



**PLAN DE TELECONTINUIDAD DE CUIDADOS
MEDIANTE SEGUIMIENTO TELEFÓNICO A
PACIENTES DE UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN POR
*SALUD RESPONDE***

Dirección General de Asistencia Sanitaria
Dirección Regional de Desarrollo e Innovación en Cuidados

JUSTIFICACIÓN

La continuidad de cuidados se define como el grado en que la asistencia que necesita el paciente está coordinada eficazmente entre diferentes profesionales y organizaciones con relación al tiempo (Joint Commission). Por tanto, puede afirmarse que la discontinuidad aparece en el momento en que un centro asistencial, servicio o unidad desestima o subordina a otras prioridades la información relativa a los pacientes y/o cuidadores, anteponiendo el entorno a las personas a las que se atienden, de forma que se produce una incidencia negativa sobre la atención de éstos.

La continuidad de cuidados es un elemento de mejora y calidad asistencial deseable para todos los pacientes, no obstante es una realidad que hay grupos de personas en los que esta continuidad de cuidados es especialmente necesaria como son los pacientes frágiles. La fragilidad es una condición fácilmente reconocida por los profesionales sanitarios aunque difícil de definir conceptualmente. Más que una entidad clínica precisa, la fragilidad se configura como un conjunto de múltiples situaciones en las que existe una capacidad disminuida para desarrollar las actividades de la vida diaria y para dar respuesta a demandas que resultan excesivas. En todos los casos, la fragilidad comporta un alto sufrimiento de la persona, una pesada carga para los profesionales sanitarios, unos elevados costes de atención sanitaria, un uso abundante de medicación y, en muchos casos, un riesgo elevado de hospitalización.

Para garantizar la continuidad de cuidados, especialmente en los pacientes frágiles, la Dirección Regional de Desarrollo e Innovación en Cuidados, valoró la implantación de los telecuidados como elemento de innovación y mejora, entre las que se encuentra la mejora de la continuidad de cuidados mediante el seguimiento telefónico, que comenzó en Junio del 2004 con el Plan de seguimiento telefónico a personas frágiles ante temperaturas extremas y con el Plan de seguimiento telefónico a pacientes frágiles dados de alta desde las Unidades de Hospitalización durante fines de semana y festivos. Dado los óptimos resultados obtenidos en dicho plan el seguimiento telefónico continua desde Octubre de 2004 en los hospitales andaluces.

La utilidad de los telecuidados se describe ampliamente en la literatura científica y entre los beneficios más destacables que se han producido una vez implantado el servicio de seguimiento telefónico se encuentran la adherencia al tratamiento, la percepción de mejora en la calidad del cuidado y la reducción de los reingresos hasta en un 50%, lo que implica una mejora en la continuidad de cuidados y de la salud de la población.

- Otro elemento importante que justifica la implantación de los telecuidados es el desarrollo generalizado de los modelos de Estado del Bienestar en el mundo occidental, en los que la sanidad constituye el mayor bien participable, y que ha hecho de la accesibilidad uno de los principios fundamentales de todo sistema que persiga la universalidad y la equidad. Es por esto, por lo que se hace necesario la implantación de un sistema que asegure esta accesibilidad del usuario al sistema en cualquier momento y que permita además el seguimiento del usuario por parte del sistema en determinadas circunstancias. El servicio telefónico de *Salud Responde* puede dar respuesta a esta situación a través de resolución de problemas, empatía,

ánimo, entrenamiento/educación, recordatorio, refuerzo y reconocimiento de conductas/logros y derivación al Centro Coordinador de Urgencias si es necesario.

PLAN DE CONTINUIDAD ASISTENCIAL MEDIANTE SEGUIMIENTO TELEFÓNICO

El Plan consiste en desarrollar un servicio de continuidad asistencial mediante el seguimiento telefónico proactivo a pacientes frágiles que son dados de alta desde las unidades de hospitalización durante todos los fines de semana del año, festivos y vísperas.

OBJETIVOS

1. Facilitar la accesibilidad del seguimiento telefónico a la población diana tras el alta desde las unidades de hospitalización.
2. Prevenir e intervenir precozmente ante los problemas de salud relacionados con el alta desde las unidades de hospitalización.
3. Mejorar la homogeneización de la práctica asistencial ante los problemas de salud relacionados con el alta desde las unidades de hospitalización.

PLAN DE ACTUACION

OBJETIVO 1: Facilitar la accesibilidad del seguimiento telefónico a la población diana tras el alta.

Los criterios establecidos para la identificación de la población diana son:

A1

Persona mayor de 65 años que viva sola o con una persona mayor de 65 años
Presentar 2 o más enfermedades crónicas y al menos uno de los siguientes criterios:

- Tomar 5 o más fármacos y/o, ***durante el Plan de Prevención de Temperaturas Extremas, tomar alguno de los grupos de medicación de riesgo tales como: diuréticos, hipotensores, antidepresivos, neurolépticos y antiparkinsonianos***
- Limitación funcional en situación de estabilidad clínica (Falta de autonomía para las Actividades de la vida diaria (I.Barthel < 60) y/o
- Limitación /deterioro cognitivo (E.Pfeiffer \geq 5)

A2

Persona menor de 65 años y

- Presentar 2 o más enfermedades crónicas y
- Tomar 5 o más fármacos y
- Limitación funcional en situación de estabilidad clínica (Falta de autonomía para las Actividades de la vida diaria (I.Barthel < 60) y/o limitación /deterioro cognitivo (E.Pfeiffer \geq 5)A.

A3

Persona que presente al menos uno de los siguientes criterios:

- Proceso oncológico (incluido niños) y que finalice tratamiento de quimioterapia el día del alta
- Procesos en situación terminal con necesidad de cuidados paliativos con permiso de fin de semana a su domicilio

El **proceso de captación de la población diana** presenta unas características que se exponen a continuación:

Los pacientes que son dados de alta desde las unidades de hospitalización durante los fines de semana, vísperas y festivos serán captados según los criterios anteriormente descritos por las enfermeras responsables del alta de las diferentes unidades en colaboración con la supervisora de la unidad. Los pacientes susceptibles de ser incluidos en el seguimiento telefónico han de ser valorados por la enfermera. Además, esta valoración incluirá los datos clínicos necesarios para su posterior seguimiento así como la actualización de datos (Nº de teléfono, domicilio, centro de salud) imprescindibles para la realización correcta del seguimiento telefónico por Salud Responde y por las enfermeras de Atención Primaria.

Entre estos datos, es preciso destacar el registro del **número de teléfono del domicilio del paciente donde éste pasará su convalecencia inmediata tras el alta** para el seguimiento por Salud Responde. Así, el teléfono es un requisito imprescindible para ofrecer este servicio.

La captación se realizará desde el momento del ingreso para poder obtener toda la información necesaria, planificar el alta, informar al paciente y/o familia y así poder volcar los datos en el entorno web cuando se produzca el alta. Estos datos serán volcados por la supervisora de guardia.

La enfermera dispondrá de una hoja de cumplimentación estandarizada (**Anexo 1**) donde recogerá los datos necesarios para el posterior seguimiento por parte de *Salud Responde*.

OBJETIVO 2: Prevenir e intervenir precozmente ante los problemas de salud relacionados con el alta tras la hospitalización.

Para hacer efectivo el Plan de Continuidad de Cuidados de personas frágiles dadas de alta desde las unidades de hospitalización, las enfermeras de Salud Responde realizan una serie de intervenciones para la resolución de problemas relacionados con la salud, que garanticen la seguridad de los pacientes y/o sus cuidadoras. Entre ellas, se pueden destacar:

- **8180. Consulta por teléfono.** Dicha intervención incluye actividades tales como el seguimiento y detección precoz de signos y síntomas de enfermedades; la detección precoz de efectos secundarios del tratamiento; el refuerzo sobre la importancia de la adherencia al tratamiento; la clarificación de dudas sobre el régimen terapéutico, dispositivos y cuidados en general; también ofrecer seguridad y refuerzo y derivar a la enfermera de familia para su seguimiento, o al centro coordinador de urgencias si es necesario.
- **6366. Triage: teléfono.** Con esta intervención se trata de determinar el tipo y la urgencia del problema y dar instrucciones por teléfono del nivel de atención necesario.
- **7040. Apoyo al cuidador principal.** Esta intervención hace referencia al suministro de información, recomendación y apoyo para facilitar los cuidados primarios al paciente, así como a promover la salud integral del cuidador.

El proceso de seguimiento telefónico desde *Salud Responde* comenzará cuando la Enfermera de *Salud Responde* visualice los datos incluidos desde la unidad de hospitalización. En este momento, la Enfermera de Salud Responde realizará una primera llamada al paciente a partir de las 3 horas del alta, que incluirá una breve entrevista telefónica (**Anexo 2**). Tras este primer contacto y teniendo en cuenta la situación clínica del paciente se valorará la realización de una segunda llamada. El criterio para la realización de la segunda llamada será que en la primera se haya detectado alguno de los siguientes síntomas:

- Hipertermia
- Dolor
- Disnea
- Vómitos
- Incidencias con el régimen terapéutico (oxigenoterapia, tratamiento farmacológico, aerosolterapia...)
- Situación emocional del paciente y/o cuidadora susceptible de beneficiarse de una segunda llamada: temor, ansiedad.
- Situación clínica que origine la derivación al centro coordinador de Urgencias en la primera llamada.

Todos los datos obtenidos de la entrevista y las intervenciones realizadas en el seguimiento telefónico, quedarán registrados en la Base de Datos en entorno web.

La Enfermera de Salud Responde, asignará al paciente un Nivel de Riesgo que orientará a la Enfermera de Familia a saber la situación de éste y priorizar la Visita Domiciliaria teniendo en cuenta: (Anexo 3)

- Datos obtenidos de la valoración realizada desde las Unidades de Hospitalización.
- Datos obtenidos de la entrevista telefónica desde Salud Responde
- Problemas detectados e intervenciones realizadas. Nivel de riesgo asignado

El **proceso de continuidad de cuidados en Atención Primaria** continua al día siguiente hábil del alta del paciente.

Tras el fin de semana y festivo, los Adjuntos de Enfermería de los centros de salud que dispongan de entorno web, podrán visualizar los datos de los pacientes de su zona, para priorizar la visita domiciliaria por parte de la enfermera de familia del paciente. En los centros que no esté disponible el entorno web, *Salud Responde* enviará la información al Distrito y éste lo enviará a cada centro vía fax.

Los datos que Salud Responde debe enviar a los Distritos en esa relación son:

- Datos personales del paciente y hoja de valoración del hospital
- Intervenciones realizadas por las Enfermeras de Salud Responde con el paciente
- Nivel de riesgo asignado

OBJETIVO 3: Mejorar la homogeneización de la práctica asistencial ante los problemas de salud relacionados con el alta desde las unidades de hospitalización.

Para la consecución de este objetivo, se han elaborado una serie de protocolos y recomendaciones para hacer frente telefónicamente a los problemas de salud relacionados con el alta desde las Unidades de Hospitalización, que afectan a la



población diana. Estos instrumentos incluyen algoritmos diagnósticos y terapéuticos que apoyan las decisiones de las enfermeras de Salud Responde.



ANEXO 1

INFORME CONTINUIDAD DE CUIDADOS MEDIANTE SEGUIMIENTO TELEFÓNICO

Teléfono.....
 ...
 Domicilio.....CP.....

Municipio.....Provincia.....

Centro de
 Salud.....
 Diagnóstico al
 alta.....
 Fecha Alta:.....Hora de
 salida.....
 Derivado para seguimiento
 a.....

Criterios de inclusión:

A1 Persona mayor de 65 años que viva sola o con una persona mayor de 65 años que vivan solas y
 -Presentar 2 o más enfermedades crónicas y al menos uno de los siguientes criterios:
 -Tomar 5 o más fármacos y/o.
 -Limitación funcional en situación de estabilidad clínica (Falta de autonomía para las Actividades de la vida diaria (I.Barthel<60)
 -Limitación /deterioro cognitivo (E.Pfeiffer≥5)

A2: Persona<65 años
 -Presentar 2 o más enfermedades crónicas y
 --Tomar 5 o más fármacos y
 Limitación funcional en situación de estabilidad clínica (Falta de autonomía para las Actividades de la vida diaria (I.Barthel < 60) y/o
 Limitación /deterioro cognitivo (E.Pfeiffer ≥ 5.

A3
 Persona que presente al menos uno de los siguientes criterios:
 -Proceso oncológico (incluido niños) y que finalice tratamiento de quimioterapia el día del alta
 -Procesos en situación terminal con necesidad de cuidados paliativos con permiso de fin de semana a su domicilio

Entorno socio- familiar:

- Vive solo
 Alguien con quien contactar si necesita

Cuidadora principal

Nombre y
 apellidos.....



ayuda

.....

Teléfono.....

.....

Intervención quirúrgica: si no

Test Barthel:

Test Pfeiffer:

Tipo de intervención.....

de

Problemas de salud:

- Diabetes
- Insuficiencia cardiaca
- Enfermedad respiratoria
- Enfermedad neurológica
- Otras enfermedades crónicas degenerativas

.....
.....

- Enfermedad onco-hematológica
- Problemas que generen discapacidad:

.....
.....

Problemas al alta: Marcar si existe

- Intolerancia a la actividad
- Conocimientos deficientes (especificar)
- Cansancio en el desempeño del rol de cuidador
- Temor
- Deterioro de la integridad cutánea
- Dolor Crónico
- Riesgo de caídas

Otras.....

.....

.....
.....

Dispositivos al alta :Marcar si existe

- SNG
- Sonda vesical
- Ostomía (especificar)
- Bomba perfusión analgesia
- Oxigenoterapia

Otros

Medicación al alta: (Especificar si es de nueva prescripción [N] o habitual [H])

Durante el Plan de Prevención de Temperaturas Extremas serán incluidas en el seguimiento aquellas personas que tomen al menos un fármaco de los grupos de medicación de riesgo tales como: diuréticos, hipotensores, antidepresivos, neurolépticos y antiparkinsonianos

1º..... 4º..... 7º..... 10º.....

.....

2º..... 5º..... 8º..... 11º.....

.....



3° 6° 9° 12°
.....

Informado para el seguimiento telefónico

Nombre y firma del enfermero o médico:

ANEXO 2

ENTREVISTA TELEFONICA GENERAL DE PRIMER CONTACTO

- ¿Cómo se encuentra?
- ¿Recuerda las instrucciones recibidas en el hospital cuando le dieron el alta?
- ¿Le han puesto medicación nueva? ¿Sabe como tiene que tomarla?
- ¿Qué dudas tiene en este momento?
- Recuerde que debe hacer llegar a su Centro de Salud el informe de alta que le han dado en el hospital.

ANEXO 3

PROTOCOLO DE ASIGNACION DEL NIVEL DE RIESGO para LA VISITA DOMICILIARIA EN ATENCIÓN PRIMARIA

NIVEL DE RIESGO	CRITERIO DE INTERVENCION
Nivel 1: Riesgo bajo	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sin problemas identificados. ▪ Requiere recomendaciones generales de cuidados por la enfermera de Salud Responde y continuidad presencial o telefónica por parte de AP en el primer día hábil tras el alta.
Nivel 2: Riesgo Potencial	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Manifiesta problemas potenciales relacionados con necesidades de cuidados. ▪ Requiere recomendaciones generales y específicas de cuidados por la enfermera de Salud Responde y continuidad presencial o telefónica por parte de AP en el primer día hábil tras el alta.
Nivel 3: Presencia de problemas	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Manifiesta problemas relacionados con los diagnósticos de enfermería al alta o con el uso de los diferentes dispositivos. ▪ Requiere recomendaciones generales y específicas de cuidados por la enfermera de Salud Responde y continuidad presencial o telefónica por parte de AP en el primer día hábil tras el alta.
Nivel 4: En riesgo vital	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Problema de salud que requiere de una acción urgente por el centro coordinador de urgencias
Nivel 5: Riesgo desconocido	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Imposibilidad de contactar con el paciente ▪ Requiere su localización y valoración de la situación clínica en el primer día hábil tras el alta.

BIBLIOGRAFIA

1. Allen D (1997) Telephone follow up for older people discharged from A&E. *Nursing Standard*. 11, 46: 34-37.
2. Brown I, Renwick R, Raphael D. Frailty: constructing a common meaning, definition and conceptual framework. *Int J Rehabil Research* 1995; 18: 93-102.
3. Dudas V, Bookwalter T, Kerr KM, Pantilat SZ. The impact of follow-up telephone calls to patients after hospitalization. *Am J Med* 2001;111: 26S-30S.
4. Morales Asensio JM: Una nueva dimensión enfermera: los telecuidados. II encuentro ASANEC. EASP. Granada 2001.
5. Pérez Hernández RM, Lacida Baro M, López Alonso SR, Gala Fernández B, Caballero Algarín MM. Seguimiento telefónico de pacientes de alto riesgo ante las temperaturas extremas. IX Congreso de la Sociedad Andaluza de Calidad Asistencial. Málaga. 2-5 de Noviembre de 2004.
6. Rockwood K, Fox RA, Stolee P, Robertson D, Beattie BL. Frailty in elderly people: an evolving concept. *CMAJ* 1994; 150: 489-495.
7. Telephonic program cuts CHF readmissions in half: nurses follow up after discharge. *Hospital Case Management* 2004; 12(9): 134, 143-4.