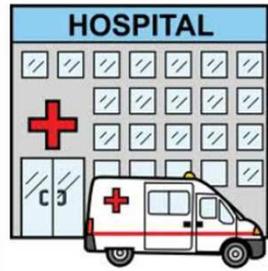




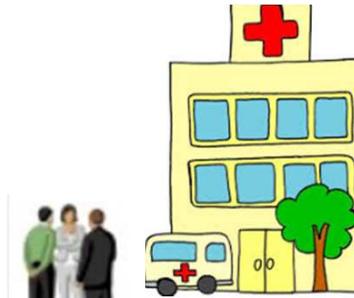
Estudio PLUPAR.

Atención al paciente pluripatológico ingresado en Medicina Interna y unidades de Geriátrica de agudos de Aragón

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



Barbastro



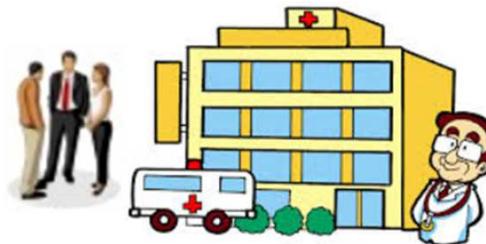
Teruel



Calatayud



Zaragoza



Alcañiz



Huesca

Objetivos

- Validar externamente el índice PROFUND.
- Determinar la incidencia de pluripatología.
- Describir las características de los pacientes pluripatológicos en Aragón(PPP).
- Determinar la prevalencia de polifarmacia en PPP.
- Establecer el valor pronóstico de diferentes ecuaciones de estimación de la filtración glomerular.

Métodos (I)

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

Métodos (II)

- Datos: edad, sexo, vivienda, categorías de enfermedad, índice de Charlson, consumo crónico de fármacos, creatinina, hemoglobina, ingresos en el año previo, delirium en el último ingreso, índice de Barthel, índice de Lawton-Brody, cuestionario de Pfeiffer, escala sociofamiliar de Gijón, necesidad de cuidador, disponer de cuidador e índice PROFUND.
- Aprobación por el CEICA.
- Análisis estadístico.

Resultados

13 hospitales

9 unidades de Medicina Interna

6 unidades de Geriátría

60 investigadores

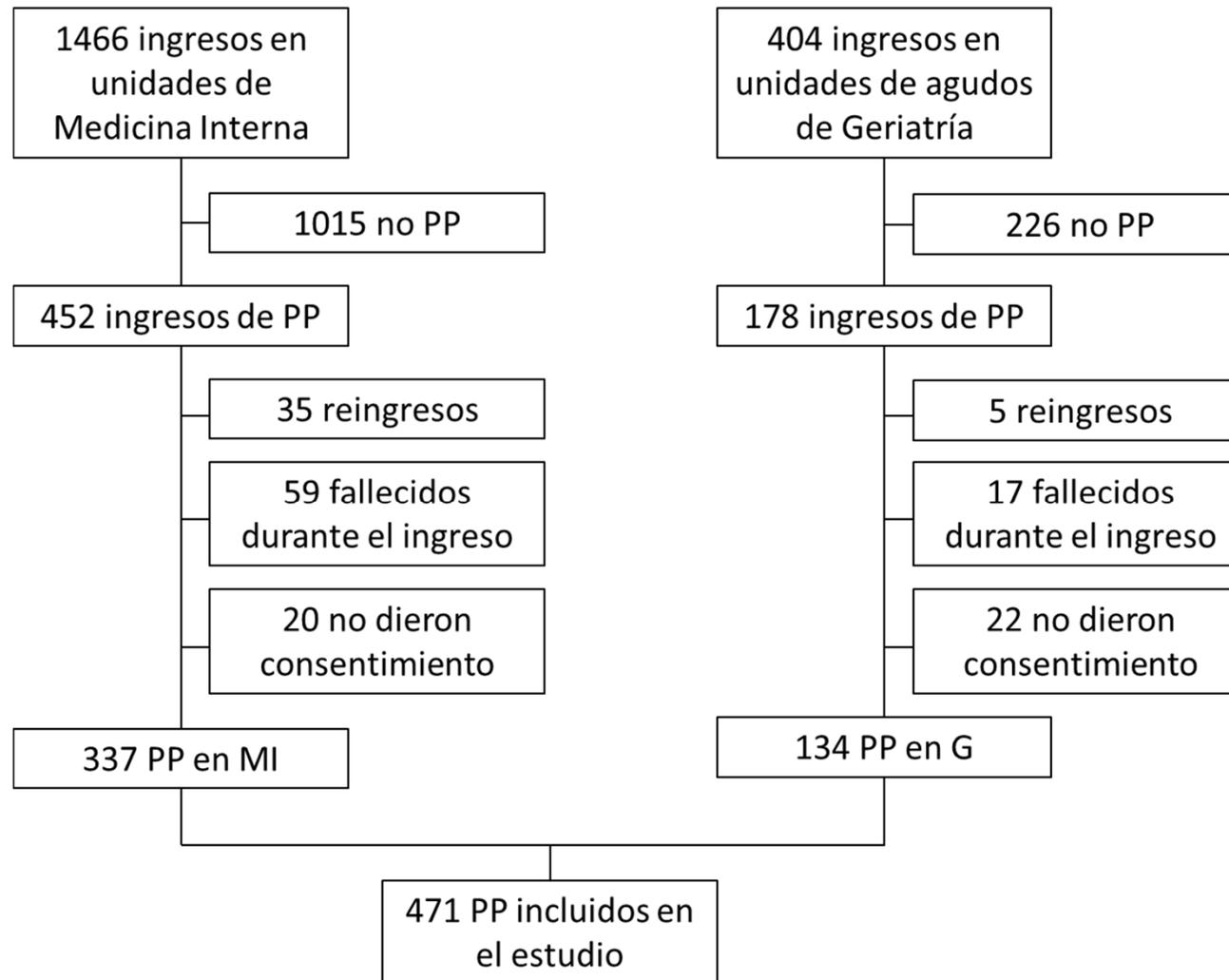
39 internistas

21 geriatras

46 investigadores incluyeron pacientes



Pacientes incluidos



Incidencia de pluripatología en Aragón

Ámbito	Incidencia
Medicina Interna	30,7%
Geriatría	44,0%
Total	33,6%

Características de los PPP



Original article

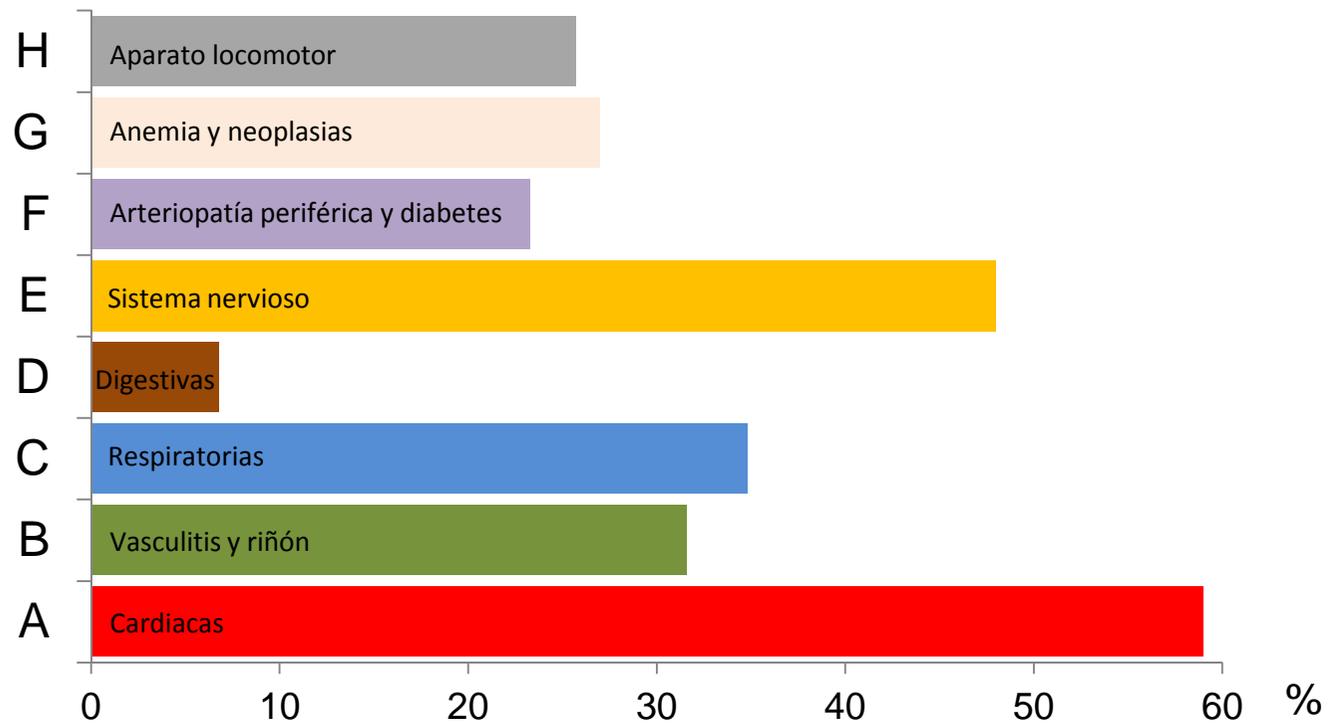
Differential characteristics in polypathological inpatients in internal medicine departments and acute geriatric units: The PLUPAR study[☆]

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

- Edad media 80,9 ± 8,9 años PROFUND 78,7 ± 9,4
- 54,8% mujeres PROFUND 45,4%
- 23,5% viven en una residencia PROFUND 5,9%

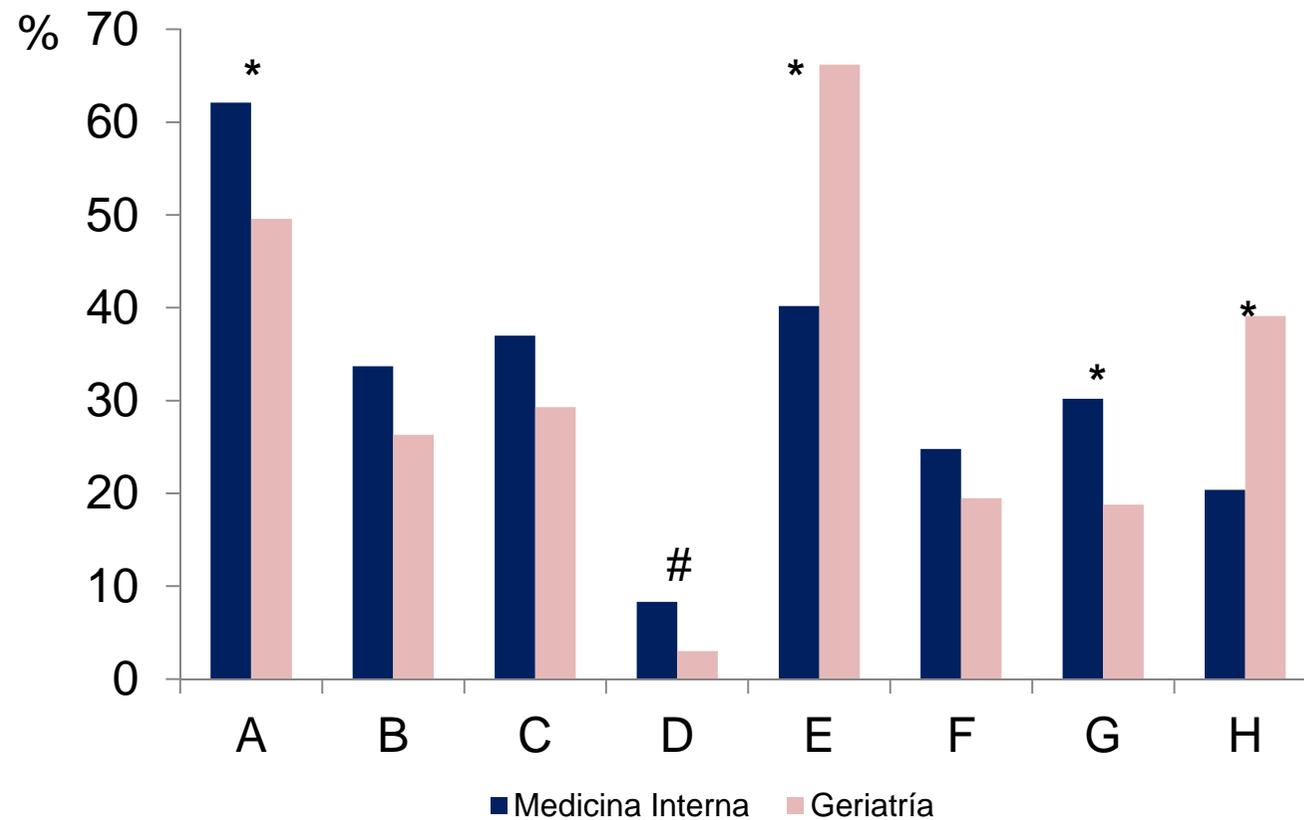
Características de los PPP

Categorías de enfermedad



Nº de categorías $2,6 \pm 0,8$ (rango 2-6)

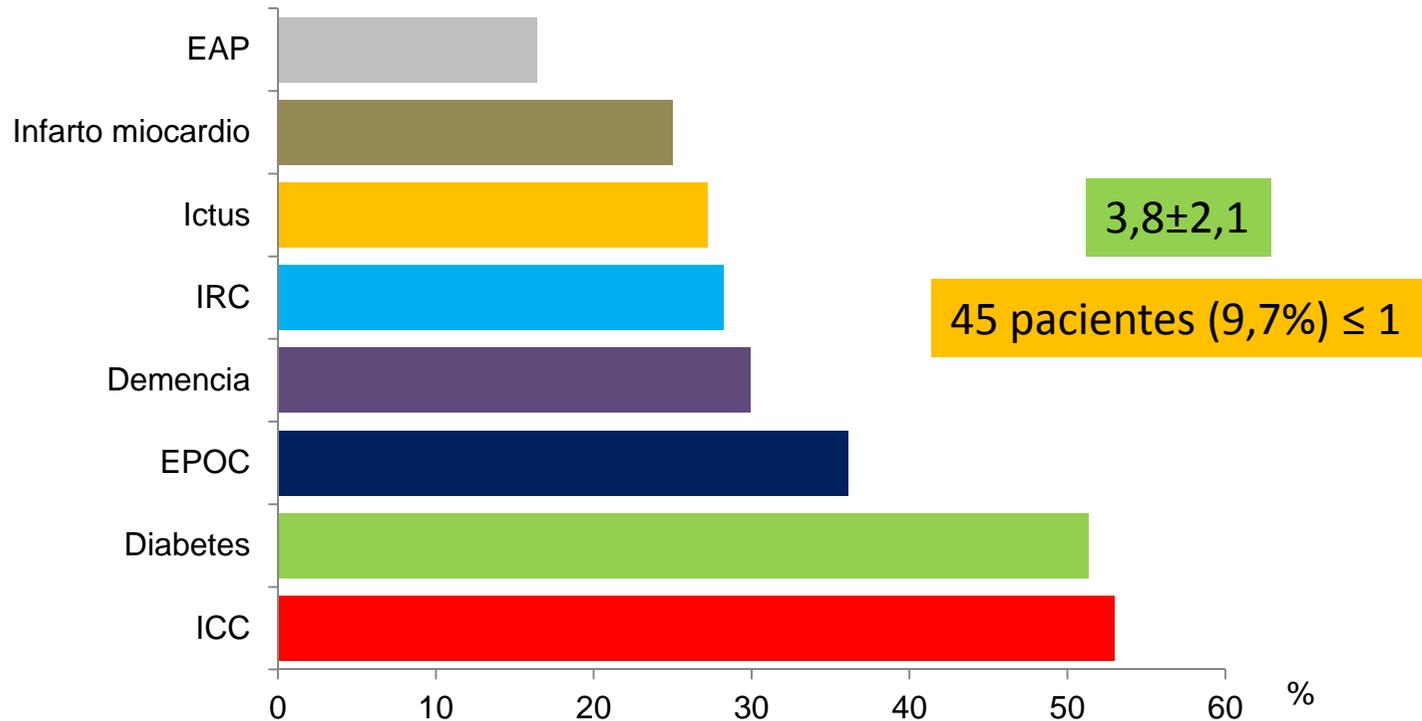
Características de los PPP



*p<0,01 #p<0,05

Características de los PPP

Índice de Charlson

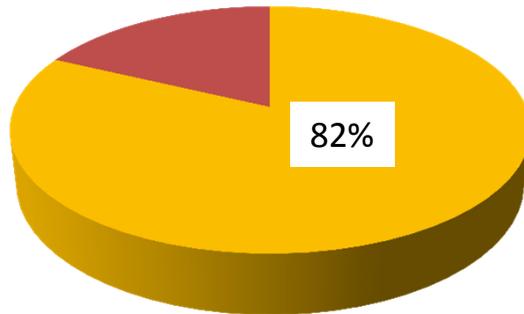


	Medicina interna	Geriatría	p
Índice de Charlson	4,0±2,1	3,5±2,1	0,03

Características de los PPP

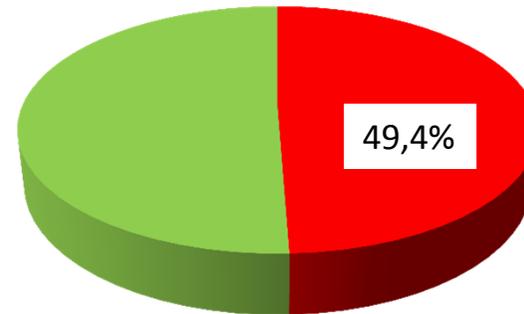
Dependencia AIVD

PROFUND
76,8%*



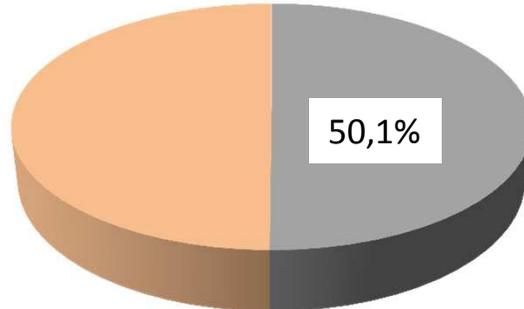
Dependencia ABVD

PROFUND
31,4%*



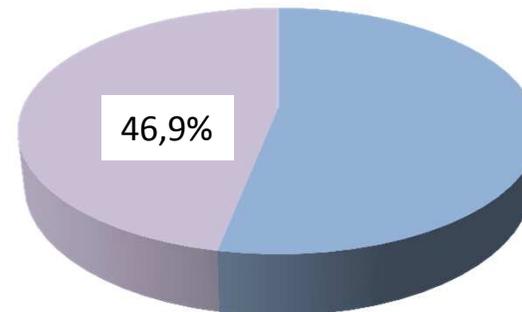
Deterioro cognitivo

PROFUND
33,2%*



Riesgo de problema social

PROFUND
45,6%*



Dependencia AIVD: índice de Lawton-Brody < 5 puntos en varones y < 8 en mujeres.

Dependencia ABVD: índice de Barthel < 60 puntos.

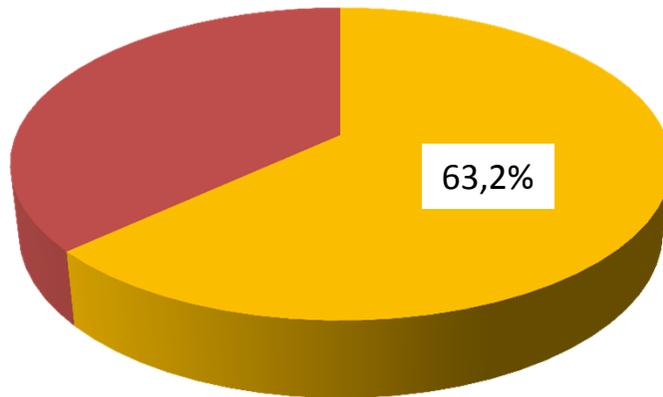
Deterioro cognitivo: cuestionario de Pfeiffer > 3 errores.

Riesgo de problema social: escala de Gijón \geq 10 puntos.

Características de los PPP

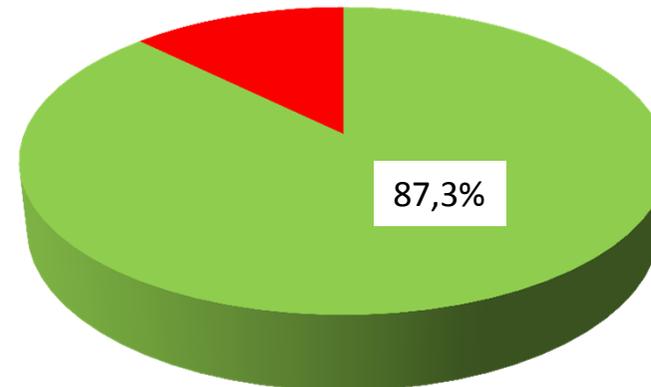
PROFUND
52,7%*

Requieren cuidador



Tienen cuidador

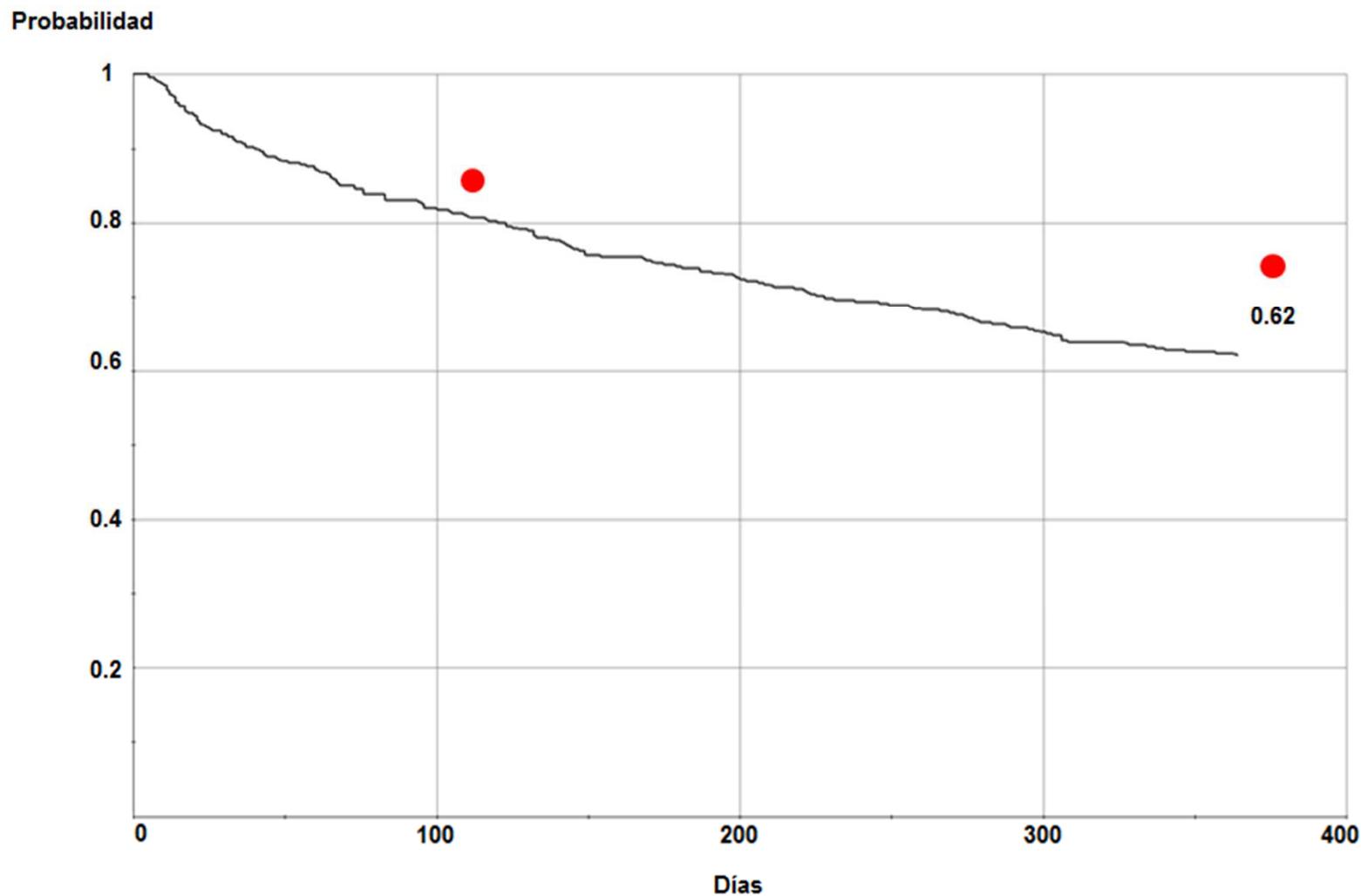
PROFUND
74,2%*



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

28,4% de los cuidadores es el cónyuge

Supervivencia de los PPP



Mortalidad de los PPP

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

Mortalidad de los PPP

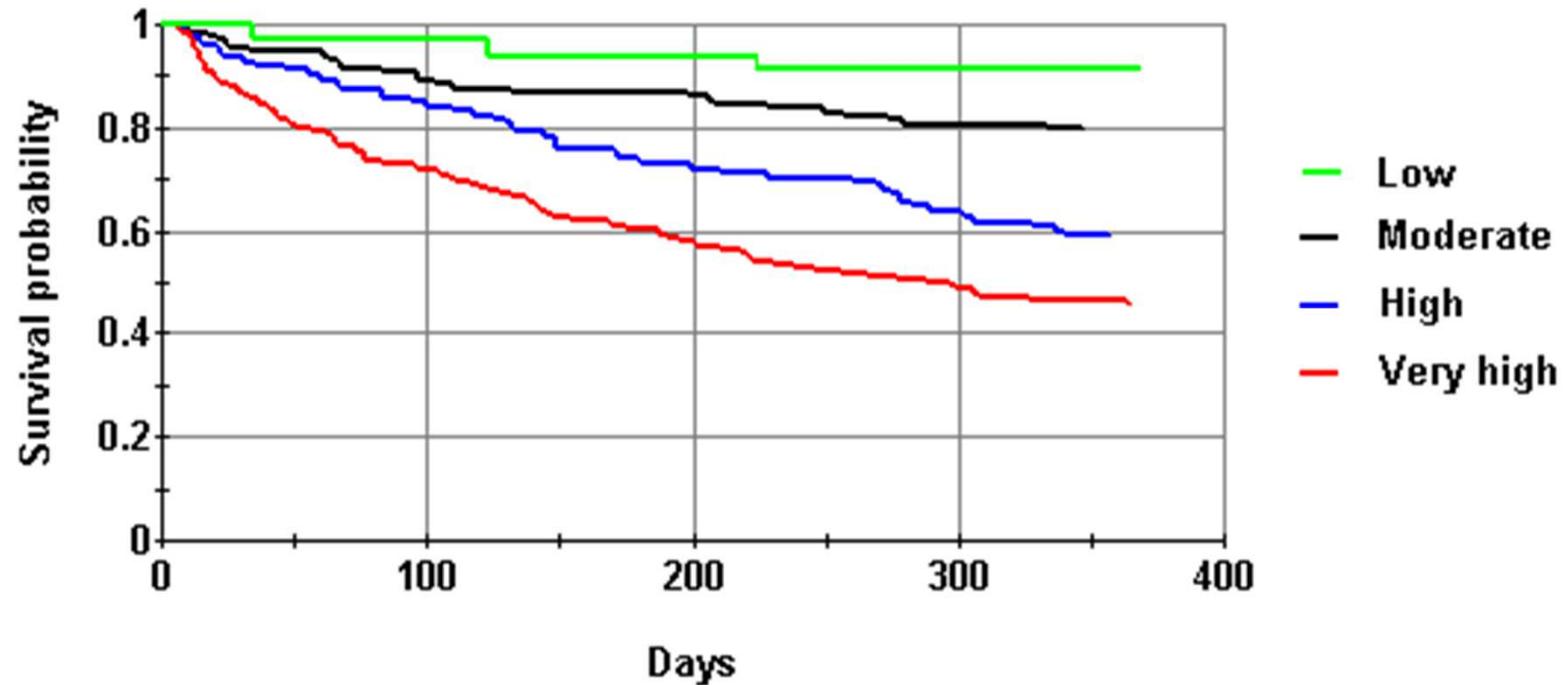
Factores asociados con la mortalidad (regresión de Cox)				
Variable	Análisis univariante		Análisis multivariante	
	OR (95%CI)	p	OR (95%CI)	p
Edad	1.04 (1.02-1.06)	0.0001	1.03 (1.01-1.06)	0.009
Vivir en residencia	1.55 (1.12-2.13)	0.01	1.15 (0.81-1.65)	0.44
Categoría G2 (neoplasia diseminada)	1.78 (1.19-2.67)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

Mortalidad de los PPP

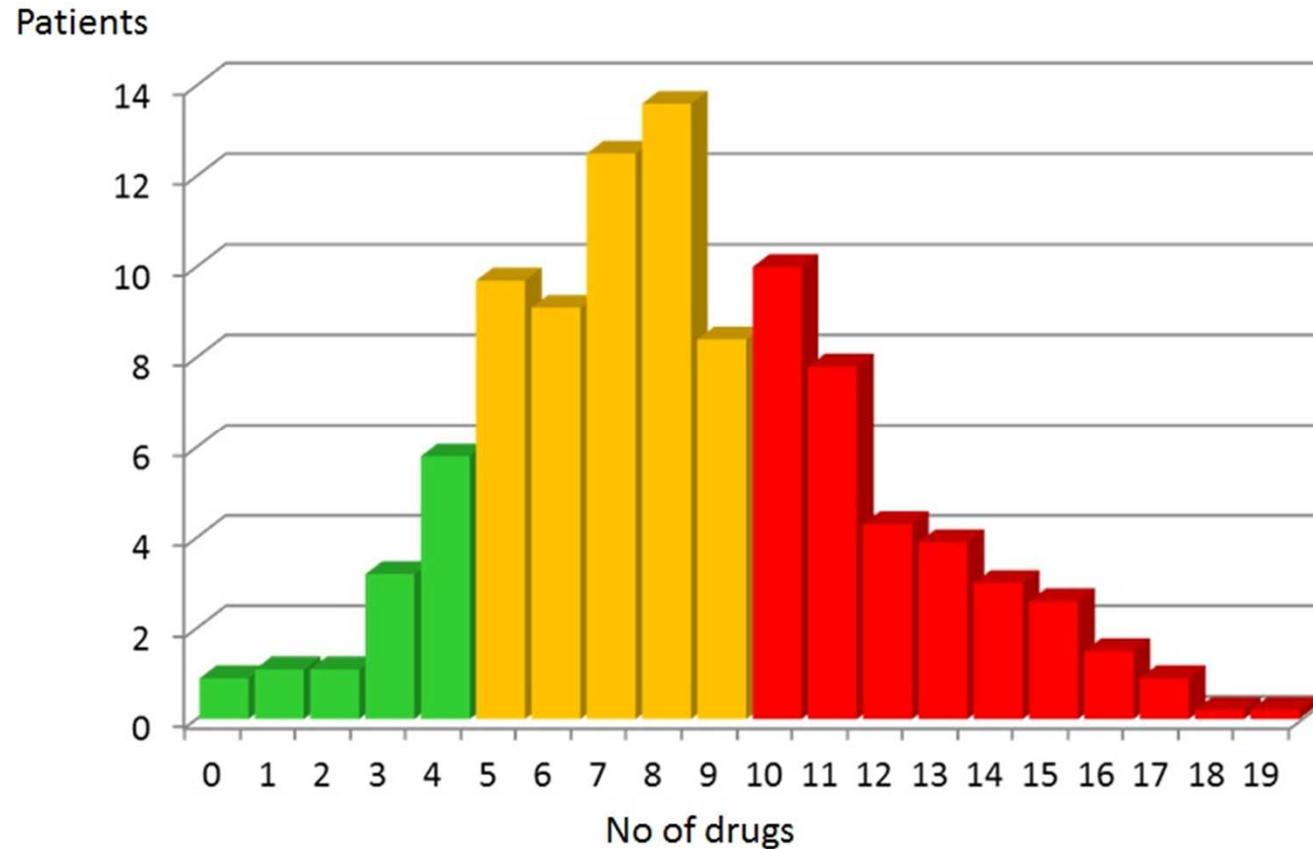
	PROFUND		PLUPAR	
Cuartiles	Pacientes N (%)	Mortalidad N (%)	Pacientes N (%)	Mortalidad N (%)
0-2	286 (19,5)	39 (13,6)	32 (6,8)	3 (9,4)
3-6	531 (36,2)	142 (26,7)	132 (28,2)	27 (20,4)
7-10	310 (23,2)	148 (47,7)	125 (26,7)	52 (41,6)
≥ 11	340 (21,1)	219 (64,4)	179 (38,2)	97 (54,2)

*p=0,02

Validación índice PROFUND

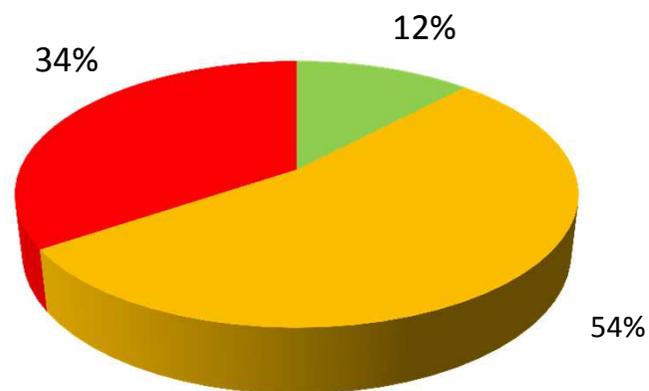


Polifarmacia y pluripatología



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

Polifarmacia y pluripatología



■ 0-4 ■ 5-9 polifarmacia ■ ≥ 10 polifarmacia extrema

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

Polifarmacia y pluripatología

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

Ecuaciones estimación FG

Tabla 4

Concordancias (en negrita) en la clasificación de grupos de filtrado glomerular estimado a partir de la ecuación MDRD-4 y CKD-EPI, tomando como referencia el filtrado glomerular estimado por MDRD-4, y considerando simultáneamente las variables de edad y sexo

	MDRD-4				
	1 (≥ 90)	2 (60-89)	3 (30-59)	4 (15-29)	5 (< 15)
CKD-EPI					
<i>Total (n = 425)</i>					
1 (≥ 90)	13 (21%)				
2 (60-89)	49 (79%) ^b	114 (78,8%)	1 (0,6%) ^a		
3 (30-59)		28 (21,2%) ^b	148 (86%)		
4 (15-29)			23 (13,4%) ^b	47 (95,9%)	
5 (< 15)				2 (4,1%) ^b	10 (100%)
<i>Mujeres</i>					
<i>< 83 años</i>					
1 (≥ 90)	2 (18,2%)				
2 (60-89)	9 (81,8%) ^b	21 (87,5%)			
3 (30-59)		3 (12,5%) ^b	36 (94,7%)		
4 (15-29)			2 (5,3%) ^b	11 (100%)	
5 (< 15)					3 (100%)
<i>≥ 83 años</i>					
1 (≥ 90)	0 (0%)				
2 (60-89)	14 (100%) ^b	32 (72,7%)	1 (1,4%) ^a		
3 (30-59)		12 (27,3%) ^b	56 (80%)		
4 (15-29)			13 (18,6%) ^b	14 (87,5%)	
5 (< 15)				2 (12,5%) ^b	4 (100%)
<i>Varones</i>					
<i>< 83 años</i>					
1 (≥ 90)	11 (42,3%)				
2 (60-89)	15 (57,7%) ^b	34 (77,3%)			
3 (30-59)		10 (22,7%) ^b	36 (94,7%)		
4 (15-29)			2 (5,3%) ^b	14 (100%)	
5 (< 15)					1 (100%)
<i>≥ 83 años</i>					
1 (≥ 90)	0 (0%)				
2 (60-89)	11 (100%) ^b	17 (85%)			
3 (30-59)		3 (15%) ^b	20 (76,9)		
4 (15-29)			6 (23,1%) ^b	8 (100%)	
5 (< 15)					2 (100%)

CKD-EPI: Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration; FGe: filtrado glomerular estimado; MDRD: Modification of Diet in Renal Disease.

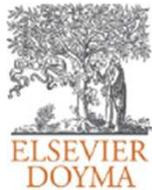
Los valores de filtrado glomerular estimado de los grupos se expresan en ml/min/1,73 m².

^a Pacientes reclasificados hacia estadios de filtrado glomerular estimado superior por CKD-EPI.

^b Pacientes reclasificados hacia estadios de filtrado glomerular estimado inferior por CKD-EPI.

Ecuaciones estimación FG

Med Clin (Barc). 2013;xx(x):xxx-xxx



MEDICINA CLINICA

www.elsevier.es/medicinaclinica



Original

Capacidad diagnóstica de las ecuaciones *Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration* y *Modification of Diet in Renal Disease-4* en la estimación del filtrado glomerular en pacientes pluripatológicos

José Luis Cabrerizo-García^{a,*}, Jesús Díez-Manglano^b, Ernesto García-Arilla^c, Paz Revillo-Pinilla^d, José Ramón-Puertas^a y Mariano Sebastián-Royo^a, en representación de los investigadores del estudio PLUPAR[◇]

- Los valores resultantes de la estimación del FG en PP varían de forma sustancial según empleemos CKD-EPI o MDRD-4. Las discordancias son clínicamente relevantes, los resultados no pueden ser considerados equivalentes ni las fórmulas intercambiables.
- Los resultados en la estimación del FG obtenidos por CKD-EPI son, en la mayoría de los casos, inferiores a los obtenidos por MDRD-4 y reclasifican, de forma general, a los PP hacia estadios con mayor disfunción renal, especialmente en mujeres de 83 años o más.

Conocer la pluripatología

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

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

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

11th Congress EFIM 2012

Conocer la pluripatología

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

11th Congress EFIM 2012

Tasa de
respuesta baja

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



INFORME DE VALORACION

Estimado compañero:

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

En la valoración funcional presenta:

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

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

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

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

En _____, a _____ de _____ de 2011.

Fdo: Dr. _____ Colg nº _____
Medicina Interna

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

CATEGORÍA A
<input type="checkbox"/> A.1. Insuficiencia cardíaca que en situación de estabilidad clínica haya estado en grado II de la NYHA (síntomas con actividad física habitual)
<input type="checkbox"/> A.2. Cardiopatía isquémica
CATEGORÍA B
<input type="checkbox"/> B.1. Vasculitis y enfermedades autoinmunes sistémicas
<input type="checkbox"/> B.2. Enfermedad renal crónica definida por elevación de creatinina (>1,4 mg/dl en varones, >1,3 mg/dl en mujeres) o proteinuria, mantenidos durante 3 meses
CATEGORÍA C
<input type="checkbox"/> C.1. Enfermedad respiratoria crónica que en situación de estabilidad clínica haya estado con: disnea grado II de la MRC (disnea a paso habitual en llano), ó FEV ₁ <65%, ó SatO ₂ ≤ 90%
CATEGORÍA D
<input type="checkbox"/> D.1. Enfermedad inflamatoria crónica intestinal
<input type="checkbox"/> D.2. Hepatopatía crónica con datos de insuficiencia hepatocelular ó hipertensión portal
CATEGORÍA E
<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 inferior a 60)
<input type="checkbox"/> E.3. Enfermedad neurológica con deterioro cognitivo permanente, al menos moderado (Pfeiffer con 5 ó más errores)
CATEGORÍA F:
<input type="checkbox"/> F.1. Arteriopatía periférica sintomática
<input type="checkbox"/> F.2. Diabetes mellitus con retinopatía proliferativa ó neuropatía sintomática
CATEGORÍA G:
<input type="checkbox"/> G.1. Anemia crónica por pérdidas digestivas o hemopatía adquirida no subsidiaria de tratamiento curativo que presente Hb < 10mg/dl en dos determinaciones separadas entre sí más de tres meses
<input type="checkbox"/> G.2. Neoplasia sólida ó hematológica activa no subsidiaria de tratamiento con intención curativa
CATEGORÍA H:
<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 inferior a 60)

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

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

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

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

INFORME DE VALORACION

Estimado compañero:

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

En la valoración funcional presenta:

- Una puntuación de **4** puntos en la escala de Lawton-Brody, indicativa de **DEPENDENCIA** en las actividades instrumentales de la vida diaria.
- Una puntuación de **65** en la escala de Barthel, indicativa de **AUTONOMIA** en las actividades básicas de la vida diaria.
- Una puntuación de **6** errores en el cuestionario de Pfeiffer, indicativo de **POSIBLE DETERIORO LEVE-MODERADO** de las funciones cognitivas.
- Un consumo habitual de **8** fármacos, indicativo de **POLIFARMACIA**.

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

Al aplicar el índice PROFUND tiene **8** puntos, lo que conlleva una probabilidad de muerte de **45** % en un año.

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

En Zaragoza, a 22 de octubre de 2013.

Fdo: Dr Diez Manglano. Colg nº99999
Medicina Interna

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

CATEGORÍA A	
<input checked="" type="checkbox"/>	A.1. Insuficiencia cardíaca que en situación de estabilidad clínica haya estado en grado II de la NYHA (síntomas con actividad física habitual)
<input type="checkbox"/>	A.2. Cardiopatía isquémica
CATEGORÍA B	
<input type="checkbox"/>	B.1. Vasculitis y enfermedades autoinmunes sistémicas
<input type="checkbox"/>	B.2. Enfermedad renal crónica definida por elevación de creatinina (>1,4 mg/dl en varones, >1,3 mg/dl en mujeres) o proteinuria, mantenidos durante 3 meses
CATEGORÍA C	
<input checked="" type="checkbox"/>	C.1. Enfermedad respiratoria crónica que en situación de estabilidad clínica haya estado con: disnea grado II de la MRC (disnea a paso habitual en llano), ó FEV ₁ <65%, ó SatO ₂ ≤ 90%
CATEGORÍA D	
<input type="checkbox"/>	D.1. Enfermedad inflamatoria crónica intestinal
<input type="checkbox"/>	D.2. Hepatopatía crónica con datos de insuficiencia hepatocelular ó hipertensión portal
CATEGORÍA E	
<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 inferior a 60)
<input checked="" type="checkbox"/>	E.3. Enfermedad neurológica con deterioro cognitivo permanente, al menos moderado (Pfeiffer con 5 ó más errores)
CATEGORÍA F:	
<input type="checkbox"/>	F.1. Arteriopatía periférica sintomática
<input type="checkbox"/>	F.2. Diabetes mellitus con retinopatía proliferativa ó neuropatía sintomática
CATEGORÍA G:	
<input type="checkbox"/>	G.1. Anemia crónica por pérdidas digestivas o hemopatía adquirida no subsidiaria de tratamiento curativo que presente Hb < 10mg/dl en dos determinaciones separadas entre sí más de tres meses
<input type="checkbox"/>	G.2. Neoplasia sólida ó hematológica activa no subsidiaria de tratamiento con intención curativa
CATEGORÍA H:	
<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 inferior a 60)

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

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

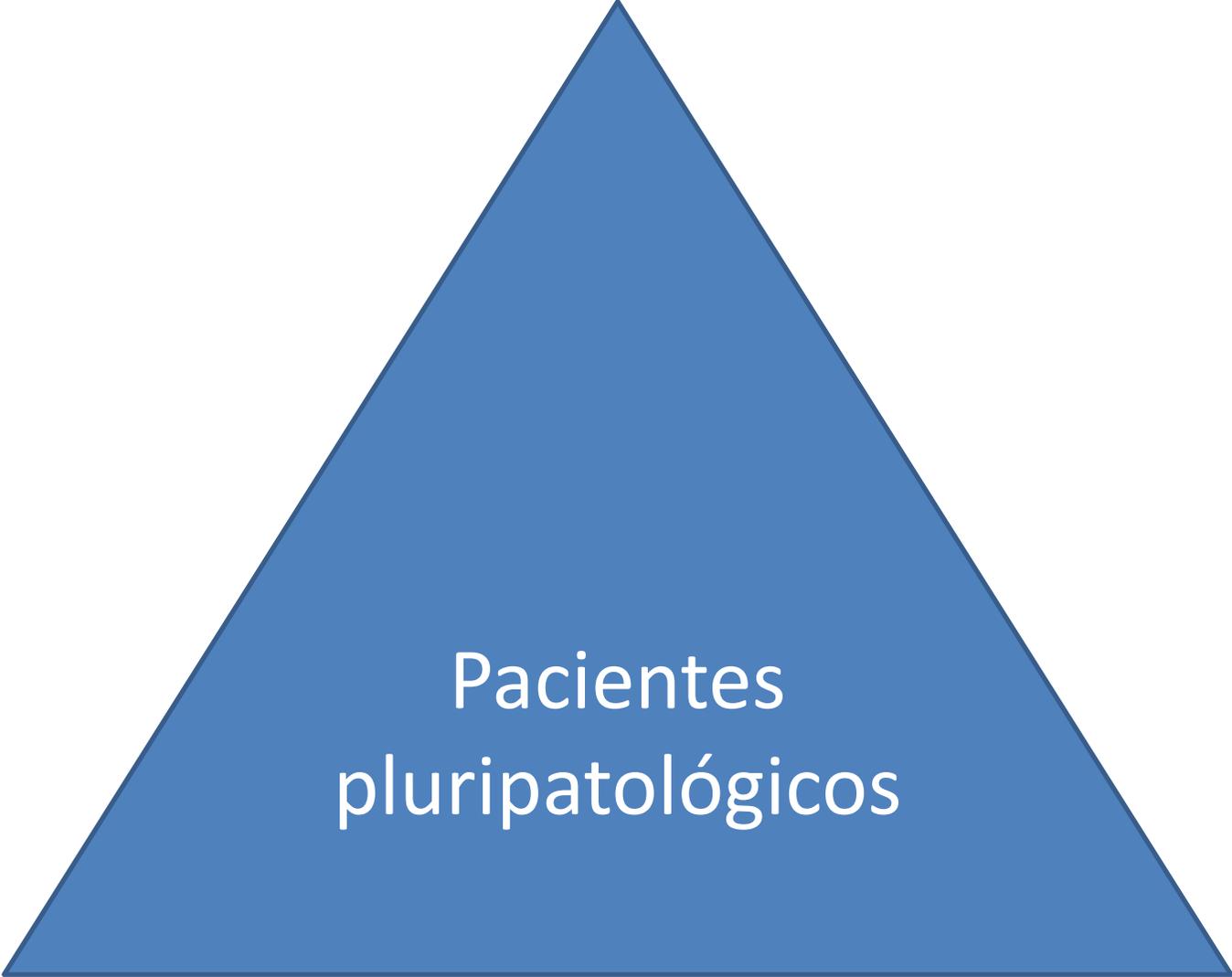
Índice PROFUND	Probabilidad de muerte a un año
0-2	12,1%
3-6	21,5%
7-10	45 %
≥ 11	68 %

Próximos proyectos

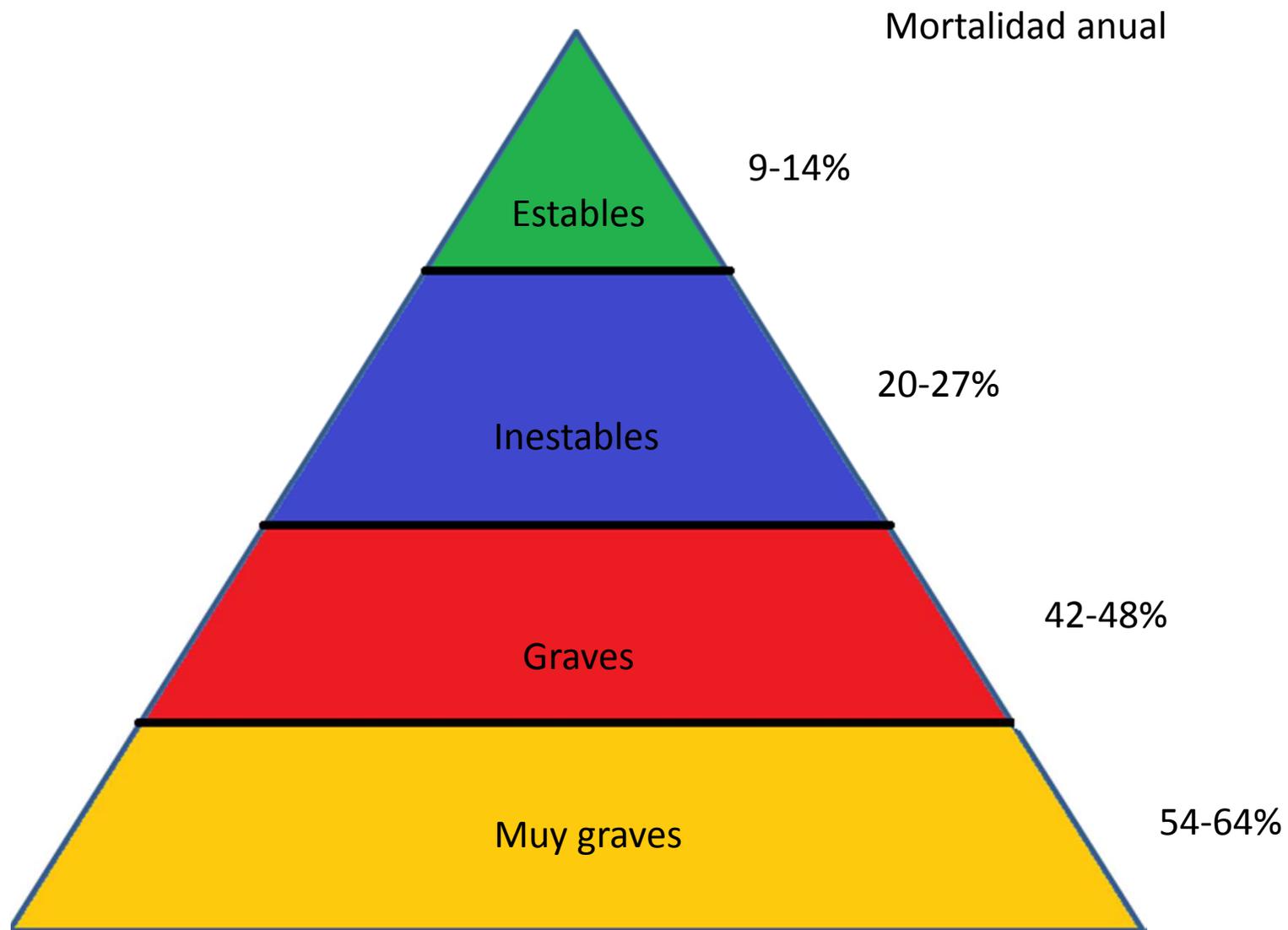
- Coste de atención a los PPP
 - Coste anual de hospitalización en los PPP
 - Coste anual de gasto farmacéutico no hospitalario en los PPPAmpliación del estudio PLUPAR (Aprobado por el CEICA)
- Desprescripción en PPP con polifarmacia extrema
 - En fase de preparación
- Estudio PALIARAGON (validación del índice PALIAR en Aragón)
 - Inicio en julio 2014

Otros resultados

- Grupo de investigación en Comorbilidad y pluripatología en Aragón
Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud
Reconocido Departamento Ciencia Gobierno de Aragón
- Colaboraciones con
Sociedad Aragonesa de Calidad Asistencial
Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria
IACS-Incluidos en grupo de Envejecimiento saludable
Salud-Programa del anciano polimedicado
Grupo de Paciente pluripatológico de la SEMI
- Grupo de reflexión sobre atención al paciente crónico con AP y MI
- Modelo de atención al paciente crónico complejo (inicio en octubre 2014)



Pacientes
pluripatólogicos



Atención primaria

Medicina interna

Centro de salud
(tratamiento óptimo)

Consulta externa
(tratamiento óptimo)

Consulta programada
(ajuste de medicación)

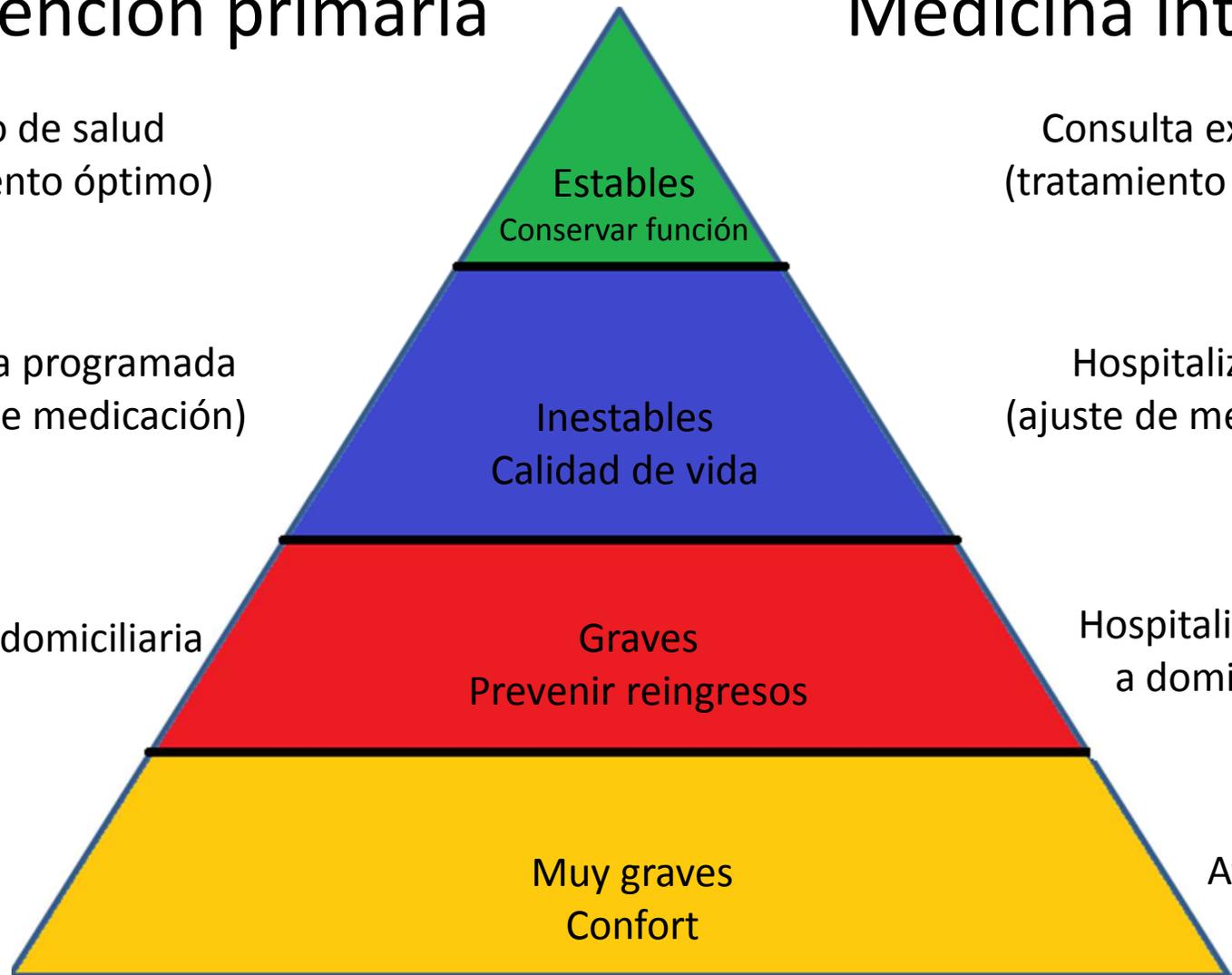
Hospitalización
(ajuste de medicación)

Atención domiciliaria

Hospitalización
a domicilio

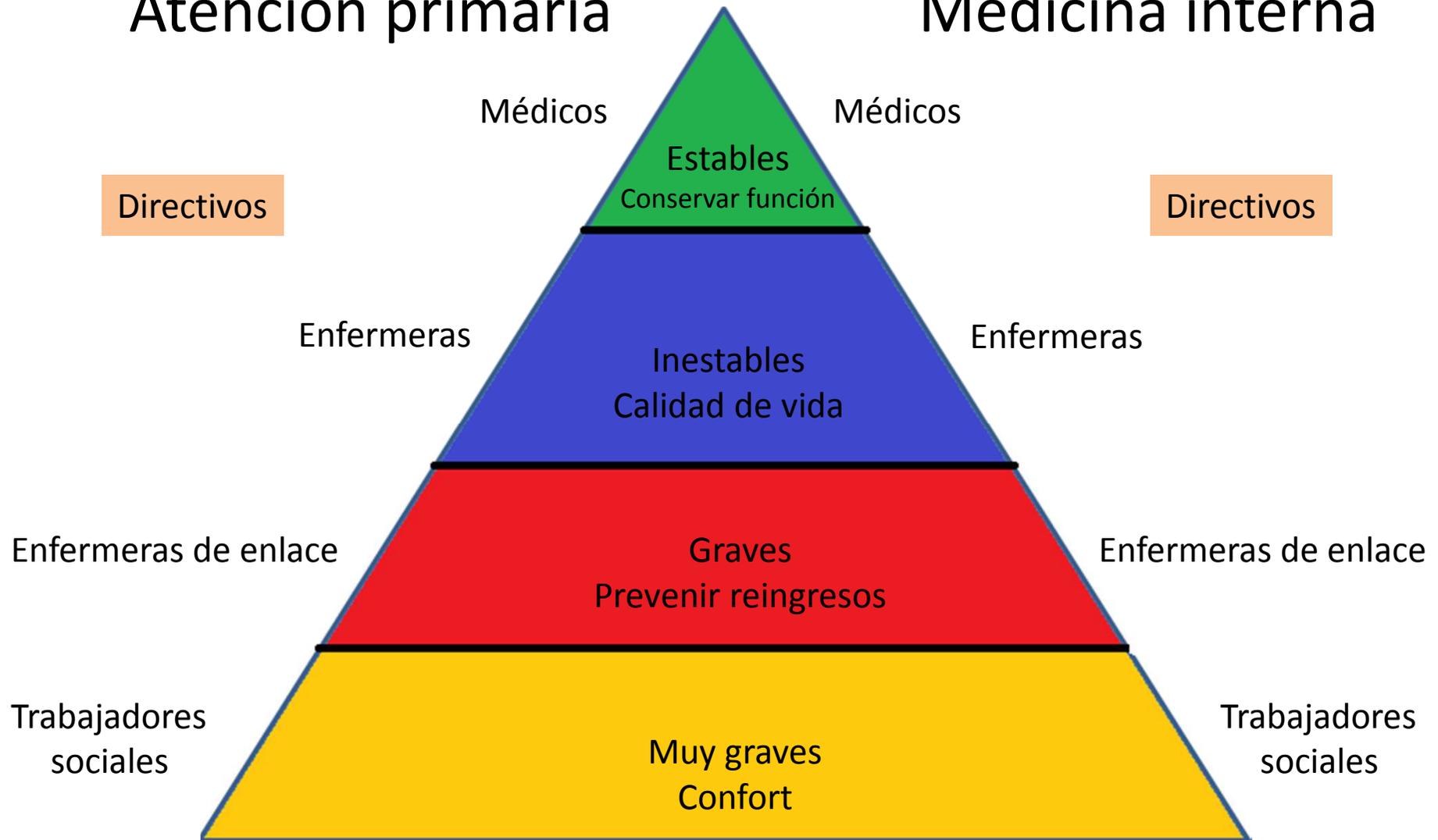
ESAD

Atención final

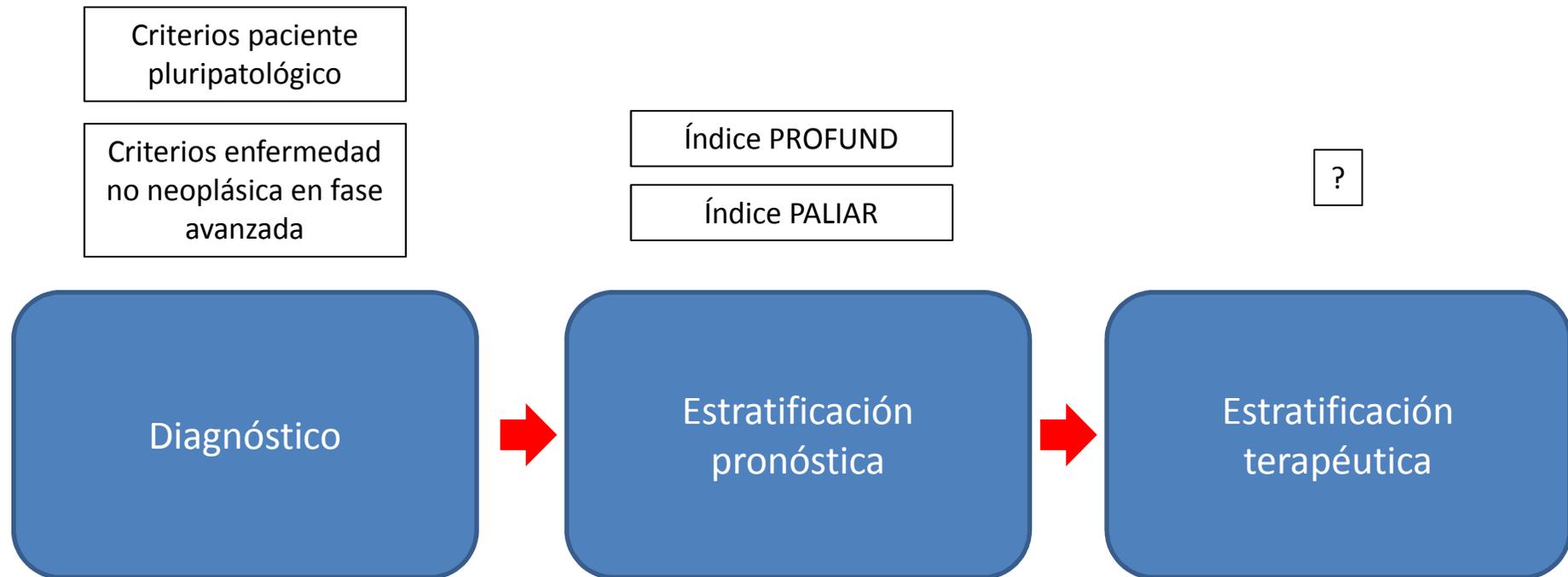


Atención primaria

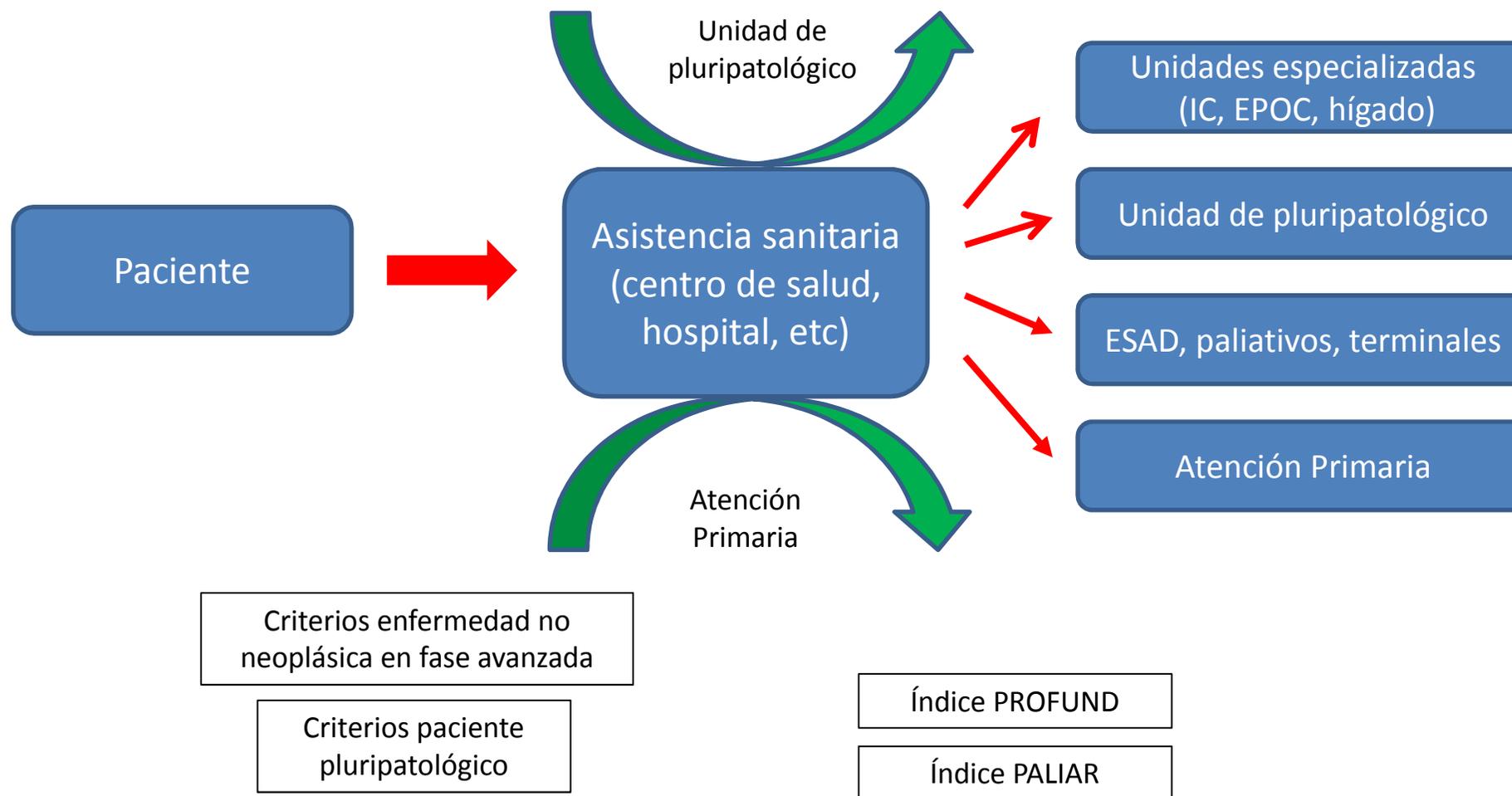
Medicina interna



Propuestas: dónde estamos



Propuestas



Modelo de atención

Categorías de pacientes

Paciente pluripatológico

Paciente con enfermedad no neoplásica en fase avanzada

Paciente con enfermedad neoplásica avanzada

Paciente frágil con enfermedad crónica

Paciente multiingresador

Atención a los pacientes

Identificación

Evaluación multidimensional

Estratificación pronóstica

Estratificación terapéutica

Seguimiento

Estratificación pronóstica

Estratificación pronóstica	
Paciente pluripatológico	PROFUND, PROFUNCTION
Paciente con enfermedad no neoplásica en fase avanzada	PALIAR, criterios de terminalidad de la NHO
Paciente con enfermedad neoplásica avanzada	Karnofsky, ECOG-PS
Paciente frágil con enfermedad crónica	Escala Gijón, escala de la enfermedad
Paciente multiingresador	Escala Gijón, escala de la enfermedad

Estratificación terapéutica

PROFUND	Objetivos	Atención Primaria	Hospital
1	Prolongar la vida Conservar la función	Centro de salud	Consulta externa
2	Conservar la función Calidad de vida	Centro de salud	Ingreso
3	Calidad de vida Prevenir reingresos	Atención domiciliaria	HAD
4	Confort	ESAD	Atención final

PALIAR	Objetivos	Atención Primaria	Hospital
1	Prolongar la vida Conservar la función	Centro de salud	HAD
2	Conservar la función Calidad de vida	Centro de salud	HAD
3	Calidad de vida Prevenir reingresos	ESAD	Atención final
4	Confort	ESAD	Atención final

Plan de seguimiento

- Tras la detección se envía un informe a MAP con valoración multidimensional y estratificación pronóstica.
- Formación del paciente y/o cuidador en signos de alarma y primeras medidas.
- Tras ingreso contacto telefónico desde Medicina Interna en las primeras 48 horas.
- Tras ingreso visita domiciliaria desde Atención Primaria en las primeras 72 horas.
- Tras ingreso revisión en consulta en el primer mes.
- De lunes a viernes garantizar consulta externa en menos de 24 horas a petición del MAP.
- Remitir pacientes frágiles a Trabajo social.
- *Programa coordinado de atención al paciente en situación agónica terminal coordinado entre MAP, ESAD, HAD y hospital.*
- *Sacar a los pacientes de los circuitos de multiconsulta de especialidades y de las Urgencias hospitalarias y 061.*

Muchas gracias
