

PROGRAMA INTEGRAL DE ATENCIÓN AL PACIENTE PLURIPATOLÓGICO

PALMA DE MALLORCA , NOVIEMBRE 2006

AUTOR:

Francesc Alberti Homar. Coordinador de programa PPL

COLABORADORES:

Luis Feliu Mazaira. Médico.

Maria Calderón Cerezo. Enfermera

Carmen Saenz Gandarias. Enfermera.

M^a Rosario Serra Soler. Enfermera.

Antonio Bennasar Vives. Enfermero

Pilar Fuster Obredor. Trabajadora Social.

AGRADECIMIENTOS:

Joan Santamaría Semis. Médico.(Instrumentos de valoración sociosanitaria)

INDICE

I. INTRODUCCIÓN.....	4
II. JUSTIFICACIÓN.....	10
III .POBLACIÓN DIANA.....	13
A. DEFINICIÓN DE PACIENTE PLURIPATOLÓGICO:	13
B. POBLACIÓN DIANA:.....	15
C .CRITERIOS DE ENTRADA EN PROGRAMA:.....	15
D. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:.....	17
IV. OBJETIVOS DEL PROGRAMA	18
V. VALORACIÓN DEL PACIENTE PLURIPATOLOGICO	21
A .VALORACIÓN INTEGRAL:	21
B. PLAN TERAPÉUTICO.....	26
C. CONTINUIDAD ASISTENCIAL:	26
VI PROCESOS	28
A. PROCESO ENFERMERO DE ATENCIÓN AL PACIENTE PLURIPATOLOGICO.....	28
B. VALORACIÓN E INTERVENCIÓN SOCIAL	44
VII CIRCUITOS.....	47
A. CAPTACIÓN:	47
B. CONTINUIDAD ASISTENCIAL	49
VIII MATERIAL Y METODOS:.....	51
IX REGISTRO, INDICADORES Y GESTIÓN	53
X. BIBLIOGRAFÍA	56
XI. ANEXOS	58
1. INSTRUMENTS DE VALORACIÓ SOCIOSANITÀRIA	58
Activitats Bàsiques de la Vida Diària (ABVD) Índex de Barthel.....	59
Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD) Índice de Lawton y Brody ..	63
Escala de Riesgo de Caídas (J.H. Downton, 1993).....	65
Pruebas para la detección de problemas de equilibrio y marcha	66
Valoración del Equilibrio y de la Marcha - Escala de Tinetti	67
PARTE I: EQUILIBRIO	67
PARTE II: MARCHA	68
Short Portable Mental Status Questionnaire de Pfeiffer - SPMSQ	69
Mini Examen Cognoscitivo (MEC) - Lobo et al., 1979	70
Escala de depresión geriátrica. Yesavage, GDS-15.....	72
Escala de Deterioro Global de Reisberg - GDS (<i>Global Deterioration Scale</i>)....	73
Historia social.....	76
Evaluación del estado nutricional. Mini Nutritional Assessment- MNA	78
Plan terapéutico interdisciplinar	81
2.ANEXOS PROCESO ENFERMERO.....	82

I. INTRODUCCIÓN

Los indudables avances sociales y sanitarios han conducido a un incremento notable de la expectativa de la vida, ello es la causa de que exista un número cada vez mayor de personas de edad avanzada. Una gran parte de la demanda de servicios sanitarios tanto en el ámbito de atención primaria como especializada se produce por este segmento de la población que si bien, aunque pequeño precisa de frecuentes y continuados cuidados sanitarios con un consumo de recursos (visitas, ingresos, pruebas complementarias, farmacia..) que cuadruplican el promedio por paciente.

La evolución de la población española en los últimos 100 años se puede observar que los mayores de 65 años no han dejado de crecer en ningún momento, la población se ha duplicado en su conjunto mientras que los mayores de 65 años se ha multiplicado por siete (de 967.754 a principios de 1900 se ha pasado a 6.503.768 en 1988). A su vez, un fuerte descenso de la natalidad ha hecho que el porcentaje de personas mayores se haya incrementado notablemente llegando al 16,8% de la población. (Fig.1)

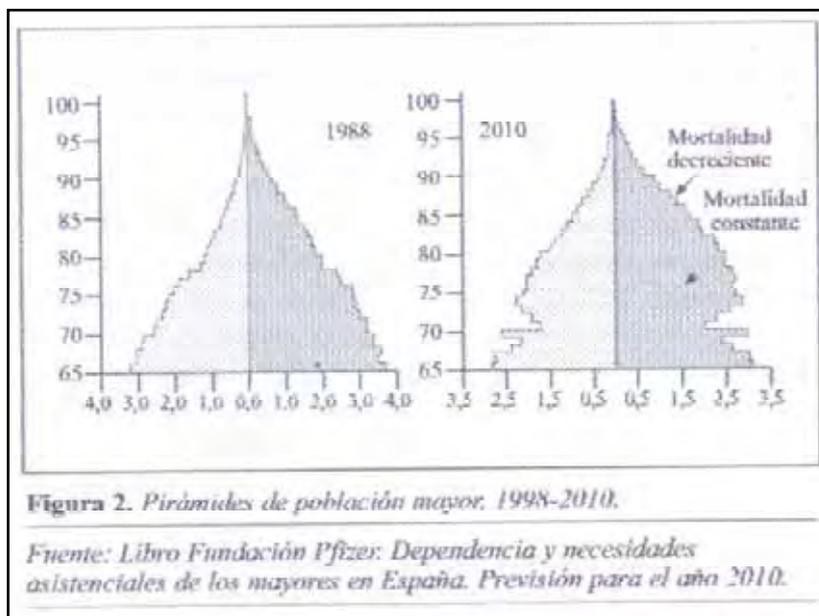


FIG 1

En nuestra comunidad según datos del INE del 2001 la población de las islas era de 841. 669 hab. Siendo los mayores de 65 años 123.540 representando el 15% de la población distribuidos de la siguiente forma:

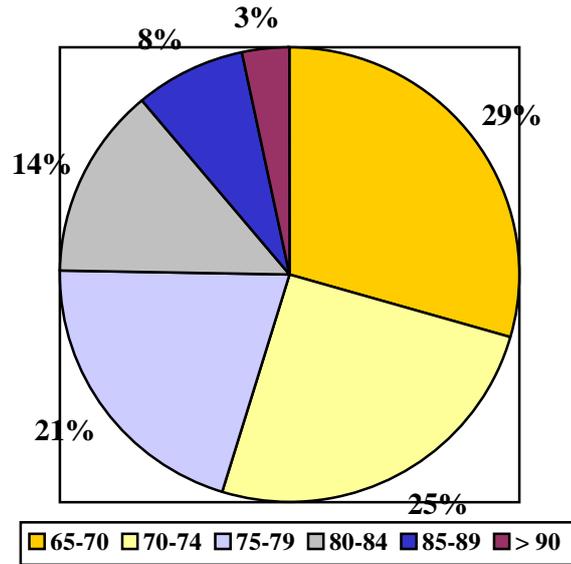
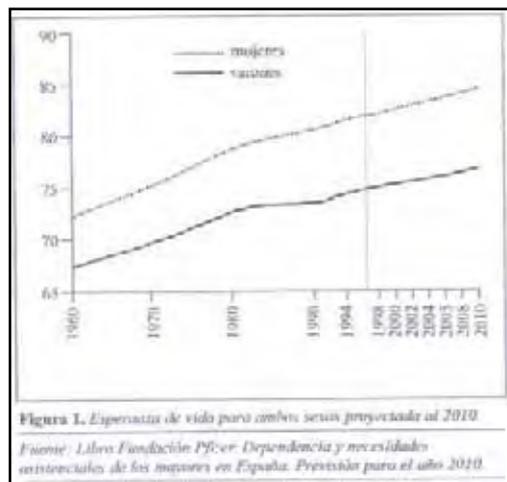


Fig.2

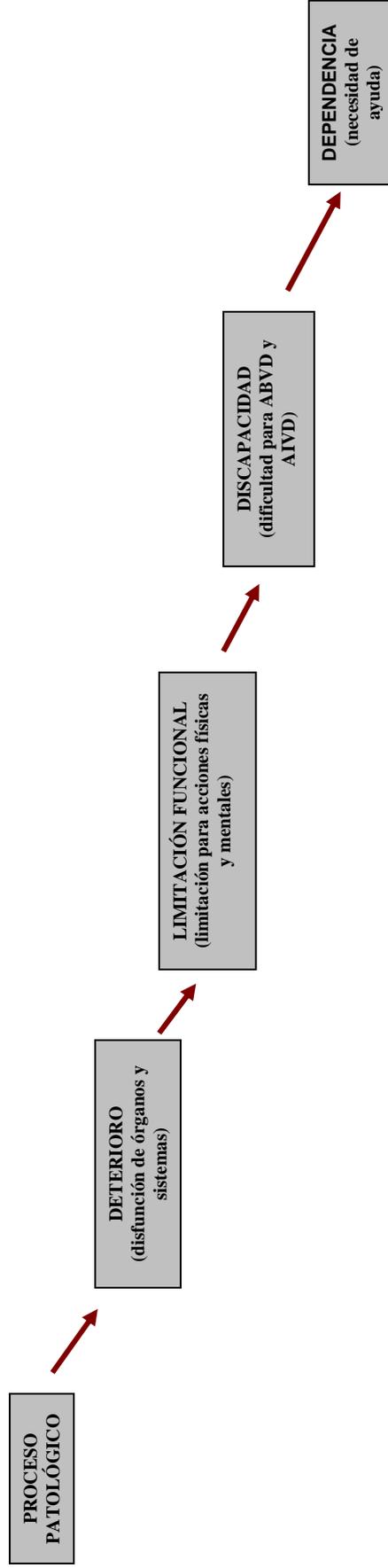
Años	Nº de habitantes
65-70	36.248
70-74	31.362
75-79	25.484
80-84	16.867
85-90	9.371
Mas de 90	4.208
Total	123.540



Esta tendencia seguirá presente en nuestra sociedad siendo de prever para el año 2.010 que la esperanza de vida sea de 84,2 años para la mujer y 76,6 para los varones alcanzando aproximadamente las 7.400.000 personas mayores de 65 años. Dentro de éstos, la mayoría se encontrará entre los 75 y 85 años configurando un escenario con unas necesidades sanitarias muy diferentes a las actuales.(Fig.2)

Este sector de la población dada su alta prevalencia de enfermedades precisa muchos más cuidados y consumo de recursos sanitarios, la evolución de las enfermedades es causa de disfunciones en los distintos órganos y sistemas, provocando éstas, limitaciones físicas y psíquicas progresivas que dificultan la realización de las actividades instrumentales y básicas de la vida diaria, abocando todo ello a una mayor dependencia y necesidad de cuidados sanitarios(Fig.3).

Fig 3



El modelo sanitario actual no es capaz de proporcionar una respuesta satisfactoria a las necesidades de los pacientes mayores generalmente afectados de varias enfermedades crónicas, una situación funcional muy disminuida y una alta dependencia. Es preciso articular nuevas propuestas de atención sanitaria que contemplen estos cambios y sean capaces de dar una respuesta satisfactoria a esta nueva demanda de la población.

II. JUSTIFICACIÓN

Gran parte de los enfermos a los que tratamos sufren más de una enfermedad y a su vez cada una afecta a más de un órgano. Diferentes estudios han puesto de manifiesto esta realidad tanto en Atención Primaria como en el ámbito hospitalario. En un Hospital Universitario se estima en cinco la media de problemas médicos de un paciente y sólo el 15% tienen un problema médico definido. En estudios de comorbilidad en ingresos hospitalarios de mayores de 65 años se ha observado un promedio de 6,4 enfermedades crónicas. Los estudios de salud realizados en nuestro medio comprueban que entre el 72 y el 96% de los ancianos presentan trastornos crónicos y que el número medio de enfermedades crónicas declaradas por los ancianos oscila entre 1,2 y 4,2.

La prevalencia de pacientes pluripatológicos (PPL) llega a situarse entre el 21 y 72% de los pacientes atendidos en los Servicios de Medicina Interna y con una media de edad en torno a los 70 años. En Atención Primaria constituyen aproximadamente el 5 % de la población usuaria de los centros de salud, pero con un consumo de recursos (frecuentación, visitas domiciliarias, pruebas complementarias y farmacia) que llega a cuadruplicar el promedio por paciente y un grado de complejidad clínica que requiere múltiples contactos con el medio hospitalario.

El término paciente PPL se utiliza asiduamente al referirnos a ancianos frágiles, enfermos polimedicados, pacientes hiperfrecuentadores, o a reingresadores en los hospitales, y aunque no es sinónimo de ninguno de estos conceptos, constituye el núcleo esencial de cada una de estas realidades. Hasta hace poco no existía una definición de paciente PPL, aunque cuando hablamos de pluripatología no nos referimos sólo a la presencia de más de una enfermedad, sino que pensamos en un paciente con una especial fragilidad clínica por la concurrencia de determinados procesos. Así, es fácil reconocer como características de estos pacientes la presencia de:

- Enfermedades, a las que el Sistema Sanitario no da respuesta.
- Enfermedades cronificadas y de progresivo deterioro.
- Disminución gradual de su autonomía y capacidad funcional.
- Importantes repercusiones profesionales, económicas y sociales.
- Riesgos múltiples secundarios a patologías interrelacionadas.

Estos pacientes presentan frecuentes descompensaciones de sus enfermedades que les obliga a la utilización de los diferentes recursos sanitarios: atención primaria, especializada y especialmente los servicios de urgencias de los hospitales de agudos donde son sometidos de manera **reiterada** a multitud de pruebas diagnósticas, analíticas, radiología, etc, en muchos casos de dudosa indicación o beneficio para ellos y por otra parte a permanecer durante días en los servicio de urgencias - en situación como menos poco confortable para los pacientes y familiares- para luego ser ingresados o derivados a otros centros y finalmente ser devueltos lo más rápido posible a su ambiente comunitario.

Una parte importante de estos pacientes ya están evaluados en anteriores visitas o ingresos y no son tributarios de medidas intervencionistas como ingresos en UCI, intervenciones quirúrgicas, diálisis, etc.

En el ámbito de la Atención Especializada la relación con los pacientes es por episodios aislados y en unidades con una especialización creciente, este modelo organizativo no es el idóneo para su atención pues no responde a sus necesidades que principalmente son la continuidad cuidados , prevención de la dependencia o evitar la progresión de la misma ya instaurada .

El paciente PPL obliga más que ningún otro a una atención sustentada en la **integralidad** y en la atención compartida entre todos los niveles sanitarios. El paciente PPL es el mayor candidato a entrar en la pendiente:

Patología → Deficiencia → Discapacidad → Minusvalía

Evitar esta cascada desde la fragilidad hacia la dependencia exige no sólo un alto nivel de cualificación científico-técnico sino que obliga a redefinir los objetivos asistenciales centrándonos en las demandas del ciudadano. Hasta ahora hemos considerado sólo la óptica de los proveedores de servicios sanitarios, pero también es necesario reconocer la profunda transformación del concepto de salud y enfermedad que tienen los propios pacientes.

Fruto de ello es el programa de atención al paciente pluripatológicos (PPL) - **enmarcado en ámbito sociosanitario** – que pretende dar una respuesta integral a las necesidades de un colectivo emergente y frágil muy necesitado de cuidados sanitarios y sociales que difícilmente son proporcionados en la red de agudos, mas orientada hacia las exploraciones y diagnósticos rápidos en pacientes con pocas o nulas limitaciones.

Este proyecto lógicamente nace con la vocación de coordinación con Atención Primaria, resto de dispositivos comunitarios y hospitales de agudos siendo ésta la única manera de garantizar la continuidad en la asistencia de estos pacientes.

III . POBLACIÓN DIANA

A. DEFINICIÓN DE PACIENTE PLURIPATOLÓGICO:

En el apartado anterior se ha hecho referencia a la indefinición del termino pluripatológico, recientemente la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI) y dentro del grupo de trabajo de edad avanzada ha consensuado una definición :

Según la SEMI se considera PPL al paciente que sufren dos o más enfermedades de las siguientes categorías clínicas :

1. Categoría A

- Insuficiencia cardíaca^a.
- Cardiopatía isquémica.

2. Categoría B

- Enfermedad crónica osteoarticular con limitación funcional^b.
- Vasculitis y conectivopatías.
- Insuficiencia renal crónica.

3. Categoría C

- Limitación crónica al flujo aéreo, asma bronquial o hipoventilación alveolar con limitación funcional^a.
- Cor pulmonale crónico.

4. Categoría D

- Enfermedad inflamatoria crónica intestinal.
- Hepatopatía crónica sintomática o en actividad.

5. Categoría E

- Enfermedad neurológica con déficit motor o cognitivo que genere discapacidad^c.

6. Categoría F

- Arteriopatía periférica sintomática.
- Diabetes mellitus con repercusión visceral diferente a la cardiopatía isquémica^d.

7. Categoría G

- Enfermedad hematológica sintomática y no subsidiaria de tratamiento especializado^e.
- Enfermedad oncológica activa no subsidiaria de tratamiento oncológico activo^e.

La HTA, hiperlipemia y otras enfermedades crónicas, algunas de ellas con alta prevalencia no han sido consideradas por si mismas sino a través del órgano sobre el que provocan el daño para contribuir a definir una población más homogénea con unos requerimientos asistenciales similares.

- (a) En presencia de síntomas continuos o agudizaciones frecuentes
- (b) Puntuación en la escala de Barthel menor de 60 puntos en situación de estabilidad clínica
- (c) Puntuación en la escala de Barthel menor de 60 y/o deterioro cognitivo al menos moderado (Pfeiffer 5 o más)
- (d) Presencia de retinopatía proliferativa, albuminuria, accidente cerebrovascular o neuropatía sintomática
- (e) Pacientes que no precisan tratamiento o medicación que obligue a seguimiento por servicio de hematología y/o oncología

Utilizar como factor pronóstico el estado funcional (escalas de Barthel, Pfeiffer) y la presencia de síntomas continuos/descompensaciones frecuentes refleja con mayor precisión la fragilidad por varias razones:

- Porqué es un indicador clave de la calidad de vida
- Porqué un deterioro de la situación funcional implica efectos negativos sobre la salud de los pacientes, como puede ser un mayor coste y cuidados médicos
- Porqué proporciona una medición del efecto final de una enfermedad o grupo de enfermedades en la historia biológica del paciente

B. POBLACIÓN DIANA:

El paciente PPL la mayor parte de su vida es atendido en Atención Primaria y ocasionalmente precisa ser valorado o ingresado en Hospitales de agudos para diagnóstico y tratamiento. Llega un momento con el paso de los años y con las frecuentes descompensaciones de sus enfermedades que sus necesidades cambian y precisan una atención más orientada a los cuidados y rehabilitación.

Es a este segmento de pacientes al que dirigimos el programa sociosanitario, pacientes PPL ya diagnosticados y evaluados con frecuentes descompensaciones de sus enfermedades crónicas e importante dependencia funcional que no precisen tratamientos agresivos.

C .CRITERIOS DE ENTRADA EN PROGRAMA:

- ✚ Pacientes PPL (IIIa) que precisan tratamiento y/o rehabilitación tras descompensación de algunas de sus enfermedades crónicas:
 - Enfermedad pulmonar crónica con limitación del flujo aéreo:
Bronquitis crónica, enfisema.
 - Cor pulmonale crónica.

- Insuficiencia cardíaca.
 - Cardiopatía isquémica.
 - Hepatopatía crónica.
 - Deterioro cognitivo avanzado (GDS 6 o superior) que presente procesos infecciosos y/o descompensaciones de otras patología crónicas.
 - Enfermedad neurológica con déficit motor crónico que presente proceso infeccioso y/o descompensaciones de otras patologías crónicas.
 - Enfermedad oncológica o hematológica sin tratamiento activo que presente descompensaciones de otras patologías crónicas
- ✚ Pacientes PPL (IIIA) que precisen control de sus enfermedades crónicas y/o rehabilitación tras ser sometidos a intervención quirúrgica o exploración invasiva

Los pacientes deben cumplir las siguientes condiciones:

- QUE HAYAN PRECISADO DOS O MÁS INGRESOS EL ULTIMO AÑO
- LOS PACIENTES DEBEN ESTAR DIAGNOSTICADOS Y EVALUADOS NO PRECISANDO NUEVAS EXPLORACIONES SOFISTICADAS: Cateterismos, monitorización cardíaca, TAC, Resonancias magnéticas, endoscopias, radiología intervencionista, etc.
- NO ESTAR INDICADO TRATAMIENTOS AGRESIVOS O INVASIVOS: Intervenciones quirúrgicas, angioplastias, ingreso en UCI, ventilación asistida, monitorización cardíaca, medicaciones especiales que precisan controles específicos.

D. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Presentar únicamente problemática social.
- Pacientes en fase agónica.
- Estar incluidos en otro programa.
- Trastornos de la conducta asociados a deterioro cognitivo que precisan ingreso para tratamiento.
- Paciente únicamente con deterioro funcional no rehabilitable.
- Síndromes de inmovilidad crónico no rehabilitable con múltiples úlceras por presión.

IV. OBJETIVOS DEL PROGRAMA

Los pacientes PPL componen un colectivo especialmente predispuesto a sufrir los efectos deletéreos de la fragmentación y superespecialización de la asistencia sanitaria y aunque este problema no sea nuevo, si resulta cada vez más evidente que la respuesta que nuestro sistema sanitario esta dando no se ajusta ni a las expectativas subjetivas ni a las necesidades objetivas que presentan.

Es por ello que este programa pretende dar **desde el ámbito sociosanitario respuesta a las necesidades de una parte de estos pacientes.**

OBJETIVOS GENERALES:

1. Racionalizar y mejorar la asistencia a los pacientes PPL proporcionando una atención y cuidados **integrales** con especial relevancia en la recuperación funcional y en la calidad de vida.
2. Garantizar la **continuidad** en la asistencia de estos pacientes estableciendo mecanismos de coordinación con el resto de dispositivos sanitarios especialmente con Atención Primaria
3. Mejorar la **accesibilidad** a los recursos hospitalarios sociosanitarios evitando las reiteradas visitas y exploraciones en los servicios de urgencias

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

1. Proporcionar asistencia y cuidados integrales a través de un **equipo multidisciplinar.**

2. Establecer un **Plan terapéutico interdisciplinar** para cada paciente encaminado al tratamiento y cuidados de sus enfermedades así como en la obtención de la máxima recuperación funcional para las actividades básicas de la vida diaria.
3. Identificar los pacientes de programa PPL que entren en la fase terminal y facilitar su atención paliativa.
4. Facilitar y potenciar la reinserción de los pacientes y familiares.
5. Disminuir el número de ingresos y atención en Urgencias de hospitales de agudos proporcionando recursos alternativos como el Hospital de día y la atención domiciliaria con equipos multidisciplinares propios o de Atención Primaria.
6. Disminuir el consumo de recursos evitando la repetición de exploraciones complementarias no necesarias y el encarnizamiento terapéutico
7. Establecer reuniones periódicas, protocolos compartidos y circuitos con Atención Primaria y Residencias facilitando el acceso directo.
8. Establecer la posibilidad del contacto telefónico entre el equipo hospitalario, Médico de Familia y usuarios (pacientes y familiares)

9. Reuniones de coordinación con los equipos de valoración y servicios diáneos hospitalarios.
10. Crear en el equipo hospitalario la figura de médico responsable de cada paciente.
11. Elaboración de Guías clínicas.
12. Crear un registro de pacientes pluripatológicos con fines epidemiológicos y de investigación.
13. Potenciar la formación de los profesionales y cuidadores.
14. Participación en la docencia de los futuros médicos de familia e internistas.

V. VALORACIÓN DEL PACIENTE PLURIPATOLOGICO

Esta propuesta asistencial presenta varias novedades que pensamos aportan una mayor calidad a la asistencia, en primer lugar la **valoración integral** llevada a

cabo por el elemento clave que es el

Equipo

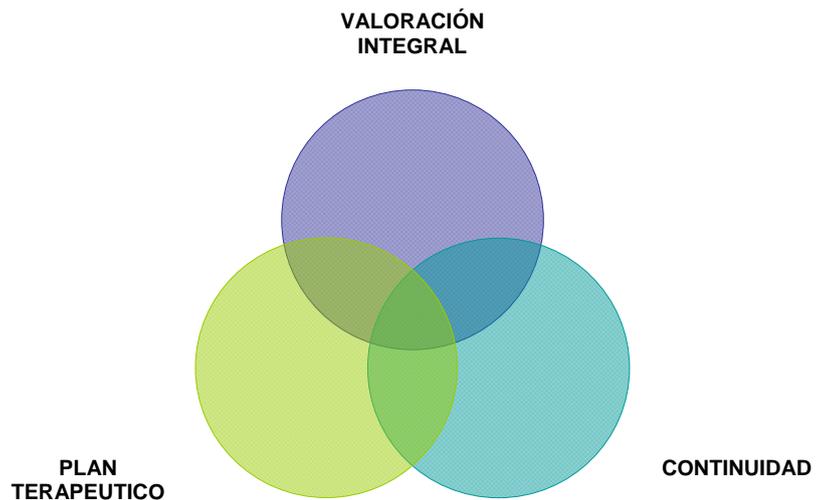
multidisciplinar

formado por médicos, enfermería y trabajador social junto a éstos y dependiendo de las necesidades de cada proceso se contará con la colaboración de otros

profesionales como Psiquiatra, rehabilitadores fisioterapeutas, etc.

Realizada la valoración se elaborará un **Plan Terapéutico interdisciplinar** que intentará responder no solo las necesidades médicas y de cuidados sino también las físicas y sociales.

La **continuidad** asistencial en el tiempo se proporcionará mediante coordinación intraniveles con Atención Primaria, especializada y Hospital General.



A .VALORACIÓN INTEGRAL:

1 .VALORACIÓN CLÍNICA: Realizada por el Médico internista identificando los procesos activos o aquellos sucedidos con anterioridad pero que pueden incidir en el estado de salud del paciente.

El instrumento utilizados será la clásica Historia clínica y la exploración física, se incidirá especialmente con:

Antecedentes patológicos, tratamiento habitual y efectos secundarios previos, detectar situaciones de alto riesgo como caídas, inmovilidad, incontinencia, estado nutricional y alteraciones de los sentidos.

Se completará con una exploración física completa con especial interés en los sentidos, piel, dentición, marcha y equilibrio.

Existen escalas específicas para evaluar algunos problemas como el MNA (Anexo D1) para el estado nutricional y la escala de Tinetti para valorar la marcha y el equilibrio (Anexo A 5)

Una vez finalizada la valoración se procederá a una propuesta de diagnósticos y tratamiento de los mismos.

VALORACIÓN INTEGRAL DE LAS NECESIDADES DE LOS PACIENTES:
Realizada por Enfermería siguiendo el modelo de Virginia Henderson.

2. **VALORACIÓN FUNCIONAL:** Realizada por enfermería con el objetivo de precisar la capacidad funcional o nivel de autonomía. Es el mejor determinante de la situación vital en que se encuentra el paciente y del tipo de asistencia que precisa, con ella determinamos la capacidad del paciente para realizar una serie de actividades concretas que le permitan vivir de forma independiente.

Valoraremos en todos los pacientes dos actividades:

- **Actividades básicas de la vida diaria (ABVD):** Son aquellas que son imprescindibles para cubrir las necesidades elementales como la autoalimentación, higiene personal, continencia de esfínteres, vestirse, deambular o realizar traslados cama-sillón. Para ello utilizaremos el índice de Barthel (Anexo A 1I) que es el instrumento mas utilizado en la actualidad para las ABVD.
- **Actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD):** Incluyen actividades más complejas que requieren un mayor grado de funcionalidad y permiten vivir de forma autónoma en la comunidad: Comprar, utilizar teléfono, manejar dinero, cocinar, etc. Para ello utilizaremos la escala de Lawton (Anexo A 2).

3. VALORACIÓN MENTAL: realizada por el médico internista , debe abarcar dos áreas

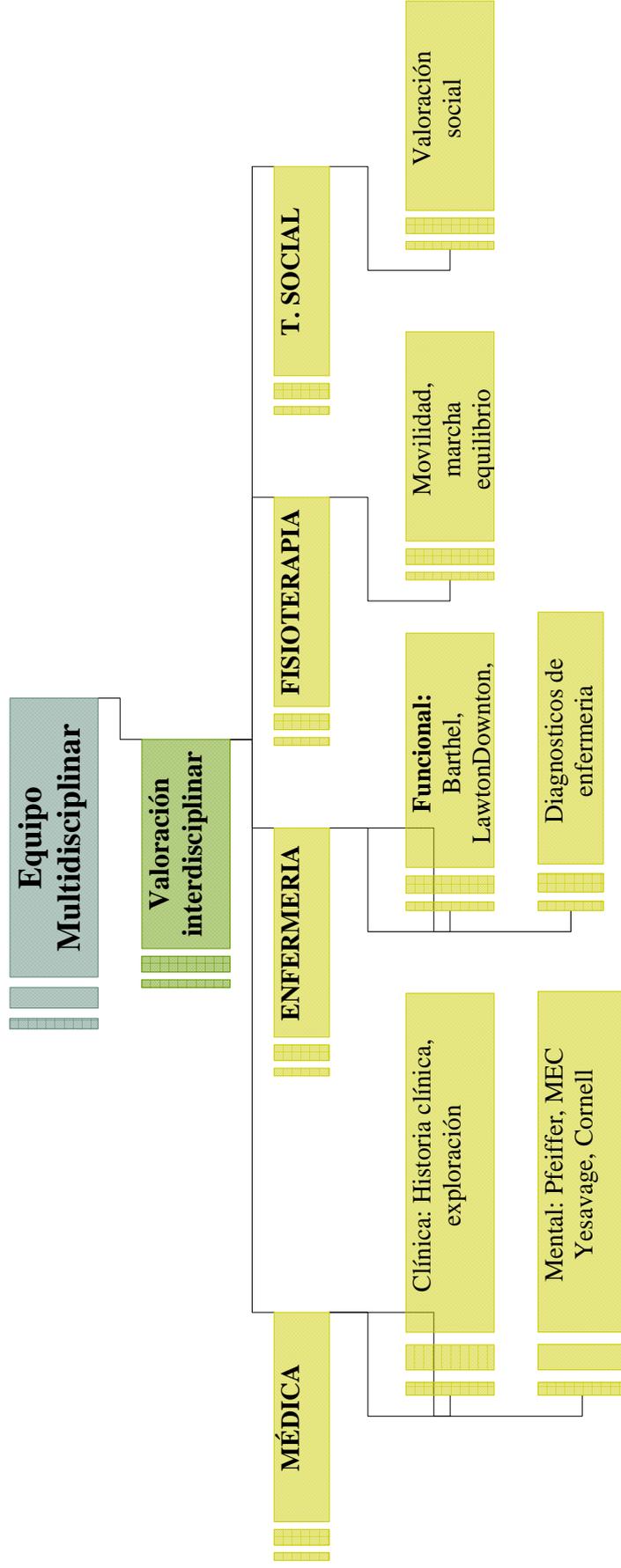
- Cognitiva: Capacidad de pensar, recordar, percibir, orientarse, calcular y resolver problemas, para ello utilizaremos dos escalas el Pfeiffer (Anexo B1) y el Mini-examen cognitivo de Lobo (MEC) (Anexo B2). Además de ello, se relacionara el estado cognitivo con la repercusión en él área funcional mediante el GDS (Anexo B4).
- Afectiva: Detectar estados de depresión y/o ansiedad. Se utilizará la escala de Yesavage (Anexo B3) y escala de Cornell en pacientes con deterioro cognitivo

4. VALORACIÓN SOCIAL: realizada por la trabajadora social, pretende establecer la relación entre el anciano frágil y el entorno o estructura que lo rodea. Su objetivo es la identificación de situaciones socioeconómicas y ambientales capaces de condicionar la evolución clínica o funcional del paciente y planificar la adecuada utilización de los recursos sociales para el mantenimiento o mejora de la calidad de vida del paciente.

Para la valoración utilizaremos la entrevista al paciente, familiares y/o allegados a fin de conocer su “capital social”. Se pactarán los recursos más afines a la situación y se tramitarán las solicitudes precisas o bien se derivarán a otros dispositivos comunitarios. (Anexo C 1)

VALORACIÓN INTEGRAL

VALORACIÓN	RESPONSABLE	MÉTODO	LUGAR
Clinica	Médico Internista	Historia clínica. Exploración física Tinetti, MNA	Unidad de hospitalización
	Enfermería	Historia de enfermería	Hospital de día
Funcional	Enfermería	Barthel Lawton, Downton Norton	Unidad de hospitalización
			Hospital de día
Mental	Médico internista	Pfeiffer, MEC, GDS Yesavage, Cornell	Unidad de hospitalización
			Hospital de día
Social	Trabajador social	Historia social	Unidad de hospitalización
			Hospital de día



B. PLAN TERAPÉUTICO

Una vez realizada la valoración se establecerá el **Plan Terapéutico** instrumento central del trabajo interdisciplinar.

En él deben definirse los objetivos específicos de cada área – clínica, funcional, etc- con los responsables de los mismos y las estrategias para su consecución. Se prestará especial atención a la recuperación funcional y a la situación social. (Anexo pag 51) El trabajo interdisciplinar será la norma, realizando cada semana **REUNIONES DEL EQUIPO** donde se revisarán la consecución de los objetivos y la aparición de nuevas situaciones.

Una vez conseguidos los objetivos se procede al alta hospitalaria mediante el informe asistencial en el que se hará constar:

- Evolución clínica del proceso (médico y enfermería)
- Evolución de la situación funcional y social
- Recomendaciones terapéuticas, cuidados que precisa
- Necesidad de tratamiento rehabilitador

Este informe asistencial será remitido a Atención Primaria y al ESAD,

C. CONTINUIDAD ASISTENCIAL:

La continuidad es otro de los elementos clave del programa, hasta ahora en Atención Primaria la relación con los pacientes se sustenta en la continuidad mientras que la asistencia hospitalaria la relación es episódica y fragmentada, los paciente en cada episodio ingresan en servicios distintos de los hospitales e incluso en muchas ocasiones son derivados a centros hospitalarios diferentes. Estudios previos han demostrado que los mejores resultados se obtuvieron con aquellas experiencias desarrolladas por un equipo multidisciplinar que promovía una atención integral y coordinada entre niveles asistenciales con un seguimiento estrecho tanto en el ámbito hospitalario como domiciliario.

Para hacer posible la continuidad es preciso establecer coordinación con los hospitales de agudos, Atención primaria, residencias y equipos de valoración tanto hospitalarios como domiciliarios mediante reuniones periódicas, protocolos compartidos, contacto telefónico, etc...(ver Cap VII Circuitos: Coordinación)

VI PROCESOS

A. PROCESO ENFERMERO DE ATENCIÓN AL PACIENTE PLURIPATOLOGICO.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

El objetivo principal del proceso de atención enfermera al paciente pluripatológico es constituir una estructura que pueda cubrir , de forma individualizada , las necesidades del paciente , familia y la comunidad .

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Favorecer la máxima autonomía del paciente en la realización de la ABVD:
- Monitorización de las complicaciones potenciales .
- Proporcionar una continuidad en el seguimiento de los problemas de salud.
- Atención y formación al cuidador principal.
- Promoción de la salud.
- Mantenimiento de una adecuada formación continua del personal sanitario.

PROCESO DE ATENCIÓN ENFERMERA

El proceso de atención enfermera al paciente pluripatológico es una herramienta racional, lógica y sistemática que se apoya en el modelo de cuidados de Virginia Henderson.

Virginia Henderson define la enfermería en términos funcionales :

“ La función de la enfermera es ayudar al individuo , enfermo o sano , en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación (o a una muerte tranquila), y que el realizaría sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad o los conocimientos necesarios . Y hacer esto de tal forma que le ayude a ser independiente lo antes posible”.

La información que proporciona el proceso constituye una fuente de datos analizable y evaluable para llevar a cabo los cuidados oportunos, mantener y mejorar la calidad de vida de los pacientes con pluripatología.

Este proceso consta de cinco fases, que son:

- Valoración
- Diagnóstico
- Planificación
- Ejecución
- Evaluación

VALORACIÓN

La valoración se realiza mediante registro normalizado, el cual ha sido validado por la comisión de cuidados. (Anexo E1. Registro de Valoración de Enfermería).

Además existe una guía para facilitar su cumplimentación. (GUÍA DE CUMPLIMENTACIÓN DE LA VALORACIÓN ENFERMERA /2005).(MANUAL DE PROTOCOLOS Y PROCEDIMIENTOS EN ENFERMERÍA. Gesma: Protocolo de Recepción y acogida del paciente en el Hospital / 2005, Pág. 9).

Dentro de la valoración la enfermera analizará las catorce necesidades de salud según Virginia Henderson:

Respirar

- Valorar la existencia de dificultad respiratoria, tos, expectoración, y los recursos que utiliza para mejorar la respiración.

Alimentación e hidratación

- Signos de deshidratación.
- Falta de piezas. Existencia de prótesis dental.
- Dificultad en la masticación, deglución y digestión.
- Existencia o no de apetito.
- Ingesta diaria, nº de tomas, horario, qué toma. Ingesta de líquidos.
- Dónde come habitualmente. ¿Come solo?
- Seguimiento de una dieta terapéutica específica. Cuál.
- Intolerancias.

- Influencia de las emociones.

Eliminación

- Orina y heces (frecuencia, aspecto y cantidad). Incontinencia, recursos.
- Hábitos que ayudan / dificultan la defecación.
- Necesidad de ayuda para evacuar / miccionar. Cuál.
- Menstruación. Flujo vaginal.
- Características de la sudoración.

Movilidad, mantenimiento de posturas adecuadas.

- Equilibrio (estable, inestable). Incapacidad total o parcial.
- Disminución o ausencia de movimiento. Cuál. Rigideces.
- Dificultad/incapacidad para mover los miembros superiores.
- Dificultad para moverse, levantarse, sentarse o caminar.
- Se desplaza solo habitualmente. Recursos.
- Habitualmente realiza alguna actividad física o deporte. Cuál. Duración.
- Diestro / zurdo.

Reposo / sueño

- Número de horas que duerme. Duerme de día. Cambio de horarios frecuentes. Se levanta descansado. Presencia de sonambulismo.
- Necesidad de ayuda para dormir. Cuál.

Vestirse y desvestirse

- Aspecto físico: limpio, sucio, descuidado.
- Puede vestirse / desvestirse solo.
- Lleva ropa cómoda y adecuada.
- Calzado que usa habitualmente.

Mantener la temperatura corporal dentro de unos límites normales

- Habitualmente tiene sensación de frío / calor.
- Condiciones de la vivienda: estufa, calefacción, AA, agua caliente.

- Recursos que utiliza para adaptarse a los cambios de temperatura.
- Sabe tomar la temperatura corporal. Qué hace cuando tiene fiebre.

Higiene y cuidados de la piel

- Coloración de piel, mucosas, uñas. Presencia de cianosis.
- Presencia de edemas, várices, eritemas, lesiones, úlceras. Localización.
- Higiene bucal. Presencia de caries.
- Independencia y frecuencia del lavado.
- Hábitos higiénicos diarios que considera necesarios / imprescindibles.
- Interés / desinterés en mantener las medidas higiénicas.
- Condiciones del entorno: ducha, bañera, otros. Recursos que utiliza.

Evitar peligros ambientales y evitar lesionar a otras personas

- Caídas frecuentes. Signos de depresión, ansiedad.
- Nivel de seguridad en el trabajo, casa, barrio.
- Dolor: crónico, agudo, crónico con agudizaciones.
- Necesidad de ayuda para disminuir el dolor. Cuál.
- Orientado en tiempo, espacio, personas.
- Alergias.
- Calendario de vacunaciones del adulto.
- Autoexploración.
- Capacidades físicas y psicológicas para resolver problemas de salud.
- Conoce medidas de prevención de enfermedades.
- Cómo se ve y se siente físicamente.
- Toma medicación, drogas, alcohol, para sentirse mejor, relajarse o aumentar su rendimiento.
- Seguimiento del tratamiento prescrito.

Comunicarse con los demás expresando emociones, necesidades, temores u opiniones

- Presencia de déficit sensoriales. Uso de gafas, lentes de contacto, audífonos.

- Presencia de tics.
- Con quién convive.
- Quién lo cuida habitualmente.
- Manifiesta sus emociones y sentimientos.
- Tiene amigos.
- Habla mucho o poco.
- Hábitos sexuales.

Creencias y valores

- Puede vivir según sus creencias y valores.
- Sus ideas / creencias influyen en su alimentación, vestido, cuidados de salud u otros aspectos.
- Percepción actual de su salud.

Ocuparse de su propia realización

- Actividad / trabajo. Le gusta el trabajo que realiza. Se siente útil.
- Su estado de salud modifica sus hábitos.
- Participa en la toma de decisiones que le afectan.

Ocio

- Actividades que le gustan. Horas que le dedica.
- Considera importante dedicar tiempo al ocio.
- Conoce los recursos disponibles en la comunidad.

Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal, y a utilizar los recursos disponibles

- Sabe qué enfermedades padece. De dónde recibe la información.
- Conoce para qué sirven los medicamentos que toma.
- Conoce medidas para mejorar su salud.
- Situaciones que pueden alterar su capacidad de aprendizaje. Sabe leer y escribir.

Anotando:

- los datos de interés.
- las manifestaciones de independencia.
- las manifestaciones de dependencia.

Esta etapa es muy importante porque de una buena valoración surgirá un buen diagnóstico y en definitiva un buen servicio enfermero.

La valoración se realizará:

- Directamente del paciente:
 - ✓ Entrevista
 - ✓ Observación.
 - ✓ Exploración física.
- Indirectamente:
 - ✓ A través de familiares.
 - ✓ Historia clínica

Dicha valoración se iniciará a la llegada del paciente a la unidad.

Si es necesario, es ampliada y completada en días posteriores a su ingreso.

Quedará reflejada en el registro de valoración.

Además también se registran las siguientes escalas, con una periodicidad de quince días:

- Escala de Barthel, para valorar las ABVD.
- Escala de Norton, ver riesgo de UPP.
- Escala de Dawton, sobre riesgo de caídas. Anexo E2.

DIAGNÓSTICO.

Del análisis de los datos recogidos obtendremos los problemas enfermeros, que se dividen en:

1. Problemas de autonomía. Anexo E3
2. Problemas de independencia. (los diagnósticos enfermeros). Anexo E4.
3. Problemas de colaboración. Anexo E4.
4. Complicaciones potenciales. Anexo E4.

Problemas de autonomía.

Son las suplencias o ayuda en las necesidades de:

- Alimentación.
- Eliminación fecal/urinaria.
- Movilización y mantenimiento de la postura adecuada.
- Vestido y arreglo personal.
- Mantenimiento de la temperatura corporal.
- Higiene y cuidados de la piel, mucosas y faneras.
- Mantenimiento y seguridad del entorno.

Diagnósticos enfermeros.

Dichos diagnósticos están normalizados.

Aparecen reflejados en ellos:

- Conductas.
- Áreas de dependencia:
 - ✓ conocimientos.
 - ✓ fuerza física.
 - ✓ fuerza psíquica.
 - ✓ voluntad.
- Formula objetivos.
- Define actividades para la consecución de los objetivos.
- Planificación en el tiempo (turnos de mañana, tarde y noche) de dichas actividades.

Problemas de colaboración.

Aquellos problemas de salud reales o potenciales en los que la persona requiere que la enfermera haga por el las actividades de tratamiento y control prescritas por otro profesional , generalmente el médico.

Complicaciones potenciales.

Riesgo de padecer una complicación derivada de la patología ,del tratamiento y/o pruebas diagnosticas.

PLANIFICACIÓN Y EJECUCIÓN

La planificación y ejecución de las actividades para la consecución de los objetivos aparecen formulados en:

- El registro de suplencias.
- Los diagnósticos de enfermería.
- Explicados en los problemas de colaboración y complicaciones potenciales.

La realización de unas actividades u otras va a depender de la situación del paciente, adaptándose siempre a sus necesidades específicas.

Estas actividades son evaluadas de manera periódica comprobando su eficacia y adecuación a los objetivos planteados.

La ejecución de las actividades es distribuida en turnos de mañana y tarde. Coincidiendo con los turnos de trabajo del personal.

El registro del plan de cuidados, ya sea en papel o en ordenador permite:

1. Facilitar la comunicación entre los profesionales del equipo interdisciplinar
2. Pueden usarse para la evaluación, la investigación y con propósitos legales.
3. Facilita la gestión de recursos.

EVALUACIÓN

La evaluación esta integrada en cada una de las etapas anteriores mediante una evaluación continua.

La evaluación formal consta de tres pasos:

- Valoración de la situación actual el paciente
- Comparación con los objetivos marcados y emisor de un juicio.
- Mantenimiento, modificación o finalización del plan.

VALORACIÓN INTEGRAL. PLAN TERAPÉUTICO INTERDISCIPLINAR

El modelo de trabajo que se sigue con la valoración integral es un proceso multidimensional, diseñado para identificar y cuantificar problemas clínicos y evaluar capacidades funcionales y psicosociales.

La práctica asistencial diaria, requiere de un abordaje integral de las problemáticas, debido a que los pacientes y familiares exigen soluciones interprofesionales para dar soluciones a problemas complejos.

OBJETIVOS:

- Identificar la situación de salud del paciente pluripatológico.
- Alcanzar un plan de tratamiento global.
- Ayuda a prevenir complicaciones asociadas.
- Optimizar la utilización de los recursos asistenciales.
- Garantizar la continuidad de los cuidados.
- Posibilidades de ayuda domiciliaria tras el alta.

La valoración integral es llevada a cabo por el equipo multidisciplinar: médico, enfermera, trabajador social, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, etc....

El equipo interdisciplinar realiza la valoración de la situación global del paciente, estableciendo objetivos y estrategias adecuadas para conseguir satisfacer las necesidades del usuario (Plan Terapéutico Interdisciplinar).

El equipo de la Unidad de Pluripatológicos se reúne una vez a la semana, (Reunión Interdisciplinar) diseñando y valorando de forma individualizada, específica y continuada para cada uno de los pacientes los siguientes temas:

- El plan de cuidados
- Los progresos del paciente
- Los objetivos a corto y largo plazo
- La duración de la hospitalización
- Las necesidades educativas del paciente y su familia
- La planificación del alta hospitalaria.

Cada profesional se responsabiliza del tema que le haya sido asignado en el Plan Terapéutico.

APORTACIÓN ENFERMERA A LA VALORACION INTEGRAL

La aportación de la enfermera en la valoración interdisciplinar está centrada en la visión de los cuidados integrales y continuados que puede ofrecer.

Es primordial la prevención y la intervención de los síndromes geriátricos de aparición frecuente durante los ingresos hospitalarios.

La enfermería tiene un papel muy importante dentro del equipo interdisciplinar. Este será el de mediador entre el paciente y su familia con el resto de profesionales que prestan cuidados dentro del equipo.

Así mismo, coordinar los cuidados y las actividades del equipo garantizando la continuidad asistencial es parte esencial de su labor.

PLANIFICACIÓN DEL ALTA Y EDUCACIÓN SANITARIA

INFORMACIÓN GENERAL

Proporcionar al paciente y a su familia información verbal y escrita sobre:

- Importancia de conocer y reducir los factores de riesgo de la patología que sufre:
 - ✓ Hipertensión .
 - ✓ Hiperlipemia.
 - ✓ Diabetes Mellitus .
 - ✓ Obesidad.
 - ✓ Inactividad. Reposo excesivo en la cama.
 - ✓ Consumo de tabaco.
 - ✓ Consumo de sal.
- Medidas de seguridad en el domicilio.
- Necesidades de adaptación del domicilio a la situación actual del paciente.
- Medicación:
 - ✓ Nombre del fármaco
 - ✓ Finalidad.
 - ✓ Dosis.
 - ✓ Frecuencia.
 - ✓ Precauciones.
 - ✓ Efectos secundarios.

- Referencias de entidades de apoyo.

ATENCIÓN AL CUIDADOR

El cuidador principal del paciente pluripatológico es la persona que constantemente proporciona los cuidados al mismo , diferenciándose de otros cuidadores que intervienen de forma intermitente .

En la atención a pacientes pluripatológicos , sobre todo en aquellos que presentan deterioro funcional o cognitivo importante , es de suma importancia la inclusión de los mismos , en los planes de cuidados.

RECOMENDACIONES

- Identificar al cuidador principal.
- Incluir al cuidador en el Plan de Cuidados .
- Adiestrar al cuidador en las técnicas necesarias y cuidados mas efectivos.
- Tener en cuenta las necesidades del cuidador .
- Provocar la reflexión y modificar los pensamientos inadecuados como : culpa , ineffectividad o vergüenza.
- Proponer siempre objetivos realistas con respecto a la persona enferma .
- Reforzar los logros aumentando la autoestima .
- Cuando sea necesario , poner a su disposición apoyo instrumental.
- Informar y poner en contacto al cuidador con los recursos sociales disponibles.
- En el caso de pacientes terminales o con pocas expectativas de vida , detectar riesgos de duelo patológico para su posterior control.(Ver PROTOCOLO DE SEGUIMIENTO EN EL DUELO/2006 .Gestión sanitaria de Mallorca. Gesma.)
- Facilitar la disponibilidad de nuestros servicios (horarios , teléfonos u otras medidas que agilicen la comunicación).

(Anexo E5: CRONOGRAMA PROGRAMA DE EDUCACIÓN SANITARIA AL CUIDADOR INFORMAL/2006 . Gestión sanitaria de Mallorca. Gesma)

ALTA

Durante la evolución clínica del paciente pluripatológico , se generan situaciones de especial vulnerabilidad y necesidades asistenciales , que podrían desembocar en una rápida progresión hacia la dependencia y minusvalía.

Debido a estas razones es importante la colaboración entre los distintos niveles asistenciales , en nuestro caso con la enfermería de Atención Primaria .

Todo paciente al ser dado de alta en la unidad , recibe el informe de enfermería al alta (**IEA**). Anexo E6

(Ver MANUAL DE PROTOCOLOS Y PROCEDIMIENTOS EN ENFERMERIA /2005. Pag 13. Gestión sanitaria de Mallorca . Gesma .)

El informe de enfermería al alta garantiza la continuidad de cuidados con los diferentes niveles asistenciales .

SEGUIMIENTO DE CUIDADOS AL ALTA

Las enfermeras de la unidad de pacientes pluripatológicos realizan un seguimiento al alta mediante llamada telefónica a las 72 h , Anexo E7

(Ver SEGUIMIENTO TELEFÓNICO AL ALTA.CONTINUIDAD DE CUIDADOS. Gestión Sanitaria de Mallorca . Gesma.)

CRITERIOS DE CALIDAD .GESTIÓN ENFERMERA

Proceso enfermero

- Valoración inicial con los siguientes criterios cualitativos:
 - ✓ N° de valoraciones físicas.
 - ✓ Valoración 14 necesidades , según modelo de Virginia Henderson , en caso de no detectar ninguna manifestación deberá constar : “No se observan “.
 - ✓ Fecha de valoración y enfermera que la realiza.
- Indicador: N° total de valoraciones que cumplen los criterios cualitativos /N° total de pacientes ingresados en la unidad el día de estudio.

- Metodología: registro realizado a través de un grupo de trabajo, pilotado en la Unidad de hospitalización y validado por la Comisión de Cuidados.
 - ✓ Muestra : Todos los pacientes ingresados el día 25 (variará si el 25 es fin de semana) , en la unidad de Hospitalización.
 - ✓ Responsable de la ejecución :Enfermera de referencia de la Unidad IDQ.
 - ✓ Seguimiento y evaluación: a través del cuadro de mandos mensualmente y semestralmente.

- Plan de Cuidados
- Indicador: N° total de Planes de Cuidados (PC) realizados/N° total de pacientes ingresados en la Unidad.
- Metodología: registro realizado a través de un grupo de trabajo, pilotado en la Unidad de Hospitalización y validado por la Comisión de Cuidados.
 - ✓ Muestra : Todos los pacientes ingresados el día 25 (variará si el 25 es fin de semana) , en la unidad de Hospitalización.
 - ✓ Responsable de la ejecución :Enfermera de referencia de la Unidad IDQ.
 - ✓ Seguimiento y evaluación: a través del cuadro de mandos mensualmente y semestralmente.

Mejorar la realización del IEA cumpliendo los siguientes criterios

cuantitativos en los que conste:

- ✓ Datos del paciente
- ✓ Datos del cuidador, (nombre, apellidos y teléfono de contacto), si precisa continuidad de cuidados.
- ✓ Unidad receptora (Centro de Salud) ; si precisa continuidad de cuidados.
- ✓ Unidad emisora (Hospital, Unidad de Hospitalización , N° de cama)
- ✓ Motivo de ingreso y patologías asociadas .
- ✓ Diagnósticos enfermeros resueltos y sin resolver y/o problemas de autonomía si los hubiera.

- ✓ Signos y síntomas de alarma (complicaciones potenciales) si los hubiera.
- ✓ Cuidados enfermeros y/o recomendaciones al alta al paciente /familia.
- ✓ Fecha y firma de la enfermera responsable.
- Indicador: N° total de IEA que cumplan los criterios cualitativos/ N° total de altas que se hayan producido en la Unidad de Hospitalización durante el mes a estudio.
- Metodología: registro realizado a través de un grupo de trabajo, pilotado en la Unidad de Hospitalización y validado por la Comisión de Cuidados.
 - ✓ Muestra : Todos los pacientes dados de alta durante el mes en la Unidad de Hospitalización .
 - ✓ Responsable de la ejecución :Enfermera de referencia de la Unidad IDQ.
 - ✓ Seguimiento y evaluación: a través del cuadro de mandos mensual y semestralmente.

Mejorar la valoración de riesgo de caída a través de la escala de Downton a todos los pacientes ingresados en las Unidades de Pluripatológicos del Hospital General y Hospital Joan March.

- Indicador: N° total de pacientes con la escala realizada/ N° total de pacientes ingresados en la Unidad el día del corte.
- Metodología: Registro en la gráfica diaria realizada a través de un grupo de trabajo y validado por la Comisión de Cuidados.
 - ✓ Muestra : Todos los pacientes ingresados el día 25 (variará si el 25 es fin de semana) , en la unidad de Hospitalización.
 - ✓ Responsable de la ejecución :Enfermera de referencia de la Unidad IDQ.
 - ✓ Seguimiento y evaluación: a través del cuadro de mandos mensual y semestralmente.

Mejorar la valoración de Riesgo de aparición de UPP a través de la Escala de Norton a todos los pacientes ingresados en las Unidades de Pluripatológicos cuyo índice de Norton sea \leq a 14.

- Indicador :Nº total de pacientes cuyo índice de Norton sea \leq a 14 y con registro cumplimentado / Nº total de pacientes ingresados en la unidad.
- Metodología: Registro de prevención e instauración de UPP realizado a través de grupo de trabajo y validado por la Comisión de Cuidados.
 - ✓ Muestra : Todos los pacientes ingresados el día 25 (variará si el 25 es fin de semana) , en la unidad de Hospitalización.
 - ✓ Responsable de la ejecución :Enfermera de referencia de la Unidad IDQ.
 - ✓ Seguimiento y evaluación: a través del cuadro de mandos mensualmente y semestralmente.

PROCESO ENFERMERO EN EL PACIENTE CON PLURIPATOLOGIA.

PROBLEMAS DE AUTONOMÍA

Quedan reflejados en la hoja de suplencias. **Anexo E4.**

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA MÁS USUALES. (Diagnósticos Enfermeros Normalizados)

- Riesgo de deterioro de la integridad cutánea. **Anexo E8**
- Deterioro de la integridad cutánea. **Anexo E9**

Al ingreso de los pacientes se les realiza una valoración mediante la escala de Norton modificada. A todo paciente con un Norton igual o inferior a 14 se le abrirá el registro de valoración de UPP , con el diagnóstico enfermero que requiera. (Ver PROTOCOLO Y PROCEDIMIENTO EN ULCERAS POR PRESIÓN /2004. Gestión Sanitaria de Mallorca. Gesma.)

- Déficit de Autocuidado: Alimentación
- Déficit de Autocuidado: Baño/Higiene.
- Déficit de Autocuidado: Uso del WC.
- Déficit de Autocuidado: Vestido/Acicalamiento.
- Riesgo de Caídas.
- Deterioro de la Movilidad Física.
- Déficit de Actividades Recreativas .
- Baja Autoestima Situacional.
- Conocimientos Deficientes
- Deterioro de la Comunicación Verbal.
- Temor a:

B. VALORACIÓN E INTERVENCIÓN SOCIAL

El Trabajo Social completa y potencia el carácter social de la medicina actual y el concepto integral de la salud. Es una de las prestaciones de los centros hospitalarios y desarrolla su programa de intervención integrándose en los equipos interdisciplinarios.

Se articula como vínculo entre los servicios puramente sanitarios (médicos, enfermeras, fisioterapeutas, etc.) y el medio familiar-domiciliario del enfermo.

Objetivos generales:

1. Atender a los usuarios en relación a las secuelas físicas, emocionales y relacionales derivadas de su enfermedad;
2. Integrar los equipos de trabajo sociosanitarios, estableciendo interacción y facilitando la atención global de los enfermos;
3. Promover el uso estrictamente necesario de las prestaciones hospitalarias, evitando la prolongación de estancias;
4. Procurar el establecimiento de una relación dinámica entre diferentes niveles asistenciales, sanitarios y sociales de nuestra Comunidad, favoreciendo el seguimiento y la continuidad asistencial de los casos.
(Objetivos específicos: ver Programa de la Unidad de Trabajo Social)

La *valoración social* de los pacientes es realizada por las **trabajadoras sociales** que constituyen las Unidades de Trabajo Social de cada hospital.

La **finalidad** de dicha valoración es atender a los enfermos y a su entorno familiar a través del estudio, diagnóstico y tratamiento de los factores sociales que concurren en la aparición de la enfermedad, que se ven afectados por las secuelas de la misma y que pueden mejorar favoreciendo el bienestar, la autonomía, el soporte y la promoción de la salud.

Por norma general, actualmente, **la intervención** se inicia a petición de los propios enfermos y/o sus familiares y allegados; en respuesta a la solicitud de otros profesionales del centro; por recomendación desde las UVASS; por petición desde otros recursos sociales y sanitarios comunitarios.

La **valoración** se realiza, inicialmente, a través de los informes sociales de derivación, de las aportaciones del equipo en las reuniones interdisciplinarias y

de la entrevista mantenida con el enfermo y/o su familia y allegados. Mediante el estudio del contexto social se trata de pactar con el enfermo y su familia, así como con el resto de los miembros del equipo, los objetivos de la intervención social que serán englobados dentro del **plan terapéutico** del paciente.

Este tipo de intervención requiere la realización de **actividades** tales como: informar, orientar y asesorar respecto a la situación del enfermo y los dispositivos sociales y sanitarios que pueden facilitar sus cuidados al alta hospitalaria; clarificar la problemática actual; mediar entre las partes del sistema enfermo-familia-profesionales del centro; conectar con otros recursos comunitarios durante la hospitalización y al alta para coordinar las intervenciones y procurar soportes de seguimiento; pactar las prestaciones de apoyo que requiere cada situación y realizar las gestiones precisas para facilitar el acceso a las mismas; etc.

El **instrumento de trabajo** básico es la entrevista, que incluye: datos administrativos identificativos; situación socio-familiar y genograma relacional; identificación y valoración del cuidador principal; características de la vivienda; recursos sociales de

los que ya se dispone; situación sanitaria e indicadores Barthel y Pfeiffer a fin de determinar el nivel de autonomía / dependencia.

Para cada caso se abre una **historia social** o expediente donde se registra el seguimiento, las entrevistas y reuniones, la evolución sanitaria y el plan terapéutico con los objetivos pactados y las actividades o gestiones que se realizan desde la Unidad.

Se utiliza un modelo de **informe social** consensuado entre los trabajadores sociales del ámbito sanitario y se dispone de un **instrumento de registro** (base de datos) que permite obtener anualmente el perfil habitual de los usuarios del servicio y conocer sus necesidades primordiales.

Los **recursos sociales** (públicos y privados) con los que generalmente se trabaja son: servicio de ayuda domiciliaria; teleasistencia; comida a domicilio; residencias; centros de día; centros de acogida y ayudas económicas.

Para la valoración utilizaremos la entrevista al paciente, familiares y/o allegados a fin de conocer su “capital social”. Se pactarán los recursos más afines a la situación y se tramitarán las solicitudes precisas o bien se derivarán a otros dispositivos comunitarios. (Anexo C 1)

VII CIRCUITOS

A. CAPTACIÓN:

La entrada en programa se realiza desde: (Fig. 4)

1. Hospitales de agudos:

- Servicios de urgencias
- Unidades de hospitalización: El servicio diana es Medicina Interna y sus especialidades

Los pacientes de hospitales de agudos deben ser valorados necesariamente por UVAS

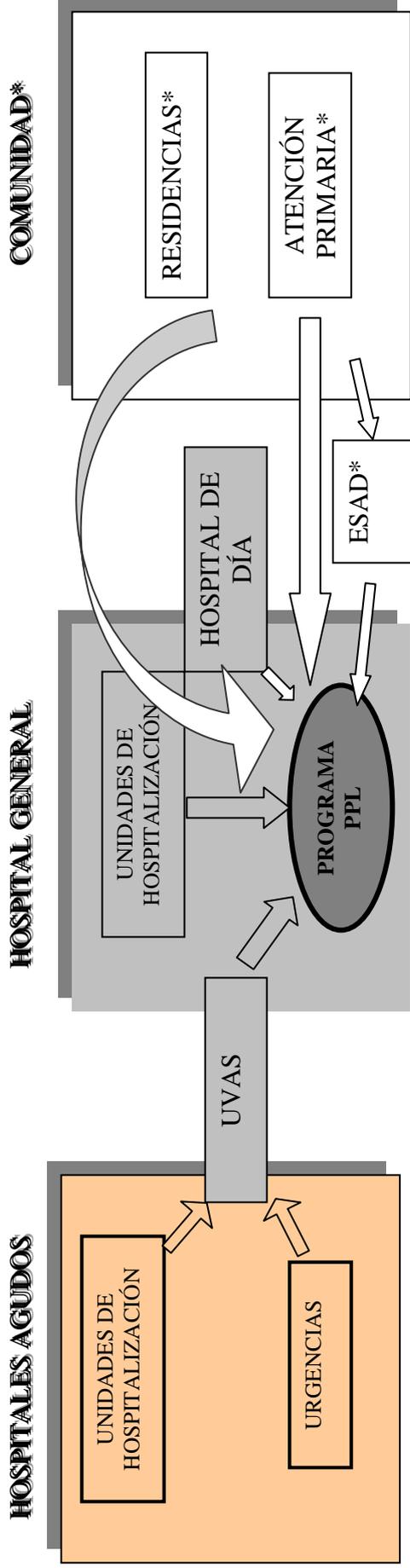
Se realizarán reuniones de coordinación con UVAS y servicios diana de hospitales de agudos

2. HOSPITAL GENERAL.

- Pacientes ingresados en la unidad de PPL u otras unidades de hospitalización que sean tributarios de entrada en programa
- Pacientes valorados en Hospital de día

Como evolución lógica del programa también se realizará la captación de pacientes a través de Atención Primaria, ESAD y Residencias.

CAPTACIÓN (FIG 4)



- En naranja y gris circuito de captación actual

- Con asterisco y en blanco circuitos de captación no operativos en la actualidad

B. CONTINUIDAD ASISTENCIAL

El objetivo de la continuidad asistencial es facilitar el acceso directo a los pacientes de programa en la unidad PPL y/o hospital de día (Fig 5), Para ello:

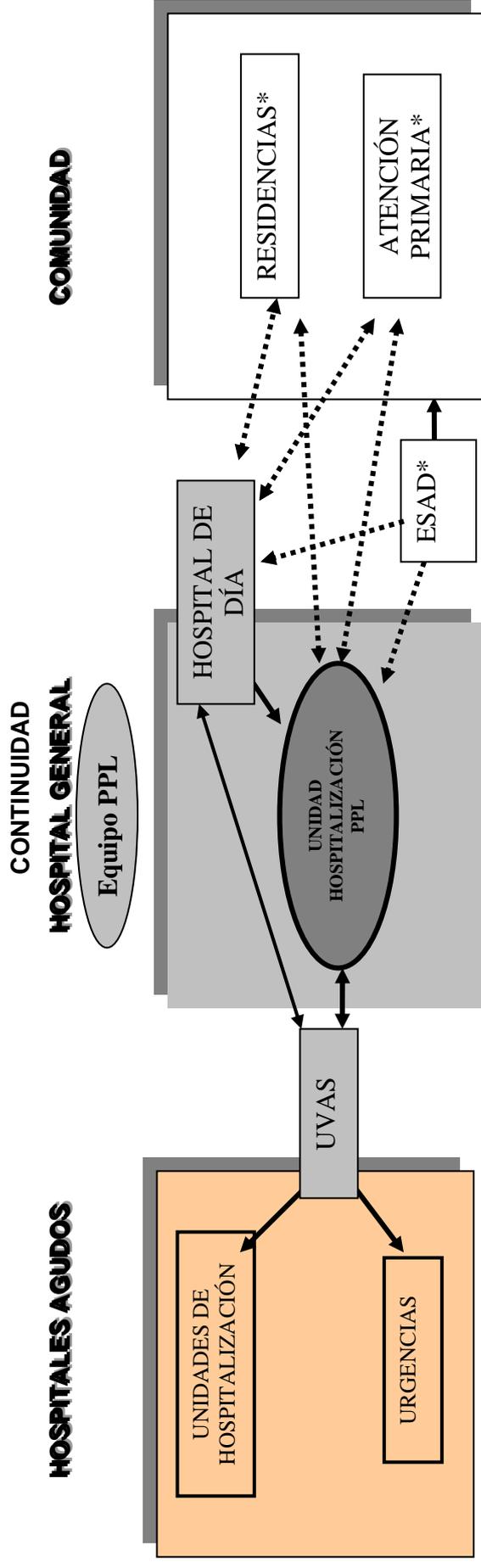
- ✓ Definir al Médico Internista y enfermera del Hospital General responsable de cada paciente y constituirse en el interlocutor con los equipos de UVAS, hospitales de agudos y pacientes/cuidadores.

- ✓ Coordinación con Hospitales de agudos:
 - Reuniones periódicas con los servicios diana de los hospitales de agudos (medicina interna y especialidades médicas) para seguimiento de pacientes de programa y propuesta de nuevos casos
 - Contacto telefónico, Fax, correo electrónico

- ✓ Coordinación UVAS:
 - Reuniones periódicas
 - Traslado a la unidad de PPL de pacientes de programa que sean atendidos en hospitales de agudos: Urgencias, Hospitalización
 - Traslados de la unidad PPL a hospitales de agudos, larga estancia
 - Propuesta de nuevos pacientes

Para garantizar la continuidad en el programa será preciso establecer coordinación con Atención Primaria, Residencias, ESAD y Pacientes/cuidadores contando para ello con el Hospital de día evaluador.

Fig 5



- En naranja y gris circuito actual

- Con asterisco y en blanco circuitos no operativos actualmente

VIII MATERIAL Y METODOS:

- UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN:

Espacio físico para ingreso de pacientes

Ubicada en la primera planta del Hospital General (CONVA A)

1. Habitaciones:

- Número de camas 28-30
- Habitaciones dobles como máximo. 20% individuales
- Toma de oxígeno y vacío para cada cama
- Camas eléctricas, colchones antiescaras y barras laterales
- Teléfono individual
- TV en cada habitación con mando a distancia individual
- Armario, silla y butaca para cada cama
- Baños asistidos en cada habitación

2. Control de enfermería con zona de descanso, informatización, gruas, balanza, caminadores, muletas, zona de almacenaje de fungible y lencería.

3. Zona común:

- Espacio multiusos con mesas, sillas y televisión para ocio, comedor y terapia ocupacional de los usuarios
- Zona habilitada como gimnasio básico para rehabilitación especialmente de ABVD

4. Sala para reuniones equipo multidisciplinar e información de usuarios

5. Despachos médicos: Informatización, ADSL, teléfono

- ÁREAS DE SOPORTE:

- Radiología convencional y ecografía por las mañanas
- Ecografía cardíaca y holter por las mañanas
- Asistencia Médica y de enfermería 24 horas del día
- Laboratorio la 24 horas