociedad Aragonesa de Calidad Asistencial. Zaragoza, 3-4 de junio de 2014

European Journal of Internal Medicine xxx (2013) xxx–xxx

Contents lists available at SciVerse ScienceDirect

European Journal of Internal Medicine

journal homepage: www.elsevier.com/locate/ejim

Original article

Differential characteristics in polypathological inpatients in internal medicine departments and acute geriatric units: The PLUPAR study☆

Jesús Díez-Manglano [a,b,*], Begoña de Escalante Yangüela [b,c], Ernesto García-Arilla Calvo [d,**], Elena Ubis Díez [e], Eulalia Munilla López [a], Mercedes Clerencia Sierra [f], Paz Revillo Pinilla [b,g], Teresa Omiste Sanvicente [h] on behalf of the PLUPAR study researchers

- Estudio observacional, prospectivo y multicéntrico.
- Tiempo: inclusión en marzo-junio 2011, seguimiento un año.
- Criterios de inclusión: pacientes pluripatológicos con criterios Junta Andalucía 2007.
- Criterios de exclusión: reingresos, fallecimientos y ausencia de consentimiento.

Métodos: criterios de inclusión

Tabla 1. Criterios de paciente pluripatológico

CATEGORÍA A

A.1. Insuficiencia cardiaca que en situación de estabilidad clínica haya estado en grado II de la NYHA[1] (síntomas con actividad física habitual)

A.2. Cardiopatía isquémica (angina o infarto)

CATEGORÍA B

B.1. Vasculitis y enfermedades autoinmunes sistémicas

B.2. Enfermedad renal crónica definida por elevación de creatinina (>1,4 mg/dl en varones, >1,3 mg/dl en mujeres) o proteinuria[2], mantenidos durante 3 meses

CATEGORÍA C

C.1. Enfermedad respiratoria crónica que en situación de estabilidad clínica haya estado con disnea grado 2 de la MRC[3] (disnea a paso habitual en llano), ó FEV1<65%, ó SaO2 ≤ 90%

CATEGORÍA D

D.1. Enfermedad inflamatoria crónica intestinal

D.2. Hepatopatía crónica con datos de insuficiencia hepatocelular[4] ó hipertensión portal[5]

CATEGORÍA E

E.1. Ataque cerebrovascular

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

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

CATEGORÍA F:

F.1. Arteriopatía periférica sintomática

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

CATEGORÍA G:

G.1. Anemia crónica por perdidas digestivas o hemopatía adquirida no subsidiaria de tratamiento curativo que presente Hb < 10mg/dl en dos determinaciones separadas entre sí más de tres meses

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

CATEGORÍA H:

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)

Se considera PP si tiene un criterio de al menos dos categorías diferentes.

[1] Leve limitación de la actividad física. Actividad física habitual produce disnea, angina, cansancio o palpitaciones.
[2] Índice albúmina/creatinina > 300 mg/g, microalbuminuria > 3mg/dl en muestra de orina ó Albúmina>300 mg/día en orina de 24 horas ó >200 microg/min
[3] Incapacidad de mantener el paso de otra persona de la misma edad, caminando en llano, debido a la dificultad respiratoria o tener que parar a descansar al andar en llano al propio paso.
[4] INR >1,7, albúmina <3,5 g/dl, bilirrubina >2 mg/dl.
[5] Definida por la presencia de datos clínicos, analíticos, ecográficos o endoscópicos.

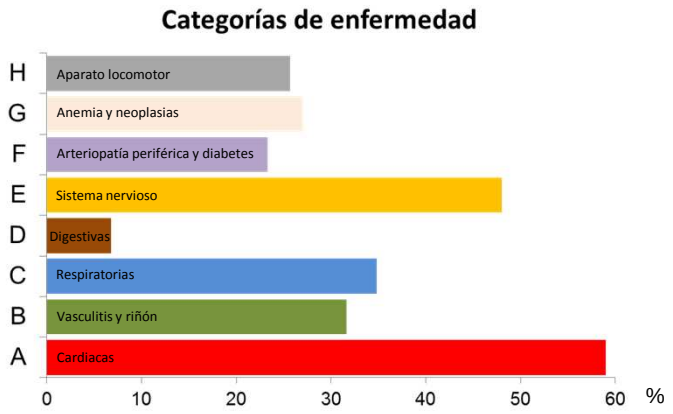
Incidencia de pluripatología en Aragón

Ámbito	Incidencia
Medicina Interna	30,7%
Geriatría	44,0%
Total	33,6%
Atención Primaria	1,34%

Características de los PPP

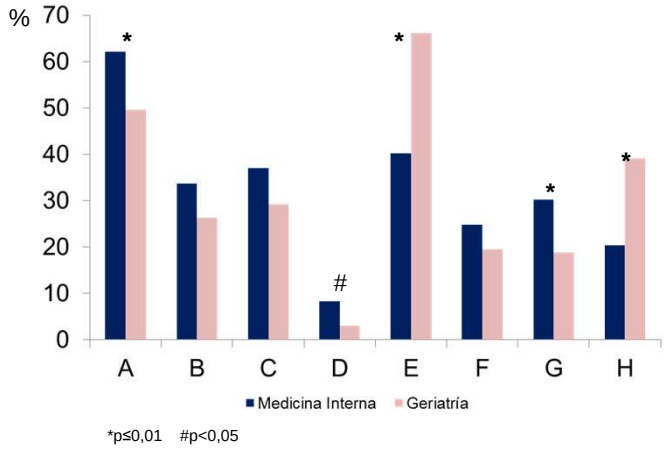
- Edad media 80,9 ± 8,8 años
- 55% mujeres
- 23,2% viven en una residencia

Características de los PPP



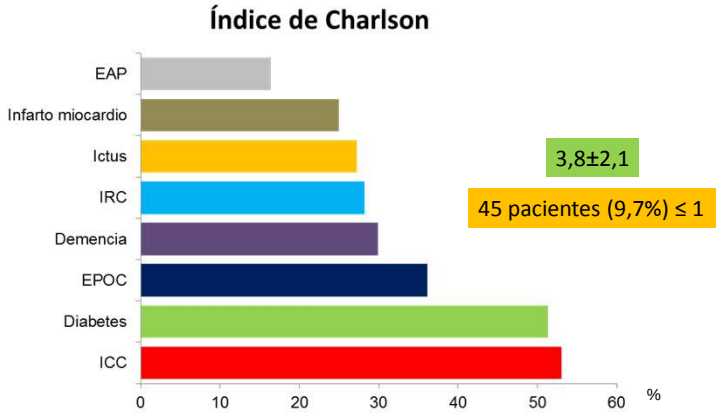
Nº de categorías 2,6±0,8 (rango 2-6)

Características de los PPP



*p≤0,01 #p<0,05

Características de los PPP

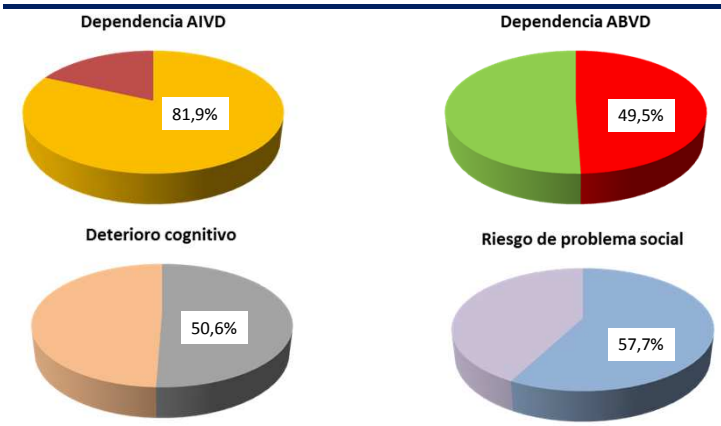


3,8±2,1

45 pacientes (9,7%) ≤ 1

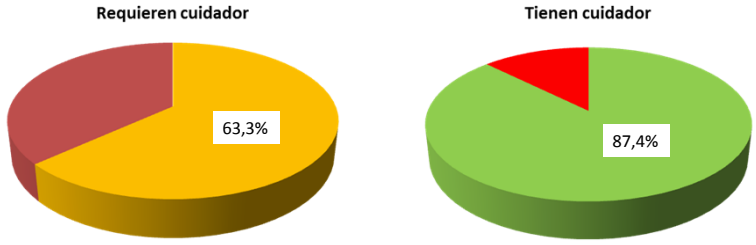
	Medicina interna	Geriatría	p
Índice de Charlson	4,0±2,1	3,5±2,1	0,03

Características de los PPP



Dependencia AIVD: índice de Lawton-Brody < 5 puntos en varones y < 8 en mujeres.
Dependencia ABVD: índice de Barthel < 60 puntos.
Deterioro cognitivo: cuestionario de Pfeiffer > 3 errores.
Riesgo de problema social: escala de Gijón ≥ 10 puntos.

Características de los PPP

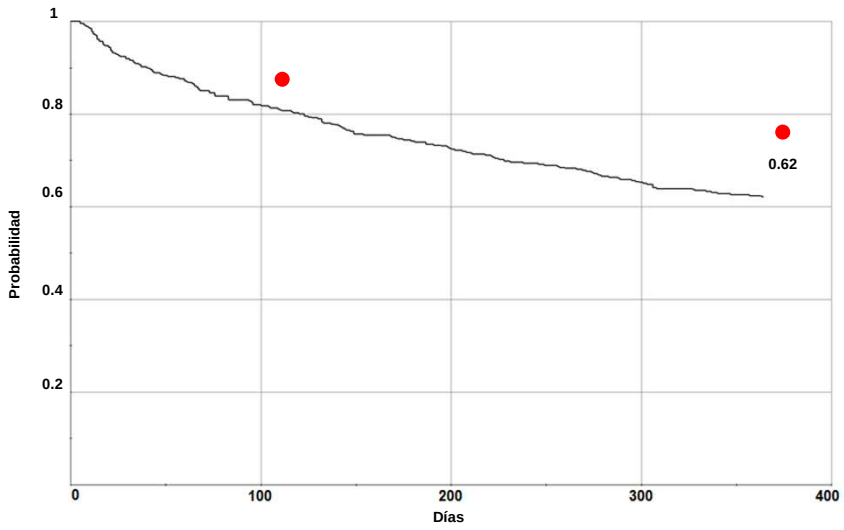


Requerir cuidador: índice de Barthel < 60 puntos y/o cuestionario de Pfeiffer > 3 errores.

28,4% de los cuidadores es el cónyuge

Taller: Atención al paciente crónico y pluripatológico
XII Jornadas de Calidad en Salud y X Congreso Sociedad Aragonesa de Calidad Asistencial. Zaragoza, 3-4 de junio de 2014

Supervivencia de los PPP



Taller: Atención al paciente crónico y pluripatológico
XII Jornadas de Calidad en Salud y X Congreso Sociedad Aragonesa de Calidad Asistencial. Zaragoza, 3-4 de junio de 2014

Mortalidad de los PPP

Ámbito	Mortalidad al año
Medicina Interna	35,7 %
Geriatría	44,4 %
Total	38,2 %
Cohorte PROFUND	**37,2 %**

Taller: Atención al paciente crónico y pluripatológico
XII Jornadas de Calidad en Salud y X Congreso Sociedad Aragonesa de Calidad Asistencial. Zaragoza, 3-4 de junio de 2014

Mortalidad de los PPP

Factores asociados con la mortalidad (regresión de Cox)				
	Análisis univariante		Análisis multivariante	
Variable	OR (95%CI)	p	OR (95%CI)	p
Edad	1.04 (1.02-1.06)	0.0001	1.03 (1.01-1.06)	**0.009**
Vivir en residencia	1.55 (1.12-2.13)	0.01	1.15 (0.81-1.65)	0.44
Categoría G2 (neoplasia diseminada)	1.78 (1.19-2.67)	0.005	2.22 (1.36-3.63)	**0.001**
Dependencia AIVD	1.84 (1.16-2.94)	0.01	0.92 (0.51-1.66)	0.78
Dependencia ABVD	2.53 (1.85-3.46)	0.0007	1.76 (1.08-2.89)	**0.02**
Deterioro cognitivo	1.49 (1.09-2.02)	0.01	0.74 (0.51-1.07)	0.11
Necesita cuidador	2.46 (1.72-3.52)	0.0009	1.31 (0.71-2.41)	0.39
Indice PROFUND	1.10 (1.07-1.13)	0.0007	1.04 (1.00-1.09)	**0.05**

Taller: Atención al paciente crónico y pluripatológico
XII Jornadas de Calidad en Salud y X Congreso Sociedad Aragonesa de Calidad Asistencial. Zaragoza, 3-4 de junio de 2014

El índice PROFUND

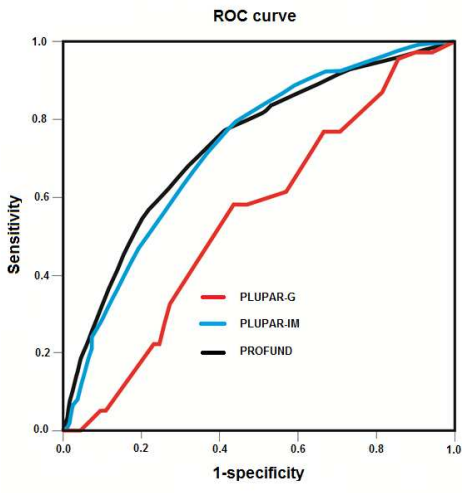
Índice PROFUND	
Variable	Puntos
Edad ≥ 85	3
Rasgos clínicos	
Neoplasia activa	6
Demencia	3
Disnea clase III-IV NYHA o 3-4 mMRC	3
Delirium en el último ingreso en el hospital	3
Hb < 10 g/dL	3
Rasgos sociofamiliares	
Índice de Barthel < 60	4
Ausencia de cuidador u otro diferente del cónyuge	2
≥ 4 ingresos hospitalarios en los últimos 12 meses	3

Bernabeu-Wittel et al. Eur J Intern Med 2011

Mortalidad de los PPP

Estadio	Puntuación	Mortalidad (%)
1	0-2	14,6
2	3-6	24,4
3	7-10	46,6
4	≥ 11	61,3

El índice PROFUND



El índice PROFUNCTION

Simplified PROFUNCTION	
Variable	Puntos
Edad ≥ 85	1
Rasgos clínicos	
Enfermedad neurológica	1
Enfermedad osteoarticular (categoría H)	1
Disnea clase III-IV NYHA o 3-4 mMRC	1
≥ categorías de PP	1
Dimensiones funcionales-sociofamiliares	
Índice de Barthel < 60	1
Riesgo o problema social establecidos (Gijón > 10)	1

Bernabeu-Wittel et al. Int J Gerontology 2012

El índice PROFUNCTION

Puntuación	Deterioro Barthel > 20 en un año
0	21-24%
1-2	30,2-33%
3	34,2-39%
≥ 4	38-46%

Bernabeu-Wittel et al. Int J Gerontology 2012

Medicina basada en la evidencia

Clinical Practice Guidelines and Quality of Care for Older Patients With Multiple Comorbid Diseases
Implications for Pay for Performance

JAMA. 2005;294:716-724

Cynthia M. Boyd, MD, MPH
Jonathan Darer, MD, MPH
Chad Boult, MD, MPH, MBA
Linda P. Fried, MD, MPH
Lisa Boult, MD, MPH, MA
Albert W. Wu, MD, MPH

Mujer de 79 años con:

- EPOC
- Diabetes mellitus tipo 2
- Osteoporosis
- Hipertensión arterial
- Artrosis

todas de gravedad moderada

Medicina basada en la evidencia

Al aplicar las guías de práctica clínica

- 14 recomendaciones no farmacológicas (complejidad 14)
- 12 medicamentos diarios en 19 tomas y 5 momentos del día, más alendronato semanal
- 1 visita semanal al médico
- 3 interacciones medicamentosas graves y 5 leves
- Gasto de 406,45 $ mensuales

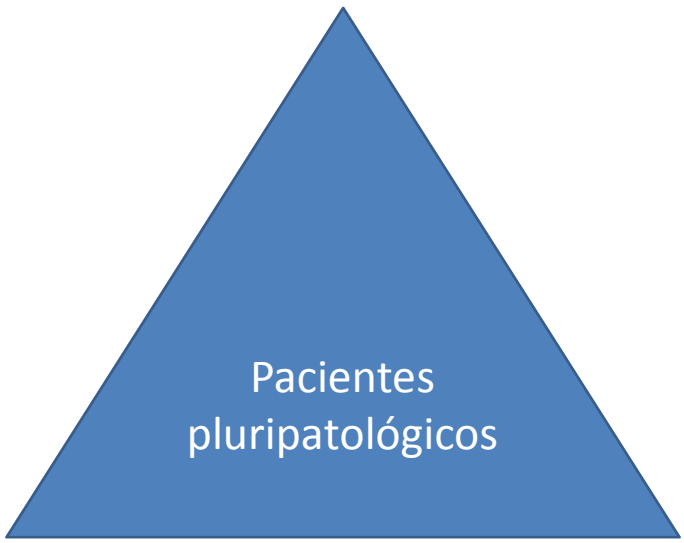
We need minimally disruptive medicine

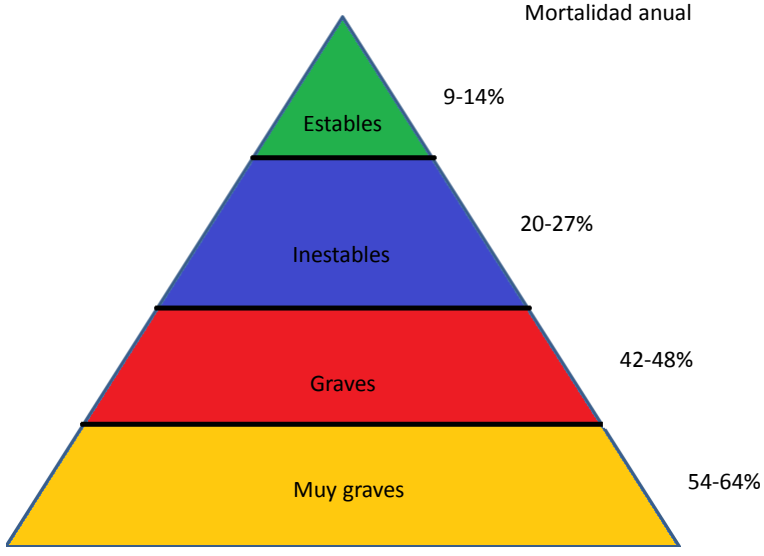
The burden of treatment for many people with complex, chronic, comorbidities reduces their capacity to collaborate in their care. **Carl May, Victor Montori**, and **Frances Mair** argue that to be effective, care must be less disruptive

BMJ 2009; 339: 485

Principios de la medicina mínimamente disruptiva

- Establecer el peso de la carga de los cuidados
- Estimular la coordinación en la práctica clínica
- Reconocer la comorbilidad en la evidencia clínica
- Priorizar desde la perspectiva del paciente


Pacientes
pluripatológicos


Mortalidad anual
Estables
9-14%
Inestables
20-27%
Graves
42-48%
Muy graves
54-64%

Ingresos hospitalarios en el año posterior

Media 1,02

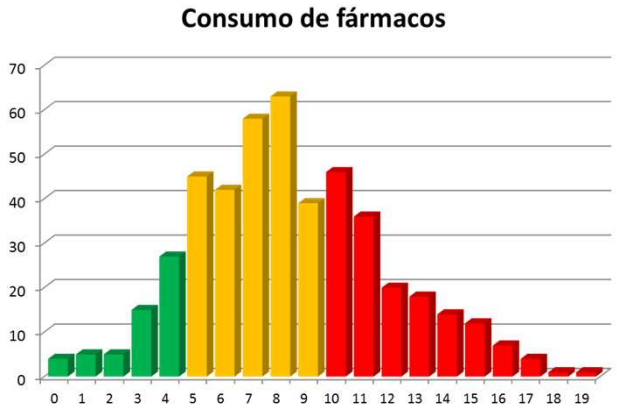
Mínimo=0 Máximo=9

82 años
Insuficiencia cardiaca clase III
Insuficiencia renal crónica estadio IV
Diabetes mellitus tipo 2
Obesidad mórbida
Hipertensión arterial
Hipertrigliceridemia
Anemia crónica

Darbepoetina alfa
Insulina glargina
Linagliptina
Bisoprolol
Furosemida
Clortalidona
Doxazosina
Pravastatina
Alopurinol
Paricalcitol
Calcifediol
Sevelámero
Omeprazol
Fentanilo transdérmico
Latanoprost colirio
Polividona iodada colirio

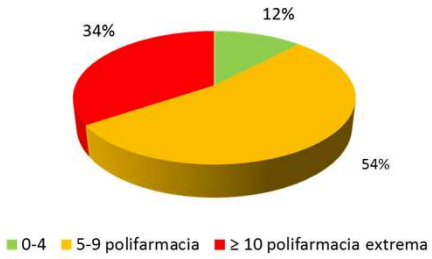
16 fármacos 23-26 dosis

Polifarmacia y pluripatología



El consumo de medicamentos oscilaba entre 0 y 19 fármacos.
El consumo medio era de 8,3 ± 3,4 fármacos.

Polifarmacia y pluripatología



Ámbito	Polifarmacia (≥5)	Polifarmacia extrema (≥ 10)
Medicina Interna	88,9 %	35,5 %
Geriatría	85,4 %	31,5 %
Total	87,9 %	34,4 %

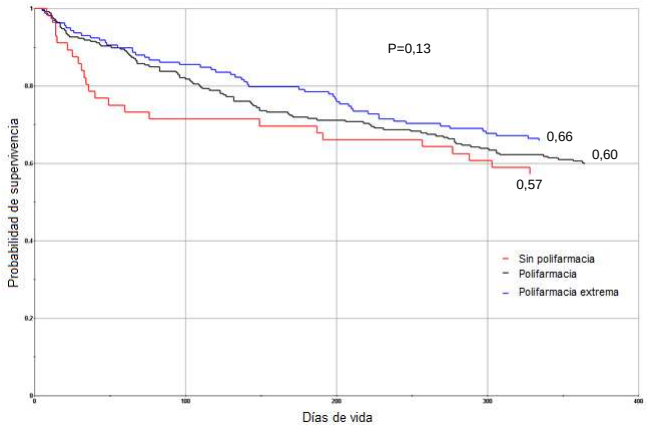
Polifarmacia y pluripatología en España

Estudio	Diseño	Ambito	N	Media (DE)	Rango	Polifarmacia (%)	PE (%)
PROFUND_2008	Prospectivo	MI	1632	7,9 (3,3)	0-21	85,6	30,5
PALIAR_2010	Prospectivo	MI	1847	8,1 (3,5)		86,0	31,3
PLUPAR_2011	Prospectivo	MI/G	471	8,3 (3,4)	0-19	87,9	34,4

Polifarmacia y pluripatología

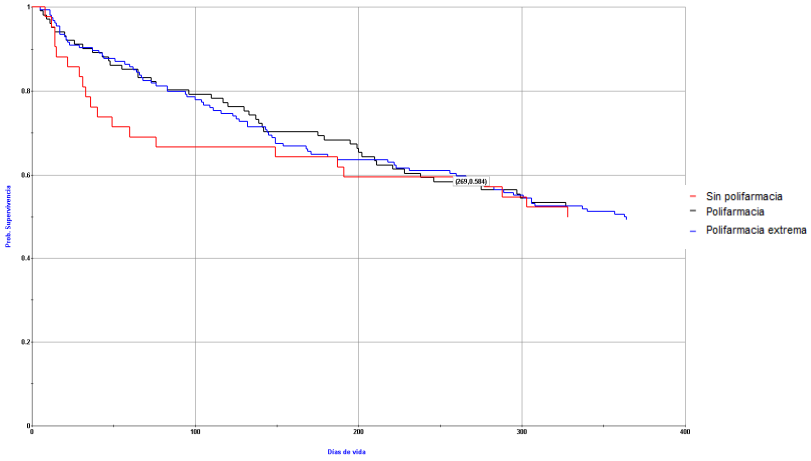
Factores asociados con la polifarmacia extrema (regresión logística)				
	Análisis univariante		Análisis multivariante	
Variable	OR (95%CI)	p	OR (95%CI)	p
Categoría A (enfermedades cardiacas)	2.54 (1.50-3.40)	0.0001	2.16 (1.35-3.44)	**0.001**
Categoría C (enfermedades respiratorias)	1.83 (1.23-2.73)	0.003	1.72 (1.08-2.74)	**0.02**
Categoría E3 (enfermedad neurológica con deterioro cognitivo permanente con Pfeiffer >5)	0.47 (0.29-0.76)	0.002	0.78 (0.46-1.34)	0.37
Categoría F2 (diabetes con retinopatía o neuropatía)	2.30 (1.36-3.90)	0.002	2.91 (1.60-5.28)	**0.0004**
Nº categorías	1.39 (1.08-1.79)	0.01	1.13 (0.85-1.51)	0.39
Delirium	0.49 (0.29-0.84)	0.009	0.51 (0.28-0.91)	**0.02**
Ingresos 12 meses	1.27 (1.09-1.47)	0.002	1.23 (1.04-1.46)	**0.01**

Polifarmacia y pluripatología



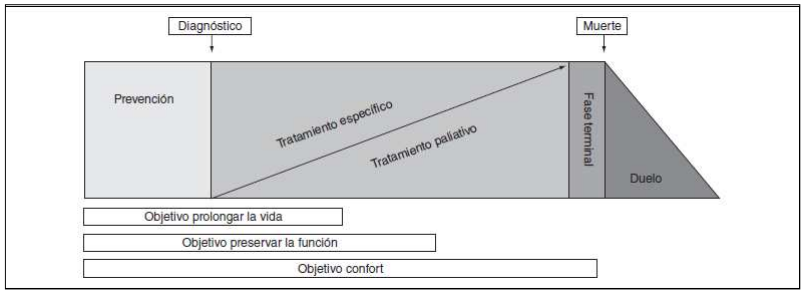
Taller: Atención al paciente crónico y pluripatológico
XII Jornadas de Calidad en Salud y X Congreso Sociedad Aragonesa de Calidad Asistencial. Zaragoza, 3-4 de junio de 2014

Mortalidad en los estadios 3-4 PROFUND



Taller: Atención al paciente crónico y pluripatológico
XII Jornadas de Calidad en Salud y X Congreso Sociedad Aragonesa de Calidad Asistencial. Zaragoza, 3-4 de junio de 2014

Cuidados paliativos



Taller: Atención al paciente crónico y pluripatológico
XII Jornadas de Calidad en Salud y X Congreso Sociedad Aragonesa de Calidad Asistencial. Zaragoza, 3-4 de junio de 2014

Karnofsky Perfomance Status y sus variantes

Puntuación	KPS	TKPS	AKPS
100	Normal, no hay quejas, no hay evidencia de enfermedad.	Normal, no hay quejas, no hay evidencia de enfermedad.	Normal, no hay quejas, no hay evidencia de enfermedad.
90	Capaz de llevar una actividad normal, signos menores o síntomas.	Capaz de llevar una actividad normal, signos menores o síntomas.	Capaz de llevar una actividad normal, signos menores o síntomas.
80	Actividad normal con esfuerzo, algunos signos o síntomas de la enfermedad.	Actividad normal con esfuerzo, algunos signos o síntomas de la enfermedad.	Actividad normal con esfuerzo, algunos signos o síntomas de la enfermedad.
70	Se ocupa por sí mismo, imposibilidad de realizar las normales y desarrollar actividades o realizar un trabajo activo.	Se ocupa por sí mismo, imposibilidad de realizar las normales y desarrollar actividades o realizar un trabajo activo.	Se ocupa por sí mismo, imposibilidad de realizar las normales y desarrollar actividades o realizar un trabajo activo.
60	Requiere asistencia ocasional pero es capaz de atender a la mayoría de sus necesidades.	Requiere asistencia ocasional pero es capaz de atender a la mayoría de sus necesidades.	Requiere asistencia ocasional pero capaz de atender a la mayoría de sus necesidades.
50	Requiere asistencia considerable y frecuente atención médica	Requiere asistencia considerable y frecuente atención médica	Requiere asistencia considerable y frecuente atención médica
40	Movilidad reducida, requiere un cuidado especial y de asistencia.	En la cama más de 50% del tiempo	En la cama más de 50% del tiempo
30	Discapacidad grave, hospitalización; tratamiento de soporte activo.	Casi completamente postrado en cama.	Casi completamente postrado en cama.
20	Muy enfermo, hospitalización, tratamiento de soporte activo.	Totalmente postrado en cama y que requieren amplios cuidados de enfermería por profesionales/familia.	Totalmente postrado en cama y que requieren amplios cuidados de enfermería por profesionales/familia.
10	Moribundos, procesos progresando rápidamente.	Estado de coma o puede despertar a duras penas.	Estado de coma o puede despertar a duras penas.
0	Muerte	Muerte	Muerte

Taller: Atención al paciente crónico y pluripatológico
XII Jornadas de Calidad en Salud y X Congreso Sociedad Aragonesa de Calidad Asistencial. Zaragoza, 3-4 de junio de 2014

Criterios de terminalidad del NHO

CRITERIOS GENERALES
El pronóstico clínico del paciente a criterio de su médico es limitado (6 meses). Su médico no se sorprendería si el paciente falleciera en los próximos 6 meses.
El paciente familia aceptan/están de acuerdo en un abordaje más paliativo que intensivo con respecto a su enfermedad fundamental. El paciente presenta al menos uno de estos criterios: • Evidencia de progresión clínica de la enfermedad específica según los criterios específicos abajo detallados y/o múltiples ingresos/urgencias médicas en los últimos 6 meses y/o deterioro funcional evidente. • Perdida no intencionada de >10% de su peso en los últimos 6 meses • Albúmina < 25 g/dL
CRITERIOS ESPECIFICOS (al menos un criterio de terminalidad de enfermedad específica)
Insuficiencia cardiaca crónica: (refractaria al tratamiento, no indicado trasplante cardiaco) • Disnea clase IV de la NYHA y/o angina intratable con IC secundaria. • Fracción de eyección = 20%. • Persistencia síntomas a pesar de tratamiento adecuado. • IC refractaria y arritmias supraventriculares o ventriculares resistentes al ttto.
Enfermedad pulmonar crónica (los 3 primeros deben estar presentes) • EPOC documentada por disnea de reposo clase IV de la MRC con respuesta o escasa o nula a broncodilatadores. • Progresión de la enfermedad evidenciada por incremento de las hospitalizaciones o visitas domiciliarias por infecciones respiratorias y/o insuficiencias respiratorias. • Hipoxemia, pO_2 < 55 mmHg en reposo y respirando aire ambiente o SatO2 88% con O_2 suplementario, o hipercapnia, PCO_2 50 mmHg. • Insuficiencia cardiaca derecha secundaria a enfermedad pulmonar. Taquicardia de > 100 ppm en reposo.
Cirrosis hepática con insuficiencia hepática grado C de Child-Pugh: • Encefalopatía grado III-IV • Ascitis masiva refractaria refractaria • Albúmina < 2.8 gr/dl • T de protrombina < 30% • Síndrome hepatorrenal no tributario de tratamiento médico intensivo
Insuficiencia renal crónica avanzada que no van a ser dializados: • Síntomas urémicos: Confusión, nauseas, vómitos refractarios, prurito refractario. • Diuresis<400 cc/día. • Hiperkaliemia>7 mEq/l que no responde al tratamiento • Pericarditis urémica. Sobrecarga de fluidos intratable **Enfermedades neurológicas crónicas** • Dependencia absoluta (Barthel o puntos) • Ulceras por presión refractarias • Disfagia absoluta o desnutrición grave

Taller: Atención al paciente crónico y pluripatológico
XII Jornadas de Calidad en Salud y X Congreso Sociedad Aragonesa de Calidad Asistencial. Zaragoza, 3-4 de junio de 2014

ECOG Perfomance Status

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

Taller: Atención al paciente crónico y pluripatológico
XII Jornadas de Calidad en Salud y X Congreso Sociedad Aragonesa de Calidad Asistencial. Zaragoza, 3-4 de junio de 2014

Indice PALIAR

Vol. ■ No. ■ ■ 2013 Journal of Pain and Symptom Management 1

Original Article

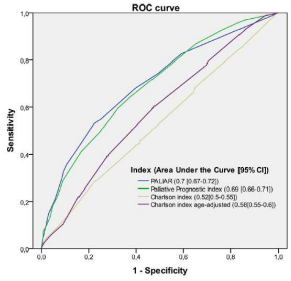
Development of a Six Month Prognostic Index in Patients With Advanced Chronic Medical Conditions: The PALIAR Score

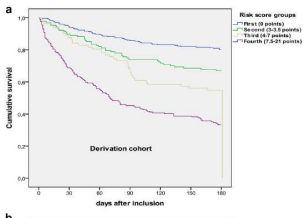
Máximo Bernabeu-Wittel, PhD, José Murcia-Zaragoza, PhD, Carlos Hernández-Quiles, MD, Belén Escolano-Fernández, MD, Guadalupe Jarava-Rol, MD, Miguel Oliver, PhD, Jesús Díez-Manglano, PhD, Alberto Ruiz-Cantero, MD, and Manuel Ollero-Baturone, PhD, PALIAR Researchers

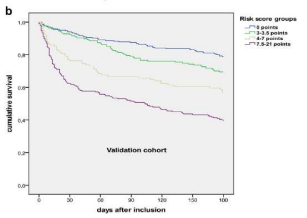
Item	Puntos
Edad ≥ 85 años	3
Anorexia	3,5
Clase 4 NYHA o disnea grado 4 mMRC	3,5
Ulceras por presión	3
Albúmina < 2,5 g/dL	4
ECOG-PS ≥ 3	4

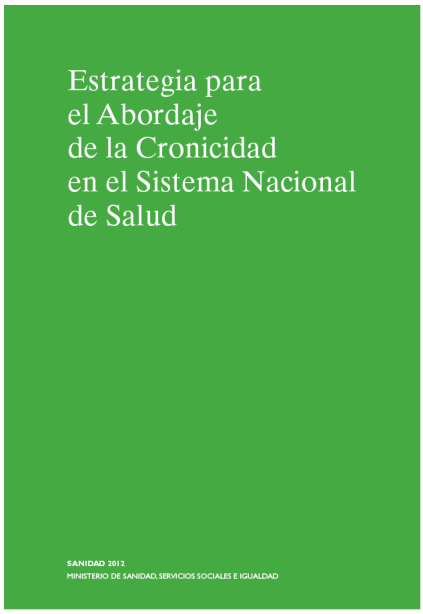
Indice PALIAR

Puntuación	Mortalidad (%)
0	21
3-3,5	32
4-7	46
7,5-21	62









Objetivo 8

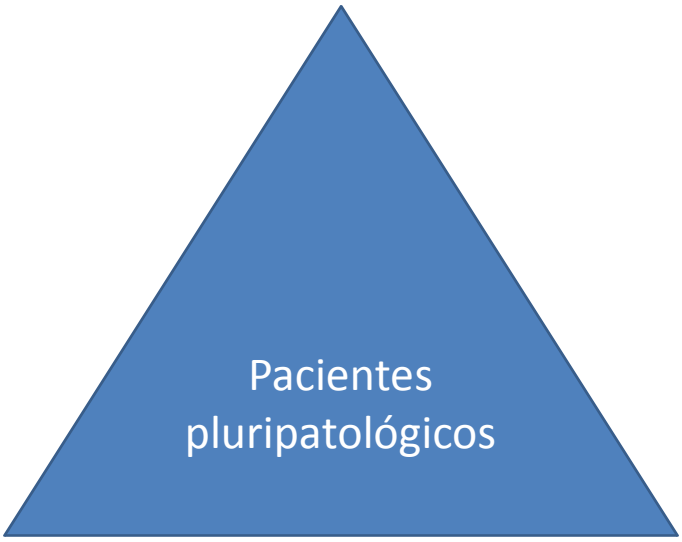
Garantizar la atención a las personas en el sistema y ámbito más adecuado y por los profesionales que mejor puedan dar respuesta a sus necesidades, fomentando el trabajo en equipos interdisciplinares y definiendo, de forma flexible y polivalente, las competencias y responsabilidades de todos los profesionales implicados en el abordaje de la cronicidad.

Objetivo 9

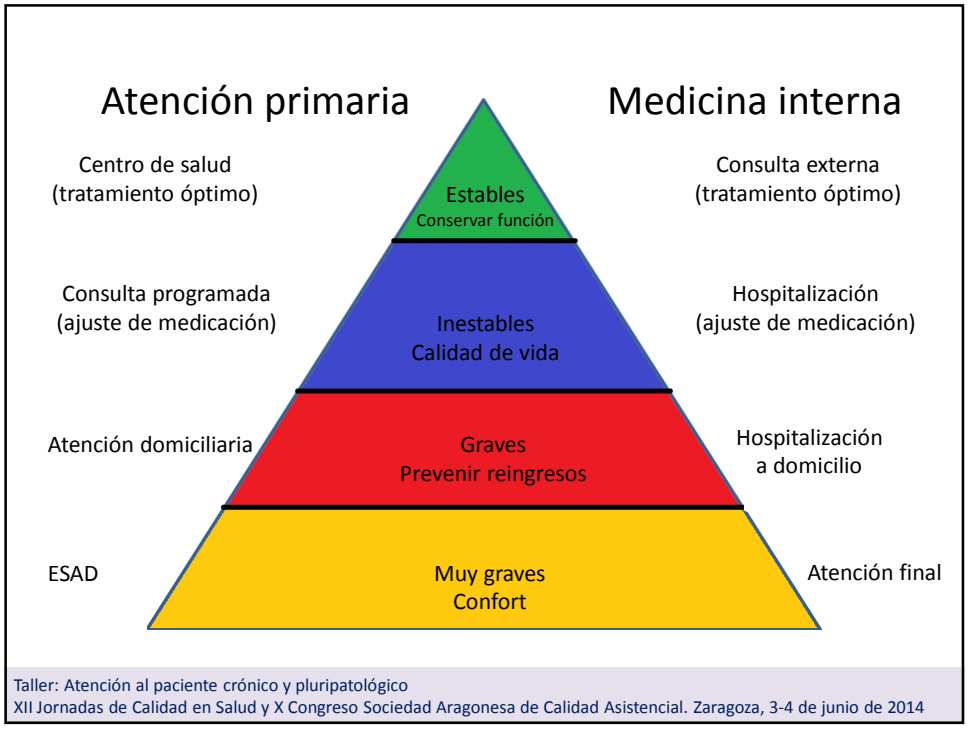
Garantizar la continuidad de los cuidados en la atención sanitaria, evitando la duplicidad de intervenciones y facilitando la transición entre niveles asistenciales.

Objetivo 10

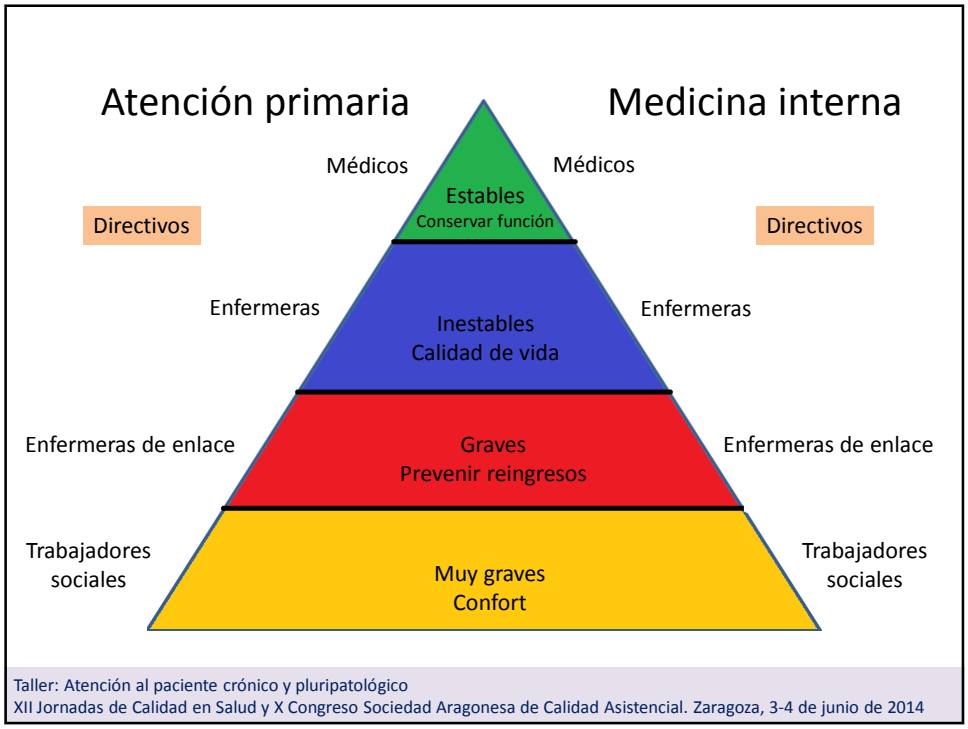
Garantizar la atención continuada de las personas cuyas condiciones de salud y limitaciones en la actividad de carácter crónico requieran atención sanitaria y social, impulsando la integración asistencial a nivel estructural y organizativo.



Taller: Atención al paciente crónico y pluripatológico
XII Jornadas de Calidad en Salud y X Congreso Sociedad Aragonesa de Calidad Asistencial. Zaragoza, 3-4 de junio de 2014



Taller: Atención al paciente crónico y pluripatológico
XII Jornadas de Calidad en Salud y X Congreso Sociedad Aragonesa de Calidad Asistencial. Zaragoza, 3-4 de junio de 2014



Taller: Atención al paciente crónico y pluripatológico
XII Jornadas de Calidad en Salud y X Congreso Sociedad Aragonesa de Calidad Asistencial. Zaragoza, 3-4 de junio de 2014

Conocer la pluripatología

Encuesta a todos los internistas de Aragón y a los médicos de Atención Primaria del sector Zaragoza 1

Tasa de respuesta: AP 32%, MI 28% (34% staff y 9% MIR)

	Internistas	A. Primaria
Conocen el concepto de pluripatología	100%	78,4%
Conocen los criterios de PPP	86,5%	54,0%
Pacientes con multimorbilidad	73,8%	36,2%
Pacientes con pluripatología	41,1%	29,4%
Es fácil establecer un pronóstico en PPP	19,4%	78,4%
Conocen una herramienta pronóstica para PPP	88,9%	37,8%

11th Congress EFIM 2012

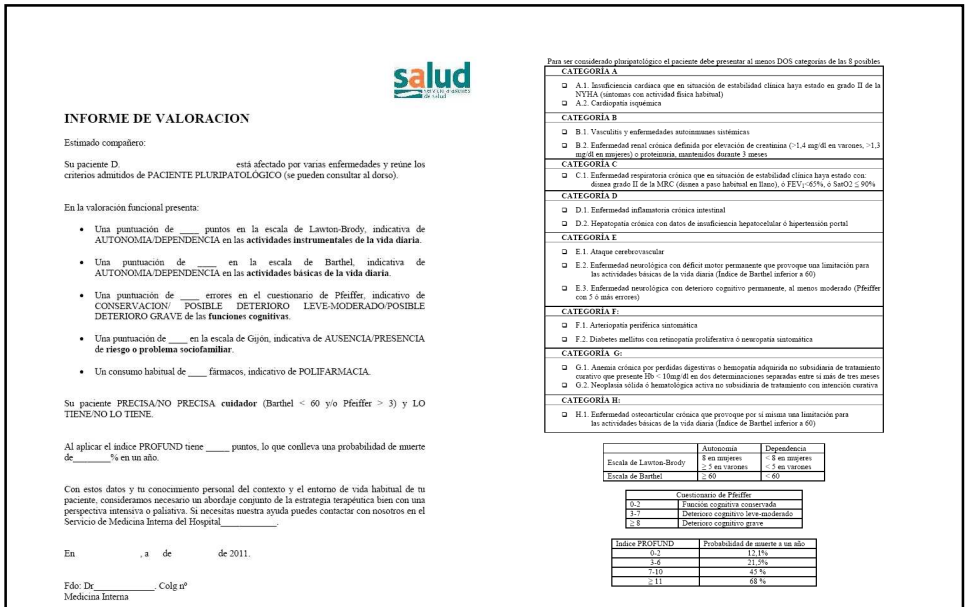
Conocer la pluripatología

	Internistas		A. Primaria
Conocen el índice de Barthel	100%	86,5%	100%
Conocen el índice de Lawton-Brody	56,8%	18,9%	45,9%
Conocen el cuestionario de Pfeiffer	83,8%	48,6%	100%
Conocen la escala sociofamiliar de Gijón	56,8%	13,5%	10,8%
Conocen el índice de Charlson	70,3%	18,9%	10,8%
Conocen el índice PROFUND	62,2%	16,2%	10,8%

11th Congress EFIM 2012

Tasa de respuesta baja

No estamos suficientemente preparados para atender a los PPP
¿y los MIR?



INFORME DE VALORACION

Estimado compañero:

Su paciente D. está afectado por varias enfermedades y reúne los criterios admitidos de PACIENTE PLURIPATOLÓGICO (se pueden consultar al dorso).

En la valoración funcional presenta:

- Una puntuación de ____ puntos en la escala de Lawton-Brody, indicativa de AUTONOMIA/DEPENDENCIA en las **actividades instrumentales de la vida diaria**.
- Una puntuación de ____ en la escala de Barthel, indicativa de AUTONOMIA/DEPENDENCIA en las **actividades básicas de la vida diaria**.
- Una puntuación de ____ errores en el cuestionario de Pfeiffer, indicativo de CONSERVACION/ POSIBLE DETERIORO LEVE-MODERADO/POSIBLE DETERIORO GRAVE de las **funciones cognitivas**.
- Una puntuación de ____ en la escala de Gijón, indicativa de AUSENCIA/PRESENCIA de **riesgo o problema sociofamiliar**.
- Un consumo habitual de ____ fármacos, indicativo de POLIFARMACIA.

Su paciente PRECISA/NO PRECISA **cuidador** (Barthel < 60 y/o Pfeiffer > 3) y LO TIENE/NO LO TIENE.

Al aplicar el índice PROFUND tiene _____ puntos, lo que conlleva una probabilidad de muerte de_____% en un año.

Con estos datos y tu conocimiento personal del contexto y el entorno de vida habitual de tu paciente, consideramos necesario un abordaje conjunto de la estrategia terapéutica bien con una perspectiva intensiva o paliativa. Si necesitas nuestra ayuda puedes contactar con nosotros en el Servicio de Medicina Interna del Hospital_____.

En , a de de 2011.

Fdo: Dr_____. Colg nº
Medicina Interna

Para ser considerado pluripatológico el paciente debe presentar al menos DOS categorías de las 8 posibles

CATEGORÍA A
- ❑ A.1. Insuficiencia cardiaca que en situación de estabilidad clínica haya estado en grado II de la NYHA (síntomas con actividad física habitual)
- ❑ A.2. Cardiopatía isquémica

CATEGORÍA B
- ❑ B.1. Vasculitis y enfermedades autoinmunes sistémicas
- ❑ B.2. Enfermedad renal crónica definida por elevación de creatinina (>1,4 mg/dl en varones, >1,3 mg/dl en mujeres) o proteinuria, mantenidos durante 3 meses

CATEGORÍA C
- ❑ C.1. Enfermedad respiratoria crónica que en situación de estabilidad clínica haya estado con: disnea grado II de la MRC (disnea a paso habitual en llano), o FEV_1<65%, o $SatO2 \leq 90\%$

CATEGORÍA D
- ❑ D.1. Enfermedad inflamatoria crónica intestinal
- ❑ D.2. Hepatopatía crónica con datos de insuficiencia hepatocelular ó hipertensión portal

CATEGORÍA E
- ❑ E.1. Ataque cerebrovascular
- ❑ E.2. Enfermedad neurológica con déficit motor permanente que provoque una limitación para las actividades básicas de la vida diaria (Índice de Barthel inferior a 60)
- ❑ E.3. Enfermedad neurológica con deterioro cognitivo permanente, al menos moderado (Pfeiffer con 5 ó más errores)

CATEGORÍA F:
- ❑ F.1. Arteriopatía periférica sintomática
- ❑ F.2. Diabetes mellitus con retinopatía proliferativa ó neuropatía sintomática

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

CATEGORÍA H:
- ❑ 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)

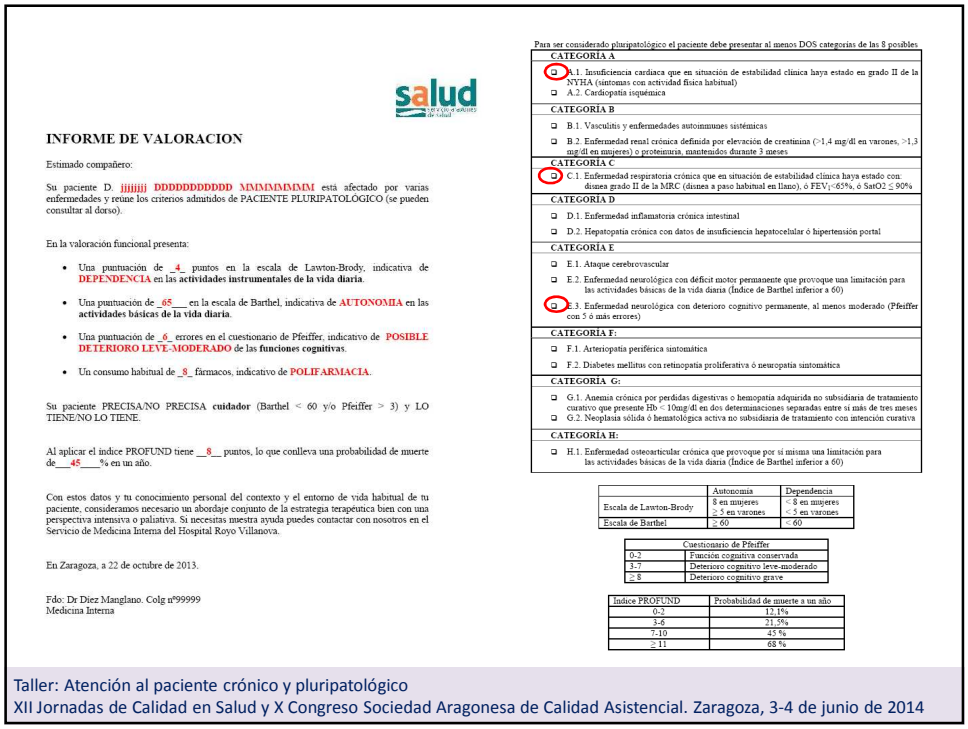
	Autonomía	Dependencia
Escala de Lawton-Brody	8 en mujeres ≥ 5 en varones	< 8 en mujeres < 5 en varones
Escala de Barthel	≥ 60	< 60

Cuestionario de Pfeiffer	
0-2	Función cognitiva conservada
3-7	Deterioro cognitivo leve-moderado
≥ 8	Deterioro cognitivo grave

Índice PROFUND	Probabilidad de muerte a un año
0-2	12,1%
3-6	21,5%
7-10	45 %
≥ 11	68 %

88,9% de los médicos de atención primaria consideraron útil este informe

Taller: Atención al paciente crónico y pluripatológico
XII Jornadas de Calidad en Salud y X Congreso Sociedad Aragonesa de Calidad Asistencial. Zaragoza, 3-4 de junio de 2014



INFORME DE VALORACION

Estimado compañero:

Su paciente D. jjjjjjjj DDDDDDDDDD MMMMMMM está afectado por varias enfermedades y reúne los criterios admitidos de PACIENTE PLURIPATOLÓGICO (se pueden consultar al dorso).

En la valoración funcional presenta:

- Una puntuación de _4_ puntos en la escala de Lawton-Brody, indicativa de DEPENDENCIA en las **actividades instrumentales de la vida diaria**.
- Una puntuación de _65___ en la escala de Barthel, indicativa de AUTONOMIA en las **actividades básicas de la vida diaria**.
- Una puntuación de _6_ errores en el cuestionario de Pfeiffer, indicativo de POSIBLE DETERIORO LEVE-MODERADO de las **funciones cognitivas**.
- Un consumo habitual de _8_ fármacos, indicativo de POLIFARMACIA.

Su paciente PRECISA/NO PRECISA **cuidador** (Barthel < 60 y/o Pfeiffer > 3) y LO TIENE/NO LO TIENE.

Al aplicar el índice PROFUND tiene __8__ puntos, lo que conlleva una probabilidad de muerte de___45____% en un año.

Con estos datos y tu conocimiento personal del contexto y el entorno de vida habitual de tu paciente, consideramos necesario un abordaje conjunto de la estrategia terapéutica bien con una perspectiva intensiva o paliativa. Si necesitas nuestra ayuda puedes contactar con nosotros en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Royo Villanova.

En Zaragoza, a 22 de octubre de 2013.

Fdo: Dr Diez Manglano. Colg nº99999
Medicina Interna

Para ser considerado pluripatológico el paciente debe presentar al menos DOS categorías de las 8 posibles

CATEGORÍA A
- ❑ A.1. Insuficiencia cardiaca que en situación de estabilidad clínica haya estado en grado II de la NYHA (síntomas con actividad física habitual)
- ❑ A.2. Cardiopatía isquémica

CATEGORÍA B
- ❑ B.1. Vasculitis y enfermedades autoinmunes sistémicas
- ❑ B.2. Enfermedad renal crónica definida por elevación de creatinina (>1,4 mg/dl en varones, >1,3 mg/dl en mujeres) o proteinuria, mantenidos durante 3 meses

CATEGORÍA C
- ❑ C.1. Enfermedad respiratoria crónica que en situación de estabilidad clínica haya estado con: disnea grado II de la MRC (disnea a paso habitual en llano), o FEV_1<65%, o $SatO2 \leq 90\%$

CATEGORÍA D
- ❑ D.1. Enfermedad inflamatoria crónica intestinal
- ❑ D.2. Hepatopatía crónica con datos de insuficiencia hepatocelular ó hipertensión portal

CATEGORÍA E
- ❑ E.1. Ataque cerebrovascular
- ❑ E.2. Enfermedad neurológica con déficit motor permanente que provoque una limitación para las actividades básicas de la vida diaria (Índice de Barthel inferior a 60)
- ❑ E.3. Enfermedad neurológica con deterioro cognitivo permanente, al menos moderado (Pfeiffer con 5 ó más errores)

CATEGORÍA F:
- ❑ F.1. Arteriopatía periférica sintomática
- ❑ F.2. Diabetes mellitus con retinopatía proliferativa ó neuropatía sintomática

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

CATEGORÍA H:
- ❑ 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)

	Autonomía	Dependencia
Escala de Lawton-Brody	8 en mujeres ≥ 5 en varones	< 8 en mujeres < 5 en varones
Escala de Barthel	≥ 60	< 60

Cuestionario de Pfeiffer	
0-2	Función cognitiva conservada
3-7	Deterioro cognitivo leve-moderado
≥ 8	Deterioro cognitivo grave

Índice PROFUND	Probabilidad de muerte a un año
0-2	12,1%
3-6	21,5%
7-10	45 %
≥ 11	68 %

Taller: Atención al paciente crónico y pluripatológico
XII Jornadas de Calidad en Salud y X Congreso Sociedad Aragonesa de Calidad Asistencial. Zaragoza, 3-4 de junio de 2014

CMAJ RESEARCH

Impact of physician continuity on death or urgent readmission after discharge among patients with heart failure

Finlay A. McAlister MD MSc, Erik Youngson MMath, Jeffrey A. Bakal PhD, Padma Kaul PhD, Justin Ezekowitz MB BCh MSc, Carl van Walraven MD MSc

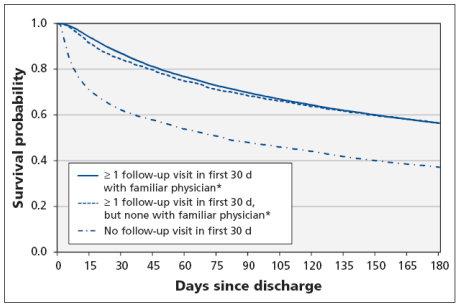
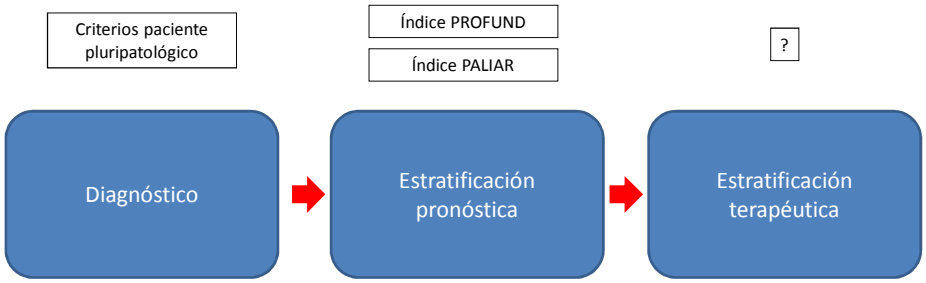


Figure 3: Unadjusted Kaplan–Meier curves for time to death or urgent readmission after discharge from index hospital admission. *A physician who had seen the patient at least twice in the year before the index admission or once during the index admission.

Propuestas: dónde estamos



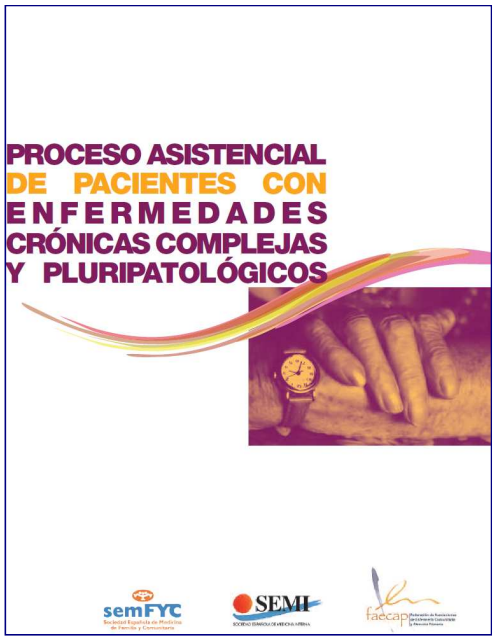
Propuestas

Criterios paciente pluripatológico

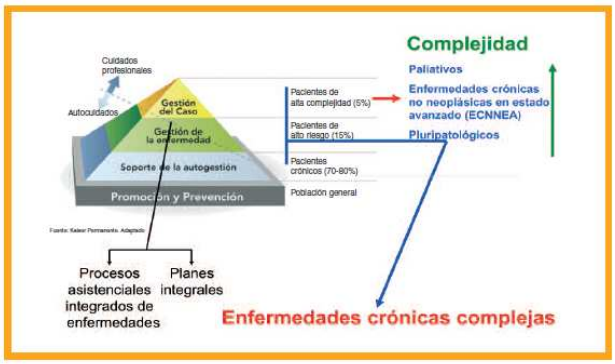
Índice PROFUND

Índice PALIAR

Taller: Atención al paciente crónico y pluripatológico
XII Jornadas de Calidad en Salud y X Congreso Sociedad Aragonesa de Calidad Asistencial. Zaragoza, 3-4 de junio de 2014



Taller: Atención al paciente crónico y pluripatológico
XII Jornadas de Calidad en Salud y X Congreso Sociedad Aragonesa de Calidad Asistencial. Zaragoza, 3-4 de junio de 2014



Definición funcional: Conjunto de actividades encaminadas a garantizar a los pacientes con enfermedades crónicas complejas y pluripatológicos una asistencia sanitaria integral, coordinando a los profesionales, los servicios y los centros a lo largo del tiempo.

Límite de entrada: Pacientes que sufren enfermedades crónicas complejas:

- Pacientes con enfermedades crónicas no neoplásicas en estadios avanzados.
- Pacientes pluripatológicos.
- Pacientes con enfermedad crónica o de alto riesgo. *Single*.

Límite final: Fallecimiento del paciente.

Límites marginales: Pacientes incluidos en cuidados paliativos o un programa de trasplantes, receptores de diálisis o diagnosticados de SIDA.

Taller: Atención al paciente crónico y pluripatológico
XII Jornadas de Calidad en Salud y X Congreso Sociedad Aragonesa de Calidad Asistencial. Zaragoza, 3-4 de junio de 2014

4. PROFESIONALES, PERSONA CUIDADORA Y ACTIVIDADES

Medicina de familia

- Identificación de los pacientes con enfermedades crónicas complejas y pluripatológicos con priorización de aquellos que sean subsidiarios de beneficiarse de la intervención de gestión de casos.
- Integración de las intervenciones basadas en la evidencia, ajustadas a la comorbilidad de cada individuo y personalizadas para cada paciente.
- Revisión del tratamiento, de las descompensaciones de los pacientes y derivación al hospital si procede. Seguimiento del paciente y coordinación con enfermería.

Enfermería de familia

- Valorar el nivel de dependencia en los cuidados de los pacientes e identificar a las personas cuidadoras y su grado de cansancio potencial y de riesgo. Fomentar el autocuidado de los pacientes y ofrecer información y protocolos de cuidados, entrenándolos en la autogestión y en el autocuidado. Valorar la necesidad de la gestión de caso.
- Es el principal referente para el paciente en el seguimiento de su enfermedad. Se coordina con los distintos agentes, principalmente con la enfermería comunitaria de enlace.

Enfermería de gestión de casos

- Profesionales que enmarcan su trabajo en el ámbito comunitario (enfermera comunitaria gestora de casos, o de enlace o de práctica avanzada, según denominaciones en distintos ámbitos geográficos) u hospitalario (enfermera hospitalaria gestora de casos o de enlace hospitalario) dentro de la gestión de casos.

La gestión de casos realizada por enfermería es un proceso en el cual se valoran, planifican, aplican, coordinan, monitorizan y evalúan las opciones y servicios necesarios para satisfacer las necesidades de salud de una persona, articulando la comunicación y los recursos disponibles que promuevan resultados de calidad y resulten costoefectivos.

La gestión de casos aplicada a los cuidados es un proceso dirigido a recoger información específica sobre las necesidades de las personas enfermas, identificar los problemas, diseñar un plan de intervención y coordinar las actividades y necesidades con los profesionales y los familiares implicados, con el fin de que se alcancen los objetivos asistenciales, coordinándose con diferentes profesionales y movilizando los recursos necesarios en aras de garantizar una atención integral y continuada que resuelva las necesidades de cuidados del paciente y de la persona cuidadora.

Medicina interna

- Prevención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades que implican todos los sistemas y órganos, y especialmente de la atención a pacientes con necesidades médicas complejas, tanto en el ámbito hospitalario como en el ambulatorio.
- Identificar a los pacientes con enfermedades crónicas complejas y pluripatológicos.
- Realizar una valoración integral (que incluya las áreas clínica, funcional, psicoafectiva y social) en el hospital.
- Interlocutor clínico hospitalario para atención primaria para los pacientes con enfermedades crónicas complejas y pluripatológicos.
- Realizar un seguimiento conjunto con atención primaria cuando se estime necesario.

Enfermería de hospital

- Proporcionar cuidados que contribuyan a la recuperación de los pacientes y estén en consonancia con las necesidades y expectativas de los mismos, con un enfoque para mantener o mejorar la capacidad funcional del paciente.
- Fomentar progresivamente la implicación del paciente y sus cuidadores en el autocuidado, facilitando su autonomía y educando en el control de la aparición de signos de descompensación y la prevención de complicaciones derivadas de la actuación sanitaria.
- Valoración estructurada e integral de la dependencia de cuidados y el déficit de autocuidados.

Farmacia

Desarrollan su trabajo en los ámbitos tanto de atención primaria como hospitalaria. En el primer caso actúan mediante:

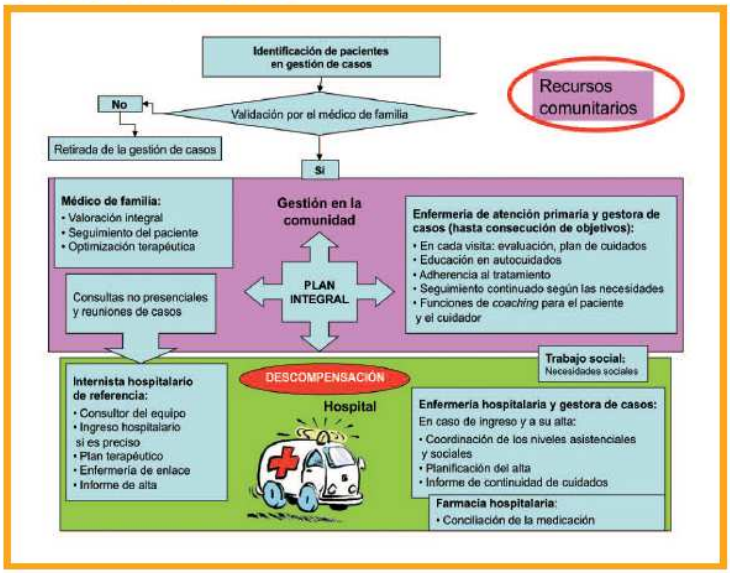
- Apoyo formativo, informativo y técnico sobre selección de medicamentos, siguiendo los principios de prescripción prudente destinados al médico y la enfermería de atención primaria.
- Impulsar actividades de desprescripción-revisión de la medicación (detección de los medicamentos no indicados o contraindicados, revisión de las dosis y las pautas, detección de cascadas terapéuticas y problemas de seguridad), así como facilitar y mantener la adherencia tras cualquier transición asistencial.
- Promover la unificación de criterios de prescripción y selección de medicamentos entre los distintos niveles asistenciales. Facilitar vías de comunicación tanto entre profesionales como con las oficinas de farmacia.

Trabajadores sociales

- Detectar los problemas y necesidades sociales del paciente para buscar las alternativas y los recursos necesarios para solucionarlos. Sus intervenciones pueden producirse por iniciativa del propio paciente o la familia, de los servicios sociales o de los distintos profesionales involucrados en la atención del paciente. Actúan tanto en el ámbito comunitario como en el hospitalario.

Taller: Atención al paciente crónico y pluripatológico
XII Jornadas de Calidad en Salud y X Congreso Sociedad Aragonesa de Calidad Asistencial. Zaragoza, 3-4 de junio de 2014

Figura 3. Diagrama de la gestión de casos.

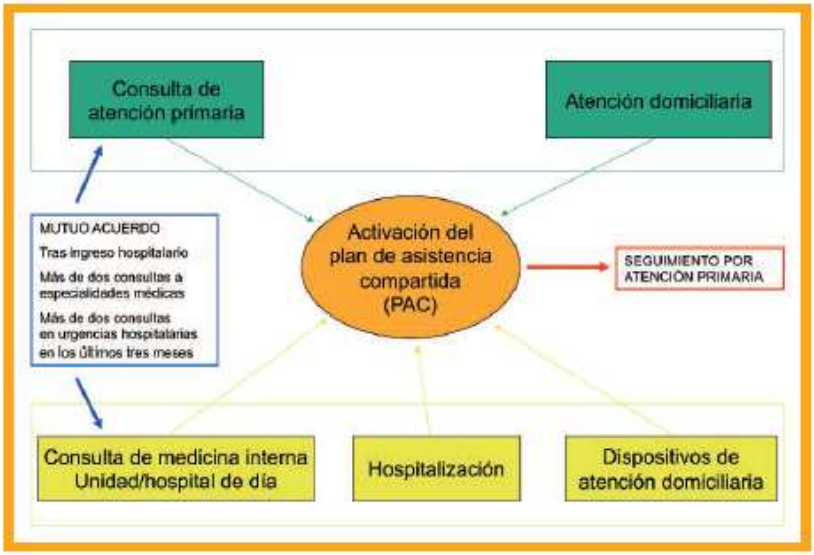


Taller: Atención al paciente crónico y pluripatológico
XII Jornadas de Calidad en Salud y X Congreso Sociedad Aragonesa de Calidad Asistencial. Zaragoza, 3-4 de junio de 2014

Figura 4. Identificación de pacientes.

Taller: Atención al paciente crónico y pluripatológico
XII Jornadas de Calidad en Salud y X Congreso Sociedad Aragonesa de Calidad Asistencial. Zaragoza, 3-4 de junio de 2014

Figura 5. Activación del plan de asistencia compartida.



Taller: Atención al paciente crónico y pluripatológico
XII Jornadas de Calidad en Salud y X Congreso Sociedad Aragonesa de Calidad Asistencial. Zaragoza, 3-4 de junio de 2014

Muchas gracias

Taller: Atención al paciente crónico y pluripatológico
XII Jornadas de Calidad en Salud y X Congreso Sociedad Aragonesa de Calidad Asistencial. Zaragoza, 3-4 de junio de 2014