

## VALORACIÓN Y PLAN DE ATENCIÓN LIBERA-CARE

La atención al paciente o persona residente requiere un **enfoque integral** que considere las múltiples dimensiones de la salud física, mental, funcional y social de las personas. Un **plan de atención individualizado** basado en las cuatro áreas de valoración —salud física, estado cognitivo y emocional, funcionalidad y entorno social— permite abordar sus necesidades de manera holística y personalizada. Este enfoque resulta especialmente útil en cualquier nivel asistencial en el que se atienden pacientes y/o personas usuarias con condiciones complejas y múltiples comorbilidades.

Se trata de avanzar así hacia un modelo basado en la **toma de decisiones compartidas y centrada en la persona** donde cada cual disponga de un plan personal, único e individualizado. Este plan ha de contemplar **características humanas y preferencias personales** además de necesidades sanitarias, sociales y personales, así como las estrategias diagnósticas, objetivos terapéuticos (clínicos, funcionales y psicológicos) y profesionales sanitarios de referencia.

A continuación, se detalla cómo puede estructurarse dicho plan sirviendo este documento como modelo sobre el que construir uno más adaptado a la propia gestión del centro.

**PROCESO DE VALORACIÓN DE ATENCIÓN LIBERA-CARE** 

Áreas	Valoración geriátrica	Áreas de mejora	Plan de actuación	Plan de Atención y Vida (ACP)
Clínica	Valoración médica.	Necesidades y potenciales observados.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Objetivos.</li> <li>• Acciones /intervenciones</li> <li>• Responsables</li> <li>• Seguimiento:               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Nivel de ejecución</li> <li>○ Logro de objetivos.</li> </ul> </li> </ul>	<p><b>Participación ACTIVA</b> de la persona residente o paciente o/y su familiar representante.</p> <p><b>Incorporar ajustes</b> en la propuesta de plan de actuación si fuera necesario.</p> <p><b>Validación</b> de la propuesta de plan de actuación.</p>
	Valoración de enfermería			
Funcional	Valoración física.			
	Valoración de actividades de la vida cotidiana.			
Psicológica	Valoración cognitiva.			
	Valoración emocional.			
	Valoración del comportamiento.			
Social	Valoración socio comunitaria.			
	Valoración integral de la persona.			

## Seguimiento y ajuste del Plan de atención y vida.

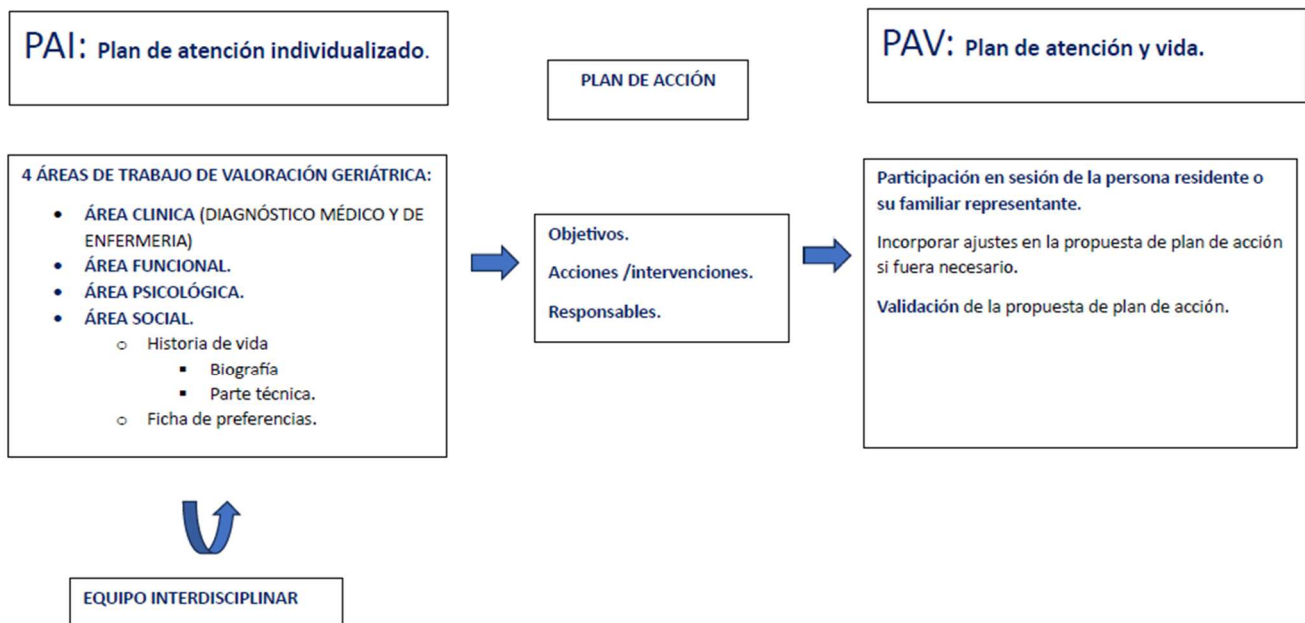
Un **plan de atención individualizado** no es estático; debe ser revisado y ajustado periódicamente en función de los cambios en las condiciones de la persona residente o paciente. Involucrar al equipo interdisciplinar— incluyendo equipo médico y de enfermería, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales, fisioterapeutas y TCAES— es crucial para garantizar una atención integral, humana, personalizada y de calidad.

## Conclusión

El diseño de un **plan de atención individualizado Libera-Care** basado en las cuatro áreas de valoración geriátrica es un **enfoque eficaz para mejorar la calidad de vida** de las personas mayores en cualquier nivel asistencial. Este enfoque no solo aborda las necesidades médicas, sino que también considera aspectos emocionales, funcionales y sociales, promoviendo un envejecimiento y una vida más saludable y digna promoviendo y **poniendo en valor la autonomía del paciente y las decisiones compartidas**. Para ello, **ESTE PLAN DE ATENCIÓN INDIVIDUALIZADO HA DE SER COMPARTIDO CON Y EXPLICADO AL PACIENTE/USUARIO Y/O SU FAMILIAR EN REPRESENTACIÓN, Y CONSENSUADO Y VALIDADO POR ELLOS.**

Un PAI se convierte en un PAV cuando la persona paciente o usuaria lo consensua y lo valida junto con el equipo interdisciplinar.

### PROCESO DE TRABAJO PAI – PAV



## VALORACIÓN Y PLAN DE ATENCIÓN LIBERA-CARE

DATOS PERSONALES DEL PACIENTE /PERSONA USUARIA	
Nombre del PACIENTE/PERSONA USUARIA:	Fecha de PAI anterior:
Familiar o persona de Referencia:	Fecha de PAI actual:
Tfno /e-mail:	
Lugar y fecha de nacimiento:	Fecha de ingreso centro /servicio:
Estado Civil:	Via de ingreso:
No afiliación a la Seguridad Social:	

EQUIPO ASISTENCIAL INTERDISCIPLINAR	
Identificación de profesionales que intervienen en el plan de atención LIBERA-CARE	
Auxiliar de Referencia:	Fisioterapia:
Medicina:	Trabajo Social:
Enfermería:	Psicología:
Terapeuta ocupacional:	Otros:

VALORACIÓN AREA SOCIAL Y PERSONAL	
<p>Situación legal</p> <p>Interrelación social y familiar</p>	<p>Escala socio familiar de Gijón:</p> <p>Incapacitación legal: <input type="checkbox"/>si <input type="checkbox"/>no</p> <p>Documento de voluntades anticipadas : <input type="checkbox"/>si <input type="checkbox"/>no</p> <p>Experto/s por experiencia:</p> <p>Relaciones y apoyos sociales y familiares:</p>
<p>Valoración integral de la persona</p>	<p>THIS IS ME</p> <p>Biografía o historia de vida.</p> <p>Modo de vida, preferencias y deseos (gustos y rechazos en los cuidados y en la vida cotidiana). Qué es importante para mi ahora;</p> <p>Rutinas de mañana, de tarde y de noche.</p> <p>Lugar donde vive, lugares que frecuenta.</p>
<p>Plan de actuación:</p>	<p>Objetivos:</p> <p>Medidas a llevar a cabo:</p> <p>Responsable(s) de seguimiento:</p>

VALORACIÓN SANITARIA	
<p>Antecedentes médicos</p>	
<p>Pruebas diagnósticas realizadas:</p> <p>Diagnóstico/s:</p> <p>Tratamiento farmacológico:</p> <p>Otros tratamientos:</p>	
<p>Valoración médica</p>	<p><b>Escala CAM- ICU(UCI):</b></p> <p><b>Escala de incapacidad física y psíquica de la Cruz Roja (multidimensional):</b></p>
	<p>Evaluación del estado nutricional -MNA. Mini Nutritional Assessment- Evaluación Global:</p> <p>Tipos de dieta.</p>

<p>ENFERMERIA</p>	<p>Intolerancias alimentarias. Métodos de nutrición e hidratación. Balance Hídrico.</p> <p>Estado bucal y prevención de enfermedad: Problemas bucales. Prótesis dental.</p> <p>Estado de la Piel y Uñas</p> <p><b>Escala Norton:</b> Riesgo de Úlceras por Presión (UPP). Tipo de Úlcera. Otros problemas cutáneos. Problemas de las uñas. Protecciones. Cambios posturales.</p> <p>Patrón de Eliminación:</p> <p>Ritmo intestinal Dispositivos Uso de absorbentes</p> <p>Sueño y descanso:</p> <p>Otros registros:</p>
<p>Plan de actuación</p>	<p>Objetivos: Medidas a llevar a cabo:</p> <p>Responsable(s) de seguimiento:</p>

VALORACIÓN FUNCIONAL			
<p>Movilidad Deambulaci3n</p>	<p><b>Actividades B1asicas de la Vida Diaria (AVDBs )- Escala de Barthel:</b></p> <p><b>Actividades Instrumentales de la vida Diaria (AVDIs) – Escala de Lawton y Brody:</b></p> <p><b>Movilidad, Deambulaci3n y Equilibrio.</b></p> <p><b>Caídas/no caídas: (análisis y medidas).</b></p> <p>Dependencia al caminar:</p> <p>Ayudas t3cnicas:</p> <p><b>Equilibrio y marca – Escala de Tinetti:</b></p>		
AUTONOMÍA EN LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA			
Nivel de autonomía	Dependiente	Con ayuda	Independiente
Comer			
Ducharse			
Asearse			
Vestirse			
Ir al baño			
Transferencias			
Deambulaci3n			
Otros			
SEGURIDAD			
<p>Cama tipo Alzheimer (baja):</p> <p>Sensor de movimiento:</p> <p>Barandillas de seguridad:</p> <p>Colch3n suelo:</p> <p>Pulsera errante:</p>			
AYUDAS TÉCNICAS			
<p>Silla de ruedas:</p>			

Andador:	
Bastón:	
Muleta:	
Plan de actuación	<b>Objetivos:</b>  <b>Medidas a llevar a cabo:</b>  <b>Responsable(s) de seguimiento:</b>

VALORACIÓN PSICOLÓGICA	
Valoración cognitiva.	<b>Escala MEC- Mini Examen Cognoscitivo :</b>  <b>Test del reloj:</b>  <b>Cuestionario de Pfeiffer</b> (identificar deterioro cognitivo-atención primaria).  <b>Test del informador-TIN</b> (a rellenar por familiar):
Valoración afectiva y emocional.	Si refiere sintomatología depresiva- <b>Escala de depresión geriátrica de Yesavage.</b>
Síntomas psicológicos y conductuales de la Demencia	<b>Síntomas psicológicos:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cambios en el estado de ánimo:</li> <li>• Alteraciones en la percepción:</li> <li>• Trastornos del pensamiento:</li> </ul> <b>Síntomas conductuales:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Agitación:</li> <li>• Agresividad:</li> <li>• Desinhibición:</li> <li>• Trastornos del sueño:</li> <li>• Trastornos de la conducta alimentaria:</li> <li>• Conductas repetitivas:</li> <li>• Problemas de comunicación:</li> </ul>
Plan de actuación	<b>Objetivos:</b> <b>Medidas a llevar a cabo:</b>

	Responsable(s) de seguimiento:
--	--------------------------------

Fecha	Pactos terapéuticos

Documento redactado por Arantzazu Irazabal Ugalde

Consultora Gestora de cambio – Fundación Cuidados Dignos.