

GUIA DE ATENCIÓN COMPARTIDA AL PACIENTE PLURIPATOLOGICO



**COMISION DE CUIDADOS DE AREA
HOSPITAL INFANTA ELENA
DISTRITO HUELVA-COSTA
DISTRIO COMPIÑA-CONDADO**

AUTORES

D.^a CARMEN QUESADA HUELVA.

Enfermera Unidad de Gestión de Cirugía. Hospital Infanta Elena.

D.^a ESPERANZA LLANES MONTERO.

Enfermera Unidad de Medicina Interna. Hospital Infanta Elena.

D.^a M.^a JOSE VAZQUEZ PEREIRA

Enfermera Unidad de Medicina Interna. Hospital Infanta Elena.

D. RAFAEL ESTEVEZ MARAVER.

Adjunta de Enfermería. Z.B.S. de Almonte. Distrito Condado - Campiña

D.^a M.^a EULALIA MACIAS COLORADO.

Enfermera Comunitaria de Enlace. Z.B.S. de Ayamonte. Distrito Huelva-Costa.

D.^a M.^a JOSE ARSUAGA ARRICARTE.

Adjunta de Enfermería. Z.B.S. de Isla Cristina. Distrito Huelva-Costa.

D.^a M.^a JOSEFA DELGADO MARQUEZ

Enfermera de Familia y Salud Comunitaria. Z.B.S. de Lepe. Distrito Huelva-Costa.

D.^a ANA M.^a ESCOLÁSTICO CUETO.

Enfermera Comunitaria de Enlace. Z.B.S. de Cartaya. Distrito Huelva-Costa.

D. JUAN MANUEL COTILLA FRANCO.

Enfermero Comunitario de Enlace. Z.B.S. de La Palma del Condado. Distrito Condado-Campiña.

D. JUAN PRIETO TINOCO.

Enfermero Comunitario de Enlace. Z.B.S. de Bollullos Par del Condado. Distrito Condado-Campiña.

D.^a MERCEDES CRUZADO ALVAREZ.

Adjunta de Enfermería. Z.B.S. de Bollullos. Distrito Condado-Campiña.

COLABORADORES

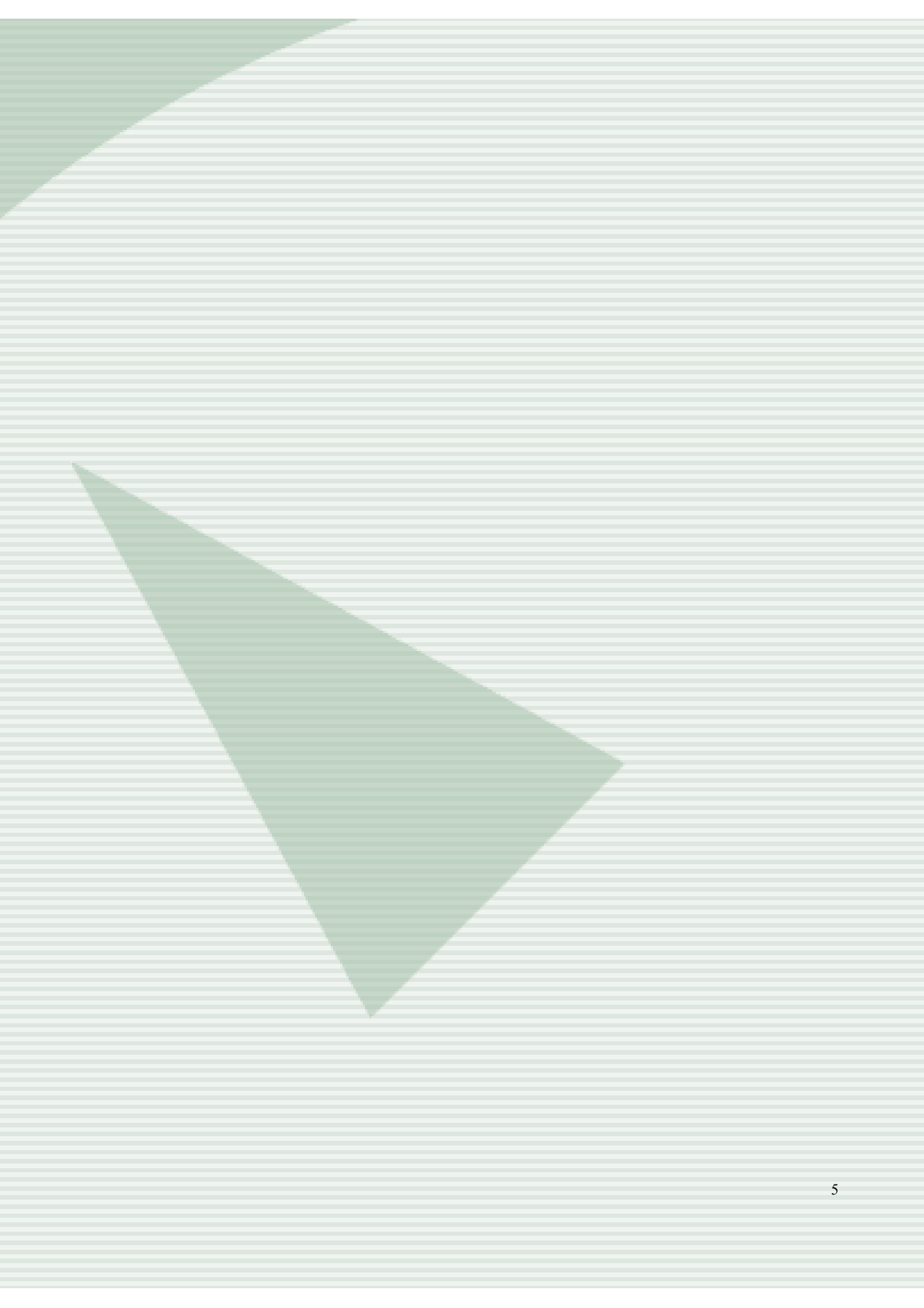
D. PEDRO MANUEL PEREZ NARANJO.
Coordinador Enfermería Distrito Condado-Campiña

D^a ANTONIA BEATRIZ VALDERRAMA MARTÍN
Coordinadora Enfermería Distrito Huelva-Costa.

D. ANTONIO MINCHON HERNANDO.
Director de Enfermería Hospital Infanta Elena.

INDICE

INTRODUCCIÓN.....	7
OBJETIVOS.....	8
ÁMBITO DE APLICACIÓN.....	8
DEFINICIÓN DEL PACIENTE.....	9
CIRCUITO DE COORDINACIÓN.....	10
PLAN DE CUIDADOS COMPARTIDOS.....	13
REGISTROS.....	16
ATENCIÓN A LA CUIDADORA PRINCIPAL. FORMACIÓN EN EL AUTOCUIDADO: PACIENTE Y CUIDADORA.....	16
BIBLIOGRAFÍA.....	17
ANEXOS.	
Anexo I. Test e Índices.....	20
Anexo II. Informe de continuidad de cuidado.....	25
Anexo III. Plan de mejora: “Cuidando a las cuidadoras”.....	28



INTRODUCCIÓN

Con la entrada en vigor de la Ley General de Sanidad (LGS)¹ se define el nivel de atención primaria (centros de salud y consultorios) y de atención especializada (Hospitales y centros de especialidades), desde entonces el Sistema Sanitario Público Andaluz (SSPA) se ha esforzado en encontrar fórmulas que conecten de modo íntimo los dos niveles asistenciales.

La atención prestada debe ser integral, continuada y centrada en la persona difuminando las barreras existentes y permitiendo una mayor permeabilidad en el flujo de información y pacientes.

La creación de las comisiones de cuidados de área formadas por enfermeras de ambos niveles, representadas de forma paritaria, pretende establecer canales de continuidad, elaborar guías de actuación clínica y desarrollar sistemas de información y evaluación que optimicen el uso de los recursos en pro de este objetivo.

Existen una importante proporción de pacientes cuyo abordaje en cuanto asistencia socio sanitaria es complejo de realizar si consideramos la óptica asistencial de un solo plano de los niveles asistenciales, es lo que denominamos pacientes pluripatológicos.

Elaborar la presente guía consiste en organizar un proceso de atención a unos pacientes en situación de vulnerabilidad o especialmente frágiles con una importante necesidad de cuidados que son suministrados por parte de enfermería y/o desde el ámbito familiar por parte de la cuidadora familiar. “Este tipo de paciente obliga, más que ningún otro, a una atención sustentada en la integralidad sociosanitaria y en la atención compartida entre el nivel especializado y primario”².

Desde Enfermería, se manifiesta la necesidad de establecer continuidad en los cuidados, racionalizando los recursos y ofreciendo al usuario y a la cuidadora una mayor eficiencia en la calidad asistencial.

El presente documento trata de allanar el camino para dar una respuesta satisfactoria ante un problema percibido por parte de los pacientes y vivenciado como complejo por de los profesionales asistenciales.

OBJETIVOS

GENERAL

GARANTIZAR la continuidad de cuidados del paciente pluripatológico y su cuidadora organizando los recursos asistenciales para ofrecer una atención lineal y continua.

ESPECÍFICOS

- Implementar este documento como herramienta para disminuir la variabilidad de la práctica asistencial interniveles.
- Facilitar el acceso proponiendo medidas que agilicen los traslados entre los niveles asistenciales.
- Mejorar la información, aportando coherencia y fluidez de la misma.
- Mantener al paciente y cuidadora en su medio familiar el mayor tiempo posible mejorando su calidad de vida.
- Promocionar la salud restringiendo el posible déficit de conocimientos en el manejo de situaciones nuevas que pudieran alterar las respuestas humanas del paciente y cuidadora.

ÁMBITO DE APLICACIÓN

Se desarrollará entre los Distritos Sanitarios Huelva-Costa, Condado-Campiña y su Área Hospitalaria de referencia.

- Hospital Infanta Elena
- Distrito Condado-Campiña:
 - ZBS Almonte
 - ZBS Bollullos
 - ZBS Condado Occidental
 - ZBS La Palma
- Distrito Huelva-Costa:
 - ZBS Ayamonte
 - ZBS Cartaya
 - ZBS Isla Cristina
 - ZBS Lepe

DEFINICIÓN DEL PACIENTE

“Se define como paciente pluripatológico el que sufre enfermedades crónicas de dos o más de las categorías clínicas recogidas en CIE-9, a pesar de que asiduamente lo utilicemos también en aquellos usuarios considerados ancianos frágiles, enfermos polimedicados, pacientes hiperfrecuentadores o reingresados en los hospitales u otras situaciones.”²

Desde nuestra experiencia, consideraremos a la población diana cualquiera que cumpla 3 ó más de los siguientes criterios

- Patología/s crónica/s que condiciona/n incapacidad funcional.
- Polimedicados (toma 5 o más fármacos durante más de seis meses) en riesgo de presentar incumplimiento o manejo inefectivo del régimen terapéutico.
- Deterioro mental: cognitivo y/o ansiedad - depresión manifestado mediante Pfeifer con cinco o más errores ó escala de Goldberg positivo (Anexo I tests e índices)
- Incapacidad para realizar las actividades básicas de la vida diaria (AVBD) evidenciado por Barthel (modificado Granger) < 60 y/o incapacidad para salir a la calle.
- Edad superior a 80 años.
- Aislamiento social (deterioro de la interacción social) y/o carencia de familia que lo atienda manifestado cuestionario Apgar familiar positivo aunque cuente con otros apoyos.
- Cuidador > 70 años y/o con criterio de cuidadora de por gran discapacitado*³

La designación de dicho paciente como paciente pluripatológico se realiza en cualquier de los niveles asistenciales (primaria o especializada) donde se detecte que el mismo cumple criterio de inclusión, a partir de ese momento se entiende como unidad de atención al tándem cuidadora - paciente.

* El censo de cuidadoras incluidas en el plan es consultable en web en la URL: <http://10.234.8.40:8080/pfragiles>

CIRCUITO COORDINACIÓN AP-AE

Son premisas en la elaboración de este circuito:

- a. Asignación primaria enfermera – paciente en atención especializada.
- b. Personalización de la atención enfermera en los centros de atención primaria.

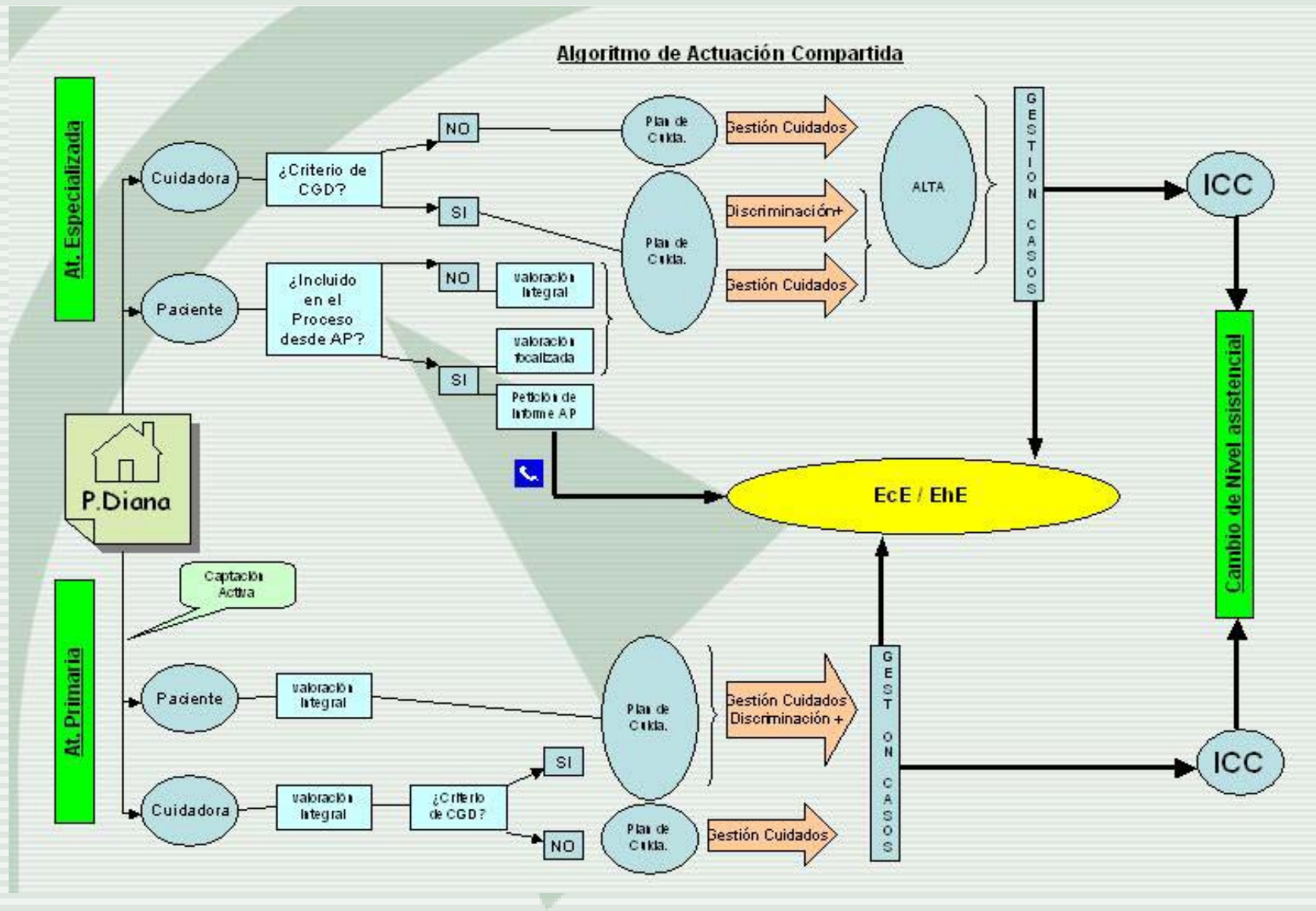
El circuito propuesto es el siguiente (véase gráfico 1) :

1. El paciente pluripatológico cambia al nivel de atención especializada.
2. El enfermero responsable del paciente determina en la valoración al ingreso la oportunidad de la inclusión del paciente en el proceso en función de que cumpla criterio. Si este es incluido, debe de ser comunicado este hecho al enfermero hospitalario de enlace (EhE). Escenarios posibles:
 - a. En los casos de que el paciente acuda al centro hospitalario sin informe de continuidad de cuidados ICC (anexo II) que acredite su inclusión en el plan, el EhE contactará con el enfermero comunitario de enlace (EcE) a fin de consultar el status del paciente y solicitar dicha documentación. La documentación se mandará vía correo electrónico, teléfono o fax y se le facilitará a la enfermera responsable.
 - b. En aquellos casos en los que no estuviese incluido desde atención primaria, se realizará una valoración integral del paciente y su cuidadora** por parte de su enfermera asistencial y/o EhE.
 - c. En el caso de que acuda con la documentación, se revisan las respuestas humanas del mismo ante los cambios en su estado de salud / procesos vitales (valoración focalizada), tanto del enfermo dependiente como de su cuidadora y se implementan las medidas propuestas en el plan.

** Es necesario tener en cuenta que la acompañante NO sea la cuidadora principal y por tanto no sea objeto del plan y de los cuidados especiales que este propone.

3. La enfermera responsable aplicará el plan de cuidados compartidos establecido durante la hospitalización y gestionará el alta con la participación de los profesionales necesarios (EhE, supervisor, trabajador social, etc).
4. El alta del paciente debe de gestionarse con antelación especialmente en aquellos casos en los que así lo requieran por la alta complejidad en sus cuidados.
5. La EhE velará por la correcta gestión del caso (gestión de ambulancia, acto único, nutriciones especiales, etc,...) antes de la salida del paciente del nivel de especializado.
6. El ICC llegará al Centro de Salud por los canales que ya están establecidos.
7. La enfermera de familia tras el conocimiento del alta contactará en las primeras 24h siguientes por teléfono o mediante visita domiciliaria, según las necesidades de cuidados, y se encargará del posterior seguimiento y aplicación del plan de cuidados.
8. En los casos de altas de fines de semanas y festivos se activará el plan especial de telecontinuidad de cuidados⁴.

Gráfico 1



PLAN DE CUIDADOS COMPARTIDO

“La necesidad de integrar un marco conceptual enfermero con los Lenguaje Estandarizados Enfermeros (SELEs) se hace inminente en el Sistema Sanitario Público Andaluz”⁵. Desde la creación de la comisión de continuidad de cuidados se definió como modelo de trabajo el de Virginia Henderson, aceptando que este es el modelo consensuado nos movemos en el marco del mismo para la elaboración del presente documento.

Juicio Diagnóstico

Se establece que debe existir una valoración integral a la hora de incluir al paciente en el proceso, preferentemente en el modelo consensuado, si bien se pueden aceptar el uso de otras estructuras de valoración siempre que exista un modelo enfermero que de soporte al mismo (p.e valoración con patrones funcionales y uso del modelo de Dorothea Orem)^{6 y 7}

Atención Primaria: Se establece como punto de partida la valoración de la herramienta Diraya.

Atención especializada: Valoración inicial de enfermería del paciente adulto y del niño. Entendemos y recomendamos que la valoración a nivel hospitalaria, debe ser única y con soporte de herramienta Diraya cuando el desarrollo e implantación de la aplicación informática así lo permita.

Uso de escalas, test, índices

Se recomiendan como herramientas de apoyo⁸ en la inclusión del paciente en el proceso las siguientes:

- Barthel modificado de Granger. Autonomía para la ABVD.
- Pfeiffer versión española. Cribado de deterioro cognitivo.
- Goldberg. Valoración ansiedad - depresión.
- Apgar Familiar. Valoración de la función familiar
- Y los incluidos en el plan de cuidadoras de grandes discapacitados²

Duke - UNC. Apoyo social percibido

IEC. Índice de esfuerzo del cuidador

A juicio del profesional se pueden utilizar aquellas que crean oportunas para la valoración integral de su paciente.

Juicio terapéutico

Se incluyen en este apartado cuatro diagnósticos en coherencia con los propuestos en el proceso asistencial integrado paciente pluripatológico:

- **Manejo inefectivo del régimen terapéutico.**
- **Cansancio en el desempeño del rol del cuidador.**
- **Afrontamiento familiar comprometido.**
- **Deterioro de la movilidad física.**

Hemos de reseñar que en el apartado vías críticas (plan de cuidados estandarizados - tabla 1) cuando hacemos referencia a los diagnósticos enfermeros hemos tratado las etiquetas diagnósticas, no tratándose de diagnósticos enfermeros completos (problemas enfermeros, etiología, signos y síntomas)⁹, dejando al juicio de cada enfermero la especificidad en cada caso, atendiendo a las fuentes de dificultad (FD) del modelo propuesto (fuerza, conocimiento y voluntad)^{10 y 11}.

La elección de las intervenciones deben hacerse en base a estas FD, expresadas como factor relacionado (núcleo causal) que determina la presencia o aumenta la vulnerabilidad a presentar el diagnóstico enfermero por la direccionalidad (eje causal) que le una a éste.

No obstante, en la elección de las intervenciones deben tenerse en cuenta varios factores¹² que a fin de facilitar la memorización, se conoce bajo el acrónimo DREOM, estos son:

- Características del **D**iagnóstico.
- **R**esultados consensuados con el paciente.
- **E**ficacia, demostrada con base investigadora.
- **O**pciones del paciente, aceptabilidad por parte del mismo.
- **M**edios disponibles, factibilidad de la misma.

Obviamos la elección de las actividades incluidas en cada intervención NIC¹² y los indicadores dentro de cada criterio de resultado NOC¹³, ya que la selección de las mismas viene determinada por las circunstancias singulares de cada paciente en el momento en que el profesional realice la valoración, así como de los conocimientos, habilidades y aptitudes de cada profesional.

La medición de resultados debe realizarse siguiendo el criterio de medición mínima de resultados¹³, esto es al ingreso y al alta del paciente a fin de poder explorar eficacia de las intervenciones propuestas para un grupo poblacional y ante un diagnóstico concreto.

Tabla 1. Vías Críticas de los Pacientes Incluidos en La Guía

Diagnósticos Enfermeros	Intervenciones NIC	AP	AE	Resultados
Cansancio en el desempeño del rol de cuidador	Apoyo emocional	*	*	Superación de problemas Alteración del estilo de vida del cuidador principal
	Apoyo al cuidador principal	*	*	
	Apoyo a la familia	*	*	
	Asesoramiento	*	*	
	Aumentar los sistemas de apoyo	*		
	Apoyo en la protección contra abusos: ancianos	*		
Afrontamiento familiar comprometido	Apoyo al cuidador principal	*	*	Normalización de la familia
	Apoyo a la familia	*	*	
	Fomento de la implicación familiar	*	*	
	Movilización familiar	*		
Manejo inefectivo del régimen terapéutico	Modificación de la conducta	*	*	Conducta de cumplimiento
	Acuerdo con el paciente	*	*	
	Facilitar la responsabilidad propia	*	*	
	Enseñanza (especificar)	*	*	
	Movilización familiar	*		
	Aumentar los sistemas de apoyo	*		
Deterioro de la movilidad física	Ayuda al autocuidado	*	*	Nivel de movilidad Conducta de seguridad: Prevención de caídas
	Manejo ambiental	*	*	
	Enseñanza: actividad / ejercicio prescrito		*	

REGISTROS

Atención primaria: el “estándar de oro” en el registro de atención primaria es el formato electrónico de la aplicación informática Diraya.

Se precisa la creación de un icono que identifique a los pacientes incluidos en este programa a fin de mejorar su captación activa.

Atención especializada: se utilizarán los modelos instaurados, si bien entendemos que el uso de un modelo hospitalario del programa Diraya sería óptimo en la continuidad de cuidados interniveles.

El flujo de información se realizará mediante el uso del ICC en vigencia, que nació con la filosofía de bidireccionalidad.

La información de que el paciente esté incluido en el proceso debe registrarse en el apartado de observaciones del ICC.

ATENCIÓN A LA CUIDADORA PRINCIPAL FORMACIÓN EN EL AUTOCUIDADO : PACIENTE Y CUIDADORA

Durante la estancia

Además de las intervenciones propuestas en el plan de cuidados, la enfermera hospitalaria de referencia garantizará la puesta en marcha de actuaciones de discriminación positiva, encaminadas a la mejora de la estancia de la cuidadora en el caso de que la misma esté incluida en plan de cuidadoras de grandes discapacitados. Sugerimos:

- Comida para la cuidadora.
- Medidas que garanticen la intimidad en el baño.
- Áreas diferenciadas de ocio - descanso.
- Ofertar a la cuidadora el tipo de descanso que prefiera durante la estancia hospitalaria.
- Suplencia en la agencia de autonomía asistida.
- Acceso al contacto telefónico gratuito con su familia.
- Ubicación de los pacientes cerca del control de enfermeras.
- Accesos diferenciados a las demandas de información con el médico responsable.

Y de modo genérico todas las medidas puestas en marcha por el centro hospitalario atención primaria como mejora en el plan de cuidadoras de grandes discapacitados. (ANEXO III).

Al alta del paciente

La enfermera responsable realizará una sesión formativa con cuidadora y paciente (si las circunstancias lo permiten) individualizada y específica a las necesidades del mismo.

Dicha sesión deberá tener unos contenidos mínimos de control y exacerbación de síntomas, desviaciones de la normalidad, manejo de situaciones difíciles, repuestas de afrontamiento y comunicación efectiva. A estos efectos, por su concreción, sencillez, facilidad en el rescate y adecuación de los contenidos recomendamos el “manual del cuidador” del departamento de servicios sociales y de salud del estado de Washington¹⁴.

BIBLIOGRAFIA

1. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad (B.O.E. nº 102 de 29 de abril de 1986).
2. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Atención al paciente pluripatológico : proceso asistencial integrado. 2002
3. Dirección Regional de Desarrollo e Innovación en Cuidados. Dirección General de Asistencia Sanitaria. Servicio Andaluz de Salud. Plan de mejora: "cuidando a las cuidadoras". Enero 2005.
4. CEGES. Dirección Regional de Recursos Informáticos. Servicio de Informática Dirección Regional de Desarrollo e Innovación en Cuidados. Servicio Andaluz de Salud Consejería de Salud. TELECONTINUIDAD DE CUIDADOS Manual de Usuario Atención Primaria. Septiembre del 2005.
5. Morilla Herrera, J.C. Morales Asencio, J.M. Algoritmos de Juicio Diagnóstico en Respuestas Humanas. Junta de Andalucía. 2004.
6. Gordon, M. Manual de diagnósticos enfermeros. 10ª Edición. 2003.
7. Marriner Tomey, A., Alligood, M.R. Modelos y teorías en enfermería. 5ª Edición. 2003.
8. Lopez Alonso, Sergio R., Morales Asencio JM. ¿Para qué se administran las escalas, cuestionarios, tests e índices?. Index Enferm (Gran) 2005; 48-49: 7-8
9. NANDA. Diagnósticos enfermeros: definición y clasificaciones 2005-2006. NANDA INTERNACIONAL. 2005.
10. Luis Rodrigo, M.T. Diagnósticos enfermeros revisión crítica y guía práctica 3ª Edición. 2005.
11. Luis, Mª T., Fernández, C., Navarro Gómez, Mª.V. De la teoría a la práctica el pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI. 3ª Edición. 2005.
12. McCloskey, J. Clasificación de Intervenciones de enfermería (NIC). 4ª Edición. 2004.

13. Johnson, M; Maas, M; Moorhead, S. Clasificación de Resultados de enfermería. 3ª Edición. 2004.
14. Aging and Adult Service Administration. Washington State Department of Social and Health Services. Manual del Cuidador. [en línea] [fecha de acceso 20 de Noviembre de 2005] URL disponible en: http://www.aasa.dshs.wa.gov/library/Spanish_22-277.pdf



ANEXOS



ANEXO I

TEST E ÍNDICES

INDICE DE BARTHEL, MODIFICACIÓN DE GRANGER ET ALT.

	Independencia	Con ayuda	Dependencia
Indice de autocuidado			
1. Beber de un vaso	4	0	0
2. Comer	6	0	0
3. Vestirse de cintura para arriba	5	3	0
4. Vestirse de cintura para abajo	7	4	0
5. Colocarse prótesis o aparato ortopédico	0	-2	0
6. Aseo personal	5	0	0
7. Lavarse o bañarse	6	0	0
8. Control orina	10	5	0
9. Control heces			
Indice de movilidad			
10. Sentarse y levantarse de la silla	15	7	0
11. Sentarse y levantarse del retrete	6	3	0
12. Entrar y salir de la ducha	1	0	0
13. Andar 50 metros sin desnivel	15	10	0
14. Subir y bajar un tramo de escaleras	10	5	0
15. Si no anda: mueve la silla de ruedas	5	0	0

La versión de Granger contempla dos índices diferentes como componentes de Barthel: el índice de autoayuda, con una puntuación máxima de 53 puntos y el índice de movilidad, con un máximo de 47 puntos. A mayor puntuación mayor independencia. Ambas puntuaciones suman 100 puntos y su interpretación es similar al Barthel original.

CRIBADO DE DETERIORO COGNITIVO -TEST DE PFEIFFER VERSIÓN ESPAÑOLA

1. ¿Qué día es hoy? -día, mes, año-
2. ¿Qué día de la semana es hoy?
3. ¿Dónde estamos ahora?
4. ¿Cuál es su nº de teléfono?
- 4.A ¿cuál es su dirección? -preguntar sólo si el paciente no tiene teléfono-
5. ¿Cuántos años tiene?
6. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? -día, mes, año-
7. ¿Quién es ahora el presidente del gobierno?
8. ¿Quién fue el anterior presidente del gobierno?
9. ¿Cuáles son los dos apellidos de su madre?
10. Vaya restando de 3 en 3 al número 20 hasta llegar al 0.

El punto de corte está en 3 o más errores, en el caso de personas que al menos sepan leer y escribir y de 4 ó más para los que no. A partir de esa puntuación existe la sospecha de deterioro cognitivo.

CRIBADO ANSIEDAD DEPRESION - ESCALA DE GOLDBERG

A continuación, si no le importa, me gustaría hacerle unas preguntas para saber si ha tenido en las dos últimas semanas alguno de los siguientes síntomas". No se puntuarán los síntomas de duración inferior a dos semanas o que sean de leve intensidad.

SUBESCALA DE ANSIEDAD

- 1.- ¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión?
- 2.- ¿Ha estado muy preocupado por algo?
- 3.- ¿Se ha sentido muy irritable?
- 4.- ¿Ha tenido dificultad para relajarse?

Si hay 2 o más respuestas afirmativas, continuar preguntando

- 5.- ¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir?
- 6.- ¿Ha tenido dolores de cabeza o nuca?
- 7.- ¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea ? (síntomas vegetativos)
- 8.- ¿Ha estado preocupado por su salud?
- 9.- ¿Ha tenido alguna dificultad para conciliar el sueño, para quedarse dormido?

SUBESCALA DE DEPRESIÓN

- 1.- ¿Se ha sentido con poca energía?
- 2.- ¿Ha perdido usted su interés por las cosas?
- 3.- ¿Ha perdido la confianza en sí mismo?
- 4.- ¿Se ha sentido usted desesperanzado, sin esperanzas?

(Si hay respuestas afirmativas a cualquiera de las preguntas anteriores, continuar preguntando)

- 5.- ¿Ha tenido dificultades para concentrarse?
- 6.- ¿Ha perdido peso? (a causa de su falta de apetito)
- 7.- ¿Se ha estado despertando demasiado temprano?
- 8.- ¿Se ha sentido usted enlentecido?
- 9.- ¿Cree usted que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas?

Cada una de las subescalas se estructura en 4 ítems iniciales de despistaje para determinar si es o no probable que exista un trastorno mental, y un segundo grupo de 5 ítems que se formulan sólo si se obtienen respuestas positivas a las preguntas de despistaje (2 o más en la subescala de ansiedad, 1 o más en la subescala de depresión).

Los puntos de corte son ≥ 4 para la escala de ansiedad, y ≥ 2 para la de depresión. En población geriátrica se ha propuesto su uso como escala única, con un punto de corte ≥ 6 .

PERCEPCIÓN DE LA FUNCIÓN FAMILIAR - CUESTIONARIO APGAR FAMILIAR

	Casi nunca	A veces	Casi siempre
1. ¿ Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene un problema ?			
2. ¿ Conversan entre ustedes los problemas que tienen en casa ?			
3. ¿ Las decisiones importantes se toman en conjunto en la casa ?			
4. ¿ Está satisfecho con el tiempo que usted y su familia pasan juntos ?			
5. ¿ Siente que su familia le quiere ?			

Los individuos se clasifican en:

- normofuncionales de 7 - 10 puntos
- disfuncionales de 0 - 6
- graves de 0 - 2
- leves de 3 - 6



ANEXO II

INFORME DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS



INFORME DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS

ENVIO
URGENTE

(ver al paciente antes de 24 h.)

APELLIDOS _____
 NOMBRE _____ EDAD _____
 DOMICILIO _____
 LOCALIDAD _____
 TFNO. _____ Nº SS _____

D
E
S
T
I
N
O

Z.B.S. _____

Unidad Hosp. _____

FECHA INGRESO _____ FECHA ALTA _____

DIAGNOSTICO MÉDICO _____ CUIDADOR PRINCIPAL _____

ALERGIAS _____ TFNO. _____

	Cód.	DIAGNOSTICOS	RESULTADOS	
			Punt. 1 - 5	
RESP	31	Limpieza ineficaz de las vías aéreas r/c		
ALIM	01/ 02	Desequilibrio nutricional por exceso / defecto r/c		
ELIM	16	Deterioro de la eliminación urinaria r/c		
MOV	85	Deterioro de la movilidad física r/c		
DOR- DESC	95	Deterioro del patrón de sueño r/c		
SEGURIDAD	46	Deterioro de la integridad cutánea r/c		
	79	Incumplimiento del tratamiento r/c		
	78	Manejo inefectivo del régimen terapéutico r/c		
	72	Negación ineficaz r/c		
	38	Riesgo de traumatismo r/c		
TRAB REA	70	Deterioro de la adaptación r/c		
APRE	126	Conocimientos deficientes r/c		
	102 / 108 109 / 110	Déficit de autocuidados para _____ r/c		



INFORME DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS

PROBLEMAS DE AUTONOMÍA		Suplencia	
		T	P
Alimentación			
Eliminación fecal/urinaria			
Movilización y mantenimiento de una buena postura			
Vestido y arreglo personal			
Mantenimiento de la temperatura corporal			
Higiene de la piel y mucosas			
Mantenimiento de la seguridad del entorno			
<p>¿ Suplencia por parte de su agente de autonomía (Cuidador) ? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>			
PROBLEMAS DE COLABORACIÓN			
Código	INTERVENCIONES		
OBSERVACIONES			

Enfermer@ responsable _____ FIRMA _____



ANEXO III
PLAN DE MEJORA:
“CUIDANDO A LAS CUIDADORAS”



PLAN DE MEJORA: “CUIDANDO A LAS CUIDADORAS”.

Enero 2005.

PLAN DE MEJORA “CUIDANDO A LAS CUIDADORAS”.

Desarrollo de la propuesta de mejora de la atención sanitaria dirigida a las personas cuidadoras de grandes discapacitados:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

VALORACIÓN PARA LA IDENTIFICACIÓN DE “PERSONA CUIDADORA DE GRAN DISCAPACITADO”:

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

Criterios para la identificación del paciente con gran discapacidad:

Paciente con altos niveles de dependencia para el cuidado (higiene, alimentación cambios posturales, eliminación,...) que recae en las personas cuidadoras.

Paciente con problemas de salud en situación de encamamiento constante y prolongado.

Deterioro cognitivo grave.

- En la valoración del paciente, la puntuación del test de Pfeiffer debe ser mayor o igual a 5. y/o del Miniexamen Cognoscitivo (MEC-35 y MEC-30) debe ser menor o igual a 20.
- En la valoración del paciente, la puntuación del Índice Barthel debe ser menor de 60 y/o Índice de Katz grados E-G (4 - 6 puntos)

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

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

Los criterios que se han establecido para las cuidadoras son:

Referidos a la **situación**:

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

Referidos a la **percepción** y el **esfuerzo** del cuidador:

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

Criterios de exclusión

Paciente:

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

Cuidadora:

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

El seguimiento de la cuidadora se llevará a cabo por la enfermera de familia de la cuidadora incluida en el programa, que se encargará de realizar una reevaluación cada 6 meses para la permanencia de ésta dentro del programa.

Si se producen cambios en los criterios de inclusión en el programa, para el paciente o la cuidadora, se procederá a realizar la baja. Se comunicará a la cuidadora la baja en el programa, una vez que la baja sea efectiva, se procederá a anular su registro en la base de datos por la Unidad de Atención al Usuario del Centro de Salud.

PROCEDIMIENTO PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LAS CUIDADORAS DE GRANDES DISCAPACITADOS:

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

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

La mención del programa ayudará a justificar la discriminación positiva obtenida por las cuidadoras. Este sistema de fácil realización e implantación facilita la expedición de las identificaciones, ya que otros sistemas (caso de tarjetas nominales) llevarían una logística más compleja en todos los Centros de Salud y Consultorios.

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

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

Dicha base recogerá los siguientes datos:

- Fecha de inclusión en el programa
- Número de identificación
- Centro de salud
- Nombre de la persona a la que cuida.

- Tiempo que tendrán la persona a su cargo.*
- Fecha y motivo de exclusión

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

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

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

MEDIDAS A IMPLANTAR Y A DESARROLLAR EN ATENCIÓN PRIMARIA Y EN LA ASISTENCIA ESPECIALIZADA EN EL CENTRO DE SALUD:

a) Gestión de consultas:

- **Prioridad** para las cuidadoras de grandes discapacitados en las consultas médicas y enfermeras: Ante la demanda de cita para ser atendida en consulta por cualquier profesional del centro, se deberá priorizar el acceso de manera diferenciada a las cuidadoras familiares de grandes discapacitados, aunque el profesional solicitado no tenga cita en la agenda (Cuando la cuidadora solicite una cita en el servicio de atención al usuario y no pueda asignársele cita cuando la pida, el personal administrativo a cargo contactará telefónicamente con el profesional del equipo solicitado por la cuidadora para informarle de que remite a consulta a la cuidadora para que sea atendida de manera preferente por el profesional).
- Las Unidades de Trabajo Social deberán atender de forma diferenciada a las cuidadoras a fin de extender las redes de apoyo familiar de ésta para prevenir su aislamiento y fomentar la ayuda.
- Las Unidades de Atención al Usuario deberán tener presente que las citas tanto para el paciente como la cuidadora deberán enmarcarse en el llamado **acto único**, procurando siempre que sea posible que las citas que se soliciten sean resueltas en el mismo centro y el mismo día.

b) Gestión de recetas de fármacos:

- Las recetas de largo tratamiento (para cuidadora o paciente) deberán estar preparadas en la fecha correspondiente (según la duración del tratamiento prescrito) para poder ser recogidas en cualquier momento en la Unidad de Atención al Usuario, sin necesidad de pedir cita para consulta médica.
- El médico de familia incluirá de forma preferente en el programa receta XXI donde esté disponible los tratamientos de larga duración tanto del paciente como de la cuidadora.
- Las recetas que requieran visado serán gestionadas por el Centro, evitando que la cuidadora tenga que acudir al mismo en más de una ocasión para realizar este trámite.

* Cuidadoras de personas que roten por varios domicilios a lo largo del año. La identificación se inactiva pasado el periodo identificado a priori, pudiendo modificarse en su caso.

- Cada enfermera y cada médico deberán llevar las recetas de sus pacientes y cuidadoras cuando realicen la visita domiciliaria a éstos, evitando así algunos desplazamientos al centro de la cuidadora, sin ningún valor añadido.

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

- La Unidad de Atención al Usuario del centro de Atención Primaria se encargará de la gestión completa del material ortoprotésico necesario para la cuidadora incluida en el programa y para el paciente al que cuida. La petición del material se realizará a través de su médico, trabajador social, enfermera de familia o enfermera comunitaria de enlace en su caso.

- El material necesario para los cuidados del paciente en el domicilio procedente del centro se facilitará por la enfermera cuando realice la visita domiciliaria, de manera reglada.

- La enfermera comunitaria de enlace como gestora de casos será el referente entre los centros de salud y hospitales en los trámites que requieran un desplazamiento de la cuidadora, como puede ser el desplazamiento para la solicitud de prestaciones de nutrición, de material ortoprotésico o de cualquier otro tipo, que requiera de coordinación con diferentes servicios del hospital.

d) Consultas a los especialistas para cuidadoras.

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

EN EL DOMICILIO:

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

EN ATENCION ESPECIALIZADA:

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

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

Estas medidas son:

- Coordinar las citas y pruebas complementarias para cuidadora y paciente en un mismo día, tanto en las Consultas Externas de los Hospitales como en los Centros de Especialidades.

- Establecer un circuito preferente que de prioridad al traslado de estos pacientes en el servicio de ambulancia.

- Facilitar desde las plantas de hospitalización el descanso de la cuidadora, fomentando el que no permanezca las 24 horas en el hospital, evitando así la sobrecarga que esto supone. Debe proporcionarse una información clara y eficaz que favorezca la tranquilidad de la

cuidadora durante su ausencia, reforzando el papel de las enfermeras como profesionales del cuidado.

- Las enfermeras y auxiliares de enfermería deben también valorar en las cuidadoras las aptitudes y experiencia previa para el cuidado del paciente y hacerlas partícipes de los cuidados que se les proporcionan y van a continuar necesitando en sus domicilios.

GESTIÓN Y ORGANIZACIÓN DEL PLAN EN LOS CENTROS DE SALUD:

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

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

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

Comisión de evaluación del Plan “Cuidando a las Cuidadoras”:

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

Objetivos:

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

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

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

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