

Profesionales, actividades, características de calidad

El procedimiento seguido para el desarrollo de los componentes del PAI se basa en la definición de QUIÉN-DÓNDE-QUÉ-CÓMO-CUÁNDO.

Para las distintas fases que se derivan del recorrido de el/la paciente, se han identificado los/as profesionales que intervienen, las actividades que deben realizarse, y las principales características de calidad que han de tener estas actividades³⁶.

Se trata, de incorporar aquellas características que aportan valor, que son “**puntos críticos de buena práctica**”, considerando e integrando los **elementos y dimensiones oportunas de la calidad**:

- **La efectividad clínica:**

Ante la ausencia de GPC, prácticamente todas las características de calidad están basadas en la amplia bibliografía revisada y por tanto, en su mayoría se han elaborado por acuerdo del grupo que ha actualizado el PAI.

- **La seguridad:**

Se identifica con el triángulo (⚠) las buenas prácticas de la Estrategia de Seguridad del Paciente de Andalucía^{37, 38}.

- **La información y toma de decisiones:**

Se identifica con (i) tanto el momento como el contenido mínimo que debe recibir el/la paciente, familia y/o representante legal.

Se identificarán con (bc) las buenas prácticas recomendadas en la Estrategia de Bioética de Andalucía³⁹, Mapa de Competencias y Buenas Prácticas Profesionales en Bioética⁴⁰ y otros documentos de la Estrategia de Bioética:

- Uso de formulario de consentimiento informado escrito del Catálogo de Formularios del Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA)⁴¹.
- Proceso de Planificación Anticipada de Decisiones (PAD)⁴².
- Consulta al Registro de Voluntades Vitales Anticipadas(RVA)⁴³.

- **El uso adecuado de medicamentos:**

Se utilizarán los mismos criterios especificados para la efectividad clínica además de todas las recomendaciones y evidencias referentes a la seguridad de los medicamentos.

- **Los cuidados de enfermería:**

Se describen principalmente mediante la identificación de los resultados a conseguir (*Nursing Outcomes Classification -NOC-*)⁴⁴ y principales intervenciones (*Nursing Interventions Classification -NIC-*)⁴⁵.

UNIDAD DE ATENCIÓN A LA CIUDADANÍA / TELEASISTENCIA

Actividades	Características de calidad
1º RECEPCIÓN DE LA PERSONA	<p>1.1 Se aplicarán medidas para la identificación inequívoca de la persona mediante tres códigos de identificación diferentes (nombre y apellidos, fecha de nacimiento y NUHSA) en el ámbito de la atención primaria y consultas hospitalarias. (A)</p> <p>1.2 Se realizará identificación mediante pulsera con al menos dos códigos de identificación diferentes en el ámbito de observación de urgencias, Hospital de Día y hospitalización.</p>

MÉDICO/A DE FAMILIA, INTERNISTA, ENFERMERO/A DE FAMILIA Y DE HOSPITAL

Actividades	Características de calidad
2º IDENTIFICACION DEL PACIENTE	<p>2.1 Partiendo de los diagnósticos clínicos que presenta el paciente en su historia clínica se identificará como pluripatológico a las personas con enfermedades crónicas según se establece en la definición del proceso.</p> <p>2.2 Se registrará en la historia clínica, dentro del sistema de información correspondiente a su ámbito de actuación, AP o AH, una señal que permita identificar al paciente como paciente pluripatológico, así como las categorías clínicas por las que ha sido incluido.</p> <p>2.3 El cribado de personas con criterios de paciente pluripatológico podrá ser realizada y comunicada al médico de familia a través de los sistemas informáticos de la organización mediante metabuscadores diseñados para tal efecto. Será el médico quien, revisando la historia clínica, confirme o no la presencia de criterios de pluripatología y proceda a la inclusión en el Proceso Asistencial.</p> <p>2.4 Se informará al paciente de la condición de paciente pluripatológico, de su inclusión en el proceso asistencial y de los nombres del equipo de profesionales responsables de la atención interdisciplinar.</p>

MÉDICO/A DE FAMILIA, INTERNISTA, ENFERMERO/A DE FAMILIA Y DE HOSPITAL, ENFERMERO/A GESTOR/A DE CASO, FARMACÉUTICO/A DE ATENCIÓN PRIMARIA Y DE HOSPITAL, TRABAJADOR/A SOCIAL

Actividades	Características de calidad
<p>3º</p> <p>VALORACIÓN INTEGRAL EXHAUSTIVA (VIE)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La valoración integral exhaustiva se concibe como una evaluación del paciente pluripatológico así como de la persona que cuida, con las siguientes dimensiones: <ul style="list-style-type: none"> - Valoración integral. - Valoración pronóstica. - Valoración farmacológica. - Valoración de la capacidad de autogestión y activación. - Valoración de preferencias y valores. • Será realizada en el centro de salud, en el domicilio o en el hospital en las siguientes situaciones: <ul style="list-style-type: none"> - Una vez identificado el paciente e incluido en el Proceso Asistencial en un plazo de un mes. - Tras el alta hospitalaria, entre la segunda y cuarta semana. - La identificación de una nueva categoría diagnóstica de paciente pluripatológico. - La disminución del Índice de Barthel en 20 puntos (salvo cuando el Barthel sea menor de 60 puntos). - La aparición de circunstancias vitales estresantes como la viudez, cambio de residencia o institucionalización. • Revaloración focalizada: se concibe como la valoración de algunas de las dimensiones de la VIE por eventos significativos que pueden inducir modificaciones en el PAP. Algunas de las circunstancias que motivan una revaloración focalizada son: <ul style="list-style-type: none"> - La hospitalización y la planificación del alta hospitalaria. - El paso de un paciente de autónomo a dependiente o descensos en el Barthel inferiores a 20 puntos. - Cambios importantes en la medicación que puedan requerir revisión de la carga terapéutica o cambios en el PAP. (⚠) - Cualquier circunstancias que obligue al ajuste del PAP. • La realización de la VIE o de algunas de sus dimensiones conlleva la revisión y actualización si modifica el PAP. <p>3.1 VALORACIÓN INTEGRAL</p> <p>Se realizará una valoración clínica, funcional y de la fragilidad, cognitiva, afectiva y sociofamiliar.</p>



Actividades	Características de calidad
<p data-bbox="204 186 360 384">3º VALORACIÓN INTEGRAL EXHAUSTIVA (VIE)</p>	<p data-bbox="411 186 683 220">3.1.1 Valoración clínica</p> <ul data-bbox="424 247 1359 359" style="list-style-type: none"> • Se realizará una anamnesis seguida de exploración física y la petición de las pruebas complementarias pertinentes para el manejo/confirmación e los diagnósticos que sospechamos y/o parámetros necesarios para la estratificación pronóstica. <p data-bbox="464 380 671 414">3.1.1.1 Anamnesis:</p> <ul data-bbox="464 435 1359 987" style="list-style-type: none"> - En los antecedentes personales, registrar tanto aquellas patologías que conforman categorías diagnósticas de pluripatología como otras comorbilidades que no afecten al diagnóstico de paciente pluripatológico en sí mismas. - Evaluación del estilo de vida incluyendo hábitos tóxicos, actividad física, y alimentación - En todas las enfermedades crónicas se hará referencia al año de comienzo y a la repercusión funcional de la misma, preferentemente mediante la utilización de escalas estandarizadas (NYHA en categoría A1⁴⁶, mMRC en categoría C⁴⁷, CHILD en categoría D2⁴⁸, ECOG en categoría G2⁴⁹, GDS-FAST en demencia^{50, 51}). - Antecedentes de ingresos hospitalarios en el último año y en caso afirmativo, la presencia de delirium durante la hospitalización. - Síntomas actuales. <p data-bbox="464 1007 786 1042">3.1.1.2 Exploración física: </p> <ul data-bbox="464 1062 1359 1228" style="list-style-type: none"> - Se realizará una exploración física, antropométrica y de constantes vitales sistematizada. - La valoración antropométrica incluirá la medición del peso, la talla, índice de masa corporal y el perímetro braquial, en caso de personas inmovilizadas. <p data-bbox="464 1248 852 1283">3.1.1.3 Pruebas complementarias:</p> <ul data-bbox="464 1304 1359 1620" style="list-style-type: none"> - Se constatará que en la historia clínica estén registrados las determinaciones analítica precisas para el seguimiento y manejo de los procesos de enfermedad que padezca el paciente en el último año o tras descompensación o ingreso hospitalario. En su defecto se solicitarán las pruebas analíticas indicadas incluyendo un hemograma, necesario para el cálculo pronóstico. - La petición de otras pruebas complementarias quedará a criterio de cada médico de familia y/o internista y en coherencia a los diagnósticos y estado pronóstico del paciente. <p data-bbox="411 1641 1043 1676">3.1.2 Valoración funcional y de la fragilidad (anexo 1)</p> <ul data-bbox="424 1702 1359 1815" style="list-style-type: none"> • Debe incluir el diagnóstico de los déficits funcionales, de los factores que influyen en ellos y del riesgo de desarrollo de otros nuevos. Incluirá una entrevista estructurada con el empleo de escalas.



Actividades Características de calidad

3º VALORACIÓN INTEGRAL EXHAUSTIVA (VIE)

- Debe abarcar tanto la evaluación de la fragilidad y del riesgo de caídas como de la autonomía para las actividades básicas (Índice de Barthel⁵² (anexo 1A) e instrumentales de la vida diaria (índice de Lawton y Brody⁵³) (anexo 1B).
- La valoración funcional y de la fragilidad clasificará a los pacientes pluripatológicos en tres categorías:
 - Paciente pluripatológico con autonomía funcional: a todo paciente con índice de Barthel mayor o igual a 90 y una prueba de la velocidad de la marcha negativa (menos de cinco segundos en recorrer cuatro metros).
 - Paciente pluripatológico con fragilidad funcional: todo paciente con índice de Barthel mayor o igual a 90 puntos que presentan una prueba de la velocidad de la marcha alterada (más de cinco segundos en recorrer cuatro metros).
 - Paciente pluripatológico en situación de dependencia funcional: a todo paciente con índice de Barthel menor de 90 puntos. Se considerará como pacientes pluripatológicos con dependencia funcional severa a los que presenten un índice de Barthel menor de 60 puntos.
- Se aconseja realizar la valoración funcional según las recomendaciones del anexo 1C incorporando el Mini-Barthel.

3.1.3 Valoración cognitiva (anexo 2)

- En los casos en los que se sospeche la presencia de deterioro cognitivo se procederá según las recomendaciones del PAI Demencias⁵⁴ realizando el mini examen cognoscitivo de Lobo⁵⁵ (anexo 2A).
- En los mayores de 65 años en los que no se sospeche deterioro cognitivo se realizará el cribado de deterioro cognitivo utilizando el algoritmo propuesto en el test de Pfeiffer¹⁷ (anexo 2B).
- Se aconseja realizar la valoración cognitiva según las recomendaciones del anexo 2C que incorpora el test de Pfeiffer simplificado.

3.1.4 Valoración del área afectiva (anexo 3)

- Se valorará la presencia de trastornos del área afectiva en todos los pacientes mediante la anamnesis. En los casos en los que se sospeche la presencia de alteraciones en esta área se evaluará según las recomendaciones del PAI Ansiedad, depresión, somatizaciones⁵⁶.
- En mayores de 65 años se realizará el cribado de cuadros depresivos larvados mediante la escala abreviada o mini-Yesavage⁵⁷ de una sola pregunta: ¿siente que su vida está vacía?
 - Si responde en caso afirmativo a la pregunta, se administra en un segundo paso la escala de depresión de Yesavage con 4 ítems y valorar el diagnóstico clínico de depresión.
 - En caso negativo a la pregunta y ante baja sospecha clínica se finaliza el cribado de depresión.

Actividades	Características de calidad
<p data-bbox="204 190 360 384">3º VALORACIÓN INTEGRAL EXHAUSTIVA (VIE)</p>	<p data-bbox="411 190 991 220">3.1.5 Valoración del área sociofamiliar (anexo 4)</p> <ul data-bbox="424 247 1361 1671" style="list-style-type: none"> <li data-bbox="424 247 1361 353">• Junto a la valoración familiar habitual en Atención Primaria se realizará la Escala de Gijón^{58,59} (anexo 4A) para el cribado de situación de riesgo social. Si la puntuación es superior a 10 se requerirá una valoración por el trabajador social. <li data-bbox="424 376 1361 482">• En caso de sospecha de maltrato o cuando la persona que cuida presenta discapacidad, enfermedad mental grave o toxicomanía, se requerirá valoración por el trabajador social. <li data-bbox="424 504 1361 844">• La valoración se basará en el conocimiento del paciente y su proyecto vital para lo que se explorarán las siguientes áreas: <ul data-bbox="443 594 1361 844" style="list-style-type: none"> <li data-bbox="443 594 1054 625">- Área de la familia, cohesión familiar y clima afectivo. <li data-bbox="443 647 1342 678">- Área de las condiciones estructurales, seguridad, confortabilidad y privacidad. <li data-bbox="443 701 660 731">- Área del entorno. <li data-bbox="443 754 743 784">- Área de la red relacional. <li data-bbox="443 807 959 838">- Área de los recursos y activos comunitarios. <li data-bbox="424 866 1361 936">• El trabajador social definirá un diagnóstico social que compartirá con el resto del equipo. <li data-bbox="424 958 1361 1064">• La presencia de una puntuación en el índice de Barthel inferior a 60 puntos o un test de Pfeiffer con más de cinco errores se considerarán criterios inequívocos de necesidad de una persona que cuida. <li data-bbox="424 1087 1361 1671">• Sobre las personas que cuidan y referentes: <ul data-bbox="443 1140 1361 1671" style="list-style-type: none"> <li data-bbox="443 1140 1361 1246">- Se identificará en la historia clínica a las personas referentes para el cuidado: la persona que cuida de manera formal o informal, la carencia de la misma y si está institucionalizado. <li data-bbox="443 1269 1361 1338">- En todos los casos se identificará una persona de referencia ya sea la persona que cuida u otro familiar. <li data-bbox="443 1361 1361 1671">- Se realizará valoración de la sobrecarga de las personas que cuidan con el índice de esfuerzo del cuidador^{60,61} (anexo 4B) en los casos de: <ul data-bbox="504 1455 1361 1671" style="list-style-type: none"> <li data-bbox="504 1455 900 1485">> Sospecha de sobrecarga sentida. <li data-bbox="504 1508 1361 1577">> Convivencia en el domicilio o pasar más de 10 horas en el mismo aunque no resida en él. <li data-bbox="504 1600 1361 1669">> Pacientes pluripatológicos con gran discapacidad: paciente con índice de Barthel inferior a 60 puntos o test de Pfeiffer con más de 5 errores.

3º
VALORACIÓN
INTEGRAL
EXHAUSTIVA
(VIE)

3.2 VALORACIÓN PRONÓSTICA (Anexo 5)

Valoración del pronóstico vital:

- Se recomienda la evaluación del pronóstico vital mediante el uso del índice PROFUND^{8, 62} (anexo 5A).
- Cuando se haga la VIE en pacientes sin ingresos hospitalarios en los últimos tres meses se aplicará la estimación pronostica a dos años del PROFUND-AP⁶³ (tabla 1).
- En el momento del alta hospitalaria se aplicará la estimación pronostica al año y a los cuatro años del índice PROFUND (tabla 1).
- Se podrá utilizar el índice PALIAR⁶⁴ (anexo 5B) para poder estimar el pronóstico a los seis meses en los pacientes pluripatológicos con enfermedad no oncológica que puedan estar entrando en una trayectoria de final de vida.

Tabla 1: Estimación del pronóstico vital mediante el índice PROFUND.

ÍNDICE PROFUND	PROFUND-AP*	PROFUND	
	PRONÓSTICO A 2 AÑOS**	PRONÓSTICO A 1 AÑO**	PRONÓSTICO A 4 AÑOS
0-2 puntos	11% - 8,5%	12,1%-14,6%	52%
3-6 puntos	18% - 21,6%	21,5%-31,5%	73,5%
7-10 puntos	32,8% - 29,5%	45%-50%	85%
11 puntos o más	41,8% - 43,7%	68% -61%	92%

**Estimación pronóstica a dos años para pacientes sin ingreso hospitalario en los últimos tres meses.*

***Se presentan los porcentajes de fallecimiento en las cohortes de derivación y validación.*

La valoración del pronóstico de deterioro funcional tras el alta hospitalaria se realizará mediante el uso del índice PROFUNCTION simplificado⁶⁵ (anexo 5C) que estima la caída de más de 20 más puntos en el índice de Barthel.

3º
VALORACIÓN
INTEGRAL
EXHAUSTIVA
(VIE)

3.3 VALORACIÓN FARMACOLÓGICA

3.3.1 Se recomienda realizar valoración de la adecuación:

- Se revisará que los medicamentos dispongan de los criterios básicos de adecuación⁶⁶ (anexo 6A).
- Se recomienda evaluar la adecuación mediante los criterios STOPP-START (Screening Tool of Older Person´s potentially inappropriate Prescription/ Screening Tool to Alert doctors to the Right)⁶⁷ (anexo 6B-1).
- En pacientes con Índice Profund mayor de 11 puntos se recomienda evaluar la posibilidad de desprescripción utilizando la lista STOPPFRAIL⁶⁸ (anexo 6B-2).
- Se evaluará si el paciente tiene prescrito algún fármaco de alto riesgo mediante el listado de medicamentos de alto riesgo del proyecto MARC^{69, 70} (anexo 6C) y fármacos relacionados con el riesgo de caídas^{71, 72} (anexo 6D).
- Se evaluará que la carga terapéutica farmacológica sea asumible por el paciente y/o persona que cuida y en caso contrario se intentará la desprescripción o simplificación del tratamiento y/o mejorar las habilidades de ambos.

3.3.2 Se recomienda realizar evaluación de la adherencia al tratamiento.

- Se realizará un cribado de falta de adherencia utilizando el cuestionario⁹ de Morisky-Green^{73, 74}. En caso de sospecha clínica de mala adherencia se investigará en Receta XXI si las dispensaciones en la oficina de farmacia se corresponden con las necesidades de medicación previstas como mejor aproximación a la adherencia (la dispensación no asegura la adherencia, pero la no dispensación si demuestra la no adherencia).
- Se debe valorar si la mala adherencia se concentra en uno o en un grupo reducido de medicamentos, mediante el análisis de las dispensaciones en Receta XXI. En tal caso, se debe intentar objetivar el componente determinante de la mala adherencia:
 - Barreras económicas para la adquisición.
 - Dispositivos de administración complejos como inhaladores o autoinyectores.

⁹ Valora si el paciente adopta actitudes correctas en relación con la terapéutica con cuatro preguntas:

1. ¿Se olvida alguna vez de tomar los medicamentos?
2. ¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?
3. Cuando se encuentra bien, ¿deja alguna vez de tomarlos?
4. Si alguna vez le sientan mal, ¿deja de tomar la medicación?

VALORACIÓN: Para considerar una buena adherencia, la respuesta de todas las preguntas debe ser adecuada (no, sí, no, no).

3º
VALORACIÓN
INTEGRAL
EXHAUSTIVA
(VIE)**3.4 VALORACIÓN DE LA AUTOGESTIÓN Y ACTIVACIÓN (Anexo 7)**

Todos los profesionales que intervienen en el proceso colaborarán en la valoración de la capacidad del paciente y de las personas que cuidan para manejar las enfermedades crónicas y sus tratamientos, y para evitar la progresión de las enfermedades y sus complicaciones.

3.4.1 Se evaluará la participación e implicación de los pacientes o de las personas que cuidan con su propia salud, con la organización y con el uso de los diferentes servicios sanitarios. Para ello se identifican tres fases:

- Fase de activación: valora la disposición de conocimiento y habilidades por parte de la persona para manejar su propia salud. Un paciente activo es alguien que sabe cómo manejar su enfermedad y prevenir el deterioro de su salud.
- Fase de empoderamiento: el paciente o persona que cuida tiene la capacidad y la motivación para involucrarse o participar en la toma de decisiones.
- Fase de liderazgo compartido: el paciente o persona que cuida toman parte en el proceso de toma de decisiones e implica una transferencia de poder desde el profesional al individuo.

3.4.2 La valoración de la autogestión se realizará en cada una de las siguientes dimensiones básicas:

- Referidos al paciente:
 - Grado de conocimiento sobre sus enfermedades y complicaciones potenciales.
 - Factores del paciente que pueden afectar la capacidad de aprender las estrategias de auto-cuidado.
 - Creencias: Convicción personal de la medida en la que un problema de salud amenazador es grave y tiene posibles consecuencias negativas para el estilo de vida. Tiene que incluir las creencias sobre el impacto de la enfermedad en el estilo de vida actual y futuro, sobre su estado funcional y sobre la amenaza de muerte.
- Referidos a la familia y personas que cuidan:
 - Se valorará la voluntad y la preparación de la familia para asumir la responsabilidad de la asistencia sanitaria domiciliaria de un miembro de la familia con una o varias enfermedades crónicas.
 - Se valorarán las circunstancias que afectan a la capacidad de la familia para controlar los factores estresantes que comprometen sus recursos ante la presencia de un enfermo crónico.

3.4.3 Se recomienda que todos los profesionales puedan participar en el registro de la valoración de la autogestión según los criterios de resultados NOC que se describen en el anexo 7 y/o en formato de texto libre.

Actividades	Características de calidad
<p data-bbox="204 190 360 384">3º VALORACIÓN INTEGRAL EXHAUSTIVA (VIE)</p>	<p data-bbox="411 190 1359 374">3.4.4 Se evaluará específicamente la capacidad del paciente y de las personas que cuidan en la utilización de materiales educativos y de registro de la evolución de la enfermedad en formatos impresos, formatos audiovisuales y telemáticos, así como, las posibilidades de acceso a su historia de salud a través de clic salud u otras aplicaciones de salud.</p> <p data-bbox="411 404 1094 435">3.5 VALORACIÓN DE PREFERENCIAS Y VALORES (Anexo 8)</p> <ul data-bbox="427 461 1359 1810" style="list-style-type: none"> <li data-bbox="427 461 1359 605">• La valoración de las preferencias y valores del paciente y de las personas que cuidan tiene que ser contextualizada en el marco del papel desempeñado en la gestión de su propia salud. La garantía de que las preferencias y valores son incorporados para alcanzar la fase de liderazgo compartido. <li data-bbox="427 635 1359 1810">• La valoración de las preferencias de los pacientes ha de tener en cuenta los siguientes puntos⁴²: <ul data-bbox="472 727 1359 1810" style="list-style-type: none"> <li data-bbox="472 727 1359 870">- Identificar la presencia de aquellos escenarios en los que sea especialmente relevante considerar las preferencias del paciente. Estos escenarios pueden hacer referencia a la utilización de diferentes recursos en la prestación de servicios. Entre los escenarios más frecuentes están: <ul data-bbox="491 891 1359 1279" style="list-style-type: none"> <li data-bbox="491 891 1359 962">> Fármacos: como puede ser la decisión de anticoagulación o la decisión de desprescripción de fármacos. <li data-bbox="491 983 1359 1054">> Exploraciones invasivas: como puede ser la realización de endoscopias para la detección de anemias por pérdidas en fases avanzadas. <li data-bbox="491 1075 1359 1146">> Medidas de soporte: como puede ser la colocación de sonda de alimentación o ventilación mecánica invasiva y no invasiva. <li data-bbox="491 1167 1359 1238">> Recursos sanitarios: como puede ser el ingreso hospitalario o el ingreso en unidades especiales como la Unidad de Cuidados Intensivos. <li data-bbox="491 1259 1359 1289">> Recursos sociales: como puede ser la institucionalización. <li data-bbox="472 1299 1359 1443">- Asegurar que los pacientes son informados de los beneficios y riesgos de las diferentes opciones terapéuticas. Utilizar los instrumentos de ayuda a la toma de decisiones en aquellas circunstancias en las que exista herramientas validadas. <li data-bbox="472 1463 1359 1535">- Considerar las preferencias del paciente una vez que este haya sido suficientemente informado. <li data-bbox="427 1555 1359 1810">• Valoración espiritual. <ul data-bbox="472 1606 1359 1810" style="list-style-type: none"> <li data-bbox="472 1606 1359 1719">- Se aconseja realizar la valoración espiritual en las situaciones de final de vida según las recomendaciones del PAI Cuidados Paliativos y en las circunstancias en las que se pueda prever un pronóstico vital corto o incierto⁷⁵. <li data-bbox="472 1739 1359 1810">- Se recomienda considerar las diferencias culturales respecto a la espiritualidad.



Actividades

Características de calidad

3º VALORACIÓN INTEGRAL EXHAUSTIVA (VIE)

- Para iniciarla, si no se ha creado aún un vínculo suficientemente cercano y/o terapéutico, se sugiere utilizar preguntas abiertas, que faciliten un espacio de intimidad y un clima de serenidad, que permiten explorar su mundo interior de forma guiada⁷⁶:
 - > ¿Qué es lo que más le preocupa?
 - > ¿Qué es lo que más le molesta?
 - > ¿Qué es lo que más le ayuda?
 - > ¿En qué o en quién se apoya en situaciones de crisis?
 - > ¿Qué le hace sentir seguro, a salvo?
 - > ¿Qué es lo que más valora su gente de usted?
- Se recomienda el Cuestionario GES⁷⁷ (anexo 8) para explorar, reflexionar y encontrar una respuesta intuitiva que puede ser una puerta de entrada a la necesidad espiritual de cada persona, lo que al mismo tiempo puede ser acompañado, aceptado, reconciliado, transcendido, etc.

Actividades	Características de calidad
<p data-bbox="162 186 395 308">4^º INTERVENCIONES (Anexo 9)</p>	<p data-bbox="395 186 1361 235">4.1 PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN</p> <p data-bbox="395 235 1361 472">Todos los profesionales que intervienen en el PAI-APP darán recomendaciones sobre estilos de vida saludables en relación con el abandono de hábito tabáquico, alcohol, alimentación equilibrada, actividad física, peso equilibrado, higiene del sueño, activos para la salud y bienestar emocional, mantenimiento de actividad intelectual, vacunas, incontinencia urinaria, atención a personas que cuidan y prevención del maltrato¹⁴.</p> <p data-bbox="395 492 1361 541">4.2 AUTOGESTIÓN Y ACTIVACIÓN</p> <p data-bbox="395 541 1361 854">Se recomienda colaborar para implementar con los pacientes o personas que cuidan todas aquellas acciones personales que contribuyan a mejorar el manejo de las enfermedades crónicas que padecen y su tratamiento, así como, para evitar la progresión de las enfermedades y las complicaciones. Las actividades recaerán en el paciente o persona que cuida según el gradiente autonomía-fragilidad-dependencia lo requiera en cada momento. Se abordarán cada una de las acciones que a continuación se enumeran acompañadas de las intervenciones NIC (anexo 9A).</p> <p data-bbox="395 874 1361 983">4.2.1 Se ayudará al paciente a comprender la información relacionada con su conjunto de enfermedades específicas y así aprender las estrategias de auto-cuidado. Se trabajará específicamente (QUÉ):</p> <ul data-bbox="395 1003 1361 1248" style="list-style-type: none"> <li data-bbox="395 1003 1361 1052">• Enseñanza: proceso de enfermedad. <li data-bbox="395 1052 1361 1101">• Enseñanza: medicamentos prescritos. <li data-bbox="395 1101 1361 1150">• Ayuda para dejar de fumar. <li data-bbox="395 1150 1361 1199">• Enseñanza: dieta prescrita. <li data-bbox="395 1199 1361 1248">• Enseñanza: ejercicio prescrito. <p data-bbox="395 1269 1361 1344">Se negociará un acuerdo con el paciente para reforzar un cambio de conducta específico (CÓMO):</p> <ul data-bbox="395 1365 1361 1453" style="list-style-type: none"> <li data-bbox="395 1365 1361 1414">• Acuerdo con el paciente. <li data-bbox="395 1414 1361 1453">• Aumentar el afrontamiento. <p data-bbox="395 1473 1361 1549">4.2.2 Para mejorar la activación, empoderamiento y liderazgo compartido de los pacientes, se promoverá:</p> <ul data-bbox="395 1569 1361 1874" style="list-style-type: none"> <li data-bbox="395 1569 1361 1645">• La participación de los pacientes en las actividades de la escuela de pacientes ya sea en actividades de formación o como paciente experto. <li data-bbox="395 1645 1361 1694">• La participación en actividades formativas grupales. <li data-bbox="395 1694 1361 1780">• El acceso a las redes sociales de pacientes y especialmente a aquellas redes con calidad sanitaria contrastada. <li data-bbox="395 1780 1361 1874">• El acceso a las páginas web con información sanitaria de calidad contrastada.

Actividades	Características de calidad
<p data-bbox="225 165 454 214">4º</p> <p data-bbox="225 214 454 306">INTERVENCIONES (Anexo 9)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="494 165 1426 255">• La utilización de aplicaciones móviles que faciliten la formación y el seguimiento de sus condiciones de salud. <li data-bbox="494 255 1426 347">• La participación en programas de soporte o de consejo sanitario desde los programas de tele-asistencia como los desarrollados por Salud Responde. <li data-bbox="494 347 1426 439">• La utilización de herramientas de ayuda a la toma de decisiones de calidad contrastada. <li data-bbox="494 439 1426 531">• Promover la participación en programa de apoyo psicosocial, grupos socioeducativos o en actividades comunitarias de promoción de salud. <p data-bbox="462 551 670 592">4.3 ÁREA SOCIAL</p> <p data-bbox="462 613 973 654">4.3.1 Características de las intervenciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="494 654 1426 746">• Han de partir de la historia vital del paciente considerando sus costumbres, hábitos cotidianos y preferencias. <li data-bbox="494 746 1426 838">• Se elegirán dentro de las preferencias del paciente aquellas actividades que puedan generar mayor impacto en la mejora funcional y bienestar emocional. <li data-bbox="494 838 1426 930">• Han de identificarse intervenciones viables en aquellos lugares donde el paciente se desenvuelve y convive (domicilio, centro, barrio, recursos de la comunidad). <li data-bbox="494 930 1426 1022">• Han de ir dirigidas a aumentar/mantener la calidad de vida tanto del paciente como de la familia en la que está inmerso <li data-bbox="494 1022 1426 1113">• El plan de intervención social acordado entre el paciente, la familia y el equipo de salud, definirá unos objetivos a conseguir, determinando: <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="510 1113 1426 1205">- Cambios que se quieran alcanzar, especificando por qué, quién y qué se quiere conseguir. <li data-bbox="510 1205 1426 1318">- Estrategia a seguir conjugando los recursos humanos, materiales, de tiempo, etcétera, tratando de prever la evolución de cada uno de estos elementos y las interacciones entre ellos. <p data-bbox="462 1328 1324 1369">4.3.2 Intervenciones comunes en pacientes autónomos y dependientes.</p> <p data-bbox="494 1379 973 1420">4.3.2.1 Área económica y administrativa:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="510 1420 1426 1481">- Adecuación de los recursos personales y/o familiares a las necesidades. <li data-bbox="510 1481 1426 1533">- Asesoramiento e información sobre recursos sociales. <li data-bbox="510 1533 1426 1614">- Información y asesoramiento sobre aspectos jurídicos y legales básicos (derechos y deberes, testamento, incapacitaciones...) <p data-bbox="494 1614 1085 1655">4.3.2.2 Área relacionada con la vivienda/entorno:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="510 1655 1426 1706">- Asesoramiento acerca de cambios en cuanto a: <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="526 1706 1426 1757">> Eliminación de barreras arquitectónicas. <li data-bbox="526 1757 1426 1808">> Adaptación funcional del hogar. <li data-bbox="526 1808 1426 1896">> Movilización de recursos de cara a consecución de una vivienda adecuada en caso necesario.

Actividades	Características de calidad
<p data-bbox="263 169 295 200">4^º</p> <p data-bbox="177 216 384 288">INTERVENCIONES (Anexo 9)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Promover los recursos disponibles: <ul style="list-style-type: none"> > Posibilidades económicas del paciente o la familia. > Subvenciones individuales de la Junta de Andalucía. > Planes municipales de rehabilitación de viviendas. > Ayudas de ONG o entidades sin ánimo de lucro. <p data-bbox="451 437 858 472">4.3.2.3 Área de relaciones sociales:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Orientación según intereses y necesidades. - Integración en grupos formales o informales de la comunidad - Estimular la participación en actividades culturales, religiosas, etc., afines a sus preferencias. - Facilitar la ocupación del tiempo libre. - Promover la formación y/o participación en grupos de autoayuda, Escuela de Pacientes, etc. - Promover su participación en organizaciones de voluntariado. <p data-bbox="451 891 815 925">4.3.2.4 Apoyos de la red social:</p> <p data-bbox="451 946 1359 1091">Se orientará al paciente sobre aquellos programas que se lleven a cabo en su comunidad, o aquellos a los que pueda tener acceso por otras vías, que puedan ser de interés para el mismo, que estimulen su autoestima y favorezcan su autonomía.</p> <p data-bbox="413 1120 1214 1154">4.3.3 Intervenciones específicas del paciente frágil y dependiente.</p> <ul style="list-style-type: none"> • La intervención tendrá dos vertientes: <ul style="list-style-type: none"> - El propio paciente, con el objetivo de potenciar al máximo sus capacidades y prevenir o retrasar el avance de esta situación. - La persona que cuida con el objetivo de dar respuesta a sus necesidades, que no son idénticas entre las distintas familias y que además pueden ir cambiando a lo largo del proceso de cuidados. Entre ellas figuran el reconocimiento social, el asesoramiento individualizado, la formación, la intervención psicológica o el intercambio de experiencias con otras familias. • Intervenciones: <ul style="list-style-type: none"> - Estimular la participación del paciente en actividades que mejoren sus déficits y/o mejoren su adaptación a los mismos. - Promover el uso de apoyos técnicos que mejoren su autonomía, facilitando su acceso a los mismos si fuera necesario. - Promover los apoyos de la red social que garanticen la cobertura de sus necesidades, que estimulen su autoestima y que favorezcan su autonomía.

Actividades	Características de calidad
<p data-bbox="225 165 454 214">4º</p> <p data-bbox="225 214 454 306">INTERVENCIONES (Anexo 9)</p>	<p data-bbox="454 165 1426 265">Estos apoyos se implementarán en función de sus necesidades y de los recursos propios y familiares con los que cuente.</p> <ul data-bbox="454 265 1426 439" style="list-style-type: none"> - Se consideraran en todos los casos los procedimientos ideados para la protección de la persona mayor o en situación de dependencia como son: <ul style="list-style-type: none"> > El Teléfono de las Personas Mayores. > Procedimiento de incapacidad judicial. <p data-bbox="454 459 1426 500">4.4 OPTIMIZACIÓN FARMACOTERAPÉUTICA (⚠)</p> <p data-bbox="454 511 1426 551">4.4.1 Características básicas de la buena prescripción.</p> <p data-bbox="454 562 1426 643">Las intervenciones propuestas para la optimización farmacoterapéutica se sumarán a la práctica de la denominada “buena prescripción”⁶⁶ (anexo 6A).</p> <p data-bbox="454 654 1426 694">4.4.2 Intervenciones sobre la adecuación del tratamiento.</p> <ul data-bbox="454 705 1426 1888" style="list-style-type: none"> • Se aplicarán las recomendaciones de los criterios STOPP-START utilizados en la valoración farmacológica (anexo 6B-1) como principal herramienta de mejora de la adecuación, teniendo en cuenta que para pacientes con Índice PROFUND mayor o igual a 11 puntos pudieran no ser aplicables algunas recomendaciones START. • Se recomienda considerar la posibilidad de no iniciar tratamientos preventivos con consideración de prevención primaria en el conjunto de los pacientes pluriatológicos y en prevención secundaria para pacientes con índice PROFUND mayor o igual a 11 puntos. • Se recomienda considerar la desprescripción de tratamientos preventivos en aquellos pacientes en los que el beneficio esperado según las evidencias disponibles supere el horizonte temporal de la expectativa de vida. • Se recomienda la suspensión de los bifosfonatos o antiresortivos para prevención primaria o secundaria de fracturas osteoporóticas después de 3 años de tratamiento, incluyendo en el debate las preferencias del paciente, los riesgos de fractura y las expectativas de vida, informando de que no existe evidencia de mayor beneficio por prolongar el tratamiento más de 3 años y, adicionalmente, no existe evidencia de posibles daños por suspenderlo³⁵. • Si en la evaluación farmacológica se detectó algún medicamento de alto riesgo (anexo 6C) se extremarán todas las cautelas relacionadas con la prescripción adecuada. Para el grupo de los analgésico opiáceos se recomiendan, entre otras, las siguientes prácticas seguras⁷⁸: <ul style="list-style-type: none"> - Evaluar en los pacientes la existencia de los siguientes factores de riesgo de depresión respiratoria: apnea obstructiva del sueño, obesidad mórbida con riesgo de apnea del sueño, edad avanzada, uso de otros medicamentos sedantes (como benzodiazepinas, antihistamínicos sedantes u otros depresores del SNC), enfermedad pulmonar o cardíaca preexistente, etc. - Evitar la prescripción concomitante de opioides menores y mayores.

Actividades	Características de calidad
<p data-bbox="177 190 387 308">4º INTERVENCIONES (Anexo 9)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="456 190 1359 339">• Tal como figura en el apartado 4.5. REHABILITACIÓN Y MEDIDAS DE PRESER- VACIÓN FUNCIONAL Y COGNITIVA, en aquellos pacientes con valoración posi- tiva del riesgo de caídas es necesario revisar la medicación que ha demostrado incrementar el riesgo (anexo 6D). <p data-bbox="416 359 1094 390">4.4.3 Intervenciones para la conciliación del tratamiento.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="456 414 1359 598">• La conciliación se realizará con “la mejor historia farmacológica posible” in- crementando la seguridad en los procesos de transición mediante un método estructurado y sistemático para recopilar la información de los medicamentos utilizados por el paciente que deberá incluir dosis, frecuencia y vía, así como plantas medicinales y nutracéuticos. <li data-bbox="456 623 1359 1377">• La conciliación se realizará ante cualquier cambio de dispositivo asistencial, por tanto se realizará: <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="480 711 1359 977">- Al ingreso hospitalario, tanto en ingresos en urgencias como en hospitali- zación, con el objetivo de optimizar la atención del episodio, en un plazo inferior a 24 horas. En especial en el caso de intervención quirúrgica en la que son determinantes los medicamentos a suspender o mantener, en función de las patologías de base, el tipo de intervención y la modalidad anestésica. Se prestará también especial cuidado a los medicamentos que no se pueden suspender abruptamente⁷⁹. <li data-bbox="480 1007 1359 1377">- Al alta hospitalaria en el marco de los cuidados transicionales: <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="496 1069 1359 1171">> Será responsabilidad del equipo hospitalario la correspondencia entre la prescripción en el módulo de Receta XXI de Diraya, el texto del informe de alta y la información aportada al paciente y familiares. <li data-bbox="496 1191 1359 1377">> En AP la conciliación definitiva se realizará en un plazo no superior a 72 horas tras el alta, e incluirá la automedicación y las plantas medicinales. Tras una visita a urgencias, se considerará sólo la primera parte del punto anterior (responsabilidad de los profesionales hospitalarios), no siendo ne- cesaria la activación del circuito en atención primaria. <p data-bbox="416 1408 1054 1438">4.4.4 Intervenciones para la mejora de la adherencia.</p> <p data-bbox="456 1463 1359 1688">La mayor parte de los estudios que evalúan la eficacia de intervenciones para la mejora de la adherencia se realizaron en pacientes con patologías crónicas aisla- das. Aún así, diversas revisiones establecen que estas intervenciones podrían ser aplicables a los pacientes pluripatológicos⁸⁰; en general, la eficacia de las mismas es modesta y la mejor recomendación es combinarlas e individualizar según las características del paciente⁸¹.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="456 1708 1359 1810">• Se realizará un paquete de medidas de mejora de la adherencia en todos los pacientes en los que se haya detectado mala adherencia en la valoración far- macológica dentro de la VIE:



Actividades	Características de calidad
4º	
INTERVENCIONES (Anexo 9)	<ul style="list-style-type: none"> - Si la mala adherencia se concentra en uno o en un grupo reducido de medicamentos se intervendrá sobre el componente determinante: <ul style="list-style-type: none"> > Barreras económicas para la adquisición: cambio a alternativas terapéuticas de eficacia equivalente y menor coste para el paciente y/o búsqueda de recursos sociales adicionales. > Dispositivos de administración complejos como inhaladores o autoinyectores: cambio a alternativas de eficacia equivalente y mayor simplicidad y/o formación específica en el manejo de los dispositivos con feed back al profesional de su correcta utilización. - En segundo lugar, si la no adherencia está relacionada con efectos adversos, considerar una reducción de dosis, cambio a una alternativa terapéutica con distinto o menor perfil de efectos adversos y, si su minimización es imposible, discutir con el paciente el balance riesgo/beneficio enfatizando la adherencia. Se desaconseja iniciar sistemáticamente tratamiento sintomático de los efectos adversos para evitar la denominada “prescripción en cascada”. - En tercer lugar, si la no adherencia es generalizada se recomienda una estrategia combinada a la que se suma siempre a una entrevista motivacional. • Además de las citadas más arriba y, entre otras estrategias, se recomienda: <ul style="list-style-type: none"> - En caso de alta carga terapéutica farmacológica: <ul style="list-style-type: none"> > Cambio a formas farmacéuticas que permitan una posología más simple. Hay que recordar que la posología que más favorece la adherencia es la de cada 24 horas, seguida de la de cada 12 horas (desayuno y cena) y que cualquier pauta más frecuente o más espaciada aumenta el riesgo de no adherencia. > Utilización de asociaciones de medicamentos que disminuyan el número de tomas. - Se recomienda la entrega al paciente de material escrito que describa el régimen de tratamiento, en especial con la ayuda de pictogramas. - En caso de pluripatología avanzada y siempre que sea técnica y económicamente posible, se recomienda que el paciente/persona que cuida reciba la medicación en Sistemas Personalizados de Dosificación. Estos sistemas se recomiendan especialmente en caso de pacientes con más de 12 medicamentos simultáneos, pacientes con baja adherencia, pacientes institucionalizados, pacientes con esquemas posológicos complejos o pacientes con déficit cognitivo leve sin persona que cuida. - Otras estrategias posibles son: <ul style="list-style-type: none"> > Sugerir al paciente o persona que cuida la utilización del sistema App RecuerdaMed®^h. > Sugerir al paciente que registre en algún tipo de calendario/planilla horaria o documento las tomas de medicación.

^h<http://obssegpac.acsa.junta-andalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridadpaciente/opencms/es/apps-salud/>

Actividades	Características de calidad
<p data-bbox="177 186 387 308">4º INTERVENCIONES (Anexo 9)</p>	<p data-bbox="411 186 1197 220">4.4.5 Intervención sobre el control de las interacciones y alergias.</p> <ul data-bbox="432 241 1359 558" style="list-style-type: none"> • Se promoverá la correcta identificación y registro de alergias de medicamentos en la historia clínica del paciente. Se identificarán correctamente las alergias a medicamentos en Receta XXI, evitando el texto libre y enlazando al principio activo o grupo terapéutico. • La identificación de las interacciones en Receta XXI debe llevar a una actitud de suspensión del tratamiento (interacciones de extrema gravedad), cambio a alternativas sin interacción, cambios en la pauta horaria en caso de interacciones en la absorción gastrointestinal, o cambios en la dosis. <p data-bbox="411 584 1197 619">4.4.6 Intervenciones para el ajuste de dosis en insuficiencia renal.</p> <p data-bbox="427 639 1359 748">La edad avanzada y determinadas comorbilidades frecuentemente presentes en el paciente pluripatológico son factores de riesgo para el deterioro de la función renal. Se recomienda que los equipos básicos:</p> <ul data-bbox="432 768 1359 1099" style="list-style-type: none"> • Identifiquen claramente a los pacientes con insuficiencia renal, se monitorice periódicamente su aclaramiento de creatinina y no se realicen ajustes sólo en base a la creatinina sérica. • Cuenten con tablas u otros sistemas de acceso rápido para calcular la dosis ajustada a cada paciente. • Dispongan de los sistemas de monitorización farmacocinética hospitalaria para los fármacos y pacientes de riesgo que deban ser monitorizados, en especial en el caso de la digoxina. <p data-bbox="411 1126 1329 1201">4.4.7 Aspectos relacionados con la autogestión del paciente y/o persona que cuida.</p> <p data-bbox="427 1222 1359 1293">En función de la situación pronóstica del paciente (Tabla 2) se enfatizará sobre el paciente (al inicio) o la persona que cuida (en situación avanzada).</p> <ul data-bbox="432 1314 1359 1723" style="list-style-type: none"> • Se recomienda informar del tratamiento usando la nomenclatura de principio activo. • Se tendrá como objetivo que el paciente o persona que cuida sepa asociar cada fármaco o grupo de fármacos con una indicación o un objetivo terapéutico. • Se informará al paciente o cuidador de los efectos adversos. Para evitar alarmas innecesarias se priorizará la educación sobre efectos adversos que reúnan a la vez las dos siguientes características: a) efectos adversos que el paciente pueda identificar claramente b) efectos adversos que tengan una incidencia suficientemente alta como para que merezca la pena informar de ellos. Se incluirá información precisa de la actitud a tomar por el paciente que, en general será:

Actividades | **Características de calidad**

4º
INTERVENCIONES
(Anexo 9)

- Suspender el tratamiento y consultar inmediatamente.
- Suspender el tratamiento y consultar con cita previa.
- No suspender el tratamiento y consultar con cita previa.
- No suspender el tratamiento e informar en la siguiente cita prevista previamente.

Tabla 2: Guía orientativa sobre el abordaje de pacientes pluripatológicos o con necesidades complejas de salud en función de su estratificación pronóstica (Índice PROFUND).

GRUPO DE RIESGO	OBJETIVO	ABORDAJE	PRESCRIPCIÓN	PLANIFICACIÓN ANTICIPADA
Bajo (0-2 puntos)	Supervivencia +++ Funcionalidad +++ Calidad de vida +++ Confort +++	Etiopatogénico, evitación de nihilismo	Intensificada Objetivos al medio-largo plazo	Informativa
Bajo-intermedio (3-6 puntos)	Supervivencia ++ Funcionalidad ++ Calidad de vida +++ Confort +++	Patogénico	Racionalizada Objetivos al medio plazo	Informativa Ofrecimiento de PAD
Intermedio-alto (7-10 puntos)	Funcionalidad + Calidad de vida +++ Confort +++	Patogénico-sintomático.	Racionalizada y con progresivo peso del objetivo sintomático al medio-corto plazo	Sistemática Recomendación de PAD Abordaje de valores y preferencias paciente y familiares Recomendación de elección de persona representante/sustituta Registro en historia de Salud
Alto (≥11 puntos)	Calidad de vida +++ Confort +++	Sintomático, evitación de yatrogenia, y futilidad/encarnizamiento. Valorar la necesidad de cuidados paliativos.	Principalmente sintomática con objetivo al corto plazo, valorando desprescripción	Sistemática Recomendación de PAD Abordaje de valores y preferencias paciente y familiares Recomendación de elección de persona representante/sustituta Registro en historia de Salud Programas de apoyo espiritual

4.5 REHABILITACIÓN Y MEDIDAS DE PRESERVACIÓN FUNCIONAL Y COGNITIVA

4.5.1 Fragilidad, discapacidad y dependencia.

- Los programas de actividad física de los pacientes pluripatológicos han de considerar primeramente el pronóstico vital y funcional de cara a plantear los objetivos. Asimismo, han de combinar las actuaciones para prevenir/tratar la fragilidad (apartado 4.5.2) conjuntamente con la realización de programas de rehabilitación generales (apartado 4.5.3) y específicos (apartado 4.5.4) para las enfermedades y patologías concretas que padece el paciente.
- Estas intervenciones tendrán como objetivos generales:
 - Retrasar e, incluso, revertir la fragilidad y el deterioro funcional.
 - Mejorar el estado cognitivo y fomentar el bienestar emocional.
 - Aliviar los síntomas (dolor, disnea, edemas, inestabilidad, inquietud, etc.).
 - Si además se realizan de forma grupal, fomentar y fortalecer las relaciones sociales.
- Se ajustarán los objetivos según el riesgo de deterioro funcional obtenido con el uso del índice PROFUNCTION (tabla 3).
- Se recomienda facilitar la rehabilitación cuanto antes tras la incidencia de algún episodio agudo.

Tabla 3. Guía orientativa sobre el abordaje rehabilitador de los pacientes pluripatológicos según su estratificación funcional:

Puntuación PROFUNCTION	Probabilidad deterioro Barthel \geq 20 en un año	Objetivos terapéuticos
0 puntos	21-24 %	Conservar/Mejorar la función
1-3 puntos	30-34 %	Conservar la función / Retrasar pérdida
\geq 4 puntos	38-46 %	Retrasar la pérdida

4.5.2 Abordaje de la fragilidad en pacientes pluripatológicos.

- Las intervenciones sobre la fragilidad se basan en la realización de actividades físicas, unos hábitos de vida saludables y una alimentación sana.
- El abordaje propuesto para el manejo de la fragilidad en pacientes pluripatológicos se resume en la tabla 4.

4.5.2.1 Pacientes pluripatológicos no frágiles (índice de Barthel \geq 90 puntos y test de cribados negativos):

- Se les realizará consejo dietético y de estilos de vida saludables.

Actividades	Características de calidad
<p data-bbox="325 186 352 216">4º</p> <p data-bbox="236 233 448 304">INTERVENCIONES (Anexo 9)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="520 186 1426 257">- Se facilitará su incorporación en los programas y recursos comunitarios pertinentes de envejecimiento activo. <li data-bbox="520 282 1426 425">- Se les realizará una valoración del nivel habitual de actividad física, y se aconsejarán medidas generales de actividad física, junto con la incorporación al o a los programas específicos de rehabilitación en función de sus categorías y enfermedades más relevantes. <li data-bbox="520 449 1426 558">- En los casos en los que el riesgo de caídas sea elevado se recomienda, adicionalmente, la intervención específica para disminuir el riesgo (revisión de la medicación – anexo 6C- y de las barreras y riesgos del domicilio). <p data-bbox="512 578 1426 686">4.5.2.2 Pacientes pluripatológicos frágiles (índice de Barthel mayor o igual a 90 puntos y test de cribado de fragilidad positivos), además de las actuaciones generales previamente reseñadas, se les propondrá:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="520 707 1426 778">- La realización de un programa de actividad física multicomponente (anexo 9B) con una periodicidad de 2-3 veces a la semana y una duración de 5-6 meses. <li data-bbox="520 803 1426 874">- La incorporación a/los programas de rehabilitación específicos en función de sus categorías y enfermedades más relevantes. <li data-bbox="520 899 1426 970">- Una intervención específica para disminuir el riesgo de caídas (revisión de la medicación y de las barreras y riesgos del domicilio). <p data-bbox="512 991 1426 1058">4.5.2.3 Pacientes pluripatológicos con discapacidad establecida (índice de Barthel menor de 90 puntos):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="520 1079 1426 1187">- Se realizará una valoración específica del nivel de autonomía funcional, de la actividad física habitual, de los recursos sociosanitarios, así como de la figura de la persona que cuida. <li data-bbox="520 1212 1426 1283">- Se aconsejará sobre medidas generales de reacondicionamiento, consejo dietético y de estilos de vida saludables. <li data-bbox="520 1308 1426 1379">- Se les facilitará su incorporación en los programas y recursos comunitarios y sociosanitarios de apoyo a la dependencia. <li data-bbox="520 1404 1426 1512">- Se les propondrá la incorporación al o a los programas específicos de rehabilitación en función de sus categorías y enfermedades más relevantes, ajustados a su grado de dependencia y su pronóstico vital y funcional. <li data-bbox="520 1537 1426 1608">- Se realizará una intervención específica para disminuir el riesgo de caídas (revisión de la medicación y de las barreras y riesgos del domicilio). <p data-bbox="475 1629 1426 1659">4.5.3 Programas generales de rehabilitación, preservación funcional y cognitiva.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="499 1680 1145 1710">• Programas estructurados de reeducación psicomotriz⁸²: <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="520 1731 1426 1839">- Utilizarán el equilibrio, la coordinación general, la motricidad fina y la concienciación del cuerpo, por medio del ejercicio y la atención orientada hacia la propioceptividad.

Actividades	Características de calidad
<p style="text-align: center;">4º</p> <p>INTERVENCIONES (Anexo 9)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Se recomienda su indicación para pacientes pluripatológicos con conservación de sus actividades básicas y con un riesgo de muerte bajo o moderado según el índice Profund. - Utilizarán estimulaciones múltiples motoras, auditivas, visuales y la noción del tiempo y del espacio de forma sistemática, adaptando las actividades y los tiempos de recuperación con un ritmo relativamente lento y con un aumento progresivo de las dificultades. - Se recomiendan unas 30 sesiones repartidas en 2-3 sesiones semanales durante 10-12 semanas. - Cada sesión tendrá una duración de aproximadamente una hora y se estructurará en 10 partes: introducción informativa, esquema corporal, posturas, marchas, estiramientos, coordinación, equilibrios, flexibilidad y potencia, juegos y relajación final. <ul style="list-style-type: none"> • Se tendrá en cuenta el poder rehabilitador de las aficiones y los juegos. • Se recomienda instruir a los pacientes y sus familiares en la conveniencia de mantener o estimular aficiones como hacer puzzles, colorear dibujos, hacer punto, coser, hacer crucigramas y sopas de letras, juegos de mesa, etc. • Se fomentará el juego y la interacción intergeneracional (con hijos y/o nietos) como potente elemento rehabilitador y de integración familiar y social. <p>4.5.4 Programas específicos de rehabilitación, preservación funcional y cognitiva.</p> <p>El objetivo que se ha de plantear con estos programas específicos es conseguir un efecto sinérgico con los generales de abordaje de la fragilidad detallados en el apartado previo⁸³. Se centrarán en las categorías y patologías protagonistas de cada paciente.</p> <p>Programas de rehabilitación cardíaca</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se dirigirán a pacientes con cardiopatía isquémica, insuficiencia cardíaca o cirugía valvular. • Se plantearán como intervenciones multinivel que incluirán ejercicio físico, modificación de los factores de riesgo cardiovascular, educación y asesoramiento psicológico. • Incluirán además del ejercicio físico progresivo y adaptado, técnicas de relajación, asesoramiento culinario y tratamientos de deshabituación tabáquica cuando proceda. • Se recomienda el uso de la guía específica para pacientes con insuficiencia cardíaca de la Escuela de Pacientesⁱ.

ⁱ http://www.escueladepacientes.es/ui/aula.aspx?stk=Aulas/Insuficiencia_Cardiaca

Actividades	Características de calidad
<p data-bbox="240 186 448 308">4º INTERVENCIONES (Anexo 9)</p>	<p data-bbox="496 186 967 220">Programas de rehabilitación respiratoria</p> <ul data-bbox="496 247 1426 558" style="list-style-type: none"> <li data-bbox="496 247 1426 322">• Se dirigirán a pacientes con EPOC, bronquiectasias, fibrosis quística, neumonectomía, etc. <li data-bbox="496 339 1426 414">• Se individualizarán realizando un abordaje multidimensional, en el que se ofrecerá atención física y psicosocial. <li data-bbox="496 431 1426 466">• Incluirán cuando proceda abordaje y tratamiento de deshabituación tabáquica <li data-bbox="496 482 1426 558">• Se recomienda el uso de los manuales específicos para EPOC de la Escuela de Pacientes^j. <p data-bbox="496 584 943 619">Programas de rehabilitación cognitiva</p> <ul data-bbox="496 645 1426 864" style="list-style-type: none"> <li data-bbox="496 645 1426 721">• Se dirigirán a personas con deterioro cognitivo leve-moderado que mantengan un cierto nivel de autopercepción. <li data-bbox="496 737 1426 813">• Su objetivo consistirá en posibilitar a las personas con deterioro cognitivo mantener una integración social adecuada el mayor tiempo posible. <li data-bbox="496 829 1426 864">• Incluirán tareas manuales, gráficas, nemotécnicas, juegos, etc. <p data-bbox="496 891 1331 925">Programas de rehabilitación en pacientes con enfermedad renal crónica</p> <ul data-bbox="496 952 1426 1028" style="list-style-type: none"> <li data-bbox="496 952 1426 1028">• Se recomienda el uso de la guía específica para pacientes con enfermedad renal crónica de la Escuela de Pacientes^k. <p data-bbox="496 1054 1225 1089">Programas para pacientes pluripatológicos con mal pronóstico</p> <ul data-bbox="496 1116 1426 1518" style="list-style-type: none"> <li data-bbox="496 1116 1426 1150">• Los objetivos terapéuticos irán dirigidos a proporcionar confort. <li data-bbox="496 1167 1426 1242">• Se podrán indicar a pacientes pluripatológicos con un índice PROFUND de 11 ó más puntos y/o un índice PALIAR de más de 7 puntos. <li data-bbox="496 1259 1426 1375">• Medidas de intervención habituales para pacientes con úlceras por presión, masajes suaves en los pacientes con edemas y movilización pasiva en los pacientes inmovilizados. <li data-bbox="496 1391 1426 1426">• Se instruirá en estas maniobras a los familiares y/o personas que cuidan. <li data-bbox="496 1443 1426 1518">• Se recomienda el uso de los manuales específicos para control de síntomas en Cuidados Paliativos y para las personas que cuidan de la Escuela de Pacientes^l. <p data-bbox="472 1667 1098 1702">^j http://www.escueladepacientes.es/ui/aula.aspx?stk=Aulas/EPOC</p> <p data-bbox="472 1719 1426 1784">^k http://www.escueladepacientes.es/ui/aula_apartado.aspx?stk=Aulas/Enfermedad_Renal_Cronica/Actividad_fisica_y_deporte.</p> <p data-bbox="472 1800 1426 1866">^l http://www.escueladepacientes.es/ui/aula_guias.aspx?stk=Aulas/Cuidados_paliativos/Guias_Informativas.</p>

Actividades	Características de calidad
<p data-bbox="181 192 395 308">4º INTERVENCIONES (Anexo 9)</p>	<p data-bbox="419 192 1066 220">4.6 PLANIFICACION ANTICIPADA DE LAS DECISIONES⁴²</p> <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="443 261 1359 404">• Se debe realizar siempre que la persona tenga capacidad para decidir, por lo que el médico responsable debe valorar si la persona se encuentra en una situación de incapacidad de hecho, explorando si existe alguna de las siguientes circunstancias: <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="475 445 1169 474">- Dificultad para entender la información que se le suministra <li data-bbox="475 506 1315 535">- Dificultad para retener la información que permita la toma de decisiones <li data-bbox="475 568 1359 637">- Incapacidad de utilizar de forma lógica la información que permita la toma de decisiones <li data-bbox="475 670 1318 699">- Incapacidad para valorar las consecuencias de las diferentes alternativas. <li data-bbox="475 731 1054 760">- Dificultad para tomar una decisión o comunicarla. <li data-bbox="496 793 1359 1017">> Debe ser un proceso voluntario de comunicación con el paciente, basado en el conocimiento de expectativas, valores y preferencias sobre cómo quiere que sea su atención sanitaria, especialmente en los momentos finales de la vida, en el caso de que pierda su capacidad de decidir de manera temporal o permanente. La prioridad de la intervención ha de ser ajustada al pronóstico del paciente según se describe en la tabla 2. <li data-bbox="496 1050 1359 1193">> La PAD debería recoger valores relevantes, preferencias sanitarias de carácter general o indicaciones concretas (rechazo o instauración, donación de órganos, expresión de sentimientos y elección del representante) aunque no es obligatorio. <li data-bbox="496 1226 1359 1295">> Se realizará, siempre que el paciente lo permita, en presencia de una persona de su confianza que vaya a ejercer como su representante. <li data-bbox="496 1328 1359 1430">> Se informará sobre la conveniencia de designar una persona representante que no necesariamente tiene que ser un familiar y para que sea vinculante debe estar registrada en una VVA o en un documento notarial. <li data-bbox="443 1463 1359 1802">• Se recomienda iniciar el proceso de PAD ante: <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="475 1524 1345 1553">- Hospitalización prolongada o ingresos reiterados en los últimos seis meses. <li data-bbox="475 1586 986 1614">- Cambio en las expectativas de tratamiento. <li data-bbox="475 1647 810 1676">- Alto grado de dependencia. <li data-bbox="475 1708 735 1737">- Deterioro progresivo. <li data-bbox="475 1770 708 1798">- Situación terminal.

Actividades	Características de calidad
<p data-bbox="331 190 357 220">4º</p> <p data-bbox="240 237 453 308">INTERVENCIONES (Anexo 9)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="517 190 1426 376">• Se recomienda realizar el registro en la historia de salud mediante la apertura de un episodio con el término PLANIFICACIÓN ANTICIPADA DE LAS DECISIONES, al completo y sin siglas. La información recogida debe ser revisada periódicamente y comunicada a todas las personas implicadas en la atención sanitaria, a los familiares y/ representante siempre que sea autorizado. <li data-bbox="517 400 1426 758">• Se debe recoger la información de manera sistemática: <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="560 451 868 482">- Si se ha realizado la VVA. <li data-bbox="560 506 1426 578">- La identificación de la persona que cuida principal, interlocutor o representante legal, porque no tienen por qué coincidir. <li data-bbox="560 602 1302 633">- Sobre el grado de conocimiento de la enfermedad y pronóstico. <li data-bbox="560 658 1426 758">- Los valores relevantes y las preferencias sanitarias de carácter general o indicaciones concretas (rechazo o instauración, donación de órganos las intervenciones sanitarias, etc.) <li data-bbox="517 782 1426 854">• Se recomienda orientar al paciente hacia el registro de la VVA si no lo ha hecho previamente.

Tabla 4. Esquema sintético del abordaje de la fragilidad en pacientes pluripatológicos.

Perfil paciente pluripatológico	Riesgo de caídas	Objetivos clínicos	Dianas de intervención	Intervenciones	Ámbito de intervenciones
Autonomía funcional	Test de riesgo Caídas -	<ul style="list-style-type: none"> Mantener función Fortalecer red social 	Paciente. Red Comunitaria	<ul style="list-style-type: none"> Recomendaciones estándar de envejecimiento activo. Examen de salud para mayores de 65 años: Intervención podológica en personas con problemas morfológicos o con gran dificultad para realizar autocuidados del pie. Fisioterapia grupal. Programa específico de rehabilitación según categorías de pacientes pluripatológicos. 	Activos Comunitarios Atención Primaria
Barthel ≥90 Test Marcha -	Test de riesgo Caídas +	<ul style="list-style-type: none"> Mantener función Fortalecer red social Evitar caídas 	Paciente Red Comunitaria Domicilio paciente Prescripción	<ul style="list-style-type: none"> Recomendaciones estándar de envejecimiento activo. Examen de salud para mayores de 65 años: Intervención podológica en personas con problemas morfológicos o con gran dificultad para realizar autocuidados del pie. Fisioterapia grupal. Programa específico de rehabilitación según categorías de pacientes pluripatológicos. Adaptación funcional del hogar. Revisión de fármacos con potencial efecto en caídas. 	Activos Comunitarios Atención Primaria Trabajo social
Fragilidad funcional	Alto riesgo de caídas (no precisa test de caídas)	<ul style="list-style-type: none"> Revertir /Retrasar progresión de fragilidad Fortalecer red social Evitar caídas 	Paciente Red Comunitaria Domicilio paciente Prescripción	<ul style="list-style-type: none"> Recomendaciones estándar de envejecimiento activo. Examen de salud para mayores de 65 años: Intervención podológica en personas con problemas morfológicos o con gran dificultad para realizar autocuidados del pie. Fisioterapia grupal. Programa de actividad física multicomponente . Programa específico de rehabilitación según categorías de pacientes pluripatológicos. Adaptación funcional del hogar. Revisión de fármacos con potencial efecto en caídas 	Activos Comunitarios Atención Primaria Atención Hospitalaria - Internista Ref. - Rehabilitación/ Fisio-terapeuta Trabajo social
Dependencia funcional	Alto riesgo de caídas (no precisa test de caídas)	<ul style="list-style-type: none"> Retrasar progresión cascada dependencia Mantener red social Evitar caídas Cuidar a la persona que cuida 	Paciente Red Comunitaria Domicilio paciente Prescripción Persona que cuida	<ul style="list-style-type: none"> Programas de adaptación a discapacidad. Programa específico de rehabilitación según categorías de pacientes pluripatológicos. Adaptación funcional del hogar. Revisión de fármacos con potencial efecto en caídas. Intervenciones específicas sobre la persona que cuida 	Activos Comunitarios Atención Primaria Atención Hospitalaria - Internista Ref. - Rehabilitación/ Fisioterapeuta Trabajo social Enfermera Gestora de Casos

MÉDICO/A DE FAMILIA, INTERNISTA, ENFERMERO/A DE FAMILIA, ENFERMERO/A GESTOR/A DE CASO, FARMACÉUTICO/A DE ATENCIÓN PRIMARIA Y DE HOSPITAL, TRABAJADOR/A SOCIAL

Actividades	Características de calidad
<p>5º PLAN DE ACCIÓN PERSONALIZADO</p>	<p>5.1 El PAP se realizará basado en el consenso entre el equipo de profesionales responsables de la atención interdisciplinar y el paciente, incorporando a la persona referente y/o persona que cuida con la autorización del paciente. En los casos de incapacidad de hecho del paciente se incorporará la persona referente y/o la persona que cuida.</p> <p>5.2 El PAP se ajustará al siguiente esquema:</p> <p>a) Identificación de todos los problemas detectados y de los riesgos que pudieran derivarse de los mismos.</p> <p>b) Definición de las metas y de los objetivos de los diferentes problemas detectados adaptados a la realidad concreta de cada paciente, teniendo en cuenta (tabla 2):</p> <ul style="list-style-type: none"> - La evidencia, reconociendo las limitaciones de la misma en esta población. - El pronóstico vital y funcional a fin de contextualizar las decisiones clínicas en función de los riesgos y beneficios esperables (Índice PROFUND). - La viabilidad clínica considerando la carga terapéutica y la capacidad del paciente y/o las personas que le cuidan. - La optimización de la terapia y los planes de cuidados, optimizando los beneficios y minimizando los daños. - La necesidad de reforzar la capacidad de autogestión y la preservación funcional. - Las preferencias del paciente y sus valores. <p>c) Diseño de intervenciones y acciones concretas que constituyen el plan de acción y que se seleccionarán de entre las que se proponen en el apartado 4 del Proceso y que han de ser acordadas con el paciente y las personas que cuidan. En el momento de decidir las intervenciones y acciones concretas a desarrollar es imprescindible realizar una aplicación juiciosa y flexible de todas las intervenciones posibles identificadas en este proceso, teniendo en cuenta la perspectiva de la carga terapéutica y las recomendaciones sobre la “medicina mínimamente impertinente”.</p> <p>d) Coordinación, soporte y revisiones del PAP donde se incorporarán:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Las actividades programadas, incluyendo el calendario y la vía de comunicación. - Las consultas programadas con los diferentes profesionales con fechas o periodicidad de las mismas.

Actividades	Características de calidad
<p data-bbox="263 186 288 218">5º</p> <p data-bbox="177 233 381 304">PLAN DE ACCIÓN PERSONALIZADO</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="480 186 1174 218">- Las pruebas complementarias pendientes y su periodicidad. <li data-bbox="480 241 1243 273">- Las actividades de formación así como otros paquetes de soporte. <li data-bbox="480 296 1086 329">- Las acciones programadas con activos comunitarios. <p data-bbox="434 355 1377 429">5.3 El PAP estará elaborado en un periodo no superior a seis semanas desde la identificación del paciente pluripatológico.</p> <p data-bbox="434 451 1377 525">5.4 El PAP será realizado por el equipo de profesionales responsables de la atención interdisciplinar teniendo en cuenta las siguientes consideraciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="480 547 1377 649">- En todos los casos ha de participar el médico de familia y enfermera de familia que salvo en circunstancias especiales han de ser quienes pongan en marcha la elaboración del PAP. <li data-bbox="480 680 1377 782">- La enfermera gestora de casos intervendrá cuando se cumplan los criterios especificados o cuando uno de los miembros del equipo profesional interdisciplinar lo solicite. <li data-bbox="480 819 1377 921">- La trabajadora social intervendrá en los casos con criterio de intervención social o cuando uno de los miembros del equipo interdisciplinar de profesionales lo solicite. <li data-bbox="480 958 1377 1142">- El internista de referencia intervendrá en todos los casos con ingreso hospitalario por descompensación de alguna de sus enfermedades crónicas, en los casos en seguimiento por medicina interna, cuando el paciente esté acudiendo a dos o más especialidades médicas o cuando uno de los miembros del equipo profesional interdisciplinar lo solicite. <li data-bbox="480 1173 1377 1242">- Otras especialidades médicas o profesionales de otras disciplinas intervendrán cuando el equipo profesional interdisciplinar lo considere necesario. <p data-bbox="434 1273 1377 1342">5.5 El PAP tendrá un lenguaje claro, preciso y de modo adecuado a sus posibilidades de comprensión del paciente y/o personas que cuidan.</p> <p data-bbox="434 1365 1377 1508">5.6 El PAP se considerará concluido una vez que sea entregado en documento del PAP al paciente y/o personas que cuidan, por su médico y enfermera de familia, tras comprobar el acuerdo en todos los puntos del mismo. Se registrará la fecha en la que el PAP es entregado y cerrado.</p> <p data-bbox="434 1533 1377 1635">5.7 El documento del PAP ha de contener los apartados de problemas y riesgos, metas y objetivos, signos de alarma, plan de acción, tareas pendientes y seguimiento.</p> <p data-bbox="434 1665 1377 1768">5.8 El documento del PAP que ha sido entregado al paciente quedará registrado en la Historia de Salud, siendo accesible tanto para los profesionales de salud como para el paciente a través de la página de salud del paciente (Click-salud).</p> <p data-bbox="434 1792 1377 1862">5.9 El PAP será abierto y revisado cada vez que se realice una VIE o cuando uno de los miembros del equipo profesional interdisciplinar lo solicite.</p>