

## **Anexo 1: Valoración funcional y de la fragilidad.**

Anexo 1A: Actividades Básicas de la Vida Diaria: Índice de Barthel.

Anexo 1B: Actividades Instrumentales de la Vida Diaria: Índice de Lawton Brody.

Anexo 1C: Algoritmo mini-Barthel.

Anexo 1D: Prueba de ejecución SPPB.

Anexo 1E: Test time levántate y anda.

## **Anexo 2: Valoración cognitiva.**

Anexo 2A: Mini-examen cognoscitivo de Lobo.

Anexo 2B: Test de Pfeiffer.

Anexo 2C: Algoritmo Test de Pfeiffer simplificado.

## **Anexo 3: Valoración del área afectiva.**

Test de Yesavage.

## **Anexo 4: Valoración del área sociofamiliar.**

Anexo 4A: Escala de Gijón.

Anexo 4B: Índice de esfuerzo del cuidador.

## **Anexo 5: Valoración pronóstica.**

Anexo 5A: Índice PROFUND al año y cuatro años.

Anexo 5B: Índice PALIAR.

Anexo 5C: Índice PROFUNCTION.

## **Anexo 6: Valoración farmacológica.**

Anexo 6A: Recomendaciones de la buena prescripción farmacológica.

Anexo 6B-1: CRITERIOS STOPP-START.

Anexo 6B-2: CRITERIOS STOPPFRAIL.

Anexo 6C: Lista de medicamentos de alto riesgo para pacientes con enfermedades crónicas. LISTA MARC.

Anexo 6D: Fármacos relacionados con el riesgo de caídas.

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

## **Anexo 8: Valoración de preferencias y valores.**

Cuestionario de valoración espiritual GES.

## **Anexo 9: Intervenciones.**

Anexo 9A: Intervenciones NIC.

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

# ANEXO 1: ESCALAS DE VALORACIÓN FUNCIONAL Y FRAGILIDAD

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

### Descripción:

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

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

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

### Valoración:

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

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

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

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

## Anexo 1.B ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA: ÍNDICE DE LAWTON Y BRODY

### Descripción:

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

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

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

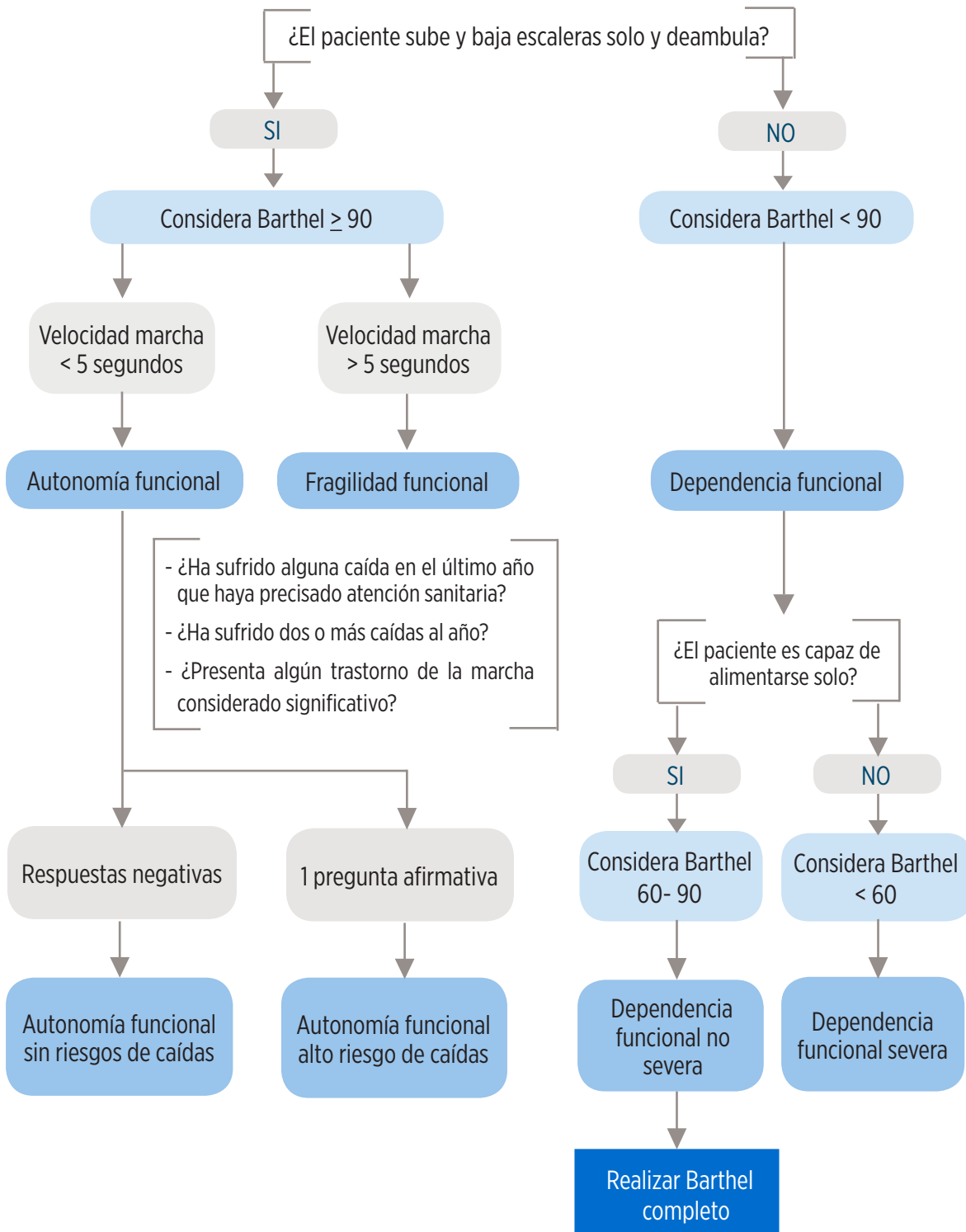
#### Valoración:

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

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

## Anexo 1.C ALGORITMO MINI-BARTHEL

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

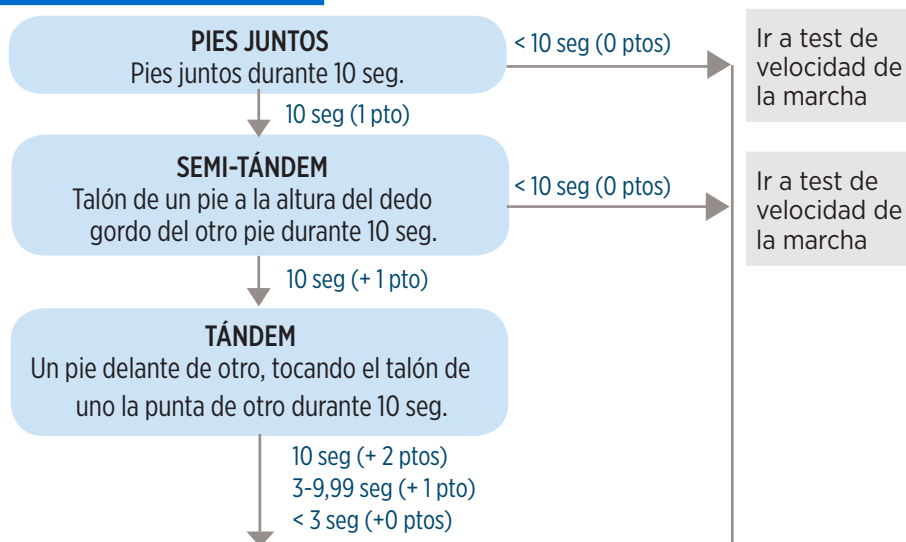


## Anexo 1.D PRUEBA DE EJECUCIÓN: SHORT PHYSICAL PERFORMANCE BATTERY (SPPB O TEST DE GURALNIK)

### Descripción:

- Es un test diseñado específicamente para predecir la discapacidad y ha demostrado capacidad para predecir eventos adversos, fragilidad, dependencia, institucionalización y mortalidad. Ha sido recomendada como medida objetiva de limitaciones de la movilidad<sup>5</sup>.
- Consiste en la realización de tres pruebas:
  - Equilibrio, en tres posiciones: pies juntos, semitándem y tándem.
  - Velocidad de la marcha sobre 2,4 ó 4 metros.
  - Levantarse y sentarse en una silla cinco veces.
- Es muy importante respetar la secuencia de las pruebas, ya que si empezamos por las levantadas, el paciente se puede fatigar y ofrecer rendimientos falsamente bajos en los otros dos sub-tests.
- El tiempo medio de administración se sitúa entre los 6 y los 10 minutos.
- A continuación se presenta un esquema y protocolo de la ejecución de la prueba.

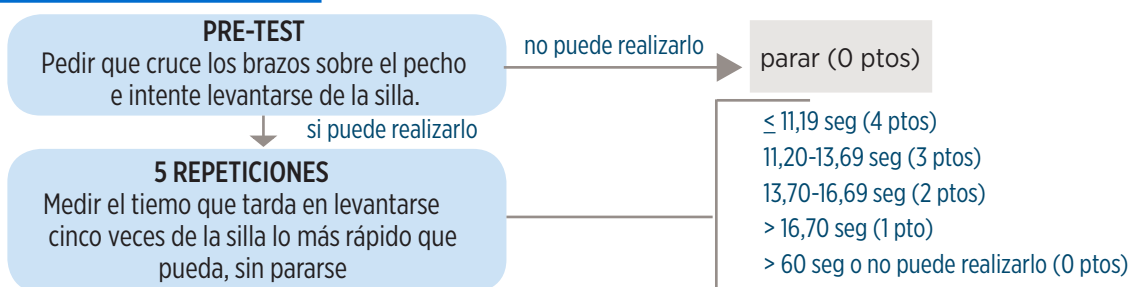
### 1 Test de equilibrio



### 2 Test de velocidad de la marcha



### 3 Test de levantarse de la silla



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

### Valoración:

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



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

### Descripción:

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

### Valoración

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

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

## ANEXO 2: VALORACIÓN COGNITIVA

### Anexo 2.A MINI-EXAMEN COGNOSCITIVO (Lobo)

#### Descripción:

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

#### Técnica de aplicación:

##### Instrucciones generales

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

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

<sup>a</sup> Orientación: Cada respuesta correcta es 1 punto.

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

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

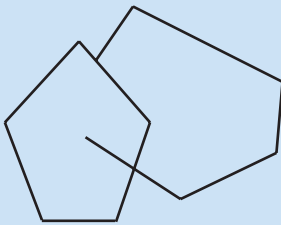
<sup>c</sup> Concentración-cálculo: Restar de 30 de 3 en 3. Si no entiende o se resiste se le puede ayudar un poco si tiene dificultades de comprensión. La ayuda que se le puede dar no debe ser más de: «Si tiene 30 y me da 3, ¿cuántos le quedan?, y ahora siga dándome de 3 en 3». Un punto por cada sustracción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

<sup>d</sup> Memoria diferida: por cada palabra que recuerde (dejarle tiempo suficiente): 1 punto.

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

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

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

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

### Valoración:

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

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

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

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

## Anexo 2.B TEST DE PFEIFFER

### Descripción:

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

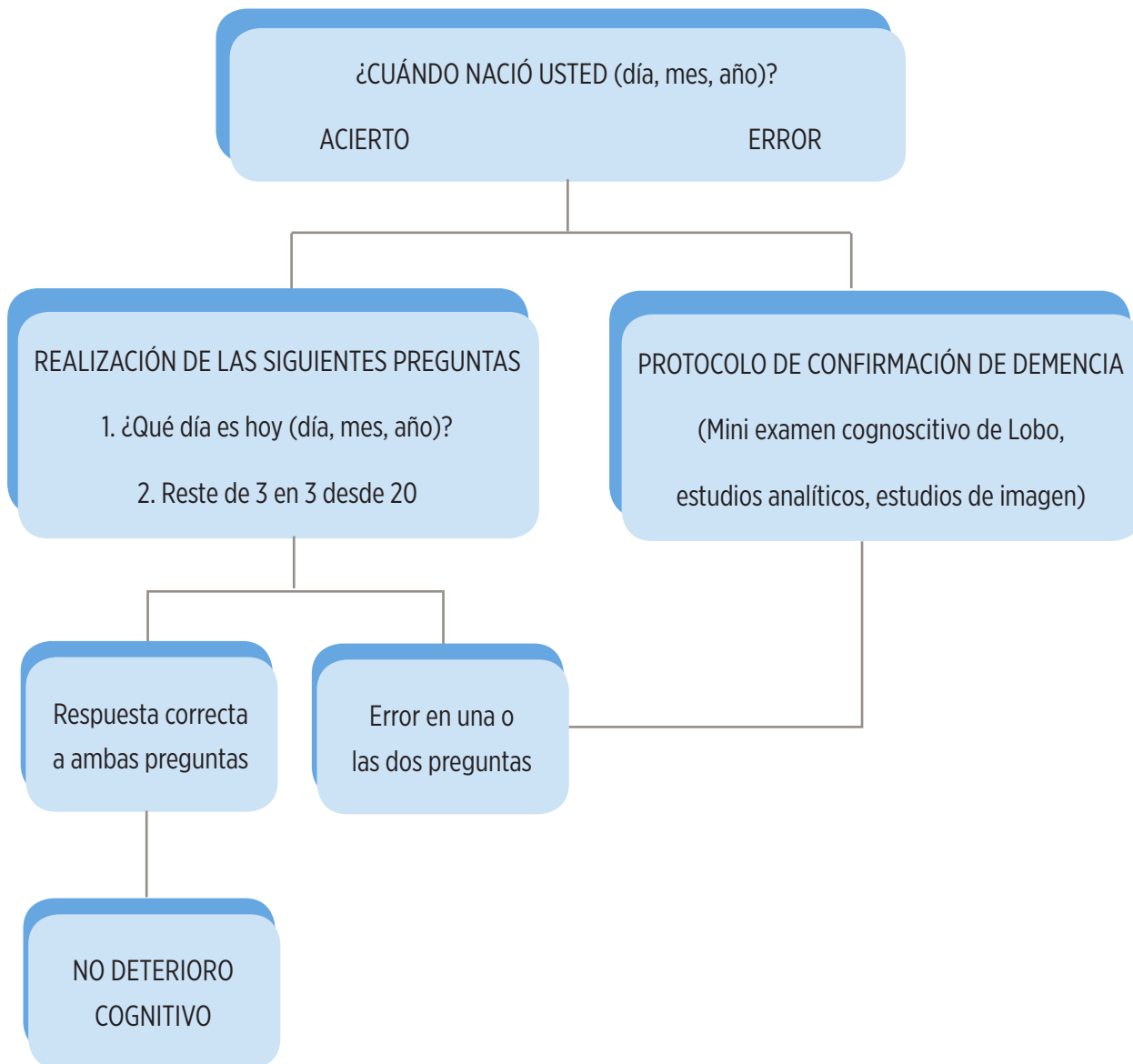
PREGUNTAS	ACIERTOS	ERRORES
1. ¿Qué día es hoy? (día del mes, mes, año)		
2. ¿Qué día de la semana es hoy?		
3. ¿Dónde estamos ahora?		
4. ¿Cuál es su número de teléfono? o... ¿cuál es su dirección? (si no tiene teléfono)		
5. ¿Cuántos años tiene?		
6. ¿Cuál es la fecha de su nacimiento? (día, mes y año)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

### Valoración:

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

## Anexo 2.C ALGORITMO DEL TEST DE PFEIFFER SIMPLIFICADO

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



## ANEXO 3. VALORACIÓN DEL ÁREA AFECTIVA

### TEST DE YESAVAGE

#### Descripción:

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

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

#### Valoración:

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

## ANEXO 4: VALORACIÓN DEL ÁREA SOCIOFAMILIAR

### Anexo 4.A ESCALA DE GIJÓN

#### Descripción:

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

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



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

**Valoración:**

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

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

## Anexo 4.B ÍNDICE DE ESFUERZO DEL CUIDADOR

### Descripción:

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

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

### Valoración:

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

## ANEXO 5: VALORACIÓN PRONÓSTICA

### Anexo 5.A ÍNDICE PROFUND

#### Descripción:

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

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

#### Valoración:

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

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

## Anexo 5.B ÍNDICE PALIAR

### Descripción:

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

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

### Valoración:

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

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

## Anexo 5.C ÍNDICE PROFUNCTION

### Descripción:

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

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

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

### Valoración:

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

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

## ANEXO 6: VALORACIÓN FARMACOLÓGICA

### Anexo 6A Recomendaciones de la buena prescripción farmacológica

#### Descripción:

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

### Anexo 6B-1 CRITERIOS STOPP-START

#### Crterios STOPP

##### Sección A. Indicación de la medicación

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

##### Sección B. Sistema cardiovascular

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

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

### Sección C. Antiagregantes/anticoagulantes

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

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

#### Sección D. Sistema nervioso central y psicótrópos

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



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

### Sección E. Sistema renal.

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

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

### Sección F. Sistema gastrointestinal

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

### Sección G. Sistema respiratorio

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

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

## Sección H. Sistema musculoesquelético

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

## Sección I. Sistema urogenital

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

## Sección J. Sistema endocrino

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

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

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

## Sección L. Analgésicos

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

## Sección N. Carga antimuscarínica/anticolinérgica

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

## Criterios START (Screening Tool to Action the Right Treatment)

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

### Sección A. Sistema cardiovascular

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

### Sección B. Sistema respiratorio

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

### Sección C. Sistema nervioso central y ojos

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

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

#### Sección D. Sistema gastrointestinal

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

#### Sección E. Sistema musculoesquelético

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

#### Sección F. Sistema endocrino

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

#### Sección G. Sistema genitourinario

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

#### Sección H. Analgésicos

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

## Sección I. Vacunas

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

## Anexo 6B-2 CRITERIOS STOPPFRAIL

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

### A: GENERAL

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

A2: Cualquier medicamento sin indicación clínica clara.

### B: SISTEMA CARDIOVASCULAR

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

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

### C: SISTEMA DE COAGULACIÓN

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

### D: SISTEMA NERVIOSO CENTRAL

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

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

### E: SISTEMA GASTROINTESTINAL

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

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

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

## F: SISTEMA RESPIRATORIO

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

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

## G: SISTEMA MUSCULOESQUELÉTICO

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

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

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

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

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

## H: SISTEMA UROGENITAL

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

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

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

## I: SISTEMA ENDOCRINO

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

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

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

## J: VARIOS

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

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

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

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

### Clases terapéuticas

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

### Fármacos concretos

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



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

Recomendaciones de elaboración propia a partir de diversas fuentes bibliográficas.

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

NOTA: En general, se recomienda optimizar las dosis de los fármacos que están relacionados con caídas, ajustándolas teniendo en cuenta los cambios en la absorción, distribución, aclaramiento y eliminación de los mismos en los ancianos. Se ha demostrado que el uso de dos o más fármacos de los contenidos en esta tabla, y no la polifarmacia, es un factor independiente de caídas<sup>84</sup>, por lo que se debe prestar especial atención a la combinación de los mismos, retirando uno de ellos si fuera posible. La retirada o reducción de dosis de estos fármacos debe ir acompañada de otras estrategias de prevención de caídas en ancianos.

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

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

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

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

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

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

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

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



## ANEXO 8: CUESTIONARIO VALORACIÓN ESPIRITUAL GES.

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

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

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

### CUESTIONARIO GES

#### Descripción e instrucciones de uso

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

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

## ANEXO 9: INTERVENCIONES

### Anexo 9A INTERVENCIONES NIC RECOMENDADAS.

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

## PACIENTE AUTÓNOMO

### QUÉ

#### NIC 5616 Enseñanza: medicamentos prescritos

**Enseñar** al paciente a almacenar correctamente los medicamentos.

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

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

**Ayudar** al paciente a desarrollar un horario de medicación escrito.

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

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

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

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

**Incluir** a la familia/allegados, según consentimiento.

#### NIC 4490 Ayuda para dejar de fumar

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

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

**Enseñar** al paciente los síntomas físicos de la abstinencia.

**Informar** al paciente sobre productos sustitutivos de la nicotina.

**Ayudar** al paciente a identificar aspectos psicosociales.

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

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

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

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

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

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

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

**Ayudar** al paciente a enfrentarse con cualquier recaída.

## PACIENTE AUTÓNOMO

### QUÉ

#### NIC 5614 Enseñanza: dieta prescrita

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

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

**Informar** al paciente sobre los alimentos permitidos y prohibidos.

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

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

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

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

**Proporcionar** los planes de comidas por escrito, según corresponda.

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

**Remitir** al paciente a un dietista, si procede.

**Incluir** a la familia, si hay consentimiento.

#### NIC 5612 Enseñanza: ejercicio prescrito

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

**Enseñar** al paciente a realizar el ejercicio prescrito.

**Enseñar** al paciente cómo controlar la tolerancia al ejercicio.

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

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

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

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

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

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

**Incluir** a la familia, si resulta apropiado.

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

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

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

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

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

**Proporcionar** información por escrito o diagramas.

## CÓMO

## NIC 4420 Acuerdo con el paciente

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Ayudar** al paciente a identificar hasta los más pequeños éxitos.

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

**Ayudar** al individuo a comentar sus sentimientos sobre el contrato.

CÓMO

**NIC 5230 Aumentar el afrontamiento**

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

**Ayudar** al paciente a resolver los problemas de forma constructiva.

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

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

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

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

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

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

**Animar** al paciente a desarrollar relaciones.

**Fomentar** las actividades sociales y comunitarias.

**Alentar** la aceptación de las limitaciones de los demás.

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

**Facilitar** salidas constructivas a la ira y la hostilidad.

**Favorecer** situaciones que fomenten la autonomía del paciente.

**Fomentar** la identificación de valores vitales específicos.

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

**Alentar** la verbalización de sentimientos, percepciones y miedos.

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

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

**Ayudar** al paciente a identificar sistemas de apoyo disponibles.

**Estimular** la implicación familiar, según corresponda.

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

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

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

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

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

*FC máx: frecuencia cardíaca máxima; RM: resistencia máxima; VO<sub>2</sub> máx: capacidad máxima de oxígeno*