

Costes de intervención enfermera del paciente crónico de alta complejidad en Atención Primaria de Tenerife

Proyecto de investigación del Master en Investigación, Gestión y calidad en cuidados para la salud

CURSO ACADEMICO 2022/2023

Nombre de la alumna: Irene Sicilia García

Nombre del tutor: Dr. José Ángel Rodríguez Gómez

ÍNDICE

RESUMEN	3
ABSTRACT	4
ANTECEDENTES Y MARCO ACTUAL	5
Abordaje de la cronicidad	5
NANDA, NOC, NIC.....	6
JUSTIFICACION DEL TEMA DE INVESTIGACION	9
OBJETIVOS GENERALES Y ESPECIFICOS	11
OBJETIVO GENERAL:.....	11
OBJETIVOS ESPECIFICOS:.....	11
HIPÓTESIS DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN.....	11
METODOLOGIA.....	12
Sujetos del estudio.....	12
Criterios de inclusión:.....	12
Criterios de exclusión:	12
Muestra:.....	12
Diseño del estudio:.....	12
Variables:.....	12
Procedimiento de recogida y análisis de datos:.....	13
Limitaciones del estudio.....	15
Consideraciones éticas	15
PLAN DE TRABAJO	16
Cronograma.....	16
Lugar de realización	16
PRESUPUESTO	17
BIBLIOGRAFIA.....	18
ANEXOS	21
Anexo 1: Cuaderno de recogida de datos	21
Anexo 2: Consentimiento informado	22
Anexo 3: Atención al paciente de alta complejidad.....	23
Anexo 4: Autorización a la Gerencia de Atención Primaria de Tenerife	44

RESUMEN

El objetivo de este proyecto es realizar un estudio de costes de los pacientes crónicos complejos, a través de la NIC (intervenciones de enfermería) de los diagnósticos enfermeros para examinar la eficacia y coste de los cuidados, demostrando con ello la mejora en la capacidad del uso de los recursos sanitarios y el impacto que tiene los profesionales de enfermería en el sistema de prestación de cuidados sanitarios en el ámbito de atención primaria. Para ello se analiza la información clínica registrada en historia electrónica de los pacientes crónicos por las enfermeras de Atención Primaria.

Se trata de un diseño observacional y descriptivo. Ámbitos y sujetos del estudio: se llevará a cabo una revisión de información en historias electrónicas en algunas zonas de salud de Atención Primaria Tenerife, reclutando dos enfermeras que aporten casos para la muestra total necesaria de 60 casos.

La información de las historias clínicas se tratará bajo la confidencialidad, usando códigos numéricos que imposibilitan la identificación del paciente, durante las fechas anteriores al inicio de la fase de campo.

En la instrumentalización, se requiere de un cuaderno de campo donde se recojan variables personales como sexo, edad; variables sociodemográficas como nivel de estudios, si vive solo y situación laboral; patrones funcionales de salud de Gordon, problemas de salud fundamentales y los diagnósticos de enfermería, objetivos e intervenciones (NANDA, NOC, NIC) de los planes de cuidados enfermeros de las historias electrónicas de Drago Atención Primaria. Dado el perfil y las variables del estudio es necesario el uso de un programa estadístico para el análisis de los datos.

Palabras clave: diagnóstico de enfermería, eficiencia, intervenciones de enfermería

ABSTRACT

The objective of this project is to carry out a study of the costs of complex chronic patients, through the NIC (nursing interventions) of nursing diagnoses to examine the efficacy and cost of care, thereby demonstrating the improvement in the capacity of the patient. use of health resources and the impact that nursing professionals have on the health care delivery system in the primary care setting. For this, the clinical information registered in the electronic history of chronic patients by Primary Care nurses is analyzed.

It is an observational and descriptive design. Areas and subjects of the study: a review of information in electronic records will be carried out in some health areas of Primary Care Tenerife, recruiting two nurses who provide cases for the total sample of 60 cases required.

The information in the medical records will be treated confidentially, using numerical codes that make it impossible to identify the patient, during the dates prior to the beginning of the field phase.

In instrumentalization, a field notebook is required where personal variables such as sex, age are collected; sociodemographic variables such as educational level, if you live alone and employment status; Gordon's functional health patterns, fundamental health problems and the nursing diagnoses, objectives and interventions (NANDA, NOC, NIC) of the nursing care plans of the electronic records of Drago Primary Care. Given the profile and variables of the study, it is necessary to use a statistical program for data analysis.

Keywords: Nursing diagnoses, efficiency, nursing interventions,

ANTECEDENTES Y MARCO ACTUAL

Abordaje de la cronicidad

La misión de la estrategia de abordaje de la cronicidad en Canarias, es: *“adaptar la organización al desafío de la cronicidad, alineando todas las estrategias y aunando esfuerzos para avanzar hacia un modelo que permita abordar de manera integral una atención compartida, cooperativa, próxima a la realidad de los pacientes en su relación con los servicios de salud y sociales.”* Todo ello bajo la premisa de asegurar la sostenibilidad del sistema sanitario a partir de una mayor efectividad en cuanto a la promoción de la salud, así como en la prevención y el tratamiento de las enfermedades crónicas, basado en la proactividad, en el uso de las nuevas tecnologías y en la optimización del tiempo y de los recursos disponibles¹. Este es uno de los principales problemas de la cronicidad: el coste que supone para el SNS.

Los pacientes crónicos suponen mayor complejidad en su manejo debido a sus necesidades cambiantes que obliga a una evaluación continua por parte de los profesionales sanitarios y por lo tanto se empezarán a gestionar estos casos siguiendo la “Gestión del caso”.

La atención a estos pacientes crónicos, supone un plan conjunto de actuaciones y cuidados para cuando estos requieren de otros niveles de atención, disponer de unas rutas de derivación entre atención primaria y atención especializada ágiles, siendo clave el papel de los profesionales en atención primaria y como eje central de la atención. Este tipo de atención, obliga a reorganizar el sistema facilitando la integración entre los distintos profesionales implicados en los niveles de atención, creando vías de comunicación y coordinación eficaces entre atención primaria y atención especializada¹.

El papel de la enfermera de familia será, contribuir de forma proactiva a la identificación y seguimiento de los pacientes, valorando las necesidades de cuidados, garantizando la continuidad de los mismos y capacitando al paciente y familia para llevar a cabo los planes de cuidados.

Gestionar un caso implica centrar las acciones en el paciente y no en la enfermedad, además de la actuación integral de los diversos profesionales implicados en la atención, ya que, tal como figura en la pirámide Kaiser, a mayor complejidad del paciente, mayores son los cuidados profesionales, los costes y recursos que se emplean. La pirámide Kaiser clasifica a los pacientes en cuatro niveles de intervención, dependiendo de su nivel de complejidad. En la base de la pirámide se ubica a la población en general, pacientes crónicos, pacientes de alto riesgo y pacientes de alta complejidad, a quienes se les realizan un plan de cuidados para la gestión de sus casos¹. Este modelo fomenta un modelo de atención integral donde se potencia: la prevención y promoción de la salud, el autocuidado y cuidado domiciliario con alta capacidad resolutoria, la minimización de las hospitalizaciones y el trabajo coordinado de todos los profesionales involucrados.

El efecto de estos pacientes en el sistema Canario de salud es el aumento del gasto sanitario que causa estas enfermedades crónicas. Se estima que a gestión de las enfermedades crónicas representa el 80% de las consultas de Atención Primaria y el 60% de los ingresos hospitalarios. Según el Servicio Canario de Salud, las enfermedades con mayor número de altas hospitalarias son: enfermedades del sistema circulatorio y neoplasias o enfermedades del sistema digestivo¹.

Según el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, se estima que el 70% del gasto sanitario del sistema de salud se destina a la atención asistencial de pacientes crónicos. Igualmente, los costes en los pacientes con más de una enfermedad crónica llegan a multiplicarse por 6 con respecto a los que no tienen ninguna o sólo tienen una¹.

Como respuesta a esta nueva situación, en el año 2005 la Organización Mundial de la Salud publicó un informe en el que animaba a los sistemas de salud a establecer estrategias adaptadas a esta nueva realidad, así como a reestructurar los sistemas sanitarios para hacer frente a este nuevo escenario poblacional. Así, y teniendo en cuenta que la atención a las necesidades de este perfil de paciente es también prioritaria para una adecuada atención sanitaria en conjunción con la sostenibilidad presente y futura de los servicios sanitarios ya que utiliza una parte importante de los recursos sanitarios².

NANDA, NOC, NIC

A principios de 1970, comenzó el uso del lenguaje de enfermería normalizado con el desarrollo de la clasificación de los diagnósticos de enfermería de la NANDA (North American Nursing Diagnosis Association). Según la NANDA, un diagnóstico de enfermería es: “un juicio clínico sobre las experiencias / respuestas de una persona, familia o comunidad frente a problemas de salud / procesos vitales reales o potenciales y proporciona las bases para elegir las intervenciones de enfermería destinadas a lograr los resultados que son responsabilidad del profesional de enfermería”³.

Por otro lado, la NOC, o la nursing outcomes classification, se encarga de proporcionar el medio para identificar el estado del resultado, conducta o percepción que se mide, en respuesta a unas intervenciones de enfermería³.

La Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC), es una clasificación estandarizada y completa de las intervenciones que realizan los profesionales de enfermería. Es muy ventajoso para la planificación de los cuidados, la documentación clínica, la cuantificación de la productividad y la evaluación de la competencia. La clasificación incluye las intervenciones realizadas por los profesionales de enfermería en función de los pacientes, para intervenciones, tanto independientes como en colaboración, y cuidados tanto directos como indirectos. Una intervención se define como “*cualquier tratamiento, basado en el criterio y el conocimiento clínico, que realiza un profesional de la enfermería para mejorar los resultados del paciente*”, pudiendo utilizarse en todos los ámbitos: hospitalaria y atención Primaria³

La atención primaria es una parte fundamental de los sistemas de salud y juega un papel crucial en la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la gestión

de condiciones crónicas. Dentro de la atención primaria, las enfermeras desempeñan un papel central, ya que son los profesionales de la salud más cercanos y accesibles para los pacientes. En los últimos años, ha habido un reconocimiento creciente de la importancia de los costes de enfermería en atención primaria. La escasez de enfermeras, los cambios demográficos y la carga creciente de enfermedades crónicas han llevado a un aumento de la demanda de atención primaria. Esto ha generado un mayor interés en comprender los costes asociados con la atención de enfermería y su impacto en la sostenibilidad de los sistemas de salud. En la actualidad, se reconoce ampliamente que los costes de enfermería en atención primaria tienen un impacto significativo tanto en la calidad de la atención como en la eficiencia y sostenibilidad de los sistemas de salud. Algunos aspectos destacados son los siguientes: calidad de la atención, las enfermeras desempeñan un papel crucial en la prestación de una atención de calidad. Sus conocimientos y habilidades clínicas permiten una evaluación precisa de los pacientes, la detección temprana de problemas de salud y la gestión adecuada de las condiciones crónicas. Una atención de enfermería de calidad contribuye a mejores resultados de salud, mayor satisfacción del paciente y una reducción de los costes asociados con la atención a largo plazo.

Dentro del desarrollo de la salud pública, hay que hacer hincapié en la publicación de la Orden 1729/2010 de 17 de Junio⁴, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria, siendo el rol o función el contribuir de forma proactiva a la identificación y seguimiento de los pacientes, valorando las necesidades de cuidados, garantizando la continuidad de los mismos y capacitando al paciente y familia para llevar a cabo los Planes de Cuidados. Se reitera en la revisión de Mármol-López⁵, el papel de la enfermera gestora de casos con los problemas de salud crónicos, en el seguimiento, activación de recursos y programas de autocuidados. Todas estas estrategias, determinan la relevancia del papel de la enfermería familiar y comunitaria y la garantía frente a los cuidados de los pacientes con enfermedad crónica.

La enfermera familiar y comunitaria⁶ es una figura referente en el cuidado de los pacientes crónicos. Actualmente se plantean métodos para abordar los costes de los servicios en los cuidados de los pacientes con enfermedades crónicas, ya que el paciente crónico complejo o frágil supone un 5% de la población, pero el 65% del total de los recursos los consume este perfil de pacientes. Se reitera el papel de las enfermeras en la importancia de la práctica de su liderazgo y gestión clínica para atender a las personas en situación de cronicidad y dependencia.

En nuestro medio, son pocos los estudios que analizan de manera global el coste asistencial relacionado con los diagnósticos de la Atención primaria en España. Según un estudio evaluativo de costes asistenciales en Atención primaria, el coste total del paciente se calcula por patologías y categoría profesional. Para los profesionales de enfermería, los costes más altos son los destinados a las visitas, problemas circulatorios, piel y sistema endocrino-metabólico, representando un 51,5% del total de los costes⁷.

Trabajos como el de Blay⁸, apuntan a la importancia del impacto de los pacientes crónicos en la sociedad *“La cronicidad avanzada afecta al 1% de la población adulta, es prevalente en todos los dispositivos asistenciales. Más del 75% de la población morirá por la progresión de una o más condiciones crónicas de salud y supone que los costes de la cronicidad avanzada y la primera transición paliativa deben ser realmente importantes. Ello debería promover una reflexión profunda sobre la adecuación del uso de recursos sanitarios en este colectivo”*, transmitiendo así el importante papel de la enfermera como gestora de recursos en este perfil de pacientes.

Otros trabajos como el de Oliva⁹, se adentran en las evaluaciones económicas de las intervenciones sanitarias, ya que se refiere a ellas como una nueva herramienta para la toma de decisiones en el ámbito sanitario y ha tenido un gran desarrollo en Europa durante los últimos 10 años.

Hay estudios donde se analizan los costes dentro del ámbito de la atención primaria pero asociados con los diferentes grupos de enfermedades, calculando el precio medio por visita y especificando por profesional sanitario y profesional no sanitario, pero sin especificar el coste de enfermería, ya que en el grupo de profesionales sanitarios engloba a todos los profesionales. En este estudio se menciona que son pocos los estudios que analicen de forma detallada los costes asistenciales asociados con diagnósticos de atención Primaria en España¹⁰.

Finalmente, En el trabajo de Juncosa¹¹, se plantea una forma de identificar, en atención primaria, las características del paciente que influyen en el coste de su atención para medir la efectividad y la calidad. Se analizó el proceso en tres sectores diferentes: consulta, episodio de atención y paciente y asignando los costes mediante la asignación de un coste medio por cada recurso registrado. Se obtuvo como resultado la mención a la dificultad de la medición en la utilización de los recursos y que existen muchas dificultades para obtener los costes específicos de cada sector.

JUSTIFICACION DEL TEMA DE INVESTIGACION

Con el paso de los años, la transición demográfica en cuanto al aumento de los procesos crónicos en la población debido a la disminución de los procesos agudos, en la morbilidad y mortalidad, han contribuido al empeoramiento de las tasas de dependencia y a un aumento del gasto sanitario relacionado con el aumento de la población más anciana. El 80% de las consultas de Atención primaria son debidas a enfermedades crónicas, siendo por tanto consecuencia directa al aumento en la utilización de servicios sanitarios de dichos perfiles, que acuden con frecuencia a la consulta¹². También ha contribuido al aumento del gasto sanitario, el aumento de las enfermedades ligadas a los estilos de vida, un aumento de las enfermedades crónicas, de las pluripatologías y una mayor esperanza de vida. El 75% del gasto sanitario del Sistema Nacional de Salud va destinado al tratamiento de las enfermedades crónicas¹³.

Las estrategias en el abordaje de la cronicidad en Canarias, se creó en 2014, teniendo como objetivo, la organización del sistema para una atención de calidad a los pacientes y garantizar una sostenibilidad en el sistema sanitario con una mayor efectividad. Ya que, debido a las enfermedades crónicas, en el Servicio Canario de Salud, han supuesto un aumento en el gasto sanitario.¹

Para la evaluación económica de los pacientes complejos de atención primaria, según una revisión sistemática en Cataluña¹⁴, los pacientes con múltiples enfermedades crónicas son más propensos a ser hospitalizados, con un incremento en los costes de la atención sanitaria, por tanto, se planteó el desarrollo y la implementación de un programa con el objetivo de mejorar la coordinación de la atención de estos pacientes, caracterizados por el gran consumo de recursos sanitarios. Se valoraron atención hospitalaria y atención primaria, teniendo en cuenta la asistencia en el centro y en el domicilio y también la figura de enfermera gestora, dando lugar a que el coste asociado a cada ingreso evitado, ha sido inferior al coste de un ingreso hospitalario, siendo demostrada la relevancia de los cuidados en atención primaria de los pacientes crónicos. Por tanto también se debería incentivar la colaboración entre la atención primaria y la hospitalaria para la implementación de estrategias de abordaje de la cronicidad.

Los pacientes con enfermedades crónicas tienen mayor probabilidad de ser hospitalizados con un incremento en los costes de la atención sanitaria. Ya en algún artículo aparecen los costes de enfermería en forma cuantificando la visita de enfermería en el centro, las visitas domiciliarias y el coste de la gestión de casos¹⁵.

En otros artículos, la determinación de costes totales en patologías crónicas como la hipertensión arterial, en seguimiento en atención primaria solo teniendo en cuenta los costes como las pruebas complementarias, derivaciones a especialistas de referencia, radiología y costes medios por visita.

Otro de los trabajos de Morales Ascencio¹⁷, trasladan que *“Fenómenos como el envejecimiento poblacional, el aumento de la dependencia, la cronicidad de los procesos*

y la inflación de expectativas en la ciudadanía, obligan, ante la presencia de recursos limitados, a dilucidar con mayor precisión qué intervenciones sanitarias realmente producen resultados en la población”, planteándose cómo medir los costes de dichos pacientes, considerando que “el enfoque exclusivamente centrado en parámetros biomédicos no tiene suficiente poder explicativo”, y por tanto sería conveniente el desarrollo de la medición a través de las clasificaciones enfermeras.

Una de las funciones de la enfermera, tanto en entorno hospitalario como en atención primaria, es el uso eficiente de los recursos disponibles, tal y como se menciona en el trabajo de Company-Sancho¹⁸, donde se concluye que el personal de enfermería ha ido integrando el lenguaje estandarizado en los cuidados, lo que permite, a través de la NANDA, NOC y NIC, una evaluación de la efectividad de los cuidados administrados, pudiendo mejorar así la capacidad del uso de los recursos sanitarios. En este trabajo se expone la máxima importancia que adquiere la evaluación económica del producto enfermero, ya que, con este registro y medición de las intervenciones de enfermería, va a permitir obtener datos para la toma de decisiones sanitarias.

Otro de los aspectos que se valora es el coste de oportunidad que implican los cuidados enfermeros en el paciente crónico de Atención primaria, es decir, *“de dedicar un recurso a un uso determinado es el valor del mejor uso alternativo de ese recurso al que renunciamos con nuestra elección”*¹⁹, por tanto, podremos hacer una estimación del mejor uso alternativo al que estamos renunciando con los cuidados del paciente crónico complejo de atención primaria.

En Economía de la salud no solo son importante los costes de las intervenciones, sino que se ocupa de la mejor manera de asignar recursos para la mejora de la salud y el bienestar de la población. El crecimiento del gasto sanitario empezó a ser una preocupación en los años setenta. La economía en el ámbito de la salud se orienta hacia la obtención del máximo nivel de salud con los recursos disponibles. La economía de la salud en el ámbito sanitario ha contribuido no solo a la salud, sino a la evaluación global de las intervenciones sanitarias, el análisis coste beneficio generalizado²⁰.

OBJETIVOS GENERALES Y ESPECIFICOS

OBJETIVO GENERAL:

1. Analizar el coste medio de cuidados enfermeros de varias Zonas Básicas de Salud de Atención Primaria de la isla de Tenerife, utilizando la terminología estandarizada de las clasificaciones NOC (resultados enfermeros) y NIC (intervenciones enfermeras)

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

1. Determinar el perfil socioeconómico y funcional de la muestra de pacientes
2. Determinar el coste de oportunidad que implican los cuidados enfermeros en el paciente crónico de Atención primaria.
3. Determinar los costes en cuidados enfermeros derivados de los diagnósticos de enfermería de los planes de cuidados y los costes de la consulta programada por el profesional de enfermería durante un año
4. Comprobar si existen diferencias entre los costes en las necesidades de cuidados de los pacientes de muy alta complejidad (percentil 99,5 según pirámide de káiser) y los pacientes de alta complejidad (percentil 95 y <99,5).

HIPÓTESIS DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Una vez obtenidos los costes de enfermería de los pacientes crónicos de alta complejidad, observaremos el elevado coste de los pacientes crónicos en atención primaria. Además, podremos determinar según el número de intervenciones por paciente, los diagnósticos que generan mayor coste de enfermería de los pacientes. Por otro lado, una de las variables que se analizan es el número de hospitalizaciones durante el último año, por lo que es bastante probable que haya una relación directa entre los pacientes con mayores costes de enfermería y más derivaciones hospitalarias.

METODOLOGIA

Sujetos del estudio.

Población: pacientes con existencia de patología crónica y diagnóstico de alta complejidad en el Área de Salud de Tenerife con tarjeta sanitaria del Servicio Canario de la Salud.

Criterios de inclusión:

- personas con más de 18 años catalogados como pacientes de alta complejidad, con percentil de complejidad mayor o igual al 95
- que formen parte de los cupos de las enfermeras participantes en la recogida de datos
- consentimiento informado firmado
- residentes en Tenerife

Criterios de exclusión:

- historias clínicas de pacientes no diagnosticados como paciente de alta complejidad o con percentil inferior al 95 o pacientes
- que no hayan sido vistos en el último año por su enfermera de referencia.
- personas que no hablen español

Muestra:

La cifra total de pacientes crónicos de alta complejidad, según explotación de datos del SCS de enero de 2019, asciende a 12.969 personas correspondientes a cupos de adultos (1.491 pacientes con percentil mayor o igual a 99,5 y 11.478 pacientes con percentil mayor o igual a 95 y menor de 99,5). Precisaríamos de 374 casos de los cuales seleccionaremos, respondiendo a objetivos de la investigación, a los pacientes crónicos complejos.

Diseño del estudio:

Se trata de un estudio observacional y descriptivo.

Variables:

Las variables utilizadas para la recogida de datos son:

- Edad
- Sexo
- Nivel de estudios

- Fecha en la que se recogen los datos
- Clasificación en el programa del mayor (autónomo, frágil, dependiente)
- Número de ingresos hospitalarios en el último año
- Convivencia
- Número de visitas a la enfermería gestionadas por el propio profesional en el último año
- Duración de la consulta (tiempo que estima el profesional de enfermería)
- Situación laboral
- Áreas de disfuncionalidad y en riesgo por patrones funcionales de Gordon
- Número y enunciado de diagnósticos enfermeros NANDA-I
- Resultados NOC e intervenciones NIC y problemas de salud fundamentales.

Por último una de las variables que se recogen, es la clasificación según los grupos de morbilidad ajustada que ha utilizado diagnósticos pasados y presentes recogidos en la historia y del Conjunto Mínimo de Datos Hospitalario. Esta herramienta clasifica a los pacientes según el grado de complejidad mostrando en la historia clínica Drago-AP un triángulo de color. El triángulo rojo corresponde a los pacientes con un peso de complejidad mayor y que por tanto, van a requerir mayores cuidados y consumo de recursos. Además, hay otros niveles de complejidad menor que se identifican con un triángulo naranja, amarillo, vainilla y gris, respectivamente, es por ello que vamos a seleccionar solo los clasificados como triángulo rojo y naranja (con percentil mayor o igual a 95 y menor de 99,5).

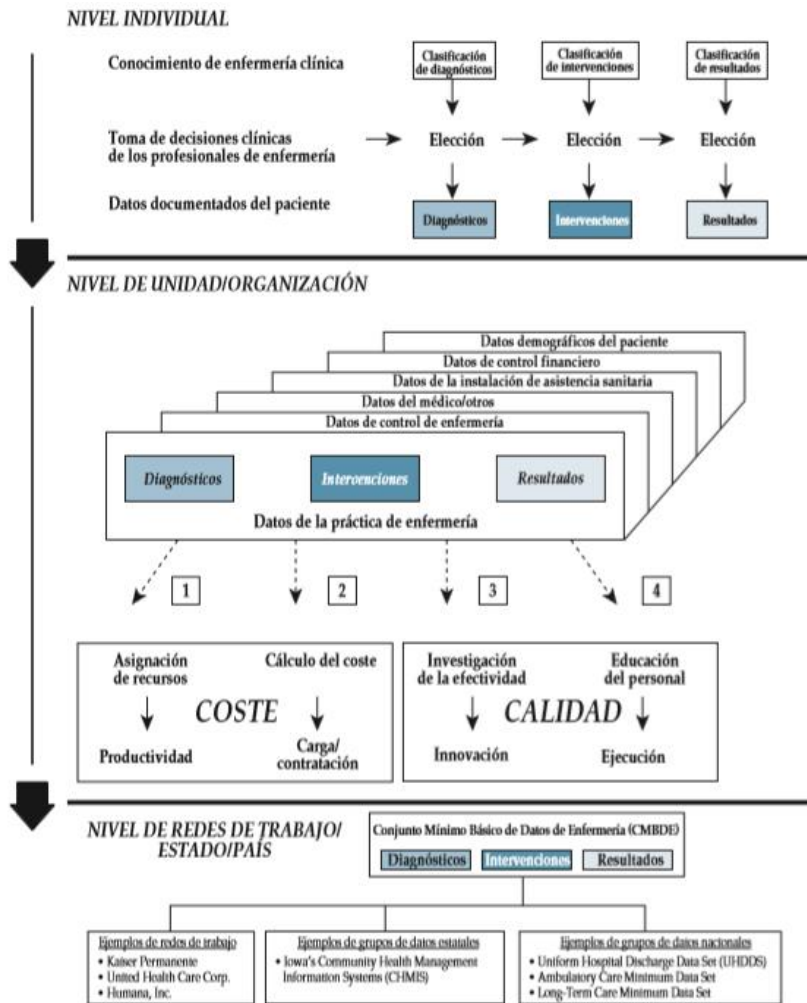
Procedimiento de recogida y análisis de datos:

La recogida de los datos se realizará mediante un formato en papel para su posterior transcripción por parte del profesional al soporte informático habilitado para ello. Para esto se utilizará el programa SPSS donde se pueden introducir todos los datos por los profesionales y trabajar en el análisis y volcado en formato electrónico tras haber pasado primero los datos en formato papel con el cuaderno de recogida de datos.

Para el análisis descriptivo de los datos, se usarán medidas de tendencia central y dispersión como desviación estándar, rango, media y mediana en las variables cuantitativas.

Para el cálculo de los costes, utilizaremos un modelo para explicar la relación del uso de un lenguaje normalizado para la documentación de los cuidados enfermeros que genera información, y que sirve para tomar decisiones sobre temas de costes y calidad en el centro sanitario. En el nivel individual, cada profesional utiliza un lenguaje en las áreas

de diagnósticos, intervenciones y resultados para trasladar los planes de cuidado. En el nivel unidad/organización, la información sobre pacientes, se reúnen para todos los pacientes de la unidad. El modelo muestra como los datos de la práctica clínica pueden utilizarse para la determinación del coste y la calidad de los cuidados de enfermería. El aspecto de los costes en este modelo, se aplica a la asignación de recursos y al cálculo del coste de los servicios de enfermería. El uso del lenguaje normalizado no produce conocimiento instantáneo sobre costes pero proporciona los datos suficientes para tomar decisiones en estas áreas.



Costes: asignación de recursos: la distribución de personal

- Determinar las intervenciones relacionados con el tipo de población
- Determinar y emplear las reglas para la distribución por categorías del personal.
- Asignar otros recursos
- Determinar la productividad del personal

Costes: determinar los costes de los servicios de enfermería realizados al paciente

- Identificar las intervenciones realizadas al paciente
- Fijar el precio por intervención teniendo en cuenta el nivel del proveedor y el tiempo invertido
- Determinar el coste del suministro de cuidados por paciente (intervenciones de cuidados directos)
- Determinar la carga por paciente³.

Limitaciones del estudio

Pueden existir historias clínicas cuyo registro de patrones funcionales y diagnósticos de enfermería en historia sea incompleto o inexistente.

Consideraciones éticas

- Para la realización del proyecto se solicitarán los permisos pertinentes a la Gerencia de Atención Primaria de Tenerife para la puesta en marcha del estudio (Anexo 2)
- Se les entregará un consentimiento informado por escrito donde se les dará información acerca del proyecto teniendo la posibilidad de renunciar en cualquier momento.
- Este estudio cumple con los requisitos de la Declaración de Helsinki, el Convenio del Consejo de Europa sobre Derechos Humanos y Biomedicina, la Declaración Universal de la UNESCO, la protección de datos personales y bioética, la Ley 14/2007, 3 de julio, de Investigación biomédica, y los requisitos de la legislación española. Los pacientes serán informados sobre el desarrollo del estudio y firmarán un consentimiento según las normas éticas y el modelo a tal efecto aprobado por el Comité de Ética de la Investigación del Complejo Hospitalario Universitario de Canarias, Tenerife.

PLAN DE TRABAJO

Cronograma

	NOVIEMBRE								ENERO				FEBRERO				MARZO				ABRIL					
	DICIEMBRE																									
SEMANAS/ACTIVIDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24		
Búsqueda bibliográfica	■																									
Establecimiento de objetivos					■																					
Diseño del estudio							■	■																		
Creación del cuestionario									■																	
Permisos													■													
Metodología																										
Realización del trabajo de campo															■											
Análisis de datos																			■							
Conclusión y redacción																					■					

Lugar de realización

La recogida de datos las realizará cada una de las enfermeras en las consultas de sus centros de salud.

PRESUPUESTO

INFRAESTRUCTURA			
Las consultas de los centros de salud de cada uno de los profesionales de enfermería que realizan la recogida de información			
RECURSOS HUMANOS			
1 enfermera (líder del proyecto)			
10 enfermeras (capturación paciente y recogida información)			
RECURSOS	UNIDADES	PRECIO UNIDAD	TOTAL
Profesional estadística	1	500	500
RECURSOS MATERIALES			
bolígrafos	10	0,40	4
papel	100	4,15	4,15
tóner	1	18,5	18,5
ordenador	1	685	685
impresora	1	150	150
transporte	200	0,75	150
dietas	15	5	75
			1586,65€

BIBLIOGRAFIA

1. Estrategia de abordaje a la cronicidad en la Comunidad Autónoma de Canarias. Gobierno de Canarias. Marzo 2015
<http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/1e7740f8-d12e-11e4-b8de159dab37263e/LibroCronicidadCompleto.pdf>
2. Preventing chronic diseases: a vital investment: WHO global report.
3. Butcher H, Bulechek GM, Dochterman J, Wagner CM. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). Barcelona: Elsevier; 2018.
4. Orden SAS/1729/2010, de 17 de junio, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria.(Boletín Oficial del Estado, 29 de Junio de 2010)
5. María Isabel Marmol-López, Isabel Miguel MONToya, Raimunda Montejano Lozoya, Almudena Escribano Pérez, Vicente Gea-Caballero, Antonio Ruiz Hontangas. Impacto de las intervenciones enfermeras en la atención a la cronicidad en España. revisión sistemática. Rev Esp Salud Pública 2018;92:27
6. Miguélez-Chamorro A, Ferrer-Arnedo C. La enfermera familiar y comunitaria: referente del paciente crónico en la comunidad. Enfermería clínica 2013;24(1):5-11.
7. Brotons Cuixart C, Moral Peláez I, Pitarch Salgado M, Sellarès Sallas J, Bohigas Santasusagna L, da Pena Alvarez, José Manuel. Evaluative study of medical-care costs in primary care. Atención primaria 2007 Sep;39(9):485-489.
8. Blay C, Martori JC, Limon E, Lasmarías C, Oller R, Gómez-Batiste X. Cada semana cuenta: uso de dispositivos sanitarios y costes relacionados de una cohorte comunitaria de personas con enfermedades crónicas avanzadas. Atención primaria 2019;51(6):359-366.
9. Oliva J, Brosa M, Espin J, Figueras M, Trapero M, Key4Value. Cuestiones controvertidas en evaluación económica I: Perspectivas y costes de intervenciones sanitarias. Rev esp salud Pública.2015;89:5-14
10. Brotons Cuixarta C, Moral Peláez I, Pitarch Salgado M, Sellarès Sallas J, Bohigas Santasusagna L, da Pena Álvarez JM. Estudio evaluativo de los costes asistenciales en atención primaria en E localizador web, 2007; 39(9):485-9
11. Juncosa S, Bolívar B, Roset M, Martínez C. Influencia de la unidad de análisis en los estudios de utilización de recursos en atención primaria. Gac Sanit. 1999;13(1):53-61
12. Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e igualdad. Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud Estrategia aprobada por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud el 27 de junio de 2012. Boletín Of del Estado. 2012;80.

13. Gimenez A, Fernández B, Peña C, Ferro M, González A. La aportación enfermera a la sostenibilidad del sistema sanitario. Repercusión económica de los resultados. Jornadas Nacionales Enfermería
14. Allepuz Palau A, Piñeiro Méndez P, Molina Hinojosa JC, Jou Ferre V, Gabarró Julià L. Evaluación económica de un programa de coordinación entre niveles para el manejo de pacientes crónicos complejos. Atención primaria 2013;47(3):134-140.
15. Allepuz Palau A, Piñeiro Méndez P, Molina Hinojosa JC, Jou Ferre V, Gabarró Julià L. Evaluación económica de un programa de coordinación entre niveles para el manejo de pacientes crónicos complejos. Atención Primaria 2015 Mar 01;47(3):134-140.
16. Durán J, Jodar G, Pociello V, Parellada N, Martín A, Pradas J. Reforma de la atención primaria de salud: resultados económicos, asistenciales y de satisfacción. Aten Primaria. 1999;23:474-8.
17. Morales J. Investigación de resultados en enfermería. El camino hacia la efectividad de los cuidados. Index enferm 2004;vol 13:44-45
18. Company-Sancho MC, Estupiñán-Ramírez M, Sánchez-Janáriz H, Tristancho-Ajamil R. Relación entre diagnósticos de enfermería y uso de recursos sanitarios. Enfermería clínica 2017;27(4):214-221.
19. Hidalgo A., Corugedo I. y Del Llano J. (2000) Economía de la Salud. Ediciones Pirámide. Madrid.
20. Ortun Rubio V, Meneu de Gillerna R, Impacto de la economía en la política y gestión sanitaria. rev española salud pública. 2006; 80: 491-504
21. Rovira J, Antoñanzas F. Las repercusiones de la economía de la salud en la política sanitaria española, en Asociación de Economía de la Salud (ed.): Avances en la Gestión Sanitaria. Palma de Mallorca, 2000; 201-212.
22. Artells Herrero JJ. Aplicación del análisis costebeneficio en la planificación de los servicios sanitarios: eficiencia y equidad en la atención perinatal. Barcelona, Masson; 1989.
23. Murillo Fort C, González López-Valcárcel B. El sector sanitario en España: Situación actual y perspectivas de futuro. Hacienda Pública Española 1991; 119: 41-58.
24. Grupo de trabajo Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. Informe del proyecto de estratificación de la población por grupos de morbilidad ajustados (GMA) en el Sistema Nacional de Salud (2014-2016). Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. 2018.
25. Ortega Tallón MA, Roca Figueres G, Iglesias Rodríguez M, Jurado Serrano J. Pacientes hiperfrecuentadores de un centro de atención primaria: características sociodemográficas, clínicas y de utilización de los servicios sanitarios. Atención Primaria. 2004 Feb 15;33(2):78-85.
26. Lozano MJG, Berrocal DG-C, de Maya Matallana MC, Mendoza García C. El profesional y la organización en el uso de recursos de atención primaria. Atención

Primaria. 2000;26(8):526–32.

27. Starfield B, Lemke KW, Bernhardt T, Foldes SS, Forrest CB, Weiner JP. Comorbidity: Implications for the importance of primary care in «case» management. *Ann Fam Med*. 2003;1:8–14.2
28. Monterde D, Vela E, Clèries M. Respuesta a la carta «Los grupos de morbilidad ajustados: un debate pendiente ». *Atención Primaria*. 2017 Aug;49(7):439–40.
29. Monterde D, Vela E, Clèries M, García Eroles L, Pérez Sust P. Validez de los grupos de morbilidad ajustados respecto a los clinical risk groups en el ámbito de la atención primaria. *Atención Primaria*. 2019 Mar;51(3):153–61.
30. Puig-Junoy J, Ortún V, Ondategui S. Conocimientos, valores y políticas en economía de la salud. *Gac Sanit* 2000; 14: 378-85.
31. Oliva J, Brosa M, Espín J, Trapero-Bertran M y Key4Value-Grupo I. Cuestiones controvertidas en evaluación económica (I): perspectiva y costes en la evaluación económica de intervenciones sanitarias. *Rev Esp Salud Pública*. 2015; 89 (1): 5-14.

ANEXOS

Anexo 1: Cuaderno de recogida de datos

CUADERNO DE RECOGIDA DE DATOS			
CODIGO		EDAD	
SEXO		Nº DE PRINCIPIOS ACTIVOS	
NIVEL ESTUDIOS		FECHA	/ /
VIVE SOLO	SI NO	TIENE CUIDADOR	SI NO
CLASIFICACION PROGRAMA DEL MAYOR		Nº INGRESOS HOSPITALARIOS EN EL ÚLTIMO AÑO	
Nº VISITAS DE ENFERMERIA DESDE 09/2018 A 09/2019		DURACION DE LA CONSULTA	
SITUACION LABORAL	ACTIVO	NO ACTIVO	PENSIONISTA
PATRONES DE SALUD DISFUNCIONALES			
PATRONES DE SALUD EN RIESGO			
PROBLEMAS DE SALUD FUNDAMENTALES			
DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	OBJETIVOS	NIC	

Anexo 2: Consentimiento informado

Consentimiento informado: recogida de datos de las historias clínicas

El objetivo de este proyecto es realizar un estudio de costes de los pacientes crónicos complejos, a través de la NIC (intervenciones de enfermería) de los diagnósticos enfermeros para examinar la eficacia y coste de los cuidados, demostrando con ello la mejora en la capacidad del uso de los recursos sanitarios y el impacto que tiene los profesionales de enfermería en el sistema de prestación de cuidados sanitarios en el ámbito de atención primaria. Para ello se analiza la información clínica registrada en historia electrónica de los pacientes crónicos por las enfermeras de Atención Primaria.

Dn^a _____ con DNI _____, doy mi consentimiento para que entren en mi historia clínica como fuente de información de este estudio de manera anónima y sin ser destinados a ningún otro fin que el expuesto. Declaro que he leído y conozco los contenidos del presente documento, comprendo el compromiso que asumo y lo acepto expresamente. Y, por ello, firmo este consentimiento informado de manera voluntaria.

Fdo:

En.....a.....de.....de 20.....



Servicio Canario de la Salud



Gobierno de Canarias
Consejería de Sanidad

● Atención al Paciente de Alta Complejidad.

● Valoración Clínica Exhaustiva en el Paciente Crónico de Alta Complejidad.

El incremento de la esperanza de vida y el progresivo envejecimiento de la población están poniendo al Sistema Sanitario frente al reto de atender cada vez más a mayor número de pacientes con enfermedades crónicas, algunos de Alta Complejidad.

Dentro de los Pacientes de Alta Complejidad se incluyen a aquéllos con alguna **enfermedad crónica no neoplásica en estadio avanzado** (ver tabla), **los pacientes pluripatológicos** y aquéllos con **alguna enfermedad de riesgo** (aquella que por sus características sociosanitarias requieren mayores cuidados profesionales: algunas enfermedades raras, degenerativas, incapacitantes, sistémicas...)

ENFERMEDAD CRÓNICA NO NEOPLÁSICA EN ESTADIO AVANZADO

INSUFICIENCIA CARDIACA CRÓNICA.

Disnea basal mayor o igual a clase funcional III de la NYHA¹.

ENFERMEDAD RESPIRATORIA CRÓNICA.

Disnea basal mayor o igual a III MRC²; SaO₂<90%; OCD

ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA.

estadio 4-5 NFK³ (FG<30ml/min)

ENFERMEDAD HEPÁTICA CRÓNICA.

Child-Pugh > 7.

ENFERMEDAD NEUROLÓGICA CRÓNICA.

Pfeiffer ≥ 7 errores, MEC ≤ 18; Índice de Barthel < 60.

1. New York Heart Association

2. Escala de disnea Medical Research Council

3. Estadio 4 entre 29-15 ml/min y estadio 5<15 ml/min

4. Para su cálculo se tiene en cuenta: ascitis, bilirrubina, albúmina, TP y encefalopatía

Estos pacientes suponen **mayor complejidad** en su manejo pues presentarán **necesidades cambiantes** que van a obligar a **revalorizaciones continuas** por parte de los distintos profesionales y a un **sistema sanitario que de respuesta** eficiente a todo esto.

La principal queja de este tipo de pacientes con necesidades complejas es la **fragmentación de la atención** que reciben a menudo. Esto genera estrés e incertidumbre, resta confort al paciente y a su familia así como eficacia y eficiencia en la resolución de los problemas.

Por ello, para estos casos se hace necesario un cambio en el modelo de atención. Ir de un modelo más reactivo, centrado en la enfermedad, más fragmentado en la respuesta de sus distintos agentes y más paternalista hacia un modelo más proactivo, integrado y centrado en el paciente y en qué es lo que pide y

quiere. Esto supone ir hacia lo que se conoce como **“gestión del caso”** (ver Pirámide de Kaiser)¹⁻²



Gestionar un caso implica **centrar las acciones en el paciente** y no en la enfermedad, dando prioridad en la toma de decisiones, además de a las características clínicas (práctica basada en la evidencia), también a las familiares, sociales y de preferencias del paciente. Y requiere también, la **actuación integrada** de los diversos profesionales implicados en la atención y cuidados y de los distintos niveles asistenciales.

La atención de estos Pacientes Crónicos de Alta Complejidad requiere como punto de partida una **valoración clínica exhaustiva** del paciente que recabe información clínica, funcional, social y de **preferencias** del mismo; identifique los problemas que han de centrar las actuaciones y los cuidados que el paciente ha de requerir y que defina bien un **plan conjunto de actuaciones y cuidados** (sanitarios, paciente y familiares implicados). Además, la atención de estos pacientes exige también, para cuando éste requiera otros niveles de atención, disponer de unas **rutras de derivación entre AP y AE ágiles y resolutivas**.

En este contexto y en nuestro entorno, es **clave el papel de la Atención Primaria** como eje central de la atención.

El conocimiento del paciente y su familia y la cercanía del mismo obligan al **médico y a la enfermera de familia (Unidad de Atención Familiar, UAF)** a ocuparse de las **necesidades del paciente** (además



Servicio
Canario de la Salud



Gobierno de Canarias
Consejería de Sanidad

● Atención al Paciente de Alta Complejidad.

● Valoración Clínica Exhaustiva en el Paciente Crónico de Alta Complejidad.

de al manejo clínico en sí). El objetivo ha de ser que **el paciente** se mantenga en su domicilio cuanto más tiempo mejor, con el apoyo sanitario y social necesario pero garantizando una **derivación eficaz** a otros niveles asistenciales y sociales cuando el caso lo demande.

Por tanto, este tipo de atención obliga a **reorganizar el sistema** facilitando la integración entre los distintos profesionales implicados en los distintos niveles de atención, creando **vías de comunicación y coordinación eficaces entre AP y AE** (internista/geriatra y enfermera hospitalaria).

En ese sentido, para facilitar el acceso al segundo y tercer nivel de atención (AE), la Gerencia de AP de Tenerife y el Hospital de Referencia ponen a disposición los EAP y pacientes unas **“Rutas preferentes de comunicación”**. Se crea la **Unidad del Paciente Crónico de Alta Complejidad** como elemento intermedio entre la AP y la AE y crea vías de comunicación a través de la **consulta virtual o vía telefónica** (todo esto se abordará en la Ficha 3).

Para medir el riesgo o complejidad del paciente, el SCS se ha apoyado en la herramienta promovida por el Ministerio de Sanidad denominada **GMA (grupos de morbilidad ajustada)**, validada en diferentes comunidades autónomas, capaz de **predecir el riesgo de mortalidad, hospitalización y uso de recursos sanitarios**.

GMA ha utilizado diagnósticos pasados y presentes recogidos en la historia y del Conjunto Mínimo de Datos Hospitalario. Esta herramienta clasifica a los pacientes según el grado de complejidad mostrando en la historia clínica Drago-AP un triángulo de color. El **triángulo rojo** corresponde a los pacientes con un peso de **complejidad mayor** y que por tanto, van a requerir **mayores cuidados y consumo de recursos**. Además, hay otros niveles de complejidad menor que se identifican con un triángulo naranja, amarillo, vainilla y gris, respectivamente.

Los Pacientes etiquetados de Alta Complejidad van a estar disponibles para una valoración exhaustiva a través de un listado en **“Gestión de mi consulta”**, **“Mis Pacientes”**, en otros informes en **“Paciente Crónico de Alta Complejidad”**. Se estima una media en torno a 10 pacientes de estas características por cupo.

El **rol o función del Médico de Familia** en la Atención Integral al Paciente de Alta Complejidad habrá de ser el de **ubicar al paciente en un nivel adecuado de riesgo identificando los problemas de salud más relevantes**, que condicionarán el pronóstico y las mayores necesidades de atención en los últimos años de la vida del paciente. Además, tendrá que **ajustar el tratamiento del paciente** teniendo en cuenta los inconvenientes de la polimedicación, y **se coordinará** para el seguimiento del paciente **con enfermería** (quien valorará y establecerá el Plan de Cuidados), **y con otros profesionales de AP o AE** según su evolución clínica y sus necesidades.

Por su parte, **el rol o función del enfermero de familia** será contribuir de forma proactiva a la **identificación y seguimiento** de los pacientes, **valorando las necesidades** de cuidados, **garantizando la continuidad** de los mismos y **capacitando al paciente y familia** para llevar a cabo los Planes de Cuidados. Habrá de coordinarse con el médico de familia para la consecución de los objetivos y servir de **enlace y coordinación con otros profesionales** de otros niveles de atención.

Médico de Familia y Enfermero de Familia, que constituyen la UAF (Unidad de Atención Familiar), adquieren un papel relevante en el abordaje de este paciente si bien han de verse complementados, cuando sea necesario, por los demás miembros del Equipo.

La **Enfermera Comunitaria de Enlace (ECE)**, en aquellas Zonas Básicas donde forme parte del EAP, servirá de apoyo a la UAF en la **valoración y seguimiento de estos pacientes y sus cuidadoras y familia**, además de servir en facilitar la **coordinación con otros niveles asistenciales** garantizando así la continuidad de cuidados (cuando requieren un ingreso o cuando son dados de alta hospitalaria).

Por su parte, la **Trabajadora Social (TS)**, en el seno de este Plan de Atención al Paciente Crónico de Alta Complejidad (dentro de la estrategia de abordaje a la cronicidad del SCS), hará la **valoración e Informe Social** cuando Médico y/o Enfermera de Familia hayan detectado la existencia de **Factores de Riesgo Social** (ver en anexo); también, a demanda del propio paciente y/o familia o de otros dispositivos ajenos al EAP, en cuyo caso compartirá el caso con la UAF de cara a que sea realizada la valoración clínica completa del paciente, confirmar su nivel de complejidad



Servicio
Canario de la Salud



Gobierno de Canarias
Consejería de Sanidad

● Atención al Paciente de Alta Complejidad.

● Valoración Clínica Exhaustiva en el Paciente Crónico de Alta Complejidad.

dad e incluir en Programa. El **Informe Social incluirá el diagnóstico y el Plan de Actuación Social** (ver en anexo, cronograma de actuación cuando se detecten factores de riesgo social).

La **Dirección de Zona Básica** habrá de facilitar cualquier aspecto organizativo que favorezca el trabajo en Equipo.

Y finalmente, el **Área Administrativa** constituirá una pieza fundamental a la hora de gestionar citas, documentación, contactos con el paciente...

La **valoración clínica exhaustiva** en estos pacientes es imprescindible y constituye el punto de partida. **Su registro en la historia clínica Drago-AP** también, porque estos datos clínicos han de ser conocidos y compartidos por otros profesionales ajenos al EAP. En este sentido, es imprescindible generar **información útil para compartir** entre los distintos

profesionales que han de participar en el proceso asistencial y que facilite la toma de decisiones.

Por tanto, es necesario que prestemos atención a los datos clínicos recogidos actualmente en la Historia Clínica Drago-AP y **sistematicemos la revisión, actualización y mejora de los mismos** para que sean más fácilmente comprendidos y compartidos por todos. Evidentemente, esta tarea va más allá de revisar y ordenar documentación clínica existente; implica tener presente al paciente para completar su valoración clínica integral.

En esta Ficha, expondremos la forma sistemática de hacer la **valoración clínica exhaustiva** y la adecuación de la información y de los registros recogidos en la Historia Clínica Drago-AP por parte del EAP en cada uno de los Pacientes de Alta Complejidad. (triángulo rojo).

Valoración Clínica Exhaustiva

De forma didáctica y aunque hayan puntos comunes en la valoración, se presentarán por separado: en primera instancia se expondrá la valoración que realizará el Médico de Familia y, a continuación, la valoración que realizará la Enfermera de Familia. Evidentemente, debe haber reuniones conjuntas de la UAF y, cuando sea necesario, actuaciones de otros miembros del Equipo.

1. Valoración Clínica Exhaustiva por el Médico de Familia.

Reunión preliminar de la UAF.

Valorar listado "Gestión de mi consulta", "Mis pacientes", "Pacientes Alta Complejidad". Conocer, compartir pacientes. Decidir cómo nos vamos a organizar para la valoración integral.

Revisar lo que ya tenemos registrado

Leer la información asociada al triángulo de estratificación

Al colocar el cursor sobre el triángulo de estratificación (rojo, naranja, amarillo, vainilla o gris, según perfil de riesgo) aparecen los diagnósticos principales. Es de interés leer dicha información para contrastarla con nuestra historia de salud de AP, pues además de los diagnósticos pasados y presentes de la historia clínica de Drago-AP, existen diagnósticos que proceden del Conjunto Mínimo de Datos Hospitalarios y que tal vez no estén recogidos en Drago-

Actualizar el Árbol de Problemas

Filtrar por CIE9 y ordenar por Código Desc.

Tendrá como único objeto de facilitar la actualización del Árbol de Problemas, al mostrar menos líneas en el campo y presentar los problemas más agrupados por grupos de patologías. Esto permite una visualización mejor y mayor rapidez en el trabajo de actualización de los problemas.



Servicio
Canario de la Salud



Gobierno de Canarias
Consejería de Sanidad

● Atención al Paciente de Alta Complejidad.

● Valoración Clínica Exhaustiva en el Paciente Crónico de Alta Complejidad.

Revisar los Problemas Fundamentales: "pasar un problema a fundamental", "cierre o resolución de problema".

Se pasará a Fundamental un problema cuando siendo así no se encuentre etiquetado como tal (en negrita). Para ello, ratón botón derecho e ir a "Pasar un problema a fundamental". Asimismo, aquellos problemas fundamentales que ya no lo sean por mejoría o resolución del mismo deberán ser pasados a antecedentes o cerrados, yendo para ello a ratón botón derecho a "cierre o resolución de problema", "pasar a Antecedentes" o "Cerrar Problemas" con

Cerrar los Problemas no Activos: ir al "asistente de cierre de problemas". Agrupar y fusionar problemas.

Cuando los problemas ya resueltos o pasados son muchos, es preferible ir a ratón botón derecho a "Asistente de cierre de problemas". Este asistente mostrará todos los problemas agudos que la base de datos tiene registrados como tales, de más de 40 días identificados, excluyendo de ellos los diagnósticos relacionados con el embarazo. Se abrirá una ventana mostrando, por defecto, todos con un check de forma que si se va al botón "guardar cambios" desaparecerán de la carpeta activos y quedarán archivados en la carpeta todos. Por tanto, si hay algún problema que se desee conservar como activo, habrá previamente que quitar el check, antes de ir a "guardar cambios". Para agrupar y fusionar problemas, arrastrar con ratón botón izquierdo de un a otro, aparecerá una ventana preguntando si fusionar o agrupar. Al agrupar quedará el diagnóstico arrastrado dentro del otro y al fusionar se perderá el diagnóstico arrastrado quedando las fechas de visitas sucesivas.

Identificar los problemas con más impacto, que generan más riesgo y sobre los que hay que tomar decisiones.

Una vez simplificado y actualizado el árbol de problemas será más sencillo identificar cuales de todos los problemas activos y fundamentales son aquellos que suponen mayor impacto, que generan más riesgo y sobre los que habrá que tomar decisiones. Serán aquellos problemas que supongan mayor carga de morbilidad al paciente, aquellos por los que probablemente habrá que mover mayor número de recursos incluido demandas de valoración y atención por AE. Esto es importante tenerlos identificados de cara a incluirlos como eje central de la epicrisis o resumen actual de la situación clínica del paciente.

Revisar el Árbol de Derivaciones: todas las interconsultas y pruebas

Valorar estado de interconsultas y parámetros fuera de rango atendiendo a los de más impacto y con implicaciones pronósticas.

Hacer especial énfasis en aquellos parámetros fuera de rango (TABLA 1) que junto con la sintomatología clínica pueden significar mal pronóstico. Estos datos deberán ser tenidos en cuenta e informados a la hora de hacer la epicrisis o resumen de la situación clínica actualizada del paciente.

Revisar información procedente de Atención Especializada (AE)

Valorar información contenida en el botón "HCC" (Portal del Profesional)

A través de este Portal, AP y AE comparten información procedente de sus historias digitales. Desde AP podremos consultar los "Informes de Alta Hospitalaria", los "Informes de Cuidados de Enfermería", "Informes Clínicos de Urgencias" y los informes de consultas de los distintos servicios, siempre que hayan sido validados previamente cuando se efectúen desde AE. Para consultar los informes habrá que pulsar en la pestaña "Informes" de la barra de herramientas y posteriormente sobre el icono "pdf" del informe correspondiente que se quiera consultar. Además, este Portal permite consultar las citas pendientes del paciente. Para ello basta con pulsar la pestaña "Citas pendientes" de la barra de herramientas. Esta información deberá ser tenida en cuenta a la hora de hacer la epicrisis o resumen de la situación clínica actualizada del paciente.



Servicio
Canario de la Salud



Gobierno de Canarias
Consejería de Sanidad

• Atención al Paciente de Alta Complejidad.

• Valoración Clínica Exhaustiva en el Paciente Crónico de Alta Complejidad.

Consultar las valoraciones de enfermería con sus planes de cuidados. Consultar test, patrones... Consultar el estado vacunal.

Entrar a través del botón "PC" (Plan de Cuidados) y expandir el árbol. Ahí se mostrarán los diagnósticos enfermeros, los objetivos y las intervenciones. Para consultar algún test, patrón o programa se pinchará indistintamente en el centro de cualquiera de los 3 botones que hay en la barra de herramientas ("Patrones Funcionales", "Programas de Salud" o "Test", respectivamente). De esta forma se accederá al histórico de valoraciones. Se podrá seleccionar actuales o todas las valoraciones disponibles. Habrá que expandir los árboles (sobre el signo "más") y pinchar con doble click sobre el que seleccionemos para ver el detalle. Para consultar vacunas, ir al módulo de vacunas presionando en el botón correspondiente.

Revisar el Plan Terapéutico

Seguir protocolo de Revisión Clínica de los Medicamentos en el Paciente Crónico Polimedcado.

Se utilizará el modelo de revisión sistemática propuesto para el paciente crónico polimedcado y recogido en las Fichas Terapéuticas nº 4 y 5 del 2013: "Revisión clínica del Plan de Tratamiento del paciente crónico con polimedcación"

Seguir Protocolo de Mejora en el Manejo de las BZD.

Se utilizará el modelo de abordaje y simplificación del paciente en tratamiento crónico con benzodiazepinas, disponible en la Ficha nº 3 de 2016: "Mejoras en la prescripción de benzodiazepinas".

Valorar desprescripción.

Es importante, a la hora de la prescripción seleccionar el menor número de fármacos esenciales para la buena evolución clínica del paciente, que optimicen los beneficios, minimicen los daños (tener en cuenta los efectos secundarios y las interacciones farmacológicas en pacientes con pluripatología y polifarmacia) y que mejoren la calidad de vida del paciente. Por tanto, habrá que valorar la desprescripción o retirada paulatina de aquellos medicamentos que dada la situación evolutiva del paciente ya no aportan valor.

Valorar que información nos puede faltar y es relevante

Determinar necesidades de completar información con el paciente, de pruebas complementarias que puedan faltar y de consulta con otros profesionales del Equipo (enfermería de enlace, trabajador social...)

Sobre los procesos crónicos con más impacto y su valoración clínica evolutiva.

Podremos necesitar hablar con el paciente, informes que éste pueda tener de consultas con AE,...

Sobre la capacidad funcional.

Índice de Katz ("Valoración de actividades de la vida diaria", opcional en menores de 65a, dependiendo de su situación clínica) y de Lawton Brody ("Valoración de actividades instrumentales").

Sobre la capacidad cognitiva y de tomar decisiones.

Pfeiffer, MEC (Miniexamen cognoscitivo de Lobo) si examen anómalo o datos de deterioro cognitivo claros y escala global de deterioro de Reisberg.

Sobre el estado emocional. Escala de ansiedad y depresión de Goldberg

Situación sociofamiliar. Apgar familiar.



Servicio
Canario de la Salud



Gobierno de Canarias
Consejería de Sanidad

• Atención al Paciente de Alta Complejidad.

• Valoración Clínica Exhaustiva en el Paciente Crónico de Alta Complejidad.

Reunión de la UAF

Una vez cada parte haya hecho su valoración y actualización de la historia, se reunirá nuevamente la UAF para definir, organizar y programar cosas que queden pendientes y repartir tareas. En caso necesario, se activarán otros recursos del Equipo: enfermería de enlace (pacientes confinados), trabajadora social (si factores de riesgo social) y/o derivar a otros especialistas (AE) para visitas complementarias. Concertar cita con paciente y familia (presencial, domicilio, telefónica). Preguntar por preferencias del mismo. Acordar metas de tratamiento y cuidados.

- Una vez llegado a este punto, **si el paciente no fuese considerado de Alta Complejidad** y, por tanto no fuese a incluirse en el Programa, la recomendación, en cualquier caso, sería la de **hacer una epicrisis y marcar la visita como relevante**.

- **En caso de confirmarse que estamos ante un paciente de Alta Complejidad, se incluirá en el Programa** (activar el botón), **se hará la epicrisis y se codificará el paciente con el diagnóstico SCS.01 (Paciente de Alta Complejidad)**, procediendo como se detalla a continuación.

Hacer epicrisis en hoja de seguimiento (marcar visita como relevante)

Seleccionar Código Diagnóstico SCS.01: "Paciente de Alta Complejidad"

Entrando con la palabra "Paciente" se podrá seleccionar fácilmente este código diagnóstico SCS.01 o "Paciente de Alta Complejidad", que es el que nos ofrece el SCS para registrar todas las valoraciones hechas en este tipo de pacientes. A partir del momento en que hagamos la primera valoración integral del paciente en el contexto de este programa y completemos la información clínica relevante, las sucesivas visitas o valoraciones podrán ser archivadas bajo este mismo código diagnóstico además de con los otros

Redactar una epicrisis o resumen de los problemas y situación clínica actual del paciente

El redactar una epicrisis o resumen de los problemas y de la situación clínica actual del paciente dará especial valor a los registros. Es esencial para que otros profesionales que tengan que intervenir en el proceso, tanto del ámbito de AP como de AE dispongan de una información útil y válida para la toma de las mejores decisiones para el paciente. Para conocer los datos mínimos que debe recoger la epicrisis ir a la TABLA 2. La epicrisis se registrará en el campo libre de la hoja de seguimiento en el apartado de anamnesis o

Establecer el Plan de Actuación

Con todo lo anterior, estaremos en disposición de establecer el Plan de Actuación que junto con el Plan de Cuidados de Enfermería garantizará la calidad de atención y deberá guiar el seguimiento de estos pacientes. Este Plan de actuación quedará registrado en el campo libre disponible para tal fin en la hoja de segui-

Marcar Como "Visita Relevante"

Finalmente, marcaremos esta visita que contiene los datos de la epicrisis y resumen clínico actualizado como "Visita relevante". Así conseguimos que esta visita quede identificada en rojo y sea más fácilmente accesible de forma rápida para su consulta por todos los intervinientes en el proceso.

Reunión de la UAF

Puesta en común Plan de Actuación y Plan de Cuidados. Programar visita para acordar con el paciente y/o familia (cuidador primario) el **Plan Compartido Definitivo**. Planificar visitas o contactos de seguimiento.



Servicio
Canario de la Salud



Gobierno de Canarias
Consejería de Sanidad

● Atención al Paciente de Alta Complejidad.

● Valoración Clínica Exhaustiva en el Paciente Crónico de Alta Complejidad.

2. Valoración Clínica Exhaustiva por la Enfermera de Familia.

Reunión preliminar de la UAF.

Valorar listado "Gestión de mi consulta", "Mis pacientes", "Pacientes Alta Complejidad". Conocer, compartir pacientes. Decidir cómo nos vamos a organizar para la valoración integral.

Revisar lo que ya tenemos registrado

Leer la información asociada al triángulo de estratificación

Al colocar el cursor sobre el triángulo de estratificación (rojo, naranja, amarillo, vainilla o gris, según perfil de riesgo) aparecen los diagnósticos principales. Es de interés leer dicha información para contrastarla con nuestra historia de salud de AP, pues además de los diagnósticos pasados y presentes de la historia clínica de Drago-AP, existen diagnósticos que proceden del Conjunto Mínimo de Datos Hospitalarios y que tal vez no estén recogidos en Drago-AP.

Actualizar el Árbol de Problemas

Revisar en el árbol de problemas los Diagnósticos de Enfermería (Dde)

Cerrar todos aquellos que ya no están presentes. Si para ello es necesario reevaluar al paciente, debe procederse primero con dicha valoración. El objetivo es actualizar el árbol para dejar constancia, únicamente, de aquellas necesidades de cuidados que permanezcan vigentes. Es posible agrupar algunos Dde de forma lógica y según grupos o necesidades de problemas. Por ejemplo: *Riesgo de deterioro de la integridad cutánea agrupado con Deterioro de la movilidad física*. Todo ello facilita una visualización más sencilla y rápida para la gestión del caso. En el árbol de problemas solo deben constar los problemas activos, tanto codificados como CIE como los Dde. Es conveniente acordar con la UAF la estrategia a seguir para el cierre y actualización de los problemas ya resueltos.

Revisar los Problemas Fundamentales: "Cierre o Resolución de problema", "Pasarse a Problema Fundamental"

Los Dde más importantes, que se refieran a las necesidades principales de cuidados prioritarias en cada paciente, deben pasarse a problema fundamental, habilitando dicha opción con ayuda del botón derecho del ratón y una vez ubicado el cursor sobre el Dde seleccionado. Igualmente, aquellos diagnósticos que ya no suponen un problema fundamental, por mejoría o resolución, deberán ser pasados a antecedentes o cerrarse, con ayuda del botón derecho y la opción "Cierre o Resolución de Problema".

Cerrar los Problemas no Activos: "en grupo o en bloque".

Para cerrar problemas no activos de forma conjunta o en bloque, hay que mantener pulsado el botón Control del teclado del ordenador y, a continuación, ir marcando todos aquellos diagnósticos que quieran pasarse a la carpeta Todos. Una vez seleccionados, pulsamos el botón derecho del ratón y "Cierre o Resolución de Problema" – "Cerrar Problema" – "Con Fecha de Hoy". Al ejecutar esta opción se abre una ventana de Asistente de Cierre de Problemas con la selección realizada previamente. A continuación, pulsamos el botón para grabar o "Cerrar Problema(s)" y los diagnósticos pasan de la carpeta Activos a Todos.

Identificar los problemas con mayor impacto y/o riesgo de complicaciones potenciales, sobre las cuales hay que tomar decisiones.

Cuando hemos simplificado y actualizado el árbol de diagnósticos, resulta más sencillo trabajar con la información clínica del paciente e identificar los problemas activos que suponen mayor impacto sobre la salud de la persona con situaciones crónicas y alta complejidad. Estos problemas, reales o potenciales, suelen suponer mayor carga de morbilidad y, en consecuencia, requieren, con más probabilidad, la activación de recursos socio-sanitarios y por parte de distintos niveles de atención (AP-AE). Es importante identificarlos para tomar decisiones posteriores (en el plan de cuidados) e incluirlos como eje central de la epicrisis o resumen actual de la situación clínica del paciente.



Servicio
Canario de la Salud



Gobierno de Canarias
Consejería de Sanidad

● Atención al Paciente de Alta Complejidad.

● Valoración Clínica Exhaustiva en el Paciente Crónico de Alta Complejidad.

Revisar otros apartados de interés de la historia: fármacos, signos vitales, hábitos, alergias, antecedentes, especialistas que visita...

Esto nos facilita completar una composición de lugar general sobre el estado de salud de la persona. Conocer el tratamiento farmacológico permite identificar cuáles son las patologías para las que esa persona requiere medicamentos y valorar, a posteriori, su adherencia. Además, permite conocer si las enfermedades existentes en el árbol de problemas cuentan todas ellas con un tratamiento farmacológico (conciliación) y, a la inversa, si entre el tratamiento farmacológico prescrito hay algún medicamento que "declare" un problema de salud no identificado con diagnóstico/s en el árbol de problemas.

La revisión de la hoja de signos vitales/constantas permite conocer si el paciente es seguido habitualmente por consulta de enfermería y cuáles son las cifras de control que mantiene: tensión arterial, peso, IMC, glucemia, Hba1c.

Revisar las valoraciones realizadas por Patrones Funcionales de Salud (PFS)

Acceder a Anamnesis Estructurada para conocer el Histórico de Valoraciones (patrones realizados y fechas) y su grado de funcionalidad (normal-verde, alterado-rojo, riesgo de alteración-naranja, no valorable-negro). Asimismo, el Histórico de Valoraciones permite visualizar los Programas, Guías y Protocolos (P.G.P.) realizados y los Test.

Al entrar en Anamnesis Estructurada tenemos disponible el botón Evolutivo (botonera superior), a través del cual podemos consultar, en una sola ventana, toda la información registrada en PFS, así como en programas, guías o protocolos, con sus diferentes fechas. Se accede pinchando sobre "Evolutivo Protocolos" y "Evolutivo de todos los patrones/programas". Esta opción es interesante para leer el contenido de todas las valoraciones existentes, antes

Revisar la información de las ventanas Dde y Plan de Cuidados (PC)

La ventana Dde aporta información sobre las necesidades de cuidados (diagnósticos enfermeros) detectadas por la/s enfermera/s, los objetivos a alcanzar y las intervenciones a realizar. Dicha información debe estar actualizada y ser, sobretodo, clara y coherente. El plan de cuidados debe ser comprensible en su registro y operativo para todo el equipo de salud, el paciente y/o su familia.

Por ello, en primer lugar, debemos actualizar la información en Dde, cerrando los diagnósticos que ya no están vigentes o no representan un problema prioritario en la atención de cuidados de la persona. Para cerrar estos diagnósticos (si no se ha hecho antes desde el Árbol de Problemas) hay dos opciones: pulsar botón derecho sobre el diagnóstico que queremos cerrar y clicar en "Cierre o resolución" – "Con Fecha de Hoy" o bien hacer check dentro del recuadro situado a la izquierda del diagnóstico. Cuando debajo de este diagnóstico que queremos cerrar hay objetivos NOC e intervenciones NIC, al señalar dentro del recuadro situado a la izquierda sale una ventana de Aviso que nos pregunta si queremos marcar los objetivos como alcanzados, debiendo responder "Si".

Cuando accedemos a Plan de Cuidados (PC) y pulsamos en el signo + de la opción "Expandir Árbol" podemos encontrar más información, sobre objetivos e intervenciones enfermeras, no disponible a través de la ventana Dde. Esto sucede porque, en ocasiones, la enfermera ha registrado objetivos e intervenciones, o solo intervenciones, sin vincular a un Dde, lo cual puede ser coherente en algunos casos y situaciones clínicas. Por este motivo, se recomienda también consultar la información en esta ventana para conocer y actualizar todos los cuidados planificados por la/s enfermera/s.

Revisar información procedente de Atención Especializada (AE)

Valorar información contenida en el botón "HCC" (Portal del Profesional)

A través de este Portal, AP y AE comparten información procedente de sus historias digitales. Desde AP se podrán consultar los "Informes de Cuidados de Enfermería". Para consultar los informes habrá que pulsar en la pestaña "Informes" de la barra de herramientas y posteriormente sobre el icono "pdf" del informe correspondiente. Además, este Portal permite consultar las citas pendientes del paciente. Para ello basta con pulsar la pestaña "Citas pendientes" de la barra de herramientas.



Servicio
Canario de la Salud



Gobierno de Canarias
Consejería de Sanidad

• Atención al Paciente de Alta Complejidad.

• Valoración Clínica Exhaustiva en el Paciente Crónico de Alta Complejidad.

Valorar que información nos puede faltar y es relevante

Determinar la necesidad de completar información importante con el paciente/familia o con otros profesionales del Equipo (enfermería de enlace, trabajadora socia...)

Sobre áreas de funcionalidad (por patrones de salud de Gordon) no exploradas, incompletas o desactualizadas (más de un año).

Para ello, evaluaremos la necesidad de valorar/revalorar al paciente/familia por PFS para tener información completa de los once patrones según el marco de M. Gordon (ver Anexos, Tabla 5). Es importante hacer uso de las anotaciones narrativas en el apartado "*Observaciones Generales del Patrón*" para explicar y describir con mayor claridad el estado de funcionalidad o disfuncionalidad identificado. Por ejemplo, la información registrada en historia no es igual de buena cuando simplemente hacemos check en la opción "*Actitud Estado de Salud = Negación*" que cuando, además de hacer dicho check, escribimos en observaciones generales con texto libre: "*El paciente no quiere iniciar la insulinización porque comenta que su madre era diabética y a partir de empezar con la insulina, empeoró y acabaron cortándole la pierna*". La calidad de la información es mayor cuando, además de responder a las preguntas de cada patrón, hacemos las anotaciones necesarias para el plan de cuidados posterior, completando así la valoración y permitiendo al resto de profesionales conocer cuál es la situación concreta de cada caso en las diferentes áreas exploradas.

La valoración por PFS en los pacientes de Alta Complejidad debe ser lo más completa posible, pudiendo focalizarse inicialmente en las áreas de mayor disfunción para ir completándola periódicamente.

Sobre áreas de funcionalidad (PFS) prioritarias.

Cada paciente debe ser valorado según su situación clínica concreta y el juicio de la enfermera que lo atiende. No obstante, algunas áreas de funcionalidad pueden ser de alto interés, a priori, en este perfil con Alta Complejidad: *percepción y manejo de la salud (PFS 1), estado nutricional y de la piel (PFS 2), nivel de movilidad y funcionalidad (PFS 4), estado cognitivo, senso-perceptivo y nivel de dolor (PFS 6), y situación socio-familiar para la organización de los cuidados (PFS 8)*. Esto no significa que el resto de información de los demás PFS no sea importante o no deba estar registrada en la historia de estos pacientes, pues ya hemos dicho que se debe ir completando periódicamente. Se trata de áreas de funcionalidad de alto interés cuyo registro en historia no puede faltar o que no puede dejar de explorarse en una primera valoración (en ocasiones, el profesional conoce la situación y tiene la información pero no está escrita en historia Drago-AP).

Sobre información específica a completar utilizando instrumentos: cuestionarios, test, índices, escalas.

Como complemento a la valoración, puede ser de interés administrar algún cuestionario, test, índice o escala para precisar el nivel de disfunción en un área determinada. Por ejemplo, aquellas mencionadas anteriormente como de alto interés en el paciente de Alta Complejidad.

Drago-AP dispone de una serie de instrumentos para completar la valoración por PFS (ver Anexos, Tabla 6) aunque igualmente es posible necesitar anotaciones, sobre otros problemas reales o potenciales, utilizando escalas no disponibles en Drago-AP y que la enfermera considere necesarias. Por ejemplo, el riesgo de caídas medido con la escala de Downton. En la Intranet de la Gerencia de Atención Primaria – Áreas profesionales – Enfermería, existe disponible en el apartado Vínculos (margen derecho) un enlace a un listado más completo de instrumentos de uso clínico, organizados por PFS.



Servicio
Canario de la Salud



Gobierno de Canarias
Consejería de Sanidad

● Atención al Paciente de Alta Complejidad.

● Valoración Clínica Exhaustiva en el Paciente Crónico de Alta Complejidad.

Sobre el registro en Dde y/o Plan de Cuidados (PC)

Una vez actualizado el árbol de Dde y PC, debemos completar la información registrada en forma de, principalmente, etiquetas diagnósticas (NANDA-I, color naranja) y de intervención (NIC, color azul). Para ello, debemos especificar en sus respectivos campos de observaciones con ayuda del botón derecho del ratón "Añadir/Modificar Observación". Por ejemplo, cuando el paciente tiene una herida diagnosticada como "Deterioro de la integridad tisular" es necesario especificar una observación del tipo "Deterioro de la integridad tisular (UPP grado 3 en sacro)".

En esta ventana que describe el plan de cuidados del paciente de Alta Complejidad, debe primar la calidad y claridad de la información, que se alcanza en mayor grado cuando acompañamos la etiqueta estandarizada de un texto libre, personalizado para la necesidad de cuidados de cada paciente (existe un listado priorizado de Dde para pacientes crónicos, Tabla 7).

Del mismo modo, la etiqueta de intervención, siguiendo el ejemplo, "Cuidados de las úlceras por presión" debe llevar una observación del tipo "Cuidados de las úlceras por presión (SF + Hidrogel + Apósito de espuma c/24 horas)". Además, a las intervenciones sucesivas se les debe añadir la fecha cuando son realizadas nuevamente. Para ello, pulsamos el botón derecho del ratón sobre la etiqueta de intervención y marcamos "Realizada y Abierta – Con Fecha de Hoy – (u) – Otra fecha (según corresponda)".

En algunos casos (por ejemplo, en diagnósticos como *Deterioro generalizado del adulto, Cansancio del rol de cuidador, Riesgo de caídas...*) es de interés, por el valor de la información que aporta, añadir a los diagnósticos enfermeros las características definitorias (CD) y los factores relacionados o de riesgo (FR). Para añadir esta información, seleccionamos con ayuda del botón derecho "Añadir CD o FR" y hacemos check en aquellas CD o FR que determinen la presencia del Dde identificado.

Recuerda que los largos listados de etiquetas NANDA-NOC-NIC no son útiles ni operativos. Mucho menos cuando no tienen las observaciones adecuadas. Trabajar la síntesis y la calidad/claridad de la información en estas ventanas (Dde/PC) permite hacer planes de cuidados operativos que posibilitan su continuidad y, con mayor probabilidad, la

Reunión de la UAF

Una vez cada parte haya hecho su valoración y actualización de la historia, se reunirá nuevamente la UAF para definir, organizar y programar cosas que queden pendientes y repartir tareas. En caso necesario, se activarán otros recursos del Equipo: enfermería de enlace (pacientes confinados), trabajadora social (si factores de riesgo social) y/o derivar a otros especialistas (AE) para visitas complementarias. Concertar cita con paciente y familia (presencial, domicilio, telefónica). Preguntar por preferencias del mismo. Acordar metas de tratamiento y cuidados.

- Una vez llegado a este punto, **si el paciente no fuese considerado de Alta Complejidad** y, por tanto no fuese a incluirse en el Programa, la recomendación, en cualquier caso, sería la de **hacer una epicrisis y marcar la visita como relevante**.

- **En caso de confirmarse que estamos ante un paciente de Alta Complejidad, se incluirá en el Programa** (activar el botón), **se hará la epicrisis y se codificará el paciente con el diagnóstico SCS.01 (Paciente de Alta Complejidad)**, procediendo como se detalla a continuación.

Hacer epicrisis en hoja de seguimiento (marcar visita como relevante)

Seleccionar Código Diagnóstico SCS.01: "Paciente de Alta Complejidad" y los diagnósticos NANDA-I que correspondan.

Entrando con la palabra "Paciente" se podrá seleccionar fácilmente este código diagnóstico SCS.01 o "Paciente de Alta Complejidad" (que es el estipulado por el SCS para registrar todas las valoraciones hechas en este perfil de pacientes) además de los diagnósticos NANDA-I decididos. A partir del momento en que hagamos la primera valoración integral del paciente en el contexto de este programa, las sucesivas visitas o valoraciones podrán ser archivadas bajo estos mismo códigos diagnósticos además de con otros que en ese momento parezcan oportunos.



Servicio
Canario de la Salud



Gobierno de Canarias
Consejería de Sanidad

• Atención al Paciente de Alta Complejidad.

• Valoración Clínica Exhaustiva en el Paciente Crónico de Alta Complejidad.

Redactar una epicrisis o resumen de los problemas y situación clínica actual del paciente

Redactar una epicrisis o resumen de los problemas y de la situación clínica actual del paciente, destacando las áreas de disfuncionalidad, dará especial valor a los registros. Además, es importante para que otros profesionales que intervienen en el proceso dispongan de información útil y válida para la toma de decisiones con el paciente y familia. Los datos mínimos propuestos a incluir en la epicrisis se describen en la Tabla 8. Se registrará en campo libre de la hoja de seguimiento, en el apartado “Anamnesis” o

Establecer el Plan de Actuación o Plan de Cuidados

Tras lo anterior, estamos en disposición de poner en marcha el Plan de Actuación – Plan de Cuidados, que junto al Plan médico de Actuación debe garantizar la calidad de la atención y guiar la continuidad de cuidados y seguimiento de estos pacientes. Las indicaciones principales del Plan de Cuidados pueden registrarse en el campo libre de la hoja de seguimiento, en “Plan de Actuación”.

Marcar Como “Visita Relevante”

Finalmente, se marca la visita que contiene los datos de la epicrisis y resumen clínico actualizado como “Visita Relevante”, con el objetivo de que quede señalada en color rojo la visita correspondiente a esa fecha. Así, será fácilmente identificada para su consulta por todos los profesionales del Equipo que intervengan en el proceso.

Reunión de la UAF

Puesta en común Plan de Actuación y Plan de Cuidados. Programar visita para acordar con el paciente y/o familia (cuidador primario) el **Plan Compartido Definitivo**. Planificar visitas o contactos de seguimiento.



Servicio
Canario de la Salud



Gobierno de Canarias
Consejería de Sanidad

• **Atención al Paciente de Alta Complejidad.**

• **Valoración Clínica Exhaustiva en el Paciente Crónico de Alta Complejidad.**

ANEXOS

TABLA 1. SINTOMATOLOGÍA Y PARÁMETROS FUERA DE RANGO QUE PUEDEN INDICAR ESTADÍO AVANZADO O MAL PRONÓSTICO

ENFERMEDADES CRÓNICAS	AVANZADAS
INSUFICIENCIA CARDIACA CRÓNICA	DISNEA BASAL \geq CLASE III DE LA NYHA ¹
ENFERMEDAD RESPIRATORIA CRÓNICA	DISNEA BASAL \geq III DE MRC ² , Sat O ₂ < 90%, O ₂ domiciliario.
ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA	ESTADIO 4-5 NKF ³ (FG<30 ml/min)
ENFERMEDAD HEPÁTICA CRÓNICA	ESTADÍO CHILD-PUGH > 7 ⁴
ENFERMEDAD NEUROLÓGICA CRÓNICA	Pfeiffer \geq 7 errores, MEC \leq 18, IB (Índice Barthel) < 60
<i>SE EXCLUYEN: ENF NEOPLÁSICA, EN LISTA DE TRASPLANTE, DIÁLISIS, AGONÍA.</i>	

1. Marcada limitación de la actividad física. Confortables en reposo. Actividad física menor que la habitual ocasiona fatiga, palpitaciones, disnea o dolor anginoso (New York Herath Association).
2. La disnea hace que tenga que parar a descansar al andar unos 100 metros o después de pocos minutos de andar en llano (Medical Research Council).
3. FG gravemente disminuído o fallo renal (National Kidney Fundation.)
4. Compromiso funcional significativo. Para el cálculo se tiene en cuenta: ascitis (moderada), bilirrubina (>3 mg/dl), albúmina (<2,8 g/dl), tiempo de protombina >6 o INR >2-3 y encefalopatía grado 3-4.

TABLA 2. EPICRISIS O RESUMEN ACTUALIZADO DE LA HISTORIA (MEDICINA DE FAMILIA)

	MÍNIMOS QUE HA DE RECOGER LA EPICRISIS O RESUMEN ACTUALIZADO DE LA HISTORIA
EN MOTIVO	EPICRISIS
	EDAD, SEXO.
	ALERGIAS MEDICAMENTOSAS CONOCIDAS.
	VACUNACIÓN ANTIGRIPIAL, ANTINEUMOCÓCICA, OTRAS.
	ANTECEDENTES PERSONALES MÁS RELEVANTES. Relacionados con el/los problemas que generan más riesgo y sobre los que hay que
	CIRUGÍAS PREVIAS MÁS RELEVANTES. Especialmente las relacionadas con los problemas que generan más riesgo y sobre los que
	RESUMEN DE LA ENFERMEDAD ACTUAL Y SITUACIÓN FUNCIONAL, COGNITIVA, AFECTIVA Y FAMILIAR. Comentar cuál es la situación basal clínica del paciente, punto evolutivo en el que el paciente se encuentra, reseñando los datos presentes indicativos de enfermedad avanzada, mala evolución y/o mal pronóstico. Asimismo, comentar un resumen de su capacidad fun-
EN ANAMNESIS O EXPLORACIÓN	EXPECTATIVAS Y NECESIDADES DEL PACIENTE. En relación a que es lo que el espera, sus deseos y preferencias sobre cómo le gustaría que se gestionase su enfermedad (domicilio vs hospital, cantidad de días vs calidad de días, limita-



Servicio
Canario de la Salud



Gobierno de Canarias
Consejería de Sanidad

• **Atención al Paciente de Alta Complejidad.**

• **Valoración Clínica Exhaustiva en el Paciente Crónico de Alta Complejidad.**

EN DIAGNÓSTICO	SCS.01 PACIENTE DE ALTA COMPLEJIDAD.
EN PLAN DE ACTUACIÓN	TRATAMIENTO ACTUAL DEL PACIENTE.
	OTRAS RECOMENDACIONES CLÍNICAS.
	SÍNTOMAS DE ALARMA (TABLA 3). Que deberán motivar al paciente y/o familia a consultar (ponerse en contacto).
	FECHA PROGRAMADA DEL PRÓXIMO CONTACTO PARA SEGUIMIENTO. ADEMÁS DE LAS CITAS PENDIENTES CON AE.
	ATENDER A LAS RECOMENDACIONES RECOGIDAS EN EL PLAN DE CUIDADOS.

TABLA 3. SÍNTOMAS DE ALARMA, POR LOS QUE SE DEBERÍA CONSULTAR*.

SÍNTOMAS Y SIGNOS DE ALARMA POR LOS QUE SE DEBERÍA CONSULTAR*	
SÍNTOMAS CARDIOVASCULARES	
CARDIOPATÍA ISQUÉMICA	DOLOR TORAXICO, EN UN BRAZO O AMBOS, O EN CUELLO ACOMPAÑADO DE SUDOR Y/O MAREO O DIFICULTAD RESPIRATORIA Si el paciente ya ha tenido algún episodio coronario, CLÍNICA SIMILAR
INSUFICIENCIA CARDIACA	INCREMENTO DE LA DIFICULTAD RESPIRATORIA, O AL ACOSTARSE, DE LOS EDEMAS y/o PERÍMETRO ABDOMINAL. DISMINUCIÓN DE LA DIURESIS. INCREMENTO NO JUSTIFICADO DE PESO EN UNA SEMANA
ARTERIOPATÍA PERIFÉRICA	DOLOR EN EXTREMIDAD INFERIOR ASOCIADO A FRIALDAD, PALIDEZ Y/O PÉRDIDA DE FUERZA, O DOLOR A MENOR DISTANCIA ANDADA QUE OBLIGUE A PARAR
SÍNTOMAS RESPIRATORIOS	
	ANTE EMPEORAMIENTO DEL CANSANCIO O DIFICULTAD PARA RESPIRAR, O PITIDOS O RUIDOS EN EL PECHO, AUMENTO DE LA TOS Y EXPECTORACIÓN O FIEBRE
SÍNTOMAS DIGESTIVOS	
	SI NOTA UN TINTE AMARILLO DE LA PIEL O DE LOS OJOS, O CON EDEMAS O AUMENTA MUCHO EL ABDOMEN. ANTE SANGRADO POR LA BOCA O DEPOSICIONES NEGRAS
SÍNTOMAS NEUROLÓGICOS	
ICTUS	APARICIÓN BRUSCA PÉRDIDA DE FUERZA EN UNO O AMBOS BRAZOS, DIFICULTAD PARA HABLAR O ALTERACIÓN DEL LENGUAJE, ASIMETRÍA FACIAL
CUADRO CONFUSIONAL AGUDO	SÍNTOMAS DE DESORIENTACIÓN Y CONTENIDO DEL LENGUAJE INCOHERENTE

* Y ante cualquier otro síntoma que le sugiera empeoramiento o gravedad



Servicio
Canario de la Salud



Gobierno de Canarias
Consejería de Sanidad

• **Atención al Paciente de Alta Complejidad.**

• **Valoración Clínica Exhaustiva en el Paciente Crónico de Alta Complejidad.**

TABLA 4. FACTORES DE RIESGO SOCIAL

FACTORES DE RIESGO SOCIAL
VIVIR SOLO Y PRESENTAR DETERIORO COGNITIVO Y/O DEPRESIÓN
VIVIR SOLO CON UNA SITUACIÓN ECONÓMICA INSUFICIENTE PARA CUBRIR LAS NECESIDADES BÁSICAS
VIVIR SOLO CON INSUFICIENTE APOYO PARA CUBRIR SUS NECESIDADES
VIVIR EN FAMILIA CON PROBLEMAS: MIEMBRO/S DEPENDIENTES, ENFERMOS, CON ADICCIONES, VIOLENCIA DE GÉNERO O EL PROPIO PACIENTE HA DE INTEGRARSE EN LA FAMILIA PERO NO LO DESEA EN ABSOLUTO
SITUACIÓN DE DUELO: PÉRDIDA EN EL ÚLTIMO AÑO DE LA PERSONA CON LA QUE VIVÍA
VIVIR EN UN CENTRO SIN DESEARLO EN ABSOLUTO, O CUANDO ESTE NO SE ADECUA A SUS NECESIDADES DE ATENCIÓN Y/O CUIDADOS
ANTE UNA SITUACIÓN ECONÓMICA FAMILIAR QUE NO GARANTIZA CUBRIR LAS NECESIDADES BÁSICAS: DE VIVIENDA, ALIMENTACIÓN, ROPA, MEDICAMENTOS...
EL PACIENTE PRESENTA LIMITACIONES PERSONALES PARA CUBRIR SUS NECESIDADES BÁSICAS: DISCAPACIDAD INTELECTUAL, BARRERA DEL IDIOMA, ANALFABETISMO, AISLAMIENTO SOCIAL...
EL PACIENTE ES UN SIN TECHO QUE VIVE EN LA CALLE, OCASIONALMENTE EN ALBERGUE, HABITACIÓN, CUEVA, CONSTRUCCIÓN EN RUINAS, CUADRA, GARAJE...
VIVE EN UNA ZONA AISLADA (DE SERVICIOS BÁSICOS, SERVICIOS SOCIOSANITARIOS, DE TRANSPORTE...) O DE DIFÍCIL ACCESO O EXISTEN DEFICIENCIAS DE ILUMINACIÓN, PAVIMENTACIÓN... EN LAS VÍAS DE ACCESO A LA VIVIENDA
EL APOYO (DE LOS SISTEMAS DE PROTECCIÓN SOCIAL, LA FAMILIA, VECINOS, AMISTADES...) QUE RECIBE EL PACIENTE ES INSUFICIENTE O EL PACIENTE LOS RECHAZA
LA PERSONA CUIDADORA NO PUEDE GARANTIZAR TODOS LOS CUIDADOS PESE A SU BUENA VOLUNTAD
EL PACIENTE ES CUIDADOR O REALIZA TAREAS DOMÉSTICAS QUE LE SUPONEN UN SOBRESFUERZO

CRONOGRAMA DE ACTUACIÓN CUANDO SE DETECTEN FACTORES DE RIESGO SOCIAL.





Servicio
Canario de la Salud



Gobierno de Canarias
Consejería de Sanidad

● Atención al Paciente de Alta Complejidad.

● Valoración Clínica Exhaustiva en el Paciente Crónico de Alta Complejidad.

En relación exclusiva a la situación de riesgo existente en el momento de la valoración y de la intervención y no puede extrapolarse a otros momentos y/o circunstancias.

Incluirá el **MOTIVO Y SITUACIÓN SOCIOSANITARIA QUE SE PLANTEA**, **SITUACIÓN SOCIOSANITARIA** (situación de salud y de la capacidad funcional), **SITUACIÓN FAMILIAR**, **PRESTACIÓN DE CUIDADOS** (que recibe el paciente en ese momento) , **ACTIVIDAD** (nivel de estudios, profesión, situación laboral...), **SITUACIÓN ECONÓMICA** (individual y/o de la unidad familiar), **CARACTERÍSTICAS DEL ENTORNO**, **INTERVENCIONES DIRECTAS E INDIRECTAS** (realizadas hasta el momento del informe) siempre que sean determinantes o tengan implicaciones con la situación que se plantea u objeto del informe.

Además, el informe social lleva el **DIAGNÓSTICO SOCIAL** (de acuerdo a los indicadores descritos anteriormente en cada uno de los apartados) y un **PLAN DE ACTUACIÓN** (o de propuestas de intervención que se plantean tanto desde el dispositivo asistencial propio como desde la coordinación con otros dispositivos asistenciales de los diferentes sistemas de protección social con la especificación que requiere el motivo del informe.

TABLA 5. INFORMACIÓN BÁSICA CONTENIDA EN PATRONES FUNCIONALES DE SALUD DE M GORDON

PATRÓN DE SALUD	INFORMACIÓN BÁSICA
1. PERCEPCIÓN-CONTROL DE SALUD	Manejo de tratamientos, cumplimiento, percepción del estado de salud, alergias, hábitos, ingresos hospitalarios o urgencias recientes.
2. NUTRICIÓN-METABÓLICO	Estado nutricional y de la piel: heridas, úlceras, lesiones.
3. ELIMINACIÓN	Estreñimiento, incontinencias.
4. ACTIVIDAD-EJERCICIO	Movilidad, funcionalidad, dependencia para AVD, función cardio-respiratoria, tolerancia a la actividad
5. SUEÑO-DESCANSO	Cantidad y calidad
6. COGNITIVO-PERCEPTIVO	Dolores, falta de visión, audición, afectaciones sensoriales, problemas cognitivos, demencia.
7. AUTOCONTROL-AUTOCONCEPTO	Estado emocional: temores, preocupaciones, ansiedad, auto-estima
8. ROL-RELACIONES	Con quién vive, soporte y situación socio-familiar, cuidadores, ayuda a domicilio, relaciones interpersonales.
9. SEXUALIDAD-REPRODUCCIÓN	Patrón reproductivo, disfunción sexual, afectividad.
10. ADAPTACIÓN-TOLERANCIA AL ESTRÉS	Manejo de las situaciones difíciles, capacidad de afrontamiento, resolución de conflictos, estrés, cambios/sucesos vitales importantes
11. VALORES-CREENCIAS	Sufrimiento espiritual, principios vitales, religiosidad, creencias sobre salud y cuidados, valores personales.



Servicio
Canario de la Salud



Gobierno de Canarias
Consejería de Sanidad

• **Atención al Paciente de Alta Complejidad.**

• **Valoración Clínica Exhaustiva en el Paciente Crónico de Alta Complejidad.**

TABLA 6. CUESTIONARIOS, TEST, ÍNDICES Y ESCALAS DISPONIBLES EN LA HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA DRAGO-AP

PATRÓN DE SALUD	INSTRUMENTOS DISPONIBLES EN DRAGO-AP
1. PERCEPCIÓN-CONTROL DE SALUD	Cuestionario Audit (alcohol) Cuestionario Malt (alcohol) Cuestionario Cage (alcohol) Test Fragerström (dependencia a la nicotina) Test de Motivación de Richmond (tabaco) Test de Morisky-Green Levine (adherencia al tratamiento farmacológico)
2. NUTRICIÓN-METABÓLICO	Evaluación del Estado Nutricional, MNA Cuestionario de Adherencia a la dieta mediterránea Escala de Norton de Riesgo de Úlceras por Decúbito Escala de Braden para la Predicción de Riesgo de UPP Evaluación del Fototipo (Fitzpatrick)
3. ELIMINACIÓN	Cuestionario de Valoración de IU de Esfuerzo Cuestionario de Valoración de IU de Urgencia
4. ACTIVIDAD-EJERCICIO	Índice de Katz (ABVD) Índice de Barthel (ABVD) Índice de Lawton Brody (AIVD)
5. SUEÑO-DESCANSO	Ninguno
6. COGNITIVO-PERCEPTIVO	Test de Pfeiffer Mini Examen Cognoscitivo de Lobo (MEC) Test del Informador Corto (TIN) Escala Visual Analógica del dolor (VAS)
7. AUTOCONTROL-AUTOCONCEPTO	Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage Test de Ansiedad y Depresión de Goldberg
8. ROL-RELACIONES	Apgar Familiar Índice de Esfuerzo del Cuidador Cuestionario de Zarit: Entrevista sobre la carga del Cuidador
9. SEXUALIDAD-REPRODUCCIÓN	Ninguno
10. ADAPTACIÓN-	Ninguno
11. VALORES-CREENCIAS	Ninguno



Servicio
Canario de la Salud



Gobierno de Canarias
Consejería de Sanidad

● **Atención al Paciente de Alta Complejidad.**

● **Valoración Clínica Exhaustiva en el Paciente Crónico de Alta Complejidad.**

	<p><u>Hábitos:</u> Test de Motivación Externa (tabaco)</p> <p><u>Funcional:</u> Índice de Comorbilidad de Charlson (abreviado) Valoración Auditiva Valoración Visual</p> <p><u>Respiratorio:</u> Test de Adhesión a los Inhaladores</p> <p><u>Emocional:</u> Escala de Depresión de Montgomery y Asberg Escala de Autoestima de Rosemberg</p> <p><u>Social:</u> Escala de Valoración Sociofamiliar de Gijón Cuestionario DUKE-UNC, Apoyo Social Percibido</p> <p><u>Mental-Cognitiva:</u> Escala de Beck (desesperanza)</p> <p><u>Valoración de Síntomas:</u> Glasgow Palliative Prognostic Score (PaP Score) Escala de Valoración Funcional de Karnofsky (paciente en situación terminal).</p> <p><u>Otros Protocolos y Guías:</u> Cuestionario para el diagnóstico Enfermero Psico-social, CdePS</p>
---	--

Otros instrumentos disponibles en el botón de Test

TABLA 7. DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS PRIORIZADOS PARA EL PERFIL DE PACIENTE CRÓNICO DEL SCS

PATRÓN DE SALUD	INSTRUMENTOS DISPONIBLES EN DRAGO-AP
1. PERCEPCIÓN-CONTROL DE SALUD	00257 Síndrome de fragilidad del anciano (Deterioro generalizado del adulto). 00155 Riesgo de caídas. 00035 Riesgo de lesión. 00079 Incumplimiento. 00099 Mantenimiento ineficaz de la salud. 00078 Gestión ineficaz de la salud. 00080 Gestión ineficaz del régimen terapéutico familiar.
2. NUTRICIÓN-METABÓLICO	00103 Deterioro de la deglución 00039 Riesgo de aspiración. 00002 Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a necesidades. 00232 Obesidad. 00179 Riesgo de nivel de glucemia inestable. 00008 Termorregulación ineficaz.
3. ELIMINACIÓN	00011 Estreñimiento. 00017 Incontinencia urinaria de esfuerzo. 00019 Incontinencia urinaria de urgencia. 00014 Incontinencia fecal.



Servicio
Canario de la Salud



Gobierno de Canarias
Consejería de Sanidad

• **Atención al Paciente de Alta Complejidad.**

• **Valoración Clínica Exhaustiva en el Paciente Crónico de Alta Complejidad.**

4. ACTIVIDAD-EJERCICIO	<p>00168 Estilo de vida sedentario. 00088 Deterioro de la ambulación. 00092 Intolerancia a la actividad. 00193 Descuido personal. 00085 Deterioro de la movilidad física. 00108 Déficit de autocuidado: baño. 00110 Déficit de autocuidado: uso del inodoro. 00091 Deterioro de la movilidad en la cama. 00102 Déficit de autocuidado: alimentación. 00238 Deterioro de la bipedestación. 00094 Riesgo de intolerancia a la actividad. 00109 Déficit de autocuidado: vestido. 00040 Riesgo de síndrome de desuso. 00090 Deterioro de la habilidad para la traslación. 00032 Patrón respiratorio ineficaz. 00206 Riesgo de sangrado.</p>
5. SUEÑO-DESCANSO	<p>00095 Insomnio. 00198 Trastorno del patrón del sueño.</p>
6. COGNITIVO-PERCEPTIVO	<p>00131 Deterioro de la memoria. 00133 Dolor crónico. 00255 Síndrome de dolor crónico. 00128 Confusión aguda. 00126 Conocimientos deficientes. 00161 Disposición para mejorar los conocimientos. 00051 Deterioro de la comunicación verbal. 00214 Discomfort. 00129 Confusión crónica.</p>
7. AUTOCONTROL-AUTOCONCEPTO	<p>00120 Baja autoestima situacional. 00119 Baja autoestima crónica. 00153 Riesgo de baja autoestima situacional. 00118 Trastorno de la imagen corporal. 00124 Desesperanza.</p>
8. ROL-RELACIONES	<p>00063 Procesos familiares disfuncionales. 00060 Interrupción de los procesos familiares. 00061 Cansancio del rol de cuidador. 00062 Riesgo de cansancio del rol de cuidador. 00052 Deterioro de la interacción social. 00053 Aislamiento social.</p>
9. SEXUALIDAD-REPRODUCCIÓN	<p>00059 Disfunción sexual.</p>



Servicio
Canario de la Salud



Gobierno de Canarias
Consejería de Sanidad

● **Atención al Paciente de Alta Complejidad.**

● **Valoración Clínica Exhaustiva en el Paciente Crónico de Alta Complejidad.**

10. ADAPTACIÓN-TOLERANCIA AL ESTRÉS	00074 Afrontamiento familiar comprometido. 00073 Afrontamiento familiar incapacitante. 00146 Ansiedad. 00069 Afrontamiento ineficaz. 00148 Temor. 00241 Deterioro de la regulación del estado de ánimo. 00072 Negación ineficaz. 00125 Impotencia. 00137 Aflicción crónica. 00177 Estrés por sobrecarga. 00147 Ansiedad ante la muerte. 00071 Afrontamiento defensivo.
11. VALORES-CREENCIAS	00083 Conflicto de decisiones. 00242 Deterioro de la toma de decisiones independiente.

* Listado elaborado utilizando la última clasificación de diagnósticos enfermeros disponible en español de NANDA-I, 2015-2017. Fuente bibliográfica: Brito Brito PR, Sánchez Herrero H, Fernández Gutiérrez DA, García Moreno V, Rodríguez Álvaro M. (2016). Validación de contenido de la clasificación de diagnósticos enfermeros 2015-2017 de NANDA-I para el abordaje de la cronicidad en Atención Primaria. ENE Revista de Enfermería, 10(3). Disponible en: http://www.ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/657/nanda_cronicidad

TABLA 8. DATOS MÍNIMOS QUE HA DE RECOGER LA EPICRISIS REALIZADA POR LA ENFERMERA DE FAMILIA

EN MOTIVO DE CONSULTA	EPICRISIS
EN ANAMNESIS O EXPLORACIÓN	EDAD, SEXO.
	ALERGIAS MEDICAMENTOSAS CONOCIDAS.
	VACUNACION ANTIGRI PAL, ANTINEUMOCÓCICA, OTRAS. Especialmente en pacientes de riesgo, por edad y/o patología/s de base.
	ANTECEDENTES PERSONALES MÁS RELEVANTES. Relacionados con el/los problemas que generan más riesgo y sobre los que hay que hacer seguimiento y tomar decisiones, reseñando los signos y datos analíticos más destacados.
	RESUMEN DE FUNCIONALIDAD ACTUAL, PERSPECTIVA BIOSICOSOCIAL. Comentar cuál es la situación actual de funcionalidad, sobre todo para las áreas que se señalan a continuación (además de cualquier otra en la que exista o pueda existir disfunción): <ul style="list-style-type: none"> • percepción y manejo de la salud (PFS 1) • estado nutricional y de la piel (PFS 2) • nivel de autocuidado, movilidad, funcionalidad para AVDB y AVDI (PFS 4) • estado cognitivo, senso-perceptivo y nivel de dolor (PFS 6) • situación socio-familiar para la organización de los cuidados (PFS 8).
	EXPECTATIVAS, PREFERENCIAS Y NECESIDADES DEL PACIENTE/FAMILIA. En relación a qué es lo que esperan paciente y familia sobre los cuidados necesarios, cómo les gustaría que se gestionasen y dónde (domicilio, hospital, centro residencial), limitación de determinadas intervenciones diagnósticas o terapéuticas, capacidad de autocuidados tanto individuales como familiares, empoderamiento vs. claudicación...



Servicio
Canario de la Salud



Gobierno de Canarias
Consejería de Sanidad

• **Atención al Paciente de
Alta Complejidad.**

• **Valoración Clínica Exhaustiva en
el Paciente Crónico de Alta Complejidad.**

EN DIAGNÓSTICO	SCS.01 PACIENTE DE ALTA COMPLEJIDAD. DIAGNOSTICOS NANDA-1 CORRESPONDIENTES.
EN PLAN DE ACTUACIÓN	Remitir al Plan de Cuidados revisado y actualizado en Dde/PC y anotar, según proceda, recomendaciones concretas que puedan faltar o fechas de nuevas visitas programadas con enfermería o con otros profesionales (AP-AE) que se consideren relevantes para el seguimiento y la continuidad.



Servicio
Canario de la Salud



Gobierno de Canarias
Consejería de Sanidad

● Atención al Paciente de Alta Complejidad.

● Valoración Clínica Exhaustiva en el Paciente Crónico de Alta Complejidad.

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA:

1. Estrategia de abordaje a la cronicidad en la comunidad Autónoma de Canarias. Gobierno de Canarias. 2015.
2. Protocolo del Servicio de Continuidad de Cuidados para la Atención Domiciliaria. Dirección General de Programas Asistenciales Servicio de Atención Primaria, Planificación y Evaluación. Servicio Canario de Salud.
3. Perfil de la Enfermería Comunitaria de Enlace. Dirección General de Programas Asistenciales Servicio de Atención Primaria, Planificación y Evaluación. Servicio Canario de Salud.
5. Brito Brito PR. (2014). Metodología Enfermera para el abordaje de la cronicidad. [Material docente]. Gerencia de Atención Primaria de Tenerife. Servicio Canario de la Salud.
6. Sarabla Sánchez A. La gestión de casos como nueva forma de abordaje de la atención a la dependencia funcional. Consultado el 6//72017 en <http://www.siiis.net/documentos/zerbitzuan/La%20gestion%20de%20decasos.pdf>
7. Estupiñán Ramírez-Marcos et al. Comparación de modelos predictivos para la selección de pacientes de alta complejidad. Gac Sanit 2017. En <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2017.06.003>
8. Proceso Asistencial de Pacientes con Enfermedades crónicas complejas y Pluritopatológicas. SemFYC, SEMI, FAECAP. 2013.
9. Plan de acción personalizado en pacientes pluripatológicos o con necesidades complejas de salud. Servicio Andaluz de Salud. 2016.
10. La atención al paciente crónico en situación de complejidad: el reto de construir un escenario de atención integrada. Juan Carlos Contel y col. Atención Primaria 2012;44(2).107-113
11. Brito Brito PR, Sánchez Herrero H, Fernández Gutiérrez DA, García Moreno V, Rodríguez Álvaro M. (2016).

- Validación de contenido de la clasificación de diagnósticos enfermeros 2015-2017 de NANDA-I para el abordaje de la cronicidad en Atención Primaria. ENE Revista de Enfermería, 10(3). Disponible en: http://www.ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/657/nanda_cronicidad
12. Guía de Buena Práctica Clínica en Atención domiciliaria. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2005
 13. Estrategia Atención a Pacientes con enfermedades crónicas en la Comunidad de Madrid. 2013
 14. Libro de Casos Clínicos de la VIII Reunión de Paciente Pluripatológico y Edad Avanzada .Madrid .2016
 15. Atención a Pacientes Crónicos con necesidades de Salud Complejas. Estrategia de Implantación. Servicio Andaluz de Salud.2016
 16. Informe Mundial sobre el Envejecimiento y la Salud. OMS. 2015.
 16. Documento de Consenso Atención al Paciente con Enfermedades Crónicas. Semfyc. 2011.
 17. Estrategia de Atención al Paciente Crónico en Castilla y León . Sacyl
 18. Guía de Cuidados de Salud para Adultos Mayores. ASSE. Programa del Adulto mayor. Documento Técnico 004/11.
 19. Libro de Casos Clínicos de la VIII Reunión de Paciente Pluripatológico y Edad Avanzada .Madrid .2016
 20. VIII Congreso Nacional de Atención Sanitaria al Paciente Crónico . Madrid .Abril 2016. Libro de Comunicaciones y casos clínicos.

Autores: Pérez Cánovas, E (Médico de Familia, Directora Médico, GAP de Tenerife); Armas Felipe, JM (Enfermero, Director de Enfermería, GAP de Tenerife); Gómez Rodríguez de Acuña, A. (Médico de Familia, GAP de Tenerife); Brito Brito, PR (Enfermero, GAP de Tenerife); Reyes Rodríguez, JF (Técnico de Salud Pública, GAP de Tenerife); Marrero Díaz, MD (Médico de Familia, EAP Güimar); Álvarez Dorta, I (Médico de Familia, GAP de Tenerife); García Gómez, MC; Fuentes Galindo MI (Médico de Familia, Gerente, GAP de Tenerife).

Editado: Gerencia Atención Primaria Tenerife. Septiembre 2017.

Anexo 4: Autorización a la Gerencia de Atención Primaria de Tenerife

Dirigido a la Gerencia de Atención Primaria:

Por la presente se solicita autorización a la Gerencia de Atención Primaria de Tenerife para realizar un estudio con pacientes crónicos complejos de las distintas zonas básicas de salud, con el objeto de realizar un estudio de investigación que lleva como título: Costes de intervención enfermera del paciente crónico de alta complejidad en Atención Primaria de Tenerife. Para obtener los datos de la presente investigación, se obtendrán de las historias clínicas de Drago AP de los pacientes crónicos.

Esta investigación cumple con los principios de la declaración de Helsinki y la autora principal del mismo es Irene Sicilia García con DNI 78851794c.

Atentamente