

# atención a pacientes pluripatológicos

## Definición funcional:

Conjunto de actividades encaminadas a garantizar a los pacientes pluripatológicos una asistencia sanitaria integral, coordinando a los profesionales, servicios o centros, a lo largo del tiempo y en el marco del actual Sistema Sanitario Público de Andalucía.

## Límite de entrada:

Pacientes que sufren enfermedades crónicas incluidas en dos o más de las siguientes categorías clínicas:

### Categoría A:

1. Insuficiencia cardíaca que en situación de estabilidad clínica haya estado en grado II de la NYHA<sup>1</sup>
2. Cardiopatía isquémica.

### Categoría B:

1. Vasculitis y enfermedades autoinmunes sistémicas.
2. Enfermedad renal crónica definida por elevación de creatinina (>1,4 mg/dl en hombres o >1,3 mg/dl en mujeres) o proteinuria<sup>2</sup> mantenidas durante 3 meses.

### Categoría C:

1. Enfermedad respiratoria crónica que en situación de estabilidad clínica haya estado con disnea grado 2 de la MRC<sup>3</sup>, o FEV1<65%, o SaO<sub>2</sub> ≤ 90%.

### Categoría D:

1. Enfermedad inflamatoria intestinal.
2. Hepatopatía crónica con datos de insuficiencia hepatocelular<sup>4</sup> o hipertensión portal<sup>5</sup>.

### Categoría E:

1. Ataque cerebrovascular.
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).
3. Enfermedad neurológica con deterioro cognitivo permanente, al menos moderado (Pfeiffer con 5 ó más errores).

### Categoría F:

1. Arteriopatía periférica sintomática.
2. Diabetes mellitus con retinopatía proliferativa o neuropatía sintomática.

### Categoría G:

1. Anemia crónica por pérdidas digestivas o hemopatía adquirida no subsidiaria de tratamiento curativo que presente Hb<10mg/dl en dos determinaciones separadas más de tres meses.
2. Neoplasia sólida o hematológica activa no subsidiaria de tratamiento con intención curativa.

### Categoría 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).

1. Ligera limitación de la actividad física. La actividad física habitual le produce disnea, angina, cansancio o palpitaciones.  
 2. Índice albúmina/Creatinina > 300 mg/g, microalbuminuria >3mg/dl en muestra de orina o albúmina>300 mg/día en orina de 24 horas.  
 3. Incapacidad de mantener el paso de otra persona de la misma edad, caminando en llano, debido a la dificultad respiratoria o tener que parar a descansar al andar en llano al propio paso.  
 4. INR >1,7, albúmina <3,5 g/dl, bilirrubina >2 mg/dl.  
 5. Definida por la presencia de datos clínicos, analíticos, ecográficos o endoscópicos.

## [atención a pacientes pluripatológicos]

## NORMAS DE CALIDAD

## IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

- El Médico de familia y el Internista serán los responsables de identificar a los pacientes pluripatológicos según criterios establecidos.
- Registrarán en la historia clínica la inclusión en el proceso, mediante un marcador específico, así como las categorías clínicas por las que ha sido incluido.

## VALORACIÓN INTEGRAL

- Se concibe la valoración integral, en el paciente pluripatológico, como una valoración clínica, funcional, psicoafectiva y social.
- La valoración integral ha de incluir la realización de las escalas de valoración previstas en cada una de sus dimensiones (Anexos 1 y 2):
  - La valoración clínica incluirá la realización de las escalas estandarizadas para evaluar la situación funcional de las enfermedades crónicas más prevalentes.
  - La valoración funcional incluyendo el Índice de actividades básicas de la vida diaria (Barthel) e Índice de actividades instrumentales de la vida diaria (Lawton y Brody).
  - La valoración del área psicoafectiva incluirá el área cognitiva con el Pfeiffer en mayores de 65 años y en los menores el mini-examen cognoscitivo de Lobo, así como el área afectiva utilizando la escala de depresión geriátrica de Yesavage en mayores de 65 años.
  - La valoración del área sociofamiliar mediante la escala sociofamiliar de Gijón y el índice de esfuerzo del cuidador.
- La valoración integral deberá realizarse en las siguientes situaciones:
  - Valoración inicial: una vez identificado el paciente, debe realizarse la valoración integral en un plazo de un mes.
  - Valoración al alta hospitalaria: junto a la valoración clínica y de cuidados, se realizará adicionalmente, entre la segunda y sexta semana del alta hospitalaria, una valoración de los cambios acaecidos en las diferentes áreas (revaloración focalizada).
  - Valoración a la activación del PAC: en la activación del PAC el Médico de Familia aportará el informe de valoración integral junto a la información de los cambios relevantes que justifican su activación.
  - Evaluación anual, que se realizará a todos los pacientes pluripatológicos.
  - En aquellas circunstancias en las que la presencia de eventos transcendentales así lo aconsejen.

## PLAN DE ASISTENCIA CONTINUADA

- El Plan de asistencia continuada (PAC) es el modelo de asistencia conjunta entre Atención Primaria y Atención Hospitalaria, que facilita la continuidad asistencial del paciente pluripatológico. Será preciso que :
  - El Médico de Familia tenga claramente identificado un Internista de referencia dentro del servicio de Medicina Interna del hospital de referencia.
  - El Médico de Familia pueda contactar con el Internista de referencia para realizar consultas puntuales referentes a los problemas clínicos y el plan terapéutico del paciente pluripatológico.



## [atención a pacientes pluripatológicos]

- El sistema de citas de consultas con el Internista de referencia permitirá la posibilidad de contacto personalizado para citas preferentes de alta resolución con demora acordada entre Médico de Familia e Internista de referencia.
- Todos los pacientes pluripatológicos tendrán claramente identificado una Enfermera de Familia.
- Todos los pacientes hospitalizados tendrán claramente identificado una Enfermera de referencia.
- Se realizará una planificación del alta hospitalaria y un informe de continuidad de cuidados que refleje la autonomía del paciente y problemas activos en el momento del alta a todos los enfermos pluripatológicos que reúnan los criterios establecidos para el mismo.
- El Médico de Familia podrá programar la realización de ingresos hospitalarios directamente a través del Internista de referencia.
- Los ingresos hospitalarios en servicios médicos se realizarán preferentemente en el servicio de Medicina Interna salvo indicación expresa del Internista de referencia o Internista de guardia.
- La activación de los dispositivos de soporte domiciliario se realizará por acuerdo entre el Médico de Familia e Internista de referencia.
- El Internista de referencia realizará al menos una reunión mensual con el equipo de Atención Primaria.
- El PAC se activará cuando el Médico de Familia e Internista consideren, de mutuo acuerdo, que el paciente pluripatológico necesita de la intervención conjunta de ambos para su control clínico.
- Se considerará criterio objetivo para activar el PAC cuando las enfermedades crónicas que justifican la consideración de paciente pluripatológico han motivado un ingreso hospitalario, o necesidad de valoración en más de dos especialidades médicas diferentes.
- Una vez activado el PAC, permanecerá activado aunque existan periodos de tiempo en los que la asistencia clínica sea llevada a cabo exclusivamente en Atención Primaria o Atención Hospitalaria.

### ASISTENCIA DOMICILIARIA

- El Médico de Familia y la Enfermera de familia, de forma coordinada, serán los responsables de la atención domiciliaria del paciente pluripatológico (tanto en régimen de visita programada como de atención a demanda), así como de realizar las valoraciones periódicas incluidas en el proceso.
- Tras el alta hospitalaria el Médico y la Enfermera de familia realizarán una visita domiciliaria, a los pacientes pluripatológicos en programa de asistencia domiciliaria, en el plazo óptimo de 48 horas y en el plazo máximo de una semana, salvo los pacientes con alta necesidad de cuidados en los que se realizará una visita en las primeras 24-48 horas.
- El Médico de Familia será el responsable de la activación de los dispositivos de soporte domiciliario a través del Internista de referencia cuando la complejidad del paciente así lo requiera.

### ATENCIÓN HOSPITALARIA

- Durante los ingresos urgentes del paciente en servicios quirúrgicos, el Servicio de Medicina Interna será avisado para una valoración del mismo. Tras esta valoración, se decidirá la necesidad de seguimiento hospitalario por el Internista de referencia.
- La Enfermera de referencia de hospital realizará una valoración según los patrones funcionales de M. Gordon o necesidades básicas de V. Henderson y un plan de cuidados individualizado.
- El paciente y el Médico de Familia recibirán un informe de consulta, por parte

## [atención a pacientes pluripatológicos]

del Internista de referencia, el mismo día de la visita siempre que acontezca una información relevante o un cambio terapéutico. Al finalizar el episodio de consulta se emitirá un informe de alta que será realizado preferentemente el mismo día.

- Todos los informes de alta han de contener un plan de actuación con una referencia a los objetivos terapéuticos y seguimiento clínico, especialmente en las circunstancias en las que la comorbilidad o el pronóstico aconsejen individualizar los objetivos terapéuticos para las enfermedades crónicas que el paciente padece.

### ATENCIÓN A LA PERSONA CUIDADORA

- La Enfermera de familia, hospital o de enlace realizarán la valoración de la persona cuidadora orientada hacia la exploración de su capacidad y conocimientos para el cuidado, e identificando las necesidades alteradas y los problemas de prioritario abordaje, tanto individuales como en relación a los cuidados.
- Se le ofertará la participación en los talleres de formación y autoayuda, coordinados en Atención Primaria por la Enfermera Comunitaria de Enlace y por la Enfermera referente en Atención Hospitalaria.
- En los casos que reúnan los criterios establecidos, será propuesta por los profesionales del EBAP para su inclusión en el programa de Cuidador/a de grandes discapacitados (paciente con Barthel menor 60, Pfeiffer con más de 5 errores, cansancio en el rol del cuidador, permanencia en los cuidados más de 10 horas).

### Normas de calidad incluidas en el contrato Programa Consejería-SAS 2007

- Al menos el 50% de los pacientes pluripatológicos identificados tendrán realizada una valoración integral durante el último año conforme a las recomendaciones del proceso.
- Tras el alta hospitalaria, al menos el 50% de los pacientes pluripatológicos en programa de asistencia domiciliaria, recibirán una visita domiciliaria en un plazo de máximo de una semana.
- Al menos el 5% de los ingresos de medicina interna deberán ser programados.
- Al menos el 50% de las personas cuidadoras tendrá realizada la valoración.
- Al menos el 50% de los pacientes pluripatológicos ingresados en los servicios quirúrgicos deberá tener seguimiento médico.
- Al menos se celebrarán seis reuniones anuales entre cada EBAP y el Internista de referencia. El máximo cumplimiento se considerará cuando se realicen diez sesiones anuales.



[atención a pacientes pluripatológicos]

## ARQUITECTURA DE PROCESOS NIVEL 3: ATENCIÓN A PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS

