

**Programa de
atención
domiciliaria
con equipo de
soporte (ESAD)**



MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO
INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD
Dirección General de Atención Primaria y Especializada
Subdirección General de Atención Primaria

Programa de Atención Domiciliaria con Equipo de Soporte (ESAD)

INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD
SUBDIRECCIÓN GENERAL DE COORDINACIÓN ADMINISTRATIVA

Madrid, 1999



Edita: © Instituto Nacional de la Salud
Subdirección General de Coordinación Administrativa
Servicio de Publicaciones y Biblioteca
Alcalá, 56
28014 Madrid

Depósito Legal: M. 25.047-2000
ISBN: 84-351-0307-2
NIPO: 352-00-015-2
Número de publicación INSALUD: 1.743

Diseño de cubierta: Enrique Sánchez-Maroto Moraleda.
Imprime: **ARTEGRAF, S.A.**
Sebastián Gómez, 5
Tel. 91 475 42 12
28026 Madrid

Coordinador del Programa

Javier Dodero de Solano – Subdirector General de Atención Primaria

Autores

Abad Bassols	Ángel
Aguilera Guzmán	Marta
Alonso Paniagua	Angeles
Arévalo Gallego	Tránsito
Ferrari San Juan	Miguel
García Gómez-Coronado	Yolanda
García Solano	Marta
Gil Nebot	Dolores
Gómez Quiroga	Rosa
González Sanz	Francisco
González Torrejón	Manuel
Guerra Aguirre	Javier
López Gómez	Carlos
López Martínez de Pinillos	Rafael
Martínez Cervantes	Yolanda
Mayol Canas	José
Minué Lorenzo	Sergio
Núñez Portela	Belén
Pérez De Lucas	Nuria
Portugués Sánchez	Azucena
Roda Navarro	Rafael
Sacristán Rodea	Antonio
Sanz Juez	Francisco
Terol García	Enrique
Vega López	Luis

Programa de Atención Domiciliaria con Equipo de Soporte (ESAD)

ÍNDICE

	<i>Pág.</i>
1. INTRODUCCIÓN	11
2. ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN DEL PROGRAMA	15
3. OBJETIVOS DEL PROGRAMA	19
4. CRITERIOS DE INCLUSIÓN	23
5. ACTIVIDADES	25
6. REQUISITOS Y ESTRATEGIA DE IMPLANTACIÓN	45
7. EVALUACIÓN	47
8. SISTEMAS DE REGISTRO	53
9. ANEXOS	57
10. BIBLIOGRAFÍA	63

PRÓLOGO

El progresivo envejecimiento de la población y el aumento de la esperanza de vida causan un incremento de patología crónica y de discapacidades que requieren una atención sociosanitaria.

Los servicios de salud deben dar respuesta a esta demanda de salud y coordinarse con los diferentes organismos e instituciones con responsabilidad en servicios sociales, de tal manera que se pueda dar contestación integral a estos problemas en su entorno habitual, evitando en lo posible la institucionalización de estos pacientes, por lo que la responsabilidad por parte de los servicios de salud debe recaer esencialmente en la Atención Primaria.

Siendo conscientes de que Atención Primaria tiene que organizarse para dar una buena calidad de atención a estos pacientes y deben establecerse los circuitos para una buena coordinación con los servicios sociales, se desarrolló una experiencia de Programa de Atención Domiciliaria con Equipo de Soporte en tres Áreas de Salud, durante 1998. El papel fundamental de estos Equipos de Soporte ha sido el de apoyar, formar y asesorar a los profesionales de Atención Primaria con el fin de dar una buena calidad en la atención domiciliaria. Así mismo, han sido facilitadores de la coordinación con el nivel especializado y con los servicios sociales.

Los buenos resultados de la experiencia recomiendan la extensión del programa al resto del territorio INSALUD y la implantación progresiva de Equipos de Soporte como unidades de apoyo a los profesionales de Atención Primaria.

Javier Dodero de Solano
Subdirector General de Atención Primaria

1. INTRODUCCIÓN

1.1. SITUACIÓN ACTUAL DE LA ATENCIÓN DOMICILIARIA

Existe un progresivo envejecimiento de la población, con un mayor número de individuos que presentan múltiples problemas de salud, en ocasiones cambiantes e interrelacionados y de origen multifactorial, que precisan con una frecuencia creciente atención domiciliaria. El cuidado de estas personas conlleva una importante carga de trabajo para los profesionales sanitarios y sus familiares.

La red de Servicios Sanitarios debe adaptarse continuamente a las nuevas necesidades que demanda la población. Por ello, en las Áreas del INSALUD y las Comunidades Autónomas, ya existen programas o protocolos que, con mayor o menor desarrollo en la práctica, centran la atención sanitaria en el domicilio de algunos grupos de pacientes o de individuos.

A continuación se comentan algunos de los actuales programas y protocolos relacionados con la atención domiciliaria implantados en el INSALUD:

- **“Atención Domiciliaria a Pacientes Inmovilizados en Atención Primaria”**: Está dirigida a población en la que, bien por su estado de salud o por sus condicionantes sociosanitarios, se hace imprescindible acudir a sus domicilios, llegando a constituir una “necesidad técnica” para que los profesionales realicen una atención integral. El papel de la familia como unidad básica de cuidados y la potenciación de medidas de autocuidado, adquieren en el programa una especial importancia. Este programa está implantado en todas las Áreas del INSALUD.

Según datos de Tarjeta Sanitaria del INSALUD, en Octubre de 1998 la población susceptible de inclusión en este programa es de 301.387 (11 % de usuarios mayores de 65 años) a 303.647 pacientes (8 % de usuarios mayores de 65 años más 0,7 % de menores de 65 años), dependiendo de la tasa a utilizar.

- **“Atención a Pacientes Terminales en Atención Primaria”**: Está dirigida a mejorar la calidad asistencial de los pacientes terminales. En dicho programa se abordan específicamente los aspectos asistenciales, así co-

mo las líneas de coordinación con el Hospital de referencia. Al igual que en el Programa de Atención Domiciliaria a Pacientes Inmovilizados, la familia adquiere un papel esencial como unidad básica de cuidados. Este programa está implantado en todas las Áreas del INSALUD.

Como aproximación a la población susceptible de inclusión en este programa, se utiliza la tasa de mortalidad por cáncer esperada en el territorio INSALUD. En 1998 fue de 29.610 pacientes (2 por mil de la población general).

- **“Cuidados Paliativos Hospitalarios”**: La atención hospitalaria cuenta con recursos de internamiento escasos y, por tanto, tiene que dar prioridad a los casos en los que no es posible su atención domiciliaria. Existen unidades específicas de cuidados paliativos en un número reducido de Hospitales del INSALUD.

No existe un modelo organizativo unificado, pudiendo estas unidades estar ubicadas en un Hospital General o en un Hospital de larga o media estancia, contar o no con camas propias, hacer atención domiciliaria o no, e incluso, contar con diferente financiación.

- **“Programa Sociosanitario para la Atención de las Personas Mayores”**: En este programa se afronta el desafío que supone la atención a las personas mayores y a sus familiares¹. Centra sus objetivos en el establecimiento de los canales y procedimientos de coordinación adecuados para garantizar la continuidad de los cuidados, optimizar los recursos y gastos sociosanitarios y obtener resultados satisfactorios en términos de efectividad y calidad. Este programa aporta dos novedades importantes: los Equipos de Valoración de Cuidados Geriátricos (EVCG) y las Comisiones Sociosanitarias de Área. Los EVCG están ubicados en el Hospital General y actualmente existen 15. El Programa cuenta con un subprograma específico en Atención Primaria, el de Prevención y Detección de Problemas en el Anciano, implantado en todas las Áreas del INSALUD.

La población mayor de 75 años del INSALUD en Octubre de 1998 es de 1.211.356 y por ello susceptible de inclusión en este programa.

- **“Atención a Pacientes VIH/SIDA”**: La extensión del problema, las características del mismo, la historia natural de la enfermedad, su implicación biológica, psicológica y social, apuntan a que sea la Atención Primaria el lugar fundamental para el abordaje integral del proceso, incluida su fase terminal, contando siempre con el apoyo y coordinación del nivel especializado. Este programa está implantado en todas las Áreas del INSALUD.

El desarrollo y la calidad de los servicios y programas con que se aborda la Atención Domiciliaria (AD) son todavía limitados y, a veces, insuficientes. Algunos factores que explican esta situación parecen ser: deficiencias en la formación de algunos profesionales sanitarios, problemas organizativos y diferente grado de motivación hacia la AD entre los profesionales.

1.2. ATENCIÓN DOMICILIARIA VERSUS HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO

Existe un cierto grado de confusión entre estos dos conceptos asistenciales que comparten un hecho común, la atención en el domicilio de los pacientes, y múltiples diferencias organizativas. Las diferencias entre uno y otro se exponen a continuación:

Atención domiciliaria (AD): 1) Atención a pacientes crónicos, terminales e inmovilizados, 2) la organización depende de las Gerencias de Atención Primaria, 3) los recursos con que se organiza son los propios de la Atención Primaria y 4) los profesionales de Atención Primaria se convierten en referentes últimos de la asistencia, prestando los profesionales de Atención Especializada una función de apoyo.

Hospitalización a domicilio: 1) Atención a procesos agudos o altas precoces (médicas o quirúrgicas), 2) la organización depende de las Gerencias de los Hospitales, 3) cuenta con recursos de la Atención Especializada y 4) son los profesionales del Hospital los que proporcionan la base de la asistencia, siendo los profesionales de Atención Primaria elementos de apoyo.

Sólo se puede plantear un programa de atención domiciliaria si se parte de una premisa básica: un paciente atendido en su domicilio nunca ha de estar en una situación de "inferioridad asistencial" comparado con un paciente de características similares atendido en un hospital. Esta afirmación se puede traducir en los siguientes aspectos:

- La morbi-mortalidad de los pacientes incluidos en un programa de atención domiciliaria no debe ser superior a la de pacientes similares atendidos en el hospital.
- Las medidas para potenciar el autocuidado, tanto del individuo como del cuidador primario, deben ser suficientes y adecuadas a cada tipo de paciente y sus necesidades.
- El control de síntomas ha de ser el mismo.
- La disponibilidad de recursos adecuados en el domicilio de los pacientes tiene que estar garantizada.

Sólo asumiendo los puntos anteriores se puede entrar a valorar ventajas potenciales de la atención domiciliaria comparada con la hospitalaria, a saber:

- *Para los enfermos:* eliminación de riesgos asociados a ingresos hospitalarios y potenciación de los beneficios inherentes a la permanencia del enfermo en su entorno^{2,3,4,5}. Esto debe suponer mayor calidad de vida para pacientes atendidos en su domicilio o, al menos, menor pérdida de la misma.
- *Para el sistema sanitario:* en un modelo como el español, con dos niveles asistenciales, la potenciación de la Atención Domiciliaria supondría una utilización más racional de los recursos. En concreto, el Hospital se podría beneficiar de una reducción del número de estancias o de un menor número de consultas urgentes y la red de Atención Primaria reforzaría su papel en el propio Sistema Nacional de Salud. Probablemente, la Atención Domiciliaria así entendida, mejoraría la eficiencia del Sistema.
- *Para los profesionales de Atención Primaria:* la mejora de AD da más contenido a su carrera profesional y, si funcionan adecuadamente los circuitos de coordinación entre niveles, los mecanismos de apoyo asistencial y los planes docentes, facilita su propia labor asistencial.

La existencia de diversas administraciones públicas, con competencias sociales y distintos niveles asistenciales en los servicios de salud, conlleva dificultades para establecer una coordinación estable, ágil y funcional con un objetivo común y unos programas consensuados de actuación. Los niveles de comunicación, coordinación y el grado de conocimiento mutuo no es todo lo adecuado que sería preciso.

En ese sentido se hace mención, a modo de ejemplo, de tres situaciones que están limitando la calidad de la asistencia:

- Falta de coordinación entre instituciones, no solo sanitarias, sino también sociales.
- La atención especializada extrahospitalaria no está bien interrelacionada con la AP y no suele haber cauces normalizados y ágiles de apoyo a la atención domiciliaria, cuando excepcionalmente se solicita.
- La complejidad en la organización y dependencia administrativa de los recursos de Salud Mental.

2. ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN DEL PROGRAMA

En algunas Áreas de Atención Primaria del INSALUD se han desarrollado, en los últimos 10 años, diversos Programas de Atención Domiciliaria a Pacientes Oncológicos Terminales que contaban con Equipo de Soporte^{6,7,8}. La evaluación de estos programas indica que contar con Equipos de Soporte: 1) contribuye a mejorar la asistencia de los pacientes que pueden beneficiarse de la Atención Domiciliaria, 2) favorece la coordinación entre niveles asistenciales y 3) contribuye a mejorar la formación de los profesionales de Atención Primaria.

Durante 1997 se formó un grupo de trabajo, integrado por las Áreas 1, 2 y 4 de Madrid y la Subdirección General de Atención Primaria del INSALUD, que elaboró un programa de atención domiciliaria para realizar una experiencia piloto durante el año 1998. La Dirección General de Atención Primaria y Especializada del INSALUD estableció, dentro de las líneas prioritarias y del Contrato de Gestión para 1998, la puesta en marcha y evaluación del proyecto **“Programa de Atención Domiciliaria con Equipo de Soporte”**⁹, en las citadas Áreas del INSALUD de Madrid.

El Objetivo General de este proyecto era: mejorar la calidad de la atención domiciliaria prestada en el ámbito de la Atención Primaria a los pacientes con enfermedades crónicas evolutivas, con limitación funcional y/o inmovilizados complejos y terminales.

Los aspectos fundamentales del programa fueron:

1. Organización desde la Gerencia de Atención Primaria.
2. Recursos dependientes de la Gerencia de Atención Primaria.
3. Profesionales de EAP/MT como principales proveedores de la atención.
4. Atención centrada en el domicilio del paciente.
5. Figura del cuidador principal como elemento imprescindible.
6. Existencia de un Equipo de Soporte de apoyo a los profesionales de EAP/MT.
7. Atención especializada como componente de apoyo.

El programa definido para el proyecto contemplaba, por consiguiente, las premisas de:

1. Proporcionar atención sanitaria en el domicilio del paciente, con una adecuada calidad científico-técnica desde la organización y recursos de Atención Primaria, siempre que las características del paciente así lo aconsejen.
2. Proporcionar a los profesionales de Atención Primaria herramientas que les permitan, desde una perspectiva de equipo, atender a los pacientes de manera integral y dar respuesta a los diferentes problemas que plantean, coordinando los recursos existentes.
3. El Equipo de Soporte de Atención Domiciliaria (ESAD) se planteó como una unidad de apoyo de Atención Primaria, formada por profesionales médicos, de enfermería y personal auxiliar, cuyas funciones (asistenciales, de coordinación, docentes y de investigación) se orientaban prioritariamente a proporcionar apoyo a los profesionales de EAP/MT en el desarrollo del programa.

De la evaluación del programa realizada entre Diciembre de 1998 y Febrero de 1999 se desprenden los siguientes resultados y conclusiones^{10,11}:

- Los resultados de la evaluación apuntan a que la implantación del programa ha contribuido a mejorar la continuidad de cuidados y a adecuar la ubicación de los pacientes incluidos.
- Para ello se ha potenciado la coordinación entre Atención Primaria y Especializada a través de acuerdos sobre circuitos de interconsulta y derivación entre unidades funcionales de Atención Primaria y unidades hospitalarias, tomando como eje central de coordinación el Equipo de Soporte de Atención a Domicilio.
- Se ha impulsado la coordinación con los recursos sociales y las comisiones sociosanitarias, aunque se han puesto en evidencia algunas carencias organizativas y de coordinación entre los recursos sociales y sanitarios.
Parece desprenderse de la opinión de los profesionales implicados en el proceso de atención, que los ESAD y los trabajadores sociales de Atención Primaria deben asumir un papel fundamental en la coordinación interinstitucional.
- Los profesionales de Atención Primaria han valorado de forma positiva la existencia de los ESAD como elemento de apoyo, asesoría, coordinación y formación.
- El programa de formación mediante cursos, seminarios y rotaciones ha sido evaluado de forma satisfactoria o muy satisfactoria por el 80% de los asis-

tentes y ha mejorado la formación de los profesionales y su implicación en el Programa de Atención Domiciliaria.

- Las unidades de Atención Especializada han valorado de forma positiva la implicación de las unidades de Atención Primaria en el Programa de Atención Domiciliaria con intervención del ESAD.
- La calidad de la asistencia prestada, medida por la evaluación del cumplimiento de las Normas Técnicas, tiene unos resultados satisfactorios: 64,87% en Atención a Pacientes Inmovilizados y 76,86% en Atención a Pacientes Terminales.
- El control del dolor evaluado en este estudio es elevado en los pacientes con cáncer terminal (83%) y similar al referido en publicaciones nacionales e internacionales^{8,12} (entre un 70 y 90%) cuando intervienen unidades específicas de control de dolor o cuidados paliativos.
- El éxito en el domicilio, como indicador de la calidad de la asistencia prestada, se produjo en el 55,2% de los pacientes (65% en el caso de los oncológicos terminales y 87% en los pacientes atendidos por ESAD), que es un resultado bastante positivo en comparación con la literatura científica^{8,12} (del 37 al 70% en series nacionales y del 8,2 al 56% en las internacionales).
- El programa ha posibilitado, a través del liderazgo de los ESAD, el establecimiento de nuevas líneas de investigación, estando en desarrollo cuatro proyectos de investigación.

Puede considerarse, en resumen, que este programa puede mejorar la organización y la calidad de la atención prestada a los pacientes en sus domicilios, teniendo los Equipos de Soporte un papel fundamental como:

- Facilitadores de la atención, apoyo y asesoría.
- Colaboración en la formación de los profesionales de Atención Primaria.
- Facilitadores de la coordinación del proceso de atención con el nivel especializado y con otras instituciones, especialmente Servicios Sociales.

En base a estas conclusiones y a las recomendaciones establecidas en los documentos de evaluación, la Dirección General de Atención Primaria y Especializada ha decidido generalizar la implantación del modelo y del programa de forma progresiva, al resto del territorio INSALUD.

3. OBJETIVOS DEL PROGRAMA

3.1. OBJETIVOS GENERALES

- 3.1.1. *Mejorar la calidad de la atención sanitaria que se presta en domicilio a los pacientes incluidos en Programa*
- 3.1.2. *Potenciar el domicilio como lugar de atención, siempre que se considere como el más adecuado en función de la patología y las necesidades de cuidados*

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 3.2.1. *Proporcionar una adecuada organización en la atención a los pacientes incluidos en programa desde Atención Primaria.*
- 3.2.2. *Ofertar una atención integral de calidad a los pacientes incluidos y a sus cuidadores*
 - Contribuir al control de la sintomatología
 - Contribuir a mejorar el autocuidado
 - Dar apoyo a los cuidadores
- 3.2.3. *Mejorar la coordinación entre los diferentes recursos socio-sanitarios implicados en la atención a estos pacientes, estableciendo acuerdos y circuitos de coordinación en distintos niveles de atención sanitaria y otras instituciones*
 - Comisión Sociosanitaria de Área y Distrito
 - Servicios Sociales
 - Servicios clínicos y centrales del hospital de referencia (por ejemplo, Farmacia, Medicina Interna, Geriátría, Urgencias, Oncología, etc.)
 - Hospitales de media y larga estancia
- 3.2.4. *Contribuir a mejorar la formación de los profesionales sanitarios implicados en el desarrollo del programa*

3.2.5. Potenciar el desarrollo de líneas de investigación en relación a la atención domiciliaria

3.2.6. Proporcionar apoyo a la familia mediante la formación e información a los cuidadores y la coordinación de los recursos sociales disponibles

En el siguiente cuadro, se especifican los objetivos específicos junto con las actividades correspondientes.

ÁREA	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ACTIVIDADES
ESTRUCTURA Y ORGANIZACIÓN	1.– Proporcionar una adecuada organización en la atención a los pacientes incluidos en programa desde Atención Primaria	1.1.– Crear un equipo de soporte de atención domiciliaria (ESAD) dependiente de la Gerencia de Atención Primaria. — Dotación estructural del ESAD — Selección y contratación profesionales 1.2.– Crear una red de responsables del programa en cada Centro (EAP y MT) 1.3.– Definir las funciones de los diferentes profesionales y unidades responsables del proceso de atención. 1.4.– Garantizar un circuito de suministros del material fungible y medicación necesaria para el programa.
PROCESO ASISTENCIAL Y CALIDAD	2.– Ofertar una atención integral de calidad a los pacientes incluidos y a sus cuidadores. — Contribuir al control de la sintomatología — Contribuir a mejorar el autocuidado — Dar apoyo a los cuidadores.	2.1.– Captación e inclusión en el programa de los pacientes susceptibles. 2.2.– Valoración inicial del paciente e identificación de problemas que se deberán abordar conjuntamente a través del Plan de Actuación, el cual incluirá el plan terapéutico y de cuidados y las intervenciones sociosanitarias que requiera el paciente. 2.3.– Realizar el seguimiento de los pacientes y apoyo a sus cuidadores. 2.4.– Establecer protocolos y guías de actuación dirigidas a los principales problemas atendidos en el domicilio.
COORDINACIÓN DE RECURSOS	3.– Mejorar la coordinación entre los diferentes recursos socio-sanitarios implicados en la atención a estos pacientes, estableciendo acuerdos y circuitos de coordinación en distintos niveles de atención sanitaria y otras instituciones.	3.1.– Diseño y puesta en marcha de un plan de comunicación interna sobre la atención domiciliaria. 3.2.– Presentación del programa en Consejo de Gestión de A. P. 3.3.– Presentación del programa en todas las unidades clínico-asistenciales.

ÁREA	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ACTIVIDADES
	<ul style="list-style-type: none"> — Servicios clínicos y centrales del hospital de referencia (por ejemplo, Farmacia, Medicina Interna, Geriatría, Urgencias, Oncología, etc.) — Hospitales de media y larga estancia — Comisión Sociosanitaria de Área — Servicios Sociales 	<p>3.4.– Presentación del programa en Comisión Paritaria.</p> <p>3.5.– Presentación del Programa a todas las unidades hospitalarias implicadas.</p> <p>3.6.– Presentación del programa a los Servicios Sociales del Área (Municipales y Autonómicos).</p> <p>3.7.– Presentación del programa a los Consejos de Salud que estén constituidos.</p> <p>3.8.– Establecer los canales y circuitos de coordinación y derivación de pacientes entre otras unidades y profesionales que toman parte en el proceso asistencial de los pacientes incluidos en programa.</p> <p>3.9.– Creación de un circuito y criterios de derivación mediante informe simultáneo al alta de los pacientes susceptibles, entre Servicios Hospitalarios de referencia y Centros de AP y ESAD.</p> <p>3.10.– Establecer acuerdos y criterios de derivación mediante informe de los pacientes susceptibles de ingreso, desde Atención Primaria a Hospital de referencia.</p> <p>3.11.– Establecer un circuito de suministro de medicamentos específicos desde el servicio de farmacia del Hospital a unidad de farmacia o ESAD de AP.</p> <p>3.12.– Establecer acuerdos y criterios de derivación mediante informe de los pacientes susceptibles de ingreso, desde Atención Primaria a Hospitales de media y larga estancia de referencia.</p> <p>3.13.– Creación de la Comisión Sociosanitaria de Área</p> <p>3.14.– Establecimiento de acuerdos con Servicios Sociales sobre: Circuitos de derivación y valoración de pacientes, criterios de uso y adjudicación de recursos.</p>
FORMACIÓN	<p>4.– Contribuir a mejorar la formación de los profesionales sanitarios implicados en el desarrollo del programa</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Profesionales del ESAD: <ul style="list-style-type: none"> 4.1.– Asistencia de los miembros sanitarios de los nuevos ESAD a un curso teórico (40 horas) y práctico (15 días). 4.2.– Realización de reuniones y jornadas periódicas para intercambio de conocimiento y experiencias. • Responsables del programa en los EAPs/MT: <ul style="list-style-type: none"> 4.3.– Rotaciones de las/os enfermeras/os responsables del programa de los centros (EAP y MT) por el ESAD

ÁREA	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ACTIVIDADES
		<p>4.4.– Rotaciones de los médicos responsables del programa de los centros (EAP y MT) por el ESAD</p> <p>•Profesionales de EAP y MT:</p> <p>4.5.– Realizar cursos y seminarios básicos de capacitación en metodología de Atención Domiciliaria</p> <p>4.6.– Realizar cursos y seminarios básicos de capacitación en cuidados paliativos</p> <p>4.7.– Realizar cursos y seminarios básicos de capacitación en patologías crónicas (EPOC, Re- nales, Demencias...)</p> <p>4.8.– Realizar seminarios sobre manejo de aspectos psicosociales</p> <p>4.9.– Realizar sesiones clínicas y de autoformación en los EAP</p> <p>• Otros:</p> <p>4.10.– Ofertar rotaciones por el ESAD a Médicos Internos Residentes de Medicina Familiar y Comunitaria</p> <p>4.11.– Ofertar rotaciones por el ESAD a estudiantes de 6º de Medicina y 3º de Enfermería</p>
INVESTIGACIÓN	5.– Potenciar el desarrollo de líneas de investigación en relación a la atención a domicilio.	<p>5.1.– Desarrollar proyectos de investigación preferentemente multicéntricos.</p> <p>5.2.– Realizar publicaciones en revistas especializadas y comunicaciones a congresos sobre atención domiciliaria.</p>
APOYO A LA FAMILIA	6.– Proporcionar apoyo a la familia mediante la formación e información a los cuidadores y la coordinación de los recursos sociales disponibles.	<p>6.1.– Organizar grupos de educación para la salud dirigidos a los cuidadores de los pacientes incluidos en el programa.</p> <p>6.2.– Conocer y facilitar la utilización racional de los recursos de atención sociosanitaria existentes en la comunidad.</p> <p>6.2.a.– Elaborar una guía de recursos de la zona y establecer el circuito para una utilización correcta.</p> <p>6.2.b.– Establecer los acuerdos y circuitos necesarios para facilitar el contacto de las familias con los recursos sociales y asociaciones u organizaciones que dispongan de voluntariado u otro tipo de recursos complementarios.</p>

4. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

4.1. CRITERIOS COMUNES A TODOS LOS PACIENTES:

- Tener domicilio estable incluido en alguna de las Áreas que van a poner en marcha el programa.
- Contar, al menos, con un cuidador primario. Entendemos por “cuidador primario” a aquella persona que conviviendo con el paciente acepta asumir los cuidados básicos en cuanto a alimentación, higiene y administración del tratamiento.
- Aceptación del servicio por parte del paciente y cuidador primario.

4.2. CRITERIOS ESPECÍFICOS POR PACIENTES/PATOLOGÍAS:

4.2.1. *Pacientes Terminales:* el concepto de “enfermedad terminal” se refiere a la fase final e irreversible de aquellos procesos con una historia natural ordenada, en los que es posible establecer un pronóstico en cuanto a esperanza de vida menor de 6 meses. A la luz del conocimiento actual, este concepto sólo sería aplicable a los pacientes con cáncer en progresión y algunos pacientes con SIDA.

- Paciente Oncológico Terminal:
 - Presencia de enfermedad oncológica documentada, progresiva y avanzada.
 - Escasa o nula posibilidad de respuesta al tratamiento curativo (acuerdo o consenso para no aplicar estos tratamientos).
 - Pronóstico de vida limitado (más del 90% es previsible que fallezcan antes de los seis meses).
- Pacientes con SIDA en los que exista enfermedad documentada, progresiva y avanzada y una esperanza de vida inferior a seis meses e inexistencia de tratamientos activos.

4.2.2. **Pacientes con enfermedad crónica avanzada, limitación funcional y/o inmovilizados complejos:**

- Pacientes con procesos crónicos en estadios avanzados:
 - **Enfermedades respiratorias:** EPOC con insuficiencia respiratoria hipoxémica, en la que el manejo es básicamente de soporte y el tratamiento de las complicaciones/reagudizaciones no requiere la utilización de alternativas hospitalarias (de pruebas complementarias o medicamentosas).
 - **Enfermedades cardiocirculatorias:** insuficiencia cardíaca refractaria al tratamiento de cualquier etiología (en la que se ha descartado tratamiento radical como intervenciones quirúrgicas o trasplante), ACVA, etc. El manejo es básicamente de soporte y el tratamiento de las complicaciones o reagudizaciones no requiere la utilización de alternativas hospitalarias (de pruebas complementarias o medicamentosas).
 - **Hepatopatías:** hepatopatía crónica documentada en fase avanzada (por ejemplo: cirrosis hepática en estadio C/C de Child) sin posibilidad de tratamiento radical. El manejo es básicamente sintomático y en el domicilio se pueden realizar técnicas como la paracentesis.
 - **Enfermedades neurológicas:** demencias en progresión, enfermedad de Parkinson, etc, que no se benefician de terapias hospitalarias.
 - **Enfermedades renales:** Insuficiencia renal crónica, sin posibilidad de diálisis y/o trasplante renal.
 - **Enfermedades osteoarticulares:** Artropatías degenerativas, etc.
- Personas con dificultad importante para desplazarse (que les impide salir de su domicilio, salvo casos excepcionales) independientemente de la causa y, que el tiempo previsible de duración de esta dificultad sea superior a dos meses.
- Personas que, no estando incluidas en los apartados anteriores, pasan la mayor parte de su tiempo en la cama (que sólo pueden abandonar con la ayuda de otras personas).

5. ACTIVIDADES

5.1. ESTRUCTURA Y ORGANIZACIÓN

5.1.1. **Crear un equipo de soporte de atención domiciliaria (ESAD) dependiente de la Gerencia de Atención Primaria (de acuerdo a la Resolución de 26 de julio del Instituto Nacional de la Salud – BOE de 10 de agosto de 1999).**

5.1.1.a **Dotación estructural del Equipo de Soporte de Atención Domiciliaria: Estructura y composición**

1. **Recursos humanos:** El ESAD estará formado por profesionales integrados en la Atención Primaria del Área.

Componentes del Equipo de Soporte:

- Médicos/as con experiencia en el manejo de pacientes terminales, crónicos con enfermedad avanzada e inmovilizados complejos, asumiendo uno de ellos la coordinación del equipo.
- Enfermeras/os con experiencia en cuidados a domicilio de pacientes terminales, crónicos en estadios avanzados e inmovilizados complejos.
- Auxiliar de Enfermería y/o Auxiliar Administrativo
- Trabajador/a Social a tiempo parcial

2. **Recursos Materiales:**

- Unidad funcional situada estratégicamente en un Centro de Salud del Área, próximo a vías rápidas de comunicación y centrado geográficamente, para acceder con facilidad a todos los distritos urbanos y a la zona rural si la hubiera. Debería constar específicamente de despacho administrativo, despacho para el personal sanitario, consulta, almacén, todos ellos con su dotación de material inventariable necesario (teléfonos, fax, contestador automático, fotocopiadora,

mobiliario, hardware...), pudiendo compartir con el resto de profesionales del centro la biblioteca, sala de reuniones, sala de estar y servicios / vestuarios.

- Coche con capacidad en maletero para llevar material sanitario necesario para la atención domiciliaria, así como material ortopédico que se deja a los pacientes como sillas de ruedas, andadores, barandillas de cama...
- Teléfono móvil y buscapersonas para la correcta localización de los profesionales del Equipo de Soporte, por parte de los profesionales del Área.

3. Horario:

El horario del Servicio se establecerá en cada Área dependiendo de los recursos disponibles y de las necesidades asistenciales.

5.1.1.b. Perfil y contratación profesionales

Aspectos comunes a medicina y enfermería:

1. Experiencia y conocimientos prácticos de Atención Primaria, sobre todo en lo referente al trabajo en equipo, basado en programas de salud de ámbito domiciliario, así como de la evaluación periódica de los mismos.
2. Experiencia en valoración geriátrica y cuidados paliativos.
3. Aptitudes docentes y disposición para la elaboración y exposición de seminarios y sesiones en el ámbito de Atención Primaria, así como participación en cursos, congresos, etc.
4. Capacidad de coordinación con los centros del Área y otros niveles asistenciales, para establecer canales de derivación y pautas de actuación en el seguimiento de pacientes. Participación activa en reuniones con los profesionales sociosanitarios del Área y con los de Servicios Hospitalarios de referencia.

Aspectos específicos de medicina: Es preciso que sean profesionales con una visión global de la medicina (médicos de familia, internistas, geriatras, oncólogos...).

Aspectos específicos de enfermería: Experiencia en técnicas de enfermería, tanto diagnósticas como terapéuticas, así como en valoración de necesidades y planificación de cuidados en pacientes a domicilio. Tener habilidades para potenciar la educación sanitaria de cuidadores básicos y específicos al paciente y/o cuidadores.

5.1.2. Crear una red de responsables del programa en cada Centro (EAP y MT): Con objeto de coordinar y liderar las actividades relacionadas con el programa en cada centro y ser los referentes del mismo, se designarán un responsable de medicina y de enfermería en cada unidad clínico-asistencial.

5.1.3. Definir las funciones de los diferentes profesionales y unidades responsables del proceso de atención: Los profesionales de AP son considerados el pilar fundamental de este programa de atención domiciliaria.

• **Funciones del personal sanitario de EAP/MT:**

- Proporcionar atención directa a pacientes incluidos en programa: valoración inicial, valoración de necesidad de apoyo del ESAD y demás Unidades de Apoyo del Área, plan de actuación y seguimiento.
- Realizar valoración social básica en todos los casos.
- Impartir educación sanitaria al paciente, familia y cuidador primario.
- Colaborar en las actividades docentes y de investigación del Área.

• **Funciones de los responsables del programa en los EAP/MT:** La red de responsables del programa está formada por profesionales sanitarios de cada Centro de AP del Área.

- Colaborar en la implantación, desarrollo y divulgación del programa en la Z.B.S.
- Potenciar la solicitud de asesoría al Equipo de Soporte, si se precisa su apoyo.
- Potenciar la utilización por parte de los profesionales de su Centro, de los registros específicos del programa.
- Colaborar en las actividades docentes y organizativas (detección de problemas, propuestas de medidas correctoras...) que se establezcan con el Equipo de Soporte.

- Potenciar la evaluación del programa de atención domiciliaria en su Centro de referencia.
- **Funciones del ESAD:**
 1. Asistenciales:
 - Apoyar y complementar asistencialmente en las siguientes circunstancias:
 - Valoración inicial conjunta con los profesionales de AP que lo demanden.
 - Intervención en el seguimiento de pacientes cuyo curso clínico lo requiera.
 - Apoyo para realizar algunas técnicas, mantener algunos tratamientos o vías de administración de medicamentos en el domicilio.
 - Atención directa a aquellos pacientes que, reuniendo criterios de inclusión, no cuenten con atención programada en su domicilio.
 - Contribuir a la protocolización de la asistencia clínica de los pacientes incluidos y potenciar su cumplimiento.
 2. De Coordinación:
 - Hospital de referencia:
 - Coordinación de los ingresos, incluyendo la coordinación con el responsable del Programa de Valoración de Riesgo Social en el Ingreso Hospitalario.
 - Servicio de Farmacia: suministro de medicación y material sanitario de uso hospitalario, que en determinados casos se pudieran precisar en el seguimiento de los pacientes incluidos y no estuvieran disponibles en Atención Primaria.
 - Servicios de Oncología, Geriátrica/E.C.V.G., Medicina Interna, Hematología, Urgencias y otros:
 - * Sesiones periódicas de presentación y revisión de casos.
 - * Derivación de pacientes al EAP/ESAD, mediante informe clínico.
 - * Interconsultas directas si se precisa.

Para la coordinación con el hospital de referencia, sería aconsejable que la Gerencia del hospital designe un coordinador, de tal manera que sea el interlocutor con el ESAD, para la gestión y canalización de las interconsultas, ingresos, medicación y material sanitario de uso hospitalario, así como la cesión temporal de material inventariable (bombas de infusión, sondas, ...).

- Hospital de media y larga estancia: Coordinación de los ingresos de todos los pacientes incluidos en el programa que lo requieran.
 - Servicio de Farmacia de Atención Primaria del Área, en el suministro de medicamentos y material sanitario a los Centros del Área, necesarios para el seguimiento de estos pacientes.
 - Servicios de Urgencias 061:
 - Derivación de pacientes captados en alguna demanda urgente.
 - Colaborar en el seguimiento de pacientes incluidos en programa.
 - Apoyar en la cumplimentación de certificados de defunción.
 - Otras instituciones sociosanitarias del Área.
3. De Docencia e Investigación:
- Docencia: Actuarán como docentes, en coordinación con la Unidad de Docencia del Área y con el Coordinador del Programa Docente Medicina Familiar y Comunitaria en las siguientes actividades:
 - Rotación de profesionales de Atención Primaria del Área.
 - Rotación de profesionales sanitarios del Servicio de Urgencias 061 (en las Áreas que dispongan del mismo).
 - Rotación de residentes de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria.
 - Rotación de estudiantes de 6º de Medicina y 3º de Enfermería: formación pregrado.
 - Sesiones con profesionales de Atención Primaria del Área.
 - Seminarios de oncología, cuidados paliativos, valoración geriátrica y atención a pacientes inmovilizados.

- Investigación:
 - Desarrollo de proyectos de investigación, publicaciones y comunicaciones científicas.
 - Participación en la Comisión de Investigación del Área.
- **Funciones del trabajador social:**
 - Atención a pacientes incluidos en programa y su entorno, cuando se requiera su intervención por los profesionales de EAP/MT o del ESAD.
 - Coordinación con otras instituciones sociosanitarias del Área.
 - Colaborar en la educación sanitaria dirigida a pacientes y cuidadores primarios.
 - Colaborar en las actividades docentes y de investigación.

5.1.4. Garantizar un circuito de suministros del material fungible y medicación necesaria para el programa: El éxito del programa pasa necesariamente por el suministro a los profesionales de los materiales y medicación precisos. Se adjunta un anexo orientativo (Anexo 9.1) del material fungible y medicación utilizados en las Áreas en las que se implantó y evaluó el programa en 1998. El suministro debe ser lo suficientemente dinámico para permitir que materiales o medicaciones específicas para pacientes de nueva inclusión, estén disponibles en 24-48 horas como máximo.

5.2. PROCESO ASISTENCIAL Y CALIDAD

5.2.1. Captación e inclusión en el programa de los pacientes susceptibles

La captación del enfermo se realizará a través de:

- *Consulta de cualquier profesional de Atención Primaria:* médico, enfermera, trabajador social u otros. El médico y enfermera de referencia del paciente, una vez tengan conocimiento del caso, deben hacer una valoración conjunta sobre la pertinencia o no de su inclusión en Programa y si necesitan apoyo del ESAD.
 - Si no cumple criterios de inclusión, el caso podrá ser reconsiderado en función de la evolución del paciente y su entorno, e incluirlo en otro momento. En cualquier caso, se le asegurarán los cuidados habituales.
 - Si cumple criterios de inclusión, y su médico ó enfermera demandan apoyo/asesoría del Equipo de Soporte, se solicitará por los cauces habituales dentro del Área.

- *Informes de alta de los Hospitales de referencia:* se remitirá informe de alta a Atención Primaria, según esté establecido en cada Área. Además, sería conveniente que el Hospital envíe copia vía FAX u otro medio de transmisión rápida (correo electrónico) al ESAD, para que a su vez se lo comunique al médico y enfermera responsable del paciente, a quienes se les recordarán las líneas generales del Programa (posibilidad de apoyo y/o asesoramiento y de coordinación con otros recursos sociosanitarios). Aunque en principio cualquier médico o servicio del Hospital puede emitir un FAX, es importante identificar “agentes colaboradores” del Programa que se responsabilicen de emitir el mayor número posible de comunicaciones. Estos agentes deberían ser profesionales sanitarios integrados en servicios relevantes, relacionados con la tipología de los pacientes susceptibles de inclusión, a saber: Urgencias, Medicina Interna, Geriatría y Oncología.

Antes de derivar al paciente a Atención Primaria, si no tiene cuidador primario o su domicilio no reúne condiciones mínimas de habitabilidad, desde el Hospital se gestionará su derivación a otras Instituciones Sociosanitarias.

- *Comisiones Sociosanitarias del Área/Distrito:* En aquellos casos en que se considere necesario, la propia Comisión solicitará la intervención de los profesionales de EAP-MT/ESAD.
- *Servicio de Urgencias 061:* Los profesionales del Servicio de Urgencias contactarán con EAP-MT/ESAD, si captan pacientes que cumplan los criterios de inclusión.
- *Recursos sociosanitarios de otras instituciones* (Ayuntamiento, Comunidad Autónoma, ONGs, etc).

5.2.2. Valoración inicial del paciente, identificación de problemas y establecimiento de plan de actuación

La valoración inicial del paciente, realizada bien por los profesionales de EAP/MT solos o de forma conjunta con el ESAD, debe plasmarse en un plan de actuación que deberá variar en función de la evolución del paciente y en el que se establezca lo siguiente:

- Principales problemas identificados.
- Situación sociofamiliar del paciente y su familia, con identificación de problemas respecto al cuidador y las características de la vivienda.

- Plan de actuación que incluya el plan terapéutico y de cuidados y las intervenciones sociosanitarias que requiera el paciente.
- Programación de las visitas.

Cuando la demanda de asistencia directa al ESAD proceda de profesionales hospitalarios o de familiares de los pacientes, se contactará siempre primero con los profesionales de AP responsables del paciente y se establecerá con ellos la estrategia idónea de seguimiento, de forma que no se interfiera con una posible estrategia asistencial ya en marcha.

5.2.3. Realizar el seguimiento de los pacientes y apoyo a sus cuidadores

Los profesionales sanitarios responsables del paciente, con la asesoría o apoyo del Equipo de Soporte que soliciten los propios profesionales del EAP/MT, realizarán las visitas programadas establecidas en el plan de actuación inicial y sus sucesivas actualizaciones.

5.2.4. Establecer protocolos y guías de actuación dirigidos a los principales problemas atendidos en el domicilio

Los protocolos y guías de actuación dirigidas a los principales síndromes, síntomas y patologías atendidas en el domicilio, constituyen herramientas esenciales para el manejo de los pacientes. Su elaboración, actualización y cumplimiento debe considerarse esencial dentro del proceso de atención. En cada Área se desarrollarán protocolos y guías para los principales problemas atendidos en domicilio, mediante grupos de trabajo multidisciplinares de profesionales de EAP/MT y del ESAD, teniendo en cuenta las Normas Técnicas de los Servicios de Atención Domiciliaria a Pacientes Inmovilizados y a Pacientes Terminales, de la Cartera de Servicios del INSALUD^{13,14}.

5.3. COORDINACIÓN DE RECURSOS

5.3.1. Diseño y puesta en marcha de un plan de comunicación interna sobre la atención domiciliaria

El análisis previo de los conocimientos, actitudes y cultura organizacional sobre la Atención Domiciliaria en general, y sobre la implantación del programa en cada Área, permitirá detectar los diferentes segmentos de profesionales sobre los que habrá que actuar a través de un plan de comunicación interna.

Es necesario definir los mensajes, los canales y los medios de comunicación, estableciendo estrategias diferenciadas y objetivos específicos en cada caso.

5.3.2. *Presentación del programa en Consejo de Gestión de Atención Primaria*

El Consejo de Gestión, como órgano de participación de los profesionales y foro para la toma de decisiones en el Área, debe ser informado y consultado sobre la estrategia de implantación del programa, sus objetivos y su seguimiento de forma ágil y ser éste el canal de comunicación principal en el proceso de implantación.

5.3.3. *Presentación del programa a todas las Unidades Clínico-Asistenciales*

Además de la transmisión de la información sobre el programa por parte de los responsables de los centros, es preciso establecer una política de comunicación más personalizada con los profesionales de EAP/MT.

La presentación del programa por parte del ESAD en sus aspectos más “técnicos”, mejorará su implantación y seguimiento por los profesionales, estableciéndose un vínculo más directo entre el ESAD y los profesionales de EAP/MT.

Esta actividad debe ser priorizada durante la primera fase de implantación del programa en cada Área.

5.3.4. *Presentación del programa en la Comisión Paritaria*

La Comisión Paritaria como Órgano de Coordinación entre Atención Primaria y Especializada debe vincularse desde el principio a la implantación del programa.

En este foro debe pactarse la estrategia de coordinación entre el ESAD y los EAP/MT con los diferentes servicios hospitalarios y establecerse el contenido de los pactos y criterios de derivación y transmisión de la información entre las distintas unidades implicadas.

5.3.5. *Presentación del programa a todas las unidades Hospitalarias implicadas*

Una vez programada la implantación del Programa en la Comisión Paritaria, éste debe ser presentado a las diferentes unidades y servicios por la Dirección de Atención Especializada y posteriormente por el ESAD.

5.3.6. *Presentación del programa a los Servicios Sociales del Área (Municipales y Autonómicos)*

Coincidiendo con la primera convocatoria de constitución de la Comisión Sociosanitaria o de forma previa, si las condiciones así lo aconsejan, el programa debe ser presentado a los responsables Institucionales de los Servicios Sociales, y a los trabajadores de los Servicios Sociales de base.

5.3.7. *Presentación del programa al Consejo de Salud, cuando esté constituido*

El Consejo de Salud del Área será informado inicialmente de la puesta en marcha del programa y periódicamente del desarrollo del mismo.

5.3.8. *Establecer los canales y circuitos de coordinación y derivación de pacientes entre otras unidades y profesionales que toman parte en el proceso asistencial de los pacientes incluidos en programa*

• **Centros de Atención Primaria - ESAD:**

Los médicos y enfermeras de Atención Primaria podrán contactar telefónicamente para apoyo y asesoría del Equipo de Soporte, en cualquier momento de la evolución del paciente, así como para recabar información sobre otros recursos disponibles. No obstante, es deseable que se establezca un circuito formal de solicitud de apoyo al ESAD a través de informe escrito o similar.

En caso de solicitar apoyo al Equipo de Soporte, se pactará un plan de actuación conjunto del paciente. Se podrá contactar de nuevo con él ante cualquier alteración del plan de actuación, o cualquier duda o situación difícil de solucionar.

Sería deseable contactar, así mismo, con el Equipo de Soporte ante cualquier derivación programada al Hospital desde EAP/MT para facilitar la coordinación entre niveles.

Se mantendrán reuniones periódicas de coordinación entre el ESAD y las unidades de EAP/MT.

• **Hospital – ESAD – EAP/MT:**

Se realizará mediante interconsultas aportando informe. Además, es recomendable, que la comunicación de aspectos puntuales sea ágil y directa mediante la utilización del teléfono.

Se mantendrán reuniones periódicas de coordinación y se incorporarán sesiones y seminarios específicos al programa docente.

- **Comisiones sociosanitarias - EAP/MT - ESAD:**

Los profesionales de EAP-MT/ESAD se coordinarán con la Comisión Sociosanitaria del Área y de Distrito:

- Planteando desde el EAP-MT/ESAD problemas surgidos en la coordinación con servicios sociales.
- Intercambiando información de forma periódica y recíproca, tanto desde el EAP-MT/ESAD sobre la actividad desarrollada, como por parte de la Comisión sobre nuevos recursos disponibles.
- Integrándose en los circuitos de derivación entre recursos sociales y sanitarios.

- **Trabajadores sociales – ESAD – EAP/MT - Hospitales:**

Tras la valoración social básica realizada por los profesionales sanitarios, se pueden detectar problemas que requieran la interconsulta o intervención directa del trabajador social para su posible solución. A modo de referencia, las siguientes situaciones pueden requerir la intervención del trabajador social:

- En general: Situación económica deficitaria, pertenencia a alguno de los grupos de riesgo social.
- Relativas a la Unidad Familiar: Desestructuración familiar, incapacidad/limitación del cuidador primario, necesidad de ayuda externa al cuidador primario.
- Relativas al entorno: Situación inadecuada de la vivienda.
- Referente a la valoración de las redes de apoyo: Necesidad de conseguir apoyo de otras Instituciones.

- **Unidades de Salud Mental – ESAD – EAP/MT:**

- Interconsulta de asesoramiento (puede ser telefónica).
En determinadas situaciones se realizarán visitas domiciliarias conjuntas.

En cualquier caso, la coordinación con estas unidades debe hacerse siempre mediante protocolos consensuados en el Área.

- **Servicio de Urgencias Hospitalarias – ESAD – EAP/MT:**

Los médicos y enfermeras del Servicio de Urgencias podrán contactar con el EAP/MT y/o con el ESAD, para comunicar casos de pacientes que cumplan criterios de inclusión en el programa, así como para intercambiar información de los mismos, siendo recomendable que la comunicación sea ágil y directa, mediante la utilización del teléfono o informe remitido por FAX o correo electrónico.

Se mantendrán reuniones periódicas de coordinación y se incorporarán a las sesiones docentes.

- **Servicio de Urgencias 061 – ESAD – EAP/MT:**

Se establecerán acuerdos con el Servicio de Urgencias 061, de forma que sus profesionales cuenten con información actualizada de los pacientes incluidos en programa. Los protocolos, guías de práctica clínica y sistemas de registro e información serán conocidos y seguidos por los profesionales del 061, de forma que su actuación sea homogénea con el resto de los profesionales del Área (planes terapéuticos, ingresos, fallecimientos...)

El 061 facilitará al EAP/MT y al ESAD, si procede, información referente a pacientes visitados y actuaciones seguidas por este servicio.

5.3.9. Creación de un circuito y criterios de derivación mediante informe simultáneo al alta de los pacientes susceptibles, entre Servicios Hospitalarios de referencia y Centros de Atención Primaria y ESAD

Con objeto de asegurar la continuidad de la asistencia de los pacientes susceptibles de atención domiciliaria y que son dados de alta de un ingreso hospitalario, se debe garantizar un circuito de información que cumpla las siguientes premisas:

- De forma simultánea al alta, los Centros de Atención Primaria y el ESAD deben disponer del informe definitivo o provisional del paciente transmitido por alguna de las siguientes vías: fax, correo electrónico, correo interno.
- En el informe deberá incluirse, al menos, la siguiente información:
 - Datos de identificación del paciente, incluido CIP.
 - Datos de identificación del médico y Centro de Atención Primaria responsable.
 - Diagnóstico y plan de actuación: plan terapéutico y de cuidados.

5.3.10. *Establecer acuerdos y criterios de derivación de los pacientes susceptibles de ingreso, desde Atención Primaria a Hospital de referencia*

Los acuerdos y criterios a establecer deben definir el circuito más ágil de ingreso de estos pacientes y el servicio de ubicación idónea, evitando siempre que sea posible duplicación de trámites y pruebas diagnósticas y reduciendo al máximo la estancia de estos pacientes en las unidades de Urgencia de los Hospitales. El ingreso programado supondría el objetivo final de este circuito.

5.3.11. *Establecer un circuito de suministro de medicamentos específicos desde el Servicio de Farmacia del Hospital a Unidad de Farmacia o ESAD de AP*

La utilización de medicaciones de uso hospitalario en determinados pacientes, limita y complica su permanencia en la comunidad. La excepcionalidad de muchas de estas medicaciones no hace recomendable su inclusión en el suministro habitual de Atención Primaria. Una forma sencilla y ágil de resolver este problema es mediante el establecimiento de acuerdos de suministro por parte del Servicio de Farmacia Hospitalaria a la Gerencia de Atención Primaria de esta medicación, siempre que se cumplan los criterios definidos para su uso.

5.3.12. *Establecer acuerdos y criterios de derivación de los pacientes susceptibles de ingreso, desde Atención Primaria a Hospitales de media y larga estancia de referencia*

En aquellos pacientes que además de su problema médico o de enfermería, presenten problemas sociales sobreañadidos, y en los que fuera aconsejable un ingreso en Hospital de media o larga estancia, el ESAD intervendría valorando al paciente junto con los profesionales sanitarios del Centro que corresponda, elaborando y tramitando los informes Médico y de Enfermería para la solicitud de ingreso directo programado. Los pacientes susceptibles son:

- Pacientes terminales que no pueden ser controlados en el domicilio: se podría solicitar ingreso hasta su fallecimiento.
- Descanso del cuidador primario por claudicación familiar o cualquier otra causa que impida que siga ocupándose de los cuidados del paciente.
- Pacientes en programas de rehabilitación que no pudieran realizarla de forma ambulatoria.

- Pacientes crónicos convalecientes que precisen cuidados médicos y/o de enfermería, que por su complejidad no se puedan realizar en el domicilio (Por ejemplo: úlceras por decúbito complejas).

5.3.13. Creación de Comisión Sociosanitaria de Área

La Comisión Sociosanitaria del Área debe ser el foro de comunicación, análisis y resolución de problemas relacionados con la Coordinación entre los recursos sociales y sanitarios del Área. Su composición, funciones y dinámica deben establecerse en base a la situación de cada Área, pero de forma orientativa deben respetarse las líneas establecidas en el documento “Bases para la ordenación de servicios de atención sanitaria a las personas mayores”¹⁵ publicado por el INSALUD en 1995. El Plan Estratégico del INSALUD¹⁶ de 1998, coloca a la Comisión Sociosanitaria como el eje de la coordinación entre recursos sociales y sanitarios y establece que las Gerencias de Atención Primaria deben ser las impulsoras y responsables de su constitución y funcionamiento.

La experiencia de las Áreas en las que está implantada esta comisión¹⁷, evidencia su utilidad, al permitir un mejor conocimiento mutuo y una mayor información sobre los recursos sociosanitarios disponibles. La creación de acuerdos concretos sobre gestión de recursos y el establecimiento de criterios operativos para ello es uno de sus mayores logros, aunque es necesario dotarlas de forma progresiva de mayores competencias ejecutivas.

5.3.14. Establecimiento de acuerdos con Servicios Sociales sobre: Circuitos de derivación y valoración de pacientes, criterios de uso y adjudicación de recursos

Los problemas sociales y sanitarios coinciden con frecuencia en las personas mayores y actúan sinérgicamente, agravándose entre sí, haciendo necesario un especial esfuerzo para la coordinación de recursos, en un intento de agilizar su utilización, favoreciendo la eficiencia interinstitucional, la continuidad de los cuidados, la equidad y la calidad asistencial.

Experiencias previas¹⁸ señalan que el Equipo de Soporte de Atención Domiciliaria debe ocupar un lugar estratégico en la gestión de problemas sociales de los pacientes atendidos a domicilio en Atención

Primaria, ya que con frecuencia se solicita su intervención por parte de los profesionales de los EAP/MT cuando los problemas sociales actúan como factor limitante de los cuidados, o la complejidad de los problemas del paciente, condicionan la necesidad de apoyo por parte de otros profesionales. Por este motivo, el ESAD suele ser, con mayor frecuencia, el depositario de las situaciones más graves o que necesitan una intervención coordinada urgente. Por otro lado, se detecta que cada vez es mayor la demanda que recibe el ESAD para la intervención cuando el caso reviste características, sobre todo, sociales.

Cuando se detecten este tipo de problemas, bien directamente por parte del ESAD o por derivación por otros profesionales de Atención Primaria, se precisaría una valoración conjunta sociosanitaria para la que habría distintas posibilidades en su perspectiva social. A modo de orientación se indican las siguientes:

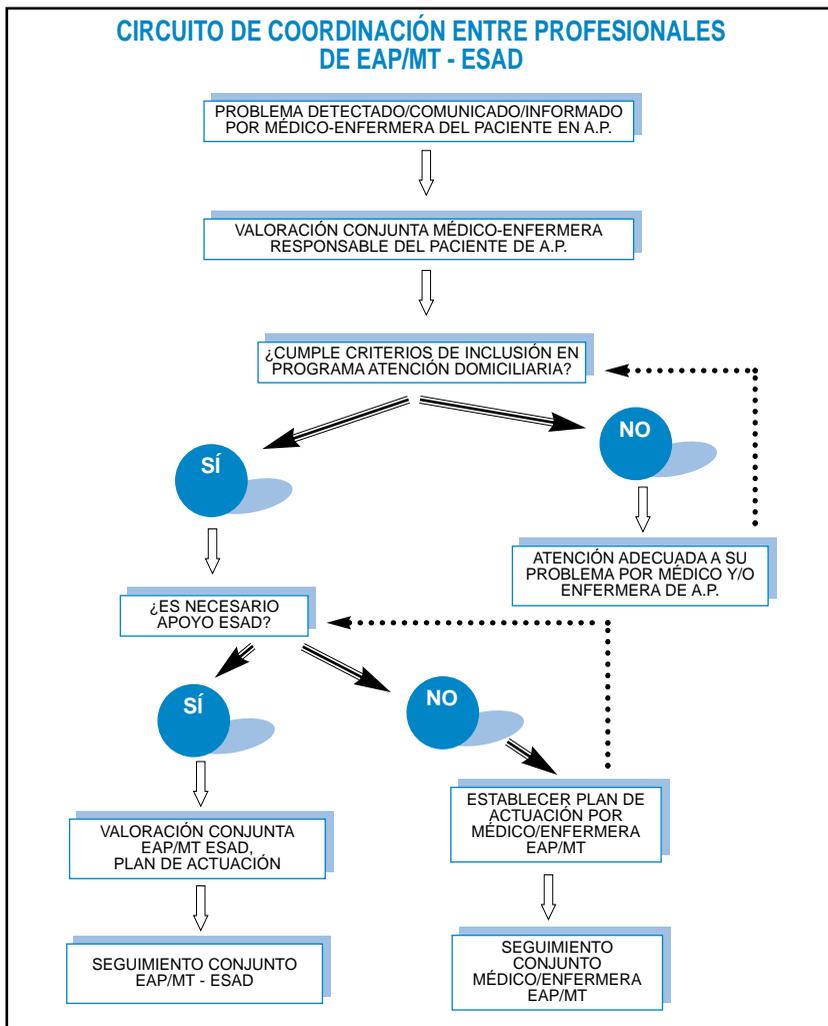
- Disponer de la figura de un trabajador social de referencia para el programa.
- Contactar con el trabajador social de la zona básica a la que pertenece el paciente.
- Establecer la figura de un trabajador social de referencia de la plantilla de Servicios Sociales Municipales.
- Establecer acuerdos con los Servicios Sociales sobre circuitos de uso y adjudicación de recursos (ayuda a domicilio, centros de día, residencias...) con objeto de agilizar la gestión de los mismos en situaciones que impiden prestar una adecuada atención a domicilio, y requieren un cauce de resolución especialmente ágil. La propuesta de coordinación implica que el ESAD pueda disponer de los modelos oficiales de solicitud, lo que permitiría la tramitación directa a los Servicios Sociales Municipales o Autonómicos. Igualmente, deberían establecerse criterios de derivación, según lo establecido por cada institución, de modo que el informe emitido por el ESAD fuera suficiente para realizar la tramitación.

La cartera de recursos sociales en los que el ESAD podría desempeñar un papel clave en cuanto al inicio de la gestión, para el perfil de pacientes y problemas más frecuentes atendidos en el programa serían:

- **Ayuda a domicilio:** Aún conscientes de la limitación temporal ofertada en general en esta modalidad de ayuda (1 hora al día), su percepción puede mejorar de forma parcial la situación a la espera de la adjudicación de otros recursos sociales (Institucionalización). Serían susceptibles de recibir este apoyo pacientes sin cuidador o con cuidador incapacitado para los cuidados básicos y que no sean candidatos a otro tipo de alternativa (por ejemplo, porque no aceptan ingresar en el hospital).
- **Centros de día:** El Centro de día es un recurso que proporciona atención sociosanitaria a los ancianos, facilitando la permanencia en su entorno y proporcionando apoyo a los cuidadores. El perfil de pacientes atendidos en estos centros puede variar desde algún deterioro físico-psíquico y sin demencia severa, hasta pacientes que precisan asistencia para poder realizar la mayoría de las actividades de la vida diaria. El acceso a este servicio se realiza en general a través de las Juntas Municipales de Distrito o Concejalías de Servicios Sociales Municipales, precisando de la valoración del trabajador social municipal y en algunos casos de los servicios médicos municipales. Una línea de trabajo de coordinación con los Servicios Sociales podría ser iniciar la solicitud desde el propio ESAD, ya que dispone de información sobre la situación clínica y social del paciente para realizar la valoración inicial requerida.
- **Residencias:** (Residencias asistidas, plazas psicogeríatras, plazas sociosanitarias). La intervención del ESAD para facilitar el acceso a este tipo de recursos se plantearía en un contexto de emergencia, en el que existe un evidente estado de necesidad de asistencia. En general, se trata de pacientes en los que la situación familiar, económica y/o social, unida a sus limitaciones físicas y/o psíquicas de autonomía personal hace insuficiente la atención en el domicilio.

En estas circunstancias, la coordinación con los Servicios Sociales permitiría iniciar desde el ESAD la tramitación del expediente, aportando un informe acreditativo de la situación de emergencia, que describa detalladamente las necesidades de cuidados profesionales y especifique, de forma visible, el carácter de “urgencia”, remitiéndolo de forma inmediata (fax) a los Servicios Sociales Municipales. La resolución de estos casos no debería dilatarse más de 72 horas.

CIRCUITO DE COORDINACIÓN ENTRE PROFESIONALES DE EAP/MT - ESAD



5.4. FORMACIÓN

Las actividades de formación enmarcadas en el “Programa de Atención Domiciliaria con Equipo de Soporte” se orientarán a proporcionar a los profesionales sanitarios conocimientos y habilidades para conseguir y desarrollar los objetivos y actividades del programa, con una metodología participativa y teniendo en cuenta los siguientes aspectos:

- **Profesionales del ESAD:**

- 5.4.1. Asistencia de los miembros sanitarios de los nuevos ESAD a un curso teórico (40 horas) y práctico (15 días)
- 5.4.2. Realización de reuniones y jornadas periódicas para intercambio de conocimientos y experiencias

- **Responsables del programa en los EAPs/MT:**

- 5.4.3. Rotaciones de las/os enfermeras/os responsables del programa de los centros (EAP y MT) por el ESAD
- 5.4.4. Rotaciones de los médicos responsables del programa de los centros (EAP y MT) por el ESAD

- **Profesionales de EAP y MT**

- 5.4.5. Realizar cursos y seminarios básicos de capacitación en metodología de atención domiciliaria
- 5.4.6. Realizar cursos y seminarios básicos de capacitación en cuidados paliativos
- 5.4.7. Realizar cursos y seminarios básicos de capacitación en patologías crónicas (EPOC, Renales, Demencias...)
- 5.4.8. Realizar seminarios sobre manejo de aspectos psicosociales
- 5.4.9. Realizar sesiones clínicas y de autoformación en los EAP sobre Atención Domiciliaria

- **Otros:**

- 5.4.10. Ofertar la rotación Médicos Internos Residentes de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria
- 5.4.11. Ofertar la rotación a estudiantes de 6º de Medicina y 3º de Enfermería

5.5. INVESTIGACIÓN

5.5.1. *Desarrollar proyectos de investigación, preferentemente multi-céntricos, en relación con la Atención Domiciliaria. Los aspectos más relevantes a abordar en las líneas de investigación son:*

- Calidad de la atención prestada.
- Evaluación de los resultados del programa en términos de efectividad y eficiencia.
- Satisfacción de los pacientes y sus cuidadores.

5.5.2. *Realizar publicaciones en revistas especializadas y comunicaciones a congresos sobre atención domiciliaria*

5.6. APOYO A LA FAMILIA

5.6.1. *Organizar grupos de educación para la salud dirigidos a los cuidadores de los pacientes incluidos en el programa*

- Objetivos generales de los grupos:
 - Propiciar la reflexión individual acerca de la motivación para el cuidador, así como favorecer la toma de conciencia de los factores que influyen en él.
 - Desarrollar en las/os cuidadoras/es un estilo de vida en el que analicen el proceso de cuidar y aprendan a adecuarlo a la necesidad concreta de los que cuidan.

• Metodología:

Para desarrollar el proyecto educativo para trabajar con los/las cuidadoras se propone:

- Análisis de la situación
 - * Identificación de demandas y necesidades
 - * Definición y caracterización de grupo
- Definición de los objetivos
- Desarrollo de actividades y técnicas con una metodología adecuada
- Evaluación

5.6.2. *Conocer y facilitar la utilización racional de los recursos de atención sociosanitaria existentes en la comunidad*

5.6.2.a. *Elaborar una guía de recursos de la zona y establecer el circuito para una utilización correcta*

- 5.6.2.b. *Contactar con el responsable del Programa de Objetores de Conciencia y Voluntariado para apoyar a las familias, en los casos que fuera necesario*
- 5.6.2.c. *Establecer los acuerdos y circuitos necesarios para facilitar el contacto de las familias con los recursos sociales y asociaciones u organizaciones que dispongan de voluntariado u otro tipo de recursos complementarios*

6. REQUISITOS Y ESTRATEGIA DE IMPLANTACIÓN

Entre los requisitos que debe reunir un Área sanitaria para participar en la implantación del programa, deben considerarse los siguientes:

1. Aceptación por parte de las Gerencias de Atención Primaria y Atención Especializada, garantizando la coordinación adecuada entre los dos niveles asistenciales, para este tipo de pacientes.
2. Porcentaje de mayores de 75 años por encima de la media del INSALUD.
3. Predominio de población urbana.
4. Carencia de dispositivos similares en el Hospital de referencia.
5. Existencia de Hospital de media y larga estancia, que pueda garantizar mínimamente los ingresos temporales.
6. Posibilidades de colaboración con otras instituciones: existencia de Comisión Sociosanitaria u otros cauces de colaboración.

En cada Área se establecerá un cronograma de implantación, considerando los siguientes aspectos:

1. Análisis de situación de las Áreas a incluir en el programa:
 - Presentación del programa y de su evaluación a los equipos directivos de las Áreas.
 - Análisis cualitativo de situación de partida mediante entrevistas a informadores clave.
2. Diseño de proyecto de formación y sensibilización de los nuevos ESAD: Con objeto de dotar de una cultura común a todos los miembros de los nuevos ESAD se programarán:
 - Curso de Formación para los nuevos miembros de ESAD (40 horas).
 - Rotaciones en grupo en los ESAD implantados en otras Áreas en años previos (15 días).

3. Formación de un grupo de trabajo interáreas para la puesta en marcha del programa.
4. Elaboración de planes de comunicación interna y externa para la implantación del programa.

7. EVALUACIÓN

7.1. ESTRUCTURA - ESAD

- Existencia de espacio físico específico para su ubicación
- Existencia de coche para el transporte
- Existencia de teléfono móvil o busca personas
- Existencia de FAX
- Nº de médicos
- Nº de enfermeras
- Nº de Auxiliares Administrativos
- Nº de Auxiliares Enfermería
- Nº de otro personal (especificar)
- Nº de EAP/Unidades de MT a los que da apoyo
- Población total asignada a los EAP/Unidades de MT a los que de apoyo

Procedimiento de evaluación: Periodicidad anual. Fuente de datos: Registro específico del ESAD.

7.2. PROCESO - EAP/MT

Cobertura

- Nº de personas incluidas y distribución por:
 - Sexo
 - Tramos etarios (10 años)
 - Diagnóstico de inclusión (CIE-9 MC)
 - Tipo de paciente: Inmovilizado / Terminal

Actividad asistencial

- Nº visitas / semana por profesional:
 - Médico
 - Enfermera

- Conjuntas (médico y enfermera)
- Trabajador social

Calidad: Cumplimiento de Normas Técnicas de:

- Servicio de Atención a Pacientes Inmovilizados
- Servicio de Atención a Pacientes Terminales

Actividades de coordinación de EAP/MT con el ESAD y el Trabajador Social

- N° de pacientes en los que ha intervenido el ESAD
- N° de pacientes en los que el EAP/MT ha solicitado la intervención del trabajador social

Procedimiento de evaluación:

Cobertura: Periodicidad anual, coincidiendo con evaluación de Cartera de Servicios. Fuente de datos: Registro específico de cobertura de EAP/MT.

Actividad asistencial, calidad y actividades de coordinación: Periodicidad anual, coincidiendo con evaluación de Cartera de Servicios. Fuente de datos: Muestra de Historias Clínicas, según las instrucciones que establezca la SGAP.

7.3. PROCESO - ESAD

Cobertura

- N° de personas incluidas y distribución por:
 - Sexo
 - Tramos etarios (10 años)
 - Diagnóstico de inclusión en programa (CIE-9 MC)
 - Tipo de paciente: Inmovilizado / Terminal
 - Modelo asistencial que da cobertura al paciente: EAP / MT

Actividad asistencial

- N° visitas / semana por profesional: Global, por Diagnóstico de Inclusión y por Tipo de Paciente
(Incluye visitas realizadas exclusivamente por miembros del ESAD y visitas realizadas conjuntamente por miembros del ESAD con EAP/MT)
 - Médico ESAD
 - Enfermera ESAD
 - Conjuntas ESAD (médico y enfermera)
 - Trabajador social ESAD (en ESAD con trabajador social)

Calidad: Cumplimiento de Normas Técnicas de:

- Servicio de Atención a Pacientes Inmovilizados
- Servicio de Atención a Pacientes Terminales

Actividad de coordinación con EAP/MT

- Nº visitas / semana de algún miembro del ESAD con algún miembro del EAP. *(Estas visitas se incluirán también en el apartado anterior de “Actividad asistencial”, en la categoría que corresponda en función del profesional del ESAD que participa en la visita)*
- Nº de reuniones de coordinación con EAP/MT
- Nº de pacientes en los que el ESAD ha solicitado la intervención del trabajador social

Actividad de coordinación con otros niveles o instituciones

- Nº de reuniones de coordinación con servicios de hospitales de agudos, distribución por servicio y acuerdos documentados
- Nº de reuniones de coordinación con servicios de hospitales de media y larga estancia y acuerdos documentados
- Nº de reuniones de coordinación con servicios sociales y acuerdos documentados
- Nº de reuniones de coordinación con la comisión sociosanitaria y acuerdos documentados
- Nº de reuniones de coordinación con 061 y acuerdos documentados

Docencia

Sesiones docentes

- Nº de Unidades Clínico-Asistenciales en las que se han impartido sesiones
- Nº total de sesiones del ESAD realizadas conjuntamente con las Unidades Clínico-Asistenciales
- Nº total de profesionales de EAP/MT que han participado en sesiones conjuntas

Rotaciones

- Nº de médicos de AP que han rotado en el ESAD
- Nº de enfermeras de AP que han rotado en el ESAD
- Nº de Médicos Internos Residentes de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria que han rotado en el ESAD

- N° de estudiantes de 6º de Medicina que han rotado por el ESAD
- N° de estudiantes de 3º de Enfermería que han rotado en el ESAD

Otras actividades docentes

- Especificar tipo de actividad (curso, taller, seminario, etc), horas docentes, n° de profesionales que han participado, por categoría profesional y satisfacción global de los asistentes con la actividad (en cursos y talleres)

Investigación

- N° de proyectos de investigación puestos en marcha, reflejando el título del proyecto, fase en la que se encuentra (diseño, trabajo de campo, análisis de resultados o elaboración del informe final) entidad financiadora, si la hay, y fecha prevista de finalización
- N° de publicaciones, reflejando: título de la publicación, autores, lugar de publicación (revista, libro...), fecha de publicación, línea o proyecto de investigación con la que está relacionada
- N° de comunicaciones científicas reflejando: título de la publicación, autores, lugar de presentación (congreso, jornada...), fecha de comunicación y línea o proyecto de investigación con la que está relacionada

Apoyo a la familia

- N° de cursos impartidos a cuidadores primarios
- N° de cuidadores primarios que han asistido a algún curso

Procedimiento de evaluación:

Periodicidad anual, coincidiendo con evaluación de Cartera de Servicios. Fuente de datos:

Cobertura, Actividades de coordinación, Docencia, Investigación y Apoyo a la Familia: Sistemas de registro específicos.

Actividad asistencial: Sistema de información mensual del ESAD.

Calidad: Muestra de Historias Clínicas, según las instrucciones que establece la SGAP.

7.4. RESULTADOS EAP Y ESAD

- N° de pacientes que han salido de programa y distribución por motivo de salida: Global, por Diagnóstico de Inclusión y por Tipo de Paciente

Motivo de salida: Exitus en domicilio, Exitus en hospital, Internamiento en institución cerrada (hospital, residencia), Cambio de domicilio, Negativa del paciente o su cuidador a seguir en programa.

- N° de pacientes con dolor en los que se ha logrado control (Anexo 9.2.)
- N° de pacientes en los que se ha producido ingreso hospitalario: Global, por Diagnóstico de Inclusión y por Tipo de Paciente
- N° total de ingresos de pacientes incluidos en programa
- N° de pacientes en los que se ha producido alguna visita a urgencias: Global, por Diagnóstico de Inclusión y por Tipo de Paciente
- N° total de visitas a urgencias de pacientes incluidos en programa
- Estudio cualitativo de reclamaciones y sugerencias de pacientes incluidos en programa

Procedimiento de evaluación:

Periodicidad anual, coincidiendo con evaluación de Cartera de Servicios. Fuente de datos:

ESAD:

- Salida de programa: Registro específico del ESAD
- Ingresos hospitalarios y visitas a urgencias: Registro específico del ESAD o Muestra de Historias Clínicas
- Dolor: Muestra de Historias Clínicas
- Reclamaciones y sugerencias: Muestra

EAP/MT:

- Salida de programa: Registro específico del EAP/MT
- Dolor, ingresos y visitas a urgencias: Muestra de Historias Clínicas
- Reclamaciones y sugerencias: Muestra

8. SISTEMAS DE REGISTRO

8.1. SISTEMAS DE REGISTRO DEL EAP / MT

Historia clínica

Se utilizará el modelo de Historia Clínica normalizado de Atención Primaria. Se cumplimentará por los profesionales de Atención Primaria responsables del paciente. A efectos de la evaluación, y con objeto de disponer de la información necesaria, la historia clínica deberá tener registrados los siguientes datos:

- Fecha de visita, identificación del / los profesionales (médico, enfermera, trabajador social) en cada visita y contenidos de la actividad desarrollada en la visita (evolución clínica, tratamiento instaurado y cuidados que requiere el paciente).
- Ingresos hospitalarios y visitas a urgencias.

Registro Específico del EAP / MT de pacientes incluidos en programa

Con objeto de facilitar el proceso de evaluación, en el mismo registro que se utilice como registro de cobertura de los servicios de Atención a Pacientes Inmovilizados y Atención a Pacientes Terminales, se incluirán los siguientes datos:

- CIP (16 dígitos)
- Número de historia clínica
- Tipo de paciente (inmovilizado / terminal)

() En los pacientes que hayan pasado de Inmovilizado a Terminal en el período de evaluación, se contabilizará sólo un paciente a efectos del programa de Atención Domiciliaria y siempre en el grupo de "Terminales" (a diferencia de la cobertura de Cartera de Servicios, que debe contabilizar a ese paciente en ambos servicios). Para ello, es preciso identificar a aquellos pacientes que cuenten con dos registros, sean éstos informáticos o en papel.*

- Diagnóstico de inclusión codificado según clasificación CIE-9 MC: al final del documento se incluyen los diagnósticos y códigos más frecuentes (Anexo 9.3.).

- Fecha de inclusión en programa
- Fecha de salida de programa
- Motivo de salida: Exitus en domicilio / Exitus en hospital / Internamiento en institución cerrada (hospital, residencia) / Cambio de domicilio / Negativa del paciente o su cuidador a seguir en programa.

Informe de derivación Hospital - Atención Primaria

Se realizará por el Médico del Hospital responsable del paciente en el momento del alta hospitalaria, conteniendo la información necesaria para que los profesionales de Atención Primaria conozcan el caso y puedan realizar la valoración inicial. Este informe se incorporará a la historia clínica del paciente.

Informe de derivación Atención Primaria – Hospital (Hoja interconsulta)

Se utilizará el impreso normalizado de Atención Primaria del INSALUD. Se realizará por el Médico responsable del paciente, e incluirá un breve resumen de la historia clínica y el motivo de la remisión. En la historia clínica deberá figurar copia o resumen del informe.

Hoja de cuidados domiciliarios

Se realizará por el médico o enfermera responsables del paciente, para que conste información por escrito dirigida a la familia, al propio paciente y a cualquier profesional sanitario que lo precise. Deberá incluir el número de historia clínica, la fecha de visita, la identificación del profesional (nombre y categoría), un resumen de la evolución clínica e información sobre el tratamiento instaurado y los cuidados que requiere el paciente.

8.2. SISTEMAS DE REGISTRO DEL ESAD

Registro Específico del ESAD

Debe recoger los mismos contenidos que se han definido para la historia clínica y el registro específico de EAP / MT, así como el modelo asistencial al que pertenece el paciente derivado (EAP o MT) e información sobre el tratamiento del dolor y el grado de control.

- CIP (16 dígitos)
- Tipo de paciente (inmovilizado / terminal)

() En los pacientes que hayan pasado de Inmovilizado a Terminal en el período de evaluación, se contabilizará sólo un paciente a efectos del programa de Atención Domiciliaria y siempre en el grupo de “Terminales”.*

- Modelo asistencial de la Unidad Clínico-Asistencial de la que procede el paciente (EAP/MT)
- Fecha de inclusión en el programa
- Diagnóstico de inclusión codificado según clasificación CIE-9 MC: al final del documento se incluyen los diagnósticos y códigos más frecuentes (Anexo 9.3.).
- Fecha de visita, identificación del / los profesionales (médico, enfermera, trabajador social) en cada visita y contenidos de la actividad desarrollada en la visita (evolución clínica, tratamiento instaurado y cuidados que requiere el paciente). En los pacientes con dolor, deberá existir información sobre su intensidad, tratamiento y grado de control.
- Ingresos hospitalarios y visitas a urgencias
- Fecha de salida
- Motivo de salida: Exitus en domicilio / Exitus en hospital / Internamiento en institución cerrada (hospital, residencia) / Cambio de domicilio / Negativa del paciente o su cuidador a seguir en programa.

Registro Específico de Coordinación del ESAD

Se registrarán las reuniones de coordinación y acuerdos documentados alcanzados con EAP/MT, servicios hospitalarios, servicios sociales, comisión sociosanitaria y 061.

Registro Específico de Docencia

Se registrarán las actividades docentes reflejando fecha, tipo de actividad (curso, seminario, taller, sesión), duración en horas lectivas, número de asistentes por categoría profesional y satisfacción global de los asistentes con la actividad (en cursos y talleres).

Registro Específico de Investigación en el ESAD

- Líneas y proyectos de investigación, reflejando el título del proyecto, investigador principal y resto de investigadores, fase en la que se encuentra (diseño, trabajo de campo, análisis de resultados o elaboración del informe final) entidad financiadora (si la hay) y fecha prevista de finalización.
- Publicaciones, reflejando: título de la publicación, autores, lugar de publicación (revista, libro...), fecha de publicación, línea o proyecto de investigación con la que está relacionada.

- Comunicaciones científicas reflejando: título de la publicación, autores, lugar de presentación (congreso, jornada...), fecha de comunicación y línea o proyecto de investigación con la que está relacionada.

Registro Específico de Actividades de Apoyo a la Familia

Se registrarán las actividades reflejando fecha, tipo de actividad (curso, seminario, taller, sesión), duración en horas, número de asistentes y satisfacción global de los asistentes con la actividad (en cursos y talleres).

9. ANEXOS

9.1. ANEXO 1: Listado de material fungible e inventariable utilizado por los ESAD

1. Material de oficina

- Despacho administrativo
- Ordenador personal.
- Impresora.
- Teléfonos fijo y móviles.
- Buscapersonas.
- Fax.
- Contestador automático.
- Fotocopiadora.
- Calculadora, tijeras, grapadora, extrae-grapas, clips, taladradora.
- Bolígrafos, lapiceros, rotuladores normales, de veleda, de transparencias, fluorescentes, grapas, gomas, chinchetas, gomas de borrar normal y transparencias, líquido corrector y diluyente, etc...
- Folios, papel transparencias, para impresora y fotocopiadora, papel de fax, disquetes.
- Pizarra veleda grande, y borrador.
- Pizarra corcho grande.
- Libros correspondencia entrada/salida.
- Sellos nominativos entrada/salida, fechador, sello CIAS medico.
- Carpetas colgantes de archivo, de gomas, cuadernos de espiral tamaño folio y cuartilla, archivadores AZ, índice alfabético tamaño folio multitaladro, fundas de plástico multitaladro y abiertas.
- Hojas de SOAP, seguimiento, de domicilio y todo tipo de impresos relacionados con el ESAD (historia Atención Primaria, registros específicos de programas: anciano, terminales, SIDA,...)

- Armarios archivadores, archivadores de cajones, mesas para fax, teléfono, de ordenador.

2. Material y mobiliario para biblioteca o sala de reuniones

- Proyector de diapositivas.
- Retroproyector para transparencias.
- Rotafolios con papel.
- Calendarios de sobremesa y de pared.
- Guías de calles, telefónicas, planos del área y zona.
- Biblioteca: libros especializados en temas de paliativos, geriatría, vademécum etc.
- Gavetas para el correo para cada uno de los miembros del ESAD.
- Cajetín para copia de llaves.
- Mesa de reuniones, librerías, estanterías.

3. Material para la consulta

- Esfigmomanómetro de pared
- Báscula.
- Camilla.
- Lámpara de pie portátil.
- Paños verdes para camilla.
- Guantes.

4. Material de farmacia

- Almagato sobre.
- Adrenalina.
- Escopolamina butilbromuro
- Clorpromacina.25 mg, ampollas
- Clorhexidina 5% 500 ml
- Cloruro mórfico al 1% en ampollas.

- Clostridiopeptidasa a pomada 80 g.
 - Diazepan 10 mg en ampollas.
 - Enema 140 ml.
 - Expansor plasmático 500 ml.
 - Haloperidol 5 mg./ml ampolla.
 - Lidocaína 2% ampollas.
 - Lubricante urológico 25 mg.
 - Mepivacaína 2% amp.
 - Metadona 10 mg. Ampolla 5 mg. Comprimido.
 - Metilprepnisolona 40 mg.
 - Metoclopramida 10 mg/2ml. Ampolla.
 - Naloxona 0,4 mg ampolla
 - Paracetamol 500 mg comprimidos.
 - Povidona yodada 10% frasco 500 ml / 10 ml.
 - Suero fisiológico 500 ml y 100 ml plástico y 10 ml
 - Suero glucosado 5% plástico 500 ml.
 - Suero Ringer lactato 500 ml plástico
 - Vaselina apósito sobre.
 - Vaselina tubo 30 mg
- 5. Uso hospitalario**
- Midazolam ampollas.
 - Metronidazol suero.
 - Escopolamina.
- 6. Material de laboratorio**
- Escobillón medio de cultivo.
 - Lanceta prueba glucemia.
 - Tira análisis de orina.
 - Tira determinación glucemia en sangre.
 - Tubos de: bioquímica, hemograma, coagulación.
- 7. Material de curas**
- Aguja 25 x 9 IV
 - Aguja 40 x 80 IM
 - Aguja 0'5 x 15 sc
 - Apósito adhesivo 12 x 8,3
 - Apósito adhesivo 8 x6
 - Apósito hidrocoloide extrafino 15 x 10
 - Apósito hidrocoloide oclusivo 10 x 10
 - Bata desechable verde
 - Batea riñonera desechable
 - Bolsa orina sondaje vesical
 - Bote orina recogida de muestra
 - Catéter IV 14 g x 2 fi
 - Catéter IV 18 g x 2
 - Cinta métrica
 - Compresas textiles 16 hilos 50 x 50 estériles
 - Compresor de goma
 - Contenedor rígido
 - Depresor de plástico
 - Empapador 60 x 90
 - Equipo de curas desechables estériles
 - Esparadrapo antialérgico 9'14 x 2'5 y 9'30 x 5
 - Esparadrapo de tejido adhesivo 10 x 10 y 10 x 15
 - Especulo oído desechable RIES
 - Esponja de gelatina hemostática
 - Gasa 20 x 20 18 hilos ensobrada estéril
 - Gel para apósitos hidrocoloides
 - Gránulos para apósitos hidrocoloides.
 - Guantes látex cirugía estéril.
 - Guantes látex estériles.
 - Guantes un solo uso plástico.
 - Hoja de bisturí estéril 11, 15, 21.
 - Jeringa 2 ml, 5 ml, 10 ml, 20 ml.
 - Jeringa 50 ml con catéter sonda.
 - Jeringa 1 ml (tuberculina).
 - Jeringa para gasometría.
 - Llaves de tres vías.
 - Malla tubular elástica nº 1, 3, 5, 7.
 - Maquinilla rasurado desechable.
 - Mascarilla aerosol con nebulizador.
 - Mascarilla de papel.
 - Paño desechable estéril plastificado.
 - Paño fenestrado estéril 50 x 60.
 - Palomilla, 21.
 - Papel electro.
 - Sistema de goteo, sonda alimentación enteral.
 - Sonda aspiración distintos calibres.
 - Sonda rectal distintos calibres.
 - Sonda vesical distintos calibres.
 - Tapón de sondas.
 - Tapón flocare nutricia.
 - Termómetro clínico.
 - Termómetro de máximas, mínimas.
 - Tira adhesiva de sutura 3 x 75
 - Tira gasa estéril con borde 5 x 1
 - Tubos Guedell.
 - Vaselina líquida.

- Venda de algodón 10 x 2,7
- Venda elástica 10 x10 de crepe.
- Venda para almohadillado.
- Tijeras.
- Kocher.
- Pinzas.
- Pinzas extractoras de grapas.

8. Paquetes de curas

- Guantes estériles.
- Gasas y compresas.
- Suero salino 100 ml.
- Povidona yodada.
- Paquetes desechables de curas.
- Clostridiopeptidasa a pomada 80 g.
- Apósitos hidrocoloides.
- Esparadrapo.
- Metronidazol.
- Lidocaína ampollas.
- Tul graso.
- Esponja de gelatina hemostática.
- Tira de gasa.
- Rasuradoras.
- Jeringas 10 cc y agujas IU.

9. Paquetes de sondas vesicales

- Sondas vesicales distintos calibres.
- Bolsas de diuresis.
- Jeringas de 10 cc y de 50 cc.
- Lubricante urológico.
- Gasas estériles.
- Paño estéril.
- Guantes estériles.
- Guantes no estériles.
- Povidona yodada.
- Tapones.
- Suero fisiológico de 10 ml.

10. Paquetes de sondaje nasogástrico

- Guantes.
- Gasas.
- Lubricante.
- Jeringa 50 cc cono ancho.
- Esparadrapo.
- Sonda nasogástrica distintos calibres.
- Bolsas colectoras.
- Fonendoscopio y laringoscopio.
- Tapones de sonda.

- Sistemas nutrición enteral.
- Tapones de Pentaset.

11. Paquetes de paracentesis/toracocentesis

- Paño fenestrado estéril.
- Paño sin fenestrar estéril.
- Guantes estériles.
- Guantes no estériles.
- Abbocath CH 16.
- Sistema de suero.
- Bisturí.
- Bolsa de diuresis.
- Povidona yodada.
- Gasas estériles.
- Esparadrapo.
- Jeringas 2, 5 y 10 cc.
- Agujas IM.
- Anestésico local.
- Jeringas de 50 ml cono Luer.

12. Paquetes para sueroterapia

- Abbocath CH 16, 18, 20 y 22.
- Palomilla.
- Llave de tres pasos.
- Sistemas de suero.
- Esparadrapo.
- Agujas IV.
- Jeringas 5 y 10 cc.
- Compresor.
- Venda de gasa.
- Férula.
- Povidona yodada.
- Gasas estériles.
- Guantes.

13. Mobiliario del almacén

- Nevera.
- Estanterías.
- Carro de curas.
- Caja fuerte (para guardar recetas, fondo maniobras, copia de seguridad del ordenador etc...)

14. Material ortopédico de préstamo

- Camas articuladas.
- Aspirador de secreciones.

- Sillas de ruedas.
- Andadores.
- Muletas.
- Back – rest.
- Barandillas.
- Humidificadores.
- Colchones antiescaras.
- Cojines antiescaras.

15. Maletines de medicina y enfermería

- Jeringas 1, 2, 5, 10 y 20 ml
- Agujas IV, IM, SC.
- Palomillas.
- Compresor.
- Tubos bioquímica, hemograma, coagulación.
- Vacutainer.
- Aguja adaptada a vacutainer.
- Aguja adaptada a vacutainer y palomilla.
- MST de 30, 60 y 100 mg.
- Metoclopramida 10 mg/2 ml.
- Midazolam 15 mg/3ml.
- G-metilprednisolona 40 mg/2ml.
- Dexametasona 4 mg/1ml.
- Cimetidina 200mg/2ml.
- Furosemida 20 mg/2ml.
- Clorpromazina 25 mg/5 ml.
- Dexametasona 4 mg/2 ml.
- Cloruro mórfico 1%.

- Metasona amp.
- Lidocaína 200 mg/10 ml.
- Naloxona amp.
- Diazepan 10 mg/2 ml
- Escopolamina 0,5 mg/1 ml.
- Termómetro.
- Esfigmomanómetro.
- Fonendoscopio.
- Glucómetro.
- Depresores plástico.
- Martillo reflejos.
- Linterna.
- Bisturí.
- Pinzas.
- Apósitos adhesivos 9 x 10
- Esparadrapo.
- Cinta métrica.
- Pinzas plástico.
- Lubricante urológico.
- Tiras reactivas de orina.
- Tijeras.
- Povidona yodada (10 ml).
- Suero salino (100 ml y 10 ml)
- Sondas nasogástricas.
- Sondas vesicales.
- Sondas rectales.
- Guantes examen.
- Guantes estériles.
- Apósitos hidrocolooides.

9.2. ANEXO 2: Metodología de evaluación del control del dolor

Método de evaluación por pares: Como definición de *par* se considera la presencia de dolor y el control del síntoma tras la intervención.

Escala de medición del dolor

Para la evaluación del dolor se utiliza una escala de 0 a 4, con los siguientes criterios:

Ausencia de dolor	0
Dolor leve	1
Dolor moderado	2
Dolor severo	3
Dolor insoportable	4

Para la evaluación de la historia completa, se analizan todos los pares del registro del dolor que estén reflejados en la hoja de seguimiento, considerándose la respuesta más favorable en los últimos 7 días.

A efectos de la evaluación no se incluyen:

1. Las últimas 72 horas de vida.
2. Pacientes con un único registro o con dos registros, y el segundo sea en fase de agonía.
3. Pacientes que no tienen dolor.

Aclaración:

En los pacientes con varios tipos de dolor, se evaluará el dolor de mayor intensidad.

Los criterios para objetivar la respuesta del paciente a la terapéutica del dolor:

- **Respuesta completa (RC):** desaparición del dolor.
- **Respuesta parcial (RP):** disminución de un grado o más, en la escala de medición del dolor.
- **Estabilización:** la no modificación del síntoma tras la intervención.
- **Empeoramiento:** aumento de un grado o más en la escala de medición del dolor.

El control del dolor se objetiva de la siguiente forma:

- **Respuesta completa (RC):** si más del **75%** de los **pares** tienen respuesta completa (RC) o respuesta parcial (RP).
- **Respuesta parcial (RP):** si entre el **50%** y el **75%** de los **pares** tienen respuesta completa (RC) o respuesta parcial (RP).
- **Estabilización:** si entre el **25%** y el **50%** de los **pares** tienen respuesta completa (RC) o respuesta parcial (RP).
- **Empeoramiento:** si menos del **25%** de los pares tienen respuesta completa (RC) o respuesta parcial (RP).

Finalmente, se considera:

- **Control del dolor:** la respuesta completa y/o la respuesta parcial.
- **No control del dolor:** la estabilización y/o el empeoramiento.

9.3. ANEXO 3: Diagnósticos de Inclusión más frecuentes-Codificación CIE-9 MC

DIAGNÓSTICO POR GRUPOS	CÓDIGO CIE-9 MC
Hipertensión Arterial	401.9
Cardiopatía Isquémica: Infarto Agudo de Miocardio	410
Cardiopatía Isquémica: Angina de Pecho	413
Otras formas de Cardiopatía Isquémica	414
Enfermedad circulatoria pulmonar (incluye tromboembolismo pulmonar)	415
Enfermedad Cardíaca: Insuficiencia Cardíaca	428
Otras Enfermedades Cardíacas	429
ACVA	436
Arterioesclerosis	440
Enfermedad Arterial Periférica	443
Flebitis/Tromboflebitis	451
Varices en miembros inferiores	454
Enfermedad Oncológica	199.1
Enfermedad Neurológica	349.9
Enfermedad Psiquiátrica	298.9
Demencia	294.8
Enfermedad Alzheimer	290.0
Depresión	311
Enfermedad Parkinson	332.0
Enfermedad Articular (excluye Artritis y Artrosis)	719.90
Artritis	716.90
Artrosis	715.90
Fractura de Cadera	820.8
Enfermedad Respiratoria	519.9
EPOC	496
Problemas de accesibilidad (barreras arquitectónicas, problemas de accesibilidad al centro sanitario)	V63.9
Limitaciones del cuidador primario	V60.9
Social (condicionantes de tipo social y familiar)	V62.89
Diabetes	250.00
Obesidad	278.00
Enfermedad Renal	593.9
SIDA	042
Enfermedad Hepática	573.9
Enfermedad Biliar	576.9
Enfermedad Gastrointestinal	569.9

10. BIBLIOGRAFÍA

1. Ministerio de Asuntos Sociales. Instituto Nacional de Servicios Sociales. Plan Gerontológico: Salud y Asistencia Sanitaria. Madrid, 1992.
2. Clench, P. The development of home care service in the United Kingdom. Spilling R editor. Terminal care at home. Boston: Oxford Medical Publication, 1986.
3. Ventafrida V, De Conno F, Viganò A et al. Comparison of home and hospital care of advanced patients. *Tumori* 1989;75:19-25.
4. Doyle D. Domiciliary terminal care. *Practitioner* 1980;224:575-82.
5. Parkes CM. Terminal care: home, hospital or hospice?. *Lancet* 1985;19:155-7.
6. Programa de Cuidados Paliativos a Domicilio. Gerencia Atención Primaria, Área 4. INSALUD. Madrid, 1991. Reedición 1997.
7. Programa de Cuidados Paliativos. Gerencia Atención Primaria, Área 1. INSALUD. Madrid, 1996.
8. Sacristán Rodea A. Evaluación de un programa de cuidados paliativos a domicilio en Atención Primaria. Universidad Autónoma de Madrid. Tesis doctoral, 1994. Gerencia Atención Primaria, Área 4. INSALUD. Madrid, 1995.
9. Programa de Atención Domiciliaria con Equipo de Soporte. Áreas 1, 2 y 4. INSALUD. Madrid, 1998.
10. Evaluación del Programa de Atención Domiciliaria con Equipo de Soporte (ESAD). Subdirección General de Atención Primaria. INSALUD. Madrid, 1999 (Documento interno).
11. EASP. Estudio sobre cultura organizacional y de los profesionales sobre el programa de Atención Primaria del INSALUD. INSALUD. Madrid, 1999 (Documento interno).
12. Stjensward J et al. The world health organization cancer pain and palliative care program. Past, present and future. *Journal of pain and symptom management* 1996; 2: 65-72.
13. Cartera de Servicios de Atención Primaria. INSALUD. Madrid, 1999.

14. Manual de Procedimiento de Evaluación de Cartera de Servicios. INSALUD. Madrid, 1999 (Documento interno).
15. Bases para la ordenación de servicios de atención sanitaria a las personas mayores. INSALUD. Secretaría General. Madrid, 1995.
16. Plan Estratégico del INSALUD. INSALUD. Presidencia Ejecutiva. Madrid, 1998.
17. Evaluación de la Comisión Sociosanitaria del Área 1. Gerencia de Atención Primaria Área 1. Madrid, 1998.
18. Propuesta de Coordinación con Recursos Sociales. Comisión Sociosanitaria Área 1. Madrid, 1999.

