



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

MANUAL DE LA GESTIÓN DE CASOS EN ANDALUCÍA: ENFERMERAS GESTORAS DE CASOS EN EL HOSPITAL

Revisado Noviembre 2006

INDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	3
2. MARCO LEGAL.....	4
3. GESTIÓN DE CASOS EN ATENCIÓN HOSPITALARIA	6
3.1 Misión.....	6
3.2 La Enfermera Gestora de Casos en el Hospital.....	6
3.3 Gestión del Servicio.....	7
3.4 Marco de Trabajo.....	8
3.5 Limitación del Servicio.....	8
4. POBLACIÓN DIANA	8
5. OBJETIVOS.....	9
6. ACTIVIDADES.	10
7. EVALUACIÓN.....	13
8. BIBLIOGRAFÍA.....	19

1. INTRODUCCIÓN

La figura de la Enfermera Hospitalaria de Enlace (EHE), como gestora de casos, es desarrollada por el Servicio Andaluz de Salud (SAS) para proveer una asistencia sanitaria de alta calidad y coste-efectiva en Atención Especializada, adaptándose a los cambios que está sufriendo la población.

La sociedad andaluza, en los últimos años, está sufriendo una serie de cambios sociodemográficos y de morbilidad similares al del resto de países occidentales que repercute directamente sobre su salud y como consecuencia, sobre sus necesidades y patrones de uso de los servicios sanitarios. Entre los cambios producidos se pueden destacar: el envejecimiento poblacional, la cronificación de enfermedades, el aumento de las personas con discapacidades, los cambios en la estructura familiar, y la incorporación de la mujer al mundo laboral ^{1,2,3}

Además, la búsqueda de una mayor eficiencia de los cuidados y de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos acompañada de una alta presión asistencial y financiera se traduce en un aumento de los ingresos junto con una reducción de la estancia media y de las camas hospitalarias. ⁴

Todos estos cambios se están traduciendo en un significativo aumento de personas que presentan importantes y complejas necesidades de cuidados en el domicilio familiar, muchas de las cuáles aparecen derivadas del alta hospitalaria. ^{3,5,6}

Esta situación está poniendo de manifiesto el Síndrome Socio-sanitario, definido como el "Problema de salud que se presenta en un paciente con demandas de atención y cuidados múltiples, tanto físicos como sociales, en diferentes niveles asistenciales...de etiología plural (biológica, familiar, psicológica, etc), ante la cual el conjunto de servicios sanitarios y sociales es incapaz de dar una respuesta global y coordinada, lo que provoca una progresiva pérdida de autonomía del paciente".⁷

Ante esta nueva realidad los Servicios de Salud, han de ofertar una asistencia más efectiva especialmente a determinados grupos de población más vulnerables.

El Decreto 137/2002 de Apoyo a las Familias Andaluzas puesto en marcha por la Junta de Andalucía, recoge actuaciones específicas en campos como la educación, la vivienda, el empleo y la sanidad. ⁸

En este sentido, el Servicio Andaluz de Salud ha desarrollado, entre otras estrategias, la figura de la Enfermera Comunitaria de Enlace, cuyo principal objetivo se centra en potenciar la asistencia domiciliaria, coordinando la intervención de los distintos profesionales en el equipo de Atención Primaria con los profesionales de Atención Especializada.⁹

No obstante, debido a los cambios sociodemográficos y de morbilidad, la población hospitalaria está incrementando ostensiblemente la proporción de personas mayores de 65 años, siendo este sector poblacional el que experimenta la más alta y creciente frecuentación de estos servicios.^{1,10}

De este modo, la Atención Especializada está prestando servicios a una población cada vez más envejecida, y con múltiples y complejos problemas socio-sanitarios. Son, precisamente, estas circunstancias las que demandan la presencia de una enfermera en el ámbito hospitalario dedicada a la gestión de casos para la población más vulnerable. La Enfermera Gestora de Casos en el Hospital facilita la coordinación entre los profesionales de los distintos niveles y sectores, potenciando una respuesta única y más eficiente para la atención integral a la salud de esta población y de sus cuidadores antes del alta hospitalaria y con la mira puesta en el retorno al domicilio.

Para tal fin, se desarrolla este documento el cuál presenta como objetivo guiar y unificar el trabajo que las Enfermeras Gestoras de Casos han de desarrollar en el Hospital, manteniendo el modelo de gestión de casos iniciado en el entorno de Atención Primaria y facilitando el avance en la prestación de un servicio de salud personalizado y coordinado en Atención Especializada.

2. MARCO LEGAL

La creación de la figura de la enfermera gestora de casos forma parte de una serie de medidas adoptadas por la Consejería de salud y el Servicio Andaluz de Salud para dar respuesta a la variable demanda sanitaria de la población andaluza. De este modo, el desarrollo de este nuevo profesional se comprende dentro de las siguientes líneas estratégicas:

Plan Estratégico del Servicio Andaluz de Salud. (1999) ¹⁰

“El Servicio Andaluz de Salud implantará soluciones para establecer una relación entre niveles asistenciales apropiadas a su cultura y organizaciones previas, definiendo la responsabilidad de AP y AE... ”

II Plan de Calidad de la Consejería de Salud (2005) ¹²

“El primer proceso estratégico define...Asumir las necesidades y expectativas de ciudadanas y ciudadanos””

III Plan Andaluz de Salud (2003 – 2008) ¹³

“...La continuidad asistencial pasa a ser el criterio clave que inspira las estrategias del Sistema Sanitario Público de Andalucía...”-

Contrato Programa periodo 2005-2008 ¹⁴

Gestión por procesos asistenciales integrados

Planes de Cuidados Integrados en Procesos Asistenciales

“La Gestión por Procesos es un elemento básico del Plan de Calidad de la Consejería de Salud para garantizar la continuidad asistencial. Así sería necesaria una valoración integral con la utilización de cuestionarios de evaluación y un plan de cuidados basado en las taxonomías para problemas, intervenciones y resultados.”

Gestión de cuidados

Continuidad de Cuidados

“La continuidad de cuidados es un elemento clave para garantizar la calidad asistencial. Para facilitar dicha continuidad entre los dos niveles de atención y la mejora de la práctica clínica, se continuarán desarrollando las Comisiones de Cuidados de Área desde el Hospital con los Distritos Sanitarios.”

Para garantizar la continuidad de cuidados el hospital:

“Implantará la figura de la Enfermera Gestora de Casos. Con esta figura se garantizaría un referente para la continuidad de cuidados en cada nivel asistencial: Enfermera para la gestión de casos en Atención Primaria - Enfermera Gestora de Casos en el Hospital .”

En el Hospital las Enfermeras Gestoras de Casos:

“Coordinaran cuidados con otros profesionales para llevar a cabo el plan asistencial durante la estancia hospitalaria,....”

“Apoyará a la enfermera responsable del paciente en el desarrollo del plan de cuidados establecido,....”

“Planificará con la enfermera gestora de casos de Atención Primaria la adecuada transición del paciente y la cuidadora al domicilio”.

3. GESTIÓN DE CASOS EN ATENCIÓN HOSPITALARIA

En el ámbito hospitalario, la enfermera gestora de casos junto con las enfermeras supervisoras serán referentes para la continuidad de cuidados entre Atención Especializada y Atención Primaria.

3.1 Misión

Las enfermeras gestoras de casos han de trabajar con el fin de encontrar el equilibrio entre las necesidades de los pacientes y las del sistema. Con este propósito, las enfermeras ayudan al paciente y familia a recorrer el sistema de salud con eficiencia, minimizando elementos de fragmentación, discontinuidad y/o duplicidad en la asistencia prestada al usuario.

3.2 La Enfermera Gestora de Casos.

Es un profesional que enmarca su trabajo dentro de la gestión de casos, entendido ésta como el proceso de colaboración mediante el cuál la enfermera vela porque el paciente/familia alcancen los objetivos terapéuticos previstos en su trayectoria clínica, identificando y movilizandolos recursos necesarios, y facilitando la intervención de los diferentes profesionales y servicios, para el logro de los mejores resultados.

La Enfermera Gestora de Casos ofrece un entorno centrado en la persona y no en la enfermedad, promueve la autonomía como pilar para la recuperación funcional y reincorporación a la comunidad, garantiza el máximo bienestar y minimiza el sufrimiento de pacientes y familiares, fomenta la toma de decisiones compartidas entre profesionales y pacientes, y asegura la continuidad de la atención.

Por tanto, estas enfermeras centrarán su práctica profesional en las siguientes bases:

1. Actuar ante grupos de pacientes y familias especialmente vulnerables.
2. Fundamentar sus actuaciones en Planes de Cuidados normalizados (vías críticas, mapas de cuidados...) y Procesos Asistenciales Integrados
3. Gestionar los recursos, así como coordinar los distintos servicios y profesionales, a favor del paciente durante toda su estancia hospitalaria y su transferencia al alta

Las Enfermeras Gestoras de Casos en el Hospital deben tener como referencia en su práctica clínica este documento, junto con los procesos asistenciales y programas puestos en marcha en el marco de la Consejería de Salud y el SAS.

3.3 Gestión del Servicio

Las Enfermeras Gestoras de Casos, tendrán su dependencia jerárquica directamente de la Dirección de Enfermería.

La gestión estratégica de los objetivos que se persiguen, obliga a que sea el Director Gerente el último garante de la funcionalidad del proyecto; estableciendo relación con los responsables de los distintos departamentos que participen en el desarrollo de intervenciones que supongan prioridad y/o cambios en la actividad rutinaria (Gestoría de Usuarios, Admisión, Servicios de Información, Listas de espera, Radiodiagnóstico, Rehabilitación, Consultas Externas...). Es imprescindible dotar a las Enfermeras Gestoras de Casos de la acreditación correspondiente para los servicios que se estimen oportunos.

Con el fin de poder asegurar la homogeneización de la práctica clínica de las Enfermeras Gestoras de Casos de los hospitales del SSPA, la Dirección Regional de Desarrollo e Innovación en Cuidados establece mecanismos de seguimiento y evaluación, integrados en algunos casos en los que se realizan de forma programada con las Enfermeras Gestoras de Casos en Atención Primaria.

3.4 Marco de trabajo

El servicio prestado por las Enfermeras Gestoras de Casos ha de integrarse en un marco de cuidados en el hospital con los siguientes atributos:

- ❑ Las expectativas de los pacientes y cuidadores, formaran parte del sistema de mejora continua de los servicios de las enfermeras en el hospital.
- ❑ Buena accesibilidad a pacientes y a cuidadoras, minimizando barreras.
- ❑ Personalización del servicio. Cada paciente tendrá asignado una enfermera que será la referente de sus cuidados durante la estancia hospitalaria y la planificación del alta.
- ❑ Las enfermeras han de procurar un entorno donde se preserve la intimidad y el confort de los pacientes y sus familias, estableciendo una relación de confianza y una comunicación efectiva.
- ❑ Atención integral de los usuarios, mediante un plan asistencial individualizado que incluya la intervención de tantos profesionales como sean precisos.
- ❑ El entorno de referencia del paciente es el domicilio. El hospital es un ámbito temporal de provisión de cuidados, con el objetivo de una reincorporación planificada a su domicilio y comunidad.
- ❑ Apoyo al cuidado domiciliario, con el material y medidas que faciliten la transición y adaptación del paciente a su medio.

3.5 Limitación del Servicio

- 1) Rechazo del paciente/familia
- 2) Rechazo del cuidador
- 3) Éxitus

4. POBLACIÓN DIANA

La población diana a la que da cobertura las Enfermeras Gestoras de Casos en el Hospital se compone de todas aquellas personas ingresadas en el hospital que, por la complejidad de su estado de salud, requieran la coordinación con diferentes profesionales/servicios y la movilización de los recursos necesarios para garantizar una atención integral y continuada a sus necesidades de cuidados y las de sus cuidadoras.

Los beneficiarios de este servicio son diversos, entre los cuáles se pueden destacar los siguientes grupos de población:

- Pacientes incluidos en el mapa de procesos asistenciales, priorizando:
 - Cuidados paliativos
 - Atención al proceso Pluripatológicos
 - Fractura de cadera en el anciano
 - Demencias
 - Ataque cerebrovascular
 - VIH – SIDA
 - Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica
 - Insuficiencia Cardíaca
 - Trastorno Mental grave
 - Aquellos priorizados por el propio Hospital
- Pacientes con múltiples y complejas necesidades de cuidados, no incluidos en los procesos anteriores como: pacientes con procesos crónicos incapacitantes, pacientes con deterioro cognitivo, pacientes con deterioro funcional, ancianos frágiles, pacientes crónicos con descompensaciones frecuentes, especialmente aquellos con hospitalizaciones reiteradas.
- Pacientes que requieren para su tratamiento y cuidados de tecnología avanzada en el domicilio.
- Cuidadores familiares de los anteriores.

5. OBJETIVOS

Los objetivos del servicio prestado por las Enfermeras Gestoras de Casos comprenden:

1. Garantizar la captación de la población diana.
2. Potenciar la coordinación de la atención integral durante la estancia hospitalaria.
3. Mejorar la continuidad de cuidados durante la transición al domicilio tras el alta hospitalaria.
4. Mejorar la homogeneización de la práctica enfermera en la continuidad de cuidados interniveles.

6. ACTIVIDADES

Las actividades recomendadas para cumplir los objetivos específicos son las siguientes:

6.1 Garantizar la captación de la población diana

- Captación activa de pacientes, según Población Diana, que cumplan los criterios de inclusión. Para ello la Enfermera Gestora de Casos realizará un circuito diario por las unidades susceptibles de tener pacientes vulnerables ingresados, donde comprobará los ingresos, estancias prolongadas y reingresos, entre otros datos.
- Captación por derivación de profesionales del Hospital: La captación en las Unidades de Hospitalización y/o Urgencias será realizada por las Enfermeras, Enfermeras Supervisoras, Trabajadoras Sociales y Médicos, los cuales derivarán el caso a la Enfermeras Gestoras de Casos, mediante:
 1. Vía telefónica: en los casos que los profesionales de la Unidad estimen que han de ser visitadas por la Enfermera Gestora de Casos en el mismo día.
 2. Informe de Derivación: que recoja un resumen de la situación clínica del paciente que justifique la necesidad de actuación de la Enfermeras Gestoras de Casos. El Hospital asegurará el recibo de este informe por la Enfermera Gestora de Casos en el plazo máximo de 24 horas. La Enfermera Gestora de Casos dará respuesta en el plazo de 24-48 horas a partir de la recepción del informe, excepto en fines de semana y festivos
- Captación por derivación de profesionales de la Unidad de Atención al Usuario, mediante vía telefónica.
- Captación por derivación de profesionales de Atención Primaria (Enfermeras de Familia y Enfermeras Comunitarias de Enlace) mediante:
 1. Vía telefónica, en los casos que las Enfermeras de Atención Primaria estimen que el paciente ha de ser visitado por las Enfermeras Gestoras de Casos durante su estancia hospitalaria.
 2. Informe de derivación que recoja un resumen de la situación clínica del paciente y justifique la actuación de las Enfermeras Gestoras de Casos en los casos de ingresos programados.

6.2 Potenciar la coordinación de la atención integral durante la estancia hospitalaria

- Valoración Integral al paciente y cuidadora, recomendándose la estructura de valoración por patrones funcionales de M. Gordon o por necesidades de Virginia Henderson. Se realizará una valoración focalizada cuando sea necesario, apoyándose en instrumentos como los incluidos en el documento: “Cuestionarios, test e índices para la valoración del paciente” editado por el Servicio Andaluz de Salud.¹⁵
- Elaboración de un plan asistencial ajustado a las necesidades del paciente y cuidadora que ha de ser propuesto a los profesionales de referencia del paciente y / o cuidadora.
- Información a paciente y familia de los servicios que oferta y de las opciones de intervención a lo largo del proceso para fomentar la toma de decisiones compartida.
- Oferta de servicios de apoyo a la CUIDADORA PRINCIPAL: información, educación al cuidador, ayuda en la gestión de medios, movilización de redes e intervención en caso de Riesgo o Cansancio en el rol del Cuidador.
- Coordinación de actuación y planificación del alta con Médicos y Enfermeras responsables; así como realizar interconsultas con otros servicios profesionales (trabajadoras sociales, fisioterapeuta, psicólogo...)
- Oferta de seguimiento telefónico tras el alta hospitalaria de forma reactiva, sirviendo de elemento de conexión para el paciente y cuidador principal con Atención Especializada.
- Participación en la coordinación de ingresos solicitados desde Atención Primaria.

6.3 Mejorar la continuidad de cuidados durante la transición al domicilio tras el alta hospitalaria

- Coordinación en la actuación de procesos que necesiten ingreso solicitado desde Atención Primaria.
- Gestión del material de apoyo en el domicilio fuera del catalogo de prestaciones en los casos que el alta dependa de dicho material. Para ello, tendrán en cuenta las siguientes observaciones:

1. La Enfermera Gestora de Casos, previo al momento del alta, mínimo 4 días antes, realizará el protocolo de asignación de material ortoprotésico utilizado por la ECE y enviará al Coordinador de Enfermería del Distrito del paciente un Informe que incluya la petición de materiales que necesite el paciente junto a la valoración de éste.
 2. Los materiales que las Enfermeras Gestoras de Casos podrán solicitar desde el Hospital serán: camas articuladas, colchones, barandillas y grúas.
 3. La confirmación a esta solicitud del material para el usuario no se realizará hasta que se corrobore su disponibilidad en el almacén del material solicitado, por parte de la Coordinación de Enfermería del Distrito.
 4. La Enfermera Gestora de Casos informará a la Enfermera Gestora de Casos en Atención Primaria referente de la fecha del alta para que ésta se coordine con la entidad responsable del transporte, con el fin de que el material solicitado esté en el domicilio en la fecha del alta.
-
- Facilitar la gestión de ayudas técnicas y recursos provistos desde Atención Especializada para uso en Atención Primaria (AP): oxigenoterapia, ventiloterapia, nutrición enteral, quimioterapia, ayudas ortoprotésicas....
 - Gestión de citas y servicios pendientes previos al alta, en coordinación con Admisión y Gestoría de Usuarios.
 - Planificación del alta de pacientes con grandes necesidades de cuidados, junto con las Enfermeras de Atención Primaria cuando fuese necesaria.
 - Participación en la elaboración del Informe de continuidad de cuidados en colaboración con la enfermera referente del paciente.
 - Participación en planes específicos de mejora de la continuidad. Las Enfermeras Gestoras de Casos realizaran y colaboraran en la captación, valoración y envío de los pacientes susceptibles de ser incluidos en el Plan de Continuidad Asistencial mediante seguimiento telefónico por Salud Responde.

6.4 Mejorar la homogeneización de la práctica enfermera en la continuidad de cuidados interniveles

- Participación en actividades de formación conjunta con los profesionales del Hospital y Atención Primaria.
- Participación en las actividades programadas de formación en el Hospital donde desarrolle su trabajo como Enfermera Gestora de Casos.
- Colaboración en la elaboración de sesiones específicas sobre la organización de los cuidados basados en la personalización y continuidad de cuidados.
- Participación en sesiones clínicas, como ponente, colaborador o asistente, con el fin de compartir información relevante y revisar planes asistenciales de pacientes.
- Participación en el desarrollo de investigaciones y publicaciones que conciernen su práctica clínica.
- Colaboración en la revisión de protocolos, programas, procesos, planes de cuidados, y otros documentos.
- Colaboración en la adaptación y puesta en marcha de guías de práctica clínicas, mapas de cuidados.
- Colaboración en la implantación y desarrollo de la metodología enfermera
- Participación en las Comisiones de Cuidados de Área de su hospital
- Coordinación con las Enfermeras de los distintos dispositivos de Salud Mental de Atención Primaria y Especializada en la puesta en marcha de mecanismos para el desarrollo de programas de cooperación entre ambas como: programas de interenlace, formación y asesoramiento

7. EVALUACIÓN

La evaluación del servicio ofertado por las Enfermeras Gestoras de Casos, se realizará en dos fases. La primera de carácter provisional para evaluar su implantación, y una segunda, definitiva, que permita conocer el desarrollo de la actividad generada en el servicio.

PRIMERA FASE. A los 3 meses de la incorporación se realizará una Memoria a presentar en la Dirección Regional de Desarrollo e Innovación en Cuidados que recoja los siguientes puntos:

- Establecimiento de la estructura necesaria: RRHH, RRMM, Ubicación.
- Acreditación del servicio: Realización del proceso formativo por el Hospital acreditado para tal fin.
- Presentación y difusión del servicio: Incluirá un plan de difusión a las Direcciones Asistenciales del hospital, la Dirección de Distrito, la Comisión de Cuidados del Área, las Unidades de Enfermería, las Juntas Facultativas y de Enfermería, los agentes sociales y la población de referencia.
- Establecimiento de circuitos específicos consensuados con gestoría de usuario, unidades de hospitalización y admisión, atención primaria y ECEs.

SEGUNDA FASE: La evaluación se realizará dos veces al año. Los datos serán enviados a esta Dirección Regional de Desarrollo e Innovación en Cuidados en los primeros 15 días de los meses de Julio y Enero.

OBJETIVO GENERAL:

Mejorar la continuidad de cuidados durante la transición al domicilio tras el alta hospitalaria

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Garantizar la captación de la población diana

- Item 1: nº de pacientes nuevos valorados por la Enfermera Gestora de Casos (EGC) en hospital. Las valoraciones (pueden ser integrales o focalizadas)
- Item 2: nº de pacientes ya valorados en ingresos anteriores por la EGC (reingresos). Se refiere exclusivamente a los pacientes a los que se les ha valorado en ingresos anteriores por la misma o por causa diferente.
- Item 3: nº de cuidadores nuevos captados y valorados por la EGC
- Item 4: nº de cuidadores valorados en ingresos anteriores por la EGC (reingresos). Se refiere exclusivamente a los cuidadores a los que se les ha valorado en ingresos anteriores

2. Potenciar la coordinación de la atención integral durante la estancia hospitalaria:

- Item 1: nº de pacientes en los que la EGC ha colaborado con la enfermera de referencia en la elaboración de un plan de cuidados individualizado.

3. Mejorar la continuidad de cuidados durante la transición al domicilio tras el alta hospitalaria:

- Item 1: nº de casos de pacientes gestionados por la EGC
- Item 2: nº de casos de cuidadores gestionados por la EGC

4. Identificar los Procesos Asistenciales en los que han intervenido las EGC (enumerar y cuantificar entre los mas prioritarios según tabla adjunta)

PROCESOS ASISTENCIALES MAS PREVALENTES EN LA GESTIÓN DE CASOS	Nº
<input type="checkbox"/> Cuidados paliativos	
<input type="checkbox"/> Atención al proceso Pluripatológicos	
<input type="checkbox"/> Fractura de cadera en el anciano	
<input type="checkbox"/> Demencias	
<input type="checkbox"/> Ataque cerebrovascular	
<input type="checkbox"/> VIH – SIDA	
<input type="checkbox"/> Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica	
<input type="checkbox"/> Insuficiencia Cardíaca	
<input type="checkbox"/> Trastorno Mental grave	
<input type="checkbox"/> Aquellos priorizados por el propio Hospital: (ESPECIFICAR)	

5. Identificar los Diagnósticos enfermeros mas prevalentes (enumerar y cuantificar entre los mas prioritarios según tabla adjunta)

DIAGNOSTICOS MAS PREVALENTES	Nº
<input type="checkbox"/> 00085 Deterioro de la movilidad física	
<input type="checkbox"/> 00046 Deterioro de la integridad cutánea	
<input type="checkbox"/> 00047 Riesgo de deterioro de la integridad cutánea	
<input type="checkbox"/> 00062 Riesgo de cansancio del rol cuidador	
<input type="checkbox"/> 00061 Cansancio del rol cuidador	
<input type="checkbox"/> 00092 Intolerancia a la actividad	
<input type="checkbox"/> 00040 Riesgo de síndrome de desuso	
<input type="checkbox"/> 00078 Manejo inefectivo del régimen terapéutico	
<input type="checkbox"/> 00074 Afrontamiento familiar comprometido	
<input type="checkbox"/> 00039 Riesgo de aspiración	
<input type="checkbox"/> 00126 Conocimientos deficientes	
<input type="checkbox"/> 00155 Riesgo de caídas	
<input type="checkbox"/> 00136 Duelo anticipado	
<input type="checkbox"/> Otros (ESPECIFICAR)	

6. Identificar las Intervenciones (NIC) mas frecuentes (enumerar y cuantificar entre los mas prioritarios según tabla adjunta) realizadas a pacientes y/o cuidadoras:

INTERVENCIONES DIRECTAS AL PACIENTE Y/O CUIDADOR	
<input type="checkbox"/> 5230 Aumentar el afrontamiento	
<input type="checkbox"/> 5440 Aumentar los sistemas de apoyo	
<input type="checkbox"/> 5250 Apoyo en la toma de decisiones	
<input type="checkbox"/> 5510 Educación sanitaria	
<input type="checkbox"/> 5612 Enseñanza actividad/ejercicio prescrito	
<input type="checkbox"/> 5614 Enseñanza dieta prescrita	
<input type="checkbox"/> 5616 Enseñanza: medicamentos prescritos	
<input type="checkbox"/> 5602 Enseñanza: proceso de enfermedad	
<input type="checkbox"/> 3200 Precauciones para evitar la aspiración	
<input type="checkbox"/> 6490 Prevención de caídas	
<input type="checkbox"/> 3540 Prevención de las úlceras por presión	
<input type="checkbox"/> 7040 Apoyo al cuidador principal	
<input type="checkbox"/> 7140 Apoyo a la familia	
<input type="checkbox"/> 7110 Fomento de la implicación familiar	
<input type="checkbox"/> 6485 Manejo ambiental: preparación del hogar	
<input type="checkbox"/> 7400 Guías del sistema sanitario	
<input type="checkbox"/> 7370 Planificación del alta	
OTRAS INTERVENCIONES	
<input type="checkbox"/> 7910 Consulta	
<input type="checkbox"/> 8189 Consulta por teléfono	
<input type="checkbox"/> 8100 Derivación	
<input type="checkbox"/> 7920 Documentación	
<input type="checkbox"/> 7960 Intercambio de información de cuidados de salud	
<input type="checkbox"/> 8020 Reunión multidisciplinar sobre cuidados	
<input type="checkbox"/> 8190 Seguimiento telefónico	

GESTIONES DE COORDINACION	
<input type="checkbox"/> Gestión de material ortoprotésico	
<input type="checkbox"/> Gestión de citas	
<input type="checkbox"/> Gestión de recetas y medicación	
<input type="checkbox"/> Gestión de fungibles para centros de salud	
<input type="checkbox"/> Gestión de traslado a domicilio y otros centros	
<input type="checkbox"/> Derivación a T. social	
<input type="checkbox"/> Gestión de circuitos y material para asistencia respiratoria domiciliaria	
<input type="checkbox"/> Gestión de circuitos y material para nutrición domiciliaria	
<input type="checkbox"/> Gestión de fungible para centros de salud	

7. Captación directa/ indirecta

CAPTACIÓN DE PACIENTES	
<input type="checkbox"/> Captación Directa por Enfermeras Hospitalarias de Enlace	
<input type="checkbox"/> Captación a través de las Enfermeras responsables de los pacientes	
<input type="checkbox"/> Captación a través de los Médicos	
<input type="checkbox"/> Captación a través de las Supervisoras de unidades	
<input type="checkbox"/> Captación a través de las ECE	
<input type="checkbox"/> Captación a través de las Trabajadoras sociales	
<input type="checkbox"/> Captación a través de Otros (cuidadores, pacientes, etc)	
<input type="checkbox"/> Otros (ESPECIFICAR)	

8. Mejora de la homogeneización de la practica enfermera en gestión de casos:

ACTIVIDADES	2.1.1.
<input type="checkbox"/> Nº de sesiones clínicas realizadas como autor o colaborador	
<input type="checkbox"/> Nº de colaboraciones en revisión/adaptación de documentos (protocolos, programas, procesos, y PCs)	
<input type="checkbox"/> Nº de artículos publicados en los que aparece entre los 5 primeros autores	
<input type="checkbox"/> Nº de intervenciones en congresos, jornadas etc. (ponencias, comunicaciones...)	
<input type="checkbox"/> Otros	

Los datos se recogerán en números absolutos en la hoja de cálculo adjunta y se enviarán semestralmente a la Dirección Regional de Desarrollo e Innovación en Cuidados.

8. BIBLIOGRAFIA

1. Indicadores Sociales { en línea }. Instituto Nacional de Estadística. Madrid, España. Disponible en www.ine.es
2. Indicadores Sociales. Salud { en línea }. Instituto de Estadística de Andalucía. Andalucía, España. Disponible en www.juntadeandalucia.es/institutodeestadistica/
3. García Calvente MM, Mateo I et al.: Sistema Informal de cuidados en Andalucía. EASP. 1999.
4. Health For All Database { en línea }. World Health Organization. Ginebra, Suiza. Disponible en www.who.org.
5. González- Linares R, Aramburu I, Ruiz MJ. Identificación y evaluación de la efectividad de la indicación de la continuidad de cuidados de enfermería entre niveles asistenciales del Osakidetza. Rev Calidad Asist 2002; 17(4): 232-6.
6. De Pedro J, Gallo J., Zaforteza C, Bover J, Bover A. Problemas de las personas mayores al alta de un hospital de agudos. Gerokomos 2001; 12(1): 29-32.
7. Castaño C, Cossent L, Martínez C. El síndrome socio-sanitario. Estrategias de intervención ante un problema nuevo de salud pública. Rev Esp Salud Pública 1994; 68: 261-6.
8. Decreto 137/2002, de 30 de abril, de apoyo a las familias andaluzas. BOJA nº 52 de 4 de mayo de 2002.
9. Pérez Hernández RM, López Alonso SR, Lacida Baro M, Rodríguez Gómez S. La Enfermera Comunitaria de Enlace en el Servicio Andaluz de Salud. Enferm Comun 2005; 1(1): 43-48.
10. Castells X, Mercadé L, Riu M. Envejecimiento y utilización hospitalaria. En: Informe Sespas 2002. Invertir para la salud. Prioridades en salud pública. {en línea}. Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria. Barcelona, España. Disponible en http://www.sespas.es/ind_lib06.html
11. Plan Estratégico del Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía: Sevilla, 1999.
12. II Plan Marco de Calidad 2005-8. Caminando hacia la excelencia. Consejería de Salud. Junta de Andalucía: Sevilla, 2005.

13. III Plan Andaluz de Salud. 2003- 2008. Consejería de Salud. Junta de Andalucía: Sevilla, 2003.
14. Contrato Programa Hospitales periodo 2005 - 2008. Acuerdo de gestión entre Distritos y Hospitales. Servicios Centrales. Servicio Andaluz de Salud. 2005.
15. López Alonso SR, Lacida Baro M, Rodriguez Gómez S. Cuestionarios, test e índices para la valoración del paciente. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía: Sevilla, 2004.