fml. Revista de Medicina de Familia y Atención Primaria
www.revistafml.es ISSN: 1989-6832

ORIGINALES

Plan de atención conjunta individualizado a pacientes con RCV elevado (PACI). Una experiencia organizativa centrada en el trabajo en equipo y en el empoderamiento del paciente

Ana Ventura Granell[1], Jesús García Ruiz-Rozas[2], Mª Elena Orenga Lozano[2], Alba Gutiérrez Saiz[1].

1.Enfermera. Centro de Salud Integral (CSI) La Vall d'Uixó
2.Médico. CSI La Vall d'Uixó

Citar como: Ventura Granell, García Ruiz-Rozas J, Orenga Lozano ME, Gutiérrez Saiz A. *Plan de atención conjunta individualizado a pacientes con RCV elevado (PACI). Una experiencia organizativa centrada en el trabajo en equipo y en el empoderamiento del paciente.* fml. 2022; 27(1): 9p.

Resumen

Los pacientes con un RCV elevado precisan de un enfoque multidisciplinar para el abordaje sus patologías y factores de riesgo en Atención Primaria, así como un cambio de enfoque en su educación sanitaria para conseguir cambios duraderos en sus hábitos de vida. Proponemos un plan integral de trabajo con ellos centrado en la UBA, con visitas conjuntas y educación grupal enfocado al empoderamiento del paciente.

fml. Junio 2022; Volumen 27, número 1.
Publicación oficial SoVaMFiC.
Artículo de acceso libre bajo una licencia Creative Commons:
Uso y distribución no restringidos, nombrando la fuente y sin hacer un uso comercial o modificación de la obra.

Fundamentos

La elevada prevalencia de pacientes con necesidades complejas es una constante en los sistemas sanitarios que debe llevar a un replanteamiento en su atención. Una pequeña proporción de la población se caracteriza por presentar múltiples enfermedades crónicas y un elevado consumo de recursos, comprometiendo la sostenibilidad tanto a nivel económico como de tiempo en un contexto de recursos limitados. Por este motivo se plantea la necesidad de definir e implementar nuevos modelos organizativos de atención integrada a estos pacientes que sean coste-efectivos, enfocados a mejorar el cuidado y la asistencia sanitaria a través de la coordinación y comunicación entre profesionales sanitarios y la prestación de asistencia centrada en el paciente y su empoderamiento.

De estos pacientes, los que presentan un RCV elevado pueden tener patologías muy variadas y factores de riesgo diferentes, pero precisan un abordaje integral cuya base debe estar centrada en la modificación de estilos de vida y cumplimiento fármaco-terapéutico. Nos encontramos antes pacientes con Diabetes Mellitus, HTA, obesidad, fumadores, síndrome metabólico como patologías que desencadenan eventos cardiovasculares. También tenemos pacientes que sufren eventos cardiovasculares sin que aparentemente hayan desarrollado esas patologías basales.

Para todos ellos, como decíamos, hay que plantear un abordaje global, basado en el empoderamiento del paciente, enfocado a mejorar su capacidad de autocuidado, para así mejorar el cumplimiento de objetivos.

Esos objetivos deben ser marcados por el propio paciente tras un proceso de formación y asesoramiento por parte de la UBA correspondiente, la cual actuará siempre de forma coordinada y promoviendo las visitas conjuntas.

El centro de la intervención es la independencia de la persona y el rol de los profesionales de asesores expertos.

Por tanto, la labor de la UBA deberá estar enfocada en primer lugar a explorar las necesidades del paciente, sus motivaciones y preocupaciones y en segundo lugar a formar y asesorar al paciente sobre sus patologías y posteriormente supervisar y revisar el cumplimiento de los objetivos marcados según resultados y evolución de las patologías.

Para ello se crea un programa de atención integral e integrada centrada en el paciente con una duración de un año en el que la UBA trabajará de forma conjunta con comunicación constante y visitas conjuntas cuyos objetivos serán:

- Promover el autocuidado
- Formar al paciente en alimentación saludable
- Formar al paciente en actividad física saludable
- Dotar al paciente de conocimientos suficientes sobre su patología para permitir el autocontrol con supervisión mínima
- Disminuir el RCV y mejorar el control de todos sus factores de riesgo asociados

Métodos

Para realizar la actividad estableceremos unos criterios de selección de pacientes que nos permitirán optimizar los recursos dedicados al programa.

La inclusión en el programa se hará por parte del médico tras establecer el diagnóstico correspondiente y valorar criterios de inclusión.

Criterios de inclusión

- Pacientes con una esperanza de vida teórica superior a 10 años con diagnóstico reciente y motivados para el cambio (al menos fase de preparación de las etapas del cambio de Prochaska y Di Clemente)
- Pacientes con diagnóstico previo pero que muestren motivación para el cambio
- Alguna de las siguientes patologías
    - Diabetes Mellitus
    - HTA
    - Obesidad (IMC >35)
    - Síndrome metabólico
    - Dislipemia grave
    - Evento cardiovascular previo con o sin factores de riesgo

Criterios de exclusión

- Esperanza de vida inferior a diez años
- Imposibilidad para realizar cambios en el estilo de vida o no motivación para el cambio
- No cumplimiento con los objetivos mínimos establecidos por ausencia de cumplimiento por parte del paciente (programa de visitas, cumplimentación farmacológica, implementación de cambios sin motivos externos que lo impidan, etc)

Los pacientes excluidos del programa se realizará seguimiento convencional con controles analíticos establecidos en las guías vigentes y consejo médico estandarizado y se reinterrogará en cada visita sobre motivación para el cambio con el objetivo de incluirlo en el programa.

Previo a la inclusión en el programa se habrá realizado analítica y ECG.

Aquellos con esperanza de vida menor de 10 años se establecerá un plan de cuidados según su situación actual, pero centrado en el cuidado y no en el cambio ni en la consecución de objetivos por parte del paciente.

Plan de actuación

La duración del plan para cada paciente será de un año.

La periodicidad de las visitas será la siguiente:

1. Primera visita: nada más incluir al paciente en el programa. Conjunta médico/enfermera con una duración de 30 minutos. Firma del Contrato/compromiso (ANEXO 2)
2. Segunda visita: Por enfermería a los 15 días. Duración 15 minutos. Si el paciente necesita un refuerzo se puede pactar adicional a los 15 días con la misma duración
3. Tercera visita: Por enfermería día 45 del programa. Duración 15 minutos
4. Cuarta visita: Conjunta médico/enfermera a los 90 días de inclusión en el programa. Duración 15 minutos
5. Quinta visita: Por enfermería a los 180 días. Duración 15 minutos
6. Sexta visita: Enfermería a los 9 meses. Podrá ser presencial o telefónica. Valorar cada caso
7. Séptima visita: Al año. Conjunta médico/enfermera. Entrega del "Diploma de experto en autocuidados y estilos de vida saludables" (ANEXO 3). Duración 30 minutos

Valorar cada caso de manera individualizada: En caso de que la situación clínica o patología del

paciente precise visitas añadidas se valorará individualmente la periodicidad de las mismas.
Talleres grupales: Se promoverá la realización de talleres de educación grupal de no más de diez pacientes formados por tres sesiones de entre 60 y 90 minutos de duración (conocimientos sobre la enfermedad, educación dietética, actividad física)
Tras la finalización del programa los controles serán al menos semestrales por parte de enfermería y anuales por parte del médico. Se ajustarán individualmente si hay cambios en la situación clínica del paciente o en sus tratamientos o necesidades.

Las visitas se realizarán en un espacio que permita la interacción sin barreras (mesa redonda o apartada a un lado de la consulta) para favorecer la comunicación, aunque siempre con acceso a Abucasis. Se basará en preguntas abiertas que permitan al paciente expresar sus inquietudes.
Los objetivos generales en las visitas estarán centrados en:

- Explorar conocimientos del paciente sobre la enfermedad, vivencias previas, motivaciones y resistencias al cambio. Resolver dudas del paciente y aportar visión clara y realista de su situación clínica y posibles cursos evolutivos de su enfermedad.
    - Nos basaremos en el PAE (Plan de Atención de Enfermería), para la valoración en el modelo de las 14 necesidades básicas de Virginia Henderson. Principalmente:
        - Necesidad 10: Comunicarse con los demás expresando emociones, necesidades, temores u opiniones
        - Necesidad 14: Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal. Fomentando la función enfermera de "compañera" que fomenta la relación terapéutica con el paciente como miembro del equipo de salud.
    - Para ello se explorará, Sentimientos frente a la enfermedad, motivación para el cambio. Cuál es su objetivo principal y motor para el cambio, obstáculos para potenciar el autocuidado, trabajar la autoestima saludable que permita al paciente aceptar sus debilidades y trabajar sus fortalezas
- Establecer de forma conjunta unos objetivos a conseguir por el paciente basados en sus necesidades y situación clínica.
- Pactar un Plan de Atención Individualizado centrado en las preferencias del paciente que incluya:
    - Modificaciones del estilo de vida
    - Tratamientos farmacológicos
    - Plan de visitas.

El cumplimiento de esos objetivos se basará en la formación del paciente sobre:

- Alimentación equilibrada y cardiosaludable adaptada a las patologías basales: El objetivo principal es conseguir que el paciente aprenda a comer de forma sana. Para ello se le ayudará a obtener conocimientos sobre composición de los alimentos (nutrientes, valor nutricional, índice glucémico, Se intenta formar al paciente para que pueda continuar con los hábitos adquiridos tras la finalización del programa con una supervisión mínima. Las

herramientas a utilizar para empoderar al paciente estarán basadas en infografías, con el apoyo de plataformas como SinAzucar.org, Diabetesalacarta.org.

- Ejercicio cardiosaludable: Se centrará en las tres vertientes, Aeróbico, entrenamiento de fuerza y flexibilidad. Todos ellos son complementarios y deben estar incluidos en el plan de ejercicio. La intensidad se adaptará a la capacidad y preferencias del paciente y se incrementará progresivamente a lo largo del año de seguimiento hasta alcanzar niveles óptimos para su estado físico y edad.

Los objetivos de control se basarán en las guías clínicas vigentes en el momento de inclusión en el programa, así como los algoritmos de tratamiento, fundamentalmente en los elaborados por la RedGDPS en pacientes diabéticos y las Guías clínicas Fisterra para el resto de patologías.

Evaluación del programa

La evaluación del programa se basará en tres tipos de parámetros:

- Motivación para el cambio: para ello se utilizará el cuestionario URICA autoadministrado antes de la primera visita, a los tres y seis meses y al finalizar el programa con objeto de evaluar los cambios en la motivación de los pacientes a lo largo del programa
- Cuestionario de satisfacción: autoadministrado al final del programa permitirá evaluar la satisfacción del paciente con el mismo y el grado de cumplimiento de los objetivos establecidos al inicio
- Valoración de cambios en el grado de control clínico del paciente: para ello se evaluará la evolución de los siguientes parámetros a lo largo del programa y en los dos años posteriores a la finalización del mismo:
  - IMC
  - Perímetro abdominal
  - TA
  - Abandono de hábitos tóxicos
  - Minutos de ejercicio semanales
  - RCV
  - Parámetros analíticos: Glucosa, HbA1C, Colestrol, HDL, LDL, Triglicéridos, Creatinina, Ácido Úrico

Conclusiones

Nos encontramos ante el desarrollo de un modelo organizativo innovador en nuestro ámbito de atención integrada a pacientes con RCV elevado enfocado a mejorar el cuidado y la atención sanitaria en el ámbito de la Atención Primaria.

El modelo ha sido desarrollado teniendo en cuenta a los usuarios y los diferentes profesionales implicados con el objetivo de satisfacer los esfuerzos realizados para maximizar resultados.

Las principales aportaciones del modelo se centran en dos aspectos fundamentales:

- Planificación individualizada de objetivos por parte del propio paciente poniendo el foco en sus propios objetivos y no tanto en alcanzar cifras objetivo, siendo estos resultados secundarios al cambio de hábitos
- Trabajo en equipo introduciendo las visitas conjuntas programadas con un espacio asignado en las agendas de todos los profesionales implicados
- Para conocer la eficacia del mismo se precisa tiempo de aplicación y ampliar el

ámbito de difusión del mismo a otros centros sanitarios.

Bibliografía

1. Programa Kronik On http://www.osakidetza.euskadi.eus/r85-chpapp00/es
2. Algoritmo cambio de estilos de vida en DM 2. RedGDPS
3. Algoritmo manejo DM2. RedGDPS
4. Recomendaciones para pacientes. Fisterra
5. Manejo de la Dislipemia. Guía clínica Fisterra
6. Manejo de la Obesidad. Guía clínica Fisterra
7. Manejo de la Hipertensión Arterial. Guía clínica Fisterra
8. Guía para la prescripción de ejercicio físico en pacientes con RCV. https://sid.usal.es/idocs/F8/FDO25050/seh-guia-01.pdf
9. Plan de Atención de Enfermería de Virginia Henderson
10. Patient Education, ADA Library Pearls, Select Topics,Edición en Español 2017
11. Come comida real. Carlos Rios
12. Mi dieta cojea. Aitor Sanchez
13. Recomendaciones para el ejercicio, Texas Heart Institute
14. SinAzucar.org
15. Diabetesalacarta.org
16. ADA Releases 2021 Standards of Medical Care in Diabetes Centered on Evolving Evidence, Technology, and Individualized Care
17. NICE Guidelines 2019: Hipertensión en adultos: diagnóstico y manejo. https://www.nice.org.uk/guidance/ng136
18. Guías de intervención de enfermería en Hipertensión Arterial Y Riesgo Cardiovascular. https://www.ehrica.org/wp-content/uploads/2020/10/Guias-EHRICA-30-JULIO-2020.pdf
19. 2020 International Society of Hypertension Global Hypertension Practice Guidelines. https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/HYPERTENSIONAHA.120.15026
20. Documento de la Sociedad Española de Hipertensión-Liga Española para la Lucha contra la Hipertensión Arterial (SEH-LELHA) sobre monitorización ambulatoria de la presión arterial (MAPA) 2019. https://bit.ly/3waZJAw
21. 2020 ESC Guidelines on Sports Cardiology and Exercise in Patients with Cardiovascular Disease ESC Clinical Practice Guidelines, https://www.escardio.org/Guidelines/Clinical-Practice-Guidelines/sports-cardiology-and-exercise-in-patients-with-cardiovascular-disease
22. Manual de diagnósticos CIE-10
23. Manual de diagnósticos NANDA según necesidades de Virginia Henderson. http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application/pdf&blobheadername1=Content-disposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename=MANUAL_NANDA_ACTUALIZADO_2013.pdf&blobheadervalue2=language=es&site=HospitalGregorioMaranon&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1352840370850&ssbinary=true
24. "Adaptación de un cuestionario de satisfacción del paciente con la consulta médica y de enfermería" Fernández San Martín et al. Atención Primaria Vol. 40. Núm. 12.Páginas 611-616 (Diciembre 2008)

Anexo I. Tabla de periodicidad de acciones

	VISITA 1	VISITA 2	VISITA 3	VISITA 4	VISITA 5	VISITA 6	VISITA 7
PERIODO	0 días	15 DÍAS	45 DÍAS	90 DÍAS	6 MESES	9 MESES	AÑO
ENFERMERÍA	X	X	X	X	X	X	X
MÉDICO	X			X			X
CONTRATO	X						
ASPECTOS MOTIVACIONALES	X	X	X	X	X	X	X
CUESTIONARIO MOTIVACIÓN (entregar, se rellena en casa)	X			X	X		X
PLAN INDIVIDUALIZADO	X	X	X	X	X	X	X
HÁBITOS TÓXICOS	X						
MEDICACIÓN	X	X	X	X	X	X	X
PESO/IMC	X	X	X	X	X		X
TALLA	X						
PERÍMETRO ABDOMINAL	X			X	X		X
RCV	X				X		X
ALIMENTACIÓN	X	X	X	X	X	X	X
EJERCICIO	X	X	X	X	X	X	X
TA (preferible MAPA)	X		X	X	X		X
ANALITICA					X		X
EXPLORACIÓN PIE						X (diabéticos)	
ITB (si indicado)						X	
ECG							X
RETINOGRAFIA (dm)							X (cada dos años)
DIPLOMA							X
CUESTIONARIO SATISFACCIÓN (entregar, se rellena en casa)							X

Anexo II. Modelo de contrato/compromiso de salud

CONTRATO PARA MEJORAR MI SALUD CARDIOVASCULAR Y CONTROLAR MIS PATOLOGÍAS:

Yo ..... me **COMPROMETO** conmigo mismo, con mi familia y con mi equipo de profesionales de la salud a mejorar mis estilos de vida para ***añadir vida a mis años y no años a mi vida a partir de ahora*** y cumplir con los objetivos que como **RESPONSABLE DE MI SALUD** me voy a fijar. Así mismo me comprometo a acudir a la mayoría de las consultas pactadas.

Mis objetivos serán:

1.-_____

2.-_____

3.-_____

4.-_____

Fecha de inicio del programa: _____

Firma:

_____

Anexo II. Diploma de experto en autocuidados y estilos de vida saludables