

## RESUMEN ATENCIÓN DE ENFERMERÍA en Atención Primaria a personas con pluripatología crónica compleja (PCC):

Actualización 2020

El proceso incluye las intervenciones más relevantes en la atención a los pacientes crónicos pluripatológicos desarrolladas en los diferentes niveles asistenciales, la importancia que tiene el papel de la enfermera en el seguimiento y detección precoz de descompensaciones en este tipo de pacientes, nos lleva a describir más específicamente sus intervenciones:

### **1.- Una vez al año cuando se integre la Estratificación poblacional en MEDORA:**

- Extracción de listado de PCC actualizado (<https://bit.ly/3n7P9E2>) para validación o borrado de los nuevos pacientes crónicos complejos.
- Utilización del listado para realizar el seguimiento compartido por el EAP de los pacientes y la priorización de actuaciones (vacunación, etc.).
- A lo largo del año se podrán incluir pacientes que cumplan los criterios del proceso asistencial, así como borrar los que no.

### **2.- La primera vez que se incluye a la persona en el proceso asistencial y siempre que haya sufrido algún cambio importante de su estado de salud o de la situación sociofamiliar: VALORACIÓN INTEGRAL**

(Alta hospitalaria, identificación de nueva categoría diagnóstica, disminución de Barthel en 20 o más, circunstancias vitales estresantes (pérdida de conviviente, cambio domicilio o institucionalización))

Valoración de **necesidades por patrones funcionales** recogiendo la siguiente información:

- Hábitos tóxicos
- Valoración nutricional: patrón de consumo de alimentos y líquidos (escala nutricional) y medidas antropométricas.
- Actividad. Ejercicio (tipo y frecuencia)
- Patrón de eliminación intestinal y vesical
- Cantidad y calidad percibida de sueño y reposo
- Historia de caídas. Riesgo de caídas. (escala de J. Downton y Levántate y anda)
- Estado de la piel: Lesiones cutáneas., membranas mucosas y exploración bucodental
- Agudeza visual y auditiva (utilización de sistemas de compensación o prótesis)
- Estado vacunal
- Descripción del estado de salud. Conocimientos del problema de salud, actitud ante las enfermedades
- Existencia de un documento de instrucciones previas
- Historia de ingresos recientes y consultas pendientes en el hospital
- Grado de dependencia reconocida

#### **Además realizará:**

- Valoración de la adherencia terapéutica (Escala de conocimientos habilidades: Qué está tomando, para qué lo está tomando cómo lo está tomando y cuánto está tomando)
- Valoración funcional (escala de Barthel)
- Valoración cognitiva (Miniexamen Lobo si precisa)
- Valoración afectiva (si precisa: Cuestionario GAD-7 de ansiedad, Cuestionario PHQ-9 y Escala depresión abreviada Yesavage (> 65 años))
- Valoración de preferencias y valores
- Valoración sociofamiliar básica.

- Valoración de la persona cuidadora (vulnerabilidad) y de los conocimientos y habilidades que tiene sobre el cuidado.
- Anamnesis psicosocial dirigida fundamentalmente a la detección de problemas familiares (maltrato y abandono)
- Valoración de la calidad de vida (COOP-WONCA)

Una vez realizada la valoración se priorizará los objetivos a conseguir con sus correspondientes intervenciones, teniendo en cuenta que hay que ser selectivos con la información que se le da al paciente para no abrumarle con exceso de información que podría no conseguir el efecto deseado. Se personalizarán los signos y síntomas guía que son necesarios monitorizar en función de los procesos que padece el paciente (ficha de signos y síntomas) y los valores umbrales que generan alerta explicando en cada caso y entregando por escrito que es lo que tiene que hacer el paciente ante estas situaciones y cuando tiene que llamar a su enfermera.

### 3.- Como mínimo cada 2 meses: SEGUIMIENTO PROACTIVO TELEFÓNICO Y/O PRESENCIAL

Priorizando las siguientes intervenciones:

- **Estado general:**

- Investigar el estado general del paciente con preguntas del tipo: ¿Qué tal está?, ¿cómo se encuentra hoy?, ¿ha tenido algún problema de salud añadido en estos días?
- Investigar signos y síntomas de **depresión y ansiedad** y causas que les puedan producir: ¿se siente triste?, ¿más cansado de lo habitual?, ¿desesperanzado?, ¿más nervioso por algo?, ¿duerme peor?
- Investigar en función de los resultados de la entrevista y de las circunstancias del paciente, sí se ha producido algún cambio relevante en su **situación sociofamiliar** que pudiera estar influyendo en su salud.

- **Seguimiento de signos y síntomas de alerta:**

- **Si el paciente puede seguir un programa de monitorización de signos y síntomas de alerta**, se contactará con el paciente por **teléfono** según pauta establecida para valorar la aparición de signos/síntomas de alerta, factores de riesgo, cambios en el estado salud, en su estado de ánimo o en la situación sociofamiliar,
- **Si el paciente no puede seguir el programa de monitorización de signos y síntomas de alerta, el control será realizado de forma presencial** por la enfermera (en consulta/domicilio) según la pauta establecida

**Atención temprana a las descompensaciones:** En caso de que se detecte una descompensación:

- Si la enfermera es alertada por el paciente: realizará una consulta presencial en centro o domicilio para confirmar el estado del paciente.
- Si se confirma la alerta dada por el paciente o si ésta es detectada directamente por la enfermera, se actuará conforme al procedimiento establecido (modificar el plan de intervención, consultar con el médico para su valoración, derivación al trabajador social si cambio en la situación sociofamiliar...)

- **Adherencia terapéutica**

Se realizará anamnesis sobre el tratamiento prescrito, lo que toma, para qué lo toma, cuándo y cómo lo toma, identificando dificultades que pudieran existir para la toma de la medicación.

Se realizará anamnesis sobre otros objetivos terapéuticos no medicamentosos que previamente hubiéramos pactado con el paciente: ejercicio, alimentación, hábitos tóxicos,... y se insistirá en la información y educación en los cuidados.

### 4.- Cada tres o seis meses dependiendo de la situación del paciente: CONSULTA DOMICILIARIA

En pacientes con Barthel inferior a 60, al menos 2 veces al año. Los objetivos de esta consulta en el domicilio del paciente serán:

- Valorar los resultados y objetivos propuestos en el plan de cuidados
- Valoración de constantes, exploraciones y parámetros clínicos según patología
- Valoración de signos y señales de alerta de descompensación
- Valorar adherencia terapéutica
- Realizar actividades de promoción y prevención según el PAPPS. Solicitud o realización de pruebas protocolizadas cuando proceda (RX, analítica, ECG, etc.)
- Valoración y atención a la persona cuidadora
- Valoración emocional y preferencias y valores
- Valoración de cambios en la situación de riesgo social que puedan repercutir en la situación de salud
- Pautar cuidados específicos derivados de sus problemas de salud (úlceras, sondas, etc.)
- Valoración de las condiciones de habitabilidad/barreras arquitectónicas y botiquín casero (pastilleros)
- Autocuidado: se aprovechará cada contacto con el paciente para informar y educar al paciente y/o cuidador. Teniendo en cuenta que uno de los objetivos fundamentales **es implicar al paciente y familia en su autocuidado por lo que se analizarán las circunstancias del paciente, sus preferencias y capacidad para llevar a cabo el autocuidado pactando con él los objetivos a conseguir** (según lo que esté dispuesto a asumir) **y las actuaciones a realizar**, que se dejarán por escrito en el domicilio del paciente (guía de cuidados para la atención del paciente en el domicilio).
- Es necesario que la persona comprenda en qué consiste su enfermedad, las repercusiones que puede tener en su salud y los cuidados que tiene que llevar a cabo. Se priorizará en cada contacto la información suministrada, comprobando que la persona y/o su cuidadora nos ha entendido a través de preguntas que le haremos sobre los cuidados principales que tiene que realizar.
- Proporcionar cita para próxima consulta, procurando que coincida con otras, evitando consultas innecesarias

NOTA: Toda la información sobre el proceso, los contenidos de las diferentes actividades, elementos de ayuda etc., están disponibles en el documento completo del Proceso Integrado de Atención a los Pacientes Pluripatológicos Complejos. Disponible en el Portal de Salud de la junta de Castilla y León (en la pestaña de Crónicos): accesible en: <http://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/atencion-cronicos/atencion-paciente-cronico-castilla-leon>