

# PROCESO ASISTENCIAL DE PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS COMPLEJAS Y PLURIPATOLÓGICOS



Sociedad Española  
de Medicina de Familia  
y Comunitaria  
(semFYC)



Sociedad Española  
de Medicina Interna  
(SEMI)



Federación de Asociaciones  
de Enfermería Comunitaria  
y Atención Primaria  
(FAECAP)



©

Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI)  
Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC)  
Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria y Atención  
Primaria (FAECAP)

Todos los textos, imágenes y documentos presentes en esta publicación son propiedad intelectual de SEMI, semFYC y FAECAP. Se autoriza a visualizar e imprimir estos materiales mientras sean respetadas las siguientes condiciones: 1. Los textos, imágenes y documentos solo pueden ser utilizados con fines informativos. 2. Los textos, imágenes y documentos no pueden ser utilizados para propósitos comerciales. 3. Cualquier copia de estos textos, imágenes y documentos, o de parte de los mismos, deberá incluir esta advertencia de derechos reservados y el reconocimiento de la autoría de SEMI, semFYC y FAECAP.

Octubre de 2013

Edita: Multimédica Proyectos, S. L.  
C/ Menéndez Pidal, 27, 28036 Madrid  
Teléfono: + 34 91 550 29 70  
Fax: + 34 91 550 29 71  
ecarretero@multimedicaproyectos.com  
www.multimedicaproyectos.com/  
ISBN: 978-84-695-8874-1  
Depósito Legal: M-29849-2013  
Impreso en España  
Printed in Spain

# PROCESO ASISTENCIAL DE PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS COMPLEJAS Y PLURIPATOLÓGICOS



Documento de trabajo presentado por las sociedades científicas Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI), Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC) y Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria y Atención Primaria (FAECAP)

Octubre de 2013



Sociedad Española  
de Medicina de Familia  
y Comunitaria  
(semFYC)



Sociedad Española  
de Medicina Interna  
(SEMI)



Federación de Asociaciones  
de Enfermería Comunitaria  
y Atención Primaria  
(FAECAP)

# AUTORES

**Alberto Ruiz Cantero**

Unidad de Gestión Clínica de Medicina Interna  
Hospital de la Serranía. Ronda (Málaga)  
Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI)

**Bosco Barón Franco**

Unidad de Gestión Clínica de Medicina Interna  
Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva  
Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI)

**Cristina Domingo Rico**

Directora Médico de la Comarca Interior de Atención Primaria  
Osakidetza. Amorebieta (Bizkaia).  
Sociedad Española de Medicina de Familia  
y Comunitaria (semFYC)

**Manuel Sánchez Mollá**

Centro de Salud del Raval. Elche (Alicante)  
Sociedad Española de Medicina de Familia  
y Comunitaria (semFYC)

**Rosa María Salazar de la Guerra**

Dirección de Enfermería  
Hospital de Guadarrama. Guadarrama (Madrid)  
Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria  
y Atención Primaria (FAECAP)

**Yolanda Gómez Narváez**

Enfermera gestora de casos  
Distrito Málaga (Málaga)  
Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria  
y Atención Primaria (FAECAP)

**Declaración de intereses**

Los autores declaran que no tienen conflicto de intereses.

# ÍNDICE

1. Introducción.....	6
2. Definición.....	7
3. Pacientes con enfermedades crónicas complejas.....	7
4. Profesionales, persona cuidadora y actividades.....	12
5. Destinatarios.....	14
6. Componentes.....	15
7. Recomendaciones clínicas más relevantes.....	19
8. Indicadores.....	19
9. Representación gráfica.....	20
10. Bibliografía.....	21

# 1. INTRODUCCIÓN

El informe de la Organización Mundial de la Salud sobre enfermedades no transmisibles del año 2010, en el caso de España, indica que dichas patologías supusieron el 91 % de las causas totales de las defunciones: enfermedades cardiovasculares en el 33 % de los casos, cánceres en el 27 %, enfermedades respiratorias en el 9 %, diabetes en el 3 %, y otras enfermedades crónicas en el 19 % restante.

La Encuesta Nacional de Salud (ENSE 2011-2012) refleja que uno de cada seis adultos mayores de 15 años en España presenta un problema de salud crónico, con una mayor frecuencia en mujeres. La dependencia funcional en personas de 65 años o más, que es más frecuente en varones, es del 46,5 % y va aumentando progresivamente con la edad; en este colectivo, entre el 88,1 % y el 92,2 % asistieron a consultas de revisiones en el último año. En el grupo de personas mayores de 74 años, y en este mismo periodo, una de cada cinco estuvo hospitalizada, y entre los mayores de 64 años uno de cada diez fue atendido en un hospital de día. Los servicios sanitarios y sociales se incrementan sobremanera en las personas de 65 años o más, en cuanto a requerimientos de personal de enfermería, comidas a domicilio y tareas domésticas.

Por tanto, el problema es de tal consideración que requiere una respuesta coordinada por parte de los profesionales y de la Administración sanitaria. En dicho contexto, la atención primaria debe ser la vertebradora de los servicios sanitarios y sociales, por lo que hay que reforzar el papel de la medicina y la enfermería de familia como agentes principales del paciente, centrándose en las necesidades del mismo y potenciando la coordinación y la integralidad con el fin de crear un marco de atención compartida entre los diferentes ámbitos asistenciales. La alianza de la atención primaria con la medicina interna y la enfermería hospitalaria potencia la continuidad asistencial y la personalización de la asistencia. También hay que reforzar el protagonismo de los farmacéuticos, los trabajadores sociales y todos aquellos profesionales involucrados en este proceso.

Igualmente, se hace necesario el uso de tecnologías de información y comunicación que desarrollen nuevas estrategias de relación entre profesionales y pacientes, así como la historia clínica electrónica, única por paciente.

La estratificación poblacional, según su nivel de riesgo, debe permitir identificar a los pacientes con enfermedades crónicas complejas, con enfermedades crónicas avanzadas, pluripatológicas y frágiles que

requieran para su atención cuidados profesionales y, por tanto, gestión de casos, como se explicita en la pirámide de Kaiser. En este proceso hemos omitido por su particularidad aquellos pacientes con enfermedades mentales crónicas y los que presentan necesidades de cuidados paliativos.

Este proceso va dirigido a la cúspide de la pirámide de Kaiser, que es el máximo de complejidad, tanto en el sentido clínico como el social, por su mayor consumo de recursos sanitarios y necesidades sociales.

## Sobre esta guía

Esta es una guía básica en la que se utiliza terminología de actividades funcionales que puede no corresponder con la que se viene utilizando en los distintos ámbitos geográficos.

Al ser realizada por tres sociedades científicas presenta limitaciones en cuanto a su desarrollo, ya que no se ha consultado con otras sociedades en las que sus profesionales están involucrados ni tampoco con personas con enfermedades crónicas complejas y sus cuidadores. Las aportaciones a la misma han sido vinculadas desde la bibliografía existente y desde ámbitos prácticos de implantación previos.

Es nuestra intención que sea un documento vivo, en el que se puedan recoger aportaciones que puedan ser incorporadas en revisiones o ediciones posteriores.

# 2. DEFINICIÓN

## DEL PROCESO ASISTENCIAL DE PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS COMPLEJAS Y PLURIPATOLÓGICOS

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

**Límite de entrada:** Pacientes que sufren enfermedades crónicas complejas:

- Pacientes con enfermedades crónicas no neoplásicas en estadios avanzados.

- Pacientes pluripatológicos.
- Pacientes con enfermedad crónica o de alto riesgo. *Single.*

**Límite final:** Fallecimiento del paciente.

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

# 3. PACIENTES

## CON ENFERMEDADES CRÓNICAS COMPLEJAS

Integran este grupo los pacientes que cumplen criterios de alguna de las siguientes situaciones: enfermedad crónica avanzada, paciente pluripatológico o enfermedad crónica de alto riesgo (figuras 1 y 2).

En la I Conferencia Internacional en Atención Primaria de Salud, celebrada en Alma-Ata (Kazajistán) en 1978, se indicó que la atención primaria debía tener un enfo-

que social y comunitario, pero la realidad fue que la atención primaria quedó circunscrita a la atención médica ambulatoria en los países occidentales.

La gestión de cuidados (*care management*) es un planteamiento organizativo con dos objetivos fundamentales: mejorar la calidad de la atención y reducir los costes.



Figura 1. Pirámide de Kaiser ampliada.

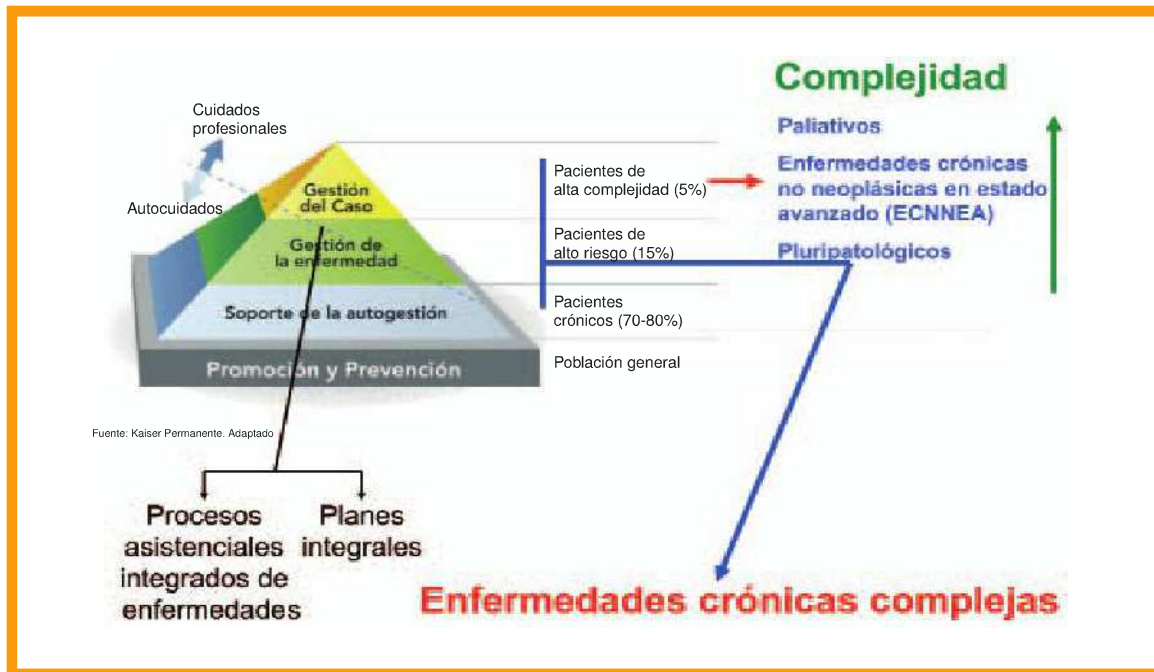


Figura 2. Adaptación de la pirámide de Kaiser Permanente del King's Fund.



## Pacientes con enfermedades crónicas avanzadas

Pertenece a este grupo los pacientes que presenten al menos una de las siguientes enfermedades, excluyendo las enfermedades neoplásicas:

- Insuficiencia cardíaca crónica: disnea basal mayor o igual a clase III de la NYHA.
- Enfermedad respiratoria crónica: disnea basal mayor o igual a III MRC;  $\text{SatO}_2 < 90\%$ ;  $\text{O}_2$  domiciliario.
- Enfermedad renal crónica: estadio 4-5 NKF ( $\text{FG} < 30 \text{ ml/m}$ ).
- Enfermedad hepática crónica: Child-Pugh  $> 7$ .
- Enfermedades neurológicas crónicas: Pfeiffer  $\geq 7$  errores; MEC  $\leq 18$ ; IB  $< 60$ .

### Índice PALIAR

Estratificación del riesgo de muerte de pacientes con enfermedades crónicas no neoplásicas en estadios avanzados en los siguientes seis meses (tabla 1).

Mortalidad a los seis meses:

- 0-2 puntos: 21-21,5 %
- 3-6 puntos: 30,5-32 %
- 7-10 puntos: 43-46 %
- 11 o más puntos: 61-62 %

Tabla 1. Cálculo del índice PALIAR.

Características	ODDS RATIO (IC 95%)/p	Índice PALIAR
Demográficas ≥ 85 años	1,68 (1,18-2,39)/0,004	3
Clínicas Anorexia	1,84 (1,19-2,86)/<0,006	3,5
Clase funcional III-IV de la NYHA o MRC	1,90 (1,16-3,11) /0,01	3,5
Úlcera(s) por presión	1,75 (1,06-2,88) /0,029	3
Analíticas Albúmina <2,5 g/dl	2,04 (1,33-3,12)/0,001	4
Funcionales ECOG-PS ≥ III	2,07 (1,47-2,90)/< 0,0001	4
Puntuación total		0-21 puntos

## Pacientes pluripatológicos

Pacientes que presentan enfermedades crónicas definidas en dos o más de un conjunto de categorías clínicas determinado (tabla 2).

**Tabla 2. Categorías clínicas para la identificación de pacientes pluripatológicos.**

<b>CATEGORÍA A</b>
<input type="checkbox"/> A.1. Insuficiencia cardiaca que en situación de estabilidad clínica haya estado en grado II de la NYHA <sup>1</sup> (síntomas con actividad física habitual) <input type="checkbox"/> A.2. Cardiopatía isquémica
<b>CATEGORÍA B</b>
<input type="checkbox"/> B.1. Vasculitis y enfermedades autoinmunes sistémicas <input type="checkbox"/> B.2. Enfermedad renal crónica definida por filtrado glomerular < 60 ml/m o proteinuria <sup>2</sup> , mantenidos durante tres meses
<b>CATEGORÍA C</b>
<input type="checkbox"/> C.1. Enfermedad respiratoria crónica que en situación de estabilidad clínica haya estado con disnea grado II de la MRC <sup>3</sup> (disnea a paso habitual en llano), FEV <sub>1</sub> < 65 %, o Sat O <sub>2</sub> ≤ 90 %
<b>CATEGORÍA D</b>
<input type="checkbox"/> D.1. Enfermedad inflamatoria crónica intestinal <input type="checkbox"/> D.2. Hepatopatía crónica con datos de insuficiencia hepatocelular <sup>4</sup> o hipertensión portal <sup>5</sup>
<b>CATEGORÍA E</b>
<input type="checkbox"/> E.1. Ataque cerebrovascular <input type="checkbox"/> E.2. Enfermedad neurológica con déficit motor permanente que provoque una limitación para las actividades básicas de la vida diaria (índice de Barthel < 60) <input type="checkbox"/> E.3. Enfermedad neurológica con deterioro cognitivo permanente, al menos moderado (Pfeiffer con cinco o más errores)
<b>CATEGORÍA F</b>
<input type="checkbox"/> F.1. Arteriopatía periférica sintomática <input type="checkbox"/> F.2. Diabetes mellitus con retinopatía proliferativa o neuropatía sintomática
<b>CATEGORÍA G</b>
<input type="checkbox"/> G.1. Anemia crónica por pérdidas digestivas o hemopatía adquirida no subsidiaria de tratamiento curativo que presente hemoglobina < 10 mg/dl en dos determinaciones separadas entre sí más de tres meses <input type="checkbox"/> G.2. Neoplasia sólida o hematológica activa no subsidiaria de tratamiento con intención curativa
<b>CATEGORÍA H</b>
<input type="checkbox"/> H.1. Enfermedad osteoarticular crónica que provoque por sí misma una limitación para las actividades básicas de la vida diaria (índice de Barthel < 60)
NÚMERO DE CATEGORÍAS DE INCLUSIÓN: 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8

<sup>1</sup> Liger limitación de la actividad física. La actividad física habitual le produce disnea, angina, cansancio o palpitaciones.

<sup>2</sup> Índice albúmina/creatinina >300 mg/g, microalbuminuria >3 mg/dl en muestra de orina, o albúmina >300 mg/día en orina de 24 horas o >200 µg/min.

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

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

<sup>5</sup> Definida por la presencia de datos clínicos, analíticos, ecográficos o endoscópicos.

## Índice PROFUND

Estratificación del riesgo de muerte de pacientes pluripatológicos en los siguientes 12 meses (tabla 3).

Mortalidad a los 12 meses:

- 0-2 puntos: 12,1-14,6 %
- 3-6 puntos: 21,5-31,5 %
- 7-10 puntos: 45-50 %
- 11 o más puntos: 61,3-68 %

**Tabla 3. Cálculo del Índice PROFUND**

Características	ODDS RATIO (IC 95 %)/p	Índice PROFUND
Demográficas ≥ 85 años	1,71 (1,15-2,5)/0,008	3
Clínicas Neoplasia activa	3,36 (1,9-5,8)/<0,0001	6
Demencia	1,89 (1,1-3,1)/0,019	3
Clase funcional III-IV de la NYHA o MRC	2,04 (1,4-2,9)/<0,0001	3
Delirio en el último ingreso hospitalario	2,1 (1,5-4,9)/0,001	3
Analíticas Hemoglobina < 10 g/dl	1,8 (1,2-2,7)/0,005	3
Psicométricas-funcionales-sociofamiliares Índice de Barthel < 60	2,6 (1,38-3,4)/<0,0001	4
Persona cuidadora distinta del cónyuge o sin persona cuidadora	1,51 (1,02-2,2)/0,038	2
Asistenciales ≥ 4 ingresos hospitalarios en los últimos 12 meses	1,9 (1,07-3,29)/0,028	3
Puntuación total		0-30 puntos

## Pacientes con enfermedad crónica o de alto riesgo

Pacientes con enfermedad crónica que por sus características sociosanitarias requieren cuidados profesionales (gestión de casos).

Además de los modelos predictores de riesgo anteriormente citados y desarrollados en nuestro ámbito, otros modelos muy extendidos, como el Adjusted Clinical Groups (ACG), el Diagnostic Cost Groups (DCG) y el Clinical Risk Groups (CRG), diseñados en Esta-

dos Unidos, realizan una prospección individualizada del riesgo.

Los modelos de impactabilidad tienen la capacidad de detectar a los subgrupos de población que mejor pueden beneficiarse de las intervenciones preventivas que se plantean en la gestión de cuidados, así como el diseño de intervenciones adaptadas a las características individuales o de subgrupos de pacientes.

# 4. PROFESIONALES, PERSONA CUIDADORA Y ACTIVIDADES

## Medicina de familia

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

## Enfermería de familia

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

## Enfermería de gestión de casos

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

La gestión de casos realizada por enfermería es un proceso en el cual se valoran, planifican, aplican, coordinan, monitorizan y evalúan las opciones y servicios necesarios para satisfacer las necesidades de salud de una persona, articulando

la comunicación y los recursos disponibles que promuevan resultados de calidad y resulten costoefectivos.

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

## Medicina interna

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

## Enfermería de hospital

- Proporcionar cuidados que contribuyan a la recuperación de los pacientes y estén en consonancia con las necesidades y expectativas de los mismos, con un enfoque para mantener o mejorar la capacidad funcional del paciente.



- Fomentar progresivamente la implicación del paciente y sus cuidadores en el autocuidado, facilitando su autonomía y educando en el control de la aparición de signos de descompensación y la prevención de complicaciones derivadas de la actuación sanitaria.
- Valoración estructurada e integral de la dependencia de cuidados y el déficit de autocuidados.

## Farmacia

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

- Apoyo formativo, informativo y técnico sobre selección de medicamentos, siguiendo los principios de prescripción prudente destinados al médico y la enfermería de atención primaria.
- Impulsar actividades de desprescripción-revisión de la medicación (detección de los medicamentos no

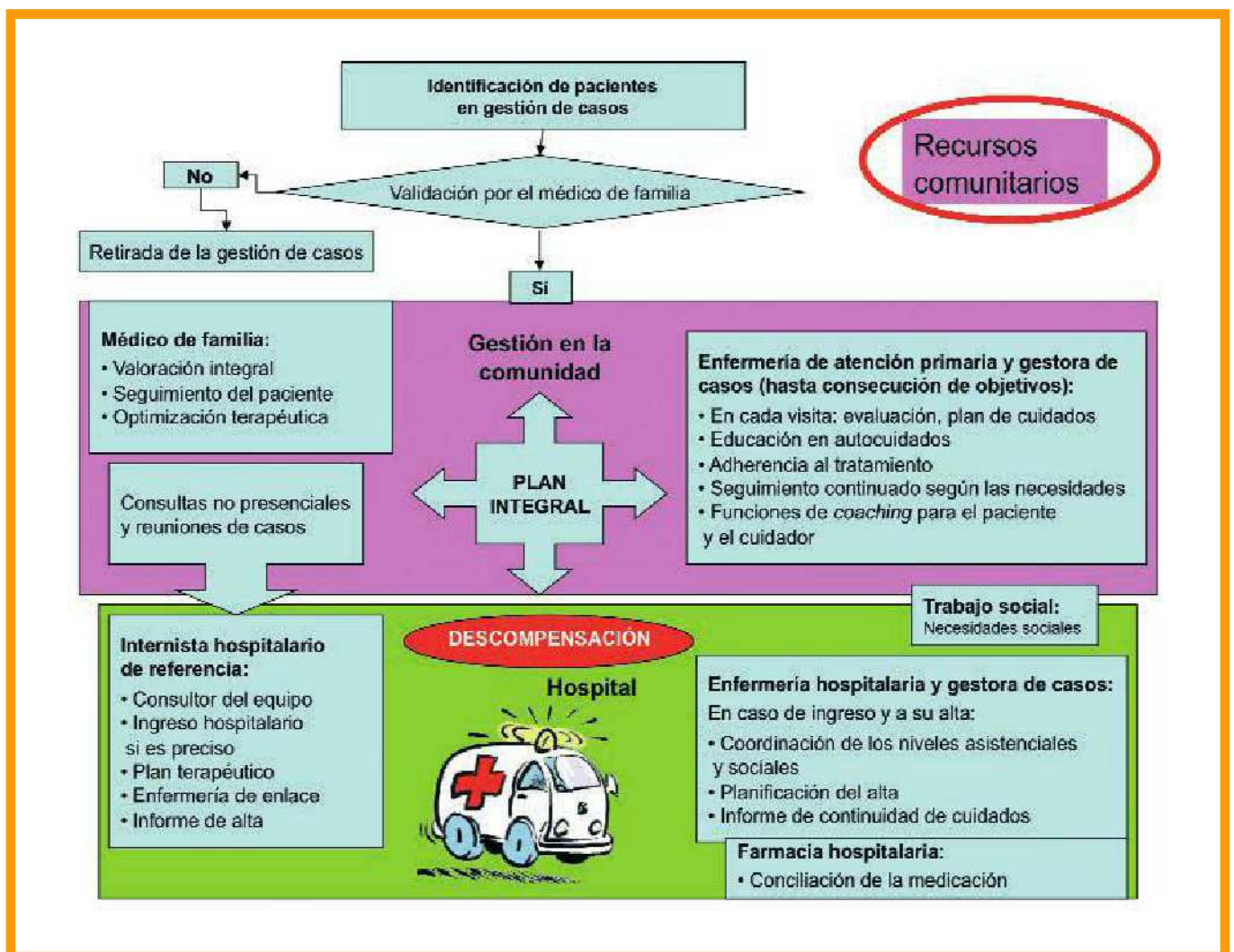
indicados o contraindicados, revisión de las dosis y las pautas, detección de cascadas terapéuticas y problemas de seguridad), así como facilitar y mantener la adherencia tras cualquier transición asistencial.

- Promover la unificación de criterios de prescripción y selección de medicamentos entre los distintos niveles asistenciales. Facilitar vías de comunicación tanto entre profesionales como con las oficinas de farmacia.

## Trabajadores sociales

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

Figura 3. Diagrama de la gestión de casos.



## Paciente implicado

- Instruirse en el manejo de su enfermedad a través de herramientas y autocuidados.
- Informarse y ser consciente de la nueva forma de intervenir.
- Seguir los planes de cuidados específicos que se le entreguen e implicarse en el cuidado de su propia salud.
- Cumplir el tratamiento farmacoterapéutico que le sea prescrito.
- Colaborar en la medición de ciertos parámetros clínicos y contestar a una serie de cuestionarios con la periodicidad establecida.
- Experiencias: Escuela de Pacientes.

## Persona cuidadora

- Conocer las vías de comunicación y cómo utilizarlas en los distintos niveles asistenciales. Seguir los planes de cuidados específicos de los pacientes que estén a su cuidado. Apoyar al paciente en la medición de ciertos parámetros clínicos y colaborar

con los profesionales en la cumplimentación de los cuestionarios establecidos si fuese necesario.

- Experiencias: Escuela de Cuidadores.

## Tecnologías de la información y la comunicación

### Plataformas electrónicas

- Pueden facilitar la historia de salud electrónica, las interconsultas virtuales y la comunicación directa entre los profesionales, así como la prescripción electrónica.

### Telecontinuidad y telemonitorización

- Los pacientes que estén inscritos en un servicio de teleasistencia tendrán además el apoyo de la telemonitorización, que supondrá el envío de datos clínicos a una plataforma que alerta a los clínicos sobre los signos y síntomas de alarma que pueda presentar el paciente.
- Se puede valorar también mediante llamadas telefónicas: apoyo a la continuidad del cuidado del paciente y sus cuidadores, seguimiento para controlar la evolución del paciente, adherencia al tratamiento.

# 5. DESTINATARIOS

**Paciente:** Dispensación de atención, comunicación e información. Pacientes informados y formados, con conocimiento de su enfermedad y del tratamiento de la misma. Activación de pacientes expertos.

**Persona cuidadora y familia:** Implicación en los cuidados del paciente, potenciar las necesidades de atención a la persona cuidadora/familia.

**Profesionales en el ámbito sanitario:** Competencia técnica y coordinación.

# 6. COMPONENTES

## Identificación del paciente

Cuando cumpla los criterios de enfermedades crónicas complejas establecidos en el límite de entrada, realizados por el médico de familia o el internista, en el centro de salud, en el domicilio del paciente o en el hospital.

## Valoración integral

Valoración clínica, funcional y biopsicosocial, por el médico y enfermería, tras la identificación del paciente, al activar el plan de asistencia compartida, tras el alta hospitalaria o después de eventos relevantes (acudir a los servicios de urgencias, consultas repetidas, etc.), y al menos una vez al año.

## Valoración clínica

Realizar la historia clínica completa con anotación de las enfermedades crónicas, el año de inicio y la repercusión funcional mediante alguna escala validada (como la NYHA en insuficiencia cardíaca o la MRC en EPOC). Realizar también la historia farmacológica, incluyendo la medicación activa, las alergias, los eventos adversos, el cumplimiento y la adecuación, y valorar la desprescripción. Elaboración de un plan terapéutico.

## Valoración de enfermería

Valoración de los problemas de cuidados y del nivel de dependencia, elaborar un plan de cuidados y, si fuera necesario, iniciar la movilización de recursos a través de la enfermería comunitaria de enlace.

## Valoración funcional

Diagnóstico de los déficits funcionales mediante una entrevista estructurada y la aplicación de las escalas de Barthel (actividades básicas de la vida diaria) y Lawton Brody (actividades instrumentales). Aportan información fundamental sobre la capacidad funcional del paciente y de su grado de dependencia.

## Valoración psicoafectiva

Valoración de la esfera cognitiva y de los trastornos afectivos.

- Área cognitiva:
  - Mayores de 65 años: aplicación de la escala Pfeiffer, el Memory Impairment Screen (MIS) u otros test de la esfera cognitiva.

- Menores de 65 años: miniexamen cognoscitivo de Lobo (especificidad más reducida, mayor número de falsos positivos).

- Área afectiva:
  - Mayores de 65 años: escala de depresión de Yesavage.
  - Menores de 65 años: escala de ansiedad-depresión de Goldberg, Hospital Anxiety and Depression Test, etc.

## Valoración sociofamiliar

Valoración de la situación sociofamiliar mediante la escala sociofamiliar de Gijón, necesidad de una persona cuidadora, identificación de esta en caso de existir, valoración de la sobrecarga mediante la escala de Zarit.

Todas las escalas de apoyo en la valoración clínica, funcional, psicoafectiva y sociofamiliar deben estar en la historia de salud electrónica y ha de quedar registrada su medición.

Tras la valoración integral se debe realizar un plan de cuidados personalizado que dé respuesta a los problemas y el déficit de conocimientos y autocuidado detectados.

## Plan de asistencia compartida

La reorganización del proceso asistencial debe centrarse en las necesidades del paciente, potenciando la coordinación entre niveles y la integralidad para facilitar la creación de un marco de atención compartida entre los diferentes ámbitos asistenciales.

Es fundamental en la gestión de los pacientes la activación, desde atención primaria o desde el hospital, del plan de asistencia compartida, con la intención de garantizar la continuidad asistencial y la atención compartida de estos pacientes en todos los ámbitos asistenciales.

Las actividades en esta fase pueden corresponder al médico de familia, enfermería o el internista, y puede realizarse en ámbitos tan diferentes como el centro de salud, el domicilio del paciente o el hospital.

En definitiva, se trata de un modelo de asistencia conjunta entre atención primaria y atención hospitalaria que facilita la continuidad asistencial del paciente.

Los médicos de familia tendrán claramente identificado a un internista en el servicio de medicina interna del hospital de referencia, con el fin de realizar con-



sultas puntuales referentes a problemas clínicos o el plan terapéutico, por lo que deben ser fácilmente localizables telefónicamente o por vía electrónica.

Igualmente, los profesionales de atención primaria tendrán identificado al profesional de enfermería de gestión de casos, tanto en un nivel asistencial como en otro.

El internista, por su parte, tendrá asignado un centro de salud del área de influencia del servicio de medicina interna.

La historia de salud debe estar compartida entre ambos niveles asistenciales, por lo que los sistemas de información potenciarán los medios que faciliten dicha historia.

Las consultas médicas se realizarán preferentemente al médico internista y este consultará con otros servicios o unidades, en caso de que se precisase, para evitar la derivación del paciente a distintas consultas y desplazamientos innecesarios.

Los médicos de familia podrán realizar ingresos programados con el internista en el servicio de medicina interna, en pacientes conocidos por ambos, con la finalidad de eludir el paso previo por los servicios de urgencias.

El internista debería realizar al menos una reunión mensual con los médicos de familia y enfermería del centro de salud correspondiente.

### **Activación del plan de asistencia compartida**

La activación del plan se realizará de mutuo acuerdo, al constatar la necesidad de atención compartida entre el centro de salud y el correspondiente servicio de medicina interna, o bien tras un ingreso hospitalario, ante la necesidad de que el paciente sea valorado en más de dos especialidades médicas, al presentarse más de dos consultas en urgencias hospitalarias en los últimos tres meses, etc.

Podrá propiciarse desde la consulta en el centro de salud, en el domicilio del paciente o en el hospital. Podrán activarlo los profesionales de atención primaria o los de medicina interna. Para ello, deben existir acuerdos de colaboración entre ambos niveles.

En los enfermos con el plan de asistencia compartida activado, todas las consultas a los diferentes servicios médicos o la activación de los dispositivos de apoyo hospitalarios se realizarán a través del internista responsable. Este papel del internista como gestor hospitalario del paciente es fundamental y crea una amplia satisfacción entre pacientes, cuidadores y profesionales, y produce una reducción importante de visitas y actuaciones hospitalarias.

### **Desactivación del plan de asistencia compartida**

El plan se desactiva por la finalización del proceso, la existencia de estabilidad clínica, el fallecimiento o la inclusión en otro programa. Será necesario emitir un informe de alta, especificando los motivos de la misma.

### **Asistencia domiciliaria**

Se activa al identificar criterios de inclusión en el programa de atención domiciliaria, por atención primaria, y en casos determinados de hospitalización en domicilio.

El envejecimiento progresivo de la población, el incremento de las enfermedades crónicas, la disminución de la disponibilidad de cuidadores informales, las políticas de sustitución del uso del hospital por intervenciones en régimen ambulatorio, y los cambios en el contenido y la complejidad de los cuidados a domicilio, aprovechando las oportunidades de tratamiento y vigilancia que ofrecen los avances tecnológicos (telemonitorización), está produciendo un progresivo aumento de pacientes en atención domiciliaria.

En Europa existen dos tipos de modelos de atención domiciliaria desde atención primaria:

- Modelo basado en equipos multidisciplinares que trabajan en centros de atención primaria, en el que la atención domiciliaria se provee como parte de un conjunto de actividades integradas por los mismos profesionales con responsabilidad sobre los pacientes o las familias, garantizando así la continuidad asistencial sin que esta se vea afectada por el grado de dependencia.
- Modelo con un sistema de atención primaria basado en las prácticas profesionales independientes, con el desarrollo de estructuras específicas para la atención domiciliaria.

En España definimos la atención domiciliaria como una modalidad asistencial dirigida a aquellas personas que bien por su situación de salud o por problemas socio-sanitarios requieren cuidados en el domicilio, de carácter temporal o permanente. Los destinatarios son personas que no pueden acudir al centro de salud, los que tienen grandes dificultades para desplazarse y aquellos a los que, a pesar de poder desplazarse, conviene atender como gestión de caso, como acontece con los pacientes con enfermedades crónicas complejas. La provisión de la atención puede realizarse desde atención primaria u hospitalaria con los dispositivos de atención domiciliaria, en esta última circunstancia.

Por todo ello, se hace necesario:

- La incorporación de un sistema de valoración integral multidimensional.

- Visitas en grupos de riesgo.
- La existencia de un profesional de referencia para la persona y su familia.
- La valoración de la situación de los pacientes necesitados de cuidados domiciliarios y de las personas cuidadoras no profesionales, de cara a la programación de actividades para realizar.
- La actuación según los protocolos establecidos.
- El seguimiento protocolizado, con pautas actualizadas de actuación y registro en la historia de salud.
- La existencia en el centro de salud de un censo de personas necesitadas de cuidados domiciliarios, mediante fichas o señalización de historias de atención primaria con identificación del profesional responsable.

### **Asistencia hospitalaria**

Se produce tras la activación del plan de asistencia compartida, en el ingreso hospitalario, en la consulta, en la unidad/hospital de día o los dispositivos de atención domiciliaria, por los profesionales hospitalarios.

### **Medicina interna**

- Identificar a los pacientes con enfermedades crónicas complejas y pluripatológicas.
- Registrar en la historia clínica, preferentemente en formato digital único, la condición de paciente con enfermedad crónica compleja o paciente pluripatológico.
- Participar en la realización de una valoración integral en el hospital, esto es, que evalúe las áreas clínica, funcional, psicoafectiva y social.
- Activar el plan de asistencia compartida cuando el paciente ingrese, o cuando se estime, de común acuerdo con el médico de familia, que necesita la intervención conjunta de los dos niveles asistenciales.
- Colaborar estrechamente con el médico de familia para establecer conjuntamente los planes terapéuticos y para facilitar que se realicen las recomendaciones o los estudios procedentes de atención primaria y hospitalaria.
- Establecer reuniones periódicas con los médicos de familia para revisar y adecuar la atención y los planes terapéuticos de los pacientes en común.
- Ofertar a los pacientes atención donde sea preciso, bien en la consulta externa, el hospital de día o la planta de hospitalización, adecuando el entorno de atención, incluido el diseño de la agenda, a las necesidades de los mismos.
- Medicina perioperatoria. Actuación proactiva en la identificación de pacientes con enfermedades crónicas complejas en los servicios quirúrgicos.

- Emitir un informe de alta tras un episodio de consulta, atención en el hospital de día o la planta de hospitalización en un plazo razonable, preferentemente en el día. Dicho informe de alta debe incluir una valoración de las cuatro esferas (clínica, funcional, psicoafectiva y social) y debe contener un plan terapéutico —que incluya recomendaciones sobre estilos de vida saludables— y un plan de actuación con referencia a los objetivos terapéuticos y el seguimiento clínico.
- Mantener líneas abiertas con el médico de familia que permitan realizar ingresos directos desde atención primaria sin pasar por urgencias.
- Tener la posibilidad de movilizar recursos sanitarios o sociales necesarios a través de la enfermería comunitaria de enlace/gestores de caso o del profesional de trabajo social.
- Cuando pertenezca a un dispositivo de soporte domiciliario, debe poder dar apoyo domiciliario al médico de familia en situaciones clínicas complejas en los pacientes cuando lo requieran.
- Fomentar la valoración y la atención del cuidador principal como parte de la atención integral.

### **Enfermería hospitalaria**

- Valoración estructurada e integral, siguiendo los patrones funcionales de M. Gordon o las necesidades básicas de V. Herderson. Esta valoración se complementa con la realización de escalas normalizadas que aportan objetividad y permiten identificar los problemas funcionales, sociales y emocionales de la persona; también se identifican necesidades de la familia y su entorno. En el ingreso se recogen todos los medicamentos, complementos, etc., que toma el paciente, su seguimiento y el conocimiento que tiene de su enfermedad.
- Establecer un plan de cuidados que, junto con el plan elaborado por el médico, los terapeutas y trabajo social, configura el plan de intervención interdisciplinar.
- Cada paciente tendrá asignada una enfermera responsable, quien hará la valoración, el plan de cuidados, así como el informe de continuidad de cuidados en el momento del alta y las actuaciones de coordinación con la enfermería de enlace, desde el momento del ingreso, para garantizar la continuidad de cuidados en el alta.
- Durante la hospitalización se prestará atención a la vigilancia de cualquier cambio que se produzca en cuanto a su capacidad para la movilidad, la comida, el vestirse, las pérdidas de orina, las alteraciones cognitivas y emocionales, los controles de peso y

sobre el patrón de eliminación, del dolor mediante escalas específicas, la aparición de posibles complicaciones, como heridas cutáneas, caídas (el uso de restricciones ha de ser excepcional y han de reducirse lo máximo posible), fiebre, reacciones adversas a medicamentos, intolerancia alimentaria y, en general, iatrogenia. La escala de Norton facilita información sobre el riesgo de padecer una herida cutánea.

- Informar y educar al paciente y a la persona cuidadora, según la capacidad, sobre los cuidados que va a necesitar tras el alta.
- Fomentar la movilidad, para ello se pueden facilitar ayudas técnicas (andador, muletas, bastones, trípodes).
- Se cuida y fomenta la eliminación lo antes posible del uso de dispositivos como sondas, sueros, etc.
- Identificar a la persona cuidadora principal y registrarla en la historia clínica. En caso de institucionalización, se recogen los datos de la institución y del familiar de contacto.
- En todos los niveles asistenciales hay que potenciar la intimidad de la persona, el trato de respeto y la cercanía, así como fomentar la implicación del paciente y la familia en el proceso, haciéndolos partícipes en la toma de decisiones.

### **Enfermería hospitalaria de enlace**

- Participar en la planificación de cuidados de los pacientes con enfermedades crónicas complejas coordinando a los profesionales antes del alta hospitalaria.
- Asegurar la continuidad asistencial proporcionando una respuesta coordinada y única con otros profesionales, que proporcione asistencia al paciente y apoyo a la persona cuidadora con el fin de disminuir las descompensaciones, reducir la frecuentación en los centros y los reingresos, y poder mantener periodos de estabilidad más largos en el domicilio.
- Contribuir a la sostenibilidad del sistema mediante el uso racional de recursos de apoyo al cuidado.
- Trabajar en coordinación con la red social en salud.

### **Trabajadores sociales**

- Evaluar y detectar las necesidades sociales y movilizar los recursos necesarios para dar respuesta a las mismas.

### **Farmacia hospitalaria**

- Revisión farmacoterapéutica.
- Intervenciones farmacéuticas sobre la prescripción hospitalaria: dosis adecuada, ajuste de fármacos

según la función renal y hepática, fármacos inapropiados en personas de edad avanzada, interacciones fármaco-fármaco y fármaco-enfermedad, fármacos no prescritos, fármacos no necesarios, duplicidades, etc.

- Intervenciones oportunas sobre el tratamiento domiciliario.
- Valorar la posibilidad de entrevistar al paciente en el momento de su ingreso para comprobar cómo toma la medicación, poder confirmar el conocimiento que tiene sobre la misma y valorar la adherencia al tratamiento.
- Informar en el momento del alta, facilitando al paciente la hoja horaria con la información básica que debe conocer sobre los medicamentos prescritos.

### **Atención a la persona cuidadora**

La atención a la persona cuidadora se prestará desde la entrada del paciente al proceso y cada vez que aquella lo precise en relación con la evolución de este, con su propio bienestar o con las alteraciones del desempeño de su rol de persona cuidadora, mediante recomendaciones actualizadas, ya sea en el centro de salud, en el domicilio o en el hospital, por parte todos los profesionales involucrados.

Se ha puesto de manifiesto la necesidad de considerar a los cuidadores no solo como un recurso, sino también como objetivos prioritarios, pues de su salud depende en buena medida la de las personas a las que cuidan. El trabajo de cuidar se convierte en factor de riesgo para su salud y calidad de vida.

Por distintos estudios se sabe que el perfil de las personas cuidadoras es el de una mujer, con relación de parentesco directa (hija o cónyuge), de edad media en torno a 57 años y nivel de estudios bajo, con un escaso porcentaje de personas cuidadoras con trabajo remunerado.

Es necesario que la red familiar y social sea lo más amplia y adecuada posible, ya que la percepción de la carga que ocasiona el cuidado constituye el mejor indicador para identificar anticipadamente la necesidad de ayuda.

Numerosos estudios han señalado cómo el apoyo que recibe la persona cuidadora está relacionado con la propia percepción de la salud, percepción que es mejor o peor en función de la ayuda recibida.

Experiencias: escuela y talleres de cuidadores, camas de respiro.



# 7. RECOMENDACIONES CLÍNICAS MÁS RELEVANTES

- 1) Instaurar progresivamente herramientas de estratificación poblacional en las organizaciones sanitarias para identificar a los pacientes con enfermedades crónicas complejas y pluripatológicos.
- 2) Aplicar los índices pronósticos de los modelos de estratificación poblacional a los pacientes que cumplan los criterios: PALIAR y PROFUND, tanto en atención primaria como en atención hospitalaria.
- 3) Realizar la valoración integral y el plan de cuidados personalizado con un enfoque biopsicosocial a todos los pacientes identificados, dando prioridad a los pacientes con necesidades más urgentes (ingresos, visitas a urgencias, descompensación sin ingreso, etc.).
- 4) Reuniones periódicas de los miembros de equipos de atención primaria y trabajadores sociales con el internista de referencia y posibilidad de comunicación entre ambas partes, por vía telefónica o electrónica.
- 5) Enfermería comunitaria de enlace como centro de la gestión de casos.
- 6) Generar pacientes informados, activos y expertos. Cuidar de las personas cuidadoras.
- 7) Mantener la continuidad asistencial y aplicar el plan de asistencia compartida.

# 8. INDICADORES

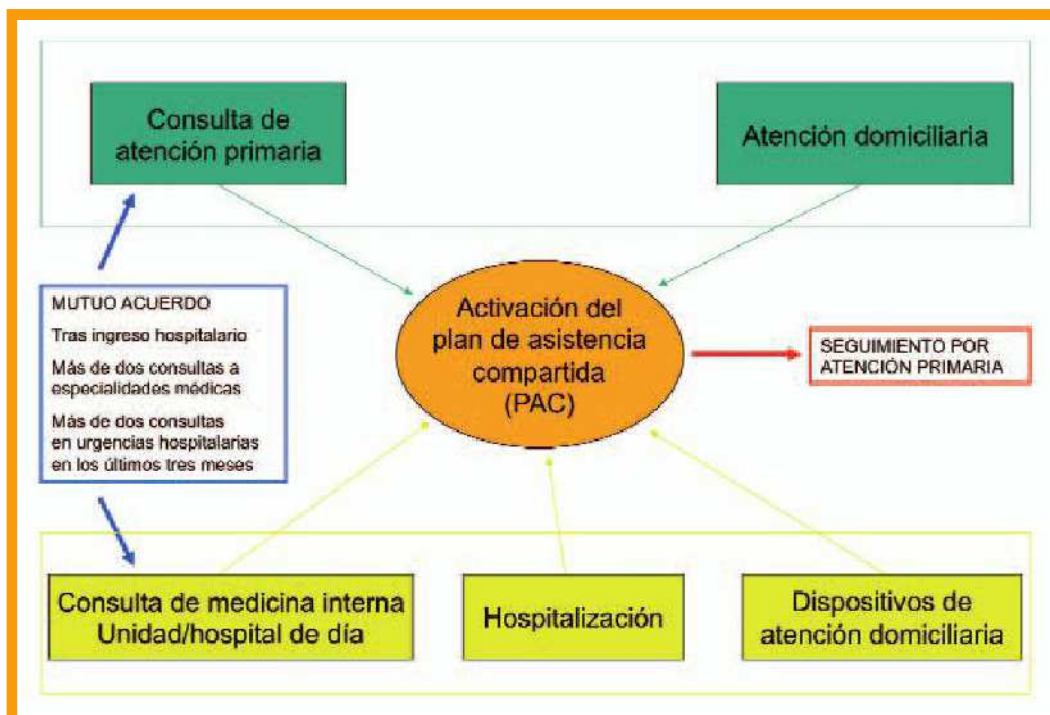
- 1) Identificación de pacientes con enfermedades crónicas complejas.
  - Porcentaje de pacientes en cupo de atención primaria con criterios de enfermedades crónicas complejas: enfermedad crónica avanzada, pacientes pluripatológicos.
- 2) Elaboración de los informes de alta.
  - Informes de alta de medicina interna que incluyan categorías de enfermedad crónica avanzada o de pacientes pluripatológicos, con sus correspondientes índices pronósticos: PALIAR y PROFUND, respectivamente.
  - Informes de alta en los que se incluyan las categorías clínicas diagnósticas de pacientes pluripatológicos/total de pacientes pluripatológicos dados de alta de medicina interna.
  - Informes de alta en los que se incluya el índice PROFUND/total de pacientes pluripatológicos dados de alta de medicina interna.
- 3) Activación del plan de asistencia compartida.
  - Pacientes en los que se ha activado el plan de asistencia compartida/total de pacientes que requerían la activación del plan de asistencia compartida.
- 4) Porcentaje de pacientes ingresados de forma programada desde atención primaria.
- 5) Actividad de enfermería comunitaria de enlace y número de casos resueltos.
- 6) Porcentaje de pacientes con informe de continuidad de cuidados en el momento del alta, ya sea de hospital de día o de hospitalización.
- 7) Asistencia de médicos internistas a los centros de salud en un año.

# 9. REPRESENTACIÓN GRÁFICA

Figura 4. Identificación de pacientes.



Figura 5. Activación del plan de asistencia compartida.



# 10. BIBLIOGRAFÍA

Atención a pacientes pluripatológicos. 2ª ed. Sevilla: Consejería de Salud. Junta de Andalucía; 2007. ISBN 978-84-690-6500-6.

Atención al paciente pluripatológico. Proceso Asistencial Integrado. Sevilla: Consejería de Salud. Junta de Andalucía; 2002. ISBN 84-8486-034-5.

Bengoia R. Innovaciones en la gestión de las enfermedades crónicas. JANO; 2008.

Bermejo C, Martínez M. Factores, necesidades y motivaciones de los cuidadores principales que influyen en el mantenimiento del cuidado de las personas dependientes en el núcleo familiar. Nure Investigación [Internet]. 2005;(11). Disponible en: [http://www.fuden.es/FICHEROS\\_USUARIO/Proyectos\\_Imagenes/PROYECTO11.pdf](http://www.fuden.es/FICHEROS_USUARIO/Proyectos_Imagenes/PROYECTO11.pdf).

Bernabeu-Wittel M, Murcia-Zaragoza J, Hernández-Quiles C, Escolano-Fernández B, Jarava-Rol G, Oliver M, et al. Development of a six month prognostic index in patients with advanced chronic medical conditions: the PALIAR score. Journal Pain Symptom Manage. 2013 [Epub ahead of print]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2013.04.011>.

Bernabeu-Wittel M, Ollero-Baturone M, Moreno-Gaviño L, Barón-Franco B, Fuertes A, Murcia-Zaragoza J, et al. Development of a new predictive model for poly pathological patients. The PROFUND index. Eur J Intern Med. 2011 Jun;22(3):311-317.

Bernabeu-Wittel M, Ollero-Baturone M, Ruiz-Cantero A, et al. Functional decline over 1-year follow-up in a multicenter cohort of poly pathological patients: a new approach to functional prognostication. Int J Gerontol. 2012;6(2):68-74.

Bernabeu-Wittel M, Ruiz-Cantero A, Murcia-Zaragoza J, Hernández-Quiles C, Barón-Franco B, Ramos-Cantos C, et al. Precisión de los criterios definitorios de pacientes con enfermedades médicas no neoplásicas en fase terminal. Proyecto PALIAR. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2010; 45(4):203-212.

Bodenheimer T, Berry-Millett R. Care management of patients with complex health care needs. San Francisco: Center for Excellence in Primary Care. Department of Family and Community Medicine. University of California; 2009. Research Synthesis Report, 19.

Bodenheimer T, Macgregor K, Stothart N. Nurses as leaders in chronic care. BMJ. 2005;330:612.

Bohórquez Colombo P, Ortiz Camúñez MA, Quiroga Alonso V, Codina Lenaspas A, Garrido Porras E, Ollero Baturone M, Bernabeu Wittel M. Estudio PROFUND en atención primaria: desarrollo y validación de un modelo pronóstico y de predicción para pacientes pluripatológicos en atención primaria. En: 30º Congreso Nacional de semFyC. Valencia; 16-18 de junio de 2010.

Campbell-Scherer D. Multimorbidity: a challenge for evidence-based medicine. Evid Based Med. 2010 Dec;15(6):165-166.

Candy B, Jones L, Drake R, Leurent B, King M. Interventions for supporting informal caregivers of patients in the terminal phase of a disease. Cochrane Database of Systematic Reviews (Online). 2011(6):CD007617.

Center for Health Care Strategies (CHCS). Care management definition and framework [Internet]. CHCS; 2007. Disponible en: [http://www.chcs.org/usr\\_doc/Care\\_Management\\_Framework.pdf](http://www.chcs.org/usr_doc/Care_Management_Framework.pdf).

Conferencia Nacional para la Atención al Paciente con Enfermedades Crónicas. Documento de consenso. Sevilla; 2011. ISBN 978-84-96378-63-6.

Contel JC. La atención a domicilio como modelo de atención compartida. Aten Primaria. 2000;25:22-28.

- Dawes M. Co-morbidity: we need a guideline for each patient not a guideline for each disease. *Fam Pract.* 2010;27:1-2.
- De Alba Romero C, Gorroñoigoitia Iturbe A, Litago Gil C, Martín Lesende I, Luque Santiago A. Actividades preventivas en los ancianos. *Aten Primaria.* 2001;28(Supl 2): 161-180.
- Delgado Sánchez O, Anoz Jiménez L, Serrano Fabia A, Nicolás Pico J. Conciliación de la medicación. *Med Clín (Barc).* Sep 15 2007;129(9):343-348.
- Escalas e Instrumentos para la valoración en la atención domiciliaria. 2ª ed. Generalitat Valenciana [Internet]. Conselleria de Sanitat; 2006. Disponible en: <http://www.san.gva.es/documentos/246911/251004/V.4963-2006.pdf>.
- Estrategia para afrontar el reto de la cronicidad en Euskadi [Internet]. Gobierno Vasco. Departamento de Sanidad y Consumo; 2010. Disponible en: <http://cronicidad.blog.euskadi.net/descargas/plan/EstrategiaCronicidad.pdf>
- Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. Sanidad 2012 [Internet]. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Disponible en: [http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/ESTRATEGIA\\_ABORDAJE\\_CRONICIDAD.pdf](http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/ESTRATEGIA_ABORDAJE_CRONICIDAD.pdf).
- Ferrer Arnedo C. El abordaje de la cronicidad: la enfermería comunitaria ante una estrategia asentada en el cuidado. *Revista EFC.* 2013;1(1):8-15.
- Ferrer Arnedo, C. La enfermería comunitaria en un modelo de gestión clínica. *Rev Adm Sanit.* 2009; 3:177-192.
- Foster G, Taylor SJ, Eldridge SE, Ramsay J, Griffiths CJ. Self-management education programmes by lay leaders for people with chronic conditions. *Cochrane Database of Systematic Reviews (Online).* 2007(4):CD005108.
- Gaspar Escayola JI (dir.). Programa de atención a enfermos crónicos dependientes [Internet]. Gobierno de Aragón. Departamento de Salud y Consumo. Disponible en: [http://w.aragon.es/estaticos/GobiernoAragon/Departamentos/SanidadBienestarSocialFamilia/Sanidad/Profesionales/06\\_Planes\\_Estrategia/LIBRO%20Programa%20de%20Atención%20a%20Enfermos%20Crónicos%20Dependientes.pdf](http://w.aragon.es/estaticos/GobiernoAragon/Departamentos/SanidadBienestarSocialFamilia/Sanidad/Profesionales/06_Planes_Estrategia/LIBRO%20Programa%20de%20Atención%20a%20Enfermos%20Crónicos%20Dependientes.pdf)
- Genet B, Boerma W, Kroneman M, Hutchinson A, Saltman RB (eds.). Home Care Across Europe: Current structure and future challenges [Internet]. The European Observatory on Health Systems and Policies; 2012. Disponible en: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0008/181799/e96757.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/181799/e96757.pdf).
- Genet B, Boerma W, Kroneman M, Hutchinson A, Saltman RB (eds.). Home Care Across Europe: Cases studies [Internet]. The European Observatory on Health Systems and Policies; 2013. Disponible en: <http://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Home-care-across-Europe-case-studies.pdf>.
- González Mestre A, Fabrellas Padrés N, Agramunt Perelló M, Rodríguez Pérez E, Grifell Martín E. De paciente pasivo a paciente activo. Programa Paciente Experto del Institut Català de la Salut. *Revista de Innovación Sanitaria y Atención Integrada.* 2008;1(1):Article 3. Disponible en: <http://pub.bsalut.net/risai/vol1/iss1/3>.
- Gonzalo Jiménez E, Toral López I, Ruiz Barbosa C, Martín Santos FJ, Morales Asencio JM. Estrategias de mejora de la atención primaria en Andalucía. Biblioteca Lascasas, 2007 [Internet]; 3(2). Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0228.php>.
- Goy E, Kansagara D, Freeman M. A systematic evidence review of interventions for non-professional caregivers of individuals with dementia. Washington DC: Department of Veterans Affairs; 2010.
- Grupo de Atención Domiciliaria de la Sociedad Valenciana de Medicina Familiar y Comunitaria (SVMFYC). Instrumentos de valoración del programa atención a domicilio [Internet]. SVMFYC; 2002. Disponible en: <http://www.svmfyc.org/files/Grupos%20de%20Trabajo/Atención%20Domiciliaria/ValorAD.pdf>.



Grupo de Crónicos de FAECAP. Las enfermeras comunitarias ante las necesidades de las personas en el siglo XXI. Estrategia ante las personas con problemas crónicos. Estrategia ante la dependencia y la fragilidad [Internet]. Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria y Atención Primaria (FAECAP); 2012. Disponible en: <http://faecap.com/documents/download/135>.

Herdman T, Edición NI. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2012-2014. Barcelona: Elsevier; 2012.

Informe cuantitativo y cualitativo de la jornada “La Comunidad de Madrid ante el abordaje de los pacientes crónicos”. Servicio Madrileño de Salud, 25 de abril de 2012.

John Hopkins University, Bloomberg School of Public Health. The John Hopkins ACG System Technical Reference Guide. Version 9.0. Baltimore, MD: The Johns Hopkins University; 2009.

Lewis GH. “Impactability models”: identifying the subgroup of high-risk patients most amenable to hospital-avoidance programs. *Milbank Q.* 2010 Jun;88(2):240-255.

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad [Internet]. Presentación de la Encuesta Nacional de Salud: ENSE 2011-2012. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2011/PresentacionENSE2012.pdf>.

Moreno-Gaviño L, Bernabeu-Wittel M, Alvarez-Tello M, et al. Sobrecarga sentida por la figura del cuidador principal en una cohorte de pacientes pluripatológicos. *Aten Primaria.* Abr 2008;40(4):193-198.

Nuin Orrio C. Enfermería de las personas mayores. Editorial Universitaria Ramón Areces; 2011.

Nuño Solinís R, Contel Segura JC, Orueta Mendía J, García Álvarez A. Guía para el desarrollo e implementación de herramientas de estratificación de riesgos. Monografía IEMAC 1.0.

Observatorio de Prácticas Innovadoras en el Manejo de Enfermedades Crónicas Complejas (OPIMEC) [Internet]. Cuando las personas viven con múltiples enfermedades crónicas: aproximación colaborativa hacia un reto global emergente. Disponible en: <http://www.opimec.org/comunidades-de-practica/when-people-live-with-multiple-chronic-diseases>.

Ollero Baturone M, Orozco Beltrán D, Domingo Rico C, Román Sánchez P, López Soto A, Melguizo Jiménez M, et al. Declaración de Sevilla. Conferencia Nacional para la Atención al Paciente con Enfermedades Crónicas. *Rev Clin Esp.* 2011; 211(11):604-606.

Organización Mundial de la Salud (OMS). Información General para el Día Mundial de la Salud 2012. La buena salud añade vida a los años [Internet]. Ginebra (Suiza): OMS; 2012. Disponible en: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75254/1/WHO\\_DCO\\_WHD\\_2012.2\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75254/1/WHO_DCO_WHD_2012.2_spa.pdf).

Organización Mundial de la Salud [Internet]. Enfermedades no transmisibles: perfiles de países 2011. Disponible en: <http://www.who.int/nmh/countries/es>.

Ortiz Camúñez MA, Bohórquez Colombo P, García Lozano MJ, Rodríguez Pappalardo V, Nieto Guindo MD y Ollero Baturone M. Validación del nuevo índice pronóstico PROFUND en pacientes pluripatológicos de atención primaria. En: III Congreso Nacional de Atención Sanitaria al Paciente Crónico. Donostia; 19 y 20 de mayo de 2011.

Parro Moreno A, Serrano Gallardo P, Ferrer Arnedo C, Serrano Molina L, De la Puerta Calatayud ML, Barberá Martín A, et al. Influence of socio-demographic, labour and professional factors on nursing perception concerning practice environment in Primary Health Care. *Aten Primaria.* 2013. [Epub ahead of print]. Disponible en: [http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/eop/S0212-6567\(13\)00033-4.pdf](http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/eop/S0212-6567(13)00033-4.pdf).

Pérez-Castejona JM, Durany Tiirkb S, Garrigós Torob A, Olivé Torralba A. Prevención de la dependencia y envejecimiento saludable. *JANO;* 2007.



- Plan Andaluz de Atención Integrada a Pacientes con Enfermedades Crónicas. Sevilla: Consejería de Salud. Junta de Andalucía; 2012.
- Ramírez Duque N, Ollero Baturone M, Ortiz Camúñez MA y Bernabéu Wittel M. El paciente pluripatológico: manejo coordinado entre atención primaria y especializada. JANO. 6 de noviembre de 2009; 1751.
- Rincón-Gómez M, Bernabeu-Wittel M, Bohórquez-Colombo P, et al. Perceived quality of healthcare in a multicenter, community-based population of polypathological patients. Arch Gerontol Geriatr. 2011;52(2):142-146.
- Rogero-García J. Distribución en España del cuidado formal e informal a las personas de 65 y más años en situación de dependencia. Rev Esp Salud Pública. May-Jun 2009; 83(3):393-405.
- Rogero-García J. Los tiempos del cuidado. El impacto de la dependencia de los mayores en la vida cotidiana de sus cuidadores. Imserso; 2010. Colección Estudios Serie Dependencia, núm. 12011.
- Ross Sh, Curry N, Goodwin N. Case management: what it is and how it can best be implemented [Internet]. The King's Fund; 2011. Disponible en: [http://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/Case-Management-paper-The-Kings-Fund-Paper-November-2011\\_0.pdf](http://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/Case-Management-paper-The-Kings-Fund-Paper-November-2011_0.pdf).
- Schulz R, Beach SR. Caregiving as a risk factor for mortality: the Caregiver Health Effects Study. JAMA. Dic 15 1999;282(23):2215-2219.
- Sociedad Española de Medicina Interna ( SEMI), Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC), Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria y Atención Primaria (FAECAP). Desarrollo de guías de práctica clínica en pacientes con comorbilidad y pluripatología. Multimédica Proyectos; 2013.
- Teschendorf B, Schwartz C, Ferrans CE, O'Mara A, Novotny P, Sloan J. Caregiver role stress: when families become providers. Cancer Control. Abr 2007;14(2):183-189.
- Toquero de la Torre F, Zarco Rodríguez J (coords.) Atención primaria de calidad. Guía de buena práctica clínica en atención domiciliaria [Internet]. Organización Médica Colegial (OMC), Ministerio de Sanidad y Consumo; 2005. Disponible en: [https://www.cgcom.es/sites/default/files/GBPC\\_Atencion\\_Domiciliaria.pdf](https://www.cgcom.es/sites/default/files/GBPC_Atencion_Domiciliaria.pdf).
- Unidad de continuidad asistencial [Internet]. OSI Bidasoa; 2011. Disponible en: [http://www.osakidetza.euskadi.net/r85-kdocc08/es/contenidos/informacion/premios\\_osakidetza/es\\_osk/adjuntos/03/UCAOSIBidasoa.pdf](http://www.osakidetza.euskadi.net/r85-kdocc08/es/contenidos/informacion/premios_osakidetza/es_osk/adjuntos/03/UCAOSIBidasoa.pdf).
- Unidad de Pacientes Pluripatológicos. Estándares y Recomendaciones [Internet]. Ministerio de Sanidad y Política Social. Disponible en: [http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/EyR\\_UPP.pdf](http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/EyR_UPP.pdf)
- Valle Vicente M (coord.). Manual de Enfermería Geriátrica. Grupo CTO; 2012.
- Villafaina Barroso A, Gavilán Moral E. Concepto de adecuación terapéutica. En: Gavilán Moral E, Villafaina Barroso A (eds.). Polimedición y salud: estrategias para la adecuación terapéutica. Plasencia: Laboratorio de Prácticas Innovadoras en Polimedición y Salud; 2011. p. 112-119.
- Walsh K, Jones L, Tookman A, et al. Reducing emotional distress in people caring for patients receiving specialist palliative care. Randomised trial. Br J Psychiatry. Feb 2007; 190:142-147.