

**PLAN DE ACCIÓN PERSONALIZADO
EN PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS O
CON NECESIDADES COMPLEJAS DE SALUD**
RECOMENDACIONES PARA SU ELABORACIÓN



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD



Gerencia del Servicio Andaluz de Salud
Consejería de Salud de la Junta de Andalucía

Edita: Escuela Andaluza de Salud Pública, 2016.
www.easp.es

ISBN: 978-84-617-7712-9



Esta obra está bajo una licencia Creative Commons
Reconocimiento-NoComercial-Sin obras derivadas 3.0 España

Este documento puede ser reproducido en todo o en parte, por cualquier medio, siempre que se cite explícitamente la fuente y autoría.

No se permite un uso comercial de la obra original ni la generación de obras derivadas.



AUTORÍA

Coordinación institucional y científica

Ollero Baturone, Manuel

Director del Plan Andaluz de Atención Integrada a Pacientes con Enfermedades Crónicas. Consejería de Salud. Junta de Andalucía.

Lafuente Robles, Nieves

Directora del Plan Integral de Cuidados de Andalucía. Consejería de Salud. Junta de Andalucía.

Grupo de personas expertas

Bernabeu-Wittel, Máximo

Médico Especialista en Medicina Interna. Facultativo Especialista de Área. Unidad de Gestión Clínica de Atención Médica Integral. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Servicio Andaluz de Salud.

Díaz-Borrego Horcajo, José

Subdirector de Gestión Sanitaria. Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud. Servicio Andaluz de Salud.

Espinosa Almendro, Juan Manuel

Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Asesor en Envejecimiento de la Secretaría General de Salud Pública y Consumo. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía.

García Estepa, Raúl

Doctor en Farmacia. Técnico de Evaluación. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía (AETSA).

Morilla Herrera, Juan Carlos

Enfermera. Director de la Unidad de Gestión Clínica Gestión de Casos y Unidad de Residencias. Distrito de Atención Primaria Málaga – Guadalhorce. Servicio Andaluz de Salud.

Pascual de la Pisa, Beatriz

Médica Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad de Gestión Clínica Camas. Distrito de Atención Primaria Aljarafe-Sevilla Norte. Servicio Andaluz de Salud.

Pérez Romero, Carmen

Profesora del Área de Gestión de Servicios y Profesionales. Coordinadora del Observatorio de Prácticas Innovadoras en el Manejo de Enfermedades Crónicas Complejas (OPI MEC). Escuela Andaluza de Salud Pública.

Rodríguez Fernández, María Dolores

Trabajadora Social. Área de Gestión Sanitaria Sur de Sevilla. Servicio Andaluz de Salud.

Santos Ramos, Bernardo

Farmacéutico Especialista en Farmacia Hospitalaria. Facultativo Especialista de Área. Unidad de Gestión Clínica de Farmacia. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Servicio Andaluz de Salud.

Sanz Amores, Reyes

Médica Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Jefa del Servicio de Calidad y Procesos de la Secretaría de Investigación y Gestión del Conocimiento. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía.



ÍNDICE

1. ¿QUÉ ES EL PLAN DE ACCIÓN PERSONALIZADO?	5
2. ¿CUALES SON LOS COMPONENTES DEL PLAN DE ACCIÓN PERSONALIZADO?	5
A. ANTICIPAR Y DELINEAR PROBLEMAS	7
B. DEFINIR METAS Y OBJETIVOS	8
C. CONSENSUAR EL PLAN DE ACCIÓN	9
3. ¿CÓMO SE PUEDE REALIZAR EL PLAN DE ACCIÓN PERSONALIZADO EN EL MARCO DE LA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN A PACIENTES CRÓNICOS CON NECESIDADES COMPLEJAS DE SALUD?.....	11
4. REFERENCIAS.....	13
ANEXO 1. MODELO DE INFORME DEL PLAN DE ACCIÓN PERSONALIZADO	14
ANEXO 2. EVALUACIÓN PRONÓSTICA EN PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS. ÍNDICE PROFUND	17
ANEXO 3. CRITERIOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA COMPLEJIDAD PARA IDENTIFICAR POBLACIÓN SUSCEPTIBLE DE GESTIÓN DE CASOS	19
ANEXO 4. LISTA DE COMPROBACIÓN PARA LA REVISIÓN DE UN PLAN DE ACCIÓN PERSONALIZADO EN PACIENTES CON NECESIDADES COMPLEJAS DE SALUD.....	21
ANEXO 5. VALORACIÓN FUNCIONAL Y DE LA FRAGILIDAD EN PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS.....	22



1. ¿QUÉ ES EL PLAN DE ACCIÓN PERSONALIZADO?

El Plan de Acción Personalizado (PAP) es un proceso de colaboración entre pacientes o personas cuidadoras y profesionales sanitarios utilizado en la gestión de condiciones crónicas de saludⁱ. En el PAP se identifican y debaten los problemas derivados del estado de salud de la persona, desarrollando un plan para hacer frente a sus necesidades. En esencia, se trata de un diálogo, o una serie de diálogos, en los que se acuerdan conjuntamente los objetivos y acciones para el manejo de los problemas del/la paciente.

El punto de partida del PAP es la realización de una *Valoración Integral Exhaustiva (VIE)* que, junto a la valoración clínica, funcional, mental, afectiva y social, incorpora la valoración pronóstica, la valoración farmacológica, la planificación anticipada de decisiones y la valoración espiritual, así como la valoración de la capacidad de autogestión y activación de la persona en el manejo de su enfermedad. Existen diferentes instrumentos estandarizados que ayudan a la realización de la VIE, facilitando la comunicación entre profesionales y el registro de la evolución del/la paciente. El Proceso Asistencial Integrado Atención al Paciente Pluripatológico (2ª Edición, año 2007)⁽¹⁾, actualmente en fase de revisión, recogerá los criterios de calidad para la realización de la VIE. En cualquier caso, con frecuencia se olvida que el objetivo último y la primera prioridad de la VIE ha de ser la realización del PAP.

La VIE debe ser realizada por un equipo interdisciplinario que evalúe los problemas de la persona desde distintas ópticas. De esta forma, las diversas profesiones llegarán a tipificar los problemas del/la paciente desde perspectivas y lenguajes diferentes pero confluyentes y esta confluencia es la que debe trasladarse a la persona. El resultado final, más que la provisión de perspectivas distintas, debe ser la síntesis de todas ellas.

El PAP tiene como objetivo garantizar que los valores de las personas y sus preferencias den forma a la manera en la que se gestionan sus problemas de salud a largo plazo. Todo ello se enmarca en la evolución hacia un modelo de salud más proactivo, centrado en el apoyo a la capacidad de las personas de auto-gestionar su salud. El desarrollo del PAP no puede centrarse solo en el listado de enfermedades propuesto por profesionales, sino que debe animar a el/la paciente a seleccionar objetivos y a trabajar con el equipo clínico para determinar sus necesidades específicas de tratamiento y apoyo.

2. ¿CUALES SON LOS COMPONENTES DEL PLAN DE ACCIÓN PERSONALIZADO?

El elemento esencial del PAP es la conversación del equipo clínico con el/la paciente y la persona cuidadora, en la que se definen las metas y objetivos del tratamiento y se acuerda un plan de acción. Es fundamental no perder la frescura y cercanía que implica romper barreras acercándonos al mundo de

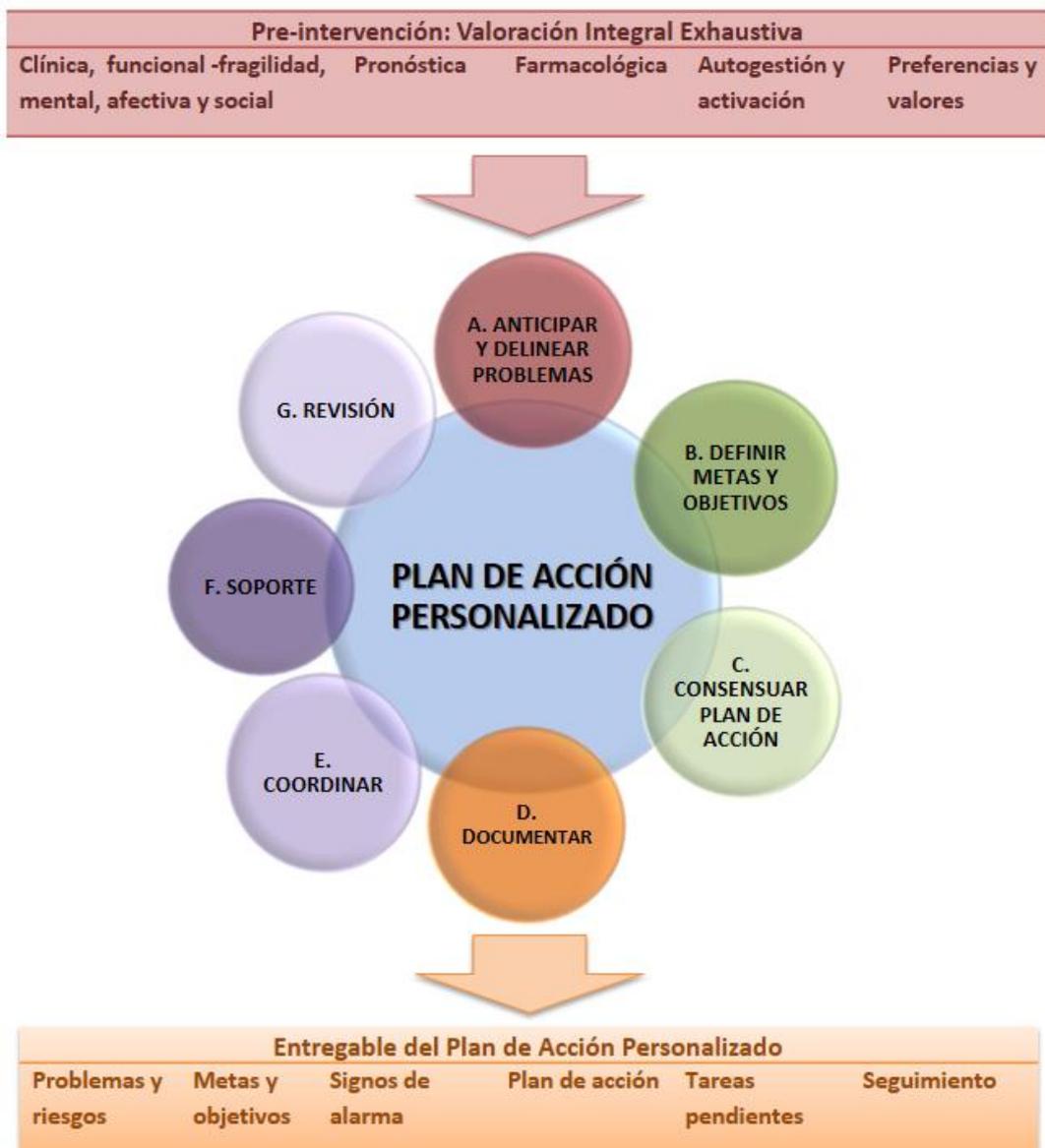
ⁱ Según la Clasificación Internacional sobre el Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF), condición de salud es un término genérico que incluye enfermedad (aguda o crónica), trastorno, traumatismo y lesión.



las preferencias del/la paciente y las posibilidades reales de ejecutar los planes teóricos diseñados por cada profesional.

Existe un proceso estructurado con diferentes herramientas que pueden ayudar a mejorar la coherencia de las intervenciones y el resultado final. El proceso completo consiste en un ciclo de intervenciones (adaptadas de Coulter A. y cols⁽²⁾), que evoca los círculos de calidad de los ciclos de mejora continua. El procedimiento precisa una fase previa de preparación que requiere la VIE e incluye siete pasos, siendo los tres principales: A anticipar y delinear los problemas, B definir metas y objetivos y C consensuar el plan de acción (Figura 1).

Figura 1. Modelo conceptual del Plan de Acción Personalizado



Fuente: Adaptado de Coulter⁽²⁾.



A. ANTICIPAR Y DELINEAR PROBLEMAS

En el caso de pacientes pluripatológicos y en general en pacientes con necesidades complejas de salud, el proceso de anticipación exige de una reflexión sobre las relaciones existentes entre todos los juicios clínicos definidos por profesionales de medicina, enfermería y trabajo social. En este sentido, esta reflexión puede apoyarse en el modelo de co-ocurrencia que identifica tres situaciones en las que los juicios clínicos pueden ser concurrentes:

- a. **Aleatoria:** se trata de enfermedades o problemas que se manifiestan conjuntamente con una frecuencia que no es diferente de la que se da en esas entidades por separado en la población. Un ejemplo de este tipo es la coexistencia Asma y Diabetes Mellitus. En este caso, la prioridad debe ser lograr el equilibrio en el tratamiento y el abordaje de cuidados clínicos y sociales de los diversos problemas para minimizar los perjuicios del abordaje separado de cada una de las entidades. Por ejemplo: corticoides para un cuadro respiratorio que podrían agravar la diabetes, ejercicios para mejorar el control metabólico que podrían perjudicar un cuadro osteoarticular, etc.
- b. **Consecuencial:** este es el tipo habitual de comorbilidad y se refiere a enfermedades que comparten factores de riesgo epidemiológicos y sociales así como estilos de vida (asociación entre EPOC y Cáncer), enfermedades que comparten vías fisiopatológicas o que forman parte de un mismo proceso y que con frecuencia expresan un patrón evolutivo (por ejemplo, la evolución del patrón metabólico como la dislipemia, hipertensión, diabetes u obesidad a cardiopatía isquémica o la evolución de la arritmia a insuficiencia cardíaca) o enfermedades que comparten consecuencias del proceso asistencial como puede ser la polifarmacia y los problemas nutricionales. En estos casos, la prioridad debe centrarse en aquellas entidades que son consecuencia de la aparición y/o agravamiento de otras. Por ejemplo, controlar la frecuencia cardíaca o la tensión arterial mejorará la insuficiencia cardíaca y la mejora de esta aliviará el deterioro de la movilidad física.
- c. **Por agrupación:** esto es lo que ocurre cuando se da una agrupación no aleatoria de problemas de salud sin una causa subyacente clara. Sin embargo, unos problemas generan o pueden causar otros, como sucede con el Ictus y la Desatención Unilateral (diagnóstico NANDA que refleja la negación de la parte afectada y la dejación de cuidados). En estos casos, se requiere un análisis de riesgos al no existir una relación causal clara, sino que el hecho de que un problema genere otro puede o no producirse en función del contexto físico, mental, social o de cuidados, situación que obliga a hacer un ejercicio de anticipación con un alto componente de empatía en el análisis de la situación epigenética de la persona.

Este triple análisis va más allá de la enumeración de la lista de problemas y debe constituir la génesis del primer apartado propuesto de anticipar y delinear los posibles problemas que pondrían en riesgo la salud y que propiciarán el desarrollo del resto de los apartados.



B. DEFINIR METAS Y OBJETIVOS

Para definir las metas y objetivos de pacientes pluripatológicos o con necesidades complejas de salud es imprescindible individualizar las circunstancias de cada persona⁽³⁾. Para ello, es necesario tener muy presentes tres ámbitos de decisiones:

- a. **Ámbito de las preferencias del/la paciente:** hay tres consideraciones básicas para incorporar las preferencias de los/las pacientes. En primer lugar, es necesario reconocer en qué escenarios clínicos es especialmente necesario considerar las preferencias de la persona. Un claro ejemplo puede ser la decisión de anticoagular a un paciente ante una fibrilación auricular. En segundo lugar, es necesario asegurarse de que los/las pacientes reciben información sobre los beneficios y riesgos de las diferentes opciones terapéuticas. En el ejemplo referido, los riesgos de trombosis y de hemorragia y la carga terapéutica que conlleva la anticoagulación. En tercer lugar, considerar las preferencias de la persona una vez que esta haya sido suficientemente informada y se haya constatado que comprende la información.
- b. **Ámbito de la interpretación de la evidencia⁽⁴⁾:** es necesario reconocer las limitaciones de la evidencia e interpretar y aplicar la literatura médica específicamente al escenario de personas adultas mayores con pluripatología o con necesidades complejas de salud. En la actualidad las recomendaciones de las guías clínicas específicas de cada enfermedad pueden no ser adecuadas cuando se aplican a personas con múltiples enfermedades. Las guías clínicas se sustentan en las evidencias obtenidas con ensayos clínicos que frecuentemente excluyen a pacientes pluripatológicos. Las interacciones farmacológicas o la incompatibilidad de las recomendaciones pueden hacer inviable un tratamiento. No siempre es posible trasladar a las personas las recomendaciones para una enfermedad o las recomendaciones de una determinada especialidad.
- c. **Ámbito pronóstico:** el ámbito pronóstico ha sido incorporado como una de las dimensiones fundamentales de la valoración integral en las recomendaciones para pacientes pluripatológicos. Es imprescindible evaluar el pronóstico para poder contextualizar las decisiones clínicas en función de los riesgos y beneficios esperables. La pluripatología tiene un impacto notable en el pronóstico de los/las pacientes. Se estima que la mortalidad de pacientes pluripatológicos, según la fase clínica en la que se encuentren, aplicando el Índice PROFUND^(5,6), puede oscilar en Atención Primaria del 8,5% al 61,3% a los dos años y tras un alta hospitalaria, del 12,1% al 68% en un año.

Esta guía se puede considerar orientativa para definir las metas y objetivos según la estratificación pronóstica (Tabla 1).



Tabla 1. 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 voluntades anticipadas
Intermedio-alto (7-10 puntos)	Supervivencia Funcionalidad + Calidad de vida +++ Confort +++	Patogénico - sintomático	Racionalizada y con progresivo peso del objetivo sintomático al medio-corto plazo	Sistemática Recomendación voluntades anticipadas Abordaje de valores y preferencias del/la paciente y familiares
Alto (≥11 puntos)	Supervivencia Funcionalidad Calidad de vida +++ Confort +++	Sintomático, evitación de yatrogenia y futilidad / encarnizamiento	Principalmente sintomática con objetivo al corto plazo, valorando desprescripción	Sistemática Recomendación voluntades anticipadas Abordaje de valores y preferencias del/la paciente y familiares Programas de apoyo espiritual

Fuente: Elaboración propia.

C. CONSENSUAR EL PLAN DE ACCIÓN

Para consensuar el PAP no basta con la consideración de lo que el/la paciente necesita en base a las evidencias disponibles y lo que quiere en base a sus valores y a través de la toma de decisiones compartidas. Es necesario incorporar en el PAP tres ámbitos fundamentales⁽³⁾:

- a. **El ámbito de la viabilidad clínica:** es necesario considerar la complejidad del tratamiento y la viabilidad al tomar decisiones de gestión clínica para pacientes con necesidades complejas de salud. Es imprescindible, por tanto, considerar la carga terapéutica y la capacidad del/la paciente y personas cuidadoras.
- b. **El ámbito de la optimización de la terapia y planes de cuidados:** es necesario utilizar estrategias para la elección de terapias que optimicen los beneficios, minimicen los daños y mejoren la calidad de vida de personas adultas mayores con comorbilidad.
- c. **El ámbito de la autogestión de las enfermedades y la preservación funcional:** es necesario intervenir en el conocimiento y autogestión de las enfermedades que padece el/la paciente, con el objetivo de conseguir la máxima capacidad de autogestión, adaptando las estrategias a las características propias de cada paciente. Igualmente



es necesario incorporar estrategias explícitas de prevención de la fragilidad, de las caídas, de preservación funcional, y del abordaje de la fragilidad, adaptadas al estadio evolutivo de las enfermedades del/la paciente, así como a las posibilidades estimadas de reversión de la dependencia y/o el mantenimiento de la funcionalidad^(7,8).

El PAP incluirá:

- La identificación de signos de alarma e indicaciones para cuándo y cómo contactar con profesionales de referencia.
- La identificación de forma práctica de cómo el/la paciente puede alcanzar sus metas de comportamiento referenciando fuentes externas de apoyo, ya sean dentro de la cartera de servicios del sistema sanitario público de salud, como de la comunidad o el apoyo entre iguales.
- El plan terapéutico detallado con la indicación que motiva la prescripción, la posología y los consejos para la administración.
- Las pruebas complementarias requeridas para procedimientos diagnósticos abiertos o para monitorización de procesos ya conocidos y su periodicidad.
- Materiales educativos (formato papel, electrónico, audiovisual, etc.), cursos, grupos de autoayuda para pacientes y/o personas cuidadoras.
- Medidas y ejercicios generales y específicos adaptados a cada paciente para evitar la fragilidad, mantener la funcionalidad y/o promover la reversión (total o parcial al menos) de las situaciones de dependencia.

A. DOCUMENTAR

Las acciones acordadas tienen que ser documentadas en un registro impreso o electrónico que tiene que ser especialmente diseñado para ello. Este registro tiene que poder ser utilizado por el personal sanitario que intervienen en los cuidados. En general, puede tratarse de un único registro o de distintos registros para profesionales y pacientes. En este caso, una aportación novedosa es que se trata de un documento para el/la paciente elaborado con un lenguaje comprensible y en primera persona, para resaltar el carácter de compromiso personal. Este documento servirá como ayuda y recordatorio para el/la paciente y la persona cuidadora.

Más adelante se desarrolla como registrar y entregar el PAP.

B. COORDINAR

El equipo clínico asegura que todas las pruebas, tratamientos, intervenciones, paquetes de educación o de apoyo que se acordaron en el PAP se encuentran disponibles para el/la paciente y son proporcionados de una manera bien coordinada para su uso. Hay que tener presente que se pueden utilizar diferentes activos incluyendo la participación del propio equipo clínico, que pueden programarse intervenciones desde Atención Primaria, desde el hospital o desde la comunidad incluyendo organizaciones comunitarias o grupos de apoyo.



C. SOPORTE

El/la paciente y/o persona cuidadora junto con el equipo clínico llegan a un acuerdo para programar el seguimiento y las revisiones que pueden ser presenciales, por teléfono o por sistemas electrónicos, de cara proporcionar el apoyo adecuado para resolver los problemas y cumplir los objetivos. Todo ello tiene que ir destinado a reforzar y comprobar los progresos en lo acordado en el PAP a través de apoyo motivacional, consejos o solución de problemas.

D. REVISIÓN

Se trata de una reunión presencial o a distancia durante la cual el/la paciente/persona cuidadora y el equipo clínico examinan conjuntamente el progreso y planifican los próximos pasos.

3. ¿CÓMO SE PUEDE REALIZAR EL PLAN DE ACCIÓN PERSONALIZADO EN EL MARCO DE LA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN A PACIENTES CRÓNICOS CON NECESIDADES COMPLEJAS DE SALUD?

La estrategia de implantación de la atención a pacientes con necesidades complejas de salud del Sistema Sanitario Público de Andalucía⁽⁹⁾ define un proceso estructurado en seis pasos escalables y progresivos que pretende mejorar la atención a los problemas de pacientes pluripatológicos, con comorbilidad, polimedicación o con entorno de apoyo familiar o social complicado. En esta estrategia se establecen una serie de intervenciones a nivel de la macro, meso y microgestión que finalmente impactan en una intervención directa en el/la paciente, como es el PAP.

En el proceso de implantación se ha de constituir de manera formal un Equipo Funcional Prestador Básico que será el responsable de la atención de pacientes con necesidades complejas de salud. Este equipo estará constituido por profesionales de los siguientes perfiles: Medicina Familiar y Comunitaria, Enfermería de Familia, Medicina Interna, Enfermería Gestora de Casos, Trabajo Social y otros perfiles profesionales del hospital que se determinen según la pluripatología o la fase de la enfermedad, como podría ser el caso de los equipos de soporte de cuidados paliativos, profesionales de Salud Mental, Oncología, Neurología, etc.

Este equipo dispondrá de un espacio y tiempo para preparar el PAP, ya que en una fase previa se habrán creado agendas específicas para la atención de pacientes con necesidades complejas de salud en las que se propiciará un punto de encuentro para profesionales y pacientes.

El equipo irá elaborando una lista nominal única de pacientes con necesidades complejas de salud en base a criterios de vulnerabilidad y necesidad, en función de su información clínica y sus determinantes sociales de salud, condiciones de vida y de trabajo específicas. Para la elaboración de esta lista se contará con los listados suministrados desde la Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud del Servicio Andaluz de Salud. De



esta lista nominal de pacientes, el equipo priorizará a qué pacientes realizar el PAP según las necesidades detectadas y el impacto que se considere que pueda obtenerse con la intervención.

En cada caso habrá una persona responsable que elabore un borrador del PAP. Este profesional se encargará de presentar el caso en la reunión del equipo funcional para la elaboración definitiva del plan. La elección de la persona responsable de cada caso dependerá de los problemas del/la paciente y de los elementos que confieren complejidad al caso. El protagonismo de unos u otros perfiles profesionales dependerá en ocasiones de las dificultades del manejo clínico, pero en otras vendrá derivado de las necesidades de cuidados o de problemas sociales. Frecuentemente el/la paciente requerirá intervención en ambos ámbitos asistenciales, actuando el/la referente de Medicina Interna como agente hospitalario principal. En ocasiones el/la paciente puede no necesitar de la intervención de profesionales hospitalarios en el diseño inicial del PAP, pero la intervención de estos es esencial para garantizar la continuidad asistencial en intervenciones no programadas, como los ingresos hospitalarios urgentes.

Las reuniones de los equipos no serán en todos los casos presenciales, pudiendo utilizarse las herramientas de comunicación y telemedicina que están siendo desplegadas. Igualmente, las reuniones con el/la paciente no exigen de la presencia de todo el equipo, aunque el documento que se entregue al paciente ha de disponer del acuerdo explícito de todos los miembros.

Durante la preparación del PAP ha de ir generándose el documento que va a ser entregado a el/la paciente y que recogerá las conclusiones del PAP. Los y las profesionales del equipo han de poder visualizar en fase de borrador este documento pudiendo hacer individualmente las aportaciones pertinentes. Este documento ha de ser generado pensando en que se trata de un recordatorio para el/la paciente y que, por tanto, tiene que tener un lenguaje comprensible para dicha persona, intentando evitar la terminología específica de los agrupadores diagnósticos de cada uno de los estamentos profesionales. En el despliegue del PAP se irá facilitando la creación de enlaces que permitan el acceso al plan y las aportaciones de profesionales desde Atención Primaria y Hospitalaria.

Tras este proceso el PAP ha de generar un documento que recibirá el/la paciente, tanto en formato electrónico como en papel. El Sistema Sanitario Público de Andalucía cuenta con un modelo de comunicación telemática con la ciudadanía que se denomina *Clic Salud*. En la actualidad, *Clic Salud* ofrece amplia información relativa a citas pendientes en los servicios sanitarios, alergias, uso de medicamentos, cuestiones sobre salud que son un problema en el momento de la consulta, informes clínicos realizados, etc. La principal limitación actual para la extensión de *Clic Salud* es la necesidad de firma digital, restricción que será suprimida próximamente. Por tanto, el PAP estará incorporado en *Clic Salud*.

En el Anexo 1 se describen los componentes que puede tener este documento.



4. REFERENCIAS

1. Ollero-Baturone M, Alvarez M, Barón-Franco B, Bernabéu-Wittel M, Codina A, Fernández-Moyano A, et al. Atención al paciente pluripatológico. Proceso Asistencial Integrado Segunda Edición. Sevilla: Consejería de Salud de la Junta de Andalucía; 2007. (Consultado el 4/11/2016) Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/cs salud/galerias/documentos/p_3_p_3_procesos_asistenciales_integrados/pacientes_pluripatologicos/pluri.pdf
2. Coulter A, Entwistle VA, Eccles A, Ryan S, Shepperd S, Perera R. Personalised care planning for adults with chronic or long-term health conditions. Cochrane Database of Systematic Reviews 2015, Issue 3. Art. No.: CD010523. DOI:10.1002/14651858.CD010523.pub2.
3. American Geriatrics Society Expert Panel on the Care of Older Adults with Multimorbidity. Guiding principles for the care of older adults with multimorbidity: an approach for clinicians. J Am Geriatr Soc. 2012; 60: E1-E25.
4. Rotaeche R, Bernabeu M, Marín I, Ollero M, Rico M, Román P. Abordaje de la comorbilidad y la pluripatología, en Elaboración de Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud. Actualización del Manual Metodológico. Guíasalud.es 2016 (Consultado el 10/11/2016) Disponible en: http://portal.guiasalud.es/emanuales/elaboracion_2/
5. Bernabeu-Wittel M, Ollero-Baturone M, Moreno-Gaviño L, Barón-Franco B, Fuertes A, Murcia-Zaragoza J, Ramos-Cantos C, Alemán A, Fernández-Moyano A. Development of a new predictive model for polypathological patients. The PROFUND index. Eur J Intern Med. 2011; 22:311-7
6. García Lozano MJ. Validación de un modelo pronóstico y de predicción funcional a largo plazo para pacientes pluripatológicos en Atención Primaria [Tesis Doctoral]. Sevilla: Universidad de Sevilla; 2014. (Consultado el 21/11/2016) Disponible en: <https://www.educacion.gob.es/teseo/>.
7. Bernabeu-Wittel M, Ollero-Baturone M, Ruiz-Cantero A, Moreno-Gaviño L, Barón-Franco B, Fuertes A, Murcia-Zaragoza J, Ramos-Cantos C, Alemán A, on behalf of PROFUND Researchers. Functional Decline Over 1-year Follow-up in a Multicenter Cohort of Polypathological Patients: A New Approach to Functional Prognostication International Journal of Gerontology. 2012; 6: 68-74.
8. Alarcón T, González-Montalvo JI. La escala sociofamiliar de Gijón, elemento útil en el hospital general. Rev Esp Geriatr Gerontol 1998; 33: 178-179.
9. Servicio Andaluz de Salud. Atención a pacientes crónicos con necesidades de salud complejas: Estrategia de implantación. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 2016.



ANEXO 1. MODELO DE INFORME DEL PLAN DE ACCIÓN PERSONALIZADO

El presente plan resume los principales problemas de salud de este/a paciente y surge tras las conversaciones mantenidas entre el/la paciente y personas cuidadoras con su Equipo Básico de Salud, reflejando los acuerdos y compromisos alcanzados para intentar mejorar su estado de salud.

El plan ha de ser redactado en primera persona.

Principales problemas detectados y riesgos para la salud derivados de ellos

- Describir de forma comprensible para el/la paciente sus principales problemas de salud y las repercusiones prácticas, sociales, y emocionales para su vida diaria, así como, los riesgos que estos problemas conllevan. Los problemas pueden hacer referencia a entidades patogénicas, déficit de cuidados o problemas sociales. No se trata de la traslación literal de la lista de problemas, sino de identificar aquellos problemas que tienen más impacto y generan más riesgo en el/la paciente y sobre los que hay que tomar decisiones.
- *Puede ejemplificarse describiendo las situaciones y las precauciones a tomar para minimizar los riesgos encontrados en su valoración, por ejemplo, riesgo de recaída o agravamiento, riesgo de caídas, de deterioro de la integridad cutánea, de manejo inefectivo, de bronco-aspiración y de desnutrición.*
- *Se trata de un acercamiento anticipado a el/la paciente para reflexionar con las personas afectadas (paciente, familiares y personas que cuidan) y anticipar aquellos problemas que deben ser discutidos para tomar decisiones consensuadas.*

Metas y objetivos

- Explicar de forma comprensible aquellas biomedidas que son de interés para controlar sus problemas. Ofrecer formación y adiestramiento para cumplimentar la auto-monitorización por el/la paciente o la persona cuidadora si es posible o en su defecto explicar los circuitos para el control por los/las profesionales.
- Las metas deben atender también a las modificaciones del estilo de vida o cambios en el comportamiento de tipo práctico incluyendo relaciones sociales, así como retos emocionales.
- Las metas han de incluir los objetivos funcionales en actividades básicas o instrumentales a alcanzar, ajustados a las limitaciones detectadas.

Supone el compromiso para lograr unas metas e implica un proceso de toma de decisiones y una acción planificada, enfocada a determinar prioridades. Ha de tener presente acordar objetivos realistas, solucionar problemas específicos, e identificar fuentes pertinentes de soporte. En algunos casos puede colaborar un miembro familiar, la persona que cuida o un/a amigo/a.



Signos de alarma e indicaciones para contactar con profesionales de referencia

- Describir los rangos aceptables de biomedidas y aquellos que requieren ser informados a sus profesionales de referencia.
- Describir los signos y síntomas de alarma que deben ser comunicados a sus profesionales de referencia y la prioridad o urgencia que comportan. Facilitar vías de comunicación adaptadas a sus posibilidades, sincrónicas o diacrónicas según sea pertinente.

Puede incluir la inclusión en los diferentes programas de seguimiento proactivo telemáticos o presenciales como los programas de Salud Responde

Mi plan de acción

Es desarrollado conjuntamente para surtir efecto y lograr las metas convenidas.

- Incluirá una referencia expresa a los hábitos dietéticos. No solo hará referencia a restricciones, sino que incluirá las recomendaciones más importantes para una dieta saludable. Debe ser complementado con diferentes materiales educativos.
- Ha de indicar las recomendaciones básicas respecto a los ejercicios físicos y especialmente a los ejercicios de rehabilitación. Puede incluir e identificar formas prácticas con las que el/la paciente puede lograr sus metas (cómo y cuándo hacer más ejercicio), derivaciones a proveedores externos (polideportivo del barrio, etc.) u otros servicios de atención a la salud (por ejemplo, rehabilitación) o de la comunidad (por ejemplo, clases de cocina sana) o el soporte de un/a amigo/a o activo en salud.
- Ha de incluir las actividades programadas para modificar los estilos de vida y las relaciones sociales y emocionales.
- Ha de incluir una referencia a la prescripción farmacéutica actualizada en receta XXI. Se realizarán consideraciones sobre la adherencia. Se hará referencia a aquellos fármacos esenciales en la gestión de sus problemas de salud. Se incluirán consideraciones sobre los fármacos con los que hay que tener una especial vigilancia.
- El plan ha de hacer referencia a la utilización de recursos y programas como materiales educativos, cursos, acceso a ayudas o recursos técnicos, recursos telemáticos recomendados o programas de asistencia domiciliaria.

La coordinación de las tareas pendientes para mi control

- Ha de incluir todas las actividades programadas para poder ejecutar el plan, incluyendo el calendario de las mismas y la vía de comunicación ya sea presencial, telefónica o telemática:
 - *Citas programadas con su médico/a de familia, enfermera de familia, trabajador/a social o internista de referencia, ya sean fechas o periodicidad de las mismas.*
 - *Pruebas pendientes y la periodicidad de las mismas.*
 - *Derivaciones a otros/as especialistas.*



- Cursos de formación individuales o grupales, así como otros paquetes de soporte disponibles.
- Actividades programadas con los diferentes activos comunitarios.
- Han de ser revisados específicamente los criterios de intervención de la enfermera gestora de casos.
- En el caso de enfermedades avanzadas, incorporar referencias a la planificación anticipada.

Se debe garantizar que todas las pruebas, tratamientos, intervenciones, educación, o paquetes de soporte que se detallan en el plan de acción están disponibles.

Revisión y seguimiento del plan

- Ha de existir una referencia expresa a las circunstancias que llevan a revisar el plan, tales como la revisión anual o tras ingreso hospitalario.
- Se ha de registrar, si se acuerda, un dispositivo de seguimiento proactivo para reforzar el cumplimiento del plan, ya sea por su equipo sanitario o por plataformas de telemedicina.

Los contenidos de los apartados tienen que poder ser generados en formato de informe listo para ser entregado a el/la paciente e incorporado a su historia de salud.

El borrador del plan ha de ser generado por el/la profesional que se designe entre las personas que componen el Equipo Básico.

En informe final ha de ser validado por las personas que componen el Equipo Básico.



ANEXO 2. EVALUACIÓN PRONÓSTICA EN PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS. ÍNDICE PROFUND

La evaluación pronóstica de pacientes pluripatológicos no puede ser realizada exclusivamente con escalas órgano-específicas. Es por ello que recientemente ha sido diseñada una escala pronóstica específica para pacientes pluripatológicos, que parte de una perspectiva integral del/la paciente.

El Índice PROFUND es un índice pronóstico específico para pacientes pluripatológicos que ha sido **diseñado y validado en población hospitalaria⁽⁵⁾ y de Atención Primaria⁽⁶⁾ española.**

Tabla. Puntuación del Índice PROFUND

VARIABLES	PUNTUACIÓN ÍNDICE PROFUND
Demográficas ≥85 años	3
Variables clínicas Neoplasia activa Demencia Clase Funcional III-IV de la NYHA y/o MRC Delirium en el último ingreso	6 3 3 3
Parámetros analíticos (sangre-plasma) Hemoglobina <10g/dL	3
Variables funcionales- socio familiares Índice de Barthel <60 Cuidador diferente al cónyuge	4 2
Variable asistencial ≥4 hospitalizaciones en los últimos 12 meses	3
TOTAL DE PARÁMETROS QUE PUNTÚAN =9	0-30 puntos

NYHA: New York Heart Association; MRC: Medical Research Council.

Fuente: Adaptado de Bernabeu-Wittel⁽⁵⁾.



Tabla. Probabilidad de fallecimiento según puntuación del Índice PROFUND

ÍNDICE PROFUND	Probabilidad de fallecimiento a UN AÑO tras alta hospitalaria	Probabilidad de fallecimiento a DOS AÑOS en pacientes de Atención Primaria
0-2 puntos	12,1% -14,6 %	11%-8,5%
3-6 puntos	21,5%-31-%	18%-21,6%
7-10 puntos	45% -50%	26,8%-29,5%
11 puntos o más	68% -61%	41,8%-43,7%

El ingreso hospitalario reduce el pronóstico drásticamente. Es recomendable aplicar el pronóstico de Atención Primaria cuando hayan transcurrido tres meses del último ingreso hospitalario.

Se aportan dos porcentajes en cada segmento. El resultado de la cohorte del diseño del índice y el resultado de la cohorte de validación.

Fuente: Adaptado de Bernabeu-Wittel⁽⁵⁾ y García⁽⁶⁾.



ANEXO 3. CRITERIOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA COMPLEJIDAD PARA IDENTIFICAR POBLACIÓN SUSCEPTIBLE DE GESTIÓN DE CASOS

Proceso de identificación, selección y estratificación de casos

Para determinar la cartera de clientes de la Enfermera Gestora de Casos (EGC) es necesario delimitar aquellos criterios que hacen pertinente su intervención basándose en la complejidad de la situación de la persona enferma y en la efectividad y eficiencia del sistema de provisión.

Derivados de las características del/la paciente (P)

Condiciones que tienen que ver con su propia situación de salud: dependencia, vulnerabilidad, conocimientos, competencias y actitudes ante su enfermedad, experiencias con servicios de salud...

Derivados de las características de la atención sanitaria (A)

Condiciones que tienen que ver con la complejidad de los servicios prestados: cuidados requeridos, soportes para los cuidados, multiplicidad de profesionales, procesos de circulación entre diversos niveles de atención, intensidad de la medicación, acceso a la atención....

Derivados de las características del entorno socio-familiar (E)

Condiciones que tienen que ver con la interrelación entre el/la paciente y su entorno de cuidados: soporte familiar, eficiencia del mismo, apoyo social, adecuación del entorno para los cuidados, cultura o creencias que condicionan los cuidados, calidad de las relaciones familiares....

El objetivo es seleccionar aquellas personas que a su condición de salud añaden elementos de complejidad que los hacen candidatos de obtener beneficios de la Gestión de Casos salvaguardando los criterios de equidad y eficiencia propios del Sistema sanitario Público de Andalucía.

Cuando se cumplan los criterios definidos el profesional del Sistema tendrá ante sí un caso de la cartera de clientes de la EGC y tras su valoración podrá realizar una batería de intervenciones complejas y una estrategia de seguimiento y revaloración de alta intensidad y frecuencia.

Especial mención merece la población infantil con enfermedad crónica y criterios de complejidad que también forma parte de la cartera de clientes de la EGC.



Criterios de cribaje para definir cartera de clientes de EGC

CE	Personas con una o más enfermedades crónicas en estadios avanzados	Criterio de Entrada
P1	Persona con deterioro significativo de varias de las principales actividades involucradas en la vida diaria (Índice de Barthel 55 puntos o menos) o deterioro cognitivo (test cognitivo de Pfeiffer: 5 errores o más)	
P2	Persona en situación de cuidados paliativos o en fase final de vida	
P3	Persona con déficit de adherencia al tratamiento y /o de seguimiento: no recoge recetas de tratamientos crónicos o tiene dispensación en receta XXI, y/o no acude a citas de Atención Primaria en más de 2 ocasiones	
E1	Persona sin apoyo familiar, fragilidad de los soportes familiares o claudicación familiar	
E2	Personas que cuidan con capacidad limitada (mayores de 75 años o aquellas con deterioro funcional y/o cognitivo)	
E3	Preparación insuficiente de la persona que cuida para el manejo de los cuidados	
E4	Vivienda con barreras arquitectónicas o con condiciones inadecuadas para que la persona afectada pueda recibir la prestación del cuidado	
A1	La persona necesita de Múltiples y obligadas coordinaciones e intervenciones interdisciplinarias para dar respuesta eficiente a sus necesidades y problemas, necesita de la activación de múltiples recursos, necesita de movilización y coordinación de distintos profesionales y recursos para su traslado de un nivel asistencial a otro.	
A2	Dos o más ingresos en el hospital por exacerbación o descompensación de su enfermedad crónica, tres o más asistencias urgentes o tres o más visitas a urgencias hospitalarias en los últimos 6 meses	
A3	Régimen terapéutico muy complejo para la persona (plurimedicación, dispositivos en domicilio, autocontroles frecuentes...) o dificultad para la integración de aspectos del régimen terapéutico en su vida cotidiana	
A4	Estancia actual en el hospital por encima de 20 días	
A5	Dificultad de acceso al servicio de salud (distancia, recursos escasos, comunicaciones...)	

CRITERIO DE ENTRADA: Persona con una o más enfermedades crónicas en estadios avanzados.

CRITERIO DE SELECCIÓN: Serán susceptibles de Gestión de Casos aquellos que presenten al menos dos de los criterios definidos, siendo uno de ellos referentes a las Características de la Persona (P). Posteriormente la EGC valorará la pertinencia de su inclusión en su cartera de clientes.



ANEXO 4. LISTA DE COMPROBACIÓN PARA LA REVISIÓN DE UN PLAN DE ACCIÓN PERSONALIZADO EN PACIENTES CON NECESIDADES COMPLEJAS DE SALUDⁱⁱ

1. ¿Se han incorporado las preferencias y valores del/la paciente en el diseño del Plan de Acción Personalizado?
2. ¿Está suficientemente informado el/la paciente de los beneficios y riesgo del tratamiento que está realizando?
3. ¿Se han adoptado medidas para reforzar la activación del/la paciente y que mejore en su nivel de autonomía?
4. ¿Se ha tenido en cuenta las limitaciones de la evidencia para interpretar y aplicar las recomendaciones de la literatura a pacientes pluripatológicos o con edad avanzada?
5. ¿Se ha realizado una adecuada evaluación pronóstica y el Plan de Acción Personalizado está ajustado al pronóstico estimado?ⁱⁱⁱ
6. ¿Se ha registrado la Planificación Anticipada de Decisiones en pacientes con pronóstico avanzado?
7. ¿Se ha tenido en cuenta la complejidad y viabilidad del plan intentado diseñar estrategias que optimicen la terapia y planes de cuidados eliminando aquellas intervenciones menos eficientes?
8. ¿Se han propuesto medidas para reducir el impacto funcional de las enfermedades que padece el/la paciente?
9. ¿Se han propuesto medidas para reducir el impacto emocional de las enfermedades del/la paciente?
10. ¿Se han propuesto medidas de apoyo a la persona cuidadora en los casos en los que esta figura es necesaria?
11. ¿Están disponibles todos los recursos necesarios para ejecutar las intervenciones propuestas?
12. ¿Se ha programado adecuadamente el seguimiento y las fechas de revisiones?

ⁱⁱ Incorpora las recomendaciones de American Geriatrics Society Expert Panel on the Care of Older Adults with Multimorbidity⁽³⁾.

ⁱⁱⁱ Se recomienda la utilización del Índice PROFUND^(5,6).



ANEXO 5. VALORACIÓN FUNCIONAL Y DE LA FRAGILIDAD EN PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS

En pacientes pluripatológicos la discapacidad, la dependencia y el deterioro cognitivo son muy frecuentes. En Atención Primaria un 24,3% de los/las pacientes pluripatológicos son dependientes para las actividades básicas de la vida diaria (índice de Barthel < 60) y un 37,7% tienen deterioro cognitivo (cuestionario de Pfeiffer > 3 errores). En pacientes procedentes de hospitalización, de consultas, de hospital de día y de hospitalización a domicilio la prevalencia de dependencia para actividades básicas se sitúa en el 55% y de deterioro cognitivo de 45,7%. Es esencial, por ello, incorporar intervenciones sistemáticas sobre el área funcional.

Los programas de actividad física de pacientes pluripatológicos han de considerar primeramente el pronóstico vital (Índice PROFUND) y funcional de los/las pacientes de cara a plantear los objetivos a conseguir y combinar las actuaciones para prevenir y/o tratar la fragilidad conjuntamente con la realización de programas específicos para las enfermedades y patologías concretas que padece el/la paciente.

Estos se orientarán fundamentalmente a la preservación funcional y cognitiva, e irán dirigidos a:

1. Capacitar a el/la paciente para realizar las actividades básicas de la vida diaria (alimentación, vestido, baño, higiene, ir al retrete, micción, defecación, caminar, hacer transferencias y subir escaleras).
2. Mantener las actividades cognitivas básicas (lectura, escritura, contar, memorizar, fluencia verbal, reconocimiento facial, etc.).
3. Aliviar los síntomas (dolor, disnea, inestabilidad, inquietud, etc.).
4. Favorecer la socialización.

Para establecer el pronóstico funcional se recomienda el uso del Índice PROFUNCTION que se detalla a continuación:



Guía orientativa sobre el abordaje rehabilitador de pacientes pluripatológicos según su estratificación funcional:

ÍNDICE PROFUNCTION⁽⁷⁾:

Tabla. Puntuación del Índice PROFUNCTION

CARACTERÍSTICA	PROFUNCTION
Demografía ≥85 años	1
Características clínicas Enfermedad neurológica crónica* Enfermedad osteoarticular crónica Disnea clase III-IV de la NYHA y/o MRC Cuatro o más categorías de pluripatología	1 1 1 1
Características Psico-funcionales-sociofamiliares Índice de Barthel basal <60 puntos Riesgo social o problema social establecido**	1 1
TOTAL ITEMS=7	0-7 puntos

* Enfermedad cerebrovascular y/o cualquier otra enfermedad neurológica deterioro funcional/cognitivo.

** Según escala de Gijón⁽⁸⁾.

MRC: Medical Research Council; NYHA: New York Heart Association.

Fuente: Adaptado de Bernabeu-Wittel⁽⁷⁾.

Tabla. Probabilidad de deterioro y objetivos terapéuticos según puntuación del Índice PROFUNCTION

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

Fuente: Adaptado de Bernabeu-Wittel⁽⁷⁾.



En esta tipología de pacientes toda rehabilitación debe incluir fisioterapia, terapia ocupacional y soporte psicológico. Adicionalmente se hace precisa una valoración de la presencia de fragilidad asociada y el riesgo de caídas.

El cribado de fragilidad se realizará a pacientes pluripatológicos con un Índice de Barthel mayor a 90 puntos. Se recomiendan como test de cribado: la prueba de velocidad de la marcha sobre 4 metros, considerando frágil a las personas autónomas que tardan más de cinco segundos en recorrer cuatro metros. En casos de resultados no concluyentes puede ser utilizada la prueba de ejecución Short Physical Performance Battery (SPPB) y, alternativamente, la prueba de levántate y anda cronometrado (TUG).

Para conocer el riesgo de caídas se aplicarán dos sencillas preguntas detalladas a continuación. La respuesta positiva a cualquiera de ellas supone un elevado riesgo de caídas.

¿Ha sufrido alguna caída en el último año que haya precisado atención sanitaria?

¿Ha sufrido dos o más caídas al año?

Finalmente se detallan en la siguiente tabla las recomendaciones referentes a los programas de actividad física para la prevención y tratamiento de la fragilidad.

Tabla. Intervenciones para la prevención y tratamiento de la fragilidad (I/II)

Perfil paciente pluripatológico	Resultados Screening	Objetivos clínicos	Dianas de intervención	Intervenciones	Ámbito de intervenciones
No Frágil, no riesgo caídas	Barthel >90 SPPB - Caídas -	Mantener función Fortalecer red social	Paciente Red Comunitaria	Recomendaciones estándar de envejecimiento activo Programa específico de rehabilitación según categorías paciente pluripatológico*	Recursos Comunitarios Atención Primaria
No Frágil, riesgo de caídas	Barthel >90 SPPB - Caídas +	Mantener función Fortalecer red social Evitar caídas	Paciente Red Comunitaria Domicilio paciente Prescripción	Recomendaciones estándar de envejecimiento activo Programa específico de rehabilitación según categorías paciente pluripatológico* Acondicionamiento domicilio Revisión de fármacos con potencial efecto en caídas	Recursos Comunitarios Atención Primaria Trabajo social

* Categorías según Proceso Asistencial Integrado Atención al Paciente Pluripatológico⁽¹⁾.

SPPB: Short Physical Performance Battery.

Fuente: Elaboración propia.



Tabla. Intervenciones para la prevención y tratamiento de la fragilidad (I/II)

Perfil paciente pluripatológico	Resultados Screening	Objetivos clínicos	Dianas de intervención	Intervenciones	Ámbito de intervenciones
Frágil	Barthel >90 SSPB +	Revertir/Retrasar progresión de fragilidad Fortalecer red social Evitar caídas	Paciente Red Comunitaria Domicilio paciente Prescripción	Recomendaciones estándar de envejecimiento activo Programa de actividad física multicomponente Programa específico de rehabilitación según categorías paciente pluripatológico* Acondicionamiento domicilio Revisión de fármacos con potencial efecto en caídas	Recursos Comunitarios Atención Primaria Atención Hospitalaria - Internista Referente - Rehabilitador/a / Fisioterapeuta Trabajo social
Dependiente	Barthel ≤90	Retrasar progresión cascada dependencia Mantener red social Evitar caídas Cuidar a la persona que cuida	Paciente Red Comunitaria Domicilio paciente Prescripción Persona que cuida	Programas de adaptación a discapacidad Programa específico de rehabilitación según categorías paciente pluripatológico* Acondicionamiento domicilio Revisión de fármacos con potencial efecto en caídas Intervenciones específicas sobre la persona que cuida	Recursos Comunitarios Atención Primaria Atención Hospitalaria - Internista Referente - Rehabilitador/a / Fisioterapeuta Trabajo social Enfermera Enlace

* Categorías según Proceso Asistencial Integrado Atención al Paciente Pluripatológico⁽¹⁾.
SSPB: Short Physical Performance Battery.
Fuente: Elaboración propia.