

**Proyecto de coordinación asistencial para participar en la
convocatoria de Enfermero de Enlace Hospitalario del Hospital
Regional Universitario
Carlos Haya de Málaga**

Antonio Benítez Leiva

Enfermero H.R.U. Carlos Haya

Prof. Asoc. Clínico Medico Quirúrgica II E.C.S. U.M.A

Abril 2.006

INDICE:

1.- HIPÓTESIS DE TRABAJO

2.- EL H.R.U. CARLOS HAYA

3.- GESTIÓN DE CUIDADOS: SISTEMAS DE PRESTACIÓN DE CUIDADOS

4.- LA ENFERMERA HOSPITALARIA DE ENLACE

5.- CARTERA DE SERVICIOS

6.- CARTERA DE CLIENTES

7.- PERFIL DE LA ENFERMERA HOSPITALARIA DE ENLACE

8.- COMISIÓN DE CUIDADOS DE ÁREA

9.- OBJETIVOS DEL CONTRATO PROGRAMA DEL H.R.U. CARLOS HAYA 2.005- 2.008 RELACIONADOS CON LA ENFERMERA DE ENLACE

10.- FUENTES REFERENCIALES

1. - HIPÓTESIS DE TRABAJO:

"El S.A.S ha puesto en marcha el proyecto de la enfermera de Enlace como respuesta a la necesidad de potenciar los servicios de Atención Domiciliaria".

"Se pretende responder a la mayor demanda de estos servicios por parte de la población, motivada fundamentalmente por el envejecimiento y los cambios en la estructura familiar".

"Se plantea la necesidad de potenciar la figura de la enfermera como gestora de cuidados".

"El trabajo específico de la Enfermera Hospitalaria de Enlace consiste en revisar a las personas incluidas en la Programas o Protocolos de Atención Domiciliaria".

"La Enfermería de Enlace se vertebra a través de un eje principal del sistema, el paciente, que será la apuesta del S.A.S".

"Con la Enfermera de Enlace la atención al paciente se hará "mucho más personalizada e interactiva, con el objetivo de acercar la Sanidad al paciente, y "no que este se tenga que dirigir a ella".

"Tras el alta hospitalaria, el enfermero de enlace continua siendo un referente para el paciente, teniendo a su disposición un contacto telefonico personalizado de atención inmediata".

"La puesta en marcha de la 'historia única informatizada', permitirá acceder a los datos del paciente, a través de un sistema centralizado. Esta incorporación de la tecnología a la mejora de la atención al paciente, permitirá ver la información del paciente desde cualquier lugar".

"En definitiva, de lo que se trata es de que los pacientes se sientan bien".

2.- EL H.R.U. CARLOS HAYA

El Hospital y su entorno

El Hospital

El Complejo Hospitalario Carlos Haya es un centro de tercer nivel del Servicio Andaluz de Salud. Está constituido por cuatro hospitales y un centro de consultas de especialidades, distribuidos en distintos puntos de Málaga-capital. El Hospital General alberga las especialidades médicas y quirúrgicas más complejas; el Hospital Materno-Infantil es un referente de calidad en la atención de mujeres, niños y jóvenes; en el hospital Civil predominan las fórmulas asistenciales alternativas a la hospitalización tradicional: Cirugía Mayor Ambulatoria, Cirugía de Corta Estancia, Hospital de Semana, etc.; el hospital Ciudad Jardín es un centro pionero en la Hospitalización a domicilio y en los Cuidados Paliativos. Actualmente, está en proceso de remodelación y sus servicios se han trasladado al Hospital Civil

Por último, el Centro de Alta Resolución de Especialidades (CARE), inaugurado en Diciembre de 2001, está orientado a la consecución de la mayor resolución diagnóstica en el menor tiempo posible. Su misión es ofrecer al usuario la posibilidad de un diagnóstico rápido y eficaz de su problema de salud, en una sola visita. Se trata de un centro médico innovador y pionero en la sanidad pública andaluza, que se ha convertido en referente nacional en la utilización de la metodología de la alta resolución.

Nuestro entorno

El ámbito de influencia del Hospital Regional Universitario Carlos Haya, viene determinado por el territorio adscrito al hospital en el Mapa de Atención Primaria y por la posibilidad de Libre Elección de Médico Especialista y de Hospital, vigente desde 1997.

La posibilidad de elegir especialista ha puesto de manifiesto la capacidad de atracción de demanda que tienen nuestros centros, tanto en cirugía, como en consultas externas, que reciben pacientes remitidos por médicos de

cabecera de toda la provincia de Málaga.

A la atención a la población de derecho se suma también la de la población flotante originada por el turismo, que aumenta especialmente en los meses de verano, y la de la población inmigrante. Málaga es la provincia que viene registrando el mayor número de inmigrantes extranjeros en los últimos años, de acuerdo con los datos oficiales del Instituto de Estadística de Andalucía

COMPROMISO, VALORES Y LÍNEAS ESTRATÉGICAS

Nuestro compromiso

Como grupo de hospitales públicos del Servicio Andaluz de Salud, es

Prestar Servicios Sanitarios Especializados del máximo nivel hospitalario a todos los pacientes que libremente nos elijan.

Con una calidad de excelencia, centrada en el usuario.

Con criterios de rapidez y capacidad de resolución en la atención y de

eficiencia en la utilización de recursos.

- Mostrando amabilidad y respeto en el trato con los pacientes y usuarios.
- Impulsar la investigación biomédica.
Formar, impartiendo Docencia pre y postgrado, a los mejores profesionales para el futuro.

Y seguir avanzando en el desarrollo profesional y personal, para asumir nuestro compromiso ante la sociedad con responsabilidad.

Población de referencia

I. Zonas básicas de salud

Distrito	MALAGA (ZONA ESTE)	COIN- GUADALHORCE	MALAGA (ZONA OESTE)
Zona Básica	RINCON DE LA Vª EL PALO LIMONAR CENTRO- VICTORIA TRINIDAD PERCHEL PALMA-PALMILLA CIUDAD JARDIN CAPUCHINOS GAMARRA- NUEVA MALAGA MIRAFLORES- PARQUE Vª EUG. PUERTO DE LA TORRE COLMENAR	CARTAMA	SOLO ATENCION PEDIATRICA Y OBSTETRICA
Habitantes	282.932	65.724	130.201

Población de referencia según niveles de atención prestados

II. Hospitales Comarcales

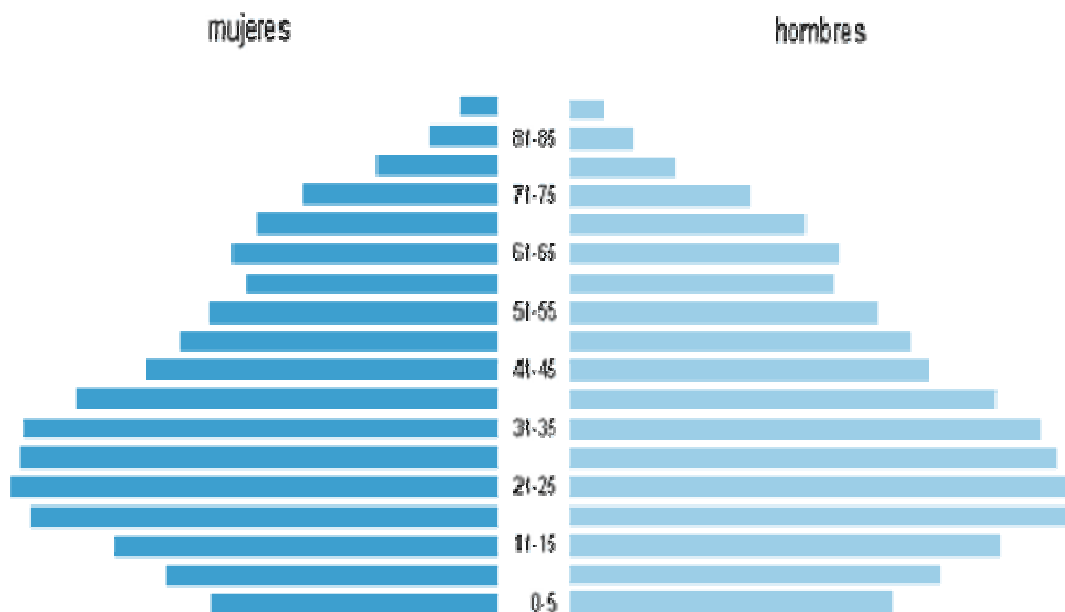
Hospitales	Axarquía	Antequera	Melilla
Habitantes	114.143	106.537	59.576

III. Referencia Regional

Para las Especialidades de Cirugía Plástica, Neurocirugía, Alergología, Nefrología, Radioterapia, Cirugía Maxilofacial, Cirugía Torácica, Cirugía Cardiovascular, Medicina Nuclear, Trasplantes, Litotricia y Digestivo (C.P.R.).

Área	Habitantes
MALAGA	1.249.290
CEUTA	68.796
CAMPO DE GIBRALTAR	227.445
ALMERIA (TRASPLANTES)	
CORDOBA (LITOTRICIA)	
PUERTO REAL (CADIZ) (LITOTRICIA)	

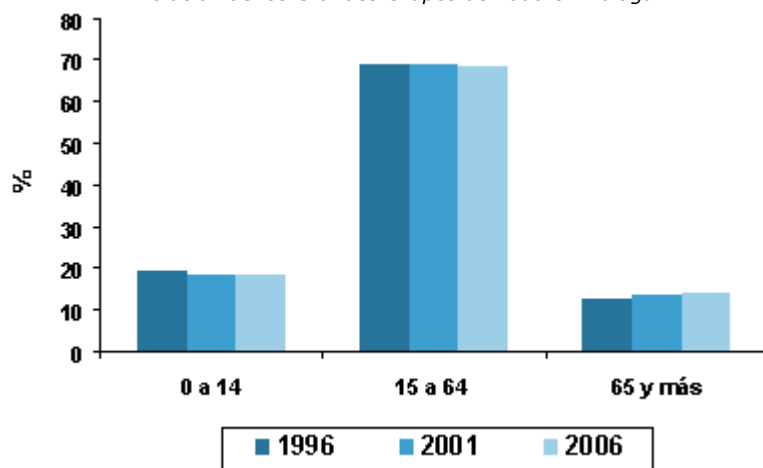
Pirámide de población de la provincia de Málaga. Año 2002



Instituto Nacional de Estadística. Revisión de Padrón Municipal 2002.

Proyección de Población de Andalucía 1996-2006. Instituto Estadística Andalucía

Evolución de los Grandes Grupos de Edad en Málaga

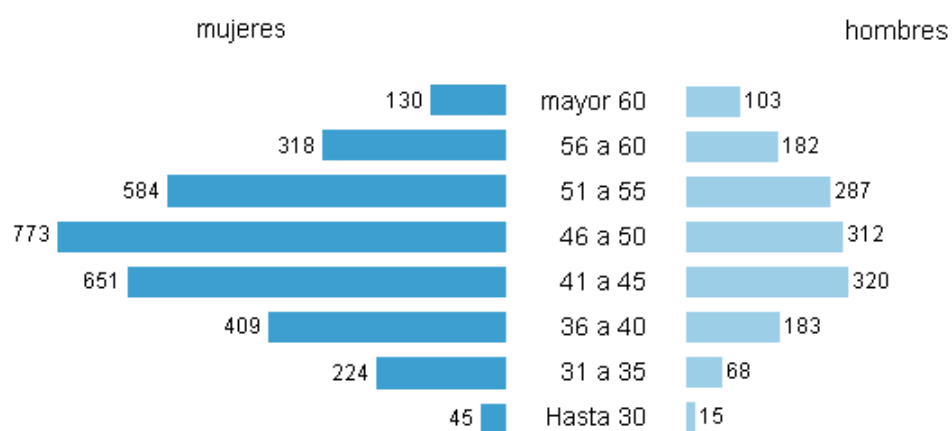


Recursos y organización

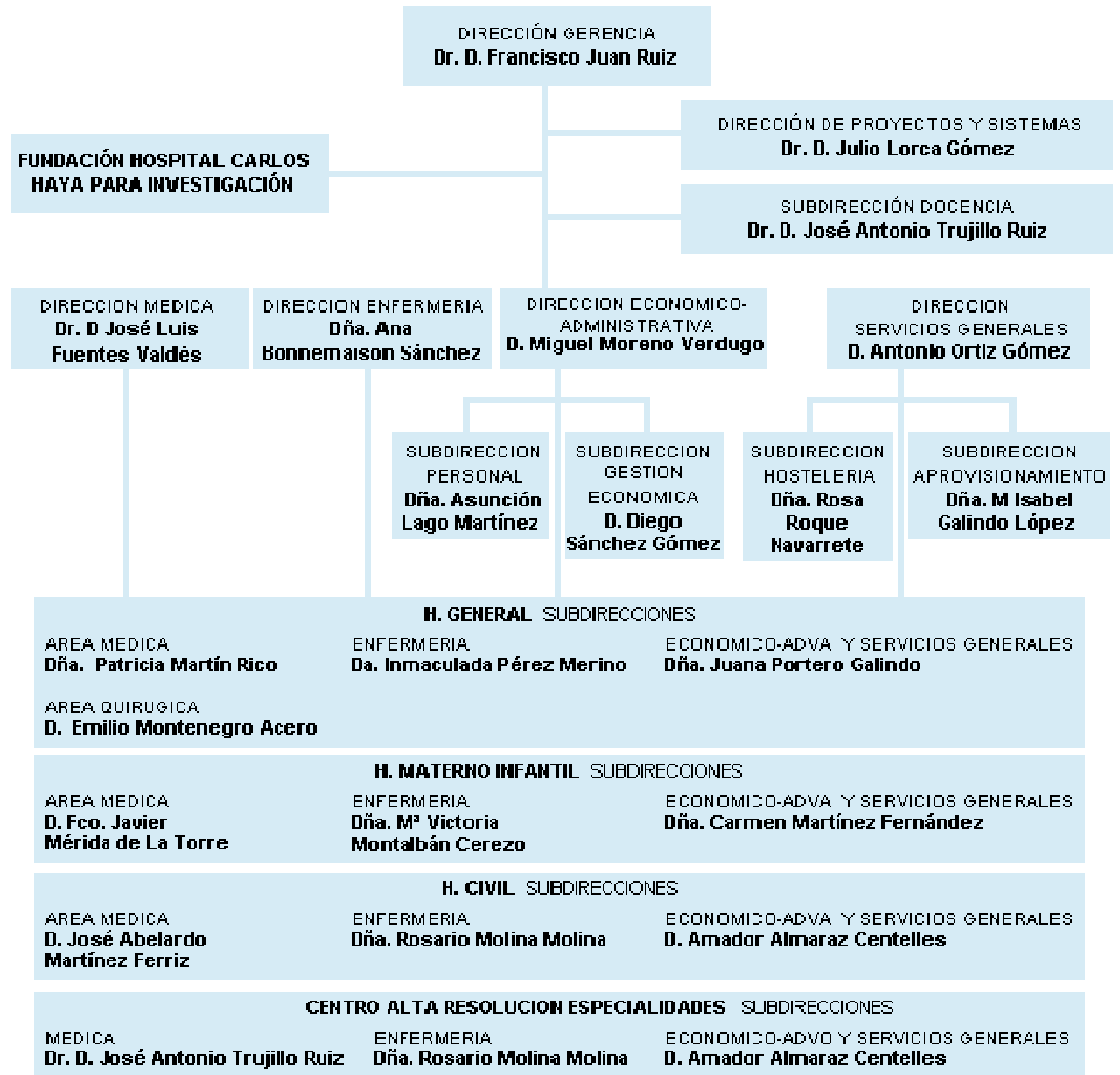
Recursos humanos

	Personal Facultativo	Personal Sanitario No Facultativo	Personal Administrativo	Personal Servicios Generales	TOTAL
Hospital General	284	1194	150	404	2.032
Hospital Materno- Infantil	167	976	117	291	1.551
Hospital Civil	125	369	73	136	703
Hospital Ciudad Jardín	12	38	6	27	83
Centro Alta Resolución Especialidades	33	44	23	11	111
TOTAL	621	2621	369	869	4.480

Distribución de la plantilla del Complejo Hospitalario por edad y sexo



Dirección:



ACTIVIDAD ASISTENCIAL

Actividad global: Resumen de actividad global

Área de Hospitalización

Camas	1.176
Ingresos	42.538
- Programados	11.218
- Urgentes	31.320
Estancia Media	8,65
% Ocupación	88,87%
Indice Casuístico	1,47

Área de Consultas Externas

Consultas Jerarquizadas	554.710
- Primeras	215.032
- Sucesivas	339.678
- Relación Sucesivas/Primeras	1,58
Consultas No Jerarquizadas	87.652
- Primeras	51.310
- Sucesivas	36.342
- Relación Sucesivas/Primeras	0,71
Total Consultas	642.362

Área Quirúrgica

Total Intervenciones	28.132
- Programadas con ingreso	10.186
- Urgentes con ingreso	7.290
- Cirugía Mayor Ambulatoria	10.656
Estancia Media Preoperatoria	1,63
Demoras	
- Media	65
- Máxima	174

- Pacientes con + 120 días espera	366
-----------------------------------	-----

Área de Urgencias

Urgencias Atendidas	346.325
% Urgencias Ingresadas	8,29%
Promedio de Urgencias diarias	949

Área Maternal

Partos vaginales	5.125
Cesáreas	1.833

Área de Trasplantes

Total trasplantes realizados	227
- Riñón	99
- Hígado	46
- Páncreas-Riñón	6
- Páncreas (sólo)	1
- Islotes implantados	4
- Cornea	39
- Médula Ósea	32

Evolución datos globales Complejo Hospitalario 1998-2003

Área de Hospitalización	2001	2002	2003
Altas	43.659	40.591	42.515
Estancia Media	8,73	8,97	8,65
% Ocupación	88,59	86,02	88,87
Índice Casuístico	1,45	1,46	1,47

Área de Consultas Externas	2001	2002	2003
Total Consultas	699.978	670.482	642.362
- Consultas Jerarquizadas	580.755	566.175	554.710
- Consultas No Jerarquizadas	119.223	104.307	87.612

Relación Sucesivas/Primeras	1,52	1,62	1,41
-----------------------------	------	------	------

Área Quirúrgica	2001	2002	2003
Total Intervenciones Mayores	24.094	26.422	28.132
- Programadas con Ingreso	9.630	10.089	10.186
- Urgentes con ingreso	6.791	6.600	7.290
- Cirugía Mayor Ambulatoria	7.673	9,733	10.656
Cirugía Menor Ambulatoria	12.980	10,403	10.167

Área de Urgencias	2001	2002	2003
Urgencias Totales	305,860	321,791	346.325
% Urgencias Ingresadas	8.15%	7.83%	8,29%
Promedio Urgencias/día	838	882	949

Área de Maternidad	2001	2002	2003
Partos Vaginales	4.411	4.623	5.125
Cesáreas	1.582	1.639	1.833

Área de Trasplantes	2001	2002	2003
Total de Trasplantes	220	211	227

CALIDAD

Política de calidad

La Política de Calidad del Hospital Regional Universitario Carlos Haya sirve al cumplimiento de nuestra misión, que es:

- Prestar Servicios Sanitarios Especializados del máximo nivel hospitalario a todos los pacientes que libremente nos elijan

Con una calidad de excelencia, centrada en el usuario.
Con criterios de rapidez y capacidad de resolución en la atención y de eficiencia en la utilización de recursos.
Mostrando amabilidad y respeto en el trato con los pacientes y usuarios.

- Impulsar la Investigación Biomédica.
- Formar, impartiendo Docencia pre y postgrado, a los mejores profesionales para el futuro.

El marco en el que se desarrolla es el Plan de Calidad y Eficiencia de la Consejería de Salud y nuestro Plan Estratégico, denominado Plan de Innovación, que define tres líneas básicas:

- 1) La satisfacción del usuario, adoptando una filosofía de hospital orientado al usuario.
- 2) La implicación del profesional, fomentando la Comunicación, la Responsabilidad y la Autonomía de los profesionales.
- 3) los cambios necesarios en la organización, para su modernización en consonancia con su proyecto de futuro.

Nuestra Política de Calidad tiene como Objetivos Generales:

- Asegurar la eficacia del servicio a los usuarios para satisfacer las necesidades y expectativas que tienen respecto al Hospital.
- Prevenir y corregir la aparición de desviaciones respecto a los requisitos del Sistema de Gestión de la Calidad.

Mejorar de forma continua la gestión y la eficacia de los servicios ofrecidos a los pacientes y a todos los ciudadanos que se acercan a este Hospital Regional Universitario.

- Potenciar entre los profesionales la idea de servicio al ciudadano, al que deben dirigirse todos nuestros esfuerzos.

Para ello, nuestro compromiso es:

- Poner a disposición del Sistema de Gestión de la Calidad los recursos necesarios para su cumplimiento.
- Fomentar en todos y cada uno de los trabajadores la idea de que cada uno de ellos es responsable de dar calidad en su puesto de trabajo. Por tanto, todo el personal tiene obligación de conocer, cumplir y mantener lo que establece el Sistema de la Calidad.
- Establecer objetivos coherentes con esta Política por parte de las distintas Direcciones.

El Sistema de Gestión de la Calidad se apoyará en la información facilitada por los usuarios y los profesionales: su percepción del cumplimiento de los requisitos establecidos será el referente para alcanzar la Mejora Continua de nuestra Organización.

3.- GESTIÓN DE CUIDADOS

SISTEMAS DE PRESTACIÓN DE CUIDADOS

Desde que se crearon los primeros hospitales, de una manera implícita o explícita, los responsables de la organización y distribución del personal de enfermería, han tenido que decidir cómo organizar la prestación de cuidados y qué sistema iban a utilizar.

Los gestores de enfermería son los responsables de diseñar los sistemas que proporcionen una mejor atención a los pacientes y mejoren la organización, teniendo en cuenta que son las enfermeras las que ofrecen y coordinan la atención a los pacientes.

La organización de los servicios clínicos de una institución no es solamente una cuestión de gestión; es también una filosofía de cuidados, pues la modalidad de atención elegida determinará la capacidad de toma de decisión y por tanto, de autonomía de las enfermeras en el ejercicio de su práctica.

La experiencia acumulada a lo largo de los años nos demuestra que existe una clara correlación entre la modalidad de cuidados elegida y la atención que reciben los pacientes.

Las decisiones que una gestora de cuidados toma sobre distribución de personal de enfermería, modalidad de atención y necesidad de cuidados que presentan los pacientes, le permiten construir un marco para la asignación de personal que, según Manthey (1990) debe apoyarse en cuatro elementos básicos:

1. Toma de decisiones clínicas.
2. Distribución del trabajo.
3. Comunicación.
4. Administración.

Por lo tanto, en la elección del sistema de prestación de cuidados debemos tener en cuenta:

- Las características de los pacientes que atiende la institución.
- Las características de los profesionales.
- Autonomía en la toma de decisiones.

PRESTACIÓN DE CUIDADOS. CONCEPTUALIZACIÓN

Se puede definir la prestación de cuidados como:

- «[...] la estrategia global de acción para ajustar la oferta y la demanda de personal de Enfermería» (C. Thibault, G. Desrosiers, 1990).
- «[...] un método para organizar y prestar servicios de enfermería» (D. Huber, 1999).
- El conjunto de estructuras y políticas que orientan la distribución del personal de enfermería, sobre la base de la prestación de los cuidados específicos, que requieren los pacientes en una unidad de cuidados.

Estos sistemas de organización se caracterizan por asegurar los cuidados e influir en los resultados, al tiempo que las enfermeras obtienen:

- Satisfacción en el trabajo.
- Valoración de su rol.
- Autonomía en la toma de decisiones.

SISTEMAS DE PRESTACIÓN DE CUIDADOS

Desde principios del siglo XX hasta nuestros días, se han desarrollado diferentes sistemas de prestación de cuidados. Entre los más conocidos se encuentran los cuidados:

- Funcionales o por tareas.
- Enfermera de equipo.
- Globales o por pacientes.
- Integrales o enfermera de referencia.

A continuación pasaremos a describir cada uno de ellos. Aunque no puedan ser considerados propiamente sistemas de organización de cuidados, describiremos también las modalidades:

- Enfermera clínica.
- Gestión de casos.

CUIDADOS FUNCIONALES O POR TAREAS. ENFERMERA POR TAREAS

F. Nightingale consideraba necesario, además de un corazón tierno, un saber hacer para prestar cuidados de calidad. Posteriormente, se han conjugado el saber hacer con el saber ser, para proporcionarnos unos servicios de calidad.

A principios de siglo se estructuran los cuidados en una modalidad denominada enfermería funcional, la cual viene derivada de la influencia de los conceptos sobre la teoría de la administración científica, desarrollada por Taylor.

Las enfermeras funcionales nacen como respuesta a un incremento del número de pacientes hospitalizados, frente a la asistencia domiciliaria que se había practicado hasta el momento. En Estados Unidos este sistema de atención se desarrolla desde 1800 hasta que finaliza la Segunda Guerra Mundial.

La enfermera por tareas se puede definir como una modalidad de atención centrada en las tareas y los aspectos técnicos del trabajo, tareas que son asignadas a los diferentes trabajadores, de acuerdo con sus habilidades. En esta modalidad el foco de atención son las tareas y no el paciente.

La enfermera funcional pone el acento en:

- La excelencia técnica.
- La división en partes del conjunto del trabajo.
- La orientación hacia la tarea.
- La elección de los empleados, según los empleos.
- La consideración que los trabajadores trabajan mejor solos o en pequeños grupos.
- La consideración de que los mandos son expertos y tienen una zona específica de influencia.
- La estructuración de reglas y procedimientos.

La enfermera por tareas se basa en los siguientes principios:

- Las personas con autoridad son aquellas capaces de pensar y planificar.
- El trabajador necesita una supervisión inmediata y una dirección en todo momento.

En este sistema de organización, la supervisora es la responsable de planificar, coordinar y controlar el conjunto de tareas distribuidas a su personal. Para ello:

- Toma todas las decisiones del cuidado a los pacientes.
- Inspecciona el trabajo y asigna nuevas tareas.
- Es el centro de comunicación intra y extra unidad.
- Tiene línea directa con el médico.
- Asigna las tareas en función del nivel de competencia.
- Reparte las tareas entre las diferentes categorías del personal.

VENTAJAS E INCONVENIENTES

Las ventajas que proporciona esta modalidad de cuidados son:

- Se abaratan los costes, puesto que es un sistema más económico.
- Existe una clara delimitación de las tareas, ya que éstas son la base del trabajo.
- Permite la asignación de las tareas más complejas, al trabajador más experto.
- Con este sistema de trabajo se llega a adquirir una elevada destreza, al tiempo que requiere menos tiempo para el adiestramiento.

Los inconvenientes que tiene esta modalidad de cuidados son:

- No permite prestar cuidados integrales, puesto que cada profesional realiza una actividad diferente al usuario.
- El usuario no tiene confianza en la enfermera, puesto que le resulta difícil identificar quién es el responsable de sus cuidados, dado el número de personas que intervienen en la prestación de los mismos.
- La relación médico-enfermera es mínima, puesto que cada enfermera sólo cuenta con una parte de la información del cuidado del usuario.
- El registro de las actividades que realizan las enfermeras sólo se puede hacer en forma de gráficas de constantes y hojas de medicación, ya que no existe la planificación de los cuidados.

En España -aunque en las últimas décadas, la distribución del trabajo por tareas ha sufrido un fuerte descenso- todavía se sigue utilizando esta modalidad en algunas instituciones.

ENFERMERA DE EQUIPO

La enfermera de equipo se desarrolló a principios de los años cincuenta, como respuesta a la escasez de enfermeras y a la insatisfacción producida por la enfermería funcional. En esta época, desde diversas disciplinas, se desarrollan numerosas investigaciones sobre el comportamiento de grupos e individuos, así como sobre la motivación y el liderazgo, que tienen especial relevancia en los sistemas de trabajo.

En los años cincuenta y sesenta, A.Maslow desarrolla su teoría sobre la priorización de las necesidades humanas, la cual tiene gran influencia en la prestación de cuidados enfermeros.

Este sistema de organización de cuidados pasa, de la tarea, a una orientación sobre la respuesta a las necesidades humanas, pudiéndose definir el equipo como un grupo de personas trabajando hacia un objetivo común.

La enfermería en equipo es un sistema de trabajo en el que, bajo la supervisión de la jefe de equipo, se coordina un grupo de personas, con diferentes niveles de formación, para dar atención a un pequeño grupo de pacientes.

Este sistema es un movimiento centrado en el cuidado del paciente, que busca valorar el liderazgo profesional de la enfermera y la manera de responder a las necesidades de los pacientes.

La enfermera de equipo es una reorganización del modelo funcional, en donde la enfermera actúa como jefe de equipo, repartiendo tareas, según el nivel de complejidad (enfermera, auxiliar y ayudante) y de acuerdo con las capacidades de cada miembro, para dar respuesta a la satisfacción de las necesidades de cuidados de los pacientes asignados.

La modalidad de equipo es más una manera de organizar el trabajo, que una filosofía de cuidados, que pretende dar respuesta a los siguientes aspectos:

- La contradicción que supone prestar a la vez cuidados directos y supervisar a otros cuidadores.
- Atención de los pacientes en términos de confort e información, sobre las repercusiones de su enfermedad.
- La importancia que tiene ser capaz de proporcionar unos cuidados eficaces y al mismo tiempo, controlar el entorno.
- La incapacidad para dar respuesta a las necesidades de los pacientes.
- Los conflictos y la falta de comunicación entre la enfermera y los otros cuidadores.

- El exceso de trabajo de la supervisora, que en ocasiones la lleva a sentirse desbordada.
- La fragmentación de los cuidados.

En este contexto, la preocupación de la gestión de cuidados se desplaza, de la excelencia técnica hacia la importancia que tiene la integración del personal, con los valores subyacentes, que deben englobar al beneficiario, a la enfermera y al personal auxiliar.

La enfermera debe responsabilizarse, no sólo de dar cuidados, sino también de planificar y de enseñar a los pacientes.

ETAPAS DE LA ENFERMERA EN EQUIPO

1. Identificación de los problemas de cuidados del paciente.
2. Interpretación de los problemas con los miembros del equipo y su cooperación en la planificación.
3. Formulación y redacción del plan de cuidados con el equipo.
4. Clasificación y delegación de las actividades, según su nivel de complejidad.
5. Coordinación de las actividades previstas en el plan de cuidados.
6. Evaluación y registro de los resultados de los cuidados realizados.

VENTAJAS E INCONVENIENTES DEL TRABAJO EN EQUIPO

Entre las ventajas, podemos señalar:

- El acento está en el usuario y no en las tareas.
- Las habilidades y juicio de la enfermera están disponibles para un mayor número de usuarios.
- Limitación del número de personas que cuidan a un paciente.
- Mayor continuidad en los cuidados.
- Mayor supervisión del personal auxiliar, lo que mejora la calidad de cuidados.
- Aumento del número y duración de las intervenciones enfermera/paciente, lo que permite abordar los aspectos psicosociales.
- Mayor implicación del paciente y familia en el proceso de cuidados.
- Más oportunidades de iniciativa y responsabilidad para el personal.
- Máxima utilización de las habilidades del personal.
- Reducción del tiempo de tareas no enfermeras.
- Oportunidades para adquirir conocimientos y habilidades aplicables a los clientes.
- Sentido de pertenencia a un equipo de trabajo.

Inconvenientes del trabajo en equipo:

- Es imprescindible que el equipo reconozca a su líder, el cual asume toda la responsabilidad del cuidado.
- La inestabilidad del personal dificulta el desarrollo del equipo.
- Aunque permite la combinación de diferentes niveles de personal de enfermería, esto puede suponer un incremento del número de personal.

CUIDADOS GLOBALES O POR PACIENTES

A la vez que se desarrollaba el sistema de equipo, a principio de los años cincuenta aparece una ruptura importante entre la concepción de los cuidados enfermeros y el rol de la enfermera, inquietudes que nacen por la fragmentación de las actividades de los cuidados enfermeros y por la delegación, de parte de las mismas, a otros trabajadores, lo cual aleja cada vez más a la enfermera de la esencia de su práctica profesional.

Varios autores del momento manifestaron sus reservas hacia la modalidad de equipo. Johnson (1959) resume las dos escuelas de pensamiento que se oponen, decantándose por la segunda corriente:

1. Las enfermeras del futuro serán principalmente gestoras de cuidados.
2. Las enfermeras del futuro serán principalmente dispensadoras de cuidados directos a los pacientes.

A Lydia Hall, profesora de la Columbia University, le preocupa que la delegación de actividades aleje a la enfermera de la esencia de su práctica profesional. Esta autora plantea que la organización de enfermería de equipo centra su trabajo en las tareas y en el trabajo delegado de los médicos y no en los cuidados básicos y plantea otro sistema, la modalidad de cuidados globales o por pacientes.

En 1975, en el Centro Loeb, se le brinda la oportunidad a Lydia Hall de poner en práctica su teoría, en la que pretende demostrar que la calidad de los cuidados proporcionados únicamente por enfermeras profesionales, consiguen una recuperación más rápida de los pacientes. Lydia Hall dice que:

- Las enfermeras pueden y deben ser profesionales.
- Los pacientes tienen derecho a cuidados profesionales.
- El poder de curación no está en manos de los profesionales, sino en las del propio paciente.

Esta autora propone una organización de cuidados que no parta de las tareas sino del paciente; influenciada por las teorías de Jouras (1964) y Rogers

(1965) centra los cuidados sobre el desarrollo del potencial del paciente, poniendo el aprendizaje como piedra angular de su filosofía de cuidados.

VENTAJAS E INCONVENIENTES

Es una modalidad de cuidados con las siguientes ventajas:

- Las auxiliares sólo realizan trabajos en los que no existe contacto directo con el paciente.
- Las enfermeras menos expertas piden ayuda a las expertas.
- Se simplifica la coordinación y se reducen los niveles jerárquicos.
- Se implanta un sistema de autogestión de la organización de cuidados.
- A cada enfermera se le imputa su práctica y es responsable de ella.
- Se introduce la utilización del plan de cuidados.
- Se establece una relación de colaboración con los médicos.

Los inconvenientes que presenta esta modalidad de cuidados son:

- La distribución adecuada de los pacientes entre el personal.
- La existencia de turnos rotatorios, que dificulta la asignación de pacientes.
- El adecuado nivel de formación y experiencia de la enfermera responsable de los cuidados.

Este sistema de organización de cuidados, combinado con la enfermería de equipo, es hacia donde ha evolucionado la prestación de cuidados en nuestro país, ya que en la mayoría de hospitales, las enfermeras definen su organización de cuidados por pacientes. Por otro lado, debido a la expansión hospitalaria de los años sesenta y setenta y a la escasez de enfermeras que esto provoca, se introduce la figura de la auxiliar de enfermería, lo que nos conduce a trabajar en equipos, compuestos por una enfermera y una auxiliar, que se ocupan de proporcionar cuidados a un determinado número de pacientes.

CUIDADOS INTEGRALES. ENFERMERA PRIMARIA O DE REFERENCIA

Durante los años sesenta el liderazgo de las enfermeras en la prestación de cuidados y la investigación, han enriquecido el cuerpo de conocimientos de la enfermería, lo que permite a las enfermeras proporcionar y responsabilizarse de los cuidados que requiere un paciente, desde el ingreso hasta el alta, organización de trabajo que se conoce como Primary Nurse, traducido Enfermera Primaria.

En nuestro contexto, ha creado confusión con las enfermeras que trabajan en el ámbito de la atención primaria, por lo que a partir de este momento, nos referiremos a este sistema de cuidados como el de enfermera de referencia.

Es un retorno a la enfermería promulgada por F. Nightingale, es decir, a la esencia de la enfermería, a poner el énfasis en los cuidados básicos.

La enfermera de referencia nace en los años setenta, como respuesta al modelo funcional y de equipo y de acuerdo con un movimiento, por parte de las enfermeras, hacia la profesionalización y asunción de la responsabilidad de cuidados, que surgía del desarrollo producido en la disciplina enfermera. Es, al mismo tiempo que una filosofía de cuidados, un diseño de organización. No se trata simplemente de una forma de asignar enfermeras a pacientes, sino de una concepción de la enfermería, como práctica profesional centrada en el paciente. (Hegyvary, 1982).

Su nacimiento se produce en Estados Unidos y se basa en los estudios realizados por L. Hall (1969) y Mantey (1970) a quienes se les atribuye la denominación del término enfermería primaria. Pero su posterior desarrollo, en los años setenta y ochenta, se realiza paralelamente en varios países, por lo que algunos autores lo describen como un fenómeno transcultural.

Según Wright, la enfermera de referencia se caracteriza por:

- Un enfoque de cuidados no jerárquico y en equipo.
- Responsables y educadores dan soporte.
- Existe espíritu de equipo y la idea «todos estamos en esto».
- El cambio, la innovación, el aprendizaje, la investigación, son tan importantes como las tareas.
- Hay franqueza, se comparten experiencias.
- Todo el personal comparte la filosofía de la unidad.
- Se concede gran importancia a los cuidados individualizados.
- Se minimizan las rutinas, se fomentan las actividades enfermera/paciente.

La enfermera de referencia es responsable de un grupo de pacientes y se encarga de una serie de cuestiones relacionadas con la salud, higiene y el apoyo a la familia.

Es la responsable de decidir cómo le serán dados los cuidados las veinticuatro horas del día, de manera continua. De ser posible, ella misma dará los cuidados. El paciente sabrá el nombre de la enfermera y su responsabilidad.

Esta modalidad se apoya en cinco elementos:

1. Plan de cuidados.
2. Relación enfermera/paciente.
3. Continuidad de los cuidados.
4. Planificación del alta del paciente.
5. Responsabilidad de la enfermera en el resultado de los cuidados.

Existen tres esferas de responsabilidad para la enfermera de referencia:

1. Tener disponible la información clínica, de manera que se puedan dispensar cuidados con juicio, en su ausencia.
2. Decidir cómo serán dispensados los cuidados y tener disponible la información. En la medida de lo posible, el cliente debe estar implicado en las decisiones. Las disposiciones pueden cambiar, si las condiciones del paciente cambian.
3. Planificar el alta. El nivel de calidad del trabajo realizado debe ser visible.

CARACTERÍSTICAS DE LA ENFERMA DE REFERENCIA

- Toma de decisiones descentralizada.
- Un control reducido al nivel de supervisora.
- Una gestión participativa.
- Autonomía profesional elevada.
- Responsabilidades individuales visibles.
- Cuidados completos y continuos.
- Estándares profesionales elevados.

• Ventajas

- Calidad en cuidados.
- Satisfacción de beneficiarios.
- Satisfacción personal.

- Costos.

COMPETENCIAS DE LA ENFERMERA DE REFERENCIA

- Responsabilidad: la enfermera responde del cuidado de los pacientes asignados durante las veinticuatro horas.
- Autonomía: autoridad para tomar decisiones sobre los cuidados que precisan sus pacientes.
- Coordinación: se proporcionan cuidados continuos, al existir una comunicación directa entre los cuidadores.
- Globalidad: un/a cuidador/a realiza todos los cuidados requeridos por el paciente en un turno.

En ausencia de la enfermera de referencia, las enfermeras adjuntas dispensan cuidados, pero responden ante la enfermera primaria.

PERFIL DE LA ENFERMERA DE REFERENCIA

- Programa educativo tres años.
- Es capaz de valorar, planificar, ejecutar y evaluar el cuidado de un paciente, desde el ingreso hasta el alta.

ÁMBITO DE RESPONSABILIDAD

- Garantizar la prescripción y administración de cuidados.
- Enseñar, investigar y dirigir a otros miembros del equipo.
- Coordinar los cuidados.
- Ser nexo de unión con otros componentes del equipo multidisciplinar, para garantizar la globalidad de los cuidados.
- Ser experta y autónoma.
- Utilizar el modelo de enfermería como referencia de su práctica.
- Preparar al paciente para el alta, junto con un equipo multidisciplinar, decidiendo sobre la misma.

ENFERMERA ADJUNTA O ASOCIADA

- Se encarga de los pacientes de la enfermera primaria en su ausencia.
- Reajusta el plan de cuidados, según necesidades. Las modificaciones importantes se realizan previa consulta con la enfermera primaria.
- Trabaja en estrecha colaboración con la enfermera primaria, para garantizar la continuidad de los cuidados. Existe un intercambio fluido de información sobre el cuidado.

ORGANIZACIÓN DE LOS CUIDADOS DIARIOS

- Cada paciente es asignado a una enfermera primaria que:
 - Valora, planifica, implementa y evalúa su cuidado.
 - Trabaja con los pacientes a lo largo de su jornada laboral.
 - Sigue la evolución de los pacientes durante su hospitalización.
 - Efectúa visitas a domicilio.
 - Realiza los preparativos para el traslado a su domicilio.
 - Actúa como abogado del paciente.
 - Asume la coordinación global del cuidado.
- Cada paciente es asignado a una segunda enfermera (enfermera adjunta) que contribuye a dar continuidad a los cuidados.
- Siempre que sea posible, la enfermera realizará los pases de visita y asistirá a las reuniones relacionadas con sus pacientes.
- La enfermera primaria comentará con la enfermera asociada los cambios introducidos en el plan de cuidados.
- Este sistema de prestación de cuidados consiguió importantes avances profesionales, al proporcionar un sistema de trabajo en el que las enfermeras contaban con una mayor autoridad, responsabilidad y autonomía en su trabajo, que a su vez, proporcionaba a los pacientes una continuidad en sus cuidados.
- Este sistema precisa de una adecuada distribución de recursos humanos, de una adecuada combinación de habilidades y competencias por parte del personal, para poder dar respuesta a las demandas de atención que precisan los pacientes. Por lo tanto, esta modalidad resulta difícil de mantener cuando se limita el presupuesto, se incrementa la gravedad de los pacientes, se acortan las estancias y se presiona a los hospitales para que se reduzcan los costos (Cohen y Cesta 1993).

ENFERMERA CLÍNICA (EC)

Es una enfermera que cuenta con una formación superior al nivel de Master o especialidad en cuidados clínicos y con una experiencia profesional de unos cinco años.

En Estados Unidos en 1943, Frances Reiter, enfermera gestora, ya planteó la necesidad de formar enfermeras clínicas. En 1944, la Liga Nacional de Enfermeras Americanas, determinó los contenidos de formación que debían

adquirir las enfermas clínicas, pero no es hasta 1954 que H. Peplau, desarrolló el primer programa de Master en enfermería clínica psiquiátrica.

En 1980, la Asociación Americana de Enfermeras se posicionó, regulando la formación y denominación de la enfermera clínica, así como la formación en el ámbito de maestría, para poder utilizar la denominación de enfermera clínica especializada.

La enfermera clínica tuvo en los años ochenta un gran desarrollo en todos los países francófonos. La *Société Française des Infirmières cliniciennes* la define como «[...] una enfermera que ha seguido unos cursos superiores de formación de cuidados, que le permite»:

- Dispensar cuidados físicos, educativos y relacionales altamente cualificados, a personas que presentan problemas complejos de salud.
- Movilizar los recursos y capacidades de las personas y de los grupos para cambiar sus respuestas de salud.

ROL Y FUNCIONES DE LA ENFERMERA CLÍNICA

La enfermera clínica dentro de la organización ocupa un lugar que sobrepasa el ámbito de una unidad de cuidados, con el objetivo de:

- Ejercer un liderazgo de influencia y autoridad.
- Tener una gran accesibilidad a la información, para tener una visión de conjunto de los cuidados en la organización.
- Plantear proyectos y proponer cambios.

Su rol gira alrededor de los siguientes elementos:

- La concepción de programas.
- La evaluación de la calidad de cuidados.
- La gestión de proyectos.
- La investigación.
- La consulta como persona recurso.

Su función principal como enfermera clínica es asesorar y dar soporte a la enfermera asistencial. Como experta en cuidados, es innovadora e impulsora de cambios. También tiene capacidad para actuar como consultora, negociadora, educadora e investigadora.

IMPACTOS SOBRE LOS RESULTADOS EN LA IMPLANTACIÓN DE LAS EC

- Disminución de las estancias hospitalarias.
- Disminución de las consultas externas.
- Disminución de las visitas de urgencias.
- Disminución de los reingresos.

BENEFICIOS QUE SE OBTIENEN CON LAS EC

- Respecto a los pacientes, se incrementa la calidad de los cuidados recibidos y del servicio dado, así como la participación del cliente y familia.
- Respecto a las enfermeras, se incrementa su nivel de competencia y motivación, cuentan con un modelo a seguir y con una buena influencia y orientación para seguir su formación.
- Respecto a las enfermeras gestoras, cuentan con una ayuda en la toma de decisiones, en la orientación hacia la práctica y a incluir objetivos que contribuyan al desarrollo de la autonomía profesional de las enfermeras, de la ética y a una aproximación interdisciplinar.
- Respecto a la institución, se consigue una disminución de costes, al reducirse los días de hospitalización, los reingresos, los cuidados a domicilio y la satisfacción de los pacientes.

GESTIÓN DE CASOS

La gestión de casos aparece en el campo de la industria, donde se utiliza desde hace años y nace como respuesta a la complejidad de los procesos y a la necesidad de individualizar dichos procesos.

Con la incorporación en el campo sanitario de aspectos utilizados en la industria, aparece la gestión de casos como método para coordinar los servicios necesarios para el paciente y su familia. De manera simple, podemos definir la gestión de casos como un proceso de coordinación de servicios y al gestor de casos, como la persona que lleva a cabo esa coordinación.

Este sistema se empieza a utilizar en los hospitales americanos, en la década de los ochenta, publicándose la primera experiencia en el *New England Medical Center* de Boston, en 1990, tras la cual se consigue:

- La utilización de vías críticas.
- La reorganización del sector de cuidados.

- La modificación del rol de la enfermera (coordinación de los cuidados, desde el principio hasta el fin del episodio de cuidados).
- La reducción de la duración media de la estancia en un 28%.

Posteriormente, aparecen experiencias similares en otros hospitales de EEUU y Canadá. En este país se empezó a utilizar por primera vez este sistema en Toronto, en el año 1992.

DEFINICIÓN

La gestión de casos es un sistema clínico que se centra en la responsabilidad de un individuo o grupo identificado, para la coordinación del cuidado que recibe el paciente o grupo de pacientes -durante un episodio o continuidad de cuidados:

- Negociando, procurando y coordinando los servicios y recursos precisos, para el paciente y la familia.
- Asegurando y facilitando el logro de resultados, de costes clínicos y de calidad.
- Interviniendo en los puntos clave para cada paciente.
- Afrontando y resolviendo problemas que tienen un impacto negativo en la calidad y en el coste.
- Creando oportunidades y sistemas para favorecer los resultados (Zander, 1996).

La gestión de casos se basa en la satisfacción de las necesidades del cliente para obtener los resultados deseados. Las intervenciones se planifican de manera que se elimine la duplicidad, la redundancia y las demoras.

¿QUÉ ES LA GESTIÓN DE CASOS?

- Un sistema de cuidados centrado en el paciente.
- Una modalidad de gestión de calidad.
- Un sistema multidisciplinar.
- Un medio para conseguir la eficiencia clínica.

¿QUÉ NO ES LA GESTIÓN DE CASOS?

- No es un sistema de organización de cuidados.
- No es una filosofía de cuidados.
- No es un protocolo.
- No es un plan de cuidados de enfermería.
- No es un simple instrumento.
- No es una forma de valorar a los profesionales.

OBJETIVOS DE LA GESTIÓN DE CASOS

- Conseguir los resultados esperados.
- Promocionar la práctica en colaboración, el cuidado coordinado y la continuidad del mismo.
- Racionalizar la utilización de recursos.
- Facilitar el alta apropiada.
- Disminuir la duración de la estancia.
- Favorecer el desarrollo y la satisfacción profesional.

RAZONES PARA LA UTILIZACIÓN DE LA GESTIÓN DE CASOS

Al margen de las características de una institución y del sistema de gestión que se utilice, Bower plantea una serie de razones para utilizar la gestión de casos, como son:

- La gestión de casos se centra en las necesidades presentadas por los clientes y sus familias.
Está centrada en el paciente, por lo que la satisfacción del paciente y la familia suele ser alta, al utilizar el sistema de gestión de casos.
- Un importante componente de la gestión de casos es la orientación hacia el resultado, al proporcionar los cuidados. El objetivo consiste en avanzar, junto con el paciente y la familia, hacia la consecución de los resultados.
- La gestión de casos favorece y facilita la coordinación del cuidado, minimizando la fragmentación.
- La gestión de casos promueve el cuidado, mediante la minimización de la fragmentación, la maximización de la coordinación y la posibilidad de facilitar el desplazamiento del paciente por el sistema sanitario.
- La gestión de casos maximiza y coordina la contribución de todas las disciplinas, dentro del equipo de cuidados sanitarios.

TIPOS DE PACIENTES SUSCEPTIBLES DE LA UTILIZACIÓN DE LA GESTIÓN DE CASOS

Todos los pacientes necesitan que su cuidado esté bien gestionado, pero no todos ellos precisan de un gestor de casos. Bower afirma «[...] es útil distinguir entre cuidados y complejidad, al seleccionar a los pacientes para la gestión de casos». En general, los pacientes seleccionados son complejos, pero no necesariamente agudos. La complejidad refleja la interacción de múltiples aspectos, como son: sanitarios, económicos, sociales, emocionales, psicológicos, espirituales. De hecho, el inicio de la gestión de casos surge para coordinar los servicios destinados a ancianos débiles y niños discapacitados, que no eran necesariamente médicamente agudos, pero que se consideraban complejos.

En definitiva, los pacientes susceptibles de ser tratados por el sistema de gestión de casos, deben reunir algunas de las siguientes características:

- Patologías complejas pero no graves.
- Problemas relacionados con cuestiones sociales.
- Edad (ancianos o niños).

ROL DEL GESTOR DE CASOS

El gestor de casos es la persona que lleva a cabo la coordinación, crea y gestiona una red de servicios para cada paciente.

El gestor de casos, en general, cuenta con cuatro componentes básicos, que son:

1. Completa o logra un proceso laboral de circuito cerrado, para proporcionar un producto o servicio completo al cliente.
2. Está situado donde el cliente y varias funciones se entrecruzan.
3. Posee un rol expandido para tomar decisiones y enfrentarse a los asuntos relacionados con el cliente.
4. Tiene fácil acceso a la información de la organización y usa la tecnología de la información en la toma de decisiones.

CARACTERÍSTICAS FUNDAMENTALES DEL GESTOR DE CASOS

- Autoridad.
- Responsabilidad en los costes.
- Calidad en los resultados.
- Prolongación del tiempo en los ambientes del tratamiento.

La autoridad para coordinar los servicios, siempre ha formado parte de un rol profesional. No obstante, la gestión de casos otorga un nivel de autoridad más elevado al gestor de casos, porque este puesto fue creado solamente con la finalidad de negociar, organizar y evaluar los recursos proporcionados al paciente.

La segunda característica que hemos comentado, es la responsabilidad de unos buenos resultados económicos y clínicos. Por consiguiente, un gestor de casos crea un delicado equilibrio entre el control de costes, sin dejar de estar comprometido con los niveles más elevados de comodidad, funcionalidad y bienestar físico y mental del paciente.

La tercera característica incluye que los buenos resultados económicos y la responsabilidad que ello implica no vayan en detrimento de la calidad que toda acción clínica debe llevar implícita, aunque en ocasiones esto signifique un incremento en los costes. El gestor de casos debe estar capacitado para demostrar que, aunque de momento signifique un aumento de costes, a largo plazo puede resultar rentable, como, por ejemplo, la prolongación de la estancia si evitamos un posterior reingreso, cuestión que se ha demostrado frecuentemente en las altas tempranas.

La cuarta característica del gestor de casos es la utilización del tiempo. La mayoría de los modelos de gestión de casos parten de la premisa de que los pacientes y sus familias requerirán una secuencia y organización, de los servicios provenientes de muchas disciplinas y departamentos, necesarios para proporcionar los cuidados. De hecho, la gestión de las transiciones es, a menudo, el aspecto más crucial del rol del gestor de casos.

En conclusión, la fórmula para determinar quién es la persona más adecuada para ser gestor de casos, es una mezcla de objetivos, más recursos, más contexto, más habilidades, más autoridad, lo que nos dará el perfecto gestor de casos. No obstante, el ingrediente más importante siempre será la autoridad.

LA ENFERMERA GESTORA DE CASOS

Existen motivos que avalan que la enfermera es uno de los profesionales de la salud que reúne mejores condiciones para ser gestora de casos, puesto que:

- Es la persona más experta en cuidados dentro del equipo.
- Es el único profesional que es responsable de los cuidados, las veinticuatro horas del día.
- Por su formación, tiene una visión globalizadora del paciente, que le permite detectar sus necesidades, en todos los niveles de cuidados.
- Puede identificar los recursos del paciente y su familia y el soporte social con el que cuenta.
- Conoce bien los recursos de la propia institución.

TIPOS DE GESTIÓN DE CASOS

- *Gestión de casos con base episódica:* comienza con la identificación de la necesidad de aumentar la coordinación de recursos y servicios para los pacientes y continúa hasta que el paciente ya no requiere cuidados relacionados con ese tema concreto de salud.
- *Gestión de casos con base continua:* comienza con la identificación de la necesidad de aumentar la coordinación de recursos y servicios para el cliente y continúa indefinidamente, hasta que los asuntos se resuelven o hasta la muerte.

La gestión de casos se puede aplicar en cualquier ámbito, tanto sea en hospital, en la comunidad o en los servicios sociales.

IMPACTO Y RESULTADOS DE LA GESTIÓN DE CASOS

RESULTADOS

- Mejor utilización de los recursos.
- Reducción de las estancias.
- Cuidados más centrados en el paciente.
- Disminución de los costes.

IMPACTO SOBRE LA ESTRUCTURA ORGANIZATIVA

- Cambio de la dinámica interprofesional. El equipo interdisciplinar es el motor de la reorganización y los servicios.
- Nueva autonomía profesional, implicación de cada profesional con los objetivos centrados en el cliente.

- Nueva organización del trabajo para todos los profesionales.
- Aproximación al programa de calidad.
- Cuestionamiento de las estructuras.
- Aseguramiento de la planificación del alta.
- Aseguramiento de la continuidad de los cuidados.
- Mejor utilización de los recursos.

TIPOS DE REGISTRO UTILIZADOS EN LOS SISTEMAS DE PRESTACIÓN DE CUIDADOS

Una vez analizados los sistemas de organización de cuidados más conocidos y utilizados en todo el mundo, así como su evolución histórica -que no cronológica, puesto que los diferentes sistemas perduran y conviven a lo largo del tiempo, utilizándose indistintamente de acuerdo a las necesidades y características de cada institución- pasaremos a revisar los registros que se utilizan en los diferentes sistemas.

Cada uno de los sistemas utiliza un tipo de registro, para dejar constancia de las actividades que realizan las enfermeras y de esta forma, poder seguir la evolución del paciente.

- En la enfermería funcional y la enfermería de cuidados progresivos, se utilizan:
 - Las gráficas de constantes.
 - La hoja de medicación.
 - La hoja de enfermería.

- En la enfermería de equipo y por pacientes, se empiezan a desarrollar los planes de cuidados, sistema de registro imprescindible en la enfermería primaria.

LOS PLANES DE CUIDADOS O PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

Los planes de cuidados denominados, en su estructura más científica, Proceso de Atención de Enfermería, se pueden definir como «[...] un método sistemático y organizado para brindar cuidados eficaces y eficientes, orientados al logro de los objetivos» (Alfaro, 1998).

El plan de cuidados consta de una sucesión de etapas correlativas e interrelacionadas, de tal forma que cada una depende de la anterior y condiciona la siguiente. Estas etapas, según los diversos autores, son entre tres y cinco y cada una contiene, a su vez, diversos pasos.

Con la idea de facilitar el trabajo de las enfermeras se empezaron a realizar planes de cuidados estandarizados, los cuales podemos definir como planes preformulados, que se emplean como guías para acelerar el desarrollo y anotación de un plan de cuidados.

La enfermera clínica también utiliza los planes de cuidados, como sistema de registro de las actividades de cuidados que presta a los pacientes.

Aunque lo habitual es utilizar el plan de cuidados en todos estos sistemas, como instrumento de registro de las actividades que realiza la enfermera, en ocasiones se emplean otro tipo de instrumentos tal y como se ha señalado en párrafos anteriores; pero en donde es un requisito imprescindible el uso del plan de cuidados, es en la enfermería primaria o de referencia.

TRAYECTORIAS CLÍNICAS Y MAPAS DE CUIDADOS

En la gestión de casos, para el seguimiento de los pacientes se utiliza un instrumento con varias denominaciones: trayectorias clínicas, o vías clínicas, y mapas de cuidados.

Las trayectorias clínicas están contenidas en un gráfico XY que define las actividades de cuidados, según la categoría (eje Y) y la duración de las mismas (eje X). Se realiza una trayectoria clínica para un grupo de pacientes con necesidades similares. Estas necesidades son relativamente previsibles, para una patología concreta.

Las trayectorias clínicas deben reflejar los cuidados que requiera un paciente normal, afectado por una patología concreta. En su elaboración participan todos los profesionales implicados en la atención que precisan los pacientes, frente a una determinada patología.

Las trayectorias clínicas ayudan a organizar y ordenar la atención, para optimizar su efectividad y eficiencia. Incluyen las necesidades de los pacientes, en todos los lugares donde se proporcionan cuidados.

Los mapas de cuidados constituyen una segunda generación de trayectorias clínicas, que incluyen una lista de problemas relacionados con el diagnóstico, con los resultados intermedios y con el alta, para cada uno de los problemas.

El mapa de cuidado es un instrumento que muestra un perfil claro del plan de cuidados habituales, dados a cada tipo de caso. A su vez, el personal puede ver rápidamente, para cada paciente:

- El tiempo esperado para realizar los cuidados.

- Las tareas que cada uno deberá realizar en cada momento, durante el proceso de cuidados.
- Los resultados esperados en cada etapa de la recuperación del paciente.

Los mapas de cuidados están basados en la idea de que el cuidado del paciente es un proceso continuo, que involucra a un equipo de profesionales y en donde cada miembro del equipo tiene una visión clara de cómo encaja el puzzle y dónde el cuidado se coordina, de manera que cada tarea ocurre en el momento oportuno y sin duplicidades.

Todos estos instrumentos (trayectorias, mapas, etcétera) tienen el mismo objetivo: planificar los cuidados que precise el paciente, a partir de las necesidades que presente, sobre la base de un episodio de salud.

La gran diferencia estriba en que, mientras que los planes de cuidados sólo recogen las actividades de cuidados que realizan las enfermeras, las vías críticas o los mapas de cuidados, recogen las actividades que realizan todos los profesionales, para satisfacer las necesidades de los pacientes.

Para la realización de las vías críticas o los mapas de cuidados -que, como ya hemos dicho, llevan a cabo todos los profesionales relacionados con el cuidado del paciente- la contribución de la enfermera es esencial. Pero para que su participación sea efectiva, ésta debe ser una experta en cuidados y en la elaboración y manejo de planes de cuidados; sin su experiencia, su contribución en el equipo multidisciplinar se verá diluida y mermada, con la consecuente disminución que esto pueda ocasionar, en la calidad de los cuidados que recibe el paciente.

REALIZACIÓN DE UN MAPA DE CUIDADOS

- Primero: se listan los problemas principales del grupo de pacientes (idéntica patología con la que estamos trabajando).
- Segundo: se listan los resultados que esperamos alcanzar al alta del paciente.
- Tercero: se analiza qué cosas hace cada grupo de profesionales o especialistas, para conseguir que ocurran los resultados previstos.
- Cuarto: temporalizar los resultados intermedios, es decir, en qué día vamos a alcanzar cada resultado.
- Parking: apartado en donde se colocan las cosas que pensamos, podrían ser necesarias, pero no existen.

¿Quién debe participar?

Todos los profesionales que pensemos que pueden aportar algo. Es mejor pecar de exceso, que darnos cuenta después, que falta algún profesional.

La composición del grupo está en función de la patología y la edad del paciente. El equipo puede llegar a ser de hasta veinte personas.

La duración aproximada para realizar un mapa de cuidados es de cuatro a cinco horas.

Hasta aquí hemos analizado los diferentes sistemas de prestación de cuidados y los registros que se utilizan; lógicamente, todo ello va muy ligado con la gestión de los recursos humanos.

Por este motivo, los dos siguientes temas nos sitúan en la gestión de recursos de personal de enfermería y abordan los diferentes sistemas que nos permitirán medir las cargas de trabajo.

Existen en la literatura sobre gestión de enfermería numerosas referencias que demuestran que, desde hace mucho tiempo, las enfermeras gestoras se preocupan por los aspectos relacionados con los costos y la eficiencia, con relación a la utilización de los recursos y especialmente, con la utilización de los recursos humanos, puesto que estos representan entre un 70 y 80% del presupuesto de las instituciones sanitarias.

En el momento actual esta preocupación se ha acentuado, debido a que existe un mayor control sobre los presupuestos; un incremento de la tecnología; una gran variedad de patologías; un acortamiento en las estancias hospitalarias y un incremento en el número de pacientes crónicos y de avanzada edad, lo que provoca una gran variedad en las cargas de trabajo de cada día, que repercute a su vez, en la manera de organizar la prestación de cuidados.

4. - LA ENFERMERA HOSPITALARIA DE ENLACE

La figura de la enfermera hospitalaria de enlace tiene como objetivo coordinar la comunicación entre las enfermeras de los centros de salud y las del hospital, especialmente de enfermos terminales, oncológicos o discapacitados.

La enfermera, entre los profesionales que forman el equipo de salud, es una de las figuras que por la esencia de la "disciplina" que sustenta su práctica, orientada a la persona y su entorno, puede y debe reforzar el aspecto más humanista del Servicio de Salud. "Los cuidados que proporcionan las enfermeras influyen mucho en la calidad que perciben los usuarios de los servicios sanitarios; de hecho, un componente importante en la valoración positiva que los andaluces dan a sus servicios sanitarios públicos tiene que ver con ese grupo profesional, de los mejor valorados cada año en las encuestas de satisfacción, probablemente porque por su cercanía, actitud y aptitud aportan el lado más humano de la atención sanitaria".

La filosofía de las enfermeras hospitalarias de enlace se sustenta en la coordinación de cuidados encaminados a la independencia y autonomía de los pacientes y sus familias, bien desarrollando las intervenciones necesarias para alcanzarla o bien supliendo los déficit de autonomía. Todo ello a través del proceso de atención y utilizando los sistemas estandarizados para la práctica enfermera:

Procurando la coordinación del plan asistencial durante la estancia hospitalaria.

Apoyando a la enfermera responsable del paciente en el desarrollo del plan de cuidados establecido, especialmente en intervenciones educativas dirigidas a manejar la situación de salud que genera la prestación del servicio.

Planificando con la Enfermera Comunitaria de Enlace la adecuada transición al domicilio.

Todo ello en un entorno de trabajo que promueva la incorporación de resultados de investigación y procure el ambiente necesario para una práctica flexible orientada a la satisfacción del paciente y su familia. Anteriormente esta función la hacían las enfermeras de planta, o las supervisoras, centrando su atención en esta continuidad de cuidados: "La función fundamental de la Enfermera de Enlace Hospitalaria es abrir vías de comunicación entre las enfermeras de los centros de salud y las del hospital, no pretendiendo en ningún momento que éstas se queden aisladas, al contrario, se trata de que estén más integradas si cabe".

El programa de Enfermería Hospitalaria de Enlace ya se ha puesto en marcha en diferentes centros de Andalucía como complemento al decreto de apoyo a las familias

Andaluzas de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, que se dedica a coordinar la continuidad de cuidados y la continuidad entre los niveles de Atención Primaria y Especializada: "lo que también se debe cuidar es la coordinación entre las enfermeras del hospital y las de Atención Primaria ya que ésta lleva aparejado la atención al cuidador principal, que suele ser un familiar cercano, para que no se encuentren desvalidos en las atenciones en el domicilio".

El programa de Enfermería de Enlace establece la figura de una enfermera en el hospital y otra en Atención Primaria que se comunican entre sí y se envían los informes de continuidad de cuidados: " la comunicación no se debe perder nunca".

Realmente la enfermera de enlace "es el nexo entre la enfermera del hospital y la de Atención Primaria y, además se encarga de agilizar las citas y de una serie de cosas que benefician a este tipo de pacientes",

5.- CARTERA DE SERVICIOS DE LA E.H.E.

- COORDINACIÓN DE CUIDADOS PARA LOS SIGUIENTES DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS:

- 00085. Deterioro de la movilidad física
- 00046. Deterioro de la integridad cutánea
- Déficit de autocuidado:
 - 00102 Alimentación
 - 00108 Baño-higiene
 - 00109 Vestido-acicalamiento
 - 00110 Uso de Wc-orinal
- 00053. Aislamiento social
- 00082. Manejo efectivo del régimen terapéutico
- 00078. Manejo inefectivo de régimen terapéutico
- 00079. Incumplimiento del tratamiento (especificar)
- 00073. Afrontamiento familiar incapacitante
- 00074. Afrontamiento familiar comprometido
- 00061. Cansancio en el desempeño del rol cuidador (cuidadores principales)
- 00126. Conocimientos deficientes (especificar)
- 00070. Deterioro de la adaptación
- 00104. Lactancia materna ineficaz
- 00106. Lactancia materna eficaz
- 00136. Duelo anticipado

- COORDINACIÓN DE INTERVENCIONES DERIVADAS DE PROBLEMAS DE COLABORACIÓN

- GESTIÓN DE CITAS Y SERVICIOS PENDIENTES EN EL ENTORNO HOSPITALARIO PREVIAS AL ALTA (PACIENTE Y CUIDADOR PRINCIPAL)

- GESTIÓN DEL TRASLADO AL DOMICILIO: Debe proporcionarse esta información a la enfermera comunitaria de enlace o enfermera responsable del paciente en Atención Primaria de Salud, antes del alta hospitalaria, en los documentos establecidos para tal fin en el H.R.U. Carlos Haya. Partiendo de la definición de diagnóstico enfermero "*Juicio clínico sobre la respuesta de una persona, familia o comunidad a procesos vitales/problemas de salud reales o potenciales que proporcionan la base de la terapia para el logro de objetivos de los que la enfermera es responsable*", es evidente que la mayoría de los que se incluyen en la Cartera de Servicios pueden estar presentes en muchos pacientes ingresados en el Hospital.

Es necesario, en una fase inicial, priorizar grupos especialmente vulnerables ante los servicios sanitarios, en cuanto a población diana, que a su vez enlazan con la implantación de algunos procesos asistenciales:

- Pacientes inmovilizados por motivos neurológicos (Proceso de Ataque Cerebro Vascular), deterioro cognitivo (Proceso de Demencias).
- Personas en situación terminal (Proceso de Cuidados Paliativos)
- Cuidadores Principales (de los grupos identificados)

El servicio se abordará siempre en estos grupos, siendo la Enfermera Hospitalaria de Enlace, la responsable de su captación, a partir de la demanda de los clientes internos, y de otros pacientes con necesidades de cuidados tras el alta hospitalaria. Obviamente supeditado a los recursos disponibles

6.- CARTERA DE CLIENTES DE LA E.H.E.

CLIENTES EXTERNOS

1. Pacientes y cuidadores principales con al menos un diagnóstico enfermero de los incluidos en la Cartera de Servicios.
2. Pacientes incluidos en los siguientes procesos asistenciales, priorizando (en negrita):
 - Pacientes con ACV
 - Pluripatológicos
 - Cuidados paliativos
 - Fractura de cadera
 - Embarazo, parto y puerperio
 - Diabetes
 - VIH - SIDA
 - EPOC
 - Demencias
3. Pacientes con necesidades de cuidados especiales tras recibir el alta hospitalaria: pacientes crónicos, anciano frágil y pacientes que han sufrido una intervención quirúrgica en CMA o cirugía de corta estancia y aquellos con hospitalizaciones reiteradas
4. Pacientes que requieren para su diagnóstico, tratamiento y cuidados de tecnología avanzada en el domicilio.
5. Cuidadores principales informales.

Criterios de exclusión y/o finalización del servicio:

- Rechazo del paciente/familia
- Rechazo del cuidador

- Situación de desequilibrio entre las necesidades del paciente y la competencia de los cuidadores con los recursos profesionales, sanitarios y sociales disponibles

CLIENTES Y PROVEEDORES INTERNOS:

Enfermeras/os responsables en las unidades de hospitalización

Enfermeras/os Supervisoras/es de unidades de hospitalización

Facultativos Responsables

Trabajadores Sociales

Matronas

Fisioterapeutas

Gestoría de Usuarios

Servicio de Admisión

7.- PERFIL DE LA ENFERMERA HOSPITALARIA DE ENLACE

Enfermera clínica, con amplia experiencia en la asistencia a pacientes y familias hospitalizados. Con conocimiento en el manejo de respuestas humanas. Capaz de aplicar el proceso enfermero y manejar fuentes de información para la mejora de la efectividad de la práctica clínica. Su práctica profesional debe responder a una visión holística de la persona y su entorno, trabajando en equipo y manejando básicamente tecnología para la información y la comunicación. Con disponibilidad y flexibilidad para la cobertura del servicio.

Actitudes:

- Respeto al principio de autonomía
- Valoración y atención a los valores, principios y creencias de la persona
- Colaboración con los miembros del equipo de salud
- Trabajo en equipo
- Búsqueda de consenso, prevaleciendo los intereses del paciente y su familia
- Se orienta a la obtención de resultados en salud
- Flexible y crítica

Conocimientos:

- Modelos enfermeros
- Método enfermero: Valoración, Identificación de problemas (Diagnósticos Enfermeros, Problemas de colaboración) y Objetivos, Planificación de Intervenciones, Evaluación de Resultados, Continuidad de Cuidados-Informe de Valoración de Enfermería al alta

hospitalaria. Documentación (sistemas de registros de todo el proceso)

- Taxonomías para la práctica enfermera (NANDA, NIC, NOC)
- Guías para la práctica (planes de cuidados, procedimientos, protocolos)
- Procesos Asistenciales
- Educación para la salud
- Instrumentos para la gestión y la mejora de la calidad (búsquedas bibliográficas y de evidencia)
- Manejo básico de sistemas informáticos

Dependencia jerárquica. Responsabilidad delegada

La dependencia jerárquica de las enfermeras hospitalarias de enlace corresponde a la Dirección de Enfermería.

La gestión estratégica de los objetivos que se persiguen, obliga a que sea el Director Gerente el último garante de la funcionabilidad del mismo.

Asignando responsables en los distintos departamentos para el desarrollo de intervenciones que supongan prioridad y/o cambios en la actividad ordinaria. Se dota a las enfermeras hospitalarias de enlace de la acreditación correspondiente para los servicios que se estimen.

Metodología de trabajo

Estará basado en El Proceso de Atención de Enfermería. La documentación de apoyo será la existente en el H.R.U. Carlos Haya.

La planificación del alta hospitalaria supondrá en muchos casos una valoración integral, intentando abarcar todas las dimensiones de la persona

y todos los profesionales implicados, sin duplicidad de juicios que supondrían una mala utilización de los recursos.

Sistemas de evaluación

La evaluación se orienta tanto al desarrollo del programa (indicadores de proceso), como a los resultados obtenidos (indicadores de resultado).

Ambos permitirán adecuar los servicios en base a los resultados, especialmente en las primeras fases que estarán influidas por el desarrollo y la explotación de los sistemas de información.

La implantación de este proyecto nos permitirá adecuar y concretar con los profesionales de Atención Primaria, procedimientos y circuitos para el desarrollo de la Comisión de Cuidados de Área, porque no podemos olvidar que las experiencias en salud de las personas son episodios vitales que pueden determinar la historia personal y familiar. Las enfermeras y los enfermeros deben contribuir a mejorar esta historia: *"Las experiencias en salud de las personas son episodios vitales que pueden determinar la historia personal y familiar. Contribuyamos a mejorar esa historia"...*

8.- COMISIÓN DE CUIDADOS DE ÁREA

La Enfermera de Enlace vela para que los pacientes cuenten con una valoración integral acorde con sus necesidades -realizada por ella y/o por otros profesionales del Hospital - que determine un plan de actuación enfocado fundamentalmente a prevenir problemas de

salud y paliar los existentes. Realizará, junto con el resto del equipo, todas aquellas actividades dirigidas a la información y formación de las cuidadoras, prestando apoyo al cuidador/a principal, de forma individual y grupal.

Esta enfermera incorpora a su modelo de práctica clínica la coordinación como elemento fundamental, constituirá un eslabón entre la Atención Especializada y la Atención Primaria, teniendo una participación activa en las Comisiones de Cuidados de Área, discusión de casos, sesiones de seguimiento de planes de cuidados conjunto, realización de planificaciones al alta conjunta.

Existen en los municipios andaluces redes formales y en ocasiones informales, de ayuda domiciliaria, por lo que es necesario el conocimiento y la coordinación de los recursos existentes en cada zona, estableciéndose por parte de las ECEs y las Trabajadoras Sociales de los EBAPs la necesidad de promover estrategias de mejora conjunta, entre las que se podrían incluir actividades de formación dirigida a auxiliares de ayuda a domicilio y residencias.

El trabajo multidisciplinar y en equipo desde el Hospital debe ser un elemento básico en este inmediato futuro.

Misión de la Comisión de Cuidados de Área.

"Ofrecer un entorno centrado en la persona, promoviendo la independencia y el autocuidado como elementos claves en la recuperación funcional y reincorporación a la comunidad, garantizando el máximo bienestar y minimizando el sufrimiento de pacientes y familiares, reduciendo el impacto del uso inadecuado de la tecnología sanitaria, fomentando la toma de decisiones compartidas entre profesionales y pacientes y asegurando la continuidad de la atención independientemente del nivel en el que se encuentre el paciente"³

Comisión de cuidados del Área del H.R.U. Carlos Haya. (Contrato Programa 2.005 -2.008)

1. Introducción
2. Funciones
3. Objetivos
4. Estructura
 - 4.1 Organización y dependencia funcional
 - 4.2 Miembros de la Comisión
 - 4.3 Mecanismos de comunicación
5. Cartera de Clientes
 - 5.1 Clientes Externos
 - 5.2 Clientes Internos
6. Evaluación
 - 6.1 Indicadores

1. INTRODUCCIÓN

Desde que la Ley General de Sanidad estableciera la atención sanitaria en dos niveles asistenciales interconectados entre sí: Atención Primaria como puerta de entrada de los usuarios al sistema y Atención Especializada como apoyo y complemento de la atención primaria, necesaria para todos aquellos procesos cuya complejidad lo requiera, la continuidad de cuidados entre ambos niveles ha sido un reto para los diferentes servicios de salud con distintos resultados.

La continuidad de cuidados está integrada fundamentalmente por tres elementos:

- Personas
- Entorno
- Información

La discontinuidad aparece en el momento en que un centro asistencial, servicio o unidad desestima la información relativa a los pacientes y/o cuidadores, anteponiendo el entorno a las personas a las que se atienden de forma que se produce una incidencia negativa sobre la atención de estos. Para conocer el grado de continuidad que ofrece un centro asistencial, es necesario saber primero donde se genera la información y determinar cómo los entornos, las estructuras organizativas, jerárquicas o culturales condicionan la información sobre las personas a las que se atienden.

El Sistema Sanitario Público de Andalucía y en el marco de la *Gestión por Procesos* ofrece, en este sentido, un potencial en la horizontalización de la atención sanitaria, donde resulta imprescindible la visión integral de todos los componentes y actuaciones del proceso, independientemente del nivel asistencial en que se encuentre el usuario y constituye, por tanto, una forma idónea para el aseguramiento de la continuidad.

Por otro lado, el *Contrato Programa del Servicio Andaluz de Salud* con sus centros asistenciales, favorece la eliminación de cualquier factor que pueda producir fracturas en la continuidad asistencial entre Atención Primaria y Especializada mediante la incorporación de aspectos que persiguen por un lado una visión continuada de la atención al ciudadano y por otro un escenario compartido y cooperativo de desarrollo institucional entre Distritos y Hospitales.

La *Comisión de Cuidados de Área (CCA)*, como queda recogida en el *Contrato Programa* entre el SAS y sus centros asistenciales, es uno de los elementos que deben desarrollarse en todas las áreas para la mejora de la continuidad asistencial.

La *CCA* integrada por enfermeras de ambos niveles asistenciales y de diferentes ámbito de responsabilidad, incorporan al organigrama funcional de los centros un elemento que va a permitir trabajar por el aseguramiento de la continuidad asistencial.

La CCA ha de trabajar para organizar el intercambio efectivo de información que requiere la continuidad de cuidados entre las enfermeras de ambos niveles asistenciales ofreciendo instrumentos de soporte para la información que facilite el flujo de información interniveles y favorezca la mejora de la práctica clínica de las enfermeras. De esta manera se minimizan las duplicidades, omisiones y contradicciones en la transmisión de la información interniveles asistenciales, disminuye la variabilidad clínica y la enfermera se convierte en un instrumento de cohesión en el cuidado, identificando el servicio que aporta y el valor añadido al proceso asistencial.

La Comisión de Cuidados de Área ha de facilitar la planificación de la asistencia y facilitar el abordaje de forma estandarizada para un grupo de pacientes con necesidades similares.

Este enfoque facilita el abordaje de cuidados y beneficia en particular a los grupos de pacientes identificados como vulnerables para la Continuidad de Cuidados y que conforman una población diana prioritaria, como son:

- Pacientes crónicos con descompensaciones frecuentes.
- Pacientes inmovilizados.
- Ancianos dependientes y/o en riesgo de dependencia.
- Pacientes y/o familiares con manejo inefectivo del régimen terapéutico, falta de conocimientos, cansancio en el desempeño del rol del cuidador, pacientes con nivel de dependencia/suplencia alto.
- Pacientes y/o cuidadores con afrontamiento inadecuado de su situación de salud
- Mujeres en situación de embarazo, parto y puerperio.
- Pacientes que han sido intervenidos de cirugía de corta estancia y de cirugía mayor ambulatoria (CMA)
- Pacientes con trastorno mental grave.
- Pacientes sometidos a tratamientos oncológicos (radioterapia y/o quimioterapia)
- Pacientes que precisen Cuidados Paliativos.

Por tanto la Comisión de Cuidados de Área es un órgano de gestión de mejora que trabaja para estabilizar y mejorar el proceso de continuidad de cuidados entre AP y AE, y viceversa, introduciendo elementos de mejora basados en la mejor evidencia posible e integrando recursos para promover resultados clínicos óptimos en los pacientes, especialmente en los más vulnerables.

2. FUNCIONES

- Establecer los canales de comunicación necesarios para garantizar la continuidad de cuidados interniveles asistenciales.
- Coordinar la normalización de la práctica clínica para disminuir su variabilidad.
- Constituirse como instrumento de análisis de calidad y mejora permanente.
- Lograr la colaboración activa de los profesionales en la gestión clínica.
- Facilitar la implantación y el funcionamiento de los procesos asistenciales.

3. OBJETIVOS

General

- Garantizar la continuidad de cuidados entre los distintos niveles asistenciales.

Específicos

La CCA deberá:

- Especificar y desarrollar los canales de comunicación necesarios para la continuidad de cuidados, diseñando y estableciendo los mecanismos pertinentes para la implantación del Informe de Continuidad de Cuidados estandarizado y bidirrecional en los dos niveles asistenciales. Estos canales han de incluir:
 - Informe de continuidad de cuidados al alta desde Hospitales a Atención Primaria.
 - Informe de continuidad de cuidados al ingreso programado desde Atención Primaria a Hospitales.
- Desarrollar Guías de Actuación Compartida en pacientes pluripatológicos, frágiles y crónicos con deterioro de la movilidad física, afrontamiento familiar inadecuado, cansancio del rol de cuidador principal y manejo inefectivo del régimen terapéutico.
- Informar a las Unidades de Atención al Usuario de ambos niveles asistenciales de los canales de comunicación y medidas que se vayan estableciendo.

- Establecer vías de comunicación ágiles para la planificación del alta mediante contacto con la enfermera de A.P del paciente durante la estancia de este en el hospital.
- Acordar los mecanismos de contacto entre las enfermeras que atiendan al mismo paciente en AE/AP.
- Establecer objetivos para cada grupo de pacientes que garanticen la equidad en el abordaje de estos. Es decir, ofrecer a cada paciente aquellas intervenciones que necesita en función de su proceso o de la tipología a la que pertenezcan.
- Identificar problemas en la continuidad asistencial y propuesta de acciones de mejora.
- Desarrollar estrategias para la continuidad de cuidados en los Procesos Asistenciales y contando con las nuevas tecnologías puestas en marcha en los centros asistenciales del Sistema Sanitario Público Andaluz (SSPA) como el "Plan de Continuidad Asistencial de
- Personas Frágiles: Seguimiento por Enfermeras desde el Centro de Información y llamadas "Salud Responde"
- Desarrollar programas de formación conjunto para las enfermeras de ambos niveles asistenciales.

4. ESTRUCTURA

4.1 Organización y dependencia funcional

1º. Cada Hospital constituirá al menos una Comisión de Cuidados de Area con los Distritos de referencia. Esto puede conllevar que un Distrito esté presente en más de una comisión cuando tenga más de un Hospital de referencia.

Si así se considera, se podrá establecer además una Comisión de Cuidados de Area Provincial, con iguales objetivos y similar composición, es decir Directivos Enfermeros de AE y AP y un miembro de cada nivel asistencial que pertenezca a las Comisiones de Cuidados de Área existentes.

Así mismo, si se considera necesario por operatividad, se podrán crear subcomisiones para tratar temas específicos. Dichas subcomisiones

dependerán de la CCA y tendrán un responsable que será el encargado de elevar a dicha Comisión de Cuidados de Área los acuerdos alcanzados, donde quedará radicada la toma de decisiones.

En los Hospitales que dispongan de dispositivos de Salud Mental se ha de crear una subcomisión para la mejora de la coordinación de los cuidados de los pacientes en salud mental integrada por:

- Una enfermera de cada Dispositivo de Salud Mental:
 - Una enfermera de uno de los Equipos de Salud Mental del Distrito.
 - Una enfermera de la Comunidad Terapéutica.
 - Una enfermera de la Unidad de Rehabilitación del Área (URA)
 - Una enfermera de la Unidad de Hospitalización
 - Una enfermera de la USMI-J

- Una enfermera de familia de un Distrito.
- Una enfermera de Pediatría de referencia, donde se hospitalicen los niños con trastornos de salud mental.

2º. La Comisión de Cuidados de Área la compondrán:

- 1 presidente, 1 secretario, que deberán ser los Directivos Enfermeros de más alta responsabilidad de los Distritos y Hospitales que la compongan y que alternarán la responsabilidad del cargo periódicamente.

- 6 a 10 vocales, que serán nombrados por los Directivos Enfermeros del Hospital y del Distrito, de forma que esté compuesta por similar número de miembros de Atención Primaria que de Atención Especializada.

3º. El presidente y el secretario no podrán delegar en ningún otro miembro. El presidente tendrá la responsabilidad de la convocatoria de reuniones. El secretario será el garante de la elaboración de las actas y de la emisión de los informes de la comisión.

4º. El presidente y el secretario velarán por el cumplimiento de los acuerdos tomados en el seno de la CCA.

5º. La Comisión dependerá funcionalmente de los responsables de enfermería del Hospital y Distrito a los que pertenezca dicha Comisión. Estos garantizarán la constitución de las mismas, y elevarán a la Comisión de

Dirección de sus centros los informes y conclusiones que se deriven de los acuerdos de estas.

6º. La Comisión de Cuidados de Área deben facilitar la formación de grupos de mejora que analicen los informes emitidos por la misma y propongan estrategias para la resolución de problemas.

7º. Será responsabilidad de cada comisión desarrollar una programación que contemple el calendario de trabajo, los objetivos específicos, el período de rotación de sus componentes, la ampliación de los grupos de pacientes vulnerables a incluir y la difusión del trabajo realizado y acordado en el seno de la CCA al resto de las enfermeras de AP y AE. Se aconseja al menos una reunión bimensual.

8º. Los componentes de la CCA deben asumir un compromiso con su funcionamiento y resultados. Se les facilitará un nombramiento que acredite su pertenencia a la misma por el periodo que se establezca.

9º. Cada cuatro años se renovarán los miembros vocales de la Comisión.

4.2 Miembros de la Comisión

Las enfermeras que formen la CCA deben tener experiencia y conocimiento en alguno de los siguientes campos:

- Área asistencial de hospitalización
- Circuito ambulatorio de hospitalización
- Área de gestión de Cuidados
- Área asistencial de Atención Primaria
- Gestión de casos
- Área de Consultas externas y pruebas complementarias asistenciales
- Área de Dispositivos asistenciales de Salud Mental (en caso de no tener creado subcomisión específica de salud mental)

4.3 Mecanismos de Comunicación

Uno de los elementos de comunicación fundamental es el que se realiza a través de los informes de continuidad de cuidados por tanto es necesario establecer garantías en esta materia:

- Las Enfermeras Supervisoras junto con las Direcciones de Enfermería serán los garantes de que el Informe de Continuidad de Cuidados (ICC) llegue a Atención Primaria y en este nivel serán los Adjuntos de

enfermería quienes garanticen su entrega a la enfermera responsable del paciente

- Deberán estar operativos al menos una de estas dos vías de comunicación para la derivación de informes de ingresos y altas:
 - Vía correo electrónico: desde la unidad de hospitalización al centro o consultorio de referencia.
 - Vía Fax: desde la unidad de hospitalización o zona administrativa más próxima al centro o consultorio de referencia.

Los plazos para la remisión de informes son los que se detallan a continuación:

TIPO DE PACIENTE	HOSPITAL		ATENCIÓN PRIMARIA	
		Procedimiento		Procedimiento
Pacientes dados de alta sin criterios de vulnerabilidad	Plazo máximo de remisión informe: 48 horas	Informe de continuidad de cuidados	Plazo máximo de respuesta: 24 horas tras la recepción del informe	Contacto telefónico y/o visita domiciliaria
Pacientes con criterios de vulnerabilidad recogidos en la cartera de servicios de la CCA	Plazo máximo de remisión: 24 horas	Informe de continuidad de cuidados y contacto telefónico con centro de salud (opcional)	Plazo máximo de respuesta: 24 horas tras la recepción del informe	Contacto telefónico y/o visita domiciliaria

5. CARTERA DE CLIENTES

5.1 Clientes externos:

Personas con al menos uno de los siguientes Diagnósticos Enfermeros:

- Deterioro de la movilidad física.
- Deterioro de la integridad cutánea, con especial atención a úlceras de decúbito, úlceras vasculares, heridas que precisan cuidados de forma continuada.
- Falta de conocimiento sobre el proceso de enfermedad.
- Déficit de autocuidados.
- Aislamiento social.
- Manejo inefectivo del régimen terapéutico.
- Incumplimiento de tratamiento.
- Confusión aguda o crónica.
- Afrontamiento familiar inefectivo/incapacitante/comprometido.
- Cansancio en el desempeño del rol de cuidador.
- Deterioro de la adaptación.
- Incontinencia urinaria.
- Aislamiento social.
- Lactancia materna ineficaz.
- Duelo anticipado.
- Deterioro del patrón del sueño.

Y/o pacientes incluidos en uno o varios Procesos Asistenciales:

- Ataque Cerebro Vascular.
- Atención al Paciente Pluripatológico.
- Cuidados Paliativos.
- Embarazo, parto y puerperio.
- VIH-SIDA.
- Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica.
- Fractura de Cadera en el anciano.
- Diabetes
- Ansiedad/depresión/somatizaciones.
- Trastorno mental grave.
- Trastornos de la conducta alimentaria.
- Cáncer de mama.
- Cáncer de cérvix. Cáncer de útero.
- Cáncer de próstata.
- Cáncer de piel.

Y/o para personas en otras situaciones de salud:

- Intervención hospitalaria ambulatoria (CMA, pruebas funcionales)
- Tratamiento oncológico. Quimioterapia/Radioterapia.
- Alta dependencia de cuidados.
- Dificultad para el acceso a recursos para el cuidado.
- Reingresos frecuentes.

De forma genérica, pacientes con problemas de autonomía y necesidades de cuidados profesionales al alta hospitalaria.

5.2 Clientes Internos

- Enfermeras de Familia.
- Enfermeras clínica de Atención Especializada.
- Enfermeras de enlace. Comunitarias y Hospitalarias.
- Enfermeras de Salud Mental.
- Gestores de Cuidados.
- Unidad de Atención al Usuario. Gestorías de Usuarios
- Médicos de Familia.
- Médicos Especialistas.
- Trabajadores sociales.
- Fisioterapeutas.
- Matronas.
- Terapeutas ocupacionales.

6. EVALUACIÓN

Los Directivos Enfermeros evaluarán los resultados de la misma a través de las actas e informes emitidos. Se realizarán un mínimo de 6 reuniones anuales.

La CCA deberá disponer de un cronograma de trabajo para el año en curso.

La CCA elaborará una Memoria anual que deberá recoger los elementos de mejora para la continuidad de cuidados puestos en marcha desde la misma, los objetivos propuestos para el año en curso y los resultados obtenidos.

La CCA deberá disponer información sobre:

- Número de reuniones realizadas constatadas con acta.
- Número de guías, procedimientos, protocolos conjuntos elaborados e implantados en:
 - Todas las unidades de Hospitalización pertinentes (o indicar en cuantas)

- Todos los Centros de Salud (o indicar en cuantos)
- Atención Especializada. Con periodicidad mensual:
 - Número de informes de alta emitidos.
 - Número de informes de ingresos programados recibidos desde Atención Primaria.
 - Número de pacientes incluidos en el Plan de Continuidad Asistencial de Personas Frágiles: Seguimiento por Enfermeras desde el Centro de Información y llamadas "Salud Responde"
- Atención Primaria. Con periodicidad mensual:
 - Número de informes al alta recibidos desde el hospital.
 - Número de informes de ingresos programados enviados al hospital.
 - Número de pacientes incluidos en el Plan de Continuidad Asistencial de Personas Frágiles: Seguimiento por Enfermeras desde el Centro de Información y llamadas "Salud Responde" y seguidos por las Enfermeras de Familia.

6.1 Indicadores

Informe de continuidad de cuidados ICC:

- Informes emitidos:
 - Número de ICC emitidos por AE / Número de altas totales.
 - Número de ICC emitidos por AP / Número total de ingresos programados.
 - Número de ICC emitidos por AE antes de 24 h. del alta / Número de altas totales.
 - Número de ICC emitidos por AP antes de 24 h del ingreso / Número de ingresos programados.
 - Nº de pacientes incluidos en el "Plan de Continuidad Asistencial de Personas Frágiles: Seguimiento por Enfermeras desde el Centro de Información y llamadas "Salud Responde" / Nº de altas totales
- Informes recibidos
 - Número de ICC recibidos por AE / Número de ingresos programados.
 - Número de ICC recibidos por AP / Número de altas totales
 - Número de ICC recibidos por AE en las 24 h. siguientes al ingreso / Número de ingresos programados.

Actividades de Formación conjunta por enfermeras de Atención Primaria y Enfermeras Clínicas

Memoria que incluya el tipo de actividades conjuntas realizadas entre las Enfermeras de Atención Primaria y Enfermeras clínicas de Atención especializada, objetivos de estas y número de participantes.

Un total de 6 reuniones durante 2005, destacando entre los objetivos alcanzados

Elaboración del documento de ICC así como el protocolo de cumplimentación
Presentación de la Guía de actuación compartida en el Gran Quemado.
En fase de confección, la Guía del paciente con EPOC y la de Cuidados Paliativos.

En fase de elaboración, protocolo de cumplimentación del cuadernillo de Continuidad de Cuidados.

Actividades de Formación conjunta por enfermeras de Atención Primaria y Enfermeras Clínicas: En total se han formado conjuntamente un total de 130 enfermeras del hospital (Datos remitidos a la DRDIC en noviembre de 2005)

Foro Interniveles de la Serranía: 1 participante del hospital

Foro Interniveles Hospital Clínico: 12 participantes del hospital

Grupo de Trabajo Pié Diabético AP-AE: 3 participantes del hospital

Jornadas de Alergia para AP: 8 participantes (en este acto se presentó la Guía de actuación de la Alergia, elaborado por los profesionales de la unidad de Inmunología del Hospital Civil)

II Jornadas AP-AE de la Serranía: 1 participante

I Encuentro de UGC en Granada: 2 participantes

XXII Congreso de Calidad Cádiz: 2 participantes

I Sesión Clínica AP-AE Salud Mental: 11 participantes

II Sesión Clínica AP-AE Salud Mental: 12 participantes

Curso Intérneles de utilización del Colágeno en la cura de heridas: 45 participantes.

I Congreso Salud Mental Comunitaria Granada: 4 participantes

Curso Tratamiento Psico-Familiar Básico Granada: 1 participante

XXVII Congreso Nacional de Enfermería Urológica Valladolid: 2 participantes

Estas actividades han representado foros de participación de los distintos niveles asistenciales, promoviendo la comunicación entre ellos y la búsqueda de mejoras en las actuales actuaciones, unificando los criterios de actuación y evitando la variabilidad clínica que crean notables mermas en la calidad percibida por los usuarios.

PLAN DE MEJORA "CUIDANDO A LAS CUIDADORAS"

Este plan recoge una propuesta de mejora de la atención sanitaria dirigida a las personas cuidadoras de grandes discapacitados:

El Sistema Sanitario Público de Andalucía establece, entre sus objetivos, potenciar la atención domiciliaria de forma que el paciente pueda permanecer en su domicilio en compañía de su familia el mayor tiempo y en las mejores condiciones posibles.

Los destinatarios de la atención domiciliaria frecuentemente son personas con graves dificultades para el autocuidado, muy dependientes, con necesidad de asistencia para realizar las actividades de la vida diaria e instrumentales, para el manejo y control de los síntomas y del régimen terapéutico relacionado con su proceso. Este tipo de pacientes constituye la prioridad inexcusable de atención domiciliaria.

En Andalucía, como cultura eminentemente mediterránea, la familia y la mujer siguen siendo la base principal de prestación de cuidados. Sin embargo, los cambios en la composición y organización familiar, en especial la reducción de su tamaño, la incorporación de la mujer al mercado laboral, y una mayor dispersión geográfica de los miembros de la familia, son factores que están provocando una disminución de la disponibilidad de cuidadores familiares, siendo en su mayoría mujeres del entorno familiar (hijas, esposas, nueras etc.) las que acaban proporcionando los cuidados, sin que ello suponga una disminución del resto de obligaciones que asumen las mujeres dentro del hogar, lo que se traduce en un aumento de las cargas de trabajo que en pocas ocasiones es compartido por otros miembros de la familia.

Tras la aprobación del Decreto de Apoyo a las Familias Andaluzas, las cuidadoras familiares han pasado de ser instrumentos de sustitución allí donde la atención era insuficiente o incompleta a convertirse en Población Diana de la cartera de servicios del Servicio Andaluz de Salud.

Atendiendo a esta situación, el sistema sanitario debe poner en marcha programas específicos que proporcionen ayudas a las cuidadoras familiares e igualmente facilitar medidas de apoyo a estas para la importante labor que realizan dentro del ámbito familiar y social, de tal forma que sea menos gravoso el cuidado, se puedan incorporar más personas al cuidado y no recaiga sólo sobre una sola persona.

Es necesario que la red familiar y social que cuida sea lo más amplia y adecuada posible, ya que la percepción de la carga que ocasiona el cuidado es un indicador tan importante que puede ser el mejor medidor de la prestación de ayuda. Numerosos estudios han señalado cómo el apoyo que recibe la cuidadora está relacionado con la propia percepción de la salud, siendo esta percepción mejor o peor en función de la ayuda recibida.

Entre las actuaciones a desarrollar por el Servicio Andaluz de Salud para favorecer la equidad, reconocer y facilitar la labor de la cuidadora familiar, se propone la puesta en marcha de una serie de medidas de discriminación positiva dirigidas a cuidadoras de grandes discapacitados. Estas medidas se dirigen fundamentalmente a aspectos relacionados con el acceso diferenciado a los profesionales y a la gestión de trámites administrativos sin la intervención de la cuidadora. Estos dos aspectos aparecen en un porcentaje elevado en las encuestas de satisfacción de los usuarios como aspectos a mejorar por parte de los Centros y pueden resultar muy útiles como indicadores de calidad en la atención dispensada.

Las medidas aquí propuestas se dirigen a las cuidadoras y al paciente al que cuidan y han de ser socialmente aceptables de tal forma que no generen rechazo ni en los profesionales ni en el conjunto de la población usuaria de los servicios sanitarios.

Las Gerencias de los Hospitales y las Direcciones de los Distritos de Atención Primaria deben ser los impulsores para la puesta en marcha de estas medidas, asegurando además la transmisión correcta de la información y la sensibilización de todos los profesionales implicados en el proceso.

Deben también explorar otras áreas susceptibles de mejora no recogidas en este documento y ponerlas a disposición de todo el SSPA mediante comunicación a la Dirección Regional de Desarrollo e Innovación en Cuidados.

VALORACIÓN PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA "PERSONA CUIDADORA DE GRAN DISCAPACITADO"

Para la inclusión de las cuidadoras en este Plan, debe valorarse no sólo a la cuidadora sino también al paciente definido como "gran discapacitado".

Criterios para la identificación del paciente con gran discapacidad:

- Paciente con altos niveles de dependencia para el cuidado (higiene, alimentación cambios posturales, eliminación,...) que recae en las personas cuidadoras.
- Paciente con problemas de salud en situación de encamamiento constante y prolongado.
- Deterioro cognitivo grave.

En la valoración del paciente, la puntuación del test de Pfeiffer debe ser mayor o igual a 5 y/o la del Miniexamen Cognoscitivo (MEC-35 y MEC-30) debe ser menor o igual a 20.

En la valoración del paciente, la puntuación del Índice Barthel debe ser menor de 60 y/o el Índice de Katz grados E-G (4 - 6 puntos)

Criterios para la identificación e inclusión, en su caso, de la cuidadora en el Plan:

Los criterios que han de cumplir las cuidadoras hacen referencia tanto a la situación en la que se desarrolla el cuidado, a la percepción que ellas tienen del cuidado que realizan y el esfuerzo que les supone. Estos criterios deben darse de manera simultánea junto con los que se han descrito para el paciente.

Los criterios que se han establecido para las cuidadoras son:

Referidos a la situación:

- Convivir en el domicilio de la persona que cuida o pasar más de 10 horas al día en el mismo aunque no resida en él.
- Asumir la responsabilidad principal de la atención de forma permanente
- No recibir remuneración económica por los cuidados del paciente

Referidos a la percepción y el esfuerzo del cuidador:

- Alto nivel de sobrecarga de la cuidadora. En la valoración, el índice de esfuerzo del cuidador debe ser mayor o igual que 7 puntos.
- Apoyo social percibido o funcional. En la valoración, el Cuestionario DUKE -UNC 11- debe ser menor a 32 puntos.

Criterios de exclusión del Paciente:

- Desaparición de los criterios establecidos para su inclusión como gran discapacitado.
- Exitus del paciente.
- Ingreso en una Institución o Residencia.

Criterios de exclusión de la Cuidadora:

- Desaparición de los criterios establecidos para la inclusión para la cuidadora.

El seguimiento de la cuidadora se llevará a cabo por la enfermera de familia de la cuidadora incluida en el programa, que se encargará de realizar una reevaluación cada 6 meses para la permanencia de ésta dentro del programa. Si se producen cambios en los criterios de inclusión en el programa, para el paciente o la cuidadora, se procederá a realizar la baja. Se comunicará a la cuidadora la baja en el programa, una vez que la baja sea efectiva, se procederá a anular su registro en la base de datos por la Unidad de Atención al Usuario del Centro de Salud.

PROCEDIMIENTO PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LAS CUIDADORAS DE GRANDES DISCAPACITADOS

Es necesario que las cuidadoras sean correctamente valoradas para su identificación como "cuidadora de gran discapacitado" para articular estas medidas y poner en marcha actuaciones que mejoren su accesibilidad al sistema de salud y facilite la prestación de servicios para ella y el paciente que cuida.

Con este fin se utilizará un adhesivo en la Tarjeta Sanitaria con una leyenda tipo: "Persona Cuidadora de gran discapacitado", un número único de seis dígitos que servirá para la identificación y localización de la cuidadora en la base de datos y el nombre del programa bajo el que se enmarca dicha tarjeta. La mención del programa ayudará a justificar la discriminación

positiva obtenida por las cuidadoras. Este sistema de fácil realización e implantación facilita la expedición de las identificaciones, ya que otros sistemas (caso de

tarjetas nominales) llevarían una logística más compleja en todos los Centros de Salud y Consultorios.

La identificación en cada tarjeta se realizaría por las Gestorías de Usuarios y/o las Unidades de Atención al Usuario de los Centros de Salud, una vez recibida la información de la Comisión creada para tal fin.

Para la gestión es necesario disponer de una base de datos donde se van introduciendo las altas de personas cuidadoras principales identificadas.

Dicha base recogerá los siguientes datos:

- Fecha de inclusión en el programa
- Número de identificación
- Centro de salud
- Nombre de la persona a la que cuida.
- Tiempo que tendrán la persona a su cargo¹
- Fecha y motivo de exclusión

En DIRAYA se creará un icono específico para "Cuidadora de gran discapacitado" para poder establecer las citas y recoger los datos en la historia de salud de estas personas.

Debido a las características y evolución clínica de los enfermos identificados como grandes discapacitados, el Centro de Salud es el lugar de referencia y sin duda donde en más ocasiones tiene que acudir la cuidadora de un gran discapacitado para cualquier trámite o consulta que necesite. Por este motivo tiene que convertirse en un lugar de fácil acceso para ellas y que le facilite los cuidados.

Con estas acciones lo que se pretende es que la cuidadora perciba ayuda por parte del personal, lo que redundará en una mejor percepción de los servicios para su familiar y para sí misma.

MEDIDAS A IMPLANTAR Y A DESARROLLAR EN ATENCIÓN PRIMARIA Y EN LA ASISTENCIA ESPECIALIZADA

EN EL CENTRO DE SALUD:

a) Gestión de consultas:

- Prioridad para las cuidadoras de grandes discapacitados en las consultas médicas y enfermeras: Ante la demanda de cita para ser atendida en consulta por cualquier profesional del centro, se deberá priorizar el acceso de manera diferenciada a las cuidadoras familiares de grandes discapacitados, aunque el profesional solicitado no tenga cita en la agenda (Cuando la cuidadora solicite una cita en el servicio de atención

al usuario y no pueda asignársele cita cuando la pida, el personal administrativo a cargo contactará telefónicamente con el profesional del equipo solicitado por la cuidadora para informarle de que remite a consulta a la cuidadora para que sea atendida de manera preferente por el profesional).

- Las Unidades de Trabajo Social deberán atender de forma diferenciada a las cuidadoras a fin de extender las redes de apoyo familiar de ésta para prevenir su aislamiento y fomentar la ayuda.
- Las Unidades de Atención al Usuario deberán tener presente que las citas tanto para el paciente como la cuidadora deberán enmarcarse en el llamado acto único, procurando siempre que sea posible que las citas que se soliciten sean resueltas en el mismo centro y el mismo día.

b) Gestión de recetas de fármacos:

- Las recetas de largo tratamiento (para cuidadora o paciente) deberán estar preparadas en la fecha correspondiente (según la duración del tratamiento prescrito) para poder ser recogidas en cualquier momento en la Unidad de Atención al Usuario, sin necesidad de pedir cita para consulta médica.
- El médico de familia incluirá de forma preferente en el programa receta XXI donde esté disponible los tratamientos de larga duración tanto del paciente como de la cuidadora.

- Las recetas que requieran visado serán gestionadas por el Centro, evitando que la cuidadora tenga que acudir al mismo en más de una ocasión para realizar este trámite.
- Cada enfermera y cada médico deberán llevar las recetas de sus pacientes y cuidadoras cuando realicen la visita domiciliaria a éstos, evitando así algunos desplazamientos al centro de la cuidadora, sin ningún valor añadido.

c) Gestión del material necesario para los cuidados a domicilio:

- La Unidad de Atención al Usuario del centro de Atención Primaria se encargará de la gestión completa del material ortoprotésico necesario para la cuidadora incluida en el programa y para el paciente al que cuida. La petición del material se realizará a través de su médico, trabajador social, enfermera de familia o enfermera comunitaria de enlace en su caso.
- El material necesario para los cuidados del paciente en el domicilio procedente del centro se facilitará por la enfermera cuando realice la visita domiciliaria, de manera reglada.
- La enfermera comunitaria de enlace como gestora de casos será el referente entre los centros de salud y hospitales en los trámites que requieran un desplazamiento de la cuidadora, como puede ser el desplazamiento para la solicitud de prestaciones de nutrición, de material ortoprotésico o de cualquier otro tipo, que requiera de coordinación con diferentes servicios del hospital.

d) Consultas a los especialistas para cuidadoras.

Es importante sensibilizar a los facultativos de Atención Primaria para que a las cuidadoras incluidas en el programa se les priorice la atención sobre todo en aquellas patologías que repercuten de manera directa en la tarea del cuidado, que además se han constatado que en numerosas ocasiones se desencadenan o agravan por dicha tarea (problemas osteoarticulares, emocionales...). Otro factor importante para la derivación es, como se ha señalado anteriormente, que en numerosas ocasiones el cuidado recae sobre una sola persona, por lo que cuando ésta enferma, la atención al paciente y el entorno familiar se alteran.

EN EL DOMICILIO

La modalidad de atención deberá ser preferentemente en el domicilio del paciente, incluida la atención a niños con gran discapacidad.

EN ATENCION ESPECIALIZADA:

En la unidad de Oncología Pediátrica, Neonatología y Rehabilitación de Adultos, se han realizado reuniones con las cuidadoras con temas informativos, de calidad percibida y de apoyo emocional.

Además se ha pilotado una mejora de coordinación intérneles en la Consulta de Oncología: coordinación con ECE para la extracción de pruebas analíticas a domicilio y posterior recepción en el área de Laboratorio del hospital, sin desplazamientos del paciente oncológico inmovilizado.

Las condiciones físicas y mentales en las que se encuentran estos pacientes hace que la asistencia al hospital o centro de especialidades suponga en muchas ocasiones un trastorno importante para él y para la cuidadora por el traslado, largas esperas, alteración de horarios, petición de permisos en el trabajo, ausencia prolongada del hogar, etc.

Es por ello por lo que la correcta articulación de estas medidas en el ámbito hospitalario es fundamental para mejorar la asistencia a pacientes y cuidadoras. Estas medidas son:

- Coordinar las citas y pruebas complementarias para cuidadora y paciente en un mismo día, tanto en las Consultas Externas de los Hospitales como en los Centros de Especialidades.
- Establecer un circuito preferente que de prioridad al traslado de estos pacientes en el servicio de ambulancia.
- Facilitar desde las plantas de hospitalización el descanso de la cuidadora, fomentando el que no permanezca las 24 horas en el hospital, evitando así la sobrecarga que esto supone. Debe proporcionarse una información clara y eficaz que favorezca la tranquilidad de la cuidadora durante su ausencia, reforzando el papel de las enfermeras como profesionales del cuidado.
- Las enfermeras y auxiliares de enfermería deben también valorar en las cuidadoras las aptitudes y experiencia previa para el cuidado del

paciente y hacerlas partícipes de los cuidados que se les proporcionan y van a continuar necesitando en sus domicilios.

GESTIÓN Y ORGANIZACIÓN DEL PLAN EN LOS CENTROS DE SALUD

Se asignará un número determinado de identificaciones por Centro de Salud que serán distribuidas de forma paulatina a medida que se vayan valorando e identificando, en su caso, a las cuidadoras de grandes discapacitados.

Las cuidadoras que mantienen su actividad como tales más allá de 2 años se pueden estimar sobre el 50% de las cuidadoras de la población diana de los pacientes de Atención Domiciliaria, aproximadamente 125.000 cuidadoras.

Se ha estimado que el 40% de las cuidadoras lo son de grandes discapacitados esto supone aproximadamente 50.000 cuidadoras. Por tanto el número de identificaciones a emitir entre el año 2005 -2006 será de 50.000

Comisión de evaluación del Plan "Cuidando a las Cuidadoras"

Se creará una Comisión específica formada por el adjunto de enfermería, el director del centro de salud, la enfermera comunitaria de enlace y, en su caso, por el trabajador social de referencia del centro.

Objetivos:

- Valoración de las cuidadoras propuestas para su inclusión en el Plan.
- Garantizar la prestación del servicio en los términos definidos en este documento.
- Medir el grado de satisfacción de las cuidadoras incluidas en el Plan, recoger sus sugerencias, valorarlas y en su caso incluirlas en el Plan.
- Enviar al Distrito cada seis meses la valoración y situación de desarrollo del Plan.

La captación de la persona cuidadora susceptible de recibir esta prestación podrá ser realizada por cualquier miembro del EBAP mediante un informe que presenta a la Comisión que recoja todos los ítems establecidos anteriormente.

La Comisión se reunirá siempre que existan solicitudes de inclusión a evaluar y será esta Comisión la responsable de decidir la inclusión de la persona cuidadora en este Plan.

Así mismo, será esta Comisión la que valore además de las inclusiones las posibles exclusiones por cambios en la situación tanto del paciente como de la Cuidadora, haciendo llegar a las Unidades de Atención al Usuario la notificación tanto de incluir a nuevas cuidadoras como las de finalizar la identificación como cuidadora, para que esta Unidad proceda a colocar el adhesivo o retirarlo en su caso.

9.- OBJETIVOS DEL CONTRATO PROGRAMA DEL H.R.U. CARLOS HAYA 2.005- 2.008 RELACIONADOS CON LA ENFERMERA DE ENLACE

ORGANIZACIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA COOPERACION ASISTENCIAL

Objetivo 2005-2008

El hospital reducirá el número de ingresos evitables en los procesos susceptibles de ser resueltos en los servicios de Atención Primaria mediante un adecuado tratamiento protocolizado interniveles.

Objetivo 2005

El Hospital identificará y monitorizará a aquellos pacientes frecuentemente hospitalizados cuyo ingreso podría haberse evitado mediante un abordaje inicial adecuado en AP y establecerá un tratamiento protocolizado con este nivel.

Evaluación

El Hospital identificará, evaluará y clasificará de entre los pacientes pluripatológicos, frágiles y crónicos con episodios de reagudización con mas de tres ingresos en los seis últimos meses, a aquellos con deterioro de la movilidad física, con afrontamiento familiar inadecuado, con circunstancias en las que existe un cansancio del rol del cuidador principal o con un manejo inefectivo del régimen terapéutico y remitirá trimestralmente un listado de los mismos al Distrito. Los Centros de Salud adoptarán junto con el Hospital las medidas de actuación necesarias para modificar en lo posible esa realidad que se concretaran en una Guía de Actuación Compartida

Indicador

Nº de pacientes pluripatologicos identificados y remitidos al distrito.
Asumible

Objetivo 2005

El Hospital, en el informe de alta, enviará a los Centros de Salud el nombre y teléfono de contacto del médico, enfermera responsable y trabajador social del centro en el caso de los pacientes de más de 65 años y/o afectados por un proceso crónico en el Hospital.

Indicador

Nº de derivación con los datos de identificación de profesionales asociados al centro de salud de referencia.

El hospital cumple con este objetivo.

Tras la autoevaluación realizada durante el pasado mes de noviembre sobre los registros enfermeros, comprobamos que el 70% de los ICCs incluían el nombre y firma de la enfermera responsable en el momento del alta.

Objetivo 2005

El hospital proveerá al distrito de AP (sin intervención de los usuarios) de aquellos materiales necesarios para el tratamiento domiciliario de los pacientes, que por sus características específicas no estén incluidos en los catálogos de material de AP y que el distrito comunicará al hospital

Evaluación

Envío de los circuitos establecidos con AP y listado de material suministrado a estos SSCC antes del 31 de Julio

Se hace con regularidad

Objetivo 2005-2008

El Hospital continuará monitorizando junto con el Distrito a aquellos pacientes con un alto índice de utilización de consultas de especialistas que podrían disminuir mediante un tratamiento protocolizado en AP. El Hospital identificará, evaluará y clasificará a dichos pacientes (pluripatológicos, frágiles, crónicos con episodios de reagudización, etc.) y remitirá mensualmente un listado de los mismos al Distrito.

Objetivo 2005

El Distrito adoptará junto con el Hospital las medidas de actuación necesarias para modificar en lo posible esa realidad, que se concretará en una Guía de Actuación Compartida

Evaluación

Envío de la guía a los SSCC del SAS

Actualmente no se hace, pero se puede asumir y coordinar en el comité de coordinación AE-AP

Objetivo 2005-2008

En el año 2005 todos los servicios clínicos del Hospital tendrán establecidos circuitos que permitan a los profesionales de AP el contacto fluido con los especialistas a los que derivan pacientes para interconsulta

Objetivo 2005

El Hospital tendrá operativos procedimientos que faciliten las funciones de consultoría (presencial, telefónica o telemática) de las ZBS en las especialidades a las que es posible la derivación para interconsulta desde AP

Evaluación

Análisis de los procedimientos de acceso a la consultoría para cada consulta especializada incluida

Solo se hacen Derma y en solo 2 centros de salud, los retinografos instalados pero aun no operativos al 100%

Objetivo 2005

Se potenciarán protocolos conjuntos de actuación y tratamiento en las urgencias más frecuentes que, presumiblemente, requieran atención en los dos niveles asistenciales

Función del comité de coordinación de EA y AP, asumible

Objetivo 2005

El Hospital podrá solicitar a los dispositivos de Atención Primaria que los pacientes dados de alta por el servicio de urgencias Hospitalarias, que así lo requieran, sean atendidos en consulta o en domicilio en menos de 48 horas por dichos dispositivos, para lo cual deberán garantizar el envío de la información necesaria al Centro de Salud correspondiente, preferentemente por teléfono o fax. El Centro de Salud se compromete a garantizar dicha asistencia.

Función del comité de coordinación de EA y AP. Se puede asumir.

Objetivo 2005-2008

El Hospital en el año 2004, habrá establecido los criterios clínicos y los procedimientos organizativos para que los pacientes anticoagulados con acenocumarol, estables, puedan seguir la terapia de mantenimiento en los Centros de Salud

Objetivo 2005

Los pacientes anticoagulados con acenocumarol que sigan terapia de mantenimiento y controles de coagulación en los Centros de Salud, conforme a los criterios clínicos establecidos, deberán representar al menos el 70% del total

Indicadores

Número de pacientes anticoagulados transferidos a AP x 100/ Número de pacientes anticoagulados

Actualmente estamos aproximadamente entre el 30-40%, difícil de lograr se trabajará en ello.

Objetivo 2005-2008

El hospital en el año 2004, habrá establecido los mecanismos de coordinación y reciclaje necesarios con los Distritos, para que la extracción de cordales pueda realizarse en Atención Primaria

Objetivo 2005

El hospital mantendrá la oferta de reciclaje para los Odontólogos y Estomatólogos de Atención Primaria en materia de extracción de cordales, que comprenda una parte teórica y una práctica

Evaluación

Programa ofertado a los Distritos que tienen de referencia el Servicio de Cirugía Máxilofacial del hospital.

Número de facultativos incluidos en el programa

Asumible, actualmente rotan por el CARE

Objetivo 2005-2008

El hospital dispondrá de un mecanismo para el seguimiento continuado de pacientes con Terapias Respiratorias

Objetivo 2005

El hospital remitirá un listado de pacientes con Terapia Respiratoria con las indicaciones clínicas correspondientes al Distrito de Atención Primaria para asegurar su seguimiento

Indicador

Número de pacientes remitidos a AP para su seguimiento/ total de pacientes con Fisioterapia Respiratoria

Número de pacientes seguidos en domicilio / total de pacientes con Fisioterapia Respiratoria

Si se pueden remitir., igualmente se diseñarán los flujos por el comité EA y AP.

Objetivo 2005-2008

El hospital en el 2004 será referente para la formación en cuidados básicos demandada por las organizaciones de voluntariado, asociaciones de autoayuda y cuidadores informales de pacientes ancianos, frágiles o pluripatológicos del área del hospital

Objetivo 2005

El hospital mantendrá y ampliará la oferta de programas formativos sobre cuidados básicos dirigido a las organizaciones de voluntariado, asociaciones de autoayuda y cuidadores informales de pacientes ancianos, frágiles o pluripatológicos del área del hospital

Indicador

Oferta formativa a las asociaciones del área y número de participantes Asumible, pendiente de la coordinación con los trabajadores sociales.

Durante el ejercicio 2005 se ha realizado:

Talleres formativos periódicas con la asociación de voluntarios Avoi, responsables de Ludoteca para atención en el área recreativa de los niños ingresados en el hospital.

En este año se han celebrado las XII Jornadas de Atención Integral al niño hospitalizado destinado a personal sanitario, maestros, psicólogos, voluntariados y todos los profesionales relacionados con la atención al niño en el SSPA.

ORGANIZACIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA GESTIÓN DE CUIDADOS

1. Personalización

Objetivo 2005-2008

El Hospital garantizará la asignación de una enfermera referente de cuidados del paciente

Objetivo 2005

El Hospital organizará los servicios de enfermería de forma que asegure la personalización de los cuidados al menos en los servicios de Medicina Interna, Oncohematología, Traumatología y Neurología (asignación Primaria)

Evaluación

Se elaborará y remitirá a la Dirección Regional de Desarrollo e Innovación en Cuidados un informe donde se especifique cómo se implanta en estas Unidades la personalización de los cuidados. Octubre 2005.

Existe un protocolo de asignación enfermera paciente en las unidades de Neurología, Oncología, Traumatología, Hematología.

Esta información fue enviada a la Dirección Regional de Desarrollo e Innovación de Cuidados con fecha 31 de octubre de 2005.

2. Continuidad de cuidados

Objetivo 2005-2008

El Hospital se coordinará con los Distritos Sanitarios para el desarrollo de las Comisiones de Cuidados de Área.

Evaluación

Se remitirá a la Dirección Regional de Desarrollo e Innovación en Cuidados las copias de las actas de los acuerdos alcanzados de forma semestral.

Objetivo 2005-2008

El Hospital se coordinará con los Distritos Sanitarios para el desarrollo de las Guías de Actuación Compartida en pacientes pluripatológicos, frágiles y crónicos con deterioro de la movilidad física, afrontamiento familiar inadecuado, cansancio del rol de cuidador principal y manejo inefectivo de régimen terapéutico.

Objetivo 2005

La Comisión de Cuidados de Área elaborará al menos dos guías de actuación compartida en relación a los pacientes antes referidos.

Evaluación

Se remitirá a la Dirección Regional de Desarrollo e Innovación en Cuidados las guías elaboradas antes del 30 de octubre.

Se han elaborados tres guías de actuación compartida:

Quemados
Cuidados Paliativos
EPOC

Las dos últimas (EPOC y Cuidados Paliativos) están en fase de desarrollo.

Las guías fueron remitidas a la Dirección de Desarrollo e Innovación en Cuidados el 30 de Octubre, en el estado que se encontraban en ese momento, junto con toda la información relacionada con este objetivo.

Objetivo 2005-2008

El Hospital elaborará junto con los Distritos Sanitarios un formato de Informe de Continuidad de Cuidados consensuado dentro de la Comisión de Cuidados de Área.

Objetivo 2005

Durante el primer semestre se habrá elaborado y puesto en marcha el Informe de Continuidad de Cuidados elaborado por la Comisión de Cuidados de Área.

Evaluación

Remisión a la Dirección Regional de Desarrollo e innovación en Cuidados del modelo de Informe elaborado antes del 30 de junio

Con fecha 30 de junio se remitieron a la DRDIC las actas de las reuniones mantenidas por la Comisión de Cuidados del Área, el modelo de Informe de Continuidad de Cuidados elaborado y el protocolo correspondiente para su cumplimentación.

Objetivo 2005-2008

El Hospital aumentará anualmente el porcentaje de pacientes con Informes de Continuidad de Cuidados al alta hasta llegar al 100% en el último año del período.

Objetivo 2005

El Informe de Continuidad de Cuidados se elaborará al menos en el 50% de los pacientes hospitalizados

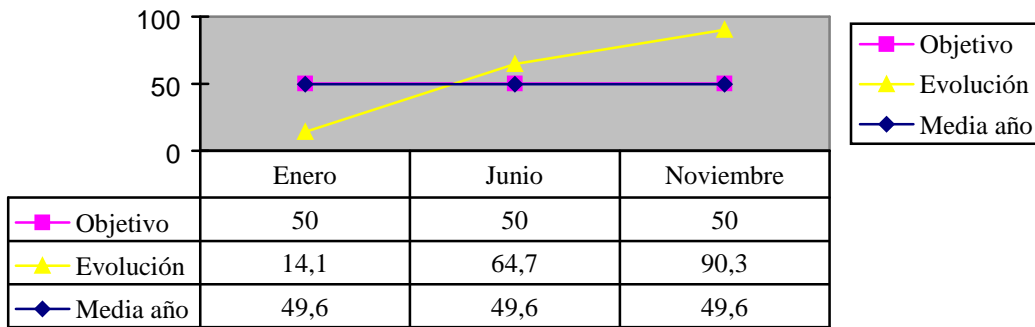
Evaluación

Revisión de Historias Clínicas

Indicador

$$\text{N}^{\circ} \text{ de ICC en historia clínica} \times 100 / \text{N}^{\circ} \text{ total de altas (envío de datos octubre)}$$

El porcentaje total de Informes de Continuidad de Cuidados remitidas has sido del 49,65% del total de altas. Sin embargo, es necesario resaltar la favorable evolución realizada durante el ejercicio en la remisión de dichos informes: en enero se remitieron únicamente 191 ICCs desde el Pabellón General (14,1% del total) mientras que a partir del mes de octubre se elevó a mas del 90%.



Objetivo 2005-2008

El Hospital establecerá los circuitos necesarios para que los informes de continuidad de cuidados, lleguen a cada una de las zonas básicas antes de 48 horas.

Objetivo 2005

El Hospital enviará directamente (sin intervención del usuario) a las Zona Básicas en un periodo menor de 48 horas los informes de continuidad de cuidados (no manuscritos) conteniendo el plan de cuidados que incluya: valoración integral, diagnósticos de enfermería e intervenciones que requieran continuidad de cuidados.

Evaluación:

Se realizará a partir de los informe de continuidad de cuidados recibidos en los Distritos Sanitarios

El circuito establecido para la remisión de los ICCs a AP asegura que estos estén en 24 horas en la zona básica de salud correspondiente:

Una vez firmada el alta del paciente, la enfermera de la unidad cumplimenta el ICC y es enviado por la supervisora a la Dirección de Enfermería, donde se realiza el envío por correo electrónico. La práctica totalidad de los ICCs se remiten en las veinticuatro horas siguientes al alta del paciente, pueden producirse demoras en altas de fin de semana, en cuyo caso se recurre al Plan de Telecontinuidad de Cuidados.

Objetivo 2005-2008

El Hospital establecerá los circuitos necesarios para que los informes de continuidad de cuidados con los diagnósticos de Déficit de Autocuidado, Deterioro de la Movilidad Física, Deterioro de la integridad cutánea, Conocimientos deficientes de su proceso, manejo inefectivo del régimen

terapéutico, dolor crónico, afrontamiento familiar comprometido o cansancio en el desempeño del rol del cuidador lleguen a cada una de las zonas básicas antes de 24.

Objetivo 2005

El hospital garantizará la emisión del informe de continuidad de cuidados antes de las 24 horas en los pacientes antes descritos en un 95% de los casos.

Evaluación

Se realizará a partir de los informes de continuidad de cuidados recibidos en los Distritos Sanitarios

No disponemos aún de datos fiables que nos permita la captación de este tipo de pacientes. No obstante, dada la dinámica de trabajo con los ICCs podemos garantizar que en la totalidad de los pacientes definidos el informe es remitido en las primeras veinticuatro horas tras el alta.

Objetivo 2005-2008

El Hospital junto con el Distrito deberá realizar encuentros para exponer las experiencias conjuntas en relación al desarrollo e innovación en Continuidad de Cuidados.

Objetivo 2005

El Hospital realizará junto con el distrito un foro de encuentro para exponer las experiencias conjuntas en relación a la continuidad de cuidados.

Evaluación

Se enviará a la Dirección Regional de Desarrollo e Innovación en Cuidados el programa de la actividad desarrollada. Antes del 31 de noviembre.

Objetivo 2005-2008

El Hospital garantizará la coordinación con el Distrito Sanitario para la planificación del alta hospitalaria en aquellos pacientes que lo requieran. Con motivo de la implantación del programa de Enfermería Hospitalaria de Enlace, mediante la incorporación de dos profesionales de enfermería, la Dirección de Enfermería del Hospital Regional Universitario de Málaga

"Carlos Haya" organizó el pasado 20 de diciembre de 2005, un foro de encuentro entre las enfermeras de los distintos niveles asistenciales del Servicio Sanitario Público de Andalucía, donde se presentaron y debatieron las líneas de trabajo en las que se basa la Continuidad Asistencial y las experiencias de dicha actuación en la calidad percibida por los ciudadanos.

En total se reunieron 165 profesionales de enfermería de los distintos niveles asistenciales (El programa del Foro fue remitido a la DRDIC en noviembre)

Objetivo 2005

La Enfermera de Enlace Hospitalaria/Supervisora de la Unidad / Enfermera referente se pondrá en contacto con la Enfermera Comunitaria de Enlace para la planificación conjunta del alta.

Indicador

N° de altas planificadas conjuntamente x 100 / N° de altas totales del hospital (envío de datos mayo y octubre)

Se han coordinado altas a domicilio conjuntamente entre ECE y enfermeras de las unidades de enfermería de este Hospital durante el año 2005, en torno a unas 199 del total de las altas que han habido en el Hospital, afectando a pacientes pediátricos con gran demanda de cuidados, pacientes de Salud Mental, Rehabilitación y Oncología.

Dada la incorporación de las EHE durante el mes de diciembre de 2005, no fue posible establecer este tipo de planificación conjunta, a pesar de ella si que

Se han remitido datos de este objetivo a la DRDIC en mayo y octubre.

Objetivo 2005-2008

El Hospital llevará a cabo las acciones necesarias para el desarrollo del "Plan de seguimiento telefónico al alta" desde el Servicio Salud Responde.

Objetivo 2005

El Hospital enviará al menos el 95% de las altas susceptibles de seguimiento telefónico al servicio Salud Responde.

Indicador

N° de altas enviadas a Salud Responde \times 100 / N° total de altas cursadas
(envío de datos mayo y octubre)

Se han remitido datos de este objetivo a la DRDIC en mayo y octubre. En mayo se habían contabilizado un total de 1519 derivaciones a salud responde, En cambio en los datos remitido en el mes de octubre (periodo junio octubre) suponen un total de 48 derivaciones. En el entorno de salud responde nos consta un total de 96 derivaciones desde el 24 de junio al 31 de diciembre.

A partir de la implantación del entorno web para teleasistencia, hemos encontrado dificultades técnicas que impedían el envío normal de los datos.

Así mismo cabe destacar que no disponemos aún de datos fiables que nos permita la captación de este tipo de pacientes. De esta manera hemos garantizado el envío de dicha información en aquellos pacientes que han recibido alta médica en fines de semanas y/o festivos.

Objetivo 2005-2008

El Hospital deberá establecer los mecanismos necesarios para conocer las preactas. 24 horas antes de que se produzcan y comunicarlo a la unidad responsable del transporte sanitario

Objetivo 2005

Las enfermeras supervisoras identificarán al menos el 25 % de las prealtas 24 horas antes de que se produzcan y comunicar a la unidad de transporte sanitario el punto de origen y de destino

Indicador

Número de altas que requieren transporte sanitario remitidas a la unidad de transporte sanitario
 $24 \text{ horas antes del alta} \times 100 / \text{Número de altas que han requerido transporte sanitario.}$

OBJETIVO NO EVALUADO

ORGANIZACIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA ACTIVIDAD ASISTENCIAL (HOSPITALIZACIÓN)

Información para el hospital

Índice de complejidad de referencia (CMBDA 2003)

Objetivo 2005-2008

El hospital gestionará de forma eficiente los ingresos, la complejidad de su casuística y las estancias, reduciendo el número de estancias evitables a menos del 2% al final del periodo

En el primer semestre nuestro índice de complejidad es de 1,52

Objetivo 2005

El hospital deberá aproximar su índice de utilización de estancias a la unidad en el caso de que se encuentre por encima de ella

Indicador

Estancia media observada / Estancia media esperada

El hospital trabajará para que nuestro índice de utilización de estancias se acerque a la unidad.

Nuestra E. M. es inferior a la pactado (8,47), está en 8.27, por tanto asumible

Objetivo 2005-2008

Todos los pacientes de más de 65 años y los afectados por procesos crónicos que accedan al área de hospitalización y/o a las consultas, tendrán un único médico y enfermera responsables de su proceso y las citas para procedimientos diagnósticos y/o tratamientos estarán coordinadas

Objetivo 2005

El hospital mantendrá el envío a los Centros de Salud, de los nombres y teléfonos de contacto del médico y la enfermera responsables de cada paciente de más de 65 años o afectado por un proceso crónico en el hospital

Evaluación

Valoración de los listados de pacientes con medico responsable recibidos en los Centros de Salud

Se hace con regularidad

Tras la autoevaluación realizada durante el pasado mes de noviembre sobre los registros enfermeros, comprobamos que el 70% de los ICCs incluían el nombre y firma de la enfermera responsable en el momento del alta.

Objetivo 2005-2008

En el año 2005 todas las enfermeras se adscribirán a las unidades en función de su adecuación a las competencias definidas en el mapa de competencias para cada puesto

Objetivo 2005

El hospital asegurará que las enfermeras adscritas a las unidades de Salud Mental, Hemodiálisis y Unidades de Cuidados intensivos de adultos y pediátricas disponen de las competencias necesarias para asegurar una atención de calidad a los pacientes

Evaluación

Auditoría del proceso de selección interna de las enfermeras de estas unidades

Unidad de Emergencias - Críticos:

Formación en Reanimación Cardiopulmonar Básica, Reciclaje en RCP Avanzada, Soporte Vital Avanzado Pediátrico, Cursos descentralizados de formación Interna sobre Planificación de Cuidados.

Elaboración del Mapa de Competencias tipo para el personal de enfermería adscrito a la Unidad de Emergencias Críticos.

Curso de Experto Universitario en Enfermería de Cuidados Críticos y Urgencias

Unidad de Nefrología-Hemodialisis:

Desarrollo de un Curso de Experto Universitario en Enfermería Nefrológica

Diseño de 10 capítulos del Libro "Experto Universitario en Enfermería Nefrológica" editado por la Escuela Universitaria de Ciencias de la Salud de Málaga (ISBN: J-17-2001) publicado durante el 2005.

Proyecto de Investigación presentado por personal de la Unidad solicitado al FIS sobre "La sobrecarga del cuidador principal del paciente en Hemodiálisis."

Asistencia de varios profesionales de la Unidad al XXX Congreso de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica, con la presentación de tres ponencias, una comunicación y un póster.

Unidad de Salud Mental

Participación de un total de 31 profesionales en distintos actos formativos externos, entre los que se encuentra el I Congreso de Salud Mental Comunitaria, con la presentación de una ponencia, Curso Tratamiento Psico-Familiar Básico y las Jornadas de Salud Mental Intersectorial entre otros.

Se han realizado un total de dos sesiones clínicas multidisciplinares con la participación de 12 profesionales de enfermería en cada uno, junto a médicos, psicólogos, terapeutas.

ORGANIZACIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA ACTIVIDAD ASISTENCIAL (HOSPITALIZACIÓN / ESTANCIAS EVITABLES)

Objetivo 2005-2008

En general, el Hospital tenderá a ajustar progresivamente la estancia media de sus GDRs a las del estándar en el caso de que se encuentren por encima de éste.

Objetivo 2005

El Hospital tenderá a reducir en al menos un tercio la diferencia entre la estancia media de sus GDRs y las del estándar en el caso de que aquellas se encuentren por encima de éste.

Indicador

Estancia media para los GDRs relacionados.

ORGANIZACIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA REHABILITACION Y FISIOTERAPIA

Objetivo 2005-2008

El hospital adaptará el funcionamiento de sus recursos de rehabilitación al cumplimiento de los planes integrales en que se refleja su participación, particularmente en el desarrollo del plan de rehabilitación especializada tras su redacción definitiva.

Objetivo 2005-2008

El hospital garantizará la valoración de todas las personas que sufren procesos discapacitantes por profesionales de rehabilitación y la aplicación de tratamientos rehabilitadores en todos los casos en que resultan útiles y eficientes.

Objetivo 2005

Siguiendo las recomendaciones de los respectivos PAI el hospital fomentará las actividades de atención rehabilitadora para a las personas contempladas en los siguientes procesos discapacitantes: EPOC, dolor torácico, ataque cerebrovascular, fractura de cadera, cáncer de mama.

Evaluación

Número de adaptaciones locales de procesos (arquitectura 4) que incluyen las actividades de rehabilitación

Indicador

Número de adaptaciones locales de procesos (arquitectura 4) que incluyen las actividades de rehabilitación igual a 5

Fuente de información:

Guías recibidos en la Unidad de Coordinación de Procesos

En 2005 Fractura de cadera, en 2006 ataque cerebrovascular y cancer de mama, en 2007 EPOC y Dolor torácico

Objetivo 2005-2008

El hospital adoptará cuantas medidas sean necesarias para que no existan limitaciones al acceso a los tratamientos rehabilitadores.

Objetivo 2005-2008

El hospital se coordinará con los Distritos de Atención Primaria de su ámbito para optimizar el funcionamiento de las salas de rehabilitación y fisioterapia tanto de AP como del propio hospital de acuerdo con lo establecido en la Guía de Procedimientos de Rehabilitación y Fisioterapia en AP. En las zonas básicas de salud donde la AP no disponga de recursos de rehabilitación y fisioterapia, será el propio hospital el que asuma por completo esta atención, así como la implantación y seguimiento de dicha guía.

Objetivo 2005

Los pacientes en rehabilitación, cuyo domicilio esté incluido en el ámbito de actuación de una sala de tratamiento de AP serán derivados a ésta cuando sea técnicamente posible. Cuando la sala no pueda asumir la atención del paciente éste será atendido en la sala de tratamiento del hospital.

Evaluación

Porcentaje de pacientes susceptibles de tratamiento en atención primaria que han sido tratados en el hospital

Indicador

Número de pacientes tratados en el hospital procedentes de zonas básicas con sala de fisioterapia menor a 0,1% de la población de referencia de esas salas de fisioterapia.

Fuente de información:

Auditoría anual, BDU

NO en 2005, no se derivan

Objetivo 2005

La derivación de pacientes desde el hospital a la sala de su ZBS se hará siguiendo estrictamente los criterios y procedimientos contenidos en la Guía de Procedimientos de Rehabilitación y Fisioterapia en AP

Evaluación

Derivaciones remitidas a AP

Indicador

Derivaciones remitidas a AP de forma incorrecta. Valores admitidos: 0

Fuente de información:

Registro de incidencias de las salas de atención primaria
El hospital cumple con este objetivo

Objetivo 2005

El hospital contribuirá a mejorar la accesibilidad a la rehabilitación y la fisioterapia llevando la consulta de rehabilitación a todas las salas de atención primaria

Evaluación

Porcentaje de salas de atención primaria con consulta de rehabilitación respecto al total de salas de rehabilitación del área
El hospital cumple con este objetivo

Indicador

Porcentaje de salas de atención primaria con consulta de rehabilitación respecto al total de salas de rehabilitación del área
Valores admitidos: 100% (en las áreas en las que la plantilla de rehabilitadores es inferior al número de salas, cabe la posibilidad de rebajar transitoriamente este porcentaje de acuerdo con la Subdirección de Atención Especializada)

Fuente de información:

Ficha de características de cada sala de atención primaria y "Gerhonte"

Objetivo 2005

El hospital contribuirá a mejorar la accesibilidad a la rehabilitación y la fisioterapia situando a fisioterapeutas en salas de fisioterapia de atención primaria que tengan más de 20000 habitantes por fisioterapeuta. Esta forma de colaboración será obligada cuando la ratio de fisioterapeutas por habitante del hospital sea inferior a 12000 habitantes, empleando para el cálculo la población que sólo puede ser atendida por el hospital.

Evaluación

Ratios de fisioterapeutas de los dispositivos asistenciales atención primaria y de atención especializada

Indicador

Número de fisioterapeutas por zona básica / población de zona básica

Fuente de información:

BDU y registros de la aplicación "Gerhonte"

Si en 2005, todas las salas tienen más de 20.000 habitantes por fisioterapeuta, alguna llegan a 30.000.

Objetivo 2005-2008

Todos los pacientes que requieren rehabilitación y no pueden o no deben desplazarse a una sala de tratamiento serán atendidos en su propio domicilio en los plazos más convenientes para su mejor evolución. En el caso de que el paciente tenga su domicilio en una zona básica con una sala de fisioterapia o con un equipo móvil, será dirigido adecuadamente en forma y plazo al dispositivo de apoyo a la rehabilitación de atención primaria. En el caso de que el paciente habite en una zona básica en la que el único recurso de rehabilitación está situado en el hospital, serán los fisioterapeutas del hospital los que se desplacen al domicilio del paciente.

Objetivo 2005

Todos los pacientes que requieren rehabilitación y no pueden o no deben desplazarse a una sala de tratamiento serán atendidos en su propio domicilio en los plazos más convenientes para su mejor evolución

Evaluación

a) Áreas con equipos móviles: Porcentaje de pacientes G1 del equipo móvil que son procedentes de atención especializada

b) Áreas en las que el hospital es el único recurso de rehabilitación: Número de pacientes atendidos en domicilio

Los equipos móviles de rehabilitación domiciliaria cumplió los objetivos propuestos en el 2005

Indicador

a) Áreas con equipos móviles: Porcentaje de pacientes G1 del equipo móvil que son procedentes de atención especializada. Valores admitidos: superior a 25% (inferior a 50%)

b) Áreas en las que el hospital es el único recurso de rehabilitación: Número de pacientes atendidos en domicilio. Valores admitidos: 0,09% anual de la población

Fuente de información

SIGAP e INHIOS

10.- FUENTES REFERENCIALES

- 1.- M. Serrano Romero - 03/02/2006 El Pais.es WEBSALUD
- 2.- Unidad de Coordinación Asistencial en el Hospital Torrecardenas: Un servicio a los ciudadanos gestionado por enfermeras. Hospital Torrecardenas. S.A.S. Almería
- 3.- Contrato Programa S.A.S H.R.U Carlos Haya 2.003 Y 2.005-2.008
- 4.- La Enfermera Comunitaria de Enlace: una propuesta de mejora en Atención Domiciliaria. Gonzalo Duarte Climents. Enfermero. Servicio Atención Primaria, planificación y evaluación. Servicio Canario de Salud.
- 5.- La enfermería en la asistencia sanitaria al anciano. *Nursing in health care of the elderly* M.I. Egurza (1), P. Notivol (2). (1). Enfermera. Centro de Salud "Casco Viejo". (2). T.E.U. Universidad Pública de Navarra. Área Enfermería.
- 6.- Revista Enfermería facultativa, nº 94, marzo 2.006
- 7.- Fuentes Bibliográficas S.A.S. Conserjería Salud. Junta de Andalucía
- 8.- Documentos de Clase. Master Gestión Servicios Sanitarios. Universidad de Barcelona.
- 9.- Documentos de Clase. Diploma Gestión Servicios Sanitarios. E.A.S.P. Granada.
- 10.- H.R.U. Carlos Haya. Web, www.carloshaya.net.
- 11.- Internet