

Coordinadores

José M^a Jiménez Pérez

Ana María Fernández Araque

Manual docente

Concepto de pluripatología, programas y
criterios de atención interdisciplinar



Universidad de Valladolid

Manual docente

**Concepto de pluripatología, programas y criterios
de atención interdisciplinar**

Manual docente

Concepto de pluripatología, programas y criterios de atención interdisciplinar

- Guijarro Miravalles, Carlos
 - Fahd Beddar Chaib
 - Feijoo Rodil, Nerea
- Lorenzo Martin, Blanca
- Reinoso Andres, Marta
- Yagüe Vallejo, Sandra

Edición 1/2024

Coordinadores:

- **Jiménez Pérez, José M^a**
- **Fernández Araque, Ana María**

Manuales y Textos Universitarios. Medicina



Este libro está sujetos a una licencia "Creative Commons Reconocimiento-No Comercial – Sin Obra derivada" (CC-by-nc-nd).

Valladolid,2024

ISBN 978-84-1320-322-5

Diseño de cubierta: Ediciones Universidad de Valladolid



Universidad de Valladolid

Manual docente. Concepto de pluripatología, programas
y criterios de atención interdisciplinar.

Edición 1/2024



Capítulo 1.

Introducción a la Pluripatología: Definición y Epidemiología.

- Feijoo Rodil, Nerea
- Guijarro Miravalles, Carlos
- Lorenzo Martin, Blanca
- Reinoso Andres, Marta



Edición 1/2024

Coordinadores:

- José M^a Jiménez Pérez.
- Ana María Fernández Araque.



Índice de contenidos.

1. Introducción a la Pluripatología: Definición y Epidemiología

- Definición de pluripatología.
- Prevalencia y tendencias demográficas.
- Factores de riesgo y etiología de la pluripatología.
- Estrategia nacional de atención al paciente crónico y su adaptación a las distintas CC.AA.

2. Modelos de Atención Integral para Pacientes Pluripatológicos

- Programas de atención integral.
- Enfoques de gestión de casos.
- Evaluación y coordinación de cuidados entre diferentes especialidades.
- Implantación y ejecución de la cartera de servicios en patologías crónicas prevalentes.

3. Criterios de Evaluación y Diagnóstico Interdisciplinar

- Herramientas y métodos de evaluación multidimensional.
- Diagnóstico diferencial en pacientes con múltiples enfermedades.
- Importancia de la evaluación integral cognitiva-funcional y apoyo social en la repercusión en posibles complicaciones.

4. Implementación de Equipos Interdisciplinarios: Roles y Coordinación

- Composición y roles de los equipos de atención interdisciplinar.
- Estrategias de comunicación y coordinación entre profesionales de salud.
- Casos prácticos de trabajo en equipo para el manejo de pacientes complejos.

5. Coordinación urgencias – Unidades de atención al paciente pluripatológico o UCA

6. Experiencia diseñada para proporcionar una comprensión integral de la gestión de los servicios de salud en la atención a pacientes con pluripatologías y atención continuada.



1. Introducción a la Pluripatología: Definición y Epidemiología

1.1. Definición de pluripatología.

1.1.A) Contexto del tema.

Son muchas las teorías que tratan de definir el concepto de salud y el de enfermedad. Popularmente, se ha atribuido la definición de **salud** al “Completo bienestar físico, mental y social, y no solo la ausencia de enfermedad” (Stampar, 1946) (1). Esta definición fue aceptada por la OMS, y entró en vigor en 1948, y tras casi 80 años, sigue siendo la definición por excelencia pese a los múltiples modelos desarrollados por diferentes autores para completar o corregir esta definición. A continuación, se explican algunos de ellos:

- **Modelo Ecológico**: se contempla la salud como algo ligado al medio con el que interacciona la persona. Algunos autores que apoyan este modelo son:
 - o *Florence Nightingale*, que define la salud como la sensación de sentirse bien y la capacidad de utilizar al máximo todas las facultades de la persona. Explicó que además los elementos del entorno influyen en la salud de los individuos. (2)
 - o *Leavell y Clark*, que desarrollaron la Triada Ecológica (agente, huésped, ambiente), y propusieron que la salud es el resultado de la interacción de estos tres elementos. (3)
- **Modelo de capacidad de trabajo (T. Pearson)**, que relaciona el concepto de salud con la capacidad de las personas para desarrollar de manera óptima y eficaz los roles y tareas para las que ha sido socializado. (4)

- Modelo de Evolución (Maslow): este modelo afirma que las personas tienen una necesidades básicas y vitales que satisfacer y cubrir para que exista un estado de salud. Estas necesidades están agrupadas en distintos niveles, y se plasman en la Pirámide de Necesidades de Maslow. (5)



Imagen de elaboración propia: Pirámide Necesidades Humanas de Maslow. (6)

- Modelo dinámico-ecológico: modelo aceptado por distintos autores y que más repercusión y aceptación tiene en la actualidad.
 - o *Milton Terris*: propone que hay diferentes grados de salud y de enfermedad, y contempla la salud como algo subjetivo (bienestar) y objetivo (capacidad de funcionamiento). Con esta definición, se puede establecer la relación existente entre la salud y la enfermedad en un “Continuo salud-enfermedad” en el que se desarrolla la persona. (7)

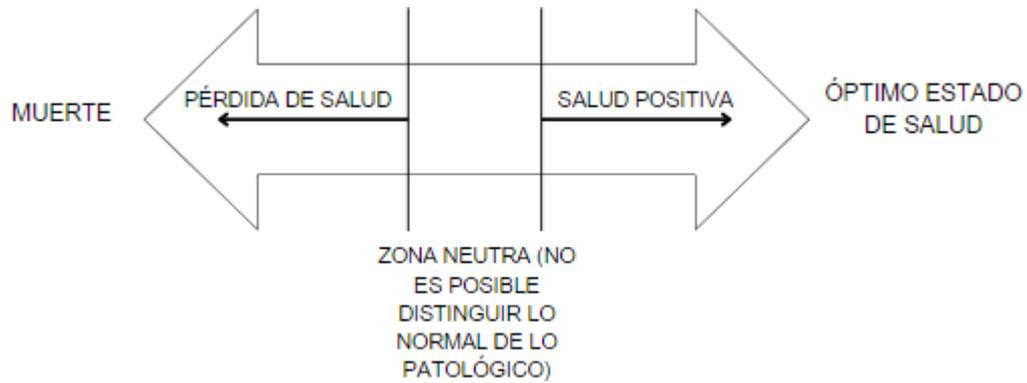


Imagen de elaboración propia: Modelo dinámico-ecológico de Milton Terris. (8)

- o *Luis Salleras*: siguiendo el “Continuo salud-enfermedad” de M.Terris, lo completa teniendo en cuenta los factores sociales, económicos, culturales y ambientales, que actúan sobre la zona neutra haciendo que se evolucione hacia la salud o la enfermedad. (7)

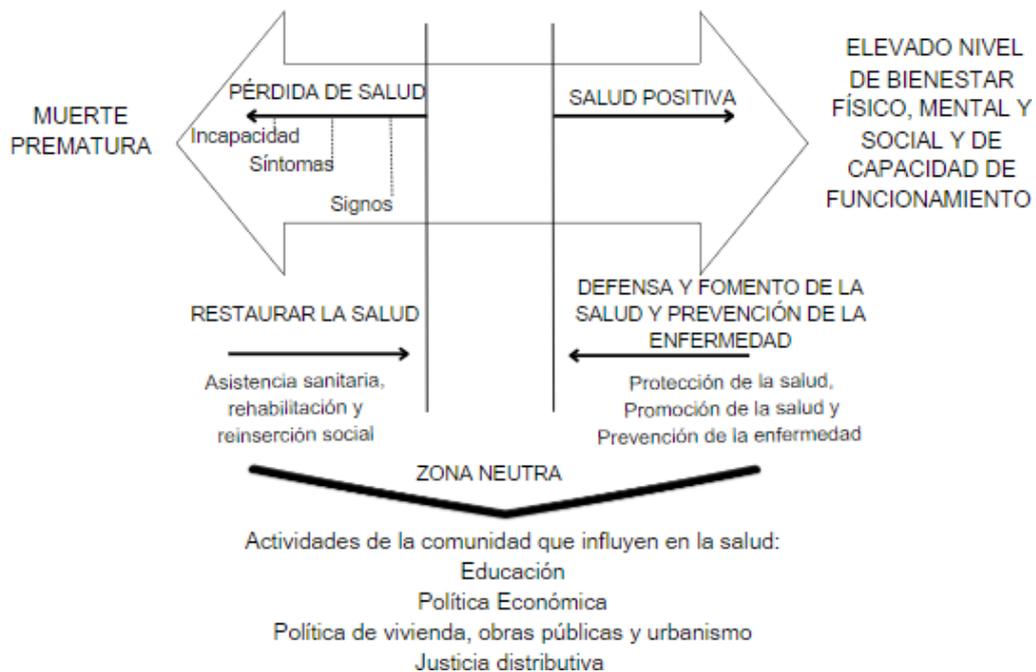


Imagen de elaboración propia: Modelo dinámico-ecológico de Luis Salleras. (9)



- *Lain Entralgo* (su definición del concepto salud es una de las más aceptadas y completas actualmente): “La salud es un hábito psicosomático al servicio de la vida y de la libertad de la persona, consiste por tanto en la capacidad física para realizar con la mínima molestia, y si fuera posible con gozo, proyectos vitales personales”. Para L. Entralgo la salud está relacionada con varios criterios: (10)
 - Criterio morfológico: ausencia de lesión anatómica, celular o bioquímica.
 - Criterio etiológico: no hay causas primeras, externas o internas de enfermedad.
 - Criterio funcional: funcionamiento de los órganos sin alteraciones y constantes vitales en rango.
 - Criterio utilitario: realiza sin esfuerzo excesivo lo que se espera.
 - Criterio conductual: tiene un comportamiento normal siguiendo las pautas de la sociedad.
 - Criterio subjetivo: bienestar físico, psíquico y social. (10)



Imagen de elaboración propia: Criterios con los que se relaciona la salud de Lain Entralgo (10)

Una vez explicado el concepto salud, es relevante hablar de los **determinantes de la salud**. La OMS define los determinantes de la salud como un conjunto de factores sociales, políticos y ambientales que determinan el estado de salud de los individuos y de las poblaciones. La influencia de los distintos determinantes de la salud en su conjunto provoca unas condiciones de vida que impactan sobre el estado de salud de las personas. Con el tiempo, han sido muchos los autores que han estudiado y explicado los determinantes de la salud (J.P.Frank, Austin y Werner, Travis, M. Terris). Uno de los más relevantes es Marc Lalonde, que utilizó el modelo holístico de Lafambroise.

M. Lalonde fue ministro de sanidad de Canadá en la década de los 70, y desarrolló un informe denominado “Nuevas perspectivas de salud de los canadienses” (1974) donde mencionaba cuáles eran los factores que influían en la salud de las personas:

- Entorno: condiciones ambientales, contaminación, elementos psicosociales y socioculturales.
- Estilo de vida: hábitos de vida (estrés, sedentarismo, alimentación, conductas de riesgo).
- Sistema sanitario: centros sanitarios, medios, materiales, tecnologías, recursos humanos y coberturas.
- Biología humana: envejecimiento, la herencia genética, el crecimiento y la constitución. (11)

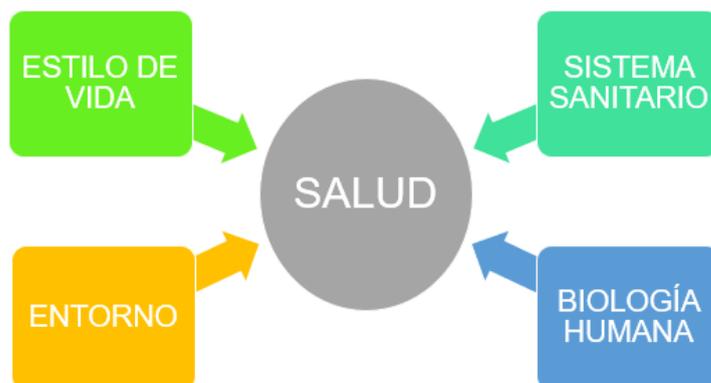


Imagen de elaboración propia: Determinantes de la Salud según M. Lalonde. (11)



Según el informe de Lalonde, no todos los determinantes influyen en la salud de las personas, igual que no a todos los determinantes se les destina la misma cantidad de dinero. En sus estudios se ve que el determinante que menos influye en la salud es en el que más dinero se invierte. (12)

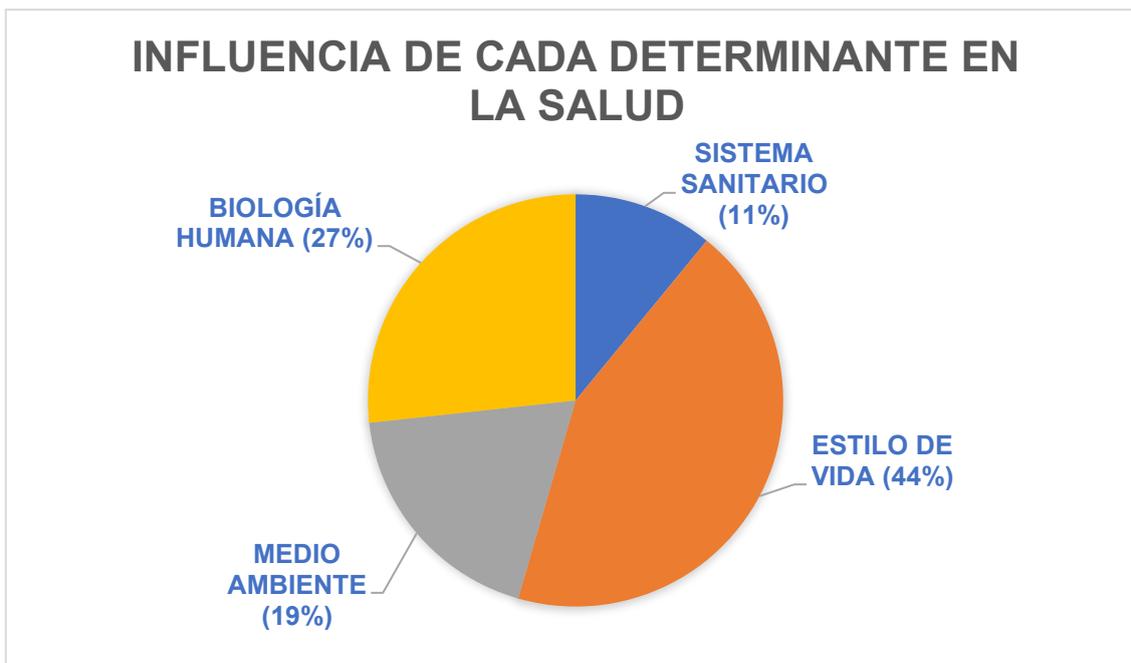


Gráfico de elaboración propia: Influencia de cada determinante de la salud. (12)

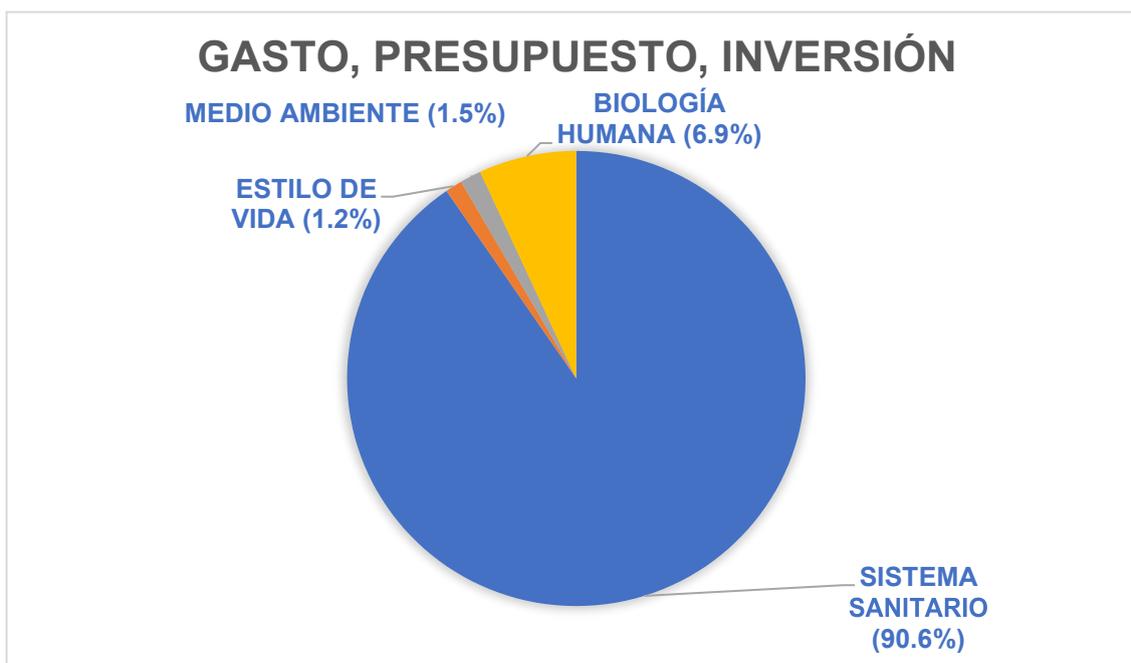


Gráfico de elaboración propia: Gasto, presupuesto e inversión destinado a cada determinante. (12)

Una vez explicado el concepto salud y todo lo que influye en ella, es importante hablar del concepto “**Enfermedad**”. Son varios los autores que han tratado de definirlo:

- **Suchman**. “La enfermedad es un estado de falta de salud que obliga al individuo a la búsqueda de ayuda especializada para resolverlo mediante medidas aceptadas que le encamine a la recuperación”. Ésta es una de las definiciones más importantes. Suchman, además, explica las diferentes etapas por las que pasa una persona en el proceso de nfermar: (13)



Imagen de elaboración propia: Etapas del proceso de enfermar de Suchman. (13)

- **Florence Nightingale** opinaba que la enfermedad era un proceso de reparación. (2)
- **Mechanic** explicó la “Conducta de enfermar”. Expone que el paciente enfermo presenta una conducta dinámica de afrontamiento determinada por influencias culturales y sociales que le impulsan a la búsqueda de atención sanitaria. (14)
- **Lipowsky** explica cómo una persona afronta la enfermedad, considerando esta nueva situación como un desafío, un enemigo, una amenaza, un refugio, una ganancia o un castigo. (15)

Por lo tanto, se puede resumir que una enfermedad es una alteración en el estado de la persona, y que se va a manifestar mediante un síndrome caracterizado por síntomas y signos.



SIGNOS	Toda evidencia objetivable y medible de enfermedad. Hacemos referencia a temperatura, cifras de tensión arterial, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, valores analíticos.
SÍNTOMAS	Variable subjetiva, que no se puede medir objetivamente. Hacemos referencia a la dificultad respiratoria, al dolor...
SÍNDROME	Suma de signos y síntomas que son propios de una patología.

Tabla de elaboración propia: Signos, síntomas y síndrome.

Una vez definido el concepto de enfermedad, las podemos clasificar en 2 grandes grupos atendiendo a la duración: (16)

Enfermedad aguda	Enfermedad crónica
<ul style="list-style-type: none">- Desarrollo rápido y durante cortos periodos de tiempo.- Inicio y fin claramente definidos.- Fácilmente diagnosticable.- No suele cursar silente.- Generalmente limitada a un órgano o sistema.- Una vez se trata, remite.- Duración menor de 3 meses.- Relacionadas con factores y patologías externas.	<ul style="list-style-type: none">- Desarrollo lento y de larga duración.- Curso prolongado e impredecible.- Comienzo insidioso.- Puede pasar desapercibida hasta que progresa y aparecen síntomas- Afectan a varios órganos o sistemas.- El tratamiento es sintomático, no tiene cura.- Duración de más de 3-6 meses.- Relacionadas con estilos de vida insanos.

Tabla de elaboración propia: Enfermedad aguda y crónica. (16)



Es importante tener en cuenta que una patología crónica puede sufrir un periodo de agudización, y que una patología aguda, si no es convenientemente tratada, se convierta en una patología crónica. (17)

Leavell y Clark describieron la historia natural de la enfermedad, refiriéndose al proceso por el que pasa el paciente desde que adquiere una enfermedad, hasta la resolución de la misma. Para ellos, la enfermedad pasa por 3 fases.

- Fase prepatológica: paciente sin enfermedad expuesto a factores de riesgo (endógenos o exógenos) que le hacen más susceptible para enfermar.
- Fase patológica: el paciente tiene la enfermedad, pero puede estar en dos subfases:
 - Fase presintomática: no hay clínica relacionada con la patología que se padece, sin embargo, sí que se han producido cambios anatomopatológicos a nivel celular y tisular.
 - Fase sintomática: signos y síntomas que demuestran la presencia de una patología. Estos pueden manifestarse de dos maneras.
 - ★ Pródromos: signos y síntomas inespecíficos y leves.
 - ★ Estado patognomónico: signos y síntomas específicos de la patología que se padece.
- Fase de resolución: conclusión del proceso patológico en forma de curación, cronicidad o incapacidad.

Las distintas fases de la enfermedad están íntimamente relacionadas con los niveles de prevención y, en función del estadio en el que ésta se encuentre, se pueden llevar a cabo distintas intervenciones para así evitar su aparición, detectarla precozmente, o evitar complicaciones potenciales (3)

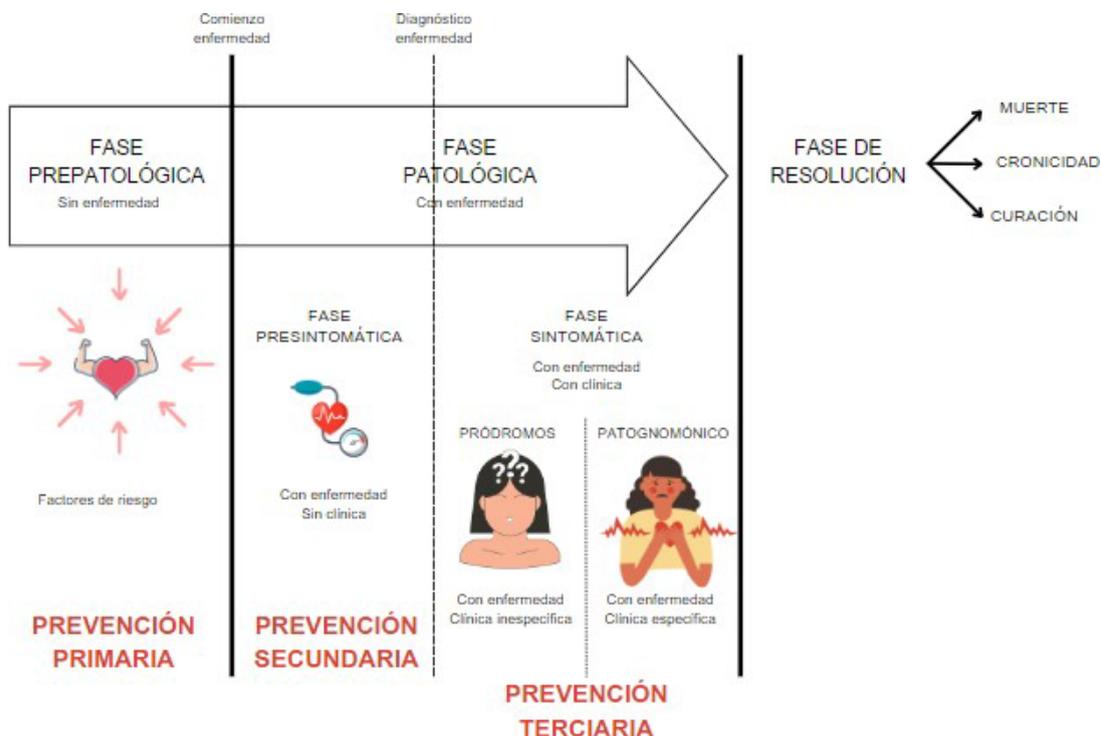


Imagen elaboración propia: Fases de la Enfermedad de Leavell y Clark. (3)

1.1.B) Pluripatología en el paciente adulto.

Hasta finales del siglo XX, el tratamiento estaba destinado a las enfermedades individualmente, sin tener en cuenta cómo los distintos tratamientos farmacológicos podían generar interacciones. Consecuencia de los avances científicos, así como del envejecimiento, y por tanto la coexistencia de varias patologías crónicas en un mismo paciente, las terapias y medidas terapéuticas se vieron obligadas a llevar a cabo un enfoque holístico de los pacientes.

La pluripatología se refiere a la coexistencia de 2 o más enfermedades crónicas en un mismo paciente. Este término engloba una amplia variedad de patologías que afectan al individuo simultáneamente, generando una complejidad en el manejo terapéutico debido a la interacción entre las diferentes patologías y sus respectivos tratamientos. Como consecuencia del envejecimiento poblacional relacionado con el aumento de la esperanza de vida, cada vez es más frecuente encontrarnos con pacientes pluripatológicos, por lo tanto, es necesario adaptar la práctica clínica a la complejidad



que supone la gestión de varias patologías, cada una con su propio tratamiento, síntomas y complicaciones. (18)

Los pacientes pluripatológicos se caracterizan por una serie de factores que complican su tratamiento y manejo. Entre estas características destacan:

- Pluripatología crónica: estos pacientes padecen dos o más enfermedades crónicas de forma simultánea.
- Polifarmacia: debido a la presencia de múltiples patologías, los pacientes pluripatológicos a menudo necesitan varios medicamentos para controlar sus diferentes condiciones. Esto aumenta el riesgo de interacciones medicamentosas y efectos secundarios adversos.
- Vulnerabilidad y Fragilidad: la coexistencia de múltiples enfermedades aumenta la vulnerabilidad de estos pacientes a sufrir complicaciones, hospitalizaciones frecuentes, y una disminución en su calidad de vida. Además, a menudo presentan un estado de fragilidad, lo que implica una menor capacidad para afrontar el estrés fisiológico y mayor riesgo de deterioro funcional.
- Necesidad de un Enfoque Multidisciplinar: el manejo de pacientes pluripatológicos requiere la colaboración de un equipo multidisciplinario de profesionales de la salud. Este enfoque es esencial para asegurar una atención integral y coordinada.
- Impacto en la calidad de vida de los pacientes: padecer varias enfermedades crónicas puede ser visto como un desafío y puede conllevar cambios en el estilo de vida consecuencia del tratamiento o de la sintomatología que predispongan a un aislamiento social.



- **Impacto en la calidad de vida de la familia:** las familias a menudo enfrentan una carga significativa en el cuidado de pacientes pluripatológicos, lo que puede llevar al agotamiento y estrés, y si no se maneja esto, a una claudicación familiar. (18) (19) (20) (21)

Dentro del paciente pluripatológico, conviene diferenciar entre dos tipos de pacientes pluripatológicos:

- **Paciente Pluripatológico Crónico Complejo (PCC):** se caracteriza por la presencia de múltiples enfermedades crónicas, con una interacción significativa entre ellas que complica el tratamiento y con alto riesgo de descompensación. Estos pacientes suelen requerir un enfoque más intensivo y especializado en su manejo. Los distintos Servicios Sanitarios de las comunidades autónomas, siguiendo las directrices del Sistema Nacional de Salud (SNS), define al Paciente Pluripatológico Crónico Complejo como “Paciente que presenta pluripatología por padecer alguna enfermedad de DOS O MÁS de las categorías clínicas a continuación representadas, y que además presenta complejidad debido al nivel de gravedad de la enfermedad o a factores sociosanitarios”. (22) (23)



CRITERIOS DE PLURIPATOLOGÍA (SE DEBEN SEÑALAR 2 O MÁS CATEGORÍAS DE LAS SIGUIENTES)

- **Categoría A:**
 - Insuficiencia cardiaca que en situación de estabilidad clínica haya estado en Grado II de la NYHA.
 - Cardiopatía Isquémica.
- **Categoría B:**
 - Vasculitis y enfermedades autoinmunes sistémicas.
 - Enfermedad Renal Crónica definida por filtrado glomerular <60 ml/min/ o Índice Albumina/creatinina >30 mg/g, durante al menos 3 meses.
- **Categoría C:**
 - Enfermedad Respiratoria Crónica que en situación de estabilidad clínica haya estado con disnea grado 2 de la MRC o FEV1 <65%, o SatO2 ≤ 90%.
- **Categoría D:**
 - Enfermedad Inflamatoria Crónica Intestinal.
 - Hepatopatía crónica con datos de insuficiencia hepatocelular o hipertensión portal.
- **Categoría E:**
 - Ataque Cerebrovascular.
 - Enfermedad Neurológica con déficit motor permanente que provoque una limitación para las Actividades Básicas de la Vida Diaria (Índice de Barthel <60 pts)
 - Enfermedad Neurológica con deterioro cognitivo permanente, al menos, moderado.
- **Categoría F:**
 - Arteriopatía periférica sintomática.
 - Diabetes Mellitus con retinopatía proliferativa o neuropatía sintomática.
- **Categoría G:**
 - Anemia crónica por pérdidas digestivas o hemopatía adquirida no subsidiaria de tratamiento curativo que presente Hb<10 mg/dl en dos determinaciones separadas más de 3 meses.
 - Neoplasia sólida o hematológica no subsidiaria de tratamiento con intención curativa.



- Categoría H:
 - Enfermedad osteoarticular crónica que provoque por sí misma una limitación para las Actividades Básicas de la Vida Diaria (Índice de Barthel <60 pts).

Imagen de elaboración propia: Criterios de Pluripatología Crónica Compleja. (22)

CRITERIOS DE COMPLEJIDAD (SEÑALAR 1 O MÁS CRITERIOS DE COMPLEJIDAD CONSIDERA AL PACIENTE COMO PACIENTE CRÓNICO PLURIPATOLÓGICO COMPLEJO).

- Nivel de gravedad dentro de las categorías clínicas indicadas

Factores sociosanitarios:

- Al menos un ingreso hospitalario en el último año.
- Al menos una caída en el último año
- Desnutrición (IMC <18.5)
- Polimedicación extrema (10 o más principios activos de prescripción crónica)
- Barthel inferior a 60 puntos o reconocimiento de dependencia II o III, y sin cuidados o con cuidador vulnerable.
 - Cuidador de 80 años o más.
 - Enfermedad o incapacidad del cuidador
 - Cuidador con dependencia reconocida
 - Cuidador con varios dependientes a su cargo.

Imagen de elaboración propia: Criterios de Complejidad de Pluripatología Crónica Compleja. (22)

- **Paciente Pluripatológico Frágil:** además de las múltiples enfermedades crónicas, estos pacientes presentan una disminución general en la capacidad funcional, lo que aumenta su vulnerabilidad para padecer enfermedades. La fragilidad se manifiesta en una mayor susceptibilidad a eventos adversos y una recuperación más lenta. Consecuencia de la pandemia por SARS-CoV-2 vivida hace unos años, el Sistema Nacional de Salud (SNS) promovió en 2022 el diagnóstico precoz y seguimiento de los pacientes que cumplen criterios de fragilidad. Además de valorar si un paciente cumple criterios o no de fragilidad, recomienda valorar el riesgo de caídas que presenta. (24)



Para que un paciente sea considerado como frágil tiene que ser una persona de 70 años o más, y que con una puntuación en el Índice de Barthel (herramienta que nos permite valorar cómo se desenvuelve una persona a la hora de desempeñar las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD), y, por tanto, determinar la situación de dependencia o de independencia) mayor o igual de 90 puntos, y cumplir al menos 1 de los criterios siguientes: (24)

- Puntuación en el Short Physical Performance Battery (SPPB), donde se valora el equilibrio, la velocidad de la marcha y la velocidad para levantarse de la silla con una puntuación menor de 10 puntos.
- Velocidad de la marcha en 4 metros, menor de 0.8 m/s.
- Prueba Levántate y anda cronometrado (Test Get Up and Go (TUG)) con resultado mayor de 12 segundos.
- Puntuación en la escala FRAIL (evalúa la fatigabilidad, resistencia, deambulación, multimorbilidad y pérdida de peso) mayor o igual a 1 punto. (24)

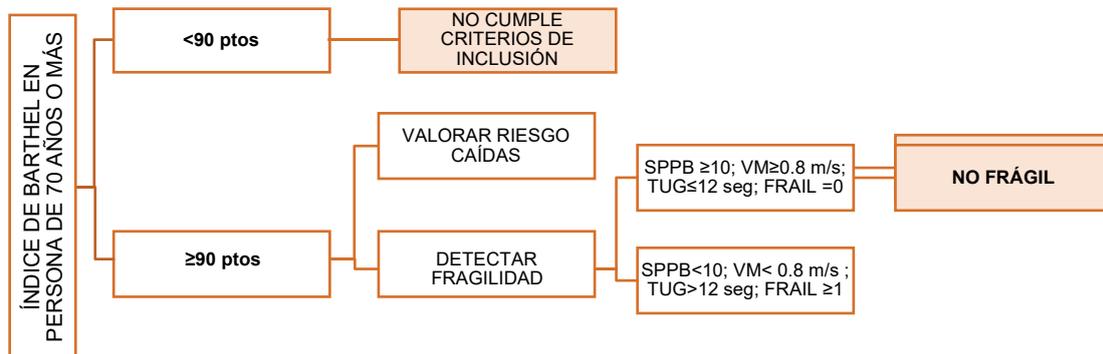


Imagen de elaboración propia: Algoritmo para valorar fragilidad. (24)



Consecuencia del empeoramiento progresivo del paciente y la presencia de patologías crónicas en estado avanzado, en ocasiones podemos prestar atención (cuidados paliativos) a **Pacientes en Situación Terminal**, es decir, pacientes que se encuentran en el siguiente contexto: (25) (26)

- Pacientes que padecen una enfermedad avanzada, progresiva e incurable.
- Ausencia de tratamiento curativo.
- Presencia de numerosos síntomas, intensos, múltiples, multifactoriales y cambiantes.
- Gran impacto emocional para paciente y familia ante la presencia explícita o no de la muerte.
- Pronóstico de vida inferior a 6 meses.

En esta situación de enfermo terminal, se recurre a los *cuidados paliativos*, los cuales, de manera muy frecuente y errónea, se han atribuido exclusivamente a pacientes oncológicos. Esta fase de enfermedad avanzada e incurable, y de últimos momentos de la vida en los que se dan cuidados orientados a aliviar el sufrimiento y la agonía también se pueden dar en enfermedades crónicas de larga evolución (Insuficiencia cardiaca congestiva, ELA...). (25) (26)

1.1.C) Pluripatología en el paciente pediátrico.

Pese a que cuando hablamos de enfermedades crónicas nos centramos en el paciente adulto, también es importante hacer mención al paciente pediátrico. Este tipo de pacientes también puede padecer enfermedades de larga evolución, y según estudios, se estima que los niños con enfermedades crónicas, suponen un 10-15% del total de los niños, y dentro de este grupo aparece un subgrupo poco prevalente (menos de 1



% de la población infantil) que generan un “30-40 % del gasto sanitario de esa población y hasta un 80 % del gasto sanitario en hospitales pediátricos”. Este subgrupo es el formado por niños con patología crónica compleja (NPCC), que presentan una alta morbimortalidad por sus enfermedades crónicas. (27). Cuando hablamos de NPCC, hacemos mención a los pacientes que cumplen las siguientes características: (27) (28)

- Paciente con patología crónica que se espera que se prolongue al menos 6 meses, que involucra a distintos sistemas o uno solo, pero que es lo suficientemente grave como para requerir atención pediátrica especializada, y probablemente un cierto periodo de hospitalización.
- Tratamiento farmacológico con múltiples fármacos, con el consiguiente riesgo de efectos adversos, manejo de dosis...
- Requieren ser atendidos por un equipo multidisciplinar y especializado, con formación y conocimientos específicos.
- Atención coordinada entre los distintos niveles asistenciales (atención primaria y atención especializada).
- Su situación conlleva problemas psicosociales relacionados con la atención y cuidado al niño enfermo (abandono del puesto de trabajo por uno de los padres, aislamiento del entorno, estrés y sobrecarga, depresión...).
- Necesidad elevada de recursos de salud y educacionales.
- Uso frecuente del sistema sanitario, con alto número de ingresos (generalmente prolongados) y con mayor necesidad de estancias en cuidados intensivos. A veces, también tienen la necesidad de ser sometidos a varias intervenciones quirúrgicas.

También son frecuentes las visitas al servicio de urgencias



- Necesidad de un soporte tecnificado, es decir, dispositivos médicos en el domicilio (oxigenoterapia, traqueostomía, gastrostomías...).
- Altas tasas de mortalidad (8-10% anualmente). (27) (28)

1.2. Prevalencia y tendencias demográficas.

1.2.A) Situación demográfica actual.

Estudiando la Pirámide Poblacional Española, se visualiza una representación regresiva o de bulbo, con la base más estrecha que la zona central a consecuencia de la baja natalidad, y con un porcentaje de personas mayores significativo. Esta representación plasma una población envejecida con tendencia a serlo más con el paso de los años. Según datos del Instituto Nacional de Estadística (INE), en España, la población mayor de 65 años representaba aproximadamente el 20.42% del total en diciembre de 2023, y se espera que esta cifra aumente a más del 25% para 2035. Este envejecimiento poblacional está asociado con un incremento en la prevalencia de enfermedades crónicas. (29)

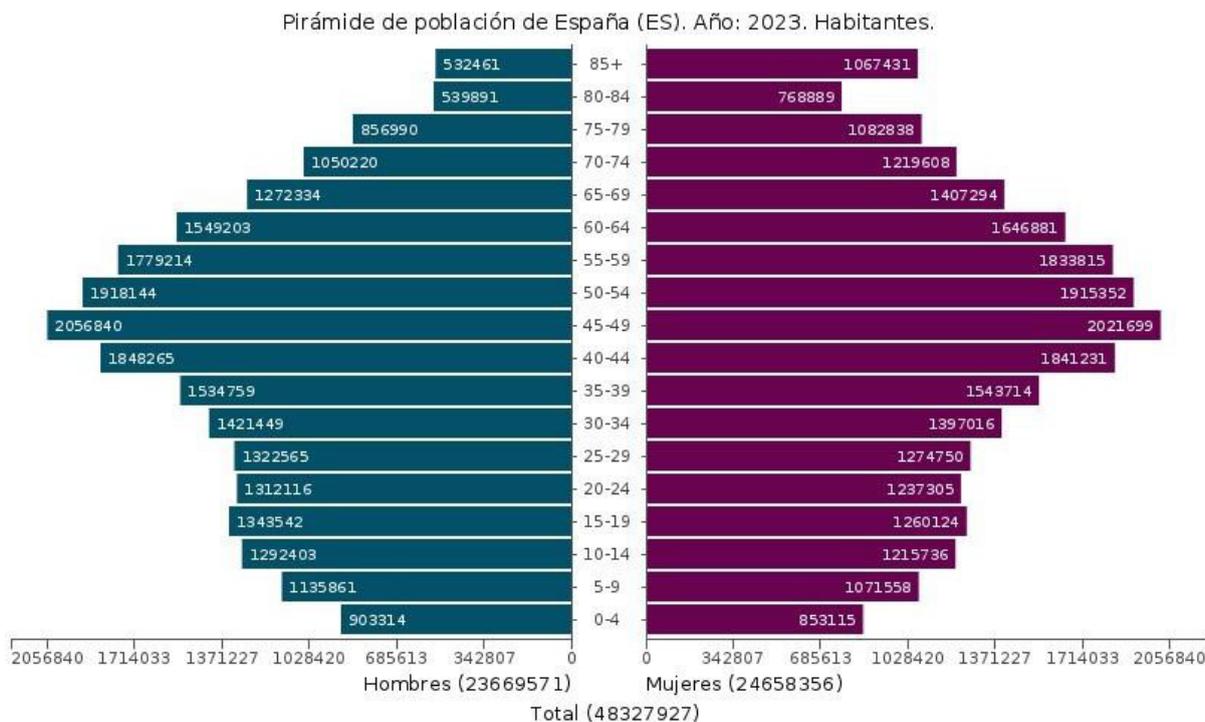


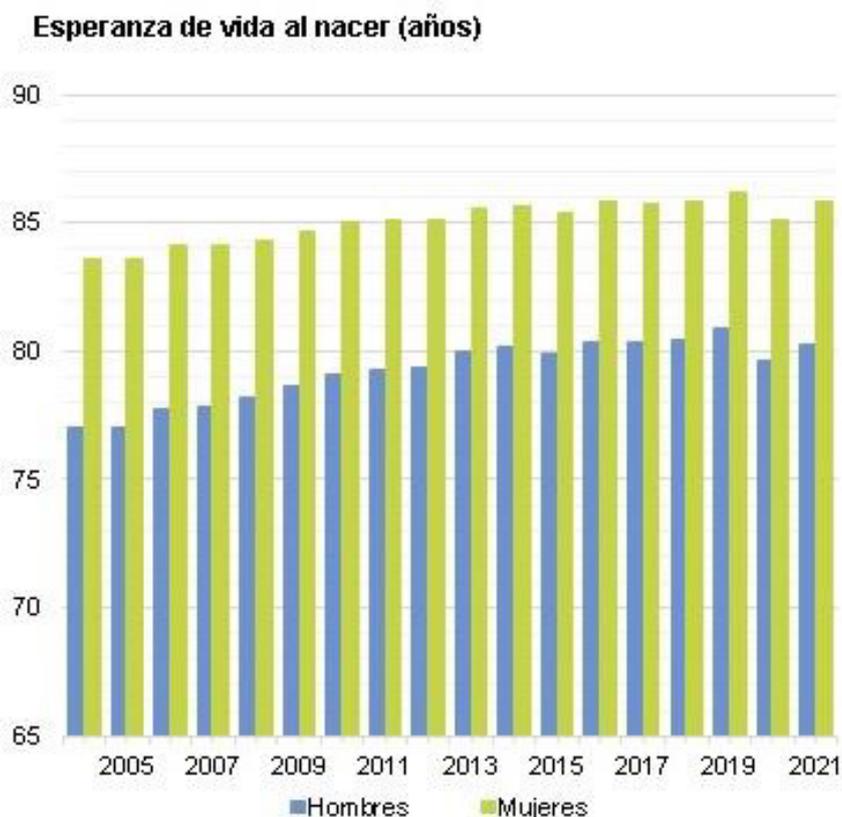
Imagen externa. FUENTE: Ministerio de Sanidad. Indicadores Clave SNS. Pirámide de población. (30)



- Esperanza de vida:

Según los datos de INE de 2021 (último dato oficial disponible), la esperanza de vida al nacer se situaba en 83.1 años, habiendo subido 0.7 años con respecto al año anterior. Según sexo, la esperanza de vida al nacer es más alta en las mujeres. Las cifras definitivas de la esperanza de vida al nacer en el año 2021 fueron de 85,8 años para las mujeres y de 80,3 años para los hombres.

A nivel de comunidades autónomas los valores más altos correspondieron a: Comunidad de Madrid (84,6 años), Comunidad Foral de Navarra (84,3 años) y Castilla y León (83,9 años). En la Unión Europea, la esperanza de vida al nacer fue de 80,7 años (31)



Fuente: Indicadores Demográficos Básicos. INE

Imagen externa. FUENTE: Instituto Nacional de Estadística. Esperanza de vida al nacer (años). (31)

Siguiendo la tendencia actual de aumento de la esperanza de vida, en 2035, la esperanza de vida al nacimiento alcanzaría los 83,2 años en los hombres y los 87,7 en las mujeres, lo que supone una ganancia respecto a los valores actuales de 2,8 y de 1,8 años respectivamente. Estos valores serían en 2071 de 86,0 años para los hombres y de 90,0 años para las mujeres. (32)

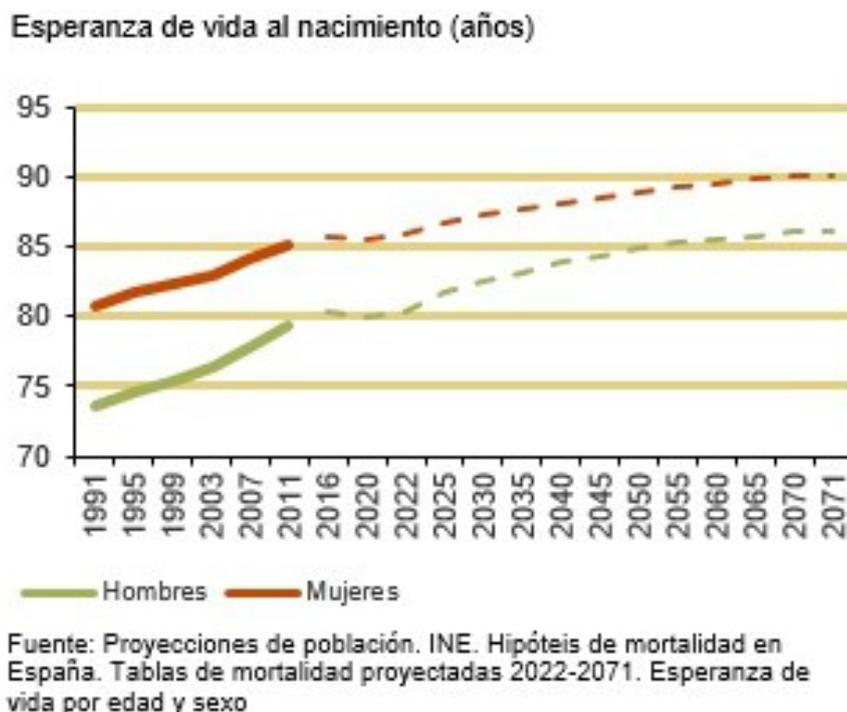


Imagen externa: FUENTE: Instituto Nacional de Estadística. Tablas de mortalidad proyectadas 2022-2071. Esperanza de vida por edad y sexo. (32)

1.2.B) Patologías crónicas.

Las patologías crónicas no se desarrollan por igual. El desarrollo de una u otra va a verse condicionado por los determinantes de la salud explicados anteriormente. Su distribución varía en la población en función de la edad (cuanto más mayor es la población, más posibilidades de desarrollar patologías crónicas) y del sexo. (33) (34)

- Hombres: Tienden a desarrollar patologías crónicas graves más temprano que las mujeres, pero tienen menos pluripatologías en comparación con las mujeres.



- Mujeres: Aunque suelen desarrollar enfermedades crónicas más tarde, la prevalencia de pluripatología es mayor, especialmente en las edades más avanzadas. (20) (33) (34)

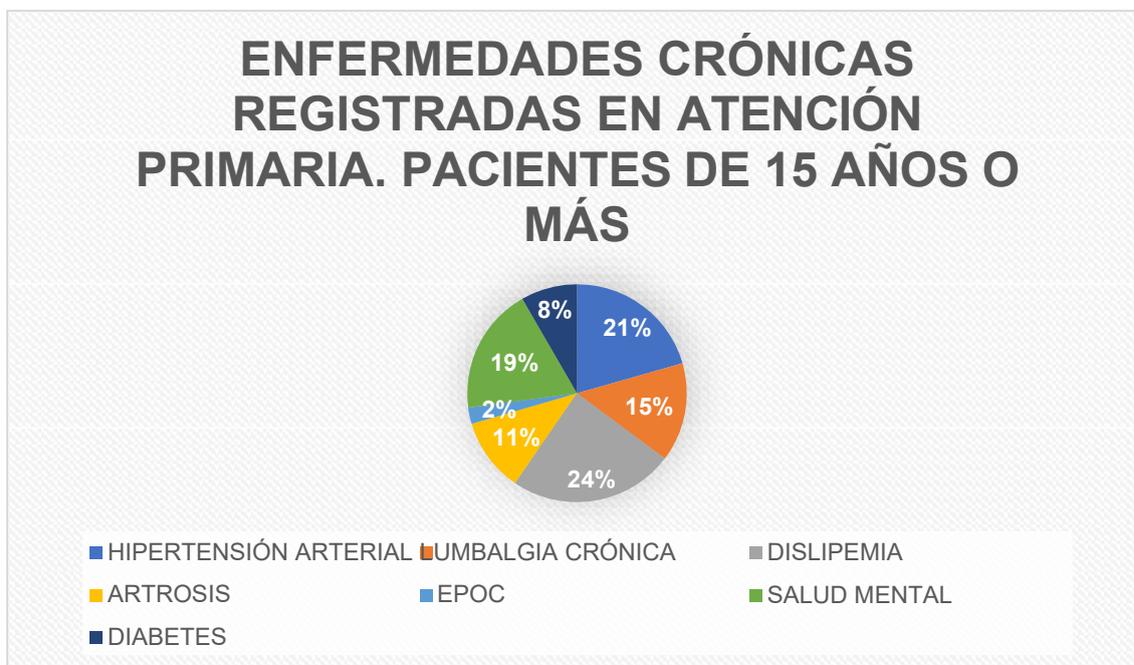
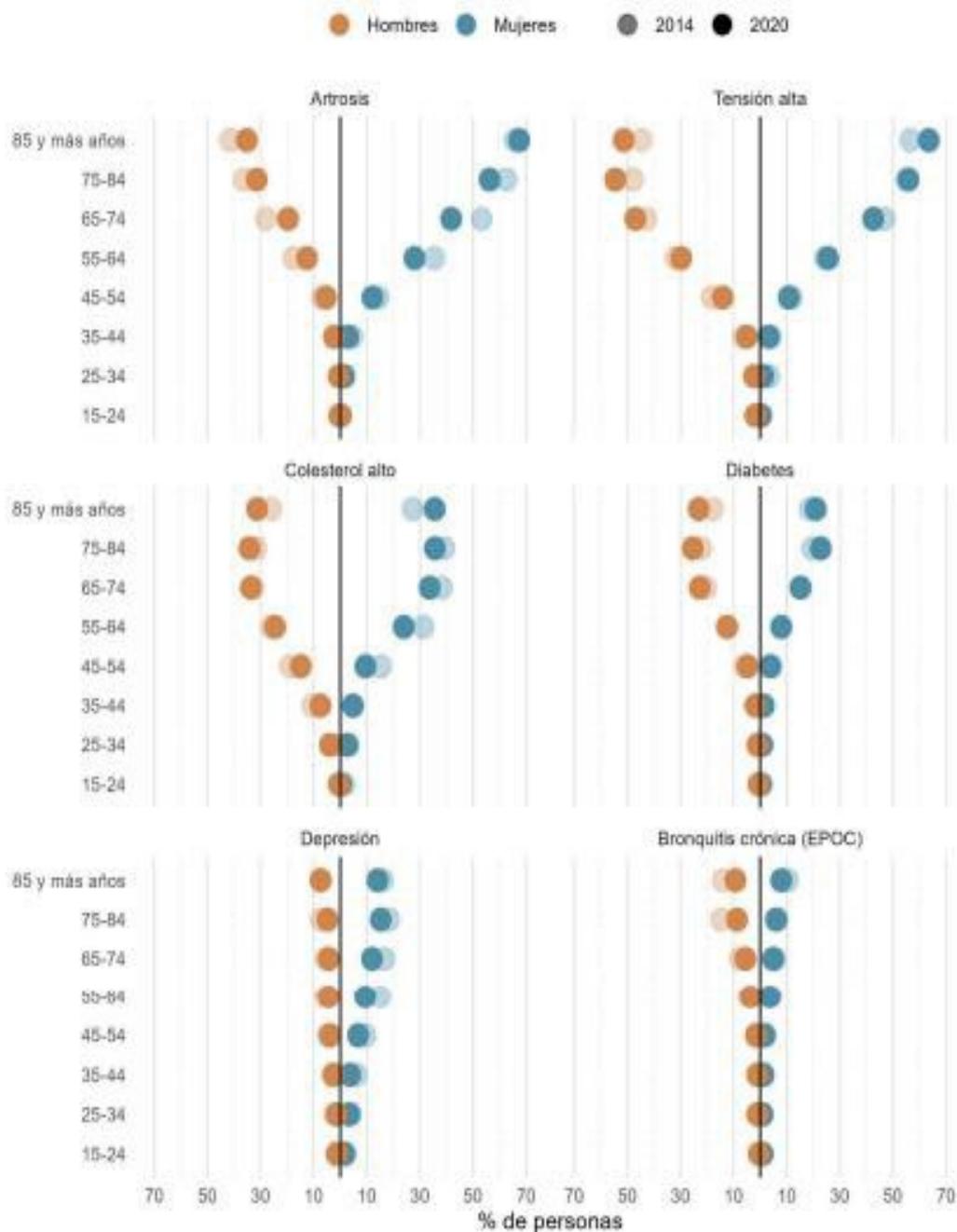


Gráfico de elaboración propia. Enfermedades crónicas más frecuentes. (33) (34)

Según datos de la Estrategia de Abordaje al Paciente Crónico (2021), el 34% de la población presenta, al menos una patología crónica, porcentaje que alcanza el 77,6% en las personas de 65 y más años. Estos datos no solo se ven influenciados por la edad. Factores como el nivel de renta, influyen en el desarrollo de patologías crónicas. El vivir en un entorno rural y el vivir en un entorno urbano no muestra diferencias significativas. (20) (34)



DISTRIBUCIÓN PATOLOGÍAS CRÓNICAS POR EDAD-SEXO (2014-2020)



Instituto Nacional de Estadística (INE). Encuesta Europea de Salud de 2014 y 2020. Consulta en mayo de 2023.

Imagen externa: FUENTE: Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Europea de Salud 2014 y 2020. (35)

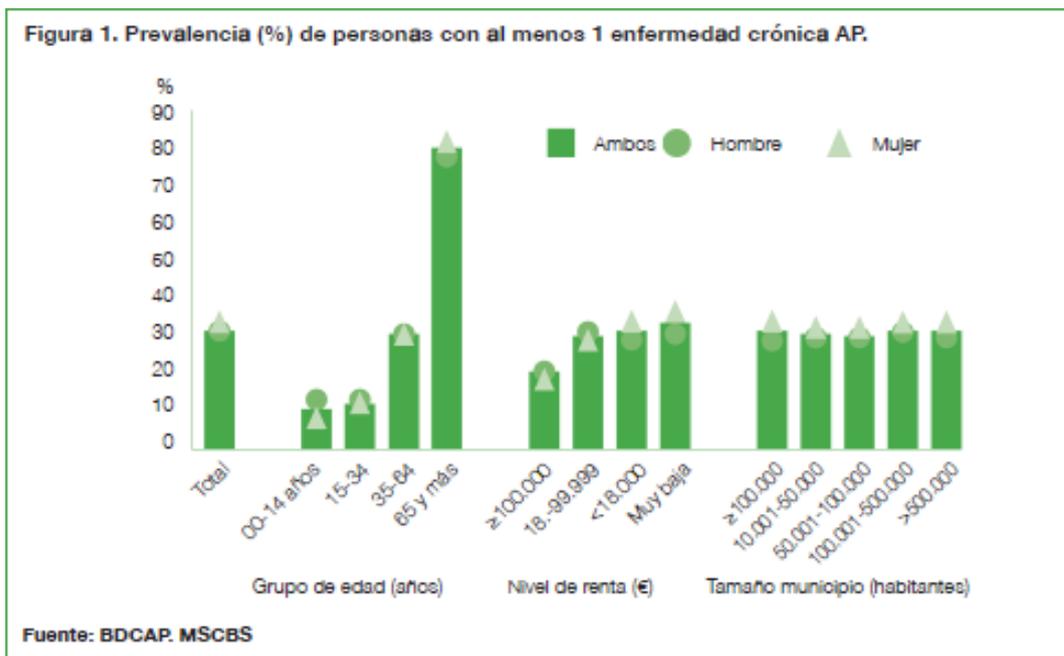


Imagen externa: FUENTE: Base de Datos Clínicos de Atención Primaria. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social: Prevalencia (%) de personas con al menos 1 enfermedad crónica en Atención Primaria por edad, nivel de renta, y tamaño del municipio. (20).

Atendiendo a la situación laboral, y siguiendo los datos de 2016 (últimos datos de Base de Datos Clínicos de Atención Primaria disponibles) los pensionistas, en relación directa con la edad, tienen una prevalencia muy elevada de enfermedades crónicas con un porcentaje de casi el 76%. Se observa una mayor prevalencia de enfermedades crónicas en personas desempleadas en comparación con la población activa. (20)

% Personas con problemas de salud		
2016	Hombre	Mujer
Activos	24,40	24,71
Desempleados	31,87	77,28
Pensionistas	74,31	77,28

Fuente: BDCAP. MSCBS.

Imagen externa: FUENTE: Base de Datos Clínicos de Atención Primaria. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social: Prevalencia de personas con enfermedad crónica AP por situación laboral. (20)



Las patologías crónicas más frecuentes en pediatría son las siguientes:

- Asma: afecta aproximadamente al 10% de la población infantil. En el cómputo global de las enfermedades crónicas en pediatría, suponen el 30%. (36)
- Obesidad infantil: prevalencia aproximada entre el 14% y el 18% de los niños en España. Supone el 42% de las patologías crónicas en pediatría. (37)
- Diabetes Mellitus tipo 1: se estima que aproximadamente el 0.2% de la población infantil la padece. Representa el 1% del total de enfermedades crónicas en la población infantil. (38)
- Epilepsia: aproximadamente entre el 0.5 y el 1% de niños la padecen. Aproximadamente el 2% del total de patologías crónicas. (39)
- Enfermedades cardíacas congénitas: representan el 0.8% de la población infantil. Aproximadamente el 2% del total de patologías crónicas. (40)
- Los trastornos de salud mental (TDAH, ansiedad y depresión) lo padecen entre el 5% y el 7% de la población pediátrica. Suponen el 20% del total de enfermedades crónicas en la población infantil. (41)

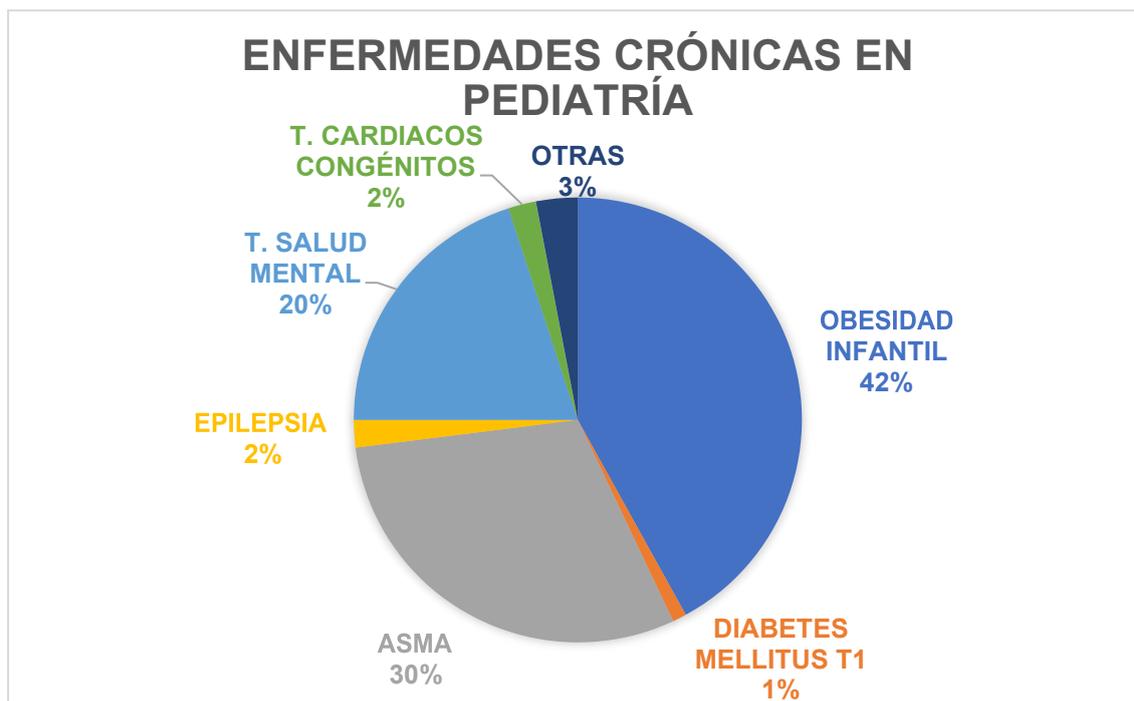


Gráfico de elaboración propia. Enfermedades crónicas más frecuentes en pediatría. (36) (37) (38) (39) (40) (41).

1.2.C) Pluripatología.

La prevalencia de la pluripatología ha aumentado considerablemente en las últimas décadas, reflejando cambios demográficos y epidemiológicos a nivel global. El envejecimiento de la población es uno de los principales factores que contribuyen a este incremento.

Además, estudios recientes han mostrado que el 60% de las personas mayores de 65 años presentan al menos dos enfermedades crónicas, y el 25% presenta tres o más. Este porcentaje se eleva a más del 80% en los mayores de 80 años. Según datos del Instituto Nacional de Estadística, estos valores están en aumento consecuencia del envejecimiento progresivo de la población. (23) (36) (37)

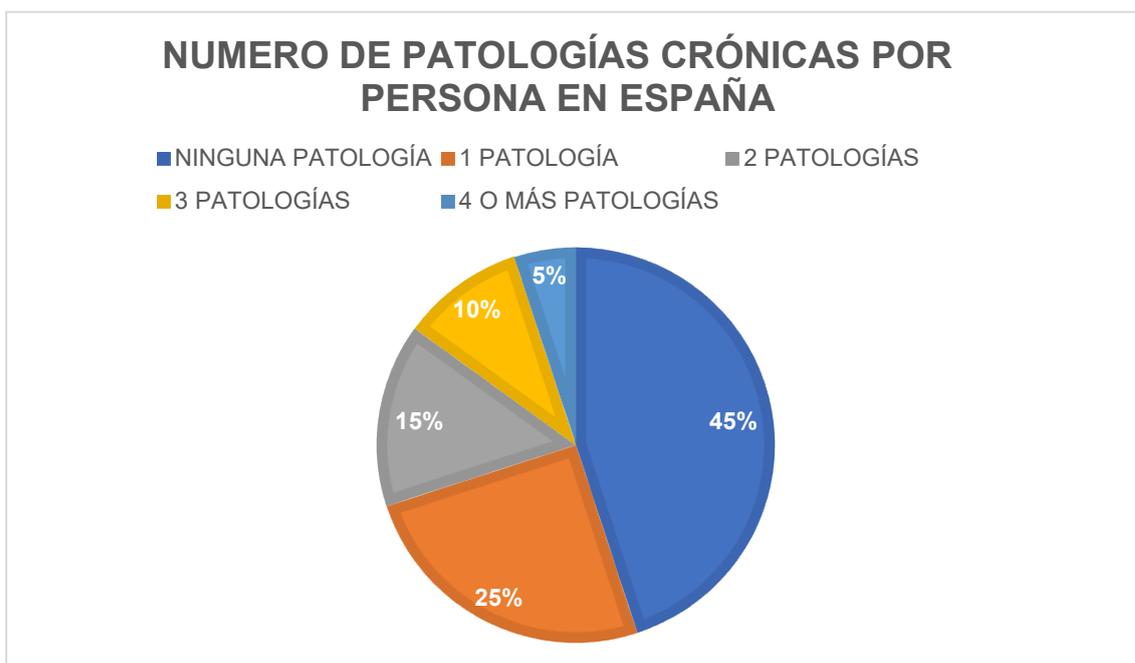


Gráfico de elaboración propia. Número de Patologías Crónicas por Persona en España. (23) (36) (37)

GRUPO DE EDAD (AÑOS)	PROMEDIO DE PATOLOGÍAS CRÓNICAS
20-29 años	0.5
30-39 años	0.7
40-49 años	1.2
50-59 años	2.0
60-69 años	2.8
70-79 años	3.5
≥80 años	4.2

Tabla de elaboración propia. Promedio de Patologías Crónicas por Persona en España. (23) (36) (37)

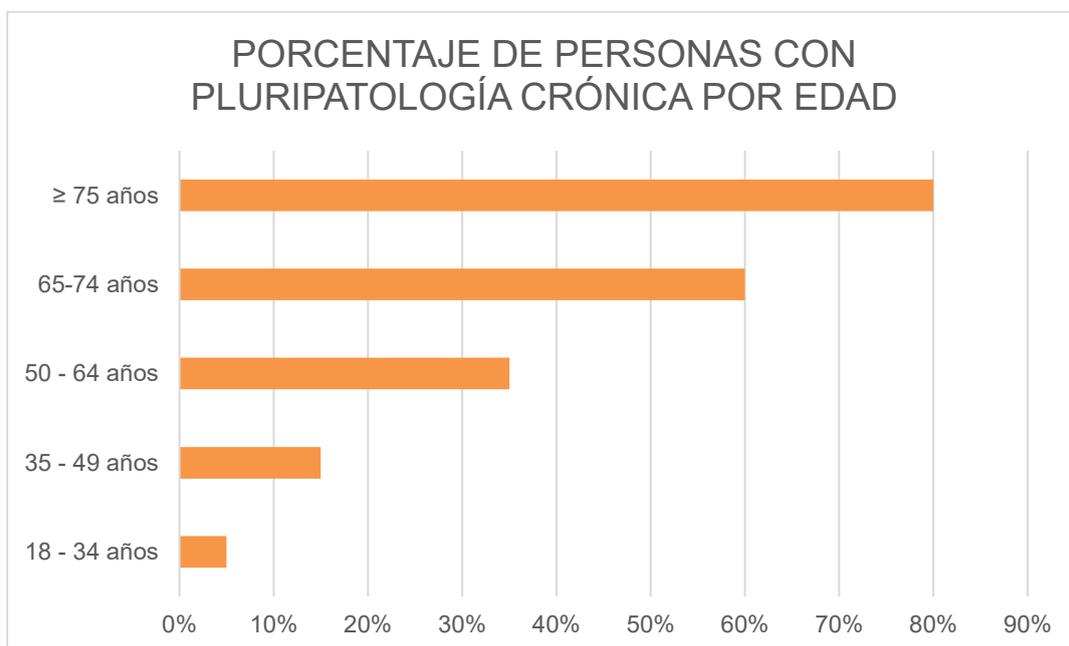


Gráfico de elaboración propia. Prevalencia de personas con Pluripatología Crónica por grupos de edad en España. (23) (36) (37)

La prevalencia de la pluripatología no es uniforme en todo el territorio español. Regiones con una mayor proporción de población anciana, como Galicia, Castilla y León, y Asturias, presentan tasas más altas de pluripatología en comparación con otras regiones más jóvenes, como Madrid y Cataluña. (20)



1.2.D) Impacto económico.

El envejecimiento poblacional y la pluripatología no solo tienen impacto en la salud y en la calidad de vida de los pacientes y sus familiares. También repercuten en los costes asociados a la atención sanitaria por los siguientes motivos: (20) (23) (36) (37)

- Hospitalizaciones frecuentes: En 2020 el 16% de las personas de 65 años y más fueron hospitalizadas, frente al 8% de la población total, apreciándose un aumento de la proporción de hospitalizaciones conforme avanza la edad (de 65 a 74 años: 12%, de 75 a 84 años: 16% y de 85 años y más: 19%). Algunos estudios señalan que el gasto sanitario generado por la atención a este tipo de pacientes supone el 40 % del gasto hospitalario global asociado a una elevada frecuentación de los servicios de urgencias y de los centros de Atención Primaria.

Los pacientes con múltiples enfermedades crónicas tienen un mayor riesgo de hospitalización debido a la complejidad de su estado de salud y las frecuentes exacerbaciones de sus patologías. Estas hospitalizaciones suelen ser más largas y requerir cuidados más intensivos. Un estudio del Ministerio de Sanidad de España estimó que el coste medio anual por paciente pluripatológico puede ser hasta tres veces mayor que el de un paciente con una única enfermedad crónica.

Además, es frecuente que se produzcan reingresos (ingresar en el mismo hospital por el mismo motivo en un plazo menor de 30 días), quedando la media del Sistema Nacional en el 2015 en 9.97% del total de los ingresos. Los grupos de edad en los que más frecuentemente se producen estos reingresos se da en el grupo de 0 a 14 años, y en el de mayores de 64 años.

- Uso de Servicios de Urgencias: estos pacientes también son más propensos a utilizar Servicios de Urgencias debido a las complicaciones agudas de sus enfermedades crónicas. En ocasiones, consecuencia de esa atención de urgencia, el paciente termina hospitalizado.
- Polifarmacia y Costos de Medicamentos: la polifarmacia, o el uso de múltiples medicamentos para tratar varias enfermedades crónicas, es común entre los pacientes pluripatológicos. El manejo de las interacciones medicamentosas y los efectos secundarios añade complejidad al tratamiento y aumenta los costos asociados con la farmacoterapia.

El grupo de edad con mayor porcentaje de pacientes polimedcados es el de 65 y más años (10.8% de los pacientes polimedcados).

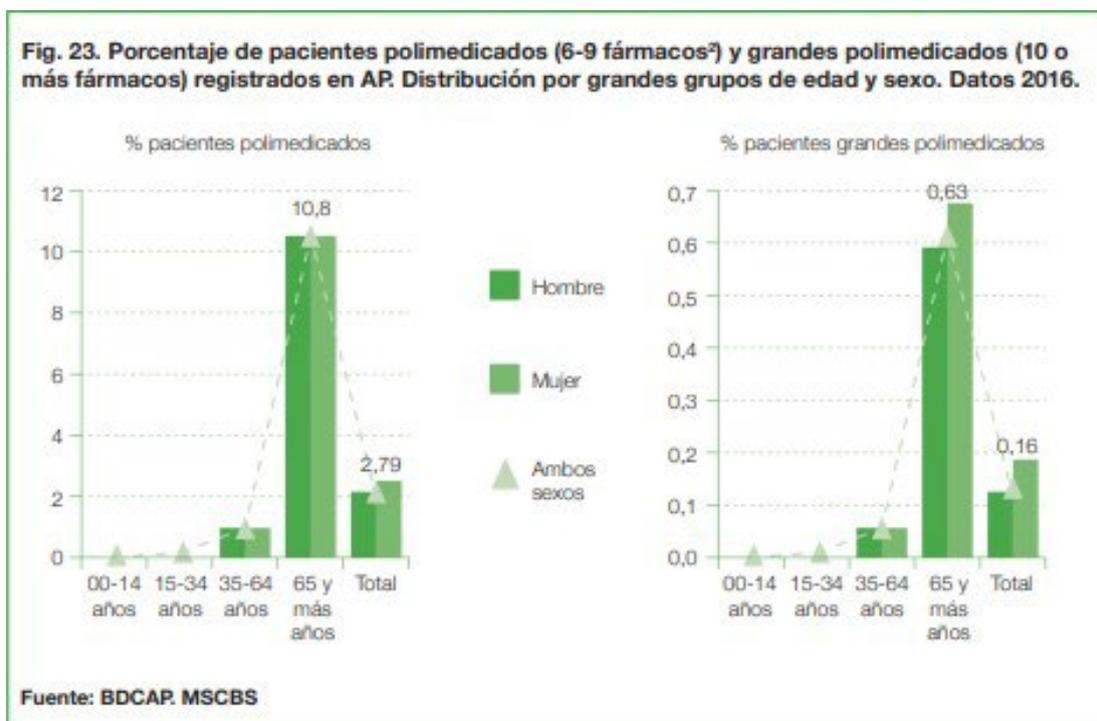


Imagen externa: FUENTE: Base de Datos Clínicos de Atención Primaria. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social: Porcentaje de pacientes polimedcados (6-9 fármacos) y grandes polimedcados (10 o más fármacos) registrados en AP. Distribución por grandes grupos de edad y sexo. (20)



- Necesidad de Cuidados a Largo Plazo: Muchos pacientes pluripatológicos requieren cuidados e intervenciones intensivas y a largo plazo que son fundamentales para mantener y mejorar la calidad de vida del paciente. Las proyecciones sugieren que, si no se toman medidas para mejorar la gestión de la pluripatología, los costos asociados con la atención de estos pacientes seguirán aumentando, poniendo en riesgo la sostenibilidad de los sistemas de salud.
- Asistencia sanitaria prestada por un equipo multidisciplinar, y coordinada con distintos niveles asistenciales (Atención Especializada, Atención Primaria). (20) (23) (36) (37)

Esta situación conlleva una adaptación del sistema sanitario para satisfacer las el aumento de la demanda de servicios de salud directamente relacionado con el envejecimiento poblacional y la pluripatología. Además, la gestión clínica de estos pacientes supone una gran complejidad, siendo necesario planificar cuidadosamente las intervenciones a realizar para evitar complicaciones.

1.3. Factores de riesgo y etiología de la pluripatología.

1.3.A) Los factores de riesgo para el desarrollo de pluripatología

Como se ha mencionado en la primera parte del tema, la salud está condicionada por una serie de determinantes que van a favorecer o a proteger para el desarrollo de enfermedades. Consecuencia del aumento de la esperanza de vida, y, por lo tanto, del progresivo envejecimiento demográfico, se produce una mayor exposición a factores de riesgo que predisponen a enfermar. Existen dos tipos de factores de riesgo: (44)

- Factores de riesgo modificables: según la OMS son las condiciones sociales, económicas, biológicas, ambientales, o conducta que están asociadas y causan un incremento de la posibilidad de enfermar. Son variables exógenas o endógenas, modificables y controlables por el individuo, que preceden a la enfermedad (estilos de vida, hábitos tóxicos...).



- Factores de riesgo no modificables/ marcadores de riesgo: variable endógena, constitucional no modificable ni controlable que predispone a padecer una enfermedad (raza, sexo...). (44)

Por lo tanto, se pueden considerar como factores de riesgo (modificables y no modificables para el desarrollo de patologías crónicas los siguientes:

- Edad Avanzada (marcador de riesgo): consecuencia del envejecimiento demográfico, los avances tecnológicos y las nuevas posibilidades de tratamiento, disminuye la mortalidad ante ciertos procesos patológicos, aumentándose por tanto la supervivencia. Con este aumento de la esperanza de vida, las personas están más expuestas a factores de riesgo exógenos por lo que la posibilidad de desarrollar patologías crónicas aumenta. Según la Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud, se observa una relación directa entre el aumento de la edad con el aumento de la prevalencia de personas con enfermedades crónicas. (18) (20)
- Sexo (marcador de riesgo): según datos de la Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud, los hombres tienden a padecer enfermedades crónicas graves más temprano que las mujeres, pero tienen menos pluripatología. Las mujeres desarrollan enfermedades crónicas más tarde, pero la prevalencia de pluripatología aumenta en edades más avanzadas (este factor está directamente relacionado con que la esperanza de vida en las mujeres es mayor). (20) (33) (34)
- Estilo de Vida (factor de riesgo modificable): Hábitos como una alimentación poco saludable, vida sedentaria, y consumo de tóxicos como el tabaco o alcohol son contribuyentes importantes para el desarrollo de estas patologías.
 - o Consumo de tabaco: casi el 20% de las personas mayores de 15 años fuma a diario (23.3% hombres, 16.4% mujeres). Sin embargo, desde



2006, la prevalencia en el consumo de tabaco diario ha disminuido más de un 25%.

La edad media del inicio del consumo de tabaco en fumadores diarios es de 17.7 años.

El consumo de tabaco es distinto según las comunidades: (42) (43)



Imagen externa. FUENTE: Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2023. Prevalencia del consumo de tabaco en población adulta según Comunidad Autónoma (2020). (42)

- *Consumo de alcohol*: más del 65% de la población adulta declara haber consumido alcohol en el último año, y el 35.1% de la población adulta declara ser consumidora habitual de alcohol (beben > 1 día a la semana).

El consumo de alcohol es mayor en hombres que en mujeres con una diferencia de casi el 20%.



El 6 % de la población adulta declara haber realizado un consumo intensivo episódico al menos una vez al mes en los últimos 12 meses. Este porcentaje es mayor en jóvenes (11.3%).

La distribución del consumo varía por Comunidades Autónomas: (42) (43)

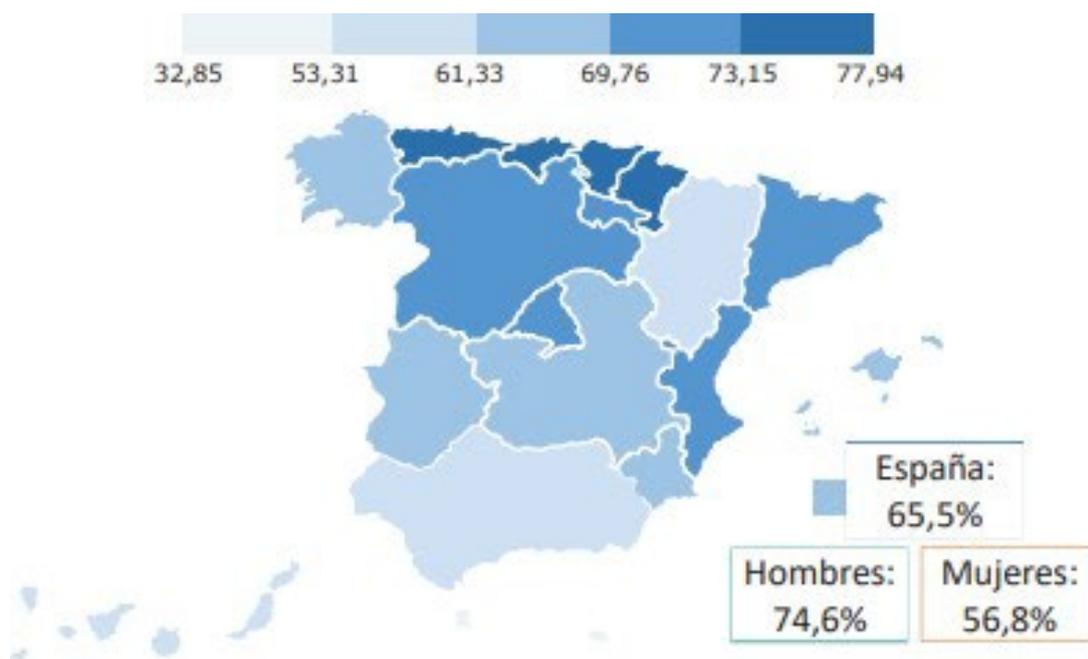


Imagen externa. FUENTE: Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2023: Prevalencia del consumo de alcohol en población adulta según Comunidad Autónoma (2020) (42)

- *La obesidad* afecta al 16% de la población de 18 y más años, (16.5% de hombres y 15.5% de mujeres). Si se observa la tendencia de desarrollo en la población, desde 1993 hasta 2020, ha sido creciente, y en los últimos años se ha estabilizado.

La distribución del consumo varía por Comunidades Autónomas: (42) (43)



Imagen externa. FUENTE: Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2023: Prevalencia de Obesidad en población adulta según Comunidad Autónoma (2020). (42)

- Condiciones Socioeconómicas: La pobreza y el bajo nivel educativo se asocian con una mayor prevalencia de enfermedades crónicas. (20)
- Acceso al sistema sanitario: pacientes con menor nivel socioeconómico presentan mayores dificultades de acceso al sistema sanitario, esto provoca una falta de cuidado y atención sanitaria de calidad, contribuyendo al desarrollo y aparición de complicaciones de las patologías crónicas. Posteriormente, tras el diagnóstico se produce un incremento del uso de estos recursos con los consiguientes ingresos y gasto económico para el sistema. El uso de estos servicios es mayor en el sexo masculino que en el femenino. (20)
- Predisposición genética. Algunos individuos tienen una mayor predisposición genética a desarrollar ciertas enfermedades crónicas, lo que puede aumentar el riesgo de pluripatología cuando se combinan con otros factores. (20)



1.3.B) Las patologías crónicas más frecuentes.

Las enfermedades crónicas constituyen una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en España. En una situación de pluripatología crónica, coexisten varias patologías crónicas a la vez, viéndose por tanto alterada la calidad de vida y las posibilidades de manejo terapéutico de estos pacientes. Según datos del Instituto Nacional de Estadística (INE) y del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, las enfermedades crónicas más prevalentes en España son las siguientes:

- **Hipertensión Arterial:** enfermedad crónica en la que se tiene una presión arterial elevada de forma mantenida. Según la AHA (American Heart Association), se considera hipertensión cuando las cifras son iguales o superiores a 130/80 mmHg. Sin embargo, en Europa la tendencia que se sigue para el diagnóstico es tener cifras iguales o superiores a 140/90 mmHg. La hipertensión es un factor de riesgo crucial para enfermedades cardiovasculares, accidentes cerebrovasculares, y enfermedades renales.

Se estima que afecta aproximadamente al 20% de la población adulta, con una prevalencia que aumenta significativamente con la edad. En la población de 75 años o más, la hipertensión arterial tiene una prevalencia del 67.2%

La presión arterial sistólica está mejor controlada (<140 mmHg) que la diastólica (<90 mmHg), en los problemas de salud que lo requieren: 85-90% de buen control, frente a 60%, respectivamente. (34) (45)

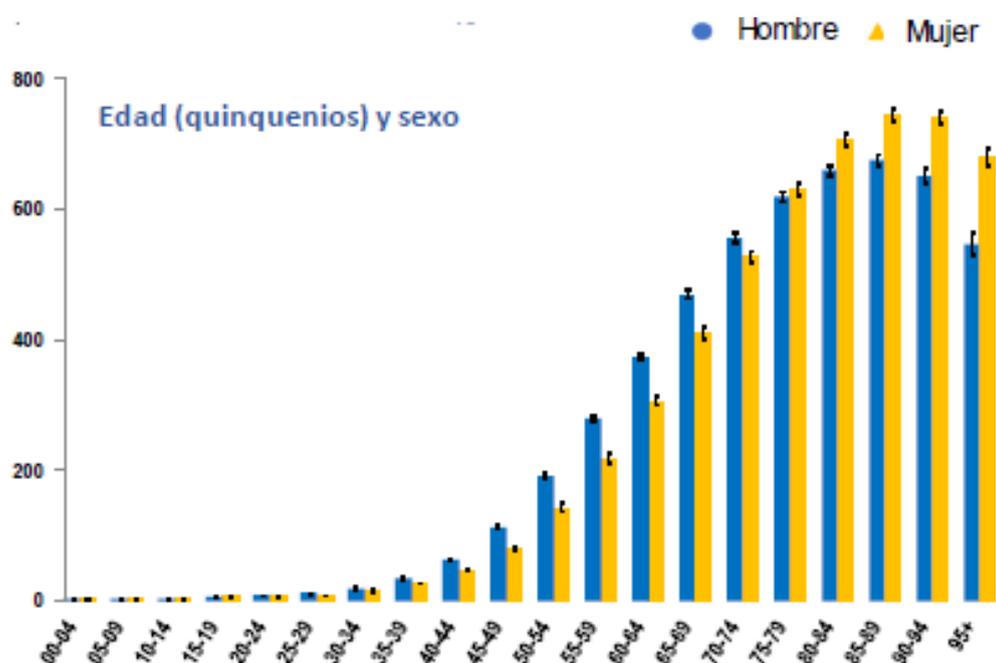


Imagen Externa. FUENTE: Base de Datos Clínicos de Atención Primaria 2023. Prevalencia de Hipertensión Arterial registrada por 1000 personas asignadas en Atención Primaria. Distribución por edad y sexo. (34)

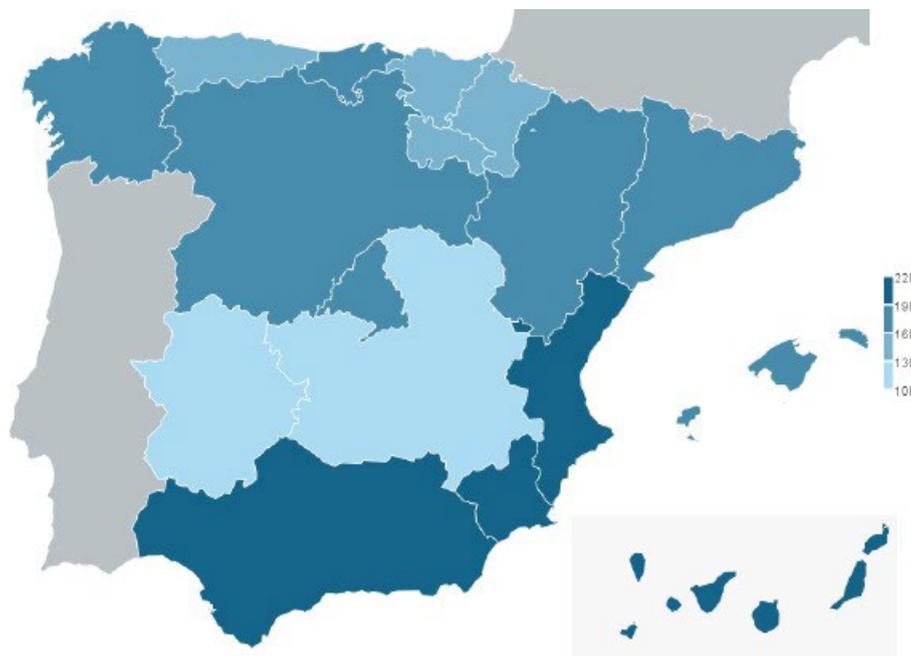


Imagen Externa. FUENTE: Base de Datos Clínicos de Atención Primaria 2023. Prevalencia de Hipertensión Arterial registrada por 1000 personas asignadas en Atención Primaria. Distribución por Comunidades Autónomas. (34)

- **Diabetes Mellitus**: es una enfermedad crónica que se caracteriza por aumento de los niveles de glucosa en sangre. Existen dos tipos de diabetes mellitus:
 - Diabetes Mellitus Tipo 1: aproximadamente (la padecen entre el 5-10% de los pacientes diabéticos, generalmente jóvenes).
 - Diabetes Mellitus Tipo 2: se estima que su prevalencia supone un 90-95% del total de pacientes diabéticos, generalmente mayores.

La prevalencia de la diabetes tipo 2 en España es de aproximadamente el 8%, con una prevalencia que aumenta significativamente con la edad. En la población de 75 años o más, la diabetes mellitus tiene una prevalencia del 27%.
(34) (46)

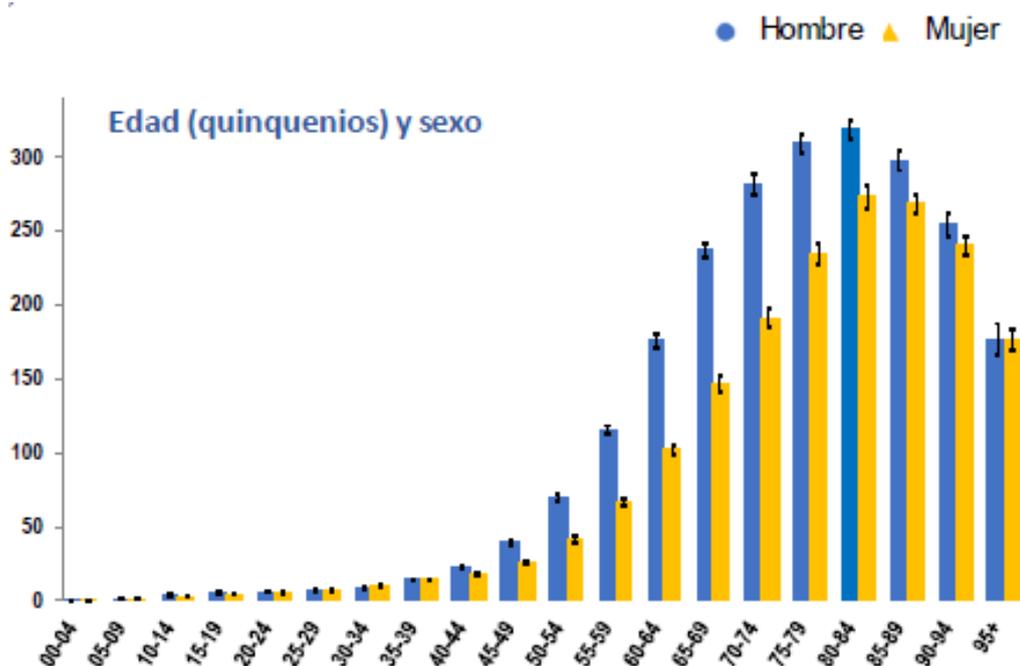


Imagen Externa: Fuente Base de Datos Clínicos de Atención Primaria 2023. Prevalencia registrada de Diabetes Mellitus por 1000 personas asignadas en Atención Primaria. Distribución por edad y sexo. (34)



Imagen Externa. FUENTE: Base de Datos Clínicos de Atención Primaria 2023. Prevalencia de Diabetes Mellitus registrada por 1000 personas asignadas en Atención Primaria. Distribución por Comunidades Autónomas. (34)

- **Enfermedades Cardiovasculares:** Las enfermedades cardiovasculares (principalmente la cardiopatía isquémica, la insuficiencia cardíaca y la enfermedad cerebrovascular) constituyen la causa principal de mortalidad en el Sistema Nacional de Salud, suponiendo el 26.1% de las defunciones.

Constituyen además la causa más frecuente de hospitalización (13.4% de los ingresos).

- o **Cardiopatía isquémica:** patología en la que disminuye el flujo sanguíneo a las células del miocardio, con el siguiente daño estructural.



Constituye la primera causa de hospitalización de todas las enfermedades cardiovasculares.

Existe una prevalencia de pacientes con cardiopatía isquémica en la población de un 2.3% (mayor en hombres que en mujeres). Este porcentaje aumenta hasta el 10% en personas de 75 años y más. La mortalidad por cardiopatía isquémica ha disminuido en más de un 30% en el intervalo comprendido entre 2012-2022. (34) (42) (47)

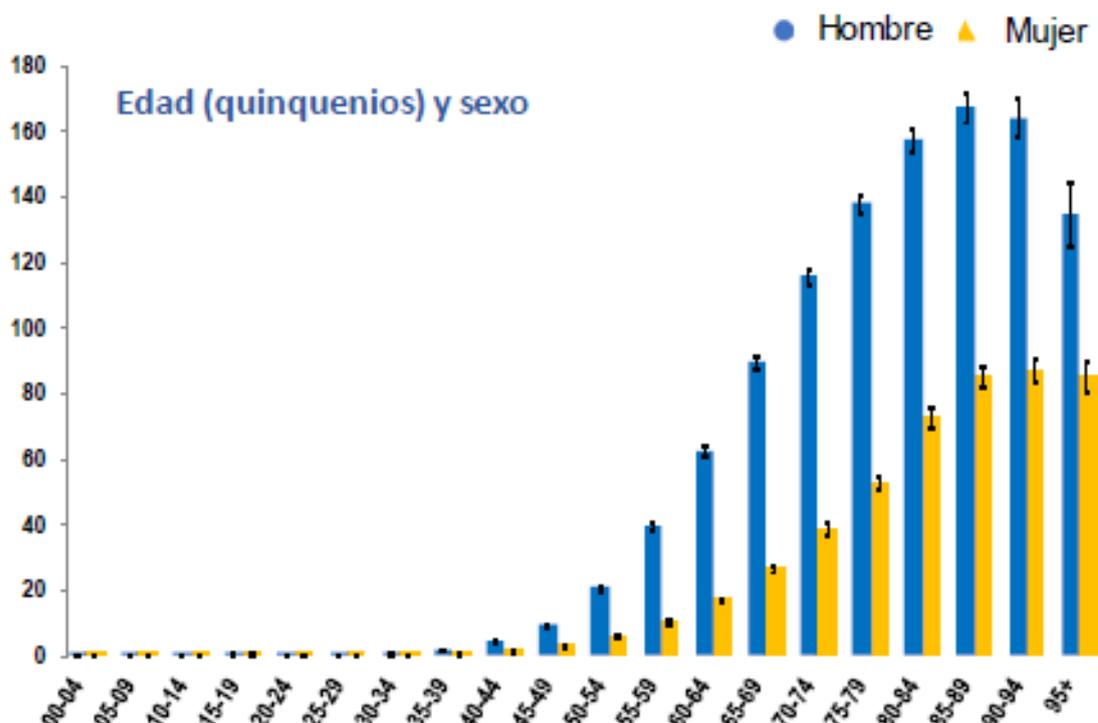


Imagen Externa. FUENTE: Base de Datos Clínicos de Atención Primaria 2023. Prevalencia de Cardiopatía Isquémica registrada por 1000 personas asignadas en Atención Primaria. Distribución por edad y sexo. (34)

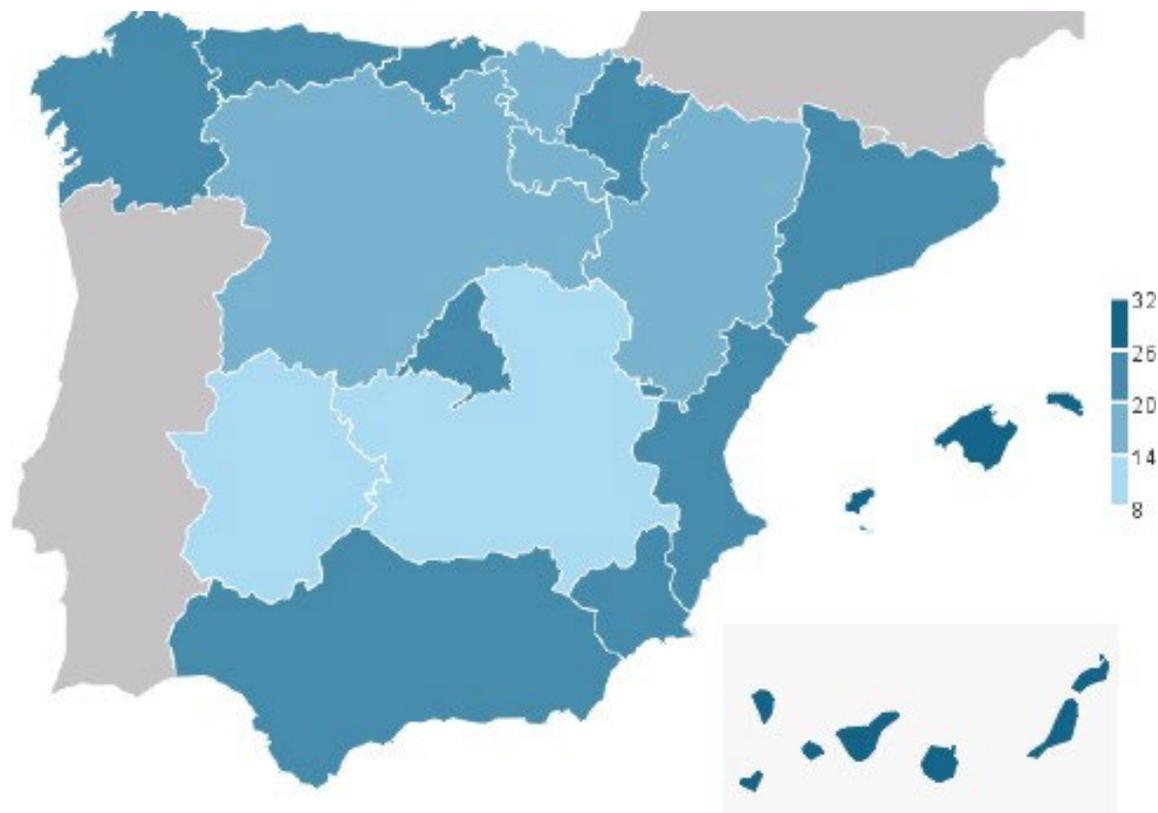


Imagen Externa. FUENTE: Base de Datos Clínicos de Atención Primaria 2023. Prevalencia de Cardiopatía Isquémica registrada por 1000 personas asignadas en Atención Primaria. Distribución por Comunidades Autónomas. (34)

- Insuficiencia Cardíaca: enfermedad cardiovascular en la que el corazón no es capaz de satisfacer las demandas del resto de órganos del cuerpo.

Entre el 4,7% y el 6,8% en personas mayores de 45 años padecen IC. Esta cifra alcanza el 16% en los mayores de 75 años. (34) (48)

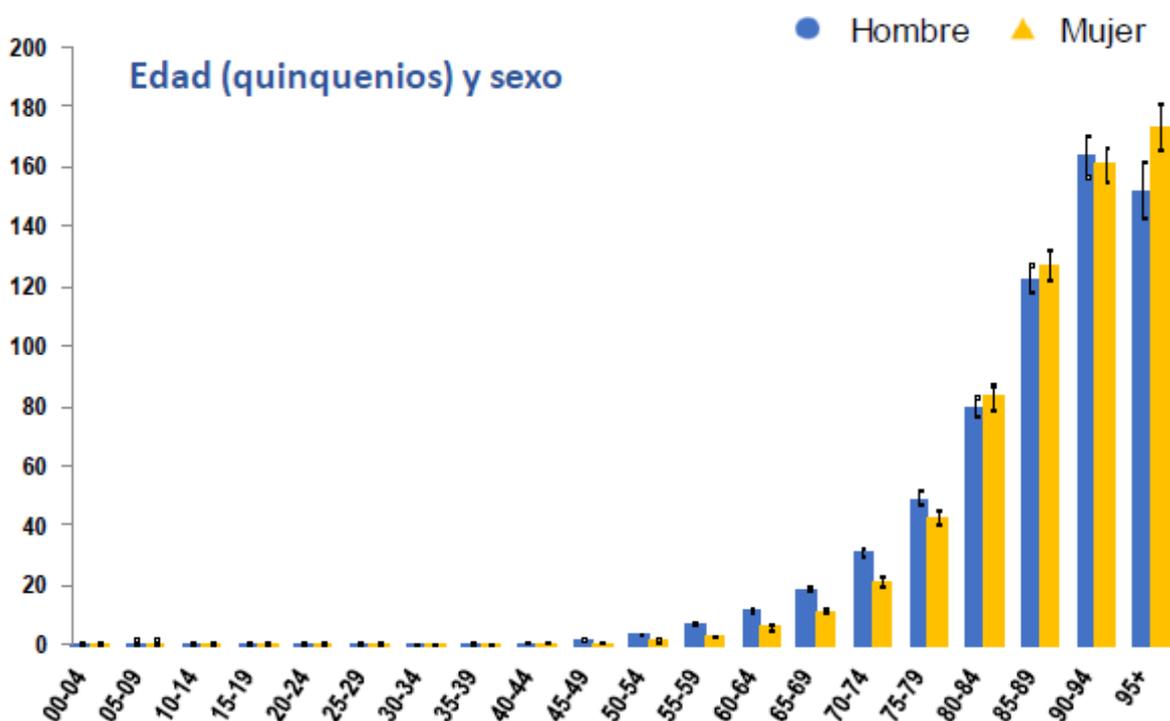


Imagen Externa. FUENTE: Base de Datos Clínicos de Atención Primaria 2023. Prevalencia de Insuficiencia Cardíaca registrada por 1000 personas asignadas en Atención Primaria. Distribución por edad y sexo. (34)

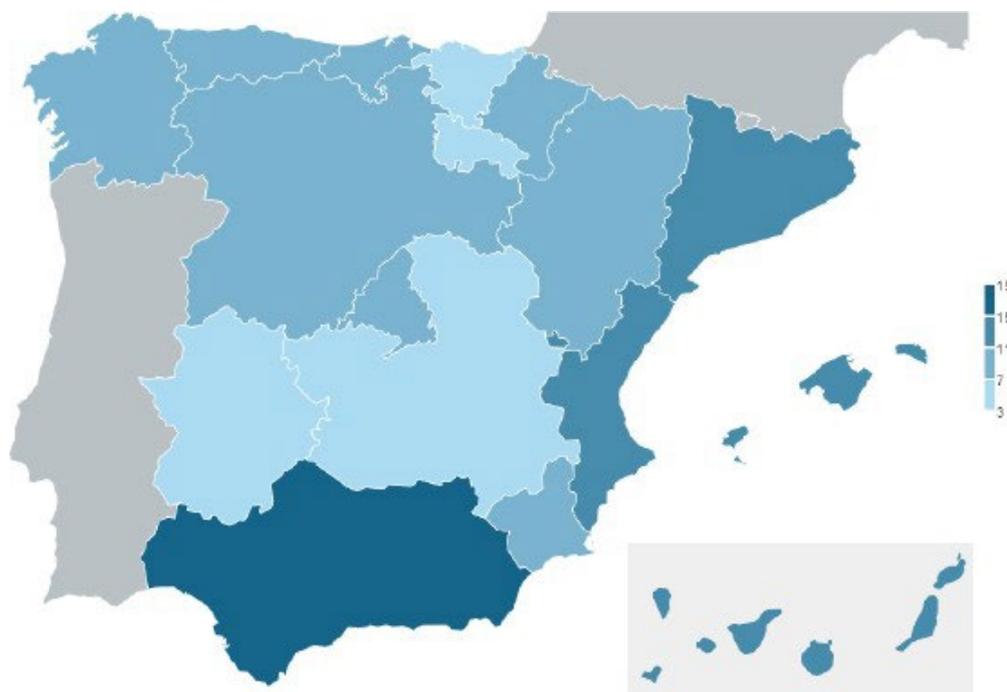


Imagen Externa. FUENTE: Base de Datos Clínicos de Atención Primaria 2023. Prevalencia de Insuficiencia Cardíaca registrada por 1000 personas asignadas en Atención Primaria. Distribución por Comunidades Autónomas. (34)



- Enfermedad Cerebrovascular. Es aquel proceso patológico en el que se producen la disminución del riego sanguíneo al cerebro consecuencia de una hemorragia o de una isquemia.

La prevalencia de la enfermedad cerebrovascular en la población general es del 1.6%, aumentando hasta el 10% en personas de 85 años y más.

La tendencia de las cifras de mortalidad es descendente desde 2012, habiendo disminuido más de un 31% en el intervalo 2012-2022.

La mortalidad intrahospitalaria por enfermedad cerebrovascular isquémica es del 10.5% entre las altas por esta causa, y de la hemorrágica, del 28.3%. (34) (42) (49)

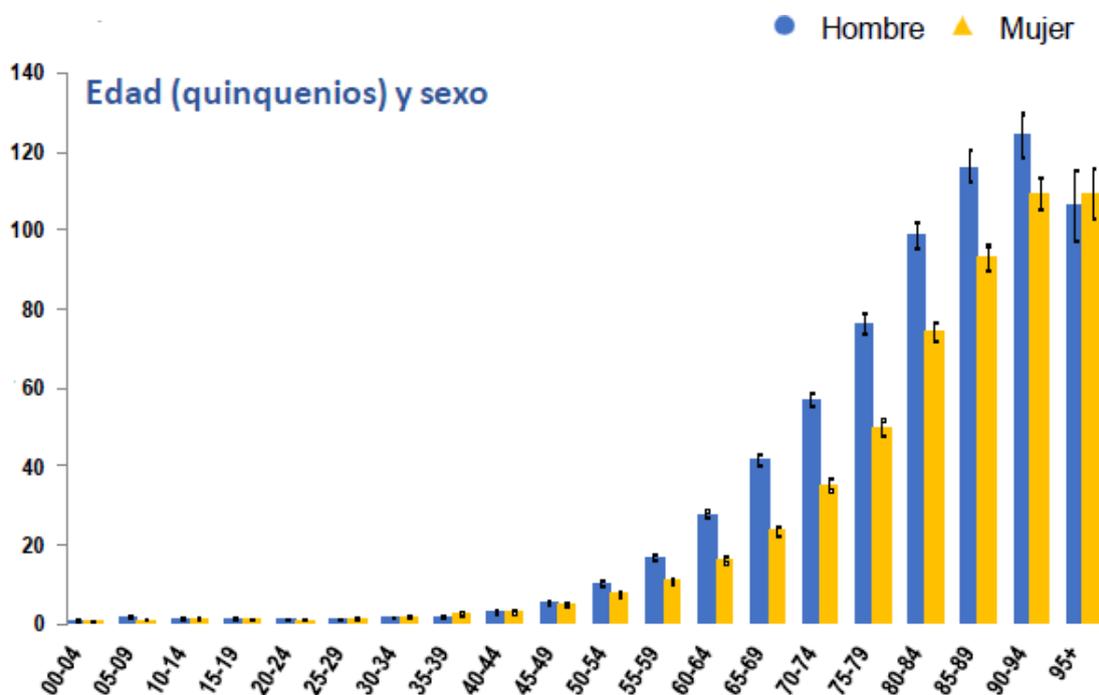


Imagen Externa. FUENTE: Base de Datos Clínicos de Atención Primaria 2023. Prevalencia de Enfermedad Cerebrovascular registrada por 1000 personas asignadas en Atención Primaria. Distribución por edad y sexo. (34)

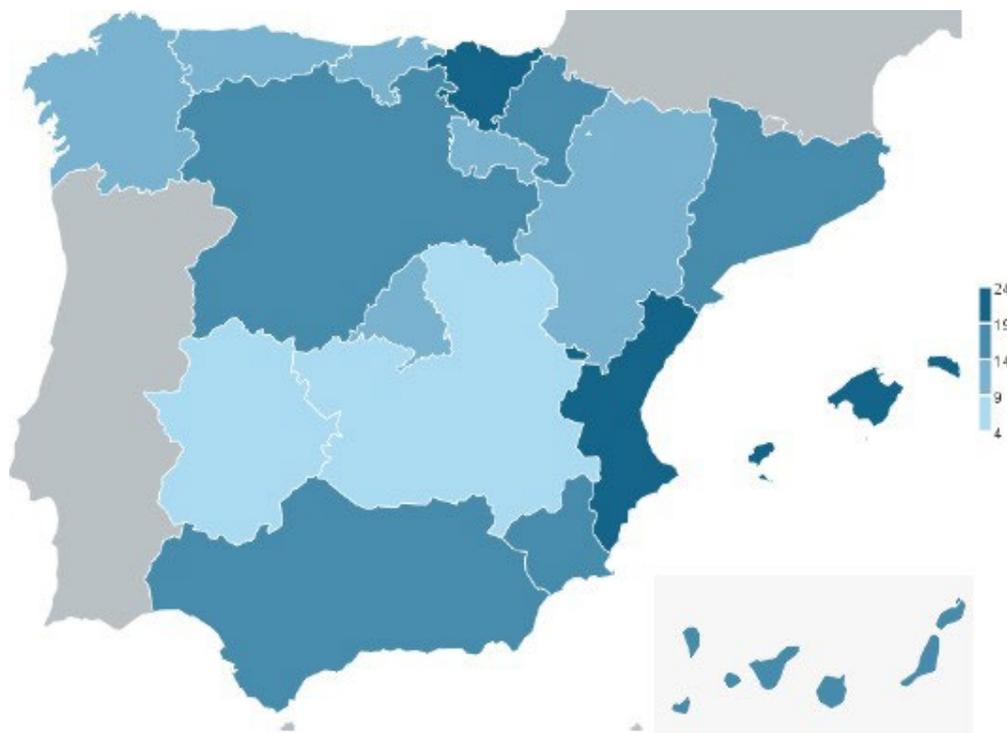


Imagen Externa. FUENTE: Base de Datos Clínicos de Atención Primaria 2023. Prevalencia de Enfermedad Cerebrovascular registrada por 1000 personas asignadas en Atención Primaria. Distribución por Comunidades Autónomas. (34)

- **Enfermedades Respiratorias Crónicas**: cuando hablamos de este tipo de patologías solemos hacer mención a la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC). Supone la presencia de anomalías en la vía aérea que causan una obstrucción al flujo aéreo de manera progresiva y persistente. Está íntimamente relacionado con el tabaco.

El EPOC afecta a un 2.2% de la población general, afectando a más del 10% de los hombres de 70 años y más (esta prevalencia es 3 veces mayor en hombres que en mujeres).

La mortalidad por EPOC muestra una tendencia descendente desde 2012, habiendo disminuido un 39.3% (este descenso ha sido mayor en los hombres). (34) (42) (50)

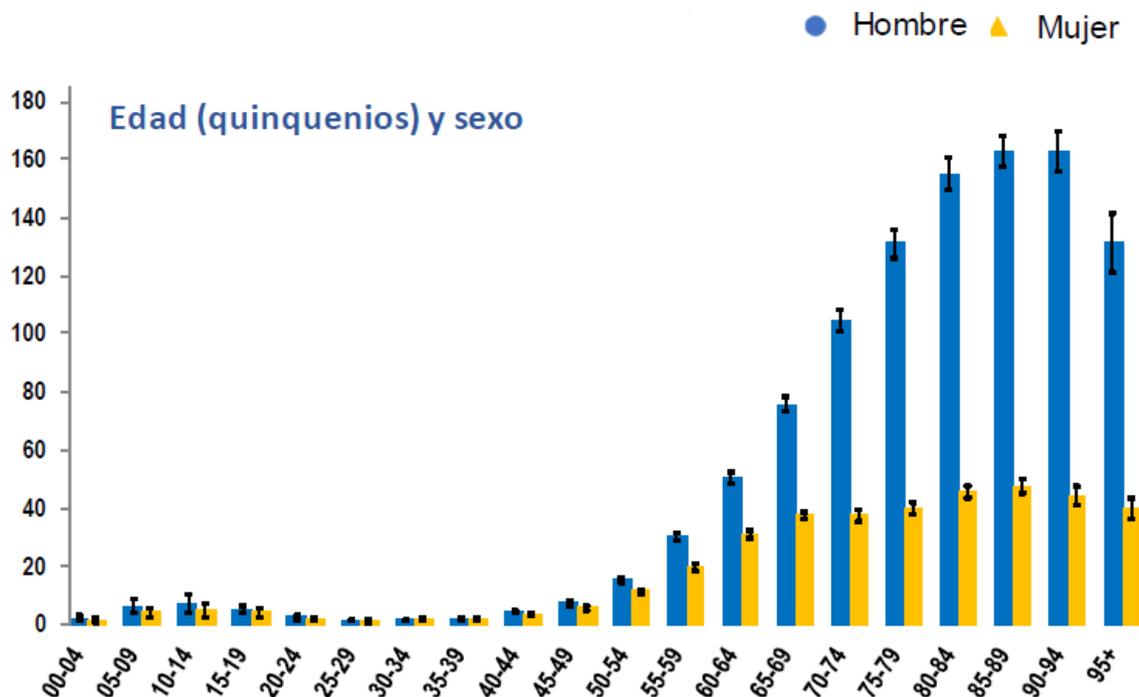


Imagen Externa. FUENTE: Base de Datos Clínicos de Atención Primaria 2023. Prevalencia de EPOC registrada por 1000 personas asignadas en Atención Primaria. Distribución por edad y sexo. (34)



Imagen Externa. FUENTE: Base de Datos Clínicos de Atención Primaria 2023. Prevalencia de EPOC registrada por 1000 personas asignadas en Atención Primaria. Distribución por Comunidades Autónomas. (34)

- **Enfermedades Renales Crónicas**: en esta patología se produce un descenso progresivo de la Tasa de Filtrado Glomerular (TFG). Se debe a múltiples factores, y en ocasiones, hay que recurrir a medidas terapéuticas que sustituyen la función renal (hemodiálisis, diálisis peritoneal...).

La prevalencia es del 1.8% en la población general, aumentando este porcentaje hasta el 5.8% en la población de 75 años y más. (34) (42) (51)

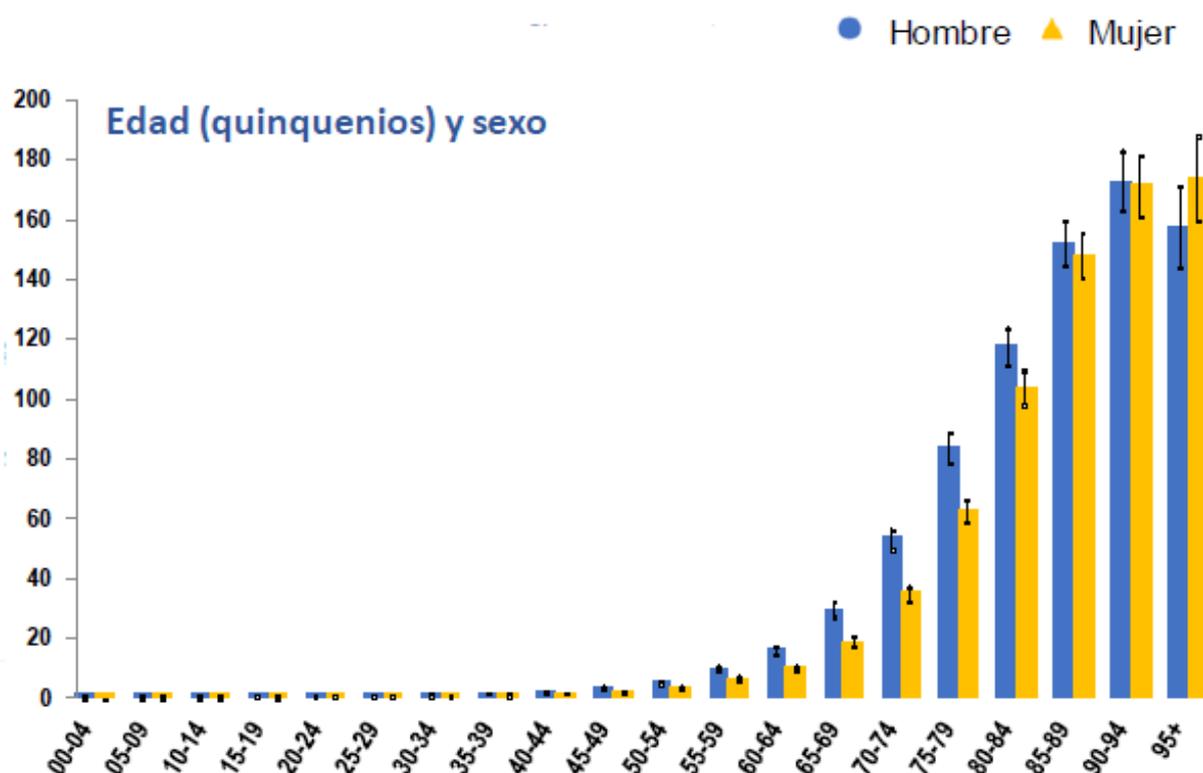


Imagen Externa. FUENTE: Base de Datos Clínicos de Atención Primaria 2023. Prevalencia de Enfermedad Renal Crónica registrada por 1000 personas asignadas en Atención Primaria. Distribución por edad y sexo. (34)

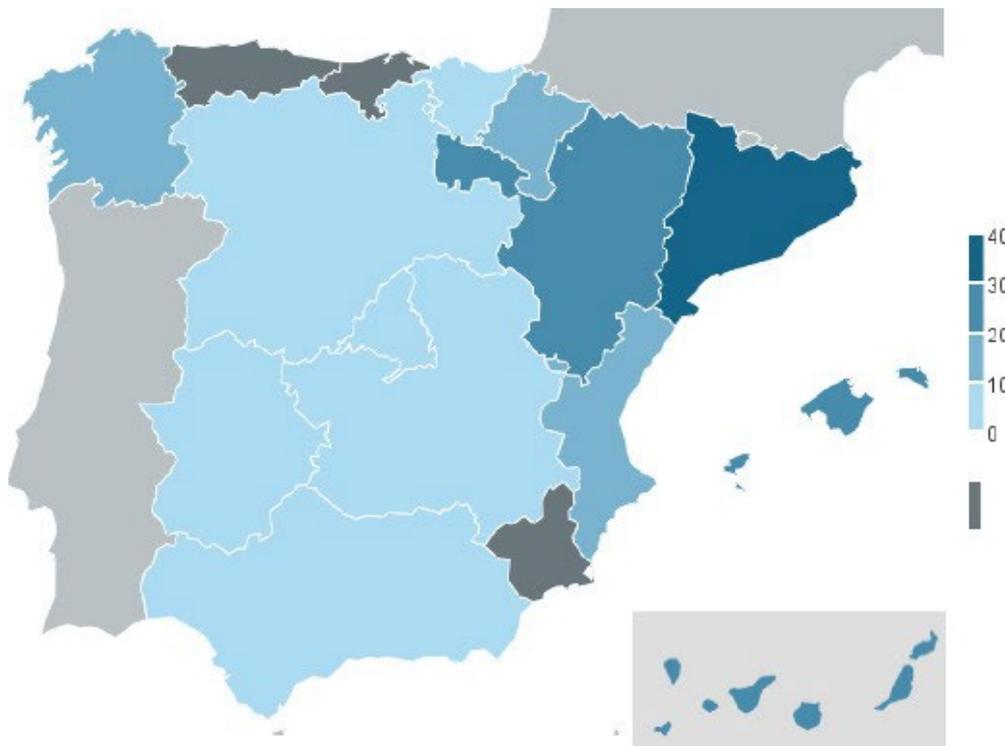


Imagen Externa. FUENTE: Base de Datos Clínicos de Atención Primaria 2023. Prevalencia de Enfermedad Renal Crónica registrada por 1000 personas asignadas en Atención Primaria. Distribución por Comunidades Autónomas. (34)

- **Enfermedades Mentales Crónicas:** actualmente, se estima que el 34% de la población padece algún problema de salud mental. Este porcentaje supera el 50% en las personas de 85 y más años.

Desde 2019 hasta 2022, se ha incrementado la tasa de mortalidad por suicidio en un 11.5% (valores similares para ambos sexos).

Cuando hacemos mención a las enfermedades mentales, nos referimos principalmente a los trastornos por ansiedad, trastornos del sueño y trastornos depresivos. (34) (42) (52)

- **Los trastornos de ansiedad** afectan al 12.7% de la población (su prevalencia es el doble en mujeres que en hombres), y afecta a un 3% de menores de 25 años.

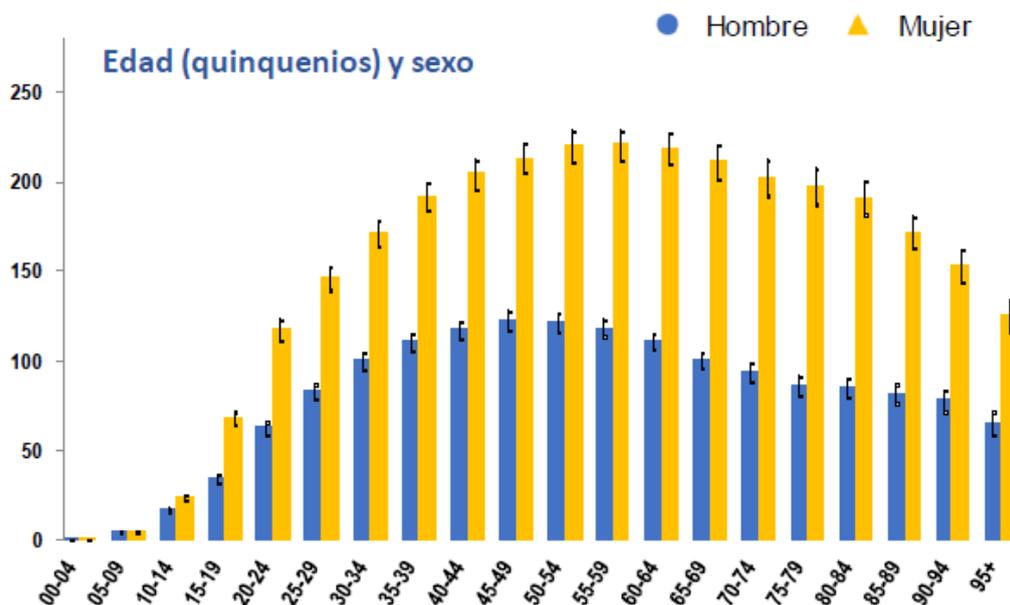


Imagen Externa. FUENTE: Base de Datos Clínicos de Atención Primaria 2023. Prevalencia de Trastornos de Ansiedad registrada por 1000 personas asignadas en Atención Primaria. Distribución por edad y sexo. (34)

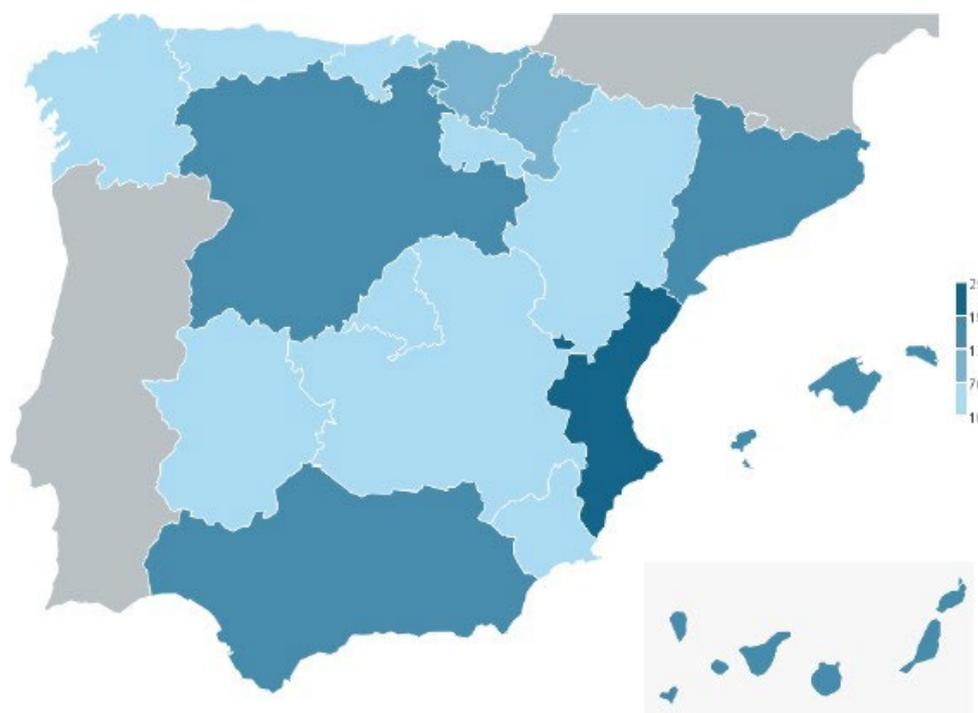


Imagen Externa. FUENTE: Base de Datos Clínicos de Atención Primaria 2023. Prevalencia de Trastornos de Ansiedad registrada por 1000 personas asignadas en Atención Primaria. Distribución por Comunidades Autónomas. (34)

- **Trastornos del sueño:** su prevalencia poblacional es del 7.8%, afectando al doble de mujeres que de hombres. Estas cifras aumentan hasta el 18.5% en las personas de 75 años y más.

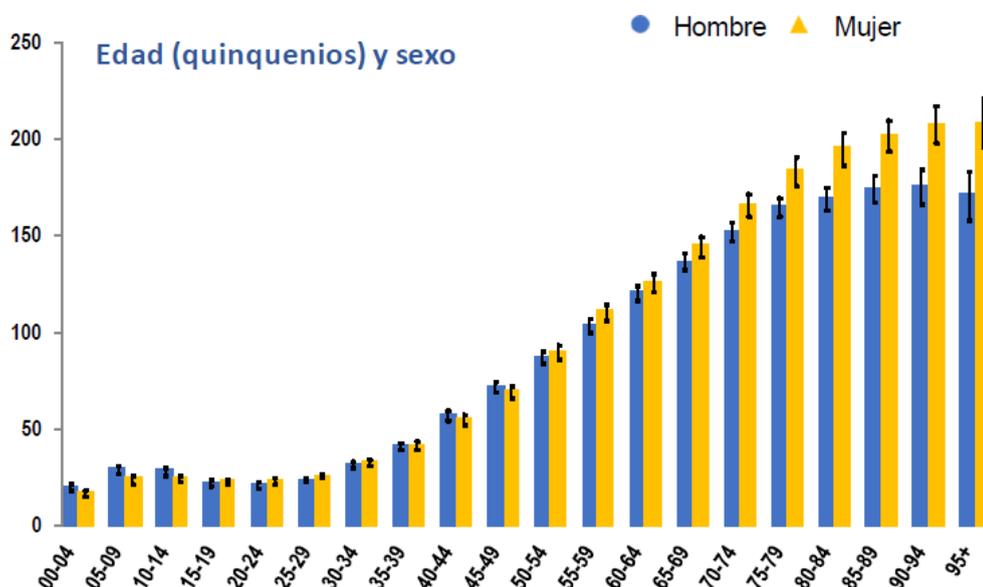


Imagen Externa. FUENTE: Base de Datos Clínicos de Atención Primaria 2023. Prevalencia de Trastornos del Sueño registrada por 1000 personas asignadas en Atención Primaria. Distribución por edad y sexo. (34)



Imagen Externa. FUENTE: Base de Datos Clínicos de Atención Primaria 2023. Prevalencia de Trastornos del Sueño registrada por 1000 personas asignadas en Atención Primaria. Distribución por Comunidades Autónomas. (34)

- Trastornos depresivos: su prevalencia poblacional es del 4.7 %, afectando al doble de mujeres que de hombres. Esta cifra aumenta hasta el 10% en personas de 75 años y más.

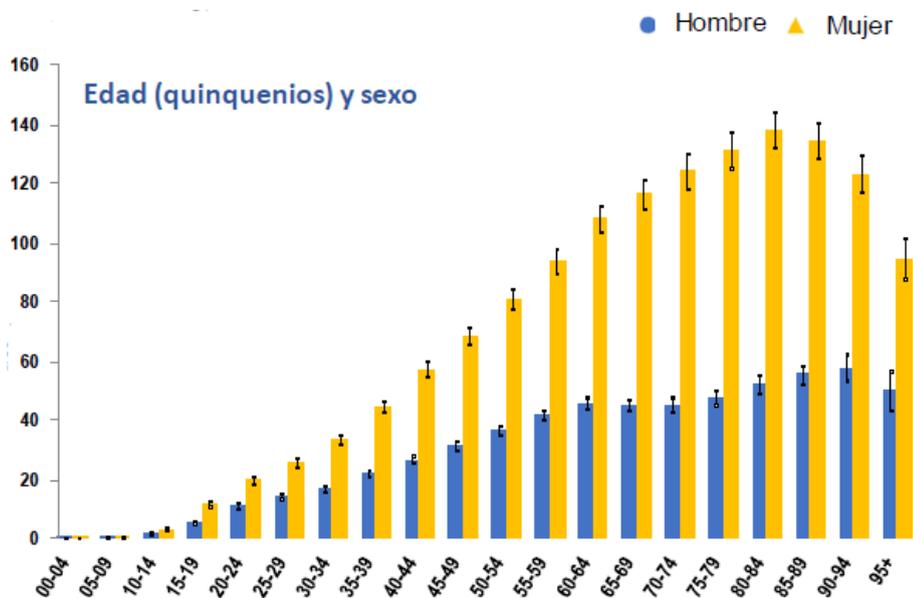


Imagen Externa. FUENTE: Base de Datos Clínicos de Atención Primaria 2023. Prevalencia de Trastornos Depresivos registrada por 1000 personas asignadas en Atención Primaria. Distribución por edad y sexo. (34)

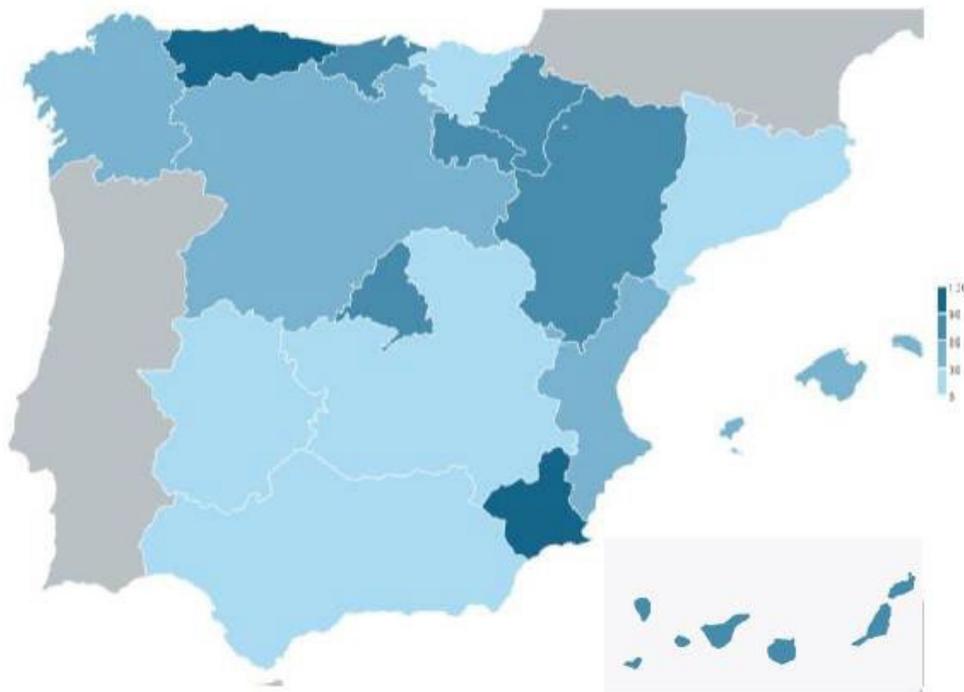


Imagen Externa. FUENTE: Base de Datos Clínicos de Atención Primaria 2023. Prevalencia de Trastornos Depresivos registrada por 1000 personas asignadas en Atención Primaria. Distribución por Comunidades Autónomas. (34)



- **Enfermedades del aparato locomotor:** la prevalencia de estas enfermedades se encuentra por encima del 20%. La manifestación típica de estas enfermedades es el dolor de difícil manejo, responsable por tanto de altas tasas de incapacidad y de pérdida de calidad de vida.
 - Osteoporosis: se trata de una enfermedad esquelética difusa en la que existe una disminución de la densidad ósea, y por tanto de la resistencia, predisponiendo al aumento de riesgo de fracturas. (34) (53)
 - La prevalencia en la población general está situada en el 3% (mujeres 6.7% y hombres 0.3). Estos valores aumentan en la población de 75 y más años (15.5%). (34) (53)



Imagen Externa. FUENTE: Base de Datos Clínicos de Atención Primaria 2023. Prevalencia de Osteoporosis registrada por 1000 personas asignadas en Atención Primaria. Distribución por edad y sexo. (34)



Imagen Externa. FUENTE: Base de Datos Clínicos de Atención Primaria 2023. Prevalencia de Osteoporosis registrada por 1000 personas asignadas en Atención Primaria. Distribución por Comunidades Autónomas. (34)

- Síndromes de columna vertebral, donde destaca principalmente la lumbalgia.

La prevalencia de estas enfermedades crónicas está en 13% en la población general (más prevalente en mujeres que en hombres), aumentando este porcentaje a un 27% en la población de 75 años y más. (34) (54)

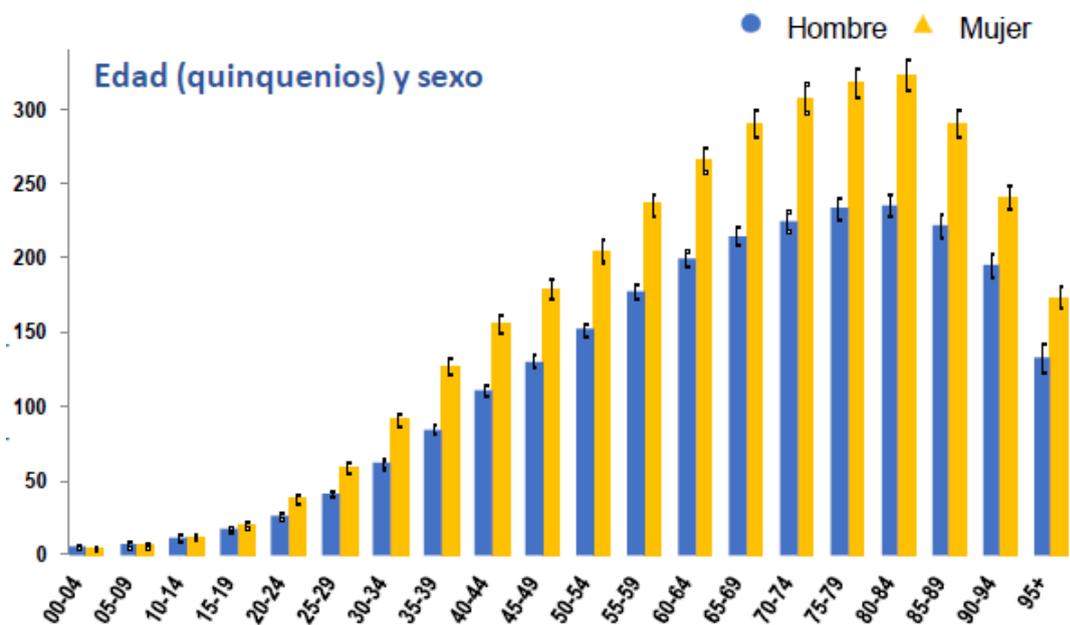


Imagen Externa. FUENTE: Base de Datos Clínicos de Atención Primaria 2023. Prevalencia de Síndromes de Columna Vertebral registrada por 1000 personas asignadas en Atención Primaria. Distribución por edad y sexo. (34)

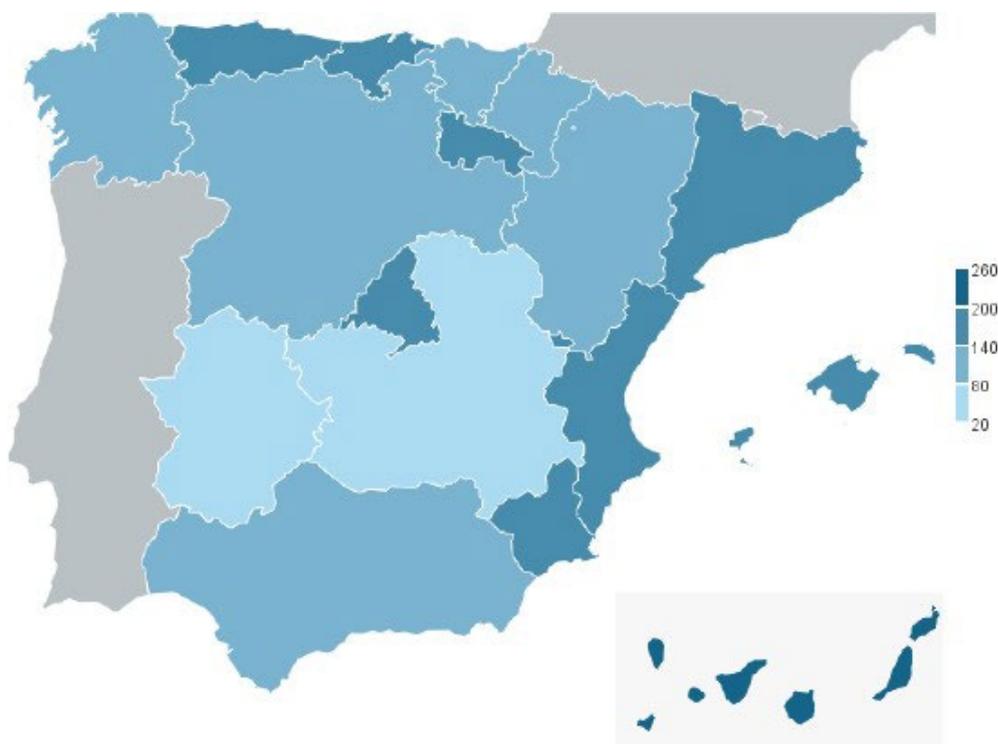


Imagen Externa. FUENTE: Base de Datos Clínicos de Atención Primaria 2023. Prevalencia de Síndromes de Columna Vertebral registrada por 1000 personas asignadas en Atención Primaria. Distribución por Comunidades Autónomas. (34)



- **Artrosis:** es una enfermedad degenerativa donde se ve afectado el cartílago articular. (34) (55)

Tiene una prevalencia en la población general del 9.8%, y de casi el 38% en personas de 75 años y más. (34) (55)

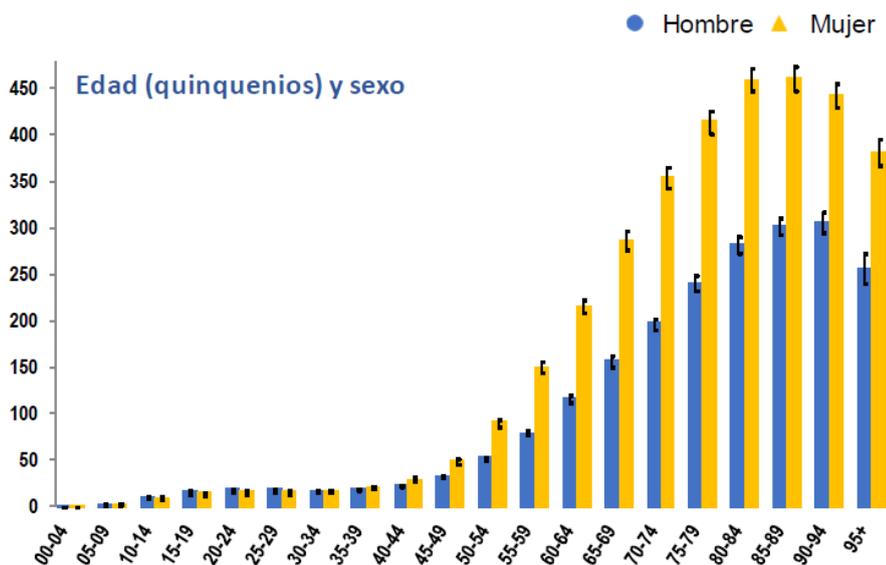


Imagen Externa. FUENTE: Base de Datos Clínicos de Atención Primaria 2023. Prevalencia de Artrosis registrada por 1000 personas asignadas en Atención Primaria. Distribución por edad y sexo. (34)

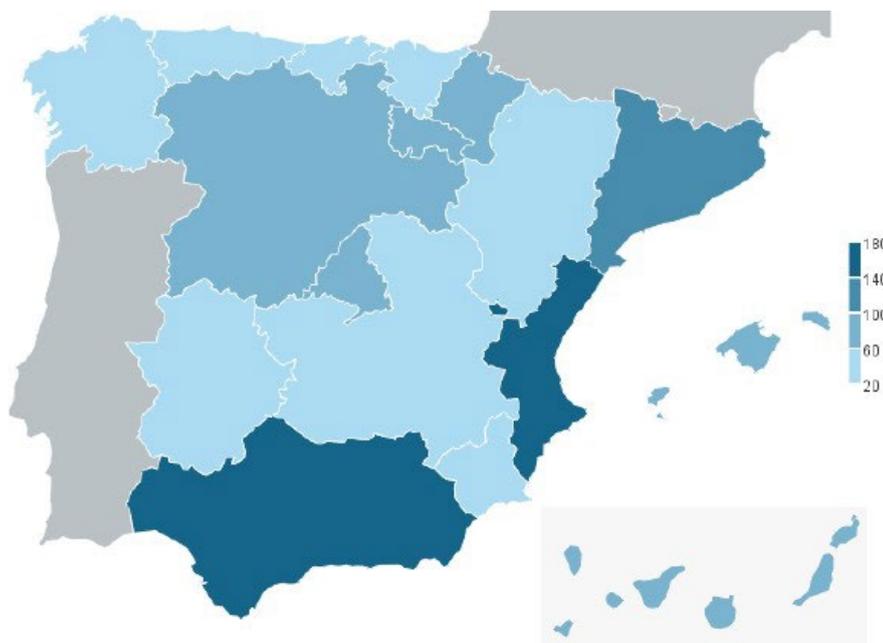


Imagen Externa. FUENTE: Base de Datos Clínicos de Atención Primaria 2023. Prevalencia de Artrosis registrada por 1000 personas asignadas en Atención Primaria. Distribución por Comunidades Autónomas. (34)

- **Trastornos en el metabolismo lipídico**, relacionado con niveles de colesterol y/o triglicéridos elevados. En la población general tiene una prevalencia elevada (21%), aumentando a un 52% en las personas de 75 y más años. (34)

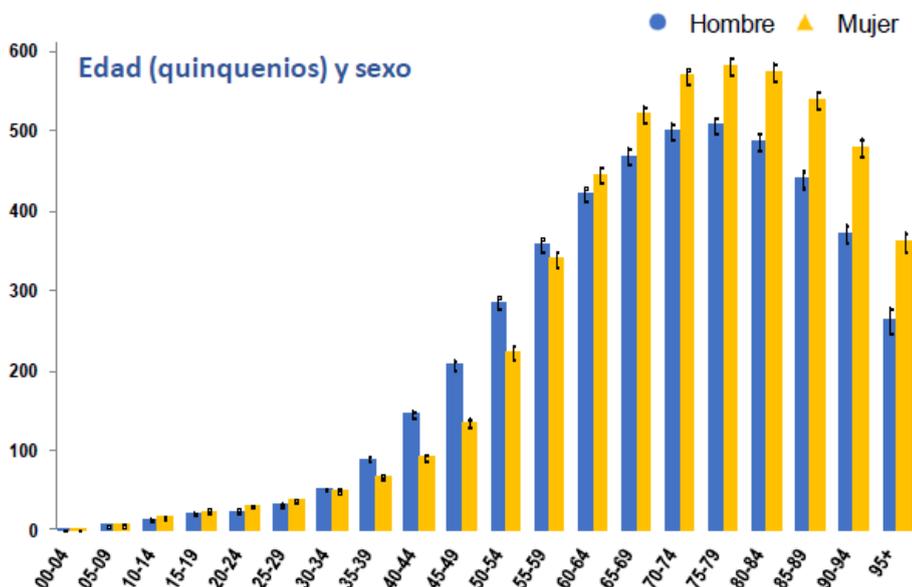


Imagen Externa. FUENTE: Base de Datos Clínicos de Atención Primaria 2023. Prevalencia de Trastornos en el Metabolismo de Lípidos registrada por 1000 personas asignadas en Atención Primaria. Distribución por edad y sexo. (34)

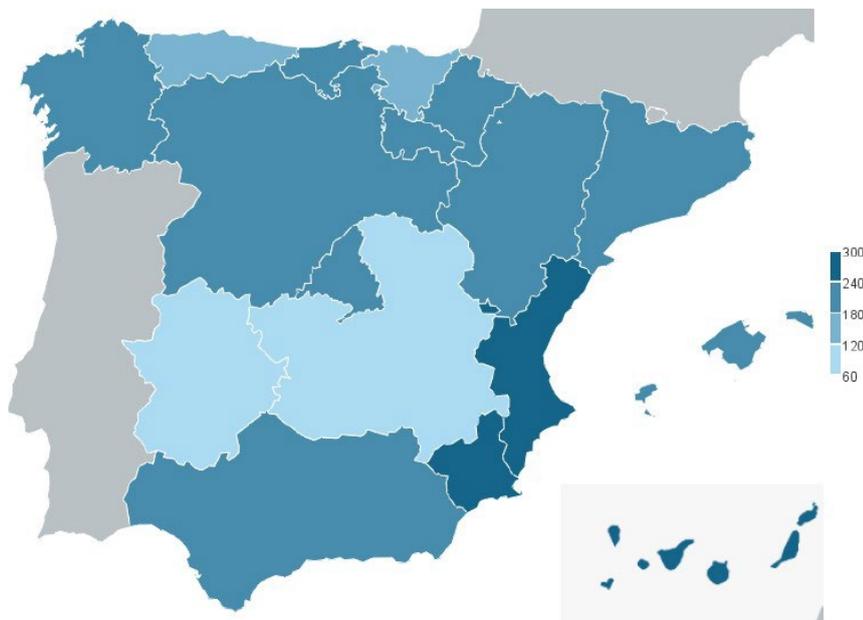


Imagen Externa. FUENTE: Base de Datos Clínicos de Atención Primaria 2023. Prevalencia de Trastornos relacionados con el Metabolismo de Lípidos registrada por 1000 personas asignadas en Atención Primaria. Distribución por Comunidades Autónomas. (34)



1.4. Estrategia Nacional de Atención al Paciente Crónico y su adaptación a las distintas comunidades

A medida que la población continúe envejeciendo, se espera que la prevalencia de la pluripatología siga aumentando. Para que la atención a pacientes pluripatológicos sea factible, es esencial que los sistemas de salud se adapten a la situación actual anticipándose al futuro, y con ello elaboren nuevas estrategias para gestionar de manera efectiva a los pacientes con múltiples enfermedades crónicas. Por lo tanto, es primordial continuar investigando sobre este tipo de pacientes, sus enfermedades, tratamientos y cuidados con el fin de optimizar recursos y obtener los mejores resultados en salud y calidad de vida.

El Ministerio de Sanidad, viendo la tendencia demográfica y epidemiológica, desarrolló la Estrategia Nacional de Atención al Paciente Crónico en España en el año 2012 (aprobada en 2013), publicando la última actualización en 2021. Esta guía ha sido diseñada para hacer frente al creciente desafío que representa el paciente crónico y la pluripatología.

1.4.A) Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud.

La **“Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud”** del año 2012 (aprobada en 2013) fue desarrollada con el propósito de “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 y su atención integral”.

Para eso desarrolla unas líneas estratégicas determinadas: (19)



- *Línea estratégica 1: Promoción de la salud.* Fomentar estilos de vida saludables, fortaleciendo habilidades y capacidades para controlar su salud y mejorarla, mitigando y reduciendo el efecto de los factores de riesgo.
 - Objetivo 1: Favorecer el enfoque intersectorial en la promoción de la salud a través del principio “Salud en Todas las Políticas”.
 - Objetivo 2: Facilitar la participación social en la priorización, desarrollo, seguimiento y evaluación de las políticas sanitarias relativas al abordaje de la cronicidad.
 - Objetivo 3: Impulsar y reforzar la capacitación de las personas y de la comunidad para promover la autonomía, el autocuidado y los estilos de vida saludables.

- *Línea estratégica 2: Prevención de enfermedades crónicas.* Intervenciones específicas para reducir la incidencia y la prevalencia de enfermedades, lesiones y discapacidades.
 - Objetivo 4: Disminuir la prevalencia de los factores de riesgo que determinan la aparición o evolución de las condiciones de salud y limitaciones en la actividad de carácter crónico: tabaquismo, consumo nocivo de alcohol, inactividad física, alimentación no saludable y otros.
 - Objetivo 5: Disminuir las lesiones y accidentes como causantes de condiciones de salud y limitaciones en la actividad de carácter crónico.
 - Objetivo 6: Detectar, diagnosticar y tratar precozmente las condiciones de salud y limitaciones de la actividad de carácter crónico.



- 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.

- Línea estratégica 3: Continuidad asistencial. Basado en el proceso de coordinación asistencial, la continuidad asistencial es el resultado de la coordinación asistencial (concertar todos los servicios relacionados con la atención a la salud para que se sincronicen y alcancen un objetivo común sin que se produzcan conflictos).
 - 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.

- Línea estratégica 4: Reorientación de la atención sanitaria. Desarrollar un modelo de atención que priorice la gestión de enfermedades crónicas, con equipos interdisciplinares.



- Objetivo 11: Identificar en cada paciente su nivel de necesidad y facilitar la provisión de intervenciones específicas adecuadas a cada necesidad.
 - Objetivo 12: Garantizar intervenciones sanitarias efectivas, seguras, eficientes, sostenibles y proporcionadas, basadas en la mejor evidencia científica disponible.
 - Objetivo 13: Optimizar la terapia farmacológica en los pacientes con tratamientos crónicos, con especial atención a los pacientes polimedicados.
- Línea estratégica 5: Equidad en salud e Igualdad de Trato. Asegurar que todos los ciudadanos tengan acceso equitativo a servicios de salud de calidad.
- Objetivo 14: Disminuir las desigualdades en salud desde un enfoque de determinantes sociales de los problemas de salud crónicos, con especial énfasis en las desigualdades de género.
 - Objetivo 15: Mejorar el acceso (disponibilidad, accesibilidad y aceptabilidad) a los sistemas sanitarios y sociales y optimizar los procesos de atención a fin de que se consigan resultados equitativos en los diferentes grupos sociales.
 - Objetivo 16: Eliminar cualquier tipo de discriminación o trato desigual a personas por el hecho de presentar cualquier enfermedad o problema de salud, trastorno en el desarrollo, discapacidad o dependencia.
- Línea estratégica 6: Investigación e innovación. Promover la investigación para mejorar la gestión de las enfermedades crónicas.
- Objetivo 17: Promover la investigación integral en salud que permita profundizar en el conocimiento de los mecanismos que influyen en la



génesis de las condiciones de salud y limitaciones en la actividad de carácter crónico, con el objetivo de establecer las estrategias de intervención más efectivas para su abordaje.

- Objetivo 18: Promover la innovación tecnológica, su evaluación y su utilización práctica, racional y basada en la evidencia, para soporte de los procesos de abordaje de la cronicidad desde las necesidades de los ciudadanos, los profesionales y las organizaciones sanitarias.
- Objetivo 19: Promover la innovación en servicios y modelos organizativos que facilite los cambios en el modelo de prestación de servicios en salud y sociales relacionados con la cronicidad.
- Objetivo 20: Promover la innovación en el proceso de evaluación, planificación y provisión de servicios con el fin de garantizar la equidad, eficiencia y sostenibilidad de la atención a los pacientes con condiciones de salud crónicas.

El documento concluye con un plan de implementación que incluye acciones concretas para cada objetivo de cada línea estratégica, destacando la necesidad de colaboración entre todos los niveles del sistema sanitario y la importancia de involucrar a los pacientes en su propio cuidado. (19)

La **“Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud- Informe de evaluación y líneas prioritarias de actuación”** de 2021 continúa el trabajo iniciado en 2012, pero introduce nuevas dimensiones adaptadas a los cambios ocurridos en la última década, incluyendo la digitalización, los avances en la medicina personalizada y el impacto de la pandemia de COVID-19. Este documento subraya la importancia de la sostenibilidad del SNS y la necesidad de un enfoque integral que abarque tanto la prevención como el tratamiento de las enfermedades crónicas. Esta actualización parte de un análisis de la situación demográfica y epidemiológica donde se aprecia un aumento de la esperanza de vida (envejecimiento poblacional), acompañado, por tanto, de un aumento de la prevalencia de enfermedades crónicas.



La Estrategia de 2021 actualiza sus líneas estratégicas para dar respuesta a las necesidades contemporáneas del SNS, incorporando tanto elementos tradicionales como innovadores, manteniendo los objetivos propuestos en la Estrategia anterior. (20)

- Línea estratégica 1: Promoción de la salud.

- La Estrategia de 2021 introduce la promoción de la salud digital, utilizando aplicaciones móviles, plataformas en línea y herramientas de comunicación digital para educar y motivar a la población a adoptar hábitos saludables.
- También incorpora el uso e implantación de tecnologías y dispositivos de monitorización remota para fomentar la autoevaluación y el autocuidado.
- Se pone énfasis en la continuidad de los programas de Promoción de la salud, asegurando que las intervenciones de Promoción de la salud y de Prevención de la enfermedad no se vean interrumpidas por emergencias sanitarias como ocurrió con la pandemia COVID-19.

- Línea estratégica 2: Prevención de enfermedades crónicas:

- Prevención personalizada, adaptando las intervenciones a las características individuales de cada paciente.
- Desarrollo de programas de cribado más efectivos utilizando tecnologías de salud digital para identificar a los individuos de riesgo.
- Se enfatiza en la necesidad de abordar los múltiples factores de riesgo que influyen en la salud de manera simultánea mediante un enfoque integral.



- Inclusión de la Salud Mental en los programas de prevención de enfermedades crónicas.
- *Línea estratégica 3: Continuidad asistencial.*
 - Se añade la integración de herramientas digitales para garantizar la continuidad asistencial (Historias Clínicas digitalizadas, telemedicina, dispositivos de monitorización remota), garantizándose que reciban asistencia continua indistintamente de donde se encuentren.
 - Tras la pandemia de COVID-19, se destaca la importancia de mantener la continuidad asistencial durante emergencias sanitarias, garantizándose que los pacientes crónicos no vean interrumpida su atención.
 - La estrategia de 2021 considera prioritario la creación y coordinación de equipos multidisciplinares (médicos, enfermeras, trabajadores sociales y otros profesionales) para asegurar una atención integral y una continuidad en los cuidados.
 - Personalizar seguimientos, planes de atención y cuidados a las necesidades de cada paciente.
- *Línea estratégica 4: Reorientación de la Atención Sanitaria.*
 - Fortalecimiento de la atención primaria para que se convierta en el eje central de la asistencia sanitaria, coordinando con otros niveles asistenciales para una atención continua y holística.
 - Como en líneas anteriores, se impulsa la telemedicina y herramientas digitales para hacer la atención más accesible y efectiva.
 - Enfoque en resultados de salud que importan al paciente, priorizando la calidad sobre la cantidad de servicios prestados.



- *Línea estratégica 5: Equidad en salud e Igualdad de Trato.*
 - Medidas enfocadas a reducir las desigualdades ampliadas durante la pandemia.
 - Se consideran los Determinantes Sociales de la salud, es decir aquellos factores como la educación, el empleo y las condiciones de vida.
 - Con la trascendencia que se da a la digitalización y a la telemedicina, se tiene que asegurar que no se aumente la brecha de acceso a las tecnologías de salud digital.
 - Refuerzo de todas las políticas y medidas orientadas a la atención de los grupos más vulnerables, para que así reciban una atención equitativa y adaptada a sus necesidades.

- *Línea estratégica 6: Investigación e Innovación.*
 - Se da un fuerte impulso en la implementación de tecnología avanzada para mejorar la prevención y tratamiento de las enfermedades crónicas.
 - Desarrollo de la Medicina de Precisión para mejorar la efectividad de las intervenciones.
 - Promoción de la innovación en la organización y gestión del sistema de salud para que sea más eficiente y resiliente ante crisis sanitarias.
 - Es preciso la elaboración de una red de colaboración internación y multisectorial en materia de investigación e innovación.

Por lo tanto, las grandes modificaciones en términos generales que sufre la Estrategia Nacional de Atención al Paciente Crónico en España del año 2012 publicadas en el año 2021 tiene que ver con los siguientes aspectos: (19) (20)



- Salud digital: La Estrategia de 2021 propone una digitalización integral del sistema de salud, que nos permitirá un manejo más ágil de los recursos sanitarios, y un mayor seguimiento y personalización en la atención, adaptándose a las necesidades individuales de cada paciente.
- Atención integral y personalizada: Este enfoque busca asegurar que cada paciente reciba una atención adaptada a sus circunstancias personales, considerando no solo su estado de salud físico, sino también sus condiciones socioeconómicas, psicológicas, y familiares. La atención integral y personalizada es un avance de la Estrategia de 2012, que ya proponía un enfoque centrado en la persona, pero ahora se amplía para incluir la personalización de los cuidados, aprovechando las nuevas tecnologías y la medicina de precisión. Esto implica, por ejemplo, ajustar los tratamientos según las características genéticas del paciente o adaptar los planes de cuidado a las preferencias personales y condiciones de vida del paciente.
- Fortalecimiento de la atención primaria: Aunque éste ya era un foco en 2012, en 2021 se refuerza la idea de que la atención primaria debe ser el eje central del SNS, especialmente en la gestión de enfermedades crónicas. La Estrategia propone medidas concretas como la mejora de la capacidad resolutoria de la atención primaria, la formación continua de los profesionales de salud, y la integración de la atención primaria con otros niveles asistenciales y servicios sociales. Además, se promueve la implementación de equipos multidisciplinares que incluyan médicos de familia, enfermeras, trabajadores sociales, y otros profesionales de salud que puedan abordar de manera integral las necesidades de los pacientes crónicos.
- Continuidad asistencial en tiempos de crisis: La pandemia ha puesto de manifiesto la necesidad de que el SNS pueda mantener la continuidad de los cuidados, incluso en circunstancias excepcionales. Esta línea estratégica se centra en desarrollar sistemas que permitan a los pacientes crónicos seguir recibiendo atención adecuada durante emergencias, evitando interrupciones en



sus tratamientos o cuidados. Esto puede incluir desde la ampliación de servicios de telemedicina hasta la creación de redes de apoyo comunitario que aseguren que los pacientes más vulnerables no queden desatendidos.

- *Prevención y promoción de la salud:* Continuando con los esfuerzos de 2012, la Estrategia de 2021 refuerza la importancia de la prevención como una herramienta clave para reducir la carga de enfermedades crónicas. Se enfatiza la promoción de estilos de vida saludables, la educación sanitaria, y la creación de entornos que faciliten conductas saludables. La prevención ahora también incluye la identificación temprana de condiciones de riesgo mediante tecnologías de salud digital y programas de cribado más efectivos.
- *Sostenibilidad del sistema de salud:* La sostenibilidad sigue siendo un tema central, pero en 2021 se aborda con una mayor urgencia. La Estrategia sugiere prácticas de gestión que optimicen los recursos disponibles, promuevan la eficiencia en la prestación de servicios, y aseguren que el SNS pueda hacer frente a los desafíos futuros sin comprometer la calidad de la atención. Esto incluye la implementación de políticas de sostenibilidad financiera, el uso racional de las tecnologías sanitarias, y la promoción de la innovación en la gestión sanitaria.



1.4.A) Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en las distintas Comunidades autónomas.

Estas Estrategias del SNS han sido adaptadas por cada Comunidad Autónoma teniendo en cuenta su contexto particular, desarrollando planes, políticas y protocolos específicos para la atención a sus pacientes crónicos y pluripatológicos. Son varias las Comunidades Autónomas que han publicado su estrategia de atención al paciente crónico:

- Andalucía: *“Atención a pacientes crónicos con necesidades de salud complejas. Estrategia de implementación”* (2016). Pretende ser un instrumento de apoyo y complemento en la atención a pacientes crónicos para que ésta se más eficaz, eficiente en personas con problemas de salud complejos. (56)

“Plan Andaluz de Atención Integrada a Pacientes con Enfermedades Crónicas” (2012-2016). Tiene como objetivo disminuir la incidencia y la mortalidad prematura de las enfermedades crónicas, mejorando la calidad de vida, disminuyendo la dependencia y la discapacidad, y fomentando la mayor autonomía posible. Pretende que exista una participación activa de la ciudadanía, y adecuar la oferta de servicios a las necesidades de los pacientes crónicos. (57)

- Aragón: *“Proceso de atención a los pacientes crónicos complejos en Aragón”* (2019). Tiene como objetivo dar respuesta a las necesidades de cuidados de los pacientes crónicos complejos, a sus cuidadores, así como garantizar la accesibilidad y la continuidad asistencial interviniendo en el proceso de enfermedad para mejorar los resultados de salud. (58)

También publica el *“Programa de atención a enfermos crónicos dependientes”* justificando que cada vez son más los enfermos con padecimientos crónicos asociados a cierto nivel de dependencia que requieren de cuidados especiales y específicos para mantener una vida social digna. (59)



- Islas Baleares: “Atención al paciente crónico complejo y crónico avanzado” (2017). El objetivo general de este programa es mejorar la calidad de la atención a los pacientes crónicos complejos y avanzados, a las personas que les cuidan y a sus familias, manteniéndoles el máximo tiempo posible en el entorno comunitario y con la mejora calidad de vida. (60)

- Islas Canarias: “Estudio sobre los factores de riesgo social en las personas mayores” (2019). Tiene como objetivo identificar un conjunto básico de factores de riesgo social que contribuya a determinar la situación de fragilidad o de riesgo de dependencia en las personas mayores. (61)

“Protocolo de atención a las personas mayores en Atención Primaria” (2017). Persigue prolongar la autonomía de las personas mayores para conseguir una vejez saludable, aumentar la expectativa de vida libre de enfermedad y dependencia, y favorecer la permanencia en el domicilio o entorno habitual con la mejor calidad de vida posible. (62)

- Cantabria: “Ruta del Paciente Pluripatológico” (2016). Es un proyecto que tiene como objetivo identificar y organizar la atención de pacientes con enfermedades crónicas que generan deterioro progresivo y pérdida gradual de la autonomía, y modificar el curso natural de sus enfermedades, demorando su progresión y mejorando su nivel de salud mediante una serie de intervenciones específicas. (63)

“Plan de atención a la Cronicidad de Cantabria” (2015-2019): Tiene como objetivo definir e implantar actuaciones más efectivas para mejorar el conocimiento de las condiciones crónicas de salud en la población de Cantabria, y su atención sanitaria y social. Se pretende promover la prevención de la cronicidad y de la dependencia, procurando una atención coordinada, continuada, integral, segura, de calidad y satisfactoria para el paciente. (64)



- Castilla y León: “Proceso de atención a la persona con pluripatología crónica compleja” (2020). La misión del proceso es prestar una atención integral a la persona con pluripatología crónica compleja, acorde con sus necesidades, que minimice el riesgo de descompensaciones y la aparición de eventos adversos, que asegure la prestación integrada de los servicios, la accesibilidad, la continuidad en la atención y la utilización de los medios y dispositivos más adecuados en cada caso, y que promueva la participación activa del paciente y su familia en los cuidados. (22)
- Castilla la Mancha: “Plan de Abordaje Integral de la Cronicidad y Prevención de la Fragilidad de Castilla-La Mancha” Este proyecto que está en marcha propone prevenir y retrasar la aparición de enfermedades crónicas, disminuir la progresión de la enfermedad y la aparición de complicaciones, mejorar la calidad de vida de la persona y su entorno, disminuir la frecuentación, difundir las mejores prácticas en el manejo de la enfermedad, favorecer el envejecimiento saludable, y prevenir y minimizar el riesgo asociado a la fragilidad. (65)

Previamente se había desarrollado el “Plan Director de Atención a la Cronicidad en un Modelo de Integración Asistencial 2014-2017” (2014). Pretende una transformación del Sistema de Salud de Castilla la Mancha en un modelo proactivo de prevención y atención a la cronicidad, basado en la continuidad asistencial efectiva, la atención personalizada de las necesidades, potenciando la autonomía del paciente y de la familia. (66)

- Cataluña: “Bases conceptuales y modelo de atención para las personas frágiles, con cronicidad compleja (PCC) o avanzada (MACA)” (2021). Pretende promover un modelo de atención más individualizado, para que sirva como palanca de cambio hacia una humanización de la atención. (67)
- Extremadura: “Procesos Asistenciales Integrados (PAI). Paciente crónico complejo” (2019). Tiene como objetivo definir un modelo asistencia adaptado a



las necesidades de los Paciente Crónicos Complejos para el Servicio Extremeño de Salud, basado en una asistencia integrada sobre los ejes clínico, mental, funcional y social, que mejoren la salud y la calidad de vida de pacientes y cuidados, y sea más eficiente. (68)

- Comunidad de Madrid: “*Plan de atención integral a la fragilidad y promoción de la longevidad saludable en personas mayores de la Comunidad de Madrid 2022-2025.*” Su misión es garantizar la prestación de servicios sanitarios integrales mediante un abordaje personalizado y holístico que abarca la prevención, el diagnóstico, la curación y la rehabilitación a través del acompañamiento y el cuidado, con el propósito de cubrir las necesidades de las personas en todas las etapas vitales, optimizando los recursos disponibles, y promoviendo la investigación y la formación. (69)
- Comunidad de Murcia: “*Programa de atención a pacientes complejos multingreso*” (2017). Su objetivo principal es mejorar la calidad de la atención que se presta a los pacientes crónicos complejos multingreso (OCCM) del Área de Salud IV de la Región de Murcia, mediante la actuación sobre los circuitos de comunicación entre niveles asistenciales. (70)
- Comunidad Foral de Navarra: “*Estrategia Navarra de atención integrada a pacientes crónicos y pluripatológicos*” (2016). Persigue como objetivo mejorar los resultados en salud y calidad de la atención, mejorar la capacidad funcional y calidad de vida de pacientes y cuidadores, promoviendo la autonomía y la capacitación de pacientes y cuidadores. También pretende mejorar la satisfacción de los pacientes crónicos y de su entorno con la atención recibida, contribuyendo a la sostenibilidad del sistema asistencial, y promoviendo en los profesionales, una cultura de mejora continua de los procesos orientados al paciente. (71)
- País Vasco: “*Plan de atención a las personas mayores (PAM)*” (2018). Propone un procedimiento de valoración multidimensional y de actuación en personas de



- 70 años o más, basado en las recomendaciones actuales, orientado a la promoción del envejecimiento saludable, la prevención de la enfermedad, el mantenimiento de la funcionalidad y adaptado a la realidad de la Atención Primaria. (72)
- Comunidad Valenciana: “Estrategia para la atención a pacientes crónicos en la Comunitat Valenciana” (2014). Supone una reorientación para dar respuesta a las necesidades los pacientes crónicos de una forma integral e integrada, asegurando la continuidad asistencial. (73)
 - Galicia: “Estrategia gallega para la atención a las personas en situación de cronicidad” (2018). Se propone evitar la progresión de la cronicidad hacia estadios más complejos, mantener y/o mejorar el estado funcional del paciente ajustado a sus condiciones vitales, añadir valor en la atención a estos pacientes, disminuir la morbi-mortalidad prematura y evitable, aumentar la calidad y seguridad asistencial, mejorar la satisfacción de los pacientes y familia, mejorar la satisfacción y la implicación de los profesionales responsables en la atención a personas con enfermedades crónicas, y garantizar el confort y la calidad de vida de la persona con una enfermedad crónica avanzada y un pronóstico de vida limitado. (74)
 - Asturias: “Personas sanas, poblaciones sanas: Ordenación y elaboración de las Estrategias de Salud y Atención a la Población con Enfermedad Crónica en Asturias” (2014). Tiene como objetivo mejorar el desarrollo de espacios y entornos saludables que hagan más fácil, al mejorar las condiciones de vida, tomar decisiones saludables y estar menos expuestos a enfermedades evitables. Para los enfermos crónicos y cuidadores propone un sistema sanitario que les prestara una atención integrada basada en la equidad y con la mínima variabilidad, tratando de mejorar sus resultados en salud y en calidad de vida. (75)



- La Rioja: “Estrategia de atención al paciente crónico de La Rioja” (2014). Tiene marcado como objetivo principal mejorar los resultados en salud y en calidad de vida de las personas con enfermedades crónicas a través de una atención integral ajustada al nivel de necesidades de cuidados y en coordinación con los servicios sociales, en un entorno de sostenibilidad. (76)

1.4.A) Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el paciente pediátrico.

Los avances en las ciencias de la salud producto de la investigación e innovación, hacen que enfermedades que hace unos años eran mortales, actualmente sean potencialmente tratables y abordables. Este fenómeno también afecta a la población pediátrica, produciéndose así un aumento en la prevalencia de pacientes pediátricos que padecen enfermedades crónicas. Sin embargo, pese a ese aumento en la prevalencia y en la incidencia de enfermedades crónicas en la población infantil, el Ministerio de Sanidad, hasta ahora, no ha desarrollado ninguna estrategia de abordaje al paciente pediátrico con enfermedades crónicas. Lo mismo ocurre con las comunidades autónomas, que aparentemente se mantienen al margen de desarrollar estrategias de atención al paciente crónico pediátrico.

Las Islas Baleares, a través del “Programa de Atención a Niños, Niñas y Adolescentes con Enfermedades Crónicas Complejas” (2019) ha sido la única comunidad autónoma que ha desarrollado un plan de abordaje ante este problema emergente.

Este programa sitúa al niño y a la familia en el centro de la atención, acompañado por los distintos profesionales sanitarios que sean necesarios en cada fase con el objetivo de que el paciente pediátrico y su entorno pueda desarrollar su potencial en el domicilio y ambiente habitual. Pretende establecer un nexo de unión entre atención primaria (eje central de la asistencia sanitaria) y atención especializada, facilitando la conexión y comunicación entre los distintos profesionales de estos niveles asistenciales para prestar una atención integral, coordinada y de calidad. (77)



Resumiendo, el objetivo principal que se pretende alcanzar con este Programa de atención es “asegurar una atención sanitaria integral de calidad, transversal y coordinada, dirigida a los niños y niñas y adolescentes con enfermedades crónicas complejas, para que, puedan mantener una vida integrada en su domicilio, en la comunidad, y en el colegio”.



1.5. Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). Preguntas más frecuentes. [Online]; 2024. Disponible en: <https://www.who.int/es/about/frequently-asked-questions#:~:text=En%20el%20pre%20C3%A1mbulo%20de%20la,ausencia%20de%20afecciones%20o%20enfermedades.%C2%BB>.
2. Amaro Cano MdC. Florence Nightingale, la primera gran teórica de enfermería. [Online].; 2004. Disponible en: https://www.esconf.unam.edu.ar/images/documentos/Amaro_Cano_Mara_Nightingale.pdf.
3. Rosales Ortega JC. Historia Natural de Enfermedad, Niveles de Prevención y Cadena. [Online].; 2018. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/811046/0007734_Tema_2_Subtema_1_Historia_Natural_de_Enfermedad_-_Jos_Carlos_Rosales_Ortega.pdf.
4. Villarreal Valera JA. Perspectiva sociológica de la salud como proceso socio cultural. [Online].; 2015. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8565493>.
5. Valverde SS. LA TEORIA DE MASLOW SOBRE LAS NECESIDADES HUMANAS. [Online].; 2024. Disponible en: https://gc.scalahed.com/recursos/files/r161r/w24544w/Necesidades_Teoria_de_Maslow.pdf.
6. Aiudo Formación. ¿Qué es la pirámide de Maslow y para qué sirve? [Online]; 2024. Disponible en: <https://formacion.aiudo.es/noticias/piramide-de-maslow/>.
7. Gavidia V, Talavera M. La construcción del concepto de Salud. [Online].; 2012. Disponible en: <https://www.uv.es/comsal/pdf/Re-Esc12-Concepto-Salud.pdf>.
8. Researchgate. Sistema gráfico para evaluar la actividad física en relación a la salud / Graphic system evaluation in physical activity and health. [Online]; 2011. Disponible en: https://www.researchgate.net/figure/Terris-M-1980-the-epidemiological-revolution-and-social-medicine-Mexico-21-st_fig1_259476393.
9. Researchgate. Sistema gráfico para evaluar la actividad física en relación a la salud / Graphic system evaluation in physical activity and health. [Online]; 2011. Disponible en: https://www.researchgate.net/figure/Sallerass-health-illness-continuous-1985_fig4_259476393.
10. Lain Entralgo P. El estar sano en el curso de la historia Pedro Laín Entralgo. [Online].; 1983. Disponible en: <https://www.cervantesvirtual.com/obra/el-estar-sano-en-el-curso-de-la-historia/>.



11. De La Guardia Gutierrez MA, Ruvalcaba Ledezma JC. La salud y sus determinantes, promoción de la salud y educación sanitaria. [Online].; 2020. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/jonnpr/v5n1/2529-850X-jonnpr-5-01-81.pdf>.
12. Universidad de Sevilla. TEMA 4. DETERMINANTES DE SALUD. MODELOS Y TEORÍAS. [Online]. Disponible en: <https://grupo.us.es/estudiohbsc/images/pdf/formacion/tema4.pdf>.
13. Sanchez Ruiz-Cabello FJ. Modelo causal en la decisión de ir al médico y/o practicar autocuidados en la población pediátrica. [Online].; 2005. Disponible en: <https://digibug.ugr.es/bitstream/handle/10481/793/15768181.pdf;jsessionid=A774E00612B2BCFC96AC1212EEE53538?sequence=1>.
14. Galán Rodríguez A, Pérez San Gregorio MÁ, Blanco Picabia A. La Conducta de Enfermedad: análisis de su capacidad para caracterizar grupos de enfermos a nivel psicosocial. [Online].; 2001. Disponible en: <https://www.psicothema.com/pdf/414.pdf>.
15. Fernández R, Isabel M. AFRONTAMIENTO DEL CANCER Y SENTIDO DE LA VIDA: UN ESTUDIO EMPÍRICO Y CLÍNICO. [Online].; 2006. Disponible en: https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/2516/1491_rodriguez_fernandez_maria_isabel.pdf?sequence=1.
16. SMID. ¿Conoces las diferencias entre las enfermedades crónicas y agudas? Infórmate aquí. [Online]; 2022. Disponible en: <https://www.smidcare.com/salud/conoces-las-diferencias-entre-las-enfermedades-cronicas-y-agudas-informate-aqui/>.
17. Universidad Internacional de Valencia. ¿Enfermedad aguda o crónica? Diferencias y ejemplos. [Online]; 2018. Disponible en: <https://www.universidadviu.com/es/actualidad/nuestros-expertos/enfermedad-aguda-o-cronica-diferencias-y-ejemplos#:~:text=Se%20considera%20una%20enfermedad%20aguda,se%20mantienen%20en%20el%20tiempo.>
18. semFYC, SEMI, FAECAP. Desarrollo de Guías de Práctica Clínica en pacientes con Comorbilidad y Pluripatología. [Online].; 2013. Disponible en: <https://www.fesemi.org/sites/default/files/documentos/publicaciones/desarrollo-guias-practica-clinica-pacientes-comorbilidad-pluripatologia.pdf>.
19. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad). Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. [Online].; 2012. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/abordajeCronicidad/docs/ESTRATEGIA_ABORDAJE_CRONICIDAD.pdf.



20. Ministerio de Sanidad. Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. Informe de evaluación y líneas prioritarias de actuación. [Online].; 2021. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/abordajeCronicidad/docs/Estrategia_de_Abordaje_a_la_Cronicidad_en_el_SNS_2021.pdf.
21. Roman P, Ruiz-Cantero A. La pluripatología, un fenómeno emergente y un reto para los sistemas sanitarios. [Online].; 2017. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0014256517300486?via%3Dihub>.
22. SaCyL, Junta de Castilla y León. Proceso de Atención a la Persona con Pluripatología Crónica Compleja. [Online].; 2020. Disponible en: <https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/procesos-asistenciales/procesos-asistenciales-gerencia-regional-salud/proceso-atencion-paciente-cronico-pluripatologico-complejo.ficheros/1711835- PROCESO%20DE%20ATENCION%20PCC%202020.pdf>.
23. Plataforma de Organizaciones de Pacientes. Observatorio de la Atención al Paciente. Abordaje de la cronicidad compleja en España. [Online].; 2022. Disponible en: https://plataformadepacientes.org/wp-content/uploads/2024/03/informe_2022_oap.pdf.
24. Ministerio de Sanidad. Actualización del documento de consenso sobre prevención de la fragilidad en la persona mayor (2022). [Online].; 2022. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/envejecimientoSaludable/fragilidadCaidas/docs/ActualizacionDoc_FragilidadCaidas_personamayor.pdf.
25. Benítez-Rosario MÁ, Alonso Babarro A, González Guillermo T. Protocolos de Tratamiento en Cuidados Paliativos. [Online].; 2023. Disponible en: <https://www.secpal.org/wp-content/uploads/2024/05/protocolos-de-tratamiento-en-cuidados-paliativos-2023.pdf>.
26. Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Guía de Cuidados Paliativos. [Online]. Disponible en: https://proveedores.chospab.es/enfermeria/Documentos/Guia_cuidados_paliativos.pdf.
27. García Fernández de Villalta M, Rodríguez Alonso A. Niños con múltiples patologías/patología compleja. [Online].; 2023. Disponible en: https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2023/xxvii04/06/n4-216-225_MartaGarciaFdez.pdf.
28. Climent Alcalá FJ, García Fernández de Villalta M, Escosa García L, Rodríguez Alonso A, Albajara Velasco LA. Unidad de niños con patología crónica compleja. Un modelo necesario en nuestros hospitales. [Online].; 2017. Disponible en: <https://www.analesdepediatria.org/es-pdf-S1695403317301765>.
29. Expansión / Datosmacro. España - Pirámide de población. [Online]; 2023. Disponible en: <https://datosmacro.expansion.com/demografia/estructura-poblacion/espana>.



30. Ministerio de Sanidad. Indicadores clave SNS. Pirámide Poblacional. [Online]; 2024. Disponible en: <https://inclasns.sanidad.gob.es/report/population/>.
31. Instituto Nacional de Estadística. Esperanza de vida a diferentes edades. [Online]; 2021. Disponible en: https://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INESeccion_C&cid=1259944484459&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayout¶m1=PYSDetalleFichaIndicador¶m3=1259937499084#:~:text=Las%20cifras%20definitivas%20de%20la,3%20a%C3%B1os%20para%20los%20.
32. Instituto Nacional de Epidemiología. Proyección de poblaciones. Tabla de mortalidad proyectadas 2022-2071. [Online]. Disponible en: <https://www.ine.es/jaxi/Tabla.htm?tpx=68964&L=0>.
33. Ministerio de Sanidad. Principales problemas crónicos de salud, porcentaje de población de 15 y más años que padece determinados problemas crónicos, registrado en atención primaria, por comunidad autónoma. [Online]; 2022. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/sanidadDatos/tablas/tabla5.htm>.
34. Base de Datos Clínicos de Atención Primaria. Caracterización de los problemas de salud no transmisibles a partir de los registros clínicos de atención primaria (BDCAP). [Online]; 2023. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/SIAP/Caracterizacion_problemas_salud_no_transmisibles.pdf.
35. CSIC. Un perfil de las personas mayores en España 2023. Indicadores estadísticos básicos. [Online].; 2023. Disponible en: <https://envejecimientoenred.csic.es/wp-content/uploads/2023/10/enred-indicadoresbasicos2023.pdf>.
36. Sociedad Española de Neumología Pediátrica. ¿Cuántos niños padecen asma o alergia? [Online]; 2023. Disponible en: <https://neumoped.org/cuantos-ninos-padecenasma-o-alergia/>.
37. Ministerio de Consumo, Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición. Estudio ALADINO 2019: Estudio sobre la Alimentación, Actividad Física, Desarrollo Infantil y Obesidad en España 2019. [Online]; 2020. Disponible en: https://www.aesan.gob.es/AECOSAN/docs/documentos/nutricion/observatorio/Informe_Aladino_2019.pdf.
38. Barrios Castellanos R, Ros Pérez P. Diabetes tipo 1 en la edad pediátrica: Insulinoterapia. [Online].; 2019. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/05_insulinoterapia.pdf.
39. Gabaldón A, Nieto JJ, Smeyers P. Epilepsias refractarias. [Online].; 2022. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/44_0.pdf.



40. Albert Brotons DC. Cardiología Pediátrica y Cardiopatías Congénitas del Niño y del Adolescente. [Online].; 2015. Disponible en: https://video.grupocto.com/videosespecialidades/TratadoCpediatrica/CARDIOLOGIA_PE DIATRICA_Vol_II.pdf.
41. Grupo de Trabajo Multidisciplinar sobre Salud Mental en la Infancia y Adolescencia. La pandemia ha provocado un aumento de hasta el 47% en los trastornos de salud mental de los menores. [Online].; 2022. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/20220407_np_salud_mental_infancia_y_adolescencia.pdf.
42. Ministerio de Sanidad. Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2023. [Online].; 2024. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnualSNS2023/INFORME_ANUAL_2023.pdf.
43. Ministerio de Sanidad. Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2022. [Online].; 2023. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnualSNS2022/INFORME_ANUAL_2022.pdf.
44. Zamorano JL, Cequier Á. Nuevos enfoques en el riesgo cardiovascular residual. Introducción. [Online].; 2022. Disponible en: <https://www.revespcardiol.org/es-nuevos-enfoques-en-el-riesgo-cardiovascu-articulo-S1131358723000079-pdf>.
45. Gorosditi MGCTdISA, Rodilla E, Rubio E, Vinyoles E, all e. Guía práctica sobre el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial en España, 2022. Sociedad Española de Hipertensión- Liga Española para la Lucha contra la Hipertensión Arterial (SEH-LELHA). [Online].; 2022. Disponible en: <https://seh-lelha.org/wp-content/uploads/2022/10/Guia-Practica-sobre-el-diagnostico-y-tratamiento-de-la-hipertension-arterial-Logo-OK.pdf>.
46. Avila Lachica L, Carretero Anibarro E, Benito Ysamat P, all e. Guía clínica Diabetes Mellitus 2023. [Online].; 2023. Disponible en: https://www.samfyc.es/wp-content/uploads/2024/02/2023_GuiaClinicaDiabetesSAMFyC.pdf.
47. Morán Zapico MB. Cardiopatía Isquémica. Prevención, diagnóstico y tratamiento. [Online].; 2023. Disponible en: <https://www.npunto.es/content/src/pdf-articulo/644b8e5483505art5.pdf>.
48. Sociedad Española de Cardiología; Fundación Española del Corazón; Asociación Española de Enfermería en Cardiología; et all. Objetivo 2025: Insuficiencia cardiaca. Necesidades urgentes y garantías ante un problema sanitario de primer orden. [Online]. Disponible en: https://www.semg.es/images/2021/Noticias/objetivo_2025_insf.cardiaca.pdf.



49. Fernandez Montero A, HernándezMeléndez T, Simal Hernández P, Castellanos Rodrigo M, García Hernández M. Día Mundial del Ictus. [Online].; 2022.. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdr om/VOL96/EDITORIALES/RS96C_202210084.pdf.
50. Junta de Andalucía. Recomendaciones para el uso racional del medicamento en el tratamiento farmacológico de enfermedades respiratorias: Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica. [Online].; 2023. Disponible en: https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sincfiles/wsas-media-mediafile_sasdocumento/2023/urm_epoc_gold2023v7.pdf.
51. Sociedad Española de Nefrología. La Enfermedad Renal Crónica en España. [Online].; 2022. Disponible en: https://seden.org/files/courses/Informe_390a.pdf.
52. Base de Datos Clínicos de Atención Primaria. Salud mental en datos: prevalencia de los problemas de salud y consumo de psicofármacos relacionados a partir de los registros clínicos de atención primaria. [Online].; 2020. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/SIAP/Salud_mental_datos.pdf.
53. Sociedad Española Reumatología (SER). Recomendaciones SER sobre Osteoporosis. [Online].; 2018. Disponible en: https://www.ser.es/wp-content/uploads/2018/03/Recomendaciones_OP_DEF.pdf.
54. Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria; Sociedad Española de Farmacia Familiar y Comunitaria. Documento de Consenso. Dolor de Espalda. [Online]. Disponible en: <https://semergen.es/resources/files/documentosConsenso/documento-consenso-dolor-espalda.pdf>.
55. Sociedad Española de Reumatología. Artrosis Infografía. [Online]. Disponible en: <https://www.ser.es/wp-content/uploads/2021/11/infografia-artrosis.pdf>.
56. Servicio Andaluz de Salud. Atención a pacientes crónicos con necesidades de salud complejas. Estrategia de Implantación. [Online].; 2016. Disponible en: <https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/agsemamaxarquia/wp-content/uploads/Plan-Atenci%C3%B3n-Pacientes-Cr%C3%B3nicos.pdf>.
57. Junta de Andalucía. Consejería de Salud. Plan Andaluz de Atención Integrada a Pacientes con Enfermedades Crónicas. [Online].; 2016. Disponible en: https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/salud_5af06533c7e30_PIEC.pdf.
58. Servicio Aragonés de Salud. Proceos de Atención a los Pacientes Crónicos Complejos en Aragón. [Online].; 2019. Disponible en: https://www.aragon.es/documents/20127/674325/Proceso_aten_pacientes_cross_compl.pdf/282762c3-7e7f-89ef-fb2f-c2478f5754f8.



59. Gobierno de Aragón. Departamento de Salud y Consumo. Programa de atención a enfermos crónicos dependientes. [Online]. Disponible en: <https://www.aragon.es/documents/20127/674325/LIBRO%20Programa%20de%20Atencion%20a%20Enfermos%20Cronicos%20Dependientes.pdf/f3fb7d4b-3db9-cc72-16fe-d7c5017c6795>.
60. Consellería Salut. Servei Salut Illes Balears. Atención al paciente crónico complejo y crónico avanzado. [Online].; 2017. Disponible en: <https://www.ibsalut.es/apmallorca/attachments/article/1058/atencion-paciente-cronico-complejo-avanzado-es.pdf>.
61. Servicio Canario de la Salud. Estudio sobre los factores de riesgo social en las personas mayores. [Online].; 2016. Disponible en: <https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/6ea9a34f-4a8b-11e7-806b-cf8aa29ce60a/InformeProgramaMayor.pdf>.
62. Servicio Canario de la Salud. Protocolo de atención a las personas mayores en Atención Primaria. [Online].; 2017. Disponible en: <https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/625c87ad-4a8b-11e7-806b-cf8aa29ce60a/ActualizacionProtocoloProgramaMayor.pdf>.
63. Servicio Cántabro de Salud. Ruta del Paciente Pluripatológico. [Online].; 2016. Disponible en: https://www.scsalud.es/detalle/-/journal_content/56_INSTANCE_DETALLE/16413/3804070#:~:text=La%20%60Ruta%20del%20paciente%20pluripato%20%C3%B3gico%20es%20un%20proyecto%20cuyo%20objetivo,mejorando%20su%20nivel%20de%20salud.
64. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales de Cantabria. Plan de atención a la cronicidad de Cantabria. [Online].; 2015. Disponible en: <https://catedradecronicidad.es/wp-content/uploads/2020/06/PlandeCronicidadBaja.pdf>.
65. Servicio de Salud de Castilla la Mancha. Plan de Abordaje Integral de la Cronicidad y Prevención de la Fragilidad de Castilla-La Mancha. [Online].; 2022. Disponible en: <https://sanidad.castillalamancha.es/ciudadanos/plan-de-salud-clm-horizonte-2025/plan-sostenibilidad-y-cambio-modelo-sanitario/abordaje-integral-de-la-cronicidad-prevencion-de-la-fragilidad>.
66. Servicio de Salud de Castilla La Mancha. Plan Directos de Atención a la Cronicidad en un Modelo de Integración Asistencial 2014-2017. [Online].; 2015. Disponible en: https://www.revistaseden.org/boletin/files/9494_plan_cronicos.pdf.
67. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. Bases conceptuales y modelo de atención para las personas frágiles, con cronicidad compleja (PCC) o avanzada. [Online].; 2021.



68. Servicio Extremeño de Salud. Procesos Asistenciales Integrados. Paciente Crónico Complejo. [Online].; 2019. Disponible en:
https://saludextremadura.ses.es/filescms/web/uploaded_files/Principal/Procesos%20Asistenciales%20Integrados/Enfermedades%20de%20alta%20prevalencia/Paciente%20cr%C3%B3nico%20complejo/PAI-paciente-cronico-complejo_enfermedades-de-alta-prevalencia.pdf.
69. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid. Plan de atención Integral a la fragilidad y promoción de la longevidad saludable en personas mayores de la Comunidad de Madrid 2022-2025. [Online]. Disponible en:
<https://gestion3.madrid.org/bvirtual/BVCM050724.pdf>.
70. Servicio Murciano de Salud. Programa de atención a pacientes complejos multiingreso. [Online].; 2017. Disponible en:
https://premiosinnovacion.carm.es/servlet/integra.servlets.Multimedias?METHOD=VERMULTIMEDIA_6873&nombre=Atencion_Pacientes_Cronicos_Complejos.pdf.
71. Departamento de Salud. Gobierno de Navarra. Estrategia Navarra de atención integrada a pacientes crónicos y pluripatológicos. [Online].; 2016. Disponible en:
<https://administracionelectronica.navarra.es/AccesoFicheros/default.aspx?codigoAcceso=PortalDeSalud&fichero=Nuevo%20Modelo%20asistencial\Estrategia%20Cronicos%20y%20Pluripatologicos%20Finalx.pdf>.
72. Osakidetza. Gobierno Vasco. Plan de atención a las personas mayores (PAM). [Online].; 2018. Disponible en:
https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/osk_trbg_planes_programas/es_def/adjuntos/plan-de-atencion-a-personas-mayores_PAM.pdf.
73. Conselleria de Sanitat. Generalitat Valenciana. Estrategia para la atención a pacientes crónicos en la Comunitat Valenciana. [Online].; 2014. Disponible en:
<https://catedradecronicidad.es/wp-content/uploads/2020/06/V.2792-2014.pdf>.
74. Consellería de Sanidad. Xunta de Galicia. Estrategia gallega para la atención a las personas en situación de cronicidad. [Online].; 2018. Disponible en:
<https://extranet.sergas.es/catpb/Docs/cas/Publicaciones/Docs/AtEspecializada/PDF-2717-es.pdf>.
75. Servicio de Salud del Principado de Asturias. Personas sanas, poblaciones sanas: Ordenación y elaboración de las Estrategias de Salud y Atención a la Población con Enfermedad Crónica en Asturias. [Online].; 2014. Disponible en:
https://www.astursalud.es/documents/35439/36929/Estrategia+Cronicidad_Libro.pdf/33b9ac6c-c8bf-1b52-0dac-22fbaf223fdc?t=1620809394844.
76. Rioja Salud. Gobierno de la Rioja. Estrategia de atención al paciente crónico de La Rioja. [Online].; 2014. Disponible en:
<https://www.riojasalud.es/files/content/ciudadanos/planes-estrategicos/estrategia-cronicos.pdf>.



Universidad de Valladolid

Manual docente. Concepto de pluripatología, programas y criterios de atención interdisciplinar.

Edición 1/2024

77. Conselleria Salut i Consum. Servei Salut Illes Balears. Programa de Atención a Niños, Niñas y Adolescentes con Enfermedades Crónicas Complejas. [Online].; 2019. Disponible en: https://www.ibsalut.es/docs/Plans_programes_estrategies/ES/programa%20cronicidad%20menores%20ESP.pdf.



Capítulo 2.

Modelos de Atención Integral para Pacientes Pluripatológicos.

- Feijoo Rodil, Nerea
- Guijarro Miravalles, Carlos
- Lorenzo Martin, Blanca
- Reinoso Andres, Marta



Edición 1/2024

Coordinadores:

- José M^a Jiménez Pérez.
- Ana María Fernández Araque.



Índice de contenidos.

1. Introducción a la Pluripatología: Definición y Epidemiología

- Definición de pluripatología.
- Prevalencia y tendencias demográficas.
- Factores de riesgo y etiología de la pluripatología.
- Estrategia nacional de atención al paciente crónico y su adaptación a las distintas CC.AA.

2. Modelos de Atención Integral para Pacientes Pluripatológicos

- Programas de atención integral.
- Enfoques de gestión de casos.
- Evaluación y coordinación de cuidados entre diferentes especialidades.
- Implantación y ejecución de la cartera de servicios en patologías crónicas prevalentes.

3. Criterios de Evaluación y Diagnóstico Interdisciplinar

- Herramientas y métodos de evaluación multidimensional.
- Diagnóstico diferencial en pacientes con múltiples enfermedades.
- Importancia de la evaluación integral cognitiva-funcional y apoyo social en la repercusión en posibles complicaciones.

4. Implementación de Equipos Interdisciplinarios: Roles y Coordinación

- Composición y roles de los equipos de atención interdisciplinar.
- Estrategias de comunicación y coordinación entre profesionales de salud.
- Casos prácticos de trabajo en equipo para el manejo de pacientes complejos.

5. Coordinación urgencias – Unidades de atención al paciente pluripatológico o UCA

6. Experiencia diseñada para proporcionar una comprensión integral de la gestión de los servicios de salud en la atención a pacientes con pluripatologías y atención continuada.



2. Modelos de Atención Integral para Pacientes Pluripatológicos.

2.1 Programas de atención integral.

2.1.1 Definición.

Los programas de atención integral para pacientes pluripatológicos son esquemas clínicos y organizativos que se diseñan para ofrecer una atención continua y bien coordinada a personas con múltiples enfermedades crónicas. Estos programas se orientan a responder a las complejas necesidades de estos pacientes con un enfoque que incluye a diversos especialistas y niveles de atención, desde la primaria hasta la especializada y hospitalaria, promoviendo la colaboración activa entre profesionales de la salud.

La atención integral se fundamenta para asegurar la continuidad del cuidado, coordinar los servicios y adaptar los tratamientos a las necesidades de cada paciente, considerando su salud física y sus aspectos psicosociales. Además, estos programas buscan utilizar los recursos sanitarios de manera óptima, disminuyendo la frecuencia de hospitalizaciones y mejorando la calidad de vida de los pacientes. (1)

2.1.2 Enfoques y Modelos de Atención Integral / Componentes de los programas.

- Modelo de Atención Centrada en el Paciente: Este enfoque coloca al paciente en el núcleo del sistema de salud, asegurando que todas las decisiones y planes de tratamiento se realicen de manera colaborativa entre el paciente, sus familiares y el equipo médico. La atención es personalizada, adaptándose a las necesidades específicas de cada individuo, y fomentando tanto su autonomía como su participación activa en el proceso de cuidado.
- Equipos Multidisciplinarios: Un elemento fundamental de los programas de atención integral es la colaboración de equipos compuestos por diversos profesionales de la salud, como médicos, enfermeras, farmacéuticos y trabajadores sociales. Estos equipos trabajan coordinados para diseñar y



aplicar planes de tratamiento adaptados a las necesidades específicas de cada paciente.

- Atención Primaria y Especializada Conjunta: La combinación de la atención primaria con la especializada es fundamental para asegurar la continuidad en el cuidado. Los pacientes con múltiples enfermedades necesitan un monitoreo continuo y un acceso sencillo a especialistas cuando sea necesario, sin perder la perspectiva global de su salud. (1)
- Rutas Clínicas y Protocolos: Las rutas clínicas actúan como guías para el manejo de pacientes con múltiples enfermedades, garantizando que cada profesional siga un enfoque coherente y respaldado por evidencia. Estas guías contribuyen a minimizar las diferencias en los tratamientos y a aumentar la eficiencia en el cuidado. (1)

2.1.3 Beneficios de los programas de Atención Integral.

- Mejora en la Coordinación del Cuidado: Favorece la comunicación entre distintos profesionales de la salud, disminuyendo la división en la atención brindada. (1)
- Reducción de Costos: Aumenta la eficiencia al evitar la repetición de pruebas y las hospitalizaciones que no son necesarias.
- Personalización del Cuidado: Ajusta la atención a las necesidades particulares del paciente, optimizando los resultados y elevando su satisfacción.

2.1.4 Desafíos de los programas de Atención Integral.

- Coordinación Interdisciplinaria: Es necesario contar con una comunicación fluida y una colaboración estrecha entre distintos profesionales de la salud.
- Recursos y Capacitación: Poner en marcha y sostener programas de gestión de casos puede ser costoso y demanda una formación apropiada para quienes los gestionan. (2)



2.1.5 Diseño y Planificación de Programas de Atención Integral al Paciente Pluripatológico.

El diseño y la planificación de programas de atención integral para pacientes pluripatológicos exigen un enfoque metódico y bien organizado que responda a las complejidades propias de la atención de estos pacientes. Estos programas deben ser concebidos para elevar la calidad de vida, optimizar el uso de los recursos sanitarios y asegurar una atención continua y coordinada.

A continuación, se describen los pasos fundamentales en el proceso de diseño y planificación de estos programas. (2)

- **Evaluación de necesidades.**

El primer paso en la creación de un programa consiste en evaluar las necesidades de la población a la que va dirigido. Esto incluye identificar las características demográficas de los pacientes, las enfermedades crónicas más comunes y los recursos de atención disponibles. Para recopilar esta información, se pueden emplear encuestas, entrevistas y análisis de datos clínicos. Además, la evaluación debe tener en cuenta los obstáculos que los pacientes enfrentan para acceder a la atención, como la fragmentación de los servicios o la falta de coordinación entre los proveedores. (2)

- **Establecimiento de objetivos y metas.**

Después de evaluar las necesidades, es crucial definir con claridad los objetivos y metas del programa. Estos deben ser específicos, medibles, alcanzables, relevantes y estar vinculados a un plazo de tiempo (SMART). Por ejemplo, un objetivo podría ser reducir en un 20% las hospitalizaciones evitables en un plazo de dos años, mejorando la gestión de enfermedades crónicas. (2)

- **Creación del modelo de atención.**

El siguiente paso es desarrollar el modelo de atención que se aplicará. Este modelo debe enfocarse en la integración de servicios y la coordinación de cuidados. Es



esencial formar equipos multidisciplinares que incluyan a médicos, enfermeras, trabajadores sociales, farmacéuticos y otros profesionales de la salud. Además, se debe considerar el uso de herramientas tecnológicas, como una historia clínica electrónica compartida, que permita a todos los proveedores acceder a la misma información, mejorando así la continuidad del cuidado. (2)

- **Selección de indicadores de desempeño.**

Para evaluar el éxito del programa, es necesario seleccionar indicadores de desempeño que permitan medir la calidad de la atención y los resultados en salud. Estos indicadores pueden incluir tasas de hospitalización, adherencia al tratamiento, satisfacción del paciente y reducción de costos. Es fundamental que los indicadores elegidos sean pertinentes y posibles de medir con los recursos disponibles.

- **Planificación de recursos.**

La planificación de recursos es clave para asegurar que el programa sea viable. Esto implica identificar los recursos humanos, financieros y materiales necesarios, y garantizar que estén alineados con los objetivos del programa. También es crucial considerar la formación continua del personal, para que estén preparados para responder a las necesidades complejas de los pacientes pluripatológicos.

- **Desarrollo de protocolos y guías.**

Cuando se definan los aspectos estratégicos, hay que elaborar protocolos y guías clínicas que estandaricen la atención y garanticen la coherencia clínica. Estos protocolos deben basarse en la mejor evidencia disponible y adaptarse a las características específicas de la población atendida. Además, es importante incluir aspectos de atención personalizada, ajustando los cuidados a las necesidades y preferencias individuales de los pacientes. (3)

- **Ejecución de un proyecto piloto.**

Antes de desplegar el programa a gran escala, es aconsejable realizar un proyecto piloto con una pequeña muestra de la población objetivo. Esto permite identificar



posibles desafíos y hacer los ajustes necesarios antes de ampliar la implementación del programa. (3)

- **Estrategias de comunicación.**

La comunicación eficaz entre todos los participantes es fundamental. Se deben establecer canales claros de comunicación para asegurar que todos los miembros del equipo comprendan sus roles y responsabilidades. Además, es esencial comunicarse con los pacientes y sus familias para involucrarlos activamente en su propio cuidado. (3)

- **Evaluación continua y ajustes.**

Cuando el programa esté en marcha, es crucial realizar evaluaciones continuas para asegurarse de que se están alcanzando los objetivos y hacer ajustes cuando sea necesario. La retroalimentación de los pacientes, el análisis de los indicadores de desempeño y la revisión periódica de los procesos son vitales para la mejora continua del programa. (3)

2.1.6 Explotación en otros países.

Programas de Atención Integral en EE. UU.:

- Programas de Atención Coordinada (Coordinated Care Programs):
- Ejemplo: Patient-Centered Medical Home (PCMH) y Accountable Care Organizations (ACO).
- Descripción: El modelo PCMH se enfoca en ofrecer un cuidado primario integral y bien coordinado, mientras que las ACO están orientadas a la coordinación del cuidado mediante un equipo de proveedores para aumentar la calidad y reducir los costos. Ambos enfoques están diseñados para atender a pacientes con múltiples enfermedades crónicas, coordinando la atención entre varios profesionales de la salud. (4)

Programas en Europa:

- Modelos de Atención Integrada (Integrated Care Models):



- Ejemplo: Integrated Care Systems (ICS) en el Reino Unido y Coordinated Care in Germany
- Descripción: En el Reino Unido, los ICS han unificado los servicios de salud y sociales para ofrecer una atención más coherente a los pacientes con múltiples patologías. En Alemania, se han creado modelos que integran la atención primaria y especializada para manejar enfermedades crónicas. (5)

Programas en América Latina:

- Modelos de Atención Integral (Integrated Care Models):
 - Ejemplo: Redes Integradas de Servicios de Salud en Chile y Modelo de Atención Integral en Colombia
 - Descripción: En Chile, las Redes Integradas tienen como objetivo coordinar la atención en los niveles primario, secundario y terciario para optimizar el manejo de pacientes con múltiples patologías. En Colombia, el modelo integral abarca diversos aspectos del cuidado, combinando servicios de salud mental y física. (6)

Programas en Asia:

- Programas de Atención Coordinada (Coordinated Care Programs):
 - Ejemplo: Programa de Gestión de Casos en Japón y Modelo de Atención Integral en Singapur
 - Descripción: Japón ha puesto en marcha programas para gestionar de manera coordinada las enfermedades crónicas, uniendo la atención primaria con la especializada. Singapur, por su parte, ha creado modelos de atención integral que mejoran el manejo de enfermedades crónicas mediante un enfoque coordinado. (7)



2.2 Enfoques de gestión de casos.

2.2.1 Introducción.

Las enfermedades crónicas en España representan una carga considerable. Como muestra nos encontramos con la Encuesta Nacional de Salud de 2011/2012, donde el 42,5% de los adultos encuestados declaró tener alguna enfermedad crónica. Esto supone un gran reto para los sistemas de salud, evidenciando que los modelos de atención tradicionales han fracasado. Se refleja en un aumento de hospitalizaciones que podrían haberse evitado, fallos en la continuidad de los cuidados y efectos negativos para los pacientes. Un ejemplo claro son las transiciones entre los distintos niveles de atención para los pacientes crónicos, que suelen estar mal planificadas generando vulnerabilidad en los pacientes y, con frecuencia, ni ellos ni sus cuidadores están preparados para las siguientes etapas, aumentando los riesgos para su seguridad. (8,9)

Nuestro sistema sanitario es muy eficiente en atender emergencias agudas, como una cardiopatía isquémica: en minutos, el paciente recibe atención en su hogar por una ambulancia medicalizada, es trasladado al hospital y recibe cuidados intensivos de primera calidad. Sin embargo, el panorama cambia tras el alta, que a menudo no está bien organizada, lo que implica una baja probabilidad de que el paciente reciba las intervenciones necesarias para cambiar su estilo de vida y prevenir futuros eventos coronarios o incluso la muerte. Si además desarrolla insuficiencia cardíaca, el paciente se enfrentará a numerosos reingresos, pérdida de calidad de vida y una experiencia fragmentada con el sistema de salud, pasando por diferentes proveedores y entornos, complicando aún más su situación. Probablemente, este paciente estuvo años en un programa de hipertensión, era fumador y no seguía adecuadamente su tratamiento, recibiendo solo recomendaciones pasivas para mejorar su estilo de vida, mientras acudía periódicamente a su centro de salud. (8,9)

En este contexto, la comunicación y la continuidad entre los distintos proveedores y entornos son inconsistentes y poco organizadas, mientras el paciente atraviesa diferentes fases de la enfermedad, hasta llegar a una notable disminución de su calidad de vida. A lo largo de este proceso, el paciente alterna entre su hogar, el hospital y otras instituciones, hasta llegar a la



fase terminal. Existe un consenso general sobre la necesidad de reorientar la atención hacia un modelo más integral que garantice la continuidad y diversificación de los servicios, centrándose en las necesidades de la persona, ya que los pacientes aún experimentan una atención fragmentada por enfermedades, especialidades y entornos, lo que afecta negativamente su calidad de vida.

La complejidad de las personas con enfermedades crónicas, desde la perspectiva de los propios pacientes, está relacionada con la pérdida de su funcionalidad y con el constante ir y venir entre servicios de salud que suelen estar fragmentados y mal coordinados. Tanto los pacientes como sus familiares a menudo se sienten perdidos y abrumados por la cantidad de profesionales, entornos e intervenciones a los que deben enfrentarse. A esto se suman los factores socioeconómicos, que incrementan aún más la sensación de dificultad y confusión. (8,9)

2.2.2 Importancia de la gestión de casos.

En muchos de los modelos desplegados para la atención a pacientes crónicos, las enfermeras juegan un papel central, destacando la gestión de casos como una de las formas más utilizadas de atención. Sin embargo, uno de los principales desafíos de la gestión de casos es la falta de claridad en su definición, lo que, sumado a la diversidad de experiencias a nivel global, ha generado confusión constante y, en ocasiones, conflictos profesionales.

La investigación se ha centrado más en describir los modelos y experiencias, y en menor medida en evaluarlos, dejando de lado el desarrollo conceptual necesario para la gestión de casos. Actualmente, no existe una definición consensuada con suficiente rigor conceptual, lo que dificulta el desarrollo, comparación y evaluación de estos servicios de manera eficaz. (8,9)

Además, la gestión de casos no siempre ha sido desempeñada por los mismos profesionales. Aunque en el ámbito sanitario han sido principalmente las enfermeras quienes han asumido este rol, médicos y trabajadores sociales también han desempeñado esta función, especialmente en el campo de la atención social. Además, la gestión de casos se



ha aplicado en otros contextos, como desastres y adicciones. Es crucial entender que la gestión de casos es un "método" que puede aplicarse a diferentes poblaciones y entornos, ya sean sanitarios, sociales o de seguridad. Por lo tanto, considerarlo como exclusivo de una profesión es un error conceptual común que genera confusión y debates innecesarios. En realidad, son las características de la población que se atiende y los objetivos del servicio los que determinan qué perfil profesional es el más adecuado, no al revés.

La falta de claridad en la gestión de casos ha generado ambigüedades en los roles de los gestores, así como expectativas erróneas entre planificadores, administradores, proveedores de salud y, en algunos casos, los propios pacientes y sus cuidadores.

Casarin et al. realizaron un análisis conceptual que buscó sintetizar los fundamentos de la gestión de casos en el ámbito de la salud. Descubrieron que, en la literatura, este enfoque se presenta como un modo de prestación de servicios orientado a mejorar la calidad y controlar los costos. Este hallazgo no es sorprendente, ya que muchas de las fuentes analizadas provienen de la literatura anglosajona, especialmente de Estados Unidos, donde gran parte de los servicios de gestión de casos se desarrollaron con estos objetivos en mente. Otro aspecto clave que identificaron es que la gestión de casos implica una reorganización del equipo de salud, destinada a prevenir intervenciones innecesarias y evitar la fragmentación en la atención.

Además, se enfoca en poblaciones de alto riesgo o con altos costos asistenciales debido a su complejidad. (8,9)

Algunas definiciones de la gestión de casos en salud provienen de organizaciones anglosajonas, como la Sociedad Americana de Gestión de Casos, que describe este enfoque como un proceso colaborativo que involucra la evaluación, planificación, implementación, coordinación, monitoreo y evaluación de servicios para satisfacer las necesidades de salud de una persona, utilizando los recursos disponibles para garantizar resultados efectivos y eficientes en términos de costos. La Sociedad de Ontario de Gestores de Casos identificó objetivos como la identificación de poblaciones en riesgo, facilitar el acceso a recursos sociosanitarios en el momento adecuado, apoyar a los pacientes y cuidadores en la toma de decisiones informadas, integrar múltiples servicios y asegurar una



distribución adecuada de los recursos, todo ello con un enfoque en la continuidad de los cuidados. (8,9)

La continuidad asistencial es un elemento recurrente en la literatura, donde el gestor de casos acompaña al paciente a través de diferentes proveedores y servicios, anticipando sus necesidades y asegurando que los recursos estén disponibles en el momento adecuado. Esta capacidad de anticipación y la implementación de intervenciones tempranas subrayan el carácter proactivo que es esencial en la gestión de casos.

Aunque aún falta una definición conceptual clara, existen ciertos atributos que nos permiten comprender mejor este enfoque. La gestión de casos facilita la accesibilidad a varios servicios mediante intervenciones proactivas, basadas en la evaluación de las necesidades y el apoyo a la toma de decisiones de pacientes y cuidadores, centrándose en poblaciones de alto riesgo y colaborando con otros miembros del equipo de atención para garantizar la continuidad y accesibilidad de los servicios. (8,9)

Las intervenciones incluyen identificar poblaciones en riesgo, evaluaciones multidimensionales (con antecedentes de salud, funcionalidad física y cognitiva, situación diaria, recursos disponibles, capacidad de adaptación, entre otros), educación en autocuidado, entrega de material educativo, seguimiento proactivo, planificación hospitalaria, visitas domiciliarias y mejora del acceso a ayudas técnicas. Estas intervenciones no se despliegan de forma lineal, sino que se adaptan según las re-evaluaciones constantes que realiza la enfermera gestora de casos.

Además, la necesidad de actuar sobre grupos de alto riesgo ha dado lugar al desarrollo de sistemas de predicción que permiten ajustar los recursos y las acciones según el nivel de riesgo. Modelos como el PARR y el Combined Predictive Model, han tratado de establecer indicadores que predicen el riesgo de reingreso en pacientes crónicos complejos, mientras que en Cataluña se ha desarrollado un modelo similar basado en la utilización de servicios por parte de su población. También es destacable el sistema INTERMED, que identifica y clasifica a pacientes complejos que requieren atención coordinada y es compatible con el proceso enfermero. (8,9)



2.2.3 Concepto gestión de casos.

- La **gestión de casos** es un enfoque integral que busca coordinar y optimizar la atención sanitaria de individuos con necesidades complejas, generalmente personas con enfermedades crónicas, discapacidades o múltiples patologías. El objetivo de este enfoque es mejorar la calidad de vida del paciente, garantizar la continuidad de los cuidados, y reducir la fragmentación de los servicios de salud. (8,9)
- La gestión de casos incluye la identificación de pacientes en riesgo, la planificación y organización de su atención, la coordinación entre los diferentes proveedores de servicios y el seguimiento continuo de su evolución. Una característica clave es su enfoque centrado en el paciente, buscando adaptar los cuidados a las necesidades individuales y facilitar el acceso a los servicios adecuados en cada etapa del proceso asistencial.
- El papel del gestor de casos, que a menudo es una enfermera especializada, es fundamental en este enfoque. Este profesional actúa como un enlace entre el paciente, su familia y los diferentes profesionales de la salud, asegurando que todos los aspectos del cuidado (médico, social y emocional) estén cubiertos. Además, la gestión de casos puede implicar la colaboración con otros servicios, como los sociales, para ofrecer una atención más holística y eficiente. Este enfoque también se basa en la prevención y en la educación del paciente para promover la autogestión de su enfermedad, evitando hospitalizaciones innecesarias y sobreutilización de los servicios sanitarios. (8,9)

2.2.4 Enfermera gestora de casos.

La enfermera gestora de casos es una enfermera de Atención Primaria que trabaja de forma proactiva en la identificación y seguimiento de los pacientes con alta complejidad y/o dependencia, facilitando la coordinación entre los profesionales de los distintos niveles y sectores, potenciando una respuesta unificada más eficiente, para la atención integral de las necesidades de salud de estos pacientes. La gestión de casos se refiere a un proceso colaborativo e interdisciplinario que asesora, planifica, implementa, coordina, monitorea y evalúa las opciones y servicios destinados a cubrir las necesidades de salud de las perso-



nas. Este proceso utiliza la comunicación y los recursos disponibles para mejorar la calidad de la atención y lograr buenos resultados, manteniendo el equilibrio entre costos y efectividad.

La enfermera gestora de casos, que pertenece a la Atención Primaria, desempeña un papel proactivo en la identificación y seguimiento de pacientes con alta complejidad o dependencia. Su función es facilitar la coordinación entre los profesionales de diferentes niveles y sectores, asegurando una respuesta integrada y más eficiente para satisfacer las necesidades de salud de estos pacientes. Su labor se centra en garantizar la continuidad del cuidado, haciendo que los pacientes reciban tratamiento, cuidados y recursos a tiempo, con el objetivo de mejorar su salud y reducir las hospitalizaciones.

La gestión de casos se encarga de asegurar que se cumplan los objetivos del plan asistencial, independientemente de la ubicación del paciente, priorizando su hogar como el entorno natural de cuidado. (8,9)

El modelo de prestación de cuidados “gestoría de casos” persigue los siguientes objetivos:

- o Preservar y mejorar la calidad de vida de los pacientes con alto riesgo y necesidad de intervención, así como la de sus cuidadores.
- o Promover el autocuidado, la autogestión y la independencia tanto en los pacientes como en sus cuidadores.
- o Detectar a los pacientes con mayor complejidad y necesidad de cuidados intensivos, garantizando su adecuada identificación.
- o Garantizar la continuidad de los cuidados y la coordinación eficaz entre los distintos entornos durante las transiciones del paciente.
- o Favorecer la unificación de las prácticas en los diferentes niveles asistenciales.
- o Colaborar en la planificación de cuidados dirigida a la población objetivo.
- o Asegurar intervenciones que disminuyan la alta frecuencia de consultas y los reingresos hospitalarios.

El modelo de atención está dirigido a la población que ha sido estratificada en el nivel de alto riesgo, y que ha sido evaluada y registrada por el médico de familia y la enfermera de



Atención Primaria como personas que requieren un alto nivel de intervención. Dentro de este grupo se encuentran pacientes con condiciones complejas, que padecen múltiples enfermedades crónicas y que pueden experimentar diversas situaciones. (9)

- o Pacientes con estancias hospitalarias medias mayores de 20 días.
- o Pacientes con múltiples reingresos.
- o Pacientes con repetidas visitas a urgencias.
- o Pacientes que necesitan de diferentes niveles asistenciales y de diferentes profesionales para controlar sus procesos.
- o Paciente/cuidador/familia con dificultad de acceso al sistema sanitario.
- o Paciente/cuidador/familia con criterios de alto riesgo debido al déficit de autocuidado, al inefectivo manejo terapéutico, al inefectivo afrontamiento/adaptación a su patología.
- o Paciente/cuidador/familia con criterios de alto riesgo debido al entorno social o familiar (pérdida de pareja en el último año, cambio de domicilio en los últimos meses, vivir solo o con pocos apoyos, relaciones familiares conflictivas, condiciones de la vivienda y de higiene deficientes, falta de recursos económicos, etc.).
- o Paciente/cuidador/familia con ineficiencia de la red de soporte de cuidados.
- o Paciente/cuidador/familia con necesidades de cuidados complejas y con interacciones de múltiples factores físicos, sociales, emocionales y del entorno.
- o Paciente/cuidador/familia con incertidumbre en los procesos de toma de decisiones.
- o Pacientes con necesidades de cuidados paliativos.
- o Pacientes que necesitan procedimientos diagnósticos y terapéuticos complejos.
- o Pacientes que necesita gestión del suministro de material sanitario/aparataje especial.
- o Aquellos con otras condiciones y circunstancias que precisen la gestión.

El papel de coordinador y responsable del plan de acción integral, integrado y coordinado será desempeñado por la enfermera gestora de casos de Atención Primaria.



Esta enfermera, asignada como referente del paciente, se encargará del seguimiento tanto presencial como telefónico de manera proactiva, realizará visitas domiciliarias cuando sea necesario y será la responsable de llevar a cabo el plan de cuidados, y se encargará de:

- Establecer vínculos de coordinación y comunicación con otros profesionales y agentes de centros y servicios en diferentes niveles asistenciales, sociosanitarios y comunitarios.
- Facilitar el paso del paciente y su familia a través del sistema sanitario, asegurando la continuidad del cuidado y evitando duplicidades, omisiones o incoherencias entre los distintos profesionales de la atención, manteniéndose accesible y utilizando herramientas que favorezcan una comunicación rápida y efectiva. (9)
- También puede desempeñar el rol de enfermera consultora en situaciones complejas de cuidados.

Las evidencias sobre la efectividad de la gestión de casos, en poblaciones concretas y en contextos determinados, han demostrado reducir la mortalidad, los reingresos hospitalarios y la institucionalización, así como mejorar algunos resultados intermedios en salud, la funcionalidad, el manejo adecuado de la medicación, el bienestar y la calidad de vida de los pacientes en situación de complejidad. (9)

2.2.5 Modelos de gestión de casos.

Existen innumerables modelos de gestión de casos en el ámbito de la salud, con una amplia variedad de experiencias a nivel local, regional y nacional, que se iniciaron en los años ochenta en Estados Unidos y luego se extendieron por el resto del mundo, principalmente en países anglosajones y Europa. Sin embargo, el auge de la gestión de casos en Estados Unidos se produjo después de la reforma de salud mental en los años cincuenta, cuando se desinstitucionalizó a los pacientes con enfermedades mentales, lo que llevó al desarrollo de recursos específicos para abordar las nuevas necesidades, incluyendo la implementación de la gestión de casos.



Posteriormente, el enfoque de la gestión de casos se extendió ampliamente en el ámbito hospitalario, donde la enfermera Karen Zander se destacó como una de las principales impulsoras de innovaciones en este entorno. Con la creación de las Health Maintenance Organizations (HMO) en Estados Unidos en 1990, junto con la implementación de sistemas de pago prospectivo en los hospitales, se incrementó la presión para reducir costos, lo que dio lugar a una proliferación de modelos denominados por Ethridge como "intramuros" ("within the walls"). Estos modelos se enfocaban en mejorar la continuidad de la atención para pacientes hospitalizados con condiciones complejas y en planificar cuidadosamente el alta hospitalaria.

Este modelo representa la primera generación de gestión de casos en hospitales, en el que la enfermera gestora de casos utiliza protocolos clínicos, planes de atención o herramientas de cuidado multidisciplinar para coordinar el tratamiento de pacientes de alto riesgo en diversos entornos hospitalarios. En este enfoque, aspectos como la revisión del uso de servicios, auditorías financieras, monitorización de la calidad y el registro de variables clave eran elementos esenciales. Con el tiempo, este enfoque fue criticado por su creciente burocratización. (9)

Este modelo requería alcanzar los objetivos en un plazo establecido, lo que lo hacía adecuado para procesos predecibles en sus hitos principales, como la cirugía cardíaca o la fractura de cadera. Las acciones de los miembros del equipo asistencial se coordinaban en un plan conjunto, ya fuera una vía clínica, un mapa de cuidados u otro enfoque similar. La gestión de casos se encargaba de monitorear cualquier desviación del plan previsto para corregirlas rápidamente, mediante una evaluación continua por parte de la gestora de casos.

Este modelo se desarrolló con el tiempo al incluir intervenciones posteriores al alta, gestionadas por los encargados de casos hospitalarios y apoyadas por tecnologías de la información y comunicación, que permiten el seguimiento remoto del paciente (modelo intramuros ampliado). Se ha empleado ampliamente en programas de manejo de enfermedades (como la insuficiencia cardíaca y la EPOC), llegando a confundirse a menudo



ambos términos. Sin embargo, al centrarse generalmente en un único proceso, este modelo no facilita un enfoque integral para abordar la complejidad global del paciente. (9)

En otra categoría se encuentran los modelos "extramuros" o "beyond the walls". En este enfoque, la gestión de casos se extiende a través de diferentes entornos y a lo largo del tiempo, adoptando una visión más longitudinal del servicio. Las actividades de gestión de casos se desarrollan mediante una relación continua entre la enfermera encargada, el resto de los proveedores, y el paciente y su familia. Estas actividades se centran en la evaluación del paciente y en la coordinación e intermediación entre los distintos entornos y proveedores. Este modelo está naturalmente orientado hacia su implementación en atención primaria y es el más utilizado en la reestructuración de servicios para abordar las necesidades de los pacientes crónicos complejos en el ámbito comunitario.

Hay cierta discusión en los modelos longitudinales sobre si se debe "cerrar" el caso una vez cumplidos los objetivos (modelos finalistas) o si se debe mantener activo, interviniendo cuando sea necesario según las variaciones en las necesidades del paciente (modelos abiertos). (9)

La mayoría de las experiencias de gestión de casos en Estados Unidos han sido desarrolladas en el contexto de las HMO, comenzando con un enfoque intramural y luego evolucionando hacia modelos extramurales. Entre los más destacados están el Alaskan Medical Service, el modelo de Kaiser Permanente, el Group Health Cooperative en Seattle, Health Partners de Minnesota, Guided Care, el programa del Veterans Affairs, PACE (Program of All-Inclusive Care for the Elderly), GRACE (Geriatric Resources for Assessment and Care of Elders), el modelo de Pfizer, y el Touchpoint Health Plan en Wisconsin, entre otros. En Canadá, el Expanded Chronic Care Model también implementó programas de gestión de casos.

En Europa, algunos de los programas más consolidados incluyen el Amsterdam Health Care System en los Países Bajos, las Community Matrons en el Reino Unido, las enfermeras gestoras de casos en el Servicio Andaluz de Salud²⁸ y las iniciativas en Osakidetza y Cataluña. Además, hay muchas otras en desarrollo en diferentes áreas, algunas en evaluación experimental, aunque aún no se tienen resultados definitivos. (9)



Modelo de Kaiser. Imagen de elaboración propia extraída del documento: [CUIDADOS-AL-PACIENTE-CRONICO Edicion-BOEHRINGER-2020.pdf \(cronicidadhoy.es\)](#)

2.2.5.1 Tipos de modelos:

Guided Care.

Este programa, diseñado para el ámbito de la atención primaria y enfocado en pacientes crónicos complejos, se desarrolló en la Universidad John Hopkins. Una enfermera gestora de casos con habilidades avanzadas colabora estrechamente con pacientes, médicos y otros profesionales de salud para garantizar una atención coordinada y centrada en el paciente. Ubicada en atención primaria, la enfermera es responsable de gestionar una cartera de aproximadamente 50-60 pacientes con alta complejidad. En conjunto con el médico de familia, crea un plan de cuidados personalizado para cada paciente, utilizando registros electrónicos accesibles para todo el equipo asistencial. Estos planes se basan en recomendaciones y evidencias extraídas de Guías de Práctica Clínica. Las evaluaciones de este modelo han demostrado que los pacientes valoran la calidad de la atención recibida mucho más positivamente que aquellos bajo atención convencional, al igual que sus cuidadores. Además, los costos asociados a estos pacientes se redujeron en un 25% tras seis meses de seguimiento. Desde la perspectiva de los profesionales de la salud, se ha registrado un aumento en la satisfacción tanto de médicos como de enfermeras. Los



pacientes dentro del programa Guided Care también presentan una disminución significativa en la utilización de servicios, incluyendo una reducción del 49% en reingresos hospitalarios y un 17% en visitas a urgencias. (9)

Promoting Action for All-inclusive Care for the Elderly.

El programa Promoting Action for All-inclusive Care for the Elderly (PACE) fue desarrollado en los años setenta en Estados Unidos, con el objetivo de mantener a los ancianos frágiles en su entorno comunitario el mayor tiempo posible. Está dirigido a personas mayores que toman múltiples medicamentos, tienen varias patologías, pero aún pueden residir en sus hogares. Este programa ofrece gestión de casos a través de centros de día y equipos multidisciplinarios que incluyen enfermeras, médicos, trabajadores sociales, nutricionistas y terapeutas ocupacionales. El equipo se enfoca en asegurar la coordinación y continuidad de los cuidados, elaborando planes personalizados para cada participante. Cada centro atiende entre 250 y 300 personas, y los proveedores reciben pagos capitativos, siendo responsables de gestionar los costos del programa. Aunque el PACE está bien establecido y es ampliamente utilizado en Estados Unidos, existen datos sobre su impacto en la satisfacción y algunos indicadores de calidad, pero no se han realizado estudios que comparen su costo-efectividad con otras formas de atención para este tipo de población. (9)

Evercare.

Este modelo se basa en el uso de enfermeras con competencias avanzadas como gestoras de casos, para integrar servicios sociales y sanitarios para atender las necesidades de los pacientes crónicos complejos. Su objetivo principal es mantener la salud, prevenir reingresos y facilitar las transiciones entre diferentes niveles de atención, anticipándose a posibles cambios en el estado del paciente. Fundado en 1987 por dos enfermeras avanzadas en Minnesota, hoy en día cubre a miles de pacientes en todo Estados Unidos e incluye planes de salud enfocados en la comunidad, cuidados en residencias, hospicios y apoyo a cuidadores. Este modelo también ha asesorado a Medicare, el sistema de seguro público en Estados Unidos, para mejorar la atención de personas con enfermedades crónicas y alta dependencia, y ha sido implementado en Europa, específicamente en el Reino Unido. Sin embargo, una evaluación realizada en 9 centros en Inglaterra mostró resultados desalentadores en cuanto a la reducción de reingresos y mortalidad en pacientes mayores



de 65 años con historial de visitas frecuentes a urgencias. Este estudio fue criticado porque probablemente los criterios de selección de pacientes influyeron en los resultados. Como explicó Lewis, los programas efectivos de reducción de reingresos hospitalarios deben considerar el fenómeno de regresión a la media, de modo que los pacientes con altos niveles de reingresos tienden a estabilizarse, independientemente de las intervenciones recibidas, por lo que es clave identificarlos antes de que se conviertan en pacientes de alto riesgo. Actualmente, los criterios de selección siguen siendo un desafío en la evaluación del impacto de este servicio. En nuestro país también se han hecho experiencias con este modelo en el ámbito de las personas institucionalizadas. (9)

Community Matrons.

Este servicio de gestión de casos se expandió en el Reino Unido durante la primera década de los 2000 y es proporcionado por enfermeras de atención primaria con roles avanzados, muchas de las cuales eran previamente enfermeras comunitarias. Su objetivo es identificar y clasificar a los pacientes de alto riesgo para reducir su uso de servicios de urgencia y evitar reingresos, al mismo tiempo que fomenta programas de pacientes expertos y educación para el autocuidado, siguiendo el modelo Evercare de gestión de casos. En la actualidad, hay alrededor de 1.586 enfermeras comunitarias en el Servicio Nacional de Salud (NHS) británico, con una gran variabilidad en la cantidad de pacientes gestionados por cada enfermera, que varía entre 14 en los programas más intensivos y entre 80 y 100 en otros casos. Esto refleja la diversidad en la implementación del servicio a lo largo del NHS. En muchos casos, las habilidades y la experiencia de estas enfermeras se han adaptado a las necesidades específicas de cada centro, modificando sus roles según los requerimientos locales y los patrones de servicio de cada área.

Este modelo convive con otros roles que también incluyen aspectos de gestión de casos, como las nurses consultants, aunque éstas se especializan en áreas muy concretas (como EPOC, insuficiencia cardíaca, epilepsia, etc.). (9)

Salas virtuales.

Esta modalidad de atención, desarrollada en el barrio londinense de Croydon, es una solución muy específica diseñada para ofrecer gestión de casos a personas con alto riesgo



de hospitalización aguda. En Croydon, actualmente hay 10 salas virtuales que pueden atender a aproximadamente 1.000 pacientes de alto riesgo.

El modelo se basa en dos pilares principales: primero, el uso de modelos predictivos para identificar a personas con riesgo de hospitalización urgente; segundo, proporcionar a estos pacientes un período de cuidados preventivos y multidisciplinarios en el hogar, simulando las rutinas de un hospital. Cada sala virtual puede manejar unos 100 pacientes. El objetivo es atender a los pacientes en sus hogares para resolver problemas antes de que necesiten hospitalización, ofreciendo cuidados transicionales. Los pacientes son admitidos en la sala virtual según un algoritmo que evalúa su probabilidad de reingreso, como el índice LACE, que se basa en la duración de la estancia hospitalaria, el nivel de agudización al ingreso, la comorbilidad medida con el índice de Charlson, y las visitas a urgencias en los seis meses anteriores. Aunque en el Reino Unido, aplicado a población anciana, el índice LACE mostró una capacidad predictiva limitada.

Cuando el caso se ha optimizado y se ha transferido adecuadamente la atención a los profesionales de atención primaria, el paciente es dado de alta de la sala virtual.

El seguimiento clínico diario en las salas virtuales es realizado por una community matron en atención primaria y puede incluir también a trabajadores sociales, fisioterapeutas, farmacéuticos y terapeutas ocupacionales según las necesidades de salud. Cuando un paciente es "admitido" en una sala virtual, recibe una visita domiciliaria de una community matron que realiza una evaluación integral y establece un plan de acción inicial, registrado en un sistema digital compartido por todo el personal de la sala. (9)

Actualmente, se están evaluando los resultados de estas salas en el NHS.

Experiencias en España.

Como se mencionó anteriormente, actualmente hay numerosas iniciativas en marcha en nuestro país, algunas de las cuales incluyen procesos de evaluación. Sin embargo, nos centraremos en las iniciativas más consolidadas hasta ahora, como las de Andalucía, Cataluña y el País Vasco.



En Andalucía, desde 2002 se implementó un modelo de gestión de casos orientado a la atención domiciliaria, con 309 enfermeras encargadas de atender a personas con movilidad reducida, pacientes recién dados de alta del hospital, pacientes terminales y sus cuidadores. Más tarde, se añadieron 65 enfermeras para gestionar casos en el entorno hospitalario. Este modelo se enfoca en la detección de necesidades a través de valoraciones integrales y en la coordinación de recursos necesarios, incluyendo ayudas técnicas y apoyo a los cuidadores, además de ofrecer seguimiento telefónico proactivo.

Su función es complementaria a la de otros miembros del equipo asistencial y se evaluó mediante el estudio ENMAD. Los resultados mostraron que la sobrecarga de los cuidadores disminuyó significativamente a los seis meses en el grupo que recibió gestión de casos (Zarit basal: 57,1; IC95%: 54,8-59,3 frente a 60,5; IC95%: 53,6-67,4; $p=0,26$; Zarit a los seis meses: 53,8; IC95%: 49,7-57,9 frente a 66,3; IC95%: 60,7-71,9; $p=0,002$). También se observó una mejora en la funcionalidad y una mayor satisfacción significativa, además de una mejor accesibilidad a otros proveedores de salud, como fisioterapeutas y trabajadores sociales. Sin embargo, no se encontraron diferencias en términos de mortalidad, visitas a urgencias o institucionalización.

En Cataluña, ha habido un notable aumento en las experiencias de gestión de casos, tanto con modelos intramuros como extramuros. Un ejemplo destacado es el programa IC-DOM, que combina intervenciones de gestión de casos hospitalario y domiciliario, y ha reducido la mortalidad, y ha disminuido los reingresos hospitalarios y mejora la calidad de vida de pacientes con insuficiencia cardíaca. Además, se han desarrollado servicios de gestión de casos para pacientes frágiles que requieren cuidados a lo largo de su trayectoria sociosanitaria. Estas unidades territoriales integradas, compuestas por enfermeras de atención primaria, proporcionan un enfoque multidimensional. Algunos resultados indican que pueden atender a unos 500 pacientes al año (60-65 por enfermera) y coordinar entre 2.800 y 3.500 continuidades de cuidados y visitas a unidades de soporte, ingresos hospitalarios y pruebas, mostrando una reducción en las visitas.

En Euskadi, el Proyecto de Competencias Avanzadas de Enfermería, parte de la Estrategia de Cronicidad, ha introducido tres nuevos roles: la enfermera gestora de enlace hospitalario,



la enfermera gestora de continuidad y la enfermera gestora de competencias avanzadas. Iniciado en 2012, este proyecto surgió de ocho experiencias piloto que involucraron a 24 enfermeras y está actualmente en fase de evaluación. Dentro del País Vasco, destaca el estudio PROMIC, que involucra a cardiólogos, médicos de familia, farmacéuticos, trabajadores sociales y enfermeras clínicas, y se centra en pacientes con insuficiencia cardiaca ingresados en hospitales. Con la incorporación de roles de gestión de casos, como la enfermera de enlace hospitalario y la enfermera gestora de cuidados en la comunidad, se implementan servicios que incluyen la estandarización de los informes de alta, la mejora de la comunicación entre profesionales durante la transición al hogar, y la protocolización de tratamientos según guías clínicas. Además, se realiza una evaluación integral de los aspectos clínicos, educativos, cognitivos, psicológicos, de dependencia y sociales. Se optimiza el tratamiento y se proporciona educación sanitaria y apoyo psicosocial a pacientes y cuidadores. En una evaluación preliminar de 159 pacientes, se observó que las complicaciones eran más frecuentes en el grupo control (RI: 0,49; IC95%: 0,27-0,87; $p < 0,01$), con un mayor tiempo de supervivencia sin eventos adversos y una reducción de los reingresos (HR: 0,52 [0,33-0,83]) (9,10)

2.2.5.2 Efectividad de la gestión de casos.

Al evaluar la efectividad de la gestión de casos, es importante destacar que no existen pruebas globales que aborden la gestión de casos en general. En lugar de ello, las evaluaciones se han realizado sobre modelos específicos, en grupos de población concretos y en contextos particulares. Por lo tanto, los resultados sobre su impacto deben detallarse minuciosamente según los sujetos, modelos y entornos involucrados. La mayoría de las evaluaciones se han centrado en modelos de gestión de enfermedades, que están orientados a procesos específicos, aunque también hay algunas investigaciones sobre modelos longitudinales y comunitarios. (9,10)

A continuación, se presentan evidencias específicas provenientes de estudios realizados en grupos frecuentemente objeto de servicios de gestión de casos.



Gestión de casos en personas con demencia.

Una revisión realizada por Pimouguet et al. en 2010 reveló que, de los 12 estudios examinados, aquellos con una metodología robusta mostraron efectos positivos de la gestión de casos en la reducción de la institucionalización, ya sea retrasándola, acortando la duración de las estancias en residencias, o disminuyendo las tasas de ingreso. En contraste, los estudios de menor calidad no demostraron ningún impacto, y ninguno de los estudios revisados logró evidenciar una reducción de los costos o una disminución en las hospitalizaciones.

El interés en aplicar la gestión de casos a personas con demencia en la atención primaria radica en que sus necesidades y el servicio que requieren siguen el patrón de cronicidad compleja. Algunos expertos indican que aumentar las competencias de los equipos de atención primaria para atender a esta población puede mejorar la capacidad de los pacientes y sus cuidadores para manejar la enfermedad, especialmente en el control de problemas conductuales. Sin embargo, se necesita más investigación para evaluar su impacto. La efectividad parece incrementarse cuando se mejora la integración entre las organizaciones sociales y sanitarias y se intensifica la gestión de casos. (9,10)

Población geriátrica.

Algunos enfoques de los servicios de gestión de casos se han dirigido específicamente a la población geriátrica. Sin embargo, la mayoría de estos casos presentan múltiples complejidades, para los cuales se han documentado resultados en esta revisión.

Una de las revisiones sistemáticas más recientes mostró que, en 35 estudios analizados, la gestión de casos mejora la funcionalidad, el manejo adecuado de la medicación, el uso de servicios comunitarios y reduce la necesidad de institucionalización en esta población. Además, en el caso de los ancianos frágiles, la gestión de casos ha demostrado reducir tanto la utilización de servicios como los costos asociados.

Diabetes.

Algunos indicadores clínicos han mejorado la gestión de casos en pacientes diabéticos, como la reducción de la HbA1c y la presión arterial, y una tendencia a la mejora de los



niveles de lípidos, aunque no concluyen. También se ha observado una mejora en la percepción personal de la salud y en la satisfacción del paciente. Sin embargo, persisten dudas sobre su impacto en términos de coste-efectividad, debido a la variabilidad en los métodos y las intervenciones utilizadas en los diferentes estudios. (9,10)

Insuficiencia cardiaca.

La gestión de casos ha sido ampliamente investigada, y existe una gran cantidad de estudios al respecto. La reciente revisión realizada por Takeda et al., se destaca como una de las pruebas más sólidas sobre la eficacia de la gestión de casos en pacientes con insuficiencia cardiaca. Esta revisión demuestra que la gestión de casos está asociada con una reducción en la mortalidad global durante el primer año de seguimiento en estos pacientes (OR: 0,66; IC95%: 0,47-0,91), aunque no se observan reducciones en la mortalidad por causas cardiovasculares específicas. Además, la gestión de casos disminuye los reingresos hospitalarios a los 6 y 12 meses (OR: 0,47; IC95%: 0,30-0,76) y reduce las hospitalizaciones por cualquier motivo (OR: 0,75; IC95%: 0,57-0,99). Los resultados de la revisión sugieren que los beneficios de la gestión de casos en términos de mortalidad y uso de servicios de salud para pacientes con insuficiencia cardiaca se manifiestan más en el mediano plazo que en el corto, y es una de las áreas donde esta modalidad de atención ha demostrado mayor efectividad. (9,10)

Enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

No hay muchos estudios que se centren específicamente en la gestión de casos para estos pacientes, y los que existen suelen tener una calidad limitada. Sin embargo, parece que la gestión de casos tiene un impacto positivo en la calidad de vida de los pacientes. En el ensayo clínico realizado por Trappenburg et al., el apoyo continuo proporcionado por la gestión de casos logró disminuir el efecto de las exacerbaciones en el estado de salud. No obstante, algunos estudios experimentales han reportado incluso resultados negativos.

Salud Mental.

En el ámbito de la salud mental, la gestión de casos ha sido una práctica establecida durante mucho tiempo, especialmente en el tratamiento de trastornos psicóticos y depresión. En el caso de los trastornos mentales graves, se ha observado una disminución en las



hospitalizaciones y mejoras en el seguimiento y la función social de los pacientes. Sin embargo, los efectos sobre la calidad de vida y la función mental aún no están completamente claros. (9,10)

Urgencias.

Algunos estudios han analizado la implementación de servicios de gestión de casos específicamente en el contexto de urgencias, que, debido a su complejidad y la variedad de proveedores involucrados, parece ser un ámbito adecuado para esta modalidad. El objetivo principal es ofrecer consultoría y orientación para identificar necesidades al momento del alta en urgencias de poblaciones muy vulnerables, así como coordinar la continuidad con la atención primaria y otros servicios. Sin embargo, los resultados obtenidos han sido variados y aún no se ha logrado determinar con claridad la efectividad de estos modelos.

Cáncer.

En el ámbito de los pacientes con cáncer, se han desarrollado numerosas experiencias de gestión de casos centradas en el concepto de «navegación del paciente», que implica facilitar el proceso de atención, superar barreras y proporcionar información y apoyo. Estos enfoques han mostrado beneficios en términos de bienestar psicológico, calidad de vida y adherencia al tratamiento. No obstante, la diversidad en los diseños e intervenciones dificulta llegar a conclusiones generales aplicables a todos los pacientes oncológicos. (9,10)

Como cierre en relación a la gestión de casos resaltar que aún quedan aspectos que generan incertidumbres y que deben de ser tratados a fondo.) (9,10)

En primer lugar, muchas de las experiencias en gestión de casos se basan en diseños específicos de cada lugar, y las poblaciones objetivo varían entre estudios, lo que complica la generalización de los resultados. Además, las intervenciones suelen ser multicomponentes, lo que hace difícil determinar su reproducibilidad y efectividad comparativa en pacientes crónicos sin una definición clara de la dosis, frecuencia e ingredientes de cada intervención.



Para desarrollar nuevos servicios de gestión de casos o mejorar los existentes, es necesario avanzar en la investigación. Esto implica utilizar marcos metodológicos que aseguren un diseño adecuado de intervenciones complejas, como el propuesto por el Medical Research Council británico, y también considerar la perspectiva de pacientes y cuidadores. Los pacientes pueden proporcionar información valiosa sobre qué aspectos son esenciales para entender mejor cómo reducir la complejidad de su atención o para reforzar su participación en el cuidado de su salud. Las necesidades que los pacientes crónicos perciben como no cubiertas están relacionadas con reingresos hospitalarios, y a menudo hay una falta de ajuste y adaptación de las intervenciones a las necesidades específicas de estos pacientes en muchos programas de gestión de enfermedades.

Desde el punto de vista de la implementación de los servicios de gestión de casos, las enfermeras enfrentan muchas ambigüedades y conflictos en su rol como gestoras de casos, principalmente debido a una falta de claridad por parte de la organización que establece el servicio. Esta falta de definición puede afectar negativamente tanto la satisfacción como el desempeño laboral de las gestoras de casos. A pesar de esto, aún hay debilidades en la evidencia sobre cuál es la organización más eficaz para los equipos y las estructuras de apoyo necesarias. Es fundamental avanzar en este aspecto, ya que una intervención muy efectiva puede verse comprometida por una mala implementación. (9,10)

También es importante mejorar los sistemas para identificar y estratificar a los pacientes que podrían beneficiarse de la gestión de casos, dado que muchos modelos se han desarrollado principalmente para prevenir reingresos hospitalarios o tienen procesos metodológicos de validación que no son lo suficientemente robustos.

A lo largo del tiempo, se han identificado varios factores clave para el éxito de la gestión de casos. Estos incluyen: una definición precisa de las responsabilidades del gestor de casos respecto a los pacientes asignados, claridad en los roles y un apoyo adecuado para asegurar que los gestores cuenten con las competencias necesarias, mecanismos de detección de casos confiables y válidos, una proporción adecuada de pacientes por gestor para garantizar una atención óptima, sistemas de registro accesibles y compartidos con el equipo asistencial, una integración total de los servicios de salud y sociales, la participación de las



partes interesadas durante la implementación de la gestión de casos, y un enfoque firme de la organización en asegurar la continuidad y fomentar el autocuidado.

En cuanto a los modelos de gestión de casos, existe debate sobre si son preferibles los enfoques «intramuros» (más centrados en el entorno hospitalario) o «extramuros» (más enfocados en la atención longitudinal). Los modelos intramuros suelen ser más comunes porque son más fáciles de implementar desde el punto de vista conceptual y operativo, tienen un impacto más específico en procesos concretos y, debido al fuerte componente hospitalario en nuestro sistema de salud, son más propensos a desarrollarse. Sin embargo, es importante recordar que, para abordar la cronicidad compleja, centrarse únicamente en un aspecto de la complejidad de los pacientes es incompatible con la realidad de sus múltiples problemas.

La relación entre las medidas para reorientar la atención hacia la cronicidad y la reducción del uso hospitalario sigue siendo incierta. La evidencia muestra que los mayores impactos se logran con la combinación acumulativa de intervenciones, en lugar de con el fortalecimiento de elementos individuales. La gestión de casos por sí sola no resolverá el desafío de la cronicidad. Como señala Ham, el éxito requiere una acción simultánea en varios frentes, recomendando el desarrollo de programas de autocuidado, el fortalecimiento de la gestión de casos, el fortalecimiento de la atención primaria y la armonización de políticas y estrategias. (9,10)

2.3 Evaluación y coordinación de cuidados entre diferentes especialidades.

2.3.1 Coordinación clínica.

La coordinación clínica se describe como la alineación ordenada de los servicios vinculados a la atención de los pacientes, sin importar dónde se proporcionen, para trabajar juntos para lograr un objetivo común sin generar conflictos. Para que esta coordinación sea efectiva, es necesario contar con varios elementos clave, como el fácil acceso a una amplia gama de servicios y proveedores, una comunicación eficiente entre estos, y un enfoque centrado en



las necesidades del paciente. Esto asegura que la atención se brinde de manera oportuna y en el lugar adecuado. (10,11)

Tipos de coordinación clínica.

- La coordinación de la información se refiere a la transmisión y utilización de los datos clínicos de los pacientes, necesarios para facilitar la colaboración entre los diferentes proveedores de servicios. Esto incluye, por ejemplo, compartir información sobre consultas médicas anteriores, resultados de pruebas de laboratorio, recomendaciones de tratamiento, o detalles sobre cuidados informales. Esta coordinación abarca dos dimensiones principales:
 - Transferencia de la información clínica: Se refiere al intercambio de los datos del paciente entre los diferentes servicios y niveles asistenciales que intervienen en su cuidado.
 - Uso de la información clínica: Se trata de la utilización de los antecedentes médicos del paciente para guiar las decisiones clínicas en el siguiente nivel de atención que este reciba.

- La coordinación de la gestión clínica se refiere a la prestación ordenada y complementaria de servicios, siguiendo el plan de tratamiento establecido, para evitar omisiones, duplicaciones o retrasos en la atención. Se compone de tres dimensiones:
 - La consistencia en la atención se refiere a la presencia de planes de tratamiento claros, compartidos y alineados entre los profesionales de diferentes niveles asistenciales.
 - El seguimiento de la atención implica un adecuado acompañamiento del paciente durante su transición de un nivel de atención a otro.
 - La accesibilidad entre niveles se refiere a la facilidad con la que los pacientes pueden acceder a los diferentes niveles del sistema de atención. (10,11)



2.3.2 Mecanismos de coordinación.

Según el modelo propuesto por Terraza et al, basado en los enfoques teóricos de Mintzberg y Gallbraith, existen dos mecanismos clave para lograr una correcta coordinación entre los distintos niveles de atención médica:

- Los *mecanismos de programación* se enfocan en la estandarización del trabajo, definiendo previamente las actividades, competencias y responsabilidades requeridas para realizar la tarea. Este tipo de mecanismos resulta eficaz en actividades que son compartidas, tienen un bajo nivel de incertidumbre y demandan una cantidad limitada de procesamiento de información, e incluyen:
 - - Estandarización de los procesos de trabajo, es el método utilizado para llevar a cabo tareas independientes en situaciones constantes y repetitivas (como guías de práctica clínica, protocolos y planes de acción conjuntos)
 - Estandarización de las competencias del personal, que abarca actividades destinadas a mejorar los conocimientos y habilidades de los profesionales de la salud (como la educación médica continua y la formación de grupos de especialistas). (10,11)
 - Estandarización de los resultados del trabajo, donde las tareas se coordinan en función de los objetivos definidos que se esperan alcanzar con dichas actividades (como sistemas de monitoreo de actividad y planes de atención en salud).
- Los *mecanismos de retroalimentación* se fundamentan en el intercambio de información entre las diferentes unidades y profesionales involucrados. Estos son útiles en actividades que se desarrollan de manera secuencial o recíproca, con un alto nivel de incertidumbre, gran cantidad de información por procesar y un elevado grado de especialización debido a la diferenciación de las tareas e incluyen:
 - La adaptación mutua siendo un mecanismo que permiten coordinar el trabajo a través de la comunicación informal entre profesionales, siendo útil tanto en



procesos simples como en situaciones más complejas (por ejemplo, comunicación informal mediante correos electrónicos y llamadas telefónicas, puestos de enlace, comités permanentes, informes de referencia y contra referencia, y sistemas de información vertical).

- La supervisión directa asigna a una persona la responsabilidad de coordinar el trabajo de los demás. Este mecanismo se utiliza menos cuando la incertidumbre es alta y se necesita procesar grandes cantidades de información (por ejemplo, gestores/as de casos o enfermeros/as de enlace). (10,11)

2.3.3 Factores relacionados con la evaluación y la coordinación de cuidados.

La evidencia científica acerca de los factores que afectan la coordinación clínica es escasa. La mayoría de los estudios que han abordado este tema se han enfocado en factores individuales, analizando aspectos específicos como la colaboración entre especialistas, el uso de herramientas concretas como las guías de práctica clínica, o la transferencia ineficaz de información clínica entre distintos niveles de atención. Los factores contextuales han recibido menos atención en la investigación disponible.

Algunos de los factores asociados con la coordinación clínica incluyen:

- Factores organizativos: incluyen la falta de tiempo para utilizar adecuadamente los mecanismos de coordinación, la incompatibilidad de horarios entre los distintos profesionales, los recursos disponibles para coordinar las actividades, la implementación de mecanismos de coordinación, un diseño inadecuado de dichos mecanismos y la estabilidad de los equipos de trabajo.
- Factores relacionados con la interacción entre profesionales: abarcan las actitudes y el interés de los médicos en colaborar con sus colegas, las creencias y expectativas de los profesionales, el tipo de formación que han recibido, el conocimiento mutuo y la comunicación entre ellos, así como la confianza y cohesión entre los miembros del equipo.



Según el marco de análisis propuesto por Vázquez et al, tanto los factores contextuales como los internos pueden afectar la coordinación clínica.

Entre los *factores internos*, se destacan varios aspectos organizativos como la alineación en objetivos y estrategias dentro de las organizaciones, estructuras que faciliten la comunicación entre los profesionales de salud implicados en el cuidado del paciente, una cultura de colaboración y liderazgo, y la asignación de recursos internos de acuerdo con los objetivos generales de la organización, así como el rol de cada nivel de atención.

En cuanto a los *factores contextuales*, se incluyen elementos a nivel macro como las políticas sobre equidad, eficiencia y continuidad; las estrategias políticas y la gestión de los servicios sanitarios; y las características del sistema de financiamiento. A nivel meso, se consideran los planes estratégicos de las organizaciones de salud y los mecanismos para coordinar funciones y dirigir dichas organizaciones. Por último, a nivel micro, se tienen en cuenta la oferta de servicios en el área y las características de la población. (10,11)

2.3.4 Coordinación de cuidados entre atención primaria y atención especializada.

En la actualidad, uno de los principales desafíos para los sistemas de salud pública en los países desarrollados es responder adecuadamente a las necesidades, demandas y expectativas de su población, logrando la máxima equidad y eficiencia con recursos siempre limitados.

Un aspecto fundamental es contar con una Atención Primaria robusta, la cual se asocia con su rol como filtro o punto de entrada al sistema de salud y con la asignación de toda la población a médicos y enfermeras de Atención Primaria. Para garantizar una prestación adecuada de los servicios, es crucial que el primer nivel de atención esté bien coordinado con los niveles especializados. Esto asegura que los servicios se proporcionen en el lugar más adecuado para el paciente y su problema. La falta de coordinación entre Atención Primaria y los servicios hospitalarios puede dar lugar a errores en diagnósticos y tratamientos, lo que puede tener graves consecuencias para la seguridad del paciente.



Es evidente que la continuidad en la atención es esencial, tanto para quienes la proporcionan como para quienes la reciben y gestionan. Sin embargo, la continuidad asistencial enfrenta desafíos, ya que cada nivel de atención—Atención Primaria, Atención Especializada y Atención Sociosanitaria—opera de manera independiente y aislada. Para ofrecer una atención integral al ciudadano, es necesario considerar la colaboración con otros profesionales, como los servicios sociales, que deben coordinarse eficazmente con los servicios de salud.

2.3.5 Soluciones para mejorar la continuidad asistencial.

Para mejorar la atención, es fundamental fomentar la colaboración entre los distintos niveles asistenciales y asignar los recursos de manera que sean más efectivos, incluso si esto implica ofrecer servicios especializados fuera de los entornos tradicionales. La creación y el consenso en torno a guías clínicas y protocolos conjuntos facilitan la comunicación entre los profesionales. No obstante, no es suficiente con desarrollar estos protocolos; es crucial implementarlos en la práctica.

Es importante que los profesionales de Atención Primaria y Atención Especializada encuentren nuevas formas de trabajar juntos. La idea es incentivar a los profesionales a tomar la iniciativa en vez de esperar a que se apliquen las directrices diseñadas por los superiores. (10,11)

Los gestores deben promover la colaboración estableciendo objetivos claros orientados a obtener resultados. La gestión por procesos o entre niveles también puede ser útil, así como los avances en tecnología informática que permiten compartir la información sobre la historia clínica de un paciente entre los diferentes niveles asistenciales.

Es importante promover alternativas organizativas que faciliten:

- El desarrollo de vías clínicas conjuntas.
- Unidades de continuidad asistencial.
- La gestión por procesos inter-niveles.



- El intercambio entre profesionales.
- Las sesiones conjuntas.
- La enfermera de enlace.

Es fundamental desarrollar estrategias que integren los diferentes niveles de atención, no solo para abordar situaciones de enfermedad, sino también para promover la educación en salud, la prevención y la colaboración con los servicios sociales. Es crucial clasificar a los pacientes según sus necesidades de atención, teniendo en cuenta los diversos niveles de cuidado que requieren.

En la interacción entre los distintos niveles asistenciales, es importante fomentar el consenso y los acuerdos entre los profesionales de cada nivel. Debemos avanzar hacia sistemas organizativos flexibles que se alineen con las expectativas de los pacientes. (10,11)

Puede incluir los ámbitos de atención:

1) Atención Primaria:

- Centros de salud de Atención Primaria.
- Equipos de soporte de Atención Domiciliaria y Paliativos.
- Servicios de Atención Rural.
- Enfermeras de continuidad de cuidados los fines de semana y festivos.

2) Atención Hospitalaria:

- Unidades de hospitalización.
- Consultas de Competencias Avanzadas.
- Servicios de enfermería de media estancia o subagudos.
- Equipo de soporte hospitalario.
- Cuidados paliativos.

3) Otros:

- Residencias.
- Equipos del 112.
- Servicios Sociales.



2) Atención primaria.

La Atención Primaria es el primer nivel de atención que proporciona un enfoque integral y continuo durante toda la vida del paciente. Actúa como coordinador y regulador de los casos y de los flujos de atención. Incluye actividades como la promoción de la salud, la educación sanitaria, la prevención de enfermedades, la asistencia médica, el mantenimiento y la recuperación de la salud, así como la rehabilitación física y el trabajo social.

La atención primaria comprenderá:

- o La asistencia sanitaria a demanda, programada y urgente tanto en la consulta como en el domicilio del enfermo.
- o La indicación o prescripción y la realización, en su caso, de procedimientos diagnósticos y terapéuticos.
- o Las actividades en materia de prevención, promoción de la salud, atención familiar y atención comunitaria.
- o Las actividades de información y vigilancia en la protección de la salud.
- o La rehabilitación básica.
- o Las atenciones y servicios específicos relativos a las mujeres, que específicamente incluirán la detección y tratamiento de las situaciones de violencia de género; la infancia; la adolescencia; los adultos; la tercera edad; los grupos de riesgo y los enfermos crónicos.
- o La atención paliativa a enfermos terminales. (10,11)
- o La atención a la salud mental, en coordinación con los servicios de atención especializada.
- o La atención a la salud bucodental.



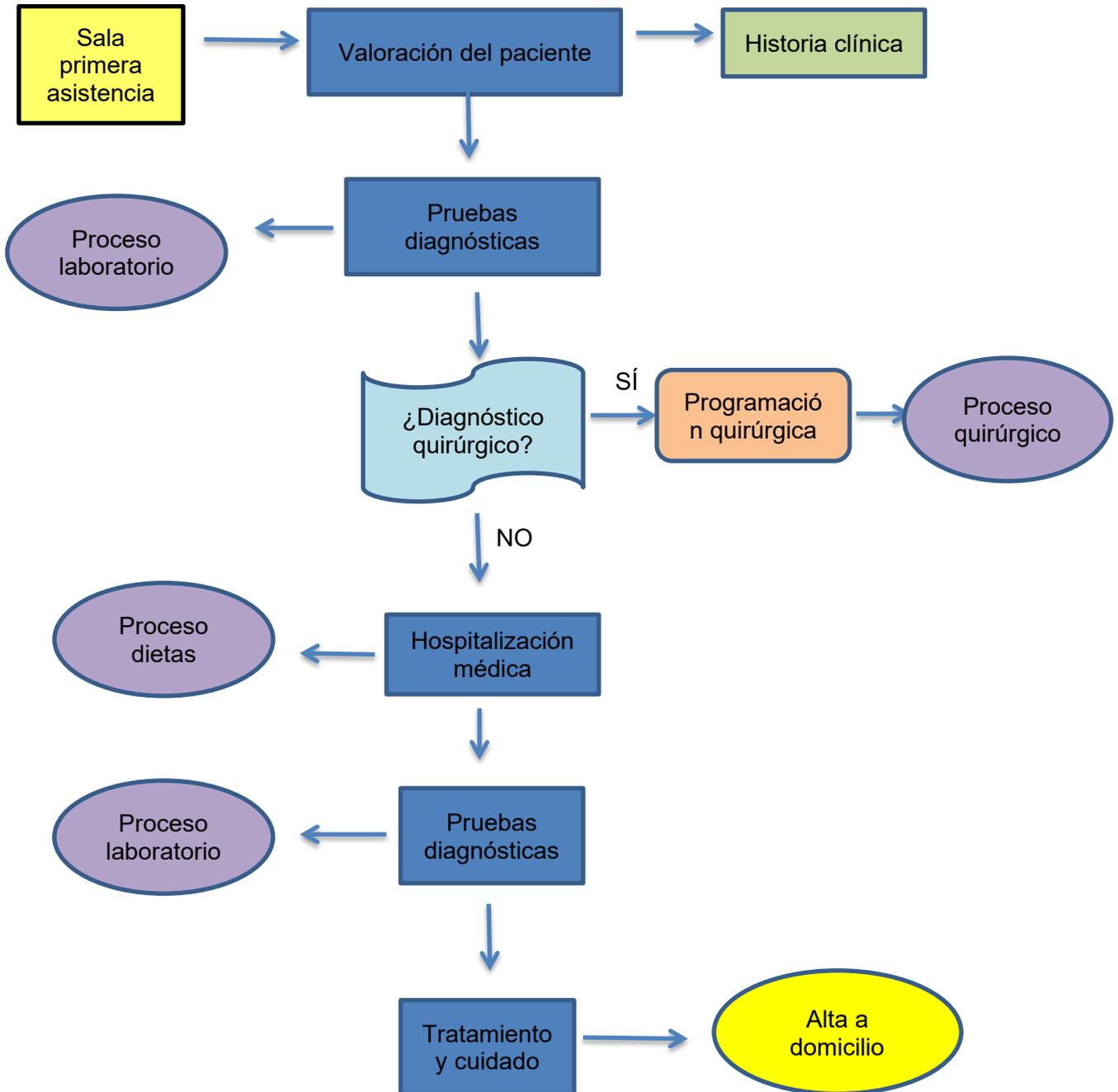
3) *Atención hospitalaria.*

La atención hospitalaria abarca una variedad de servicios, incluyendo asistencia médica, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados. También incluye actividades relacionadas con la promoción de la salud, la educación sanitaria y la prevención de enfermedades, que se consideran apropiadas para este nivel de atención. Su objetivo es asegurar una atención continua e integral al paciente, desde el momento en que se superan las capacidades de la atención primaria hasta que el paciente pueda volver a este nivel.

La atención sanitaria hospitalaria comprenderá:

- o La asistencia especializada en consultas.
- o La asistencia especializada en hospital de día, médico y quirúrgico.
- o La hospitalización en régimen de internamiento.
- o El apoyo a la atención primaria en el alta hospitalaria precoz y, en su caso, la hospitalización a domicilio.
- o La indicación o prescripción, y la realización, en su caso, de procedimientos diagnósticos y terapéuticos.
- o La atención paliativa a enfermos terminales.
- o La atención a la salud mental.
- o La rehabilitación en pacientes con déficit funcional recuperable.

La atención hospitalaria se prestará, siempre que las condiciones del paciente lo permitan, en consultas externas y en hospital de día.



Proceso de hospitalización. Imagen elaboración propia sacada del documento [CUIDADOS-AL-PACIENTE-CRONICO Edicion-BOEHRINGER-2020.pdf](#)



4) Atención sociosanitaria.

La atención sociosanitaria abarca el conjunto de cuidados dirigidos a pacientes, habitualmente crónicos, que, debido a sus características particulares, se benefician de la intervención conjunta y complementaria de los servicios de salud y sociales. Su propósito es mejorar la autonomía del paciente, reducir sus limitaciones o molestias, y facilitar su reintegración en la sociedad. (10,11)

En el ámbito sanitario, la atención sociosanitaria se llevará a cabo en los niveles de atención que cada comunidad autónoma determine y en cualquier caso comprenderá:

- o Los cuidados sanitarios de larga duración.
- o La atención sanitaria a la convalecencia.
- o La rehabilitación en pacientes con déficit funcional recuperable.

Los servicios sanitarios y sociales garantizarán la continuidad del servicio mediante la coordinación entre las Administraciones Públicas correspondientes. (10,11)

2.3.6 Beneficios de la coordinación y atención sanitaria.

- Facilita el reconocimiento mutuo de las habilidades y capacidades de los sistemas de salud y de servicios sociales.
- Ayuda a optimizar el uso de los recursos disponibles de manera adecuada para cada situación.
- Promueve una gestión equitativa y el acceso a los recursos asistenciales, utilizando criterios uniformes y la participación de los profesionales.
- Mejora la proximidad a las necesidades individuales de las personas.
- Impulsa la implementación de nuevas metodologías de gestión:
 - o Nuevos modelos de financiación y optimización de coste.
 - o Modelos de gestión compatibles.
 - o Descentralización de la toma de decisiones.
 - o Diseño de protocolos específicos.



- Definición de estándares de calidad y herramientas de evaluación.
- Sistemas de información y valoración comunes.
- Equipos multidisciplinares para la gestión de casos.

2.4 Implantación y ejecución de la cartera de servicios en patologías crónicas prevalentes.

2.4.1 Introducción.

La implantación y ejecución de una cartera de servicios en patologías crónicas prevalentes es un desafío fundamental para los sistemas de salud modernos. La creciente carga de enfermedades crónicas como la diabetes, la hipertensión y las enfermedades cardiovasculares exige una planificación y ejecución cuidadosas de los servicios de salud para garantizar una atención integral y continua. Este enfoque no solo busca mejorar la calidad de vida de los pacientes, sino también optimizar el uso de recursos y reducir costos a largo plazo. (12,13)

2.4.2 Concepto de Cartera de Servicios.

La cartera de servicios se refiere al conjunto de intervenciones, tratamientos y servicios de atención médica disponibles para el manejo de enfermedades específicas dentro de un sistema de salud. En el contexto de patologías crónicas, una cartera de servicios bien diseñada debe incluir elementos como prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y seguimiento continuo. La meta es proporcionar una atención integral y personalizada que se ajuste a las necesidades individuales de cada paciente. (13)

2.4.3 Implantación de la Cartera de Servicios.

▪ Evaluación de Necesidades y Recursos.

La implantación efectiva de una cartera de servicios comienza con una evaluación exhaustiva de las necesidades de la población y de los recursos disponibles. Este proceso implica la recopilación de datos sobre la prevalencia de enfermedades crónicas en la



comunidad, la identificación de brechas en los servicios existentes y la evaluación de los recursos humanos y materiales disponibles.

- **Diseño de la Cartera de Servicios.**

El diseño de la cartera de servicios debe ser inclusivo y adaptado a las necesidades específicas de los pacientes con patologías crónicas. Este diseño incluye la definición clara de los servicios a ofrecer, la elaboración de protocolos y guías de práctica clínica, y la asignación de recursos adecuados. Es crucial involucrar a profesionales de la salud, pacientes y otros stakeholders en esta etapa para asegurar que la cartera sea efectiva y factible.

- **Capacitación y Formación.**

Una vez diseñada la cartera de servicios, el siguiente paso es la capacitación del personal de salud. La formación debe enfocarse en las nuevas prácticas y protocolos incluidos en la cartera, así como en la importancia de la coordinación y la continuidad en la atención. La capacitación efectiva ayuda a garantizar que todos los miembros del equipo de salud estén alineados con los objetivos de la cartera y sean capaces de implementarla adecuadamente. (12,13)

- **Implementación y Coordinación.**

La implementación de la cartera de servicios requiere una planificación cuidadosa y una coordinación entre diferentes niveles de atención. La atención crónica a menudo implica la interacción de múltiples servicios, desde la atención primaria hasta la atención especializada y sociosanitaria. Es esencial establecer mecanismos de coordinación efectivos para asegurar que los servicios se ofrezcan de manera integrada y que los pacientes reciban una atención continua y coherente.

- **Monitoreo y Evaluación.**

El monitoreo y la evaluación son fundamentales para garantizar que la cartera de servicios esté funcionando como se esperaba. Esto incluye la recopilación de datos sobre la calidad de la atención, la satisfacción de los pacientes y el uso de recursos. La evaluación debe ser



continua y permitir ajustes en la cartera según sea necesario para mejorar la eficiencia y la efectividad de los servicios. (12,13)

2.4.4 Ejecución de la Cartera de Servicios.

- **Integración de Servicios.**

Para que la cartera de servicios sea efectiva, es necesario integrar los diferentes niveles de atención y asegurar una comunicación fluida entre los servicios. Esto incluye la coordinación entre atención primaria, atención especializada, y servicios sociosanitarios. La integración efectiva permite una atención más completa y continua, reduciendo la fragmentación y mejorando la calidad del cuidado.

- **Gestión de Casos.**

La gestión de casos es una estrategia clave para la ejecución exitosa de la cartera de servicios en patologías crónicas. Los gestores de casos actúan como intermediarios entre el paciente y los diferentes servicios, asegurando que se coordinen y se integren de manera efectiva. Esto ayuda a abordar las necesidades complejas de los pacientes crónicos y a mejorar los resultados de salud. (12,13)

- **Participación del Paciente.**

La participación activa del paciente en su propio cuidado es fundamental para el éxito de la cartera de servicios. Los programas de educación para la salud y autocuidado deben ser parte integral de la cartera, empoderando a los pacientes para que tomen un papel activo en la gestión de su enfermedad. Esto no solo mejora la adherencia al tratamiento, sino que también puede conducir a mejores resultados de salud.

- **Adaptación y Flexibilidad.**

La cartera de servicios debe ser adaptable para responder a cambios en las necesidades de los pacientes y en los recursos disponibles. La flexibilidad en la implementación permite ajustes en respuesta a nuevos desafíos u oportunidades para mejorar la atención. La capacidad de adaptarse a las circunstancias cambiantes es esencial para mantener la relevancia y efectividad de la cartera.



2.4.5 Cartera de servicios en las diferentes comunidades.

En España, la **cartera de servicios** para el paciente pluripatológico es gestionada por las 17 comunidades autónomas (CCAA) en el marco del Sistema Nacional de Salud (SNS). Aunque existen diferencias en la implementación y gestión de estos servicios, el enfoque general es homogéneo, buscando garantizar atención integral, coordinada y adaptada a las necesidades específicas de los pacientes con múltiples patologías crónicas. (12,13)

Características Comunes:

1. **Atención Integral:** Todas las CCAA priorizan un enfoque multidisciplinario para los pacientes pluripatológicos, incluyendo a médicos de atención primaria, especialistas, enfermería y servicios sociales. Los pacientes reciben planes personalizados que integran tanto aspectos clínicos como sociales.
2. **Coordinación Asistencial:** Se fomenta la colaboración entre atención primaria y hospitalaria, asegurando que los pacientes reciban un seguimiento continuo y personalizado. En muchas comunidades, existen protocolos de derivación rápida entre los niveles asistenciales cuando la complejidad del paciente lo requiere.
3. **Programas de Crónicos:** En varias comunidades, se han desarrollado programas específicos para la atención de pacientes crónicos complejos, que incluyen la identificación temprana, planes de cuidado individualizados y seguimiento proactivo. Este tipo de atención es más común en comunidades como Cataluña, País Vasco y Andalucía, que han liderado iniciativas en este campo.
4. **Telemedicina y Seguimiento a Distancia:** Muchas CCAA, especialmente desde la pandemia, han comenzado a implementar tecnologías de seguimiento remoto para facilitar la atención a estos pacientes. Esto incluye la monitorización domiciliar y la consulta telemática.
5. **Prevención y Educación:** Todas las CCAA tienen programas que incluyen la educación sanitaria, centrados en la prevención de complicaciones y la mejora del autocuidado. Las estrategias van desde el manejo de la medicación hasta la promoción de estilos de vida saludables. (12,13)



Diferencias regionales.

❖ Andalucía.

La cartera de servicios al paciente crónico en Andalucía está articulada a través del *Plan de Atención a Personas con Enfermedades Crónicas*, desarrollado por el Servicio Andaluz de Salud (SAS).

Entre los servicios principales destacan la atención multidisciplinar, que involucra a profesionales de distintas áreas de salud (médicos, enfermeros, trabajadores sociales), y la coordinación entre atención primaria y hospitalaria. Se prioriza el uso de tecnologías de la información para la monitorización remota y el seguimiento continuo de los pacientes. Andalucía también ha implementado programas específicos de autocuidado para enfermedades crónicas como la diabetes, la insuficiencia cardíaca y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC).

Se fomenta la educación en autocuidado, la prevención de complicaciones y el apoyo a los cuidadores. Además, se facilita el acceso a terapias rehabilitadoras, intervenciones domiciliarias, y programas de rehabilitación respiratoria para mejorar la calidad de vida y reducir la hospitalización recurrente. (14)

❖ Aragón.

La cartera de servicios al paciente crónico en Aragón está diseñada bajo la Estrategia de Atención a la Cronicidad, desarrollada por el Servicio Aragonés de Salud.

Entre los servicios ofrecidos destacan los programas de prevención y autocuidado, así como el seguimiento personalizado a través de equipos multidisciplinarios. Los equipos están compuestos por médicos, enfermeros y otros profesionales que trabajan juntos para atender las necesidades del paciente crónico, especialmente aquellos con diabetes, insuficiencia cardíaca, la EPOC, y enfermedades reumáticas.

El uso de tecnologías de telemedicina es clave en Aragón para permitir la monitorización remota y el contacto constante entre el paciente y el personal sanitario. Se realizan visitas



domiciliarias para los pacientes con dificultades de movilidad y se fomenta la rehabilitación tanto física como psicológica. Además, se ofrece un soporte continuo a los cuidadores y familiares, y se promueve la educación para el autocuidado y la adherencia al tratamiento. (15,16)

❖ Asturias (principado de Asturias).

La cartera de servicios al paciente crónico en Asturias está organizada dentro de la Estrategia de Atención al Paciente Crónico y Pluripatológico del Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA).

Entre los servicios ofrecidos, destacan la creación de equipos multidisciplinares que incluyen médicos, enfermeras gestoras de casos y trabajadores sociales, enfocados en la coordinación entre atención primaria y especializada. Se promueve el uso de la telemedicina para el seguimiento remoto de pacientes, facilitando así una atención más proactiva y personalizada. También se fomenta la educación en autocuidado, especialmente en pacientes con patologías crónicas como EPOC, insuficiencia cardíaca, diabetes, y enfermedades reumatológicas.

Además, se hace un especial hincapié en el seguimiento domiciliario, la rehabilitación y el apoyo psicológico para mejorar la calidad de vida de los pacientes crónicos y reducir las hospitalizaciones recurrentes. (17)

❖ Cantabria.

La cartera de servicios para pacientes crónicos en Cantabria está diseñada dentro de la Estrategia de Atención a la Cronicidad del Servicio Cántabro de Salud.

Se promueve la continuidad asistencial mediante la coordinación entre atención primaria, hospitalaria y sociosanitaria. Los pacientes reciben atención en programas específicos que incluyen educación para la salud, rehabilitación, y cuidados paliativos cuando es necesario. También destaca la teleasistencia para monitorizar pacientes a distancia y el uso de tecnologías digitales para gestionar citas, recetas y resultados clínicos.



El plan también contempla la promoción de hábitos de vida saludable y la prevención de complicaciones mediante un abordaje proactivo, con especial atención a patologías como enfermedades cardiovasculares, diabetes y enfermedades respiratorias crónicas. (18,19)

❖ Castilla la Mancha.

La cartera de servicios para pacientes crónicos en Castilla-La Mancha está integrada dentro del Plan Dignifica, el cual tiene como objetivo mejorar la calidad asistencial, especialmente para las personas con enfermedades crónicas.

Este plan se enfoca en asegurar una atención personalizada y continua a los pacientes, haciendo énfasis en la humanización de los cuidados y la cercanía entre los profesionales sanitarios y los pacientes.

Castilla-La Mancha apuesta por un enfoque preventivo y de atención proactiva, con programas específicos para crónicos en diversas patologías como diabetes, insuficiencia renal, y enfermedades respiratorias. Un aspecto clave de la estrategia es la atención domiciliaria, facilitando cuidados médicos en casa para pacientes con movilidad reducida o en situación de alta vulnerabilidad. La telemedicina y la monitorización remota también son elementos fundamentales, permitiendo un seguimiento continuo y evitando desplazamientos innecesarios a centros sanitarios. (20,21, 22)

❖ Castilla y León.

La cartera de servicios para pacientes crónicos en Castilla y León se organiza bajo el marco del *Plan de Atención Integrada para Pacientes Crónicos*, cuyo enfoque principal es mejorar la coordinación entre los diferentes niveles asistenciales: atención primaria, especializada y hospitalaria. Uno de los pilares de este modelo es la creación de rutas asistenciales personalizadas que permiten una atención continuada y adaptada a las necesidades de cada paciente.

Se fomenta el papel activo del paciente en la gestión de su enfermedad a través de programas de autocuidado, así como la educación en salud. Además, se prioriza la detección precoz de complicaciones mediante sistemas de vigilancia y seguimiento, para evitar hospitalizaciones innecesarias. La telemedicina y las tecnologías de la información



juegan un papel crucial en la monitorización de los pacientes, permitiendo un contacto más directo con los equipos médicos.

Castilla y León también promueve un enfoque integral en el manejo de la multimorbilidad, combinando el tratamiento de enfermedades crónicas con apoyo social y psicológico, asegurando que los pacientes reciban una atención holística que abarque todos los aspectos de su salud. (23, 24)

❖ Cataluña.

La cartera de servicios para pacientes crónicos en Cataluña se estructura dentro del *Pla de Salut* y la Estrategia Nacional de Atención Integrada y Crónica. Un elemento distintivo es la atención centrada en la persona, con una participación activa de los pacientes y sus familias en el proceso de toma de decisiones sobre su cuidado.

En cuanto a las innovaciones, Cataluña ha potenciado el uso de la telemedicina y la eSalut, herramientas digitales que permiten la monitorización remota de pacientes crónicos, así como la comunicación directa con los profesionales sanitarios.

El plan prioriza la prevención y el autocuidado, con programas educativos para pacientes y cuidadores, para mejorar la gestión de enfermedades crónicas como la diabetes, las enfermedades respiratorias y las cardiovasculares. Asimismo, Cataluña apuesta por la rehabilitación domiciliaria y programas de acompañamiento en casos de alta vulnerabilidad. (25,26)

❖ Extremadura.

La cartera de servicios en Extremadura se enmarca en la Estrategia de Prevención y Atención a Personas con Enfermedades Crónicas del Servicio Extremeño de Salud (SES), que detalla las acciones a seguir y coordina el trabajo entre atención primaria, especializada y otros sectores como la educación y la cultura.

La cartera de servicios para pacientes crónicos en Extremadura se centra en ofrecer una atención integral y coordinada para mejorar la calidad de vida de estos pacientes. Esta



incluye programas de promoción de la salud y prevención, atención personalizada y seguimiento continuo, con especial énfasis en aquellos con enfermedades complejas. Además, se implementan herramientas tecnológicas y procesos de soporte, como la telemedicina y las Escuelas de Cuidados, que fomentan el autocuidado y la continuidad asistencial en todas las fases de la enfermedad. (27,28,29)

❖ Galicia.

La cartera de servicios al paciente crónico en Galicia se basa en la Estrategia Gallega de Atención a la Cronicidad, diseñada para ofrecer un enfoque integral y personalizado a estos pacientes. Este plan tiene como objetivo mejorar la calidad de vida, prevenir complicaciones y coordinar los cuidados a través de varios niveles del sistema sanitario, como la atención primaria, especializada y hospitalaria.

Los servicios incluyen programas de educación para el autocuidado, atención domiciliaria, seguimiento proactivo mediante nuevas tecnologías y unidades especializadas en hospitales para pacientes crónicos complejos. También se prioriza la atención multidisciplinar, con equipos de profesionales sanitarios que abordan tanto las patologías físicas como los aspectos emocionales y sociales del paciente. Además, se ofrece soporte a los cuidadores y se busca garantizar una comunicación eficiente entre los distintos niveles asistenciales para evitar duplicidades y mejorar la eficiencia del sistema. (30,31)

❖ Islas Baleares.

Este enfoque forma parte de la Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud, adaptada por el Servicio de Salud de las Islas Baleares (IB-SALUT). El objetivo es garantizar una atención de calidad mediante dispositivos específicos como la consulta rápida y el servicio especializado en urgencias. Además, se promueven programas como el "Paciente Activo", que fomenta la educación y el autocuidado, ayudando a los pacientes a manejar mejor su condición. (32, 33, 34)

❖ Canarias.

El sistema canario de salud ha puesto en marcha acciones como la Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad a nivel nacional, adaptada para las Islas Canarias. Esta estrategia



pone énfasis en la formación del paciente para el autocuidado y en el uso de tecnologías para hacer un seguimiento continuo de su estado. El propósito es preservar la independencia del paciente crónico dentro de su hogar, disminuir las hospitalizaciones innecesarias y promover una visión preventiva. (35,36)

❖ La Rioja.

La cartera de servicios de La Rioja está incluida en el Servicio Riojano de Salud (SERIS), organismo encargado de gestionar y proporcionar los servicios sanitarios en la comunidad autónoma. Esta cartera define las prestaciones y servicios a los que tienen derecho los ciudadanos riojanos dentro del sistema público de salud. Está alineada con las directrices del Sistema Nacional de Salud (SNS) y su Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad, la cual orienta los servicios hacia la atención integral de pacientes con enfermedades crónicas.

Contempla programas dirigidos a la prevención, seguimiento individualizado y la utilización de tecnologías para la monitorización a distancia de enfermedades crónicas. Se enfatiza la coordinación entre la atención primaria y los servicios hospitalarios, junto con estrategias de autocuidado que facilitan que el paciente sea activo en el manejo de su enfermedad y conserve su autonomía. (37, 38,39)

❖ Comunidad de Madrid.

La cartera de servicios de la Comunidad de Madrid está orientada a garantizar una atención sanitaria completa y accesible para todos los ciudadanos, con un enfoque en la prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de enfermedades, incluyendo crónicas y agudas. En el Servicio Madrileño de Salud (SERMAS), se ofrecen prestaciones que abarcan desde la atención primaria hasta la especializada, asegurando la coordinación entre niveles asistenciales y el uso de tecnologías avanzadas para controlar y monitorizar a los pacientes. Además, se promueven programas específicos de autocuidado y educación en salud. (40,41)

❖ Región de Murcia.

La Cartera de Servicios de la Región de Murcia está integrada en el Sistema de Salud de la Región de Murcia y está regulada por el Servicio Murciano de Salud (SMS), que es el



organismo responsable de la gestión sanitaria en la región. Esta cartera forma parte de la gestión pública de salud y se enmarca en el Sistema Nacional de Salud (SNS) de España.

La cartera abarca servicios médicos, incluyendo atención primaria, especializada, hospitalaria y de urgencias, y programas de prevención y promoción de la salud. Su objetivo es garantizar una cobertura equitativa y de calidad, asegurando que todos los residentes tengan acceso a una atención integral y adecuada según sus necesidades. La cartera se actualiza periódicamente para adaptarse a los avances médicos y a las demandas cambiantes de la población, reflejando el compromiso de la Región de Murcia con la mejora continua de su sistema de salud. (42,43)

❖ Comunidad Foral de Navarra.

La Cartera de Servicios del Sistema de Salud de Navarra está integrada dentro del Sistema de Salud de Navarra y es gestionada por el Servicio Navarro de Salud (Osasunbidea). Esta cartera se basa en la legislación nacional y regional que regula la prestación de servicios sanitarios y busca asegurar una atención equitativa y de calidad para todos los ciudadanos de Navarra.

La cartera de servicios abarca: atención primaria, atención especializada, atención hospitalaria, servicios de urgencias, programas de prevención y rehabilitación, atención a salud mental y atención a dependientes. (44,45).

❖ País Vasco.

La Cartera de Servicios del País Vasco, gestionada por Osakidetza - Servicio Vasco de Salud, incluye una serie de programas y actividades especialmente diseñados para atender a pacientes con enfermedades crónicas. Estos servicios se centran en la mejora de la calidad de vida, la gestión de la enfermedad, y la prevención de complicaciones. (47,48) Incluyen programas como atención al paciente diabético, programa de rehabilitación respiratoria, programa los cuidados del paciente hipertenso o red de apoyo psicológico a pacientes crónicos. Uno de los programas más utilizado en País vasco es el TELBIL que se creó con el objetivo de mejorar la gestión de los pacientes crónicos mediante el uso de tecnologías de telemonitorización. (46)



❖ Comunitat Valenciana.

La Cartera de Servicios de la Comunidad Valenciana está integrada dentro del Sistema de Salud de la Comunidad Valenciana (SCSCV) y es gestionada por la Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública de la Generalitat Valenciana. Esta cartera define los servicios sanitarios que se ofrecen a los ciudadanos de la Comunidad Valenciana y se enmarca dentro del Sistema Nacional de Salud (SNS) de España, al que la Comunidad Valenciana está adherida.

La Cartera de Servicios de la Comunidad Valenciana está diseñada para proporcionar una cobertura completa y coordinar eficientemente los diferentes niveles de atención, con el objetivo de mejorar la salud y el bienestar de la población. La cartera se revisa y actualiza regularmente para adaptarse a los avances de la medicina y a las nuevas necesidades de la población. (50,51)

CC.AA	ROLES ENFERMEROS
ANDALUCÍA	Enfermera de enlace, enfermera gestora de casos.
ARAGÓN	Enfermera de atención primaria con formación específica actuará como gestora de casos.
ASTURIAS	Enfermera de continuidad de cuidados.
CANARIAS	Enfermera de enlace + Enfermera gestora de casos de comunitaria y de atención especializada.
CANTABRIA	Enfermera de atención primaria como gestora de casos + Enfermera de apoyo a la atención a la cronicidad + enfermera de enlace hospitalaria.
CASTILLA Y LEÓN	Enfermera coordinadora hospitalaria + enfermera de referencia en AP y AE.
COMUNIDAD VALENCIANA	Enfermeras gestoras de casos.
GALICIA	Enfermeras gestoras de casos.
LA RIOJA	Enfermeras gestoras de casos de AP + Enfermera educadora/entrenadora en autocuidados en AP + Enfermera de enlace hospitalaria.



COMUNIDAD DE MADRID	Enfermera educadora/entrenadora en autocuidados + Enfermeras gestoras de casos de AP + Enfermera de enlace de AE.
REGIÓN DE MURCIA	Enfermera gestora de casos.
COMUNIDAD FORAL DE NAVARRA	Enfermera de cuidado guiado + Enfermera gestora de caso + enfermera de consejo telefónico + enfermera de enlace hospitalaria.
PAIS VASCO	Enfermera gestora de competencias avanzadas+ Enfermera gestora de enlace hospitalario + Enfermera gestora de continuidad.

Relación algunas CC.AA con roles enfermeros. Imagen elaboración propia sacada del documento: [CUIDADOS-AL-PACIENTE-CRONICO Edicion-BOEHRINGER-2020.pdf](#) ([cronicidadhoy.es](#))



Bibliografía.

- 1) Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illness: The chronic care model, part 2. JAMA. 2002; 288(15):1909-1914.
- 2) Nuño R, Fernández M. Atención integral al paciente crónico: Modelos organizativos y estrategias de implementación. Madrid: Pearson; 2012.
- 3) Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia para el abordaje de la cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2012.
- 4) The Patient-Centered Medical Home: A Systematic Review. J Gen Intern Med. 2022. doi: 10.1007/s11606-022-07324-w.
- 5) Integrated Care Systems in England: Lessons Learned from the First Year. Br J Healthc Manag. 2023. doi: 10.12968/bjhc.2023.0005
- 6) Redes integradas de servicios de salud en Chile: Avances y desafíos. Rev Chil Salud Pública. 2022-
- 7) Integrated Care Model in Singapore: An Overview. Singap Med J. 2023. doi: 10.11622/smedj.2023064.
- 8) González-González C, Fernández-Rodríguez C. Gestión de casos en cronicidad compleja: conceptos y modelos. Enferm Clin. 2013;23(3):170-179. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-clinica-35-articulo-gestion-casos-cronicidad-compleja-conceptos-S1130862113001563>.
- 9) Boehringer Ingelheim. Cuidados al paciente crónico. Edición 2020. Disponible en: https://www.cronicidadhoy.es/arxius/imatgesbutlleti/CUIDADOS-AL-PACIENTE-CRONICO_Edicion-BOEHRINGER-2020.pdf.



- 10) Consorci Sanitari de l'Àrea de Salut de Barcelona. Atenció Integral a la Cronicitat. Barcelona: Consorci Sanitari de l'Àrea de Salut de Barcelona; 2020. Disponible en: https://www.consorci.org/media/upload/pdf/tfmccevf_dc_1601889980.pdf.
- 11) Boehringer Ingelheim. Cuidados al paciente crónico. Edición 2020. Disponible en: https://www.cronicidadhoy.es/arxiu/imatgesbutlleti/CUIDADOS-AL-PACIENTE-CRONICO_Edicion-BOEHRINGER-2020.pdf
- 12) Ríos, J. J., Sánchez, A., & Fernández, E. Implantación de una cartera de servicios para la atención de enfermedades crónicas en el sistema de salud: Un enfoque integral. Rev Esp Salud Pública. 2019;93:1-12.
- 13) Goodwin N, Peck E, Freeman T, et al. Integrated care: A comprehensive model of care for people with chronic diseases. Healthc Pap. 2014; 14(1):8-14.
- 14) Junta de Andalucía. Plan Andaluz de Atención Integrada a Pacientes con Enfermedades Crónicas. Disponible en: <https://www.juntadeandalucia.es/organismos/salud/areas/salud-publica/paginas/plan-andaluz-atencion-integrada-enfermedades-cronicas.html>.
- 15) Gobierno de Aragón. Estrategia de abordaje de la cronicidad. Disponible en: https://www.aragon.es/web/salud/publicaciones/-/asset_publisher/Dh7z9ckEzOMH/content/estrategia-de-abordaje-de-la-cronicidad.
- 16) Gobierno de Aragón. Plan Integral de Cronicidad en Aragón. Disponible en: <https://www.aragon.es/web/salud/plan-integral-cronicidad>.
- 17) Astursalud. Estrategia de Atención a la Población con Enfermedad Crónica. Disponible en: <https://www.astursalud.es/web/astursalud/estrategia-atencion-poblacion-enfermedad-cronica>.
- 18) Servicio Cántabro de Salud. Cronicidad. Disponible en: <https://www.sc-salud.es/cantabria/es/temas-de-salud/cronicidad>.



- 19) Gobierno de Cantabria. Plan de atención a pacientes crónicos y pluripatológicos. Disponible en: <https://www.saludcantabria.es/plan-atencion-pacientes-cronicos-pluripatologicos>.
- 20) Castilla-La Mancha. Maquetación 1. Disponible en: <https://www.castillalamancha.es/gobierno/sanidad/documentos/maquetacion-1>.
- 21) Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM). Plan Dignifica. Disponible en: <https://www.castillalamancha.es/gobierno/sanidad/plan-dignifica>.
- 22) Gobierno de Castilla-La Mancha. Estrategia de Cronicidad y Atención Integral. Disponible en: <https://www.castillalamancha.es/gobierno/sanidad/estrategia-cronicidad-y-atencion-integral>.
- 23) Junta de Castilla y León. Plan Integral de Atención a Pacientes Crónicos. Disponible en: <https://www.saludcastillayleon.es/web/direccion-general-de-asistencia-sanitaria/plan-integral-de-atencion-a-pacientes-cronicos>.
- 24) Servicio de Salud de Castilla y León (SACYL). Estrategia de cronicidad. Disponible en: <https://www.saludcastillayleon.es/web/direccion-general-de-asistencia-sanitaria/estrategia-cronicidad>.
- 25) Departament de Salut de Catalunya. **Pla de Salut**. Disponible en: https://salut.gencat.cat/ca/ambits_dactuacio/plans_i_estrategies/pla_de_salut/.
- 26) Departament de Salut de Catalunya. Estrategia Nacional de Atención Integrada y Cronicidad en Cataluña. Disponible en: https://salut.gencat.cat/ca/ambits_dactuacio/plans_i_estrategies/estrategia-nacional-atencio-integrada-cronicitat/.
- 27) Extremadura.com. Atención a Personas con Enfermedades Crónicas. Disponible en: <https://www.extremadura.com/atencion-personas-enfermedades-cronicas>.



- 28) Servicio Extremeño de Salud (SES). Índice de la Cartera de Servicios de Atención Primaria. Disponible en: <https://www.ses.es/indice-cartera-servicios-atencion-primaria>.
- 29) Área de Salud de Cáceres. Prestaciones. Disponible en: <https://www.areasaludcaceres.es/prestaciones>.
- 30) Sergas. Estrategia Gallega de Atención a la Cronicidad. Disponible en: <https://www.sergas.es/atencion-sanitaria/estrategia-gallega-de-atencion-a-la-cronicidad>
- 31) Xunta de Galicia, Sanidad. Información sobre cronicidad. Disponible en: <https://www.sergas.es/atencion-sanitaria/informacion-sobre-cronicidad>.
- 32) IB-SALUT. Cartera de Servicios - IB-SALUT | Servicio de Salud de las Islas Baleares. 2021. Disponible en: <https://www.ibsalut.es>.
- 33) IB-SALUT. Programa Paciente Activo de las Islas Baleares. Disponible en: <https://www.ibsalut.es>
- 34) Servicio de Salud de las Islas Baleares. Atención a la Cronicidad - Hospital de Manacor. Disponible en: <https://extranet.hmanacor.org>.
- 35) Instituto de Salud Carlos III (ISCIII). Horizonte 2025 para la atención a la cronicidad. Disponible en: <https://www.isciii.es>.
- 36) Gobierno de Canarias, Servicio Canario de Salud. Cartera de Servicios. Disponible en: <https://www3.gobiernodecanarias.org>.
- 37) IM Médico. La Rioja, pionera en la puesta en marcha de una Estrategia de Atención al Paciente Crónico integral y personalizada. Disponible en: <https://www.immedicohospitalario.es>.
- 38) Gobierno de La Rioja. Cartera de Servicios Sanitarios de La Rioja. Disponible en: <https://www.larioja.org>.



- 39) Ministerio de Sanidad. Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es>.
- 40) Comunidad de Madrid. Cartera de Servicios del Servicio Madrileño de Salud. Disponible en: <https://www.comunidad.madrid>.
- 41) Ministerio de Sanidad. Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es>.
- 42) Servicio Murciano de Salud. Cartera de Servicios del Servicio Murciano de Salud. 2023. Disponible en: <https://www.sms.carm.es>.
- 43) Consejería de Salud de la Región de Murcia. Guía de Servicios Sanitarios de la Región de Murcia. Murcia: Editorial Regional; 2022.
- 44) Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea. Cartera de Servicios del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea. 2023. Disponible en: <https://www.vs.afnavarra.es>.
- 45) Gobierno de Navarra. Estrategia Navarra de Atención Integrada a Pacientes Crónicos y Pluripatológicos. Disponible en: <https://www.navarra.es>.
- 46) ScienceDirect. Satisfacción de los profesionales con la telemonitorización de pacientes crónicos domiciliarios en atención primaria (proyecto TELBIL-A). Disponible en: <https://www.sciencedirect.com>.
- 47) Servicio Vasco de Salud - Osakidetza. Cartera de Servicios de Osakidetza. 2023. Disponible en: <https://www.osakidetza.eus>.
- 48) Gobierno Vasco, Departamento de Salud. Guía de Servicios Sanitarios del País Vasco. Bilbao: Editorial del Gobierno Vasco; 2022.
- 49) Consejería de Sanidad. Inicio - Sanidad. Disponible en: <https://www.gva.es/es/inicio> .
- 50) Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública. Cartera de Servicios del Sistema de Salud de la Comunidad Valenciana. 2023. Disponible en: <https://www.san.gva.es>.



- 51) Gómez M, Martínez J. Gestión de Enfermedades Crónicas en la Comunidad Valenciana: Estrategias y Resultados. Rev Valenc Salud Pública. 2022; 10(2):115-30.



Capítulo 3.

Criterios de Evaluación y Diagnóstico Interdisciplinar.

- Feijoo Rodil, Nerea
- Guijarro Miravalles, Carlos
- Lorenzo Martin, Blanca
- Reinoso Andrés, Marta

Edición 1/2024

Coordinadores:

- **José M^a Jiménez Pérez.**
- **Ana María Fernández Araque.**



Índice de contenidos.

1. Introducción a la Pluripatología: Definición y Epidemiología

- Definición de pluripatología.
- Prevalencia y tendencias demográficas.
- Factores de riesgo y etiología de la pluripatología.
- Estrategia nacional de atención al paciente crónico y su adaptación a las distintas CC.AA.

2. Modelos de Atención Integral para Pacientes Pluripatológicos

- Programas de atención integral.
- Enfoques de gestión de casos.
- Evaluación y coordinación de cuidados entre diferentes especialidades.
- Implantación y ejecución de la cartera de servicios en patologías crónicas prevalentes.

3. Criterios de Evaluación y Diagnóstico Interdisciplinar

- Herramientas y métodos de evaluación multidimensional.
- Diagnóstico diferencial en pacientes con múltiples enfermedades.
- Importancia de la evaluación integral cognitiva-funcional y apoyo social en la repercusión en posibles complicaciones.

4. Implementación de Equipos Interdisciplinarios: Roles y Coordinación

- Composición y roles de los equipos de atención interdisciplinar.
- Estrategias de comunicación y coordinación entre profesionales de salud.
- Casos prácticos de trabajo en equipo para el manejo de pacientes complejos.

5. Coordinación urgencias – Unidades de atención al paciente pluripatológico o UCA

6. Experiencia diseñada para proporcionar una comprensión integral de la gestión de los servicios de salud en la atención a pacientes con pluripatologías y atención continuada.



3. Criterios de Evaluación y Diagnóstico Interdisciplinar.

3.1. Herramientas y métodos de evaluación multidimensional.

La evaluación multidimensional según el diccionario médico es aquella que se define como la realizada u obtenida en varias direcciones, es decir, la que nos permite identificar los distintos problemas que tienen lugar en la enfermedad de un paciente desde un abordaje biopsicosocial. (1,2)

El modelo biopsicosocial, propuesto por George L. Engel (psiquiatra y médico internista estadounidense) plantea que diversos factores influyen en el desarrollo y bienestar de una persona, especialmente en situaciones de enfermedad, trastorno o discapacidad. Estos factores se dividen en tres categorías principales: biológicos (como la genética y la herencia), psicológicos (incluyendo comportamientos, emociones y pensamientos) y sociales (como las oportunidades educativas, la pobreza y el desempleo). Engel presentó en 1977 esta idea de que, en todas las etapas de una enfermedad, trastorno o discapacidad, interactúan estos tres tipos de factores, a los que también pueden añadirse otros factores como pueden ser los factores espirituales. (3)

La evaluación biopsicosocial en pacientes crónicos consiste en comprender y tratar a estos pacientes, considerando como decía Engel, además de los aspectos biomédicos de la enfermedad, aquellos psicológicos y sociales que pueden influir en su salud. (3)

Como bien queda plasmado en el documento de la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León titulado “Proceso de atención a la persona con pluripatología crónica compleja”, podemos utilizar para realizar esta valoración biopsicosocial herramientas como la entrevista clínica, la exploración clínica y una serie de herramientas validadas de las que hablaremos más adelante. (4)

Esta evaluación biopsicosocial comenzará con la llamada “entrevista clínica”, que es una interacción, paciente-profesional, en la que el profesional de la salud obtiene datos del paciente para entender mejor sus síntomas y antecedentes. Este proceso incluye la revisión de la historia médica, social y familiar del paciente, así como la evaluación de sus preocupaciones y expectativas sobre el cuidado que recibirá (5). Durante la entrevista clínica iremos evaluando todas aquellas esferas que forman parte de la valoración biopsicosocial.



La primera esfera de esta valoración es la biológica. Con ella abriremos la historia clínica del paciente, e incluirá la exploración física, pruebas de laboratorio y estudios de imagen si fueran necesarios, determinando todas aquellas enfermedades presentes, para establecer la complejidad de estos pacientes. Esta evaluación debe incluir, además, la revisión del plan terapéutico y de la adherencia terapéutica, y una evaluación de la capacidad funcional del paciente.

La historia clínica es un documento de carácter médico-legal que organiza de forma cronológica y completa toda la información relevante sobre la salud de un paciente. En él se registran los datos obtenidos durante la anamnesis (historia médica), la exploración física, los diagnósticos realizados, los tratamientos administrados, y la evolución del paciente. Este documento es crucial para la continuidad del cuidado médico, ya que facilita la comunicación entre los diferentes profesionales de la salud, y es fundamental para tomar decisiones médicas fundamentadas y para realizar investigaciones clínicas. (6)

La exploración física es realizada por profesionales sanitarios y considerada una parte fundamental de la evaluación clínica. Tiene como finalidad descubrir la existencia o no de alteraciones físicas o signos producidos por la enfermedad. (6) Pero no solo eso, como bien refieren en “El Manual Seidel de Exploración física”, la exploración física encaminada a realizar la anamnesis o la historia clínica del paciente supone el establecimiento de la relación terapéutica con el mismo, la cual debe establecerse sobre las bases de amabilidad, comodidad, conexión y confirmación. (8)

Los componentes de la exploración física son:

- Inspección: es la valoración visual de superficies corporales o cavidades fácilmente accesibles como pueden ser la boca o la faringe, que llevaremos a cabo desde que nuestro paciente entra en la consulta, hasta que sale de la misma. (7)
- Palpación: según el diccionario médico, la palpación es la técnica utilizada para evaluar el estado de los tejidos corporales, principalmente músculos y órganos internos, mediante el sentido del tacto. (1) Utilizando nuestras manos exploraremos la temperatura, consistencia, tamaño, situación, forma y movimientos de la región que estamos explorado. (7)



- Percusión: es la técnica que consiste en la apreciación por el oído de los ruidos que se originan cuando se golpea la superficie externa del cuerpo. Esta percusión puede ser únicamente digital, usando un dedo, siendo esta muy poco usada, o digito-digital en la que pondremos un dedo sobre la zona explorada para percutir sobre él, siendo esta de las más utilizadas en la práctica clínica. Existe otro tipo de percusión conocida como puño percusión, en la que colocando una mano en la superficie que queremos explorar, percutiremos con nuestro puño sobre la misma, con el fin de detectar dolor, siendo usada sobre todo en la zona renal. (7)
- Auscultación: según el diccionario médico es aquella técnica que consiste en la exploración de los fenómenos acústicos que se producen en los distintos órganos del cuerpo humano, que puede realizarse directamente o usando instrumentos destinados para ello, como el fonendoscopio o el estetoscopio. La auscultación sigue siendo uno de los métodos más empleados para la exploración de los sistemas respiratorio y cardiovascular, a pesar de la aparición de nuevos métodos. (1, 7)

Además de todo esto, se deberá llevar a cabo la monitorización de las constantes vitales (tensión arterial, frecuencia cardíaca, saturación de oxígeno, etc.), así como la evaluación de los datos antropométricos, peso y talla.

Dentro de la valoración de la esfera biológica en el paciente con pluripatología crónica compleja, adquiere una importancia especial la valoración del estado nutricional del mismo, dado que esta, es fundamental para el manejo adecuado de su condición y para mejorar los resultados clínicos. (9)

La malnutrición que aparece asociada a las patologías crónicas supone un factor determinante en el pronóstico de estos pacientes. Según la OMS “el término «malnutrición» se refiere a las carencias, los excesos y los desequilibrios de la ingesta calórica o de nutrientes de una persona”. (10)

La malnutrición es un problema muy común entre los pacientes con enfermedades crónicas. Tanto es así, que numerosas investigaciones han indicado que hasta el 60% de los individuos que padecen afecciones crónicas, como insuficiencia cardíaca, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y enfermedad renal crónica, sufren algún nivel de malnutrición. (11)



Esta malnutrición se asocia con un aumento significativo de la mortalidad y la morbilidad en pacientes con patologías crónicas, dado que los pacientes desnutridos tienen un riesgo mayor de complicaciones, como infecciones, retraso en la recuperación, y hospitalizaciones más prolongadas. (12)

La malnutrición, no solo afecta a la salud de los pacientes con pluripatología compleja, sino que también supone un aumento en el coste que se genera con la atención sanitaria, estimándose que los costes relacionados con la malnutrición de estos pacientes pueden ser hasta un 50% más altos en comparación con aquellos generados por pacientes bien nutridos, debido a la prolongación de las estancias hospitalarias y a las complicaciones adicionales que se generan. (13)

Todo esto, unido a la reducción significativa de la calidad de vida de los pacientes con pluripatología compleja (dada la afectación que se produce de su capacidad para realizar las actividades diarias, el aumento de la fatiga y la reducción de la capacidad funcional) hace que cobre una gran importancia la realización de una intervención nutricional temprana en este tipo de pacientes. Esta última puede hacer que se produzca una mejora significativa de los resultados clínicos en estos pacientes, reduciendo tanto la mortalidad como las complicaciones asociadas y ayudando de esta manera a mejorar la calidad de vida de los pacientes con pluripatología compleja. (14, 15)

El hecho de identificar de forma temprana la desnutrición en los pacientes con pluripatología crónica compleja, nos permite implementar intervenciones nutricionales que sean capaces de prevenir la aparición de complicaciones como pueden ser las úlceras por presión, las infecciones o la sarcopenia entre otras. (16)

Realizar una adecuada valoración y posterior tratamiento del estado nutricional nos permite mejorar la calidad de vida, las funciones física y mental, y la capacidad del paciente para llevar a cabo sus actividades diarias. (17)

La valoración nutricional presenta como objetivo determinar el grado de salud del que dispone el paciente, mirado desde un punto de vista nutricional. Existen numerosas herramientas de cribaje del estado nutricional las cuales dependen de factores como el ámbito asistencial, la infraestructura o los recursos disponibles. De esta forma existen



entidades que recomiendan el uso del Nutritional Risk Screening-2002 (NRS-2002) en aquellos pacientes que se encuentren hospitalizados, el Malnutrition Universal Screening Tool (MUST) a nivel de la comunidad y la primera parte del Mini-Nutritional Assessment (MNA) en la población geriátrica. Además de estas escalas, es importante saber que el diagnóstico nutricional se realiza empleando el uso de la historia clínica y dietética del paciente, la exploración física de la que hemos hablado anteriormente (incluyendo en la misma datos antropométricos), y pruebas bioquímicas y funcionales.

Vista la importancia de la valoración del estado nutricional se hace necesario incluir el screening nutricional en la evaluación inicial de todos aquellos pacientes que se encuentren hospitalizados, además de aquellos otros de los que, en el ámbito ambulatorio, sospechemos malnutrición (pérdida de peso, anorexia, vómitos o diarrea, dificultades en la alimentación, etc.)

Aunque no disponemos de ninguna herramienta que consideremos como “Gold Standar” es sabido que la Valoración Global Subjetiva (VGS) y el MNA son herramientas consideradas de utilidad en la valoración del estado nutricional de los pacientes con pluripatología crónica compleja. (18)

- Mini Nutritional Assessment (MNA): se trata de una herramienta ampliamente utilizada para evaluar el riesgo de desnutrición en pacientes mayores. Teniendo como población diana a la población geriátrica general, esta escala evalúa la ingesta alimentaria, el peso, la movilidad, y otros factores relacionados con la nutrición. (19) Consta de dos partes, un primer test que es un “test de cribaje” y un segundo cuestionario que es un “test de evaluación”. Si el primero es igual o inferior a 10, es necesario completar el segundo para tener un dato preciso del estado nutricional de nuestro paciente. La puntuación global es la suma de los ítems de ambas partes, el test de cribaje y el de evaluación, suponiendo una puntuación comprendida entre los 17 y los 23,5 puntos, riesgo de malnutrición, y una puntuación inferior a 17, malnutrición establecida. (20) (Anexo 1)
- Subjective Global Assessment (SGA) o Valoración Nutricional Subjetiva (VSG): supone una evaluación subjetiva que se basa en la historia médica (peso del paciente



y evolución de este, presencia o ausencia de síntomas digestivos en las últimas dos semanas, la capacidad funcional y los requerimientos metabólicos) y el examen físico de nuestro paciente (pérdida de grasa subcutánea, pérdida de masa muscular, edemas o ascitis). Se trata de una herramienta muy útil para detectar la malnutrición y planificar intervenciones nutricionales en pacientes hospitalizados y ambulatorios. Esta valoración clasifica a los pacientes en tres grupos: A, B y C, siendo los primeros aquellos catalogados como “bien nutridos” y los últimos los que presentan “malnutrición grave”. (18)

Además de estas dos, tenemos alguna otra herramienta que nos puede ayudar en la realización de un diagnóstico nutricional en nuestros pacientes:

- NRS-2002 (Nutritional Risk Screening 2002): es una herramienta de cribado clínico creada por ESPEN (Sociedad Europea de Nutrición Enteral y Parenteral) para identificar el riesgo nutricional. Este método incluye cuatro preguntas que consideran la gravedad de la enfermedad. Si alguna de estas preguntas tiene una respuesta afirmativa, se procede a realizar un cribado completo, que evalúa el porcentaje de pérdida de peso a lo largo del tiempo, la reducción en la ingesta alimentaria habitual, y asigna una puntuación según la gravedad de la enfermedad, añadiéndose además un punto adicional para los pacientes mayores de 70 años. Si la puntuación total es ≥ 3 , se considera que el paciente está en riesgo nutricional y se debe iniciar soporte nutricional. Si la puntuación es < 3 , se debe realizar una reevaluación semanal. En caso de que el paciente vaya a someterse a una cirugía mayor, se recomienda comenzar con soporte nutricional en el periodo perioperatorio. (21) (Anexo 2)
- Malnutrition Universal Screening Tool (MUST): es una escala que evalúa el riesgo de malnutrición en adultos a partir del índice de masa corporal (IMC), pérdida de peso y el impacto de la enfermedad aguda. Esta escala está usada para usarse tanto en hospitales, como en Atención Primaria y otros entornos de atención sanitaria y puede ser usado por cualquier profesional sanitario. (20) Esta prueba se estructura en 5 pasos que son los siguientes:



- Paso 1: medir la estatura y el peso con el objetivo de obtener el IMC del paciente. En caso de que no sea posible obtener alguno de los valores anteriores, se obtendrá el IMC usando el perímetro braquial, el cual si es < 23.5cm nos informa de la probabilidad de tener un IMC <20kg/m², o por el contrario si el perímetro braquial es > a 32cm nos informa de la probabilidad de tener un IMC > 30kg/m².
- Paso 2: se valorará el porcentaje de peso involuntario perdido por el paciente
- Paso 3: considerar si alguna de las enfermedades agudas que presenta el paciente está teniendo efecto en el estado nutricional del mismo.
- Paso 4: sumar las puntuaciones de los tres pasos anteriores con el objetivo de obtener el riesgo global de malnutrición.
- Paso 5: usando los tratamientos o normas disponibles, establecer un plan nutricional individualizado para cada paciente.

Además de estas herramientas, se han desarrollado en los últimos años en España dos métodos automatizados para realizar el cribado nutricional que se llaman CONUTÒ e INFORNUTÒ.

Como hemos visto, no existe una única herramienta que nos permita hacer un diagnóstico nutricional completo, si no que debemos realizar la evaluación de forma conjunta valorando aspectos tanto clínicos, como antropométricos y bioquímicos, siendo imprescindible que durante la exploración física se preste especial atención a aquellos signos que nos hagan sospechar de un déficit nutricional.

Todo esto es importante dado que la intervención nutricional temprana en pacientes con patologías crónicas puede mejorar significativamente los resultados clínicos, reduciendo la mortalidad y las complicaciones, y mejorando la calidad de vida.

La alta prevalencia de esta malnutrición, el impacto negativo que tiene en la morbilidad y mortalidad, y los elevados costes asociados a la misma, inciden en la necesidad de una evaluación nutricional sistemática y en la realización de intervenciones adecuadas. Las intervenciones nutricionales llevadas a cabo en este tipo de pacientes pueden mejorar significativamente la evaluación de las enfermedades existentes y la calidad de vida de los pacientes crónicos.



La exploración física, además de ser fundamental para la evaluación del estado nutricional, es clave para la valoración integral del estado general del paciente. Su importancia radica en que actúa como una herramienta complementaria a la historia clínica, la cual debe incluir antecedentes personales, familiares y el tratamiento farmacológico actual. Asimismo, la exploración física proporciona información adicional que se integra con los resultados de las pruebas de imagen y laboratorio disponibles, ofreciendo una visión más completa del estado de salud del paciente.

La realización de las pruebas de laboratorio incluirá una analítica completa con hemograma, bioquímica y aquellas determinaciones específicas según la edad y las patologías presentes. Además de estas pruebas se realizarán estudios de imagen (radiografía, resonancia magnética, TAC, etc.) según los profesionales sanitarios determinen su pertinencia.

Otra parte muy importante en este primer contacto es la revisión del plan terapéutico y de la adherencia terapéutica.

El plan terapéutico se conoce como aquel plan que incluye información detallada sobre la enfermedad del paciente, además de incluir los objetivos del tratamiento, las opciones de este, efectos secundarios y la duración que se espera. (21)

Por otro lado, la adherencia terapéutica es según la OMS “el grado en que el comportamiento de una persona (tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida) se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria” (23).

En cuanto al plan terapéutico, se considera correcta la prescripción de un medicamento cuando existe evidencia de su uso para una determinada causa, es bien tolerada por el paciente y tiene un coste-efectividad adecuado. Un mal control de este puede tener repercusiones produciendo deterioro en la salud del paciente, aumentando así el número de ingresos, institucionalizaciones e incluso de la mortalidad. (24)

La revisión del plan terapéutico es una importante tarea de los equipos de Atención Primaria que nos permite adaptar el mismo a cada uno de nuestros pacientes, teniendo en cuenta factores como edad, comorbilidades o incluso situaciones específicas tales como la



gestación, ayudándonos además a mejorar la adherencia al tratamiento. (24) Está adherencia al tratamiento se considera fundamental para garantizar la efectividad de los medicamentos. La no adherencia puede resultar en la falta de efectividad del tratamiento y en el avance de la enfermedad. (25)

La valoración de la adherencia terapéutica se puede hacer tanto con métodos directos (midiendo la cantidad de fármaco en cualquiera de sus formas en sangre o fluidos corporales) o mediante métodos indirectos (entrevista clínica, encuestas validadas, recuento de la medicación sobrante o datos de las dispensaciones realizadas en la farmacia). (26)

Los métodos directos nos permiten cuantificar, por lo tanto, la toma de la medicación, ofreciéndonos una medición objetiva y específica, pero siendo a la vez, caros, sofisticados y estando en muchas ocasiones fuera del alcance de la Atención Primaria de salud. (27)

Los métodos indirectos, por el contrario, son sencillos y económicos, pero no son objetivos ya que dependen de la información que nos proporcione el paciente o sus familiares, tendiendo los mismo a sobreestimar el cumplimiento de los tratamientos. (27)

Dentro de estos métodos indirectos incluimos, como decíamos anteriormente, los siguientes:

- Métodos basados en la entrevista clínica: la entrevista clínica, como ya hemos mencionado, supone el inicio de la comunicación del profesional con el paciente. En ella podemos tratar de identificar, mediante el dialogo, el conocimiento que él mismo o sus familiares tienen sobre su tratamiento, identificando tanto la actitud que presenta ante el tratamiento, como las barreras que puedan existir. Durante la entrevista vamos a ir utilizando las diferentes herramientas de las que disponemos, como por ejemplo, el diario de medicación (que consiste en un registro escrito de la medicación utilizada, realizado por el paciente o familiar, mediante el cual el profesional puede valorar la adherencia al tratamiento), o cuestionarios validados (suelen ser los métodos más utilizados, los cuales nos pueden dar información referente a la toma de medicación, barreras existentes, factores determinantes o incluso creencias relativas al uso de medicamentos). (26)



Aunque la bibliografía nos muestra una gran cantidad de pruebas de valoración de la adherencia terapéutica, vamos a centrarnos en los más utilizados en nuestro ámbito según el coeficiente de fiabilidad obtenido por el Alfa de Cronbach (índice que se usa para medir la confiabilidad del tipo consistencia interna de una escala) (28).

Fiabilidad excelente:

- BARS (Brief Adherence Rating Scale): valora el conocimiento que el paciente tiene de su tratamiento y los momentos en los que lo dejó de tomar mediante el uso de tres preguntas.

La puntuación se mide combinando la respuesta de las tres preguntas anteriores, no obteniendo una puntuación numérica como ocurre en otras escalas de medida, si no que el evaluador, utilizando las respuestas aportadas por el paciente, puntúa la adherencia mediante porcentajes en una Escala Visual Analógica (VAS), considerando altamente adherentes a aquellos pacientes que no han omitido o han omitido pocas dosis de su tratamiento, y poco adherentes a aquellos que han omitido múltiples dosis o han tomado menos del 50% de su tratamiento (28,29) (Anexo 3)

Fiabilidad buena:

- SEAMS (Self-efficacy for Appropriate Medication Use): es un cuestionario específico validado para enfermedades crónicas, que trata de averiguar los patrones de no cumplimiento y las barreras que impiden el mismo. Como inconveniente tiene la no valoración del grado de cumplimiento. Consta de 13 ítems que se dividen en dos dominios: autoeficacia para la toma de la medicación en situaciones difíciles (7 ítems) y autoeficacia para mantener la toma de la medicación (6 ítems). Su puntuación oscila entre 13 y 39 puntos, siendo aquellas puntuaciones mayores el reflejo de un paciente seguro en cuanto al manejo de su medicación. (28,29,30) (Anexo 4)
- CULIG: test donde cada uno de los ítems que responde el paciente supone una razón de incumplimiento sin profundizar en el grado del mismo. No tiene una



puntuación fija dado que las puntuaciones son asignadas por el evaluador, siendo aquellas más altas indicativas de una buena adherencia. (28,29) (Anexo 5)

- ARMS (Adherence to Refills and Medication Scale): cuestionario que valora de forma global la adherencia voluntaria o involuntaria de los pacientes entrevistados. Esta prueba evalúa tanto la capacidad del paciente para tomar los medicamentos prescritos, como la capacidad para retirar los medicamentos a tiempo de la farmacia. Disponemos de la versión adaptada al español de este cuestionario llamada ARMS-e, usada para valorar la adherencia en pacientes pluripatológicos. Cuanto más baja es la puntuación obtenida de la realización de las 12 preguntas de las que está compuesto, mejor es la adherencia. (28,29,31) (Anexo 6)

Fiabilidad aceptable:

- BMQ o The Beliefs about Medicines Questionnaire: es una prueba utilizada para valorar las creencias que tienen los pacientes acerca de su medicación y que puede influir en la adherencia. El cuestionario se divide en dos partes, evaluando una de ellas las creencias sobre la medicación de forma general y la otra sobre su tratamiento en concreto. Puntuaciones mayores en la escala de “necesidad”, se relacionan con una mejor adherencia, en cambio, si son mayores en la escala de “preocupación”, lo relacionaríamos con una menor adherencia. (26,27)) (Anexo 7)
- MARS (The Medication Adherent Report Scale) o escala informativa de cumplimiento de la medicación: consiste en un cuestionario compuesto por 10 preguntas que tratan sobre las creencias y las barreras que tiene el paciente respecto a la adherencia terapéutica. La puntuación va del 0 al 10 indicándonos las puntuaciones más altas una mejor adherencia. (28,29) (Anexo 8)

Otros test:

- Test de Morisky-Green: encontrado en la literatura también como Medication Adherence Questionnaire (MAQ) o 4-item Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-4). Siendo uno de los test de valoración de la adherencia terapéutica más conocidos y utilizados en investigación y en la práctica clínica, consiste en cuatro preguntas de respuesta dicotómica (sí o no) sobre las actitudes del paciente



respecto a su medicación y que se realiza durante el desarrollo de la entrevista clínica. Se considera que el paciente no es adherente cuando las actitudes que nos muestra la prueba no son correctas, considerándole adherente si contesta las preguntas correctamente, es decir, No/Sí/No/No. (26) (Anexo 9)

- Test de Batalla Breve o test de conocimiento del paciente sobre la enfermedad: se trata de un test breve en el que un mayor conocimiento de la enfermedad por parte del paciente supone un mayor cumplimiento terapéutico. Consiste en la realización de 3 preguntas, considerándose no adherente a aquel paciente que falle alguna de ellas. (26) (Anexo 10)
- Test del cumplimiento auto comunicado o Test de Haynes-Sackett: es un cuestionario compuesto de dos partes en el que se interroga al paciente sobre el nivel de cumplimiento de su tratamiento. Al principio se trata de evitar el interrogatorio de forma directa, intentando crear un buen ambiente. Se inicia el test comentando las dificultades que tienen los pacientes para usar su medicación usando la frase: «la mayoría de los pacientes tienen dificultades en tomar todos sus comprimidos». Después se continúa con la pregunta: «¿tiene usted dificultades en tomar los suyos?». Si a esta pregunta el paciente responde “Sí” se le considera incumplidor. Pero si por el contrario responde “No”, no podemos descartar que sea incumplidor, por lo que debemos continuar con las preguntas: «¿cómo los toma?, ¿todos los días, muchos días, algunos días, pocos días o rara vez?».

Para finalizar se acaba con la pregunta: "Muchas personas tienen dificultad en seguir los tratamientos, ¿por qué no me comenta cómo le va a usted?", tras la cual si la respuesta es que tiene dificultad en alguna pregunta se le considera incumplidor. (26)

Además de todos estos cuestionarios disponemos de otras herramientas como son:

- Recuento de la medicación sobrante: consiste en citar al paciente de forma programada en dos días, con una determinada separación entre los mismos, y contar dosis de medicamento entre las mismas, lo cual nos permite calcular la adherencia en forma de porcentajes si conocemos la pauta de administración. Es un método objetivo y fiable. (26)



- Dispositivos electrónicos: son dispositivos que se incorporan en los envases de medicación presentando una o varias de las siguientes características: registran hora y fecha de apertura del envase, presentan recordatorios audiovisuales de siguiente toma o incluso dan un feedback del grado de cumplimiento. Su inconveniente principal es que tienen un elevado coste, que hace que se utilicen únicamente en ensayos clínicos. (26)
- Dispensaciones realizadas: se valora el registro de las dispensaciones realizadas en la farmacia por parte del paciente, asumiendo que la dispensación y recogida de los fármacos prescritos suponga la toma del medicamento. (26)

Dada la gran disponibilidad y variabilidad de métodos de valoración de la adherencia, el uso combinado de métodos tanto directos como indirectos supone la mejor estrategia para obtener una medición adecuada (27).

La última parte de esta evaluación biológica es la evaluación de la capacidad funcional.

La capacidad funcional según la OMS son todas aquellas capacidades que permiten a una persona ser y hacer las actividades que son importantes para ella desde las sencillas realizadas en el domicilio, hasta aquellas que presentan mayor complejidad (34,35)).

Para evaluar la capacidad funcional se realizará la valoración de tres áreas que son: las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD), las cuales evalúan la capacidad de una persona para cuidar de sí misma y cubrir sus necesidades esenciales, permitiéndole mantenerse independiente en su entorno cercano, como en su hogar; las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD), que requieren mayor habilidad y coordinación, evalúan tareas esenciales para mantener la independencia en el hogar y la autonomía en la comunidad, como hacer compras, cocinar, realizar tareas domésticas, desplazarse, utilizar transporte, manejar el teléfono y gestionar las finanzas del hogar, y que son las primeras en verse afectadas cuando la capacidad funcional disminuye; y las pruebas de ejecución y desempeño, en las que las personas tienen que hacer una serie de actividades físicas relacionadas con la marcha, movilidad o el equilibrio (35).



Escalas de valoración de las ABVD:

- Índice de Barthel: es una de las escalas más usadas para valorar la capacidad funcional de las personas la cual incluye diez ítems: alimentación, baño, aseo personal, vestido (arreglarse), uso del retrete, micción, deposición, traslado cama-sillón, deambulación, subir y bajar escaleras. Cada ítem se valora con 0, 5, 10 o 15 puntos, pudiendo obtenerse puntuaciones que oscilan entre 0 y 100 siendo las puntuaciones más bajas las que indican mayor dependencia. (35). (Anexo 11)
- Índice de Katz: es una escala que valora la capacidad funcional evaluando 6 áreas: alimentación, aseo, vestimenta, uso del retrete, movilidad y continencia. Valora la independencia en 7 grados (de la "A" a la "G") suponiendo el grado A la independencia total y el grado G la dependencia total. (35) (Anexo 12)

Escalas de valoración de las AIVD:

- Escala de Lawton y Brody: siendo una de las escalas más utilizadas para evaluar las actividades instrumentales de la vida diaria evalúa tareas como el uso del teléfono, manejo del dinero o realización de compra en el hogar entre otras. Su puntuación va del 0 al 8, siendo la persona más independiente cuanto más se acerca a la puntuación superior. (Anexo 13)
- Cuestionario VIDA: cuestionario creado en España como reacción a la falta de cuestionarios existentes para la valoración de las AIVD, con el propósito de conseguir esta evaluación, evitando los sesgos de otros test. Esta escala evalúa 10 ítems con una puntuación que oscila entre 10 y 38 puntos. (36) (Anexo 14)

Pruebas de ejecución y desempeño:

Son herramientas fundamentales en la evaluación funcional de los pacientes, ya que nos permite valorar la capacidad de estos que reflejan actividades de la vida diaria, además de medir el nivel de independencia. Estas herramientas nos permiten saber cómo es el estado del paciente antes, durante y después de realizar una intervención terapéutica, permitiendo adaptarlas según sus necesidades y capacidades. Además, nos permiten detectar que áreas precisan mayor atención para así poder incidir en las mismas. (37)



Las pruebas de ejecución y desempeño son herramientas clave en la evaluación funcional de pacientes, incluyendo aquellos con enfermedades crónicas. Estas pruebas permiten medir la capacidad de una persona para realizar tareas específicas que reflejan actividades de la vida diaria, así como su nivel de independencia. (37)

Entre ellas encontramos las siguientes:

- Timed Up and Go (TUG): que mide el tiempo que tarda el paciente en levantarse de una silla, caminar 3 metros, volver y sentarse en la silla de nuevo. Es muy usada para valorar el riesgo de caídas en pacientes geriátricos y con pacientes con enfermedades neurológicas.
- Prueba de la marcha de 6 minutos (6MWT): que mide la distancia que un paciente es capaz de andar en 6 minutos. Usada habitualmente en enfermedades cardiovasculares y pulmonares crónicas, permitiéndonos evaluar su capacidad funcional y resistencia física. (35)

Una vez realizada la evaluación de la esfera biológica, el siguiente paso de la valoración multidimensional consiste en la evaluación de la esfera psicológica del paciente.

Según la OMS la salud mental es parte integral de la salud y el bienestar de las personas. Esta, puede afectarse debido a numerosas causas entre las cuales encontramos a aquellas personas con problemas de salud crónicos. (34)

El impacto que generan las enfermedades crónicas en su esfera psicológica está relacionado con la existencia de estrategias de afrontamiento ante los miedos, preocupaciones o pensamientos en relación con su enfermedad y el futuro de esta. Realizar un abordaje psicológico a nivel cognitivo, emocional, conductual, social y espiritual en estos pacientes ayuda a conseguir un mejor afrontamiento de la enfermedad, intentando conseguir el mayor nivel de calidad de vida que la enfermedad permita.

La evaluación psicológica, es, por tanto, fundamental para permitirnos comprender el impacto de estas enfermedades en la esfera emocional y mental de nuestros pacientes. Esta evaluación nos permite identificar problemas como la ansiedad, la depresión, los trastornos del patrón del sueño, etc. Identificar estos problemas es fundamental para poder establecer el abordaje integral de estos pacientes.



Además, se ha comprobado que una correcta salud mental, favorece la adherencia al tratamiento, pudiendo mejorar, si esta se mantiene, los resultados de este.

Pero no solo esto, el hecho de ser diagnosticado de una enfermedad crónica puede suponer un duelo por la pérdida de salud que conlleva. Dotar de herramientas de afrontamiento a estos pacientes, puede ayudarles a mejorar su calidad de vida, mejorando a su vez el estrés generado por la situación y aumentando de esta forma el bienestar general.

Al igual que en la esfera biológica, en esta parte psicológica, también disponemos de herramientas de ayuda para realizar la evaluación de nuestros pacientes. Entre ellas podemos encontrar las siguientes:

- Entrevista clínica: la cual nos permite recoger información sobre el estado mental y emocional de paciente, así como de los mecanismos de afrontamiento de los que dispone.
- Cuestionarios y Escalas:
 - Escala de Depresión de Beck (BDI): es un autoinforme que nos permite medir la presencia y gravedad de la depresión en paciente de 13 años o más. Presenta puntuaciones comprendidas entre 0 y 63 puntos, siendo las puntuaciones más altas aquellas que muestran un mayor grado de depresión. (39) (Anexo 15)
 - Cuestionario de Salud General de Goldberg (GHQ): el cuestionario inicial se trataba de un test compuesto por 60 preguntas cuya misión era evaluar el grado de salud general de los pacientes de forma auto percibida, es decir, la evaluación que hace el propio individuo de su salud. Hay una versión en castellano, con 12 preguntas, que ha demostrado tener una buena consistencia interna y una validez aceptable. (40) (Anexo 16)
 - SF-36 (Short Form Health Survey): evalúa la calidad de vida valorando como las enfermedades afectan a varias esferas de la vida de los pacientes como las emocionales o las psicológicas. (41) (Anexo 17)

Además de la evaluación psicológica y emocional que acabamos de ver, tenemos que saber que realizar la evaluación cognitiva es de gran importancia para reconocer posibles



alteraciones que afecten a la calidad de vida de los pacientes con patologías crónicas, o incluso dificulten la capacidad para manejar sus enfermedades. (42)

En estos pacientes, se sabe que factores como la edad, las enfermedades crónicas (diabetes, hipertensión, etc.), la polimedicación, la inactividad física, los malos hábitos alimenticios y el aislamiento social suponen factores de riesgo significativos para el deterioro cognitivo, y más si estos aparecen de forma combinada. (42)

La combinación de estos factores en los pacientes que presentan patologías crónicas supone en muchas ocasiones, un mayor riesgo de sufrir deterioro cognitivo, manifestándose este con alteraciones de la memoria, lenguaje, atención o funciones de ejecución entre otras. Estas alteraciones repercutirán de manera negativa en los pacientes al influirles en tareas como la capacidad para seguir de forma adecuada sus tratamientos, repercutiendo por lo tanto en la evolución de las patologías que presentan. (42)

Realizar una correcta evaluación cognitiva nos permite reconocer de forma precoz las manifestaciones de deterioro cognitivo, lo cual es crucial para abordarlas de manera adecuada evitando así una mayor progresión del deterioro. (43)

Disponemos para realizar la evaluación cognitiva de varias herramientas que son las siguientes:

- Mini- Mental State Examination (MMSE): siendo de las escalas más utilizadas para realizar la evaluación cognitiva, evalúa áreas como la orientación, memoria, cálculo, lenguaje, atención y habilidades de construcción visoespacial. En aquellos pacientes que obtengan puntuaciones inferiores a 27 en esta prueba, existe la posibilidad de presentación de deterioro cognitivo, indicándonos aquellas puntuaciones más próximas a cero mayores grados de este. (44) (Anexo 18)
- Test del reloj: escala útil en combinación con otras, que evalúa las funciones de ejecución y la capacidad visoespacial del paciente. En él, se pide al paciente que dibuje un reloj con una hora determinada. Puede ser realizado mediante la orden de que el paciente realice el dibujo o entregándole el dibujo ya hecho y un folio en blanco donde tiene que realizar la copia (42)



- Índice de Pfeiffer: cuestionario utilizado sobre todo en paciente mayores y en pacientes con patología crónica, evalúa memoria, orientación y habilidades aritméticas. (42) (Anexo 19)

Por último y no menos importante debemos realizar una valoración sociofamiliar exhaustiva, ya que nos permite conocer la relación del paciente con su entorno. Estos aspectos sociales determinan en gran medida el estado de salud. Debemos investigar sobre aspectos como el hogar, el apoyo social o familiar, para a partir de aquí, determinar qué nivel asistencial es el adecuado para él y de que recursos sociales se puede beneficiar. (44)

Para realizar esta valoración disponemos de escalas entre las que destacan las siguientes:

- Cuestionario de Barber: es un instrumento ampliamente utilizado para la detección de riesgo de dependencia, vulnerabilidad o fragilidad en adultos mayores. Tiene una puntuación que va de 0 a 9, siendo 0 indicativo de “normalidad” y 9 de “anciano de riesgo”. (45) (Anexo 20)
- Escala OARS de recursos sociales: es un instrumento que nos aporta información sobre la estructura familiar y los recursos sociales, los recursos económicos, la salud mental y física, y capacidad de realizar las ABVD. La escala se evalúa con 6 puntos siendo 1 excelentes recursos, y 6 deterioro social total. (44) (Anexo 21)
- Escala de apoyo social percibido: su finalidad es valorar el apoyo social percibido desde la familia, amigos y pareja. Está formado por 12 ítems y las puntuaciones mayores indican un mayor apoyo social percibido. (44) (Anexo 22)
- Escala de valoración social de Gijón: valora la situación social y familiar de las personas mayores que viven en su domicilio, con una puntuación entre 0 y 20, indicando las puntuaciones mayores una peor situación. (44) (Anexo 23)
- Escala de Zarit: evalúa el riesgo de sobrecarga del cuidador principal siendo una puntuación superior de 47 indicadora de sobrecarga. (Anexo 24)

Como hemos ido viendo, la complejidad de las personas con patología crónica se relaciona con la posible pérdida de funcionalidad que pueden experimentar estos pacientes, y con la multitud de contactos con el servicio sanitario que realizan, los cuales pueden hacer que tanto el paciente como su entorno se vean superados por la situación. Es por este motivo por el que el manejo de pacientes crónicos con múltiples patologías complejas requiere de un



enfoque integral que incluya equipos de salud bien preparados y coordinados, así como pacientes educados y participativos en su propio cuidado.

Es por todo lo mencionado por lo que resulta fundamental utilizar herramientas y métodos de evaluación multidimensionales, para así poder abordar las diferentes necesidades de estos pacientes y mejorar sus resultados en salud.

3.1.2. Evaluación multidimensional en el paciente pediátrico con patología crónica.

Existe una parte de la población con pluripatología crónica compleja que corresponde a población pediátrica.

Aquellos niños que presentan o tienen riesgo de presentar una enfermedad crónica (física, psíquica o conductual) y por lo tanto precisan más atención médica que el resto de la población pediátrica, son los denominados niños con necesidades especiales de salud (NNES), dentro de los cuales encontramos los niños con patología crónica compleja que son los denominados (NPCC), los cuales suponiendo solo entre el 1 y el 5% de la población pediátrica total, consumen aproximadamente el 30-40% del gasto sanitario de la población pediátrica. (46,47)

No existe una definición que este aceptada de manera universal para definir a los NPCC, pero Cohen et al. describieron las siguientes características que se consideran fundamentales para definir a estos pacientes:

- Un paciente con una condición médica que se espera que dure al menos 12 meses, afectando a varios sistemas del cuerpo o a uno solo, pero de tal gravedad que requiere atención pediátrica especializada y posiblemente hospitalización en un centro de atención terciaria.
- Además, presenta limitaciones funcionales significativas, lo que implica una alta necesidad de recursos de salud y educativos. También, hace un uso frecuente del sistema sanitario. (48).

La complejidad de este último grupo de población hace que sean más susceptibles a sufrir complicaciones como infecciones asociadas a la atención sanitaria, errores de medicación, efectos adversos relacionados con los medicamentos o incluso prolongación de las estancias



hospitalarias. (47) Todo esto se suma a que generalmente estos niños tienen cuidadores informales que sufren un elevado grado de estrés y sobrecarga relacionado no solo con la patología presente en los mismos, si no con los frecuentes problemas sociales que los acompañan. (47)

Aunque la variabilidad de esta población es muy elevada, todos presentan como necesidad común un abordaje que les ofrezca una atención continua, integral y accesible que se centre tanto en el paciente como en la familia y que se coordine tanto con todos los niveles del sistema sanitario como con aquellos del entorno educativo y social del niño. (47)

Todo lo expuesto anteriormente hace que cobre una especial importancia la clasificación e identificación de las diferentes cohortes de NPCC que existen. Para ello existen varios modelos que han demostrado utilidad, que son los siguientes:

- Modelo de Feudtner et al.: este modelo clasifica a los NPCC en diferentes categorías (respiratoria, neuromuscular, cardiovascular, metabólica, etc.) usando para ello los códigos diagnósticos de las patologías crónicas que padecen. La última versión de este modelo usa la “Clasificación Internacional de Enfermedades 10 (CIE-10) para clasificar los códigos diagnósticos y de procedimientos. (47)
- Modelo del Seattle Children`s Hospital o Algoritmo de complejidad Médica Pediátrica: diferencia a los niños en tres niveles según la complejidad: niños con enfermedades no crónicas, niños con enfermedades crónicas no complejas y niños con enfermedades crónicas complejas. (47)
- Algoritmo de niños con discapacidades: incluye 669 códigos CIE-9 que se han clasificado con una probabilidad del 75 % o más de indicar una discapacidad (47).
- Grupos de Riesgo Clínico (GRC): fueron desarrollados por 3M Health Information Systems y suponen un sistema que se basa en diagnósticos para organizar a los pacientes en 9 categorías que son mutuamente excluyentes. (47)
- Algoritmo de detección para identificar a niños con complejidad médica en el entorno clínico: realizado en dos partes que son las siguientes:



- Identificación de los niños con necesidades especiales usando el Children with Special Health Care Needs Screener y la información que esté registrada en la historia clínica durante el último año.
- El Children with Special Health Care Needs Screener (CSHCN Screener) es una herramienta breve y estandarizada diseñada para identificar a niños que requieren atención médica especial debido a condiciones crónicas. Estas condiciones pueden ser físicas, mentales, conductuales o de otro tipo, y hacen que los niños necesiten servicios de salud más intensivos o especializados en comparación con otros niños de su edad.

El cuestionario consta de 5 preguntas que los padres responden, enfocadas en aspectos como el uso de medicamentos recetados, la necesidad de servicios médicos o educativos adicionales, las limitaciones en las actividades cotidianas, y la necesidad de terapias especializadas o apoyo emocional y conductual.

Se utiliza principalmente para:

- Identificar a niños con condiciones crónicas en estudios de salud pública.
- Monitorear la calidad de la atención médica que reciben estos niños a nivel local, estatal y nacional.
- Determinar la prevalencia de niños con necesidades especiales de salud y su distribución en diferentes poblaciones.

El CSHCN Screener es especialmente útil en entornos clínicos y de investigación para garantizar que los niños con necesidades complejas de salud sean correctamente identificados y reciban el cuidado adecuado. (49)

Una vez identificados, se determina cuál de los mismos presenta complejidad médica. Para que esto sea así, deben presentar una respuesta afirmativa en las siguientes preguntas:

- Alto consumo de recursos (dos o más ingresos hospitalarios, al menos un ingreso en Cuidados Intensivos o seis o más visitas a urgencias en los últimos 12 meses).



- Uso crónico de tecnología médica (como sonda de alimentación, válvula de derivación ventriculoperitoneal, traqueostomía, catéter venoso central, ventilación mecánica domiciliaria, etc.).
- Haber sido evaluado por tres o más subespecialistas en los últimos tres meses.
- Cuatro o más respuestas afirmativas en el Children with Special Health Care Needs Screener.(47)
- Escala PedCom: supone la primera escala numérica para identificar niños con patologías crónicas complejas. (47)

Los NPCC son un grupo muy diverso de pacientes, que a menudo sufren enfermedades poco comunes y requieren la intervención de varios especialistas. Esto implica un alto uso de recursos y una atención que suele estar desarticulada. Pese a su diversidad, todos ellos comparten determinadas características en común:

- Presentan un elevado número de ingresos, que generalmente suelen prolongarse y con mayor necesidad de estancias en cuidados intensivos
- Necesitan un soporte tecnificado
- Necesitan un elevado número de cirugías
- Suelen ser grandes frequentadores de los servicios de urgencias
- Utilizan múltiples fármacos como tratamiento habitual
- Suelen sufrir un elevado número de errores y eventos adversos relacionados con la prestación de atención sanitaria.
- Requieren de profesionales sanitarios cualificados para su atención
- En muchas ocasiones necesitan cuidados paliativos pediátricos.
- Su mortalidad suele ser elevada
- A la problemática en el estado de salud le suelen acompañar problemas psicosociales
- Necesitan una atención coordinada entre niveles asistenciales
- Suelen sufrir problemas en el momento de hacer el cambio a servicios sanitarios de adultos (47)

La evaluación multidimensional en pacientes pediátricos crónicos es un enfoque integral que considera diversos aspectos de la salud y el bienestar del niño, y existen varias herramientas diseñadas para este propósito que son las siguientes:



- Pediatric Quality of Life Inventory (PedsQL) o El inventario de calidad de vida pediátrica: es una escala usada para medir la calidad de vida existente relacionada con la salud en niños y adolescentes usada tanto en población sana como en aquella que presenta patología aguda o crónica. Esta herramienta incluye la evaluación de la función física, emocional, social y escolar del paciente. (50)
- Functional Independence Measure for Children (WeeFIM): consiste en una herramienta útil para determinar la capacidad del niño para llevar a cabo actividades de la vida diaria y la necesidad de asistencia que presenta al permitirnos valorar la capacidad funcional en niños con desarrollo normal en el periodo comprendido entre los 6 meses y los 7 años o aquellos mayores de 7 con enfermedades crónicas, discapacidades o retrasos del desarrollo funcional. Con ella podemos valorar diferentes áreas como son el autocuidado, la movilidad y la comunicación. (51)
- Vineland Adaptive Behavior Scales: escala usada para valorar el comportamiento adaptativo desde el nacimiento hasta los 90 años midiendo habilidades en áreas como la comunicación, la vida diaria y la socialización. Esta escala se usa en niños con trastornos del desarrollo y otras condiciones crónicas para valorar la adaptación al entorno (52)
- Escalas de Evaluación del Dolor: como la Escala Visual Analógica (EVA) o la Escala de Caras de Wong-Baker o la usadas ambas para evaluar el dolor en niños, permitiéndonos realizar una evaluación subjetiva del mismo.
 - Escala visual analógica: supone un instrumento válido y fiable que evalúa el dolor en niños mediante el uso de representaciones visuales como pueden ser caras felices o tristes o gamas de colores. (53)
 - Escala de Wong y Baker: es un tipo de escala visual analógica que usa 6 caras con una puntuación que va del 0 al 10. (54)
 - Cuestionario de Apoyo Social para Niños y Adolescentes: herramienta desarrollada a partir de la empleada para adultos es usada para valorar el apoyo social del niño por parte de la familia, los amigos y la comunidad. (55)
- Cuestionario de Apoyo Social para Niños y Adolescentes: herramienta desarrollada a partir de la empleada para adultos es usada para valorar el apoyo social del niño por parte de la familia, los amigos y la comunidad. (55)



Estas herramientas posibilitan una evaluación integral que abarca no solo aspectos médicos, sino también factores psicológicos, sociales y relacionados con la calidad de vida.

Considerando que los pacientes pediátricos crónicos suelen necesitar la participación de varios especialistas, estas herramientas mejoran la comunicación y la coordinación en la planificación de los cuidados siendo por lo tanto esenciales para diseñar planes de atención personalizados y eficaces para estos pacientes.

3.2. Diagnóstico diferencial en pacientes con múltiples enfermedades.

Según la RAE diagnosticar es: “determinar el carácter de una enfermedad mediante el examen de sus signos”. (57)

La consecución de un diagnóstico preciso supone el inicio de una atención médica de calidad. (34) Ahora bien, llegar al mismo es complejo dado el poco tiempo del que disponen los profesionales sanitarios durante la consulta, y el aumento paulatino que se ha producido en la complejidad de las situaciones que se les presentan en la práctica diaria, lo cual hace a estos profesionales más propensos a sufrir incidentes relacionados con el proceso diagnóstico. (58)

Un error diagnóstico se define como “aquel fallo en la explicación precisa y oportuna del problema de salud del paciente, o en la comunicación de esa explicación al mismo”. (59) Aunque no podemos determinar la frecuencia con la que se producen los errores diagnósticos durante nuestra práctica clínica, la OMS los ha catalogado como un problema prioritario. (59)

El proceso de hacer un diagnóstico es definido como “aquel proceso cognitivo que es necesario para evaluar y manejar los problemas médicos de los pacientes”. (33) Para llevar a cabo este proceso es necesario que los profesionales sanitarios pongan en marcha determinados mecanismos mentales, los cuales suelen ser involuntarios, y les permiten acercarse a la enfermedad que presenta el paciente. (60)

Este proceso diagnóstico consiste en una interrelación entre dos sistemas de pensamiento humano definidos por Kahneman, los cuales forman parte del conocido como proceso de



razonamiento dual, y que son el sistema 1 y 2 de respuesta. El primero es un sistema inconsciente y automático, rápido, reflejo, no lineal y que se ve influido por el medio; por otro lado, el segundo es analítico y racional, más lento y consumidor de tiempo y recursos.

Además de todo esto, en el proceso de realizar un diagnóstico también influyen factores como el entorno, el estado emocional o la urgencia de la situación. (60)

En el proceso diagnóstico, existe un primer paso basado en el conocimiento que el profesional de la salud tenga del problema que se le presenta, y de su experiencia previa, a parte de otros muchos factores. Este primer paso siempre es la adquisición de información, que incluye aquella recogida en la anamnesis, la averiguada durante la exploración física, o de los datos de laboratorio y técnicas de imagen. (60)

Para realizar el diagnóstico los profesionales disponen de una herramienta denominada “el método clínico”, el cual deriva del método científico y nos ofrece una forma organizada y coherente de seguir los pasos para alcanzar el diagnóstico. (60)

Este método clínico consiste en realizar pasos que permiten a los profesionales de la salud reconocer los problemas de salud existentes en nuestros pacientes y determinar el plan de tratamiento adecuando según las decisiones que tomemos. (61)

Los pasos del método clínico son los siguientes:

- Recogida de información: se inicia con la entrevista clínica, en la que obtenemos información sobre la historia médica del paciente, los antecedentes personales y familiares, y la identificación de los síntomas que presenta el paciente en el momento actual.
- Examen físico: se evalúa al paciente mediante las cuatro herramientas de las que hablamos anteriormente: inspección, palpación, auscultación y percusión, para poder evaluar aquellos signos físicos existentes que nos puedan orientar en el diagnóstico.
- Formulación de las hipótesis diagnósticas: utilizando la información obtenida en los dos pasos anteriores, se generan las causas que podrían explicar los síntomas presentes en el paciente.



- Pruebas complementarias: de laboratorio o de imagen que nos ayuden a confirmar o rechazar las hipótesis diagnósticas formuladas.
- Diagnóstico: es la identificación del problema. Más adelante veremos que existen diferentes tipos de este dependiendo del contexto y enfoque con el que se realice.
- Planificación del tratamiento: elaboración del plan terapéutico el cual puede incluir tanto tratamiento farmacológico como no farmacológico, intervenciones quirúrgicas, cuidados de enfermería u otros tipos de terapias.
- Evaluación continua: valoración continua de la evolución del paciente ajustando los tratamientos prescritos si fuera necesario. (61)

El diagnóstico es un elemento indispensable en nuestro trabajo diario al que dedicamos gran parte de nuestra jornada laboral y que se realiza a partir de un “cuadro clínico”, que se usa para descubrir la enfermedad que afecta al paciente. Para realizar la búsqueda de este, disponemos de cuatro métodos que son: intuitivo, inductivo, diferencial e hipotético. (60)

- Diagnóstico intuitivo: es el que se conoce como “ojo clínico” y para el que se precisa mucha experiencia y una alta capacidad de asociación entre lo que cuenta el paciente y lo que se tiene en la memoria. (60)
- Diagnóstico inductivo: la inducción va de lo particular a lo general. El diagnóstico inductivo va de manifestaciones particulares (signos y síntomas presentes en nuestro paciente) a un juicio generalizador que es la enfermedad de este. (62)
- Diagnóstico diferencial: es aquel en el que se comparan las diferencias o similitudes entre el cuadro que presenta el paciente y los modelos teóricos existente. (60)
- Diagnóstico hipotético: es aquel en el que ante la imposibilidad de confirmar el diagnóstico por otros medios, trata de confirmar el mismo a través de la aplicación de un tratamiento y la valoración de la respuesta a este. (60)

Aplicando estos métodos, y dependiendo del contexto y enfoque que se utilice, vamos a desarrollar los diagnósticos más frecuentes:

- Diagnóstico médico: es el proceso en el que utilizando los signos y síntomas que presenta el paciente junto con las pruebas de laboratorio y los estudios de imagen, se trata de identificar una enfermedad. (63)



- Diagnóstico diferencial: es el proceso para determinar cuál de varias enfermedades posibles, es la que afecta al paciente, descartando otras alternativas. (63)
- Diagnóstico de enfermería: es la evaluación de las respuestas humanas a problemas de salud, utilizada para planificar intervenciones de enfermería. (64)
- Diagnóstico etiológico: supone la identificación de la causa específica de una enfermedad, como infecciones o factores ambientales. (65)
- Diagnóstico presuntivo: consiste en la realización de una hipótesis diagnóstica que se basa en una probabilidad, pendiente de confirmación.
- Diagnóstico definitivo: es la confirmación de una enfermedad mediante pruebas concluyentes. (65)
- Diagnóstico sindrómico: consiste en la identificación de un síndrome basado en un conjunto de síntomas y signos. (66)
- Diagnóstico funcional: es la evaluación de la capacidad del paciente para realizar actividades diarias, importante en geriatría o rehabilitación. (67)

Vamos a centrarnos después de ver los tipos de diagnósticos que existen en la práctica clínica, en el tercero de los métodos diagnósticos de los que hablábamos al principio de este punto: el diagnóstico diferencial.

La Real Academia Nacional de la Medicina Española define el diagnóstico diferencial como: “Aquella estrategia de razonamiento hipotético y deductivo por la que el médico formula varios diagnósticos de sospecha coherentes con el cuadro clínico, teniendo en cuenta los datos disponibles sobre el enfermo, busca los puntos fuertes y débiles de cada uno, decide la práctica de nuevos estudios, propone nuevas hipótesis y desecha otras con el objeto de alcanzar un diagnóstico definitivo” (68).

Este diagnóstico es, en pacientes con múltiples enfermedades, un proceso complejo que implica identificar y descartar posibles causas que puedan provocar síntomas similares.

Este proceso es crucial para identificar la enfermedad exacta que afecta al paciente, especialmente cuando varias condiciones podrían contribuir a los síntomas presentes y, por tanto, esencial para proporcionar el tratamiento adecuado. (69)



El diagnóstico diferencial supone en los pacientes pluripatológicos un reto, ya que, en ellos, los síntomas de varias enfermedades pueden superponerse y confundirse, complicando el diagnóstico de las mismas. Es por eso, por lo que disponemos de ayudas para realizar el mismo, entre las que encontramos las siguientes:

- Historia clínica detallada: desarrollada en el anterior punto, supone una herramienta fundamental para la realización del diagnóstico. Como veíamos anteriormente, esta debe incluir información sobre los antecedentes tanto personales como familiares del paciente, el tratamiento que tiene prescrito y si realiza un correcto uso de este, y las posibles interacciones de las patologías que presenta.

Esta historia clínica debe incluir la evaluación del caso clínico con pruebas de laboratorio y de imagen que nos ayuden a encaminar el diagnóstico. (70)

La tarea de establecer este diagnóstico del que hablamos es una de las más complejas dentro del ámbito de la medicina, y aunque usualmente el desempeño de los profesionales sanitarios trata de ser el mejor posible, siempre cabe la posibilidad como veíamos anteriormente, de que se produzcan errores.

Es por ello, por lo que utilizando las Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC), se han desarrollado herramientas o Sistemas de Apoyo a la Decisiones Clínicas (SADC). Estas herramientas se definen como los sistemas electrónicos que ayudan a los sanitarios a tomar decisiones clínicas, usando las características individuales de los pacientes para crear evaluaciones y recomendaciones, que se dan a los profesionales para su consideración. (71)

Entre ellas encontramos las siguientes:

- DXplain: es una herramienta que, utilizando los signos, síntomas y pruebas de laboratorio de las que disponemos, crea una lista de hipótesis diagnósticas en las que categorizan las enfermedades en: comunes y raras. Existen estudios que demuestran el aumento en la precisión diagnóstica al aplicar esta herramienta de ayuda, lo cual supone la reducción de los errores diagnósticos y por lo tanto una mayor calidad de la atención que se presta a los pacientes. (71)



- Isabel: esta herramienta consigue convertir los signos y síntomas de nuestros pacientes en un listado de patologías relevantes el cual se usa en más de 90 países y está disponible en más de 10 idiomas. (72)
- VisualDx: es una herramienta que usa imágenes para responder a preguntas de diagnóstico, ayudando así a la toma de decisiones, al permitirnos introducir los datos de los pacientes y construir un diagnóstico diferencial del mismo. (73)

Es obvio que estas herramientas nos ayudan a ser más precisos en nuestros diagnósticos y a reducir la probabilidad de cometer errores. Sin embargo, no podemos olvidar que la colaboración entre profesionales de diferentes categorías profesionales (médicos, enfermeros, farmacéuticos), combinada con las herramientas de ayuda de las que disponemos, es la clave para conseguir un correcto diagnóstico de las patologías que les afectan y conseguir así un adecuado manejo de los pacientes crónicos complejos.

3.3. Importancia de la evaluación integral cognitiva-funcional y apoyo social en la repercusión en posibles complicaciones.

Según los informes de la OMS, alrededor de 41 millones de personas fallecen anualmente debido a las enfermedades no transmisibles (ENT), lo que supone el equivalente al 74% del total de muertes a nivel mundial. Estas afectan en mayor medida a países con niveles de ingresos medio bajos, produciéndose en los mismos más de las tres cuartas partes de las ENT (unos 31,4 millones).

Estas enfermedades no transmisibles (ENT), también llamadas, enfermedades crónicas, son el resultado de la combinación de diferentes factores entre los que destacan los factores genéticos, fisiológicos, ambientales y comportamentales. (74)

Entre los principales tipos de enfermedades crónicas o no transmisibles encontramos las enfermedades cardiovasculares (infartos agudos de miocardio y accidente cardiovasculares), el cáncer, la diabetes o las enfermedades respiratorias crónicas como son la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y el asma. (74)

Las enfermedades no transmisibles (ENT) impactan a personas de todas las edades, en diferentes regiones y países. Aunque comúnmente se asocian con personas mayores, las



estadísticas muestran que cada año más de 17 millones de personas menores de 70 años mueren a causa de una ENT. Los niños, adultos y ancianos están expuestos a factores de riesgo que favorecen el desarrollo de las ENT, como una dieta inadecuada, la inactividad física, la exposición al humo del tabaco, el consumo excesivo de alcohol y la contaminación ambiental. (74)

El rápido y desorganizado crecimiento urbano, la adopción generalizada de estilos de vida poco saludables y el envejecimiento poblacional son factores que contribuyen al aumento de estas enfermedades. Hábitos como una alimentación inadecuada y la falta de ejercicio pueden resultar en hipertensión, niveles elevados de glucosa o lípidos en la sangre, y obesidad. Estos son considerados factores de riesgo metabólicos y pueden provocar enfermedades cardiovasculares, que son las ENT responsables del mayor número de muertes prematuras.

Como ya hemos visto anteriormente, la evaluación multidimensional en los pacientes que presentan pluripatología crónica compleja consiste en un proceso multidisciplinar que valora al paciente desde la perspectiva biopsicosocial, ayudándonos a determinar los recursos médicos, psicosociales, funcionales y ambientales del mismo, permitiéndonos desarrollar así, un plan de tratamiento integral. (75)

La importancia de esta y en concreto la de la evaluación cognitiva, funcional y del apoyo social en pacientes crónicos está bien documentada en la literatura científica.

La evaluación cognitivo-funcional es aquella, que incluida dentro de la anteriormente mencionada, consiste en un proceso integral que valora las capacidades cognitivas y funcionales de una persona y que se considera fundamental para identificar el grado de autonomía del paciente, los posibles déficits cognitivos y funcionales que pueda presentar, y planificar de esta forma, intervenciones adaptadas a la situación, que nos permitan promover la independencia y nos ayuden a mejorar la calidad de vida de los mismos. (75)

Estas dos esferas adquieren una importancia especial en los pacientes con pluripatología crónica compleja, debido a la alta prevalencia de los trastornos cognitivos que sufren estos pacientes, y al alto grado con el que el estado funcional de estos está determinado por el entorno social y físico de los mismos. (74,75)



La OMS alude a la importancia de realizar una evaluación cognitiva y funcional, de especial forma en el tratamiento de pacientes crónicos. Estas, son fundamentales para entender el impacto que las enfermedades crónicas tienen en la vida de los pacientes y de qué forma influyen en la forma en la que los mismos realizan las actividades de su vida diaria e incluso en la forma que tienen de relacionarse con los demás. (76)

Por otra parte, el apoyo social es el conjunto de herramientas emocionales, instrumentales e informativas que obtiene una persona a través de sus redes sociales y relaciones interpersonales. El apoyo social abarca diversas dimensiones, como el apoyo emocional (escucha y comprensión), el apoyo instrumental (asistencia práctica) y el apoyo informativo (suministro de información relevante).

La importancia del apoyo social en el ámbito de las enfermedades crónicas es de sobra conocida y así lo podemos encontrar en la bibliografía existente. Según la misma se ha demostrado que aquellas personas que cuentan con una red social bien establecida tienen menor riesgo de morir que aquellas que se encuentran aisladas. (66) De hecho "PLoS Medicine" publicó un metaanálisis en el cual se revisaron datos de 148 estudios en los que se descubrió que las personas con escaso apoyo social tienen un 50% más de riesgo de morir en comparación con aquellas que cuentan con redes sociales robustas. (78)

En el informe de la OMS titulado "Estrategia Mundial sobre Servicios de Salud Integrados Centrados en las Personas 2016-2026", queda plasmado como se ha demostrado el papel que el apoyo social tiene en la gestión y rehabilitación de pacientes crónicos. Y es que, se ha visto que las redes sociales y el apoyo emocional influyen de forma positiva en los resultados de salud, especialmente en la recuperación de las patologías crónicas. El hecho de tener una red de apoyo social puede ayudar a reducir los efectos adversos de las patologías crónicas al mejorar la salud mental, proporcionar apoyo emocional y fomentar que los pacientes sean adherentes a los planes de tratamiento. (77)

Dentro de este apoyo social, sabemos que el apoyo emocional en concreto juega un papel fundamental en la recuperación de las enfermedades, siendo tal, que incluso en pacientes que han sufrido un infarto agudo de miocardio, aquellos que contaban con un buen soporte emocional, tuvieron mayores tasas de supervivencia en comparación con los que no lo



tenían. Es por todo esto por lo que se debe tener en cuenta la esfera psicosocial, como parte del tratamiento y recuperación de las enfermedades crónicas. (77)

Pero no solo esto, el hecho de tener una buena red social no influye solo en la salud física de los pacientes, si no como bien ha sido comprobado, mediante la disminución de los niveles de estrés, se consigue además mejorar la calidad de vida de los mismos. (77)

Tanto es así, que se ha visto que la aplicación de programas de salud que incorporan el apoyo social en el tratamiento, con actividades como visitas domiciliarias y tratamientos de rehabilitación, se han visto efectivos para mejorar los resultados de estos pacientes. (74)

Evaluar el apoyo social es esencial para identificar las necesidades del paciente y desarrollar planes de cuidado que no solo consideren las intervenciones médicas, sino también estrategias para reforzar la red de apoyo social del paciente. Ya hemos visto como este apoyo, que puede provenir de familia, amigos o incluso de los profesionales sanitarios, se considera fundamental para que los pacientes crónicos mantengan una adecuada calidad de vida, siendo capaces de ser adherentes con sus tratamientos y de gestionar sus múltiples patologías. (75)

Es por todo lo anterior que la evaluación integral cognitiva-funcional y el apoyo social, se consideran imprescindibles para el seguimiento de paciente crónicos complejos, al permitirnos reconocer la existencia de riesgo de complicaciones y mejorar la calidad de vida de estos pacientes. (75)

Estos enfoques multidimensionales permiten un tratamiento más holístico y personalizado, abordando no solo los aspectos médicos, sino también las necesidades psicosociales y funcionales del paciente, y de ahí, su gran importancia. (76)



Bibliografía.

1. Clínica Universidad de Navarra. Multidimensional [Internet]. Pamplona: Clínica Universidad de Navarra; [citado 2024 Agosto 8]. Disponible en: <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/multidimensional>.
2. Benítez del Rosario MA, Salinas Martín A, Martín Ortega JJ, Martínez del Castillo LP. La valoración multidimensional del paciente y de la familia. Aten Primaria. 2002;29(4):237-240. doi: 10.1016/S0212-6567(02)70551-9. PMID: 11893301. Published online 2013 Apr 5. Spanish.[citado 2024 Ago 8]. Disponible en: La valoración multidimensional del paciente y de la familia (nih.gov)
3. Factores psicosociales en los Trastornos del Neurodesarrollo. Lectura adicional [Internet]. Academy Neurodiversal; 2021 [citado 2024 ago 23]. Disponible en: <https://academy.neurodiversal.org/wp-content/uploads/2021/10/M1-CLASE-5-Factores-psicosociales-en-los-Trastornos-del-Neurodesarrollo.-Lectura-adicional.pdf>
4. Proceso de Atención a la Persona con Pluripatología Crónica Compleja. Castilla y León: Consejería de Sanidad; [citado 2024 Ago 8]. Disponible en: <https://www.saludcastillayleon.es/institucion/es/biblioteca/materiales-consejeria-sanidad/buscador/proceso-atencion-persona-pluripatologia-cronica-compleja.ficheros/1949306-Proceso%20Atenci%C3%B3n%20persona%20pluripatolog%C3%ADa%20cr%C3%B3nica.pdf>
5. Motejunas, M.W., Bonneval, L., Carter, C. et al. Biologic Therapy in Chronic Pain Management: a Review of the Clinical Data and Future Investigations. Curr Pain Headache Rep 25, 30 (2021). [citado 2024 Ago 8] Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s11916-021-00947-2>
6. González García M. Manual de Historia Clínica y Exploración Física en Enfermería. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2017. [citado 2024 Ago 8]
7. Velasco Tirado V, Belhassen García M. La historia clínica (II): la exploración física y pruebas complementarias. EducaFarma 3.0. junio de 2015. [citado 2024 Ago 8]. Disponible en: <https://gedos.usal.es/bitstream/handle/10366/127032/16%20-%20historiaclinica2.pdf?sequence=1&isAllowed=y>



8. Ball JW, Dains JE, Flynn JA, Solomon BS, Stewart RW. Seidel's Physical Examination Handbook. 8th ed. Edición en español revisada por Ángel del Palacio Pérez-Medel y Rafael Rubio García. Barcelona: Elsevier España; 2015. ISBN edición española (versión electrónica): 978-84-90227701. [citado 2024 Ago 8] Disponible en: <https://clea.edu.mx/biblioteca/files/original/2e64959932bfb875e19f9a7ce139a359.pdf>
9. Norman K, Pichard C, Lochs H, Pirlich M. The impact of malnutrition on clinical outcomes in patients with chronic diseases. *Clin Nutr.* 2008;27(1):5-15. DOI: 10.1016/j.clnu.2007.10.007. [citado 2024 Ago 23]
10. World Health Organization. Malnutrition [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2021 [citado 2024 Ago 23]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/malnutrition>.
11. Pirlich M, Schütz T, Kemps M, Luhman N, Burmester GR, Baumann G, Plauth M, Lübke HJ, Lochs H. Prevalence of malnutrition in hospitalized medical patients: impact of underlying disease. *Dig Dis.* 2003;21(3):245-51. doi: 10.1159/000073342. PMID: 14571098. [citado 2024 Ago 23]
12. Stratton RJ, Green CJ, Elia M. Malnutrition as an independent predictor of mortality among older people with chronic disease: A systematic review. *Am J Clin Nutr.* 2005;82(5):929-936. DOI: 10.1093/ajcn/82.5.929. [citado 2024 Ago 23]
13. Freijer K, Bours MJL, Nuijten MJC, et al. The economic impact of malnutrition in chronic disease patients in Europe. *Clin Nutr.* 2013;32(1):136-141. DOI: 10.1016/j.clnu.2012.06.010. [citado 2024 Ago 23]
14. Laviano A, Koverech A, Zanetti M. Nutrition support in patients with chronic diseases. *Clin Nutr.* 2016;35(4):657-661. DOI: 10.1016/j.clnu.2016.01.028. [citado 2024 Ago 23]
15. Cederholm T, Barazzoni R, Austin P, et al. Nutritional intervention in patients with chronic diseases: A randomized controlled trial. *Eur J Clin Nutr.* 2017;71(9):1073-1079. DOI: 10.1038/ejcn.2017.90. [citado 2024 Ago 23]
16. Visvanathan R, Chapman I. Nutritional status and clinical outcomes in elderly patients with chronic diseases: A review. *J Clin Gerontol Geriatr.* 2009;7(2):21-27. DOI: 10.1016/j.jcgg.2008.09.002. [citado 2024 Ago 23]
17. Souza R, Padilha PC, Waitzberg DL. Nutrition and quality of life in patients with chronic diseases: A systematic review. *J Nutr Health Aging.* 2013;17(7):533-543. DOI: 10.1007/s12603-013-0003-9. [citado 2024 Ago 23]



18. Campos del Portillo R, Palma Milla S, García Vázquez N, Riobó Serván P, García-Luna PP, Gómez-Candela C. Valoración del estado nutricional en el entorno asistencial en España. *Rev Esp Nutr Comunitaria*. 2015;21(Supl. 1):195-206. DOI: 10.14642/RENC.2015.21.sup1.5066. [citado 2024 Ago 23]
19. Vellas B, Guigoz Y, Garry PJ, et al. The Mini Nutritional Assessment (MNA) and its use in grading the nutritional state of elderly patients. *Nutrition*. 1999;15(2):116-122. DOI: 10.1016/S0899-9007(98)00171-3. [citado 2024 Ago 23]
20. Servicio Andaluz de Salud. Nuevas herramientas para la valoración nutricional: MNA y MUST [Internet]. Andalucía: Servicio Andaluz de Salud; 2023 [cited 2024 Aug 23]. Available from: <https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/dirayabierto/blog/2023/nuevas-herramientas-para-la-valoracion-nutricional-mna-y-must>.
21. González VC, Antequera ME, Álvarez Vizzoni R, Fernández N, Iglesias E. Estudio descriptivo de dos herramientas de cribado de riesgo nutricional al ingreso hospitalario en el sanatorio Allende de Argentina. *Rev Esp Nutr Hum Diet*. 2020;24(1):20-28. DOI: 10.14306/renhyd.24.1.752. [citado 2024 Ago 23]
22. National Cancer Institute. Plan de tratamiento [Internet]. Diccionario de cáncer. 2024 [citado 2024 ago 10]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/plan-de-tratamiento>
23. Ortega Cerda JJ, Sánchez Herrera D, Rodríguez Miranda OA, Ortega Legaspi JM. Adherencia terapéutica: un problema de atención médica. *Acta Méd Grupo Ángeles*. 2018;16(3)./sep. [citado 2024 ago 10] Disponible en: [https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-72032018000300226#:~:text=La%20Organizaci%C3%B3n%20Mundial%20de%20la%20Salud%20\(OMS\)%20define%20%E2%80%9CAdherencia,un%20prestador%20de%20asistencia%20sanitaria%E2%80%9D](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-72032018000300226#:~:text=La%20Organizaci%C3%B3n%20Mundial%20de%20la%20Salud%20(OMS)%20define%20%E2%80%9CAdherencia,un%20prestador%20de%20asistencia%20sanitaria%E2%80%9D).
24. Arroyo Pineda V, Ibarra Lorente MI, Marco Tejón E, Martínez Cruz S, Paredero Domínguez JM, Rubio Pulido O, et al. Adecuación farmacoterapéutica: recomendaciones. Toledo: Servicio de Salud de Castilla-La Mancha; 2019. 113 p. [citado 2024 ago 10] Disponible en: https://sanidad.castillalamancha.es/sites/sescam.castillalamancha.es/files/libro_adequacion_terapeutica_farmacia_sescam_para_web_0.pdf



25. Arroyo Pineda V, Ibarra Lorente MI, Marco Tejón E, Martínez Cruz S, Paredero Domínguez JM, Rubio Pulido O, et al. Diseño y seguimiento del plan farmacoterapéutico del paciente con enfermedad cardiovascular. *Farm Hosp.* 2008;32(6):280-8. [citado 2024 ago 10] Disponible en: <https://www.revistafarmaciahospitalaria.es/es-diseno-seguimiento-del-plan-farmacoterapeutico-articulo-S1130634308728332>
26. Pagès-Puigdemont N, Valverde-Merino MI. Métodos para medir la adherencia terapéutica. *Ars Pharm.* 2018;59(3):163-172. [citado 2024 ago 10] Disponible en: <https://dx.doi.org/10.30827/ars.v59i3.7387>
27. García-Fernández MN, De Cabo-Laso A, Nogales-Carpintero JI, Otero-López MC, De la Vega-Carnicero J, Herrero-García R, Duarte-Clíments G, Sánchez-Gómez MB, Guzmán-Fernández MA. Validez y fiabilidad de los instrumentos de medida en adherencia terapéutica: Detectar los no cumplidores. [citado 2024 ago 10] Disponible en: https://www.saludcastillayleon.es/investigacion/es/investigacion-cuidados-169ebc/ano-2009.ficheros/2490127-20%20Adherencia_Salamanca_EBE%20definitivo.pdf
28. Oviedo HC, Campo-Arias A. Aproximación al uso del coeficiente alfa de Cronbach. *Rev Colomb Psiquiatr.* 2005;34(4):572-80. [citado 2024 ago 11] Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502005000400009#:~:text=El%20coeficiente%20alfa%20fue%20descrito,correlacionados%20\(3%2C17\)](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502005000400009#:~:text=El%20coeficiente%20alfa%20fue%20descrito,correlacionados%20(3%2C17)).
29. Rodríguez Chamorro MA, García Jiménez E, Rodríguez Pérez A, Batanero Hernán C, Pérez Merino EM. Revisión de test validados para la valoración de la adherencia al tratamiento farmacológico utilizados en la práctica clínica habitual. *Pharm Care Esp.* 2020;22(3):148-172. [citado 2024 ago 11] Disponible en: <https://www.pharmcareesp.com/index.php/PharmaCARE/article/view/572/460>
30. Byerly, M. J., Nakonezny, P. A., & Rush, A. J. (2008). "The Brief Adherence Rating Scale (BARS) was effective in identifying patients with clinically significant adherence problems." *The Journal of Clinical Psychiatry*, 69(5), 844-845. [citado 2024 ago 20] Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0920996407010365?via%3Dihub>



31. Pedrosa RBS, Rodrigues RCM. Adaptation and evaluation of the measurement properties of the Brazilian version of the Self-efficacy for Appropriate Medication Adherence Scale. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2016;24. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.0167.2692>. [citado 2024 agosto 20];14(39):421-432. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/yth88C9j8MJPscpjk4n8CyM/?format=pdf&lang=es>
32. Pagès-Puigdemont N, Valverde-Merino MI. Methods to assess medication adherence. *Ars Pharm.* 2018;59(3):163-72. doi: 10.30827/ars.v59i3.7387. [citado 2024 ago 20]. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/ars/v59n3/2340-9894-ars-59-03-163.pdf>
33. Rodríguez Chamorro MA, García-Jiménez E, Amariles P, Rodríguez Chamorro A, Faus MJ. Revisión de tests de medición del cumplimiento terapéutico utilizados en la práctica clínica. *Aten Primaria.* 2008;40(8):413-7. Doi:10.1157/13125407. [citado 2024 ago 17]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-revision-tests-medicion-del-cumplimiento-13125407>
34. World Health Organization. ¿Qué es el envejecimiento saludable? [Internet]. [citado el 8 de agosto de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/docsPDF>
35. Escalas y pruebas de valoración funcional y cognitiva en el mayor [Internet]. AMF. [citado 8 de agosto de 2024]. Disponible en: <https://amf-semfyc.com/es/web/articulo/escalas-y-pruebas-de-valoracion-funcional-y-cognitiva-en-el-mayor>
36. Martín Lesende I, Quintana Cantero S, Urzay Atucha V, Ganzarain Oyarbide E, Aguirre Minaña T, Pedrero Jocano JE. Fiabilidad del cuestionario VIDA, para valoración de Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD) en personas mayores. *Aten Primaria.* 2011;43(7):352-8. Doi: 10.1016/j.aprim.2011.03.005. [citado 2024 ago 17]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-fiabilidad-del-cuestionario-vida-valoracion-S0212656711002861>
37. Bohannon RW. Hand-grip dynamometry predicts future outcomes in aging adults. *J Geriatr Phys Ther.* 2008;31(1):3-10. [citado 2024 ago 17] Disponible en: https://web.archive.org/web/20090412152551id_/http://www.geriaticsppt.org/members/pubs/journal/2008/april/JGPTVol31No1Bohannon.pdf
38. Organización Mundial de la Salud. Plan de acción integral sobre salud mental 2013-2030 [Comprehensive mental health action plan 2013-2030]. Ginebra: OMS; 2021. ISBN 978-92-4-005018-1. [citado 2024 ago 17] Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240050181>



39. Aparicio-Castro E, Candelieri-Merlicco A, María Santa C, Villaverde-González R. Utilidad de la escala de depresión de Beck para el diagnóstico de los trastornos depresivos en la esclerosis múltiple. *Rev Neurol* 2024;78 (11):317-322. doi: 10.33588/rn.7811.2024092 [citado 2024 ago 17]. Disponible en: <https://neurologia.com/articulo/2024092>
40. Victoria García Viniegras CR. Manual para la utilización del Cuestionario de Salud General de Goldberg. Adaptación cubana. [Internet]. 1st ed. Cuba: [publisher unknown]; [citado 2024 agosto 23]. Available from: https://www.researchgate.net/publication/262471297_Manual_para_la_utilizacion_de_l_cuestionario_de_salud_general_de_Goldberg_Adaptacion_Cubana
41. Clinical practice guidelines for chronic illness and mental health. American Psychological Association. 2017. [citado 2024 ago 23] Disponible en: <https://www.apa.org/about/offices/directorates/guidelines/clinical-practice>
42. Alzheimer's Association (2020). Cognitive assessment and care planning services: Alzheimer's association expert task force recommendations and tools for implementation. *Alzheimer's & Dementia*, 16(9), 1299-1311. [citado 2024 ago 23] Disponible en: <https://www.alz.org/careplanning/downloads/cms-consensus.pdf>
43. Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of psychiatric research*, 12(3), 189-198. [citado 2024 ago 19] Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/0022395675900266?via%3Dihub>
44. Sanjoaquín Romero AC, Fernández Arín E, Mesa Lampré MP, García-Arilla Calvo E. Valoración geriátrica integral. *Tratado de Geriatria para residentes*. Capítulo 4. p. 59. [citado 2024 ago 19] Disponible en: <https://www.segg.es/tratadogeriatria/main.html>
45. Pedrero-Pérez EJ, Morales-Alonso S, Rodríguez-Rives E, Valero-Oteo I, Álvarez-Crespo B, Díaz-Olalla JM, Benítez-Robredo MT. Fragilidad y riesgo de dependencia: el cuestionario de Barber en estudios poblacionales. *Gerokomos*. 2022;33(2):61-68. [citado 2024 ago 19]. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2022000200061
46. Monroy Tapiador MA, Climent Alcalá FJ, Rodríguez Alonso A, Molina Amores C, Mellado Peña MJ, Calvo Rey C. Situación actual del paciente pediátrico con patología crónica compleja: una experiencia entre atención primaria y hospitalaria. *Aten Primaria*. 2021;53:102046. [citado 2024 ago 27] Disponible en: www.elsevier.es/ap.



47. García Fernández de Villalta M, Rodríguez Alonso A. Niño con múltiples patologías / patología compleja. *Pediatr Integral*. 2023;27(4):216-225. [citado 2024 ago 27] Disponible en: https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2023/xxvii04/06/n4-216-225_MartaGarciaFdez.pdf
48. Cohen E, Kuo DZ, Agrawal R, Berry JG, Bhagat SK, Simon TD, et al. Children with medical complexity: an emerging population for clinical and research initiatives. *Pediatrics*. 2011; 127: 529-38. [citado 2024 agosto 27]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3387912/>
49. Bethell CD, Blumberg SJ, Stein REK, Strickland B, Robertson J, Newacheck PW. Taking Stock of the CSHCN Screener: A Review of Common Questions and Current Reflections. *Acad Pediatr*. 2015 Mar;15(2):165-176. doi: 10.1016/j.acap.2014.10.003.
50. Smyth M, Jacobson K. Pediatric Quality of Life Inventory™ version 4.0 short form generic core scale across pediatric populations review data. *Data Brief*. 2021 Dec;39:107599. doi: 10.1016/j.dib.2021.107599. PMID: 34901340. PMID: 34901340.
51. Functional Independence Measure for Children. SpringerLink. Disponible en: [Functional Independence Measure for Children | SpringerLink](#) [Accedido el 28 de agosto de 2024].
52. Pepperdine, C. R., & McCrimmon, A. W. (2018). Test Review: Vineland Adaptive Behavior Scales, Third Edition (Vineland-3) by Sparrow, S. S., Cicchetti, D. V., & Saulnier, C. A. *Canadian Journal of School Psychology*, 33(2), 157-163. <https://doi.org/10.1177/0829573517733845>
53. Quiles M^a. J., van-der Hofstadt C. J., Quiles Y.. Instrumentos de evaluación del dolor en pacientes pediátricos: una revisión (2^a parte). *Rev. Soc. Esp. Dolor* [Internet]. 2004 Sep [citado 2024 Ago 28] ; 11(6): 52-61. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462004000600005&lng=es.
54. Orellana-Centeno JE, Morales-Castillo V, González-Osorio M. Visual Analog Scale Wong-Baker's Faces Pain Rating Scale and Pain in Dentistry. In: *Salud y Administración Volumen 5 Número 15 Septiembre-Diciembre 2018* pp. 61-67



55. Verdugo Alonso MA, Arias Martínez B, Guillén Martín VM, Vicente Sánchez E. La escala de intensidad de apoyos para niños y adolescentes (SIS-C) en el contexto español [Support Intensity Scale for Children (SIS-C) in the Spanish Context]. *Rev Esp Discapacidad Intelect.* 2014;45(1):24-40.
56. Mosqueda Díaz A, Mendoza Parra S, Jofré Aravena V, Barriga OA. Validez y confiabilidad de una escala de apoyo social percibido en población adolescente. *Enferm Glob* [Internet]. 2015 jul [citado 2024 agosto 10];14(39):421-432. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412015000300006&lng=es&nrm=iso
57. Real Academia Española. Diagnosticar [Internet]. Diccionario de la lengua española. 2024 [citado 2024 ago 9]. Disponible en: <https://dle.rae.es/diagnosticar>.
58. Lorenzo S, Astier Peña MP, Benejam T. El error diagnóstico y sobrediagnóstico en Atención Primaria. Propuestas para la mejora de la práctica clínica en medicina de familia. *Aten Primaria.* 2021;53:102227. doi: 10.1016/j.aprim.2021.102227. [citado 2024 ago 9] Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8721341/pdf/main.pdf>
59. Care; Board on Health Care Services; Institute of Medicine; The National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. Improving Diagnosis in Health Care. Balogh EP, Miller BT, Ball JR, editors. Washington (DC): National Academies Press (US); 2015 Dec 29. [Internet] [citado 2024 ago 22]. Disponible en: <https://www.nap.edu/catalog/21794/improving-diagnosis-in-health-care> [PubMed]
60. Álvarez Álvarez G, de Armas Prado JI, Luna Febles O, Hernández García N. Diagnóstico diferencial: ¿Qué es?, ¿cómo se hace?, ¿dónde lo enseñan? *Medicentro Electrónica* [Internet]. 2023 jul-set;27(3) [citado 2024 ago 21]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30432023000300011
61. Harrison's Principles of Internal Medicine, 20th Edition. McGraw-Hill Education; 2018. Un libro fundamental para la medicina interna, que detalla el método clínico en el diagnóstico y tratamiento de enfermedades. [citado 2024 ago 21] Disponible en: <https://accessmedicina.mhmedical.com/book.aspx?bookID=3118#267805928>
62. Corona Martínez LA, Fonseca Hernández M. El razonamiento diagnóstico en el método clínico. La comparación y otros procesos mentales como herramientas del juicio clínico. *Medisur* [Internet]. 2012 ene-feb [citado 2024 ago 10];10(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2012000100010



63. Epstein RM, Street RL. The values and value of patient-centered care. *Ann Fam Med*. 2011;9(2):100-3. [citado 2024 ago 10] Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3056855/pdf/0090100.pdf>
64. Carpenito-Moyet LJ. *Nursing Diagnosis: Application to Clinical Practice*. 14th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2016. [citado 2024 ago 12] Disponible en: <https://dl.icdst.org/pdfs/files3/e5c42a04d4af46f7e2cb97ae259b2eb1.pdf>
65. Kradin RL. *Diagnostic Pathology of Infectious Disease*. 2nd ed. Philadelphia: Elsevier; 2017. [citado 2024 ago 13] Disponible en: https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=853HDgAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=Kradin+RL.+Diagnostic+Pathology+of+Infectious+Disease.+2nd+ed.+Philadelphia:+Elsevier%3B+2017.&ots=FqkuAUJfRI&sig=17eRtmZ42AnU_EnVi3Y6asRuUhl#v=onepage&q=Kradin%20RL.%20Diagnostic%20Pathology%20of%20Infectious%20Disease.%202nd%20ed.%20Philadelphia%3A%20Elsevier%3B%202017.&f=false
66. Collins FS. *The Language of Life: DNA and the Revolution in Personalized Medicine*. New York: HarperCollins; 2010. [citado 2024 ago 13] Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5425063/pdf/40504_2010_Article_144.pdf
67. Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. Studies of illness in the aged: the index of ADL. *JAMA*. 1963;185:914-9. [citado 2024 ago 16]
68. Real Academia Nacional de Medicina de España. Diagnóstico diferencial [Internet]. *Diccionario de términos médicos*. 2024 [citado 2024 ago 9]. Disponible en: https://dtme.ranm.es/buscador.aspx?NIVEL_BUS=3&LEMA_BUS=diagnostico%20diferencial%20
69. Diagnóstico diferencial en medicina: desafíos y soluciones. *i-Healthcare* [Internet]. 2024 ago 1 [citado 2024 ago 9]. Disponible en: <https://www.ihealthcare.es/diagnostico-diferencial-en-medicina-desafios-y-soluciones/6102>.
70. McParland CR, Cooper MA, Johnston B. Exploring differential diagnosis decision support systems for trainee advanced practitioners in primary care. *Primary Health Care*. 2020. doi: 10.7748/phc.2020.e1665. [citado 2024 ago 15] Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6378480/>



71. Martínez-Franco AI, Vives-Varela T, Martínez-González A, Sánchez-Mendiola M. Uso de un sistema de apoyo de decisiones clínicas (DXplain) en estudiantes de Medicina. *Investig educ méd.* 2021;10(39):[Epub 2022 Jan 31]. doi: 10.22201/fm.20075057e.2021.39.20223. [citado 2024 ago 9] Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-50572021000300071
72. Isabel Healthcare. Isabel Healthcare [Internet]. [citado 2024 ago 10]. Disponible en: <https://www.isabelhealthcare.com/>.
73. VisualDx. VisualDx [Internet]. [citado 2024 ago 10]. Disponible en: <https://tools.ovid.com/visualdx/es/sergas/>.
74. World Health Organization. Noncommunicable diseases [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2023 [cited 2024 Aug 23]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>.
75. Rubenstein, LZ., et al. Comprehensive Geriatric Assessment (CGA) and Functional Assessment. *Clinics in Geriatric Medicine*, 2018 [cited 2024 Aug 23]
76. Salazar García, M. (2015). Evaluación geriátrica integral en el anciano pluripatológico. *Medicina integral*, 66(4), 211-218.
77. World Health Organization (WHO). Global Strategy on Integrated People-Centred Health Services 2016-2026: Putting People and Communities at the Centre of Health Systems. World Health Organization, 2016. [citado 2024 ago 25] Disponible en: <https://interprofessional.global/wp-content/uploads/2019/11/WHO-2015-Global-strategy-on-integrated-people-centred-health-services-2016-2026.pdf>
78. Holt-Lunstad J, Smith TB, Layton JB. Social relationships and mortality risk: a meta-analytic review. *PLoS Med.* 2010;7(7)". DOI: 10.1371/journal.pmed.1000316. [citado 2024 ago 19]. Disponible en: <https://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1000316>
79. Servicio Andaluz de Salud. Evaluación nutricional: herramienta MNA [Internet]. Andalucía: Servicio Andaluz de Salud; 2019 [cited 2024 Aug 23]. Available from: https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sinfiles/wsas-media-mediafile_sasdocumento/2019/PT2_EvalNutricMNA.pdf. (escala MNA)



Anexo 1

<https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/dirayabierto/blog/2023/nuevas-herramientas-para-la-valoracion-nutricional-mna-y-must>

MNA
Test de cribado
1. ¿Ha perdido el apetito? ¿Ha comido menos por falta de apetito, problemas digestivos, dificultades de masticación o deglución en los últimos 3 meses?
0: anorexia grave; 1: anorexia moderada; 2: sin anorexia
2. Pérdida reciente de peso (< 3 meses)
0: pérdida de peso > 3 kg; 1: no lo sabe; 2: pérdida de peso entre 1 y 3kg; 3: no ha habido pérdida de peso
3. Movilidad
0: de la cama al sillón; 1: autonomía en el interior; 2: sale del domicilio
4. ¿Ha tenido una enfermedad aguda o situación de estrés psicológico en los últimos tres meses?
0: sí; 2: no
5. Problemas neuropsicológicos
0: demencia o depresión grave; 1: demencia o depresión moderada; 2: sin problemas psicológicos
6. Índice de masa corporal (IMC = peso / (talla)² en kg/m²)
0: IMC < 19; 1: 19 < ó = IMC < 21; 2: 21 < ó = IMC < 23; 3: IMC > ó = 23
Evaluación del cribaje (subtotal máximo 14 puntos)
11 puntos o más: normal, no es necesario continuar.
10 puntos o menos: posible malnutrición, continuar la evaluación

Test de Evaluación
7. ¿El paciente vive independiente en su domicilio?
0: No; 1 Si
8. ¿Toma más de 3 medicamentos al día?
0: No; 1 Si
9. ¿Úlceras o lesiones cutáneas?
0: No; 1 Si
10. ¿Cuántas comidas completas toma al día? (Equivalentes a dos platos y postre)
0: 1 comida; 1: 2 comidas; 2: 3 comidas
11. ¿Consume el paciente... (Sí o no) ▪ productos lácteos al menos una vez al día? · huevos o legumbres 1 ó 2 veces a la semana? · carne, pescado o aves, diariamente?
0: 0 ó 1 Síes; 0,5: 2 Síes; 1: 3 Síes
12. ¿Consume frutas o verduras al menos 2 veces al día?
0: No; 1 Si
13. ¿Cuántos vasos de agua u otros líquidos toma al día? (Agua, zumo, café, té, leche, vino, cerveza)
0: Menos de 3 vasos; 0,5: De 3 a 5 vasos; 1: Más de 5 vasos
14. Forma de alimentarse



0: Necesita ayuda; 1: Se alimenta solo con dificultad; 2: Se alimenta solo sin dificultad
15. ¿Considera el paciente que está bien nutrido? (problemas nutricionales)
0: Malnutrición grave; 1: No lo sabe o malnutrición moderada; 2: Sin problemas de nutrición
16. En comparación con las personas de su edad, ¿cómo encuentra el paciente su estado de salud?
0: Peor; 0,5: No lo sabe; 1: Igual; 2: Mejor
17. Circunferencia braquial (CB en cm)
0: CB < 21; 0,5: 21 ≤ CB ≤ 22; 1: CB > 22
18. Circunferencia de la pantorrilla (CP en cm)
0: CP < 31; 1: CP ≥ 31
Evaluación global (cribaje + evaluación, máximo 30 puntos)
De 17 a 23,5 puntos: riesgo de malnutrición.
Menos de 17 puntos: malnutrición.

Anexo 2

https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2174-51452020000100003

NRS - 2002			
Cribado inicial o Pre-Cribado			
1. ¿Es el índice de masa corporal (IMC) <20,5?			
Sí		No	
2. ¿Ha perdido el paciente peso en los últimos 3 meses?			
Sí		No	
3. ¿Ha reducido el paciente su ingesta en la última semana?			
Sí		No	
4. ¿Está el paciente gravemente enfermo? (p. ej., en cuidados intensivos)			
Sí		No	
Sí: si la respuesta es "sí" a cualquiera de las preguntas, se realizará el screening final.			
No: si la respuesta es "no" a todas las preguntas, el paciente será reevaluado semanalmente.			
Cribado final			
Alteración del estado nutricional		Gravedad de la enfermedad	
Ausente Puntos: 0	Estado nutricional normal	Ausente Puntos: 0	Requerimientos nutricionales normales
Leve Puntos: 1	Pérdida de peso >5% en 3 meses o ingesta <50-75% de requerimientos en semana previa	Leve Puntos: 1	Fractura de cadera, pacientes crónicos con complicaciones agudas (cirrosis, EPOC, hemodiálisis, diabetes, oncología)
Moderada Puntos: 2	Pérdida de peso >5% en 2 meses o IMC = 18,5-20,5 + alteración de estado general o ingesta 25-60% de requerimientos en semana previa	Moderada Puntos: 2	Cirugía mayor abdominal, ICTUS, neumonía grave, tumor hematológico
Grave Puntos: 3	Pérdida de peso >5% en 1 mes (>15% en 3 meses) o IMC <18,5 + alteración de	Grave Puntos: 3	Lesión craneal, TMO, pacientes en UCI (APACHE > 10)



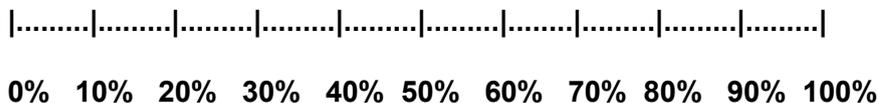
	estado general o ingesta 0-25% de requerimientos en semana previa		
Puntos + puntos = puntuación total			
Edad: si ≥ 70 años, añadir 1 a la puntuación total = puntos ajustados por edad			
Puntuación ≥ 3: el paciente está en riesgo nutricional y se iniciará un plan nutricional			
Puntuación < 3: reevaluación semanal del paciente			

Anexo 3

<https://www.pharmacareesp.com/index.php/PharmaCARE/article/view/572/460>

BARS (Brief Adherence Rating Scale)	
Anotar según las respuestas del paciente	Respuestas
Conoce el paciente su prescripción médica. ¿Cuántas pastillas de (nombre del antipsicótico) le dijo el médico que tomara cada día?	
Durante el mes pasado, ¿cuántos días el paciente no ha tomado las dosis recetadas de (medicamento)?	Días.....
Durante el mes pasado, ¿cuántos días el paciente ha tomado dosis inferiores a las recetadas de (medicamento)?	Días.....
Según usted ¿cuál es la proporción de dosis prescritas tomadas por el paciente?	
MARCAR EN LA ESCALA VAS Coloque una marca en la línea de puntos, donde cree que mejor describe la proporción de dosis tomadas por el paciente en el último mes.	

Ninguna dosis prescrita ha sido tomada (0%)	RESPUESTA (%) =	Todas las dosis prescritas han sido tomadas (100%)
--	-----------------------	---





Anexo 4

<https://hrcak.srce.hr/en/file/178674>

Self-Efficacy for Appropriate Medication Use Scale (SEAMS)		
1. ¿Toma usted medicamentos diferentes cada día?		
1	2	3
2. ¿Toma usted medicamentos más de una vez al día?		
1	2	3
3. ¿Suele estar fuera de casa?		
1	2	3
4. ¿Tiene usted un ocupado día planeado?		
1	2	3
5. ¿Le suelen causar efectos secundarios?		
1	2	3
6. ¿Le recuerda alguien tomar el medicamento?		
1	2	3
7. ¿El horario para tomar los medicamentos es conveniente?		
1	2	3
8. ¿Se arruina su rutina por la toma de medicamentos?		
1	2	3
9. ¿Está usted seguro de para que toma los medicamentos?		
1	2	3
10. ¿Sabe usted a qué hora toma sus medicamentos?		
1	2	3
11. ¿Se siente enfermo? (Como si tuviera gripe o resfriado)		
1	2	3
12. Cuando se vuelve a abastecer de sus antiguos medicamentos ¿Alguno tiene una forma diferente a la normal?		
1	2	3
13. ¿Le ha cambiado su médico el tratamiento?		
1	2	3

1	2	3
No estoy seguro	Estoy poco seguro	Estoy muy seguro



Anexo 5

<https://hrcak.srce.hr/en/file/178674>

Escala de adherencia Culig			
Causas de no adherencia			
1.No estaba en casa			
0	1	2	3
2.El medicamento no estaba disponible debido a la escasez de suministro			
0	1	2	3
3.Simplemente lo olvidé			
0	1	2	3
4.Tomo varios medicamentos varias veces al día			
0	1	2	3
5.Quería evitar efectos secundarios			
0	1	2	3
6.No quería que otras personas me vieran consumiendo fármacos			
0	1	2	3
7.Mi doctor cambia mi tratamiento frecuentemente			
0	1	2	3
8.Sentía que los medicamentos eran dañinos			
0	1	2	3
9.Estaba dormido a la hora de tomar el medicamento			
0	1	2	3
10.Estaba resfriado			
0	1	2	3
11.Me sentí deprimido			
0	1	2	3
12.Tuve problemas con los horarios			
0	1	2	3
13.Tomé todos los medicamentos			
0	1	2	3
14.Me sentí bien			
0	1	2	3
15.Me da miedo desarrollar dependencia a la medicación			
0	1	2	3
16.Los medicamentos son demasiado caros			
0	1	2	3

0	1	2	3
Nunca	Raramente (1 o 2 veces al año)	Alguna vez (de 3 a 5 veces al año)	A menudo (más de 5 veces al año)



Anexo 6

<https://hrcak.srce.hr/en/file/178674>

ARMS (Adherence to Refills and Medication Scale)
Responda a las preguntas con una de las siguientes respuestas: Nunca, algunas veces, casi siempre o siempre
1. ¿Con qué frecuencia pierde las citas programadas?
2. ¿Con que frecuencia olvida tomar sus medicinas?
3. ¿Con qué frecuencia decide no tomar sus medicinas?
4. ¿Con qué frecuencia olvida recoger de la farmacia las medicinas que le han recetado?
5. ¿Con qué frecuencia se queda sin medicinas?
6. ¿Con qué frecuencia se salta una dosis de su medicación antes de ir al médico?
7. ¿Con qué frecuencia deja de tomar sus medicinas cuando se encuentra mejor?
8. ¿Con qué frecuencia olvida tomar su medicamento cuando se siente enferma?
9. ¿Con qué frecuencia toma el medicamento de otra persona?
10. ¿Con qué frecuencia deja de tomar sus medicinas por descuido?
11. ¿Con qué frecuencia cambia la dosis de su medicación y la adapta a sus necesidades (por ejemplo, cuando se toma más o menos pastillas de las que debería)?
12. ¿Con qué frecuencia olvida tomar sus medicinas cuando debe tomarlas más de una vez al día?
13. ¿Con qué frecuencia retrasa ir a recoger sus medicinas de la farmacia porque cuestan demasiado dinero?
1a. ¿Con qué frecuencia planifica recoger de la farmacia sus medicinas antes de que se le acaben?

Anexo 7

[Vista de Métodos para medir la adherencia terapéutica \(ugr.es\)](http://vista.ugr.es)

BMQ-General
Abuso
Los médicos utilizan demasiados medicamentos Los médicos confían demasiado en los medicamentos Si los médicos tuvieran más tiempo para los pacientes recetarían menos medicamentos
Daño
La gente que toma medicamentos debería dejar su tratamiento durante algún tiempo de vez en cuando La mayoría de los medicamentos crean adicción. Los remedios naturales son más seguros que los medicamentos Los medicamentos hacen más mal que bien Todos los medicamentos son venenosos (tóxicos)
BMQ-Específico
Necesidad
Actualmente mi salud depende de mí medicación Mi vida sería imposible sin medicación



Sin medicación estaría muy enfermo En mi futuro mi salud dependerá de la medicación La medicación impide que mi enfermedad empeore
Preocupación
Me preocupa tener que tomar medicación A veces me preocupo por los efectos a largo plazo de la medicación La medicación es un misterio para mi La medicación trastorna mi vida A veces me preocupo por si llego a ser demasiado dependiente de la medicación

Anexo 8

[Vista de Métodos para medir la adherencia terapéutica \(ugr.es\)](http://ugr.es)

MARS (The Medication Adherent Report Scale)
1. ¿Olvida alguna vez tomar su medicación?
Sí No
2. ¿Toma la medicación a las horas indicadas?
Sí No
3. Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar la medicación?
Sí No
4. Si alguna vez le sienta mal ¿deja usted de tomarla?
Sí No
5. Tomo la medicación solo cuando me encuentro mal
Sí No
6. No es natural para mi mente y cuerpo estar controlado por la medicación
Sí No
7. Mi pensamiento está más claro si tomo la medicación
Sí No
8. Tomando la medicación, prevengo ponerme enfermo
Sí No
9. Me noto raro, como un zombi, con la medicación
Sí No
10. La medicación hace que me note cansado y lento
Sí No



Anexo 9

[Vista de Métodos para medir la adherencia terapéutica \(ugr.es\)](http://ugr.es)

Test de Morisky-Green		
1. ¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos para su enfermedad?	Sí	No
2. ¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?	Sí	No
3. Cuando se encuentra bien ¿deja de tomar la medicación?	Sí	No
4. Si alguna vez le sienta mal ¿deja usted de tomarla?	Sí	No

Anexo 10

[Vista de Métodos para medir la adherencia terapéutica \(ugr.es\)](http://ugr.es)

Test de la Batalla Breve
¿Es la HTA una enfermedad para toda la vida?
¿Se puede controlar con dieta y medicación?
Cite dos o más órganos que pueden dañarse por tener la presión arterial elevada

Anexo 11

[AMF - SEMFYC](#)

Test de Barthel
Comer
Totalmente independiente 10 Necesita ayuda para cortar carne, el pan, etc. 5 Dependiente 0
Lavarse
Independiente: entra y sale solo del baño 5 Dependiente 0
Vestirse
Independiente: capaz de ponerse y de quitarse la ropa, abotonarse, atarse los zapatos 10 Necesita ayuda 5 Dependiente 0
Arreglarse
Independiente para lavarse la cara, las manos, peinarse, afeitarse, maquillarse, etc. 5 Dependiente 0
Deposiciones
Continencia normal 10 Ocasionalmente algún episodio de incontinencia, o necesita ayuda para administrarse supositorios o lavativas 5 Incontinencia 0
Micción



Continencia normal, o es capaz de cuidarse de la sonda si tiene una puesta 10 Un episodio diario como máximo de incontinencia, o necesita ayuda para cuidar de la sonda 5 Incontinencia 0
Uso del retrete
Independiente para ir al cuarto de aseo, quitarse y ponerse la ropa 10 Necesita ayuda para ir al retrete, pero se limpia solo 5 Dependiente 0
Traslado cama-sillón
Independiente para ir del sillón a la cama 15 Mínima ayuda física o supervisión para hacerlo 10 Necesita gran ayuda, pero es capaz de mantenerse sentado solo 5 Dependiente 0
Deambulaci3n
Independiente, camina solo 50 metros 15 Necesita ayuda física o supervisi3n para caminar 50 metros 10 Independiente en silla de ruedas sin ayuda 5 Dependiente 0
Escalones
Independiente para bajar y subir escaleras 10 Necesita ayuda física o supervisi3n para hacerlo 5 Dependiente 0

Anexo 12

[S35-05 76 anexo1_III \(1\).pdf](#)

Indice de Katz
Bañarse
Independiente: se baña solo o necesita ayuda para lavar solo un parte de su cuerpo Dependiente: Necesita ayuda para lavar más de una parte de su cuerpo, bañarse por completo o no se baña
Vestirse
Independiente: se pone la ropa y puede abotonar o abrocharse la cremallera por sí solo Dependiente: Necesita ayuda para vestirse o queda parcialmente vestido
Uso del retrete
Independiente: Va al baño solo, se limpia, se levanta y se baja la ropa. Dependiente: Necesita ayuda para ir al baño o para realizar alguna de estas acciones
Movilidad
Independiente: Se levanta y acuesta de la cama y se sienta en una silla sin ayuda Dependiente: Necesita ayuda para levantarse o acostarse
Continencia
Independiente: Control total de la micci3n y la defecaci3n Dependiente: Incontinencia parcial o total de la micci3n o la defecaci3n
Alimentaci3n
Independiente: Come solo Dependiente: Necesita ayuda para comer o requiere ser alimentado



Por ayuda se entiende la supervisión, dirección, o ayuda personal activa. La evaluación debe realizarse según lo que el enfermo realice y no sobre lo que sería capaz de realizar

Clasificación

A: Independiente en todas las actividades

B: Independiente en todas las actividades menos una

C: Independiente en todas las actividades, excepto bañarse y otra función adicional

D: Independiente en todas las actividades, excepto bañarse, vestirse y otra función adicional

E: Independiente en todas las actividades, excepto bañarse, vestirse, uso del retrete y otra función adicional

F: Independiente en todas las actividades, excepto bañarse, vestirse, uso del retrete, movilidad y otra función adicional

G: dependiente en las seis funciones

Anexo 13

[S35-05 76 anexo1 III \(1\).pdf](#)

Test de Lawton y Brody	
Capacidad para usar el teléfono	
Usa el teléfono por iniciativa propia, busca y marca los números, etc.	1
Marca unos cuantos números bien conocidos	1
Contesta al teléfono, pero no marca	1
No usa el teléfono	0
Ir de compras	
Hace todas las compras necesarias con independencia	1
Compra con independencia pequeñas cosas	0
Necesita compañía para hacer cualquier compra	0
Completamente incapaz de ir de compras	0
Preparar la comida	
Planea, prepara y sirve las comidas con independencia	1
Prepara las comidas si le dan los ingredientes	0
Calienta y sirve las comidas, pero no mantiene una dieta adecuada	0
Necesita que se le prepare y se le sirva la comida	0
Cuidar de la casa	
Cuida de la casa solo con ayuda ocasional (ej.: trabajos pesados)	1
Lleva a cabo tareas domésticas ligeras como lavar los platos o fregar	1
Realiza tareas ligeras, pero no puede mantener un nivel de limpieza adecuado	1
Necesita ayuda en todas las tareas de casa	1



No participa en ninguna tarea domestica	0
Lavar la ropa	
Se encarga completamente de lavar la ropa personal	1
Lava ropa pequeña	1
Necesita que otra persona lave la ropa	0
Medio de transporte	
Viaja independientemente en transporte público o en el suyo propio	1
Capaz de organizar un viaje en taxi, pero no viaja en transporte público	1
Viaja en transporte publico si le acompaña otra persona	1
Solamente viaja en transporte público o taxi si le acompaña otra persona	0
No viaja	0
Responsabilidad sobre la medicación	
Es responsable del uso de medicación, dosis y horas de administración	1
Toma responsablemente la medicación si se le prepara con anticipación	0
No es capaz de responsabilizarse de la medicación	0
Capacidad de usar dinero	
Maneja los asuntos financieros con independencia, recoge y conoce sus ingresos	1
Maneja los gastos cotidianos, pero necesita ayuda para ir al banco o hacer grandes gestiones	1
Incapaz de manejar el dinero	0
Total:	

Anexo 14

[Fiabilidad del cuestionario VIDA, para valoración de Actividades Instrumentales de la Vida Diaria \(AIVD\) en personas mayores | Atención Primaria \(elsevier.es\)](#)

Cuestionario VIDA (Vida Diaria del Anciano)	
1.Preparacion y toma de medicamentos (habituales o casuales)	
Obtiene, prepara, toma los fármacos por sí mismo	4
Otros lo adquieren, supervisan y anotan cuando tomarlo	3
Se limita a tomar los fármacos que otros han preparado	2
Se encargan otros de todo, incluso de dárselos	1
2.Utilización del teléfono	
Llama y contesta sin problema	4
Contesta, pero solo llama a limitados teléfonos	3



Solo contesta llamadas	2
No es capaz de usarlo	1
3.Realización de tareas y mantenimiento domésticos	
Complejas (electrodomésticos, plancha, taladro, etc.)	4
Ordinarias (limpieza, orden, aspirador, camas, etc.)	3
Solo sencillas (barrer y recoger cosas)	2
No realiza ninguna	1
4.Manejo de asuntos económicos	
Toda la economía doméstica	4
Ayuda para la economía doméstica y acciones bancarias	3
Solo gastos y compras sencillas	2
No maneja dinero	1
5.Desplazamiento fuera del domicilio	
Camina sin ayuda	4
Camina con ayuda de bastón o muletas	3
En silla de ruedas	2
Necesita siempre acompañante para salir	1
6.Control de riesgos en el domicilio	
Realiza acciones habituales (gas, agua, electricidad) sin problema	3
Solo sencillas (grifos, interruptores)	2
Ninguna de las acciones anteriores	1
7.Realización de compras	
Cualquier tipo de compra	4
Compras sencillas	3
Necesita ayuda	2
No realiza compras	1
8.Uso de puertas	
Abre y cierra puertas con llave	3
Abre y cierra puerta con manilla opomo, pero sin llave	2
Incapaz de abrir y cerrar puertas	1
9.Utilización de transportes	
Cualquier desplazamiento o conduce por el solo	4
Ayuda o acompañamiento para viajes no habituales o largos	3
Siempre con acompañante	2
Solo en vehículo adaptado o ambulancia	1
10.Mantenimiento de relación social	
Amplia relación y actos sociales	4
Solo con familia y amigos	3
Solo con familia	2
No se relaciona con nadie	1



Anexo 15

[inventario beck \(uba.ar\)](#)

Escala de Depresión de Beck (BDI)	
1. Tristeza	0 No me siento triste 1 Me siento triste gran parte del tiempo 2 Me siento triste todo el tiempo. 3 Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.
2. Pesimismo	0 No estoy desalentado respecto del mi futuro 1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo 2 No espero que las cosas funcionen para mi 3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar
3. Sentimientos de fracaso	0 No me siento como un fracasado 1 He fracasado más de lo que hubiera debido 2 Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos 3 Siento que como persona soy un fracaso total.
4. Pérdida de placer	0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto 1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo 2 Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar 3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.
5. Sentimientos de culpa	0 No me siento particularmente culpable 1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo 3 Me siento culpable todo el tiempo
6. Sentimientos de castigo	0 No siento que este siendo castigado 1 Siento que tal vez pueda ser castigado 2 Espero ser castigado 3 Siento que estoy siendo castigado
7. Odio a si mismo	0 Siento acerca de mi lo mismo que siempre 1 He perdido la confianza en mí mismo 2 Estoy decepcionado conmigo mismo 3 No me gusto a mí mismo.
8. Autocrítica	0 No me critico ni me culpo más de lo habitual 1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo 2 Me critico a mí mismo por todos mis errores 3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.
9. Impulsos suicidas	



0 No tengo ningún pensamiento de matarme 1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría 2 Querría matarme 3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.
10. Periodos de llanto
0 No lloro más de lo que solía hacerlo 1 Lloro más de lo que solía hacerlo 2 Lloro por cualquier pequeñez 3 Siento ganas de llorar pero no puedo.
11 Agitación
0 No estoy más inquieto o tenso que lo habitual 1 Me siento más inquieto o tenso que lo habitual 2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto 3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.
12 Pérdida de Interés
0 No he perdido el interés en otras actividades o personas 1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas 2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas 3 Me es difícil interesarme por algo.
13. Indecisión
0 Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre 1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones 2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones 3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.
14. Desvalorización
0 No siento que yo no sea valioso 1 No me considero a mi mismo tan valioso y útil como solía considerarme 2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros 3 Siento que no valgo nada
15. Pérdida de Energía
0 Tengo tanta energía como siempre 1 Tengo menos energía que la que solía tener 2 No tengo suficiente energía para hacer demasiado 3 No tengo energía suficiente para hacer nada.
16. Cambios en los Hábitos de Sueño
0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño 1a Duermo un poco más que lo habitual. 1b Duermo un poco menos que lo habitual. 2a Duermo mucho más que lo habitual. 2b Duermo mucho menos que lo habitual 3a Duermo la mayor parte del día 3b Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme
17. Irritabilidad
0 No estoy tan irritable que lo habitual 1 Estoy más irritable que lo habitual 2 Estoy mucho más irritable que lo habitual 3 Estoy irritable todo el tiempo.



18. Cambios en el Apetito
0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito 1a Mi apetito es un poco menor que lo habitual 1b Mi apetito es un poco mayor que lo habitual 2a Mi apetito es mucho menor que antes 2b Mi apetito es mucho mayor que lo habitual 3a No tengo apetito en absoluto. 3b. Quiero comer todo el día.
19. Dificultad de Concentración
0 Puedo concentrarme tan bien como siempre 1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente 2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo 3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.
20. Cansancio o Fatiga
0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual 1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual 2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer. Hacer 3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía
21. Pérdida de Interés en el Sexo
0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo 1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo Estoy mucho menos interesado en el sexo 3 He perdido completamente el interés en el sexo

Anexo 16

[Manual para la utilización del cuestionario de sal \(1\).pdf](#)

Cuestionario de Salud General de Goldberg (GHQ) versión castellana
1. ¿Ha podido concentrarse bien en lo que hace?
a. Mejor que lo habitual. b. Igual que lo habitual. c. Peor que lo habitual. d. Mucho peor que lo habitual.
2. ¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho sueño?
a. No, en absoluto. b. No más de lo habitual. c. Bastante más que lo habitual. d. Mucho más que lo habitual.
3. ¿Ha sentido que está jugando un papel útil en la vida?
a. Más que lo habitual b. Igual que lo habitual c. Menos útil que lo habitual d. Mucho menos



4. ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?
a. Más capaz que lo habitual b. Igual que lo habitual c. Menos capaz que lo habitual d. Mucho menos
5. ¿Se ha sentido constantemente agobiado y en tensión?
a. No, en absoluto. b. No más de lo habitual. c. Bastante más que lo habitual. d. Mucho más que lo habitual.
6. ¿Ha sentido que no puede superar sus dificultades?
a. No, en absoluto. b. No más de lo habitual. c. Bastante más que lo habitual. d. Mucho más que lo habitual.
7. ¿Ha sido capaz de disfrutar sus actividades normales de cada día?
a. Más que lo habitual b. Igual que lo habitual c. Menos que lo habitual d. Mucho menos
8. ¿Ha sido capaz de hacer frente a sus problemas?
a. Más capaz que lo habitual b. Igual que lo habitual c. Menos capaz que lo habitual d. Mucho menos
9. ¿Se ha sentido poco feliz y deprimido?
a. No, en absoluto. b. No más de lo habitual. c. Bastante más que lo habitual. d. Mucho más que lo habitual.
10. ¿Ha perdido confianza en sí mismo?
a. No, en absoluto. b. No más de lo habitual. c. Bastante más que lo habitual. d. Mucho más que lo habitual.
11. ¿Ha pensado que usted es una persona que no vale para nada?
a. No, en absoluto. b. No más de lo habitual. c. Bastante más que lo habitual. d. Mucho más que lo habitual.



12. ¿Se siente razonablemente feliz considerando todas las circunstancias?

- a. Más feliz que lo habitual
- b. Aproximadamente lo mismo que lo habitual
- c. Menos feliz que lo habitual
- d. Mucho menos que lo habitual

Anexo 17

[36-Item Short Form Survey Instrument \(SF-36\) | RAND](#)

SF-36 (Short Form Health Survey)

1. En general, usted diría que su salud es:

- 1. Excelente
- 2. Muy buena
- 3. Buena
- 4. Regular
- 5. Mala

2. ¿Cómo diría que es su salud actual, comparada con la de hace un año?

- 1. Mucho mejor ahora que hace un año
- 2. Algo mejor ahora que hace un año
- 3. Más o menos igual que hace un año
- 4. Algo peor ahora que hace un año
- 5. Mucho peor ahora que hace un año

Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal

3. Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores?

- 1. Sí, me limita mucho
- 2. Sí, me limita un poco
- 3. No, no me limita nada

4. Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de una hora?

- 1. Sí, me limita mucho
- 2. Sí, me limita un poco
- 3. No, no me limita nada

5. Su salud actual, ¿le limita para coger o llevar la bolsa de la compra?

- 1. Sí, me limita mucho
- 2. Sí, me limita un poco
- 3. No, no me limita nada

6. Su salud actual, ¿le limita para subir varios pisos por la escalera?

- 1. Sí, me limita mucho
- 2. Sí, me limita un poco



3. No, no me limita nada
7. Su salud actual, ¿le limita para subir un solo piso por la escalera?
1. Sí, me limita mucho 2. Sí, me limita un poco 3. No, no me limita nada
8. Su salud actual, ¿le limita para agacharse o arrodillarse?
1. Sí, me limita mucho 2. Sí, me limita un poco 3. No, no me limita nada
9. Su salud actual, ¿le limita para caminar un kilómetro o más?
1. Sí, me limita mucho 2. Sí, me limita un poco 3. No, no me limita nada
10. Su salud actual, ¿le limita para caminar varias manzanas (varios centenares de metros)?
1. Sí, me limita mucho 2. Sí, me limita un poco 3. No, no me limita nada
11. Su salud actual, ¿le limita para caminar una sola manzana (unos 100 metros)?
1. Sí, me limita mucho 2. Sí, me limita un poco 3. No, no me limita nada
12. Su salud actual, ¿le limita para bañarse o vestirse por sí mismo?
1. Sí, me limita mucho 2. Sí, me limita un poco 3. No, no me limita nada
Las siguientes preguntas se refieren a problemas en su trabajo o en sus actividades diarias
13. Durante las últimas 4 semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas a causa de su salud física?
1. Sí 2. No
14. Durante las últimas 4 semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física?
1. Sí 2. No
15. Durante las últimas 4 semanas, ¿tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?
1. Sí 2. No
16. Durante las últimas 4 semanas, ¿tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal), a causa de su salud física?
1. Sí



2. No
17. Durante las últimas 4 semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?
1. Sí 2. No
18. Durante las últimas 4 semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?
1. Sí 2. No
19. Durante las últimas 4 semanas, ¿no hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?
1. Sí 2. No
20. Durante las últimas 4 semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?
1. Nada 2. Un poco 3. Regular 4. Bastante 5. Mucho
21. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?
1. No, ninguno 2. Sí, muy poco 3. Sí, un poco 4. Sí, moderado 5. Si, mucho 6. Sí, muchísimo
22. Durante las últimas 4 semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?
1. Nada 2. Un poco 3. Regular 4. Bastante 5. Mucho
Las siguientes preguntas se refieren a cómo se ha sentido y como le han ido las cosas durante las 4 últimas semanas. En cada pregunta, responda lo que se parezca más a cómo se ha sentido usted.
23. Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió lleno de vitalidad?



1. Siempre
2. Casi siempre
3. Muchas veces
4. Algunas veces
5. Sólo alguna vez
6. Nunca

24. Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo estuvo muy nervioso?

1. Siempre
2. Casi siempre
3. Muchas veces
4. Algunas veces
5. Sólo alguna vez
6. Nunca

25. Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?

1. Siempre
2. Casi siempre
3. Muchas veces
4. Algunas veces
5. Sólo alguna vez
6. Nunca

26. Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?

1. Siempre
2. Casi siempre
3. Muchas veces
4. Algunas veces
5. Sólo alguna vez
6. Nunca

27. Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo tuvo mucha energía?

1. Siempre
2. Casi siempre
3. Muchas veces
4. Algunas veces
5. Solo alguna vez
6. Nunca

28. Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió desanimado y triste?

1. Siempre
2. Casi siempre
3. Muchas veces
4. Algunas veces



- 5. Solo alguna vez
- 6. Nunca

29. Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió agotado?

- 1. Siempre
- 2. Casi siempre
- 3. Muchas veces
- 4. Algunas veces
- 5. Solo alguna vez
- 6. Nunca

30. Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió feliz?

- 1. Siempre
- 2. Casi siempre
- 3. Muchas veces
- 4. Algunas veces
- 5. Solo alguna vez
- 6. Nunca

31. Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió cansado?

- 1. Siempre
- 2. Casi siempre
- 3. Muchas veces
- 4. Algunas veces
- 5. Solo alguna vez
- 6. Nunca

32. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a amigos o familiares)?

- 1. Siempre
- 2. Casi siempre
- 3. Muchas veces
- 4. Algunas veces
- 5. Solo alguna vez
- 6. Nunca

Por favor, diga si le parece cierta o falsa cada una de las siguientes frases

33. Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas

- 1. Totalmente cierta
- 2. Bastante cierta
- 3. No lo sé
- 4. Bastante falsa
- 5. Totalmente falsa

34. Estoy tan sano como cualquiera



1. Totalmente cierta
2. Bastante cierta
3. No lo sé
4. Bastante falsa
5. Totalmente falsa

35. Creo que mi salud va a empeorar

1. Totalmente cierta
2. Bastante cierta
3. No lo sé
4. Bastante falsa
5. Totalmente falsa

36. Mi salud es excelente

1. Totalmente cierta
2. Bastante cierta
3. No lo sé
4. Bastante falsa
5. Totalmente falsa

Anexo 18

[AMF - SEMFYC](#)

Mini Mental

1. Orientación temporal

Dígame por favor:

- a. ¿En qué año estamos?
- b. ¿En qué estación o época del año estamos?
- c. ¿En qué mes estamos?
- d. ¿Qué día de la semana es hoy?
- e. ¿Qué día del mes es hoy?

2. Orientación espacial

Pueden sustituirse los lugares originales por otros alternativos; anótelos si es así

- a. ¿En qué país estamos?
- b. ¿En qué provincia/comunidad autónoma estamos?
- c. ¿En qué población estamos?
- d. ¿Dónde estamos ahora? (establecimiento/casa: nombre de la calle)
- e. ¿En qué planta/piso estamos? (casa: piso o número de la calle)

3. Fijación



Pueden utilizarse series alternativas de palabras (p. ej., LIBRO, QUESO, BICICLETA) cuando tenga que reevaluarse al paciente; anótelos si es así Ahora, por favor, escuche atentamente. Le voy a decir tres palabras y deberá repetir las cuando yo termine. ¿Preparado? Estas son las palabras:

- a. Peseta
- b. Caballo
- c. Manzana

¿Me las puede repetir? (si es necesario, repetir las hasta cinco veces, pero puntuar solo el primer intento de respuesta) Trate de recordar estas palabras; se las preguntaré de nuevo en unos minutos

4. Atención y cálculo

Si tiene 30 monedas y me da 3, ¿cuántas monedas le quedan? Pídale que siga restando de 3 en 3 hasta que Ud. le diga que pare

- a. 30 menos 3... 27
- b. menos 3...24
- c. menos 3...21
- d. menos 3...18
- e. menos 3...15

5. Memoria

¿Recuerda las tres palabras que le he dicho antes? (no facilite pistas)

- a. Peseta
- b. Caballo
- c. Manzana

6. Nominación

Pueden utilizarse objetos comunes alternativos (p. ej.; gafas, sillas, llaves, etc.)

- a. ¿Qué es esto? (mostrar un lápiz o bolígrafo)
- b. Y esto, ¿qué es? (mostrar un reloj)

7. Repetición

Ahora le voy a decir una frase que deberá repetir ¿Preparado? EN UN TRIGAL HABÍA CINCO PERROS ¿Me la puede repetir, por favor? (si es necesario, repetirla hasta cinco veces, pero puntuar solo el primer intento de respuesta) s de lo habitual.

8. Comprensión

Tenga una hoja de papel a mano

- a. Coja este papel con la mano derecha
- b. dóblelo por la mitad
- c. déjelo en el suelo/mesa...

9. Lectura

Ahora le voy a mostrar un papel con una frase; debe leerla y hacer lo que está escrito ¿Preparado? (mostrar la hoja con la frase estímulo) CIERRE LOS OJOS

10. Escritura

Tenga una hoja de papel y un lápiz o bolígrafo a mano

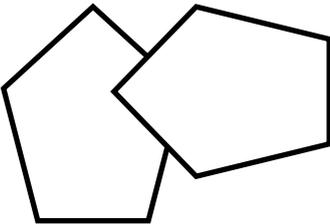
Ahora le voy a pedir que escriba una frase; lo que quiera, algo que tenga sentido (facilitar la hoja de papel y el lápiz o bolígrafo) Si la persona no responde, puede decirle, por ejemplo: Escriba algo sobre el tiempo que hace hoy



11. Dibujo

Tenga una hoja de papel y un lápiz o bolígrafo a mano

Ahora le voy a pedir que copie este dibujo (facilitar la hoja de papel y el lápiz o bolígrafo y mostrar la hoja con el dibujo estímulo) Deben estar los 5 lados de cada pentágono y la intersección para puntuar



La puntuación máxima es de 30 puntos. <24 puntos: sugiere deterioro cognitivo en >65 años.



Anexo 19

[S35-05 76 anexo1 III \(1\).pdf](#)

Test de Pfeiffer	
1. ¿Cuál es la fecha de hoy?	
2. ¿Qué día de la semana?	
3. ¿En qué lugar estamos?	
4. ¿Cuál es su número de teléfono? (si no tiene teléfono ¿Cuál es su dirección completa?)	
5. ¿Cuántos años tiene?	
6. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Día, mes, año)	
7. ¿Cómo se llama el rey de España?	
8. ¿Quién mandaba en España antes del Rey?	
9. ¿Cuál es el nombre y los apellidos de su madre?	
10. Reste de tres en tres desde 20	

Anexo 20

[S35-05 76 anexo1 III \(1\).pdf](#)

Test de Barber	
1. ¿Vive solo?	1=Sí; 0=No
2. ¿Se encuentra sin nadie a quien acudir si precisa ayuda?	1=Sí; 0=No
3. ¿Hay más de dos días a la semana que no come caliente?	1=Sí; 0=No
4. ¿Necesita de alguien que lo ayude a menudo?	1=Sí; 0=No
5. ¿Le impide su salud salir a la calle?	1=Sí; 0=No
6. ¿Tiene con frecuencia problemas de salud que le impidan valerse por sí mismo?	1=Sí; 0=No
7. ¿Tiene dificultades con la vista para realizar sus labores habituales?	1=Sí; 0=No
8. ¿Le supone mucha dificultad la conversación porque oye mal?	1=Sí; 0=No
9. ¿Ha estado ingresado en el hospital en el último año?	1=Sí; 0=No



Anexo 21

[Redalyc.Evaluación de los recursos sociales en ancianos ingresados en el Servicio de Geriatría](#)

Escala OARS	
Me gustaría que respondiese algunas preguntas acerca de su familia y amigos:	
1. ¿Cuál es su estado civil?	
a. Soltero b. Casado c. Viudo d. Separado e. No responde	
2. ¿Quién vive con usted?	
a. Nadie b. Conyuge c. Hijos d. Nietos e. Otros familiares f. Otros no familiares	
3. ¿Cuántas personas le visitan en su casa?	
a. _____ b. Nadie	
4. ¿Con cuántas personas (familiares o amistades) ha hablado por teléfono en la última semana?	
c. _____ d. Nadie	
5. ¿Cuántas veces durante la última semana estuvo con alguien que no vive con usted, ya sea de visita, de paseo o en algún suceso recreativo?	
a. Ninguna b. 1 vez al día c. 1 vez a la semana d. 2-6 veces/semana	
6. ¿Tiene usted alguien en quién confiar?	
a. Sí b. No	
7. ¿Se siente solo?	
a. Frecuentemente b. Algunas veces c. Casi Nunca	



8. ¿Ve usted a sus familiares y amigos?
a. Frecuentemente como desea b. Descontento por lo poco
9. Si usted se enferma, ocasionalmente puede contar con alguien que le ayude:
a. Si b. No Si responde "Sí" preguntar:
10. ¿Le podrán ayudar si estuviera enfermo o discapacitado de 1-6 semanas?
a. Si b. No
11. ¿Le podrán cuidar si estuviera enfermo o discapacitado por más de 6 semanas o durante un largo plazo de tiempo?
a. Si b. No
12. ¿Considera que usted y su pareja tienen suficiente dinero para cubrir sus necesidades básicas del vivir diario?
a. Si b. No



Anexo 22

[MSPSS.pdf](#)

Escala de apoyo social percibido						
1. Hay una persona que está cerca cuando estoy en una situación difícil						
1	2	3	4	5	6	7
Existe una persona especial con la cual yo puedo compartir penas y alegrías						
1	2	3	4	5	6	7
3. Mi familia realmente intenta ayudarme						
1	2	3	4	5	6	7
4. Obtengo de mi familia la ayuda y el apoyo emocional que necesito						
1	2	3	4	5	6	7
5. Existe una persona que realmente es una fuente de bienestar para mi						
1	2	3	4	5	6	7
6. Mis amigos realmente tratan de ayudarme						
1	2	3	4	5	6	7
7. Puedo contar con mis amigos cuando las cosas van mal						
1	2	3	4	5	6	7
8. Yo puedo hablar de mis problemas con mi familia						
1	2	3	4	5	6	7
9. Tengo amigos con los que puedo compartir las penas y alegrías						
1	2	3	4	5	6	7
10. Existe una persona especial en mi vida que se preocupa por mis sentimientos						
1	2	3	4	5	6	7
11. Mi familia se muestra dispuesta a ayudarme para tomar decisiones						
1	2	3	4	5	6	7
12. Puedo hablar de mis problemas con mis amigos						
1	2	3	4	5	6	7
1	2	3	4	5	6	7
Totalmente en desacuerdo	Bastante en desacuerdo	Más bien en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Más bien de acuerdo	Bastante de acuerdo	Totalmente de acuerdo



Anexo 23

[S35-05 76 anexo1 III \(1\).pdf](#)

Escala de Gijón	
1.Situación familiar	
Vive con la familia sin dependencia física o 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
2.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
3.Vivienda	
Adecuada a las necesidades	1
Barreras arquitectónicas en la vivienda o portal de la casa (peldaños, puertas estrechas, baños, etc.)	2
Humedades, mala higiene, equipamiento inadecuado (sin baño completo, agua caliente, calefacción, etc.)	3
Ausencia de ascensor, teléfono	4
Vivienda inadecuada (chabolas, vivienda declarada en ruina, ausencia de equipamientos mínimos)	5
4.Relaciones sociales	
Relaciones sociales	1
Relación social solo con familia y vecinos	2
Relación social solo con familia o vecinos	3
No sale del domicilio, recibe visitas	4
No sale y no recibe visitas	5
5.Apoyo de la red social	
Con apoyo familiar y vecinal	1
Voluntariado social, ayuda domiciliaria	2
No tiene apoyo	3
Pendiente de ingreso en residencia geriátrica	4
Tiene cuidados permanentes	5



Anexo 24

http://www.saludinfantil.org/Programa_Salud_Infantil/Programa_Salud_Infantil/Anexo%2022.-%20ESCALA%20DE%20SOBRECARGA%20DEL%20CUIDADOR%20DE%20ZARIT.pdf

Escala Zarit				
1. ¿Siente que su familiar solicita más ayuda de la que realmente necesita?				
0	1	2	3	4
2. ¿Siente que debido al tiempo que dedica a su familiar ya no dispone de tiempo suficiente para usted?				
0	1	2	3	4
3. ¿Se siente tenso cuando tiene que cuidar a su familiar y atender además otras responsabilidades?				
0	1	2	3	4
4. ¿Se siente avergonzado por la conducta de su familiar?				
0	1	2	3	4
5. ¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?				
0	1	2	3	4
6. ¿Cree que la situación actual afecta de manera negativa a su relación con amigos y otros miembros de la familia?				
0	1	2	3	4
7. ¿Siente mayor temor por el futuro que le espera a su familia?				
0	1	2	3	4
8. ¿Siente que su familiar depende de usted?				
0	1	2	3	4
9. ¿Se siente agobiado cuando tiene que estar junto a su familia?				
0	1	2	3	4
10. ¿Siente que su salud se ha resentido por cuidar a su familiar?				
0	1	2	3	4
11. ¿Siente que no tiene vida privada que desearía debido a su familiar?				
0	1	2	3	4
12. ¿Cree que su vida social se ha visto afectada por tener que cuidar de su familiar?				
0	1	2	3	4
13. ¿Se siente incómodo para invitar a sus amigos a casa, a causa de su familiar?				
0	1	2	3	4
14. ¿Cree que su familiar espera que usted le cuide, como si fuera la única persona con la que puede contar?				
0	1	2	3	4
15. ¿Cree que no dispone de dinero suficiente para cuidar a su familiar además de sus otros gastos?				
0	1	2	3	4
16. ¿Siente que será incapaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?				
0	1	2	3	4
17. ¿Siente que ha perdido el control sobre su vida desde que la enfermedad de su familiar se manifestó?				



0	1	2	3	4
18. ¿Desearía poder encargar el cuidado de su familiar a otras personas?				
0	1	2	3	4
19. ¿Se siente inseguro acerca de lo que debe hacer con su familiar?				
0	1	2	3	4
20. ¿Siente que debería hacer más de lo que hace por su familiar?				
0	1	2	3	4
21. ¿Cree que podría cuidar de su familiar mejor de lo que lo hace?				
0	1	2	3	4
22. En general: ¿Se siente muy sobrecargado por tener que cuidar de su familiar?				
0	1	2	3	4

Frecuencia	Nunca	Casi Nunca	A veces	Bastantes veces	Casi siempre
Puntuación	0	1	2	3	4



Capítulo 4.

Implementación de Equipos Interdisciplinarios: Roles y Coordinación.

- Feijoo Rodil, Nerea
- Guijarro Miravalles, Carlos
- Lorenzo Martin, Blanca
- Reinoso Andrés, Marta



Edición 1/2024

Coordinadores:

- José M^a Jiménez Pérez.
- Ana María Fernández Araque.



Índice de contenidos.

1. Introducción a la Pluripatología: Definición y Epidemiología

- Definición de pluripatología.
- Prevalencia y tendencias demográficas.
- Factores de riesgo y etiología de la pluripatología.
- Estrategia nacional de atención al paciente crónico y su adaptación a las distintas CC.AA.

2. Modelos de Atención Integral para Pacientes Pluripatológicos

- Programas de atención integral.
- Enfoques de gestión de casos.
- Evaluación y coordinación de cuidados entre diferentes especialidades.
- Implantación y ejecución de la cartera de servicios en patologías crónicas prevalentes.

3. Criterios de Evaluación y Diagnóstico Interdisciplinar

- Herramientas y métodos de evaluación multidimensional.
- Diagnóstico diferencial en pacientes con múltiples enfermedades.
- Importancia de la evaluación integral cognitiva-funcional y apoyo social en la repercusión en posibles complicaciones.

4. Implementación de Equipos Interdisciplinarios: Roles y Coordinación

- Composición y roles de los equipos de atención interdisciplinar.
- Estrategias de comunicación y coordinación entre profesionales de salud.
- Casos prácticos de trabajo en equipo para el manejo de pacientes complejos.

5. Coordinación urgencias – Unidades de atención al paciente pluripatológico o UCA

6. Experiencia diseñada para proporcionar una comprensión integral de la gestión de los servicios de salud en la atención a pacientes con pluripatologías y atención continuada.



4. Implementación de equipos interdisciplinarios: roles y coordinación.

El sistema sanitario diseñado actualmente debe afrontar un nuevo reto acorde a las necesidades de los pacientes. La realidad a la que nos enfrentamos a diario nos presenta un panorama donde, la atención a Pacientes Crónicos Pluripatológicos requiere de respuestas no solo sanitarias, sino sociales también y donde el paciente será la estrella de dicha intervención, y donde la familia debe tener también su protagonismo, ya que es fundamental su colaboración, en el cuidado. Los pacientes pluripatológicos van a demandar pues, un elevado número de recursos Sanitarios y Sociales a los que debemos dar respuesta, siempre buscando el mayor grado de Bienestar posible. Esta necesidad, es la que nos lleva a querer dar respuesta a dicha atención, incorporando premisas ya existentes de otras Unidades de Continuidad Asistencial e incorporando aquellas propias, acordes a los recursos de que disponemos. Es necesario el Trabajo de un Equipo Multidisciplinar que ponga todos sus esfuerzos y dedicación en este proyecto y lo haga de manera interdisciplinar, donde la coordinación entre los niveles asistenciales (servicios sanitarios y servicios sociales), será imprescindible para garantizar el éxito del mismo. La Familia o Cuidadores Habituales, tienen un protagonismo muy relevante, en cuanto a la continuidad de cuidados, la prevención de complicaciones y la formación a recibir, como complemento básico para dicho cuidado. En definitiva, buscando el Bienestar del Paciente y su Familia o Cuidador Principal, nuestro objetivo, utilizando los recursos de que disponemos y coordinándolos será establecer un plan de cuidados, que se adecúe a sus necesidades, las del paciente y las del cuidador familiar^{1,2}.

La definición que nombra la OMS de lo que es un **equipo de atención multidisciplinar**³ es: un conjunto de profesionales de la salud que colaboran de manera coordinada, aportando sus conocimientos y habilidades específicas para evaluar, planificar, tratar y seguir el cuidado del paciente. Estos equipos suelen incluir médicos, enfermeras, fisioterapeutas, trabajadores sociales, psicólogos, nutricionistas, farmacéuticos, y otros especialistas según las necesidades del paciente⁴.

Características principales:

Diversidad de Especialidades: Los miembros provienen de diferentes campos de la salud, cada uno contribuyendo con su perspectiva y experiencia específica.



Trabajo Colaborativo: Los profesionales se comunican de manera continua para planificar y coordinar la atención del paciente.

Cuidado Centrado en el Paciente: Se enfocan en las necesidades individuales del paciente, asegurando un abordaje holístico que incluye los aspectos físicos, emocionales, sociales y psicológicos.

Toma de Decisiones Conjunta: Se discuten los casos en conjunto para tomar decisiones clínicas, optimizando los resultados para el paciente.

Mejor Calidad de Atención: Se busca brindar un cuidado más completo, mejorar los resultados de salud y aumentar la satisfacción del paciente.

4.1. Composición y roles de los equipos de atención interdisciplinar.

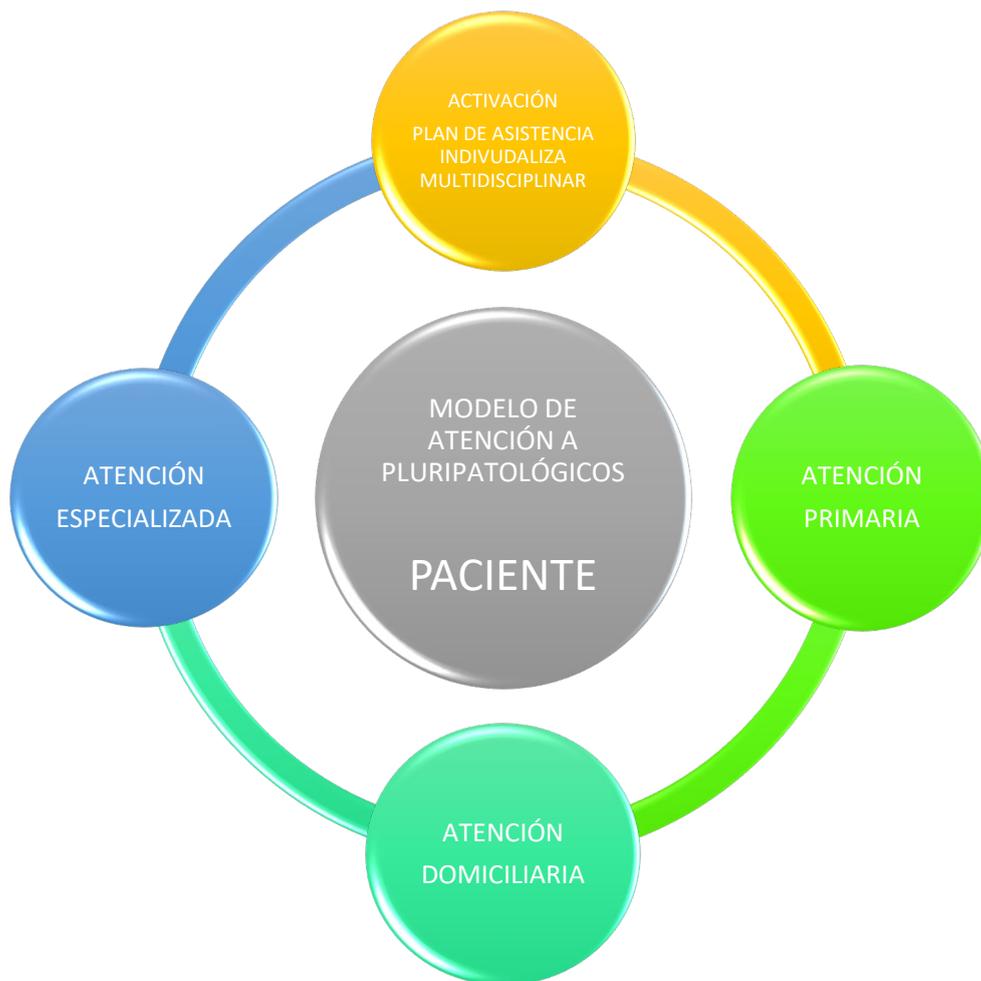
El modelo organizativo en el ámbito de la atención a enfermedades crónicas se centra en identificar los diversos agentes involucrados en el proceso y definir claramente las funciones que deben desempeñar. Su propósito es establecer cómo interactúan y se coordinan los distintos actores dentro del modelo general de atención, con el fin de superar la tradicional división entre los entornos asistenciales, como son la atención primaria y la atención especializada.

Este enfoque organizativo busca eliminar las barreras que actualmente existen entre los diferentes niveles de atención, facilitando que el paciente y sus cuidadores puedan transitar sin dificultades entre los distintos ámbitos asistenciales y sociosanitarios. En este contexto, los "actores" del modelo hacen referencia a los perfiles profesionales que participan en la atención al paciente. Cada uno de estos actores desempeña un rol específico, determinado por su responsabilidad y el área a la que pertenece, ya sea sanitaria o no sanitaria

En resumen, el modelo organizativo no solo define los roles de los diferentes profesionales, sino que también propone un marco para una colaboración fluida y eficiente entre los diferentes niveles de atención, centrada en el bienestar del paciente y la eliminación de obstáculos en su recorrido asistencial.



Gestionar la atención a los pacientes con enfermedades crónicas implica la necesidad de readaptar los roles de los profesionales, potenciando el papel de Atención Primaria y sus competencias, o desarrollando figuras nuevas. A continuación, se enumeran las acciones que deberá realizar cada agente en este nuevo modelo.



Roles que intervienen:

4.1.1.1. El paciente.

Se promoverá que el paciente tenga un rol activo y una gestión competente de su salud y cuidado⁴. Las acciones que debe realizar son:

- Conocer su enfermedad. Cuidar su salud: hábitos de vida saludables.
- Afrontar su enfermedad de manera adecuada.
- Acordar con los profesionales sanitarios su plan personal de acción.



- Participar de forma activa en la toma de decisiones sobre su proceso.
- Asumir su autocuidado y autocontrol de forma activa en determinadas acciones definidas en el plan de atención.
- Comunicar los parámetros y otros datos pactados mediante los mecanismos que se determinen.
- Manejo inicial de su proceso en casos de descompensación (identificar signos de alarma y pautas de actuación).

Cuando el paciente pasa a ser un paciente experto:

- Comprender su dolencia y emprender las acciones necesarias para estabilizarla.
- Tener un adecuado afrontamiento de su enfermedad.
- Demostrar conocimiento y manejo adecuado de las distintas opciones terapéuticas.
- Mostrar estabilidad psíquica.
- Estar motivado por la ayuda mutua y tener disponibilidad a colaborar.
- Demostrar capacidad de diálogo, de comunicación y empatía.
- Disposición para compartir experiencia.

Con el adiestramiento adecuado el Paciente Experto puede:

- Liderar grupos de autoayuda entre pacientes que padecen la misma enfermedad.
- Facilitar información y favorecer un clima de diálogo entre las personas de los grupos.
- Compartir experiencias, fomentando que se trabaje en los grupos la vivencia de la enfermedad en el plano personal y social.
- Educar a sus iguales sobre su enfermedad.
- Debatir con sus iguales sobre las opciones diagnósticas y terapéuticas.
- Promover la adaptación al estilo de vida de cada uno.



El cuidador no profesional.

Aunque no es un profesional de salud, el cuidador principal⁵ tiene un papel clave en el cuidado diario del paciente. Su participación es vital en la toma de decisiones y la implementación del plan de atención.

Las funciones que por lo general realiza son:

- Suplir las carencias del paciente en las actividades de la vida diaria.
- Ayudar a realizar o realizar las funciones de autocuidado que el paciente no pueda realizar, requiriendo por tanto la formación necesaria.
- Supervisión del seguimiento del plan de atención por parte del paciente.
- Cuidar su propia salud física y psíquica para evitar la claudicación.
- Conocer y utilizar en su caso los apoyos sociales necesarios.

4.1.1.2. Atención primaria

Espacio de trabajo: Centro de salud y domicilio.

4.1.1.2.1. Médico de Atención Primaria/ Pediatra de AP.

El médico de atención primaria o el pediatra son los principales responsables del cuidado de pacientes crónicos⁶, en coordinación con la enfermera asignada al “cupo”. Por tanto, deben tener las competencias necesarias para esta tarea. Desempeñan su trabajo en un entorno multidisciplinario junto al resto del equipo de salud y cuentan con el apoyo de la Enfermera Gestora de Casos, quien garantiza el seguimiento adecuado de pacientes con especial complejidad.

Sus funciones incluyen:

- Es el principal responsable de asegurar la continuidad y la atención integral del paciente crónico en todo el Sistema Sanitario, actuando como guía para orientar a los pacientes en su recorrido por el sistema de salud.



- Evaluar y diagnosticar enfermedades crónicas.
- Estratificar a los pacientes según su nivel de riesgo o cronicidad.
- Asignar a los pacientes a un plan de atención adecuado.
- Personalizar el plan de atención en casos complejos.
- Asignar acciones específicas dentro del plan de atención (estas estarán predefinidas en casos convencionales y deberán ser acordadas en casos complejos).
- Realizar el seguimiento clínico continuo del paciente.
- Revisar y actualizar periódicamente el plan de atención.
- Prescribir y fomentar los autocuidados, reforzando su importancia.
- Reevaluar la asignación del paciente al plan de atención establecido.
- Colaborar en el manejo del paciente en el contexto familiar.
- Determinar el nivel de intervención necesario por parte de los recursos especializados hospitalarios, en función de la complejidad y evolución del paciente.
- Determinar si la interconsulta debe ser normal, preferente o urgente.
- Si se considera adecuado, proponer que la interconsulta se realice de manera presencial o no presencial.
- En casos de pacientes graves, indica el ingreso directo sin pasar por urgencias, según lo previsto en el plan de atención correspondiente.

4.1.1.2.2. Enfermera de Atención Primaria (adultos o pediatría).

La enfermera de Atención Primaria comparte la responsabilidad del cuidado de los pacientes crónicos con el médico de Atención Primaria o el pediatra⁷, y contará con el apoyo de la Enfermera Gestora de Casos⁸ para pacientes con alta complejidad. **Sus funciones incluyen:**

- Evaluar las necesidades de cuidado de los pacientes, diseñar y actualizar sus planes de atención personalizados.
- Prescribir autocuidados y recomendar autoevaluaciones.
- Ejecutar las acciones establecidas en la estrategia de atención.
- Informar sobre los recursos comunitarios y asociativos disponibles en su área y sugerir su uso.



- Promover la aceptación de la enfermedad y su manejo eficaz, ofreciendo apoyo emocional durante el proceso.
- Capacitar a los pacientes en el manejo de su enfermedad, enfocándose en el autocuidado y autocontrol, y fomentando su autonomía.
- Brindar formación, apoyo y atención a los cuidadores de los pacientes.
- Proponer modificaciones en el tratamiento según los protocolos establecidos y las normativas vigentes.
- Promover hábitos de vida saludables y prevenir complicaciones.
- Identificar y redirigir las situaciones que requieran coordinación o derivación a otros profesionales del sistema sanitario.
- Apoyar en la toma de decisiones y resolver conflictos.
- Fomentar la participación de pacientes y/o familiares en grupos de apoyo mutuo.
- Participar en talleres grupales y colaborar en la atención en el ámbito familiar.
- Colaborar en la identificación de necesidades de ayudas técnicas, adaptaciones en el hogar y otros soportes sociosanitarios.
- Programar actividades de salud comunitaria en colaboración con la trabajadora social local.
- Gestionar los casos de pacientes graves para asegurar una atención continua e integral (la gestión de casos generalmente se realizará desde Atención Primaria).

4.1.1.2.3. Enfermera Gestora de caso:

La gestión de casos es un proceso colaborativo que coordina, supervisa y evalúa los servicios necesarios para satisfacer las necesidades de salud de una persona. Esto incluye la comunicación y la utilización de recursos disponibles para promover resultados de calidad y garantizar una atención integral y continua. En general, la gestión de casos⁸ se llevará a cabo desde Atención Primaria, con competencias avanzadas para supervisar la implementación de la estrategia en el centro y actuar como referente para los casos complejos.

Sus funciones son:

- Gestionar casos de alta complejidad, asegurando la continuidad en la atención.
- Colaborar en la elaboración del Plan de Atención Integral.



- Coordinar las acciones de los diferentes profesionales del sistema sanitario involucrados.
- Optimizar el uso de todos los recursos disponibles.
- Asesorar en la toma de decisiones para casos complejos en el Centro de Salud y a solicitud de la enfermera de la Unidad Básica.
- Asegurar el cumplimiento del plan de atención para pacientes crónicos y pluripatológicos en el centro y en las distintas unidades básicas.
- Capacitar a pacientes complejos y/o a sus cuidadores en autocuidados, fomentando la autonomía cuando sea posible.
- Organizar reuniones multidisciplinarias para coordinar y seguir la estrategia.
- Coordinar con los servicios de A.E. para la planificación de ingresos y/o altas hospitalarias.
- Organizar grupos de autocuidado y reuniones para pacientes expertos.
- Supervisar talleres dirigidos a cuidadores.
- Formar y asesorar al personal de enfermería en el cuidado de pacientes con mayor complejidad.
- Promover la investigación en el manejo de enfermedades crónicas.
- Colaborar con la trabajadora social en la coordinación de redes sociales formales e informales en la zona.

4.1.1.2.4. Enfermera de Consejo telefónico (CCU)

La Enfermera de Consejo Telefónico⁹ garantiza la continuidad de la atención fuera del horario habitual de los centros de salud para pacientes incluidos en programas de atención a crónicos o pluripatológicos, coordinándose con su centro de salud. Desarrollará un modelo de atención sanitaria a distancia, utilizando nuevas tecnologías (como telemedicina). Contará con el apoyo del Operador Telefónico. Sus funciones incluyen:

- Ofrecer consejos sanitarios sobre dudas frecuentes de diferentes tipos de pacientes.
- Informar, orientar y asesorar sobre las necesidades de cuidado del paciente o sus cuidadores, proporcionando respuestas rápidas y acordes con la estrategia.
- Proponer ajustes puntuales en el plan de cuidados.



- Derivar al paciente a consultas normales o urgentes con los profesionales del centro de salud.
- Informar a los profesionales sanitarios de la zona sobre las acciones realizadas.

4.1.1.2.5. Trabajador Social de Atención Primaria.

El Trabajador Social de Atención Primaria¹⁰ se encarga de realizar el “Trabajo Social Sanitario” y es el punto de referencia para abordar los problemas y riesgos psicosociales en pacientes crónicos. Esto asegura una atención integral al tratar los aspectos sociales junto con los aspectos médicos y psicológicos y los cuidados del paciente y su familia.

Sus funciones incluyen:

- Desarrollar un diagnóstico social sanitario como parte del Diagnóstico Integral del paciente.
- Identificar de manera temprana situaciones de riesgo socio-sanitario siguiendo pautas predefinidas.
- Personalizar el plan de atención para el paciente y su familia dentro del Plan de Atención Integral.
- Informar, orientar y asesorar sobre los recursos necesarios para el paciente y su familia, facilitando el acceso y explicando derechos y deberes.
- Implementar las acciones asignadas en el Plan de Atención Integral.
- Asegurar que el paciente tenga acceso a ayudas técnicas y ajustes necesarios en su vivienda o entorno.
- Intervenir en casos de aislamiento social y atender los aspectos psicosociales del paciente y su red social cercana.
- Desarrollar estrategias de apoyo a la familia, como gestionar periodos de descanso, facilitar la participación en grupos de autoayuda y promover el autocuidado.
- Coordinar las transferencias del paciente entre diferentes servicios (alta hospitalaria, traslados a centros de día, residenciales, etc.).
- Coordinar acciones con otros ámbitos, especialmente con los Servicios Sociales de Base y asociaciones de pacientes.
- Elaborar, coordinar y llevar a cabo talleres para personas cuidadoras.
- Programar actividades sanitarias comunitarias.



- Informar a pacientes y cuidadores sobre los recursos comunitarios y asociativos disponibles en su área para educación, autocuidado y autoayuda, como grupos de apoyo, servicios adicionales, gimnasios públicos, etc.

4.1.1.2.6. TCAE.

El Auxiliar de Enfermería apoya a los enfermeros en la atención diaria integral del paciente. Sus tareas¹¹ incluyen la gestión de recursos materiales (medicamentos, alimentos, material para curas), movilización de pacientes y apoyo en diversas técnicas requeridas por los pacientes.

4.1.1.2.7. Personal de Admisión.

Las funciones del Personal de Admisión¹² son:

- Recibir las solicitudes de atención.
- Clasificar y priorizar estas solicitudes según el protocolo y el nivel de estratificación.
- Dirigir a los pacientes al personal adecuado (enfermería, medicina, trabajo social) y al modelo de atención más adecuado (presencial o telefónica).
- Resolver trámites administrativos y gestionar citaciones.
- Apoyar a los profesionales sanitarios en aspectos administrativos.

Además, el Personal de Admisión realizará tareas proactivas como hacer seguimientos (presenciales o telefónicos) a los pacientes seleccionados según el protocolo, enviar recordatorios, comprobar la situación del paciente, anticipar citaciones, etc.

4.1.1.2.8. Otros Servicios de Apoyo a la Atención Primaria.

La atención a pacientes crónicos y pluripatológicos puede requerir servicios adicionales que se desarrollarán de manera progresiva. Estos servicios incluyen:

- **Servicios de Nutrición:** Proporcionan recomendaciones y apoyo específico en cuestiones de dieta y nutrición.
- **Servicios de Rehabilitación (Fisioterapeuta):** Ofrecen rehabilitación funcional para mantener o recuperar el mayor grado posible de capacidad funcional e independencia.



- **Servicios de Apoyo Psicológico (Psiquiatra y Psicólogo):** Brindan apoyo psicológico al paciente y a sus cuidadores, ayudando a ambos a desarrollar habilidades y estrategias para enfrentar sus problemas.
- **Servicios de Odontología:** Proporcionan servicios para mantener la salud bucal y el bienestar del paciente.
- **Terapeuta Ocupacional:** Ayuda a los pacientes a mantener o recuperar la capacidad para realizar actividades diarias, adaptando el entorno y enseñando nuevas estrategias.
- **ONGs y Voluntariado:** Ofrecen apoyo adicional a través de programas de voluntariado.
- **Residencias Geriátricas y Centros de Día:** Proporcionan cuidados y apoyo a personas mayores en entornos residenciales y diurnos.
- **Guarderías, colegios e institutos:** Proporcionan cuidados y apoyos a los pacientes pediátricos en entornos de educación.

4.1.1.3. Atención especializada.

Espacio de trabajo: Urgencias, unidades de hospitalización, consultas externas, hospital de día.

4.1.1.3.1. Médico de Atención Especializada.

Dependiendo de la gravedad y la situación clínica de cada paciente, el médico de Atención Primaria o el pediatra pueden solicitar diferentes niveles de intervención de la Atención Especializada¹³, que se dividen en tres tipos de perfiles de intervención:

4.1.1.3.1.1. Especialista Consultor.

Este profesional ofrece asesoría puntual a través de interconsultas, sin necesidad de personalizar la asistencia.



4.1.1.3.1.2. Especialista de Referencia.

Para pacientes graves que requieren atención continua de Atención Primaria, el médico de Atención Especializada actúa como especialista de referencia con las siguientes responsabilidades:

- Brindar atención personalizada en el entorno ambulatorio y supervisar los episodios de hospitalización.
- Revisar y ajustar el plan de atención y la estratificación del paciente.
- Asignar o modificar las acciones del plan de atención relacionadas con su especialidad, como pruebas médicas o visitas.
- Ejecutar las acciones correspondientes a su especialidad.
- Supervisar las acciones de otros profesionales en su área de especialización.
- Realizar el seguimiento clínico en su ámbito especializado.

4.1.1.3.1.3. Especialista de Atención Personalizada.

En casos excepcionales, como ciertos tipos de cáncer, esclerosis múltiple o diabetes tipo I (u otras patologías), el médico de Atención Especializada se convierte en el principal responsable del paciente. En estos casos, sus funciones incluyen:

- Asumir la responsabilidad principal del seguimiento del paciente.
- Evaluar y modificar el plan de atención y la estratificación del paciente.
- Asignar o ajustar las acciones del plan de atención, como pruebas médicas o visitas.
- Ejecutar las acciones asignadas relacionadas con su especialidad.
- Supervisar tanto las acciones de otros profesionales como las de Atención Primaria.
- Realizar el seguimiento clínico del paciente.

4.1.1.3.2. Enfermera de Atención Especializada.

La Enfermera de Atención Especializada¹⁴ asumirá un rol más activo y autónomo en la atención de pacientes crónicos, especialmente en el entorno ambulatorio y en unidades de hospitalización donde predominan estos pacientes. En algunos casos, podrá contar con el apoyo de una Enfermera de Enlace para pacientes con alta complejidad.



Sus funciones incluyen:

- Evaluar y personalizar el plan de cuidados.
- Ejecutar y seguir las acciones asignadas.
- Tomar decisiones de manera autónoma y asesorar en decisiones complejas.
- Organizar reuniones multidisciplinarias.
- Proponer modificaciones en pautas terapéuticas según el protocolo.
- Promover estilos de vida saludables y prevenir complicaciones.
- Realizar el seguimiento del plan de cuidados y actualizarlo según sea necesario.
- Identificar y coordinar la derivación a otros profesionales cuando sea necesario.
- Capacitar a pacientes y familiares en autocuidados y fomentar la autonomía.
- Facilitar la participación en grupos de autoayuda y manejar casos de fragilidad.
- Proporcionar soporte emocional y gestionar los casos asignados para garantizar la continuidad de la atención en coordinación con la enfermera de Atención Primaria.

4.1.1.3.3. Enfermera de Enlace Hospitalaria.

En determinadas áreas clínicas o servicios, la Enfermera de Enlace Hospitalaria¹⁵, con competencias avanzadas, trabajará con pacientes hospitalizados y ambulatorios, siendo el referente para casos complejos durante su estancia hospitalaria. Sus funciones incluyen:

- Gestionar casos de alta complejidad y garantizar la continuidad de la atención.
- Supervisar la implementación de la Estrategia de Crónicos en su ámbito.
- Coordinar con la enfermera de Atención Primaria y otros servicios para asegurar la continuidad en la transición entre niveles.
- Identificar correctamente a la población objetivo, especialmente en ingresos hospitalarios y urgencias.
- Detectar y dirigir situaciones que requieran coordinación o derivación a otros profesionales.
- Organizar actividades para informar y sensibilizar a los pacientes sobre su autocuidado en el entorno hospitalario.
- Asesorar en la toma de decisiones y coordinar reuniones multidisciplinarias.
- Evaluar las necesidades de atención en su área y proponer modificaciones en las pautas terapéuticas.



- Definir, ejecutar y evaluar el plan de atención.
- Facilitar la participación de pacientes y familiares en grupos de autoayuda y fomentar el afrontamiento efectivo de la enfermedad.

4.1.1.3.4. Trabajadora Social Hospitalaria.

La Trabajadora Social Hospitalaria¹⁶ se encarga del “Trabajo Social Sanitario” y es responsable de los problemas y riesgos psicosociales de los pacientes crónicos en el entorno hospitalario.

Sus funciones incluyen:

- Atender los aspectos psicosociales del paciente y sus redes cercanas.
- Identificar tempranamente necesidades y situaciones de riesgo socio-sanitario, como dependencia, cronicidad, discapacidad y vulnerabilidad.
- Desarrollar un diagnóstico social sanitario y proporcionar una valoración socio-familiar al equipo interdisciplinario.
- Asegurar la planificación del alta hospitalaria desde el ingreso del paciente.
- Actualizar el Plan de Atención Integral en coordinación con la trabajadora social de Atención Primaria.
- Informar y orientar sobre los recursos disponibles para el paciente y su familia, facilitando el acceso y explicando derechos y deberes.
- Elaborar informes de alta y cualquier documento socio-familiar necesario para garantizar la continuidad de cuidados.
- Proponer actualizaciones al Plan de Atención en coordinación con la trabajadora social de Atención Primaria.
- Asegurar el acceso a ayudas técnicas y recursos socio-sanitarios necesarios.
- Facilitar el acceso a prestaciones y recursos que apoyen el tratamiento socio-sanitario.

4.1.1.3.5. Servicios de Rehabilitación.

Las principales funciones de los Servicios de Rehabilitación son:

- Diagnosticar limitaciones físicas y funcionales.
- Prescribir tratamientos farmacológicos, ortopédicos y terapias necesarias.



- Establecer protocolos de tratamiento y valoración funcional para situaciones comunes, promoviendo su aplicación progresiva por parte del personal de enfermería, fisioterapia y terapia ocupacional.
- Realizar seguimiento evolutivo y proponer ajustes en el tratamiento.
- Evaluar la necesidad de adaptaciones en el hogar y ayudas ortopédicas.
- Apoyar y colaborar con la familia en el proceso de rehabilitación.
- Colaborar en la planificación y supervisión de servicios socio-sanitarios.
- Participar en equipos multidisciplinares para la atención de pacientes crónicos con necesidades de rehabilitación.

4.1.1.3.6. Farmacéutico Hospitalario.

El Farmacéutico Hospitalario¹⁷ desempeña funciones relacionadas con la cronicidad tanto en el hospital como fuera de él:

Sus funciones incluyen:

- Establecer y aplicar procedimientos para garantizar la conciliación de la medicación en pacientes pluripatológicos.
- Mejorar la seguridad del paciente identificando interacciones, contraindicaciones y efectos adversos de los medicamentos.
- Evaluar y promover el cumplimiento terapéutico.
- Educar a los pacientes crónicos sobre el uso adecuado de los medicamentos, incluyendo dosificación, objetivos del tratamiento y posibles efectos adversos.
- Recomendar sistemas personalizados de dosificación cuando sea necesario.
- Participar en la definición de los patrones de tratamiento farmacológico para pacientes priorizados.

4.1.1.3.7. Personal de Admisión.

- Recepcionarán y encauzarán la demanda de atención.
- Resolverán trámites administrativos y gestionarán citas.
- Apoyarán a los profesionales sanitarios en aspectos administrativos.



4.1.1.4. Hospitalización a domicilio.

Espacio de trabajo: domicilio del paciente.

4.1.1.4.1. Médico especialista en Geriatría / Medicina Interna /Medicina Comunitaria/ Pediatra.

El médico especializado en estas áreas¹⁸ se encarga de proporcionar atención en el domicilio del paciente, evitando así ingresos hospitalarios innecesarios. Su rol se encuentra entre la atención primaria y la especializada, combinando elementos de ambas. **Sus funciones incluyen:**

- Evaluar la adecuación del plan de cuidados y la estratificación asignada al paciente.
- Proponer y realizar modificaciones en el plan de atención y en la estratificación del paciente.
- Valorar si se requiere la colaboración de otras especialidades.
- Asignar o modificar acciones dentro del plan de atención, como pruebas médicas o visitas.
- Ejecutar las acciones relacionadas con su especialidad que estén incluidas en el plan de atención.
- Supervisar las acciones de otros profesionales en su área de especialización.
- Coordinar la intervención de otras especialidades involucradas en el cuidado del paciente.
- Apoyar las acciones de los profesionales de Atención Primaria.
- Realizar el seguimiento clínico del paciente en su entorno domiciliario.

4.1.1.5.2. Enfermera Especialista en Atención Domiciliaria.

Las funciones¹⁹ son las propias de EAP y **las específicas son:**

- Proporcionar cuidados de enfermería en el hogar del paciente.
- Coordinar con otros profesionales de la salud para implementar el plan de atención.
- Evaluar y ajustar las necesidades de cuidados en el entorno domiciliario.
- Facilitar la educación del paciente y de sus cuidadores en cuanto a autocuidados.



- Monitorear y gestionar el estado de salud del paciente a lo largo del tiempo.

4.1.1.5. Otros ámbitos.

4.1.1.6. Salud Pública

En relación con la cronicidad, las funciones principales de Salud Pública²⁰ son:

- Realizar actividades de información y comunicación social sobre enfermedades crónicas.
- Promover estilos de vida saludables entre las personas con enfermedades crónicas.
- Desarrollar programas de formación para profesionales y elaborar protocolos educativos y materiales de apoyo para ambos, profesionales y pacientes.
- Colaborar con Atención Primaria en programas que fomenten el autocuidado.
- Brindar apoyo técnico y financiero a organizaciones sociales relacionadas con la salud.
- Implementar medidas técnicas, políticas y económicas para que las opciones más saludables sean más accesibles.
- Apoyar intervenciones comunitarias locales enfocadas en estilos de vida saludables.
- Desarrollar programas para la detección temprana de enfermedades, si es necesario.
- Mantener registros poblacionales relacionados con enfermedades crónicas.
- Coordinar el seguimiento de la evolución de las enfermedades a nivel poblacional.

4.2. Estrategias de comunicación y coordinación entre profesionales de salud.

Las estrategias de comunicación y coordinación entre los profesionales de la salud son cruciales en el abordaje del paciente pluripatológico por varias razones:

Complejidad de los casos:

Los pacientes pluripatológicos presentan múltiples enfermedades^{21,22,23} que pueden interactuar entre sí, complicando el diagnóstico y el tratamiento. Una comunicación efectiva asegura que todos los profesionales involucrados comprendan el estado general del paciente y puedan coordinar sus esfuerzos de manera efectiva. Cada uno de estos profesionales



aporta un enfoque específico que, si no se coordina adecuadamente, puede resultar en cuidados fragmentados o contradictorios.

Prevención de interacciones negativas:

Sin una buena coordinación, pueden surgir interacciones adversas entre los tratamientos o medicamentos, lo que puede agravar las condiciones del paciente. La comunicación entre profesionales permite identificar y evitar estas interacciones.

Coherencia en el plan de tratamiento:

Un plan de tratamiento integrado y coherente es fundamental para asegurar que todas las intervenciones sean complementarias y no redundantes. La coordinación entre profesionales ayuda a mantener un enfoque unificado.

Reducción de errores:

La comunicación efectiva reduce el riesgo de errores médicos y de medicación, ya que todos los miembros del equipo están al tanto de las prescripciones, cambios en el tratamiento y la evolución del paciente. Reduce la duplicación de pruebas diagnósticas o incluso de tratamientos contradictorios que afecten negativamente al paciente.

Atención integral:

Los pacientes pluripatológicos a menudo necesitan atención de diversas especialidades, como cardiología, endocrinología, rehabilitación, etc. La coordinación entre estas especialidades asegura que se cubran todas las necesidades del paciente de manera integral.

Optimización de recursos:

La colaboración y la comunicación eficaces ayudan a utilizar los recursos de manera más eficiente, evitando pruebas o tratamientos innecesarios y maximizando la efectividad de los recursos disponibles.



Mejora de la experiencia del paciente:

Un equipo bien coordinado puede ofrecer una experiencia más fluida y menos estresante para el paciente, quien a menudo se siente más seguro y respaldado cuando el equipo de salud trabaja en armonía.

Educación y apoyo continuo:

Los profesionales deben educar y apoyar al paciente y a su familia sobre la gestión de múltiples condiciones. Una comunicación efectiva entre el equipo asegura que la información proporcionada sea consistente y completa.

Relevancia en políticas de salud:

A nivel macro, la importancia de una buena coordinación y comunicación en el manejo de estos pacientes ha sido reconocida en múltiples políticas de salud, como la Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud en España. Estas políticas buscan promover modelos de atención centrados en el paciente, que integren todos los niveles asistenciales.

En resumen, la comunicación y coordinación entre profesionales de la salud son esenciales para gestionar eficazmente la complejidad de los pacientes pluripatológicos, garantizar la seguridad del paciente y mejorar la calidad de la atención.

4.1.2. Estrategias de comunicación entre profesionales de salud.

4.1.2.1. Importancia de la interdisciplinariedad.

El trabajo en equipo o la interdisciplinariedad²⁴ se refiere a la colaboración entre diferentes profesionales de la salud, para ofrecer un cuidado integral al paciente. El enfoque interdisciplinario permite que cada profesional aporte su experiencia específica, contribuyendo a un plan de tratamiento más completo y adaptado a las necesidades individuales del paciente pluripatológico.

Ejemplos de implementación: Comités o reuniones clínicas donde se discuten casos de pacientes complejos, asegurando que todos los aspectos del cuidado sean considerados.



4.1.2.2. Herramientas de comunicación.

Las reuniones multidisciplinarias: son encuentros regulares donde los profesionales que atienden a un mismo paciente se reúnen para discutir su evolución, revisar el plan de tratamiento y tomar decisiones conjuntas. Estas reuniones pueden ser semanales o mensuales, dependiendo de la complejidad del caso. Pueden ser presenciales o virtuales, según las necesidades del equipo. Estas reuniones facilitan la sincronización de esfuerzos, reducen la fragmentación del cuidado, y aseguran que todos los miembros del equipo estén informados sobre el estado y las necesidades del paciente.

Historias clínicas compartidas: La disponibilidad y accesibilidad de una historia clínica electrónica compartida entre los diferentes niveles asistenciales y especialidades es crucial para una buena comunicación. Permite que todos los profesionales involucrados en el cuidado del paciente tengan acceso a la misma información actualizada. Debe incluir datos relevantes como diagnósticos, medicación, resultados de pruebas, y notas de evolución de cada profesional. Es importante que esté actualizada en tiempo real para reflejar cualquier cambio en el estado del paciente o en su tratamiento.

Sistemas de información de salud (HIS)²⁵: Los HIS facilitan la comunicación y coordinación al centralizar toda la información relevante del paciente en un solo sistema accesible por los diferentes profesionales. Algunas de estas plataformas permiten la inclusión de alertas automatizadas para interacciones medicamentosas, recordatorios para revisiones periódicas, y la posibilidad de compartir mensajes y documentos entre los miembros del equipo. Al reducir los errores de comunicación y asegurar que todos los profesionales estén al tanto de los últimos cambios en el estado del paciente, los HIS contribuyen a una atención más segura y eficiente.



4.2.2. Protocolos de comunicación.

Características:

- **Canales de comunicación claros:** Es esencial que existan protocolos claros que definan cómo y cuándo debe realizarse la comunicación entre los profesionales. Estos protocolos deben estar bien documentados y ser conocidos por todo el equipo.
- **Roles y responsabilidades definidos:** Es fundamental que cada profesional sepa exactamente qué rol juega en el equipo y cuáles son sus responsabilidades específicas en la comunicación. Por ejemplo, un enfermero puede ser responsable de notificar cambios en los signos vitales, mientras que el farmacéutico puede encargarse de la revisión periódica de la medicación. En situaciones más complejas, es útil designar a un coordinador de casos, quien actúa como el punto de contacto central para todos los profesionales involucrados, facilitando la comunicación y la toma de decisiones.
- **Formación en habilidades de comunicación:** Los profesionales de la salud deben recibir formación continua en habilidades de comunicación efectiva, tanto verbal como escrita. Esta formación puede incluir talleres, simulaciones de casos clínicos, y el uso de tecnología para mejorar la comunicación. Es importante que la comunicación no solo se enfoque en la transferencia de información técnica, sino también en la empatía y la consideración por las necesidades y deseos del paciente y su familia. Esto incluye habilidades como la escucha activa, el uso de un lenguaje claro y accesible, y la validación de las preocupaciones del paciente.

La aplicación de estas estrategias puede llevar a un cuidado más coherente, seguro, y centrado en el paciente.

4.2.2.1. Estrategias de coordinación en el manejo del paciente

Planes de cuidado individualizados: Desarrollo y seguimiento de planes personalizados para cada paciente.

Seguimiento y continuidad asistencial: Estrategias para asegurar la continuidad del cuidado en diferentes niveles asistenciales (atención primaria, especializada, hospitalización a domicilio).



Roles y responsabilidades: Clarificación de las responsabilidades de cada profesional en el equipo de salud.

4.2.2.2. Modelos de atención al paciente pluripatológico

Atención Primaria y Especializada: Cómo se coordinan estos dos niveles en el manejo del paciente.

Programas de atención integrada: Descripción de programas existentes, Como los programas de atención a crónicos en España²⁶, y su impacto en la gestión de pacientes pluripatológicos.

Nuevas tecnologías: Telemedicina, aplicaciones móviles, monitorización a distancia, y cómo estas herramientas facilitan la coordinación.

4.2.2.3. Retos y barreras en la comunicación y coordinación.

Problemas comunes: Falta de tiempo, sobrecarga asistencial, diferencias en la formación y experiencia. En muchos entornos de salud, los profesionales están sometidos a una alta carga asistencial que les deja poco tiempo para la comunicación efectiva. Esta falta de tiempo puede llevar a comunicaciones apresuradas o incompletas, aumentando el riesgo de errores en el cuidado del paciente.

Turnos y horarios desalineados: La naturaleza de los turnos y la falta de coincidencia de horarios entre distintos profesionales (por ejemplo, entre los profesionales de atención primaria y los de especializada) puede dificultar la comunicación directa y la toma de decisiones coordinadas.

Soluciones propuestas: Aumento en las plantillas de profesionales, mejora en la formación de los profesionales, implementación de tecnologías, políticas de salud que promuevan la coordinación.



4.2.3. Diferencias en la formación y especialización.

Los distintos profesionales de salud tienen formaciones diferentes, lo que puede generar problemas de comprensión y diferencias en el enfoque hacia el tratamiento del paciente. Estas diferencias pueden dificultar la adopción de un lenguaje común que facilite la comunicación.

Cada especialidad médica o cada integrante de la atención interdisciplinar puede tener un enfoque distinto respecto al manejo de ciertas patologías, lo que puede llevar a desacuerdos sobre el plan de tratamiento más adecuado para el paciente.

La falta de integración entre la atención primaria y la atención especializada es una barrera común. La información clínica del paciente puede no fluir adecuadamente entre estos niveles, lo que complica la coordinación del tratamiento.

Diferentes centros o profesionales pueden utilizar sistemas de historia clínica electrónica que no están interconectados, lo que dificulta la compartición de información crítica sobre el paciente en tiempo real.

Los retos específicos en la coordinación del manejo del paciente pluripatológico son:

- **Polimedición y coordinación farmacológica:**

La prescripción de múltiples medicamentos²⁷ por diferentes especialistas sin una adecuada coordinación puede llevar a interacciones medicamentosas adversas, que son especialmente peligrosas en pacientes pluripatológicos.

La ausencia de una revisión regular del tratamiento farmacológico por parte de un equipo coordinado puede resultar en la acumulación de medicamentos innecesarios o redundantes, aumentando el riesgo de efectos adversos.



- **Inercia terapéutica²⁸:**

Los profesionales pueden mostrar reticencia a modificar un plan de tratamiento establecido por otro especialista, incluso si las circunstancias del paciente han cambiado. Esta inercia puede llevar a un tratamiento subóptimo.

En ocasiones, los profesionales no están al tanto de las últimas guías clínicas o protocolos actualizados, lo que puede provocar la aplicación de tratamientos que no están alineados con las mejores prácticas actuales.

Las soluciones propuestas para superar estas barreras son:

- **Mejorar en la formación y educación continua:**
 - **Programas de formación interdisciplinaria:** Fomentar la educación continua que incluya aspectos de otras disciplinas puede ayudar a los profesionales de salud a comprender mejor el trabajo y las perspectivas de sus colegas, facilitando una comunicación más efectiva.
 - **Uso de simulaciones y casos prácticos:** La utilización de simulaciones y la discusión de casos clínicos complejos en equipos multidisciplinares pueden mejorar la coordinación y la toma de decisiones compartidas.
 - **Implementación de nuevas tecnologías:** Promover la adopción de sistemas de información de salud que permitan la interoperabilidad entre diferentes centros y niveles asistenciales puede mejorar la compartición de información y la coordinación del tratamiento. El uso de herramientas digitales, como la telemedicina y plataformas seguras de mensajería instantánea para profesionales de salud, puede facilitar la comunicación en tiempo real, especialmente en situaciones críticas o cuando los profesionales están en diferentes ubicaciones.
 - **Políticas de salud que promuevan la coordinación:** Establecer protocolos de atención que involucren la colaboración de múltiples especialidades puede guiar a los profesionales en la coordinación de cuidados.

Las políticas que recompensan la coordinación efectiva y el trabajo en equipo entre diferentes profesionales de salud pueden motivar la adopción de prácticas colaborativas^{29,30,31,32}.



4.3. Casos prácticos de trabajo en equipo para el manejo de pacientes complejos.

4.3.1. CASO PRÁCTICO 1.

Sexo: varón. **Edad:** 79 años.

Antecedentes personales: Diabetes Mellitus tipo 2 de 15 años de evolución. Hipertensión Arterial desde hace 10 años. Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) moderada. Insuficiencia renal crónica estadio 3. Obesidad grado I (IMC: 32). Artrosis de rodillas. Depresión moderada.

Motivo de consulta: Acude a la consulta de atención primaria por sensación de disnea de esfuerzo progresiva y dolor en ambas rodillas que limita su movilidad. Se observa un mal control de sus patologías crónicas.

Evaluación Inicial por el Médico de Atención Primaria:

- **Examen Físico:** PA: 160/95 mmHg, FC: 88 lpm, SatO₂: 91% (sin oxígeno suplementario). Auscultación pulmonar: roncus y sibilancias bilaterales. Extremidades inferiores: edemas leves y dolor a la palpación de rodillas.
- **Laboratorio:** HbA_{1c}: 8.5%. Creatinina: 1.8 mg/dL (función renal deteriorada). Perfil lipídico alterado.

Diagnóstico: Exacerbación de EPOC, descompensación de diabetes e hipertensión, y empeoramiento del dolor articular.

Plan de Manejo Multidisciplinario:

4.3.1.1. Médico de Atención Primaria:

Diseño junto a EAP del plan individualizado del paciente⁶.

Evaluación Integral y Diagnóstico: Realizar una evaluación inicial detallada del paciente, incluyendo una historia clínica exhaustiva que contemple todas las patologías y



comorbilidades. Llevar a cabo un examen físico completo y solicitar pruebas de laboratorio y estudios complementarios (como espirometría, perfil renal, HbA1c, entre otros) para evaluar el estado actual de cada patología. Identificar factores de riesgo modificables y no modificables que puedan influir en el control de las enfermedades crónicas.

Desarrollo del Plan de Tratamiento Personalizado³³: Diseñar un plan de tratamiento integral que abarque todas las patologías del paciente, con un enfoque en la priorización de problemas y la personalización de las terapias farmacológicas y no farmacológicas. Ajustar tratamientos crónicos como antihipertensivos, antidiabéticos y broncodilatadores, asegurándose de que los medicamentos sean apropiados para el estado actual del paciente y que no existan interacciones adversas. Establecer metas de control específicas para cada condición (por ejemplo, TA <140/90 mmHg, HbA1c <7%, etc.) y definir los indicadores de éxito del tratamiento.

Coordinación del Manejo Multidisciplinario: Derivar al paciente a las diferentes especialidades (neumología, reumatología, nutrición, psicología, fisioterapia) según las necesidades clínicas identificadas, si fuera necesario. Mantener una comunicación fluida y continua con los especialistas para coordinar las decisiones sobre el tratamiento, evitar duplicaciones y minimizar conflictos entre las indicaciones de cada profesional. Revisar los informes de los especialistas y ajustar el plan de manejo en atención primaria según las recomendaciones recibidas.

Seguimiento y Monitoreo Continuo: Programar visitas periódicas para monitorear la evolución del paciente, ajustar tratamientos y evaluar la adherencia a las indicaciones médicas. Evaluar continuamente los síntomas, signos de descompensación y la presencia de efectos adversos de los tratamientos. Realizar ajustes en las terapias según los resultados de laboratorio y la respuesta clínica del paciente.

Educación del Paciente y Promoción del Autocuidado³⁴: Proporcionar educación al paciente sobre su condición y la importancia del cumplimiento del tratamiento, estilo de vida saludable y manejo de sus síntomas. Discutir sobre la importancia de la dieta, ejercicio adaptado y otras medidas de autocuidado. Abordar las barreras que el paciente pueda tener para adherirse a los tratamientos (económicos, sociales, emocionales) y buscar soluciones en conjunto con el equipo multidisciplinario.



Prevención y Manejo de Exacerbaciones: Identificar y tratar precozmente exacerbaciones de las patologías crónicas, como las agudizaciones del EPOC o la descompensación de la diabetes. Ajustar el tratamiento en situaciones de descompensación y planificar el seguimiento estrecho hasta la estabilización del paciente.

Apoyo Psicosocial: Detectar signos de deterioro emocional, depresión o ansiedad, y derivar al paciente a psicología o psiquiatría cuando sea necesario. Facilitar el acceso a recursos sociales, como la gestión de ayudas para pacientes con limitaciones físicas o apoyo en el hogar.

Gestión de la Medicación: Revisar toda la medicación del paciente para evitar polifarmacia inapropiada y reducir el riesgo de interacciones adversas. Simplificar el régimen de medicación cuando sea posible para mejorar la adherencia, considerando combinaciones de fármacos o formas de dosificación más convenientes.

4.3.1.2. Enfermería:

Diseño junto a MAP del plan individualizado del paciente

Evaluación Integral del Paciente: Realizar una valoración inicial y continua del estado general del paciente, incluyendo signos vitales, estado de hidratación, valoración del dolor y capacidad funcional. Evaluar el estado de la piel, especialmente en extremidades inferiores debido al riesgo de úlceras por la insuficiencia renal y diabetes. Monitorizar parámetros relevantes como glucemia capilar, saturación de oxígeno y control de la presión arterial.

Educación para el Autocuidado: Enseñar al paciente y su familia sobre la medición de la glucosa, la importancia de la dieta y el ajuste del tratamiento según los niveles de glucemia. Educar sobre la importancia de tomar la medicación antihipertensiva a tiempo, reducir la ingesta de sal y evitar hábitos nocivos como el tabaco. Entrenar al paciente en el uso adecuado de inhaladores, técnica correcta de respiración (respiración diafragmática y con labios fruncidos), y la importancia de evitar irritantes como humo y polvo.

Seguimiento del Tratamiento y Adherencia: Realizar un seguimiento estrecho del cumplimiento del tratamiento farmacológico y no farmacológico. Supervisar el correcto uso



de dispositivos médicos (glucómetros, tensiómetros, inhaladores). Revisar y ajustar los planes de cuidado según la evolución del paciente y los cambios en las indicaciones médicas.

Intervenciones de Cuidado Directo: Controlar signos de descompensación de enfermedades crónicas (hiperglucemia, exacerbación del EPOC, hipertensión no controlada). Realizar curas y prevención de úlceras en caso de aparición de lesiones por la diabetes. Promover la movilización y ejercicios sencillos en casa para evitar la pérdida de masa muscular y mejorar la función articular.

Coordinación y Comunicación con el Equipo Multidisciplinario: Actuar como un nexo de comunicación entre el paciente, su familia y los diferentes profesionales del equipo (médico, neumólogo, reumatólogo, nutricionista, psicólogo, fisioterapeuta). Reportar cualquier cambio relevante en el estado del paciente que pueda requerir ajustes en el plan de manejo. Coordinar visitas domiciliarias si el paciente tiene dificultades para acudir a la consulta.

Gestión Emocional y Apoyo Psicológico: Identificar signos de depresión, ansiedad o desmotivación y brindar apoyo emocional, o derivar a psicología si es necesario. Fomentar la participación activa del paciente en su propio cuidado, motivándolo y reforzando sus logros en el control de sus enfermedades.

Educación y Apoyo a la Familia: Capacitar a los cuidadores sobre cómo apoyar al paciente en el manejo diario de sus patologías. Orientar sobre cómo identificar signos de alarma que requieran atención médica urgente.

Prevención de Complicaciones: Realizar intervenciones de prevención secundaria, como la administración de vacunas (antigripal, antineumocócica). Promover hábitos saludables, como la reducción de peso y el abandono del sedentarismo, adaptando las recomendaciones a las limitaciones físicas del paciente.

4.3.1.3. Neumología AE:

Revisión del tratamiento de EPOC (optimización con broncodilatadores e inicio de corticoides inhalados).

Realización de espirometría para evaluar la función respiratoria actual.



Indicaciones para terapia respiratoria y rehabilitación pulmonar.

4.3.1.4. Psicología/Psiquiatría AP:

Apoyo para el manejo de la depresión y adherencia al tratamiento.

Terapia personalizada para mejorar el estado anímico y motivar el autocuidado.

4.3.1.4. Trabajo Social AP:

Valoración del entorno social y apoyo para la gestión de recursos y ayudas (por ejemplo, para transporte a citas).

Coordinación con la familia para asegurar el cumplimiento del plan de cuidados.

4.3.1.5. Fisioterapia:

Plan de ejercicios para mejorar la movilidad articular y la capacidad respiratoria.

Educación en técnicas de protección articular y ejercicios en casa.

Seguimiento y Evaluación:

- Consultas periódicas con el médico y enfermería para ajuste de tratamiento y revisión del control de sus patologías. Las consultas con enfermería mínimo tienen que ser cada 2 meses y las de MAP mínimo cada 4 meses, esto si el paciente se encuentra estable. Si el paciente se encuentra inestable, valorar el tiempo personalizado. Desde diarias o semanales o quincenales.
- Reevaluación en consultas especializadas si fuera necesario.

4.3.2. CASO PRÁCTICO 2.

Edad: 10 años. **Sexo:** Femenino

Antecedentes Personales: Asma moderada persistente. Obesidad infantil (IMC: percentil 95). Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH). Dermatitis atópica severa. Alergia alimentaria a frutos secos y huevo.



Motivo de Consulta: La paciente acude a consulta con su madre debido a episodios frecuentes de tos nocturna, dificultad para concentrarse en la escuela y empeoramiento de las lesiones cutáneas. Además, la madre expresa preocupación por su aumento de peso y su comportamiento impulsivo.

Evaluación Inicial por pediatra de Atención Primaria:

- **Examen Físico:** Peso y talla por encima del percentil 95. Auscultación pulmonar: sibilancias bilaterales. Piel: placas eritematosas con escoriaciones en flexuras de codos y rodillas.
- **Pruebas Complementarias:** Espirometría: signos de obstrucción leve. Pruebas cutáneas positivas para alérgenos inhalantes comunes.

Diagnóstico: Mal control del asma, TDAH no compensado, dermatitis atópica activa y obesidad infantil.

Plan de manejo multidisciplinario:

4.3.2.1. Pediatra (AP).

El pediatra de atención primaria actúa como el principal coordinador del cuidado del niño³¹, asegurando que todas las patologías sean evaluadas y tratadas de manera integral.

Realizará una anamnesis detallada que incluya los antecedentes familiares y personales, la historia clínica completa de la niña, y una revisión de todos los sistemas para detectar cualquier nueva manifestación o complicación de sus enfermedades crónicas.

Realizará un examen físico completo, con especial atención a la evaluación respiratoria (auscultación de sibilancias), la piel (estado de la dermatitis atópica), el peso y la talla para evaluar el estado nutricional.

Diagnosticará el grado de control de las patologías crónicas y evaluará las causas de descompensación, como mala adherencia al tratamiento, desencadenantes ambientales, o factores psicosociales.



Diseñará junto con la enfermera de pediatría un plan de manejo que abarque todas las patologías, estableciendo prioridades y ajustando los tratamientos para minimizar efectos secundarios y evitar interacciones medicamentosas.

Recetará medicación adecuada, por ejemplo, corticoides inhalados para el asma, antihistamínicos para la dermatitis atópica, y medicamentos para el TDAH, considerando las guías pediátricas y las particularidades de cada paciente.

Derivará a las especialidades pediátricas necesarias (neumología, dermatología, psiquiatría) y coordinará la comunicación entre los diferentes especialistas para asegurar la coherencia en el tratamiento.

Revisará informes y recomendaciones de especialistas y adaptará el plan de manejo en atención primaria según las indicaciones recibidas, asegurándose de que el manejo sea integral y centrado en la niña.

Explicará a los padres o cuidadores los diagnósticos, el plan de tratamiento y las expectativas del manejo de cada patología de manera comprensible.

Se asegurará de que la familia entiende los signos de alarma y las medidas a seguir en caso de exacerbaciones de asma, reacciones alérgicas graves o empeoramiento de la dermatitis.

Programará consultas regulares para evaluar el progreso, ajustar tratamientos según la respuesta clínica y la evolución de las patologías, y monitorear los efectos secundarios de los medicamentos.

Realizará revisiones periódicas de crecimiento y desarrollo para identificar cualquier retraso o impacto de las condiciones crónicas en el desarrollo normal del niño.

Implementar medidas preventivas, como la vacunación antigripal y antineumocócica, especialmente importante en niños asmáticos.

Ajustará tratamientos preventivos, como corticoides tópicos para la dermatitis o broncodilatadores para el asma, con el fin de mantener las patologías bajo control y prevenir exacerbaciones.



Identificará problemas psicosociales que puedan afectar la salud del niño, como dificultades escolares asociadas al TDAH o problemas emocionales derivados de la dermatitis atópica visible.

Derivará a psicología infantil o trabajo social cuando sea necesario para un apoyo adicional en el manejo emocional y conductual del niño.

4.3.2.2. Enfermería:

La enfermera pediátrica es la que se encarga de los todos los cuidados integrales de la niña. Planificará junto con el pediatra el plan integral de trabajo para este paciente.

Realizará una valoración inicial detallada de la situación del niño, incluyendo la evaluación de signos vitales, estado nutricional, y condición de la piel.

Llevará un seguimiento continuo del crecimiento y desarrollo, identificando cualquier desviación que pueda requerir intervención temprana.

Enseñará a los padres y a la niña, cuando sea apropiado, sobre la correcta administración de tratamientos inhalados (técnica del inhalador y uso de cámara espaciadora), uso de emolientes y cremas para la dermatitis atópica, y el manejo de alergias alimentarias.

Reforzará las recomendaciones sobre la importancia del cumplimiento del tratamiento, incluyendo la adherencia a la dieta y las recomendaciones de actividad física.

Revisará la técnica de uso del inhalador y la cámara espaciadora en cada visita, corrigiendo errores y asegurando una administración efectiva del medicamento.

Elaborará, junto con el médico, un plan de acción para el manejo de crisis asmáticas, enseñando a los padres y al niño cómo actuar en caso de exacerbaciones.

Asesorará sobre la importancia de una alimentación equilibrada, colaborando estrechamente con el endocrino para fomentar cambios de hábitos alimenticios saludables.

Motivará y guiará a la familia para que la niña participe en actividades físicas adaptadas, como juegos y ejercicios que no exacerben el asma.



Proporcionará apoyo emocional a la niña y a su familia, especialmente en el manejo del impacto psicosocial de las enfermedades crónicas.

Fomentará un ambiente de confianza donde los padres puedan expresar sus inquietudes y recibir orientación sobre cómo manejar las conductas y emociones de la niña, especialmente relacionadas con el TDAH.

Mantendrá una comunicación constante con el pediatra y otros miembros del equipo multidisciplinario, informando sobre la evolución del paciente, adherencia al tratamiento, y cualquier cambio relevante en el estado de salud.

Participará en reuniones multidisciplinarias para planificar y ajustar el plan de cuidado según la evolución de la niña y los objetivos de tratamiento.

Aplicará medidas preventivas como la administración de vacunas en coordinación con el pediatra. Especialmente indicadas la de la gripe en campaña de vacunación y la vacuna antineumocócica.

Enseñará a los padres a identificar signos tempranos de exacerbaciones o reacciones alérgicas graves y qué acciones tomar.

Se coordinará con el colegio para que sigan las mismas pautas de actuación que en el resto de dispositivos.

4.3.2.3. Neumología Pediátrica:

Realización de espirometría de control y ajuste del tratamiento del asma, considerando la adherencia y técnica correcta. Revisiones anuales.

Indicación de inmunoterapia específica si es necesario y evaluación del entorno domiciliario para eliminar alérgenos.



4.3.2.4. Psiquiatra infantil AP:

Evaluación del TDAH y ajuste de la medicación específica para el control de los síntomas (impulsividad, déficit de atención). Trabaja estrechamente con el psicólogo. Revisiones semestrales.

Coordinación con la escuela para implementar un plan educativo adaptado a las necesidades de la niña.

4.3.2.5. Psicología Infantil AP:

Apoyo psicológico para el manejo del TDAH, trabajando en técnicas de autocontrol y estrategias de afrontamiento.

Intervenciones para mejorar la autoestima y manejo de la ansiedad relacionada con su condición de salud. Trabaja estrechamente con el psiquiatra. Revisiones semestrales.

4.3.2.6. Endocrino AE:

Elaboración de un plan dietético equilibrado que ayude a la pérdida de peso y al control de alergias alimentarias.

Educación a la familia sobre la lectura de etiquetas y la identificación de alérgenos en los alimentos.

Asesoramiento sobre la importancia de una alimentación variada y la inclusión de alimentos seguros.

Revisiones cada 3 meses.

4.3.2.7. Dermatología AE:

Manejo especializado de la dermatitis atópica con indicación de tratamientos tópicos específicos y terapia de fototerapia si es necesario.



Educación sobre cuidados de la piel, uso adecuado de emolientes y recomendaciones para evitar desencadenantes ambientales.

Revisiones anuales.

4.3.2.8. Trabajo Social AP:

Evaluación del entorno familiar y escolar para asegurar que la niña reciba el apoyo necesario en ambas áreas.

Gestión de recursos y ayudas escolares para niños con TDAH.

Coordinación exhaustiva y continuada con MAP y EAP.

4.3.2.9. Fisioterapeuta:

Implementación de un programa de ejercicio físico adaptado a la condición asmática y de obesidad, enfocando en actividades aeróbicas suaves y controladas.

Enseñanza de técnicas de respiración que mejoren la función pulmonar durante el ejercicio.

Coordinación con EAP.

4.3.3. CASO PRÁCTICO 3.

Edad: 82 años. **Sexo:** Masculino

Antecedentes Personales: Insuficiencia cardíaca crónica (NYHA III). Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) grave. Diabetes mellitus tipo 2 mal controlada (HbA1c 9%). Insuficiencia renal crónica estadio 3. Polineuropatía diabética. Úlcera sacro (III).



Motivo de ingreso en hospitalización a domicilio: El paciente fue ingresado en hospitalización a domicilio tras una hospitalización por insuficiencia cardíaca descompensada y exacerbación del EPOC. El paciente presenta un alto riesgo de reingreso y un deterioro funcional importante, por lo que se decidió continuar su tratamiento y monitorización en casa.

Evaluación inicial por el equipo de hospitalización a domicilio:

Dificultad respiratoria leve en reposo, con uso de oxígeno domiciliario a 2 L/min. Edema en miembros inferiores y disnea de esfuerzo. Neuropatía diabética con dolor y limitación de la movilidad. Alteraciones en el control glucémico con episodios de hipoglucemia nocturna. Úlcera sacra, grado III, con exudado moderado-abundante.

Plan de manejo multidisciplinario en hospitalización a domicilio:

4.3.3.4. Médico de Hospitalización a Domicilio:

El médico en hospitalización a domicilio es el líder clínico del equipo y el responsable de la gestión médica del paciente, asegurando un tratamiento integral, seguro y adaptado a las necesidades del paciente en el hogar. Estará acompañado por la enfermera de atención domiciliaria en todo momento y junto a ella planificará el plan de actuación para este paciente.

Realizará una evaluación exhaustiva del paciente al inicio del programa de hospitalización a domicilio, incluyendo la revisión de la historia clínica, exploración física, y ajuste de tratamientos según las condiciones actuales del paciente.

Establecerá un plan de tratamiento personalizado que aborde todas las patologías del paciente, priorizando la estabilidad clínica y la calidad de vida en el entorno domiciliario.

Definirá los objetivos de salud en conjunto con el paciente y su familia, explicando claramente los riesgos, beneficios y expectativas del tratamiento en el hogar.

Revisará y ajustará regularmente los tratamientos según la evolución clínica, incluyendo la medicación para la insuficiencia cardíaca, EPOC, diabetes y otras comorbilidades.



Realizará visitas periódicas al domicilio para evaluar la respuesta al tratamiento, detectar signos de descompensación o complicaciones, y ajustar las intervenciones médicas de manera oportuna.

Coordinará la administración de tratamientos intravenosos, como diuréticos o antibióticos, en el domicilio cuando sea necesario, asegurando la disponibilidad y manejo adecuado del material requerido.

Mantendrá comunicación constante con los especialistas que manejan las patologías del paciente, como cardiólogos, neumólogos, y endocrinólogos, para asegurar un tratamiento coherente y actualizado.

Participará en reuniones multidisciplinarias para discutir el estado del paciente, evaluará la efectividad del plan de manejo, y ajustará las estrategias de cuidado en base a la evolución clínica.

Establecerá protocolos de actuación para la prevención de complicaciones comunes en pacientes pluripatológicos, como infecciones respiratorias, crisis hiperglucémicas o episodios de descompensación cardíaca.

Definirá planes de acción ante situaciones de emergencia en el domicilio, capacitando a la familia en el reconocimiento de signos de alarma y los pasos a seguir.

Educará al paciente y a su familia sobre las condiciones de salud, los tratamientos, y las medidas preventivas necesarias para evitar exacerbaciones o complicaciones.

Proporcionará apoyo emocional al paciente y familiares, ayudándoles a comprender y aceptar la complejidad de las enfermedades crónicas y el proceso de cuidados en el hogar.

Las visitas se harán de manera programada junto con enfermería y se llevarán a cabo según estipulen en el plan de actuación del paciente, a diario, cada 2-3 días o semanalmente

4.3.3.5. Enfermería de hospitalización a domicilio:

La enfermera desempeña un papel fundamental en la atención directa, la educación al paciente y la coordinación del cuidado diario, garantizando la continuidad del tratamiento en



el hogar. Trabaja conjuntamente con el médico de atención domiciliaria y diseña con el plan específico de trabajo para este paciente.

Realizará valoraciones iniciales y continuas del estado del paciente, monitorizando signos vitales (frecuencia cardíaca, presión arterial, saturación de oxígeno), peso y balance de líquidos, además de la glucemia capilar para el control de la diabetes.

Detectará signos de descompensación como cambios en la respiración, edemas, o variaciones en los niveles de glucosa y reportará al médico para ajustes de tratamiento.

Administrará la medicación prescrita, incluyendo inyecciones subcutáneas de insulina, broncodilatadores mediante nebulizaciones, y diuréticos intravenosos si está indicado.

Manejará el equipo de oxigenoterapia en el domicilio, asegurando su correcto uso, mantenimiento, y capacitación de la familia en su manejo seguro.

Realizará curas de úlceras y heridas, aplicando técnicas específicas para la prevención de infecciones y promoción de la cicatrización, especialmente en el contexto de la neuropatía diabética.

Asistirá en la movilización del paciente, previniendo el desarrollo de úlceras por presión mediante cambios posturales y cuidados de la piel.

Capacitará al paciente y a la familia en el manejo del tratamiento, como la técnica correcta del uso de inhaladores, la administración de insulina, y la dieta adecuada para el control de la diabetes.

Proporcionará apoyo emocional, acompañando al paciente y a su familia en el proceso de adaptación al manejo de las patologías en el hogar, y ayudando a manejar el estrés y la ansiedad que puedan surgir.

Coordinará con el resto de profesionales que intervienen en el plan trabajo para asegurar una atención integral y adaptada a las necesidades del paciente.



Mantendrá un registro detallado de la evolución del paciente, los tratamientos administrados, y cualquier incidente relevante, compartiendo esta información con el equipo multidisciplinario para la toma de decisiones.

4.3.3.6. Fisioterapeuta AP:

Rehabilitación respiratoria: Ejercicios respiratorios para mejorar la función pulmonar y entrenar en técnicas de respiración diafragmática y manejo de la disnea.

Programas de ejercicios suaves para mejorar la movilidad y fortalecer músculos, previniendo la atrofia por inmovilización. Instrucciones de cambios posturales y ejercicios en cama para evitar trombosis venosa profunda.

Asesoramiento y entrenamiento en técnicas de ahorro de energía para las actividades diarias, ayudando al paciente a mantener la independencia tanto como sea posible.

4.3.3.7. Trabajo Social AP:

La trabajadora social es fundamental para abordar los aspectos sociales, económicos y emocionales del paciente y su familia, facilitando un entorno adecuado para el cuidado en el hogar.

Realizará una evaluación exhaustiva del entorno familiar, identificando los recursos disponibles y las necesidades del paciente y su familia para la atención en el domicilio.

Evaluará la vivienda para detectar posibles barreras físicas que puedan dificultar la movilidad del paciente, proponiendo adaptaciones como barandillas, sillas de baño, o camas articuladas.

Ayudará en la tramitación de ayudas económicas, recursos sociales y equipamiento necesario para la atención domiciliaria, como sillas de ruedas, colchones antiescaras, y dispositivos para la movilidad.

Coordinará la asistencia de cuidadores o servicios de ayuda a domicilio, facilitando el acceso a programas de apoyo para el cuidado del paciente.



Brindará apoyo emocional al paciente y a los cuidadores, ayudándoles a enfrentar la carga emocional y el estrés asociados con el cuidado de un paciente crónico en el hogar.

Facilitará grupos de apoyo o terapia familiar cuando es necesario, promoviendo un entorno de comunicación abierta y apoyo mutuo.

Proporcionará asesoramiento sobre los derechos y recursos disponibles para los pacientes y sus familias, explicando opciones de atención continuada, servicios de apoyo y acceso a recursos comunitarios.

Orientará a los cuidadores sobre el manejo del estrés y la importancia del autocuidado para prevenir el agotamiento.

Participará activamente en las reuniones del equipo multidisciplinario, aportando una perspectiva integral que incluya los aspectos sociales y emocionales del paciente.

Mantiene una comunicación continua con la familia, y el equipo multidisciplinario para asegurar que las necesidades sociales del paciente se aborden de manera efectiva.

4.3.3.8. Psicología AP:

Manejo de la ansiedad y el estrés asociados con la cronicidad de las enfermedades, además de proporcionar apoyo emocional en el proceso de adaptación al tratamiento en el hogar.

Enseñanza de técnicas de relajación y estrategias para mejorar el bienestar emocional.

4.3.3.9. Farmacéutico AE:

Análisis de todas las medicaciones para evitar interacciones y duplicidades. Ajustes en la pauta de administración para mejorar la adherencia. Coordinación con el médico.

4.3.4. CASO CLÍNICO 4.

Edad: 45 años. **Sexo:** Masculino.

Situación Familiar: Vive solo; separado; tiene dos hijos con los que tiene contacto esporádico.



Antecedentes Personales: Trastorno depresivo mayor con episodios recurrentes. Trastorno de ansiedad generalizada. Trastorno por consumo de alcohol y cocaína en patrón de consumo activo. Hipertensión arterial. Diabetes mellitus tipo 2 mal controlada. Hígado graso no alcohólico con elevación de transaminasas. Obesidad grado II.

Motivo de Consulta: El paciente acude a la consulta de atención primaria refiriendo sentirse “agotado”, con dificultad para controlar su consumo de alcohol y cocaína, además de episodios de ansiedad intensa e insomnio. Menciona un aumento de peso reciente, niveles elevados de glucosa, y dificultad para seguir sus tratamientos médicos. Expresa una alta carga emocional debido a conflictos familiares y a la sensación de falta de control sobre su vida.

Evaluación Inicial: Paciente en aparente buen estado físico, pero con signos visibles de ansiedad (temblores, inquietud). Presión arterial: 150/95 mmHg. Glucemia capilar en consulta: 240 mg/dL. IMC: 34 kg/m². Aparente bajo estado de ánimo, anhedonia, pensamientos de inutilidad, aunque niega ideación suicida activa. Reconoce que el consumo de alcohol y cocaína está fuera de control, lo cual empeora su ansiedad y su estado de salud general.

4.3.4.4. Médico de Atención Primaria:

Realizará una evaluación clínica completa del paciente, incluyendo antecedentes médicos, psiquiátricos y de consumo de sustancias.

Identificará comorbilidades y el impacto del consumo de sustancias en el estado general del paciente, como la descompensación de la diabetes o la hipertensión.

Diagnosticará trastornos psiquiátricos y determinará la severidad del consumo de sustancias, estableciendo un plan de manejo inicial junto con enfermería.

Establecerá un plan de tratamiento que incluya medicación para el manejo de las comorbilidades (antihipertensivos, antidiabéticos) y psicofármacos ajustados a los síntomas psiquiátricos (antidepresivos, ansiolíticos).



Evaluará la necesidad de intervenciones farmacológicas para el manejo del craving o la abstinencia, como el uso de medicamentos específicos para el control del consumo de alcohol o cocaína.

Realizará ajustes periódicos de la medicación en función de la evolución clínica y la adherencia al tratamiento, manteniendo un equilibrio entre los beneficios y los posibles efectos secundarios.

Coordinará la atención con psiquiatras, psicólogos, enfermería, y trabajadores sociales, asegurando que todos los aspectos del cuidado del paciente sean abordados de manera integrada.

Participará en reuniones de equipo para revisar la evolución del paciente y ajustar las estrategias terapéuticas según las necesidades identificadas.

Derivará a especialistas cuando sea necesario, como a servicios de desintoxicación o unidades de salud mental, y gestionará las interconsultas con otros servicios médicos.

Identificará signos tempranos de descompensación psiquiátrica o médica y actuará para prevenir hospitalizaciones.

Manejará las crisis de salud mental en el contexto de la atención primaria, incluyendo la intervención en casos de ansiedad severa o síntomas depresivos intensos, y decidirá sobre la necesidad de derivaciones urgentes.

Educará al paciente sobre su condición médica y psiquiátrica, explicando la importancia de la adherencia al tratamiento y los riesgos del consumo de sustancias.

Proporcionará apoyo emocional durante las consultas, fomentando un entorno de confianza para que el paciente se sienta cómodo compartiendo sus dificultades.

Involucrará, si se puede, a la familia en el proceso de tratamiento, orientándoles sobre cómo apoyar al paciente de manera efectiva.



4.3.4.5. Enfermería AP:

Realizará valoraciones regulares del estado de salud del paciente, incluyendo el control de signos vitales, monitoreo de glucemias capilares, y evaluación del estado nutricional y físico.

Detectará signos de descompensación tanto física como emocional, identificando patrones de consumo activo de sustancias o recaídas, y notificará al médico de cualquier cambio significativo.

Administrará la medicación indicada y educará al paciente sobre su uso adecuado, ayudando a manejar los efectos adversos y facilitando la adherencia a los tratamientos farmacológicos.

Facilitará la gestión de tratamientos complejos, como el manejo de insulina en la diabetes y la correcta toma de psicofármacos, adaptando el plan de medicación al día a día del paciente.

Proporcionará educación continua sobre los hábitos saludables, incluyendo la importancia de una dieta balanceada, la reducción del consumo de alcohol y la adherencia al tratamiento.

Capacitará al paciente en técnicas de relajación y estrategias de manejo del estrés para reducir los impulsos de consumo de sustancias y mejorar el control de la ansiedad.

Apoyará en la modificación de conductas de riesgo y promoverá un entorno saludable, tanto en el hogar como en la comunidad.

Realizará intervenciones breves motivacionales para reforzar la adherencia al tratamiento y promover la reducción del consumo de sustancias, basadas en la entrevista motivacional.

Proporcionará un apoyo emocional continuo, siendo una figura de referencia para el paciente y un enlace clave entre el paciente y el resto del equipo de salud.

Mantendrá una comunicación constante con el médico, el psicólogo y la trabajadora social, reportando cambios en la condición del paciente y facilitando la toma de decisiones compartida.



Registrará la evolución del paciente de manera detallada, compartiendo esta información con el equipo multidisciplinario para ajustar el plan de manejo según las necesidades emergentes.

4.3.4.6. Psiquiatra AP:

Confirmación del diagnóstico de los trastornos psiquiátricos presentes, ajuste del tratamiento farmacológico antidepresivo y ansiolítico.

Proporcionará un plan de reducción progresiva del consumo, proponiendo opciones de terapia farmacológica para la disminución del craving y la ansiedad asociada al consumo. Coordinación con programas de desintoxicación y grupos de apoyo, como Alcohólicos Anónimos o Narcóticos Anónimos, para facilitar la integración en la red de soporte comunitaria.

Se enfocará en la Terapia cognitivo conductual y la psicoterapia para el manejo de la depresión, la ansiedad y la prevención de recaídas en el consumo de sustancias.

4.3.4.7. Psicólogo AP:

Realizará una evaluación psicológica exhaustiva para identificar trastornos emocionales y conductuales, incluyendo la severidad de la depresión, la ansiedad y los patrones de consumo de sustancias.

Desarrollará un perfil psicológico del paciente que permita adaptar las intervenciones a sus necesidades emocionales y comportamentales específicas.

Utilizará la terapia cognitivo-conductual (TCC) para trabajar sobre los pensamientos disfuncionales, los patrones de consumo y las conductas de evitación, promoviendo habilidades de afrontamiento adaptativas.

Implementará técnicas de manejo del estrés, regulación emocional y prevención de recaídas para fortalecer la capacidad del paciente de resistir los impulsos de consumo y mejorar su bienestar emocional.



Realizará sesiones de entrevista motivacional para incrementar la disposición al cambio del paciente, fomentando su participación activa en el tratamiento y la toma de decisiones saludables.

Proporcionará apoyo continuo durante el proceso de cambio, ayudando al paciente a fijar objetivos alcanzables y a reconocer sus logros, lo cual es fundamental en el contexto de las recaídas.

Trabjará con la familia del paciente para mejorar la dinámica familiar, reducir el conflicto y fomentar un ambiente de apoyo que promueva el cambio positivo.

Facilitará la integración del paciente en redes de apoyo social, como grupos de ayuda para personas con problemas de consumo, mejorando su red de soporte emocional y social.

Mantendrá una comunicación estrecha con el psiquiatra y con el resto del equipo multidisciplinar para asegurar un abordaje integral y coherente del paciente.

Participará en reuniones de equipo para discutir la evolución del paciente y ajustará las intervenciones psicológicas en base a la respuesta del paciente y las recomendaciones del equipo.

4.3.4.8. Trabajadora Social AP:

Realizará una evaluación integral de la situación social y familiar del paciente, identificando factores de riesgo y barreras que puedan interferir con el tratamiento, como la falta de apoyo familiar o problemas económicos. Detectará necesidades de recursos adicionales, como ayudas económicas, asistencia domiciliaria, o acceso a programas de apoyo para personas con consumo de sustancias.

Facilitará la conexión con recursos comunitarios, como programas de rehabilitación, centros de día, o servicios de ayuda a domicilio, que proporcionen soporte adicional al paciente. Ayudará en la tramitación de ayudas económicas y sociales, gestionando subvenciones para el tratamiento y recursos necesarios para la estabilización del paciente.



Trabaja con la familia para fomentar la comprensión de la situación del paciente y mejorar la dinámica familiar, reduciendo el estigma asociado al consumo de sustancias y promoviendo un entorno de apoyo. Proporcionará apoyo emocional y psicosocial al paciente y sus familiares, ayudándoles a manejar el estrés y los conflictos asociados con la condición del paciente.

Informará al paciente y a la familia sobre sus derechos, opciones de tratamiento, y recursos disponibles, orientándolos en la toma de decisiones informadas sobre el cuidado y la atención a largo plazo. Capacitará en estrategias de manejo de crisis y proporciona herramientas para la resolución de conflictos y la mejora de la comunicación familiar.

Coordinará con el equipo multidisciplinario para asegurar que las intervenciones sociales se alineen con el plan médico y psicológico del paciente. Realizará un seguimiento continuo del estado social del paciente, ajustando las intervenciones según las necesidades emergentes y facilitando la adaptación del entorno del paciente a sus necesidades de salud.

4.3.4.9. Nutricionista:

Dieta adaptada a la diabetes y al hígado graso, reduciendo el consumo de grasas saturadas y carbohidratos refinados, e incluyendo alimentos que favorezcan la salud hepática y el control de peso.

Trabajo con el paciente para entender la relación entre el consumo de alcohol, la dieta y sus patologías médicas, promoviendo cambios alimenticios graduales.

4.3.5. CASO CLÍNICO 5.

Edad: 74 años. **Sexo:** Femenino.

Antecedentes: Insuficiencia cardíaca (IC) con fracción de eyección reducida. Fibrilación auricular mal controlada. Diabetes mellitus tipo 2 mal controlada. Enfermedad renal crónica (ERC) en estadio 3. Dislipemia. Obesidad. Trastorno adaptativo mixto. Insomnio.

Motivo de consulta: La paciente se presenta con disnea de esfuerzo, edemas periféricos, FA rápida y niveles de glucosa elevados. Refiere encontrarse mareada y fatigada más



intensamente esta última semana. Tiene un historial de varias hospitalizaciones en el último año por descompensaciones de IC.

Evaluación Inicial por el Médico de Atención Primaria:

- **Examen Físico:** Insuficiencia cardíaca descompensada con edemas y disnea y FA de 140-150 lpm. Hiperglucemia persistente y glucemia basal alterada (244 mg/dL) y mal control de la diabetes. Progresión de la ERC con deterioro de la función renal. Obesidad (IMC 40). Insomnio de conciliación y mantenimiento.
- **Laboratorio:** HbA1c: 8%. Creatinina: 1.7 mg/dL. FGe 46 mL/min/1.73m (función renal deteriorada). Colesterol total 280 mg/dL. LDL 260 mg/dl. Triglicéridos 355 mg/dl.

Plan de Manejo Multidisciplinar:

4.3.5.1. Médico de Atención Primaria.

Realizará una evaluación exhaustiva de la paciente, que incluye la historia clínica completa, examen físico detallado, y revisión de los antecedentes para identificar signos de descompensación de las condiciones crónicas (ej. insuficiencia cardíaca, diabetes, FA).

Identificará síntomas críticos que sugieran la necesidad de derivación o ingreso, como disnea progresiva, edemas severos, mareos frecuentes, o hiperglucemia persistente.

Implementará medidas inmediatas para estabilizar a la paciente, como ajuste de diuréticos para manejar la insuficiencia cardíaca, ajuste de medicación antidiabética para controlar la hiperglucemia, y manejo de la fibrilación auricular con fármacos que controlen la frecuencia cardíaca.

Coordinará derivaciones a especialistas según la condición de la paciente (cardiólogo, endocrinólogo, nefrólogo) para una evaluación más detallada y manejo especializado.

Revisará y ajustará la medicación según las guías actuales, considerando interacciones medicamentosas y contraindicaciones debido a la insuficiencia renal o hepática. Esto incluye ajustar dosis de diuréticos, anticoagulantes, hipoglucemiantes y estatinas.



Proporcionará educación sobre el reconocimiento de síntomas de descompensación, adherencia a la medicación y cambios en el estilo de vida. Explicar la importancia de seguir las recomendaciones médicas y de realizar los controles periódicos.

Solicitará y evaluará pruebas de laboratorio (glucosa, HbA1c, función renal, perfil lipídico) y electrocardiogramas (ECG) de manera regular para ajustar el manejo de la paciente y detectar descompensaciones a tiempo.

Desarrollará un plan de manejo individualizado junto con EAP principalmente y el resto de equipo multidisciplinar, considerando la comorbilidad de la paciente y la necesidad de cuidados paliativos si fuera apropiado.

4.3.5.2. Enfermera de Atención Primaria.

Realizará un seguimiento cercano de los síntomas reportados por la paciente (disnea, edemas, fatiga) y los signos vitales (tensión arterial, frecuencia cardíaca, glucemia capilar), identificando cualquier cambio que indique una descompensación.

Supervisará la adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos, asegurándose de que la paciente entiende su régimen de medicación y lo sigue adecuadamente.

Monitorizará el peso de la paciente periódicamente para evaluar la retención de líquidos, registrando cualquier incremento que pueda indicar empeoramiento de la insuficiencia cardíaca.

Enseñará a la paciente y a su familia sobre el manejo de sus enfermedades, incluyendo técnicas para el control de la glucosa, signos de alarma de IC, y medidas dietéticas adecuadas (reducción de sodio y control de líquidos).

Proporcionará entrenamiento sobre cómo medir la glucosa capilar y ajustar la ingesta de líquidos según la condición clínica.

Ofrecerá apoyo emocional para manejar la ansiedad y el estrés relacionados con las condiciones crónicas y los frecuentes episodios de descompensación.



Asegurará la programación y recordatorio de citas con especialistas, pruebas diagnósticas y controles de seguimiento.

Asistirá a la paciente y su familia en la identificación y uso de recursos comunitarios y servicios sociales que puedan facilitar el manejo de su condición en el hogar.

Mantendrá una comunicación fluida con el médico de atención primaria y otros especialistas para ajustar el plan de cuidado según los cambios en la condición de la paciente.

Implementará medidas preventivas para evitar nuevas descompensaciones, como educación sobre la adherencia a las recomendaciones dietéticas y la importancia del control del peso.

Participará en programas de rehabilitación, como ejercicio supervisado adaptado a las capacidades de la paciente para mejorar la función física y la calidad de vida.

Si se decide el ingreso, se realizará a cargo Del Servicio de Cardiología.

4.3.5.3. Cardiología AE:

Estabilización de la insuficiencia cardíaca y control de la FA.

Ajuste de tratamiento para IC (considerar inhibidores de SGLT2 como dapagliflozina, que también beneficia en ERC).

Control estricto de la FA: ajuste de anticoagulación y posible uso de betabloqueantes o digoxina para control de la frecuencia.

Evaluación para cardioversión eléctrica o ablación en caso de FA persistente y sintomática.

Monitorización continua del ritmo y la frecuencia cardíaca.

4.3.5.4. Endocrinología AE:

Mejorar el control glucémico y la dislipemia.

Ajuste del tratamiento antidiabético considerando la función renal (metformina podría ser limitada por ERC).



Introducción de un agonista del receptor GLP-1 (ej. liraglutida) para controlar la glucosa y apoyar en la pérdida de peso.

Ajuste de la insulino terapia si fuera necesario.

Tratamiento de la dislipemia con estatinas de alta intensidad y, si es posible, agregar ezetimiba para alcanzar metas de LDL.

4.3.5.5. Nefrología AE:

Manejo de la progresión de la ERC.

Ajuste del manejo de la hipertensión y control de la función renal con inhibidores de la ECA o ARA II.

Monitoreo de la función renal con seguimiento regular de creatinina y potasio.

Educación sobre la dieta baja en proteínas y control de sodio para reducir la carga renal.

4.3.5.6. Psicología AE:

Manejo del trastorno adaptativo mixto y apoyo en la adherencia al tratamiento.

Terapia cognitivo-conductual para abordar el insomnio y ansiedad relacionada con la enfermedad.

Apoyo emocional continuo y técnicas de manejo de estrés.

4.3.5.7. Enfermería AE:

Responsable principal de los cuidados del paciente durante su estancia hospitalaria. Seguimiento, educación y apoyo en la adherencia al tratamiento. Monitorización de signos vitales, peso diario y control de edemas. Educación sobre signos de alarma de descompensación de IC y FA. Coordinación de citas y recordatorios de medicamentos. Apoyo en la administración de medicamentos y ajuste de dosis de insulina si fuera necesario.



4.3.5.8. Trabajo Social AE:

Apoyo en la gestión de recursos y coordinación del cuidado. Evaluación de la red de apoyo y posibles necesidades de asistencia en el hogar. Gestión de recursos disponibles para apoyo nutricional y terapias.

4.3.5.9. Estrategias de Comunicación y Coordinación:

Rondas Multidisciplinarias Diarias durante el ingreso: Las rondas en el hospital incluyen a médicos, enfermeras, y otros especialistas según el día. Esto permite la revisión conjunta del estado del paciente, discusión de los ajustes necesarios y establecimiento de objetivos a corto y largo plazo.

Historia Clínica Electrónica (HCE): Uso de la HCE para registrar todos los cambios de tratamiento, observaciones clínicas y resultados de estudios. Esto facilita que cada profesional tenga acceso actualizado a la evolución del paciente.

Interconsultas Programadas: Las interconsultas entre especialidades se planifican con antelación para evaluar progresos y ajustar el manejo de cada condición del paciente.

Reuniones Semanales de Planificación: Reuniones específicas para revisar los planes de tratamiento a largo plazo, especialmente en pacientes con múltiples comorbilidades que requieren ajustes frecuentes.

Teléfonos y Mensajería Segura: Uso de sistemas de mensajería interna del hospital para comunicación rápida entre los profesionales en caso de emergencias o cambios críticos.



Bibliografía.

1. 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.
3. García-Morillo J. S, Bernabéu Wittel M., Ollero Baturone M, González de la Puente M. A, Cuello-Contreras J. A. Factores de riesgos asociados a la mortalidad y al deterioro funcional a la insuficiencia cardiaca del paciente pluripatológico. Rev. Clin. Esp. 2007; 207:1-5.
3. Organización Mundial de la Salud (OMS). (2020). *Integrated Care Models: An Overview*. OMS. Disponible en el sitio web de la OMS.
4. Navarra (Comunidad Autónoma). Estrategia Navarra de atención integrada a pacientes crónicos y pluripatológicos. Pamplona: Gobierno de Navarra; 2013
5. Gálvez Mora J, Ras Vidal E, Hospital Guardiola I, Vila Córcoles A. Perfil del cuidador principal y valoración del nivel de ansiedad y depresión [Profile of the main carer and assessment of the level of anxiety and depression]
6. Unidad de paciente pluripatológicos: estándares y recomendaciones. Informes, estudios e investigación. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2009.
7. Talavera Pérez ML, Fontseré Casadesús AM, Raya Tena A. La enfermera de atención primaria: rol y responsabilidades [Primary care nurses: role and responsibilities]. Aten Primaria. 2022;54(10):102345. doi: 10.1016/j.aprim.2022.102345.
8. IBSalut. Enfermera gestora de casos [Internet]. Mallorca: IBSalut; [fecha desconocida] [citado el 7 de septiembre de 2024]. Disponible en: <https://www.ibsalut.es/apmallorca/attachments/article/1052/enfermera-gestora-casos-es.pdf>



9. Fernández Fonseca S. Calidad de la regulación enfermera en los centros coordinadores de urgencias y emergencias [Trabajo de Fin de Grado]. Valladolid: Universidad de Valladolid, Facultad de Enfermería; 2020. p. 5.
10. Abreu Velázquez MC. Calidad de la regulación enfermera en los centros coordinadores de urgencias y emergencias [Trabajo de Fin de Grado]. Valladolid: Universidad de Valladolid, Facultad de Enfermería; 2020. p. 5
11. ILERNA. Funciones del TCAE en atención primaria [Internet]. España: ILERNA; [fecha desconocida] [citado el 7 de septiembre de 2024]. Disponible en: <https://www.ilerna.es/blog/funciones-del-tcae-en-atencion-primaria>
12. Ministerio de Sanidad y Consumo. BOE núm. 27, de 01 de febrero de 1984. Boletín Oficial del Estado. 1984 feb 1;(27): Referencia: BOE-A-1984-2574.
13. MedlinePlus. Tipos de profesionales de la salud. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/001933.htm>. [Accedido el 7 de septiembre de 2024].
14. López Palomino E. Función asistencial en atención especializada. Disponible en: <https://www.npunto.es/content/src/pdf-articulo/5dd2a3c10db0atrabajo3.pdf>. [Accedido el 7 de septiembre de 2024].
15. Jódar-Solà G, Cadena-Andreu A, Parellada-Esquius N, Martínez-Roldán J. Continuidad asistencial: rol de la enfermera de enlace. Continuity of Care: Role of the Link Nurse. [Internet]. 2005 [citado 2024 Sep 7]. DOI: 10.1016/S0212-6567(05)70566-7.



16. Universidad Francisco de Vitoria. ¿Cuál es la función de un trabajador social en un hospital? [Internet]. Madrid: Universidad Francisco de Vitoria; 2024 [citado 2024 Sep 7]. Disponible en: <https://www.ufv.es/cual-es-la-funcion-de-un-trabajador-social-en-un-hospital-preguntas-frecuentes/#:~:text=Un%20trabajador%20social%20en%20un%20hospital%20se%20encarga%20de%20brindar,atenci%C3%B3n%20integral%20y%20de%20calidad.>
17. Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria. Escuela de Pacientes Farmacéutico Hospitalario [Internet]. Madrid: Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria; [citado 2024 Sep 7]. Disponible en: <https://www.sefh.es/escuela-de-pacientes-farmaceutico-hospitalario.php>
18. Sociedad Española de Geriátría y Gerontología. MIR de Geriátría [Internet]. Madrid: Sociedad Española de Geriátría y Gerontología; [citado 2024 Sep 7]. Disponible en: <https://www.segg.es/formacion/mir-de-geriatria>
19. Duque del Río M. Carmen. Nurses Home: Enfermería en el domicilio. Un enfoque integrado de la Enfermería ante los retos del futuro. Nurses Home: Home nursing. An integrated approach of nursing in face of future challenges. [Internet]. 2009;7(2):323-39.
20. Sociedad Española de Farmacia Clínica, Familiar y Comunitaria. Estrategia de cronicidad: Sociedad Española de Farmacia Clínica, Familiar y Comunitaria; [citado 2024 Sep 7]. Disponible en: https://www.sefac.org/sites/default/files/sefac2010/documentos_sefac/documentos/Estrategia_cronicidad.pdf
21. Proceso de atención a la persona patología crónica compleja. Sacyl. Actualización 2020.
22. Guía Clínica: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. "Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud." (Disponible en la página web del Ministerio de Sanidad de España).



23. Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Guía de Atención al Paciente Pluripatológico: Sociedad Española de Medicina Interna; [citado 2024 Sep 7].
24. EnfermeríaCyL. La importancia del trabajo en equipo interdisciplinario en la sanidad: EnfermeríaCyL; 2024 [citado 2024 Sep 7]. Disponible en: <https://enfermeriacyl.com/blog/2024/04/19/la-importancia-del-trabajo-en-equipo-interdisciplinario-en-la-sanidad/>
25. ISID. HIS. Disponible en: <https://isid.com/es/tecnologia/his-es/>
26. Fernández Moyano A, Machín Lázaro J.M., Martín Escalante M.D., Aller Hernández M.B., Vallejo Maroto I. Modelos de atención al paciente pluripatológico. Care models for poly pathological patients. [Internet]. 2017 [citado 2024 Sep 7]. DOI: 10.1016/j.rce.2017.03.003.
27. Ramírez-Duque N, Rivas-Cobas C, Bernabeu-Wittel M, Ruiz-Cantero A, Murcia-Zaragoza J, Oliver M, Díez-Manglano J; en representación de los investigadores del proyecto PALIAR. Perfil de prescripción farmacológica en pacientes con enfermedades crónicas no neoplásicas en fase avanzada [Drug prescription profile in patients with advanced chronic diseases]. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2014 Nov-Dec;49(6):255-9. Spanish. doi: 10.1016/j.regg.2014.01.006. Epub 2014 Mar 13. PMID: 24629732.
28. Tranche Iparraguirre S; Junta Permanente de semFYC. La inercia terapéutica de la Atención Primaria [Therapeutic inertia in Primary Care]. Aten Primaria. 2021 Dec;53(10):102240. Spanish. doi: 10.1016/j.aprim.2021.102240. PMID: 34865731; PMCID: PMC8655217.
29. Guía clínica: Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). "Guía de Atención al Paciente Pluripatológico."
30. Orozco-Beltrán D, Llisterri JL. Manejo del paciente pluripatológico. Madrid: Ediciones Mayo; 2012



31. Programa de Atención a Niños, Niñas y Adolescentes con Enfermedades Crónicas Complejas: Tejiendo puentes para sus cuidados. Conselleria i consum Servet salut illers balears. Diciembre 2019. ISBN 978-84-09-17426-3

32. "Primary Care: A Collaborative Practice." *ANNA Journal*, vol. 26, no. 5, Oct. 1999, p. 530. *Gale Academic OneFile*, link.gale.com/apps/doc/A57041816/AONE?u=anon~7a166462&sid=googleScholar&xid=52daf677. Accessed 7 Sept. 2024.

33. Plan de tratamiento en una clínica de salud. Disponible en: <https://clinic-cloud.com/blog/plan-de-tratamiento-en-una-clinica-de-salud>

34. Scotten, M., Manos, E. L., Malicoat, A., y Paolo, A. M. (2015). Minding the Gap: Interprofessional Communication during Inpatient and Post Discharge Chasm Care. Patient Education and Counseling. Recuperado el 16 de abril de 2015 desde: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0738399115001007>



Capítulo 5.

Coordinación urgencias – Unidades de atención al paciente pluripatológico o UCA.

- Fahd Beddar Chaib
- Yagüe Vallejo, Sandra

Edición 1/2024

Coordinadores:

- Ana María Fernández Araque.
- José M^a Jiménez Pérez.





Índice de contenidos.

1. Introducción a la Pluripatología: Definición y Epidemiología

- Definición de pluripatología.
- Prevalencia y tendencias demográficas.
- Factores de riesgo y etiología de la pluripatología.
- Estrategia nacional de atención al paciente crónico y su adaptación a las distintas CC.AA.

2. Modelos de Atención Integral para Pacientes Pluripatológicos

- Programas de atención integral.
- Enfoques de gestión de casos.
- Evaluación y coordinación de cuidados entre diferentes especialidades.
- Implantación y ejecución de la cartera de servicios en patologías crónicas prevalentes.

3. Criterios de Evaluación y Diagnóstico Interdisciplinar

- Herramientas y métodos de evaluación multidimensional.
- Diagnóstico diferencial en pacientes con múltiples enfermedades.
- Importancia de la evaluación integral cognitiva-funcional y apoyo social en la repercusión en posibles complicaciones.

4. Implementación de Equipos Interdisciplinarios: Roles y Coordinación

- Composición y roles de los equipos de atención interdisciplinar.
- Estrategias de comunicación y coordinación entre profesionales de salud.
- Casos prácticos de trabajo en equipo para el manejo de pacientes complejos.

5. Coordinación urgencias – Unidades de atención al paciente pluripatológico o UCA

6. Experiencia diseñada para proporcionar una comprensión integral de la gestión de los servicios de salud en la atención a pacientes con pluripatologías y atención continuada.



5. Coordinación urgencias – Unidades de atención al paciente pluripatológico o UCA

1. Introducción

1.1 Definición de Servicio de Urgencias y su relevancia en el sistema sanitario.

2. Importancia de la coordinación entre urgencias y unidades especializadas

3. El Rol del Servicio de Urgencias en la Coordinación Asistencial

3.1. Funciones principales del servicio de urgencias en el manejo de pacientes pluripatológicos.

3.2. Identificación de pacientes pluripatológicos en el entorno de urgencias.

4. Coordinación Servicio de Urgencias – Unidad de paciente pluripatológico (UCA).

4.1. Criterios para derivación desde los SUH a Unidades de Atención al paciente Pluripatológico.

4.2. Flujo de atención de un proceso agudo para la correcta derivación desde los SUH a la UCA.

5. Propuesta de protocolo de coordinación UCA-Urgencias.

ANEXO I



1. Introducción.

1.1 Definición de Servicio de Urgencias y su relevancia en el sistema sanitario.

La definición tradicional de la “Atención de Urgencia” es aquella que se presta al paciente en situación que precisan de una atención inmediata, es decir, cualquier supuesto o posible supuesto que suponga un riesgo vital para la vida del paciente en las próximas horas o minutos o que implique grandes secuelas en caso de ausencia de atención (1). Además, hay que hacer una pequeña apreciación sobre la “Atención de Emergencia”: esta es la que se presta cuando un riesgo inmediato de la vida del paciente o la función de algún órgano (2). Esta segunda atención se puede realizar en los servicios de urgencias hospitalarios (SUH) pero también en los servicios extrahospitalarios (3).

Un SUH puede definirse como una organización de profesionales sanitarios, ubicada en el hospital, que ofrece asistencia multidisciplinar, cumpliendo unos requisitos funcionales, estructurales y organizativos, de forma que garantiza las condiciones de seguridad, calidad y eficiencia adecuadas para atender a las urgencias y emergencias (2). Este servicio, tiene la capacidad de tomar decisiones inmediatas sobre el paciente atendido de tal forma que puede ingresar en una planta de hospitalización, trasladar a otro nivel asistencial o proceder al alta de los pacientes con derivación a Atención Primaria o a otro Especialista/Unidad hospitalaria (3).

El sistema de urgencias también juega un papel importante en la prevención de complicaciones graves, ya que actúa como la primera línea de defensa ante crisis de salud agudas. Para ello, es clave la coordinación con otras áreas del sistema sanitario, como los centros de atención primaria y las unidades especializadas, para garantizar una atención continuada y evitar la saturación del servicio.

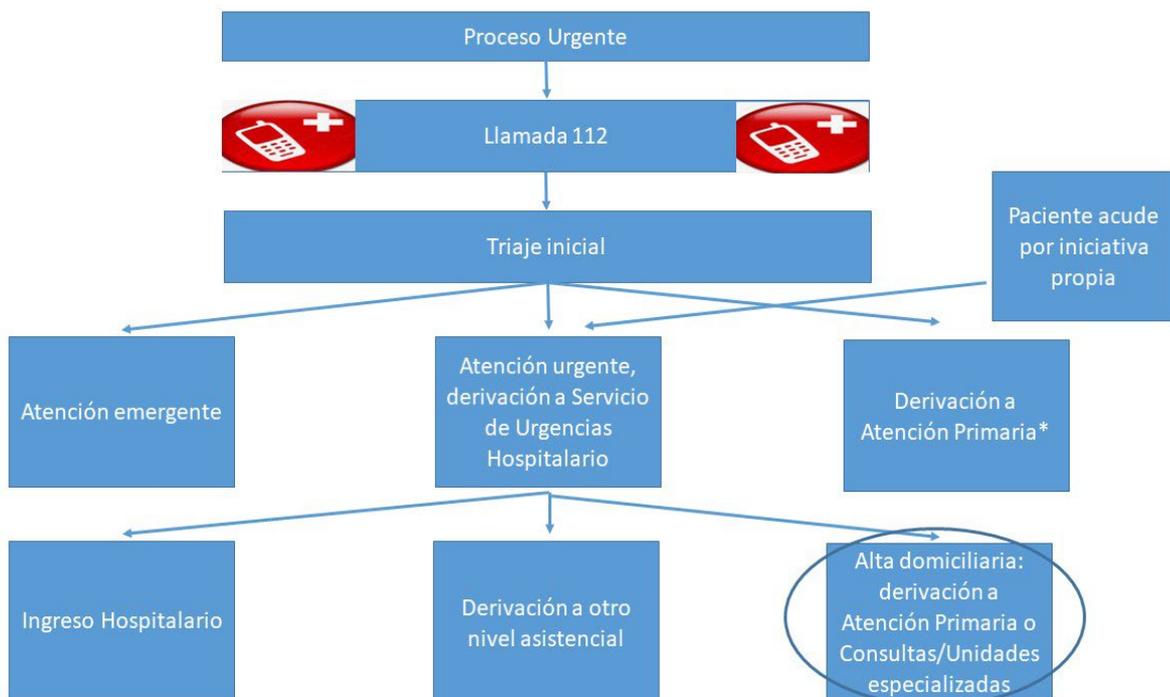
Las definiciones tradicionales de la atención urgente y de los Servicios de Urgencias Hospitalarias (SUH) han experimentado modificaciones en las últimas décadas debido a los cambios en el perfil de los pacientes. A las definiciones clásicas podemos añadir que los SUH no solo gestionan emergencias agudas, sino que también se encargan de la evaluación, diagnóstico y tratamiento de las exacerbaciones de enfermedades crónicas o

comorbilidades, especialmente en pacientes con pluripatología. Esto refleja una adaptación del sistema sanitario a las nuevas necesidades de una población cada vez más envejecida y con múltiples condiciones de salud.

Un SUH tiene las siguientes características (3):

- Cobertura asistencial las 24 horas del día, los 365 días del año; requiere una disponibilidad continua, integrada y proyectada hacia el lugar de la demanda de atención (cadena asistencial).
- Cubre a toda la población, tanto la de las grandes ciudades como la de las aldeas más remotas.
- Dispone de equipos multidisciplinares y altamente cualificados.
- Su marco de actuación se centra fundamentalmente en pacientes agudos y graves.
- Lugar de trabajo asistencial, docencia e investigación.

Figura 1: flujo de derivación en atención urgente



* Ciertas patologías urgentes pueden ser atendidas en los Centros de Salud. En otras ocasiones, la atención emergente/urgente es realizada por los centros de salud hasta la llegada de los servicios de Emergencias y su derivación a un Servicio de Urgencias.



Diagrama de elaboración propia. Diagrama de atención a personas con proceso agudo. En este capítulo nos centraremos en el momento de alta domiciliaria y derivación a consultas especializada en concreto a la UCA.

La importancia de los Servicios de Urgencias Hospitalarias (SUH) es indiscutible, especialmente debido al alto volumen de demanda y asistencia, particularmente en el caso de los pacientes pluripatológicos. Según el último informe del Ministerio de Sanidad (4), en el Sistema Nacional de Salud se atendieron más de 20 millones de urgencias, de las cuales el 10,8% requirió ingreso hospitalario. Esta elevada demanda se incrementa aún más en el contexto de pacientes pluripatológicos, frágiles y de edad avanzada, situándose entre el 26,9% y el 55,1% de las urgencias en España (5-7). Una parte significativa de estos pacientes corresponde a personas mayores de 75 años, representando entre el 13,2% y el 28,7% de las urgencias en adultos.

2. Importancia de la coordinación entre urgencias y unidades especializadas.

Como se muestra en la Figura 1, tras la evaluación del paciente en el Servicio de Urgencias, existen tres posibles destinos. El primero es el ingreso hospitalario, que se indica cuando la situación del paciente requiere tratamiento intravenoso o un estudio más profundo que no puede realizarse de manera ambulatoria. El segundo destino es la derivación a otro nivel asistencial, como una residencia u otro centro sanitarios especializado, donde el paciente puede continuar recibiendo los cuidados necesarios. Por último, el paciente puede ser dado de alta, bien para continuar su seguimiento en Atención Primaria, si no se precisa seguimiento hospitalario, o para ser derivado a consultas especializadas si su patología requiere un seguimiento ambulatorio más exhaustivo o con la finalidad de continuar el estudio de su patología. Este último aspecto es particularmente relevante en este capítulo, ya que la correcta coordinación en estos casos es fundamental para garantizar una continuidad adecuada en la atención del paciente.

Dado el aumento de demanda de atención urgente por pacientes con pluripatología compleja, la coordinación entre el servicio de urgencias y las unidades especializadas se convierte en un tema axial. Esta concordancia radica en la necesidad de proporcionar una atención continua y eficiente a los pacientes pluripatológicos, quienes suelen tener múltiples condiciones de salud que requieren un manejo multidisciplinario. La fragmentación de la



atención en estos casos puede generar duplicación de esfuerzos, pérdida de información crucial, y retrasos en el tratamiento, lo que afecta negativamente los resultados clínicos y puede aumentar las hospitalizaciones innecesarias (8).

En el entorno de urgencias, los profesionales deben tomar decisiones rápidas sobre la derivación a las unidades de atención especializada, lo que requiere una comunicación fluida y clara con dichas unidades para garantizar la continuidad asistencial. La integración efectiva de sistemas de información y la aplicación de protocolos bien definidos para la derivación son esenciales para mejorar los resultados clínicos, optimizar los recursos, y evitar la saturación de los servicios de urgencias (8).

El SUH desempeña frecuentemente un papel crucial en la identificación de pacientes con pluripatología compleja. Estos pacientes, debido a la naturaleza crónica y múltiple de sus enfermedades, suelen experimentar episodios recurrentes de agudización, lo que los lleva a recurrir al SUH en busca de una respuesta rápida y efectiva a sus problemas de salud. Muchos de estos pacientes ya mantienen un seguimiento con las Unidades de Atención al Paciente Pluripatológico (UCA). Sin embargo, en otros casos, aquellos que presentan múltiples patologías y frecuentes agudizaciones —indicativos de un deficiente control de sus enfermedades de base— no han sido vinculados aún a dichas unidades. En este contexto, el SUH y el médico de urgencias actúan como mediadores clave, facilitando, una vez estabilizada la patología aguda del paciente, la conexión entre el SUH y la UCA, con el objetivo de mejorar el manejo integral de sus enfermedades crónicas y prevenir nuevas descompensaciones.

3. El Rol del Servicio de Urgencias en la Coordinación Asistencial.

3.1) Funciones principales del servicio de urgencias en el manejo de pacientes pluripatológicos.

El perfil de pacientes atendidos por los servicios de urgencias ha ido cambiando a lo largo de los últimos años. Al principio, los pacientes atendidos eran más jóvenes con mayor número de patologías tiempo-dependientes como el infarto agudo de miocardio o el ICTUS. Sin embargo, en la actualidad, además de persistir estas patologías y su atención va en aumento,



se ha añadido un nuevo perfil de pacientes que son atendidos en los servicios de urgencias: esto es el paciente pluripatológico y en concreto la atención a la agudización de su patología crónica.

En un trabajo publicado en el 2016 (9) se constató que el número de visitas al servicio de urgencias de los pacientes pluripatológicos era de un 37,7% frente al 28% del resto de la población con diferencias estadísticamente significativas. En un estudio transversal con datos de la Encuesta Nacional de Salud (2017) donde participaron más de 23 mil adultos, el 41% de los pacientes pluripatológicos acudieron a un servicio de urgencias frente al 35% de los pacientes no pluripatológicos (10).

Estos datos, tal y como se ha mencionado, constatan que los SUH deben tener un plan claro y conciso sobre el manejo de los pacientes pluripatológicos mediante guías y protocolos locales dado el aumento de la demanda de este perfil de pacientes (11).

Podemos decir, por tanto, que las funciones de los SUH en el manejo del paciente pluripatológico son (adaptadas del documento de la gerencia regional de salud de Castilla y León) (12):

- Valorar, tratar y estabilizar las agudizaciones del paciente con pluripatología compleja según la práctica habitual y los protocolos establecidos de cada centro.
- Prevención de la hospitalización innecesaria de los pacientes pluripatológicos (13).
- Garantizar una adecuada coordinación entre el SUH y el equipo de UCA y/o el equipo de Atención Primaria a través de diversas vías, como la emisión de un informe médico detallado, la comunicación directa con la familia o el contacto directo con el equipo de Atención Primaria. Esta colaboración es clave para asegurar la continuidad asistencial y el seguimiento adecuado del paciente una vez finalizada la atención en el SUH.
- En caso de precisar, contactar directamente con el profesional de la UCA para una atención más temprana de la programada en consultas (si el profesional de urgencias lo ve conveniente).



- Si el paciente pluripatológico precisa atención por otros servicios debido a una patología aguda actuará en consonancia a la práctica habitual y a los protocolos locales, pero poniendo, además, en conocimiento de ello al Servicio UCA.
- Identificación de los potenciales pacientes pluripatológicos (no identificados previamente) y valorar por el médico de urgencias derivación a UCA informado siempre de ello a
- El equipo de Atención Primaria.

3.2) Identificación de pacientes pluripatológicos en el entorno de urgencias.

El manejo del paciente pluripatológico es complejo, pero el manejo del paciente pluripatológico no identificado es una tarea más ardua y tiende a producir errores tanto en el diagnóstico como en el tratamiento y por tanto acarrear consecuencias negativas para el paciente. Esto, por suerte y hoy en día, no es tan frecuente, pues la alta capacidad de los equipos de Atención Primaria además de los protocolos nacionales y locales ha conseguido una mayor identificación y estratificación de estos pacientes. Tal y como se ha mencionado, la prevalencia de pacientes pluripatológicos es de 40% y esta prevalencia es aún mayor sobre todo en servicios como Medicina Interna donde hasta el 61% de los pacientes ingresados cumplen criterios de paciente pluripatológico (14). Este rango de variabilidad entre la población general y hospitalaria indica que muchos pacientes no se identifican en etapas tempranas o en Atención Primaria, lo que podría llevar a una subidentificación importante.

Es por ello, que la identificación de pacientes pluripatológicos en los SUH es un desafío crucial debido a la complejidad clínica y la necesidad de un manejo multidisciplinario que requieren estos pacientes. La correcta identificación de estos pacientes permite no solo una intervención más precisa en el momento agudo, sino también una derivación adecuada y oportuna a otros niveles asistenciales que puedan proporcionar un seguimiento longitudinal. Dado que muchos pacientes pluripatológicos presentan múltiples comorbilidades y frecuentes descompensaciones, un enfoque estructurado para su identificación en urgencias es esencial para optimizar el manejo clínico y los resultados a largo plazo.



Existen varias herramientas y escalas clínicas que pueden ayudar en la identificación rápida y eficiente de pacientes pluripatológicos en urgencias incluso desde el mismo triaje:

- **Criterios de la definición funcional del Proceso Asistencial Integrado de Atención al paciente pluripatológico de la Consejería de Sanidad de la Junta de Andalucía (15):** En este documento se incluye de forma clara que pacientes son considerados como pluripatológicos tanto por categoría clínica, así como por categoría de complejidad (ver Anexo I).
- **Índice de Charlson (16,17):** Esta herramienta evalúa la comorbilidad y predice el riesgo de mortalidad en pacientes con múltiples patologías. Se utiliza para evaluar la gravedad del estado clínico del paciente y determinar el pronóstico a largo plazo, lo que es útil para decidir si el paciente necesita ingreso o puede ser manejado de forma ambulatoria. Puntuaciones altas del índice de Charlson pueden ser orientativos en la toma de la decisión de derivación a UCA.
- **Clínical Risk Groups (CRG) (18):** Originalmente esta clasificación de la complejidad del paciente se realiza en 9 estados de salud del 1 al 9 de menor a mayor gravedad o riesgo, y dentro de cada estado se subclasifican en 6 niveles de gravedad (19). Esta estratificación de los pacientes ha sido utilizada ampliamente en España en sistemas sanitarios como el de Castilla y León (20) así como en la Comunidad Valenciana (21). Sin embargo, con la finalidad de facilitar la estratificación de los pacientes, estos se clasifican en 3 estratos o niveles de complejidad: a) alta o N3 que incluye los estados de salud 9, 8, 7 y 6 (en nivel de gravedad 5 y 6); b) moderada o N2 que incluye los estados de salud 6 (en nivel de gravedad 1-4); y c) baja o N1 que incluye los estados de salud 5, 4, y 3 (en nivel de gravedad 5 y 6). Además, en ambas comunidades, esta clasificación ha sido introducida en los programas informáticos locales (22).

A pesar de contar con diversas herramientas, la identificación de pacientes pluripatológicos en urgencias presenta varios desafíos. En primer lugar, la sobrecarga de los servicios de urgencias y la necesidad de tomar decisiones rápidas limitan la posibilidad de realizar una evaluación integral y detallada del paciente. Además, muchos de estos pacientes no están



correctamente identificadas sus afecciones crónicas en sus historias clínicas, lo que complica su manejo.

Otro reto importante es la polifarmacia, que puede enmascarar o agravar ciertas condiciones, complicando el diagnóstico y tratamiento. Asimismo, la falta de una comunicación efectiva entre los distintos niveles asistenciales puede generar una atención fragmentada, afectando la continuidad y calidad del cuidado que reciben estos pacientes.

4. Coordinación Servicio de Urgencias – Unidad de paciente pluripatológico (UCA):

4.1. Criterios para derivación desde los SUH a Unidades de Atención al paciente Pluripatológico.

Tal y como hemos definido la “Atención de Urgencia” esta se centra el momento agudo que puede afectar de forma inmediata la vida del paciente, pero si extrapolamos esta definición al paciente pluripatológico, también se centra en la atención de las agudizaciones de las afecciones crónicas que presente este perfil de pacientes. Es por ello, que la Medicina de Urgencias carece de esa característica que destaca en la Atención Primaria: la longitudinalidad. Por consiguiente, las decisiones sobre la derivación de pacientes desde los SUH a las **unidades de atención continuada** son esenciales para garantizar la continuidad asistencial, es decir, esa longitudinalidad de la que carecen los SUH. Esta decisión es esencial para optimizar recursos hospitalarios y mejorar los resultados clínicos a largo plazo de los pacientes. Para pacientes pluripatológicos, estas decisiones se vuelven particularmente críticas debido a la complejidad de su situación clínica, su fragilidad y las múltiples comorbilidades que presentan.

La derivación de pacientes pluripatológicos a **la UCA** debe basarse en criterios claros y bien definidos siguiendo los protocolos locales establecidos, que tengan en cuenta tanto el estado clínico agudo del paciente como su situación basal. Hay que mencionar, que este tipo de coordinación entre SUH y UCA no debe dejar de lado al equipo de Atención Primaria quien es pilar fundamental en el seguimiento y estabilización del paciente pluripatológico:

- i. Tal y como se ha mencionado, se prevé un porcentaje relevante de pacientes pluripatológicos no identificados y uno de los puntos críticos para su detección son



los servicios de urgencias. Es por ello, que unos de los posibles escenarios presentados en los SUH es el de aquellos pacientes no identificados como pluripatológicos. Una vez identificados estos pacientes, es preciso, insistiendo en la falta de longitudinalidad de los SUH, una derivación al equipo de UCA siempre con una coordinación bilateral con el equipo de Atención Primaria.

- ii. Estabilidad clínica tras la Atención en Urgencias: Los pacientes pluripatológicos son frequentadores de los servicios de urgencias por descompensaciones de su patología de base. Además, tal y como se ha comentado previamente, una de las funciones del servicio de Urgencias en la atención del paciente pluripatológico es la prevención y disminución de las hospitalizaciones prolongadas e innecesarias (12). Es por ello, que la coordinación entre los SUH y la UCA es fundamental para cumplir este objetivo. Si el paciente ha sido estabilizado adecuadamente y no requiere tratamiento hospitalario agudo, pero su patología de base necesita un seguimiento estrecho, es candidato, además de beneficiarse claramente, de la derivación a unidades de pluripatología.
- iii. **Polifarmacia y manejo de comorbilidades complejas (23):** Los pacientes pluripatológicos, a menudo con múltiples tratamientos en curso, pueden beneficiarse de un entorno donde se gestione adecuadamente su **polifarmacia y este entorno no suelen ser los SUH**. Es por ello, que, ante la identificación de un paciente con polifarmacia debido a sus numerosas comorbilidades, una derivación a la UCA sería de un beneficio notorio para el paciente. Además, el control adecuado de las comorbilidades no agudizadas es complejo desde los SUH por lo que su derivación a unidades como la UCA/Atención Primaria sería casi obligado.
- iv. Otro criterio de derivación son las agudizaciones frecuentes. Aunque el paciente se encuentre dentro del circuito de Atención al Paciente pluripatológico, en caso de descompensaciones frecuentes atendidas en los SUH, estos pacientes deben ser derivados de nuevo o por lo menos informar a las unidades de atención del paciente pluripatológico. Esto sin duda alguna repercutirá en la mejora de la enfermedad de



base al disminuir el número de agudizaciones y por tanto el número de visitas a urgencias con posibles hospitalizaciones secundarias.

4.2. Flujo de atención de un proceso agudo para la correcta derivación desde los SUH a la UCA:

Tal y como se explica en la figura 2 (adaptada de la referencia número 12) el flujo de trabajo para la derivación del paciente pluripatológico puede seguir dos caminos. En primer lugar, la identificación de pacientes como potencialmente pluripatológicos sin estar detectados por el Sistema Sanitario (ver apartado 3.2). Una vez identificados estos pacientes como pluripatológicos es preciso incluirlos en el circuito diseñado para ellos. Es decir, una derivación precisa y coordinada con la UCA y los Equipos de Atención Primaria.

La otra ruta existente es la atención de una agudización de una comorbilidad crónica o la atención de un nuevo proceso agudo (por ejemplo, un Infarto Agudo de Miocardio en pacientes sin cardiopatía isquémica crónica o sin antecedentes previos de Infarto) de pacientes ya identificados por el sistema sanitario como pacientes pluripatológicos.

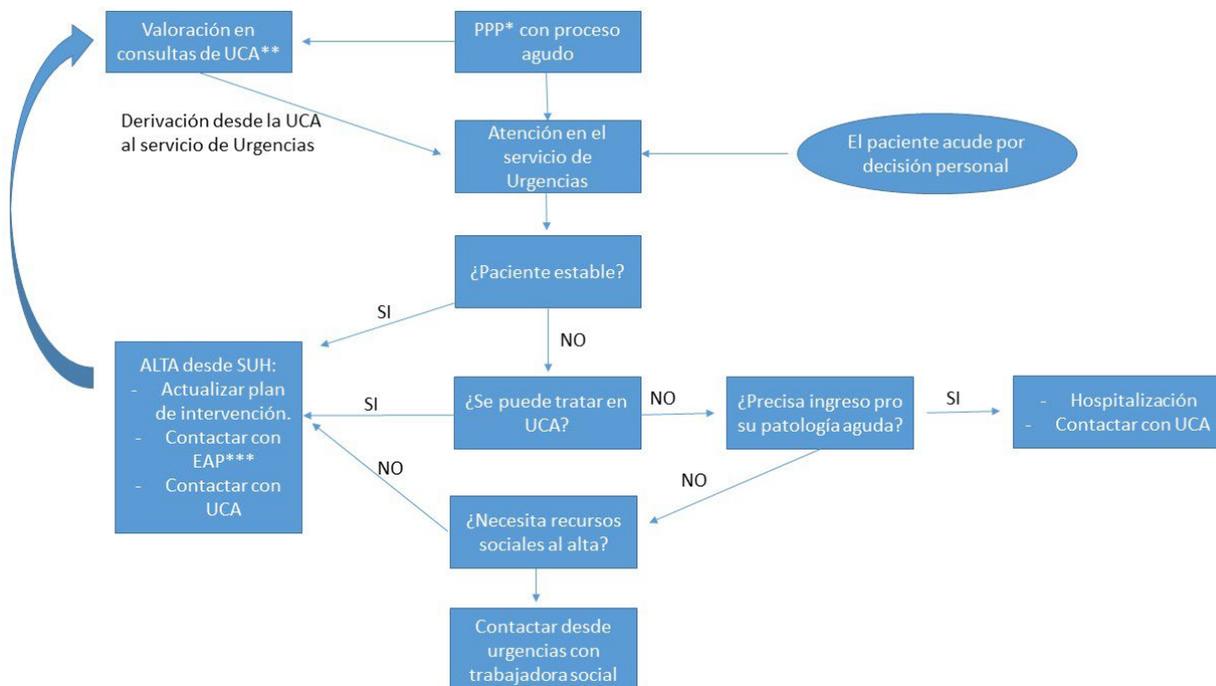


Figura 2: flujo de atención de un proceso agudo de pacientes con pluripatología compleja

*PPP: Paciente pluripatológico. **UCA: Unidad de atención al paciente pluripatológico



***EAP: Equipos de atención primaria.

- 1) **Proceso agudo:** esto, tal y como se ha mencionado, puede obedecer a causas agudas sin relación con su comorbilidad crónica o tratarse de una agudización de su patología crónica. En el momento en que se produce esta situación el paciente tiene 3 posibilidades de actuación. El paciente puede acudir/contactar con la UCA quien valorará al paciente y lo derivará a urgencias (siempre que el proceso lo requiera) o acudir a su Equipo de Atención Primaria quien puede derivar a la UCA o directamente al servicio de Urgencias. La tercera vía es la decisión del paciente o su familiar de acudir por iniciativa propia al Servicio de Urgencias.
- 2) **Atención en urgencias:** Una vez que el paciente llega al servicio de urgencias, ya sea derivado desde la UCA/equipo de Atención Primaria o acudiendo por decisión personal, se realiza una evaluación inicial para determinar cambios en su estado funcional, estabilidad clínica y la gravedad de la situación.
- 3) **¿Paciente estable?:** Este se trata de un momento crítico pues tal y como se ha mencionado uno de los objetivos de los SUH es la minimización de ingresos innecesarios. Por ello, ante la estabilidad del paciente o tras su estabilización, una coordinación eficiente Urgencias-UCA disminuirá esos ingresos hospitalarios innecesarios.
- 4) **Posibilidad de tratamiento en UCA:** Si el paciente está estable y es susceptible de ser tratado en la UCA, se procede con esta decisión sin necesidad de hospitalización convencional. En caso contrario, si no es posible el manejo desde la UCA, se evalúa la necesidad de ingreso hospitalario.
- 5) **¿Precisa ingreso hospitalario?:** Si el paciente requiere hospitalización por la gravedad de su condición, se procede con el ingreso en el hospital. Además, se contacta con la UCA para garantizar una continuidad en el seguimiento y tratamiento del paciente.



- 6) **Necesidades sociales al alta:** En los casos en los que el paciente no precisa ingreso hospitalario, pero se identifican necesidades sociales adicionales, el servicio de urgencias contacta con la trabajadora social para coordinar los recursos sociales necesarios.
- 7) **Alta desde urgencias:** Si el paciente ha sido tratado en urgencias y no cumple criterios de ingreso ni de derivación a otros centros para continuar sus cuidados, se deben actualizar los planes de intervención del paciente y se procede a su alta hospitalaria. Además, se establece contacto con el equipo de atención primaria y con la UCA para asegurar la coordinación de cuidados y el seguimiento del paciente.
- 8) **Retorno a la UCA:** Una vez que el paciente ha sido dado de alta, vuelve al seguimiento en las consultas de la UCA, cerrando el ciclo del proceso de derivación y asegurando la continuidad del cuidado.

5. Propuesta de protocolo de coordinación UCA-Urgencias:

En este último capítulo se pretende aportar una propuesta de protocolo de coordinación entre los SUH y la UCA. No hay que olvidar que la principal coordinación de la UCA debe ser con los equipos de Atención Primaria pues los Servicios de Urgencias carecen de la longitudinalidad de la que gozan la Atención Primaria. Sin embargo, tampoco hay que olvidar que los Servicios de Urgencias, en muchas ocasiones, son el primer eslabón en la identificación de aquellos pacientes no identificados por el Sistema Sanitario como pluripatológicos o los encargados en poner en contacto la UCA con el paciente pluripatológico mal controlado:

- 1) Pacientes no identificados como pluripatológicos:
 - 1.1) Identificación del paciente: Esto se puede realizar desde la misma sala de triaje (primer contacto sanitario) que no solo se encargará de la estratificación de la gravedad de la urgencia, sino que también tendrá la función de sospechar



sobre aquellos pacientes que necesitan una identificación como pacientes pluripatológicos.

- 1.2) Una vez se detecta un potencial paciente pluripatológico no identificado, se debe confirmar dicha sospecha mediante las herramientas mencionadas previamente [CRG, índice de Charlson o definiciones gubernamentales locales como la propuesta por la Junta de Andalucía (Anexo I)].
- 1.3) El tercer punto, una vez identificado y estabilizado el paciente y tomada la decisión de derivación, es asegurar una comunicación clara y precisa entre el Servicio de Urgencias y la UCA. Este aspecto es fundamental, ya que la falta de una coordinación adecuada podría conllevar la pérdida de seguimiento de algunos pacientes. Asimismo, es crucial no olvidar la importancia de la Atención Primaria como pilar esencial del sistema sanitario. La coordinación entre Urgencias y Atención Primaria es igualmente vital para garantizar una continuidad asistencial eficaz. Una posible mejora en este ámbito sería la implementación de alertas electrónicas en los sistemas informáticos o la simplificación de los procedimientos para realizar interconsultas directas entre Urgencias y la UCA, facilitando una transición más fluida en el manejo del paciente.
- 1.4) En el caso de pacientes ya identificados como pluripatológicos se deben seguir los criterios de derivación previamente mencionados en los casos de atención urgente de estos pacientes.
- 1.5) Equipos de enlace: Aunque opcional, la implementación de equipos de enlace mejoraría significativamente la coordinación entre Urgencias y la UCA. Para garantizar una derivación eficiente, se recomienda la creación de estos equipos que actúen como intermediarios entre ambos servicios. Estos equipos deben ser multidisciplinarios e interdisciplinarios, integrando a profesionales de diferentes niveles asistenciales, como médicos, enfermeras, trabajadores sociales, entre otros. Su función principal será coordinar el traslado de los



pacientes, asegurando que toda la información clínica relevante sea comunicada de manera efectiva a las UCAs, facilitando así una continuidad asistencial óptima.

- 1.6) Proceso formal de derivación: El médico de urgencias, tras determinar la necesidad de derivación, emite un **informe clínico detallado** que es transmitido a la UCA a través del/los sistema/s informático/s antes mencionados. Este informe y esta derivación debe ser protocolizada de tal forma que se asegure una uniformidad en todas las derivaciones.

- 1.7) Formación continua del personal de Urgencias: Finalmente, es crucial que todo el personal involucrado en la derivación y seguimiento de pacientes pluripatológicos reciba **formación continua** en los protocolos de coordinación. Esto incluye la capacitación en el uso de sistemas de información compartidos y la adopción de un enfoque multidisciplinar para el manejo de estos pacientes.

A pesar de la implementación de esta propuesta de protocolo, tal y como se ha mencionado anteriormente, la población con pluripatología reconocida recurre a los SUH con mayor frecuencia que el resto de la población. Esto resalta la necesidad de explorar y desarrollar nuevos modelos asistenciales que ofrezcan alternativas a la atención en los SUH para el manejo de sus enfermedades crónicas, buscando optimizar su cuidado y reducir su dependencia de los servicios de urgencias.

Dado que estos pacientes ya tienen un mayor porcentaje de consumo de recursos, tanto en Atención Primaria como en la atención hospitalaria, es pertinente considerar la posibilidad de implementar enfoques asistenciales innovadores mediante un trabajo coordinado Urgencias-UCA (25). Trabajos publicados han demostrado la eficacia de alternativas en el manejo de este tipo de pacientes, como los servicios de observación geriátrica en urgencias, la hospitalización a domicilio (un servicio que, en muchas ocasiones, es gestionado por los propios SUH), o las unidades de corta estancia en urgencias. Estas alternativas han mostrado ser efectivas para mejorar el cuidado de los pacientes pluripatológicos y reducir su frecuencia de ingreso en urgencias (26-28).



ANEXO I

Criterios de paciente pluripatológico (Adaptado de la referencia número 15):

1. Cumplir los criterios de paciente pluripatológico definido por la presencia de enfermedades crónicas incluidas en dos o más de las siguientes categorías clínicas:
 - 1.1) Categoría A:
 - i. A.1. Insuficiencia cardíaca que en situación de estabilidad clínica haya estado en grado II de la NYHA^a (síntomas con actividad física habitual).
 - ii. A.2. Cardiopatía isquémica.
 - 1.2) Categoría B:
 - iii. B.1. Vasculitis y Enfermedades autoinmunes sistémicas.
 - iv. B.2. Enfermedad renal crónica definida por filtrado glomerular < 60ml/min o índice albúmina creatinina >30mg/g.
 - 1.3) Categoría C:
 - v. C.1. Enfermedad respiratoria crónica que en situación de estabilidad clínica haya estado con disnea grado 2 de la MRC^b (disnea a paso habitual en llano), o FEV1 <70% o Saturación O2 ≤ 90.
 - 1.4) Categoría D:
 - vi. D.1. Enfermedad inflamatoria intestinal.
 - vii. D.2. Hepatopatía crónica con datos de insuficiencia hepatocelular^c o hipertensión portal^d.
 - 1.5) Categoría E:
 - viii. E.1. Ataque cerebrovascular.
 - ix. 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).
 - x. E.3. Enfermedad neurológica con deterioro cognitivo persistente, al menos moderado^e.
 - 1.6) Categoría F:
 - xi. F.1. Arteriopatía periférica sintomática.



- xii. F.2. Diabetes mellitus con retinopatía proliferativa o neuropatía sintomática.
- 1.7) Categoría G:
- xiii. G.1. Anemia crónica por pérdidas digestivas o hemopatía adquirida no subsidiaria de tratamiento curativo que presente $Hb < 10g/dL$ en dos determinaciones separadas más de tres meses.
 - xiv. G.2. Neoplasia sólida o hematológica activa no subsidiaria de tratamiento con intención curativa.
- 1.8) Categoría H:
- xv. H.1. Enfermedad osteoarticular crónica que provoque, por sí misma, una limitación para que el paciente pueda trasladarse, por sí mismo, con seguridad de la cama al sillón o silla de rueda.
 - xvi. H.2. Haber presentado una fractura de cadera osteoporótica.
2. Cumplir una de las categorías de la definición de paciente pluripatológico y al menos uno de los criterios de complejidad de entre los siguientes:
- xvii.** Trastorno mental grave (esquizofrenia, psicosis maníaco-depresiva, depresión mayor).
 - xviii.** Polimedicación extrema (10 o más principios activos de prescripción crónica).
 - xix.** Riesgo sociofamiliar (puntuación en la escala de Gijón mayor a 10 puntos).
 - xx.** Úlceras por presión en estadio II ó superior.
 - xxi.** Delirium actual ó episodios de delirium en ingresos hospitalarios previos.
 - xxii.** Desnutrición ($IMC < 18.5$). Alimentación por sonda de prescripción crónica (3 ó más meses).
 - xxiii.** Dos más ingresos hospitalarios en los 12 meses previos.
 - xxiv.** Alcoholismo²⁹.

- a) Grado II de la NYHA: Ligera limitación de la actividad física. La actividad física habitual le produce disnea, angina, cansancio o palpitaciones
- b) Disnea grado II MRC: Incapacidad de mantener el paso de otra persona de la misma edad, caminando en llano, debido a la dificultad respiratoria o tener que para a descansar al andar en llano al propio paso.
- c) Insuficiencia hepatocelular: $INR > 1,7$, albumina $< 3,5 g/dl$, bilirrubina $> 2 mg/dl$
- d) Hipertensión portal: Definida por la presencia de datos clínicos, analíticos, ecográficos o endoscópicos.
- e) Pfeiffer con 5 ó más errores o Mini-examen cognoscitivo de Lobo con menos de 23 puntos



Bibliografía.

1. Ministerio de Sanidad. (s. f.). Cartera de servicios comunes de prestación de atención de urgencia.
<https://www.sanidad.gob.es/profesionales/prestacionesSanitarias/CarteraDeServicios/ContenidoCS/4AtencionDeUrgencia/>
2. Ministerio de Sanidad. (2010). Unidad de urgencias hospitalaria.
<https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/excelenciaClinica/docs/UUH.pdf>
3. Comunidad de Madrid. (s. f.). Atención en urgencias y emergencias.
<https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/atencion-urgencias-emergencias-sanitarias>
4. Ministerio de Sanidad. (2022). Urgencias atendidas en hospitales del Sistema Nacional de Salud (SNS), frecuentación por 1.000 habitantes y porcentaje de urgencias ingresadas sobre el total de urgencias atendidas según comunidad autónoma.
<https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/sanidadDatos/tablas/tabla27.htm>
5. Aranaz, J., Martínez, R., Rodrigo, V., Gómez, F., & Antón, P. (2004). Adecuación de la demanda de atención sanitaria en los servicios de urgencia hospitalarios. *Medicina Clínica*, 123, 615-618.
6. Sánchez, J., Delgado, A. E., Muñoz, H., Luna, J. D., Jiménez, J. J., & Bueno, A. (2005). Frecuencia y características de la demanda atendida en un servicio de urgencias hospitalario. Circuitos de atención. *Emergencias*, 17, 52-61.
7. Ortega, M. T., Rabanaque, M. J., Júdez, D., Cano, M. I., Abad, J. M., & Moliner, J. (2008). Perfil de los usuarios del servicio de urgencias extrahospitalario 061. *Emergencias*, 20, 27-34.
8. Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias. (2021). Manual de protocolos asistenciales.



9. Navarro García, C., Prado Galbarro, J., & Sarría Santamera, A. (2016). Use of emergency departments for elderly patients with multiple morbidity in Spain. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 51, 244-245.
10. Prado-Galbarro, F. J., Sánchez-Piedra, C., Cruz-Cruz, C., Gamiño-Arroyo, A. E., & Sarría-Santamera, A. (2021). Factors associated with the use of emergency services by the Spanish population in 2017. *Revista Española de Salud Pública*, 95, e202107094.
11. Sarría-Santamera, A., Prado-Galbarro, J., Ramallo-Farina, Y., Quintana-Díaz, M., Martínez-Virto, A., & Serrano-Aguilar, P. (2015). Utilización de los servicios de urgencias en zonas rurales y urbanas. *Semergen*, 41, 63-69.
12. Gerencia Regional de Salud de Castilla y León. (2020). Proceso de atención a la persona con pluripatología crónica compleja. <https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/procesos-asistenciales/procesos-asistenciales-gerencia-regional-salud/proceso-atencion-paciente-cronico-pluripatologico-complejo.ficheros/1711835-PROCESO%20DE%20ATENCION%20PCC%202020.pdf>
13. Hospital Universitario de Toledo. (2021). Manual de protocolo y actuación en urgencia (5.^a ed.).
14. Sociedad Española de Medicina Interna. (2022). IX Reunión de paciente crónico complejo. https://www.fesemi.org/sites/default/files/documentos/prensa/semi/np_semi._pacientes_cronicos_complejos_18.10.22.pdf
15. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. (2018). Atención a pacientes pluripatológicos. Proceso Asistencial Integrado. https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/salud_5af1956d9925c_atencion_pacientes_pluripatologicos_2018.pdf



16. Charlson, M. E., Charlson, R. E., Paterson, J. C., et al. (2008). The Charlson comorbidity index is adapted to predict costs of chronic disease in primary care patients. *Journal of Clinical Epidemiology*, 61, 1234-1240.
17. Fernández Moyano, A., Machín Lázaro, J. M., Martín Escalante, M. D., Aller Hernández, M. B., & Vallejo Maroto, I. (2017). Care models for polypathological patients. *Revista Clínica Española*, 217(6), 351-358.
18. Averill, R. F., Goldfield, N., Eisenhandler, J., Muldoon, J., Hughes, J., & Neff, J. (1999). Development and evaluation of clinical risk groups (CRGs). 3M Health Information Systems.
19. 3M Health Information Systems. (2011). 3MTM Clinical Risk Groups: Measuring risk, managing care. <http://multimedia.3m.com/mws/media/765833O/white-paper-3m-crgs-measuring-risk-managing-care-11-11.pdf>
20. Servicio de Salud de Castilla y León. (s. f.). Estrategia de atención al paciente crónico en Castilla y León. <http://www.aeesme.org/wp-content/uploads/2014/11/Estrategia-Atencion-Paciente-Cronico-CyL.pdf>
21. Caballer Tarazona, V., Guadalajara Olmeda, N., Vivas Consuelo, D., & Clemente Collado, A. (2016). Impact of morbidity on health care costs of a department of health through clinical risk groups. *Revista Española de Salud Pública*, 90, e1-e15.
22. Sánchez Molla, M., Candela García, I., Orozco-Beltrán, D., Gil-Guillén, V. F., Carratalá-Munuera, C., & García, R. N. (2024). Validez predictiva del Clinical Risk Groups en pacientes crónicos en el ámbito de la atención primaria. *Atención Primaria*, 56(3), 102814.



23. Gómez Aguirre, N., Caudevilla Martínez, A., Bellostas Muñoz, L., Crespo Avellana, M., Velilla Marco, J., & Díez-Manglano, J. (2017). Polypathology, polypharmacy, medication regimen complexity and drug therapy appropriateness. *Revista Clínica Española*, 217(5), 289-295.
24. Alonso López, F. A., & Custodi i Canosa, J. (2001). Desarrollo informático de los niveles de integración de información entre diferentes unidades de provisión desde una perspectiva de atención primaria. *Medifam*, 11(10), 44-55.
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1131-57682001001000005&lng=es&tlng=es
25. Tudela, P., & Modol, J. M. (2015). La saturación de los servicios de urgencias hospitalarios. *Emergencias*, 27, 113-120.
26. Pareja, T., Hornillos, M., Rodríguez, M., Martínez, J., Madrigal, M., Mauleón, C., et al. (2009). Unidad de observación de urgencias para pacientes geriátricos: Beneficios clínicos y asistenciales. *Revista Española de Geriátria y Gerontología*, 44, 175-179.
27. Fernández, M. F. (2009). Hospitalización a domicilio del anciano con enfermedad aguda. *Revista Española de Geriátria y Gerontología*, 44, 39-50.
28. Alonso, G., & Escudero, J. M. (2010). La unidad de corta estancia de urgencias y la hospitalización a domicilio como alternativas a la hospitalización convencional. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 10, S97-S106.
29. Espinosa Almendro, J. M., & Rodríguez Gómez, S. (Coords.). (2017). EXAMEN de salud para mayores de 65 años [Recurso electrónico]: actualización 2017. Consejería de Salud.



Capítulo 6.

Experiencia diseñada para proporcionar una comprensión integral de la gestión de los servicios de salud en la atención a pacientes con pluripatologías y atención continuada.

- Yagüe Vallejo, Sandra
- Fahd Beddar Chaib



Edición 1/2024

Coordinadores:

- Ana María Fernández Araque.
- José M^a Jiménez Pérez.



Índice de contenidos.

1. Introducción a la Pluripatología: Definición y Epidemiología

- Definición de pluripatología.
- Prevalencia y tendencias demográficas.
- Factores de riesgo y etiología de la pluripatología.
- Estrategia nacional de atención al paciente crónico y su adaptación a las distintas CC.AA.

2. Modelos de Atención Integral para Pacientes Pluripatológicos

- Programas de atención integral.
- Enfoques de gestión de casos.
- Evaluación y coordinación de cuidados entre diferentes especialidades.
- Implantación y ejecución de la cartera de servicios en patologías crónicas prevalentes.

3. Criterios de Evaluación y Diagnóstico Interdisciplinar

- Herramientas y métodos de evaluación multidimensional.
- Diagnóstico diferencial en pacientes con múltiples enfermedades.
- Importancia de la evaluación integral cognitiva-funcional y apoyo social en la repercusión en posibles complicaciones.

4. Implementación de Equipos Interdisciplinarios: Roles y Coordinación

- Composición y roles de los equipos de atención interdisciplinar.
- Estrategias de comunicación y coordinación entre profesionales de salud.
- Casos prácticos de trabajo en equipo para el manejo de pacientes complejos.

5. Coordinación urgencias – Unidades de atención al paciente pluripatológico o UCA

6. Experiencia diseñada para proporcionar una comprensión integral de la gestión de los servicios de salud en la atención a pacientes con pluripatologías y atención continuada



1. Introducción.

Los cambios demográficos, epidemiológico y sociales que vienen produciéndose en las últimas décadas conllevan un envejecimiento progresivo de la población, así como un aumento de la prevalencia de enfermedades crónicas, es por esto preciso adaptar el funcionamiento del sistema sanitario para optimizar y hacer más eficiente la asistencia sanitaria, y de esta forma mejorar la salud y calidad de vida de las personas con enfermedades crónicas y de sus familias. (1)

Se requieren reformas estructurales en nuestro sistema de salud, hasta ahora centrado en resolver las patologías agudas, pero poco preparado para la atención de los procesos crónicos para los que la coordinación entre los distintos niveles asistenciales se convierte en una necesidad.

Se debe pasar de una atención fragmentada, supe especializada, discontinua, centrada en el hospital y excesivamente musicalizada a una atención integral multidimensional centrada en la persona y basada en la promoción y prevención de la salud. (2)

Actualmente al paciente con varias patologías le atienden diferentes especialistas que se ocupan del órgano que les compete y sobre el que dirigen sus actuaciones y tratamiento, sin tener en cuenta la conciliación del mismo para evitar errores o interacciones farmacológicas, realizando con frecuencia multitud de exploraciones complementarias a veces duplicadas, sin tener en cuenta las necesidades biopsicosociales de la persona y existiendo una falta de continuidad de los cuidados tanto a nivel ambulatorio como durante el ingreso o tras la hospitalización, que con frecuencia derivan en efectos deletéreos para el paciente y posibles reingresos.(3)

El paciente tiene que formar parte del equipo que cuida de su salud. El progresivo empoderamiento del paciente hacia un modelo de liderazgo compartido en el que los profesionales comparten sus decisiones con el paciente, ejerce de garante de la continuidad asistencial, al mejorar la capacidad del paciente para utilizar los diferentes recursos a su alcance. El liderazgo compartido es un proceso continuo en el que el paciente irá asumiendo progresivas responsabilidades en la toma de



decisiones. En los casos de incapacidad de hecho del paciente, las personas delegadas por él, ejercerán esta función. (4,5)

La tendencia hacia un nuevo modelo asistencial integral centrado en la persona, en la atención primaria, en la prevención y orientado hacia una atención proactiva y planificada mejorará sin duda la asistencia de dichos pacientes, se centrará en sus necesidades, valores y preferencias y conseguirá una atención más eficaz y efectiva. (6)

El objetivo debe ser mantener al paciente en su entorno sociofamiliar y para ello se precisa como base una Atención Primaria potente que se coordine con Atención Especializada cuando sea preciso y por el perfil de los pacientes pluripatológicos, generalmente de edad avanzada y con cierto grado de dependencia, es igualmente importante la colaboración estrecha con los servicios sociales y la participación de otros profesionales como farmacéuticos, rehabilitadores, fisioterapeutas, nutricionistas etc..

El reto de mejorar la relación interniveles se torna imprescindible y además de fomentar la comunicación entre los profesionales y promover el trabajo en equipos multidisciplinares es prioritario integrar los sistemas de información para compartir la información, puesto la comunicación es la base de la coordinación. (7)

Otro aspecto a tener en cuenta es la introducción de las nuevas tecnologías en la asistencia sanitaria y el avance de las telecomunicaciones, que han impulsado el desarrollo de una comunicación de datos más precisa y en tiempo real, que puede suponer nuevas formas de asistencia aplicables al seguimiento de pacientes pluripatológicos.

2. Estrategias de atención de pacientes crónicos pluripatológicos.

Para responder al desafío que supone el aumento de la prevalencia de enfermedades crónicas y la atención de pacientes pluripatológicos, se vienen implementando estrategias desde distintos organismos tanto a nivel internacional como nacional.



La OMS desde el año 2000 viene planteando estrategias y planes de acción para la prevención y control de las enfermedades crónicas. (8)

A nivel de la Unión Europea se elaboró en 2006 una Estrategia Europea para la prevención y control de las enfermedades no transmisibles.

En el año 2009 el Ministerio de Sanidad elaboró un documento recogiendo los estándares y recomendaciones para la creación de las Unidades de Pacientes Pluripatológicos-UPP apoyado en experiencias nacionales e internacionales llevadas a cabo previamente, entre las que destacan experiencias pioneras en España como las del Hospital Virgen del Rocío de Sevilla y del Hospital 12 de Octubre de Madrid.

También a nivel nacional, siguiendo la Estrategia para el abordaje de la cronicidad en el Sistema Nacional de Salud, se han elaborado planes estratégicos en cada comunidad autónoma y encontramos en la actualidad con programas de atención a la cronicidad en 15 de las 17 comunidades autónomas. (9)

2.2. Estrategia de Atención al Paciente Crónico de Castilla y León.

La estrategia de Atención al Paciente Crónico que se propone para Castilla y León va destinada a toda su población, pero poniendo el foco en los pacientes con pluripatología crónica compleja, que requieren atención y cuidados sanitarios de forma continuada y un abordaje multidisciplinar e individualizado a lo largo de todo el proceso clínico, así como una actuación proactiva y preventiva, sobre los factores de riesgo de descompensación, que fomente la participación y corresponsabilidad del paciente y de sus familiares en el proceso de la enfermedad. (10) Para seleccionar esa población diana del proceso, se realiza previamente una estratificación de toda la población según su situación de salud (GMA-grupos de morbilidad ajustada).

2.2.1. Estratificación de la población en Castilla y León.

En Castilla y León se ha realizado un proceso de clasificación de la población (GMA-grupos de morbilidad ajustada) teniendo en cuenta la situación de salud de los individuos, de manera que se ha segmentado a la población en cuatro grupos con

niveles de riesgo clínico y con necesidades distintas, tanto sanitarias como sociales, para los que se han diseñado intervenciones específicas según dicha estratificación (G0, G1, G2 y G3). (11)



Estratificación de la población de Castilla y León. / ICAL-(11)

	Hombre	%	Mujer	%	Total
G0	186.381	16,40%	125.164	10,60%	311.545
G1	790.273	69,70%	812.032	68,80%	1.602.305
G2	112.095	9,90%	188.330	16,00%	300.425
G3	46.116	4,10%	54.025	4,60%	100.141
Total	1.134.865	100%	1.179.551	100%	2.314.416

Distribución de la población de Castilla-León según el grado de cronicidad (Kaiser)
 Traducido a cifras, por GMA, por sexo y porcentajes en el año 2022, hay unos 100.000 habitantes clasificados como G3 o lo que es lo mismo un 4.30% del total de la población corresponde al grupo G3, en su mayoría, pacientes crónicos complejos que se podrían beneficiar de la inclusión en el proceso asistencial de atención al paciente pluripatológico complejo desarrollado para recibir una respuesta coordinada a sus necesidades específicas. (11)



2.2.2. Proceso de Atención a la Persona con Patología Crónica Compleja de Castilla y León.

Una vez definida la población objetivo sobre la que poner en marcha el proceso y para poder explicar de una manera más práctica como se desarrolla la atención de estos pacientes en los diferentes niveles de asistencia así como la interrelación de los mismos, nos vamos a basar en el proceso de atención a la persona con patología crónica compleja elaborado por la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León, con una primera edición en 2013 y posteriores actualizaciones, la última en 2020.
(12)

➤ **Identificación de pacientes a incluir en el proceso.**

- Pacientes con pluripatología crónica compleja identificados por el sistema de estratificación como G3 y validados por los profesionales de Atención Primaria (médico/enfermera).
- Pacientes pluripatología crónica compleja que no habiendo sido identificados como G3, reúnen los criterios de inclusión: criterios clínicos de pluripatología crónica y criterios sociosanitarios de complejidad (ver más abajo).
- Familiares/personas cuidadoras de estos pacientes.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Paciente que padece alguna enfermedad de DOS O MÁS de las siguientes CATEGORÍAS CLÍNICAS y que además presenta COMPLEJIDAD debido al nivel de gravedad de la enfermedad o a factores sociosanitarios.

A. CATEGORÍAS CLÍNICAS:

Categoría A:

- Insuficiencia cardiaca que en situación de estabilidad clínica haya estado en grado II de la NYHA
- Cardiopatía isquémica

Categoría B:



- Vasculitis y enfermedades autoinmunes sistémicas
- Enfermedad renal crónica definida por filtrado glomerular menor de 60 ml/min o índice de albúmina creatinina mayor de 30 mg/g, durante al menos 3 meses

Categoría C:

- Enfermedad respiratoria crónica que en situación de estabilidad clínica haya estado con disnea grado 2 de la MRC(2), o FEV1<60% o SatO2<90%.

Categoría D:

- Enfermedad inflamatoria crónica intestinal
- Hepatopatía crónica con datos de insuficiencia hepatocelularo hipertensión portal

Categoría E:

- Ataque cerebrovascular
- Enfermedad neurológica con déficit motor permanente que provoque una limitación para las actividades básicas de la vida diaria (Índice de Barthel inferior a 60)
- Enfermedad neurológica con deterioro cognitivo permanente, al menos moderado

Categoría F:

- Arteriopatía periférica sintomática
- Diabetes mellitus con retinopatía proliferativa o neuropatía sintomática

Categoría G:

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

Categoría H:

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

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

- Importante nivel de gravedad clínica dentro de las categorías diagnósticas indicadas



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

Anualmente se actualiza la clasificación de pacientes (GMA) y los pacientes nuevos clasificados como G3 atendiendo a los criterios clínicos y de complejidad, pueden ser validados por el equipo de AP. De la misma forma, el equipo de AP podrá incorporar en cualquier momento a pacientes que cumplan criterios de inclusión y que no hayan sido clasificados por la herramienta como PCC. Esta información disponible en la historia clínica de Atención Primaria (MEDORA), se va actualizando y volcando automáticamente en el programa de Historia Clínica de Atención Especializada (JIMENA), por lo que los profesionales de hospital también tienen la alarma PCC en la historia clínica.

➤ **Acogida en el programa.**

El médico y la enfermera de Atención Primaria responsables del paciente, una vez que haya sido validado como paciente con pluripatología crónica compleja (PCC) le explican el funcionamiento del proceso, así como las ventajas y novedades en la atención que supone:

- Atención integral y personalizada de todos sus problemas de salud incorporando además aspectos psicosociales, con un seguimiento proactivo desde el equipo de atención primaria.



- Detección temprana de descompensaciones: control de síntomas y seguimiento cercano para actuar antes de que llegue a producirse una reagudización de cualquiera de sus procesos
 - Continuidad de la atención (estrecha comunicación y coordinación del médico/a y enfermero/a con los profesionales de referencia en el hospital ante las descompensaciones o necesidades de apoyo en la atención)
 - Rapidez de respuesta cuando sea necesario hacer pruebas o consultar con el médico del hospital, evitando que tenga que acudir a urgencias
- Además de la información verbal puede aportarse al paciente o cuidador, información escrita con las características generales y que incluya de manera clara el modo de acceso a la atención y comunicación con los profesionales (teléfono/personas de contacto).

➤ **Valoración integral del paciente.**

El médico/a y enfermero/a de atención primaria responsable del paciente y el trabajador/a social realizarán una evaluación global de persona para identificar los problemas derivados de su pluripatología (tanto aspectos biomédicos como factores psicológicos, funcionales y sociales), y establecer un abordaje integral de sus necesidades.

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

- Valoración clínica (medicina y enfermería AP)

A través de anamnesis y exploración física:

- * Actualización de la situación clínica del paciente
- * Valoración de la necesidad de cuidados por patrones funcionales de Marjory Gordon
- * Ingresos en el último años y consultas pendientes en el hospital
- * Grado de dependencia reconocida

- Valoración funcional (enfermería AP)

Capacidad del paciente para realizar su actividad habitual y mantener su independencia en el medio en que se encuentra



* En todos los pacientes se valorará la dependencia para las actividades básicas de la vida diaria (índice de Barthel)

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

- Valoración cognitiva (enfermería AP)

A través de la entrevista clínica y el uso de escalas

* Se valorará la presencia o no de deterioro cognitivo que pueda afectar a su capacidad para tomar decisiones sobre su vida en general y sobre su salud en particular.

* Presencia de tutor legal en caso de incapacidad

- Valoración emocional (enfermería AP)

A través de la entrevista, la observación de signos y síntomas y el uso de escalas

* Valorar la presencia de síntomas depresivos y/o ansiedad, así como alteraciones del estado de ánimo.

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

- Valoración social (trabajo social)

Identificar situaciones sociofamiliares, económicas y ambientales que condicionan la evolución y/o clínica funcional del paciente y que afectan a su calidad de vida.

- Valoración de preferencia y valores (todo el equipo de AP)

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

- Valoración de la persona cuidadora (enfermería y trabajo social)

Valorar a la persona cuidadora principal y en caso de existir también a las personas cuidadoras secundarias

➤ **Elaborar el plan de intervención.**

Una vez realizada la valoración integral, debe establecerse el plan de intervenciones a seguir en el tratamiento y seguimiento del paciente por su equipo de atención primaria siempre teniendo en cuenta las circunstancias y preferencias del paciente, el pronóstico, el balance de beneficios y daños, la complejidad del tratamiento y la capacidad del paciente para cumplir con las recomendaciones realizadas.

El Plan de intervención incluirá:



1. El plan de cuidados enfermeros.
2. El tratamiento farmacológico.
3. Recomendaciones para el paciente sobre hábitos/estilo de vida/cuidados a seguir.
4. Pautar el control de los síntomas y signos guía, factores de riesgo de descompensación, etc. a realizar por la enfermera y/o paciente/cuidador y, en su caso, los valores umbrales que generarán alerta.
5. Pautar la frecuencia del control de síntomas y factores de riesgo de descompensación.
6. Poner en marcha el plan de intervención social cuando sea necesario. Valorar la situación de dependencia. Solicitar su reconocimiento, si no lo tuviera, o revisar el grado de dependencia si existiera empeoramiento sin posibilidades de recuperación (derivar a CEAS con informe de salud)
7. Valorar y gestionar las citas pendientes con especialistas del hospital.
8. Valorar si es necesaria una interconsulta con UCA para completar la valoración del paciente o decidir sobre las citas pendientes.
9. Programar la siguiente consulta de seguimiento (médico y/o enfermera), procurando que coincida con otras, evitando consultas innecesarias.

➤ **Educación del paciente/cuidador/familia en los cuidados.**

Para un correcto funcionamiento y engranaje del proceso es fundamental hacer partícipe al paciente y familiares y para ello es necesario acercar la información sobre su patología para realizar una detección precoz de descompensaciones y facilitar su adherencia al plan de intervención.

1. Proporcionar al paciente/cuidador información sobre los puntos críticos para minimizar descompensaciones, visitas a urgencias e ingresos evitables en el hospital:

- Importancia del seguimiento de la medicación pautada.
 - Seguimiento de estilos de vida/cuidados indicados.
 - Signos y síntomas de alerta a monitorizar en el domicilio.



- Consulta rápida/contacto telefónico con su enfermera cuando aparezcan estos signos y síntomas de alerta.

2. Proporcionar herramientas de ayuda para el seguimiento del plan de intervención:

2.1. Listado escrito de la medicación activa y precauciones.

2.2. Consejos para prevenir errores de medicación.

2.3. Hoja de información sobre signos y síntomas que debe controlar el paciente en función de su patología y situaciones en las que el paciente debe contactar con su enfermera de referencia.

➤ **Control de síntomas y factores de riesgo de descompensación.**

Uno de los pilares del proceso, llevado a cabo por enfermería de AP y que consiste en detectar precozmente los problemas que pueden anticipar una descompensación y actuar proactivamente en caso de que aparezcan.

Hay dos elementos esenciales para una buena atención a las enfermedades crónicas: un paciente activo e informado y un sistema asistencial preparado y proactivo, siendo las intervenciones de soporte telefónico proactivo realizadas por enfermería y las visitas domiciliarias proactivas las más efectivas

1. Detección precoz de las descompensaciones, bien mediante un seguimiento de síntomas y signos de alerta por vía telefónica o de manera presencial en consulta o domicilio en función de la situación del paciente. También deben tenerse en cuenta los cambios en el estado de salud, situación sociofamiliar o problemas con el tratamiento.

2. Atención temprana a las descompensaciones.

a. Si la enfermera es alertada por el paciente: realizará una consulta presencial en centro o domicilio para confirmar el estado del paciente

b. Si se confirma la alerta se actuará conforme al procedimiento establecido por el equipo (modificar el plan de intervención, consultar con el médico para su valoración, derivación al trabajador social si cambio en la situación sociofamiliar,)



3. En el caso de que se verifique la descompensación y el procedimiento establezca la necesidad de que el paciente sea valorado por su médico, la enfermera derivará al paciente ese mismo día al médico de familia

➤ **Seguimiento programado del plan de intervención.**

Aunque el seguimiento de cada paciente ha de decirse de forma individualizada en función de sus necesidades, en general se aconseja su realización al menos, cada 2 meses por la enfermera y cada 6 meses por médico y enfermera.

➤ **Valoración clínica ante la presencia de descompensación.**

1. El médico de Atención primaria puede contactar con profesional de referencia de la Unidad de Continuidad Asistencial-UCA
2. El médico de familia y el médico de la UCA decidirán, en función de la situación clínica consultada si el paciente es susceptible de atención en la unidad, en cuyo caso, el médico de la UCA indicará fecha y hora en la que debe acudir el paciente.
3. La información clínica del paciente debe estar actualizada y disponible en Medora para que el médico de la UCA pueda acceder a ella.
4. En atención primaria se gestionará la cita con la UCA en la fecha y hora indicada por el especialista y se entregará al paciente la cita correspondiente en la que conste día, hora y consulta a la que debe acudir.

➤ **Valoración /acogida en la UCA.**

1. Según el motivo de interconsulta, el médico de la UCA realizará la valoración de la situación clínica del paciente y/o revisará las consultas pendientes valorando qué motivos de consulta podrían ser seguidos en la UCA y cuáles deben continuar siendo abordados desde otra especialidad.
2. En esta primera consulta:



- Se reforzará la acogida del paciente en el programa, informándole de que el médico y la enfermera de la UCA serán su referente en el hospital cuando se produzcan descompensaciones de su patología crónica.
- Se revisarán las pruebas pendientes, el plan de intervención a seguir, de aquellas situaciones clínicas que van a ser abordadas desde la unidad
- Se consensuarán con el paciente los cambios que se vayan a producir en las citas con otras especialidades
- Se elaborará un informe para el paciente, el médico de atención primaria y, si es necesario, para la enfermera de Atención Primaria

➤ **Consulta presencial en la UCA.**

1. El Equipo de la UCA revisará la información clínica que conste en la historia clínica electrónica o, en su caso, en el informe clínico del paciente que le haya sido remitido
2. La actuación habitual del equipo de la UCA comprenderá:
 - 2.1 Anamnesis y exploración. Importante revisar detalladamente la medicación domiciliaria
 - 2.2 Realización de pruebas diagnósticas complementarias, bien en la propia consulta, por la enfermera de la UCA, o en instalaciones específicas (radiología, etc.)
 - 2.3 Juicio clínico y actitud terapéutica: Objetivos a conseguir e intervenciones que se proponen, incluyendo el plan de cuidados de enfermería.
3. En función de la valoración clínica, el médico, teniendo en cuenta los recursos disponibles en la UCA y en el Hospital, podrá proponer la:
 - 3.1 Modificación de la pauta de tratamiento.
 - 3.2 Realización de procedimientos terapéuticos en la propia consulta o en hospital de día médico.
 - 3.3 Hospitalización en camas de Medicina Interna.
 - 3.4 Solicitud de pruebas complementarias y/o interconsulta con otros servicios.
 - 3.5 Hospitalización en otros servicios del hospital. La enfermera de la UCA será la responsable de gestionar estos recursos.



4. En el caso de que solo haya sido necesario modificar la pauta de tratamiento, se actualizará el plan de intervención y se elaborará un informe clínico, con el plan de cuidados si se precisa, que será entregado al paciente y que podrá ser consultado on line por el médico y la enfermera de AP.

5. Si el médico de la UCA considera necesario revisar la evolución del paciente, le citará para una consulta de revisión, siempre teniendo en cuenta que su seguimiento se debe realizar en Atención Primaria. La fecha de la consulta de revisión será incluida en el informe.

➤ **Ingreso hospitalario en camas UCA/Medicina Interna/Otras especialidades.**

En lo posible es importante intentar evitar el ingreso del paciente ya que cualquier hospitalización va asociada a una pérdida funcional y de independencia del paciente y, por tanto, a una pérdida en su calidad de vida. Y así se reducirá el riesgo de eventos adversos asociados a la hospitalización. En aquellos casos en que el paciente precise atención en régimen de hospitalización por una descompensación de su patología crónica, será ingresado en camas de la UCA/Medicina Interna salvo que el motivo de ingreso sea una patología quirúrgica.

Se planificará precozmente el alta del paciente y la enfermera de la UCA evaluará la necesidad de cuidados al alta y realizará una detección precoz del posible riesgo social, para que, en caso de precisarlo, contactar con la trabajadora social del hospital para valorar y decidir conjuntamente la necesidad del paciente de recursos sociales u otros. En el momento del alta se proporcionará el informe de alta al paciente y se actualizará el plan de intervención que se comunicará a atención primaria, incluyendo el informe de cuidados al alta y el informe social, si hubiese sido preciso.

➤ **Ingreso hospitalario en otros servicios.**

Durante la estancia del paciente:

1. El médico y la enfermera de la UCA recibirán información diariamente desde el servicio de admisión de los pacientes PCC ingresados en el hospital con independencia del motivo y servicio donde se haya efectuado el ingreso



2. Se planificará precozmente el alta del paciente y al igual que al alta de hospitalización en camas de Medicina la enfermera de la UCA evaluará la necesidad de cuidados al alta y realizará una detección precoz del riesgo social (ver apartado anterior)

➤ **Actualización del plan de intervención y comunicación a Atención Primaria.**

1. Tras la atención en el hospital se elaborará un informe clínico de alta en el que se actualizará el plan de intervención, que se entregará al paciente y podrá ser consultado on line por el médico de AP. En las transiciones asistenciales, tendrá especial importancia la conciliación de la medicación.

2. La enfermera de la UCA elaborará y comunicará a Atención Primaria el Plan de cuidados de enfermería al alta siempre que se hayan producido cambios en las necesidades de cuidados del paciente. En el caso de que el paciente viva en una residencia de personas mayores, la enfermera contactará con los profesionales sanitarios de la misma, informándoles y remitiéndoles el plan de cuidados. Así mismo siempre que existan variaciones en sus necesidades sociosanitarias, el trabajador social del hospital informará a Atención Primaria de las intervenciones propuestas y/o realizadas, y a la residencia de personas mayores, en su caso.

3. Una vez que el paciente llegue a su domicilio, el médico y la enfermera de atención primaria serán los principales responsables de su tratamiento y seguimiento.

4. Si fuera necesario realizar una revisión en la UCA para valorar su evolución, se facilitará al paciente en el momento del alta la cita para la revisión en la UCA.

➤ **Gestión del traslado a Unidad de Convalecencia Sociosanitaria (UCSS).**

En caso de detectar durante un ingreso hospitalario la necesidad de realizar al alta un traslado a una Unidad de Convalecencia, se gestionará por parte de los profesionales de la UCA y la trabajadora social del hospital.



- Cuando se necesiten cuidados sanitarios médicos y/o de enfermería, además de cuidados personales asociados a su falta de autonomía y no se dispone de suficiente soporte sociofamiliar para garantizar que se lleven a cabo en Atención Primaria.
- Personas que presentan procesos susceptibles de mejora con tratamiento rehabilitador.

➤ **Atención en Urgencias.**

Se debería minimizar el uso de los servicios de urgencias salvo que las circunstancias clínicas del paciente lo aconsejen.

Cuando el paciente llega a urgencias es importante que la enfermera que realiza el triaje identifique a estos pacientes como PCC e informe al médico y enfermera de urgencias de cara a la toma de decisiones.

-Si el paciente acude por desestabilización o agravamiento de su patología crónica, se evitará en la medida de lo posible el ingreso del paciente, procurando agotar las posibilidades de atención del paciente en régimen ambulatorio (tratamiento, estabilización, observación en urgencias, derivación para atención en consulta de UCA en menos de 48 horas...)

-Si el paciente acude con una patología aguda que precise tratamiento en otro servicio (quirúrgico, UCI.), el médico de urgencias actuará en consecuencia, siguiendo el criterio habitual en el hospital.

➤ **Inclusión en Proceso de Cuidados Paliativos.**

En pacientes con enfermedad crónica avanzada sin posibilidad de curación y con pronóstico de vida limitado, se valorará por el equipo de AP o UCA la necesidad de derivar al paciente al equipo de Cuidados Paliativos para continuar con su asistencia hasta el fallecimiento.



3. Unidad de Continuidad Asistencial- UCA.

Dentro de los planes de atención a pacientes crónicos y como ya se ha descrito en el proceso de atención al paciente pluripatológico de Castilla y León, se encuentra definida la existencia de uno de los dispositivos que viene desarrollándose en los últimos años con diferente grado de implantación según los distintos hospitales y cuya misión es facilitar el enlace entre atención primaria y especializada, son las Unidades de Continuidad Asistencial o UCA (en algunos hospitales denominadas UC-API- Unidad de Continuidad Asistencial Primaria-Interna).

Se trata de una consulta hospitalaria generalmente dependiente del Servicio de Medicina Interna que se comporta como consulta de referencia en el ámbito hospitalario para pacientes crónicos pluripatológicos y pretende ser la vía de enlace entre atención primaria y especializada.

Formada por médico internista, lo que favorece la visión holística del paciente evitando la fragmentación de la atención y una enfermera gestora de casos que garantiza la continuidad de cuidados a nivel intrahospitalario y entre niveles asistenciales.

Intenta de manera coordinada con Atención Primaria, promover la atención ambulatoria, programar, simplificar y unificar el seguimiento del paciente y optimizar el acceso a otros recursos como hospital de día médico y hospitalización a domicilio para evitar en lo posible las visitas a Urgencias y la hospitalización de los pacientes pluripatológicos con las complicaciones y pérdida de autonomía que conlleva.

3.1. UCA del Complejo Asistencial Universitario de Soria.

3.1.1 Características.

La experiencia desarrollada en nuestro hospital en los últimos años ha venido a confirmar los beneficios de este nuevo modelo de atención más transversal e integrador en el que de manera progresiva se ha ido consolidando el funcionamiento de la UCA, consiguiendo una fluida comunicación y relación con Atención Primaria



para asesoramiento y seguimiento conjunto de pacientes, así como con el resto de servicios médicos del hospital y con la Unidad de Cuidados Paliativos a la hora de continuar con la asistencia de pacientes con pluripatología muy avanzada.

Los pacientes que atendemos en UCA pueden ser derivados desde diferentes ámbitos:

- Atención Primaria
- Urgencias
- Atención Especializada (consultas externas y hospitalización)
- Centro Sociosanitario de convalecencia (camas sociosanitarias de Residencia Los Royales)
- Residencias de anciano

La gran mayoría de los pacientes son derivados desde atención primaria una vez detectada la necesidad de atención hospitalaria por descompensación o por precisar una simplificación de la atención especializada, de los tratamientos, coordinación de pruebas complementarias etc...pero es frecuente que durante un ingreso hospitalario, tanto en Medicina Interna como en otras especializadas médicas y en ocasiones más aisladas desde especialidades quirúrgicas, se nos demande seguimiento en consulta tras el alta cuando el paciente cumpla criterios de pluripatología y se objetive un alto riesgo de descompensación o de reingreso.

También desde otras consultas del hospital nos derivan a pacientes especialmente complejos o que precisen una visión más global e integradora.

Si algún paciente ya conocido en UCA acude a Urgencias y puede evitarse el ingreso, se nos informa para programar una cita en los siguientes días y en otras ocasiones en que acude un paciente no conocido en UCA pero que cumple los criterios de paciente pluripatológico y puede beneficiarse de ser incluido en el proceso, también nos lo comunican generalmente a través de su médico de Atención Primaria.

Habitualmente esta comunicación para la gestión de la continuidad de cuidados se lleva a cabo por la enfermera gestora de casos.



3.1.2. Modalidades de consulta.

Para un correcto funcionamiento de la UCA, es fundamental la accesibilidad a los profesionales que la conforman y para ello se dispone de diferentes vías de comunicación; telefónica, interconsulta en papel/online, e-mail, telemática. constituyendo la vía telefónica la preferente y más utilizada, bien a los directamente a los teléfonos fijos de consulta o bien a un móvil de UCA habilitado en horario de 8-15 horas en los días laborables.

- Consulta PRESENCIAL
- Consulta NO PRESENCIAL

- o TELEFÓNICA

- o VÍA TELEPRESENCIA: de reciente implantación en Castilla-León. El paciente se encuentra en su centro de salud con un profesional de AP (su enfermera o médico responsables) y se contacta a través de un equipo de tele presencia con la consulta del hospital -UCA pudiendo realizar una valoración conjunta de la situación del paciente y evitando el desplazamiento a la unidad.

3.1.3. Objetivos.

- Garantizar la continuidad asistencial de los pacientes pluripatológicos complejos mediante una estrecha coordinación y comunicación con Atención primaria y con el resto de los servicios del hospital (papel asesor, consultor y coordinador).
- Conseguir un abordaje precoz de las descompensaciones que no hayan podido estabilizarse en AP para evitar en lo posible las derivaciones a Urgencias e ingresos hospitalarios.
- Optimizar el tratamiento ambulatorio de descompensaciones a través del Hospital de día médico.
- Gestionar o programar los ingresos hospitalarios en caso de descompensación grave intentando evitar el paso por Urgencias.
- Simplificar el seguimiento en otras consultas especializadas y centralizar el seguimiento hospitalario en UCA (evitar la fragmentación de la asistencia).



- Gestionar las citas pendientes en otras consultas y pruebas pendientes (valorar la adecuación).

3.1.4 Proceso de mejora.

Para conseguir mantener e implementar el proceso que supone la continuidad asistencial es clave la implicación de los diferentes profesionales que componen la cadena de atención sanitaria recalcando de nuevo la necesidad de potenciar la comunicación entre los miembros del equipo y de éstos con el paciente y familiares/cuidadores.

De esta manera mejoraremos la satisfacción de todos los agentes implicados y la calidad de vida de nuestros pacientes junto con un ahorro de los costes al sistema sanitario manteniendo una asistencia sanitaria de calidad.



Bibliografía.

1. Ministerio de Sanidad y Política Social. Unidad de pacientes pluripatológicos. Estándares y recomendaciones [Internet]. 2009 [acceso 27 Ago 2024]. Disponible en: http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/EyR_UPP.pdf
2. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia para el abordaje de la cronicidad en el Sistema Nacional de Salud [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2012. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es>
3. Boehringer Ingelheim. Cuidados al paciente crónico [Internet]. Edición 2020. Disponible en: https://www.cronicidadhoy.es/arxius/imatgesbutlleti/CUIDADOS-AL-PACIENTE-CRONICO_Edicion-BOEHRINGER-2020.pdf
4. Ollero Baturone M, coordinador. Atención al paciente pluripatológico: proceso asistencial integrado [Internet]. 3ª ed. Sevilla: Consejería de Salud; 2018 [acceso 28 Ago 2024]. Disponible en: <https://www.repositoriosalud.es/bitstream/PAI-AtencionPacPluripatologico-3ed-2018.pdf>
5. Junta de Andalucía. Plan Andaluz de Atención Integrada a Pacientes con Enfermedades Crónicas [Internet]. Disponible en: <https://www.juntadeandalucia.es/organismos/salud/areas/salud-publica/paginas/plan-andaluz-atencion-integrada-enfermedades-cronicas.html>
6. Sociedad Española de Medicina Interna, Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria, Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria y Atención Primaria. Proceso asistencial de pacientes con enfermedades crónicas complejas y pluripatológicos [Internet]. 2013 [acceso 30 Ago 2024]. Disponible en: <https://www.fesemi.org/publicaciones/semi/guias/proceso-asistencial-de-pacientes-con-enfermedades-cronicas-complejas-pluripatologicos.pdf>
7. Bengoa R, Nuño R. Curar y Cuidar. Innovación en la gestión de enfermedades crónicas: una guía práctica para avanzar. Barcelona: Elsevier-Masson; 2008.



8. World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases [Internet]. 2014 [acceso 30 Ago 2024]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/148114/1/9789241564854_eng.pdf
9. Pomán P, Ruiz-Cantero A. La pluripatología, un fenómeno emergente y un reto para los sistemas sanitarios. Rev Clín Esp [Internet]. 2017. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.rce.2017.01.007>
10. Servicio de Salud de Castilla y León (SACYL). Estrategia de cronicidad [Internet]. Disponible en: <https://www.saludcastillayleon.es/web/direccion-general-de-asistencia-sanitaria/estrategia-cronicidad>
11. Junta de Castilla y León. Estratificación de Pacientes: Clasificación por Grado de Complejidad [Internet]. Disponible en: <https://www.saludcastillayleon.es/transparencia/es/transparencia/informacion-datos-publicos/datos-interes/estratificacion-pacientes-clasificacion-grado-complejidad>
12. Junta de Castilla y León, Consejería de Sanidad, Gerencia Regional de Salud de Castilla y León. Proceso de atención al paciente crónico pluripatológico complejo [Internet]. 2020 [acceso 28 Ago 2024]. Disponible en: <http://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/atencion-cronicos/atencion-paciente-cronico-castilla-leon>



EDICIONES
Universidad
de
Valladolid