Consejería de Salud

PROCESO ASISTENCIAL INTEGRADO

Atención al Paciente Pluripatológico

JUNTA DE ANDALUCIA

PROCESO ASISTENCIAL INTEGRADO

PROCESO ASISTENCIAL INTEGRADO

Atención al Paciente Pluripatológico

ATENCIÓN al paciente pluripatológico : proceso asistencial integrado. — [Sevilla] : Consejería de Salud, [2002]
93 p. ; 24 cm
ISBN 84-8486-034-5
1. Atención dirigida al paciente 2. Enfermedad crónica 3. Comorbilidad 4. Calidad de la atención de salud 5. Andalucía. I. Andalucía. Consejería de Salud
W 84

ATENCIÓN AL PACIENTE PLURIPATOLÓGICO
Edita: Consejería de Salud
Depósito Legal: SE-59-2002
ISBN: 84-8486-034-5
Maquetación: PDF-Sur s.c.a.
Coordinación y producción: Mailing Andalucía

Presentación

Con la configuración del Mapa de Procesos Asistenciales Integrados del Sistema Sanitario Público de Andalucía, y con el objetivo común de ofertar a los ciudadanos andaluces unos servicios sanitarios de alta calidad, hemos iniciado un camino que esperamos sea de estímulo para todos los profesionales implicados.

La Gestión por Procesos es una herramienta con la que se analizan los diversos componentes que intervienen en la prestación sanitaria, para ordenar los diferentes flujos de trabajo de la misma, integrar el conocimiento actualizado y procurar cierto énfasis en los resultados obtenidos, teniendo en cuenta las expectativas que tienen los ciudadanos y profesionales, e intentando disminuir la variabilidad de las actuaciones de estos últimos hasta lograr un grado de homogeneidad razonable.

Se trata, pues, de impulsar un cambio en la organización basado en la fuerte implicación de los profesionales y en su capacidad de introducir la idea de mejora continua de la calidad, y de llevarlo a cabo desde un enfoque centrado en el usuario.

Cuando nos referimos a la gestión por procesos en Andalucía estamos aludiendo a un abordaje integral de cada uno de ellos -incluidos en el Mapa que se ha definido- y ello conlleva el reanálisis de las actuaciones desde que el paciente demanda una asistencia hasta que ésta termina. En este contexto, la continuidad asistencial y la coordinación entre los diferentes niveles asistenciales se convierten en elementos esenciales.

Cada uno de los libros que se presentan recoge el fruto del importante esfuerzo que ha realizado la organización sanitaria pública de Andalucía, y en especial los profesionales que prestan la asistencia, por analizar cómo se están haciendo las cosas y, sobre todo, cómo deberían hacerse, creando una propuesta de cambio razonable, coherente, innovadora y abierta para el Sistema Sanitario Público de nuestra Comunidad Autónoma.

Por todo ello, queremos expresar nuestro más profundo agradecimiento al numeroso grupo de profesionales que han hecho posible que podamos contar con un Mapa de Procesos del Sistema Sanitario de Andalucía, que iremos desarrollando e implantando de forma progresiva, y que será, sin duda, el referente para instaurar una mejor práctica asistencial y avanzar en la idea de mejora continua de la calidad en nuestras organizaciones sanitarias.

Antonio Torres Olivera
Director General de Organización de Procesos y Formación

Equipo de Trabajo

Manuel Ollero Baturone (Coordinador); José Manuel Cabrera Rodríguez; Matilde de Ossorno Almecija; Ernesto de Villar Conde; Dolores García Márquez; Eduardo Gómez Camacho; Miguel Melguizo Jiménez; Emilio Pujol de la Llave; Alberto Ruiz Cantero; Fermín Quesada Jiménez; Carlos San Román Terán.

Índice

1. INTRODUCCION 11

2. DEFINICIÓN GLOBAL 15

3. DESTINATARIOS Y OBJETIVOS 17

Destinatarios y expectativas 17

Objetivos y flujos de salida. Características de calidad 23

4. COMPONENTES 27

Descripción general 27

Profesionales. Actividades y Características de calidad 31

Competencias profesionales 33

Recursos y Características generales. Requisitos 41

Unidades de soporte 42

5. REPRESENTACIÓN GRÁFICA 43

Diagramas de flujos 44

6. INDICADORES 45

Anexos

Anexo 1: Valoración Inicial del paciente pluripatológico 47

Anexo 2: Informe de valoración integral 51

Anexo 3: Plan de Asistencia Compartida 55

Anexo 4: Atención al cuidador 57

Anexo 5: Escalas de valoración:

Índice de Katz. 59

Índice de Barthel 60

Escala de Lawton. 62

Escala de valoración sociofamiliar de Gijón 64

Índice de esfuerzo del cuidador. 65

Mini examen Cognoscitivo de Lobo. 66

Escala SPMSQ de Pfeiffer 67

Escala de depresión de Yesavage (versión reducida) 68

Anexo 6: Modelo de Virginia Henderson 69

Anexo 7: Listado tabular de pacientes pluripatológicos (CIE -9)..... 73

Anexo 8: Análisis de experiencias efectivas. 77

Anexo 9: Estimaciones de prevalencia de enfermos pluripatológicos en Atención Primaria..... 83

Anexo 10: Estimaciones de prevalencia de enfermos pluripatológicos en Atención Especializada 89

Bibliografía 91

1 INTRODUCCIÓN

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. Diferente 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 solo 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 numero medio de enfermedades crónicas declaradas por los ancianos oscila entre 1,2 y 4,2. Los trabajos incluidos en los anexos de este documento permiten poner de manifiesto que, incluso utilizando una definición restrictiva, la prevalencia de pacientes pluripatológicos llega a situarse entre el 21 y 72% de los pacientes atendidos en los Servicios de Medicina Interna y con una edad media 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 enfermo pluripatológico se utiliza asiduamente al referimos a anciano frágil, a enfermos polimedicados, a 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. No existe una definición universalmente aceptada de paciente pluripatológico, aunque cuando hablamos de pluripatología no nos referimos solo

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 que el sistema sanitario no cura.
- Enfermedades mantenidas y de progresivo deterioro.
- Disminución gradual de su autonomía y capacidad funcional.
- Importantes repercusiones profesionales, económicas y sociales.
- Riesgos múltiples secundarios a patologías interrelacionadas.

Definir el proceso asistencial "Atención al enfermo pluripatológico" no consiste en describir una forma de enfermar sino en organizar un proceso de atención a unos pacientes con dos o más enfermedades crónicas y síntomas continuados o agudizaciones frecuentes que repercuten en su situación funcional y que genera una frecuente demanda no programable de atención en distintos niveles asistenciales.

En el ámbito de Atención Primaria la relación con los pacientes se sustenta en la CONTINUIDAD entendida como el seguimiento de un problema de salud atendido en las consultas sucesivas por el mismo médico, al que identifica como proveedor principal de cuidados, y por la LONGITUDINALIDAD que se entiende como el seguimiento de los problemas de salud que afectaran a personas a lo largo de su biografía. La ruptura de la continuidad y la longitudinalidad sólo tiene sentido cuando en beneficio del paciente es preciso que un episodio concreto sea atendido en el nivel especializado debido a su complejidad, las limitaciones del nivel primario o un manejo más eficiente.

En el ámbito de la Atención Especializada la relación con los pacientes es por EPISODIOS y el proceso natural de evolución en su estructura asistencial es la superación de los servicios jerarquizados por una progresiva especialización con unidades monográficas. Desde el Hospital se observa no obstante que cada vez en mayor medida los pacientes presentan varios episodios simultáneamente y que un numero significativo de éstos se "descontrolan" precisamente porque el modelo de unidad especializada no es capaz de dar una respuesta integral a los mismos.

El paciente pluripatológico plantea importantes dificultades en el nivel primario al presentar especial complejidad el manejo de diferentes problemas de salud, habitualmente con distinto grado de compensación y con problemas para acceder de forma rápida a interconsultas y medios diagnósticos. El paciente pluripatológico obliga más que ningún otro a una atención sustentada en la INTEGRALIDAD sociosanitaria y en la ATENCIÓN COMPARTIDA entre el nivel especializado y primario. El paciente pluripatológico es el mayor candidato a entrar en la pendiente:

Patología → Deficiencia → Discapacidad → Minusvalía

De hecho los dos errores más importantes a la hora de abordar estos pacientes son:

- Aceptar con resignación la irreversibilidad del deterioro del paciente pluripatológico.
- Infratratar a los pacientes pluripatológicos al considerar poco eficiente el consumo de recursos por parte de estos.

Evitar esta cascada desde la fragilidad hacia la dependencia exige no solo 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.

- Lo que se considera patología crónica y pluripatología no tenía tal consideración para los ciudadanos hasta hace poco tiempo. Ahora los pacientes consultan, piden y esperan resultados que antes no se consideraban.
- Las expectativas de una mayor "calidad de vida" toman cada vez mayor fuerza y las exigencias, sobre recuperación de la capacidad y aptitud crecientes.

Es en este marco en el que hemos pretendido abordar el reto de definir el proceso “La atención al enfermo pluripatológico”. Pensamos que la estructuración de las intervenciones sobre el paciente pluripatológico podrá modificar el curso natural de sus enfermedades mejorando el nivel de salud de estos pacientes. Por ello, hemos creido necesario centrarnos no solo en el paciente sintomático continuo con evidente minusvalía, sino que hemos planteado una intervención precoz desde Atención Primaria sobre enfermos en una situación de fragilidad clínica. Este abordaje, sin lugar a dudas novedoso, al ser un primer intento de acercarse a una realidad clínica puede estar lleno de lagunas, pero pensamos que su desarrollo puede representar una aportación decisiva para impulsar un modelo asistencial basado en la continuidad asistencial y la atención integral.

procesos
asistenciales

2 DEFINICIÓN GLOBAL

Designación: Se concibe el Proceso como el procedimiento por el cual se garantiza a los enfermos pluripatológicos la adecuada asistencia sanitaria coordinando a los profesionales, servicios o centros, a lo largo del tiempo, y en el marco del actual Sistema Sanitario Público de Andalucía.

Definición funcional:

Proceso de atención a pacientes que sufren enfermedades crónicas de dos o más de las siguientes categorías clínicas[1]:

Categoría A:

- ❑ Insuficiencia cardíaca.
- ❑ Cardiopatía isquémica.

Categoría B:

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

[1] La HTA, hiperlipemia, y otras enfermedades crónicas, algunas de ellas con alta prevalencia, no han sido consideradas por sí 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.

Categoría C:

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

Categoría D:

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

Categoría E:

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

Categoría F:

- ❑ Arteriopatía periférica sintomática.
- ❑ Diabetes Mellitus con repercusión visceral diferente de la cardiopatía isquémica.

Categoría G:

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

Límite de Entrada: Pacientes que sufren dos o más enfermedades crónicas con los criterios establecidos en la definición funcional. La entrada en el Proceso se producirá a través del Médico de Familia, si el enfermo se encuentra en el entorno domiciliario, y del Internista, si se encuentra en el entorno hospitalario.

Límite Final: Las características de cronicidad y progresividad del paciente pluripatológico obligan a que el Límite de Salida sea necesariamente el éxitus o la inclusión en otros programas de seguimiento cuyos responsables asuman la atención integral del paciente hasta la finalización del Proceso[2].

Límites Marginales: Pacientes incluidos en un Programa de enfermos crónicos con un protagonismo incuestionable de una enfermedad de un órgano específico cuyos responsables no consideren necesaria la inclusión en el Proceso de Atención a Pluripatológicos[3].

---

[2] Según las características de la organización asistencial en las diferentes áreas, la inclusión en Programas de Diálisis, Trasplantes o Cuidados Paliativos pueden generar duplicidad asistencial, por lo que si estos programas asumen la atención integral del enfermo en colaboración con el Médico de Familia, se debiera considerar la salida del Proceso Pluripatológico.

[3] Generalmente las mismas circunstancias que en la anotación previa.

3 Destinatarios y Objetivos

Destinatarios y Expectativas

PACIENTE PLURIPATOLÓGICO

Profesionalidad y competencia

- Formación y capacitación correcta de los profesionales en la atención al paciente pluripatológico.
- Competencia técnica que en ningún caso anule la opinión del paciente respecto a su proceso.
- Empleo de los medios diagnósticos y terapéuticos precisos.
- Empleo del tiempo necesario para la atención.
- Trato del paciente con consideración, respeto y amabilidad.
- Utilización del tuteo y la familiaridad tan sólo cuando lo autorice el paciente.
- Respeto a la intimidad del paciente tanto en el Hospital como en su domicilio.
- Garantía de la honestidad y la veracidad de la información con independencia del pronóstico del paciente.
- Respeto al derecho de “no querer saber la verdad”, manteniendo no obstante el apoyo y la información.

- Identificación clara del Médico y el Enfermero responsables de la atención al paciente en el Centro de Salud y en el Hospital.
- Confianza en que el profesional sanitario le facilitará el acceso al Sistema Sanitario.
- No transmisión al paciente de las diferencias de criterios entre profesionales ni de información confusa.
- Anticipación al paciente sobre la evolución más probable de su enfermedad.
- Discreción absoluta en la información sobre el diagnóstico y el pronóstico del paciente tanto en la información oral como en los informes clínicos.
- Confidencialidad por parte de "todos" los profesionales de los Centros de Salud y Hospitales.
- Respeto a la confidencialidad en comunicaciones verbales, historias clínicas (soporte papel y aplicaciones informáticas), pruebas complementarias o informes clínicos.

Capacidad de Respuesta. Agilidad. Accesibilidad

1. Capacidad de **respuesta institucional,** de la organización asistencial (el SAS en su conjunto):
   - Cumplimentación y puntualidad en las citas programadas.
   - Simplificación del acceso a los servicios de Urgencias para la valoración por los Médicos habituales de los pacientes (Médicos de Familia e Internistas).
   - Utilización de las prestaciones sociales que el paciente precise en su domicilio en función de los recursos sociales disponibles y de la limitación funcional del paciente pluripatológico.
   - Ausencia de bloqueo en la relación entre profesionales y niveles asistenciales.
   - Disposición de informes clínicos actualizados en cada momento que incluyan, al menos, profesionales de referencia (centro de trabajo y teléfono de contacto) problemas de salud, tratamientos farmacológicos y cuidados específicos.
2. Capacidad de **respuesta individual** en situaciones no programables**:**
   - Solución rápida de situaciones imprevisibles o complicaciones desde cualquier ámbito asistencial con posibilidad de resolución telefónica.

Fiabilidad

- Traslado de información comprensible, adecuada, suficiente y coherente entre los distintos profesionales y niveles asistenciales.
- Respuesta a las expectativas asistenciales que nacen de los servicios sanitarios.
- Explorar y conducir las expectativas de los pacientes.
- Ajuste del horario a las posibilidades reales de asistencia en atención programada y urgente.
- Facilitar información suficiente al paciente que le permita tomar decisiones, si lo desea, sobre la actuación clínica futura.

- Dar tiempo para asimilar la información al paciente y a su familia.
- Aceptar decisiones de los pacientes que no coinciden con nuestra escala de valores por diferencias culturales y de creencias.

Tangibilidad

- Adecuado estado de los edificios, mobiliario, decoración, servicios, iluminación, limpieza, confort de las salas de espera, habitaciones y consultas.
- Existencia de tablones o paneles informativos claros en Centros de Salud y Hospitales.
- Disposición de habitaciones individuales con baño.
- Atenuar las consecuencias de las habitaciones compartidas.
- Elementos identificativos del personal sanitario.
- Vestuario correcto.
- Lenguaje hablado y gestual correcto y educado por parte de “todos” los profesionales.
- Facilitar el contacto con los profesionales sanitarios por parte del área de recepción.
- Utilización de instrumental y medios diagnósticos en correcto estado de conservación y funcionamiento.
- Comida adecuada en los ingresos hospitalarios.
- Correcto funcionamiento de la comunicación telefónica.
- Inteligibilidad de folletos informativos, informes clínicos, recetas, etc.
- Informes de valoración del paciente pluripatológico actualizados y completos.

Comunicación

- Conocimiento del nombre, características personales y necesidades de los pacientes.
- Demostración de interés personal por el paciente.
- Disponer de tiempo suficiente para la escucha.
- Adecuación del lenguaje al nivel cultural y conocimientos del paciente.
- Facilitar y permitir la expresión de miedos y temores, fundamentalmente en las descompensaciones y fases finales de sus enfermedades.

Longitudinalidad y Continuidad

- Transmitir la idea de que el cuidado del paciente permanecerá con independencia de la evolución y el pronóstico vital.
- Médico y Enfermero de referencia tanto en el Hospital como en el Centro de Salud de forma estable.
- Comunicación fluida entre los profesionales de referencia del Hospital y Centro de Salud.
- Médico y Enfermero de referencia único para atención domiciliaria y asistencia en Centro de Salud.

- Minimizar las interferencias producidas por profesionales en periodo de formación (estudiantes de Enfermería y Medicina, MIR). Prever y solventar las situaciones de ausencia por enfermedad, vacaciones, permisos o cambios de plantilla, manteniendo profesionales responsables de referencia.
- Facilitar la libre elección de médico.

CUIDADOR PRINCIPAL Y FAMILIA

Profesionalidad y Competencia

- Profesionales de la máxima cualificación y garantía de equidad en la atención sanitaria.
- Medios técnicos suficientes en función de las necesidades reales del paciente.
- Trato deferente al cuidador principal o al familiar responsable del paciente.
- Respeto a la intimidad familiar.
- Advertencia de los riesgos en los tratamientos y las evoluciones adversas.
- Utilizar siempre información veraz.
- Facilitar que el paciente esté siempre acompañado del cuidador principal o de su familia.
- Unificación de criterios entre los niveles asistenciales.
- Información anticipada sobre el pronóstico vital del paciente.
- Comunicación directa con un familiar de referencia (cuidador principal) y garantía de confidencialidad institucional.

Capacidad de Respuesta. Agilidad. Accesibilidad

- Capacidad de **respuesta institucional**, de la organización asistencial (el SAS en su conjunto): Tramitación cómoda (teléfono) de las solicitudes de atención en Atención Primaria y Atención Especializada.
- Sencillez para la comunicación telefónica con el Médico de Familia.
- Facilitar el contacto con los Trabajadores Sociales y equipos de apoyo domiciliario.
- Tramitación ágil de la renovación de recetas, incluidos visados y prestaciones no farmacéuticas.
- Posibilidad de contactar con los profesionales sanitarios en horario de tarde.
- Capacidad de **respuesta individual** en situaciones no programables**:** Facilitar el circuito de sugerencias y reclamaciones, tanto formal como informal.

Fiabilidad

- Evitar las informaciones contradictorias entre los distintos profesionales e instituciones sanitarias.
- Evitar abrir expectativas que uno u otro nivel asistencial no pueda cumplir.
- No imputar al otro nivel asistencial la falta de respuesta o asistencia satisfactoria.

- Asumir la puntualidad como derecho del paciente y su familia.
- Facilitar información suficiente a la familia, que ayude a implicar a la misma en las decisiones clínicas.
- Proporcionar la posibilidad de segundas opiniones médicas.
- Evitar las actitudes paternales o la imposición de tratamientos.

Tangibilidad

Similares a los descritos para el paciente.

Comunicación

- Comunicación fluida con el cuidador y su familia.
- Conocimiento de las circunstancias familiares del paciente y saber "ponerse en su lugar".
- Otorgar una importancia central al cuidador principal y su familia.

Longitudinalidad y Continuidad

- Creación de vínculos estables de confianza con la familia del paciente.
- Médico y Enfermero de referencia para la familia, tanto en el Hospital como en el Centro de Salud de forma estable.
- Información diaria sobre la evolución del paciente en el caso de ingreso hospitalario.
- Garantía de continuidad de atención cuando el paciente pluripatológico se traslade de domicilio, temporal o definitivamente.

PROFESIONAL SANITARIO

Profesionalidad y Competencia

- Formación para obtener la máxima cualificación en el manejo del paciente pluripatológico.
- Medios técnicos suficientes para el control de los pacientes.
- Número de pacientes razonable que permita garantizar el adecuado ejercicio profesional.
- Tratamiento respetuoso entre los profesionales de los niveles asistenciales.
- Tratamiento respetuoso, sin presiones injustificadas, por parte de los pacientes y sus familias.
- Coherencia en la información transmitida a los familiares.
- Unificación de criterios asistenciales (derivación, atención, información, tratamientos) entre los niveles asistenciales.
- Utilización de documentación clínica compatible, compartida y a disposición del paciente pluripatológico.

- Garantía de confidencialidad en las actuaciones profesionales.
- Comunicación directa con un familiar de referencia (cuidador principal) y garantía de confidencialidad institucional.

Capacidad de Respuesta. Agilidad. Accesibilidad

1. Capacidad de **respuesta institucional**, de la organización asistencial (el SAS en su conjunto):
   - Transmisión de información entre niveles ágil y rápida.
2. **Apoyo mutuo** entre niveles asistenciales en caso de sobrecarga o situaciones de claudicación familiar.

Fiabilidad

- Afinidad en las propuestas de actuaciones con el paciente pluripatológico.
- Prevenir reproches mutuos entre los niveles asistenciales.
- Permitir decisiones compartidas entre los profesionales sanitarios.

Tangibilidad

- Existencia de dotación técnica que permita la comunicación entre niveles (teléfono, fax, Internet).

Comunicación

- Confianza por parte del paciente y su familia en el profesional sanitario.

Longitudinalidad y Continuidad

- Facilitar la estabilización en las relaciones con pacientes y familia, evitando cambios sucesivos de Médico y Centro Sanitario.

Objetivos y Flujos de Salida. Características de Calidad

DESTINATARIO: **PACIENTE**

FLUJOS DE SALIDA: **DISPENSACIÓN DE ATENCIÓN**

CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD

- Valoración integral (clínica, funcional y social) en la primera visita al Centro de Salud (Médico de Familia, Enfermero, Trabajador Social).
- Reevaluación del paciente a intervalos regulares.
- Reevaluación en caso de cambio significativo del diagnóstico.
- Valoración de la adhesión y seguimiento terapéutico.
- Informe de valoración integral del pluripatológico con tratamiento y planes de cuidados actualizados.
- Formación y colaboración en el autocuidado.

FLUJOS DE SALIDA: **FACILITAR EL ACCESO**

CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD

- Tiempos de respuesta concretos para su atención (AP, Hospital)
- Contacto telefónico con su médico responsable.

FLUJOS DE SALIDA: **MEJORA DE LA INFORMACIÓN**

CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD

- Coherencia de la información en ambos niveles.
- Información asequible.
- Plan de actuación (marco temporal). Ej. Vía clínica.

FLUJOS DE SALIDA: **MANTENER LA CONTINUIDAD EN LA ASISTENCIA**

CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD

- Asignación de profesionales (Médico y Enfermero) en ambos niveles.
- Planes de Atención Domiciliaria.
- Coordinación entre niveles asistenciales.
- Informes clínicos de asistencia.

DESTINATARIO: **CUIDADOR PRINCIPAL/FAMILIA**

FLUJOS DE SALIDA: **DISPENSACIÓN DE ATENCIÓN**

CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD

- Implicar al cuidador principal/familia en los cuidados del paciente.
- Atención a las necesidades del cuidador.

FLUJOS DE SALIDA: **FACILITAR EL ACCESO**

CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD

- Tiempos de respuesta para la atención del paciente (AP, Hospital).
- Contacto telefónico con el médico responsable.

FLUJOS DE SALIDA: **MEJORA DE LA INFORMACIÓN**

CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD

- Coherencia de la información en ambos niveles.
- Información asequible.
- Plan de actuación (marco temporal). Ej. Vía clínica.

FLUJOS DE SALIDA: **MANTENER LA CONTINUIDAD EN LA ASISTENCIA**

CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD

- Asignación de profesionales (Médico y Enfermero) en ambos niveles al paciente.
- Plan de Atención Domiciliaria.

FLUJOS DE SALIDA: **PROMOCIÓN DE SALUD**

CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD

- Información sobre hábitos saludables.
- Información sobre el proceso de atención propiamente dicho.

DESTINATARIO: **PROFESIONALES SANITARIOS**

FLUJOS DE SALIDA: **COMPETENCIA TÉCNICA**

CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD

- Formación en el manejo del paciente pluripatológico.
- Formación en habilidades y comunicación con el paciente.

FLUJOS DE SALIDA: **COORDINACIÓN**

CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD

- Planificación de asistencia (programación de ingresos, derivación, atención, información, tratamiento).
- Sesiones clínicas conjuntas.
- Accesibilidad a la comunicación entre los profesionales de distintos niveles.
- Plan de Asistencia Compartida.

FLUJOS DE SALIDA: **MEJORA DE LA INFORMACIÓN**

CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD

- Coherencia y fluidez de la información en ambos niveles.
- Historia única.

4 COMPONENTES

Descripción General

QUÉ	ENTRADA AL PROCESO
QUIÉN	Médico de Familia / Internista
CUÁNDO	Tras la sospecha inicial
DÓNDE	Centro de Salud (CS) / Domicilio / Hospital
CÓMO	Por iniciativa propia o a propuesta de otros profesionales sanitarios.

QUÉ	VALORACIÓN INICIAL
QUIÉN	Médico de Familia / Enfermería / Trabajador Social
CUÁNDO	A la entrada al Proceso
DÓNDE	Centro de Salud / Domicilio
CÓMO	Documento: Anexo 1

QUÉ	INFORME DE VALORACIÓN INTEGRAL
QUIÉN	Médico de Familia / Enfermería / Trabajador Social
CUÁNDO	• Tras la valoración inicial y cada vez que existan cambios en los Planes de Cuidados y en el tratamiento • Tras la activación del PAC
DÓNDE	Centro de Salud
CÓMO	Documento: Anexo 2

QUÉ	INFORME CLÍNICOS DE ASISTENCIA
QUIÉN	Médico de Familia / Internista
CUÁNDO	Al asistir al paciente
DÓNDE	Centro de Salud / Hospital
CÓMO	Informe escrito

QUÉ	EVALUACIÓN DE ESTABILIDAD
QUIÉN	Médico de Familia
CUÁNDO	Anualmente
DÓNDE	Centro de Salud
CÓMO	Actualización de informe de valoración integral (Documento: Anexo 2)

QUÉ	ASISTENCIA DOMICILIARIA
QUIÉN	Médico de Familia / Enfermería AP
CUÁNDO	Según el grado de inmovilidad
DÓNDE	Domicilio
CÓMO	Planes de Asistencia Domiciliaria de los CS[1]

QUÉ	PLAN DE ASISTENCIA COMPARTIDA (PAC)
QUIÉN	Médico de Familia / Internista / Enfermería AP/ Enfermería Hospital
CUÁNDO	Según criterios de activación del PAC
DÓNDE	Centro de Salud / Hospital
CÓMO	Documento: Anexo 3

[1] Comprobar la adecuación de los Planes de Asistencia Domiciliaria de cada Centro de Salud con las recomendaciones asistenciales para el paciente pluripatológico.

QUÉ	ATENCIÓN AL CUIDADOR PRINCIPAL
QUIÉN	Médico de Familia / Internista / Enfermería
CUÁNDO	A la entrada al Proceso y cuando aparezcan cambios
DÓNDE	Centro de Salud / Hospital / Domicilio
CÓMO	Documento: Anexo 4

QUÉ	PROMOCIÓN DE SALUD
QUIÉN	Médico de Familia / Internista / Enfermería
CUÁNDO	A la entrada en el Proceso y cuando aparezcan cambios
DÓNDE	Centro de Salud / Domicilio
CÓMO	• Documentos informativos y actuaciones. • Utilización de recursos ya existentes.

Profesionales, Actividades y Características de Calidad

Médico de Familia

Actividades	Características de calidad
• Entrada al Proceso	– Historia clínica. (Historia informatizada)
• Valoración inicial	– Documento: Anexo 1
• Informe de valoración integral	– Documento: Anexo 2
• Informe clínico de asistencia	– Informe escrito
• Evaluación estabilidad	– Documento: Anexo 2
• Asistencia domiciliaria	– Planes de Asistencia Domiciliaria de los CS
• Plan de Asistencia Compartida	– Documento: Anexo 3
• Atención al cuidador principal	– Documento: Anexo 4
• Promoción de salud	– Documentos informativos y actuaciones

Enfermería AP

Actividades	Características de calidad
• Valoración inicial	– Documento: Anexo 1
• Informe de valoración integral con el Plan de Cuidados	– Documento: Anexo 2
• Asistencia domiciliaria	– Planes de Asistencia Domiciliaria de los CS
• Plan de Asistencia Compartida	– Documento: Anexo 3
• Atención al cuidador	– Documento: Anexo 4
• Valoración de necesidades básicas, adherencia y seguimiento terapéutico	– Historia clínica. (Historia informatizada)
• Formación en el autocuidado	– Documentos informativos y actuaciones
• Promoción de salud	– Documentos informativos y actuaciones

Internista	
Actividades	**Características de calidad**
• Entrada al Proceso	– Historia Clínica (Historia informatizada)
• Asistencia y valoración clínica en la hospitalización o consulta especializada	– Informe clínico de asistencia
• Gestor de pacientes en el entorno hospitalario (accesibilidad y disponibilidad)	– Accesibilidad directa telefónica
• Plan de Asistencia Compartida	– Documento: Anexo 3
• Atención al cuidador	– Documento: Anexo 4
• Promoción de salud	– Documentos informativos y actuaciones

Enfermería Hospital	
Actividades	**Características de calidad**
• Plan de Cuidados	– Planes estandarizados de cada Hospital
• Plan de Asistencia Compartida incluida función de enlace	– Documento: Anexo 3
• Atención al cuidador	– Documento: Anexo 4
• Formación en el autocuidado	– Documentos informativos y actuaciones
• Promoción de salud	– Documentos informativos y actuaciones

Trabajador Social	
Actividades	**Características de calidad**
• Valoración inicial	– Documento: Anexo 1
• Informe de valoración integral	– Documento: Anexo 2

Otros Profesionales	
Actividades	**Características de calidad**
• Informe clínico de asistencia	– Informe escrito

Competencias Profesionales

Competencias generales del Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA)

La **competencia** es un concepto que hace referencia a la capacidad necesaria que ha de tener un profesional para realizar un trabajo eficazmente, es decir, para producir los resultados deseados, y lograr los objetivos previstos por la organización en la que desarrolla su labor. Así entendida, la competencia es un valor susceptible de ser cuantificado.

Las competencias se pueden clasificar en tres áreas:

– Conocimientos: el conjunto de saberes teórico-prácticos y la experiencia adquirida a lo largo de la trayectoria profesional, necesarios para el desempeño del puesto de trabajo.

– Habilidades: capacidades y destrezas, tanto genéricas como específicas, que permiten garantizar el éxito en el desempeño del puesto de trabajo.

– Actitudes: características o rasgos de personalidad del profesional que determinan su correcta actuación en el puesto de trabajo.

El Plan de Calidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía incluye entre sus objetivos la puesta en marcha de un Sistema de Gestión Profesional por Competencias. Con esta finalidad se ha constituido un grupo de trabajo central de Gestión por Competencias, y tras diversas reuniones con profesionales del SSPA, se ha generado, para cuatro grupos profesionales (médicos, enfermeros, matronas y fisioterapeutas), un Mapa General de Competencias tipo, en el que se han establecido las competencias que son nucleares para el desempeño y desarrollo exitoso de cada puesto de trabajo en la organización sanitaria actual, con independencia del nivel o proceso asistencial en el que se ubiquen los respectivos profesionales.

En una segunda fase, se han categorizado dichas competencias nucleares para cada nivel de exigencia (de selección, de experto o de excelencia), de acuerdo a dos categorías: Imprescindible (I) y Deseable (D).

En el nivel de *excelencia,* todas las competencias identificadas tienen el carácter de *imprescindible*. Sin embargo, no son entre sí de igual valor relativo. Para esta discriminación, se ha dado un valor relativo a cada competencia, siendo 1 el valor de menor prioridad y 4 el de la máxima. Se ha generado así el perfil relativo de competencias para el nivel de excelencia que, por término medio, se alcanza entre los 3 y 5 años de incorporación al puesto de trabajo.

Con toda esta información, se han construido los Mapas de Competencias tipo de los profesionales del SSPA, en los que no se incluyen las Competencias Específicas de cada Proceso o nivel asistencial.

A partir de este punto, y para la adecuada puesta en marcha de la Gestión por Competencias, resulta necesario definir específicamente las competencias de los distintos niveles, tal y como se ha hecho, por ejemplo, para los profesionales de los servicios de urgencia, para los de las empresas públicas de reciente constitución, etc.

Competencias específicas del Proceso

En el caso concreto del diseño de los Procesos Asistenciales, resulta también necesario definir las competencias que deben poseer los profesionales para el desempeño de su labor en el desarrollo de dichos Procesos.

No obstante, no es pertinente detenerse en la definición de las competencias específicas de cada una de las especialidades o titulaciones, puesto que éstas se encuentran ya estandarizadas y definidas muy detalladamente en los planes específicos de formación correspondientes a cada una de dichas especialidades o titulaciones.

Sin embargo, sí resulta de mucha mayor utilidad definir concretamente aquellas otras competencias que, si bien son consideradas necesarias para el desarrollo de los Procesos Asistenciales, no se incluyen habitualmente, o de manera estándar, en los planes de formación especializada, o bien, aún estando contempladas en estos, requieren un énfasis especial en su definición.

Esto, además, representa un desafío importante para el SSPA, pues debe diseñar y gestionar las actividades de formación adecuadas y necesarias para conseguir que los profesionales que participan en los Procesos, que ya cuentan con determinados conocimientos, habilidades y actitudes adquiridas durante su formación académica en orden a lograr su titulación, puedan incorporar ahora esas otras competencias que facilitarán que el desarrollo de los Procesos se realice con el nivel de calidad que el SSPA quiere ofrecer al ciudadano, eje central del sistema.

De esta forma, y una vez definidos los **Mapas de Competencias Generales (Competencias tipo)** de Médicos y Enfermeros, se han establecido las **Competencias específicas** por Procesos Asistenciales, poniendo el énfasis básicamente en las competencias que no están incluidas habitualmente (o no lo están con detalle) en la titulación oficial exigible para el desempeño profesional en cada uno de los niveles asistenciales. Para determinar estas competencias, se ha utilizado una metodología de paneles de expertos formados por algunos de los miembros de los grupos encargados de diseñar cada Proceso Asistencial, pues son ellos quienes más y mejor conocen los requisitos necesarios para su desarrollo. El trabajo final de elaboración global de los mapas ha sido desarrollado por el grupo central de competencias.

A continuación, se presenta el **Mapa de Competencias para el Proceso,** que incluye tanto la relación de Competencias Generales para Médicos y Enfermeros del SSPA (Competencias tipo) como las Competencias Específicas de este Proceso, las cuales, como ya se ha mencionado a lo largo de esta introducción, no están incluidas con el suficiente énfasis en los requisitos de titulación.

Así, los diferentes profesionales implicados en los Procesos, junto con los correspondientes órganos de gestión y desarrollo de personas, podrán valorar, según su titulación específica y las competencias acreditadas, cuáles son las actividades de formación y de desarrollo profesional que les resultan necesarias para adquirir las nuevas competencias en aras de lograr un mayor nivel de éxito en el desarrollo de los Procesos Asistenciales.

COMPETENCIAS PROFESIONALES: MÉDICOS

CONOCIMIENTOS

CÓDIGO	COMPETENCIA LITERAL	FASE A Criterio de selección	FASE B Experto	FASE C Excelente	PERFIL 1	2	3	4
	Abordaje Sociosanitario	I	I	I				
	Nociones de Farmaeconomía *(nivel básico: genéricos)*	I	I	I				
	Bases del tratamiento y complicaciones potenciales de los procesos	I	I	I				
C-0161	Organización y legislación sanitaria *(conocer la organización sanitaria de España y Andalucía, prestaciones del SNS y específicas de Andalucía, así como la cartera de servicios del SSPA.)*	I	I	I				
C-0181	Derechos y deberes de los usuarios	I	I	I				
C-0184	Educación para la salud, consejo médico, estilos de vida	I	I	I				
C-0024	Informática, nivel usuario	I	I	I				
C-0085	Formación básica en prevención de riesgos laborales	I	I	I				
C-0077	Soporte Vital Avanzado Cardiológico	I	I	I				
C-0497	Conocimientos de sistemas de red social y recursos extrasanitarios *(autoayuda)*	D	I	I				
C-0169	Prestaciones del SNS y específicas de Andalucía	D	I	I				
C-0176	Cartera de servicios del Sistema Sanitario Público de Andalucía	D	I	I				
C-0175	Bioética de las decisiones clínicas y de la investigación	D	I	I				
C-0032	Metodología de la investigación nivel básico *(Elaboración de protocolos; recogida, tratamiento y análisis de datos; escritura científica, búsquedas bibliográficas, normas de publicación)*	D	I	I				
C-0167	Medicina Basada en la Evidencia: aplicabilidad	D	I	I				
C-0173	Metodología de Calidad	D	I	I				
C-0168	Planificación, programación actividad asistencia	D	I	I				
C-0180	Definición de objetivos y resultados: DPO	D	I	I				
C-0069	Metodología en gestión de procesos	D	I	I				
C-0082	Inglés, nivel básico	D	I	I				
	Conocimientos especializados de los procesos	D	I	I				
	Introducción al conocimiento de metodología de trabajo de otros profesionales sanitarios	D	I	I				
	Gestión Clínica	D	I	I				
C-0107	Sistemas evaluación sanitaria	D	D	I				
C-0023	Tecnologías para la información y las comunicaciones	D	D	I				
C-0060	Dirección de equipos de trabajo. Gestión de personas	D	D	I				

HABILIDADES

CÓDIGO	COMPETENCIA LITERAL				1	2	3	4
	Valoración integral del paciente	I	I	I				
	Identificación población de riesgo	I	I	I				
	Utilización de las escalas validadas existentes	I	I	I				
H-0297	Realización de técnicas diagnósticas específicas y exploraciones complementarias	I	I	I				
H-0146	Exploración clínica	I	I	I				
H-0054	Informática, nivel usuario	I	I	I				
H-0024	Capacidad de relación interpersonal *(asertividad, empatía, sensibilidad interpersonal, capacidad de construir relaciones)*	I	I	I				
H-0059	Capacidad de trabajo en equipo	I	I	I				

HABILIDADES

CÓDIGO	COMPETENCIA LITERAL				1	2	3	4
H-0005	Capacidad de Análisis y síntesis	I	I	I				
H-0087	Entrevista clínica	I	I	I				
H-0094	Visión continuada e integral de los procesos	I	I	I				
H-0019	Adecuada utilización de los recursos disponibles	I	I	I				
H-0023	Capacidad para tomar decisiones	I	I	I				
	Manejo de criterios de interconsulta	D	I	I				
H-0024	Capacidad para las relaciones interpersonales	D	I	I				
H-0272	Capacidad para Comunicación	D	I	I				
H-0055	Capacidad docente	D	I	I				
H-0026	Capacidad para delegar	D	I	I				
H-0083	Capacidad de promover y adaptarse al cambio	D	I	I				
H-0032	Comunicación oral y escrita	D	I	I				
H-0085	Dar apoyo	D	I	I				
H-0031	Gestión del tiempo	D	I	I				
H-0080	Aplicación de técnicas básicas de investigación	D	I	I				
H-0042	Manejo Telemedicina	D	I	I				
H-0096	Capacidad de asumir riesgos y vivir en entornos de incertidumbre	D	I	I				
H-0035	Técnicas de comunicación, presentación y exposición audiovisual	D	D	I				
H-0025	Capacidad de liderazgo	D	D	I				
H-0010	Capacidad de ilusionar, incorporar adeptos y estimular el compromiso, capacidad de motivar	D	D	I				
H-0021	Habilidad negociadora y diplomática	D	D	I				
	Capacidad de promover autocuidados, identificar barreras para la adherencia y motivar para cumplimentación terapéutica correcta. Counseling	D	D	I				
	Abordaje Familiar	D	D	I				
H-0078	Afrontamiento del stress	D	D	I				

ACTITUDES

CÓDIGO	COMPETENCIA LITERAL				1	2	3	4
A-0053	Orientación a satisfacer expectativas de pacientes y familiares *(receptividad a inquietudes y necesidades del enfermo y familia)*	I	I	I				
	Dedicación exclusiva al Sistema Sanitario Público	I	I	I				
	Actitud positiva a seguir líneas y normas pactadas o marcadas	I	I	I				
	Abordaje integral	I	I	I				
A-0054	Acogedor *(atención especial al inicio del proceso, primer contacto)*	I	I	I				
A-0014	Facilitador	I	I	I				
A-0001	Actitud de aprendizaje y mejora continua	I	I	I				
A-0027	Orientación al cliente *(el ciudadano como centro)* respeto de los derechos de los pacientes.	I	I	I				
A-0049	Respeto y valoración del trabajo de los demás, sensibilidad a las necesidades de los demás, disponibilidad y accebilidad	I	I	I				
A-0040	Orientación a resultados	I	I	I				
A-0050	Responsabilidad	I	I	I				
A-0046	Flexible, adaptable al cambio, accesible	I	I	I				
A-0018	Honestidad, sinceridad	I	I	I				

ACTITUDES

CÓDIGO	COMPETENCIA LITERAL				1	2	3	4
A-0041	Capacidad de asumir compromisos	I	I	I				
A-0048	Positivo	I	I	I				
A-0051	Sensatez	I	I	I				
A-0043	Discreción	I	I	I				
A-0009	Dialogante, negociador	I	I	I				
A-0047	Generar valor añadido a su trabajo	I	I	I				
A-0024	Juicio crítico	I	I	I				
	Cooperación interniveles	D	I	I				
	Formar parte de un todo. Sensación de pertenencia a un equipo/empresa	D	I	I				
A-0044	Autocontrol, autoestima, autoimagen	D	I	I				
A-0075	Creatividad	D	I	I				
A-0038	Resolutivo	D	I	I				
A-0045	Colaborador, cooperador	D	I	I				
	Investigación: búsqueda de respuesta a problemas/dudas de la práctica clínica no resueltas *(zonas oscuras)*	D	D	I				
	Abordaje familiar	D	D	I				
A-0052	Visión de futuro	D	D	I				

COMPETENCIAS PROFESIONALES: ENFERMEROS

CONOCIMIENTOS

CÓDIGO	COMPETENCIA LITERAL	FASE A Criterio de selección	FASE B Experto	FASE C Excelente	PERFIL 1	2	3	4
	Abordaje Sociosanitario	I	I	I	■	■	■	
	Diagnósticos Enfermeros	I	I	I	■	■	■	■
	Establecimiento de planes de cuidados	I	I	I	■	■	■	■
C-0510	Conocimientos básicos de técnicas diagnósticas y terapeúticas	I	I	I	■	■	■	■
C-0161	Organización y legislación sanitaria *(conocer la organización sanitaria de España y Andalucía, prestaciones del SNS y específicas de Andalucía, así como la cartera de servicios del SSPA.)*	I	I	I	■			
C-0181	Derechos y deberes de los usuarios	I	I	I	■	■	■	■
C-0085	Formación básica en prevención de riesgos laborales	I	I	I	■	■	■	
C-0171	Promoción de la Salud *(educación para la salud, consejos sanitarios)*	I	I	I	■	■	■	■
C-0077	Soporte Vital Avanzado Cardiológico	I	I	I	■	■	■	■
C-0165	Metodología de cuidados *(Procedimientos, protocolos, guías de práctica clínica, mapas de cuidados, planificación de alta y continuidad de cuidados)*	I	I	I	■	■	■	■
	Introducción al conocimiento de metodología de trabajo de otros profesionales sanitarios	D	I	I	■	■	■	
	Gestión Clínica	D	I	I	■	■	■	
C-0499	Conocimientos epidemiológicos	D	I	I	■	■	■	
C-0069	Metodología en gestión de procesos	D	I	I	■	■	■	■
C-0004	Conocimientos Básicos de Calidad *(Indicadores, estándares, documentación clínica, acreditación, Guías de práctica clínica)*	D	I	I	■	■	■	■
C-0032	Metodología de la investigación nivel básico *(Elaboración de protocolos; recogida, tratamiento y análisis de datos; escritura científica, busquedas bibliográficas, normas de publicación)*	D	I	I	■	■	■	
C-0179	Conocimientos Básicos de Gestión Recursos *(Planificación, programación de actividad asistencial, indicadores de eficiencia, control del gasto)*	D	I	I	■	■	■	■
C-0174	Bioética	D	D	I	■	■	■	
C-0082	Inglés, nivel básico	D	D	I	■			
C-0060	Dirección de equipos de trabajo. Gestión de personas	D	D	I	■	■	■	■
C-0023	Tecnologías para la información y las comunicaciones	D	D	I	■	■	■	

HABILIDADES

CÓDIGO	COMPETENCIA LITERAL				1	2	3	4
	Valoración integral del paciente *(de necesidades físicas, personales y sociales)*	I	I	I	■	■	■	
	Capacidad de promover autocuidados, identificar barreras para la adherencia y motivar para cumplimentación terapéutica correcta. Counseling	I	I	I	■	■	■	
H-0300	Capacidad de aplicar alimentación adecuada al paciente	I	I	I	■	■	■	■
H-0059	Capacidad de trabajo en equipo	I	I	I	■	■	■	
H-0005	Capacidad de Análisis y síntesis	I	I	I	■	■		
H-0089	Individualización de cuidados	I	I	I	■	■	■	
H-0032	Comunicación oral y escrita	I	I	I	■	■	■	
	Utilización de las escalas validadas existentes	D	I	I	■	■	■	■
	Identificación población de riesgo	D	I	I	■	■	■	
H-0304	Cuidados en técnicas intervencionistas radiológicas	D	I	I	■	■	■	

HABILIDADES

CÓDIGO	COMPETENCIA LITERAL				1	2	3	4
H-0023	Capacidad para tomar decisiones	D	I	I				
H-0024	Capacidad de Relación interpersonal *(asertividad, empatía, sensibilidad interpersonal, capacidad de construir relaciones)*	D	I	I				
H-0054	Informática, nivel usuario	D	I	I				
H-0031	Gestión del tiempo	D	I	I				
H-0083	Capacidad de promover y adaptarse al cambio	D	I	I				
H-0026	Capacidad para delegar	D	I	I				
H-0019	Adecuada utilización de los recursos disponibles	D	I	I				
H-0055	Capacidad docente	D	I	I				
H-0094	Visión continuada e integral de los procesos	D	I	I				
H-0080	Aplicación de técnicas básicas de investigación	D	I	I				
H-0078	Afrontamiento del stress	D	I	I				
	Abordaje Familiar	D	D	I				
H-0009	Capacidad de asumir riesgos y vivir en entornos de incertidumbre	D	D	I				
H-0010	Capacidad de ilusionar, incorporar adeptos y estimular el compromiso, capacidad de motivar	D	D	I				
H-0035	Técnicas de comunicación, presentación y exposición audiovisual	D	D	I				
H-0021	Habilidad negociadora y diplomática	D	D	I				
H-0022	Resolución de problemas	D						

ACTITUDES

CÓDIGO	COMPETENCIA LITERAL				1	2	3	4
A-0053	Orientación a satisfacer expectativas de pacientes y familiares	I	I	I				
	Dedicación exclusiva al sistema sanitario público	I	I	I				
	Actitud positiva a seguir líneas y normas pactadas o marcadas	I	I	I				
	Abordaje integral	I	I	I				
A-0054	Acogedor	I	I	I				
A-0001	Actitud de aprendizaje y mejora continua	I	I	I				
A-0027	Orientación al cliente *(el ciudadano como centro)* respeto de los derechos de los pacientes	I	I	I				
A-0049	Respeto y valoración del trabajo de los demás, sensibilidad a las necesidades de los demás, disponibilidad y accebilidad	I	I	I				
A-0040	Orientación a resultados	I	I	I				
A-0050	Responsabilidad	I	I	I				
A-0046	Flexible, adaptable al cambio, accesible	I	I	I				
A-0018	Honestidad, sinceridad	I	I	I				
A-0041	Capacidad de asumir compromisos	I	I	I				
A-0048	Positivo	I	I	I				
A-0051	Sensatez	I	I	I				
A-0043	Discreción	I	I	I				
A-0009	Dialogante, negociador	I	I	I				
A-0047	Generar valor añadido a su trabajo	I	I	I				
A-0024	Juicio crítico	I	I	I				
	Cooperación interniveles	D	I	I				
	Formar parte de un todo. Sensación de pertenencia a un equipo/empresa	D	I	I				
A-0044	Autocontrol, autoestima, autoimagen	D	I	I				

ACTITUDES

CÓDIGO	COMPETENCIA LITERAL				1	2	3	4
A-0007	Creatividad	D	I	I				
A-0045	Colaborador, cooperador	D	I	I				
	Investigación: búsqueda de respuesta a problemas/dudas de la práctica clínica no resueltas *(zonas oscuras)*	D	D	I				
A-0038	Resolutivo	D	D	I				
A-0052	Visión de futuro	D	D	I				

Recursos y Características generales. Requisitos

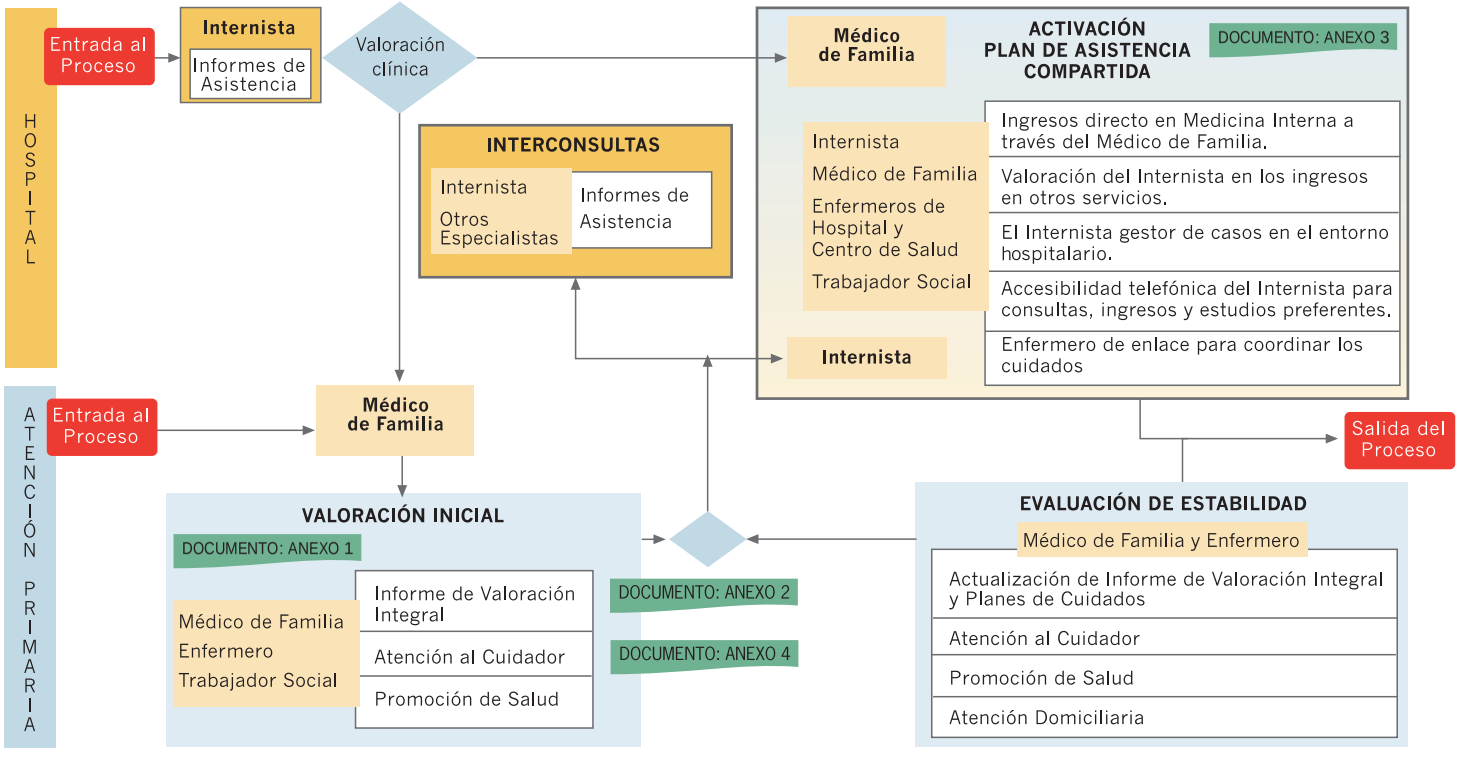
RECURSOS	CARACTERÍSTICAS GENERALES. REQUISITOS
Recursos Materiales	
-- Dotación informática.	-- Dotación en las consultas, Centros de Salud y Servicios de Medicina Interna.
-- Teléfono directo en todas las consultas.	-- Para todos los profesionales que trabajan en el Proceso.
-- Teléfono móvil.	-- Internistas que trabajen con un Centro de Salud de referencia.
-- Existencia de redes informáticas.	-- Posibilidad de compartir Historia Clínica, mensajes clínicos, agendas y alertas en determinadas situaciones.
	-- Correo electrónico para todos los profesionales.
-- Posibilitar informes clínicos.	-- Adaptación de TASS para realizar informe. Ayudas al diagnóstico con las escalas funcionales en el programa.
Recursos Humanos	
-- Médicos de Familia organizados en Equipos Básicos de Atención Primaria.	-- Médico de Familia claramente identificado para cada paciente.
-- Enfermería de CS integrada en el equipo.	-- Enfermero claramente identificado para cada paciente.
-- Internista de referencia.	-- Internista claramente identificado para cada CS.
-- Enfermería con función de enlace.	-- Enfermería de Hospital y accesible para la Enfermería del CS.

Unidades de Soporte

UNIDADES DE SOPORTE	ENTRADAS
Guías Clínicas y actividades recomendadas para cada uno de los Procesos	
Sesiones clínicas conjuntas	
Atención telefónica	
Consultas Externas	
Unidad de Día	
Hospital de Día	
Dispositivos de Asistencia Domiciliaria	Posibilidad de activación de los dispositivos hospitalarios

5 Representación Gráfica

ARQUITECTURA DE PROCESOS NIVEL 2-D. MODELO DE ATENCIÓN AL PACIENTE PLURIPATOLÓGICO



PROCESOS DE SOPORTE

GUÍAS CLÍNICAS Y ACTIVIDADES RECOMENDADAS PARA CADA PROCESO ASISTENCIAL
HOSPITAL DE DÍA - UNIDAD DE DÍA - DISPOSITIVOS DE ASISTENCIA DOMICILIARIA
CONSULTAS EXTERNAS - SESIONES CLÍNICAS CONJUNTAS - ATENCIÓN TELEFÓNICA
RECURSOS SOCIALES DEL ÁREA

RECURSOS

DOTACIÓN INFORMÁTICA - TELÉFONO DIRECTO EN TODAS LAS CONSULTAS - TELÉFONO MÓVIL - EXISTENCIA DE REDES INFORMÁTICAS - POSIBILITAR INFORME DE VALORACIÓN INTEGRAL EN TASS
PRESTACIONES COMPLEMENTARIAS - MÉDICOS DE FAMILIA Y ENFERMEROS ORGANIZADOS EN EQUIPOS DE ATENCIÓN PRIMARIA - INTERNISTAS DE REFERENCIA - ENFERMERÍA DE ENLACE

6 INDICADORES

Con el fin de monitorizar el Proceso, se planifican una serie de indicadores que nos informarán sobre el grado de cumplimiento, seguimiento y aspectos de la calidad del mismo. Para ello, se eligen determinados indicadores de las actividades del Proceso y, más concretamente, de sus características de calidad.

CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD SELECCIONADAS

– Historia Clínica.
– Valoración integral del paciente pluripatológico (Documento: Anexo 1).
– Informe de valoración integral (Documento: Anexo 2).
– Informe del Plan de Asistencia Compartida (Documento: Anexo 3).
– Informe de atención al cuidador principal (Documento: Anexo 4).
– Informes escritos de asistencia.
– Acceso directo telefónico con el Internista.
– Ingresos directos desde Atención Primaria.
– Atención del Internista durante los ingresos en otros servicios.
– Consulta con demora acordada con el Internista.
– Planes de Atención Domiciliaria.
– Documentos informativos y actuaciones en formación de autocuidado.
– Documentos informativos y actuaciones en promoción de salud.

PROPUESTA DE INDICADORES

– % de pacientes pluripatológicos que entran en el Proceso.
Estimando la prevalencia de pacientes pluripatológicos de la zona según las características de la población y el porcentaje de los que entran en el Proceso de Atención al Paciente Pluripatológico.
– % de cumplimiento del Documento: Anexo 1.
– % de cumplimiento de las Escalas.
– % de cumplimiento del Documento: Anexo 2.
– % de cumplimiento del Plan de Cuidados Básicos (en Documento Anexo 2).
– % de activación del Plan de Asistencia Compartida.
Conociendo el número de pacientes que han entrado en el Proceso.
Porcentaje en los que se activa el PAC.
– % de éxitus en pacientes en seguimiento con PAC.
– % de detección del cuidador principal entre los pacientes que están en el Proceso.
– % de Médicos de Familia del área con teléfono directo en la consulta.
– % de Médicos de Familia que disponen de un Internista de referencia.
– % de Médicos de Familia que tienen acceso al Internista con teléfono móvil.
– % de Médicos de Familia que pueden conectar con mensaje o correo electrónico con el Internista de referencia.
– % de Médicos de Familia que están conectados en red con el Internista con posibilidad de compartir registros.
– % de Enfermeros que disponen de Enfermería de enlace en el Hospital.

En una segunda fase habría que elaborar **encuestas de satisfacción** para pacientes, familiares, cuidadores y profesionales, y realizar **análisis de coste-efectividad** (lo cual es complicado pero posible) para evaluar la gestión del Proceso en sí mismo.

ANEXO 1

VALORACIÓN INICIAL DEL PACIENTE PLURIPATOLÓGICO

La valoración inicial del paciente pluripatológico se realizará en el momento de su inclusión en el circuito definido para el proceso mediante la recopilación de los datos existentes en la Historia Clínica.

Será el punto de partida desde donde puedan evaluarse los cambios que se produzcan en la evolución del paciente.

Se establecen las siguientes áreas de valoración comunes a la totalidad de pacientes pluripatológicos:

- **Área Clínica.**
- **Área Funcional.**
- **Área Social.**
- **Área de Salud Mental**: En los pacientes mayores de 65 años, se valorará un Área Mental, en sus aspectos cognitivo y afectivo, al considerarse estas personas **"ancianos frágiles".**

El elemento central lo constituye la lista de problemas del paciente, resumen final de la valoración.

LISTA DE PROBLEMAS

Incluirá los problemas de salud que marcan la pluripatología y aquellas situaciones detectadas en la valoración clínica, funcional, mental y social que condicionan la calidad de vida del paciente y los niveles de atención y cuidados que han de prestársele.

1. Diagnósticos principales.
2. Complicaciones (ej. macroangiopatía en diabéticos).
3. Situaciones colaterales que precisan atención y cuidados específicos (ej. marcapasos, sondajes, úlceras por presión...)
4. Situaciones y factores de especial riesgo, incluido riesgo social.
5. Minusvalías que ocasionan o agravan déficits funcionales (ej. sordera, defectos de visión, secuelas de traumatismos o eventos cardiovasculares y neurológicos).
6. La lista de problemas es una lista abierta.

ÁREA CLÍNICA

ANAMNESIS, EXPLORACIÓN Y VALORACIÓN DE NECESIDADES BÁSICAS

Antecedentes[1]

- Hospitalizaciones: año y motivo.
- Intervenciones quirúrgicas: año, motivo y tipo.
- Traumatismos: año, breve descripción y secuelas.
- Diabetes: año de comienzo.
- HTA: año de comienzo.
- Dislipemias: año de comienzo.
- OCFA: año de comienzo.
- TBC: localización, año, tratamiento y quimioprofilaxis.
- Neoplasias: tipo y año.
- Eventos cardiovasculares: tipo y año.
- Otros: otras enfermedades importantes padecidas.

Familia:

- Información sobre estructura y relaciones familiares representada mediante GENOGRAMA.

Hábitos:

- Consumo de tabaco: comienzo, cig./día, y final del hábito.
- Consumo de alcohol: gramos o unidades/día.
- Consumo de otros tóxicos.

Medicación:

- Listado de medicamentos actualizado.

Alergías:

- Alergias medicamentosas.
- Medicamentos contraindicados.

Necesidades Básicas.

ÁREA FUNCIONAL

ESCALAS DE VALORACIÓN

Incluye el diagnóstico de los déficit funcionales, de los factores que influyen en ellos, y del riesgo de desarrollo de otros nuevos.

- Actividades básicas de la vida diaria (alimentarse, bañarse, vestirse, deambular, comunicación, control de esfínteres): ÍNDICE DE KATZ.[2]
- Actividades instrumentales de la vida diaria (limpiar, cocinar, lavar la ropa, usar el teléfono, ir de compras, control del dinero, uso del transporte público, manualidades, control de la medicación, subir escaleras): ÍNDICE DE LAWTON Y BRODY.

ÁREA SOCIAL

ESCALAS DE VALORACIÓN

- Situación familiar. Vivienda. Relaciones y contactos sociales. Apoyos de la red social. Situación económica: ESCALA DE VALORACIÓN SOCIAL DE GIJÓN.
- Valoración del cuidador principal.[3]

ÁREA MENTAL

ESCALAS DE VALORACIÓN

- COGNITIVA: Se realizará de forma sistemática a mayores de 65 años, o a menores de esta edad, cuando se sospeche algún tipo de deterioro cognitivo: CUESTIONARIO PORTÁTIL DEL ESTADO MENTAL DE PFEIFFER.[4]
- AFECTIVA: En menores de 65 años, la situación afectiva se valorará mediante la anamnesis. En mayores de esta edad, se efectuará la detección de cuadros depresivos larvados: ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA DE YESAVAGE.

---

1 Se incluirán las enfermedades y eventos importantes que hayan tenido lugar a lo largo de la vida del paciente y hayan supuesto un hecho puntual, relacionado o no con los problemas de salud actuales. También se incluirán las fechas de comienzo de enfermedades y de aparición de factores de riesgo de alta prevalencia.

2 Para una valoración más específica, utilizar el Índice de Barthel.

3 Considerar la realización del Índice de Esfuerzo del cuidador.

4 Para una valoración más específica, utilizar el Miniexamen Cognoscitivo de Lobo.

ANEXO 2

INFORME DE VALORACIÓN INTEGRAL

CENTRO DE SALUD
DISTRITO SANITARIO DE
SERVICIO ANDALUZ DE SALUD

TELÉFONOS DE INTERÉS
Centro de Salud:
Correo electrónico:
DCCU-AP,061
Ambulancias:
Hospital:

Fecha:

Paciente:
Fecha de nacimiento:

Dirección:
Municipio:
Nº SS:

Teléfono:

Nº Hª Clínica Centro de Salud:
Nº Hª Clínica Hospital:

Médico de Familia:
Internista:

Enfermero C.S:
Enfermería de enlace en el Hospital:

Cuidador principal:

Dirección:
Municipio:

Teléfono:

ANTECEDENTES DE INTERÉS:

PROBLEMAS DE SALUD ACTIVOS:

Área Clínica:

Área Psicológica:

Área Social:

VALORACIÓN ACTUAL

Clínica[1]:

Digestivo: *Respiratorio*: *Cardiovascular*:

Neurológico: *Renal*: *Endocrino metabólico*:

Otras áreas: *Necesidades básicas*

Psicológica:

EADG: Pfeiffer Yesavage

Funcional[2]:

Actividades básicas:

Bañarse SÍ / NO *Vestirse* SÍ / NO *Usar retrete* SÍ / NO

Movilidad SÍ / NO *Continencia* SÍ / NO *Alimentarse* SÍ / NO

Actividades instrumentales:

Teléfono SÍ / NO *Preparar comida* SÍ / NO *Lavar ropa* SÍ / NO

Cuidar casa SÍ / NO *Control medicación* SÍ / NO *Usar transporte* SÍ / NO

Sociofamiliar:

Situación familiar:

Vivienda:

Relaciones y apoyo social:

Situación económica:

1 Síntomas actuales por órganos y aparatos.

2 Independiente = Sí, Dependiente = NO

TRATAMIENTO:

Alergias medicamentosas:
Contraindicaciones:

- **Farmacológico**:

Preparado:	*Pauta*:
Preparado:	*Pauta*:
Preparado:	*Pauta*:
Preparado:	*Pauta*:
Preparado:	*Pauta*:
Preparado:	*Pauta*:
Preparado:	*Pauta*:
Preparado:	*Pauta*:
Preparado:	*Pauta*:
Preparado:	*Pauta*:

- **Ejercicio**:

- **Dieta**:

- **Plan de Cuidados Básicos**:
  - *Alimentación e hidratación*
  - *Actividad, reposo, sueño*
  - *Higiene y cuidados de la piel*
  - *Valoración y prevención de riesgos*
  - *Comunicación, creencias y valores*
  - *Autorrealización y ocio*
  - *Conocimiento de la propia enfermedad*

Otras:

ANEXO 3

PLAN DE ASISTENCIA COMPARTIDA (PAC)

DEFINICIÓN Y OBJETIVOS DEL PLAN

Durante la evolución clínica del enfermo pluripatológico, se generan situaciones de especial vulnerabilidad y necesidades asistenciales. En estas circunstancias, es preciso estrechar la colaboración entre el Internista, el Médico de Familia y la Enfermería para evitar la rápida progresión hacia la dependencia y la minusvalía.

El PAC es un conjunto de medidas destinadas a favorecer la coordinación y participación activa de los distintos actores que intervienen en la asistencia al enfermo pluripatológico, evitando los vacíos y la dispersión asistenciales, y propiciando un abordaje integral del enfermo.

CRITERIOS DE ACTIVACIÓN

El **PAC** se activaría en pacientes pluripatológicos con síntomas continuos que presenten:

- Más de dos ingresos hospitalarios en el último año por descompensación de sus enfermedades crónicas.
- Ingreso hospitalario en el último mes por descompensaciones de sus enfermedades de base.
- Revisiones programadas en más de dos especialidades del área médica.
- Más de dos consultas en Urgencias hospitalarias en los últimos tres meses.
- Necesidad percibida por el Médico de Familia y el Internista de apoyo no programable para el control clínico del paciente.

CARACTERÍSTICAS DEL SEGUIMIENTO DURANTE LA ACTIVACIÓN DEL PAC.

- La activación del PAC requerirá de la aprobación del Internista y del Médico de Familia.
- Tras la activación del PAC, se realizará una nueva valoración integral.
- Los ingresos hospitalarios en el Servicio de Medicina Interna se programarán a través del Médico de Familia quien contactará con el Internista de referencia para concertar la cama.
- Durante cualquier episodio de ingreso, el Internista será avisado para valorar al paciente, independientemente del motivo y servicio donde se efectúe. Tras la valoración, se decidirá la oportunidad o no del seguimiento durante el ingreso hospitalario.

- Durante la activación del PAC, el Internista de referencia y la Enfermería de enlace se encontrarán disponibles para comentar los tratamientos y cambios en los planes de cuidados con el Médico de Familia y con el Enfermero de Atención Primaria.
- En los enfermos con el PAC activado, todas las consultas a los diferentes servicios médicos o la activación de los dispositivos de apoyo hospitalarios se realizarán a través del Internista responsable.
- Para desactivar el PAC, ya sea por finalización del proceso, estabilidad clínica, éxitus o inclusión en otro programa, será necesario emitir un informe de alta, especificando los motivos de la misma.

ANEXO 4

ATENCIÓN AL CUIDADOR

El cuidador principal de pacientes crónicos y discapacitados es la persona que habitualmente proporciona cuidados a una persona enferma o con una discapacidad, física o psíquica, que le impide ser autónoma. Se distingue así de otros cuidadores que intervienen ocasional o intermitentemente.

En la atención a pacientes pluripatológicos, sobre todo en aquéllos que presentan un deterioro funcional o cognitivo importante, cobra especial relevancia la inclusión de la figura del cuidador en los planes de atención que se establezcan hacia el paciente.

El trabajo con cuidadores no debe ceñirse al desarrollo de actividades informativas y de adiestramiento sobre los cuidados, sino que debe abarcar aspectos relacionados con la atención al cuidador mismo, abordando sus problemas y previniendo situaciones patológicas. Además, debe prolongarse durante la vida del enfermo e incluso, en algunos casos, como la presencia de alteraciones mentales o duelos patológicos, después de la muerte del paciente.

La metodología de trabajo con el cuidador puede ser múltiple y obviamente va a diferir según cada centro sanitario (trabajo en consulta, en domicilio, en conversaciones informales, en grupo, etc.) y según el profesional (Médico, Enfermero, Trabajador Social, Administrativos y otros). En este documento se aportan criterios de actuación y recomendaciones para el trabajo con los mismos.

RECOMENDACIONES Y CRITERIOS DE ACTUACIÓN

- Identificar al cuidador principal.
- Incluir la atención al cuidador en la estrategia de atención al paciente, no adoptando actitudes negativas cuando llega un caso, ni delegando responsabilidades en otros profesionales (el Médico, el Enfermero, o éstos dos en el Trabajador Social).
- Informar clara y concretamente sobre la enfermedad del familiar, probable evolución y desenlace.
- Adiestrar al cuidador en las técnicas necesarias así como en los modelos de cuidados más efectivos y con menos cargas de trabajo (orientación del cuidado por tareas).
- Tener en cuenta las necesidades del cuidador[1]:
  – Reposo físico y psíquico, estimulando actividades gratificantes que puedan encajar en el tiempo.

(1) Valorar la utilización de escalas como el Índice de Esfuerzo del cuidador.

  - Apoyo familiar. Aprender a delegar en otros algunas tareas.
  - Atención a sus problemas de salud detectando la aparición de síntomas tanto relacionados con el esfuerzo (dolor mecánico crónico, artralgias, cefaleas, astenia…) como psíquicos (insomnio, depresión, ansiedad…). Evitar iniciar tratamiento ansiolítico o sintomático sin reconocer signos de alarma.
- Provocar la reflexión y modificar los pensamientos inadecuados como culpa, inefectividad o vergüenza.
- Proponer siempre objetivos realistas con respecto a la persona enferma.
- Reforzar los logros aumentando la autoestima.
- Anticipar situaciones que puedan resultar estresantes como la posible aparición de complicaciones, accidentes o la enfermedad del propio cuidador, previniendo sobre qué hacer, cómo hacerlo y dónde buscar ayuda temporal.
- Informar y poner en contacto al cuidador con los recursos sociales disponibles como el voluntariado, la ayuda domiciliaria o los Centros de Día, haciendo siempre un uso racional de los mismos e incorporándolos de forma progresiva y cuando sean necesarios.
- En el caso de pacientes terminales o con pocas expectativas de vida, detectar riesgos de duelo patológico para su posterior control.
- Cuando sea necesario, poner a su disposición apoyo instrumental:
  - Todo tipo de prestaciones complementarias (material ortopédico, fungibles y otros).
  - Ingresos de descarga familiar o programas de respiro familiar.
- Facilitar la disponibilidad de los servicios (horarios, visitas domiciliarias, teléfonos de contacto y otras medidas que agilicen la comunicación).

ANEXO 5

ESCALAS DE VALORACIÓN

ÍNDICE DE KATZ. 6 FUNCIONES.
(Escala AVD básica)

BAÑARSE (esponja, ducha o bañera)

Independiente: Necesita ayuda para lavarse solo una parte del cuerpo (espalda) o se baña completamente sin ayuda.

Dependiente: Necesita ayuda para lavarse más de una parte o para salir o entrar en la bañera.

VESTIRSE

Independiente: Coge la ropa del armario, se pone la ropa solo y puede usar cremalleras (se excluye atarse los zapatos).

Dependiente: No es capaz de vestirse solo.

USAR EL RETRETE

Independiente: Accede al retrete, entra y sale de él, es capaz de limpiarse y asearse.

Dependiente: Usa orinal o cuña, o precisa ayuda para acceder y utilizar el retrete.

MOVILIDAD

Independiente: Entra y sale de la cama sin ayuda, se sienta y se levanta solo de la silla.

Dependiente: Precisa ayuda para utilizar la cama y/ o la silla.

CONTINENCIA

Independiente: Control completo de la micción y defecación.

Dependiente: Incontinencia total o parcial urinaria o fecal. Necesidad permanente de enemas, sondas, colectores o cuñas.

ALIMENTACIÓN

Independiente: Lleva la comida del plato o taza a la boca (se excluye cortar carne o untar el pan).

Dependiente: Precisa ayuda para beber o alimentarse, no come o precisa nutrición enteral.

ÍNDICE DE BARTHEL. 10 FUNCIONES.
(Escala AVD básica)

	Puntos
COMER	
• Totalmente independiente.	10
• Necesita ayuda para cortar la carne, el pan, etc.	5
• Dependiente.	0
LAVARSE	
• Independiente. Entra y sale solo al baño.	5
• Dependiente.	0
VESTIRSE	
• Independiente. Se pone y se quita la ropa. Se ata los zapatos. Se abotona	10
• Necesita ayuda.	5
• Dependiente.	0
ARREGLARSE	
• Independiente para lavarse la cara, las manos, peinarse, afeitarse, etc.	5
• Dependiente.	0
DEPOSICIONES	
• Continente.	10
• Ocasionalmente, tiene algún episodio de incontinencia, o precisa de ayuda para lavativas.	5
• Incontinente.	0
MICCIÓN	
• Continente o es capaz de cuidarse la sonda.	10
• Ocasionalmente, tiene un episodio de incontinencia cada 24 horas como máximo, o precisa ayuda para la sonda.	5
• Incontinente.	0
USAR EL RETRETE	
• Independiente para ir al WC, quitarse y ponerse la ropa.	10
• Necesita ayuda para ir al WC, pero se limpia solo.	5
• Dependiente	0
TRASLADARSE	
• Independiente para ir del sillón a la cama.	15
• Mínima ayuda física o supervisión.	10
• Gran ayuda pero es capaz de mantenerse sentado sin ayuda.	5
• Dependiente.	0

DEAMBULAR

• Independiente, camina solo 50 metros.	15
• Necesita ayuda física o supervisión para caminar 50 metros.	10
• Independiente en silla de ruedas sin ayuda.	5
• Dependiente.	0

ESCALONES

• Independiente para subir y bajar escaleras.	10
• Necesita ayuda o supervisión.	5
• Dependiente.	0

Máxima puntuación: 100 puntos (90 en el caso de ir con silla de ruedas)

Dependencia total < 20

Dependiente grave 20 - 35

Dependiente moderado 40 - 55

Dependiente leve > 60

ESCALA DE LAWTON. 8 FUNCIONES.
(Escala AVD instrumental)

	Varón	Mujer
CAPACIDAD PARA USAR EL TELÉFONO		
• Utiliza el teléfono por iniciativa propia	1	1
• Es capaz de marcar bien algunos números familiares	1	1
• Es capaz de contestar al teléfono, pero no de marcar	1	1
• No utiliza el teléfono	0	0
COMPRAS		
• Realiza independientemente las compras necesarias	1	1
• Realiza independientemente pequeñas compras	0	0
• Necesita ir acompañado para realizar cualquier compra	0	0
• Totalmente incapaz de comprar	0	0
PREPARACIÓN DE LA COMIDA		
• Organiza, prepara y sirve las comidas por sí solo adecuadamente		1
• Prepara adecuadamente las comidas, si se le proporcionan los ingredientes		0
• Prepara, calienta y sirve las comidas, pero no sigue una dieta adecuada		0
• Necesita que le preparen y sirvan las comidas		0
CUIDADO DE LA CASA		
• Mantiene solo la casa o con ayuda ocasional para trabajos pesados		1
• Realiza tareas ligeras, como lavar los platos o hacer las camas		1
• Realiza tareas ligeras, pero no puede mantener un adecuado nivel de limpieza		1
• Necesita ayuda en todas las labores de la casa		1
• No participa en ninguna labor de la casa		0
LAVADO DE ROPA		
• Lava por sí solo toda su ropa		1
• Lava por sí solo prendas pequeñas		1
• Todo el lavado de ropa debe ser realizado por otra persona		0
USO DE MEDIOS DE TRANSPORTE		
• Viaja solo en transporte público o conduce su propio coche	1	1
• Es capaz de tomar un taxi, pero no usa otro medio de transporte	1	1
• Viaja en transporte público, cuando va acompañado de otra persona	1	1
• Utiliza el taxi o automóvil, pero solo con ayuda de otros	0	0
• No viaja en absoluto	0	0
RESPONSABILIDAD CON RESPECTO A SU MEDICACIÓN		
• Es capaz de tomar su medicación a la hora y dosis correctas	1	1
• Toma su medicación si la dosis está previamente preparada	0	0
• No es capaz de administrarse su medicación	0	0

MANEJO DE ASUNTOS ECONÓMICOS		
Se encarga de sus asuntos económicos por sí solo	1	1
Realiza las compras de cada día, pero necesita ayuda en las grandes compras	1	1
Incapaz de manejar dinero	0	0

Se puntúa con 1 punto las actividades independientes y con un 0 las actividades dependientes

Dependencia total: 0 puntos Independencia total: 8

ESCALA DE VALORACIÓN SOCIOFAMILIAR DE GIJÓN
(Valoración social)

SITUACIÓN FAMILIAR

0 Vive con hijos
1 Vive con la pareja de similar edad
2 Vive con otros familiares y amigos
3 Vive solo pero tiene hijos próximos
4 Vive solo, carece de hijos o viven alejados

VIVIENDA

0 Adecuada (luz, agua, calefacción, aseo, teléfono, ascensor)
1 Equipamiento inadecuado (carece de uno de los anteriores)
2 Barreras arquitectónicas
3 Vivienda inadecuada (carece de dos o más de los anteriores)
4 No tiene casa (ausencia de vivienda)

RELACIONES Y CONTACTOS SOCIALES

0 Mantiene relaciones sociales fuera del domicilio
1 Sólo se relaciona con la familia y vecinos; sale de casa
2 Sólo se relaciona con la familia; sale de casa
3 No sale de su domicilio; recibe a su familia o visitas (> 1 vez a la semana)
4 No sale del domicilio ni recibe visitas (o < 1 vez a la semana)

APOYO DE LA RED SOCIAL

0 No necesita ningún apoyo
1 Recibe apoyo de la familia y/o vecinos
2 Recibe ayuda a domicilio formal o voluntaria
3 Pendiente de ingreso en residencia de ancianos
4 Necesita cuidados permanentes que no son dados

SITUACION ECONÓMICA (ingresos/mes)

0 Más de 119.000 pesetas
1 Entre 80.000 y 119.000 pesetas
2 Entre 40.000 y 79.000 pesetas
3 Menos de 40.000 pesetas
4 No recibe pensión ni otros ingresos

Puntuación total:

ÍNDICE DE ESFUERZO DEL CUIDADOR

Instrucciones para el cuidador: Voy a leer una lista de cosas que han sido problemáticas para otras personas al atender a pacientes que han regresado a casa tras una estancia en el Hospital ¿Puede decirme si alguna de ellas se puede aplicar a su caso? (aporte ejemplos).

Anote 1 punto si la respuesta es "sí" y 0 si es "no"

- **Tiene trastornos del sueño**
  (por ejemplo, porque la persona cuidada se acuesta y se levanta o pasea por la casa de noche)
- **Es poco práctico**
  (por ejemplo, porque la ayuda consume mucho tiempo, o se tarda mucho en llegar allí)
- **Representa un esfuerzo físico**
  (por ejemplo, porque hay que sentarlo y levantarlo de una silla)
- **Supone una restricción**
  (por ejemplo, porque ayudar le limita el tiempo libre o no puede hacer visitas)
- **Ha habido modificaciones en la familia**
  (por ejemplo, porque la ayuda ha roto la rutina o no hay intimidad)
- **Ha habido cambios en los planes personales**
  (por ejemplo, porque tuvo que rechazar un trabajo o no se pudo ir de vacaciones)
- **Ha habido otras exigencias de tiempo**
  (por ejemplo, por parte de los miembros de la familia)
- **Ha habido cambios emocionales**
  (por ejemplo, a causa de fuertes discusiones)
- **Algunos comportamientos son molestos**
  (por ejemplo, la incontinencia, a la persona cuidada le cuesta recordar las cosas, la persona cuidada acusa a las demás de quitarle cosas)
- **Es molesto darse cuenta de que la persona cuidada ha cambiado tanto comparado con como era antes**
  (por ejemplo, la persona cuidada es una persona diferente de la de antes)
- **Ha habido modificaciones en el trabajo**
  (por ejemplo, a causa de una necesidad de reservarse tiempo para la ayuda)
- **Es una carga económica**
- **Nos ha desbordado totalmente**
  (por ejemplo, por la preocupación por la persona cuidada, o preocupaciones por cómo continuar el tratamiento)

Puntuación: una puntuación total de 7 o más, sugiere un elevado nivel de tensión

MINIEXAMEN COGNOSCITIVO DE LOBO
(Valoración Mental Área Cognitiva)

	Respuesta correcta
ORIENTACIÓN	
• Digame el día.....fecha.....mes.....estación.....año.....	5
• Dígame el Hospital.....planta.....ciudad..... provincia..... nación.....	5
MEMORIA DE FIJACIÓN	
• Repita estas tres palabras: peseta-caballo-manzana (repetir hasta que las aprenda)	3
CONCENTRACIÓN Y CÁLCULO	
• Si tiene 30 pesetas, y me las va dando de 3 en 3, ¿cuántas le van quedando? (anote 1 punto cada vez que la diferencia de 3 sea correcta, hasta un máximo de 5 puntos)	5
• Repita estas tres cifras: "5-9-2" Ahora repítalas hacia atrás (anotar 1 punto por cada cifra en orden correcta)	3
MEMORIA (REPETICIÓN)	
• ¿Recuerda las tres palabras que le dije antes?	3
LENGUAJE Y CONSTRUCCIÓN	
• Mostrar un bolígrafo: "¿Qué es esto?". Repetir con un reloj	2
• Repita esta frase: "En un trigal había cinco perros"	1
• Una manzana y una pera son frutas, "¿verdad?". "¿Qué son el rojo y el verde? y ¿un perro y un gato?"	2
• "Coja un papel con su mano derecha, dóblelo por la mitad y póngalo en el suelo" (anote un punto por movimiento correcto)	3
• Lea esto y haga lo que dice: "CIERRE LOS OJOS"	1
• Escriba una frase completa cualquiera (la frase debe tener sujeto, real o implícito, y verbo)	1
• "Copie este dibujo" (cada pentágono debe tener cinco lados y cinco vértices, y la intersección formar un diamante)	1

Punto de corte 23-24

Deterioro cognitivo: 19-23 leve; 14-18 moderado; < 14 severo

ESCALA DE SHORT PORTABLE MENTAL STATUS QUESTIONNAIRE (SPMSQ) DE PFEIFFER (Valoración Mental Área Cognitiva)

- ¿Qué día es hoy? (día, mes y año)
- ¿Qué día de la semana es hoy?
- ¿Cuál es el nombre de este lugar?
- ¿Cuál es su número de teléfono? (si no tiene teléfono, preguntar la dirección)
- ¿Qué edad tiene?
- ¿Cuándo nació?
- ¿Quién es ahora el Presidente del Gobierno?
- ¿Quién fue el Presidente anterior?
- ¿Cuál es el primer apellido de su madre?
- Reste de 3 en 3 a partir de 20.

Anotar un punto por cada ítem no contestado correctamente.
Punto de corte: 5 o más errores.

ESCALA DE DEPRESIÓN DE YESAVAGE (VERSIÓN REDUCIDA)
(Valoración Mental Área Afectiva)

	Sí	No
• ¿Está satisfecho con su vida?	0	1
• ¿Ha renunciado a muchas actividades?	1	0
• ¿Siente que su vida esta vacía?	1	0
• ¿Se encuentra a menudo aburrido?	1	0
• ¿Tiene a menudo buen estado de ánimo?	0	1
• ¿Teme que algo malo le pase?	1	0
• ¿Se siente feliz muchas veces?	0	1
• ¿Se siente a menudo abandonado?	1	0
• ¿Prefiere quedarse en casa a salir?	1	0
• ¿Cree tener más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	1	0
• ¿Piensa que es maravilloso vivir?	0	1
• ¿Le cuesta iniciar nuevos proyectos?	1	0
• ¿Se siente lleno de energía?	0	1
• ¿Siente que su situación es desesperada?	1	0
• ¿Cree que mucha gente está mejor que usted?	1	0

Normal: 0 -5
Depresión leve: 6 - 9
Depresión establecida: > 10

Anexo 6

Modelo de Virginia Henderson

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA DEL PACIENTE PLURIPATOLÓGICO

Respirar

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

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.
- Manifestaciones de dependencia y causa.

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.
- Manifestaciones de dependencia y causa.

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.
- Manifestaciones de dependencia y causa.

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.
- Manifestaciones de dependencia y causa.

Vestirse y desvestirse

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

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.
- Manifestaciones de dependencia y causa.

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.
- Manifestaciones de dependencia y causa.

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.
- Manifestaciones de dependencia y causa.

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.
- Manifestaciones de dependencia y causa.

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.
- Manifestaciones de dependencia y causa.

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.
- Manifestaciones de dependencia y causa.

Ocio

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

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.
- Manifestaciones de dependencia y causa.

(*Las manifestaciones de dependencia* van referidas a un "desarrollo insuficiente del potencial de la persona para satisfacer sus necesidades básicas a causa de una falta de conocimientos, fuerza física o psíquica, o voluntad")

ANEXO 7

LISTADO TABULAR DE PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS

PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS Y CIE-9

La clasificación CIE-9 no permite adaptar directamente los criterios de enfermos pluripatológicos. Sin embargo, para facilitar la detección de pacientes y realizar una aproximación de la prevalencia de pacientes pluripatológicos, se aporta esta codificación. En cualquier caso, al no considerar las limitaciones funcionales, la prevalencia estimada con CIE-9 puede magnificar los resultados obtenidos.

Categoría A:		
1	Insuficiencia cardíaca	428.*
2	ICC postquirúrgica, a largo plazo	429.4
3	ICC hipertensiva	402.91
4	ICC reumática	398.1
5	Miocardiopatía isquémica	410 a 414

Categoría B:		
7	Conectivopatías	710.*
8	PAN y relacionadas	446
9	Artropatía Reiter	711.1
10	Artropatía Behçet	711.2
11	Artropatía enfermedad intestinal	713.1
12	Artropatía por cristales	712
13	Artropatía psoriásica	696.0
14	Artropatía en Schönlein	713.6
15	Artropatía asociada a “neuropatía”	713,5
16	Artropatía otras	713.7
17	Artritis reumatoide	714
18	Osteoartrosis generalizada	715.0
19	Espondilitis anquilosante	720.0
20	Polimialgia reumática	725
21	Insuficiencia renal	585
22	Insuficiencia renal + HTA	403.00
23	Insuficiencia renal + arteriosclerosis	403.92

Categoría C:

24	OCFA	491 a 496
25	Fracaso respiratorio crónico	518.83 y 84
26	Cor pulmonale crónico	416.9

Categoría D:

27	Enfermedad inflamatoria intestinal	555 y 556
28	Insuficiencia vascular crónica intestinal	557.1
29	Hepatopatías y cirrosis crónicas (excepto 571.0 hígado graso y 571.1 alcohólica aguda)	571
30	Pancreatitis crónica	577.1

Categoría E:

31	Enfermedades degenerativas del SNC	331
32	Parkinson	332.0
33	Otras degenerativas de G de la base	333.0
34	Huntington	333.4
35	Distonías por torsión	333.6 y 333.7
36	Enfermedades espinocerebelosas	334
37	Enfermedades del asta anterior	335
38	Siringomielia	336.0
39	Esclerosis múltiple	340
40	Otras desmielinizantes	341
41	Hemiplejía y hemiparesia	342
42	Parálisis cerebral	343
43	Otros síndromes paralíticos	344
44	Distrofias musculares y otras miopatías	359
45	Efectos tardíos de enfermedad cerebrovascular	438
46	Demencia senil	290
47	Demencia alcohólica	291
48	Otros estados psicóticos orgánicos	294
49	Demencias en enfermedad. Clasificable en otro lugar	299,1
50	Degeneraciones cerebrales (normalmente en niños)	330
51	Epilepsia	345

Categoría F:

56	Otras enfermedades vasculares periféricas	443 (exc.81)
57	Arteriosclerosis (arterias nativas de extremidades)	440.2
58	Arteriosclerosis generalizada	440.9
59	Diabetes	250

Categoría G:

60	Neoplasias malignas primarias	140 a 195
61	Neoplasias malignas secundarias o metastásicas	196 a 198
62	Neoplasias malignas sin especificar	199
63	Linfomas y leucemias	200 a 208
64	Trombocitopenia primaria	287.3
65	Neoplasias de evolución incierta	235 a 238
66	Neoplasias de naturaleza no especificada	239
67	Excepto quimioterapia y radioterapia	V.58

ANEXO 8

ANÁLISIS DE EXPERIENCIAS EFECTIVAS

OBJETIVOS:

Explorar mediante una revisión bibliográfica estructurada experiencias publicadas sobre efectividad y/o eficacia de intervenciones sobre poblaciones de enfermos pluripatológicos, adaptables a las necesidades de los enfermos de nuestro entorno con similares características.

Construir un esquema de Proceso de Atención a los Enfermos Pluripatológicos adaptado a nuestro ámbito, incorporando formas de intervención similares a las que han demostrado efectividad en otros entornos.

BÚSQUEDA:

Estudios de intervención (Ensayos Clínicos Controlados), o globalización cuantitativa (Meta-análisis) o cualitativa (Revisiones estructuradas) de resultados de varios estudios.

FUENTES DE BÚSQUEDA:

Base de datos COCHRANE.

ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA:

(Entre paréntesis aparece el número de artículos hallados).

Se utilizan los descriptores de búsqueda de términos MeSH (Medical Subheadings) que ofrece el Thesaurus de la Base de Datos y se escogen los pertinentes en cada caso.

#1. FRAIL ELDERLY (Age/age-80-and-over)	(95)
#2. CHRONIC DISEASE	(4427)
#3. HEALTH SERVICES FOR THE AGED	(115)
#4. DELIVERY OF HEALTH CARE	(107)
#5. DELIVERY OF HEALTH CARE INTEGRATED	(23)
#6. HEALTH SERVICES RESEARCH	(405)
#7. #1 OR #2 OR #3	(420)
#8. #3 OR #4 OR #5 OR #6	(628)
#9. #7 AND #8	(88)

Se revisan en pantalla los 88 resúmenes de los artículos hallados en la búsqueda número 9 y se seleccionan para lectura 8 de ellos (9%), de entre los cuales son rechazados 3 porque no responden adecuadamente a nuestra necesidad.

Todos los trabajos seleccionados son Ensayos Clínicos Controlados, realizados en grandes comunidades de Estados Unidos (Sommers, 2000) (Coleman ,1999) (Beck, 1997), Canadá (Gagnon, 1999), Australia, (McInnes, 1999) e Italia (Bernabei, 1998).

ESTUDIOS SELECCIONADOS:

Beck A, Scott J, Williams P, Robertson B. A randomised trial of group outpatient visits for chronically ill older HMO members: the Cooperative Health Care Clinic. J Am Geriatrics Soc 1997; 45:543-9.

Coleman EA, Grothaus LC, Sandhu N, Wagner EH. Chronic care clinics: a randomised controlled trial of a new model of primary care for frail older adults. J Am Geriatrics Soc 1999; 47:775-83.

Gagnon AJ, Schein C, McVey L, Bergman H. Randomised controlled trial of nurse case management of frail older people. J Am Geriatrics Soc 1999; 47:118-24.

Sommers LS, Marton Kl, Barbaccia JC, Randolph J. Physician, nurse, and social worker collaboration in primary care for chronically ill seniors. Arch Intern Med 2000; 160:1825-33.

McInnes E, Mira M, Atkin N, Kennedy P, Cullen J. Can GP input into discharge planning result in better outcomes for the frail aged?: results from a randomised controlled trial. Fam Pract 1999; 16:289-93.

Bernabei R, Landi F, Gambassi G, Sgadari A, Zuccala G, Mor V, Rubenstein LZ, Carbonin P. Randomised trial of impact of model of integrated cares and case management for older people living in the community. BMJ 1998; 316: 1348-51

DESCRIPCIÓN DE LOS ESTUDIOS:

BECK (1997):

Población diana: Ancianos (>65 años), con un alto y habitual consumo de atención sanitaria, y con una o más enfermedades crónicas.

Intervención: Visita al domicilio del enfermo (1 vez al mes) de un Médico y un Enfermero/a para: Educación Sanitaria, normas o prescripciones para prevención primaria o secundaria según enfermedad, y consulta médica en caso de ser necesaria por agudización.

Alternativa (grupo control): Atención sanitaria habitual a demanda del paciente.

Desenlaces (diferencias significativas entre los grupos): Descenso del número de visitas a Urgencias, descenso del número de ingresos por año, más consultas al Enfermero/a y menos al Médico, aumento del nivel de satisfacción, mejor cobertura del nivel de vacunación antigripal (todos a favor del grupo de intervención experimental).

Duración del estudio: 1 año.

COLEMAN (1999):

Población diana: Ancianos frágiles (pacientes con alta probabilidad de ser ingresados con frecuencia por "vulnerabilidad clínica").

Intervención: Visitas periódicas (medio día cada 4 meses) de los enfermos a una clínica para pacientes crónicos con el fin de participar en:

– Grupos de apoyo mutuo entre enfermos/familiares/cuidadores.

– Consultas con un Farmacólogo Clínico con el fin de reducir al máximo posible la medicación en polimedicados y comprobar la indicación de medicación de alto riesgo.

– Revisión médica en la que se ajusta el tratamiento según cada momento evolutivo/sintomático y se orienta al enfermo y a la familia acerca de la evolución actual/futura de la enfermedad.

Alternativa (grupo control): Atención sanitaria habitual a demanda del paciente.

Desenlaces (diferencias significativas entre los grupos):

NO DIFERENCIAS en cuanto a: número de caídas, funcionalidad física, síntomas depresivos, probabilidad de medicación de alto riesgo, visitas al Hospital, estancias medias en el mismo, y coste total de la asistencia sanitaria.

SÍ DIFERENCIAS: a favor del grupo de intervención experimental en cuanto a grado de satisfacción de los pacientes.

Duración del estudio: 2 años.

GAGNON 1999:

Población diana: (N=427) Pacientes ancianos (>70 años) reclutados en el Hospital al ser dados de alta de Urgencias, por su condición de ser de "alto riesgo de ingreso hospitalario" de acuerdo a su estado de fragilidad clínica habitual.

Intervención: Enfermero/a provee (dentro y fuera del Hospital) de servicios coordinados entre ambos niveles asistenciales consistentes en:

– Información sobre cuidados (autocuidados y cuidados por familiares) y medicación.

– Información sobre diferentes aspectos de la evolución de la enfermedad.

Alternativa (grupo control): Atención sanitaria habitual a demanda del paciente.

Desenlaces (diferencias significativas entre los grupos):

NO DIFERENCIAS: calidad de vida relacionada con la salud (medida con cuestionario SF-36), satisfacción de los enfermos, número de ingresos, estancias en el Hospital.

SÍ DIFERENCIAS: más visitas a Urgencias en el grupo de intervención.

Duración del estudio: 10 meses.

SOMMERS 2000:

Población diana: (N=543) Pacientes ancianos (>65 años) con enfermedades crónicas.

Intervención: Atención mediante visitas conjuntas de Médico de Cabecera, Enfermero/a y Trabajador Social.

Alternativa (grupo control): Atención sanitaria habitual a demanda del paciente.

Desenlaces (diferencias significativas entre los grupos): descenso del número de hospitalizaciones/año, descenso del número de reingresos, descenso del número de consultas al médico a demanda del paciente, mejoría de la actividad social, ahorro medio por paciente y año de 90 $ en gasto sanitario (todo ello a favor del grupo de intervención y sólo a partir del primer año de seguimiento).

Duración del estudio: 2 años.

McINNES 1999:

Población diana: (N=364) Sujetos de más de 60 años de edad con alto riesgo de ingreso por situación clínica habitualmente inestable.

Intervención: Visita del Médico de Cabecera al Hospital, previa al alta, para programar cuidados, tratamiento y recomendaciones varias para el domicilio.

Alternativa (grupo control): Atención sanitaria habitual a demanda del paciente.

Desenlaces (diferencias significativas entre los grupos):

NO DIFERENCIAS: número de ingresos por año, estancias, reingresos y demora hasta el primer reingreso desde el inicio del estudio.

SÍ DIFERENCIAS: más satisfacción de los pacientes en el grupo de intervención.

Duración del estudio: 1 año.

LEVEILLE 1998:

Población diana: (N=200) Ancianos (>70 años) con enfermedades crónicas.

Intervención: Atención médica y apoyo social integrados y gestión por cada caso, dependiendo de las necesidades de cada enfermo.

Alternativa (grupo control): Atención sanitaria habitual a demanda del paciente.

Desenlaces (diferencias significativas entre los grupos): El ingreso en hospitales generales o residencias asistidas fue menos frecuente en el grupo de intervención. El deterioro cognitivo fue menos importante entre los del grupo experimental, así como mejor fue también la ponderación media de la actividad física de los enfermos de dicho grupo.
La frecuentación de servicios de salud fue similar en ambos grupos pero en el grupo control fue significativamente más frecuente la visita del Médico al domicilio de los enfermos. El ahorro medio por paciente y año del grupo de intervención se estima en este estudio en 1.125 $.

Duración del estudio: 1 año.

RESUMEN DE LAS OBSERVACIONES:

Hay que tener en cuenta, antes de extraer orientaciones de estos trabajos, que existen algunas limitaciones para la aplicación de los resultados de los estudios a nuestro caso:

– Diferencias en las percepciones de salud y enfermedad de los enfermos de aquellos países respecto a los de nuestro entorno.

– Diferencias desconocidas en la prevalencia de la patología que nos ocupa (por tanto, diferentes necesidades de servicios probablemente no comparables).

– Diferente disponibilidad de los servicios de salud (ratios: médico/enfermo, ratios enfermero/enfermo, camas disponibles por número de habitantes).

– Diferente accesibilidad a los servicios de salud (distancias geográficas, dispersiones de la población, localización de los Hospitales de referencia,...).

– Diferencias en la financiación de la sanidad (si bien, en el caso de los ejemplos americanos, se trataba de Health Manteinance Organizations, algo similar a "Sistemas Nacionales de Salud" para poblaciones más reducidas, uno de los estudios (BERNABEI, 1998), se llevó a cabo en una localidad del norte de Italia, una comunidad de características más similares a las nuestras desde varios puntos de vista.

De las intervenciones comentadas, las que mejores resultados obtienen son aquéllas desarrolladas por un equipo multidisciplinar (Médico, Enfermero/a, con o sin Trabajador Social), y se ejecutan por actuaciones en el entorno del enfermo adaptándose a sus necesidades (BECK 1997, SOMMERS 2000). De particular interés en tales casos es la circunstancia de que los desenlaces que se comprueban favorables en los grupos de intervención son aquéllos (pudiéramos llamarlos "duros") que apuntan hacia la eficiencia de los servicios (descenso del número de ingresos, de visitas a Urgencias, reducción de ingresos, de mejora de la calidad de vida relacionada con la salud, etc.).

Anexo 9

Estimaciones de Prevalencia de Enfermos Pluripatológicos en Atención Primaria

A petición del grupo de trabajo, se realiza el siguiente análisis utilizando la Base de Datos generada durante el desarrollo del proyecto "Medición del producto en Atención Primaria" llevado a cabo entre el Servicio Andaluz de Salud y la Escuela Andaluza de Salud Pública, en el marco del Plan Estratégico del SAS. La finalidad de dicho proyecto era validar el Sistema de Clasificación de Pacientes Ambulatorios ACG y/o diseñar una clasificación alternativa para la medición del producto en Atención Primaria.

Dicha base recoge información de todos los pacientes atendidos (35.569) durante un año por 29 profesionales de Atención Primaria, 7 de ellos Pediatras. Estos profesionales pertenecen tanto a la zona urbana como rural de las 8 provincias de Andalucía.

Los datos registrados se refieren tanto a características del paciente, como son: edad, sexo y morbilidad diagnosticada, como de utilización de recursos: número de visitas anuales realizadas, coste en pruebas diagnósticas, coste de derivaciones y gasto farmacéutico prescrito.

A partir de esta base de datos y de la población de referencia de los profesionales participantes en el proyecto, se ha estimado, en primer lugar, la prevalencia de pacientes atendidos en Atención Primaria que responden a la definición de "enfermo pluripatológico" realizada por el grupo de trabajo.

Posteriormente, se ha realizado una descripción del conjunto de pacientes pluripatológicos sobre la base del Sistema de Clasificación de Pacientes ACG, con objeto de mostrar la variabilidad, en la utilización de recursos de Atención Primaria de este grupo de pacientes, relacionada con la comorbilidad que presentan.

Definición funcional:

Se define paciente pluripatológico a aquél que presenta dos o más de las siguientes categorías clínicas:

Categoría A:		CIE-9-MC
1	Insuficiencia cardíaca	428.*
2	ICC Postquirúrgica, a largo plazo	429.4
3	ICC Hipertensiva	402.91
4	ICC Reumática	398.1
5	Miocardiopatía isquémica	410 a 414

Categoría B:

7	Conectivopatías	710.*
8	Artropatía Reiter	711.1
9	Artropatía Behçet	711.2
10	Artropatía enfermedad intestinal	713.1
11	Artropatía por cristales	712.*
12	Artropatía psoriásica	696.0
13	Artropatía en Schönlein	713.6
14	Artropatía asociada a "neuropatía"	713.5
15	Artropatía otras	713.7
16	Artritis reumatoide	714.*
17	Osteoartrosis generalizada	715.0
18	Espondilitis anquilosante	720.0
19	Polimialgia reumática	725.*
20	Insuficiencia renal	585.*
21	Insuficiencia renal + HTA	403.00
22	Insuficiencia renal + arteriosclerosis	403.92

Categoría C:

23	OCFA	490 a 496
24	Fracaso respiratorio crónico	518.83 y 84
25	Cor pulmonale crónico	416.*

Categoría D:

26	Enfermedad inflamatoria intestinal	555 y 556
27	Insuficiencia vascular crónica intestinal	557.1
28	Hepatopatías y cirrosis crónicas (excepto 571.0 hígado graso y 571.1 alcohólica aguda)	571.*

Categoría E:

30	Enfermedades degenerativas del SNC	331.*
31	Parkinson	332.0
32	Otras degenerativas de G de la base	333.0
33	Huntington	333.4
34	Distonías por torsión	333.6 y 333.7
35	Enfermedades espinocerebelosas	334.*
36	Enfermedades de neurona motora	335.2, .8, .9
37	Siringomielia	336.0
38	Esclerosis múltiple	340.*
39	Otras desmielinizantes	341.*
40	Hemiplejía y hemiparesia	342.*
41	Parálisis cerebral	343.*

42	Otros síndromes paralíticos	344.*
43	Distrofias musculares y otras miopatías	359.*
46	Efectos tardíos de enfermedad cerebrovascular	438.*
47	PAN y relacionadas	446.*
48	Demencia senil	290.*
49	Demencias en enfermedad. Clasificable en otro lugar	299,1
50	Esquizofrenia	295.*
51	Síndrome de dependencia del alcohol	303.*

Categoría F:

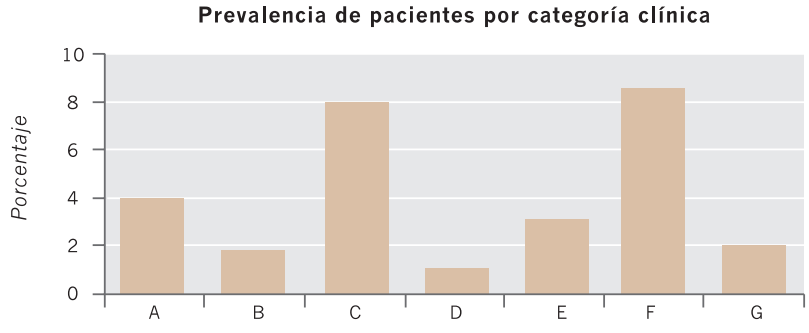
52	Arteriopatía periférica sintomática	443.*
53	Arteriosclerosis (arterias nativas de extremidades)	440.2
54	Arteriosclerosis generalizada	440.9
55	Diabetes	250.*

Categoría G

56	Neoplasias malignas primarias	140 a 195
57	Neoplasias malignas secundarias o metastásicas	196 a 198
58	Neoplasias malignas sin especificar	199.*
59	Linfomas y leucemias	200 a 208
60	Trombocitopenia primaria	287.3
61	Neoplasias de evolución incierta	235 a 238
62	Neoplasias de naturaleza no especificada	239.*

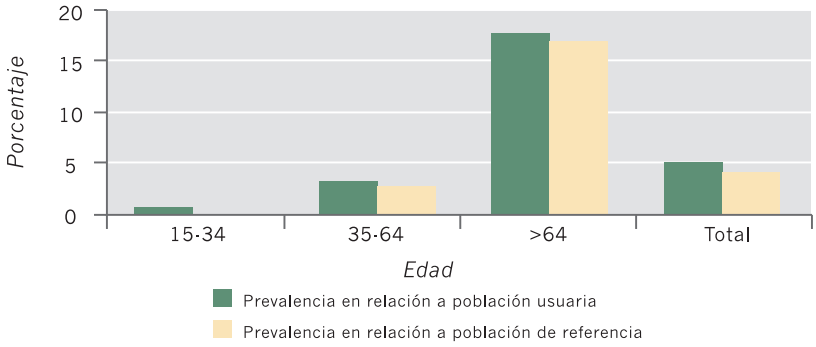
Prevalencia:

Siguiendo el proceso de definición de paciente pluripatológico, el siguiente gráfico muestra la prevalencia de pacientes para cada una de las categorías clínicas con relación a la población usuaria de los profesionales del proyecto.



La prevalencia de pacientes pluripatológicos es del 5,07 % con relación a la población usuaria, y del 4,13% con respecto a la población general. La prevalencia por estructura de edad se muestra en el siguiente gráfico, no evidenciándose diferencias de la misma entre población usuaria y de referencia.

Prevalencia de pacientes pluripatológicos por grupos de edad



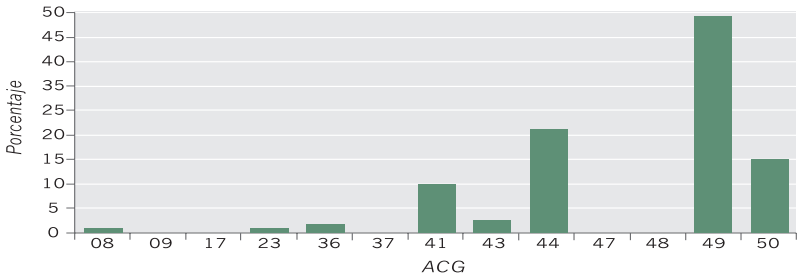
Descripción por ACGs:

Los ACGs son un Sistema de Clasificación de Pacientes cuyo objetivo es el de obtener un sistema que permita agrupar pacientes, o poblaciones, desde una perspectiva longitudinal, simple y global, proporcionando una aproximación al perfil clínico de cohortes de pacientes.

El ACG asignado a cada paciente se deriva de la edad, género y el/los diagnósticos que presenta en las visitas realizadas durante un año. El proyecto anteriormente mencionado ha evidenciado la capacidad de los ACGs para explicar la variabilidad en el uso de recursos de los usuarios de acuerdo al número de visitas anuales que realizan y al coste variable (pruebas diagnósticas + derivaciones + gasto en farmacia) que generan, obteniéndose pesos relativos “estándar” para cada ACG con relación a la norma de la práctica de los profesionales participantes en el mismo.

La distribución por ACGs de los pacientes pluripatológicos nos sugiere una utilización de servicios de Atención Primaria diferente en función de otras comorbilidades o del número de patologías presentes en las categorías clínicas que componen dicha definición, así como de la edad y el género del paciente.

Pacientes pluripatológicos por ACG



Casi el 50% de los pacientes pluripatológicos se agrupan en el ACG 49 etiquetado como “pacientes que presentan combinaciones de 6 a 9 grupos de diagnósticos (ADG) mayores de 34 años”. El otro 50 % se agrupan principalmente en el ACG 44: “pacientes que presentan combinaciones de 4 o 5 grupos de diagnósticos mayores de 44 años”, ACG 50: “pacientes que presentan 10 o más grupos de diagnósticos”, y el ACG 41 “pacientes que presentan combinaciones de 2 o 3 grupos de diagnósticos mayores de 34 años”.

Para estos ACGs, el peso relativo tanto del número de visitas como del coste variable se presentan en la siguiente tabla. El peso relativo refleja la “complejidad” en relación a la utilización de recursos para cada ACG.

Por ejemplo:

El ACG 50 consume 4,77 veces más que el consumo de un paciente medio y realiza 3,81 veces más visitas.

El ACG 44, con peso relativo en cuanto al coste variable de 2,58, y el ACG 50, con peso relativo 4,77, nos indica que los pacientes en el ACG 50 consumen 1.85 veces más que los pacientes del ACG 44. En cuanto al número de visitas, los pacientes en el ACG 50 realizan 2.07 veces más visitas anuales que los del ACG 44.

ACG	Denominación	Peso relativo coste variable	Peso relativo número visitas
08	Crónico inestable	1,38	0,63
09	Crónico estable	0,63	0,55
17	Embarazo	0,65	1,00
23	Agudo leve+crónico estable	0,72	0,84
36	Agudo leve + agudo grave + recurrente + crónico estable	1,54	1,68
37	Agudo leve + agudo grave + recurrente + Psicosocial	1,03	1,43
41	Combinación de 2-3 ADGs, mayor de 34 años	1,45	1,09
43	Combinación de 4-5 ADGs, entre 17-44 años	0,89	1,03
44	Combinación de 4-5 ADGs, mayor de 44 años	2,58	1,84
47	Combinación de 6-9 ADGs, hombre, entre 17-34 años	1,25	1,56
48	Combinación de 6-9 ADGs, mujer, entre 17-34 años	1,45	1,61
49	Combinación de 6-9 ADGs, mayor de 34 años	3,34	2,63
50	Combinación de 10 o más ADGs	4,77	3,81

El índice casuístico, como medida de la "complejidad" del conjunto de pacientes pluripatológicos respecto al total de pacientes usuarios, se sitúa en 3,15 para el 'coste' y 2,45 para el 'número de visitas', lo que nos indica que dichos pacientes son más "complejos" en lo que respecta a la intensidad de recursos que utilizan en el grado que indican los respectivos índices.

Anexo 10

Estimaciones de Prevalencia de Enfermos Pluripatológicos[(1)] en Atención Especializada

Hospital Alto Guadalquivir (Andújar)

Campo de Estudio: Consulta Externa 1ª vez (3 meses, Junio-Agosto 2001).

Nº Pacientes: 253

% Pluripatológicos[1]: 21

Edad: 72

Referencia: Adarraga, MD et al. Características clínicas de pacientes pluripatológicos atendidos en Consultas Externas de Medicina Interna. Comunicación al congreso de la SADEMI octubre 2001. Rev. Clin. Esp. octubre 2001; 201 extra 3: 14.

Hospital Comarcal de la Axarquía (Vélez Málaga)

Campo de Estudio: Informes de 3.333 ingresos en Servicio M. Interna (estudio de incidencia en muestra significativa años 1999-2000).

Nº Pacientes: 339

% Pluripatológicos[1]: 23

Edad: 71.7

Referencia: San Román, CM et al. Estudio de pacientes pluripatológicos atendidos en el Hospital Comarcal de la Axarquía. Comunicación al congreso de la SADEMI octubre 2001. Rev. Clin. Esp. Octubre 2001; 201 extra 3: 14.

Hospital General J. R. Jiménez (Huelva) - Hospital de la Serranía (Ronda) - Hospital Ntra. Sra. Valme (Sevilla)

Campo de Estudio: Ingresados en secciones de M. Interna incluidas Especialidades (Corte de 1 día - Septiembre 2001).

Nº Pacientes: 145

% Pluripatológicos[1]: 36.5

Edad: 69

Referencia: Rodríguez Vera, J et al. El paciente pluripatológico en los Servicios de Medicina Interna. Comunicación al congreso de la SADEMI octubre 2001. Rev. Clin. Esp. Octubre 2001; 201 extra 3: 19.

---

[1] Según los criterios de enfermo pluripatológico utilizados en el presente documento.

Hospital de El Tomillar (Sevilla)

Campo de Estudio: Ingresados en Servicio M. Interna-UCA (Corte de 1 día - Septiembre 2001).

Nº Pacientes: 55

% Pluripatológicos[1]: 72.7

Edad: 82.3

Referencia: Gómez Camacho, E et al. Gestión por Procesos. Proceso pluripatológicos: cuantificación y validación de la definición de paciente pluripatológico. Comunicación al congreso de la SADECA, Córdoba, Noviembre, 2001.

Hospital Ntra. Sra. de Valme (Sevilla)

Campo de Estudio: Ingresados en especialidades médicas excluida Sección M. Interna (Corte de 1 día - Septiembre 2001).

Nº Pacientes: 108

% Pluripatológicos[1]: 28.7

Edad: 67.6

Referencia: Gómez Camacho, E et al. Gestión por Procesos. Proceso pluripatológicos: cuantificación y validación de la definición de paciente pluripatológico. Comunicación al congreso de la SADECA, Córdoba, Noviembre, 2001.

Hospital Ntra. Sra. de Valme (Sevilla)

Campo de Estudio: Todos los ingresos médicos del Área Hospitalaria incluyendo M. Interna y Especialidades de Valme y El Tomillar (Corte de 1 día - Septiembre 2001).

Nº Pacientes: 206

% Pluripatológicos[1]: 42

Edad: 74

Observaciones: Combinaciones de categorías más prevalentes: AF, AC, AE y EF.

Referencia: Gómez Camacho, E et al. Gestión por Procesos. Proceso pluripatológicos: cuantificación y validación de la definición de paciente pluripatológico. Comunicación al congreso de la SADECA, Córdoba, Noviembre, 2001.

ANÁLISIS DE EXPECTATIVAS

Al otro lado de la mesa. Comisión de Mejora de la Calidad de la Sociedad Catalana de Medicina Familiar y Comunitaria. Barcelona: Doyma, 2000.

Reguant, M. ¿Qué espera la gente de nosotros?. Cuadernos de Gestión 1999; 5; 77-87.

Delgado, A. Factores asociados a la satisfacción de los usuarios. Cuadernos de Gestión 1997; 3; 90-101.

Palacio, F. El servicio centrado en el paciente y en la comunidad. Formación Médica Continuada 2000; 7 (suplemento 7); 17-32.

ESCALAS DE VALORACIÓN

Alarcon, MT; González Montalvo, Jl. La escala sociofamiliar de Gijón, instrumento útil en el Hospital General. Rev. Esp. Geriatr. Gerontol. 1998; 33; 178-180.

Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: selfmaintaining and activities of daily living. Gerontologist 1969; 9; 179-186.

Lobo, A et al. Revalidación y normalización de Miniexamen Cognoscitivo (primera versión en castellano del Minimental Status Examinatión) en la población general geriátrica. Med. Clin. (Barc) 1999; 112; 767-774.

Pfeiffer, E. A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit in the elderly patients. J Am Geriatric Soc 1975; 23; 433-441.

Yesavege, JA et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale. A preliminary report. J Psyquiatric Res 1983; 17; 37-49.

García Calvente, MM; Mateo Rodríguez, I; Gutiérrez Caudra, P. Cuidados y cuidadores en el sistema informal de salud. Investigación cuantitativa. Escuela Andaluza de Salud Pública, Serie Monografías nº 27. Granada. 1999).

PROGRAMAS DE ATENCIÓN AL INCAPACITADO Y PACIENTE MAYOR. REVISIONES Y CONCEPTOS

Cartera de Servicios de Atención Primaria 2000. Servicio Andaluz de Salud. Plan Estratégico. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Sevilla. 125 pág.
Desarrolla la Atención Domiciliaria como servicio específico de los equipos de Atención Primaria.

Desglosa el concepto de Atención Domiciliaria para pacientes terminales, ancianos de riesgo, inmovilizados y altas hospitalarias. Para cada una de ellas establece criterios mínimos de oferta e indicadores de cobertura y seguimiento.

Espinosa, JM y cols. Atención al Paciente Incapacitado. Ponencia al XI Congreso de la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria. Libro de Ponencias. Granada 2000.
Estudia las particularidades del cuidador principal, la atención al paciente terminal y la atención al paciente institucionalizado.

Espinosa, JM. Atención al Mayor. Guía SAMFYC Nº 7. Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria. Granada 1997.
Justifica la necesidad de superar la evaluación exclusiva por problemas de salud en la población incapacitada que precisa Atención Domiciliaria, al existir grandes discrepancias entre morbilidad, autopercepción de salud y capacidad para desarrollar actividades de la vida diaria. El abordaje más coherente para la atención a pacientes terminales o inmovilizados exige una valoración integral que incluya la capacidad funcional, la salud psíquica o la valoración de los recursos sociales. Presenta una propuesta de escalas y test para estas valoraciones, así como una propuesta de actividades para cada profesional del equipo de Atención Primaria.

Gorroñogoitia, A et al. Atención al Anciano. Grupo de Trabajo de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. Barcelona 1997
Texto que justifica la necesidad de establecer un programa específico de Atención al Anciano. Hace una revisión actualizada de las actividades preventivas y de promoción de salud para la población anciana. Propone un modelo de puesta en marcha y evaluación de la Atención Domiciliaria.

Hornillos, M; Rodríguez, A; Baztan, JJ. Valoración geriátrica en Atención Primaria. Semergen 2000; 26; 77-89.
Presente una revisión muy actualizada de la valoración integral (clínica, social y funcional) del anciano. Resulta de gran interés la aportación de sus escalas de valoración y su aplicabilidad en Atención Primaria.

ATENCIÓN DOMICILIARIA

Albert, V. Utilidad de la valoración geriátrica en Atención Primaria. Semergen 2000; 26; 59-60.

Béland, F; Zunzunegui, MV. El perfil de las incapacidades funcionales en las personas mayores. Rev. Gerontol 1995; 5: 232-244.

Contel, JC. La atención a domicilio como modelo de atención compartida. Atención Primaria 2000. 25; 526-528.

De la Revilla, L; Delgado, A; López, LA. Atención Primaria orientada a la comunidad. Análisis de la situación de salud. En: Martín Zurro, A; Cano Pérez, JF. Manual de Atención Primaria. Doyma 2ª Ed,. Barcelona, 1989.

Escobar, J. Atención domiciliaria al anciano. Enf. Científica 1990; 94: 43-47.

Espinosa, JM; Muñoz Cobos, F. Evaluación de los Programas de Atención Domiciliaria en Atención Primaria de Salud. Cuadernos de Gestión 1995; 1; 14-20.

López Pavón, I y cols. Aplicación de un protocolo de valoración geriátrica en Atención Primaria: comparación con los datos de la Historia Clínica. Atención Primaria 2000; 25; 630-633.

López Pisa, RM; Maymó, N; Giró, E. Atención domiciliaria. En Martín Zurro, A; Cano JF. Manual de Atención Primaria. Organización y Pautas de Actuación en Consulta. 2ª Ed. Doyma. Barcelona, 1989.

Matthews, S. Familia contra enfermedad. Ed Raíces Madrid, 1989.

Riopelle, L; Grodin, L; Phaneuf, M. Cuidados de Enfermería. Un proceso centrado en las necesidades de la persona. Madrid: Interamericana-McGraw-Hill. 1993.

Villacañas y cols. Atención Domiciliaria: el producto enfermero y el coste del mismo según el nivel de dependencia de los usuarios atendidos desde la Atención Primaria. Centro de Salud 2000; 8; 30-32.

Flores Lozano y otros. Psicopatología de los cuidadores habituales de ancianos. JANO 1997. LIII (1218): 53-64.

Contel, J.C; Gené, J; Peyá, M. Atención Domiciliaria, Organización y Práctica. Springer. Barcelona 1999.