



# **PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL AL PACIENTE MAYOR**

## ***DEBAGOIENeko ESI - OSI ALTO DEBA***



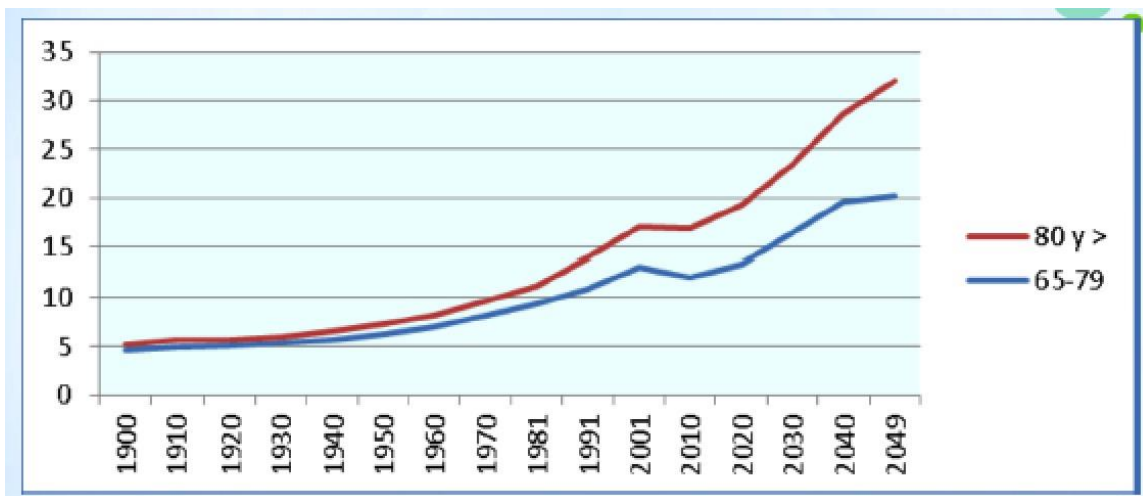
**Elaboración y aprobación: 22/01/2019**

## **ÍNDICE:**

|   |    |
|---|----|
| 1. Introducción y justificación .....                   | 3  |
| 2. Estrategia OSI Alto Deba .....                       | 8  |
| Programa de Atención al Mayor (PAM) .....               | 9  |
| <br>  |    |
| ANEXOS:   |    |
| Anexo 1. Programa de actividades comunitarias OSI ..... | 14 |
| Anexo 2. Programa paciente bizia/paciente activo .....  | 16 |
| Anexo 3. KRONIK ON programa .....                       | 17 |
| Anexo 4. Ruta Paciente Pluripatológico .....            | 32 |
| Anexo 5. Planificación Compartida de la Atención .....  | 45 |
| Anexo 6. Osasun Eskola .....                            | 47 |
| Anexo 7. Carpeta de Salud .....                         | 47 |
| Anexo 8. Portal Móvil de Osakidetza .....               | 48 |
| Anexo 9. Pacientes con criterios PP OSI Alto Deba ..... | 49 |
| Anexo 10. Indicadores de evaluación del PAI .....       | 50 |
| Anexo 11. OsaNAIA. Valoración del paciente .....        | 53 |
| Anexo 12. Fichas para pacientes (Kronik On) .....       | 66 |
| Anexo 13. Teléfonos de contacto recursos OSI .....      | 83 |
| Anexo 14. Bibliografía .....                            | 83 |
| Anexo 15. Miembros del grupo de trabajo.....            | 84 |

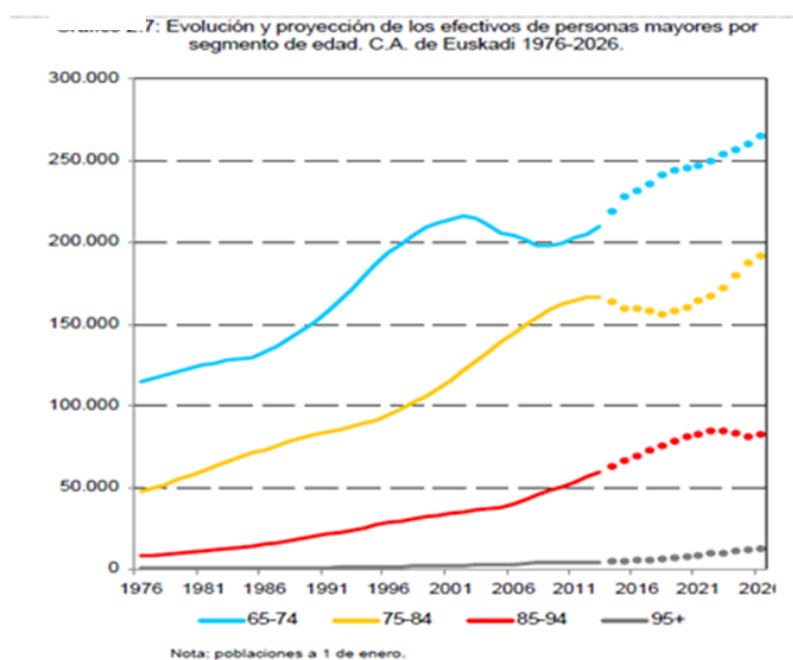
## INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

Durante los últimos años se están produciendo importantes cambios demográficos en todo el mundo. En la Unión Europea el porcentaje de personas mayores de 65 años pasará de un 16,1 % en 2000 a un 27,5% en 2050. España, junto a Italia y Japón, encabeza este proceso de envejecimiento a nivel mundial estimándose que para esas fechas cerca del 35% de nuestra población superará los 65 años. La relación de la edad con las enfermedades crónicas y con la utilización de los servicios sanitarios está claramente establecida. Se estima que las enfermedades crónicas serán la principal causa de discapacidad en 2020 y que hacia 2030 se doblará la incidencia actual de enfermedades crónicas en mayores de 65 años.



Según datos de EUSTAT [2014] entre 2013 y 2026 la población de Euskadi:

- \*de 65 a 74 años tendrá un crecimiento relativo del 26%
- \*de 75 a 84 años del 15%
- \*de 85 a 94 años del 39%
- \*las personas mayores de 95 años se triplicarán



Una de las consecuencias inmediatas de este efecto es el rápido aumento de pacientes con múltiples enfermedades crónicas.

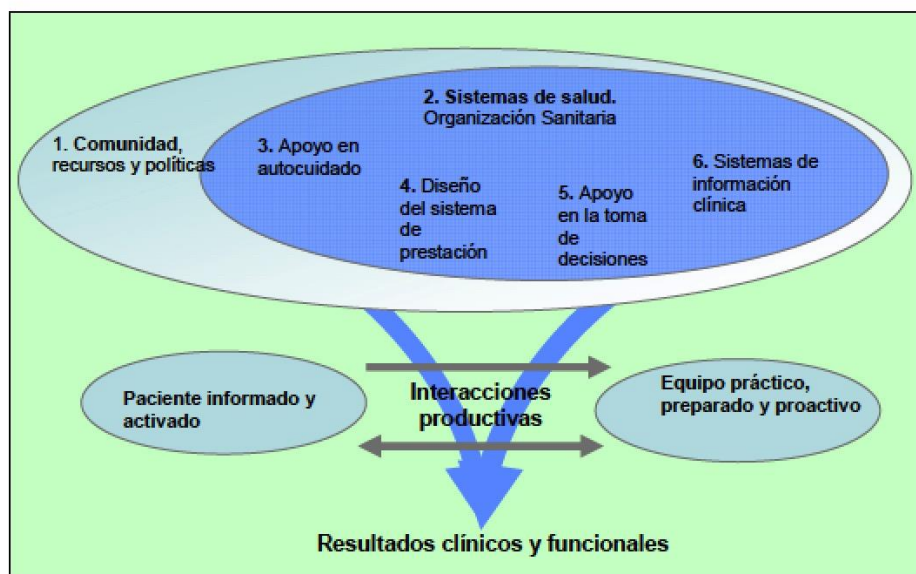
La Encuesta Nacional de Salud Española de 2.006 ya evidenció una media de 2,8 problemas o enfermedades crónicas en las personas entre 65 y 74 años de edad, alcanzando un promedio de 3,23 enfermedades crónicas en los mayores de 75 años. Las personas con múltiples enfermedades crónicas representan más del 50% de la población con enfermedades crónicas.

Los costes en los pacientes con más de una enfermedad crónica llegan a multiplicarse por 6 respecto a los que no tienen ninguna o solo tienen una. Una muestra de ello es que, en la actualidad, dos tercios del gasto sanitario de algunas organizaciones está motivado por los pacientes con cinco o más enfermedades crónicas multiplicando estos pacientes por diecisiete el gasto sanitario y por veinticinco el gasto hospitalario. Si este problema no se aborda adecuadamente, no solo consumirá la mayor parte de recursos de los sistemas sanitarios, sino que puede llegar a cuestionar la sostenibilidad de nuestro actual sistema de salud.

Durante los últimos años han surgido en varios países distintos abordajes frente al problema de la "cronicidad". El enfoque más destacado es el **Modelo de Atención a Enfermedades Crónicas o Chronic Care Model** (CCM) iniciado, hace más de 20 años, por Edward Wagner y asociados en el *Mac-Coll Institute for Healthcare Innovation* de Seattle (EE.UU.) y del que existen evidencias de mejora de resultados en salud implantando las intervenciones de todos los elementos que lo componen de forma simultánea.

En este modelo se identifican seis áreas claves: la **comunidad**, el **apoyo en autocuidado**, el **sistema sanitario**, el diseño de la **provisión de servicios**, el **apoyo en la toma de decisiones** y los **sistemas de información clínica**.

Figura 3. El Modelo de Atención a Enfermedades Crónicas.



Las enfermedades crónicas comparten características comunes pese a que tradicionalmente han sido estudiadas académicamente de forma aislada y abordadas por los servicios asistenciales hospitalarios de forma atomizada:

1. Se agregan unas a otras potenciando el deterioro orgánico y la afectación funcional de los pacientes.
2. Su etiología es múltiple y compleja.
3. Su aparición es gradual y silente y su pico de prevalencia aparece en edades avanzadas.
4. Son permanentes y producen un deterioro gradual y progresivo.
5. Requieren tratamiento médico y cuidados de forma continuada.
6. Son susceptibles de prevención, retraso en su aparición o, al menos, atenuación en su progresión.
7. Se manifiestan mediante la triada edad, comorbilidad y polimedicación

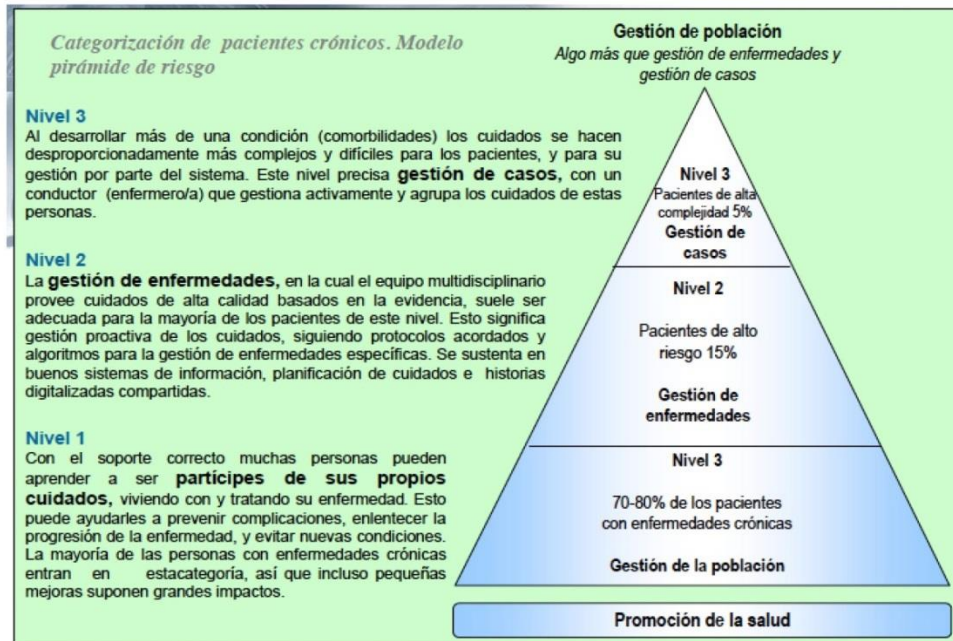
La respuesta a este tipo de enfermos crónicos requiere una reorientación del tradicional modelo de atención curativa, caracterizado por los contactos episódicos y centrados en procesos agudos o descompensaciones hacia una organización sanitaria que tenga siempre al paciente en su radar, concediendo más importancia al **“cuidar que al curar”**. De esta forma en recientes trabajos colaborativos internacionales se está propugnando un enfoque distinto para aquellas personas que viven con múltiples enfermedades crónicas.

La estrategia de atención al paciente crónico pasa por un replanteamiento que incluye actuaciones como:

- a) **Evaluación individualizada del nivel de complejidad/riesgo:** un diagnóstico integral del paciente que, además de describir los procesos clínicos, incluya su situación social, psicoafectiva, su contexto familiar con especial interés al cuidador principal, situación nutricional y grado funcional.
- b) Un **tratamiento farmacológico integral** con una valoración de la adecuación, la adherencia y conciliación terapéutica en los diferentes entornos asistenciales.
- c) Una **implicación activa del paciente y su entorno familiar** en la adherencia al tratamiento y aplicación de cuidados con programas educativos y apoyo al autocuidado.
- d) Una **integración real de los cuidados**.
- e) Una **coordinación eficaz**, tanto entre niveles y flujos asistenciales como entre la red social y sanitaria.

Sin renunciar a la gestión de los procesos y enfermedades agudas, la adecuación de los servicios sanitarios a la nueva realidad de la cronicidad debe suponer un importante proceso de cambio que pasa por una adecuada dirección estratégica por parte de los órganos gestores así como por una implicación de todos los profesionales del sistema sociosanitario.





*Kaiser Permanente (KP), una Health Maintenance Organization (HMO)*

El **Documento de Consenso** del Grupo de Trabajo de la Sociedad Española de Medicina Interna (**SEMI**) y la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (**SemFYC**) de 2011 contempla las siguientes propuestas de intervención agrupadas en tres áreas:

### 1. EL PACIENTE Y LA COMUNIDAD

- a. Identificar a las personas vulnerables y **estratificar a la población, según su nivel de riesgo**, para realizar las intervenciones más eficientes y adecuadas a sus necesidades.
- b. Implantar **las actividades de prevención y de promoción de la salud** con estrategias poblacionales e individuales coste-efectivas, con el mismo nivel de intensidad que el resto de las intervenciones.
- c. Impulsar la **participación de la comunidad** en la mejora de la salud y en los cuidados en la enfermedad
- d. Prestar **ayuda para facilitar el autocuidado** y adoptar **medidas de apoyo a la familia y a los cuidadores**.
- e. Fortalecer el papel de las **enfermeras** desarrollando las competencias clínicas necesarias para la prevención de las enfermedades crónicas y para el entrenamiento y seguimiento de los pacientes crónicos.

### 2. ORGANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN

- a. **La Atención Primaria ha de ejercer un papel de eje coordinador de los servicios sanitarios y sociales relacionados** a través del cual la población tenga un acceso ordenado a los cuidados sanitarios y sociales.
- b. **Reforzar el papel del médico y la enfermera de familia** como agentes principales del paciente y puerta de entrada al sistema, mejorando su capacidad clínica y sus herramientas para la gestión integrada del paciente.
- c. **Fortalecer el papel de la enfermería** desarrollando todas las competencias clínicas necesarias para la atención de las enfermedades crónicas y para el entrenamiento y seguimiento de los pacientes crónicos.

- d. La reorganización del proceso asistencial debe centrarse en las necesidades del paciente potenciando la coordinación intersectorial y la integralidad para facilitar la **creación de un marco de atención compartida** entre los diferentes ámbitos asistenciales.
- e. La estratificación de la población según su nivel de riesgo ha de permitir **identificar a los pacientes pluripatológicos, frágiles o con enfermedades avanzadas** que requieren el desarrollo de planes específicos de atención continuada.

### 3. LA INFORMACION CLINICA Y LA TOMA DE DECISIONES

- a. Los sistemas de información clínica deben cumplir dos requisitos fundamentales para facilitar a clínicos y gestores la toma de decisiones: **ser útiles y válidos para la evaluación del proceso asistencial y facilitar la autonomía del paciente.**
- b. Las tecnologías de la información y la comunicación (TICs) tienen que construir la **Historia Clínica Electrónica Única por paciente.**
- c. La Historia Clínica Electrónica virtualmente única ha de permitir no solo el registro de la información clínica sino que ha de facilitar la comunicación entre los profesionales en un entorno seguro.
- d. Es necesaria la construcción de **indicadores de evaluación** acordados con los profesionales de contenido **eminentemente clínico** que permitan realizar un seguimiento del manejo de los enfermos crónicos y establecer objetivos de calidad asistencial incentivando el cumplimiento de los mismos.
- e. **Es necesario evaluar el uso de las TICs para desarrollar nuevas estrategias de relación entre profesionales y pacientes.** Estas relaciones han de estar basadas en el impulso a los autocuidados en un paciente más informado y con mayor autonomía.

**"El envejecimiento parece ser la única manera posible de vivir mucho tiempo".**

Daniel-Francois-Esprit Auber (1782-1871), compositor francés

## ESTRATEGIA OSI ALTO DEBA

Nos comprometemos con los **Retos y Proyectos Estratégicos de Osakidetza 2017-2020** (Reto 3, Integración asistencial y cronicidad), y con el **Plan Estratégico de la OSI Alto Deba 2018-2021**, en concreto con el **Proyecto Cronicidad**, que alinea diversos retos y sinergias como: I1.2.3.- Potenciar el empoderamiento del paciente y la familia en el control de las enfermedades crónicas, I1.7.5 Fomentar la utilización de la atención no presencial, I1.7.6 Desarrollar una estrategia proactiva en la atención preventiva de los pacientes crónicos, I3.2.1 Definir el proceso de atención al paciente complejo, I3.2.2 Visibilizar la Atención Primaria, I3.2.3 Integrar planes de atención específicos, I3.2.4 Desplegar los mecanismos que posibilitan la continuidad asistencial, I3.2.6 Potenciar la atención en el domicilio, I3.3.1 Adecuar el modelo corporativo de atención de enfermería en nuestro contexto, I3.3.3 Incrementar la atención domiciliaria.

Para el desarrollo de la Estrategia de Intervención con el Paciente Crónico en nuestra OSI nos apoyamos, en primer lugar, en líneas ya desarrolladas e implantadas como las Rutas Asistenciales de enfermedades crónicas (DM, EPOC, ICC,...), el médico internista de referencia en las UAPs, la integración en la actividad enfermera del Programa Osanaia con sus diversos dominios y condicionantes en forma de planes de actuación, así como el Programa de Actividades Comunitarias y Redes de Salud Local de la OSI Alto Deba.

Además de lo anterior, incidiremos en varias líneas estratégicas de Osakidetza a implementar de manera progresiva, como el Plan de Atención al Mayor (PAM), la Ruta Asistencial del Paciente Pluripatológico ACT@scale, o las diversas aplicaciones de empoderamiento (Programa Kronik On) y participación de la ciudadanía (Carpeta de Salud, Osasun Eskola o Portal Móvil de Osakidetza).

Como inicio del proceso de intervención se aplicará por parte de enfermería de AP el **Plan de Atención al Mayor (PAM)**, que permite clasificar a la población >70 años y estratificar el nivel de cuidados y la intervención a desarrollar.

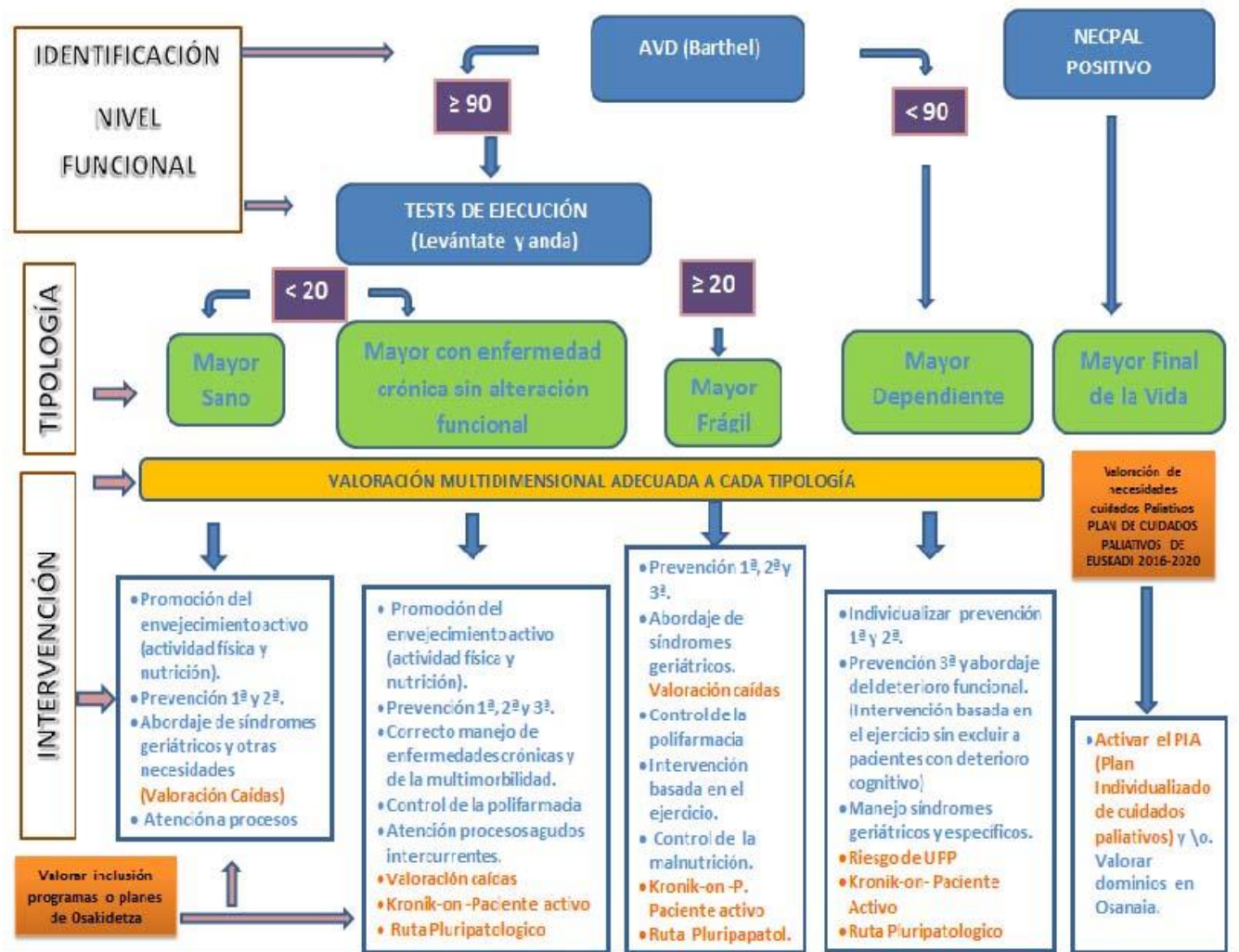
El **Objetivo general** del PAM es disponer de un procedimiento de *valoración multidimensional* y de actuación en personas de *70 o más años*, basado en las recomendaciones actuales, orientado a la promoción del envejecimiento saludable, la prevención de la enfermedad, el mantenimiento de la funcionalidad y *adaptado a la realidad de la Atención Primaria*.

Entre sus **objetivos específicos** estarían:

- *Identificar y categorizar* a las personas mayores en diferentes *tipologías* en relación a la función, de tal modo que oriente el abordaje más adecuado en cada caso.
- Realizar una *valoración multidimensional* según la tipología identificada, de tal modo que permita establecer un plan de atención personalizado.
- Establecer *intervenciones* que contribuyan al *mantenimiento de la funcionalidad y la calidad de vida* de las personas mayores.



**PROGRAMA DE ATENCIÓN AL MAYOR (P.A.M.)**



Para realizar la categorización y valoración multidimensional de la Persona Mayor existen 2 formularios específicos en Osabide Global (OG):

- **PAM. Valoración funcional y Tipología del Paciente Mayor** (incluye Barthel, Test de levántate y anda y NECPAL, para establecer la tipología de la persona mayor)
- **PAM. Valoración multidimensional Persona Mayor** (incluye valoración clínico-preventiva general y específica como caídas, nutrición, uso de fármacos o convivencia)

Hay que tener en cuenta, al clasificar definitivamente a una persona mayor en la correspondiente tipología, el criterio del profesional clínico.

Esta clasificación permite la orientación clínica del manejo de las personas mayores, en base a la tipología a la que pertenecen según su funcionalidad, y establecer las intervenciones a desarrollar.

| <b>TRATAMIENTO PREVENTIVO Y CURATIVO</b>                             |  | <b>INTERVENCIÓN</b>  |
|--|--|--|
| <b>Persona mayor sana</b>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b><u>Promoción del envejecimiento activo</u></b> (actividad física y nutrición)</li> <li>- Prevención 1ª y 2ª</li> <li>- Abordaje de síndromes geriátricos y otras necesidades (Valoración caídas)</li> <li>- Atención a procesos agudos</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Educación sanitaria (dominios Osanaia 1,2,3,4,5,7,11 y 12)</li> <li>- Programa de actividades comunitarias</li> <li>- Programa Mugiment</li> </ul>  |
| <b>Persona mayor con enfermedad crónica sin limitación funcional</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b><u>Promoción del envejecimiento activo</u></b> (actividad física y nutrición)</li> <li>- Prevención 1ª, 2ª y 3ª</li> <li>- Correcto manejo de enfermedades crónicas y de la multimorbilidad.</li> <li>- Control de la polifarmacia</li> <li>- Atención procesos agudos intercurrentes</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Educación sanitaria (dominios Osanaia previos + específicos de su patología)</li> <li>- Programa paciente activo</li> <li>- Programa Kronik on</li> <li>- Rutas asistenciales según patología/ PPP</li> </ul> |
| <b>Persona mayor frágil</b>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Prevención 1ª, 2ª y 3ª</li> <li>- Abordaje de síndromes geriátricos.</li> <li>Valoración de caídas</li> <li>- Control de la polifarmacia.</li> <li>- Intervención basada en el ejercicio</li> <li>- Control de la malnutrición</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Valoración dominios Osanaia</li> <li>- Programa paciente activo</li> <li>- Programa Kronik on</li> <li>- Rutas asistenciales/ PPP</li> </ul>  |
| <b>Persona mayor en situación de dependencia</b>                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Individualizar prevención 1ª y 2ª</li> <li>- Prevención 3ª y abordaje del deterioro funcional (Intervención basada en el ejercicio sin excluir a pacientes con deterioro cognitivo)</li> <li>- Manejo de síndromes geriátricos y específicos</li> <li>- Riesgo de UPP</li> </ul>                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Valoración dominios Osanaia</li> <li>- Programa paciente activo (cuidadores)</li> <li>- Programa Kronik on</li> <li>- Rutas asistenciales/ PPP</li> <li>- Atención domiciliaria</li> </ul>                    |
| <b>TRATAMIENTO ADECUADO A NECESIDADES</b>                            |  | <b>INTERVENCIÓN</b>  |
| <b>Persona mayor al final de la vida</b>                             | <b>Atención específica según necesidades</b>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- PAI cuidados paliativos</li> <li>- PIA</li> </ul>   |

## **1. PERSONA MAYOR SANA.**

### **INTERVENCIÓN:**

No presentan enfermedad crónica ni alteración funcional, mental o social relevantes. Los esfuerzos deben encaminarse principalmente a **mantener el buen estado de salud** con actividades de promoción de la salud, prevención primaria, y fomento de estilos de vida dirigidos a un **envejecimiento activo y saludable**, debiendo incidir en la actividad física y la nutrición como medio para conseguirlo.

Pero también es importante la prevención secundaria para detectar precozmente la enfermedad y evitar su repercusión.

Por otro lado, se tratarán los procesos agudos intercurrentes que vayan apareciendo.

### **ACCIONES:**

- Actividades de **educación sanitaria**: Enfermería de AP completará las valoraciones de **Osanaia** correspondientes a los dominios 1,2,3,4,5,7,11 y 12, de los que se derivarán los planes de intervención a desarrollar.

- Programa de actividades comunitarias: invitación a la participación en las actividades que se vayan desarrollando en la OSI Alto Deba (En el **Anexo 1** presentamos la oferta desarrollada en los municipios de la comarca).

- El **Programa Mugiment** es un Proyecto para lograr una sociedad vasca activa. Aúna las iniciativas orientadas a promover la actividad física y disminuir el sedentarismo, priorizando las medidas para que las personas inactivas dejen de serlo.

## **2. PERSONA MAYOR CON ENFERMEDAD CRÓNICA SIN LIMITACIÓN FUNCIONAL.**

### **INTERVENCIÓN:**

Padecen una o varias enfermedades crónicas relevantes (que requieren controles y pueden repercutir con mayor probabilidad en su estado de salud), pero sin problemas relevantes en su funcionalidad, son independientes según la escala de Barthel y con un test de "levántate y anda" normal, de 20 o menos segundos.

Los grupos de patologías crónicas consideradas son:

- Enfermedad osteoarticular (artrosis, enfermedades reumáticas...) que el paciente refiere con dolor o con limitación funcional
- Enfermedad coronaria
- Insuficiencia cardiaca
- Arritmia cardiaca (fibrilación auricular)
- HTA
- EPOC / asma crónica
- Demencia
- Ictus
- Enfermedad de Parkinson o temblor esencial que requiere tratamiento
- Déficit visual o auditivo importantes, incluso con corrección
- Diabetes
- Enfermedad mental (psicosis, depresión, ansiedad importante)

- Alcoholismo u otras drogas
- Obesidad, Índice de Masa Corporal (IMC) >30%
- Anemia crónica
- Cáncer no cutáneo (excepto melanoma)
- Otra (especificar cuál es la patología, considerando solo las relevantes y que condicionen o puedan condicionar de forma importante su salud)

Parece más probable que las complicaciones de sus enfermedades crónicas, incurables, de larga evolución, sean la causa de futura morbilidad y deterioro funcional. Así, la máxima prioridad de prevención en estos pacientes, sin olvidar los anteriores, debe ser la **prevención secundaria y terciaria** de la enfermedad, tratando y controlando adecuadamente los procesos que padecen y sus consecuencias (polifarmacia).

Sigue siendo importante la **promoción del envejecimiento activo** a través de la actividad física y la nutrición, así como la atención a los procesos agudos intercurrentes.

#### **ACCIONES:**

- **Educación sanitaria**, a través de los dominios de Osanaia previos, más los específicos de su condición o patología.
- Invitación a la participación en el **Programa Paciente Activo (Anexo 2)**.
- Desarrollo del **Programa Kronik On** por parte de enfermería de AP, cuyo objetivo es el empoderamiento del Paciente Crónico Complejo y/o su cuidador (según la autonomía del paciente) (**Anexo 3**).
- Aplicación de las **Rutas Asistenciales específicas** por patología y, en caso de Paciente Pluripatológico, inclusión en **Programa PPP** de la OSI (**Anexo 4**).

### **3. PERSONA MAYOR FRÁGIL.**

#### **INTERVENCIÓN:**

Persona en riesgo de dependencia o con alteración funcional inicial o leve, que aún no motiva grados de dependencia ostensible, y con posibilidades de revertir.

Se les define como aquellas personas con una alteración en las pruebas de ejecución, “test de levántate y anda” >20 segundos y sin alteración importante en las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD)

Habrà que remarcar que lo más importante es si a lo largo del tiempo disminuye el test de levántate y anda (sobre todo si antes era normal); en general, pasarán de “persona mayor sana” o “con enfermedad crónica sin alteración funcional” a “frágil”. Esto es muy importante por el **concepto dinámico de fragilidad**, donde lo más importante es la pérdida de función más precoz o incipiente.

Los esfuerzos, junto con los anteriores de **prevención secundaria y terciaria** de enfermedad, deben de ir encaminados a la prevención y abordaje específicos de los principales **síndromes geriátricos** (prevención y valoración de caídas, incontinencia urinaria, úlceras por presión, deterioro cognitivo) junto con los de **prevención de iatrogenia** (polifarmacia) y deterioro funcional, tanto desde atención primaria como desde atención especializada, y las actividades específicas sobre fragilidad

**ACTIVIDADES:**

- **Educación sanitaria**, a través de los dominios de Osanaia generales, más los específicos de su condición o patología.
- Invitación a la participación en el **Programa Paciente Activo (Anexo 2)**.
- **Programa Kronik On** para paciente y/o cuidador (**Anexo 3**)
- Aplicación de las **Rutas Asistenciales específicas** por patología y en caso de Paciente Pluripatológico inclusión en **Programa PPP (Anexo 4)**.

**4. PERSONA MAYOR EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA.****INTERVENCIÓN:**

Individuos ya en situación de dependencia de otras personas para realizar sus ABVD, ya sea de carácter transitorio o permanente, independientemente de su intensidad. Tienen un índice de Barthel < 90 puntos, sin ser un paciente al final de la vida.

Es importante en la valoración discriminar si además de ser dependiente es **paciente domiciliario** o no, con el fin de identificar los pacientes que están en programa de control domiciliario-inmovilizados, aunque los cuidados de ambos grupos son bastante similares.

Predominan las medidas de **prevención terciaria** (control de la **polifarmacia**, acciones de **deprescripción...**) y otras más enfocadas a los cuidados específicos que requieren: **síndromes geriátricos**, con especial atención al riesgo de UPP, y otros específicos de su condición.

Hay que individualizar las recomendaciones de prevención primaria y secundaria, desechando las que no aporten valor en la situación actual.

**ACCIONES:**

- **Educación sanitaria**, a través de los dominios de Osanaia generales, más los específicos de su condición o patología.
- Participación en el **Programa Paciente Activo** para los cuidadores (**Anexo 2**).
- **Programa Kronik On** para paciente y/o cuidador (**Anexo 3**)
- Aplicación de las **Rutas Asistenciales** específicas por patología y en caso de Paciente Pluripatológico inclusión en **Programa PPP (Anexo 4)**.
- En estos pacientes es prioritaria la **atención y seguimiento domiciliario**.

**5. PERSONA MAYOR AL FINAL DE LA VIDA.****INTERVENCIÓN:**

Son aquellas que padecen una **enfermedad en fase avanzada** con una expectativa de vida generalmente menor de seis meses. En esta situación suele presentar una alta dependencia junto con una enfermedad crónica avanzada y/o terminal.

Hay que considerar que hay pacientes que sin tener un cáncer están en esta situación (demencia senil, insuficiencia cardiaca o EPOC o multimorbilidad avanzadas, etc.), siendo de utilidad la **herramienta NECPAL** para la identificación de necesidades de atención paliativa.

**ACCIONES:**

Aplicación del **P.A.I. en cuidados paliativos** de la OSI Alto Deba.



## **ANEXO 1. PROGRAMA DE ACTIVIDADES COMUNITARIAS OSI ALTO DEBA.**

El abordaje comunitario de la salud es un elemento clave para el desarrollo del Plan de Salud de Euskadi 2013-2020 y del Plan de Atención Integrada de Euskadi, y se recoge así mismo en el Plan Estratégico de la OSI Alto Deba 2018-2021 en su Reto 2 Prevención y Promoción de la Salud.

La **promoción de la salud** puede definirse como “El proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla. Incluye acciones tanto a nivel individual, como aquellas de tipo poblacional dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas de cara a mitigar su impacto en la salud pública e individual”.

Definimos el **abordaje comunitario de la salud** como el modelo de trabajo en el campo de la promoción de la salud basado en la identificación de fortalezas de la comunidad como un proceso de empoderamiento, capacitación, participación y responsabilidad. Agentes de la Comunidad referidos a Administración, recursos profesionales y técnicos (servicios sociales, sanitarios, educativos...) y ciudadanía (tanto asociaciones como personas no asociadas).

En la OSI Alto Deba se están desarrollando en las 4 UAPs (con diferente nivel de desarrollo) las **Redes Locales de Salud** que consisten en una “agrupación de los diferentes agentes de la comunidad (administración, recursos profesionales y técnicos y ciudadanía) organizados de forma no jerárquica en torno a temas o preocupaciones comunes, que tienen una incidencia directa en la salud de la comunidad y que se abordan de manera activa y sistemática, evitando duplicidades y fomentando el trabajo conjunto sobre la base del compromiso y la confianza.

Los temas que se están abordando en nuestra OSI, con actividades programadas a lo largo de 2019 se refieren a:

- Talleres de Caídas
- Talleres de Paciente Activo:
  - Cuidando mi Diabetes
  - Cuidando activamente mi salud
  - Cuidando mi salud después del cáncer
- Talleres de Deshabitación tabáquica
- Actividad física:
  - Prescripción de actividad física. SOAF (Servicio de Orientación en Actividad Física) en polideportivos
  - Sasoibide (paseos solidarios para mayores de 55 a)
- Menores y Alcohol:
  - Formación de referente en cada UAP
  - Sesiones con Asociación de Alcohólicos Anónimos
- Colaboración con Farmacias de la Comarca Debagoiena para proyectos común
- Relaciones con Asociaciones de Jubilados:
  - Sesiones clínicas de interés solicitadas desde las asociaciones
  - Invitación a participación en Talleres de Caídas
- Otras asociaciones de enfermos:

- KATTALIN, asociación de enfermas de cáncer de mama, para sesiones
- AFAGI, asociación de familiares de pacientes con Alzheimer de Gipuzkoa, para sesiones conjuntas
- Colaboraciones con Colegios de la Comarca:
  - Programa PENSOI, de obesidad infantil
  - Cursos de RCP a alumnos de DBH
  - Cursos de Educación Sexual para alumnos de 3º de DBH

Se cuenta en la OSI con un responsable en el Área de Participación Comunitaria, Joserra Bardecí, enfermero de la UAP de Bergara, con el que se puede contactar para conocer la oferta de actividades o programar en cada municipio.

Esta oferta se podrá consultar en la página web de la OSI Alto Deba, así como en la Intranet de la Organización (actualmente en fase de elaboración)

## **ANEXO 2. PROGRAMA PAZIENTE BIZIA/PACIENTE ACTIVO:**

El programa Paziente Bizia-Paciente Activo es un **programa de educación en autocuidados** para que personas que padecen enfermedades crónicas o son responsables de su cuidado, puedan conocer la enfermedad, así como aquellos hábitos o conductas que les harán conseguir un mejor estado de salud.

El programa oferta talleres dónde se enseña a **entender la enfermedad**, a **responsabilizarse de su salud** y a **tomar decisiones adecuadas** sobre ella.

Son talleres de educación entre iguales; es decir, son dirigidos por personas que tienen una enfermedad crónica, o por sus cuidadores o cuidadoras. En ellos, se aprenden herramientas para hacer frente a problemas, proponerse objetivos de cambio de hábitos, técnicas de comunicación con la familia y el equipo profesional sanitario, técnicas de relajación, manejo emocional e información sobre el ejercicio físico, nociones de nutrición, uso apropiado de la medicación y conocimientos básicos sobre la enfermedad.

En definitiva, se ofrece información básica sobre la enfermedad, y se trabajan herramientas y habilidades que van a facilitar que la ciudadanía sea más activa y responsable en el cuidado de su salud.

Siempre hay que tener en cuenta, que estos talleres complementan la labor del equipo profesional sanitario.

Los talleres que se ofrecen actualmente en la OSI Alto Deba son:

▪ **Cuidando activamente mi salud:** Este taller va dirigido a personas con cualquier tipo de enfermedad crónica o a sus cuidadores o cuidadoras principales.

El taller se realiza en sesiones de 2 horas y 15 minutos, 1 día a la semana, durante 7 semanas. Previamente se imparte una sesión informativa del programa de 1.5 horas de duración. Las sesiones son impartidas por 2 monitores, se realizan en grupo y son participativas

▪ **Cuidando mi diabetes:** dirigido a personas con diabetes tipo 2, o a sus cuidadores o cuidadoras principales. El taller se realiza en sesiones de 2.5 horas, 1 día a la semana, durante 7 semanas. Las sesiones son impartidas por 2 monitores, se realizan en grupo y son participativas.

▪ **Cuidando mi salud después del cáncer:** dirigido a personas que han pasado por un proceso oncológico (o a sus cuidadores o cuidadoras principales), y hayan acabado el tratamiento de quimio o radioterapia como mínimo un año antes del inicio del taller. El taller se realiza en sesiones de 2.5 horas, 1 día a la semana, durante 7 semanas. Las sesiones son impartidas por 2 monitores, se realizan en grupo y son participativas.

Información próximos talleres: e-mail: [pacienteactivo@osakidetza.eus](mailto:pacienteactivo@osakidetza.eus)

Telf.: 943 00 65 51

## ANEXO 3: KRONIK ON PROGRAMA

### Empoderamiento de Paciente Crónico Complejo

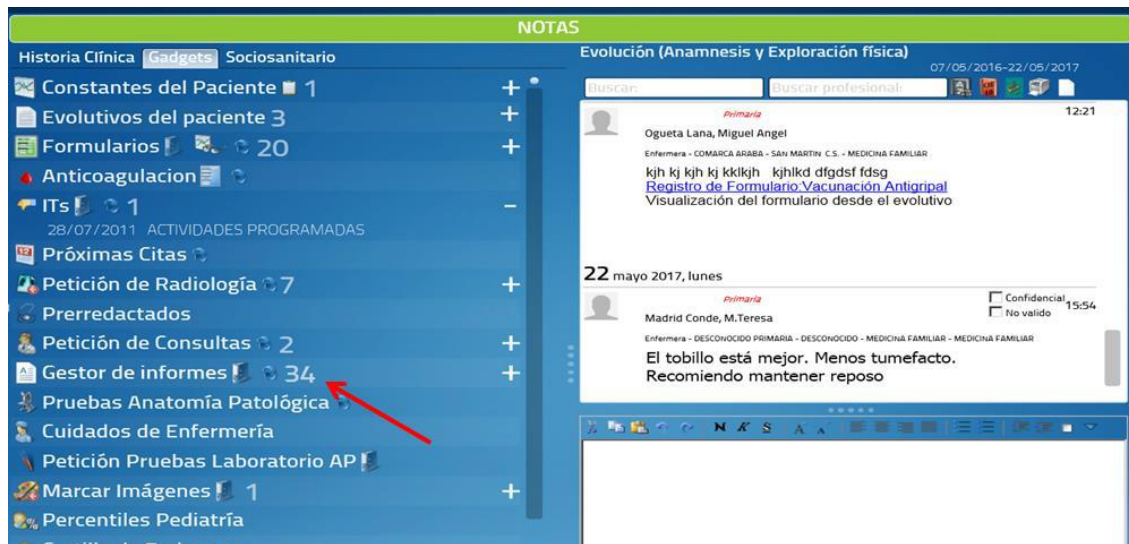
**Kronik ON Programa** tiene como objetivo el **empoderamiento del Paciente Crónico Complejo y/o su cuidador**.

El programa se desarrollará en **formato individual** y será la enfermera de referencia de cada paciente crónico complejo la encargada de desarrollar las sesiones del programa. Las sesiones estarán dirigidas a todos los Pacientes Crónicos Complejos y/o su cuidador (dependiendo de la autonomía del paciente).

Las sesiones tendrán como centro al paciente y/o cuidador. En ellas, se explorarán los **conocimientos que tienen sobre las enfermedades que padecen y las áreas que deben mejorar**. Así mismo, de manera conjunta, se buscarán y acordarán, las soluciones a los problemas detectados y se establecerán las pautas y recomendaciones que deben de seguir los pacientes y/o cuidadores. Finalmente se realizará un **seguimiento** de los conocimientos adquiridos y los propósitos cerrados durante las sesiones.

El programa corporativo Kronik-ON se ha establecido como una herramienta útil para todos los pacientes o cuidadores, independientemente de sus competencias en salud. Los materiales tanto para el paciente/cuidador (fichas de pacientes) como para los profesionales están accesibles desde el gadget “Gestor de informes” de Osabide Global Primaria (**Anexo 12**).

En Osabide Global se accede desde el gadget “Gestor de Informes”:



Una vez clicado en el gadget, se tiene que hacer una búsqueda por “paciente crónico complejo”:

**Katalogoaren txostenen bilaketa**

Txosten-mota:     Hizkuntza:     Arloa:     Zerbitzua:

Azalpena:

Izenburua:

| Azalpena  | Izenburua  | Hizkuntza | Txosten-mota | Arloa | Zerbitzu |
|---|--|-----------|--------------|-------|----------|
| Paciente Crónico Complejo. CARDIOPATÍA ISQUÉMICA  | Paziente Kroniko Konplexua. KARDIOPATÍA ISKEMIKOA        | Euskera   | Consejos     | Todas | GUZTIAK  |
| Paciente Crónico Complejo. DIABETES               | Paziente Kroniko Konplexua. DIABETESA                    | Euskera   | Consejos     | Todas | GUZTIAK  |
| Paciente Crónico Complejo. EPOC                   | Paciente Crónico Complejo. EPOC                          | Español   | Consejos     | Todas | GUZTIAK  |
| Paciente Crónico Complejo. HIPERTENSIÓN           | Paziente Kroniko Konplexua. HIPERTENSIÓN                 | Euskera   | Consejos     | Todas | GUZTIAK  |
| Paciente Crónico Complejo. INSUFICIENCIA CARDIACA | Paziente Kroniko Konplexua. INSUFICIENCIA CARDIACA       | Español   | Consejos     | Todas | GUZTIAK  |
| Paciente Crónico Complejo. INSUFICIENCIA CARDIACA | Paziente Kroniko Konplexua. BIHOTZ GUTXIEGITASUNA        | Euskera   | Consejos     | Todas | GUZTIAK  |
| Paciente Crónico Complejo. INSUFICIENCIA RENAL    | Paciente Crónico Complejo. INSUFICIENCIA RENAL           | Español   | Consejos     | Todas | GUZTIAK  |
| Paciente Crónico Complejo. INSUFICIENCIA RENAL    | Paziente Kroniko Konplexua. GILTZURRUNEKO GUTXIEGITASUNA | Euskera   | Consejos     | Todas | GUZTIAK  |
| Paciente Crónico Complejo. PLURIPATOLÓGICO        | Paciente Crónico Complejo. PLURIPATOLÓGICO               | Español   | Consejos     | Todas | GUZTIAK  |
| Paciente Crónico Complejo. PLURIPATOLÓGICO        | Paziente Kroniko Konplexua. PATOLOGIA ANITZEKOA          | Euskera   | Consejos     | Todas | GUZTIAK  |

Como resultado de la búsqueda realizada, aparecen todos los **documentos del programa Kronik-ON** disponibles para los profesionales desde la explicación sobre qué es ser un paciente crónico complejo hasta las descripciones de las patologías prevalentes relacionados con esta condición. Todos los documentos están disponibles en castellano y euskera (En el **Anexo 12** aparece el material disponible).

**Txostenak - Mamua, MAMUA MAMUA**

Paciente Crónico Complejo. PLURIPATOLÓGICO  
 Egoera : Zirriborroa    Data:

1 / 10    75%    Find Previous Find Next


Paciente Cronico Complejo 1

© 2015. Kronik ON Programa - Eusko Jaurlaritza. Todos los derechos reservados.

## ¿Qué es y cuáles son los síntomas?

Es bastante común, según avanza la edad, que una persona padezca **varias enfermedades crónicas a la vez**. Así, **una persona puede presentar simultáneamente bronquitis crónica, diabetes, hipertensión arterial o enfermedades del corazón**. Además, puede ocurrir que consejos apropiados para un problema sean perjudiciales para otro y algunas medicinas que ayudan para una cosa pueden resultar nocivas para otra.

**Es importante**, disponer de un **plan de cuidados y seguimiento realizado por su médico y enfermera de atención primaria y acordado con usted** y que a su vez estén en contacto con el resto de médicos y enfermeras de las otras especialidades.





Txostenak - Mamua, MAMUA MAMUA

 Paciente Crónico Complejo. PLURIPATOLOGICO  
 Egoera : Zirriborrea      Data:

4 / 10      75%      Find Previous Find Next

**¿Qué puedo hacer yo para cuidarme?**

**Aprenda sobre:**

**Alimentación**



**Ejercicio**



**Higiene**



**Otros hábitos de vida**



Paciente Crónico Complejo      4

□ **Sesiones del programa de empoderamiento:**

Se establece un **mínimo de cuatro sesiones, con una duración de 20-30 minutos**. La duración estimada puede variar dependiendo de cada paciente y/o cuidador. Se establece una sesión por semana hasta completar las cuatro sesiones que componen el programa (1 mes en total).

En la cuarta sesión se valorará el empoderamiento del paciente y/ su cuidador, con el propósito de analizar si el paciente y/o cuidador necesita más sesiones para el empoderamiento. En caso de no necesitar más sesiones cada 2 meses se realizarán sesiones recordatorias (posterior seguimiento a valorar según paciente).

Se registrarán en el evolutivo del paciente las sesiones realizadas.

Las sesiones se organizan de la siguiente manera:

**Sesión 1:**

- **Lugar:** La primera sesión del programa tendrá lugar preferiblemente en el domicilio del paciente.
- **Dirigido a:** Paciente y/o cuidador
- **Contenido:** Explicación de qué es un Paciente Crónico Complejo (Pluripatología) y las recomendaciones generales de hábitos de vida.
- **Objetivos:**
  - Exploración y evaluación de la situación del paciente.
  - Valorar los conocimientos del paciente y/o cuidador.

Para conseguir dichos objetivos en esta sesión se realizarán las **siguientes actividades:**

1. Valoración integral del paciente por la enfermera: La enfermera recabará información del paciente sobre la situación familiar y social, sobre el estado anímico del paciente, sus hábitos de vida, las capacidades que tiene y las barreras. (Se recomienda indagar sobre cómo se siente el paciente, las capacidades que tiene y las barreras que tiene)

2. Explicación del concepto Paciente Crónico Complejo (Pluripatológico) e identificación de lo que el paciente conoce o reconoce sobre sus patologías.
3. Identificación de las patologías que tiene el paciente, detectando cuál es la que más se descompensa. RECONOCIMIENTO DE LOS SÍNTOMAS EN GENERAL.
4. Repaso de la medicación y próximas citas en Osakidetza: Se repasará con el paciente la medicación que toma, para qué la toma, cuando se lo tiene que tomar y si se la toma correctamente o no. Se revisará cómo el paciente se organiza para conseguir la adherencia al tratamiento. Por otra parte, se le preguntará al paciente por las próximas citas en Osakidetza, para ayudarle a organizarlas y/o agruparlas en caso de que sea necesario.
5. Detección de las áreas de mejora: en esta sesión se trabajarán de forma genérica y se identificarán las áreas que se deben de profundizar en las siguientes sesiones.
6. Reforzar lo que hace bien y buscar soluciones conjuntas a los problemas que se hayan podido detectar. Es importante tener en cuenta los valores y las preferencias del paciente evitando en todo momento la imposición y llegando siempre conjuntamente a un acuerdo.
7. Explicación de recomendaciones generales sobre hábitos de vida: para ello se utilizará la presentación donde se explican los hábitos que deben llevar los pacientes con esta condición. Se trabajarán aspectos como la nutrición, ejercicio, higiene, sueño,...

- **Material necesario para esta sesión:**

- Presentaciones para los profesionales sobre las patologías (castellano o euskera)
- Fichas entregables a los pacientes sobre las patologías (castellano o euskera)

**Sesión 2:**

- **Lugar:** Posibles escenarios donde celebrar la sesión:

- Domicilio: dirigida a cuidador (en el caso de que el paciente no se pueda mover del domicilio y el cuidador no tenga disponibilidad horaria para ir al centro de salud)
- Centro de salud: dirigida a cuidador (en el caso de que el paciente no se pueda mover del domicilio y es el cuidador el que se forma)
- Centro de salud: dirigida a paciente

- **Dirigido a:** Paciente y/o cuidador

- **Contenido:** Explicación de las patologías prevalentes que tiene el paciente y ayuda en el reconocimiento de los síntomas y signos de alarma.

- **Objetivos:**

- Enseñar al paciente y/o cuidador las características más relevantes de sus patologías
- Reconocimiento de los síntomas y signos de alarma relacionados con sus patologías

Para ello conseguir dichos objetivos en esta sesión se realizarán las **siguientes actividades**:

1. Refuerzo y aclaración de los conceptos trabajados en la sesión anterior y resolver las posibles dudas que se hayan generado.
2. Explicación de las patologías que padece: etiología, síntomas, etc. Para ello la enfermera cuenta con presentaciones (castellano o euskera) de las patologías

prevalentes en los pacientes pluripatológicos. Con ellas podrá explicar los aspectos que considere más relevantes teniendo en cuenta la situación de cada paciente.

3. Explicación de los síntomas y signos de alarma que pueden ser relevantes teniendo en cuenta todas las patologías que padece el paciente. También se valorará la capacidad del paciente y/o cuidador de reconocer estos síntomas y signos de alarma. Adicionalmente se le explicará al paciente las recomendaciones generales de hábitos de vida que debe seguir para evitar la aparición de los síntomas y signos de alarma.

4. Repaso de la medicación y del tratamiento farmacológico y no farmacológico, valorando lo aprendido en la sesión 1. Esta parte se deberán realizar siguiendo las siguientes pautas:

- Técnicas para la adherencia: indagar conjuntamente y buscar soluciones conjuntas donde el paciente y cuidador vea que tenga más dificultades.
- Búsqueda de soluciones conjuntas: Buscar consenso en la resolución a los problemas, teniendo en cuenta los valores y las preferencias del paciente. Se debe evitar la imposición.

5. Reforzar lo que hace bien, identificando las áreas que el paciente tiene controladas y las áreas en las que el paciente necesita más empoderamiento.

6. Explicación de las fichas de autocontrol: para que sirve, que se pretende con ellas y explicar cuáles son los valores que tiene que anotar cada día o los días indicados para tener un mayor control de sus patologías.

**- Material necesario para esta sesión:**

- Presentaciones para los profesionales sobre las patologías (castellano o euskera)
- Fichas entregables a los pacientes sobre las patologías (castellano o euskera)
- Ficha de autocontrol para el paciente (castellano o euskera)

**Sesión 3:**

- **Lugar:** Posibles escenarios donde celebrar la sesión:

- Domicilio: dirigida a cuidador (en el caso de que el paciente no se pueda mover del domicilio y el cuidador no tenga disponibilidad horaria para ir al centro de salud)
- Centro de salud: dirigida a cuidador (en el caso de que el paciente no se pueda mover del domicilio y es el cuidador el que se forma)
- Centro de salud: dirigida a paciente

- **Dirigido a:** Paciente y/o cuidador

- **Contenido:** Explicación de las recomendaciones generales sobre hábitos de vida que debe de llevar el paciente para tener un mayor control de su enfermedad.

- **Objetivos:** El principal objetivo de esta sesión es que el paciente y/o cuidador conozca y aprenda sobre los hábitos de vida saludables y las recomendaciones generales de salud.

Para ello conseguir dichos objetivos en esta sesión se realizarán las **siguientes actividades**:

1. Refuerzo de conceptos trabajados en las sesiones anteriores, para saber qué información o conceptos han podido generar dudas o no están claros.

2. Explicación de los hábitos de vida saludables y cambios en el estilo de vida que debe adoptar el paciente. Se profundizará en aquellas recomendaciones que el paciente debe seguir teniendo en cuenta por sus patologías.

3. Acordar con el paciente los propósitos sobre los cambios en sus hábitos de vida y los cuidados de sus enfermedades. Dichos propósitos se anotarán en el las Fichas de Autocuidado y se analizaran con el paciente las dificultades que puede tener para llevarlos a cabo. Esta parte se deberá realizar siguiendo las siguientes pautas:

- Búsqueda de soluciones conjuntas. Buscar consenso en la solución a los problemas del paciente teniendo en cuenta los valores y las preferencias del paciente.
- Se debe evitar la imposición.

4. Repaso de la medicación / el tratamiento farmacológico y no farmacológico.

5. Detección de las fortalezas y debilidades del paciente. Reforzar lo que hace bien, identificando las áreas que el paciente tiene controladas y las áreas en las que el paciente necesita más empoderamiento.

6. Repaso y revisión del cuaderno de autocontrol con el paciente, para detectar posibles errores y reforzar lo que está haciendo bien.

**- Material necesario para esta sesión:**

- Presentaciones para los profesionales sobre las patologías (castellano o euskera)
- Ficha de autocontrol para el paciente (castellano o euskera)
- Ficha de autocuidado para el paciente (castellano o euskera)

**Sesión 4:**

- **Lugar:** Posibles escenarios donde celebrar la sesión:

- Domicilio: dirigida a cuidador (en el caso de que el paciente no se pueda mover del domicilio y el cuidador no tenga disponibilidad horaria para ir al centro de salud)
- Centro de salud: dirigida a cuidador (en el caso de que el paciente no se pueda mover del domicilio y es el cuidador el que se forma)
- Centro de salud: dirigida a paciente

- **Dirigido a:** paciente y/o cuidador

- **Contenido:** Repaso general de todo lo trabajado y tratado en las sesiones anteriores.

- **Objetivos:**

- Revisión de las sesiones anteriores junto el paciente y/o cuidador.
- Valoración del aprendizaje del paciente/cuidador y si son necesarias más sesiones.

Para ello conseguir dichos objetivos en esta sesión se realizarán las **siguientes actividades:**

1. Repaso y refuerzo de las sesiones anteriores detectando las áreas que necesitan más refuerzo.

2. Exploración con el paciente y/o cuidador de la presencia de síntomas y signos de alarma en los últimos días y si los ha identificado correctamente. Revisar la ficha de autocuidado los propósitos cerrados en la sesión anterior y ver si hay que reforzar o cambiar alguno de los propósitos.

3. Revisión de la ficha de autocontrol junto con el paciente y/o cuidador para ver si está anotando correctamente los valores indicados en la sesión 3.

4. Repaso de la medicación / el tratamiento farmacológico y no farmacológico. Identificar dificultades y objetivos. Explorar conjuntamente con el paciente la mejor

manera en la que puede llegar a buscar una solución. Acordar con el paciente cómo llevarlos a cabo.

5. Reforzar lo que hace bien.

**- Material necesario para esta sesión:**

- Presentaciones para los profesionales sobre las patologías (castellano o euskera)
- Ficha de autocontrol para el paciente (castellano o euskera)
- Ficha de autocuidado para el paciente (castellano o euskera)

**Evaluación del nivel de empoderamiento**

**Herramienta de evaluación**

Teniendo como punto de partida el material que ofrece el programa de empoderamiento Kronik ON, se han identificado cuatro dimensiones sobre las que se puede evaluar si los servicios de empoderamiento ofrecidos han conferido al paciente o cuidador los conocimientos esperados. Las dimensiones identificadas son las siguientes:

1. Enfermedad(es)
2. Tratamiento
3. Signos de descompensación
4. Actuación ante una descompensación

Los aspectos a investigar son los siguientes:

1. Conocimiento sobre la enfermedad
  - ✓ ¿Cuál es su enfermedad?
  - ✓ ¿Cuáles son los síntomas?
  - ✓ ¿Qué puede hacer para cuidarse?
  - ✓ ¿Cuántas veces ha utilizado el cuaderno de autocuidados?
2. Adherencia al tratamiento
  - ✓ ¿Qué tratamiento farmacológico tiene?
  - ✓ ¿Cuándo y cómo toma su medicamento?
  - ✓ Si no toma su medicamento, ¿qué le pasa?
3. Conocimiento sobre los signos de descompensación
  - ✓ ¿Cuándo tiene que llamar a su médico o enfermera?
4. Si se descompensa, conocimiento sobre cómo actuar
  - ✓ Si no se encuentra bien, ¿qué tiene que hacer?

Con el objetivo de definir el nivel de empoderamiento de los pacientes y/o cuidador, los profesionales de enfermería utilizarán la herramienta corporativa de Osakidetza, OSANAIA. Dentro de la plataforma OSANAIA, se han identificado 4 indicadores que permiten evaluar el nivel de empoderamiento del paciente/cuidador según las dimensiones y conocimiento adquirido a través del programa Kronik-ON.

Las dimensiones son las siguientes:

1. Controla los síntomas y signos de su enfermedad
2. Sigue el tratamiento recomendado
3. Evita conductas que potencien a progresión de la enfermedad
4. Cómo contactar con los servicios necesarios

Para evaluar el nivel de conocimiento en cada una de estas dimensiones, los profesionales de enfermería utilizarán escalas de tipo Likert.



A continuación se presentan los indicadores y criterios definidos en cada una de las dimensiones que se evalúan sobre el empoderamiento del paciente y/o cuidador a través de la plataforma OSANAIA.

### 1. Controla los síntomas y signos de su enfermedad

| Escala Likert                      | Descripción  |
|------------------------------------|--|
| <b>No aplicable</b>                |  |
| <b>1 Nunca demostrado</b>          | No menciona ningún signo ni síntoma de cada enfermedad crónica   |
| <b>2 Raramente demostrado</b>      | Menciona <b>al menos un signo</b> y síntoma <b>descrito como principal</b> de cada enfermedad crónica  |
| <b>3 A veces demostrado</b>        | Menciona <b>al menos dos signos y síntomas descritos como principales</b> para cada enfermedad crónica |
| <b>4 Frecuentemente demostrado</b> | Menciona <b>al menos tres signos y síntomas descritos como principales</b> de cada enfermedad crónica  |
| <b>5 Siempre demostrado</b>        | Menciona <b>los cuatro signos y síntomas descritos como principales</b> de cada enfermedad crónica     |

Definición de los signos y síntomas principales para cada una de las patologías crónicas:

- **Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica:**
  - Signos y síntomas principales: tos, expectoración, disnea, sibilancias.
  - Otros signos y síntomas: infecciones respiratorias recurrentes, mareo, astenia o debilidad, dolor en el pecho
- **Insuficiencia Cardíaca:**
  - Signos y síntomas principales: disnea, edemas en EEII, astenia, aumento de peso.
  - Otros signos y síntomas: Tos seca, oliguria, ortopnea, dolor en el pecho
- **Diabetes Mellitus:**
  - Signos y síntomas principales: mareo, sed o poliuria, aumento de apetito
  - Otros signos y síntomas: astenia, sudoración, palpitaciones, trastornos de visión, problemas en los pies.

### 3. Sigue el tratamiento recomendado

| Escala Likert                      | Descripción   |
|------------------------------------|---|
| <b>No aplicable</b>                |   |
| <b>1 Nunca demostrado</b>          | Demuestra abandono del tratamiento recomendado  |
| <b>2 Raramente demostrado</b>      | Cumplimiento anárquico del tratamiento recomendado: no respeta la dosis, ni el horarios prescrito, frecuentes abandonos y no respeta el orden de la toma de los inhaladores |
| <b>3 A veces demostrado</b>        | Sigue el tratamiento recomendado en cuanto a dosis y horarios, pero tiene olvidos frecuentes  |
| <b>4 Frecuentemente demostrado</b> | Sigue el tratamiento recomendado en cuanto a dosis y horarios, pero tiene olvidos ocasionales   |

|                             |   |
|-----------------------------|---|
| <b>5 Siempre demostrado</b> | Adherencia al tratamiento, sigue el tratamiento recomendado en cuando a dosis y horarios y respeta el orden de la toma de los inhaladores |
|-----------------------------|---|

### 3. Evita conductas que potencien a progresión de la enfermedad

| Escala Likert                      | Descripción   |
|------------------------------------|---|
| <b>No aplicable</b>                |   |
| <b>1 Nunca demostrado</b>          | <b>No evita ninguna conducta</b> potenciadora de progresión de la enfermedad, descritas de cada enfermedad.                 |
| <b>2 Raramente demostrado</b>      | <b>Evita menos de la mitad</b> de las conductas potenciadoras de progresión de la enfermedad, descrita de cada enfermedad.  |
| <b>3 A veces demostrado</b>        | <b>Evita al menos la mitad</b> de las conductas potenciadoras de progresión de la enfermedad, descritas de cada enfermedad. |
| <b>4 Frecuentemente demostrado</b> | <b>Evita más de la mitad</b> de las conductas potenciadoras de progresión de la enfermedad, descritas de cada enfermedad.   |
| <b>5 Siempre demostrado</b>        | <b>Evita todas las</b> conductas potenciadoras de progresión de la enfermedad, descritas de cada enfermedad.                |

Definición de las conductas que potencian la progresión de la enfermedad, en cada una de las patologías definidas:

- **Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica: Conductas que se deben evitar:**
  - Mantener hábito tabáquico.
  - Sobrepeso; debe mantener una dieta saludable y equilibrada, distribuida en 4 o 5 comidas ligeras al día, que incluya limitar la sal y se exceda con los líquidos.
  - Inactividad Física; debe realizar un plan de actividad física que contenga ejercicios aeróbicos como bicicleta, nadar, caminar...
  - Incumplir con el tratamiento; debe de mantener el tratamiento concordato con el profesional
- **Insuficiencia Cardíaca: Conductas que se deben evitar:**
  - Consumo de sustancias tóxicas, consumo de alcohol y fumar.
  - Inactividad física; debe de realizar ejercicio físico adecuado a su capacidad, evitando que la intensidad del mismo provoque fatiga.
  - Tomar antiinflamatorios ni medicamentos efervescentes, por su alto contenido en sodio.
  - Sobrepeso; debe mantener un peso saludable en función de su altura y edad. Una dieta saludable y equilibrada, evitando alimentos ricos en grasas saturadas, que incluya limitar la sal y controle la cantidad de líquidos.
  - Mal control del peso; debe de llevar un control de peso diario para lo cual ha de pesarse todos los días, preferentemente a la misma hora por las mañanas.
  - Mal control de la tensión arterial.

- Incumplir con el tratamiento; debe de mantener el tratamiento concordato con el profesional.
- **Diabetes Mellitus: Conductas que se deben evitar:**
  - Alimentación inadecuada; debe de seguir una dieta equilibrada que controle la ingesta de alimentos ricos en azúcares.
  - El consumo de alcohol.
  - No cuidar de los pies a diario; debe comprobar a diario si existe enrojecimiento, heridas o ampollas. Mantener una higiene diaria adecuada extremando el secado, especialmente entre los dedos. Mantener uñas limpias y cortas.
  - Inactividad física; debe de realizar ejercicio físico adecuado a su capacidad, evitando que la intensidad del mismo provoque fatiga.
  - Inasistencias a la consulta programada para el control de su enfermedad.

#### 4. Cómo contactar con los servicios necesarios

| Escala Likert                    | Descripción  |
|----------------------------------|--|
| <b>No aplicable</b>              |  |
| <b>1 Ningún conocimiento</b>     | No menciona <b>ningún servicio sanitario</b> con el cual contactar en caso de necesidad  |
| <b>2 Conocimiento escaso</b>     | Conoce <b>algunos servicios</b> pero le falta conocer la forma de contactarlos.  |
| <b>3 Conocimiento moderado</b>   | Conoce los servicios sanitarios, la <b>forma de contactar</b> con todos ellos, pero ninguna circunstancia bajo la que ha de contactarlos   |
| <b>4 Conocimiento sustancial</b> | Conoce los servicios sanitarios, la <b>forma de contactar</b> con todos ellos, pero <b>no conoce todas las circunstancias</b> ( conocimiento de alguna circunstancia) bajo la que contactarlos |
| <b>5 Conocimiento extenso</b>    | <b>Conoce los servicios sanitarios, la forma de contactar con todos ellos y bajo qué circunstancias contactarlos.</b>  |

Descripción de los recursos sanitarios que las/os pacientes deben conocer:

- Consejo Sanitario
- Consulta presencial en el centro de salud con su profesional de enfermería referente ☑ Consulta presencial en el centro de salud con su profesional médico referente
- PAC
- Emergencias Osakidetza

Descripción de las situaciones de alarmas:

- Situación **"verde"**: en caso de dudas, contacta con su profesional de enfermería o médico referente en horario habitual del centro de salud o con Consejo Sanitario (tlf. 900 20 30 50) fuera de horas.
- Situación **"amarilla"**: contacta con su profesional de enfermería o médico de referencia en horario habitual del centro de salud, fuera del horario habitual contacte con Consejo Sanitario (tlf. 900 20 30 50) o acuda a su PAC de referencia.

- Situación "roja": contacta con Emergencias Osakidetza. Araba: 945 24 44 44; Bizkaia: 94 410 00 00; Gipuzkoa: 943 46 11 11

### Listado de síntomas por enfermedad que activarán distintos recursos:

#### ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA:

##### Verde, en caso de duda y si observa:

- Problemas para respirar.
- Más tos de lo habitual.
- Más expectoración de lo habitual.
- Cambio en la coloración de las flemas.
- Dificultad para realizar actividades.

##### Amarillo

- Tiene dificultad para respirar cuando está quieto o no para de toser.
- Respira peor cuando realiza alguna actividad.
- Tiene más tos y más expectoración de la habitual.
- Cambios en la coloración de las flemas.
- Nota silbidos o ruidos en el pecho cuando está en reposo.
- Siente mareo, cansancio o debilidad.

##### Rojo

- No puede respirar o comienza a ponerse azul.
- Tiene dolor en el pecho.
- Pierde el conocimiento.

#### INSUFICIENCIA CARDÍACA:

##### Verde, en caso de duda y si observa

- Problemas para respirar. BIEN CONTROLADOS!
- Dolor de pecho.
- Cambios de peso.
- Hinchazón de tobillos o piernas.
- Mayor dificultad para realizar actividades.

##### Amarillo

- Tiene mayor hinchazón en los tobillos.
- Ha ganado peso, 1 kg en un día o 2-3 kg en 2 o 3 días.
- Necesita más almohadas para dormir.
- Respira peor cuando realiza alguna actividad.
- Tiene más tos de lo habitual
- Tiene dificultad para respirar cuando está quieto o no para de toser.
- Nota silbidos o ruidos en el pecho cuando está en reposo.
- Se despierta a la noche porque no puede respirar.
- Siente mareos, cansancio o debilidad.

##### Rojo

- No puede respirar o comienza a ponerse azul.
- Las flemas o la saliva son de color rosado.
- Tiene dolor en el pecho intenso u opresivo.
- Nota palpitaciones o taquicardia que le provocan mareos o sudoración.
- Se siente confuso.
- Pierde el conocimiento.

**DIABETES MELLITUS:****Verde, en caso de duda y si observa**

- ☒ Mareo.
- ☒ Mucha sed, más de la habitual.
- ☒ Orina muchas veces.
- ☒ Si le han indicado autocontroles, estos son normales.
- ☒ Problemas o heridas en los pies.
- ☒ Mayor dificultad para realizar actividades.

**Amarillo**

- Fiebre.
- Debilidad.
- Cansancio.
- Mareo.
- Problemas o heridas en los pies.
- Molestias urinarias.
- Infecciones respiratorias.
- Si le han indicado autocontroles, estos son anormales.
- Dolor en las piernas al realizar ejercicio.

**Rojo**

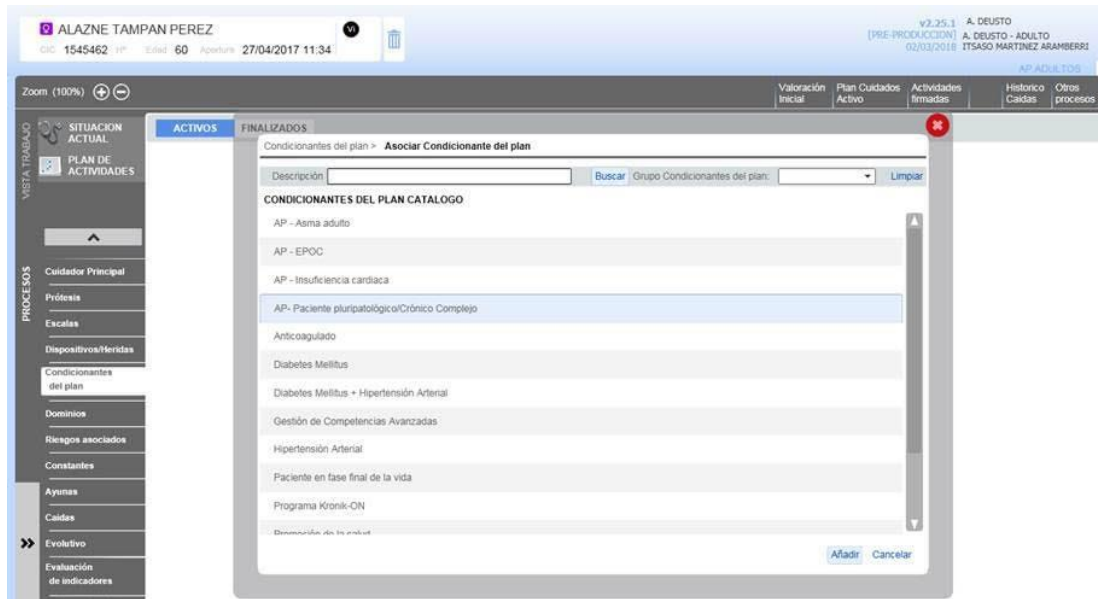
- Presenta hipoglucemia que no mejora con las medidas indicadas.
- Dolor en el pecho intenso
- Nota palpitations o taquicardia que le provocan mareos o sudoración.
- Se siente confuso.
- Pierde el conocimiento.
- Pierde fuerza en alguna extremidad, se le tuerce la boca o tiene dificultades para hablar.
- Visión borrosa.

Para poder acceder a los indicadores anteriormente presentados y que están disponibles en OSANAIA, los profesionales de enfermería deben seguir los siguientes pasos:

Dentro de la ficha del paciente:

1. Seleccionar el condicionante de plan "Paciente Pluripatológico/Crónico Complejo"

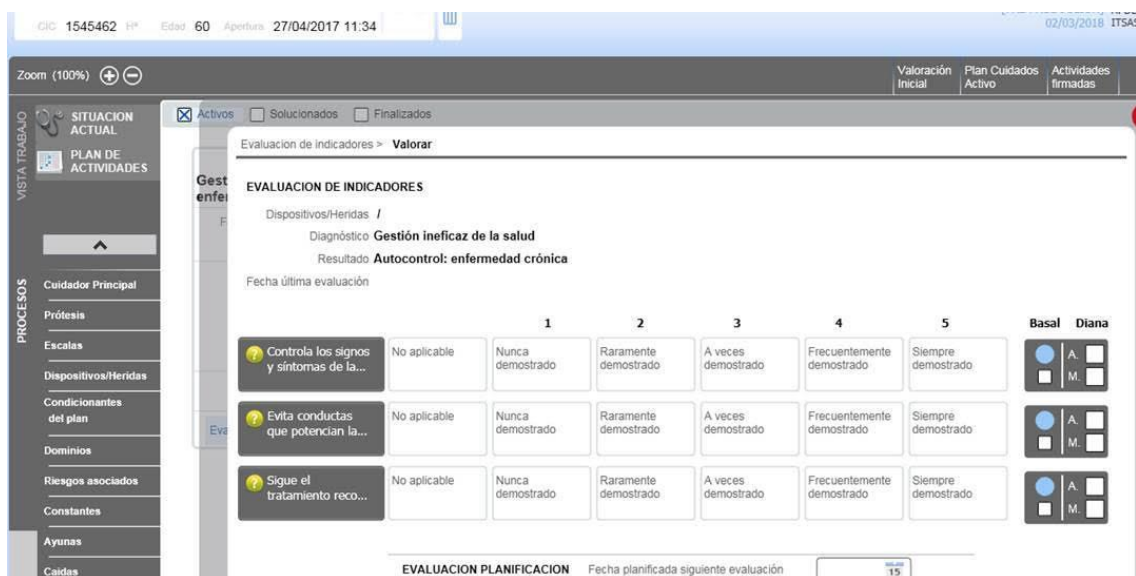




2. Seleccionar “Plan de cuidados” asociado al condicionante Paciente Pluripatológico/Crónico Complejo. Se activará el siguiente plan de cuidados:



3. Seleccionar “Evaluación de los indicadores”: Estos indicadores están asociados a los resultados de salud esperados. Se debe clicar el botón “?” y se abrirá un documento de ayuda donde se describen los criterios de evaluación (descritos anteriormente).



## Interpretación de los resultados

Dentro de la plataforma OSANAIA, cada profesional de enfermería deberá de recoger los indicadores de cada paciente a tiempo basal (antes que el paciente empieza a recibir el programa Kronik-ON). En este momento tendrá que indicar cuál es el nivel de empoderamiento esperado por cada paciente. Será el profesional quien decida el nivel empoderamiento que debe adquirir el paciente a través del programa Kronik-ON, teniendo en cuenta las capacidades y situación clínica de éste.



C/C: 1545462 | Edad: 60 | Apertura: 27/04/2017 11:34 | 02/03/2018 | ITSAS

Zoom (100%) | Valoración Inicial | Plan Cuidados Activo | Actividades firmadas

Vista Trabajo:  Activos |  Solucionados |  Finalizados

Evaluación de indicadores > Valorar

**EVALUACION DE INDICADORES**  
 Dispositivos/Heridas /  
 Diagnóstico: **Gestión ineficaz de la salud**  
 Resultado: **Autocontrol: enfermedad crónica**  
 Fecha última evaluación:

|   | 1            | 2                | 3                    | 4                  | 5                         | Basal              | Diana  |
|---|--------------|------------------|----------------------|--------------------|---------------------------|--------------------|--|
| ? Controla los signos y síntomas de la... | No aplicable | Nunca demostrado | Raramente demostrado | A veces demostrado | Frecuentemente demostrado | Siempre demostrado | <input type="checkbox"/> A.<br><input type="checkbox"/> M. |
| ? Evita conductas que potencian la...     | No aplicable | Nunca demostrado | Raramente demostrado | A veces demostrado | Frecuentemente demostrado | Siempre demostrado | <input type="checkbox"/> A.<br><input type="checkbox"/> M. |
| ? Sigue el tratamiento reco...            | No aplicable | Nunca demostrado | Raramente demostrado | A veces demostrado | Frecuentemente demostrado | Siempre demostrado | <input type="checkbox"/> A.<br><input type="checkbox"/> M. |

EVALUACION PLANIFICACION | Fecha planificada siguiente evaluación:

## Cumplimentación y registro

Los profesionales de Atención Primaria deberán realizar la evaluación del nivel de empoderamiento del paciente /cuidador antes que se inicia el programa Kronik ON (nivel basal) y después de recibir el programa Kronik-ON, en fases de seguimiento:

1. A los 2 meses, de manera telefónica o presencial ( si hay cita planificada en el plan del paciente)
2. A los 3 meses, de manera telefónica o presencial ( si hay cita planificada en el plan del paciente)
3. A los 6 meses, de manera telefónica o presencial ( a discreción del profesional)

## Intervenciones

Cuando se considere necesario y según la puntuación obtenida en la evaluación, los profesionales de Atención Primaria considerarán la posibilidad de **reforzar algunos conocimientos del paciente** en cuanto a los aspectos específicos de autogestión de su enfermedad. Los profesionales sanitarios de referencia se encargarán de reforzar aquellos conceptos en los que hayan detectado una falta de conocimiento o entendimiento. Las intervenciones necesarias serán elegidas por los profesionales.

## **Material disponible para realizar el programa:**

### ➤ **Materiales digitales:**

- **Web de Osakidetza - Osasun Eskola: Sección Kronik On Programa ([www.osakidetza.euskadi.eus/kronikonprograma](http://www.osakidetza.euskadi.eus/kronikonprograma))**

Todo el contenido desarrollado para el programa está disponible en la web de Osakidetza dentro de la sección Osasun Eskola.

### ○ **Materiales descargables:**

1. Presentaciones con la información sobre las patologías más prevalentes en los Paciente Crónico Complejo (castellano o euskera). Material necesario para explicar las patologías. Presentaciones sobre:

- Qué es un Paciente Crónico Complejo.
- Recomendaciones Generales de hábitos de vida.
- Diabetes
- Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC)
- Insuficiencia Cardíaca
- Hipertensión
- Insuficiencia Renal
- Cardiopatía Isquémica

2. Fichas entregables sobre las patologías para los pacientes (castellano o euskera):

- Paciente Crónico Complejo
- Recomendaciones Generales de hábitos de vida
- Diabetes
- Insuficiencia Cardíaca
- Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC)
- Hipertensión
- Insuficiencia Renal
- Cardiopatía Isquémica

3. Ficha para el autocontrol del paciente (castellano o euskera): donde anotará los valores considera su médico y/o enfermera que debe controlar el paciente.

4. Ficha para el autocuidado del paciente (castellano o euskera): donde anotará los propósitos acordados con su médico y/o enfermera (Plan de Autocuidados General).

- **Vídeos de las patologías más prevalentes:** Los formadores, entrando en Osasun Eskola en la cuenta de Youtube de Osakidetza, tendrán la posibilidad de utilizar los vídeos de las patologías más prevalentes como material adicional para explicar las patologías.

- **Carpeta de Salud - Web de Osakidetza:** Los pacientes dentro de su Carpeta de Salud tendrán las siguientes funcionalidades:

- Enlace directo al apartado **Kronik On Programa** “Paciente Crónico Complejo” en Osasun Eskola.

### ➤ **Plataforma Osabide Global:**

- Los materiales tanto para el paciente y/o cuidador (fichas de pacientes) como para los profesionales están accesibles en el “**Gestor de informes**” de Osabide Global.

## ANEXO 4. RUTA ASISTENCIAL DEL PACIENTE PLURIPATOLÓGICO

Para la elaboración de la Ruta Asistencial de la OSI Alto Deba hemos tenido en consideración y adaptado a la realidad de nuestra OSI el proyecto ACT@scale. Éste es un proyecto europeo que pretende impulsar el escalado de buenas prácticas en atención integrada y telemonitorización, y transferir el aprendizaje y conocimiento sobre la implementación, desarrollo y consolidación de estas buenas prácticas a otras regiones europeas.

### Objetivos

Este documento pretende dar respuesta a los siguientes objetivos:

- Definir, desarrollar y desplegar la ruta integrada del paciente pluripatológico
- Describir los roles, recursos y actividades de la ruta integrada del paciente pluripatológico

### Población diana

Criterios de inclusión

- Pacientes **marcados como pluripatológicos en la estratificación** (Índice de predicción de riesgo,  $IP > 6.2$ ).
- Que tenga  **$\geq 2$  de las siguientes enfermedades: Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), Diabetes, Insuficiencia Cardíaca Congestiva (ICC), o 2 o más de las categorías de Ollero.**

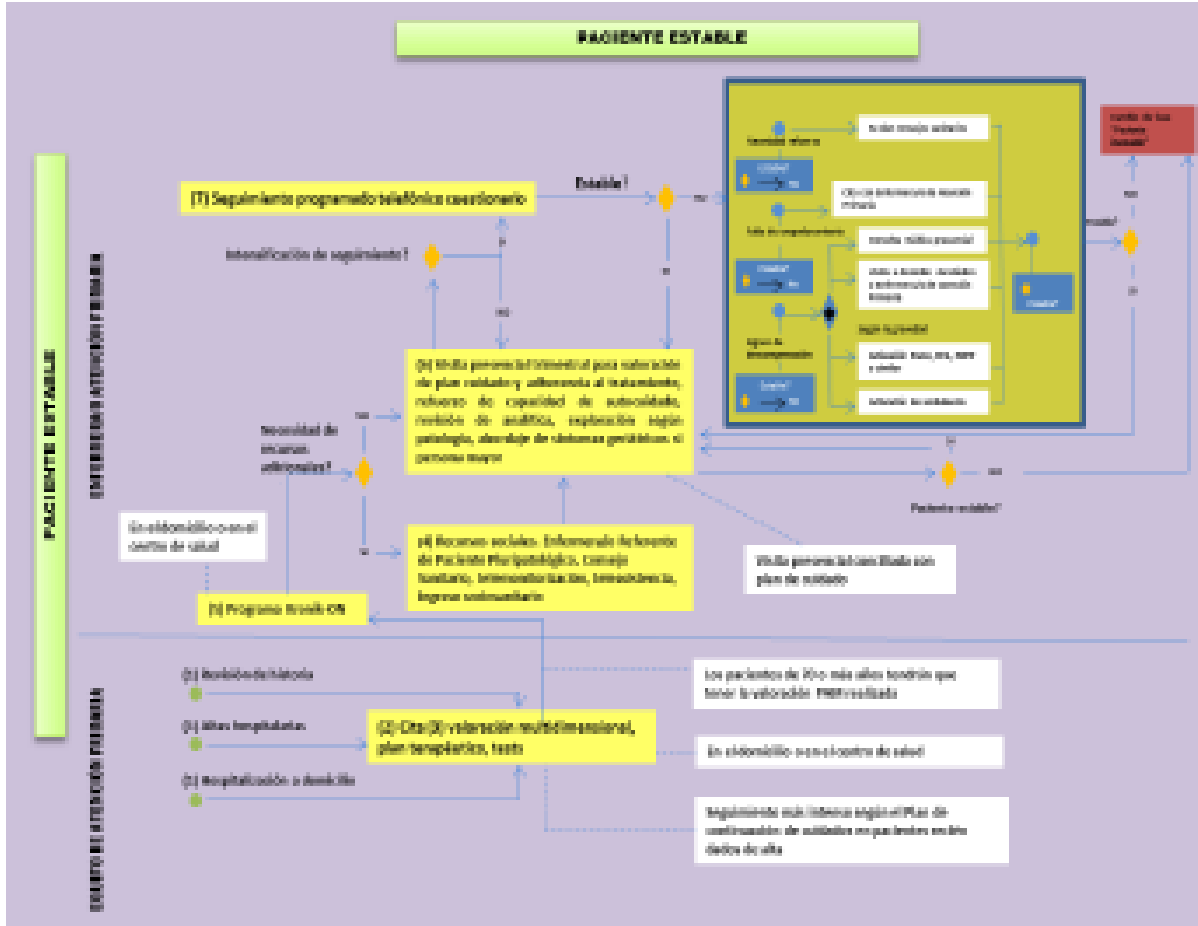
Criterios de exclusión

- Pacientes que tengan un **diagnóstico de cáncer activo bajo tratamiento**, que hayan sufrido **trasplante de algún órgano o estén en diálisis** o diagnosticados con **infección por virus inmunodeficiencia humana (VIH)**
- Pacientes que sean **candidatos a cuidados paliativos**

En el **Anexo 9** se presentan los pacientes de la OSI Alto Deba que cumplen estos criterios de inclusión y los ingresos generados en 2017 en el servicio de Medicina Interna.

## DESCRIPCIÓN DE LA RUTA ASISTENCIAL COMÚN:

### 4.1. Paciente estable en Atención Primaria



Despliegue de las acciones a desarrollar entre el punto 7 y 8 de la fase de “paciente estable”





1. El **equipo de Atención Primaria (AP)** procede a la **identificación y validación de los pacientes pluripatológicos** utilizando la información recogida en la historia clínica proveniente de la estratificación poblacional y siguiendo los criterios de inclusión descritos. Se activará la **alerta de OG: Atención al Paciente Crónico Pluripatológico**.
2. El **equipo de AP** realizará una **valoración multidimensional** (funcional, clínica, mental, sociofamiliar) basal, en el centro de salud o en el domicilio dependiendo de la movilidad del paciente, y definirá el **plan terapéutico**.
  - Los pacientes pluripatológicos  $\geq 70$  años que hayan sido valorados en el programa “Plan de Atención a las personas Mayores” (PAM) tendrán dicha valoración realizada, habiendo de considerar si la repetición es necesaria. Y si alguno de estos pacientes no tuviera dicha valoración realizada habría que proceder con ella (*Formulario OG: PAM. Valoración Funcional y Tipología del Paciente Mayor*).
  - Además, si los profesionales detectaran que el paciente se encuentra en una situación en la que sus enfermedades suponen una amenaza para la vida, se realizará el test NECPAL (*Formulario OG: Instrumento NECPAL (Necesidades Paliativas) CCOMS-ICO*). Si éste fuera positivo se activará el “Plan de Atención Integrada en Cuidados Paliativos”, saliendo de este PAI de paciente crónico.
  - Durante esta primera visita, el equipo de AP (generalmente el profesional de enfermería) realizará los siguientes **tests/valoraciones (Anexo 11)**:  
La valoración recomendada a través de Osanaia afecta a los **dominios 1,2,3,4,5,7,11 y 12**, con especial hincapié a:
    - Pfeiffer (valoración cognitiva), si hay sospecha de deterioro cognitivo (*Dominio 5 de Osanaia*)
    - Valoración socio-familiar (*Dominios 1,4,7 y cuidador principal en Osanaia*) comprobando si el paciente requiere:
      - apoyo familiar o cuidador
      - ayuda domiciliaria
      - recursos adicionales
        - recursos sociales
        - servicios de Consejo Sanitario
        - servicio de teleasistencia (programa BETI ON)
        - programación de ingreso sociosanitario
    - En pacientes domiciliarios con limitación de movilidad escala de Braden (Valoración de Úlceras por Presión)
  - Tras la valoración multidimensional, la enfermera añadirá, a través de Osanaia, el **Condicionante del Plan Paciente Pluripatológico/Crónico Complejo**.
  - El **equipo de AP, MAP/enfermera**, completará el **Formulario de OG: Paciente Pluripatológico (PPP)**. **Datos generales y situación basal**, estableciendo el **Plan de Cuidados del Paciente**, bien en reuniones ad hoc o mediante cita conjunta específica.

- En el establecimiento del Plan de Cuidados se recomienda incorporar la **Planificación Compartida de la Atención (PCA)**, como forma de que la persona enferma y su familia participen en el diseño de su propio plan de atención (**Anexo 5**)
3. El **profesional de enfermería de AP** comenzará el **programa de empoderamiento Kronik ON**, que se realizará semanalmente hasta llegar como mínimo a cumplimentar 4 sesiones, siendo la 1ª sesión preferiblemente en el domicilio del paciente. Durante estas sesiones, se investigará el nivel de conocimiento del paciente/cuidador en relación al manejo de su enfermedad, detección de signos y síntomas de alarma, hábitos de vida y medicación, y lo reforzará según el resultado. El paciente (o cuidador) recibirá el material de empoderamiento y se le explicará cómo puede acceder a la Carpeta de Salud y al portal web de Osakidetza para acceder a la información digitalizada (**Anexo 3**).
4. **Seguimiento del paciente:**
- a) El **profesional de enfermería de AP** establecerá un **seguimiento programado presencial cada tres meses**, aprovechando de otras visitas programadas y conciliando con el plan de cuidados personalizado, para:
    - valorar el plan terapéutico del paciente y la adherencia al tratamiento
    - reforzar la capacidad de autocuidado del paciente enfatizando la importancia de la actividad física y nutrición adecuada
    - revisar las analíticas
    - realizar las exploraciones correspondientes según las patologías
    - realizar el abordaje de síntomas geriátricos si estuviera frente a un paciente mayor (caídas, UPP,..)
  - b) El **profesional de enfermería de AP** planificará un **seguimiento programado telefónico mensual** del paciente según la valoración realizada durante la visita. Para ello, se realizaría una llamada telefónica mensual, en la que se pasará un cuestionario con el objetivo de investigar el estado de salud del paciente. (Se puede utilizar el *Formulario de OG: Paciente pluripatológico (PPP). Cuestionarios de Evolución*)

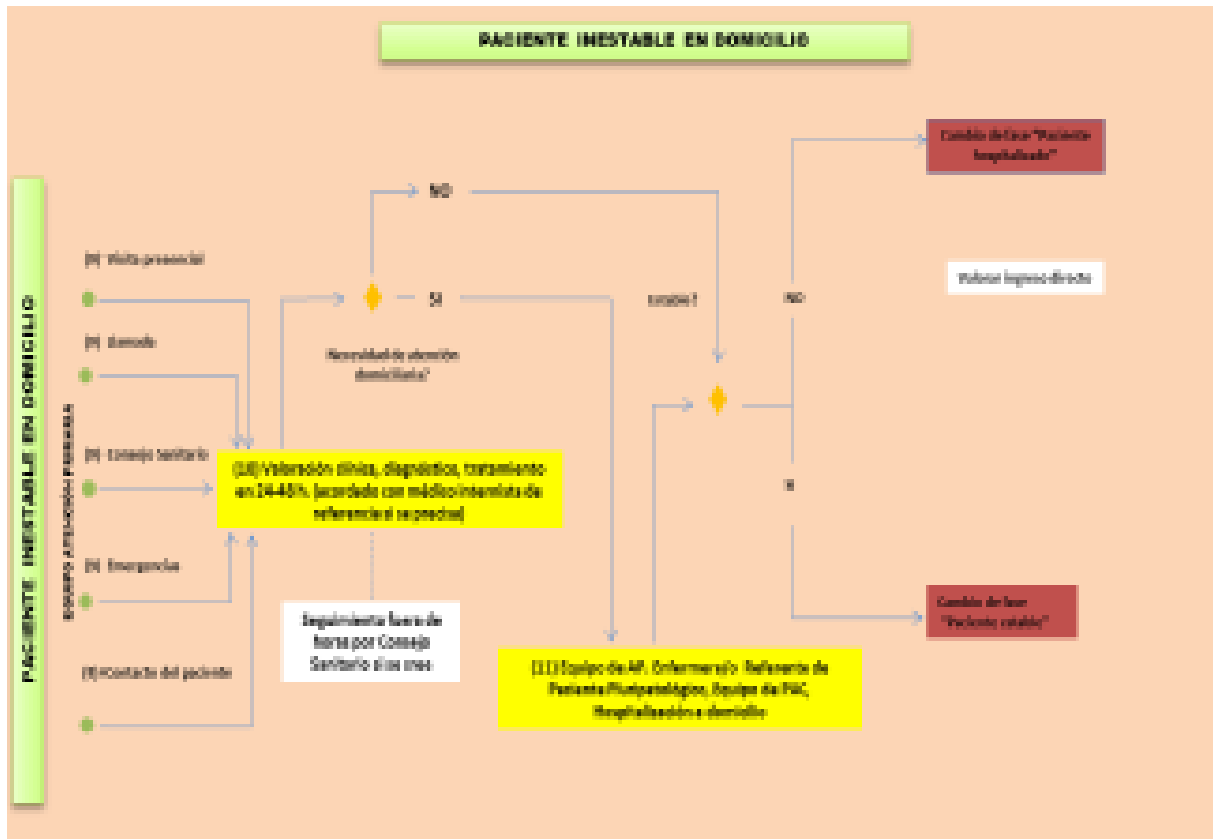

**Seguimiento programado para PPP**

|  |                      |
|--|----------------------|
| <b>Situación general:</b>  |                      |
| ¿Cómo se encuentra hoy respecto a los días anteriores?   | <input type="text"/> |
| ¿Tiene dificultades para cumplir las recomendaciones de dieta pautadas o precisa más información?  | <input type="text"/> |
| ¿Necesita más información sobre los aspectos que usted tiene que vigilar para detectar los síntomas y signos que le indican que va a descompensarse? | <input type="text"/> |
| ¿Ha habido cambios recientes en la situación social de base? <sup>1</sup>  | <input type="text"/> |
| <small><sup>1</sup> Explicar cambios en la vivienda, apoyo social o situación de dependencia.</small>  |                      |
| <b>Medicación:</b>   |                      |
| ¿Sabe qué medicación tiene que tomar? <sup>2</sup>   | <input type="text"/> |
| <small><sup>2</sup> Realizar repaso de la medicación, nombre, horario, dosis...</small>  |                      |
| <b>EPOC:</b>   |                      |
| ¿Ha tenido fiebre? <sup>3</sup>  | <input type="text"/> |
| <small><sup>3</sup> Explorar cuándo, cuánto y duración de la fiebre.</small>   |                      |
| ¿Tiene más fatiga de la habitual?  | <input type="text"/> |
| ¿Han aparecido o empeorado tos o ruidos al respirar?   | <input type="text"/> |
| ¿Ha aumentado la cantidad de secreciones respiratorias?  | <input type="text"/> |
| ¿Ha cambiado el color de las secreciones respiratorias?  | <input type="text"/> |
| <b>IRC-ICC:</b>  |                      |
| ¿Ha orinado menos en las últimas horas?  | <input type="text"/> |
| ¿Ha tenido vómitos o diarrea?  | <input type="text"/> |
| ¿Ha aparecido o empeorado hinchazón de las piernas (edemas)?   | <input type="text"/> |
| ¿Ha aparecido o empeorado la fatiga al acostarse (ortopnea)?   | <input type="text"/> |
| ¿Ha aumentado el número de veces que orina por la noche (nicturia)?  | <input type="text"/> |
| ¿Han aparecido mareos al levantarse (ortostatismo)?  | <input type="text"/> |
| ¿Ha aumentado el peso habitual más de 1 kg en un día o más de 2 kg en 2 o 3 días?  | <input type="text"/> |
| <b>DM:</b>   |                      |
| ¿Tiene más sed de lo habitual?   | <input type="text"/> |
| ¿Ha tenido mareos, debilidad, visión borrosa, sudoración o pérdida de conocimiento?  | <input type="text"/> |

En base a las respuestas de éste, las acciones a desencadenar varían:

- Consejo sanitario por teléfono
- Detección de falta de empoderamiento – cita en enfermería (citación propia)
- Signos de empeoramiento clínico:
  - Situación leve: consulta con el médico de atención primaria (MAP) presencial o telefónica y éste decide qué hacer:
    - Consulta médica presencial (si el contacto hubiera sido telefónico)
    - Visita a domicilio del MAP o enfermera/o de AP
  - Situación grave: activación de ambulancia tras consulta con el MAP o directamente si la situación lo requiere.

## 4.2. Paciente inestable en Atención Primaria





5. **Intensificación de cuidados** tras la detección de síntomas de empeoramiento en:

- La visita presencial a enfermería
- La llamada de seguimiento
- Consejo Sanitario
- Emergencias
- Contacto del paciente por iniciativa propia

El profesional de enfermería de AP **notifica al MAP** de la descompensación detectada en la visita programa o en la llamadas de seguimiento si se hubieran activado. Si es Consejo Sanitario quien identifica síntomas de agravamiento, tanto en las llamadas pautadas por el equipo de AP como si el paciente contacta directamente, se lo comunica a los profesionales de referencia del paciente o al médico coordinador si es fuera de horario. Otra posibilidad en la que se puede detectar empeoramiento es que se activen los servicios de emergencias.

Los criterios orientativos para detectar que existe inestabilidad/emergencia son los siguientes:



***Criterios de inestabilidad:***

| EPOC  | ICC   |
|---|---|
| <div style="text-align: center;">  </div> <div style="border: 1px solid blue; border-radius: 15px; padding: 10px; margin-top: 20px;"> <p><b>CRITERIOS INESTABILIDAD</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• AUMENTO DE LA DISNEA.</li> <li>• INCREMENTO Y PURULENCIA DEL ESPUTO.</li> <li>• RETENCION DE SECRECCIONES</li> <li>• RUIDOS RESPIRATORIOS.</li> <li>• FIEBRE.</li> </ul> </div> | <div style="text-align: center;">  </div> <div style="border: 1px solid blue; border-radius: 15px; padding: 10px; margin-top: 20px;"> <p><b>CRITERIOS INESTABILIDAD</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• AUMENTO DE PESO &gt; 1KG/DIA O &gt; 2KG/2-3 DIAS.</li> <li>• EDEMAS EEII O ABDOMEN.</li> <li>• DISMINUCIÓN DIURESIS.</li> <li>• DISNEA (EMPEORAMIENTO)</li> <li>• DOLOR PRECORDIAL.</li> <li>• PERDIDA CONOCIMIENTO O MAREO</li> <li>• AUMENTO Nº ALMOHADAS.</li> <li>• TOS SECA O PERSISTENTE.</li> <li>• FATIGA (EMPEORAMIENTO).</li> </ul> </div> |

(Tomado de: Modelo de Atención a la Cronicidad en la OSI Debarrena)



**Crterios de emergencia /hospitalización**

| EPOC   | ICC  |
|--|--|
| <div style="text-align: center;">  </div> <div style="border: 1px solid blue; border-radius: 15px; padding: 10px; margin-top: 10px;"> <p style="text-align: center;"><b>CRITERIOS HOSPITALIZACIÓN</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• CIANOSIS INTENSA.</li> <li>• OBNUBILACIÓN U OTROS SÍNTOMAS NEUROLÓGICOS.</li> <li>• FRECUENCIA RESPIRATORIA &gt;25 RESPIRACIONES/MINUTO.</li> <li>• RESPIRACIÓN PARADÓJICA.</li> <li>• USO DE LA MUSCULATURA ACCESORIA DE LA RESPIRACIÓN.</li> <li>• FRACASO MUSCULAR VENTILATORIO.</li> <li>• FRACASO DEL TRATAMIENTO AMBULATORIO CORRECTO.</li> <li>• INCREMENTO IMPORTANTE DE LA DISNEA (p. ej. imposibilidad para deambular, comer o dormir si antes esto no estaba presente).</li> <li>• EXISTENCIA DE COMORBILIDAD PULMONAR (p. ej. una neumonía) O NO PULMONAR DE ALTO RIESGO O AGRAVANTE DE LA FUNCIÓN RESPIRATORIA.</li> </ul> </div> | <div style="text-align: center;">  </div> <div style="border: 1px solid blue; border-radius: 15px; padding: 10px; margin-top: 10px;"> <p style="text-align: center;"><b>CRITERIOS HOSPITALIZACIÓN</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• DISNEA MINIMOS ESFUERZOS.</li> <li>• EDEMA GENERALIZADO.</li> <li>• PACIENTES CON NYHA III/IV DE INICIO O DESCOMPENSACIONES.</li> <li>• PACIENTES CON NYHA II QUE EMPEORAN O NO MEJORAN DESPUES DE AJUSTAR EL TRATAMIENTO.</li> <li>• ENFERMEDAD CONCOMITANTE:                         <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ INFECCION RESPIRATORIA.</li> <li>✓ IAM O ANGINA INESTABLE.</li> <li>✓ ACxFA RAPIDA O ARRITMIA D DESCOMPENSADA</li> <li>✓ SOSPECHA T.E.P.</li> <li>✓ SINCOPE</li> <li>✓ INSUFICIENCIA RENAL AGUDA.</li> </ul> </li> <li>• SOSPECHA DE INTOXICACIÓN DIGITALICA.</li> </ul> </div> |

(Tomado de: Modelo de Atención a la Cronicidad en la OSI Debarbarrena)

6. El **equipo de AP** realizará el **seguimiento a las 24-48 h** de manera presencial para:

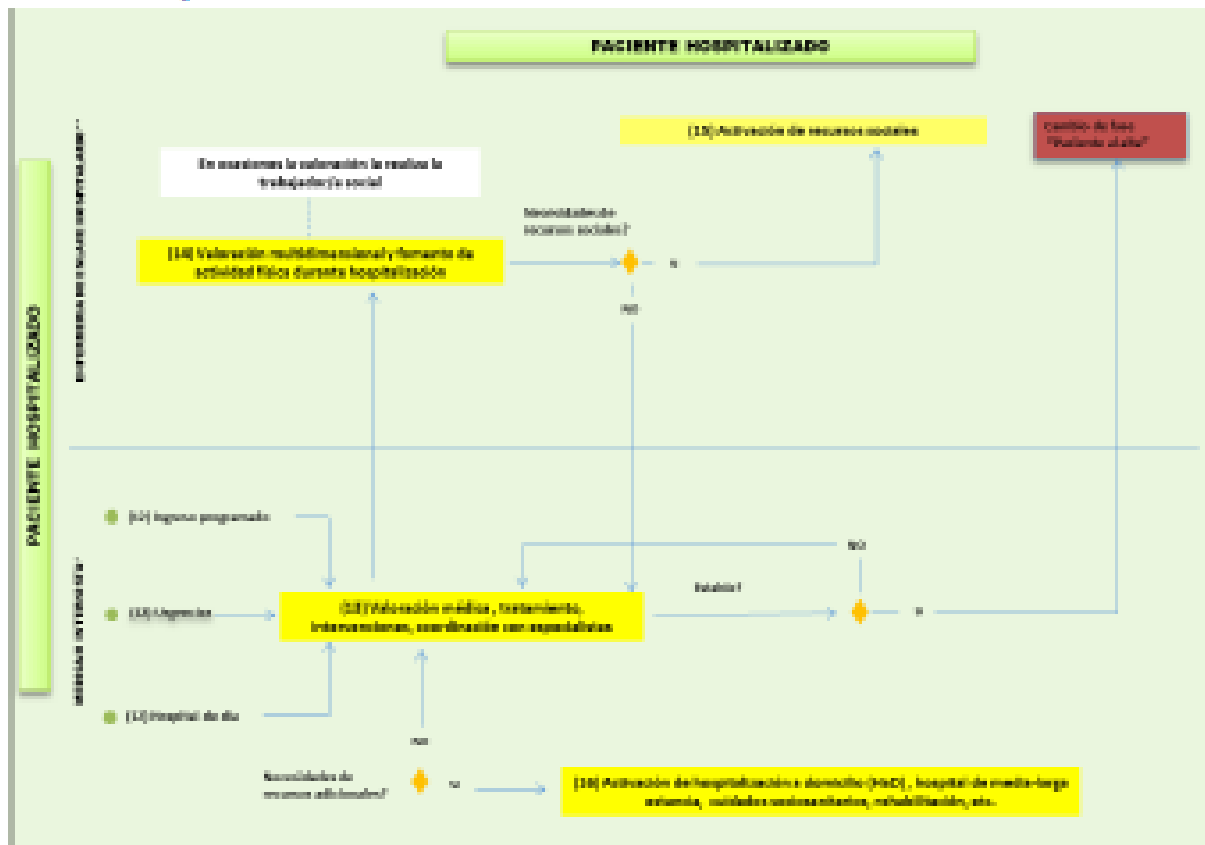
- valoración clínica
- diagnóstico
- definir tratamiento de acuerdo al riesgo individual del paciente
- tratar de estabilizar al paciente con los recursos habituales
- acordar con el médico internista de referencia (vía telefónica o interconsulta no presencial) el tratamiento del paciente si fuera necesario

7. El **equipo de AP**, si el paciente es susceptible de ello, activará la **atención domiciliaria** para que realice un seguimiento intensivo y aplique el tratamiento pautado, utilizando los recursos según su disponibilidad en cada organización:

- Equipo de Atención Primaria
- **Hospitalización a domicilio**
- Además, el equipo de Atención Primaria podrá solicitar a **Consejo Sanitario** que lleve a cabo un seguimiento fuera de horas o durante el fin de semana. Según el estado del paciente Consejo Sanitario podrá activar distintos recursos: cita telefónica con Atención primaria, médico o enfermera/o a domicilio, ambulancia o traslado.

Si el paciente evoluciona favorablemente volverá tras la estabilización a la fase anterior "Paciente Estable". En caso contrario pasará a la fase de "Paciente hospitalizado")

### 4.3. Paciente hospitalizado



8. Ingreso del paciente preferiblemente a través de un **ingreso programado** y directo, o visita a urgencias en caso de mantenerse situación de inestabilidad.

Se contactará telefónicamente con el servicio de Urgencias para transmitir la derivación y situación del paciente.

El servicio de **Urgencias** realizará las intervenciones necesarias para estabilizar el paciente previo al ingreso hospitalario.

El ingreso debe darse en el servicio de medicina interna.

En caso de estabilización del paciente en Urgencias con posibilidad de retorno al domicilio, o deseos de paciente/familia de no ingreso, se valorará alta a domicilio, pudiendo activar seguimiento desde Osarean/Consejo Sanitario, así como cita telefónica y/o presencial al día siguiente con su MAP, o ingreso en el servicio de Hospitalización a Domicilio de pacientes que precisan seguimiento más intenso o terapias no posibles desde AP.

9. El **médico internista de referencia**, en coordinación con el resto de especialistas que traten al paciente, realizará:

- valoración clínica
- definición del tratamiento
- definición de las intervenciones necesarias.

10. El **profesional de enfermería de planta**:

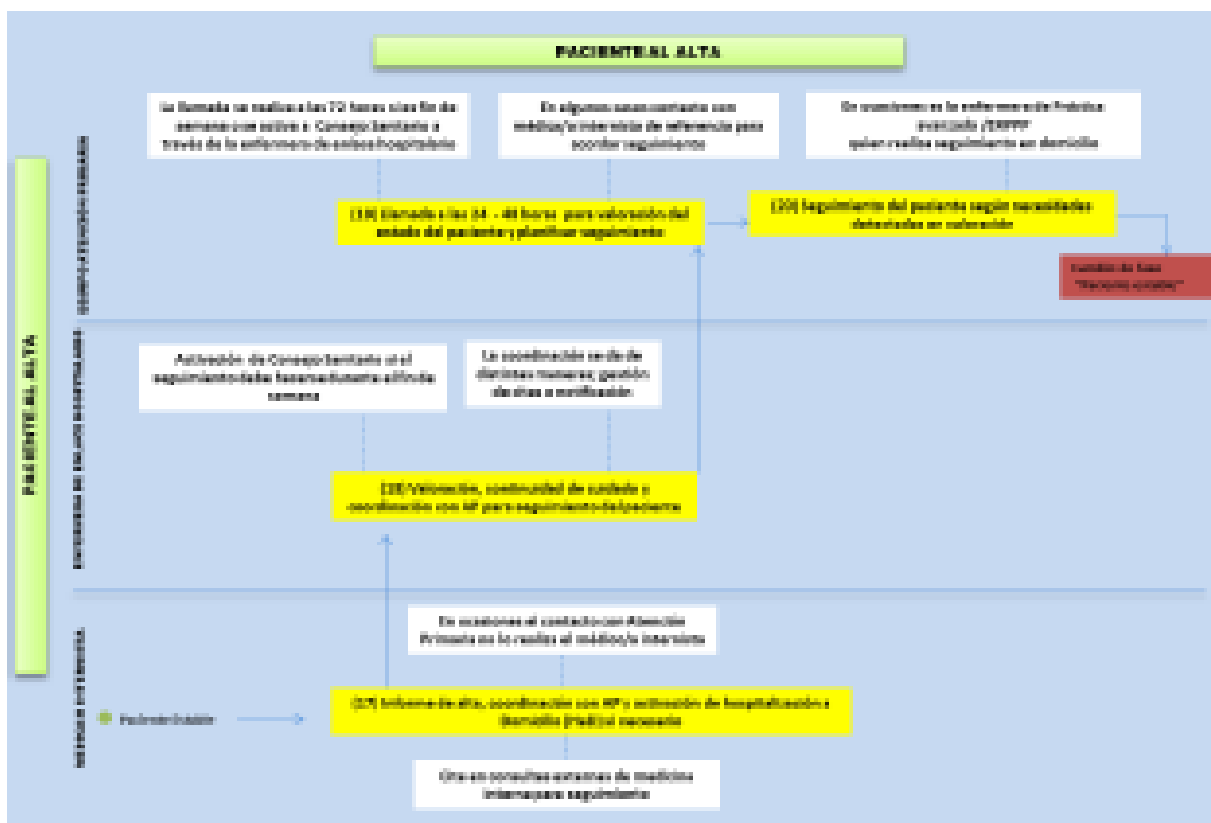
- realizará una valoración multidimensional incluyendo aspectos funcionales y socio-familiares

- fomentará la actividad física durante la hospitalización con el objetivo de evitar el deterioro funcional siempre que sea posible. y en coordinación con el servicio de rehabilitación

11. El **profesional de enfermería de planta** valorará la necesidad de algún **recurso social adicional**. Si fuera así, se pondrá en contacto con los recursos sociales que correspondan.

12. El **médico internista de referencia** evaluará si el paciente requiere **recursos adicionales** (hospitalización domiciliaria, hospitalización de crónicos, cuidados sociosanitarios, servicios de rehabilitación, etc) y será el responsable de solicitarlos si fueran necesarios.

### 4.4. Al alta hospitalaria



13. El **médico internista de referencia:**
- redactará el informe de alta
  - se pondrá en contacto con el MAP o de residencia, si lo considera, para realizar recomendaciones en el seguimiento, mantener la continuidad asistencial y solventar cualquier duda.
  - activará la derivación a Hospitalización a Domicilio en los casos que lo requieran

- programará una cita en consultas externas de medicina interna, si se requiriera, valorando la **pertinencia de mantener o no consultas a otras especialidades** que pudieran estar solicitadas.
- activará **Consejo Sanitario**, si es preciso, para que realice seguimiento en altas durante fines de semana o fuera de horario de centros de salud. Según el estado del paciente, Consejo Sanitario podrá citar en agendas de AP, activar al médico o enfermera/o a domicilio, ambulancia o traslado. La activación se realiza a través del Tf de Consejo Sanitario: 900203050/688809319

**14. El profesional de enfermería de planta:**

- valorará al paciente
- programará el seguimiento
- Notificará a AP el alta del paciente activando la **continuidad de cuidados**, y si es preciso estableciendo una cita presencial o no presencial en la agenda del equipo de AP (enfermera/o de referencia o médico).

**15. El equipo de AP (enfermera/o de referencia, o MAP)**

- realizará el seguimiento al alta del paciente a través de una llamada al paciente a las 24-48h (o 72h si el alta es en viernes)
- Se recomienda usar este guion de encuesta tras el alta hospitalaria:

**Guion de la Encuesta telefónica estructurada tras el alta**

| Aspectos clave                       | Preguntas/Aclaraciones  |
|--------------------------------------|---|
| Presentación                         | Buenos días, soy la enfermera...<br>Le llamo por su reciente ingreso para hacerle un seguimiento.   |
| Conocimiento de la enfermedad/evento | Le han explicado el motivo del ingreso?<br>Tiene alguna duda sobre lo que le ha sucedido?   |
| Síntomas de alarma                   | Le han explicado qué tiene que vigilar? Falta de aire, fiebre, peso, hinchazón de las piernas...<br>Sabe a quién avisar, a dónde acudir si se encuentra peor? |
| Revisión de la medicación            | Le han cambiado algún medicamento?<br>Cuénteme lo que toma...<br>[Valorar la adherencia en Presbide]  |
| Situación socio familiar             | Necesita apoyo de algún familiar/cuidador para el aseo, alimentación, para moverse, para seguir el tratamiento?<br>Para la medicación?                        |
| Plan de seguimiento                  | Tiene que volver a revisión? Cuándo?<br>Le voy a dar una cita presencial conmigo<br>[Concertar cita presencial]<br>Si tiene alguna duda puede llamarme]       |

(Tomado de: Modelo de Atención a la Cronicidad en la OSI Debarrena)

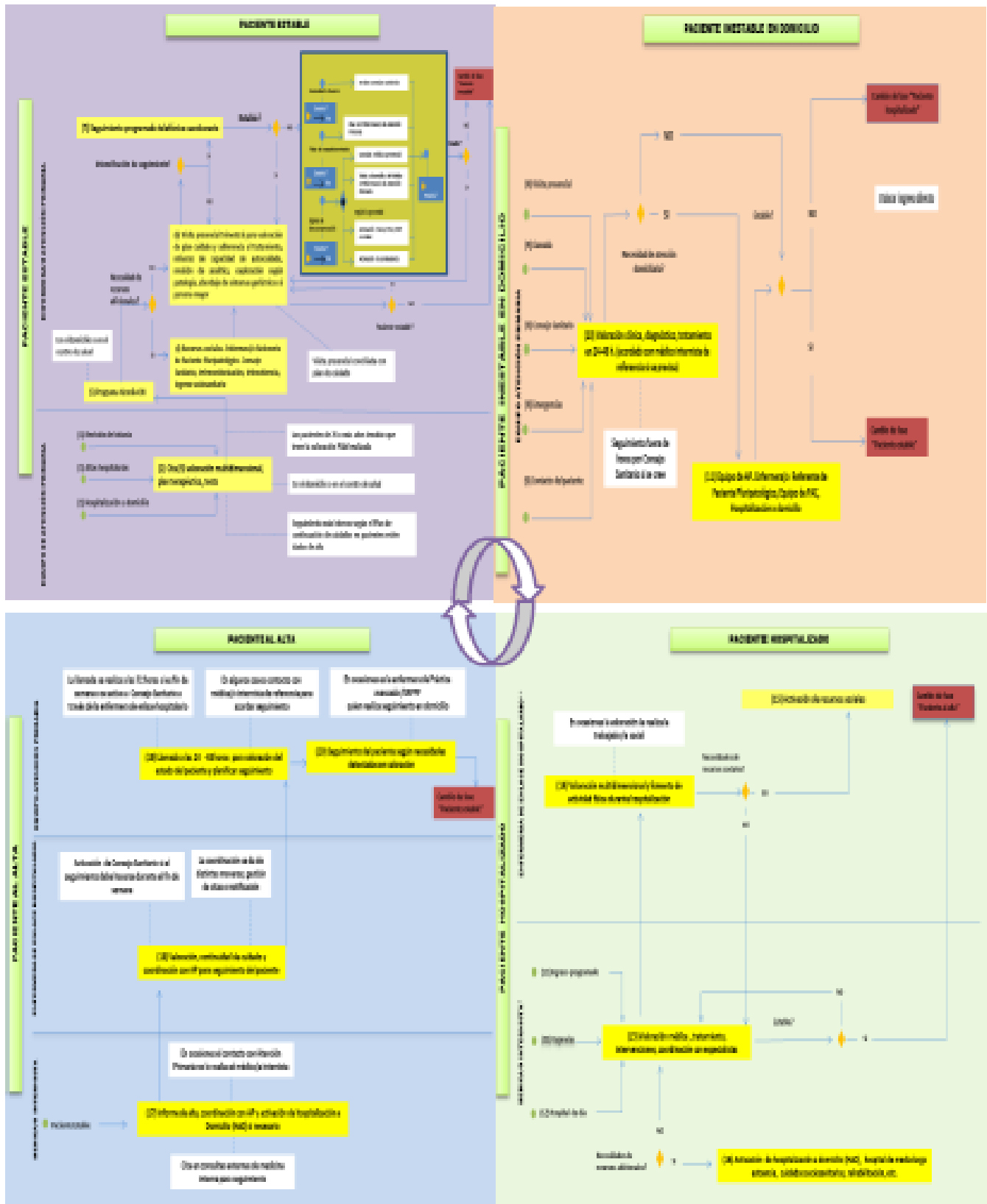
**16. El equipo de AP (enfermera/o de referencia, o MAP) definirá las intervenciones del seguimiento según las necesidades del paciente en la llamada.**

- activará **Consejo Sanitario** para que realice llamadas durante fines de semana o fuera de horario de centros de salud, si se precisa. Según el estado del paciente, Consejo Sanitario podrá citar en agendas de AP, activar al médico o enfermera/o a domicilio, ambulancia o traslado. La activación se realiza a través del Tf de Consejo Sanitario: 900203050/688809319, o citando en la agenda de Osabide-AP

Si a lo largo de la ruta del paciente pluripatológico, los profesionales sanitarios detectaran que el paciente se encuentra en una situación en la que sus enfermedades suponen una amenaza para la vida, se realizará el **test NECPAL**. Si éste fuera positivo se activará el “**Plan de Atención Integral en cuidados paliativos**” de la OSI.



### 4.5. Representación de la ruta asistencial



## ANEXO 5. PLANIFICACIÓN COMPARTIDA DE LA ATENCIÓN (PCA)

La **Planificación Compartida de la Atención (PCA)** es un proceso deliberativo, relacional y estructurado, que facilita la reflexión y comprensión de la vivencia de enfermedad y el cuidado entre las personas implicadas, centrado en la persona que afronta una trayectoria de enfermedad, para **identificar y expresar sus preferencias y expectativas de atención**. Su objetivo es promover la **toma de decisiones compartida** en relación con el contexto actual y con los retos futuros de atención, como aquellos momentos en los que la persona no sea competente para decidir.

La PCA se refiere al proceso de toma de decisiones anticipadas de una persona **competente, informada y ayudada por los profesionales** del equipo asistencial, acerca de la atención que desea recibir en posibles escenarios clínicos futuros sobre los que la persona enferma expresa sus preferencias para el caso en el que ya no pueda decidir por sí misma. Esta planificación puede incluir la designación de algún representante, así como la elaboración y registro de un **Documento de Voluntades Anticipadas** que refleje los valores y preferencias de tratamiento. Todo ello debiera **anotarse en la historia clínica del paciente** para que pueda ser consultado por los profesionales implicados en el proceso asistencial.

Aunque la PCA puede ser beneficiosa para cualquier persona, está especialmente recomendada para aquellas que padecen una **enfermedad crónica avanzada**, en cuyo proceso se puede prever la evolución y la aparición de complicaciones.

Teniendo en cuenta las dificultades que plantea la implementación de la PCA en la práctica cotidiana, es necesario resaltar las **ventajas** que ofrece:

- Promueve la calidad de la relación asistencial.
- Ayuda a establecer los objetivos del cuidado y tratamiento.
- Aumenta la participación de la persona y su familia en la toma de decisiones.
- Disminuye el número de tratamientos no deseados, incluyendo ingresos hospitalarios y reduciendo costes socio-sanitarios sin comprometer la eficacia y calidad de los cuidados.
- Aumenta la satisfacción de la ciudadanía con el sistema sanitario.
- Fomenta la toma de decisiones sanitarias en el final de la vida, generando una mayor conciencia social sobre la importancia de abordar el morir como parte de la vida.
- Facilita el proceso de duelo familiar tras el fallecimiento del paciente.

Se recomienda a los profesionales sanitarios **ofrecer espacios de encuentro** apropiados para conversar sobre la elaboración de un plan conjunto de cuidados y tratamientos. No se trata únicamente de comunicar una decisión o de aconsejar en el mejor de los casos, sino de acompañar y capacitar a la persona enferma y su familia para participar en el diseño de su propio plan de atención.

A este respecto, se ha realizado formación a los profesionales de la OSI Alto Deba en el año 2018 y existen protocolos de actuación en las UAPs.

| <b><i>Sugerencias para introducir conversaciones sobre planificación de decisiones anticipadas</i></b> |  |
|--|--|
| <b><i>Comprensión</i></b>  | ¿Qué conoce sobre la situación de su enfermedad?   |
| <b><i>Preferencias de información</i></b>  | ¿Sobre qué le gustaría que le informara de su enfermedad?<br>¿Sobre situación clínica? ¿Sobre expectativas y pronóstico?<br>Por ejemplo, a algunos pacientes les gusta saber sobre el tiempo, a otros les gusta saber qué esperar, a otros les gusta saber ambas cosas |
| <b><i>Pronóstico</i></b>   | Compartir el pronóstico, adaptado a las preferencias de información  |
| <b><i>Objetivos</i></b>  | Si su situación empeora, ¿qué objetivos serían los más importantes para usted? ¿Cuáles serían sus prioridades?   |
| <b><i>Temores/preocupaciones</i></b>   | ¿Cuáles son sus principales preocupaciones o temores respecto a su futuro?   |
| <b><i>Función</i></b>  | ¿Cuáles son las capacidades funcionales más importantes en su día a día? ¿Hay alguna de ellas sin la que no querría vivir?   |
| <b><i>Compensación</i></b>   | Si empeora, ¿con qué medidas terapéuticas estaría de acuerdo y con cuáles no? ¿Cuáles preferiría evitar?   |
| <b><i>Familia</i></b>  | ¿Cuánto sabe su familia sobre sus prioridades y deseos?<br>(sugiera traer un familiar o cuidador en la próxima visita para discutir estos temas juntos)  |

## ANEXO 6. OSASUN ESKOLA

La sección de Osasun Eskola de la web de Osakidetza es un servicio que ofrece **información y formación** para lograr una **actitud activa en torno a la salud y la enfermedad** de los ciudadanos. La sección provee de información y formación necesaria que permite adquirir conocimientos y habilidades para la gestión de enfermedades y ayudar en la adquisición de conocimientos para mejorar la calidad de vida de los pacientes, cuidadores y ciudadanos en general.

Dentro de la sección **“Infórmate sobre tu enfermedad”**, los usuarios pueden encontrar información sobre los problemas de salud más prevalentes en nuestra población, enfermedades crónicas, material educativo sobre tratamientos y guías para cuidadores.

Los contenidos se presentan tanto en texto como de manera interactiva, a través documentos descargables y vídeos, respectivamente.

<https://www.osakidetza.euskadi.eus/osasuneskola/es/>

## ANEXO 7: CARPETA DE SALUD

La Carpeta de salud es una herramienta para la **gestión y archivo de la información sobre la salud de cada ciudadano**. El objetivo de esta plataforma es proporcionar al ciudadano **acceso directo** a su historia clínica, analíticas, resultados, comunicación online con su médico, consulta de citas, etc.

La Carpeta de Salud tiene diferentes funcionalidades. Los usuarios pueden:

- Consultar y descargar los informes de alta hospitalaria, quirúrgicos, de analítica, radiología y anatomía patológica; así como del médico de atención primaria (previa solicitud).
- Consultar lista de espera para una intervención quirúrgica.
- Ver el historial farmacológico con las prescripciones y hoja de tratamiento activo, el historial de vacunación y exposición a radiaciones de pruebas médicas.
- Pedir y recordar las próximas citas.
- Crear un propio diario de salud que estará accesible para el médico o profesional de enfermería.
- Consultar las citas con el médico, personal de enfermería, matrona o especialista hospitalario.
- Acceder a información sobre patologías o problemas de salud frecuentes y enlaces de interés.
- Complimentar cuestionario sobre hábitos saludables (dieta, actividad física...) con recomendaciones personalizadas.
- Incorporar informes externos a Osakidetza en PDF, mediante “subida de informes”.
- Anotar información para su incorporación en la historia clínica en “mi diario”, que podrá ver el médico cuando se acuda a consulta.
- Enviar mensajes al médico de atención primaria o especialistas mediante “dudas del paciente”, tras su aceptación. El médico también puede enviar información mediante “mensajes al paciente”.
- Acceder a la historia clínica de los hijos/as menores de edad.
- Acceder a la historia clínica de otras personas cuando ellas te autoricen.
- Elegir entre castellano y euskera.

- Modificar o actualizar los datos personales: teléfono, correo electrónico...
  - Alta en programas de auto-seguimiento para el control de parámetros de salud como la presión arterial, el peso, consumo de tabaco y alcohol, que después serán validados por el profesional sanitario.
- <https://micarpetasalud.osakidetza.net/b65CarpetaSaludWar/login/inicio>

## **ANEXO 8: PORTAL MÓVIL DE OSAKIDETZA**

El Portal Móvil de Osakidetza es una aplicación que permite al usuario acceder a:

1. **Cita Previa:** el servicio de Cita previa permite solicitar, consultar y anular una cita con el médico/a de familia, pediatra o enfermero/a. Se puede consultar el calendario con la disponibilidad que tiene el profesional sanitario con el que se desee obtener una nueva cita y solicitar un recordatorio de la misma vía email. La identificación requerida para la solicitud de una cita será mediante los datos personales de la TIS (Tarjeta Individual Sanitaria).
2. **Mi Carpeta de Salud:** el servicio permite consultar de forma segura y confidencial la información sanitaria personal (informes, medicación, próximas citas) subida a Carpeta de Salud y acceder a contenidos de interés para la salud.
3. **Consejo Sanitario:** Consejo Sanitario proporciona las recomendaciones sanitarias en función de los síntomas que el paciente describa, basándose en protocolos de actuación sanitaria de desarrolladas en Osakidetza.
4. **Encuestas:** A partir de las informaciones que el usuario aporta a través de un cuestionario de salud, se proporcionan unas recomendaciones personalizadas. Puesto que es información facilitada por el usuario, estas recomendaciones son de carácter meramente orientativo, por lo que en ningún caso sustituyen el diagnóstico médico de un profesional sanitario cualificado.
5. **Escuela de Salud:** Este servicio ofrece información y formación sobre la salud, cuyo objetivo es lograr una actitud responsable entorno a la salud y las enfermedades.
6. **Asistencia a la parada cardiaca extra-hospitalaria (PCEH):** Esta función tiene información útil y permite ampliar las capacidades de respuesta si se tiene que actuar en el caso de presenciar una parada cardiaca y así ayudar y aumentar las posibilidades de supervivencia de una persona mientras llegan los servicios de emergencia. Permite localizar los desfibriladores instalados y asesorar de su uso y manejo. Igualmente, a través de la aplicación las personas pueden recibir formación, información de reconocimiento y detección de una parada cardiorrespiratoria y contactar directamente con el teléfono de emergencia 112. Está disponible en euskera, castellano e inglés. En resumen, ayuda a detectar situaciones de parada cardiorrespiratoria en nuestro entorno, guía la puesta en marcha de la cadena de supervivencia, facilita la práctica de RCP por testigo, informa sobre la ubicación del DEA (desfibrilador) más cercano y su uso y agiliza la respuesta activando la respuesta de soporte vital avanzado
7. **Acceso a otras apps:** acceso directo a nuevas aplicaciones desarrolladas por Osakidetza, como por ejemplo “**Mi Tratamiento**”. Esta aplicación, es complementaria a la Hoja de Tratamiento y a los pastilleros físicos, a los que en ningún caso les sustituye, y solo recoge las prescripciones realizadas en Osakidetza. Para activar en la App “Mi Tratamiento”, es necesario solicitar las

claves y la contraseña en el Centro de Salud. Se trata de un simple trámite que es gestionado de forma inmediata y que da acceso a toda la información personal y detallada del tratamiento. La app está enlazada al historial clínico de cada paciente.

## ANEXO 9. PACIENTES CON CRITERIOS PPP OSI ALTO DEBA E INGRESOS EN SERVICIO DE M.I. AÑO 2017

| PACIENTES ACT SCALE OSI ALTO DEBA |                  |           |               |          |       |         |
|-----------------------------------|------------------|-----------|---------------|----------|-------|---------|
|                                   | No residenciados |           | Residenciados |          | TOTAL |         |
|                                   | Total            | PPP       | Total         | PPP      | Total | PPP     |
| <b>ARRASATE</b>                   | 28216            | 285(1%)   | 205           | 21(10%)  | 28421 | 306(1%) |
| 15 MF                             | X:18,6 PPP/CUPO  |           |               |          |       |         |
| 1MR                               | 11 PPP(9.8%)     |           |               |          |       |         |
| <b>BERGARA</b>                    | 20256            | 199(1%)   | 136           | 8(6%)    | 20392 | 207(1%) |
| 12 MF                             | X:16.5 PPP/CUPO  |           |               |          |       |         |
| 1 MR                              | 6 PPP(5.7%)      |           |               |          |       |         |
| <b>OÑATI</b>                      | 12394            | 113(0.9%) | 77            | 9(11.5%) | 12471 | 122(1%) |
| 7MF                               | X: 15.8 PPP/CUPO |           |               |          |       |         |
| 1MR                               | 11 PPP(12.8%)    |           |               |          |       |         |
| <b>VALLE DE LÉNIZ</b>             | 11697            | 106(0.9%) | 86            | 12(14%)  | 11783 | 118(1%) |
| 7MF                               | X: 15.1 PPP/CUPO |           |               |          |       |         |
| 1MR                               | 4 PPP(11.4%)     |           |               |          |       |         |
| <b>OSI ALTO DEBA</b>              | 72563            | 703(1%)   | 504           | 50(9.9%) | 73067 | 753(1%) |
| 41MF                              | X: 17.1 PPP/CUPO |           |               |          |       |         |
| 3MR                               | X: 10.5 PPP/CUPO |           |               |          |       |         |

| INGRESOS PACIENTES PPP EN MI 2017                 |          |       |         |       |       |       |          |       |            |              |
|---|----------|-------|---------|-------|-------|-------|----------|-------|------------|--------------|
|   | ARRASATE |       | BERGARA |       | OÑATI |       | V. LÉNIZ |       | TOTAL      |              |
|   | N        | %     | N       | %     | N     | %     | N        | %     | N          | %            |
| <b>Total pacientes</b>                            | 306      | 40.6% | 207     | 27.5% | 122   | 16.2% | 118      | 15.7% | 753        | 100%         |
| <b>Nº ingresos MI</b>                             |          |       |         |       |       |       |          |       |            |              |
| <b>0</b>  | 230      | 75.2% | 163     | 78.7% | 93    | 76.2% | 82       | 69.5% | <b>568</b> | <b>75.4%</b> |
| <b>1</b>  | 57       | 18.6% | 30      | 14.5% | 19    | 15.6% | 24       | 20.3% | <b>130</b> | <b>17.3%</b> |
| <b>2</b>  | 10       | 3.3%  | 7       | 3.4%  | 6     | 4.9%  | 6        | 5.1%  | <b>29</b>  | <b>3.9%</b>  |
| <b>3</b>  | 7        | 2.3%  | 4       | 1.9%  | 2     | 1.6%  | 3        | 2.5%  | <b>16</b>  | <b>2.1%</b>  |
| <b>&gt;3</b>                                      | 2        | 0.7%  | 3       | 1.4%  | 2     | 1.6%  | 3        | 2.5%  | <b>10</b>  | <b>1.3%</b>  |
| <b>283 ingresos de pacientes PP en MI en 2017</b> |          |       |         |       |       |       |          |       |            |              |

|                         |              |
|-------------------------|--------------|
| A la semana reingresa   | <b>3,2%</b>  |
| A los 30 días reingresa | <b>14,5%</b> |
| A los 90 días reingresa | <b>26,2%</b> |
| Al año ingresa          | <b>53,9%</b> |



**ANEXO 10. INDICADORES DE EVALUACIÓN:**

| <b>Nombre del indicador</b>  | <b>Cálculo</b>   | <b>Tipo</b> | <b>Comentarios</b>  |
|--|--|-------------|---|
| Porcentaje de pacientes >70 años con PAM realizado   | Nº de personas >70 años con PAM realizado/ nº de personas de la OSI >70 años   | Proceso     |   |
| Porcentaje de pacientes pluripatológicos (PPP) que tienen un Barthel realizado. Como mínimo una vez en el último año | Nº de PPP con Barthel realizado en el último año*100/Nº de PPP   | Proceso     |   |
| Porcentaje de PPP que tienen registrado si tienen o no cuidador principal (CP)                                       | Nº de PPP que tienen registrado si tienen o no CP *100/ Nº de PPP  | Proceso     | Registrado en OSANAIA en formulario de CP   |
| Porcentaje de PPP que tienen CP  | Nº de PPP que tienen CP *100/ Nº de PPP que tienen registrado si tienen o no CP  | Proceso     | Registrado en OSANAIA en formulario de CP   |
| Porcentaje de PPP con valoración integral en OSANAIA de los registros dominios exigidos                              | Nº de PPP con valoración integral en OSANAIA de los registros dominios exigidos*100/Nº de PPP  | Proceso     | 1. Promoción de la salud: Tto farmacológico y consumo de tóxicos actuales<br>2. Nutrición: Tipo de dieta habitual, Dieta adecuada ¿Realización correcta?, Situación nutricional, Hidratación piel y mucosas<br>3. Eliminación/Intercambio: Síntomas urinarios<br>4. Actividad/Reposo: Autonomía higiene, comer, eliminación, moverse<br>5. Percepción/Cognición: Capacidad visual, Capacidad auditiva, Comunicación verbal<br>7. Rol/Relaciones: convivencia<br>11. Seguridad/Protección: Valoración riesgo caídas; Factores de riesgo<br>12. Confort: Proceso doloroso |
| Porcentaje de PPP con algún contacto con enfermería de AP (EAP)(presencial, domicilio, telefónica)                   | Numerador: nº de PPP con alguna consulta con EAP (presencial, domicilio, telefónico).<br>Denominador: nº de PPP  | Proceso     |   |
| Número de contactos total con EAP (presencial, domiciliaria, telefónica) por PPP con seguimiento por parte de EAP.   | Numerador: nº de contactos total con EAP (presencial, domicilio, telefónico) en PPP.<br>Denominador: nº de PPP con alguna consulta con EAP (presencial, domicilio, telefónico) | Proceso     |   |
| Porcentaje de PPP con al menos una visita a domicilio de la EAP.   | Numerador: nº de PPP con al menos una visita a domicilio de EAP.<br>Denominador: nº de PPP   | Proceso     |   |

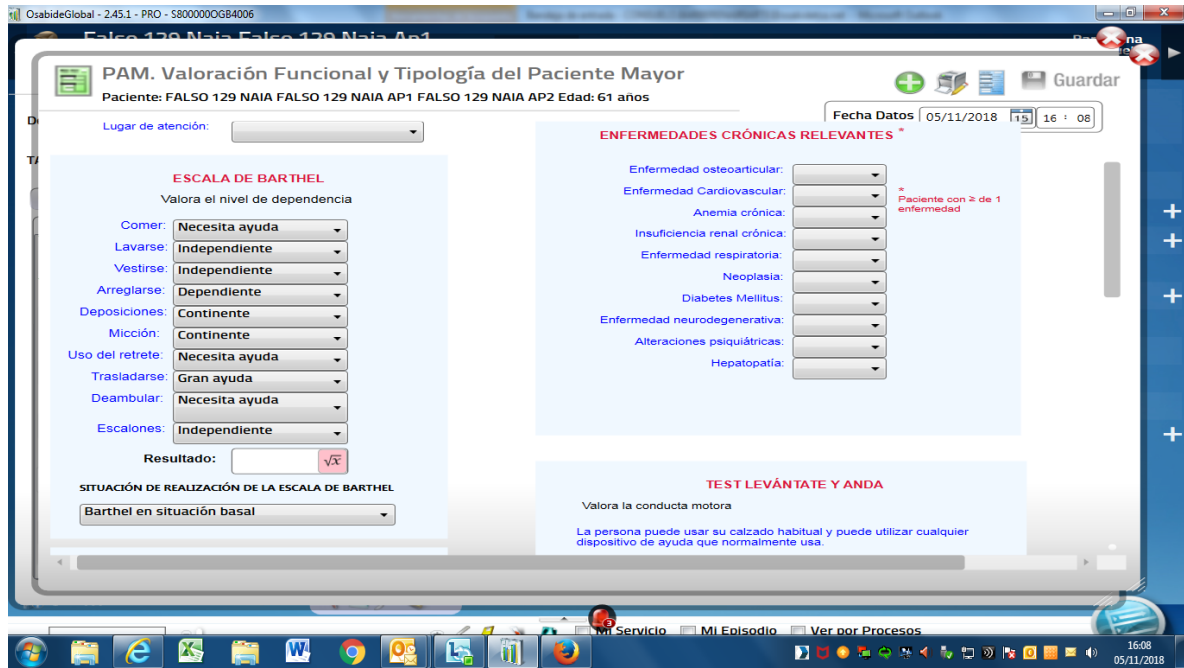
|  |  |         |  |
|--|--|---------|--|
| Número de visitas a domicilio de la EAP por PPP en seguimiento domiciliario.   | Numerador: nº de visitas a domicilio de EAP en PPP.<br>Denominador: nº de PPP con alguna visita a domicilio de EAP   | Proceso |  |
| Porcentaje de PPP con algún contacto telefónico de EAP.  | Numerador: nº de PPP con alguna llamada telefónica desde EAP<br>Denominador: nº de PPP   | Proceso |  |
| Número de contactos telefónicos de EAP por PPP en seguimiento telefónico.  | Numerador: nº de llamadas telefónicas desde EAP a PPP<br>Denominador: nº de PPP con alguna llamada telefónica desde EAP.   | Proceso |  |
| Porcentaje de PPPs con algún contacto con el médico de AP (MAP) (presencial, domicilio, telefónica)                    | Numerador: nº de PPP con alguna consulta con el MAP (presencial, domicilio, telefónico).<br>Denominador: nº de PPP   | Proceso |  |
| Número de contactos total con el MAP (presencial, domiciliaria, telefónica) por PPP con seguimiento por parte del MAP. | Numerador: nº de contactos total con el MAP (presencial, domicilio, telefónico) en PPP.<br>Denominador: nº de PPP con alguna consulta con el MAP (presencial, domicilio, telefónico) | Proceso |  |
| Porcentaje de PPP con al menos una visita a domicilio del MAP.   | Numerador: nº de PPP con al menos una visita a domicilio del MAP.<br>Denominador: nº de PPP  | Proceso |  |
| Número de visitas a domicilio del MAP por PPP en seguimiento domiciliario.   | Numerador: nº de visitas a domicilio del MAP en PPP.<br>Denominador: nº de PPP con alguna visita a domicilio del MAP   | Proceso |  |
| Porcentaje de PPP con algún contacto telefónico del MAP.   | Numerador: nº de PPP con alguna llamada telefónica del MAP.<br>Denominador: nº de PPP  | Proceso |  |
| Número de contactos telefónicos del MAP por PPP en seguimiento telefónico.   | Numerador: nº de llamadas telefónicas desde MAP a PPP<br>Denominador: nº de PPP con alguna llamada telefónica del MAP.   | Proceso |  |
| Porcentaje de PPP con alguna consultas NO presenciales (CNP) realizada.  | Numerador: nº de PPP con al menos una CNP<br>Denominador: nº de PPP  | Proceso | Especialidades a considerar: MI, cardiología, neumología, endocrinología |
| Número de consultas NO presenciales (CNP) en PPP con alguna CNP  | Numerador: nº de CNP de PPP<br>Denominador: nº de PPP con al menos una CNP   | Proceso | Especialidades a considerar: MI, cardiología, neumología, endocrinología |
| Porcentaje de PPP con citas a Osarean  | Numerador: nº de PPP con al menos una cita a Osarean.<br>Denominador: nº de PPP  | Proceso |  |
| Número de citas a Osarean de PPP con alguna cita a Osarean   | Numerador: nº de citas a Osarean de PPP<br>Denominador: nº de PPP con al menos una cita a Osarean.   | Proceso |  |

|   |  |           |   |
|---|--|-----------|---|
| Porcentaje de PPP con alguna consulta con el especialista medicina interna (MI) | Numerador: nº de PPP con alguna consulta con MI<br>Denominador: nº de PPP  | Proceso   |   |
| Número de citas con el especialista MI de PPP con alguna cita.                  | Numerador: nº de consultas con MI de PPP<br>Denominador: nº de PPP con alguna consulta con MI  | Proceso   |   |
| Porcentaje de PPP con alguna consulta con el especialista (excluye MI)          | Numerador: nº de PPP con alguna consulta con especialista (excluye MI)<br>Denominador: nº de PPP                                     | Proceso   | Las especialidades considerar son: cardiología, neumología y endocrinología.                              |
| Número de citas con el especialista (excluye MI) de PPP con alguna cita.        | Numerador: nº de consultas con especialista (excluye MI)<br>Denominador: nº de PPP con alguna consulta con especialista (excluye MI) | Proceso   | Las especialidades considerar son: cardiología, neumología y endocrinología.                              |
| Nº PPP con alguna HOSPITALIZACIÓN   | Nº de PPP con alguna hospitalización/nº total de PPP *100  | Resultado | Las especialidades a considerar son: MI, cardiología, neumología, endocrinología, neurología y digestivo. |
| Tasa de frecuentación de HOSPITALIZACIÓN de PPP                                 | Nº de hospitalizaciones de PPP/ Nº de PPP con alguna hospitalización *100  | Resultado | Las especialidades a considerar son: MI, cardiología, neumología, endocrinología, neurología y digestivo. |
| Tasa de HOSPITALIZACIONES PROGRAMADAS de PPP                                    | Nº de hospitalizaciones programadas de PPP/nº total de hospitalizaciones de PPP*100  | Resultado | Las especialidades a considerar son: MI, cardiología, neumología, endocrinología, neurología y digestivo. |
| Nº PPP con alguna HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO (HDOM)                            | Nº de PPP con alguna hospitalización a HDOM /nº total de PPP *100  | Resultado |   |
| Tasa de hospitalizaciones a HDOM de PPP   | Nº de hospitalizaciones a HDOM de PPP/nº PPP con alguna hospitalización a HDOM *100  | Resultado |   |
| % de hospitalizaciones a HDOM desde Urgencias de PPP                            | Nº de hospitalizaciones a HDOM de PPP desde urgencias/nº total de hospitalizaciones a HDOM de PPP                                    | Proceso   |   |
| % de hospitalizaciones a HDOM desde AP de PPP                                   | Nº hospitalizaciones a HDOM de PPP desde AP/ nº total de hospitalizaciones a HDOM de PPP   | Proceso   |   |
| Nº de PPP con alguna atención en URGENCIAS                                      | Nº PPP con alguna visita a urgencias/nº total de PPP *100  | Resultado |   |
| Tasa de frecuentación de URGENCIAS de PPP                                       | Nº de visitas a urgencias de PPP/ Nº PPP con alguna visita a urgencias *100  | Resultado |   |
| % de PPP ingresados que presentan caídas  | Nº de PPP ingresados que presentan caídas/nº de PPP ingresados *100  | Resultado |   |
| Tasa de REINGRESOS (menos de 7 días)  | Nº de reingresos (menos de 7 días) de PPP/nº de ingresos totales de PPP *100   | Resultado | Reingreso por el mismo episodio y misma especialidad  |
| % de PPP mujeres incluidos en la ruta   | Nº PPP mujeres incluidos en el programa*100/ nº total de PPP   | Resultado |   |

**ANEXO 11. OSANAIA. VALORACION DEL PACIENTE**

FORMULARIO en Osabide Global (OG):

**PAM. Valoración funcional y Tipología del Paciente Mayor**



**TEST LEVÁNTATE Y ANDA**

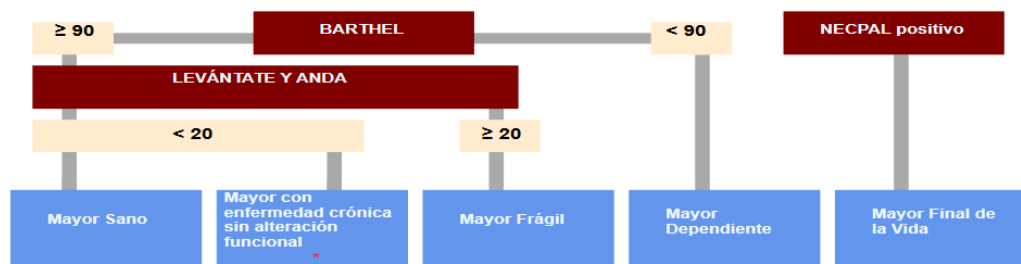
Valora la conducta motora

La persona puede usar su calzado habitual y puede utilizar cualquier dispositivo de ayuda que normalmente usa.

1. El paciente se sienta en una silla con brazos
2. Se le indica que se levante (inicio prueba y de cronometraje), camina 3 metros y vuelve a sentarse en la silla inicial (fin de cronometraje)

**Valoración en segundos:**

2 Determinar Tipología en base al siguiente algoritmo:



TIPOLOGÍA DEL PACIENTE MAYOR

Una vez realizado dicho formulario se obtendrá la siguiente clasificación:

- **PERSONA MAYOR SANA**
- **PERSONA MAYOR CON ENFERMERAD CRÓNICA SIN LIMITACIÓN FUNCIONAL**
- **PERSONA MAYOR FRAGIL**
- **PERSONA MAYOR EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA**
- **PERSONA MAYOR AL FINAL DE LAVIDA**

En todos estos casos la enfermera de AP realizará una valoración integral del paciente, siendo los dominios recomendados:

En **PERSONA MAYOR SANA**: En esta valoración integral, se recomienda la valoración de los siguientes dominios:

### 1. Promoción de la salud

| Gestión de la salud                                     |  |
|---|--|
| Ayuda doméstica   | <input type="checkbox"/> Comida<br><input type="checkbox"/> Limpieza   |
| Vivienda-adequación                                     | <input type="text"/>   |
| Recursos económicos insuficientes                       | <input type="checkbox"/>   |
| Observaciones   | <input type="text"/>   |
| Tratamiento farmacológico                               | <input type="text"/> (*)   |
| Técnica uso inhaladores                                 | <input type="text"/>   |
| Adherencia al tratamiento farmacológico                 | <input type="text"/>   |
| Técnica uso nebulizadores                               | <input type="text"/>   |
| Efectos secundarios del tratamiento farmacológico       | <input type="text"/>   |
| Técnica uso insulinas/dispositivos                      | <input type="text"/>   |
| Automedicación  | <input type="checkbox"/>   |
| Estado de inmunización adecuado                         | <input type="checkbox"/>   |
| Desea mejorar estado de inmunización                    | <input type="checkbox"/>   |
| Adherencia al plan terapéutico                          | <input type="text"/>   |
| Pacto autocuidados                                      | <input type="text"/>   |
| Manifiesta dificultad para cumplir el plan terapéutico  | <input type="checkbox"/>   |
| Causas de no adherencia al plan terapéutico             | <input type="checkbox"/> Falta de asunción de responsabilidad<br><input type="checkbox"/> Falta de atención  |
| Déficit de conocimientos                                | <input type="checkbox"/> Dieta<br><input type="checkbox"/> Ejercicio<br><input type="checkbox"/> Enfermedad<br><input type="checkbox"/> Recomendaciones sobre el proceso |
| Entrega de recomendaciones signos desestabilización     | <input type="checkbox"/> Escrito<br><input type="checkbox"/> Oral  |
| Observaciones   | <input type="text"/>   |
| Conciencia de enfermedad                                | <input type="text"/>   |
| Actitud ante la enfermedad                              | <input type="text"/>   |
| Conciencia familiar de enfermedad                       | <input type="text"/>   |
| La familia manifiesta dificultad para cumplir el plan   | <input type="checkbox"/>   |
| Gestión de la salud                                     | <input type="text"/>   |
| Tóxicos   |  |
| Consumo de tóxicos actuales                             | <input type="text"/> (*)   |
| Consumo tóxicos en la familia                           | <input type="text"/>   |
| Tabaco  | Tipo fumador/a <input type="text"/>  |
| Fase motivación (Prochaska)                             | <input type="text"/>   |
| Alcohol   | Tipo consumidor alcohol <input type="text"/>   |
| Riesgo de consumo de alcohol Programa Alcohol y Menores | <input type="text"/>   |
| Otros tóxicos   |  |
| Tipo  | <input type="text"/>   |
| Consumo actual  | <input type="text"/>   |
| Cantidad  | <input type="text"/>   |
| Vía adm.  | <input type="checkbox"/> Fumada  |

## 2. Nutrición

**Ingestión**

---

Dificultad para masticar 
 Dificultad para deglutir

Actitud ante la comida
  Atracones
  Glotonería
  Normal

Consistencia líquidos tolerados 
 Apetito

Pérdida de peso involuntaria reciente

---

Dieta adecuada ¿Tiene conocimiento? 
 Dieta adecuada ¿Realización correcta?  (\*)

Tipo de dieta habitual
  Normal (\*)
  Astringente
  Baja en fósforo
  Baja en Potasio
  Blanda

N° comidas/día
  Desayuno
  Media mañana
  Comida
  Merienda
  Cena

N° Kcalorías/día 
 Influencias en elección de alimentos

Observaciones realización dieta recomendada

---

Intolerancias alimentarias

Distribución de comidas

Situación nutricional  (\*)
 Cambios ponderales

Conductas restrictivas

Conductas purgativas

**Hidratación**

---

Hidratación piel y mucosas  (\*)
 Restricción de líquidos 
 Aporte de líquidos

**Digestión /Metabolismo**

---

Dificultad en la digestión 
 Observaciones restricción líquidos

Distensión abdominal

Síntomas digestivos
  Vómitos
  Aerofagia

Características
  Alimentario
  Bilioso

Hepatomegalia



### 3. Eliminación e intercambio

**Sistema urinario**

micciones/día

Síntomas urinarios:  No,  Incontinencia,  Anuria

Pérdida de orina predecible:

Necesidad de despertar durante el sueño para orinar:

Uso de sistemas de ayuda:  No,  Colector,  Compresa

Características de la orina:  Normal,  Coluria,  Hematuria

Vaciado de la vejiga:

Variación diuresis:

Cantidad de orina en cada micción:

Tipo de vaciado (en pérdida predecible):

Diálisis:

Sistemas de ayuda, observaciones (tamaño, modelo, etc...):

**Sistema gastrointestinal**

**Función respiratoria**

Laxantes

Tos:

Tipo de tos:

Expectoración:

Dificultad/incapacidad para eliminar secreciones:

Características expectoración:  Normal,  Hemoptoica,  Mucosa,  Purulenta,  Serosa,  Fétida

**Función tegumentaria**

Sudoración:

### 4. Actividad/reposo (funcionalidad)

**Reposo/sueño**

Descanso:  Horas/día

Sueño diurno:  Horas/día

Sueño nocturno:  Horas/noche

Calidad del sueño:  Buena,  Despertar precoz,  Insomnio de conciliación

Otros problemas del sueño:  Apneas,  Cambio ciclo vigilia-sueño,  Hipersomnia

Ayudas para dormir:  No,  Farmacológicas,  Higiene del sueño

**Autocuidado**

Autonomía higiene:  (\*)

Higiene:

Frecuencia de aseo (días):

Higiene buco-dental:

Frecuencia higiene bucodental veces/día:

Autonomía vestirse:  (\*)

Acto de vestirse:

Aspecto general:

Uso de prendas de vestir adecuadas (edad, clima, contexto social ...):

|                       |                      |     |                                |   |                                      |
|-----------------------|----------------------|-----|--------------------------------|---|--------------------------------------|
| Autonomía moverse     | <input type="text"/> | (*) | Necesidad de ayudas técnicas   | <input type="checkbox"/> Cama articulada          | <input type="checkbox"/> Grúa        |
| Autonomía comer       | <input type="text"/> | (*) | Ayudas a la deambulación       | <input type="checkbox"/> No                       | <input type="checkbox"/> Acompañante |
| Autonomía eliminación | <input type="text"/> | (*) | Dispone de ayuda personal para | <input type="checkbox"/> Acompañamiento/Gestiones | <input type="checkbox"/> Higiene     |

**Actividad/ejercicio**

AVD. Grado de actividad  Ejercicio físico. ¿Conoce recomendaciones?

Motivación actividad  Ejercicio físico. Cumple consejo

Calidad de ocio percibida  Actividades de ocio

Sensación de aburrimiento

|                       |                      |         |                               |                               |                              |           |                               |                               |                              |
|-----------------------|----------------------|---------|-------------------------------|-------------------------------|------------------------------|-----------|-------------------------------|-------------------------------|------------------------------|
| Alineamiento corporal | <input type="text"/> | Paresia | <input type="checkbox"/> EEII | <input type="checkbox"/> EESS | <input type="checkbox"/> EID | Parálisis | <input type="checkbox"/> EEII | <input type="checkbox"/> EESS | <input type="checkbox"/> EID |
| Columna vertebral     | <input type="text"/> |         |                               |                               |                              |           |                               |                               |                              |
| Lado dominante        | <input type="text"/> |         |                               |                               |                              |           |                               |                               |                              |

|                          |                      |                                    |                                   |                                    |                                    |                                   |                              |   |  |                              |                              |
|--------------------------|----------------------|------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------|---|--|------------------------------|------------------------------|
| Extremidades inferiores  | <input type="text"/> | Alteraciones de la psicomotricidad | <input type="checkbox"/> Acatisia | <input type="checkbox"/> Agitación | <input type="checkbox"/> Asterixis | <input type="checkbox"/> Atetosis | Postura que no puede adoptar | <input type="checkbox"/> Decúbito prono | <input type="checkbox"/> Decúbito supino | <input type="checkbox"/> DLD | <input type="checkbox"/> DLI |
| Coordinación motora      | <input type="text"/> |                                    |                                   |                                    |                                    |                                   |                              |   |  |                              |                              |
| Equilibrio físico        | <input type="text"/> |                                    |                                   |                                    |                                    |                                   |                              |   |  |                              |                              |
| Limitación articular     | <input type="text"/> |                                    |                                   |                                    |                                    |                                   |                              |   |  |                              |                              |
| Marcha                   | <input type="text"/> | Fuerza muscular                    | <input type="text"/>              | Amputación                         | <input type="text"/>               |                                   |                              |   |  |                              |                              |
| Tipo de marcha inestable | <input type="text"/> |                                    |                                   |                                    |                                    |                                   |                              |   |  |                              |                              |

**Equilibrio de la energía**

Cambio notable en capacidad de realizar actividades  Sensación de agotamiento  No  Apatía

Actividad vida diaria.Limitación

**Respuestas cardiovasculares/pulmonares**

|  |   |                                       |  |                                  |                                    |                                    |   |  |  |                             |                                      |
|--|---|---------------------------------------|--|----------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|---|--|--|-----------------------------|--------------------------------------|
| FC y ritmo                             | <input type="checkbox"/> Normal                 | <input type="checkbox"/> Arritmia     | Patrón respiratorio                      | <input type="checkbox"/> Eupnea  | <input type="checkbox"/> Bendopnea | <input type="checkbox"/> Bradipnea | <input type="checkbox"/> Disnea de esfuerzo | <input type="checkbox"/> Disnea de mínimos | Tiraje                                       | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Intercostal |
| Valoración funcional IC NYHA           | <input type="text"/>                            |                                       |  |                                  |                                    |                                    |   |  |  |                             |                                      |
| Cianosis                               | <input type="text"/>                            | Edemas                                | <input type="checkbox"/> No              | <input type="checkbox"/> Abdomen | <input type="checkbox"/> Anasarca  | <input type="checkbox"/> EEII      | Ruidos respiratorios                        | <input type="checkbox"/> Crepitantes       | <input type="checkbox"/> Estertores          |                             |                                      |
| Coloración piel y mucosa               | <input type="text"/>                            |                                       |  |                                  |                                    |                                    | Evolución Disnea                            | <input type="text"/>                       | Capacidad de realizar actividades habituales | <input type="text"/>        |                                      |
| Palpitaciones <input type="checkbox"/> | Reflujo hepato-yugular <input type="checkbox"/> | Aleteo nasal <input type="checkbox"/> | Plétora yugular <input type="checkbox"/> |                                  |                                    |                                    |   |  |  |                             |                                      |

**Valoración extremidades inferiores**

 Claudicación intermitente  metros    Perfusión tisular periférica 

■ Extremidad inferior izq

■ Extremidad inferior dcha

|   |  |
|---|--|
| Pulso pedio izq <input type="text"/>  | Pulso pedio dcho <input type="text"/>  |
| PA tobillo izdo <input type="text"/> ITB izq <input type="text"/>               | PA tobillo dcho <input type="text"/> ITB dcha <input type="text"/>             |
| PA máx. braquial <input type="text"/> Índice tobillo/brazo <input type="text"/> | PA máx braquial <input type="text"/> Índice tobillo/brazo <input type="text"/> |

## 5. Percepción/Cognición (mental)

**Cognición**
**Orientación**

|   |  |
|---|--|
| Nivel de conciencia <input type="text"/>  | Desorientación <input type="checkbox"/> No<br><input type="checkbox"/> En espacio<br><input type="checkbox"/> En persona                                     |
| Alteración nivel conciencia <input type="checkbox"/> Despersonalización<br><input type="checkbox"/> Desrealización  | <b>Atención</b>  |
| Comprensión <input type="text"/>  | Conciencia de la posición de las extremidades afectadas <input type="text"/>   |
| Memoria <input type="text"/>  | Problemas de concentración <input type="checkbox"/>  |
| Juicio <input type="text"/>   |  |
| Transtornos del contenido del pensamiento <input type="checkbox"/> Confabulación<br><input type="checkbox"/> Dudoso | Transtornos del curso del pensamiento <input type="checkbox"/> Bradipsiquia<br><input type="checkbox"/> Disgregado<br><input type="checkbox"/> Perseveración |

**Sensacion/percepcion**

|   |   |
|---|---|
| Capacidad visual <input type="text"/> (*)                     | Exploración ojos <input type="text"/>   |
| Visión limita actividades habituales <input type="checkbox"/> |   |
| Capacidad auditiva <input type="text"/> (*)                   | Audición <input type="text"/>   |
| Sensibilidad olfatoria alterada <input type="checkbox"/>      | Sensibilidad táctil alterada <input type="checkbox"/>   |
| Sensibilidad gustativa alterada <input type="checkbox"/>      |   |
| Alteraciones sensorceptivas <input type="text"/>              | Tipo de alucinaciones/ilusiones <input type="checkbox"/> Auditivas<br><input type="checkbox"/> Cenestésicas<br><input type="checkbox"/> Cinestésicas<br><input type="checkbox"/> Gustativas |

**Comunicación**

|  |  |                                    |
|--|--|------------------------------------|
| Comunicación verbal <input type="text"/> (*)           | Lengua materna <input type="text"/>  | Sabe escribir <input type="text"/> |
| Tono de voz <input type="text"/>                       | Precisa el apoyo de intérprete <input type="checkbox"/>  | Sabe leer <input type="text"/>     |
| Ritmo verbal alterado <input type="text"/>             | <input type="text"/>   |                                    |
| Expresión facial <input type="text"/>                  |  |                                    |
| Coherencia verbal/no verbal <input type="text"/>       | Problemas del lenguaje <input type="checkbox"/> No<br><input type="checkbox"/> Afasia global<br><input type="checkbox"/> Afasia motora |                                    |
| Evitación del contacto visual <input type="checkbox"/> |  |                                    |

## 7. Rol/Relaciones (sociofamiliar)

**Roles de cuidador**
**Paciente cuidador de otra persona** 

 Capacitación y grado de apoyo del paciente como cuidador 

 Síntomas de alerta de sobrecarga  Zarit  
**Paciente receptor de cuidados** 

 Su cuidador principal participa en la toma de decisiones 

 La familia recibe o precisa apoyo terapéutico 

 Acude a Centro de día  Paciente itinerante 

 Telealarma 
**Relaciones familiares**

 Convivencia  (\*)

 Percepción relación familiar 

 Situación sociofamiliar. Apoyos  (\*)

 Afectividad apreciada 

Actitud de la familia ante la enfermedad

- 
- Ansiedad
- 
- 
- Apoyo

 Cambio significativo en el rol familiar 

 Valoración sociofamiliar  puntos

 Descripción ambiente familiar 
**Desempeño de rol**

 Rol. Desempeño 

 Rol. Autovaloración 

 Cambios recientes en su rol social/laboral/educativo 

 Rol. Adaptación 

 Nivel de estudios 

 Profesión 

 Rol (Ocupación) 

 Situación laboral 

 Significado del trabajo/estudios 

 Discapacidad  Porcentaje discapacidad 

 Valoración de dependencia 

 Incapacitación legal 

 Tutor legal 

 Capacidad personal para relacionarse 

 Conflictos de relación 

 Relaciones sociales 

 Sensación de soledad 

Red social

- 
- Amigos
- 
- 
- Compañero de clase/trabajo
- 
- 
- Ninguna

 Percepción de su relación con los demás 

 Apoyo social 

Actitud en la entrevista

- 
- Colaborador
- 
- 
- Abordable
- 
- 
- Agresivo

## 11. Seguridad y protección

### Lesión física

|  |   |   |
|--|---|---|
| <p><b>RIESGO DE CAIDAS</b></p> <p>■ Valoración riesgo caídas</p> <p> <input type="checkbox"/> No caídas en el último año (*)<br/> <input type="checkbox"/> 1 o más caídas en el último año (*)<br/> <input type="checkbox"/> Acude por caída                 </p> <p>Consecuencias caídas previas</p> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> <p>■ Factores de riesgo</p> <p> <input type="checkbox"/> No (*)<br/> <input type="checkbox"/> Alt. cardiovasculares<br/> <input type="checkbox"/> Alt. eliminación<br/> <input type="checkbox"/> Alt. en los pies                 </p> | <p><b>ESTADO DE LA PIEL</b></p> <p> <input type="checkbox"/> Adecuada<br/> <input type="checkbox"/> Cambios de pigmentación                 </p> <p><b>ESTADO MUCOSA ORAL</b></p> <p> <input type="checkbox"/> Adecuada<br/> <input type="checkbox"/> Candidiasis                 </p> <p>EXPLORACIÓN BUCODENTAL <input type="text"/></p> | <p>Escala Braden</p> <p>Prevenir UPP</p> <p>Registrar UPP</p> |
| <p>Reflejo de tos <input type="text"/> Riesgo de asfixia <input type="checkbox"/> Riesgo de aspiración <input type="checkbox"/> Riesgo de convulsiones <input type="checkbox"/></p>  |   |   |
| <p>Capacidad para identificar situaciones de riesgo <input type="text"/> Conductas de riesgo</p> <p> <input type="checkbox"/> No<br/> <input type="checkbox"/> Actividades de riesgo<br/> <input type="checkbox"/> Anticoncepción inadecuada                 </p>  |   |   |

### Violencia

|   |   |
|---|---|
| <p>Antecedentes de conductas autoagresivas <input type="checkbox"/></p> <p>Riesgo de autoagresión <input type="checkbox"/></p>  | <p>Presencia de ideación autolítica <input type="checkbox"/></p> <p>Ideación autolítica estructurada <input type="checkbox"/></p> |
| <p>Antecedentes de conductas heteroagresivas <input type="checkbox"/></p> <p>Riesgo de heteroagresión verbal <input type="checkbox"/></p> <p>Riesgo de heteroagresión física/objetos <input type="checkbox"/></p> | <p>Riesgo de fuga <input type="checkbox"/></p>  |

### Peligros del entorno

Exposición a contaminantes

Fumador pasivo

### Procesos defensivos

Alergia al látex

**Infección**

Inmunosupresión

### Temorregulación

Homogeneidad térmica en piel

Sudoración profusa

Adaptación a los cambios térmicos

Sensación térmica habitual

Temperatura corporal

Escalofríos

Sofocos

## 12. Confort

**Confort físico**

---

Proceso doloroso  Localización

Tipo  Agudo  Crónico Intensidad  Características  Dolor somatizado

Medidas que utiliza para paliarlo  Farmacológicas  Físicas  Posturales

Control del dolor  Factores/situaciones que lo agravan

Situación

---

Sensación nauseosa  Sensación disconfort  No  Distrés

**Confort del entorno** **Confort social**


---

Influencia de estímulos ambientales en el bienestar  | Incomodidad ante situaciones sociales




En la **PERSONA MAYOR SANA**, además se añadirá el condicionante del plan de:





Atención al adulto PAPS

Que nos da el siguiente plan de cuidados:

 Paciente

---

 Disposición para mejorar la gestión de la salud
  Control del riesgo
  Análisis de la situación sanitaria

 Ayuda para dejar de fumar  
 Enseñanza: sexualidad  
 Identificación de riesgos  
 Prevención del consumo de sustancias nocivas

En **PERSONA MAYOR CON ENFERMERAD CRÓNICA SIN LIMITACIÓN FUNCIONAL** se valorarán los dominios recomendados y además se asociará el condicionante del plan según la patología:

Diabetes PAPS

Hipertensión PAPS

Hipertensión+ Diabetes PAPS

Procesos Repiratorios PAPS

En **PERSONA FRAGIL**: Se valorarán los dominios recomendados

En **PERSONA MAYOR EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA**: Se valorarán los dominios recomendados, incidiendo en los dominios: 1, 4 y 7, para valorar la situación socio familiar.



## VALORACIÓN DE LOS PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS




Se valorarán los dominios recomendados, incidiendo en los siguientes dominios:



- 1, 4 y 7, para valorar la situación socio familiar.
- 5 si hay sospecha de deterioro cognitivo
- se realizará la Escala de Braden

Además se asociará el condicionante del plan de:

Paciente Pluripatológico / Crónico Complejo

**Paciente**


 Gestión ineficaz de la salud
 
 Autocontrol: enfermedad crónica
 
 Gestión de casos


 Conocimiento: recursos sanitarios
 
 Guías del sistema sanitario

No olvidar siempre evaluar los indicadores:

### Gestión ineficaz de la salud / Autocontrol: enfermedad crónica

|  |                       |
|--|-----------------------|
| Fecha última evaluación  | Fecha de reevaluación |
| B. D. O.   |                       |
| Controla los signos y síntomas...<br>Evita conductas que potencian l...<br>Sigue el tratamiento recomendado  |                       |
| <input type="button" value="Evaluar"/> <input type="button" value="Consultar"/> <input type="button" value="Resolver"/> <input type="button" value="Finalizar"/> <input type="button" value="Borrar"/> |                       |

### Gestión ineficaz de la salud / Conocimiento: recursos sanitarios

|  |                       |
|--|-----------------------|
| Fecha última evaluación  | Fecha de reevaluación |
| B. D. O.   |                       |
| Cómo contactar con los servicio...   |                       |
| <input type="button" value="Evaluar"/> <input type="button" value="Consultar"/> <input type="button" value="Resolver"/> <input type="button" value="Finalizar"/> <input type="button" value="Borrar"/> |                       |

Ellos nos van a mostrar la evolución del paciente con los cuidados aplicados.

#### EVALUACION DE INDICADORES

Dispositivos/Heridas /  
 Diagnóstico **Gestión ineficaz de la salud**  
 Resultado **Autocontrol: enfermedad crónica**  
 Fecha última evaluación

|   |              | 1                | 2                    | 3                  | 4                         | 5                  | Basal   | Diana                    |
|---|--------------|------------------|----------------------|--------------------|---------------------------|--------------------|---|--------------------------|
|  Controla los signos y síntomas de la... | No aplicable | Nunca demostrado | Raramente demostrado | A veces demostrado | Frecuentemente demostrado | Siempre demostrado | <input checked="" type="checkbox"/> A.<br><input type="checkbox"/> M. | <input type="checkbox"/> |
|  Evita conductas que potencian la...     | No aplicable | Nunca demostrado | Raramente demostrado | A veces demostrado | Frecuentemente demostrado | Siempre demostrado | <input checked="" type="checkbox"/> A.<br><input type="checkbox"/> M. | <input type="checkbox"/> |
|  Sigue el tratamiento reco...            | No aplicable | Nunca demostrado | Raramente demostrado | A veces demostrado | Frecuentemente demostrado | Siempre demostrado | <input checked="" type="checkbox"/> A.<br><input type="checkbox"/> M. | <input type="checkbox"/> |



Y dando al botón de ayuda, nos describirá los criterios de cómo va evolucionando la enfermedad crónica

**Indicador: Controla los signos y síntomas de la enfermedad**

Los criterios para la evaluación de este indicador han sido desarrollados por el grupo de trabajo ACT@scale .2018.

Resultados: Autocontrol: enfermedad crónica Cod.3102

| Controla los signos y síntomas de la enfermedad |   |
|---|---|
| Escala Likert                                   | Descripción   |
| No aplicable                                    |   |
| 1 Nunca demostrado                              | No menciona ningún signo ni síntoma de cada enfermedad crónica                                  |
| 2 Raramente demostrado                          | Menciona al menos un signo y síntoma descrito como principal de cada enfermedad crónica         |
| 3 A veces demostrado                            | Menciona al menos dos signos y síntomas descritos como principales para cada enfermedad crónica |
| 4 Frecuentemente demostrado                     | Menciona al menos tres signos y síntomas descritos como principales de cada enfermedad crónica  |
| 5 Siempre demostrado                            | Menciona los cuatro signos y síntomas descritos como principales de cada enfermedad crónica     |

Definición de los signos y síntomas principales para cada una de las patologías crónicas:

- **Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica:**
  - **Signos y síntomas principales:** tos, expectoración, disnea, sibilancias.
  - **Otros signos y síntomas:** infecciones respiratorias recurrentes, mareo, astenia o debilidad, dolor en el pecho
- **Insuficiencia Cardíaca:**
  - **Signos y síntomas principales:** disnea, edemas en EEII, astenia, aumento de peso.
  - **Otros signos y síntomas:** Tos seca, oliguria, ortopnea, dolor en el pecho,

En todos los casos:

de la valoración enfermera, derivará el Plan de Cuidados personalizado, que fijará los problemas a tratar junto con el paciente, los objetivos y a través de que intervenciones y actividades se abordarán los objetivos a alcanzar.

El Plan de Atención Individualizado, se establecerá entre el Equipo de atención primaria y el paciente y será revisado y actualizado ante cambios relevantes.

## SEGUIMIENTO PROGRAMADO



### Paciente Pluripatológico (PPP). Cuestionarios de Evolución

Paciente: FALSO 48 NAIA FALSO 48 NAIA AP1 FALSO 48 NAIA AP2 Edad: 60 años

El cuestionario sería este:

| CUESTIONARIO SEGUIMIENTO MENSUAL                    |  |                            |   |
|---|--|----------------------------|---|
| objeto de la pregunta                               | síntomas   | rtas para actuar           | actuación                                 |
| situación general                                   | 1 ¿Cómo se encuentra?  |                            | no  |
|   | 2 ¿Ha dado algún paseo fuera de casa?  | sí                         |   |
|   | 3 ¿Sigue la dieta como le indicaron?   | no                         | consejo                                   |
| explorar medicación                                 | 4 ¿Toma la medicación como le indicaron ?  | no                         | consulta médica (telefónica o presencial) |
|   | 5 ¿Le sienta algo mal?   | sí                         |   |
|   | 6 ¿Qué síntomas tiene?   | recoger                    |   |
|   | 7 ¿Ha tenido que realizar algún cambio? ¿ha dejado algo?                               | sí                         |   |
| sólo si IRC   | 8 Además de la medicación, ¿toma alguna otra sustancia de herboristería?               | sí                         | consejo                                   |
|   | 9 ¿Ha tenido vómitos o diarrea?  | sí                         | consulta médica( telefónica o presencial) |
|   | 10 ¿Ha tenido fiebre?  | sí                         |   |
|   | 11 ¿Ha disminuido de forma importante la orina?  | sí                         |   |
| 12 ¿Le cuesta coger aire más de lo habitual?        | sí   | consulta médica presencial |   |
| 13 ¿Ha necesitado poner más almohadas para dormir?  | sí   |                            |   |
| 14 ¿Se despierta bruscamente con fatiga?            | sí   |                            |   |
| 15 ¿Tiene los dos tobillos hinchados?               | sí   |                            |   |
| 16 ¿Se levanta más veces a orinar durante la noche? | sí   |                            |   |
| 17 ¿Ha notado que orina menos?                      | sí   |                            |   |
| 18 ¿Ha aumentado de peso? ¿En cuánto tiempo?        | sí, poco   |                            |   |
| 19 ¿Ha tenido dolor en el pecho?                    | sí   |                            |   |
| explorar EPOC                                       | 20 ¿Le cuesta coger aire más de lo habitual?   | sí                         | consulta médica presencial                |
|   | 21 ¿Tiene más tos de lo habitual?  | sí                         |   |
|   | 22 ¿Tiene más flemas de lo habitual?   | sí                         |   |
|   | 23 ¿Han cambiado a color amarillento,verdoso o con sangre?                             | sí                         |   |
|   | 24 ¿Ha tenido fiebre?  | sí                         |   |
| explorar DM   | 25 ¿Tiene más sed de lo habitual?  | sí                         | consulta médica                           |
|   | 27 ¿Ha tenido mareos, debilidad, visión borrosa, sudoración o pérdida de conocimiento? | sí                         |   |
| despedida   | 28 ¿Tiene alguna duda o algo que quiera comentar?                                      | sí                         | variable                                  |

OSANAIA es la herramienta que permite el registro del proceso de Enfermería, será por lo tanto la herramienta que asegure el registro de la valoración multidimensional de las persona, a través de los formularios de valoración por dominios dispuestos en la plataforma informatizada.

Aunque por norma general, es la enfermera, ante cada paciente, quien a través del razonamiento crítico en la aplicación del proceso de enfermería realiza una valoración focalizada sobre los dominios que se representan como prioritarios en cada caso, describimos a continuación en que formularios de valoración debiera existir una mínima valoración focalizada atendiendo a la comorbilidad que presenten las personas a las que se presta atención.

| CUESTIONARIO SEGUIMIENTO MENSUAL |  |                  |   |
|----------------------------------|--|------------------|---|
| objeto de la pregunta            | síntomas   | rtas para actuar | actuación                                 |
| situación general                | 1 ¿Cómo se encuentra?                                    |                  | no  |
|                                  | 2 ¿Ha dado algún paseo fuera de casa?                    | sí               |   |
|                                  | 3 ¿Sigue la dieta como le indicaron?                     | no               | consejo                                   |
| explorar medicación              | 4 ¿Toma la medicación como le indicaron ?                | no               | consulta médica (telefónica o presencial) |
|                                  | 5 ¿Le sienta algo mal?                                   | sí               |   |
|                                  | 6 ¿Qué síntomas tiene?                                   | recoger          |   |
|                                  | 7 ¿Ha tenido que realizar algún cambio? ¿ha dejado algo? | sí               |   |
| despedida                        | 28 ¿Tiene alguna duda o algo que quiera comentar?        | sí               | variable                                  |

Dominios de valoración recomendados: Dominio 1/promoción de la salud;  
 Dominio2/nutrición;

|             |    |  |    |  |
|-------------|----|--|----|--|
| sólo si IRC | 8  | Además de la medicación, ¿toma alguna otra sustancia de herboristería? | sí | consejo<br>consulta médica( telefónica o presencial) |
|             | 9  | ¿Ha tenido vómitos o diarrea?  | sí |  |
|             | 10 | ¿Ha tenido fiebre?   | sí |  |
|             | 11 | ¿Ha disminuido de forma importante la orina?                           | sí |  |

Dominios de valoración recomendados:

Dominio 1/promoción de la salud; Dominio2/nutrición; Dominio 3 /eliminación e intercambio; Dominio 4/actividad reposo; Dominio 11/seguridad/protección; Dominio 12/confort

|              |    |  |          |                            |
|--------------|----|--|----------|----------------------------|
| explorar ICC | 12 | ¿Le cuesta coger aire más de lo habitual?        | sí       | consulta médica presencial |
|              | 13 | ¿Ha necesitado poner más almohadas para dormir?  | sí       |                            |
|              | 14 | ¿Se despierta bruscamente con fatiga?            | sí       |                            |
|              | 15 | ¿Tiene los dos tobillos hinchados?               | sí       |                            |
|              | 16 | ¿Se levanta más veces a orinar durante la noche? | sí       |                            |
|              | 17 | ¿Ha notado que orina menos?                      | sí       |                            |
|              | 18 | ¿Ha aumentado de peso? ¿En cuánto tiempo?        | sí, poco |                            |
|              | 19 | ¿Ha tenido dolor en el pecho?                    | sí       |                            |

Dominio 1/promoción de la salud; Dominio2/nutrición; Dominio 3 /eliminación e intercambio; Dominio 4/actividad reposo; Dominio 11/seguridad/protección; Dominio 12/confort

|               |    |   |    |                            |
|---------------|----|---|----|----------------------------|
| explorar EPOC | 20 | ¿Le cuesta coger aire más de lo habitual?               | sí | consulta médica presencial |
|               | 21 | ¿Tiene más tos de lo habitual?                          | sí |                            |
|               | 22 | ¿Tiene más flemas de lo habitual?                       | sí |                            |
|               | 23 | ¿Han cambiado a color amarillento,verdoso o con sangre? | sí |                            |
|               | 24 | ¿Ha tenido fiebre?                                      | sí |                            |

Dominio 1/promoción de la salud; Dominio2/nutrición; Dominio 3 /eliminación e intercambio; Dominio 4/actividad reposo; Dominio 11/seguridad/protección; Dominio 12/confort

|             |    |   |    |                 |
|-------------|----|---|----|-----------------|
| explorar DM | 25 | ¿Tiene más sed de lo habitual?  | sí | consulta médica |
|             | 27 | ¿Ha tenido mareos, debilidad, visión borrosa, sudoración o pérdida de conocimiento? | sí |                 |

Dominio 1/promoción de la salud; Dominio2/nutrición; Dominio 3 /eliminación e intercambio; Dominio 4/actividad reposo; Dominio 11/seguridad/protección; Dominio 12/confort

## ANEXO 12. FICHAS PARA LOS PACIENTES (KRONIK ON)

### 12.1 PACIENTE PLURIPATOLÓGICO

# PACIENTE CRÓNICO COMPLEJO (PLURIPATOLOGÍA)

### ¿Qué es?

Es bastante común, según avanza la edad, que una persona padezca **varias enfermedades crónicas a la vez**. Así, una persona puede presentar simultáneamente **bronquitis crónica, diabetes, hipertensión arterial, enfermedades del corazón...**

### ¿CÓMO SE TRATA?

- Tome la **medicación** según se le ha prescrito.
- Revise periódicamente** la **medicación que toma**, compare con la medicación que tiene apuntada en la hoja "oficial" de medicación siguiendo las pautas indicadas para asegurarse que lo está haciendo correctamente.
- Tras un ingreso o una consulta con el especialista, revise y compruebe todos los cambios.
- La **medicación "almacenada"** y que ya no tome debe llevarla a su **farmacia más próxima** para evitar errores.



**¡SI TIENE DUDAS EN LA TOMA DE MEDICACIÓN,  
CONTACTE CON SU MÉDICO O ENFERMERA PARA REVISAR!**



ES IMPORTANTE, disponer de un plan de cuidados y seguimiento realizado por su médico y enfermera de atención primaria y acordado con usted y con el resto de médicos y enfermeras de las otras especialidades.



[www.osakidetza.euskadi.eus/kronikonprograma](http://www.osakidetza.euskadi.eus/kronikonprograma)



© 2015-2018. Kronik On Programa - Instituto Basco de Sanidad. Todos los derechos reservados. Si desea más información sobre el programa Kronik On o desea utilizar el material desarrollado, por favor contacte con Kronik On: [kronik@osakidetza.eus](mailto:kronik@osakidetza.eus)

# PACIENTE CRÓNICO COMPLEJO (PLURIPATOLOGÍA)

## VACÚNESE CONTRA EL NEUMOCOCO Y ANUALMENTE CONTRA LA GRIPE



- La vacuna es eficaz para prevenir la enfermedad.
- Le conviene **NO** pasar la gripe al poder complicarse con mayor facilidad en su caso.

## ¿CUÁNDO DEBO LLAMAR A MI MÉDICO O ENFERMERA?

- **Dolor intenso de nueva aparición**, especialmente en la zona del tórax o el abdomen.
- **Aumento de la fatiga, ahogo, falta de aire en reposo.**
- **Fiebre >38 grados** o fiebre con escalofríos.
- **Mareo, atontamiento o adormilado.**
- **Disminución de fuerza** en alguna extremidad, imposibilidad para mantenerse en pie, desviación de la comisura de la boca y/o dificultad para hablar.
- **Sangre en las heces, en los vómitos o en la orina.**
- **Vómitos que impiden la toma de líquidos** durante más de 24 horas.
- **Ausencia de orina** en las últimas 24 horas.





# HÁBITOS DE VIDA SALUDABLES

## Alimentación

- Haga de **4 a 5 comidas ligeras al día**.
- **Modere el consumo de dulces y azúcar**, y si es diabético evite el consumo.
- **Tome frutas y verduras (hasta 5 raciones/día), así como alimentos ricos en fibra (cereales integrales). La dieta tipo mediterráneo es muy saludable.**
- **Limite la ingesta de sal y alimentos ricos en sal, como: CONSERVAS Y EMBUTIDOS.** No abuse del café.
- **Para evitar la formación de gases, mastique lentamente y modere el consumo de alimentos que provoquen gases o pesadez.**



□ Recuerde **beber de forma habitual la misma cantidad de líquidos**. Si hace calor, tiene fiebre o diarrea, recuerde beber más líquidos. Acuérdesse de que la **fruta, leche o sopas se consideran líquidos**.



## Ejercicio



- Realice una **actividad física adecuada a su capacidad evitando situaciones de riesgo**, salir con nieve, hielo, viento, mucho calor...
- Es **recomendable caminar todos los días 15 minutos en llano**, aumentando 5 minutos al día, con el objetivo de caminar unos 30 minutos al día.
- **NO LO REALICE** en ayunas ni después de las comida.



## Alcohol, tabaco y peso

- **NO FUME.**
- **Modere la ingesta de alcohol** a dos vasos pequeños de vino o dos botellines de cerveza (salvo recomendación contraria de su médico).
- **Evite el sobrepeso.** Es posible que el médico o enfermera le recomiende controlar su peso periódicamente.



# HÁBITOS DE VIDA SALUDABLES

## Higiene

- **Higiene corporal e hidratación de la piel diaria.**
- **Cuide la higiene bucal.**  
Limpie la prótesis y los dientes 2-3 veces día.
- **Cuidado con los pies:** mantenga los pies limpios y secos sin durezas e hidratados, las uñas cortas y rectas.
- **Utilice el calzado más apropiado** como por ejemplo el que tiene 2 dedos de tacón, es ancho y sujeta bien el pie.



### En caso de higiene a paciente encamado/dependiente es fundamental como norma general:

- **Mantener limpia e hidratada** la piel evitando la presión continuada.
- **Inspeccionar detalladamente la piel, sobretodo en prominencias óseas y pliegues cutáneos.** En caso de alteración en coloración, integridad... consulte con su enfermera.
- **La prevención de úlceras por presión con cambios posturales** cada varias horas ayúdese con por almohadas o cojines blandos.

## Sueño y descanso



- **Lleve una vida regular y ordenada**, procurando respetar la hora de acostarse y levantarse, incluso el fin de semana y vacaciones.
- **Evite ejercicio físico intenso y actividades estresantes antes de dormir.**
- **Evite la siesta prolongada.**  
Puede hacer un reposo de unos 30-40 minutos.
- Recuerde que cenar tarde, de manera copiosa o ir a la cama con hambre le **puede dificultar el sueño.**
- Si llevas media hora en la cama y no te duermes, no te obsesiones. Es preferible que te levantes y hagas algo relajante hasta volver a sentir sueño. Evite ir a la cama sin sueño.
- En caso de **no poder dormir adecuadamente** con sensación de cansancio y sueño durante más de una semana de forma continua, consulte a su médico o enfermera.



# AUTOCONTROL

| INSTRUCCIONES  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| <b>FECHA</b>   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| He realizado la <b>dieta correctamente</b> (si/no/a medias)                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>Líquidos</b> recomendado: _____ (si/no)                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>Peso:</b> kg  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>Hinchazón de pies - piernas</b> (marca: -/+/=)                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ¿Subió su dosis de <b>diurético?</b> (si/no)                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>Orina:</b> más / menos / igual  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>Tensión arterial máxima</b>   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>Tensión arterial mínima</b>   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>Pulso</b>   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>Glucosa en sangre</b>   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Realización de <b>ejercicio</b><br>(anotar los minutos realizados en el día) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Sensación de <b>falta de aire</b> (si/no)                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>Más tos</b> de lo habitual (si/no)  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>Más flemas</b> de lo habitual (si/no)                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Mis <b>flemas cambian de color</b> (si/no)                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>Mareo</b> (si/no)   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>Diarrea</b> (si/no)   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>Vómitos</b> (si/no)   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>Fiebre</b> (si/no)  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>OBSERVACIONES</b>   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

# PLAN DE AUTOCUIDADOS GENERAL

| FECHA                         | DIFICULTAD | MI PROPÓSITO | CUMPLIMIENTO |
|-------------------------------|------------|--------------|--------------|
| 1. Dieta                      |            |              |              |
| 2. Ejercicio                  |            |              |              |
| 3. Tabaco                     |            |              |              |
| 4. Alcohol                    |            |              |              |
| 5. Medicamentos - tratamiento |            |              |              |
| 6. Higiene corporal           |            |              |              |
| 7. Sueño                      |            |              |              |
| 8. Otros                      |            |              |              |

## 12.2 INSUFICIENCIA CARDÍACA

# INSUFICIENCIA CARDÍACA

### ¿Qué es la Insuficiencia Cardíaca?

Es una situación en la que el **corazón no bombea bien la sangre** y ésta **no llega a las células del cuerpo para suministrarles el oxígeno** que ellas necesitan.



### Síntomas

1. Falta de aliento al hacer esfuerzos.
2. Hinchazón de pies, tobillos y piernas.
3. Cansancio y debilidad.
4. Aumento de peso o falta de apetito.
5. Tos seca sobre todo a la noche.
6. Se despierta por la noche con dificultad para respirar.
7. A veces se orina poco durante el día y mucho por la noche.
8. Disminución de la cantidad de orina en 24 horas

### ¿CÓMO SE TRATA?

Su **TRATAMIENTO** consistirá en **CAMBIOS DE SU ESTILO DE VIDA** y en la **TOMA DE MEDICAMENTOS**



### ¿QUÉ PUEDO HACER PARA CUIDARME?

#### RECOMENDACIONES GENERALES:

- Tomar las **medicinas** como le ha indicado el médico.
- No tomar antiinflamatorios ni medicamentos efervescentes**, estos últimos por su alto contenido en sal.
- Controlar el peso todos los días.**
- Hacer una **dieta saludable.**
- Si **está obeso procure adelgazar**
- Evitar el consumo de alcohol.**
- No fumar.**
- Realizar un **ejercicio adecuado a su capacidad** y sin que le provoque fatiga.
- Controlar su tensión arterial.**



# LO QUE NO DEBE OLVIDAR DE LA INSUFICIENCIA CARDÍACA

## SI NO TIENE:

- Problemas para respirar.
- Dolor de pecho.
- Cambios de peso.
- Hinchazón de tobillos o piernas.
- Mayor dificultad para realizar actividades.

## ¡SUS SÍNTOMAS ESTÁN BIEN CONTROLADOS!

- Siga tomando la medicación todos los días como le han prescrito.
- Controle su peso todos los días.
- Siga la dieta con poca sal.
- Acuda al médico/a o enfermero/a cuando tenga cita programada.
- En caso de dudas, **contacte con su profesional de enfermería o médico referente** en horario habitual del centro de salud o con **Consejo Sanitario** (tif. 900 20 30 50) fuera de horas.

## SI USTED:

- Tiene mayor hinchazón en los tobillos.
- Ha ganado peso, 1 kg en un día o 2-3 kg en 2 o 3 días.
- Necesita más almohadas para dormir.
- Respira peor cuando realiza alguna actividad.
- Tiene más tos de lo habitual
- Tiene dificultad para respirar cuando está quieto o no para de toser.
- Nota silbidos o ruidos en el pecho cuando está en reposo.
- Se despierta a la noche porque no puede respirar.
- Siente mareos, cansancio o debilidad.

- Puede necesitar **cambiar la medicación** de la que le han prescrito, (a veces más y otras veces menos).
- **Contacte su profesional de enfermería o médico de referencia** en horario habitual del centro de salud, fuera del horario habitual **contacte con Consejo Sanitario** (tif. 900 20 30 50) o acuda a su **PAC de referencia**.



## SI USTED:

- No puede respirar o comienza a ponerse azul.
- Las flemas o la saliva son de color rosado.
- Tiene dolor en el pecho intenso u opresivo.
- Nota palpitaciones o taquicardia que le provocan mareos o sudoración.
- Se siente confuso.
- Pierde el conocimiento.

## CONTACTE CON EMERGENCIAS OSAKIDETZA

- **Araba:** 945 24 44 44
- **Bizkaia:** 94 410 00 00
- **Gipuzkoa:** 943 46 11 11





# HÁBITOS DE VIDA SALUDABLES

## Alimentación

- Haga de **4 a 5 comidas ligeras al día**.
- **Modere el consumo de dulces y azúcar**, y si es diabético evite el consumo.
- **Tome frutas y verduras** (hasta 5 raciones/día), así como **alimentos ricos en fibra** (cereales integrales). **La dieta tipo mediterráneo es muy saludable.**
- **Limite la ingesta de sal y alimentos ricos en sal, como: CONSERVAS Y EMBUTIDOS.** No abuse del café.
- **Para evitar la formación de gases, mastique lentamente y modere el consumo de alimentos que provoquen gases o pesadez.**



- Recuerde **beber de forma habitual la misma cantidad de líquidos**. Si hace calor, tiene fiebre o diarrea, recuerde beber más líquidos. Acuérdesse de que la **fruta, leche o sopas se consideran líquidos.**



## Ejercicio



- Realice una **actividad física adecuada a su capacidad evitando situaciones de riesgo**, salir con nieve, hielo, viento, mucho calor...
- **Es recomendable caminar todos los días 15 minutos en llano**, aumentando 5 minutos al día, con el objetivo de caminar unos 30 minutos al día.
- **NO LO REALICE** en ayunas ni después de las comida.



## Alcohol, tabaco y peso

- **NO FUME.**
- **Modere la ingesta de alcohol** a dos vasos pequeños de vino o dos botellines de cerveza (salvo recomendación contraria de su médico).
- **Evite el sobrepeso.** Es posible que el médico o enfermera le recomiende controlar su peso periódicamente.



# HÁBITOS DE VIDA SALUDABLES

## Higiene

- **Higiene corporal e hidratación de la piel diaria.**
- **Cuide la higiene bucal.**  
Limpie la prótesis y los dientes 2-3 veces día.
- **Cuidado con los pies:** mantenga los pies limpios y secos sin durezas e hidratados, las uñas cortas y rectas.
- **Utilice el calzado más apropiado** como por ejemplo el que tiene 2 dedos de tacón, es ancho y sujeta bien el pie.



### En caso de higiene a paciente encamado/dependiente es fundamental como norma general:

- **Mantener limpia e hidratada** la piel evitando la presión continuada.
- **Inspeccionar detalladamente la piel, sobretodo en prominencias óseas y pliegues cutáneos.** En caso de alteración en coloración, integridad... consulte con su enfermera.
- **La prevención de úlceras por presión con cambios posturales** cada varias horas ayúdense con por almohadas o cojines blandos.

## Sueño y descanso



- **Lleve una vida regular y ordenada**, procurando respetar la hora de acostarse y levantarse, incluso el fin de semana y vacaciones.
- **Evite ejercicio físico intenso y actividades estresantes antes de dormir.**
- **Evite la siesta prolongada.**  
Puede hacer un reposo de unos 30-40 minutos.
- Recuerde que cenar tarde, de manera copiosa o ir a la cama con hambre le **puede dificultar el sueño.**
- Si llevas media hora en la cama y no te duermes, no te obsesiones. Es preferible que te levantes y hagas algo relajante hasta volver a sentir sueño. Evite ir a la cama sin sueño.
- En caso de **no poder dormir adecuadamente** con sensación de cansancio y sueño durante más de una semana de forma continua, consulte a su médico o enfermera.





## 12.3 EPOC

# EPOC

### ¿Qué es la EPOC?

La **enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)** también llamada **bronquitis crónica**, ocasiona un estrechamiento de los bronquios con dificultad para el paso de aire a través de ellos. La mayoría de las veces está relacionada con el **TABACO**.




### Síntomas

1. **Fatiga o ahogo** (disnea) al andar o al ejercicio más intenso.
2. **Tos y/o expectoración.**
3. **Flemas** sobre todo por las mañanas.

**¡IMPORTANTE!**



**Dejar de fumar**



### ¿CÓMO SE TRATA?

La mayoría de las medicaciones para la EPOC se usan por **VIA INHALADA** (spray, polvo o cápsula) ya que llegan directamente al bronquio.

¡ES MUY IMPORTANTE QUE USE BIEN LOS INHALADORES!!

### ¿QUÉ PUEDO HACER PARA CUIDARME?

#### ALIMENTACIÓN:

Hacer una **dieta saludable**.

Limitar la **sal** y no excederse con los **líquidos**.

Hacer **4-5 comidas ligeras** al día.

Para evitar la formación de gases o pesadez, **masticar lentamente**.



#### EJERCICIO:

El ejercicio es importante ya que **tener una buena musculatura en brazos y piernas** le ayudará a caminar mejor y sin fatiga.

Es recomendable **caminar 15 min/día**.

**NO camine en ayunas** ni después de las comida.



**¡ES MUY IMPORTANTE TOMAR DIARIAMENTE LA MEDICACIÓN!!**

# LO QUE NO DEBE OLVIDAR DE LA EPOC

## SI NO TIENE:

- Problemas para respirar.
- Más tos de lo habitual.
- Más expectoración de lo habitual.
- Cambio en la coloración de las flemas.
- Dificultad para realizar actividades.

## ¡SUS SÍNTOMAS ESTÁN BIEN CONTROLADOS!

- Siga tomando la medicación todos los días como le han prescrito.
- Acuda a su médico/a o enfermero/a cuando tenga la cita programada.
- En caso de dudas, **contacte con su profesional de enfermería o médico referente** en horario habitual del centro de salud o con **Consejo Sanitario** (tif. 900 20 30 50) fuera de horas.

## SI USTED:

- Tiene dificultad para respirar cuando está quieto o no para de toser.
- **Respira peor** cuando realiza alguna actividad.
- Tiene más tos y más expectoración de la habitual.
- **Cambios en la coloración de las flemas.**
- **Nota silbidos o ruidos en el pecho** cuando está en reposo.
- **Siente mareo, cansancio o debilidad.**



- Puede necesitar más medicación de la que le han prescrito.
- **Contacte su profesional de enfermería o médico de referencia** en horario habitual del centro de salud, fuera del horario habitual **contacte con Consejo Sanitario** (tif. 900 20 30 50) o acuda a su **PAC de referencia**.



## SI USTED:

- **No puede respirar o comienza a ponerse azul.**
- **Tiene dolor en el pecho.**
- **Pierde el conocimiento.**



## CONTACTE CON EMERGENCIAS OSAKIDETZA

- **Araba:** 945 24 44 44
- **Bizkaia:** 94 410 00 00
- **Gipuzkoa:** 943 46 11 11



# HÁBITOS DE VIDA SALUDABLES

## Alimentación

- Haga de **4 a 5 comidas ligeras al día**.
- **Modere el consumo de dulces y azúcar**, y si es diabético evite el consumo.
- **Tome frutas y verduras (hasta 5 raciones/día), así como alimentos ricos en fibra (cereales integrales). La dieta tipo mediterráneo es muy saludable.**
- **Limite la ingesta de sal y alimentos ricos en sal, como: CONSERVAS Y EMBUTIDOS.** No abuse del café.
- **Para evitar la formación de gases, mastique lentamente y modere el consumo de alimentos que provoquen gases o pesadez.**



- Recuerde **beber de forma habitual la misma cantidad de líquidos**. Si hace calor, tiene fiebre o diarrea, recuerde beber más líquidos. Acuérdesse de que la **fruta, leche o sopas se consideran líquidos**.



## Ejercicio



- Realice una **actividad física adecuada a su capacidad evitando situaciones de riesgo**, salir con nieve, hielo, viento, mucho calor...
- Es **recomendable caminar todos los días 15 minutos en llano**, aumentando 5 minutos al día, con el objetivo de caminar unos 30 minutos al día.
- **NO LO REALICE** en ayunas ni después de las comida.



## Alcohol, tabaco y peso

- **NO FUME.**
- **Modere la ingesta de alcohol** a dos vasos pequeños de vino o dos botellines de cerveza (salvo recomendación contraria de su médico).
- **Evite el sobrepeso.** Es posible que el médico o enfermera le recomiende controlar su peso periódicamente.



# HÁBITOS DE VIDA SALUDABLES

## Higiene

- **Higiene corporal e hidratación de la piel diaria.**
- **Cuide la higiene bucal.**  
Limpie la prótesis y los dientes 2-3 veces día.
- **Cuidado con los pies:** mantenga los pies limpios y secos sin durezas e hidratados, las uñas cortas y rectas.
- **Utilice el calzado más apropiado** como por ejemplo el que tiene 2 dedos de tacón, es ancho y sujeta bien el pie.



### En caso de higiene a paciente encamado/dependiente es fundamental como norma general:

- **Mantener limpia e hidratada** la piel evitando la presión continuada.
- **Inspeccionar detalladamente la piel, sobretodo en prominencias óseas y pliegues cutáneos.** En caso de alteración en coloración, integridad... consulte con su enfermera.
- **La prevención de úlceras por presión con cambios posturales** cada varias horas ayúdese con por almohadas o cojines blandos.

## Sueño y descanso



- **Lleve una vida regular y ordenada**, procurando respetar la hora de acostarse y levantarse, incluso el fin de semana y vacaciones.
- **Evite ejercicio físico intenso y actividades estresantes antes de dormir.**
- **Evite la siesta prolongada.**  
Puede hacer un reposo de unos 30-40 minutos.
- Recuerde que cenar tarde, de manera copiosa o ir a la cama con hambre le **puede dificultar el sueño.**
- Si llevas media hora en la cama y no te duermes, no te obsesiones. Es preferible que te levantes y hagas algo relajante hasta volver a sentir sueño. Evite ir a la cama sin sueño.
- En caso de **no poder dormir adecuadamente** con sensación de cansancio y sueño durante más de una semana de forma continua, consulte a su médico o enfermera.



## 12.4. DIABETES MELLITUS

# DIABETES

### ¿Qué es la DIABETES?

La diabetes se caracteriza por un aumento de la concentración de glucosa (azúcar) en sangre (glucemia) debido a que el páncreas funciona de forma defectuosa y no produce toda la insulina que el organismo necesita.

Si no se controla bien pueden producirse **complicaciones importantes** a nivel del corazón, los pies, los ojos, el cerebro y los riñones

### Síntomas

Al principio **no produce ningún síntoma que le haga sentirse mal, pero luego puede producir cansancio, sed, orina abundante y hambre.**

### ¿CÓMO SE TRATA?

Su tratamiento consistirá en **cambios de estilo de vida** y seguir las **indicaciones** y **controles** que le pauten su médico o enfermera.

Importante  
llevar una **DIETA**  
**EQUILIBRADA**



Limitar el  
consumo de  
**ALCOHOL**



Importante  
realizar  
**EJERCICIO**



### ¿QUÉ PUEDO HACER PARA CUIDARME?

#### HIGIENE DE PIES:

- Vigilar los pies a diario: comprobar si existen enrojecimientos, heridas, ampollas.
- Lavar a diario los pies con agua templada y jabón neutro (5-10 min).
- Hidratar la piel (no entre dedos).
- Mantener uñas limpias y cortas. Si las uñas están muy duras usar lima.
- Solicitar ayuda si se precisa.
- Ir al podólogo regularmente (a ser posible).



normal



con diabetes

#### HIPOGLUCEMIA:

Es tener la glucosa en sangre por **debajo de los niveles normales.**

*(Solo en los pacientes que estén en tratamiento con insulina o con antidiabéticos orales).*

**Los síntomas habituales son:**

- Mareo
- Visión borrosa
- Sudoración
- Debilidad
- Alteraciones de la conciencia

#### HIPERGLUCEMIA:

Es tener la glucosa en sangre en niveles superiores a la normalidad.

**Los síntomas habituales son:**

- Orinar mucho
- Tener mucha sed
- Boca seca
- Sensación de hambre
- Alteraciones de la conciencia
- Cansancio
- Visión borrosa



# LO QUE NO DEBE OLVIDAR DE LA DIABETES

## SI NO TIENE:

- Mareo.
- Mucha sed, más de la habitual
- Orina muchas veces.
- Si le han indicado autocontroles, estos son normales.
- Problemas o heridas en los pies.
- Mayor dificultad para realizar actividades.

## ¡SUS SÍNTOMAS ESTÁN BIEN CONTROLADOS!

- Siga tomando la medicación, todos los días como le han pautado.
- Realice ejercicio según recomendaciones.
- Siga la dieta recomendada.
- Acuda al médico/a o enfermero/a cuando tenga cita programada.
- En caso de dudas, **contacte con su profesional de enfermería o médico** referente en horario habitual del centro de salud o con **Consejo Sanitario** (tif. 900 20 30 50) fuera de horas.

## SI USTED:

- Fiebre.
- Debilidad.
- Cansancio.
- Mareo.
- Problemas o heridas en los pies.
- Molestias urinarias.
- Infecciones respiratorias.
- Si le han indicado autocontroles, estos son anormales.
- Dolor en las piernas al realizar ejercicio.

- Puede **necesitar cambiar la medicación** que le han pautado.
- **Contacte su profesional de enfermería o médico de referencia** en horario habitual del centro de salud, fuera del horario habitual **contacte con Consejo Sanitario** (tif. 900 20 30 50) o acuda a su **PAC de referencia**.



## SI USTED:

- Presenta hipoglucemia que no mejora con las medidas indicadas.
- Dolor en el pecho intenso
- Nota palpitaciones o taquicardia que le provocan mareos o sudoración.
- Se siente confuso.
- Pierde el conocimiento.
- Pierde fuerza en alguna extremidad, se le tuerce la boca o tiene dificultades para hablar.
- Visión borrosa.

## CONTACTE CON EMERGENCIAS OSAKIDETZA

- **Araba:** 945 24 44 44
- **Bizkaia:** 94 410 00 00
- **Gipuzkoa:** 943 46 11 11



# HÁBITOS DE VIDA SALUDABLES

## Alimentación

- Haga de **4 a 5 comidas ligeras al día**.
- **Modere el consumo de dulces y azúcar**, y si es diabético evite el consumo.
- **Tome frutas y verduras** (hasta 5 raciones/día), así como **alimentos ricos en fibra** (cereales integrales). **La dieta tipo mediterráneo es muy saludable.**
- **Limite la ingesta de sal y alimentos ricos en sal, como: CONSERVAS Y EMBUTIDOS.** No abuse del café.
- **Para evitar la formación de gases, mastique lentamente y modere el consumo de alimentos que provoquen gases o pesadez.**



- Recuerde **beber de forma habitual la misma cantidad de líquidos**. Si hace calor, tiene fiebre o diarrea, recuerde beber más líquidos. Acuérdesse de que la **fruta, leche o sopas se consideran líquidos.**



## Ejercicio



- Realice una **actividad física adecuada a su capacidad evitando situaciones de riesgo**, salir con nieve, hielo, viento, mucho calor...
- Es **recomendable caminar todos los días 15 minutos en llano**, aumentando 5 minutos al día, con el objetivo de caminar unos 30 minutos al día.
- **NO LO REALICE** en ayunas ni después de las comida.



## Alcohol, tabaco y peso

- **NO FUME.**
- **Modere la ingesta de alcohol** a dos vasos pequeños de vino o dos botellines de cerveza (salvo recomendación contraria de su médico).
- **Evite el sobrepeso.** Es posible que el médico o enfermera le recomiende controlar su peso periódicamente.





# HÁBITOS DE VIDA SALUDABLES

## Higiene

- **Higiene corporal e hidratación de la piel diaria.**
- **Cuide la higiene bucal.**  
Limpie la prótesis y los dientes 2-3 veces día.
- **Cuidado con los pies:** mantenga los pies limpios y secos sin durezas e hidratados, las uñas cortas y rectas.
- **Utilice el calzado más apropiado** como por ejemplo el que tiene 2 dedos de tacón, es ancho y sujeta bien el pie.



### En caso de higiene a paciente encamado/dependiente es fundamental como norma general:

- **Mantener limpia e hidratada** la piel evitando la presión continuada.
- **Inspeccionar detalladamente la piel, sobretodo en prominencias óseas y pliegues cutáneos.** En caso de alteración en coloración, integridad... consulte con su enfermera.
- **La prevención de úlceras por presión con cambios posturales** cada varias horas ayúdese con por almohadas o cojines blandos.

## Sueño y descanso



- **Lleve una vida regular y ordenada**, procurando respetar la hora de acostarse y levantarse, incluso el fin de semana y vacaciones.
- **Evite ejercicio físico intenso y actividades estresantes antes de dormir.**
- **Evite la siesta prolongada.**  
Puede hacer un reposo de unos 30-40 minutos.
- Recuerde que cenar tarde, de manera copiosa o ir a la cama con hambre le **puede dificultar el sueño.**
- Si llevas media hora en la cama y no te duermes, no te obsesiones. Es preferible que te levantes y hagas algo relajante hasta volver a sentir sueño. Evite ir a la cama sin sueño.
- En caso de **no poder dormir adecuadamente** con sensación de cansancio y sueño durante más de una semana de forma continua, consulte a su médico o enfermera.



## **ANEXO 13. RELACIÓN DE TELÉFONOS DE LOS RECURSOS DE LA OSI:**

| <b>Servicio</b>  | <b>Profesional</b>                | <b>Teléfono</b>      |
|--|-----------------------------------|----------------------|
| <b>Medicina Interna<br/>Internista de<br/>referencia</b> | Arrasate: Gurutz Orbe             | 650869492            |
|  | Bergara: Alberto Montero          | 682060573            |
|  | Oñati: Concepción Fernández       | 682060571            |
|  | Valle de Léniz: Pedro A. Cuadros  | 682060574            |
| <b>Hospitalización a<br/>Domicilio</b>                   | Julio César Sandoval              | 835815/628324705     |
| <b>Urgencias HAD</b>                                     |                                   | 943035300/835704     |
| <b>Osarean/Consejo<br/>sanitario</b>                     |                                   | 900203050/688809319  |
| <b>Cuidados paliativos</b>                               | Hospital: Iñaki Peña              | 682060572            |
|  | HDOM: Jesús Millas/Julio Sandoval | 688809326/ 667158344 |
| <b>Participación<br/>Comunitaria</b>                     | Joserra Bardeci                   | 835872               |

## **ANEXO 14. BIBLIOGRAFÍA:**

1. Documento de consenso: atención al paciente con enfermedades crónicas. Grupo de Trabajo de la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI) y la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC). 2011
2. ANEXO 4. RUTA ASISTENCIAL DEL PACIENTE PLURIPATOLÓGICO Osakidetza-SVS y Kronikgune, Noviembre 2018.
3. Act@SCALE, empoderamiento de paciente y cuidador. Osakidetza-SVS y Kronikgune, Noviembre 2018.
4. Plan de atención a las personas mayores ("PAM"). osakidetza-svs, Noviembre 2015
5. Cronicidad Avanzada. Monografías SECPAL. Madrid 2018
6. Guía metodológica para el abordaje de la salud desde una perspectiva comunitaria. Departamento de Salud, Gobierno Vasco. Septiembre 2016

## **ANEXO 15. MIEMBROS GRUPO DE TRABAJO**

KIZKITZA ALUSTIZA URTEAGA- Coordinadora de Enfermería EAP Oñati  
IZASKUN ARRIARAN MENDIALDUA- Enfermera planta hospitalización 3<sup>a</sup>  
CONSUELO BARBERENA- Enfermera. Responsable de OSANAIA OSI Alto Deba  
JOSERRA BARDECI- Enfermero UAP Bergara. Responsable Med. Comunitaria OSI  
ANA BUSTINDUY BASCARAN – Directora Médico OSI Alto Deba  
MARIA TERESA CONDE GONZALEZ- Médico AP, JUAP EAP Valle de Léniz  
MAGDALENA CUESTA ORTIZ- Enfermera EAP Oñati  
LUISA MARIA DIEZ AZURMENDI – Directora Gerente OSI Alto Deba  
MIREN ECENARRO ORTIZ DE ZARATE - Supervisora enfermería planta 3  
LOURDES FERNANDEZ FERNANDEZ- Coordinadora de Enfermería EAP Bergara  
M. TERESA GORDOA MENDIZABAL- Directora de Enfermería OSI Alto Deba  
M. BEGOÑA ITURBE MENDIALDUA- Coordinadora de Enfermería EAP Valle de Léniz  
LOURDES LUSAR CRUCHAGA- Coordinadora de Enfermería EAP Arrasate  
MIREN EDURNE MARAÑON GUESALAGA – Enfermera AP, JUAP EAP Arrasate  
ROSARIO MARTINEZ PEREZ- Médico AP, JUAP EAP Oñati  
FEDERICO MELGOSA LATORRE- Jefe Sección Urgencias  
JESUS MILLAS ROS- Médico Hospitalización a Domicilio. Responsable del PAI  
ELENA MUGARZA ETXEBERRIA- Médico de Residencia de Mayores  
ADRIAN MUÑOZ DE LA PARTE- Adjunto Dirección de Enfermería  
JULIO CESAR SANDOVAL NEGRAL- Jefe Sección Hospitalización a Domicilio  
ASCENSION SUSIERRA ORTEGA- Enfermera SAPU  
ANGÉLICA UGARTE- Enfermera UAP Oñati. Responsable P.A.M. OSI Alto Deba  
PATXI URBE CASTELRUIZ – Médico AP Arrasate  
AINARA URQUIDI LETONA- Médico AP, JUAP EAP Bergara  
JAVIER ZUBIZARRETA GARCIA- Jefe Servicio Medicina Interna