



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

Continuidad de Cuidados

Documento Marco elaborado por el grupo de trabajo SAS-ASANEC:

Gonzalo Duarte Clíments

M^a Begoña Sánchez Gómez

Consuelo Artero López

M^a del Mar Caballero Algarín

Jesús Fernández Rodríguez

M^a del Carmen Fernández Sánchez

Felisa Gálvez Ramirez

Blanca González Guerrero

Juan Pedro Batres Sicilia

Sebastiana Lozano Martin

Yolanda Morcillo Muñoz

Susana del Río Urenda

Eulalia Ruiz Arrés

Indice:

Recomendaciones para la Continuidad de Cuidados

Introducción

Integrantes

Objetivos

Metodología

Resultados

Anexo 1: Comisiones de Cuidados de Area

Anexo 2: Informe de Continuidad de Cuidados

Anexo 3: Documento de Salud del Paciente

Anexo 4: Actas de las reuniones

0. Recomendaciones para la Continuidad de Cuidados

Con el fin de garantizar una atención integral, continuada y centrada en la persona, los niveles asistenciales deben asegurar la continuidad de los cuidados, para lo cuál conviene que se cumplan las siguientes recomendaciones:

- Constituir en todas las Áreas de Salud Comisiones de Cuidados de Área formada por enfermeras de ambos niveles asistenciales, representadas de forma paritaria.
- Constituir una Comisión de Cuidados de Area por Distrito de Atención Primaria, con el hospital de referencia. Esto puede conllevar que un hospital esté presente en más de una comisión cuando tenga más de un distrito sanitario de referencia.
- Establecer canales de continuidad:
 - Los directivos de enfermería de ambos niveles asistenciales deben garantizar la personalización y la continuidad de los cuidados.
 - Identificación de enfermeras responsables de los pacientes en ambos niveles.
 - Incorporación efectiva de las enfermeras de enlace.
 - Uso del Documento de Salud del Adulto e Informe de Continuidad de Cuidados, por las enfermeras de ambos niveles.
 - Establecer la estructura, mecanismos y periodicidad de los canales de comunicación.
 - Planificar programas de formación conjunta.
- Elaborar Guías de Actuación de Clínica:
 - Planes de cuidados.
 - Algoritmos de intervención.
 - Programas de Educación para la Salud.
 - Integrar recomendaciones de cuidados específicos según los problemas y orientadas al paciente en el Documento de Salud del Adulto.
- Desarrollar sistemas de información y evaluación:
 - Basados en lo desarrollado en el documento de la Comisión de Cuidados de Área.

1. Introducción:

El 19 de marzo de 2002 se firmó el pacto para el desarrollo de la Atención Primaria entre el Servicio Andaluz de Salud (SAS), la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria (SAMFYC), la Asociación de Pediatras de Atención Primaria de Andalucía (APAPA) y la Asociación Andaluza de Enfermería Comunitaria ASANEC).

El Objetivo de este pacto es: *Avanzar en el desarrollo de la red de Atención Primaria en aras de incrementar los estándares de salud de los andaluces y mejorar la calidad percibida y científico- técnica que reciben nuestros ciudadanos.*

Entre las líneas que se desarrollarán a partir de este pacto figuran: “Creación de un grupo de trabajo de profesionales, con participación de las sociedades científicas, para el desarrollo de los cuidados de la Enfermería Comunitaria y mejorar para ello los recursos necesarios y los ratios de enfermera/habitante en el medio urbano y rural en la presente legislatura”.

El antecedente más inmediato como desarrollo del pacto y a la creación del presente grupo de trabajo es el “Foro de desarrollo de Atención Primaria” celebrado en Antequera los días 2,3 y 4 de octubre de 2002. En este foro se emitió un documento final. En él se expresó la importancia de la continuidad asistencial y dentro de ella la continuidad de cuidados.

El 13 de noviembre de 2002 la Subdirección General de Coordinación de Salud, convoca una reunión en la que se crean los grupos de trabajo SAS-sociedades científicas siguientes: modelo organizativo, continuidad asistencial, ordenación funcional y cartera de servicios. Es objetivo común de todos los grupos el expresado por el pacto.

El objetivo específico de los grupos de trabajo es: *“Elaborar propuestas de mejora del modelo de atención en el nivel primario, que sean viables, con la calidad como trazador y con vocación de futuro. Que se adapten a los deseos y expectativas de los ciudadanos; a los nuevos patrones de morbi-mortalidad de los andaluces; y a los cambios sociales y culturales de nuestro entorno”*

Los planteamientos que deben servir de marco para la reflexión que se va a realizar en los grupos de trabajo se recogen en los siguientes apartados:

- Los ciudadanos son el centro del sistema. Tenemos que potenciar el modelo que responda verdaderamente a las demandas de los ciudadanos, que piden que la AP de una respuesta sin demora, personalizada e integrada en lo posible mediante acto único.
- La calidad y la continuidad asistencial como elemento de la misma es un objetivo irrenunciable del sistema sanitario, para ello el instrumento que debe asumir todo el sistema es el de la gestión por procesos asistenciales.
- Las unidades clínicas son el tipo de organización a potenciar, deben ser el modelo organizativo que vehiculice la atención sanitaria que se preste en el centro.

- La atención domiciliaria debe integrarse mucho más en la cultura de los centros, pudiéndose articular a través del modelo de enfermeras gestoras de casos.

Para trabajar la continuidad de cuidados (CC) se seleccionan enfermeras de AP y AE con experiencia en esta cuestión. La selección se lleva a cabo por parte del SAS por el servicio de Información y Estadística siendo Jefe de Servicio D^a Rosa M^a Pérez Hernández y el responsable de esta parte D. Gonzalo Duarte Clíments. Y por parte de ASANEC por la Junta Directiva siendo su presidente D. Eugenio Contreras Fernández y la responsable esta parte D^a. M^a Begoña Sánchez Gómez.

2. Integrantes:

Gonzalo Duarte Clíments

M^a Begoña Sánchez Gómez

Consuelo Artero López

M^a del Mar Caballero Algarín

Jesús Fernández Rodríguez

M^a del Carmen Fernández Sánchez

Felisa Gálvez Ramirez

Blanca González Guerrero

Juan Pedro Batres Sicilia

Sebastiana Lozano Martín

Yolanda Morcillo Muñoz

Susana del Río Urenda

Eulalia Ruiz Arrés

3. *Objetivos del grupo:*

General:

Construir un marco de referencia para que contribuya a mejorar y a desarrollar la CC en el ámbito del SAS.

Específicos:

- Generar un documento que unifique lo relativo a la creación, desarrollo y mejora de las Comisiones de Cuidados de Área (CCA).
- Producir el Documento de Salud del Adulto (DSU). De manera que se unifique lo relativo a su creación, desarrollo y mejora.

4. Metodología del grupo

- Reunión de trabajo para exposición de objetivos, cronograma y metodología a seguir.
- Búsqueda bibliográfica individual y remisión de la búsqueda a los responsables del grupo.
- Elaboración de borradores de los documentos por parte de los responsables.
- Envío de documentación y borradores por parte de los responsables para su revisión individual
- Puesta en común en reuniones de trabajo.
- Elaboración de actas de las reuniones por parte de los responsables del grupo.
- Emisión de informe final.

5. Resultados:

- ✓ Documento de recomendaciones para la creación, desarrollo y mejora de las CCA. (Anexo 1)
- ✓ Informe de continuidad de Cuidados (lcc) e instrucciones para su desarrollo. (Anexo 2)
- ✓ Documento de Salud del Adulto. (Anexo 3)
- ✓ Actas de las reuniones (Anexo 4)

6. Bibliografía:

- 1) Plan de Calidad de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía.2001
- 2) Guía para el diseño y mejora de procesos asistenciales. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía 2001.
- 3) Sánchez B. Comisión de Cuidados de Area. Distrito Sanitario de Atención Primaria La Vega. 2002
- 4) Duarte G. Protocolo de continuidad de cuidados, proyecto Fuerteventura. Servicio de Atención Primaria, Planificación y Evaluación. Dirección General de Programas Asistenciales. Servicio Canario de Salud.
- 5) Lacida M, Garrido M, Morales JM, Galdeano N, Terol J. Grupo CODAE. Continuidad de Cuidados entre Atención Especializada y Atención Primaria. SAS mayo 2002.
- 6) Comisión de Cuidados de Área. Estructura operativa. Grupo CODAE, febrero 2002.
- 7) Terol J. Continuidad de cuidados en pacientes críticos. Rev. Internacional para el cuidado del paciente crítico Tempus Vitalis Dic 2001 1(1)
- 8) Morales JM y cols. Validación de un instrumento para el análisis de la continuidad de cuidados en pacientes críticos. Premio de investigación FUNDEN 1999.
- 9) Escudero MC y cols. Incidencia y factores predictores de atención domiciliaria de Enfermería en población anciana. Rev. Enfermería Clínica; 2001 11(3), 91-96.
- 10) Dunston J. Cuidados gestionados: un método que trabaja para usted. Rev. Nursing; 1991, agos.-sep.: 50-53.
- 11) Amador M, y cols. Experiencia de coordinación entre Atención Primaria y Atención Especializada. Rev. Enfermería Científica; 1996 ene-feb, nº 166-167: 50-53.
- 12) Kesby SG. Nursing care and collaborative practice. Journal of Clinical Nursing 2002; 11:357-366.
- 13) Mora JR, Ferre C, Ramos E. Gestión Clínica por procesos: mapa de procesos de Enfermería en centros de salud. Rev de Administración Sanitaria; ene-mar 2002, VI(21):135-159
- 14) González RM y cols. Identificación y evaluación de la efectividad de la indicación de continuidad de cuidados de Enfermería interniveles asistenciales del Servicio Vasco de Salud / Osakidezta. Rev. Cal Asis., 2002; 17(4) 232-236.

Anexo 1: Comisiones de Cuidados de Area



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

COMISION DE CUIDADOS DE AREA

1.	Introducción:	14
2.	Definición:	16
3.	Objetivos:	17
4.	Funciones	18
5.	Estructura	19
	Recursos humanos:	19
	Estructura organizativa y dependencia funcional	19
6.	Organigrama	21
	A. Jerárquico:	21
	B. Funcional:	21
7.	Cartera de servicios:	22
8.	Cartera de clientes:	23
9.	Sistemas de información:	24
10.	Infraestructura:	26
11.	Comunicación	27
12.	Estrategia de implantación	29
13.	Evaluación	30
	Evaluación del funcionamiento de la comisión:	30
14.	Indicadores de calidad	31
	Comisión de cuidados de Área CCA:	31
	Informe de continuidad de cuidados lcc:	31
	Informes emitidos	31
	Informes recibidos	31
	Grado de adherencia a los estándares de cumplimentación del ICC	31
	Asignación enfermera-paciente	31
	Continuidad de cuidados AP-AE	31
15.	Bibliografía	32

1. Introducción:

Desde que la Ley General de Sanidad estableciera dos niveles asistenciales interconectados entre sí: Atención Primaria (AP), como puerta de entrada al sistema y Atención Especializada (AE), como apoyo y complemento a AP siendo necesaria en todos aquellos procesos cuya complejidad lo requiera; la continuidad de cuidados interniveles ha sido un reto para los diferentes Servicios de Salud con resultados discretos por el momento.

La continuidad de cuidados está integrada fundamentalmente por tres elementos:

- Personas
- Entorno
- Información

La discontinuidad aparece cuando el entorno se antepone a la información o a las personas. Cuando un centro asistencial, departamento, unidad... discrimina bien por omisión, duplicidad o contradicción, la información sobre los pacientes o los cuidadores, se produce una incidencia negativa sobre ellos. Para averiguar el grado de continuidad que ofrece un centro asistencial, es necesario saber primero qué punto de partida tiene la información que se genera en ellos y determinar cómo los entornos, las estructuras organizativas, jerárquicas o culturales condicionan y subyugan la información sobre las personas.

En el marco de la organización sanitaria pública de Andalucía un proceso asistencial es el conjunto de actividades de los proveedores de la atención sanitaria (estrategias preventivas, pruebas diagnósticas y actividades terapéuticas), que tienen como finalidad incrementar el nivel de salud y el grado de satisfacción de la población que recibe los servicios, entendidos éstos en un amplio sentido (aspectos organizativos, asistenciales, etc). La gestión por procesos implica 'reordenar los flujos de trabajo de forma que aporten valor añadido dirigido a aumentar la satisfacción del cliente y a facilitar las tareas de los profesionales'. En este sentido la Gestión por Procesos Asistenciales (GP) ofrece una oportunidad de horizontalización del sistema sanitario rompiendo con las clásicas estructuras verticales que tradicionalmente han subordinado la información al entorno.

Organizar el flujo efectivo de información que emana de los cuidados entre las enfermeras de ambos niveles asistenciales es el fin de la estructuración de las Comisiones de Cuidados de Área (CCA) dentro del organigrama funcional de los centros, ofreciendo un instrumento de soporte para la información, facilitando el flujo de información interniveles y por tanto favoreciendo la continuidad asistencial y la implantación de la gestión por procesos asistenciales.

Esto es así, porque los cuidados que se generan en los distintos procesos asistenciales son comunes en muchos de los casos. Así por ejemplo, un paciente que precise intervención enfermera por afrontamiento inefectivo, requerirá un abordaje similar del plan de cuidados tanto si el problema se produce como consecuencia de una fractura de cadera como si se produce por dolor torácico o por diabetes. De esta manera se minimizan las duplicidades, omisiones y

contradicciones en la transmisión de la información interniveles asistenciales y disminuye la variabilidad clínica.

La enfermera se convierte en un instrumento de cohesión en el cuidado, identificando el servicio que aporta y el valor añadido al proceso asistencial.

Este enfoque facilita el abordaje de cuidados y beneficia en particular a los grupos de pacientes identificados como vulnerables y que conforman un público objetivo prioritario, como son:

- Pacientes crónicos con descompensaciones frecuentes.
- Ancianos frágiles.
- Pacientes y/o familiares con manejo inefectivo del régimen terapéutico, falta de conocimientos, cansancio en el desempeño del rol del cuidador, pacientes con nivel de dependencia/suplencia alto.
- Afrontamiento inadecuado por parte de los cuidadores/pacientes.
- Embarazo, parto y puerperio.
- Pacientes que han sido intervenido de cirugía de corta estancia(CMA)

2. Definición:

Las Comisiones de Cuidados de Área son: Grupos de trabajo cuya finalidad es gestionar para estabilizar y mejorar el proceso de continuidad de cuidados entre AP y AE, basadas en la coordinación y el consenso entre profesionales para lograr la provisión de la atención en los ámbitos donde esta sea más efectiva.

3. Objetivos:

- **General:**

Garantizar la continuidad de cuidados entre los niveles asistenciales con especial atención a los grupos de pacientes vulnerables y a sus cuidadores.

- **Específicos:**

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

4. Funciones

La CCA deberá:

- A. Especificar y desarrollar los canales de comunicación necesarios para la continuidad de cuidados. Estos canales deben incluir necesariamente:
 - a) El envío de la información clínica relevante para los cuidados entre las enfermeras de ambos niveles asistenciales.
 - b) El mecanismo de contacto entre las enfermeras que atiendan al mismo paciente en AE/AP.
 - c) Conexión conjunta con los Servicios de Documentación Clínica y las Unidades de Atención al Usuario de ambos niveles asistenciales.
- B. Establecer objetivos para cada grupo de pacientes:
 - a) Los objetivos deben garantizar la equidad en el abordaje de los usuarios. Es decir; ofrecer a cada usuario aquellas intervenciones que necesita en función de su proceso o grupo de pacientes vulnerables en el que se encuadre.
- C. Desarrollar estrategias para implantar la continuidad de cuidados en el marco de los Procesos Asistenciales,
- D. Definir el sistema de información que dé soporte a la continuidad de cuidados en coordinación con los Servicios de Documentación Clínica tanto de AP como AE:
 - a) Este soporte de información deberá tener la suficiente sensibilidad para permitir la investigación cuantitativa y cualitativa sobre los aspectos más frecuentes que se desarrollen en el cuidado de los pacientes incluidos en la cartera de servicios de la CCA.
- E. Favorecer el acceso de las Enfermeras Gestoras de Casos (Enfermera de Enlace) a ambos niveles asistenciales.
- F. Desarrollar programas de formación conjunta de las enfermeras de ambos niveles asistenciales.

5. Estructura

Recursos humanos:

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

- Área asistencial de hospitalización
- Circuito ambulatorio de hospitalización
- Área de gestión
- Área asistencial de Atención Primaria
- Gestión de casos

El conjunto de miembros debe abarcar todos los campos de experiencia. La CCA debe estar constituida por un número entre 8-10 enfermeras para garantizar la operatividad de la comisión, pudiendo incorporar, de forma transitoria a otras enfermeras y/u otros profesionales, cuando se aborden temas en los que la CCA necesite un asesoramiento especializado.

Independientemente del campo de experiencia, las enfermeras integrantes de la CCA deberían tener conocimientos en: metodología enfermera, mejora de la calidad, investigación, procesos asistenciales.

Las enfermeras gestoras de casos agilizarán la puesta en marcha de las resoluciones que apruebe la CCA.

Estructura organizativa y dependencia funcional

Se debe constituir una Comisión de Cuidados de Area por Distrito de Atención Primaria, con el hospital de referencia. Esto puede conllevar que un hospital esté presente en más de una comisión cuando tenga más de un distrito sanitario de referencia.

La comisión la compondrán 1 presidente, 1 secretario, y de 6 a 8 vocales, que serán nombrados por los directivos de enfermería del Hospital y del Distrito, de forma que, esté compuesta por el mismo nº de miembros de Atención Primaria, que de Atención Especializada. Como máximo cada cuatro años debe revisarse la composición de la comisión.

El presidente tendrá la responsabilidad de la convocatoria de reuniones y de la emisión de informes de la comisión. El secretario será el responsable de las actas y los circuitos de información.

El secretario y el presidente no podrán pertenecer al mismo nivel asistencial, es conveniente que ambos cargos sean alternativos entre los dos niveles, con la frecuencia que determine la CCA. Cada uno de ellos serán los encargados de informar a sus respectivos responsables del funcionamiento de la comisión, siendo los representantes de estos en la misma.

Será responsabilidad de cada comisión y sus responsables funcionales, desarrollar un documento que contemple el calendario de trabajo, los objetivos específicos, el período de rotación de sus componentes y los grupos de pacientes vulnerables a incluir. Se aconseja una

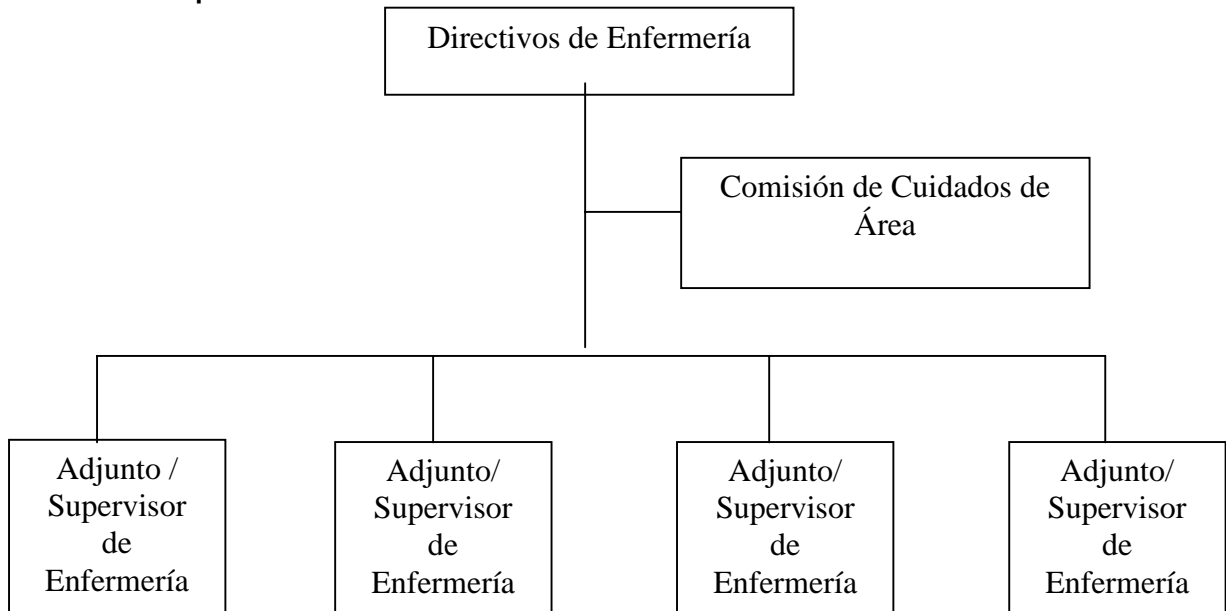
reunión mínima mensual, que al principio podría ser mas frecuente para permitir la recepción y catalogación de la información.

La Comisión dependerá funcionalmente de los responsables de enfermería del hospital y distrito a los que pertenezca dicha comisión (Director, Coordinador). Estos son responsables de la constitución de las mismas, y elevarán a los consejos de dirección los informes y conclusiones que se deriven del funcionamiento de las comisiones. Deben facilitar la formación de grupos de mejora que analicen los datos emitidos por la comisión y propongan estrategias para la resolución de problemas.

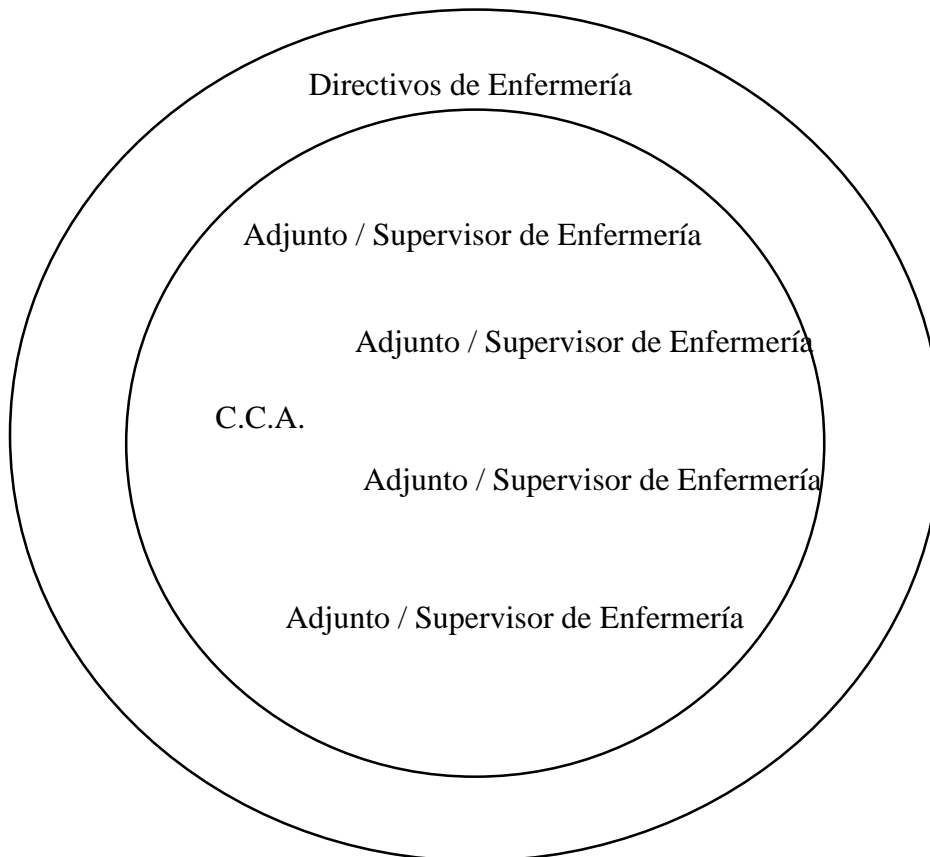
Es importante, para darle la continuidad necesaria a la comisión y asegurar su operatividad, que a esta se le dé carácter formal y por tanto a sus componentes se les compute el tiempo de asistencia a la misma como tiempo laboral. Los componentes de la CCA deben asumir un compromiso con su funcionamiento y resultados. Se les facilitará un nombramiento que acredite su pertenencia a la misma por el periodo que se establezca – revisión de la pertenencia como máximo cada cuatro años-

6. Organigrama

A. Jerárquico:



B. Funcional:



7. Cartera de servicios:

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

- Pacientes incluidos en uno o varios Procesos:
 - ACV
 - Pluripatológicos
 - Cuidados Paliativos
 - Embarazo, parto y puerperio
 - VIH-SIDA
 - EPOC
 - Fractura de Cadera
 - Diabetes
 - Ansiedad/depresión

- Otra situaciones de salud:
 - Intervención hospitalaria ambulatoria (CMA, pruebas funcionales)
 - Alta dependencia de cuidados
 - Carencia de recursos para el cuidado.
 - Reingresos reiterados.
 - De forma genérica, pacientes con problemas de autonomía y necesidades de cuidados profesionales al alta hospitalaria.

8. Cartera de clientes:

- Enfermeras AP
- Enfermeras AE
- Servicios de Documentación Clínica
- Enfermeras gestoras de casos, enfermeras de enlace
- Responsables de Enfermería
- Unidad de Atención al Usuario, Gestorías de Usuarios
- Médicos
- Trabajadores sociales
- Fisioterapeutas

9. Sistemas de información:

Los sistemas de información de la atención especializada y primaria, deberán ir adaptando paulatinamente su arquitectura para incluir a medio plazo un conjunto mínimo de datos de Enfermería centrado en las necesidades del usuario <<conjunto mínimo de elementos de información con definiciones y categorías uniformes en relación al campo de actuación de enfermería, que cubre las necesidades de los usuarios en el sistema sanitario. Incluirán aquellos aspectos específicos utilizados por la mayoría de las enfermeras en los distintos niveles>>

AE, debe contar con una base de datos de los pacientes dados de alta que pondrá a disposición de la comisión y en la que conste:

- Nombre del paciente
- Edad
- Diagnóstico CIE
- Diagnósticos NANDA al Ingreso (remitido desde Atención Primaria)
- Diagnósticos NANDA al Alta
- Reingreso (SI / NO)
- Enfermera responsable
- Existencia de informe al alta
- Valoración de autonomía del paciente, en pacientes con alta dependencia de cuidados.
- Zona Básica de Salud y Centro de Salud o Consultorio al que está adscrito el usuario.
- Cuidador principal
- Proceso asistencial si procede

Los directivos de Enfermería emitirán otro informe con las guías de actuación coordinada primaria / especializada.

AP deben contar con una base de datos de pacientes que han sido ingresados y que pondrá a disposición de la comisión, con la siguiente información:

- Nombre del paciente.
- Edad.
- Diagnóstico CIE.
- Diagnósticos NANDA.
- Resultados de escalas, cuestionarios o tests de valoración clínica.
- Zona Básica de Salud y Centro de Salud o Consultorio.
- Enfermera responsable.
- Existencia de informe del paciente de Continuidad de Cuidados.
- Cuidador principal.
- Proceso asistencial si procede

Estos bloques de información se cruzarán, permitiendo comprobar la información que cada nivel posee del paciente e identificar problemas que impliquen la necesidad de medidas de cuidados protocolizados, y posibles causas de discontinuidad.

10. Infraestructura:

La CCA tendrá acceso a los sistemas de información, a través de la red corporativa si existiera, historia informatizada o sistemas de información tradicionales.

Tanto para la clasificación, ordenación, y seguimiento de la comunicación, sería conveniente apoyo administrativo.

11. Comunicación

Contenidos

- Los documentos básicos son: el Documentos de Salud del Adulto (DSA), Documento de Salud de la Embarazada (DSE), Cartilla del Diabético, Carpeta Verde (cartilla del paciente pluripatológico), Documento de Salud Infantil (DSI) y el Informe de Continuidad de Cuidados (Icc).
- Documentos de Protocolos, planes de cuidados y guías de práctica clínica.
- Informes diarios de los ingresos y altas producidos en el hospital, clasificándolos por centros de salud de referencia.

Mecanismos

- Nombrar a las enfermeras responsables del envío de los Icc e informes de ingresos, en el hospital y a las enfermeras responsables de la recepción en cada ZBS, que a la vez se encargarán de la distribución entre los diferentes centros y consultorios de la misma.
- Derivación de Icc e informes de ingresos y altas:
 - Vía correo electrónico: desde la unidad de hospitalización al centro o consultorio de referencia. Siendo aconsejable la implantación.
 - Vía Fax: desde la unidad de hospitalización o zona administrativa más próxima al centro o consultorio de referencia.
 - Vía correo ordinario o teléfono: en casos excepcionales.Existen necesidades de estructura que son **imprescindibles**, como son: un Fax en cada centro de salud y consultorio; y es **muy recomendable** ofimática con acceso a internet.
- Visitas de la ECE y/o enfermera de familia a pacientes ingresados en el hospital susceptibles de atención domiciliaria en AP.

o Temporalidad:

Teniendo en cuenta que, la temporalidad de remisión y recepción es la siguiente:

TIPO DE PACIENTE	HOSPITAL	PROCEDIMIENTO	ATENCIÓN PRIMARIA
		<i>PROCEDIMIENTO</i>	<i>PROCEDIMIENTO</i>
Pacientes dados de alta sin criterios de inclusión de vulnerabilidad	<i>PLAZO MÁXIMO DE REMISIÓN INFORME</i> ----- 48 horas	<i>Informe de continuidad de cuidados</i>	<i>PLAZO MÁXIMO DE RESPUESTA</i> ----- 24 horas tras la recepción del informe
Pacientes con criterios de inclusión en la cartera de servicios de la CCA	<i>PLAZO MÁXIMO DE REMISIÓN y RESPUESTA</i> ----- 24 horas	<i>Informe de continuidad de cuidados y contacto telefónico con Centro de Salud (opcional)</i>	<i>PLAZO MÁXIMO DE REMISIÓN y RESPUESTA</i> ----- 24 horas tras la recepción

12. Estrategia de implantación

1. Crear la CCA
2. Cronograma de trabajo inicial.
3. Recogida de información inicial: Prevalencia de pacientes susceptibles, cartera de clientes, sistemas de información en uso, canales de comunicación establecidos, existencia de documentos de Continuidad de Cuidados, existencia de planes / mapas de cuidados interniveles.
4. Difusión del trabajo a realizar al resto de enfermeros de AP y AE.
5. Diseño de: documentación de continuidad de cuidados, canales de comunicación, sistemas de información.
6. Elaboración del sistema de evaluación de Continuidad de Cuidados y de la CCA. Estableciendo indicadores de proceso y resultado.

13. Evaluación

Evaluación del funcionamiento de la comisión:

Será evaluada desde Dirección General de Asistencia Sanitaria a quien se le remitirán informes de funcionamiento de la misma.

Los directivos de Enfermería evaluarán la frecuencia de las reuniones y los resultados de las mismas a través de las actas e informes emitidos. Se realizarán un mínimo de 10 reuniones anuales.

La propia CCA deberá realizar su autoevaluación en los periodos que establezcan.

14. Indicadores de calidad

Comisión de cuidados de Área CCA:

- a. nº reuniones realizadas / 10
- b. Cumplimiento de los objetivos SI-NO
- c. nº de protocolos o guías o planes de cuidados implantados / nº de protocolos o guías o planes de cuidados disponibles
- d. Existencia de un plan de implantación detallado que incluya cronograma SI-NO

Informe de continuidad de cuidados Icc:

Informes emitidos

- a. nº de ICC emitidos por AE / nº altas a informar pactadas en cartera de servicios
- b. nº de ICC emitidos por AP / nº ingresos a informar pactadas en cartera de servicios
- c. nº de ICC emitidos por AE antes 24 h. del alta / nº de ICC recibidos antes de 48h del alta.
- d. nº de ICC emitidos antes 48 h del ingreso emitidos por AP / nº de ICC recibidos antes de 48h del ingreso

Informes recibidos

- a. nº de ICC recibidos por AE / nº ingresos a informar pactadas en cartera de servicios
- b. nº de ICC recibidos por AP / nº altas a informar en cartera de servicios
- c. nº de ICC recibidos por AE en las 24 h. siguientes al ingreso / nº de ingresos de pacientes incluidos en cartera de servicios o pactados

Grado de adherencia a los estándares de cumplimentación del ICC

- a. Se establece el estándar de cumplimentación con arreglo a los datos mínimos que se deben cruzar entre ambos niveles asistenciales –apartado 9 de este documento-. En función de esto se medirá el porcentaje de Icc correctamente cumplimentados.

Asignación enfermera-paciente

- a. Enfermeras con personalización / Total de enfermeras

Continuidad de cuidados AP-AE

- a. Nº de actas de formación –y/o sesiones clínicas- entre las enfermeras de AP-AE
- b. Nº de actas de formación –y/o sesiones clínicas- entre las gestoras de casos de ambos niveles asistenciales.

15. Bibliografía

1. Plan de Calidad de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía.2001
2. Guía para el diseño y mejora de procesos asistenciales. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía 2001.
3. Sánchez B. Comisión de Cuidados de Area. Distrito Sanitario de Atención Primaria La Vega. 2002
4. Duarte G. Protocolo de continuidad de cuidados, proyecto Fuerteventura. Servicio de Atención Primaria, Planificación y Evaluación. Dirección General de Programas Asistenciales. Servicio Canario de Salud.
5. Lacida M, Garrido M, Morales JM, Galdeano N, Terol J. Grupo CODAE. Continuidad de Cuidados entre Atención Especializada y Atención Primaria. SAS mayo 2002.
6. Comisión de Cuidados de Área. Estructura operativa. Grupo CODAE, febrero 2002.
7. Terol J. Continuidad de cuidados en pacientes críticos. Rev. Internacional para el cuidado del paciente crítico Tem Vit Dic 2001 1(1)
8. Morales JM y cols. Validación de un instrumento para el análisis de la continuidad de cuidados en pacientes críticos. Premio de investigación FUNDEN 1999.
9. Escudero MC y cols. Incidencia y factores predictores de atención domiciliaria de Enfermería en población anciana. Enf Clin 2001 11(3), 91-96.
10. Dunston J. Cuidados gestionados: un método que trabaja para usted. Nur 1991, agos.-sep.: 50-53.
11. Amador M, y cols. Experiencia de coordinación entre Atención Primaria y Atención Especializada. Rev. Enf Cien 1996 ene-feb, nº 166-167: 50-53.
12. Kesby SG. Nursing care and collaborative practice. J Clin Nur 2002; 11:357-366.
13. Mora JR, Ferrer C, Ramos E. Gestión Clínica por procesos: mapa de procesos de Enfermería en centros de salud. Rev Admin San, ene-mar 2002, VI(21):135-159
14. González RM y cols. Identificación y evaluación de la efectividad de la indicación de continuidad de cuidados de Enfermería interniveles asistenciales del Servicio Vasco de Salud / Osakidezta. Rev Cal Asis 2002; 17(4) 232-236.

Anexo 2 Informe de Continuidad de Cuidados

Informe de Continuidad de Cuidados (Icc):

Normas básicas para su elaboración:

El Icc se emitirá de manera bidireccional entre las enfermeras de ambos niveles asistenciales. Se elaborará por las enfermeras de la Comisión de Cuidados de Área y debe contener como mínimo:

- Datos de filiación.
- Edad.
- Cuidador principal.
- Enfermera responsable.
- Zona Básica de Salud y Centro de Salud o consultorio al que está adscrito el paciente.
- Diagnósticos médicos CIE.
- Cuestionarios, test, índices o escalas (valor final) utilizados para la valoración del paciente.
- Diagnósticos enfermeros (codificados),
- Procesos asistenciales en los que está incluido el usuario
- Otras situaciones de salud de la cartera de servicios especificada en el documento de la Comisión de Cuidados de Área.
- Reingreso -SI/NO-.



INFORME DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS

ETIQUETA IDENTIFICATIVA

ENVIO URGENTE

Hospital de
Distrito Sanitario

Z.B.S./Unidad Hospitalaria: _____

Diagnóstico Médico

Centro de AP: MF _____ EC _____ ECE _____ Hospital: E. responsable _____ EHE _____

FECHA DE ALTA FECHA INGRESO FECHA DE NACIMIENTO CUIDADOR PRINCIPAL / PARENTESCO _____

MOTIVO DE ALTA _____ MOTIVO INGRESO _____ ALERGIAS CONOCIDAS _____ DOMICILIO Y TF DEL CUIDADOR _____

REINGRESO SI NO TELEFONO _____ GRADO DE IMPLICACION EN LA ENFERMEDAD

DOMICILIO _____

ATENCION PREVENTIVAS: ACUDE A CONSULTA DE ENFERMERIA SI NO GRADO DE CONOCIMIENTO ES COLABORADOR CON EL P/C

ESCALAS, TEST E INDICES

PROBLEMAS	RESULTADOS	INTERVENCIONES
* DETERIORO DE LA ELIMINACION URINARIA 00016 R/C		
* CONOCIMIENTOS DEFICIENTES 00126 R/C		
* AISLAMIENTO SOCIAL 00053 R/C		
* MANEJO INEFECTIVO RÉGIMEN TERAPÉUTICO 78 R/C		
* CANSANCIO EN EL DESEMPEÑO DEL ROL DEL CUIDADOR 00061 R/C		
* AFRONTAMIENTO FAMILIAR: INCAPACITANTE 00073 R/C COMPROMETIDO 00074 R/C		
* CONFUSIÓN AGUDA 00128 R/C CRÓNICA 00129		
* DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTANEA 00046 R/C		

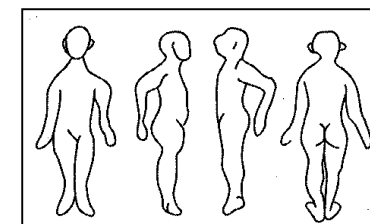
* DÉFICIT AUTOCUIDADO				
00102 R/C ALIMENTACIÓN				
00108 R/C BAÑO / HIGIENE				
00109 R/C VESTIDO / ACICALAMIENTO				
00110 R/C USO DEL WC				
* LACTANCIA MATERNA INEFECTIVA 00104				
R/C				
* DETERIORO DE PATRÓN DEL SUEÑO	95			
R/C				
* DUELO ANTICIPADO 00136				
R/C				
* DETERIORO DE LA MOVILIDAD FISICA	00085			
R/C				
* DETERIORO DE LA ADATACION 00070				
R/C				
* OTROS DIAGNÓSTICOS				

INCLUIDO EN UNO O VARIOS DE LOS SIGUIENTES PROCESOS:

- AVC
- PLURIPATOLÓGICOS
- CUIDADOS PALIATIVOS
- EMBARAZO , PARTO, PUERPERIO
- VIH - SIDA
- FRACTURA DE CADERA
- ANSIEDAD / DEPRESIÓN
- DIABETES
- EPOC

Otras situaciones de salud:

- CMA o pruebas funcionales
- Alta dependencia de cuidados
- Carencia de recursos para el cuidado
- Reingresos múltiples
- Problemas de autonomía y Nec. Cuidados



Anexo 3 Documento de Salud del paciente

DOCUMENTO DE SALUD DEL ADULTO



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

El Documento de Salud del Adulto, ha sido elaborado por *enfermeras* del **SAS** para mejorar los cuidados que usted y su familia necesita.

Este documento contiene información necesaria para que usted, su familia y los profesionales sanitarios dispongan de los datos relevantes referidos a su estado de salud.

Es muy importante que lo lleve consigo cada vez que haga uso de algún Servicio Sanitario.



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

INDICE

- ❖ Datos personales
- ❖ Cuestionarios, test e índices
- ❖ Problemas / Diagnósticos enfermeros
- ❖ Plan de cuidados / Evolución. Seguimiento.
- ❖ Medicación actual
- ❖ Vacunación
- ❖ Terapias respiratorias
- ❖ Atención Urgencias
- ❖ Interconsultas
- ❖ Próximas visitas
- ❖ Recomendaciones sobre cuidados
- ❖ Recomendaciones para la cuidadora

DATOS PERSONALES

APELLIDOS Y NOMBRE:

EDAD:

NIVEL DE ESTUDIOS:

Profesión:

TIS:

DOMICILIO:

LOCALIDAD:

TELÉFONO:

¿A QUIÉN AVISAR EN CASO DE URGENCIA? (TELÉFONO):

NOMBRE DEL CUIDADOR/A PRINCIPAL:

	NOMBRE	TELÉFONOS
CENTRO DE SALUD		
HOSPITAL		
ASOCIACIONES		
URGENCIAS / EMERGENCIAS		

	NOMBRE	TELÉFONOS
MÉDICO de FAMILIA		
ENFERMERA de FAMILIA		
ENFERMERA COMUNITARIA de ENLACE		
TRABAJADORA SOCIAL		

VACUNACIÓN
TÉTANOS - DIFTÉRIA

Observaciones:

OTRAS VACUNAS:

Observaciones:

VACUNACIÓN ANTIGRI PAL

Observaciones:



Medicación actual:

Fecha Inicio	Fármaco	Dosis	Vía	Horario			Fecha cese
				☺ D	☀ A	☹ C	

Fecha Inicio	Fármaco	Dosis	Vía	Horario			Fecha cese
				☺ D	☀ A	☹ C	

Medicamentos contraindicados:

Alergias:



TERAPIAS RESPIRATORIAS: Fecha y tipo de prescripción, saturación de O2, fecha de finalización. Observaciones

TERAPIAS RESPIRATORIA

Fecha de inicio	Tipo de Terapia	Saturación O2	Fecha de cese	Observaciones

--	--	--	--	--



TERAPIAS RESPIRATORIAS: Fecha y tipo de prescripción, saturación de O2, fecha de finalización. Observaciones

PLAN de cuidados

Fecha de identificación del problema, fecha de resolución, denominación del problema, intervenciones prescritas, firma. del profesional



ATENCIÓN URGENCIAS

ATENCIÓN URGENCIAS: Fecha, lugar y profesional que realiza la atención, teléfono de referencia. Motivo de la urgencia, prescripción médica, actividades enfermeras pautadas. Observaciones

ATENCIÓN URGENCIAS: Fecha, lugar y profesional que realiza la atención, teléfono de referencia. Motivo de la urgencia, prescripción médica, actividades enfermeras pautadas. Observaciones

INTERCONSULTAS



Recomendaciones Sobre Cuidados

En los hábitos relacionados con su vida diaria, no olvide

ALIMENTACIÓN/ HIGIENE/ EJERCICIO FÍSICO

- Realice una dieta con alimentos variados y pobre en grasas
- Utilice la sal y los azúcares con moderación
- Procure disminuir la ingesta de alimentos ricos en calorías. Preferiblemente, prepare los alimentos, cocidos, hervidos, a la plancha o al horno, evitando los fritos o rebozados
- Distribuya la dieta a lo largo del día. *No olvide tomar un buen desayuno*
- Es conveniente que tome alimentos de fácil masticación y digestión
- Es conveniente que tome alimentos ricos en fibra a diario (frutas, verduras legumbres y cereales)
- Aumente la ingesta de líquidos (al menos dos litros de agua / día)

• Recuerde:



HIGIENE

- ***Ponga especial cuidado en su higiene diaria***
- Compruebe la temperatura del agua, es mejor utilizar una temperatura templada, realice un correcto secado, evitando restos de humedad
- Para el cuidado de su piel utilice un producto neutro y cremas hidratantes, aceites... tras el baño o ducha
- Es recomendable evitar la exposición prolongada al sol o frío excesivo, sin una adecuada protección
- Cepille sus dientes tras cada comida, sobre todo antes de acostarse y tras la ingesta de dulces, llegando a todas las zonas de la boca
- Si usa dentadura postiza, se recomienda:
 - Enjuagarla antes de usarla.
 - Cepillarla bajo el agua del grifo tras su uso.
 - Vigilar que su fijación y adaptación sea correcta.
 - No es recomendable dormir con ella.
- Es conveniente que lime o corte las uñas de las manos siguiendo la forma del dedo y las uñas de los

pies rectas, no excesivamente cortas (Examine diariamente sus pies, vigilando las callosidades, heridas, úlceras, infecciones **(INCLUIR DIBUJO DE PIES y sustituir texto)**)

- Evite cortar las cutículas, ni los padrastrós
- Utilice calcetines de lana o algodón para calentar los pies (evite bolsas de agua caliente, mantas o calefactores... que puedan provocar quemaduras)
- Use un calzado cómodo, que se adapte al pie y permita la transpiración
- Es conveniente que acuda periódicamente a su médico, enfermera, podólogo para el cuidado de los pies
- *Le recomendamos la realización de ejercicio físico, este debe ser progresivo, regular y constante.*
- *Consulte con su enfermera sobre el tipo de ejercicio, adecuado para usted.*

Además, recuerde...

Las relaciones afectivas y sexuales pueden verse alteradas por el desarrollo de la enfermedad. En algunos casos puede ser conveniente la consulta al especialista.

Existen grupos de ayuda mutua (GAM) formados por personas a las que les afecta un problema común su objetivo es prestar servicios para aliviar a las personas enfermas, familiares o cuidadores. Suelen tener asesores jurídicos de apoyo. Si te interesa pregunta a tu enfermera.

Sólo debe tomar los fármacos prescrito por su médico, si tiene alguna duda consulte con los profesionales de su centro de salud

Riesgo de caídas:

- No olvide utilizar sus gafas, audifono y las ayudas técnicas que precise para caminar: andadores, bastones...
- Siga las recomendaciones sobre la práctica de ejercicio físico, una buena alimentación...todo esto le ayuda a fortalecer la musculatura
- Utilice ropa cómoda, que no limite sus movimientos y un calzado adecuado: ligero, flexible, que no le oprima y con suela de goma, evitando cordones

En el domicilio:

- Procure evitar la presencia de animales domésticos.
- Mantenga iluminadas todas las áreas de su domicilio
- El mobiliario no debe dificultar el paso
- Le recomendamos que no utilice alfombras
- Utilice una silla resistente para su peso, con reposabrazos (que facilite el sentarse-levantarse) y respaldo para apoyar la cabeza.
- Mantenga en su hogar una temperatura agradable.
- Tenga en cuenta que la instalación de los cables en su domicilio no dificulten el paso

- Es mejor instalar pasamanos a ambos lados de la escalera
- Procure cambiar la bañera por un plato de ducha
- Le recomendamos que coloque bandas o suelo de goma antideslizantes en zonas como baño o cocina.
- Puede ser útil la instalación de una alarma antiincendio y un extintor en la cocina
- Para las urgencias es conveniente: Memorizar en su teléfono el 112 (Bomberos/ Policía/ Servicios Sanitarios) y/o utilizar dispositivos de telealarma en su teléfono.

Recomendaciones para las personas encamadas:

- Es mejor la utilización de una cama alta y consistente.
- Procure evitar el peso de la ropa en los pies
- Tome suficiente líquidos (al menos dos litros de líquidos diarios)
- Recuerde vacunarse de la gripe, “*más vale prevenir*”
- Es importante realizar cambios de postura cada 2-3 horas y permanecer fuera de la cama todo el tiempo que su estado se lo permita
- Utilice productos no abrasivos para el lavado de la ropa de la persona encamada
- Es conveniente que pase la mayor parte del tiempo posible con sus familiares y amigos
- No olvide tomar una dieta variada, tome frutas y verduras
- Eliminar arrugas en la ropa de cama al igual que costuras, encajes, tiras bordadas...
- Realice la higiene con productos adecuados, neutros, seque bien los pliegues de la piel .

RECOMENDACIONES PARA LA CUIDADORA

- Dedique tiempo para sí mismo. Cuídese
- Procure descansar lo suficiente, si usted no se siente bien las dificultades pueden ser aún mayores.
- No olvide acudir a sus citas y consultas en el centro de salud.
- Si tiene dudas sobre el cuidado de la persona a su cargo consulte con su enfermera de familia.
- Su enfermera comunitaria de enlace le ofrece talleres para cuidadoras infórmese en su centro de salud.
 - Es conveniente que disponga de tiempo para salir durante la semana y mantener, en lo posible, aquellas actividades que le gustan: pasear, leer, ir al cine... (busque apoyo familiar y ayudas comunitarias)
 - Se le recomienda vacunarse contra la gripe.
 - Hay mucha gente en su misma situación, contacte con ellas, le entenderán.

La mejor forma de comunicarse con la persona que cuida...

- *Mírelo directamente a los ojos y utilice frases sencillas. Deje tiempo para que conteste.*
- *La comunicación no verbal es muy importante (gestos, miradas...). Cogerlo de la mano, sonreírle, acariciar la cabeza, sentarse a su lado... demuéstrole su cariño y su comprensión*

Taller Para Cuidadoras

Los talleres para las cuidadoras los oferta la Enfermera Comunitaria de Enlace y/o su enfermera de familia de forma personalizada, en su Centro de Salud.

Estos talleres ayudarán a las cuidadoras a mejorar los cuidados y la calidad de vida, proporcionando la **información y formación** sobre:

- *Higiene personal y del entorno.*
- *Movilizaciones y ejercicio físico*
- *Úlceras por presión.*
- *Alimentación y eliminación*
- *Administración de medicamentos.*
- *Signos y síntomas de alarma*
- *Higiene postural*
- *Técnicas de relajación.*
- *Comunicación*
- *Cuidado personal*
- *Orientación sobre recursos sociosanitarios*

Anexo 4 Actas de las Reuniones

Grupo Continuidad de Cuidados, Acuerdos SAS ASANEC.

Acta 1, reunión 3 de febrero de 2003.

Sevilla

Asistentes

Gonzalo Duarte Clíments
M^a Begoña Sánchez Gómez
Consuelo Artero López
M^a del Mar Caballero Algarín
Jesús Fernández Rodríguez
M^a del Carmen Fernández Sánchez
Felisa Gálvez Ramirez
Blanca González Guerrero
Juan Pedro Batres Sicilia
Sebastiana Lozano Martin
Yolanda Morcillo Muñoz
Susana del Río Urenda
Eulalia Ruiz Arrés

Contenidos de la reunión:

- Presentación de componentes, entrega de certificados, recogida de datos.
- Acuerdos SAS – ASANEC para el desarrollo de la AP
- Antecedente Grupo Médico
- Composición grupo paritario SAS / ASANEC
- Responsable SAS / responsable ASANEC
- Participantes AP y AE

Discusión de Objetivos:

- Consenso sobre necesidades para el desarrollo de la continuidad de cuidados:
 - o Pacientes susceptibles / priorización
 - o Personalización de la asistencia
 - o Comisión de cuidados del área
 - o Documentos para el paciente
 - o Ampliación de la cartera de servicios: AP / AE
- Documentos:
 - o Recomendaciones Comisión Cuidados de Área
 - o Documento para el paciente

Discusión sobre Método de trabajo.

- Lista de correo.
- Intercambio de documentación relevante:
 - o Capítulo de Ortún.

- Documento Comisión Cuidados Antequera.
- Documento CODAE
- Documento para el paciente Almería
- Propuesta Documento para el paciente, SSCC.
- Artículo Eugenio
- Redacción de borradores por responsables del grupo.
- Revisión individual.
- Revisión grupo trabajo: reuniones 20 y 27 de febrero.
- Actas de cada reunión.
- Documentos generados por grupo.
- Envío a responsables acuerdo SAS ASANEC.
- Envío a coordinadores de distritos de AP y a directores de enfermería de AE.
- Posible fecha de finalización: 27 de febrero.

Presentación Documento para el paciente por los SSCC del SAS

Grupo continuidad SAS-ASANEC.

Acta 2, Reunión 20-02-03

Sevilla

Asistentes:

Gonzalo Duarte Clímets
M^a Begoña Sánchez Gómez
Consuelo Artero López
M^a del Mar Caballero Algarín
Jesús Fernández Rodríguez
M^a del Carmen Fernández Sánchez
Felisa Gálvez Ramirez
Blanca González Guerrero
Juan Pedro Batres Sicilia
Sebastiana Lozano Martin
Yolanda Morcillo Muñoz
Eulalia Ruiz Arrés

Orden del día:

1. Revisión de objetivos del grupo
2. Trabajo sobre la CCA
3. Trabajo sobre DP

Desarrollo de la reunión:

1. 10:00 a 10:20. Exposición de objetivos con énfasis en lo que se quiere conseguir en ambos documentos.
2. 10:20 a 11:00. Resumen de las aportaciones:

-CCA:

- Parece que el informe del DS La Vega es el adecuado como punto de partida.
- Sobre este documento cabe añadir que es necesario el diseño de los canales de comunicación -¿Jaen?-
- Además parece que la opinión de introducir una gestora de casos tanto de AP como de AE es una constante entre las aportaciones recibidas.
- Es necesario establecer indicadores de proceso y de resultado para el seguimiento de la CCA.
- La CCA está compuesta solo por enfermeras. No es el objetivo lograr aquí una comisión multidisciplinar.
- La enfermera responsable debe ser la enfermera asignada tanto en AP como en AE.

- La interrelación con las comisiones de procesos debe establecerse en el ámbito de la mesogestión. Marcando el ritmo en cada área.
- El objetivo de las CCA como herramienta de calidad es el seguimiento de los cuidados entre enfermeras de los dos niveles asistenciales. A través de la emisión del lcc y de la unificación de criterios en cuanto a planes de cuidados estandarizados por problemas y protocolos consensuados interniveles. Y no pretende sustituir a la Hª clínica.
- Los problemas que se abordan quedan en el marco de las necesidades de cuidados de los pacientes y no solamente Dx médicos.
- La filosofía del lcc es que debe ser un informe compartido por ambos niveles asistenciales.

-DP

- El objetivo es asegurarnos que la información clínica relevante va con el paciente. Sin embargo no se trata de sustituir a la Hª clínica –guarda y custodia es responsabilidad específica de la enfermera-
- Se trata de identificar la información mínima que debe recogerse en este documento, formato y estructura.
- La responsabilidad de su cumplimentación corresponde a la enfermera responsable del paciente aunque se pueda utilizar por otro profesional.
- Priorización de los casos en que se va a utilizar o ¿en que casos no?
- La filosofía del documento es que sirva para los profesionales.
- El DP está destinado a transferir información en el caso de adultos. Este debe complementar a los ya existentes. Embarazadas, niños... ya tienen un documento de salud.

3. 11:00 a 13:00 Trabajo en dos grupos. Cada uno de ellos en un documento
4. 13:00 a 14:30 Puesta en común.
5. 14:30 a 15:00 Conclusiones, tareas pendientes y fecha de la próxima reunión.

Los responsables del grupo:

Begoña Sánchez

Gonzalo Duarte

Grupo Continuidad de Cuidados SAS-ASANEC

Acta 3 reunión 27/02/03

Sevilla

Asistentes:

Gonzalo Duarte Clíments
M^a Begoña Sánchez Gómez
Consuelo Artero López
M^a del Mar Caballero Algarín
Jesús Fernández Rodríguez
M^a del Carmen Fernández Sánchez
Felisa Gálvez Ramirez
Blanca González Guerrero
Juan Pedro Batres Sicilia
Sebastiana Lozano Martin
Yolanda Morcillo Muñoz
Susana del Río Urenda
Eulalia Ruiz Arrés

Orden del día:

Puesta en común y revisión de documentos trabajados por los grupos en la última reunión.

Desarrollo de la reunión

- 1- 10:15 a 12:00 DSA: exposición de las aportaciones del grupo. Discusión y cierre del documento.
- 2- 12:00 a 14:00 CCA: exposición de las aportaciones del grupo. Discusión y cierre del documento.
- 3- 14:00 a 15:00 lcc: exposición de las aportaciones del grupo. Discusión y cierre del documento.
- 4- 15:00: reparto de responsabilidades para la elaboración de comunicaciones para el congreso de ASANEC.

Propuestas del grupo

DSA:

- 1- Formato tipo carpeta con subcarpetas a la que se le puedan añadir hojas y en la que el paciente pueda incluir otro tipo de documentación de salud. Sería interesante que tuviese una separata tipo sobre.
- 2- Cuidar la presentación para que los profesionales que deben utilizar el documento lo conozcan antes de su puesta en marcha.
- 3- Imprimir las recomendaciones por hojas de forma independiente.
- 4- Elaborar una Guía de Cuidados. Para incluir fichas personalizadas dependiendo de las necesidades de cuidados de los pacientes.

Grupo continuidad de cuidados SAS/ASANEC,

Acta 4 reunión 21/03/03

Sevilla

Asistentes:

Gonzalo Duarte Clíments
M^a Begoña Sánchez Gómez
Consuelo Artero López
M^a del Mar Caballero Algarín
M^a del Carmen Fernández Sánchez
Blanca González Guerrero
Juan Pedro Batres Sicilia
Sebastiana Lozano Martin
Yolanda Morcillo Muñoz
Susana del Río Urenda
Eulalia Ruiz Arrés

Orden del día:

- Conclusión del lcc.
- Elaboración de recomendaciones para la Continuidad de Cuidados.

Desarrollo de la reunión:

- Estructuración de dos grupos de trabajo para abordar los dos puntos del orden del día.
- 10:00 a 12:00h: trabajo en grupo.
 - 12:00 a 14:00h. puesta en común y conclusiones.