



BIBLIOTECA LAS CASAS – Fundación Index
<http://www.index-f.com/lascasas/lascasas.php>

Cómo citar este documento

Velázquez Salas, Antonio; Cominero Belda, Alicia. Análisis e implementación de un programa para la gestión de los reingresos hospitalarios. Biblioteca Lascasas, 2011; 7(1).

Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0570.php>

ANÁLISIS E IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA PARA LA GESTIÓN DE LOS REINGRESOS HOSPITALARIOS

Antonio Velázquez Salas
Alicia Cominero Belda

INDICE

1. RESUMEN	3
2. JUSTIFICACIÓN	4
3. ANÁLISIS ESTRATÉGICO.....	10
3.1 TÉCNICAS DAFO	11
3.1.1 GRUPO DAFO realizado con expertos del Hospital	13
3.1.2 GRUPO DAFO realizado con expertos del DSAP Sevilla Sur	17
3.1.3 GRUPO FOCAL con pacientes	21
4. OBJETIVOS	25
5. LÍNEAS ESTRATÉGICAS	26
6. CARTERA DE CLIENTES	26
7. CARTERA DE SERVICIOS	27
8. DESARROLLO DE LA PROPUESTA	28
8.1 PROCESO DE SOPORTE	30
8.1.1 Comisión de seguimiento y mejora continua	30
8.1.2 Informe de Continuidad de cuidados al alta / Alta planificada	30
8.1.3 Dispositivo de Soporte telefónico: Agendas telefónicas	30
8.1.4 Soporte domiciliario para los pacientes que cumplen los criterios de inclusión	31
8.1.5 Mapa de competencias de los profesionales	31
8.1.6 Plan de formación a los profesionales de ambos niveles asistenciales	31
8.2 PROCESOS OPERATIVO	32
8.2.1 CAPTACIÓN DE LOS PACIENTES.....	32
8.2.2 IMPLANTACIÓN DEL PROGRAMA EN AMBOS NIVELES ASISTENCIALES	33
8.2.2.1 Implantación del programa en Hospital	33
8.2.2.2 Implantación del programa en Atención Primaria	35
8.1.3 PLAN DE COMUNICACIÓN INTERNA Y EXTERNA.....	36
9. CUADRO DE MANDOS Y EVALUACIÓN DE LAS INTERVENCIONES	37
9.1 INDICADORES DE ESTRUCTURA	38
9.2 INDICADORES DE PROCESO	39
9.3 INDICADORES DE RESULTADO	41
10. CRONOGRAMA	42
11. BIBLIOGRAFÍA	43
12. ANEXOS	48

ANÁLISIS E IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA PARA LA GESTIÓN DE LOS REINGRESOS HOSPITALARIOS.

1. RESUMEN

En la comunidad andaluza, el sistema sanitario público 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 posible y en las mejores condiciones.

En España la población mayor de 65 años se ha duplicado en las últimas cuatro décadas y por tanto la utilización de los servicios hospitalarios por parte de las personas mayores. El 13,48% de los ingresos hospitalarios son de este segmento de edad, elevándose al 17% en los pacientes mayores de 75 años con una media de ingresos de 1,36 y 1,42 veces en el último año respectivamente.

En multitud de estudios que desarrollaremos a lo largo del proyecto comprobamos como la salud auto-percibida, la educación del paciente y familia respecto al problema de salud, la comorbilidad, el manejo inefectivo del régimen terapéutico, falta de coordinación de cuidados interniveles, el incumplimiento de tratamiento y dieta son variables a tener en cuenta a la hora de valorar las causas que justifican los reingresos hospitalarios. Analizando estas variables podemos extraer numerosas intervenciones que permiten disminuir los reingresos hospitalarios manteniendo a los pacientes en su domicilio, todo ello en el marco del II Plan de Calidad donde la Gestión Clínica y la Gestión por Procesos (PAIs) colocan al usuario como eje del Sistema Sanitario y la continuidad asistencial como garantía de una atención sanitaria acorde a las expectativas de los mismos y recogidas en la Ley de Salud de Andalucía.

Para ello nos propusimos realizar una aproximación diagnóstica (**Análisis estratégico**) a los determinantes causales en torno a los reingresos hospitalarios en nuestro entorno, a partir de un proceso grupal participativo de expertos, como paso previo para el desarrollo de estrategias de mejora. Desarrollamos dos técnicas DAFO con profesionales de ambos niveles asistenciales y un grupo focal con pacientes con reingresos previos pertenecientes a nuestra cartera de clientes así como a sus cuidadoras principales.

Establecimos como **objetivo general**: Mejorar la calidad de la atención a los pacientes incluidos en nuestra cartera de clientes para disminuir la incidencia de reingresos hospitalarios mediante la implantación de un programa de intervenciones específicas para pacientes de riesgo y unas **líneas estratégicas** encaminadas a mejorar la continuidad asistencial, la calidad de los cuidados, la formación continuada y la evaluación y mejora continua.

Identificamos nuestra **cartera de clientes** en función de la prevalencia de reingresos de nuestro entorno y establecemos una **cartera de Servicios** desde el Hospital y desde Atención Primaria para prestar los mejores cuidados al paciente y cuidadora en su propio entorno.

Como **desarrollo de la propuesta** establecemos cuatro grandes áreas de trabajo:

Proceso Operativo de captación e intervenciones específicas en Hospital y At. Primaria

Procesos de Soporte relacionadas con Informes de Continuidad de Cuidados, soporte domiciliario interniveles, soporte telefónico interniveles, Mapa de competencias profesionales, Plan de formación, constitución de Subcomisión de Procesos Asistenciales para la mejora continua.

Cuadro de mandos para la monitorización de las intervenciones

Evaluación de la efectividad de las mismas y establecimiento de áreas de mejora.

Finalmente se establece un **cronograma de ejecución** de las distintas fases del proyecto.

ANÁLISIS E IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA PARA LA GESTIÓN DE LOS REINGRESOS HOSPITALARIOS.

Antonio Velázquez Salas
Distrito Sanitario Sevilla Sur

2. JUSTIFICACIÓN

Desde hace algunas décadas, las poblaciones de los países de nuestro entorno vienen experimentando un proceso de envejecimiento espectacular.

En España, la población mayor de 65 años se ha duplicado en las últimas cuatro décadas, pasando de un 7% en 1950 a un 16,% en 2005.¹. Detrás de este fenómeno hay multitud de causas pero muy similares en todos los países: por un lado, un descenso muy acusado de la fecundidad atribuible al desarrollo económico, la incorporación de la mujer al mundo laboral, cambios de valores y estilos de vida como : la desaparición de las familias extensas, pérdidas de estabilidad en la institución familiar, retraso en la edad del matrimonio, movilidad geográfica laboral, tamaño reducido de las viviendas, etc;² y por otro lado, a una reducción de las tasas de mortalidad motivadas por los avances terapéuticos, mejoras nutricionales, condiciones de vida, etc.

Pero el envejecimiento progresivo de la población además lleva aparejado un aumento importante de problemas de cronicidad de las enfermedades asociados por tanto a pobres estados de salud, y por tanto a un importante aumento de personas que pasan los últimos años de su vida en situaciones de dependencia.

Ante esta situación, las alternativas actuales, con las estructuras sanitarias clásicas - Hospitales y Centros de Salud- que están diseñadas para dar respuestas de tipo curativo, paliativo y/o rehabilitador no resuelven los problemas derivados del envejecimiento poblacional , y sí mas bien habría que optar por otro tipo de recursos que aunaran asistencia médica clásica y cuidados de larga duración (CLD) relacionados con la dependencia y los problemas asociados a las enfermedades crónicas (hospitalización de día, atención domiciliaria, atención en residencias, equipos de soporte domiciliario, circuitos de continuidad asistencial, apoyo a cuidadores informales, etc).

Por otra parte, conforme vayan accediendo a la cincuentena, (edad media de las cuidadoras informales) las jóvenes generaciones de mujeres, ya integradas en el mercado laboral (las previsiones para el 2025 apuntan a una cifra cercana al 70%,¹ la enorme carga de cuidados que ahora asumen irán delegándolas bien en cuidadores "remunerados" o mediante la solicitud de apoyo de los Servicios Sociales.

Las Administraciones sanitarias no son ajenas al profundo calado de estas transformaciones sociales y pretenden mediante las reformas sanitarias de sus Sistemas Sanitarios y prestaciones sociales (Ley de dependencia 39/2006)³ conjugar la realidad antes descrita con el deseo de prestar los cuidados de salud a las personas dependientes en su propio entorno, convirtiendo al hogar en el escenario donde confluyen cuidados formales e informales de salud. Esto supone un desplazamiento de más cuidados y más complejos al sistema informal de cuidados y por tanto un importante esfuerzo de las instituciones para fusionar de una manera exitosa ambos sistemas.^{4,5}

Los cuidados de larga duración (CLD) son todas aquellas actividades que se llevan a cabo con el propósito de que las personas mayores dependientes y con problemas asociados a enfermedades crónicas puedan seguir disfrutando de la mayor calidad de vida posible en su entorno habitua.⁶

Hoy en día la Atención domiciliaria constituye un recurso asistencial básico en nuestra sociedad. Según Hennesy,⁷ lo que provocó su expansión fue el pensamiento de que iba a ser muy bien acogida por las personas mayores con problemas crónicos, en lugar de tener que ingresar en Residencias. También porque se pensó que iba a ser menos costosa que los cuidados ofertados en Residencias y Hospitales.

En la comunidad andaluza, el sistema sanitario público 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 posible y en las mejores condiciones. Los destinatarios son personas con graves dificultades para el autocuidado, muy dependientes, con necesidades de asistencia para la realización de las actividades de la vida diaria (AVD) y las actividades instrumentales para la vida diaria (AIVD), para el manejo y control de síntomas y del régimen terapéutico relacionado con su proceso.⁸

Se hace especial mención a la atención domiciliaria de enfermería como proveedora de cuidados dirigidos a prevenir el deterioro funcional y la promoción de la salud y es también un elemento clave para garantizar la continuidad de cuidados entre los diversos niveles asistenciales y la coordinación de los servicios sanitarios y sociales.^{8,9}

Wieland et al. los define como "aquellos cuidados de salud integrales proporcionados en su domicilio a pacientes incapacitados (que requieren ayuda de una persona para actividades de la vida diaria por enfermedad aguda o crónica) y de sus familias, con el propósito de promover, mantener y restaurar la salud o, en su caso minimizar el efecto de la enfermedad y discapacidad".¹⁰

Pero las limitaciones de los recursos disponibles hacen necesario evidenciar su efecto, ofertando una asistencia de calidad y unos costes razonables. La atención domiciliaria debería reducir la institucionalización, ya sea en centros residenciales u hospitales, y las estancias prolongadas en los mismos.¹¹

Respecto a la utilización de los servicios hospitalarios por parte de las personas mayores de 65 años, la Encuesta Nacional de Salud 2006¹² revela que el 13,48% de los ingresos hospitalarios son de este segmento de edad, elevándose al 17% en los pacientes mayores de 75 años. Este porcentaje de pacientes tienen una media de ingresos de 1,36 y 1,42 veces en el último año respectivamente, mientras que la duración media de su último ingreso es de 8,38 días para los mayores de 65 años frente a los 10,92 días de los mayores de 75 años.

En multitud de estudios que desarrollaremos a lo largo del proyecto comprobamos como determinadas variables como la edad, el grado de dependencia, el nivel socio-económico, la salud auto-percibida, la educación del paciente y familia respecto al problema de salud, el modo de vida (en familia, solos ,Residencia ancianos), la comorbilidad, el manejo inefectivo del régimen terapéutico, falta de coordinación de cuidados interniveles, el incumplimiento de tratamiento y dieta son variables a tener en cuenta a la hora de valorar las causas que justifican los reingresos hospitalarios.

Un condicionante que hay que tener en cuenta cuando se habla de reingresos hospitalarios en pacientes frágiles es la escasez de recursos sociales específicos de una población cada vez más abundante.

La escasez de cobertura social desvía hacia la red sanitaria pública, más extensa y mejor organizada, a una población "frontera" en la que el compromiso de su salud está condicionada por el escaso apoyo social.^{13,14} Para conseguir que los ancianos acudan menos al Hospital hay que mejorar la educación sanitaria de la población, mejor formación para médicos y enfermeras en Atención Primaria y potenciación de la misma.

Los diagnósticos principales que motivan el ingreso de las personas mayores en Andalucía son: la insuficiencia cardiaca, reagudizaciones de bronquitis crónica y fracturas de cuello de fémur, según un estudio sobre 32 hospitales públicos de la comunidad andaluza.¹⁴ Pero hay más motivos que justifican los ingresos de nuestros mayores; según el informe SESPAS (2002),¹⁵ no sólo la edad es la que provoca un incremento en las tasas (esto sólo explicaría un 30% de dichos ingresos) sino que habría que ajustar los resultados a la mayor accesibilidad al sistema sanitario por parte de los ancianos, las nuevas tecnologías, el incremento de expectativas en la capacidad resolutoria de los tratamientos y los mejores niveles de renta. Por sexos, son los hombres los que utilizan más la atención especializada, relacionada con la hospitalización.¹⁶

En 2001 la biblioteca Cochrane publicó una revisión sistemática cuyo objetivo era evaluar los efectos de la atención institucional versus en domicilio para ancianos funcionalmente dependientes, sobre los resultados de salud, satisfacción (de los usuarios dependientes, parientes y los profesionales de la salud), calidad de atención y costos.

La conclusión a la que llegaron los autores de la revisión es que, no se encontraron diferencias significativas entre los dos grupos en lo que respecta a la funcionalidad física, nivel mental, salud percibida, satisfacción ni mortalidad, por lo que no existe evidencia para estimar probables beneficios, daños y costos de ambas modalidades de atención y recomiendan investigación acerca del impacto de las mismas.¹⁷

En una revisión sistemática de Morales Asensio¹⁸ sobre la efectividad de diferentes modelos de atención en pacientes con Insuficiencia cardiaca concluye que los reingresos hospitalarios de este tipo de pacientes es significativamente inferior en los tres meses siguientes cuando existe un alta planificada y unas intervenciones específicas tanto en atención domiciliaria como en atención ambulatoria en clínicas guiadas por enfermeras (OR= 0,62 ; IC95% :0,49-0,80 y OR=0,47 ; IC95% :0,27-0,82 respectivamente con una reducción absoluta del riesgo (RRA) del 11% (IC95% 5-17%) y del 17% (IC95% 5-28%) respectivamente. Destaca en las intervenciones la figura de las enfermeras con nuevos roles, un enfoque domiciliario y multidisciplinar, el seguimiento telefónico estructurado, la ayuda y soporte a cuidadoras y familiares y la garantía de continuidad asistencial mediante la creación de vías clínicas específicas. No obtiene conclusiones respecto al impacto económico por la dificultad de medida de costes directos, indirectos, cuidadores informales, etc.

En una revisión parecida a la anterior McAllister et al demuestran una reducción relativa del riesgo (RRR) del 13% en los reingresos hospitalarios en aquellos estudios en los que se implementa un programa de intervención multidisciplinar para pacientes con ICC.¹⁹

Otra revisión sistemática y meta-análisis de Gonseth J et al²⁰ respecto a la gestión del alta mediante procedimientos protocolizados (disease management programs como visitas domiciliarias, controles periódicos en Consulta, seguimiento domiciliario de pacientes en periodos de mas de 6 meses) en el que se incluyen 54 estudios (27 ECAs y 27 no ECAs) llegan a la conclusión que los pacientes mayores sujetos a altas planificadas con insuficiencia cardiaca o enfermedad cardiovascular disminuyen los reingresos en un 30% (RR= 0.7 IC = 0.62-0.79) y los reingresos por todas las causas disminuyen en un 12% (RR=0.88 IC=0.79-0.97) respecto a las altas tradicionales.

Michalsen et al²¹ concluyen que cuando se analizan las posibles causas que provocan el reingreso en el Hospital muchas de éstas, serían abordables desde Atención Primaria (educación sanitaria de paciente y familia, manejo inefectivo del régimen terapéutico, incumplimiento del tratamiento, falta de continuidad asistencial,...)

Para Rodríguez Mañas,²² los programas de atención domiciliaria que se han demostrado más eficientes se pueden dividir en dos grandes grupos: cuidados domiciliarios inmediatos post-alta hospitalaria (distintos a la hospitalización a domicilio, masivamente implantada y sin evidencia de su efectividad) con equipos multidisciplinares de base hospitalaria, con valoración de los pacientes al alta y continuidad asistencial en el domicilio, los cuales han mostrado reducir los reingresos hospitalarios y el riesgo de institucionalización, especialmente en ancianos frágiles^(23,24,25) mientras que los equipos de soporte domiciliario (atención domiciliaria ofertando cuidados a mas largo plazo) han mostrado disminuir el deterioro funcional, el riesgo de institucionalización y la mortalidad.²⁶ Estos beneficios no son universales, concentrándose en segmentos específicos de población, así el beneficio sobre el deterioro funcional estaría indicado en pacientes con bajo riesgo de mortalidad y el beneficio sobre la mortalidad en pacientes mas jóvenes (< 80 años).

Se utiliza con frecuencia el reingreso hospitalario como medida de calidad de los cuidados que se prestan. Para Jiménez Puente et al.²⁷ en relación al riesgo de reingreso en la exacerbación aguda de la EPOC el riesgo de reingreso hospitalario en un mes del alta en la exacerbación aguda de la EPOC se explica fundamentalmente por las características clínicas de los pacientes, en tanto que la calidad de los cuidados intrahospitalarios resulta predictiva del riesgo de reingreso en la primera semana después del alta. Quedan fuera del estudio una amplia gama de sucesos anteriores o posteriores al alta que pueden influir en el riesgo de reingreso: calidad de vida previa,²⁸ características de los cuidados domiciliarios,²⁹ situación familiar y socioeconómica^{29,30} o características de la asistencia en Atención Primaria.³¹

Las tasas de reingresos de urgencia en un periodo igual o inferior a 30 días desde el ingreso y por el mismo motivo de su última alta durante el periodo 2003-2006 en la media de hospitales andaluzes fue del 4,28 % de los ingresos que se realizaron en dicho año con un IC% 2,29 % - 6,66% siendo el estándar del indicador fijado en el 2%. Ningún hospital de la red andaluza cumpliría por tanto dicho estándar.³² En el entorno de este proyecto de investigación, el Hospital de referencia de este distrito sanitario está en el 4,6% de reingresos urgentes antes de los 30 días desde el ingreso con la misma categoría diagnóstica lo que supone un total de 1063 reingresos en el año 2007.

Para Benbassat J.³³ en una revisión sistemática concluye que las tasas de reingreso hospitalario no es un buen indicador de la calidad de los cuidados que se prestan en el mismo. De los ECAs que analiza, entre el 12 % y el 75% de los reingresos son prevenibles mediante educación del paciente, alta planificada y cuidados domiciliarios.

Hay muchos estudios en los que se han desarrollado estrategias de atención a pacientes con insuficiencia cardiaca basados en programas de intervención específicos con un núcleo común a todos como es la personalización de la asistencia y la continuidad de los cuidados en los que toman parte activa el paciente y la familia mediante educación sanitaria, consultorías y autocontrol de síntomas y todo ello mediante visitas domiciliarias, visitas protocolizadas a Consulta, llamadas telefónicas y todo ello con la participación de cardiólogos, médicos de Atención Primaria, enfermeras especializadas de ambos niveles y en algunos de ellos por equipos multidisciplinares de ambos niveles.^{18,34}

Estos programas han demostrado, en general, mejorar el tratamiento de los pacientes con ICC, al reducir los ingresos hospitalarios, mejorar la calidad de vida y optimizar el tratamiento, y algunos también han demostrado reducir la mortalidad. Sin embargo, no es tan conocido el impacto económico en el gasto sanitario de estos programas, y su relación coste-beneficio.^{24,35-45} En todos ellos salvo el realizado por Stewart et al⁴¹ y el de Kasper et al⁴³ demuestran al disminuir los reingresos hospitalarios, una importante reducción del gasto sanitario junto con una reducción de la mortalidad.

En un estudio realizado en 2005 relativo a pacientes con insuficiencia cardiaca con un sistema de tele-monitorización en domicilio que incluía un sistema automático de toma de presión arterial, EKG y peso⁴⁶ (con un control diario de estos parámetros) se demuestra una reducción significativa de la mortalidad al año, en relación a los cuidados habituales, de un 29% frente a un 45%; $p=0.032$. Aunque en este caso, el nº de reingresos no fue significativo en los grupos de estudio, sí lo fue la estancia media en el hospital (6 días menos en el grupo control) lo que debe traducirse en un ahorro de costes. No evalúan los autores los costes que se derivan del propio sistema de monitorización telemática.

En un estudio de Lupón et al³⁴ se demuestra que una intervención multidisciplinar e interniveles en una Unidad de Insuficiencia Cardiaca en el que participan 1 enfermera a tiempo completo, 1 cardiólogo que es también el coordinador, 1 internista, 1 médico de familia (becario), 1 geriatra, 1 médico rehabilitador y 1 psiquiatra, todos ellos a tiempo parcial reducen de forma muy significativa los ingresos por insuficiencia cardiaca en el primer año de seguimiento de los pacientes atendidos en su Unidad respecto al año precedente, probablemente gracias a las intervenciones educativa y farmacológica realizadas, así como a un seguimiento más protocolizado y cercano.

Algunos estudios sobre intervención domiciliaria realizados en pacientes con ICC han demostrado una reducción importante de los costes, principalmente a expensas de un menor número de reingresos, a través de una sencilla visita domiciliaria al paciente realizada por enfermeras adiestradas.^{45,47}

El estudio de Morcillo et al⁴⁷ demuestra que mediante una sencilla intervención educativa para pacientes con IC sistólica, basada en una única visita efectuada 1 semana después del alta hospitalaria en el domicilio del paciente realizada por personal de enfermería, sin posteriores visitas ni controles telefónicos, se ha observado una disminución muy notable del promedio de ingresos por paciente (90,6%) y visitas al servicio de urgencias (84,2%), acompañado de una disminución de los costes asociados y de una mejora en la salud percibida.

Se sabe que las principales causas de desestabilización son la infección respiratoria y la arritmia, seguidas del incumplimiento farmacológico y dietético,⁴⁸⁻⁵¹ que en los pacientes de su estudio ocasionó el 30% de los ingresos. Tan sólo el 47% de los pacientes cumplía el tratamiento en su domicilio, resultado incluso inferior al 65% publicado por Rich et al.³⁷ Posiblemente, este elevado incumplimiento de la dieta y el tratamiento es una de las causas fundamentales por las que una intervención tan sencilla en el domicilio del paciente logra mejores resultados que las intervenciones realizadas durante el ingreso hospitalario. Koelling et al⁵² han observado una disminución del 51% de los ingresos por IC en los siguientes 6 meses tras una única intervención educativa en el momento del alta. Según los autores la mayor disminución de eventos observada en el estudio se debe a la realización de la intervención en el mismo domicilio del paciente, pues permite no sólo educarlo, sino detectar a los que no cumplen con el tratamiento prescrito, optimizando la cumplimentación terapéutica. Paralelamente, la realización de la intervención durante la primera semana tras el alta hospitalaria permite detectar una descompensación temprana, que ocurre hasta en el 40% de los pacientes a los 7-14 días del alta hospitalaria.³⁷

Una de las principales causas de descompensación y, por lo tanto, de ingreso hospitalario es un manejo inefectivo del régimen terapéutico, cerca del 50% de los pacientes presenta problemas para el seguimiento del tratamiento prescrito.^{47,53} El número de hospitalizaciones y los costes derivados del tratamiento de estos pacientes se ha incrementado notablemente en las últimas 2 décadas, y el principal componente de este coste sanitario es el de las sucesivas rehospitalizaciones, que pueden representar hasta el 70% del coste del tratamiento de estos pacientes.⁴⁸ Hasta fechas recientes no se ha prestado excesiva atención a la importancia del cumplimiento y manejo efectivo del régimen terapéutico por lo que sería deseable identificar a los pacientes que presuntamente van a presentar problemas en el seguimiento de su esquema terapéutico óptimo para llevar a cabo medidas preventivas, bien a través de intervenciones domiciliarias, bien mediante un mayor seguimiento clínico terapéutico que evite o prevenga estos problemas.

Con la llegada de nuevos fármacos capaces de modificar el curso natural de la enfermedad se ha generalizado la utilización de regímenes terapéuticos complejos, y los pacientes pluripatológicos presentan con frecuencia una importante comorbilidad propia de la edad avanzada, lo que provoca que sean con frecuencia pacientes muy polimedcados y con discapacidad. Por todo ello, el seguimiento clínico es más complicado. En los últimos 20 años, los IECA han provocado un aumento de la supervivencia, una disminución de las hospitalizaciones mejorando la clase funcional y la calidad de vida.⁵³

Por otra parte, los pacientes que presentan un proceso agudo, el grado de adhesión al tratamiento farmacológico es mayor que en los pacientes que presentan una enfermedad crónica, en los que el seguimiento farmacológico suele descender drásticamente a los 6 meses.⁵⁴

Se tiende a pensar erróneamente que el gran responsable de una mala adhesión terapéutica es el paciente, pero es necesario valorar otros factores, como pueden ser un sistema sanitario de difícil accesibilidad, una mala educación sanitaria o una comunicación deficiente entre profesionales sanitarios y paciente, aspectos tan importantes como la actitud del paciente y su entorno: deprivación social, nivel socioeconómico, depresión y demencia como agentes facilitadores de la misma.⁵⁵

Tanto la adhesión al tratamiento como la calidad de vida en relación con la salud en los pacientes con pluripatologías están ganando una importancia capital en los últimos años, al tratarse de factores muy relacionados con el aumento de los ingresos hospitalarios y parece que relacionables con la morbimortalidad.

La valoración de la calidad de vida en pacientes puripatológicos mediante un sencillo cuestionario puede resultar una herramienta útil para identificar a los que presentan mayor riesgo de reingreso y mortalidad, y realizar con ellos un seguimiento más estrecho o incluirlos en programas para un mayor control.

La calidad de vida percibida depende de las expectativas que presente el paciente respecto a su capacidad funcional y estilo de vida. Los pacientes con una peor percepción de su calidad de vida en relación con la salud tienen un mayor riesgo de reingreso hospitalario y mortalidad.⁵³

Un reciente estudio multicéntrico realizado por Rodríguez Artalejo et al⁵⁶ ha valorado la calidad de vida en pacientes con IC como predictora de la mortalidad y la hospitalización; para ello se ha utilizado un grupo de pacientes con una amplia variación en la fracción de eyección. Se objetivó que los pacientes con una peor calidad de vida presentaban una mayor mortalidad y precisaban un mayor número de ingresos hospitalarios, independientemente de variables biomédicas, psicosociales y de atención médica. Se comprobó que la magnitud de la asociación es

comparable con la de otros conocidos factores predictores, como pueden ser la diabetes o el tratamiento con IECA, y se objetiva que los pacientes con una peor calidad de vida en relación con la salud también presentan mayores tasas de reingreso y mortalidad. La identificación de estos pacientes mediante cuestionarios específicos (cuestionario de Minnesota - Minnesota Living with Heart Failure-) o el cuestionario SF-36 parece una práctica relativamente sencilla, con un coste económico razonable, y puede ser útil para llevar a cabo acciones encaminadas a mejorar la calidad de vida en estos pacientes.

Consideramos relevante el establecer una estrategia para el abordaje de los pacientes con riesgo real o potencial de ingreso hospitalario como garantía de unos cuidados de calidad y con un enfoque centrado en la prevención y promoción de la salud.

Está demostrado por la literatura científica que la educación sanitaria, el abordaje multidisciplinar y el establecimiento de circuitos y protocolos que garanticen la continuidad asistencial son los pilares básicos para mejorar las expectativas de salud de los pacientes multi-ingresadores.

En todo ello, las enfermeras de atención primaria pueden desempeñar un papel muy relevante ya que, por su organización funcional en los Centros de Salud y Unidades de Gestión Clínica como por su marco de competencias profesionales, se encuentran en una posición de privilegio para el abordaje de éstos pacientes: personalización de la atención domiciliaria, atención domiciliaria por sectores geográficos que permiten una atención integral del paciente, familia y entorno comunitario, competencias en prevención (manejo efectivo del régimen terapéutico, mantenimiento efectivo de la salud) y promoción de la salud (educación sobre estilos de vida saludables), continuidad de cuidados a través de los informes de continuidad de cuidados al alta (ICC) ,Atención protocolizada al Alta Hospitalaria mediante la aplicación informática de telecontinuidad de cuidados, la enfermería gestora de casos (EGC) como nexo de unión de los diferentes niveles de atención y prestación de cuidados.

El abordaje multidisciplinar e interniveles es otro elemento que se antoja imprescindible para un abordaje exitoso del problema. La gestión por procesos (Procesos Asistenciales Integrados - PAIs) es una de las piedras angulares del II Plan de Calidad del Servicio Andaluz de Salud donde sus dos pilares básicos: El ciudadano como eje del sistema sanitario público de Andalucía y la continuidad asistencial durante su proceso de enfermedad garantizan y protocolizan qué papel desempeña cada uno de los profesionales de ambos niveles asistenciales durante el paso de los usuarios por el Sistema Sanitario.

3. ANALISIS ESTRATÉGICO:

Para ello nos propusimos realizar una aproximación diagnóstica a los determinantes causales en torno a los reingresos hospitalarios en nuestro entorno, a partir de un proceso grupal participativo de expertos, como paso previo para el desarrollo de estrategias de mejora. Desarrollamos **dos técnicas DAFO** con profesionales de ambos niveles asistenciales y **un grupo focal con pacientes** con reingresos previos pertenecientes a nuestra cartera de clientes así como a sus cuidadoras principales. Ambos estudios se realizaron durante el mes de Junio, la técnica DAFO hospitalaria se realizó en el propio Hospital de referencia con jefes de servicio de Cardiología, Medicina Interna y Unidad de Continuidad Asistencial (UCA), médicos, cargos intermedios de enfermería y enfermeras de los dos niveles de atención, Trabajadores Sociales y EGCs/EHCs.

También desarrollamos en el mes de Junio una Jornada de Continuidad asistencial, donde mas de 60 profesionales de UCA y At. Primaria debatimos en 4 grupos de trabajo multidisciplinares las posibles **áreas de mejora en la Atención al paciente pluripatológico y paliativo** relacionadas con:

La atención conjunta en el domicilio

La comunicación entre los profesionales

La comunicación con los pacientes y cuidadoras

La formación conjunta de los profesionales

3.1 TECNICAS DAFO

Se identifican los factores externos e internos a la organización sanitaria, que condicionan el problema, agrupados en 4 ELEMENTOS principales:

Componentes externos

OPORTUNIDADES: son factores externos, positivos o favorables que pueden ser usados para favorecer y mejorar la situación de partida, el problema. Son externos, es decir, no son generados por nosotros, pero que podemos aprovecharlas para el logro de objetivos.

AMENAZAS: son también factores externos, negativos ya que limitan el presente y/o pueden también limitar el futuro de nuestros objetivos de mejora. Tampoco dependen de nosotros, pero pueden obstaculizar o impedir nuestro trabajo y debemos tenerlas en cuenta.

Componentes internos

FORTALEZAS: son las características, valores o habilidades que nosotros tenemos y que facilitan el logro de nuestros objetivos. Pueden ser usadas tanto para aprovechar las oportunidades como para contrarrestar las amenazas.

DEBILIDADES: son también factores internos, características o valores negativos (carencias, limitaciones, desmotivación...) que nosotros tenemos y que dificultan el cumplimiento de mejoras y objetivos. Nos pueden hacer perder las Oportunidades que se nos presentan y nos hace más vulnerables a las amenazas.

Una vez identificados y ponderados estos componentes por los expertos, su análisis estadístico nos va a permitir conocer su importancia, su valor asignado por los expertos así como su grado de congruencia en la elección de éstos. Ello nos permitirá priorizar los elementos más importantes y establecer, a través de una matriz, una correlación entre ellos que nos permita identificar las estrategias de acción.

En este trabajo se presenta el proceso y resultados de la identificación y valoración de los componentes y elementos.

PROCESO METODOLÓGICO SEGUIDO

Se facilita a los expertos un cuadernillo de trabajo donde en una ficha deben recoger de forma individual los componentes DAFO que en su opinión, intervienen en los reingresos hospitalarios. Posteriormente en pequeños grupos realizan un trabajo de agrupación y aclaración del trabajo individual. A continuación y en plenario, se recoge un listado conjunto de componentes DAFO del grupo, definiendo y aclarando conceptualmente el significado de cada uno. Tras pasados los componentes redefinidos a una nueva ficha de valoración, cada experto valora la importancia o gravedad de cada componente así como su tendencia. El resultado es tratado estadísticamente

en la aplicación SPSS, lo que permitirá su posterior análisis y priorización de los componentes definidos, como resultado del trabajo y paso previo a una posterior definición de estrategias de acción.

Estadísticos utilizados

Gravedad o valor

Valor: expresa la importancia del factor y representa el número de sujetos que lo han elegido.

Media del Valor (X): Es la valoración media de la gravedad o valor. Su valor máximo es 3 (la máxima gravedad) y el mínimo 1. Resulta de calcular la media aritmética.

Desviación Típica del Valor (DTV): Es la desviación típica de la gravedad y refleja el grado de consenso que existe entre los sujetos, respecto a su valoración. Si es 0 significa que todas las personas que eligieron esa opción les dieron todos el mismo valor. Cuanto mayor sea menor acuerdo existe.

Tendencia

Las diferentes puntuaciones dadas a las Debilidades y Amenazas se rescataron de la siguiente forma:

A mejorar	0.5	Cuanto peor es la tendencia esperada de una debilidad o amenaza, mayor es su valor.
A mantenerse	1	
A empeorar	1.5	

Para las Fortalezas y Oportunidades

A mejorar	1.5	Cuanto mejor es la tendencia esperada de una fortaleza u oportunidad, mayor es su valor.
A mantenerse	1	
A empeorar	0.5	

Media de la Tendencia (T): Es la media aritmética de la tendencia. Su valor máximo es 1.5 y el mínimo 0,5.

Desviación Típica de la Tendencia (DTT). Es la desviación típica de la tendencia y refleja el grado de consenso que existe respecto a su valoración. Si es 0 significa que todas las personas que eligieron esa opción les dieron todos el mismo valor. Cuanto mayor sea menor acuerdo existe.

Media Ponderada

Es el resultado de multiplicar el valor medio de la gravedad por la media de la tendencia. (X por T). Su valor máximo es de 4.5 lo que significa para el caso de una debilidad o amenaza, que además de ser muy grave su tendencia es a empeorar, y para una fortaleza u oportunidad que es muy valiosa y tiende a mejorar. Su valor mínimo es de 0.5.

Suma Ponderada.

Es el resultado de multiplicar el Valor por la Media Ponderada. Es el estadístico más importante para el análisis del factor. Cuanto mayor sea peores serán las debilidades o amenazas y mejores las fortalezas o oportunidades.

RESULTADOS

3.1.1 GRUPO DAFO REALIZADO CON EXPERTOS DEL HOSPITAL DE VALME

Grupo de trabajo realizado el 12/06/2008 en el Hospital de Valme, de 12 a 15 horas. Participan 7 expertos en el mismo.

V: de 1 a 7 (máxima)

X: de 1 a 3 (máxima)

DTV: cuanto más cerca de 0, mayor grado de acuerdo en el valor asignado.

T: de 0,5 a 1,5

DTT: cuanto más cerca de 0, mayor grado de acuerdo en el valor asignado.

MP: de 0,5 a 4,5 (máximo)

SP: de 0,5 a 31,5 (máximo)

Inicialmente el grupo parece presentar una duda conceptual sobre el significado de "reingreso" de forma que alguno de los expertos podría percibirlo no como algo negativo reflejo de un error del sistema de cuidados. Ello va a generar alguna confusión durante el plenario del grupo.

Factores internos: Debilidades y Fortalezas

DEBILIDADES

Cuatro factores destacan sobre los demás, aunque la importancia asignada no es excesivamente alta (SP) ni el grado de consenso entre los expertos (DTT) especialmente en lo referente al valor asignado (DTV). El "alta acelerada o precipitada generalmente por presiones económicas o asistenciales" (tal vez por la necesidad de dejar camas libres) de posiciona como la debilidad interna más importante a juzgar por los expertos, seguida de la "falta de tiempo para realizar la información y educación sanitaria" de los pacientes. La educación sanitaria como elemento de capacitación de los pacientes para el cumplimiento de su régimen terapéutico es recogido por numerosos autores como causa importante de reingresos. Factor que volverá aparecer en el DAFO con profesionales de Atención Primaria y el Grupo Focal con pacientes. Sin embargo en este grupo, la información y educación sanitaria de los pacientes (factor 18) se ha valorado como una debilidad baja en relación a los reingresos.

Otra debilidad importante es la "falta de autonomía de los directivos para poder tomar decisiones" con respecto a los servicios y la organización de éstos (no me queda claro si hace referencia a gestores con inclusión o no de los jefes de servicio) como un percepción excesivamente verticalista de la dirección por objetivos.

En cuarto lugar, los expertos de ámbito hospitalario señalan como debilidad importante la "facilidad de acceso a urgencias" de los pacientes, como vía de acceso rápida a un nuevo reingreso.

Aunque más alejado en la valoración asignada (ocupa el quinto lugar) los "procesos asistenciales escasamente implantados" es un factor de debilidad que sería relevante pues es, sin embargo, un objetivo importante de la organización de salud.

Señalar en sentido contrario, la escasa valoración como debilidad que se asigna a competencia del equipo de AP para no delegar tanto.

FORTALEZAS

El reconocimiento del papel de la enfermería en el Sistema Sanitario es un valor claramente emergente entre las fortalezas frente a los reingresos. Es uno de los factores del DAFO que mayor consenso tiene entre los expertos y que lo volveremos a ver en el DAFO del distrito y

Grupo Focal de pacientes; con seguridad la implantación de la enfermería de enlace en la comunidad andaluza no es ajena a esta valoración.

En segundo lugar y muy alejados del primer factor, la continuidad asistencial y una atención domiciliaria con mas recursos son fortalezas internas que posee el sistema de salud.

La buena motivación actual de los profesionales para realizar información y educación sanitaria, cuidados, etc...), aunque la sensibilidad de los profesionales ante los reingresos es media-baja (factor 7). En general se va a observar que la percepción que tienen los profesionales sobre sí mismos, es buena y probablemente es la mayor fortaleza del Sistema.

En quinta posición aparece el sistema de registro de reingresos, aunque señalaban los expertos que es mejorable (se identifica también como una debilidad, factor 7).

Frente a los valores alcanzados por las fortalezas más importantes, llama la atención el escaso valor asignado a existencia de procesos de actuación, guías, y buen acceso a la formación del personal, pues forma parte de la causalidad importante de reingresos recogida por la bibliografía.

AMENAZAS

Los cambios que se vienen produciendo en la estructura familiar dificulta los cuidados familiares y las tareas de los cuidadores; esta es la amenaza más importante para los expertos del hospital. En segundo lugar, las limitaciones físicas o psíquicas que presentan los pacientes para comprender los tratamientos y pautas terapéuticas representa otra amenaza importante y grave.

El aumento continuo de la demanda de servicios y prestaciones por parte de estos pacientes y sus familiares, junto al incremento de la población sin redes de apoyo adecuadas, plantea como amenaza global la percepción de desequilibrio entre necesidades de los pacientes y recursos asignados junto con la complejidad de los servicios y cuidados haciendo referencia al manejo de recursos mas sofisticados y con mas dificultad técnica para un uso eficiente, unido a la desinformación de los pacientes sobre los mismos.

OPORTUNIDADES

El trabajo grupal en plenario se comenzó por este componente y ello unido a la necesidad de aclarar los conceptos de componentes externos e internos del sistema en torno a los reingresos pudo sesgar el hecho de que de identificaran oportunidades que bien podrían ser fortalezas.

Presentan con mucho, las valoraciones y el grado de acuerdo entre los expertos más grande del conjunto del DAFO.

Las alternativas a la hospitalización, como unidades de día, visitas domiciliarias, etc... se presentan como una oportunidad muy importante. El grado de acuerdo tanto en su importancia como especialmente en cuanto a la tendencia esperada, son muy altos.

Los canales de comunicación entre AP y AE, la historia clínica única... son valorados igualmente como oportunidades de gran consenso entre los expertos, aunque igualmente podrían definirse como fortalezas del Sistema. Recordar en este punto que la continuidad asistencial fue identificada como una fortaleza importante, pero sin embargo, el escaso desarrollo de los procesos asistenciales fue visto como una debilidad importante.

La educación sanitaria y las medidas de detección precoz ocupa el tercer lugar entre las oportunidades, con valores aún superiores a otros factores DAFO que ocupan el segundo o tercer puesto.

Personalizar la atención por equipos multidisciplinares interniveles es una oportunidad que coincide ampliamente con la bibliografía consultada. Sin duda la mejora en los canales de

comunicación, coordinación, intercambio y trabajo multiprofesional puede representar una clara línea estratégica de mejora, en opinión de los expertos del hospital.

Identificar y difundir los recursos disponibles para facilitar su utilización en cantidad y calidad es otra oportunidad que se nos ofrece para trabajar sobre los reingresos.

Posteriormente el grupo enfrentó cada una de las fortalezas y debilidades con cada una de las oportunidades y amenazas externas y puntuando entre 1 y 10 la posibilidad de intervenir mediante una determinada estrategia quedando el resultado final en la siguiente matriz DAFO:

<p>MATRIZ DAFO</p>	<p>OPORTUNIDADES + Alternativas a la hospitalización. + Canales de comunicación AP/AE. + EpS , detección precoz. + Personalizar la atención por equipos interniveles. + Difusión de los recursos disponibles</p>	<p>AMENAZAS + Dificultad de cuidadores en familia. + Limitaciones personales para la comprensión. + Aumento de demandas. + Incremento población sin redes de apoyo. + Complejidad de los servicios y cuidados</p>
<p>FORTALEZAS + Reconocimiento papel de la enfermería. + Continuidad asistencial. + At. domiciliaria con mas recursos +Motivación de los profesionales. +Sistema de registro reingresos.</p>	<p>Estrategia ofensiva</p> <p>203</p>	<p>Estrategia defensiva</p> <p>123</p>
<p>DEBILIDADES + Alta precoz. + Escasez de tiempo para EpS. + Falta autonomía directivos. + Facilidad de acceso a urgencias + PAIs escasamente implantados</p>	<p>Estrategia reorientativa</p> <p>141</p>	<p>Estrategia supervivencia</p> <p>75</p>

Como estrategia ofensiva, con este conjunto de fortalezas y oportunidades, debemos plantearnos:

Un programa estructurado de visita domiciliaria en At. Primaria planificado y elaborado por los profesionales de ambos niveles asistenciales.

Establecer canales fluidos de comunicación interniveles mediante horarios consensuados de Consultorías, profesionales referentes de ambos niveles/ UGCs, personalización, altas planificadas mediante Informes de Continuidad asistencial al alta.

Evaluación periódica de los reingresos para establecer medidas correctoras y áreas de mejora.

Formación conjunta (talleres para cuidadoras) iniciados desde le Hospital y con la participación activa de profesionales de ambos niveles asistenciales.

Creación consensuada y estructurada de folletos con información básica y util para pacientes y cuidadoras.

Como estrategia defensiva, enfrentando las fortalezas internas con las amenazas externas, debemos plantearnos:

Establecer altas planificadas con Valoración social previa al alta para resolver aquellos problemas susceptibles de ser resueltos o mejorados previo envío del paciente al hogar.

Facilitar mediante un programa consensuado la accesibilidad al sistema a las cuidadoras de las personas vulnerables.

Insistir en los talleres de formación para cuidadoras con la participación activa de profesionales de ambos niveles asistenciales.

Como estrategia reorientativa debemos plantearnos:

Alta planificada que ya hemos comentado en estrategias anteriores

Programas estructurado de Prevención y Promoción de Salud consensuado desde ambos niveles asistenciales

Garantizar la accesibilidad, consultorías, referentes profesionales identificados por parte de la población vulnerable, folletos informativos.

Como estrategia de supervivencia:

Insistir en el alta planificada mediante el ICC

Crear y difundir folletos preventivos y de promoción de salud, fomento de grupos de autoayuda

Valoración del manejo del régimen terapéutico

Además de la creación de agendas telefónicas (Accesibilidad pacientes/ profesionales)

3.1.2 GRUPO DAFO REALIZADO CON EXPERTOS DEL DISTRITO SANITARIO SEVILLA SUR

Grupo de trabajo realizado el 17/06/2008 en el edificio de servicios sociales del Ayuntamiento de Alcalá de Guadaíra, de 11,30 a 15 horas. Participan 18 profesionales del Distrito Sanitario de Atención Primaria Sevilla Sur: 6 médicos, 6 enfermeras, 2 Trabajadores sociales, 2 EGCs, 2 Administrativos de Centros de Salud. La elección de los mismos, fue de entre los profesionales de las Zonas Básicas de Salud que conforman nuestro Distrito, teniendo en cuenta que estuvieran representadas Zonas rurales, Zonas Urbanas, Zonas con cronas elevadas respecto al Hospital de referencia y otras con cronas cortas o relativamente cortas.

Valores del DAFO

V: de 1 a 18 (máxima)

X: de 1 a 3 (máxima)

DTV: cuanto más cerca de 0, mayor grado de acuerdo en el valor asignado.

T: de 0,5 a 1,5

DTT: cuanto más cerca de 0, mayor grado de acuerdo en el valor asignado.

MP: de 0,5 a 4,5 (máximo)

SP: de 0,5 a 81 (máximo)

Factores internos: Debilidades y Fortalezas

DEBILIDADES

En su conjunto, las debilidades alcanzan valores y acuerdos inferiores a los obtenidos por las fortalezas y se observará su centralidad en los profesionales.

En referencia directa a los profesionales, seis de los trece primeros factores identificados hacen referencia a aspectos laborales de los profesionales muy concretos (sobrecarga de trabajo, escasa remuneración, poco tiempo para la atención, poco personal, estrés laboral, cupos excesivos). La "sobrecarga de trabajo" ocupa el primer lugar por importancia y la "escasa remuneración" la tercera. La "desmotivación" por otro lado se identifica como una debilidad muy baja. Todo ello, junto a otros factores que veremos más adelante, como las fortalezas, nos permite apreciar una debilidad muy importante en las posibilidades reales de actuación de los profesionales frente a sus capacidades e intereses que se identifican como altos. Es un desequilibrio entre la oferta y la demanda en el área profesional. La falta de tiempo también era un factor importante identificado por los expertos del hospital.

La "descoordinación entre la atención primaria y la especializada" se considera también una debilidad importante que un alto consenso, y sin embargo la "falta de protocolos de actuación" se presenta como una debilidad escasa, lo que puede entenderse como una debilidad centrada en la relación interprofesional más que en los métodos o procedimientos. Por otro lado, los expertos del hospital planteaban como debilidad interna importante la "escasa implantación de los protocolos".

La "accesibilidad a la atención especializada" es una debilidad que veremos igualmente muy presente en el análisis de los pacientes, y no tanto entre los expertos del hospital que denunciaban a su vez la facilidad de acceso a urgencias.

"Miedos legales, judicialización de lo sanitario, normativa, reclamaciones..." es la debilidad señalada por importancia en quinto lugar. Tal vez podría considerarse como amenaza; en todo caso, es claramente un factor emergente en la sociedad que parece sesgar de forma importante la percepción de los profesionales sobre su actuación en el objeto del estudio.

FORTALEZAS

La "disposición y profesionalidad del personal de atención primaria" es la principal fortaleza del sistema frente a los reingresos. Obtiene las valoraciones más altas del estudio y con unas expectativas de futuro igualmente positivas. Los profesionales, como valor principal del Sistema, se posicionan con gran potencia, confirmada por la percepción de los expertos del hospital que identificaban el reconocimiento del papel de la enfermería en el Sistema Sanitario como la principal fortaleza.

En segundo lugar y alejado del primer factor, "la buena relación profesional-paciente" se identifica como una fortaleza importante, y sigue en el ámbito del profesional, muy en consonancia con la tercera fortaleza mejor valorada, las "habilidades sociales del profesional con la población". La motivación de los profesionales era una de las principales fortalezas señaladas por los expertos del hospital, con lo que profundizamos aún más en la buena percepción que tienen los profesionales de sí mismos.

Igualmente la "visita programada de enfermería y medicina" es una fortaleza como las anteriores, valorada como tal igualmente por pacientes y expertos del hospital.

AMENAZAS

Con valores semejantes a las fortalezas y muy superior a las oportunidades, las amenazas externas se posicionan como un gran obstáculo en la adopción de estrategias de mejora sobre los reingresos hospitalarios sensibles a cuidados.

El "envejecimiento de la población" es la principal amenaza con valores muy altos, y el "aislamiento social" ocupa en quinto puesto en la valoración de amenazas. Los expertos del hospital señalaban los cambios que se vienen produciendo en la estructura familiar como una amenaza importante; sin embargo la "incorporación de la mujer al mundo laboral" y la "falta de implicación masculina" no se identifica aquí como una amenaza importante.

Muy por debajo, la "pasividad que muestra el ciudadano favorecida por el modelo asistencial o de cuidados de la Administración", es sin duda una crítica al modelo relacional que trasmite el Sistema. La crítica se agudiza más cuando se percibe como amenaza importante la "utilización que hacen los políticos de la salud y la sanidad" principalmente en la generación de expectativas a la población sobre prestación de servicios.

La "escasa educación sanitaria de la población" es también percibida como una amenaza importante a tener en cuenta junto a la soledad o riesgo de soledad ante la ausencia de cuidadores informales.

OPORTUNIDADES

Se identifican pocas y de escaso valor por este grupo de expertos, centradas en los propios recursos de apoyo con que pueden contar los pacientes. Son oportunidades ciertamente diferentes a las identificadas por los expertos del hospital y probablemente muy en relación con la experiencia de trabajo "sobre el terreno".

La "existencia de asociaciones de enfermos" es la principal oportunidad con que nos encontramos, junto a la "implicación familiar en los cuidados de estos pacientes", lo que nos habla todo ello de la importancia de las redes sociales de apoyo. Ello se puede ver igualmente favorecido por el "aumento del nivel cultural de la población" como oportunidad señalada en tercer lugar. Oportunidades sin duda vinculadas a estrategias de información y educación.

sanitaria, muy valoradas en el grupo focal de pacientes y cuidadores y también por los expertos del hospital (La educación sanitaria y las medidas de detección precoz).

Posteriormente el grupo enfrentó cada una de las fortalezas y debilidades con cada una de las oportunidades y amenazas externas, puntuando entre 1 y 10 la posibilidad de intervenir mediante una determinada estrategia quedando el resultado final en la siguiente matriz DAFO:

<p>MATRIZ DAFO</p>	<p>OPORTUNIDADES + Existencia de asociaciones de enfermos + Implicación familiar en cuidados. + Aumento nivel cultural población. + Prestaciones sociales + Medios de comunicación</p>	<p>AMENAZAS + Envejecimiento poblacional. + Pasividad ciudadano favorecida por Administración. + Utilización política de la salud/sanidad. + Escasa educación sanitaria población. + Soledad.</p>
<p>FORTALEZAS + Disposición y profesionalidad del personal de AP. + Buena relación profesional-paciente. +Habilidades sociales del profesional con la población. +Visita programada de enfermería y medicina. +Formación Continuada (médicos y enfermeras)</p>	<p>Estrategia ofensiva</p> <p style="text-align: center;">187</p>	<p>Estrategia defensiva</p> <p style="text-align: center;">115</p>
<p>DEBILIDADES + Sobrecarga de trabajo + Descoordinación entre Primaria y especializada. + Escasa remuneración. + Accesibilidad a Especializada. + Miedos legales, judicialización, reclamaciones...</p>	<p>Estrategia reorientativa</p> <p style="text-align: center;">70</p>	<p>Estrategia supervivencia</p> <p style="text-align: center;">78</p>

Como estrategia ofensiva debemos plantearnos:

Realización de Planes de cuidados personalizados con la estrategia de fomentar el autocuidado

Realización de Educación sanitaria mediante talleres grupales sobre prevención y promoción de Salud aprovechando las Asociaciones de pacientes de patologías y problemas más prevalentes dentro de nuestra cartera de clientes fomentado en los mismos los grupos de autoayuda

Programa estructurado de visitas, incluyendo visitas protocolizadas multidisciplinarias e interniveles en aquellos pacientes susceptibles de las mismas.

Información sobre Educación para la salud y fomento de Estilos de vida saludables desde la web del distrito sanitario de Sevilla sur

Creación de folletos informativos

Como estrategias defensivas:

Talleres para pacientes y cuidadoras con un enfoque internivel

Facilitar la accesibilidad de los pacientes al Sistema sanitario mediante las estrategias que hemos comentado anteriormente.

Como estrategia reorientativa debemos facilitar:

El establecimiento de canales fluidos de comunicación

La mejora de la accesibilidad ampliamente comentada en las estrategias anteriores

Como estrategia supervivencia debemos plantearnos:

Reiterarnos en un programa estructurado de Atención domiciliaria

Gestión compartida de la demanda domiciliaria evitando intervenciones que provoquen duplicidad / omisión en la atención que provoque como estadio final el reingreso del paciente.

Insistir en talleres grupales sobre prevención y promoción de salud.

3.1.3 RESULTADOS GRUPO FOCAL SOBRE REINGRESOS HOSPITALARIOS.

PRESENTACIÓN

Una de las aplicaciones de la técnica del grupo focal en el campo de la salud se basa en la necesidad de los servicios sanitarios en escuchar al cliente, al usuario de sus servicios y programas. Como método de investigación cualitativa, el grupo focal se define como una conversación cuidadosamente planteada, diseñada para obtener información de un área definida de interés, en un ambiente permisivo y no directivo. Su propósito es comprender el porqué y el cómo las personas piensan y sienten de la manera que lo hacen, sin pretender llegar a acuerdos.⁵⁷

Tras la realización de dos grupos de investigación DAFO con colectivos de profesionales expertos del Hospital de Valme y del Distrito Sanitario Sevilla Sur, sobre los factores y componentes causales en torno a los reingresos de pacientes en los hospitales, era necesario

realizar el mismo trabajo de aproximación diagnóstica a este problema desde la experiencia y punto de vista de los pacientes, sus familiares y cuidadores. Con este objetivo se realizó el pasado 16 de junio de 2008 un grupo focal con personas de la zona, pacientes y cuidadores, con experiencia en cuidados, seguimientos tras el alta y reingresos en el hospital.

OBJETIVO

Identificar las opiniones y sentimientos, qué piensan y por qué piensan, de un grupo de pacientes crónicos y cuidadores de este tipo de pacientes, sobre las causas que inciden en la necesidad de reingresar en el hospital.

DESARROLLO METODOLOGICO

Se convocó el día 16 de junio de 2008 a un grupo de personas elegidas entre los pacientes de nuestra cartera de clientes y cuidadoras de la Zona Básica de Salud de Alcalá de Guadaíra con una población de 62.000 habitantes aproximadamente.

Asistieron 14 personas a la cita en el Centro de Servicios Sociales de la citada localidad con las que se inició el trabajo grupal sobre las 17,30 horas y con una duración de 90 minutos. Son 6 personas cuidadoras de pacientes crónicos y 2 cuidadoras de pacientes pluripatológicos junto a 6 pacientes con varios reingresos. Refieren experiencias de reingreso en hospitales de Virgen de Valme y Virgen del Rocío, Sevilla.

El diseño de la conversación grupal se planteó sobre preguntas en base al siguiente guión:

El alta, cuando el paciente debe seguir unos controles, un seguimiento por su MF y DUE de AP, unas normas de dieta, ejercicio, de convalecencia... ¿se recibe con seguridad y confianza? ¿Qué grado de incertidumbre provoca?

¿Creen que el reingreso es reflejo de que algo no ha ido bien?, ¿es una medida de calidad de los servicios o un fallo del paciente?

Consideran Vds. que la Información y educación sanitaria que recibe el enfermo, sus familiares o cuidadores por parte de los profesionales de salud es adecuada, insuficiente o excesiva?

¿Qué es una atención de calidad para este tipo de pacientes... Qué es lo que más valoran? ¿Qué expectativas tienen VDs ante un alta hospitalaria con seguimiento?

¿Cuáles son las causas que provocan o facilitan que se produzcan los reingresos hospitalarios?

¿Creen que los pacientes hacen un buen cumplimiento de los tratamientos y pautas terapéuticas?

¿En qué piensan Vds que puede mejorar la sanidad para reducir los reingresos en el hospital?

Consideran al MDF y DUE suficientemente capacitados para el seguimiento tras el Alta? ¿Creen que ponen interés en realizar éste?

¿Creen que existe una buena coordinación y entendimiento entre los profesionales del Hospital y los de AP?, ¿y entre el médico y DUE de AP?

¿Qué opinión tienen sobre la atención domiciliaria?

¿Es fácil acceder a su MDF o DUE cuando se necesita?... ¿y al especialista del hospital (urgencias)? ¿A qué acuden estos pacientes cuando se desestabilizan o sufren un empeoramiento o complicación?

¿Qué necesidades, qué necesitan éstos para evitar los reingresos y atender adecuadamente a sus enfermos tras el Alta?

RESULTADOS

Una persona del grupo trataba de monopolizar la conversación y otra era poco participativa, por lo que se optó por una conducción del grupo más directiva y con mayor número de preguntas cortas.

Sobre el especialista, el hospital y la atención especializada.

A lo largo de toda la conversación grupal, es muy poderosa la referencia continúa al especialista, como referente válido y único de su proceso, como una visión "especialista-centrípeta" del modelo de cuidados. Un modelo como de "amor y odio" pues produce muchas insatisfacciones, pero el especialista parece ser el único reconocido como realmente válido al que acudir. Sólo él sabe, sólo él puede responder las dudas, lo él sabe qué hacer...

"para que nos diga lo que tenemos que hacer"

"el punto clave es el acceso al especialista, la información"

Frente a ello, los profesionales de atención primaria generan satisfacción, cercanía... pero no son reconocidos como válidos, no resuelven.

"una persona, con un problema, necesita un especialista"

Esta modelo de "dependencia" con el especialista motiva que el alta hospitalaria sea percibida con gran incertidumbre, pues sus esperanzas se centran en él, y el acceso, la demora, los cambios e incumplimientos en las promesas de citas de revisión y continuo "baile" (cambios) de especialistas... transforman esta esperanza en sufrimiento.

"entre cita y cita pasa mucho tiempo, entonces te pueden ocurrir todos los problemas del mundo".

Su problema principal es cómo acceder al especialista.

Alta que, de forma unánime, se percibe a medida como prematura, pronta y causa importante de recaídas (factor ya señalado en su importancia por los DAFO).

El reingreso

No se percibe como un fracaso del sistema de cuidados, de la atención sanitaria, sino debida al proceso natural de la enfermedad, como algo natural, difícil de evitar y controlar. Y cuando se produce una recaída, el pensamiento está en el especialista. Sin embargo, afirman que la falta de seguimiento por la demora en las citas de revisión, provoca reingresos. Y que sus conocimientos sobre cuidados ayuda a evitarlos.

Pero el reingreso no es algo deseado. Expresan miedo al reingreso hospitalario y refieren experiencias muy negativas, nefastas e insatisfactorias, en la organización y en la atención que allí reciben... La percepción del trato en la atención es muy negativa,

"me da pánico llevarlo a Valme".

Hay confianza en el especialista, pero no en el hospital y resto de profesionales. La referencia, la fiabilidad de su especialista... es muy potente.

"vamos, yo tengo mi especialista de los mejorcito en Virgen del Rocío..."

Genera mucha inseguridad e incertidumbre los cambios de especialista en las consultas, la disparidad de criterios entre ellos, de tratamientos, de informaciones. Una de sus principales expectativas en las citas de revisión, los seguimientos... parecer ser poder evacuar consultas, dudas y recabar información del especialista.

Causas de reingresos:

Alta prematura, temprana.

Citas de revisión: tardías, demasiado tiempo entre unas y otras, retrasos y cambios con incumplimiento de promesas y por tanto, de expectativas del paciente y familiares.

Necesidad de seguimiento más continuo.

En general, la dificultad de acceso al especialista.

Desconocimiento de cómo responder ante las complicaciones, información.
"Menos recetas y más atención"

El médico de familia y la enfermería de atención primaria

Estos profesionales son accesibles e informan a pacientes y familiares. Hay buena percepción de ellos. En particular de la enfermera de enlace.

Confían en las capacidades de estos profesionales... pero su referente es el especialista. No se produce discurso espontáneo sobre la relación de cuidados con estos profesionales; lo definitivo es el especialista y el seguimiento.

"yo tampoco me quejo de los médicos de cabecera. Pero cuando necesito algo más...tengo que buscar otra cosa para que me digan, porque el de cabecera no tiene capacidad física"

Se valora por igual a los médicos de familia como al personal de enfermería.

Se debería de aumentar el número de personas que trabajan en enfermería, de manera que, a cada enfermo se le pudiera hacer una visita semanal para hacer un seguimiento más cercano de la evolución de su enfermedad. Dos personas del grupo piensan que no hace falta más personal sino menos burocracia. De todas maneras coinciden que a los pacientes les hace mucha ilusión el hecho de saber que en breve recibirán la visita de la enfermera en su domicilio.

Valoran positivamente el Servicio de Enfermería y la U.C.A., aunque en esta unidad sería conveniente agrupar a los pacientes según su enfermedad, de manera que no molestaran al compañero de habitación. (en muchos casos imposibilidad de conciliar el sueño, tanto el enfermo como su familiar acompañante).

La coordinación entre AP y AE... es mejorable.

Todo el grupo opina que hay poca coordinación. No se comunican entre ellos y a veces hasta se cambian la prescripción de medicamentos.

Comentan experiencias donde han podido comprobar como no hay unanimidad entre los profesionales sobre los tratamientos que deben seguir los enfermos. Como ejemplo, citan la discrepancia existente entre psiquiatras y neurólogos en cuanto a medicación que se debe administrar a los pacientes.

Componentes de la calidad de cuidados

El trato y la amabilidad en la atención, es un componente muy valorado.

"lo primero del médico debe ser una sonrisa, un trato agradable"

El abordaje personal o personalizado del paciente

La calidad de la atención se percibe muy asociada al profesional, a la persona, a su competencia personal, lo que da lugar a grandes diferencias de unos profesionales a otros. Tal vez como reflejo de falta de protocolos, de poca adscripción a los protocolos o de un modelo asistencial excesivamente personalista.

"Porque nunca está el mismo médico y no se ponen de acuerdo", "te ponen un medicamento y te lo quitan"

El especialista, acceso a éste.

La información y educación sobre cuidados

Existe una experiencia positiva sobre el aprendizaje de cuidados y están convencidos de su utilidad. Tienen interés por aprender, controlar y evitar los reingresos,

"antes no conocíamos eso y cada vez que le ocurría, íbamos al hospital".

Es unánime su opinión positiva sobre los autocuidados y el deseo de aprender.

No existe una percepción negativa en cuanto a la cantidad o calidad de la información que reciben. Tal vez difícil de comprender.

¿Es tan válido el médico como la enfermera a la hora de informar?

En este apartado, el grupo si muestra diferencias. Una parte piensa que ambos están igualmente capacitados, otra parte opina que la información que facilita el médico de cabecera es más fiable que la que ofrece el Servicio de Enfermería, y por último, la otra parte restante expone que la información de Enfermería es más veraz, ya que tienen más cercanía con los pacientes y conocen mejor sus síntomas y dificultades.

Recursos

Son mejorables las prestaciones de material para enfermos.

Solicitan recursos o ayudas económicas para que las familias puedan compensar las cargas de trabajo que genera el cuidado de estos enfermos.

También más personal para cuidados, para la atención domiciliaria, para aumentar los seguimientos por parte del especialista.

ANÁLISIS DEL GRUPO FOCAL:

Es importante valorar esta visión centrípeta del especialista como referente del proceso de atención como una amenaza para la implantación del proyecto y como una debilidad del sistema no tener establecidas unas vías clínicas y guías de actuación compartida conocidas por los usuarios.

Es por tanto relevante adoptar una estrategia defensiva y reorientar esta amenaza hacia una mayor confianza en el papel de la Atención Primaria en su proceso de enfermedad mediante un plan de comunicación interno (profesionales) y externo (usuarios) de las vías clínicas en dos etapas diferenciadas:

Etapas 1: Revaloración de los circuitos de relación inter-niveles y GPCs consensuadas, para posteriormente establecer un plan de comunicación interno en el que todos los profesionales y desde ambos niveles asistenciales tengan la misma información y las mismas pautas de actuación.

Etapas 2: Plan de comunicación a los usuarios que entran a formar parte del programa por los profesionales previamente formados aportando la misma información desde ambos niveles asistenciales mediante la creación de folletos donde se expliciten los profesionales referentes, accesibilidad al sistema sanitario, horarios de consultorías, petición de citas, programa de visitas domiciliarias.

4.OBJETIVOS

GENERAL

Proporcionar una atención sanitaria centrada en la mejor evidencia disponible para disminuir la incidencia de reingresos hospitalarios mediante la implantación de un programa de intervenciones específicas para pacientes de riesgo en el marco del Sistema Sanitario Público de Andalucía

ESPECÍFICOS

Establecer circuitos efectivos multidisciplinares e interniveles que garanticen la continuidad asistencial de estos pacientes.

Garantizar la personalización de los cuidados en ambos niveles asistenciales como garantía de continuidad asistencial.

Mejorar la confianza de los usuarios en el nivel de atención primaria como elemento imprescindible de su proceso asistencial.

Definir funciones y competencias de los profesionales que participan en el Proceso Asistencial.

Fomentar la atención domiciliaria mediante intervenciones multidisciplinares basadas en la mejor evidencia disponible.

Mejorar la accesibilidad de pacientes y profesionales de At. Primaria a las Unidades Hospitalarias con mas prevalencia de reingresos.

Mejorar la educación sanitaria de los pacientes de riesgo y cuidadores mediante un Programa estructurado de prevención y promoción de salud.

Mejorar y potenciar la formación continuada para médicos y enfermeras en el manejo de la población de riesgo.

Facilitar y fomentar la participación activa de pacientes y cuidadores en el proceso de la enfermedad.

Implicar a los profesionales como protagonistas del cambio.

Evaluar las medidas propuestas estableciendo áreas de mejora continua como garantía de calidad del proyecto.

5. LÍNEAS ESTRATÉGICAS

Para la realización de nuestro proyecto desarrollaremos las siguientes **líneas estratégicas**:

- Estrategias que garanticen la continuidad asistencial interdisciplinar e interniveles mediante reuniones interniveles con profesionales médicos y de enfermería para consensuar y elaborar los circuitos de comunicación más eficientes.
- Estrategias que garanticen unos cuidados de calidad basados en la mejor evidencia disponible mediante la creación de comisiones de ambos niveles asistenciales para adaptar las vías clínicas y los protocolos y GPCs a nuestro entorno de trabajo.
- Estrategia para garantizar una Formación Continuada eficiente de los profesionales de ambos niveles como elemento de consenso y adaptación de la mejor evidencia disponible en la práctica asistencial y como motor indispensable en cualquier proceso de cambio.
- Estrategias para el diseño, evaluación, intervención y control de las medidas propuestas como garantía de calidad del programa de gestión de reingresos hospitalarios.

6. CARTERA DE CLIENTES:

Pacientes pluripatológicos y sus cuidadoras que estén incluidos en el Proceso Asistencial Integrado (PAI) Pluripatólogo de la Cartera de Servicios del Servicio Andaluz de Salud (SAS) en el Distrito Sanitario Sevilla Sur.

Pacientes paliativos oncológicos y no oncológicos y sus cuidadoras incluidos en el PAI Pacientes Paliativos de nuestro D.S.A.P. según la definición del Plan Andaluz de Cuidados Paliativos 2008-20012.⁵⁸

Pacientes con ingreso hospitalario y alta planificada de las Unidades de Medicina Interna y Cardiología del HUV Valme susceptibles de un programa de seguimiento en Atención domiciliaria y sus cuidadoras.

Asociaciones de enfermos crónicos

Instituciones sociales y municipales

Otras Instituciones Sanitarias: Residencias de ancianos, Unidades de Día.

7. CARTERA DE SERVICIOS:

La atención sanitaria de nuestra población de riesgo, atendiendo a la organización funcional de los Servicios/ UGCs hospitalarias la establecemos en tres grandes bloques:

Atención al alta hospitalaria (pacientes de las Unidades de Medicina Interna (M.I.) y Cardiología del H.U. Virgen de Valme) relacionados con Insuficiencia cardiaca, Asma adultos y Epoc.

Atención a los pacientes pluripatológicos y Cuidados Paliativos oncológicos y no oncológicos mediante una Unidad de Continuidad Asistencial (UCA)

Atención a pacientes incluidos en los PAIs Insuficiencia cardiaca, ASMA adultos y EPOC de nuestra cartera de servicios del área hospitalaria.

La cartera de servicios desde los diferentes ámbitos de atención debe garantizar (tabla 1) :

- Atención personalizada a todos nuestros usuarios.
- Trabajo en equipo y Continuidad asistencial : multidisciplinar e inter-niveles mediante :
 1. Valoración integral del paciente y establecimiento de un plan terapéutico y plan de cuidados con un enfoque de Planificación estructurada al alta que aborde los problemas clínicos y sociales del paciente y su cuidador principal.
 2. Agenda telefónica abierta a profesionales y usuarios
 3. Talleres estructurados para pacientes y cuidadoras iniciados desde el Hospital con posterior seguimiento desde Atención Primaria.
 4. Dispositivo de soporte domiciliario
- Control , seguimiento programado y urgente de los pacientes en Atención Primaria.

- Prevención y promoción de Salud.

Tabla 1

CARTERA DE SERVICIOS	HOSPITAL	U.C.A.	PRIMARIA
ATENCIÓN PERSONALIZADA (médicos y enfermeras)	○	○	○
VALORACIÓN INTEGRAL Y PLAN DE CUIDADOS	○	○	○
INFORME DE CONTINUIDAD CUIDADOS AL ALTA	○	○	
AGENDA TELEFÓNICA abierta a profesionales/ usuarios	○	○	○
DISPOSITIVO DE SOPORTE DOMICILIARIO	○ (1)	○ (1,2)	○ (1,2)
SERVICIO GESTIÓN DE CITAS Y PRUEBAS	○		○
TALLERES PARA CUIDADORAS	○	○	○
EDUCACIÓN PARA LA SALUD	○	○	○
INGRESO DIRECTO DESDE EL DOMICILIO		○ (3)	
UNIDAD DE DÍA		○	
CONSULTA EN ACTO ÚNICO		○	
CONTACTO CON EL PACIENTE AL ALTA 24/ 72 H.			○ (4)
SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES EN AT. domiciliaria			○
SEGURIDAD DEL PACIENTE: REVISIÓN BOTIQUINES			○ (5)

- (1) Accesibilidad mediante Consultoría a profesionales y usuarios mediante contacto telefónico en un horario establecido
- (2) Visita programada domiciliaria por equipos multidisciplinares e inter-niveles cuando las necesidades del pacientes así lo demanden.
- (3) Para los pacientes identificados por la U.C.A. el ingreso de los mismos se hace sin el circuito clásico de ingreso hospitalario siendo activado mediante consenso de los profesionales de ambos niveles para ingreso directo en la Unidad.
- (4) Contacto con el paciente al alta antes de las 24 / 72 horas dependiendo de las necesidades del paciente y familia y recogidos en el Informe de Continuidad de Cuidados al alta y/o contacto telefónico.
- (5) Revisión de botiquines en Atención domiciliaria a la población de inmovilizados del D.S.A.P. Sevilla Sur

8. DESARROLLO DE LA PROPUESTA

Como estrategia para el desarrollo de la propuesta estructuramos las siguientes etapas (figura 1):

- **Elementos de soporte:** Como requisito imprescindible para desarrollar el Proceso operativo se necesita la creación y funcionamiento de los siguientes elementos:
 1. Creación de Comisión de Seguimiento y mejora continua.
 2. Informe de Continuidad de cuidados al alta / Alta planificada
 3. Soporte domiciliario para los pacientes que cumplen los criterios de inclusión
 4. Dispositivo de Soporte telefónico
 5. Mapa de competencias de los profesionales de enfermería
 6. Plan de formación a los profesionales de ambos niveles asistenciales.

- **Proceso operativo:** A través del cual damos respuesta a las siguientes fases del proyecto:

Captación de los pacientes al programa de gestión de reingresos

Límites de entrada

Límites marginales

Límites de salida

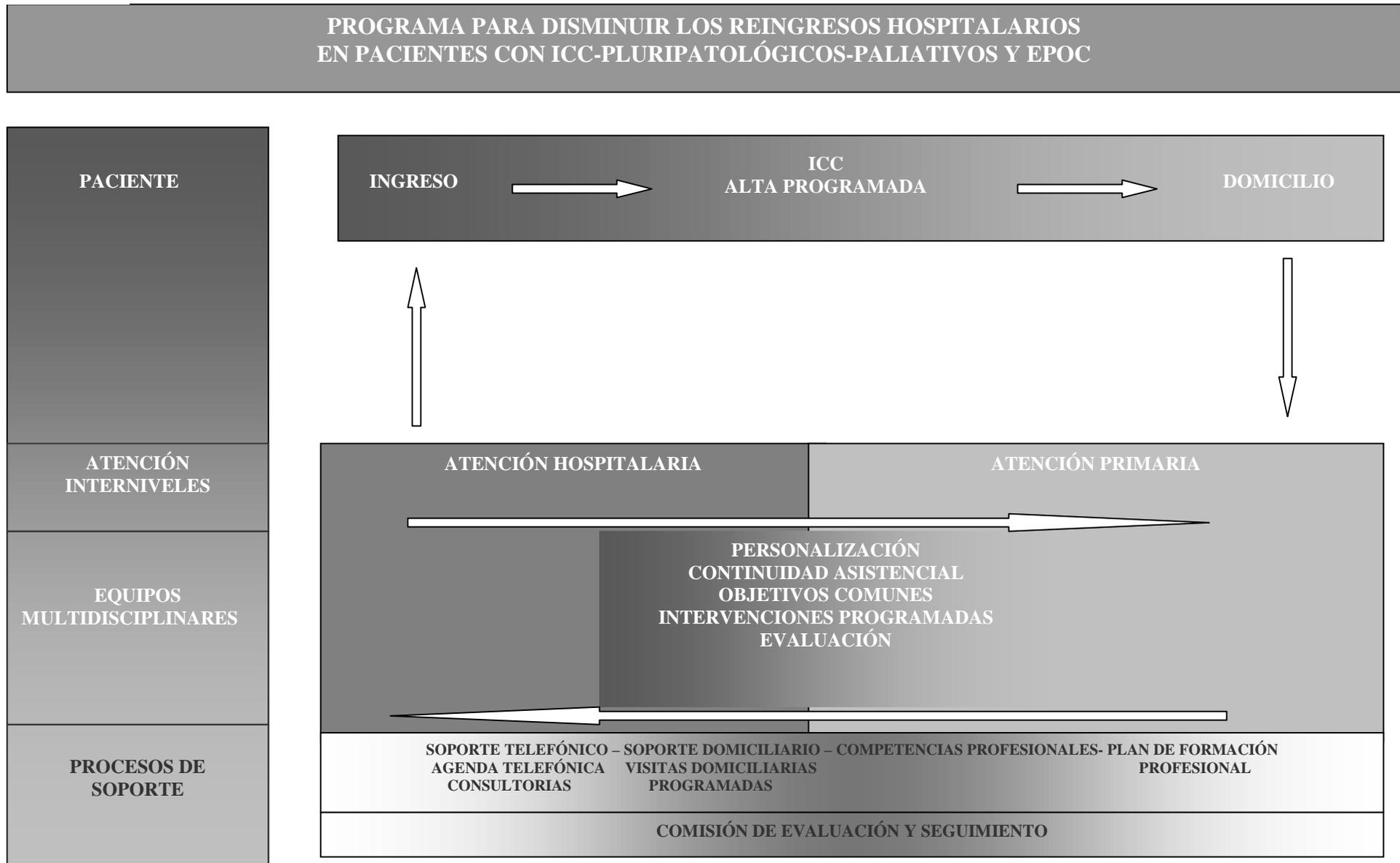
Implantación del programa: En Hospital
 En Atención Primaria

Plan de comunicación:

 Interna
 Externa

- **Cuadro de mandos para la monitorización del programa**
- **Evaluación de la efectividad de las intervenciones y establecimiento de ciclo de mejora continuo.**

Figura 1



8.1 PROCESOS DE SOPORTE

8.1.1 Comisión de seguimiento y mejora continua

Se creará un grupo de trabajo multidisciplinar compuesto por profesionales de ambos niveles asistenciales para desarrollar la estrategia de incorporar la mejor evidencia posible en el proceso de atención inter-niveles. Serán competencias del mismo:

Desarrollar el programa estructurado de visitas con las intervenciones específicas en cada una de ellas.

Diseñar el folleto educativo para pacientes y cuidadoras.

Diseñar los talleres estructurados para cuidadoras.

Participar en el programa de formación continuada para mejorar las competencias profesionales.

Asesorar al equipo directivo en el seguimiento, evaluación y mejora continua del programa.

Dicha Comisión deberá tener un calendario de reuniones anuales y elevará las decisiones que desde ella se adopten a las Direcciones Asistenciales de ambos niveles de atención sanitaria mediante actas de sesiones.

8.1.2 Informe de Continuidad de cuidados al alta / Alta planificada

Desde el Hospital y el Distrito de Atención Primaria y a través de la Comisión de Cuidados de Área se crea un grupo de trabajo para la elaboración de un Informe de Continuidad de Cuidados al alta con los siguientes apartados básicos:

- Datos identificación del paciente
- Valoración , diagnóstico y Plan de cuidados del paciente mediante el desarrollo de la metodología enfermera
- Valoración social si procede por parte de los profesionales competentes
- Grado de necesidad de la Atención domiciliaria: Grado I / Grado II
- Fecha y firma de la enfermera referente.

El contacto con los profesionales referentes de At. Primaria dependerá del Grado de necesidad de Cuidados.

Para el Grado I: Contacto telefónico a través de la EGC.

Para el Grado II: Envío por fax al Centro de Salud (Dirección del Centro de Salud) siendo el Coordinador de Cuidados o persona delegada el responsable de su distribución al profesional referente.

8.1.3 Dispositivo de Soporte telefónico: Agendas telefónicas programadas

Es fundamental la comunicación de los profesionales inter-niveles como un elemento que garantiza la continuidad asistencial así como mejorar la accesibilidad de los usuarios a ambos niveles de atención sanitaria mediante la oferta de una agenda telefónica programada para que los usuarios puedan contactar con sus profesionales de referencia. Para ello se han ideado

agendas telefónicas en ambos niveles asistenciales con referentes en cada uno de ellas para facilitar tanto la comunicación interprofesional como la accesibilidad de nuestros usuarios al Sistema Sanitario.

Desde el Hospital se ofertará a los usuarios una agenda telefónica para Consultoría de aquellos problemas que requieran una respuesta ágil y puedan modificar el plan terapéutico y/o de cuidados. Si desde dicha consulta éstos son modificados, deben ser informados telefónicamente y mediante informe de consulta a sus referentes de At. Primaria .

Se creará un folleto informativo para dar a conocer la cartera de servicios, teléfonos de interés y la organización y circuitos de funcionamiento entre At.Primaria- Hospital para un uso óptimo del Servicio por parte de nuestros usuarios.

8.1.4 Soporte domiciliario para los pacientes que cumplen los criterios de inclusión

Desde la UCA mediante consenso de los profesionales de ambos niveles asistenciales se realizarán visitas domiciliarias protocolizadas conjuntas. La activación de las mismas será a petición de los profesionales de At. Primaria y en aquellos pacientes incluidos en cartera de clientes de la UCA en los que la valoración y el tratamiento en su propio domicilio así lo aconsejen.

8.1.5 Mapa de competencias de los profesionales.

Los médicos y enfermeras de ambos niveles asistenciales deberán adquirir los conocimientos, habilidades y actitudes que desarrollamos en el **Anexo1** para un desarrollo eficiente de su rol en el proceso asistencial. El mapa de competencias de los profesionales médicos y enfermeras está extraído del mapa elaborado por la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía a través del programa de acreditación de competencias de los profesionales en ambos niveles asistenciales.

8.1.6 Plan de formación a los profesionales de ambos niveles asistenciales.

Para la implementación del proyecto deberemos mejorar las competencias enfermeras relacionadas con este tipo de intervenciones a nivel de conocimientos, habilidades y actitudes. Para ello establecemos la siguiente estrategia:

Las necesidades de formación serán extraídas desde la entrevista de desarrollo profesional (EDP) que se realiza con una periodicidad anual, desde el mapa de competencias que los profesionales deben desarrollar para realizar las intervenciones específicas de los diferentes programas, planes integrales, procesos asistenciales integrados, etc que se implantan en sus respectivas Unidades

Como garantía de la calidad de la formación convenimos que todos los Cursos estén acreditados por la Agencia de la Calidad de Andalucía (ACSA) y se pueda medir el impacto de las intervenciones. Para ello, desde el Distrito Sanitario Sevilla Sur, desarrollamos la siguiente estrategia formativa (**Anexo 2**):

8.2 PROCESO OPERATIVO

8.2.1 CAPTACIÓN DE LOS PACIENTES

Límites de entrada:

La captación de los pacientes se realizará mediante:

1. Informe de continuidad de cuidados al alta (ICC) emitido desde la Unidad donde el paciente ha estado ingresado (UCA, Medicina Interna y Cardiología) y el informe clínico al alta:

El ICC debe contener los siguientes elementos:

- Datos identificación del paciente
- Valoración , diagnóstico y Plan de cuidados del paciente mediante el desarrollo de la metodología enfermera
- Valoración social si procede por parte de los profesionales competentes
- Grado de necesidad de la Atención domiciliaria:

Grado I → Contacto en las primeras 24 horas y correrá a cargo de la Enfermera Gestora de Casos (EGC). El contacto se realizará telefónicamente a través de la Enfermera hospitalaria de casos (EHC), la supervisora de la Unidad de Hospitalización o la enfermera referente del paciente durante el ingreso.

Grado II → El contacto con el paciente se realizará antes de 72 horas desde el alta y correrá a cargo de su enfermera referente en Atención Primaria. El envío del informe se realizará por fax al Centro de referencia del paciente y será recepcionado en la Dirección del Centro siendo competencia del Coordinador de enfermería de la UGC o persona en quién delegue la distribución a los profesionales pertinentes.

- Fecha y firma de la enfermera referente

El informe clínico al alta lo portará el paciente en mano para entregar a su médico de referencia. Cuando la premura o severidad de la intervención así lo requiera será la EGC quien procederá a la gestión apropiada de las necesidades del paciente. Dicho informe deberá contener, al menos, los siguientes elementos:

- Datos de identificación del paciente
- Anamnesis, exploración y pruebas complementarias
- Juicio clínico y tratamiento.
- Derivaciones y/o revisiones si procede.
- Fecha y firma del facultativo de referencia

2. Pacientes incluidos en los PAIs Pluripatológico, Paliativos, Insuficiencia Cardíaca, Asma adultos y Epoc de la cartera de Servicios del D.S. Sevilla Sur- H. U Virgen de Valme.

3. Dispositivo de Cuidados críticos y Urgencias (DCCU). A través de esta Unidad de ámbito de At. Primaria se canalizarán aquellos pacientes incluidos en cartera de clientes que por descompensación de su problema de salud sea necesario su intervención para reingreso hospitalario o para Atención domiciliaria programada por parte de alguno de los profesionales de la UGC.

4. A través de la revisión semestral de los pacientes reingresadores extraídos y analizados del CMBD del Hospital de referencia.

Límites marginales:

Aquellos pacientes que aún cumpliendo los criterios de inclusión no necesiten de una atención domiciliaria protocolizada y puedan ser seguidos en Consulta de Enfermería de los Centros de Salud.

Límites de salida:

Aquellos pacientes y/o cuidadoras que voluntariamente no acepten un programa protocolizado de atención domiciliaria.

Cambio de domicilio fuera del Área hospitalaria de Valme.

Defunción del paciente.

8.2.2 IMPLANTACIÓN DEL PROGRAMA EN AMBOS NIVELES ASISTENCIALES

Estableceremos intervenciones específicas en cada uno de los niveles de atención mediante un programa estructurado y ajustado a la mejor evidencia disponible para garantizar una **asistencia personalizada, continuidad asistencial protocolizada, unos objetivos e intervenciones** que aseguren una atención sanitaria de calidad.

La inclusión en la cartera se realizará según el procedimiento descrito en el apartado anterior. Desarrollamos por tanto dos niveles de intervención (**figura 2**):

8.2.2.1 Implantación del programa en Hospital:

Personalización:

Todos los pacientes desde el momento del ingreso tendrán un médico y una enfermera de referencia durante todo el episodio de hospitalización, los cuales realizarán la valoración integral del paciente y el establecimiento de un plan terapéutico y plan de cuidados (expresado mediante las taxonomías NANDA-NOC-NIC) con un enfoque de Planificación estructurada al alta que aborde los problemas clínicos y sociales del paciente y su cuidador principal.

Continuidad asistencial:

- Emisión de Informe de Continuidad de cuidados al alta (ICC)
- Alta programada, si procede mediante :
 1. Contacto telefónico a través de agendas programadas y/o EGCs
 2. Petición de Valoración y Plan de cuidados desde Atención Primaria.
- Programa estructurado de educación sanitaria para pacientes y cuidadoras
- Gestión de citas, pruebas complementarias y tratamiento en acto único mediante un servicio gestionado por enfermería para agilizar diagnóstico, tratamiento y plan de cuidados.
- Visitas domiciliarias conjuntas multidisciplinarias e inter-niveles (UCA) cuando las necesidades de los pacientes así lo requieran
- Agenda telefónica programada para Consultoría

Objetivos

Los objetivos del plan de cuidados se expresaran mediante la taxonomía NOC. Estableceremos como un objetivo específico dentro del programa estructurado de Educación sanitaria que iniciaremos desde el Hospital para todos nuestros pacientes y/o cuidadoras, la adquisición de las competencias básicas para el manejo del régimen terapéutico. Para ello antes de recibir el alta hospitalaria deberán conocer:

Los efectos esperables de la medicación

Dosis y posología prescrita

Posibles efectos adversos

Signos frecuentes de desestabilización

Que hacer en caso de dosis olvidada

Importancia del Ejercicio físico (si procede)

Conocimientos sobre una dieta correcta para cada tipo de patología

Estos serán monitorizados mediante los indicadores de los CRE:

Conocimiento: Régimen Terapéutico

181301. Descripción de la justificación del régimen terapéutico:

181305. Descripción de la dieta prescrita:

181306 Descripción de la medicación prescrita:

181308. Descripción del ejercicio prescrito:

181309. Descripción del procedimiento prescrito:

Conocimiento: Medicación

180812. Descripción de un almacenamiento adecuado de la medicación:

180815. Descripción de la eliminación adecuada de las medicaciones no utilizadas

Conducta de cumplimiento.

160103. Comunica seguir la pauta prescrita

160106. Modifica la pauta orientada por el profesional sanitario

Intervenciones

Todas las intervenciones propuestas están definidas por la búsqueda bibliográfica y la mejor evidencia disponible extraída de los metanálisis de la bibliografía aportada para el estudio e

incluida en la cartera de servicios de nuestro programa (Anexo 3). Será la Comisión de Seguimiento y Mejora continua la que determine el tipo y duración de las mismas.

Se describirán mediante taxonomía NIC y tratarán de resolver las necesidades descritas en los CRE expresados en el apartado anterior.

8.2.2.2 Implantación del Programa en Atención Primaria:

Personalización:

Todos los pacientes tienen un médico y una enfermera de referencia los cuales activarán el programa de Atención al alta hospitalaria para el seguimiento del paciente en el domicilio.

Continuidad asistencial:

- Recepción de ICC mediante el circuito establecido.
- Contacto con el paciente en 24/72 horas atendiendo al grado de necesidad de cuidados, mediante contacto telefónico y/o visita domiciliaria realizada por el profesional mas pertinente en cada situación: médico, enfermera, EGC o conjunta.
- Inclusión del paciente en cartera de servicios de Atención domiciliaria (Visita domiciliaria programada de enfermería *) si no estuviera incluido previamente.
- Continuación del Programa estructurado de educación sanitaria para pacientes y cuidadoras en el domicilio del paciente.
- Gestión de citas, pruebas complementarias y tratamiento en acto único con UCA y Hospital.
- Visitas domiciliarias conjuntas multidisciplinarias e inter- niveles (UCA) cuando las necesidades de los pacientes así lo requieran.
- Agenda telefónica programada para todos los profesionales como elemento de mejora de la accesibilidad de los pacientes y profesionales al sistema sanitario.

* Las posteriores visitas domiciliarias se realizarán con una cadencia mensual, salvo que las necesidades del paciente determinen otra pauta de actuación. En ellas se valorarán los conocimientos iniciados desde el Hospital y se reforzarán aquellos en los que en la evaluación de resultados encontremos deficitarios y con áreas de mejora. Se incluirá en la Valoración integral del paciente, una valoración de la calidad de vida percibida mediante el cuestionario SF-36 con una cadencia anual como instrumento para establecer las medidas oportunas para la prevención de reingresos.

Objetivos

Los indicadores de resultados a monitorizar serán los CRE que establecimos en el ámbito hospitalario.

Intervenciones

Se seguirá el programa estructurado de intervenciones iniciadas en el ámbito hospitalario mediante la monitorización de los indicadores de resultados expresados en el apartado anterior.

Para los pacientes institucionalizados en Residencias de ancianos seguiremos las mismas pautas de intervención que en el ámbito de la At. Primaria. Todos los pacientes tienen asignados un médico y una enfermera de referencia. Estos profesionales velarán porque todas las intervenciones domiciliarias se lleven a cabo.

Evaluación de las intervenciones

A través de los indicadores de resultados propuestos evaluaremos la efectividad de las intervenciones (NIC) y la reevaluación del Plan de Cuidados si procede.

8.1.3 PLAN DE COMUNICACIÓN INTERNA Y EXTERNA

Para la correcta ejecución del proyecto de gestión de reingresos es necesario un Plan de Comunicación Interna dirigido a todos los profesionales de las UGCs de Atención Primaria y Unidades Hospitalarias y un Plan de Comunicación externa dirigido a los pacientes a los que va dirigido el Servicio.

Plan de comunicación interno

Los objetivos del Plan de comunicación con los profesionales son:

- Que los profesionales conozcan la importancia del proyecto
- Que conozcan los objetivos del mismo
- Que conozcan la cartera de clientes
- Que conozcan la cartera de servicios
- Que conozcan los protocolos de comunicación / derivación entre profesionales
- Que conozcan los sistemas de evaluación del proyecto.

Para el diseño del Plan de comunicación interno y externo se estableció un grupo de trabajo multidisciplinar y pacientes en las Jornadas de Continuidad Asistencial .

Serán los equipos directivos de ambos niveles asistenciales, junto con la Comisión de seguimiento y mejora continua los que den a conocer los objetivos del proyecto a los profesionales.

Plan de comunicación Externo

Los objetivos del Plan de comunicación a los usuarios es dar a conocer la cartera de servicios del proyecto como elemento de mejora de la calidad de la atención a nuestra población diana.

El plan de comunicación externo se elaborará conforme a los resultados de la mesa de trabajo organizada para las Jornadas de Continuidad Asistencial y la estrategia extraída de los resultados del grupo focal con usuarios.

Figura 2



9. CUADRO DE MANDOS Y EVALUACIÓN DE LAS INTERVENCIONES

Para la monitorización y evaluación del programa hemos diseñado el siguiente Cuadro de mandos con tres niveles de resultados:

1. Indicadores de estructura

A través de los cuales monitorizamos aquellos elementos de soporte que necesitan de una dotación económico- financiera y de gestión de incidencias.

2. Indicadores de proceso

A través de los cuales monitorizamos resultados intermedios relacionados con la continuidad de cuidados: ICC, adecuación de la prescripción, seguridad del paciente, relacionado con los profesionales, relacionados con las cuidadoras, relacionados con el paciente.

3. Indicadores de resultado

A través de los cuales monitorizamos resultados finales: reingresos, exitus de pacientes paliativos en domicilio, satisfacción con el servicio, reclamaciones.

9.1 INDICADORES DE ESTRUCTURA	numerador	denominador	fuente	periodicidad
Dotación y buen funcionamiento de los aparatos de fax	Presencia de aparatos de fax en el despacho de Dirección de todos los Centros de Salud (*)	Total Centros de Salud	Encuesta telefónica Anual	Anual
	Presencia de aparatos de fax en el despacho habilitado de todas las Unidades hospitalarias	Total Centros de Salud		
	Nº de aparatos de fax averiados en un periodo de tiempo	total de aparatos de fax en un periodo de tiempo	Programa de gestión de almacén del Distrito Sanitario Sevilla Sur	mensual
	Sumatorio de tiempo (en horas) necesario para resolución del problema	nº de aparatos averiados	Programa de gestión de almacén del Distrito Sanitario Sevilla Sur	mensual
Dotación de teléfonos de las personas referentes	Nº de personas referentes con disponibilidad de teléfono	total de personas referentes	Encuesta telefónica	Anual

9.2 INDICADORES DE PROCESO	numerador	denominador	fuentes	periodicidad
Informe de Continuidad asistencial	Nº de pacientes con ICC al alta	Nº de pacientes al alta.	Programa de Gestión de Cuidados del HUVirgen de Valme	Semestral
Adecuación de la prescripción	Nº de pacientes reingresados con IECA	Nº de pacientes con reingreso por ICC	Auditoria de Historias Programa Estrategia Unidad de Farmacia D.S. Sevilla Sur	Anual
	Nº de pacientes con opiáceos en el PAIs Paliativos	Nº de pacientes incluidos en PAIS Pacientes Paliativos	Diraya	Anual
	Nº de planes de cuidados mediante la taxonomía NANDA-NOC-NIC de los pacientes incluidos en PAIs Pluripatológicos, Paliativos, Riesgo vascular, Insuficiencia cardiaca , dolor torácico ,EPOC(pacientes diana)	Nº de planes de cuidados de los pacientes diana	Auditoria de Historias Clínicas	Anual
Seguridad del paciente	Nº de efectos adversos en pacientes diana	Pacientes incluidos en dicha población diana	Registro de efectos adversos DSSevilla Sur	Anual
Relacionado con los Profesionales	Nº de profesionales con formación en cada una de las actividades propuestas	Nº total de profesionales diana	Unidad de Formación D.S.Sevilla Sur	Anual

9.2 INDICADORES DE PROCESO		Numerador	denominador	fuelle	periodicidad
Relacionados con los pacientes	Capacidad de resolución	NOC monitorizados en el proyecto con valor en la escala LIKERT \leq 2 que pasan a 3.		Auditoria de Historias Clínicas mediante muestreo aleatorio	Anual
		NOC monitorizados en el proyecto con valor en la escala LIKERT \leq 2 que pasan a $>$ 3			
		NOC monitorizados en el proyecto con valor en la escala LIKERT \leq 2 que no sufren cambios			
	Efectividad de las intervenciones	NICs que mejoran un NOC monitorizado de 2 a 3 en un periodo determinado			
		NICs que mejoran un NOC monitorizado de 2 a $>$ 3 en un periodo determinado			
Prevalencia	DXE mas usados en un periodo de tiempo				

9.3 INDICADORES DE RESULTADO	Criterios de resultado	indicadores	Fuente	periodicidad
Reingresos	Nº de pacientes con reingresos antes de los 30 días al alta en cada una de las Unidades con el programa implantado	total de pacientes al alta en las dichas Unidades	CMBD- AH	Trimestral
Mortalidad de pacientes terminales sin necesidad de reingreso	Nº de pacientes incluidos en programa de soporte domiciliario fallecidos en domicilio	Nº de pacientes incluidos en el programa de soporte domiciliario	Base de datos UCA	Semestral
Satisfacción con el Servicio			Análisis de encuesta ad hoc	Anual
Reclamaciones	Nº de reclamaciones relacionadas con déficit de continuidad asistencial y/o déficit de cuidados en las Unidades de estudio en un periodo determinado	Nº total de reclamaciones en el Distrito Sanitario en un periodo determinado	Registro de reclamaciones DSevilla Sur	Anual

10. CRONOGRAMA

	2008			2009											
	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
COMISIÓN DE SEGUIMIENTO Y MEJORA															
ELABORACIÓN PROTOCOLOS															
ADECUACIÓN DE INFRAESTRUCTURAS															
PLAN COMUNICACIÓN															
PLAN FORMACIÓN															
COMIENZO DEL PROGRAMA															
EVALUACIÓN															
MEJORA CONTINUA															

11. BIBLIOGRAFÍA

- (1) www.imsersomayores.csid.es/documentos/estadisticas/informemayores/informe2006/capitulo-1.html
- (2) Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (2005): Cuidados de larga duración a cargo de la familia: el apoyo Informal (Capítulo III), en Libro Blanco de la Dependencia. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Madrid.
- (3) Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. BOE num.229, de 15 de diciembre de 2006.
- (4) María del Mar García-Calvente / Inmaculada Mateo-Rodríguez / Ana P. Eguiguren. (2004) "El sistema informal de cuidados en clave de desigualdad" *Gac Sanit* 2004; 18(Supl 1):132-9
- (5) La Parra D. (2001) "Contribuciones de las mujeres y los hogares más pobres a la producción de cuidados de salud informales". *Gac Sanit* 2001; 15:498-505.
- (6) Casado, D. (2001), "Relaciones entre niveles asistenciales: La coordinación sociosanitaria e incentivos en Sanidad", XXI Jornadas Asociación de Economía de la Salud, Oviedo: AES, pp.201-215.
- (7) Hennesy P (1995). " Social protección for dependent elderly people:perspective from a review of OECD:labour market and social". *Ocassional papers* nº 12.
- (8) Plan de atención a cuidadoras familiares en Andalucía (2005). Dirección Regional para el Desarrollo e Innovación de Cuidados. Dirección General de Asistencia Sanitaria.
- (9) Fuentelsaz C. (2002). "Visita domiciliaria programada de enfermería a personas mayores de 65 años". Instituto de Salud Carlos III. Subdirección General de Investigación Sanitaria.investén-isciii.
- (10) Wieland D, Ferrel BA, Rubensteins LZ (1991). "Geriatric home health care:conceptual and demographic considerations." *Clin Geriatr Med*. 1991, 7: 645-664.
- (11) Oses F, Loperena C, Ancizu P.(1995). "Atención a domicilio, una alternativa para el anciano terminal". *Pulso* 1995; 2: 22-3.
- (12) www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2006.htm. Consultado el día 16 de Abril de 2007
- (13) Ribera Casado JM (2005). " Vejez y hospitalización". *An Med Interna* 2005; 22:1-3
- (14) García Ortega C, Almenara Barrios J, González Caballero JL, Peralta Sáenz JL (2005). "Morbilidad hospitalaria aguda de las personas mayores de Andalucía". *An Med Interna*; 22: 4-8
- (15) Castells X, Mercadé LI, Riu M.(2002). "Envejecimiento y utilización hospitalaria". *Informe SESPAS 2002*, Cap.23.

- (16) Gonzalo E, Pasáin MI (2004). "La salud de las personas mayores". *Gac sanitaria* 2004; 18 (Supl 1): 69-80.
- (17) Mottram P, Pitkala K, Lees C. (2005) "Atención crónica institucional versus en el domicilio para ancianos funcionalmente dependientes" (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2005 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2005 Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
- (18) Morales Asencio, JM. "Efectividad de los modelos alternativos de atención para pacientes con insuficiencia cardíaca: revisión sistemática". *Biblioteca Lascasas* 2005; 1. Disponible en <<http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0041.php>> Consultado el 10 Septiembre de 2007.
- (19) McAllister FA, Lawson FM, Teo KK, Armstrong PW. A systematic review of randomized trials of disease management programs in heart failure. *Am J Med* 2001; 110 (5):378-384
- (20) Gonseth, J., Guallar-Castillon, P., Banegas, J. R., Rodriguez-Artalejo, F. (2004). The effectiveness of disease management programmes in reducing hospital re-admission in older patients with heart failure: a systematic review and meta-analysis of published reports. *Eur Heart J* 25: 1570-1595
- (21) Michalsen A, König TW. Preventive causative factors leading to hospital admission with decompensated heart failure. *Heart*.1998; 80:437-441
- (22) Rodríguez Mañas, L. Atención domiciliaria para personas ancianas. No todo vale. *Rev Esp Salud Pública* 2003; 77 N^o 5: 523-526
- (23) Baztán Cortés JJ. Análisis de la organización de servicios de salud para los ancianos: revisión de la evidencia científica. En: *Bases de la atención sanitaria al anciano*. L Rodríguez Mañas y JJ Solano Jaurrieta editores. Madrid: Sociedad Española de Medicina Geriátrica; 2001.p. 57-69.
- (24) Naylor MD, Broten D, Campbell R, Jacobsen BS, Mezey MD, Pauly MV y cols. Comprehensive discharge planning and home follow-up of hospitalized elders. A randomized clinical trial. *JAMA* 1999; 281: 613-20
- (25) Boling PA. The value of targeted case management during transitional care. *JAMA* 1999; 281: 656-7.
- (26) Stuck AE, Egger M, Hammer A, Minder CE, Beck JC. Home visits to prevent nursing home admission and functional decline in elderly people. Systematic review and meta-regression analysis. *JAMA* 2002; 287: 1022-8.
- (27) Jiménez Puente A, Fernández Guerra J, Hidalgo Rojas L, Domingo González S, Lara Blanquer A, García Alegría J. Calidad de la asistencia hospitalaria y riesgo de reingreso precoz en la exacerbación aguda de la EPOC. *An Med Interna (Madrid)* 2003; 20: 340-346.

- (28) Osman LM, Godden DJ, Friend JA, Legge JS, Douglas JG. Quality of life and hospital readmission in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Thorax* 1997; 52: 67-71.
- (29) Philbin EF, DiSalvo TG. Prediction of hospital readmission for Heart failure: development of a simple risk score based on administrative data. *J Am Coll Cardiol* 1999; 33: 1560-6.
- (30) Fernández J, Martínez MA, García J, Bueno A, Lardelli P, García M. Factores asociados a la incidencia de reingresos hospitalarios. *Med Clin (Barc)* 1997; 108: 4-8.
- (31) Weinberger M, Oddone EZ, Henderson WG. Does increased access to Primary Care reduce hospital readmissions? *N Engl J Med* 1996; 334: 1441-7.
- (32) García EI. Validación de un modelo par medir la calidad asistencial en los Hospitales. Universidad de Cadiz.2007. Tesis doctoral: 97-98
- (33) Benbassat J, Taragin M. Hospital readmissions as a measure of quality of health care: advantages and limitations. *Arch Intern Med* 2000; 160: 1074-81.
- (34) Lupón J, Pajarón T, Urrutia A, González B, Herreros J, Altimir S, et al.. Reducción de los ingresos por insuficiencia cardíaca en el primer año de seguimiento en una unidad multidisciplinaria. *Rev Esp Cardiol*. 2005;58:374-80
- (35) Atienza F, Anguita M, Martínez-Alzamora N, Osca J, Ojeda S, Almenar L, et al.. PRICE Study Group. Multicenter randomized trial of a comprehensive hospital discharge and outpatient heart failure management program. *Eur J Heart Fail*. 2004;6:643-52.
- (36) Rich MW, Vinson JM, Sperry JC, Shah AS, Spinner LR, Chung MK, et al.. Prevention of readmission in elderly patients with congestive heart failure: results of a prospective, randomized pilot study. *J Gen Intern Med*. 1993;8:585-90.
- (37) Rich MW, Beckham V, Wittenberg C, Leven CL, Freedland KE, Carney RM.. A multidisciplinary intervention to prevent the readmissions of elderly patients with congestive heart failure. *N Engl J Med*. 1995;333:1190-5.
- (38) Cline CMJ, Israelsson BYA, Willenheimer RB, Broms K, Erhardt LR.. Cost effective management programme for heart failure reduces hospitalisation. *Heart*. 1998;80:442-6.
- (39) Stewart S, Pearson S, Horowitz JD.. Effects of a home-based intervention among patients with congestive heart failure discharged from acute hospital care. *Arch Intern Med*. 1998;158:1067-72.
- (40) Serxner S, Miyaji M, Jeffords J.. Congestive heart failure disease management study: a patient education intervention. *Conges Heart Fail*. 1998;4:23-8.
- (41) Stewart S, Marley JE, Horowitz JD.. Effects of a multidisciplinary, home-based intervention on unplanned readmissions and survival among patients with chronic congestive heart failure: a randomised controlled study. *Lancet*. 1999;354:1077-83.

- (42) Krumholz HM, Amatruda J, Smith GL, Mattera JA, Roumanis SA, Radford MJ, et al.. Randomized trial of an education and support intervention to prevent readmission of patients with heart failure. *J Am Coll Cardiol.* 2002;39:83-9
- (43) Kasper EK, Gerstenblith G, Hefter G, Van Anden E, Brinker JA, Thiemann DR, et al.. A randomized trial of the efficacy of multidisciplinary care in heart failure outpatients at high risk of hospital readmission. *J Am Coll Cardiol.* 2002;39:471-80.
- (44) Galbreath AD, Krasuski RA, Smith B, Stajduhar KC, Kwan MD, Ellis R, et al.. Long term healthcare and cost outcomes of disease management in a large, randomised, community-based population with heart failure. *Circulation.*2004;110:1234-43
- (45) Anguita M, Ojeda S, Atienza F, Ridocci F, Almenar L, Vallés F, Velasco JA. Análisis de coste-beneficio de los programas de prevención de reingresos en pacientes hospitalizados por insuficiencia cardíaca. Impacto económico de las nuevas formas de asistencia a la insuficiencia cardíaca. *Rev Esp Cardiol* 2005; 58: 32 - 36
- (46) Cleland JGF, Louis AA, Rigby AS, Janssens U, Balk AHM. Noninvasive home telemonitoring for patients with heart failure at high risk of recurrent admission and death. *J Am Coll Cardiol.* 2005;45:1654-64.
- (47) Morcillo C, Valderas JM, Aguado O, Delás J, Sort D, Pujadas R, et al. Evaluación de una intervención domiciliaria en pacientes con insuficiencia cardiaca. Resultados de un estudio aleatorizado. *Rev Esp Cardiol.* 2005;58:618-25.
- (48) Conthe P, Montoto C, Forteza-Rey J, Lorenzo A, García Alegría J.. Comisión redactora SEMI-IC. Grupo de trabajo de insuficiencia cardíaca. La insuficiencia cardíaca en los servicios de medicina interna (estudio SEMI-IC). *Med Clin (Barc).* 2002;118:605-10
- (49) Grady KL, Dracup K, Kennedy G, Moser D, Piano M, Stevenson L, et al.. Team management of patients with heart failure: a statement for healthcare professionals from the cardiovascular nursing council of the American Heart Association. *Circulation.* 2000; 102:2443-
- (50) Rodríguez-Artalejo F, Banegas Banegas JR, Guallar-Castellón P. Epidemiología de la insuficiencia cardiaca. *Rev Esp Cardiol.* 2004; 57:163-70.
- (51) Cowie MR, Mosterd A, Wood DA, Deckers JW, Poole-Wilson PA, Sutton GC. The epidemiology of heart failure. *Eur Heart J.* 1997;18:208-23.
- (52) Koelling TM, Johnson ML, Cody RJ, Aaronson KD.. Discharge education improves clinical outcomes in patients with chronic heart failure. *Circulation.* 2005;111:179-85.
- (53) Conthe P, Tejerina F. Adhesión al tratamiento y calidad de vida en los pacientes con insuficiencia cardiaca. *Rev Esp Cardiol* 2007; 7: 57-66.
- (54) WHO Adherence to Long Term Therapies Project II. Global Adherence Interdisciplinary Network. Geneva: World Health Organization; 2003
- (55) Conthe P, Visus E.. La importancia del cumplimiento terapéutico en la insuficiencia cardiaca. *Med Clin (Barc).* 2005;124:302-7.

(56) Rodríguez Artalejo F, Guallar-Castillón P, Rodríguez Pascual C, Otero CM, Montes AO, García AN, et al. Health. Related Quality of life as a predictor of hospital readmission and death among patients with Heart failure. Arch Intern Med. 2005;165:1274-9.

(57) García Caliente y Mateo Rodríguez. El grupo focal como técnica de investigación cualitativa en salud: diseño y puesta en práctica. Atención Primaria. 2000;25(3):181-186

(58) En www.juntadeandalucia.es/salud/contenidos/planes/Planes_Cuidados_Paliativos.pdf
Visitado el día 10 Septiembre de 2008

Anexo 1

COMPETENCIAS: ENFERMERAS		FASE A	FASE B	FASE C
CONOCIMIENTO		Criterio de selección	Experto	Excelente
CODIGO	COMPETENCIA LITERAL			
C-0161	Organización y legislación sanitaria (<i>conocer la organización sanitaria de España y Andalucía, prestaciones del SNS y específicas de Andalucía, así como la cartera de servicios del SSPA.)</i>	I	I	I
C-0181	Derechos y deberes de los usuarios	I	I	I
C-0085	Formación básica en prevención de riesgos laborales	I	I	I
C-0171	Promoción de la Salud (educación para la salud, consejos sanitarios)	I	I	I
C-0077	Soporte Vital Avanzado Cardiológico	I	I	I
C-0165	Metodología de cuidados (<i>Procedimientos, protocolos, guías de práctica clínica, mapas de cuidados, planificación de alta y continuidad de cuidados</i>)	I	I	I
C-0069	Metodología en gestión de procesos	D	I	I
C-0004	Conocimientos Básicos de Calidad (<i>Indicadores, estándares, documentación clínica, acreditación, Guías de práctica clínica,)</i>	D	I	I
C-0032	Metodología de la investigación nivel básico (<i>Elaboración de protocolos; recogida, tratamiento y análisis de datos; escritura científica, búsquedas bibliográficas, normas de publicación</i>)	D	I	I
C-0179	Conocimientos Básicos de Gestión Recursos (<i>Planificación, programación de actividad asistencial, indicadores de eficiencia, control del gasto..</i>)	D	I	I
C-0174	Bioética	D	D	I
C-0082	Inglés, nivel básico	D	D	I
C-0060	Dirección de equipos de trabajo. Gestión de personas	D	D	I
C-0023	Tecnologías para la información y las comunicaciones	D	D	I
COMPETENCIAS: ENFERMERAS		FASE A	FASE B	FASE C
HABILIDADES		Criterio de selección	Experto	Excelente
CODIGO	COMPETENCIA LITERAL			
H-0023	Capacidad para tomar de decisiones.	D	I	I
H-0022	Resolución de problemas	D		
H-0024	Capacidad de Relación interpersonal (<i> asertividad, empatía, sensibilidad interpersonal, capacidad de construir relaciones</i>)	D	I	I
H-0059	Capacidad de trabajo en equipo	I	I	I
H-0005	Capacidad de Análisis y síntesis	I	I	I
H-0054	Informática , nivel usuario	D	I	I
H-0031	Gestión del tiempo	D	I	I
H-0083	Capacidad de promover y adptarse al cambio	D	I	I
H-0026	Capacidad para delegar	D	I	I
H-0019	Adecuada utilización de los recursos disponibles	D	I	I

H-0089	Individualización de cuidados	I	I	I
H-0055	Capacidad docente	D	I	I
H-0094	Visión continuada e integral de los procesos	D	I	I
H-0080	Aplicación de técnicas básicas de investigación	D	I	I
H-0078	Afrontamiento del stress	D	I	I
H-0009	Capacidad de asumir riesgos y vivir en entornos de incertidumbre	D	D	I
H-0010	Capacidad de ilusionar, incorporar adeptos y estimular el compromiso, Capacidad de motivar	D	D	I
H-0035	Técnicas de comunicación, presentación y exposición audiovisual	D	D	I
H-0032	Comunicación oral y escrita	I	I	I
H-0021	Habilidad negociadora y diplomática	D	D	I
	ACTITUDES: ENFERMERAS	Criterio de selección	Experto	Excelente
CODIGO	COMPETENCIA LITERAL			
A-0001	Actitud de aprendizaje y mejora continua	I	I	I
A-0027	Orientación al cliente (<i>el ciudadano como centro,</i>) respeto de los derechos de los pacientes.	I	I	I
A-0049	respeto y valoración del trabajo de los demás, sensibilidad a las necesidades de los demás, disponibilidad y accesibilidad)	I	I	I
A-0040	Orientación a resultados	I	I	I
A-0050	Responsabilidad	I	I	I
A-0046	Flexible, adaptable al cambio, accesible,	I	I	I
A-0018	Honestidad , sinceridad	I	I	I
A-0041	Capacidad de asumir compromisos	I	I	I
A-0048	Positivo	I	I	I
A-0051	Sensatez	I	I	I
A-0043	Discreción	I	I	I
A-0044	Autocontrol, autoestima, autoimagen	D	I	I
A-0007	Creatividad	D	I	I
A-0045	Colaborador, cooperador	D	I	I
A-0009	dialogante, negociador	I	I	I
A-0038	Resolutivo	D	D	I
A-0047	Generar valor añadido a su trabajo	I	I	I
A-0024	Juicio crítico	I	I	I
A-0052	Visión de futuro	D	D	I

MÉDICO		FASE A Criterio de selección*	FASE B Experto	FASE C Excelente
CONOCIMIENTOS				
CODIGO	COMPETENCIA LITERAL			
C-0161	Organización y legislación sanitaria (<i>conocer la organización sanitaria de España y Andalucía, prestaciones del SNS y específicas de Andalucía, así como la cartera de servicios del SSPA.</i>)	I	I	I
18109	Derechos y deberes de los usuarios	I	I	I
C-0184	Educación para la salud, consejo médico, estilos de vida	I	I	I
C-0024	Informática , nivel usuario	I	I	I
C-0085	Formación básica en prevención de riesgos laborales	I	I	I
C-0077	Soporte Vital Avanzado Cardiológico	I	I	I
C-0169	Prestaciones del SNS y específicas de Andalucía	D	I	I
C-0176	Cartera de servicios del Sistema Sanitario Público de Andalucía	D	I	I
C-0175	Bioética de las decisiones clínicas y de la investigación	D	I	I
C-0032	Metodología de la investigación nivel básico (<i>Elaboración de protocolos; recogida, tratamiento y análisis de datos; escritura científica, búsquedas bibliográficas, normas de publicación</i>)	D	I	I
C-0167	Medicina Basada en la Evidencia: aplicabilidad	D	I	I
C-0173	Metodología de Calidad	D	I	I
C-0168	Planificación, programación actividad asistencia	D	I	I
C-0180	Definición de objetivos y resultados: DPO	D	I	I
C-0107	Sistemas evaluación sanitaria	D	I	I
C-0069	Metodología en gestión de procesos	D	I	I
C-0082	Inglés, nivel básico	D	I	I
C-0023	Tecnologías para la información y las comunicaciones	D	I	I
C-0060	Dirección de equipos de trabajo. Gestión de personas	D	D	I
MÉDICO		FASE A Criterio de selección*	FASE B Experto	FASE C Excelente
HABILIDADES				
CODIGO	COMPETENCIA LITERAL			
H-0054	Informática , nivel usuario	I	I	I
H-0024	Capacidad de Relación interpersonal (<i>asertividad, empatía, sensibilidad interpersonal, capacidad de construir relaciones</i>)	I	I	I
H-0059	Capacidad de trabajo en equipo	I	I	I
H-0005	Capacidad de Análisis y síntesis	I	I	I
H-0087	Entrevista clínica	I	I	I
H-0094	Visión continuada e integral de los procesos	I	I	I
H-0019	Adecuada utilización de los recursos disponibles	I	I	I
H-0055	Capacidad docente	D	I	I
H-0026	Capacidad para delegar	D	I	I
H-0083	Capacidad de promover y adaptarse al cambio	D	I	I
H-0032	Comunicación oral y escrita	D	I	I
H-0085	Dar apoyo	D	I	I

H-0031	Gestión del tiempo	D	I	I
H-0080	Aplicación de técnicas básicas de investigación	D	I	I
H-0035	Técnicas de comunicación, presentación y exposición audiovisual	D	D	I
H-0025	Capacidad de liderazgo	D	D	I
H-0010	Capacidad de ilusionar, incorporar adeptos y estimular el compromiso, Capacidad de motivar	D	D	I
H-0021	Habilidad negociadora y diplomática	D	D	I
H-0042	Manejo Telemedicina	D	I	I
H-0096	Capacidad de asumir riesgos y vivir en entornos de incertidumbre	D	I	I
H-0023	Capacidad para tomar de decisiones.	I	I	I
H-0078	Afrontamiento del stress	D	D	I
MÉDICO		FASE A Criterio de selección*	FASE B Experto	FASE C Excelente
ACTITUDES				
CODIGO	COMPETENCIA LITERAL			
A-0001	Actitud de aprendizaje y mejora continua	I	I	I
A-0027	Orientación al cliente (<i>el ciudadano como centro,</i>) respeto de los derechos de los pacientes.	I	I	I
A-0049	respeto y valoración del trabajo de los demás, sensibilidad a las necesidades de los demás, disponibilidad y accesibilidad)	I	I	I
A-0040	Orientación a resultados	I	I	I
A-0050	Responsabilidad	I	I	I
A-0046	Flexible, adaptable al cambio, accesible,	I	I	I
A-0018	Honestidad , sinceridad	I	I	I
A-0041	Capacidad de asumir compromisos	I	I	I
A-0048	Positivo	I	I	I
A-0051	Sensatez	I	I	I
A-0043	Discreción	I	I	I
A-0044	Autocontrol, autoestima, autoimagen	D	I	I
A-0075	Creatividad	D	I	I
A-0045	Colaborador, cooperador	D	I	I
A-0009	dialogante, negociador	I	I	I
A-0024	Juicio crítico	I	I	I
A-0038	Resolutivo	D	I	I
A-0047	Generar valor añadido a su trabajo	I	I	I
A-0052	Visión de futuro	D	D	I

Anexo 2

Plan de Formación

- **Cursos de formación sobre metodología enfermera acreditados por la ACSA con 6,7 créditos impartidos con carácter anual con los siguientes objetivos :**
- **Cursos de formación multidisciplinar e interniveles sobre el manejo de las heridas crónicas acreditados por la ACSA con 10 creditos , con los siguientes objetivos:**
- **Curso sobre el Atención al duelo acreditados por la ACSA con 4 créditos con los siguientes objetivos :**
- **Cursos de Atención familiar en At. Primaria acreditados por la ACSA con 7,5 créditos con los siguientes objetivos:**
- **Cursos sobre tabaquismo acreditados ACSA con 9,8 créditos con los siguientes objetivos:**
- **Curso sobre Procedimientos de intervención fisioterapéuticos en los metodos de reeducación postural acreditados por la ACSA con 8,7 créditos y con los siguientes objetivos:**
- **Talleres de formación grupal para pacientes diabéticos**
- **Talleres de estructurados de formación para cuidadores informales realizados por las enfermeras de gestión de casos y enfermeras de familia**

Anexo 3

INTERVENCIONES DE EFECTIVIDAD DEMOSTRADA	AUTORES DE LOS ECAs
<p>El control telefónico frecuente para realizar educación sanitaria, consejos, reforzar los mecanismos de autocontrol, el cumplimiento de la dieta y el manejo de la medicación, visitas domiciliarias programadas</p>	<p>Grancelli H, Varini S, Ferrante D, et al. GESICA Investigators. Randomized trial of telephone intervention in chronic heart failure (DIAL): study design and preliminary observations. <i>J Card Fail</i> 2003;9:172-9.</p> <p>Varini S, Nul D, Soifer P, et al. Ensayo randomizado de intervencion telefonica en insuficiencia cardiaca cronica. Estudio DIAL. Comunicaci on 2068 en el Congreso de la Sociedad Argentina de Cardiología; 2003.</p>
<p>Realizada por un gestor de casos con experiencia en cuidados críticos y cardiología mediante una atención planificada y coordinada, educación personalizada a paciente y familia, seguimiento telefónico, folletos educativo, refuerzo para la correcta toma de medicación.</p>	<p>Laramee AS, Levinsky SK, Sargent J et al. Case management in a heterogeneous congestive heart failure population: a randomized controlled trial. <i>Arch Intern Med</i> 2003;163:809-17.</p>
<p>Revisiones clínicas tempranas tras el alta en una Unidad hospitalaria para realizar sesiones de educación individual y grupal a pacientes y cuidadoras, diario personal para registrar la medicación y el peso, folletos educativos y visitas medicas intercaladas por su medico de familia.</p>	<p>Doughty RN, Wright SP, Pearl A et al. Randomized, controlled trial of integrated heart failure management. The Auckland Heart Failure Management Study. <i>Eur Heart J</i> 2002;23:139-46.</p>
<p>La transición hospital- domicilio mediante un programa coordinado de intervenciones basadas en la evidencia (educación paciente y familia, manejo de medicación, dieta, folletos educativos) y un refuerzo para mejorar el auto-cuidado a las dos semanas del alta mejora la calidad de vida percibida</p>	<p>Harrison MB, Browne GB, Roberts J et al. Quality of life of individuals with heart failure. A randomized trial of the effectiveness of two models of hospital-to-home transition. <i>Med Care</i> 2002;40:271-82.</p>
<p>Programa multidisciplinario ambulatorio con un cardiologo, una enfermera especialista en Insuficiencia cardiaca para ajuste de medicación según algoritmo consensuado, una enfermera para seguimiento telefónico y un medico general.</p>	<p>Kasper EK, Gerstenblith G, Hefter G et al. A randomized trial of the efficacy of multidisciplinary care in heart failure outpatients at high risk of hospital readmission. <i>J Am Coll Cardiol</i> 2002;39:471-80</p>
<p>Programa de educación ambulatoria y domiciliaria dirigida por enfermeras mediante un entrevista presencial en profundidad de una hora de duración dos semanas tras el alta mediante un guía educativa para el conocimiento de su enfermedad, relación salud y los comportamientos de la enfermedad, signos y síntomas de descompensación y dónde y cuando hay que pedir asistencia profesional. Posterior seguimiento telefónico semanal durante 4 semanas, quincenal durante 8 semanas y posteriormente mensual durante 1 año.</p>	<p>Krumholz HM, Amatruda J, Smith GL et al. Randomized trial of an education and support intervention to prevent readmission of patients with heart failure. <i>J Am Coll Cardiol</i> 2002;39:83-9.</p>

INTERVENCIONES DE EFECTIVIDAD DEMOSTRADA	AUTORES DE LOS ECAs
<p>Programa dirigido por enfermeras para educación sanitaria de los pacientes ingresado y posterior seguimiento ambulatorio consistente en vigilancia diaria de peso, comprensión sobre su enfermedad y medicación, ingesta de sal, consulta con dietista. Dirigido a pacientes y cuidadoras y seguimiento ambulatorio a partir de los 3 días del alta y refuerzo ambulatorio semanal hasta las 6 semanas.</p>	<p>McDonald K, Ledwidge M, Cahill J et al. Heart failure management: multidisciplinary care has intrinsic benefit above the optimizations of optimization of medical care. J Card Fail 2002;8:142-8.</p>
<p>Visitas domiciliarias programadas por enfermeras y farmacéutico de atención primaria y consensuadas por el equipo multidisciplinar entre los 7 y 14 días al alta : Programa estructurado provisto por enfermeras altamente capacitadas y autonomía profesional con un enfoque de la educación hacia el auto-cuidado y auto-monitorización de la enfermedad, utilización de folletos educativos, soporte continuo a cuidadoras y familiares, incorporación de la mejor evidencia disponible en materia de Insuf. Cardíaca congestiva y seguimiento telefónico estructurado. Los pacientes con déficit de conocimientos tenían recordatorios diarios del manejo de su régimen terapéutico. Educación estructurada del paciente en su domicilio valorando el manejo de fármacos, dieta, ejercicio, control de peso y manejo de la enfermedad. Aplicación por parte de la enfermera de protocolos consensuados para prescripción y ajuste continuo de parámetros.</p>	<p>Stewart S, Horowitz JD. Home-based intervention in congestive heart failure: long-term implications on readmission and survival. Circulation 2002;105:2861-6.</p>
<p>Programa de atención domiciliar de enfermería protocolizado decreciendo paulatinamente las visitas y aumentado el soporte telefónico para educación de los pacientes sobre su proceso de enfermedad, manejo del régimen terapéutico, enseñanza de autocuidados, signos de descompensación y control analítico, apoyo psicológico. Coordinación con otros profesionales. Los pacientes recibían un diario personal para anotaciones e información sobre su enfermedad</p>	<p>Blue L, Lang E, McMurray JJ et al. Randomised controlled trial of specialist nurse intervention in heart failure. BMJ 2001;323:715-8.</p>

INTERVENCIONES DE EFECTIVIDAD DEMOSTRADA	AUTORES DE LOS ECAs
<p>Programa estructurado provisto por enfermeras altamente capacitadas y autonomía profesional con un enfoque de la educación hacia el auto-cuidado y auto-monitorización de la enfermedad, utilización de folletos educativos, soporte continuo a cuidadoras y familiares, educación estructurada iniciada en el hospital mediante dos sesiones de 30 minutos relacionados con manejo de fármacos, dieta, ejercicio, control de peso y manejo de la enfermedad. Seguimiento estructurado ambulatorio al alta con fácil accesibilidad presencial y telefónica, educación ambulatoria estructurada a paciente y familia, consultoría con su cardiólogo de referencia.</p>	<p>Cline CM, Israelsson BY, Willenheimer RB, Broms K, Erhardt LR. Cost effective management programme for heart failure reduces hospitalisation. Herat. 1998; 80(5):442-6.</p>
<p>Programa estructurado provisto por enfermeras altamente capacitadas y autonomía profesional con un enfoque de la educación hacia el auto-cuidado y auto-monitorización de la enfermedad, utilización de folletos educativos, soporte continuo a cuidadoras y familiares, incorporación de la mejor evidencia disponible en materia de Insuf. Cardíaca congestiva y seguimiento telefónico estructurado. El programa se inicia en el hospital con una enfermera de referencia, se planifica el alta desde el momento del ingreso y se planifica la educación sanitaria de paciente y familia antes del alta valorando el manejo de fármacos, dieta, ejercicio, control de peso y manejo de la enfermedad. Consejo telefónico en el domicilio del paciente al alta por parte de la enfermera hospitalaria, visita precoz por parte de las enfermeras de atención primaria (a la semana del alta), educación estructurada del paciente y familia en las mismas dimensiones iniciadas desde el Hospital.</p>	<p>Jaarsma T, Halfens R, Huijjer Abu-Saad H et al. Effects of education and support on self-care and resource utilization in patients with heart failure. Eur Heart J. 1999; 20:673-682.</p>
<p>Programa estructurado provisto por enfermeras altamente capacitadas y autonomía profesional con un enfoque de la educación hacia el auto-cuidado y auto-monitorización de la enfermedad, utilización de folletos educativos, soporte continuo a cuidadoras y familiares, incorporación de la mejor evidencia disponible en materia de Insuf. Cardíaca congestiva y seguimiento telefónico estructurado. El programa se inicia en el hospital con una enfermera de referencia, se planifica el alta desde el momento del ingreso. A la semana del alta el paciente y familia se refuerza su educación sanitaria mediante visita programada ambulatoria. Se realiza la educación sanitaria de paciente y familia de forma ambulatoria valorando el manejo de fármacos, dieta, ejercicio, control de peso y manejo de la enfermedad. Consultoría telefónica con la enfermera de hospitalización y cardiólogo de referencia.</p>	<p>Elkman I, Andersson B, Ehnfors M et al. Feasibility of a nurse-monitored, outpatient-care programme for elderly patients with moderate-to-severe, chronic heart failure. Eur Heart J. 1998; 19:1254-1260.</p>

