

ENFERMERÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA



Instituto Madrileño
de la Salud



GRUPOS DE TRABAJO

GRUPO DIRECTOR

- | | |
|--|--|
| - M ^a Jesús CALVO MAYORDOMO | Directora de Enfermería A.P. Área 1 |
| - Javier DODERO DE SOLANO | Director Gerente A.P. del Área 8 |
| - Enriqueta HERNÁNDEZ MARTÍNEZ | Directora de Enfermería A.P. Área 4 |
| - Alfonso JIMENEZ PALACIOS | Director Gerente A.P. del Área 1 |
| - Tomás LILLO PEREZ | Director Gerente A.P. del Área 11 |
| - Elena MARTIN ROBLEDO | Directora de Enfermería A.P. Área 10 |
| - Natalia RAMOS DIAZ | Director Gerente A.P. del Área 4 |
| - José RODRIGUEZ ESCOBAR | Director de Enfermería A.P. Área 9 |
| - Inés SOTO MANCEBO | Directora de Enfermería A.P. Área 11 |
| Coordinación: | |
| - Marta AGUILERA GUZMÁN | D.T.A.S. S ^o de Programas Asistenciales |

GESTIÓN DE CASOS

- | | |
|----------------------------------|--|
| - Antonio ALEMANY LOPEZ | Director Gerente A.P. del Área 5 |
| - Carmen FERRER ARNEADO | Directora de Enfermería A.P. Área 2 |
| - Elena MARTIN ROBLEDO | Directora de Enfermería A.P. Área 10 |
| - Juana MATEOS RODILLA | Directora de Enfermería A.P. Área 5 |
| - Inés SOTO MANCEBO | Directora de Enfermería A.P. Área 11 |
| Coordinación: | |
| - Fermina RICO JIMÉNEZ | D.T.A.S. S ^o de Programas Asistenciales |
| - José Manuel SALAMANCA ESCOBEDO | D.T.A.S. S ^o de Programas Asistenciales |

CONTINUIDAD CUIDADOS

- | | |
|--|--|
| - Juan Ramón ALBERCA RAMIREZ | Director de Enfermería A.P. Área 8 |
| - Natividad COMES GORRIZ | Directora de Enfermería F. H. Alcorcón |
| - Cristina CUEVAS SANTOS | Directora de Enfermería H. U. La Paz |
| - Carmen FERRER ARNEADO | Directora de Enfermería A.P. Área 2 |
| - Carmen GIRABENT CARETA | Directora de Enfermería H. Gregorio Marañón |
| - Francisco J. GONZÁLEZ SANZ | Director Gerente A.P. del Área 3 |
| - Enriqueta HERNÁNDEZ MARTÍNEZ | Directora de Enfermería A.P. Área 4 |
| - Alfredo MORENO ALEGRE | Director de Enfermería H. C. San Carlos |
| - Purificación POZO HERRANZ | Directora de Enfermería H. U. de Móstoles |
| - M ^a Ángeles RODRIGUEZ MARÍNEZ | Directora de Enfermería A.P. Área 3 |
| Coordinación: | |
| - Ana ZABALLOS RUANO | D.T.A.S. S ^o de Innovación y Mejora |

LIBRE ELECCIÓN

- | | |
|--|--|
| - M ^a Jesús CALVO MAYORDOMO | Directora de Enfermería A.P. Área 1 |
| - Alfonso CAÑETE DIAZ | Director Gerente A.P. del Área 6 |
| - Jorge CASAS REQUEJO | Director Gerente A.P. del Área 2 |
| - José Luis GARCÍA MAS | Director Gerente A.P. del Área 9 |
| - Raimundo GARRIDO GARRANCHO | Director de Enfermería A.P. Área 7 |
| - Juan José JURADO BALBUENA | Director de Enfermería A.P. Área 6 |
| - Francisco MERINO LOPEZ | Director Gerente A.P. del Área 7 |
| - Carlos MINGO RODRIGUEZ | Director Gerente A.P. del Área 10 |
| - José RODRIGUEZ ESCOBAR | Director de Enfermería A.P. Área 9 |
| Coordinación: | |
| - José Luis SÁNCHEZ SUAREZ | D.T.A.S. S ^o de Programas Asistenciales |

ÍNDICE

	Página
1.- Introducción	4
2.- Situación Actual	5
3.- Líneas Estratégicas	9
3.1. Autocuidados	10
3.2. Servicios Enfermeras	11
3.3. Gestor de Casos	22
3.4. Continuidad de Cuidados	28
3.5. Proceso de Coordinación entre Profesionales de EAP	38
3.6. Libre Elección	41
Bibliografía	

1. Introducción

El papel de enfermería en el primer nivel asistencial es muy diferente de unos países a otros, debido a la formación y a los diversos modelos de atención. Así en países como el Reino Unido o Estados Unidos existen diferentes categorías en la enfermería según su nivel de formación (Visitadores Sanitarios, Enfermería Comunitaria, Practicantes,...), en otros como Canadá la enfermería está especializada en temas concretos.

En la Unión Europea, los modelos que se basan en “acto médico”, los médicos generalistas contratan servicios de enfermería, mientras en aquellos con modelos similares al nuestro, existe una gran variabilidad de su integración y funciones en Centros de Salud. Sin embargo, en el Reino Unido con la implantación de los Grupos de Atención Primaria (“Primary Care Groups”) se ha planteado la conveniencia de la incorporación de la Enfermería en estos equipos, estando en proceso de debate.

En modelos similares a España, como en Finlandia, existen dos tipos de enfermería en el primer nivel asistencial. Un tipo es la enfermería que apoya a los médicos generales además de tener horas específicas de consulta para administración de inyectables, suturas, medición de la tensión arterial y otros. El otro tipo es la enfermería de salud pública con una formación específica en prevención que desarrolla los programas materno-infantiles, planificación familiar, salud escolar, salud ocupacional, atención domiciliaria y actividades de promoción. En Suecia, la enfermería del primer nivel asistencial trabaja por distritos, siendo la responsable en muchos casos del primer contacto del ciudadano con el centro de salud. Una vez realizada la valoración, deriva al ciudadano/paciente al médico general o al hospital si es necesario. Tiene horas de consulta propias y entre sus funciones se encuentran la administración de tratamientos prescritos por los médicos, el consejo y la atención domiciliaria. No tiene responsabilidad independiente de los médicos generales.

En el Estado Español, el modelo de atención predominante en el primer nivel asistencial es el formado por equipos multidisciplinares, Equipos de Atención Primaria (EAP), tal y como recoge el R. D. de Estructuras Básicas de 11 de febrero de 1984 y la Ley General de Sanidad de 25 de abril de 1986. Estos EAP están constituidos fundamentalmente por médicos de familia, pediatras, enfermeras/as y auxiliares administrativos cuyas funciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, curación y rehabilitación vienen recogidas en la normativa citada previamente.

En modelos de nuevas fórmulas de gestión implantados recientemente, como la experiencia de Vic, el primer nivel asistencial está constituido por grupos de médicos que contratan servicios de enfermería.

Además de las funciones propias de Atención Primaria de promoción, prevención, curación y rehabilitación en el individuo, familia y comunidad, el R.D. 63/1995 de Ordenación de Prestaciones Sanitarias del Sistema Nacional de Salud especifica que éstas deben realizarse mediante:

- Atención individualizada (demanda, programada o concertada, domiciliaria y urgente). Dentro de esta atención individualizada, la enfermería realiza las denominadas “técnicas”.
- Atención grupal
- Formación
- Investigación.

Dentro de la MISIÓN de los Equipos de Atención Primaria, el papel de la enfermería es aportar a la sociedad cuidados, entendidos como acciones intencionadas para que se pueda mantener la vida, la salud y el bienestar; identificando la capacidad de respuesta humana de los individuos y los grupos y planificando las intervenciones a través de las cuales se alcancen óptimos niveles de autonomía e independencia y por tanto de calidad de vida.

La Cartera de Servicios de Atención Primaria recoge la oferta básica de prestaciones en el primer nivel asistencial, tanto en aspectos de promoción y prevención como en control de patología crónica y atención domiciliaria, en los que el papel de enfermería es fundamental.

Fruto de la evolución de la Cartera de Servicios, en el 1998 se detectó la falta de homogeneidad que existía en los planes de cuidados, por lo que se trabajó en la definición de Planes de Cuidados estandarizados en relación con los servicios de la Cartera más susceptibles de esta necesidad. En el momento actual, se han establecido planes de cuidados para los servicios de: Atención Domiciliaria a Pacientes Inmovilizados, Atención a Pacientes Terminales, Prevención y Detección de Problemas en el Anciano, Atención a Pacientes con VIH y Atención al Climaterio. Como consecuencia de estos planes de cuidados específicos, se desarrollaron normas y subnormas en la Cartera relacionadas con la Valoración Funcional y el desarrollo de los planes, identificando los problemas y estableciendo intervenciones de acuerdo a los patrones funcionales de Gordon.

Las necesidades de salud y demandas de cuidados están cambiando con un crecimiento de población en parte debida a la inmigración y un mayor envejecimiento, por lo que existe una mayor y más variada demanda. La organización de Atención Primaria en general y la de enfermería en particular tiene que adaptarse para poder dar contestación a los problemas de salud existentes.

2. Situación actual en la Comunidad de Madrid

En la Comunidad de Madrid, al igual de la gran mayoría de Estado, la enfermería forma parte del Equipo de Atención Primaria.

En diciembre 2002, existen 291 EAP con un total de 2.523 médicos de familia, 615 pediatras, 2.683 enfermeras, 278 auxiliares de enfermería y 1.346 auxiliares administrativos. Además existe personal del antiguo modelo con un total de 235 médicos de familia, 107 pediatras y 181 enfermeras.

Básicamente existe dos tipos de organización de la enfermería: por familias o por enfermería pediátrica y enfermería que apoya a uno o varios cupos de medicina de familia. Actualmente, el ratio de población por enfermera es de 1.797 con un rango entre 1.648 y 2.190.

En la Comunidad de Madrid, según datos de las Proyecciones de Población 2006- 2011 del Instituto de Estadística es previsible que se acentúe el proceso de envejecimiento de la población mayor de 65 años, ya que las variaciones más importantes esperadas se centrarán en los ancianos de más edad, aumentando un 43,2 % el grupo de entre 80 y 84 años y el 56,6 % los que superen los 85 años. En el año 2001, el 22,3 % de los mayores de 65 años superaba los 80, mientras que en el 2011 se prevé sean el 28,9 %.

Como se observa en la tabla 1, existe un incremento importante de población en los tres últimos años, siendo notorio el crecimiento de la población mayor de 65 y 75 años. Como se comentaba en la introducción, esta población tendrá mayor morbilidad, especialmente patología crónica

con mayor discapacidad y, consecuentemente, generará mayor demanda de los servicios sanitarios, fundamentalmente en el domicilio.

Tabla 1. Evolución Población 2001 – 2003 según base de Tarjeta Sanitaria Individual

AÑO	Población Total	Población >= de 65 años	Población >= de 75 años
2001	5.037.764	793.724	357.244
2002	5.259.317	821.440	374.848
2003	5.452.922	844.872	391.866
% Incremento 2002-2001	4,40	3,49	4,93
% Incremento 2003-2002	3,68	2,85	4,54
% Incremento 2003-2001	8,24	6,44	9,69

En la tabla 2 observamos que el incremento de población 2002 con respecto al 2001 ha originado un incremento de la actividad de facultativos y de enfermería. No obstante, este crecimiento es superior en Medicina de Familia que en Enfermería, destacando el descenso de la actividad domiciliaria de enfermería.

Tabla 2. Actividad Asistencial 2002 y porcentaje de incremento respecto al 2001

ACTIVIDAD	Nº de consultas	% Incremento 2002 – 2001
Consultas Médicas en A.P.	30.851.392	2,98
Consultas M. Familia	26.489.243	3,02
Consultas Pediatría	4.362.149	2,73
Usuarios Atendidos DUE	15.739.709	1,20
Domicilios DUE	788.825	-1,08

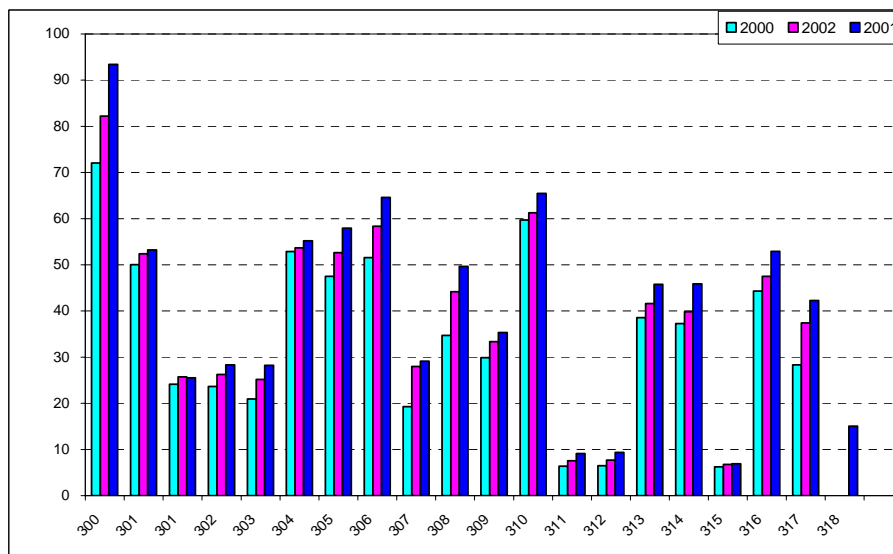
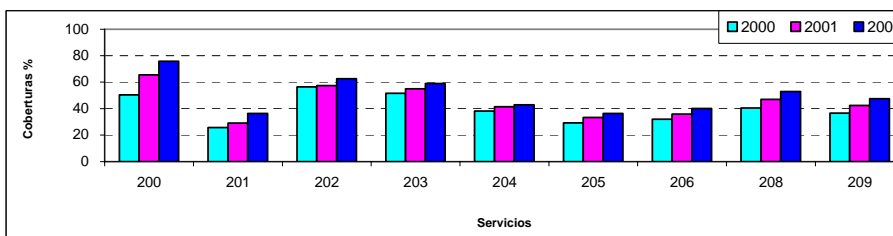
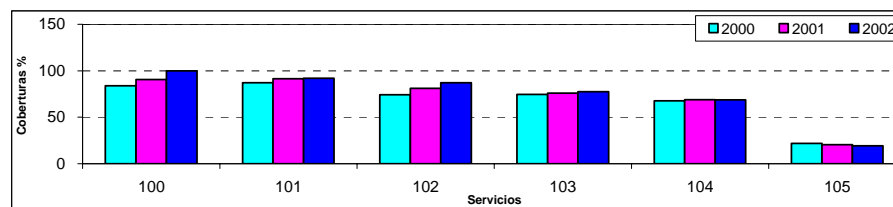
En la actualidad, la Cartera de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid está compuesta por un total de 34 servicios. En la tabla 3 se recoge la evolución de las coberturas de la Cartera de Servicios en los últimos tres años, destacando un ligero descenso en la Educación para la Salud en Centros Educativos, un crecimiento lento en los servicios de Atención a la Mujer y en los servicios relacionados con la atención domiciliaria, aunque en estos últimos las coberturas no llegan al 50%.

En la Comunidad de Madrid, según la encuesta para la homogeneización de actividades realizada por el Grupo Clínico-Asesor de Atención Primaria del Instituto Madrileño de la Salud, se han implantado los Planes de Cuidados de los cinco servicios mencionados exclusivamente en dos Áreas Sanitarias. En ocho de las once Áreas se ha implantado los Planes de Cuidados de Atención Domiciliaria a Pacientes Inmovilizados, Atención a Pacientes Terminales y Prevención y Detección de Problemas en el Anciano. En dos Áreas, no se ha implantado ningún Plan de Cuidados.

Actualmente, la consulta médica se encuentra colapsada, debido entre otras cosas, a la falta de flexibilidad en la organización asistencial. Son muchos los procesos que podrían ser resueltos por los profesionales de enfermería, y que no requieren, al menos a priori, una atención médica, pero sin embargo por la propia estructura organizativa, se ven obligados a pasar por la consulta médica.

Tabla 3. Cartera de Servicios. Evolución de Coberturas 2000 - 2002

COMUNIDAD DE MADRID	CÓDIGO	2000	2001	2002
Nombre del Servicio				
Consulta Niños	100	83,9	90,6	99,8
Vacunaciones	101	87,3	91,5	91,9
Revisiones del Niño Sano: (0 - 23 meses)	102	74,3	81,1	87,3
Revisiones del Niño Sano: (2 - 5 años)	103	74,5	75,8	77,5
Revisiones del Niño Sano: (6 - 14 años)	104	67,8	68,9	68,6
Educación para la Salud en Centros Educativos	105	21,9	20,5	19,3
Captación y Valoración de la Mujer Embarazada				
Seguimiento de la Mujer Embarazada	200	50,4	65,4	75,7
Preparación al Parto	202	56,5	57,5	62,5
Visita en el primer mes de postparto	203	51,6	54,9	59,0
Información y Seguimiento de Métodos Anticonceptivos.	204	38,1	41,4	42,9
Vacunación de la Rubeola	205	29,2	33,4	36,3
Diagnóstico Precoz de Cáncer de Cervix	206	32,0	35,8	40,1
Diagnóstico Precoz de Cáncer de Mama	208	40,4	47,0	53,0
Atención a la Mujer en el Climaterio	209	36,6	42,5	47,5
Consulta Adultos				
Vacunaciones gripe Mayores o igual a 65 años	300	72,0	82,2	93,4
Vacunaciones gripe menores a 65 años	301	50,0	52,4	53,2
Vacunación del Tétanos	302	23,6	26,3	28,3
Vacunación de la Hepatitis B a Grupos de Riesgo	303	21,0	25,2	28,3
Prevención de enfermedades cardiovasculares	304	52,9	53,7	55,2
Atención a Pacientes Crónicos: Hipertensos	305	47,5	52,6	58,0
Atención a Pacientes Crónicos: Diabetes	306	51,6	58,4	64,6
Atención a Pacientes Crónicos: EPOC	307	19,3	28,0	29,1
Atención a Pacientes Crónicos: Obesos	308	34,7	44,2	49,7
Atención a Pacientes Crónicos: Hipercolesterolemia	309	29,9	33,4	35,4
Atención a Pacientes con VIH - SIDA	310	59,7	61,3	65,5
Educación Grupos de Pacientes Crónicos: Diabéticos	311	6,4	7,6	9,1
Educación para la salud a otros Grupos	312	6,5	7,7	9,4
Atención Domiciliaria a Pacientes Inmovilizados	313	38,5	41,6	45,8
Atención a Pacientes Terminales	314	37,3	39,8	45,9
Atención al Consumidor Excesivo de Alcohol	315	6,3	6,8	6,9
Prevención y Detección de Problemas en el Anciano	316	44,3	47,5	52,9
Cirugía Menor	317	28,3	37,4	42,3
Atención al Joven	318			15,0



Tal y como se ha comentado en la Introducción, desde el inicio del modelo de Atención Primaria, las características fundamentales se han basado en la promoción, prevención, curación y rehabilitación, prestando cuidados integrales y continuos a través de una organización interdisciplinar, autorresponsabilizando al ciudadano de su salud y haciendo partícipe a la comunidad de los problemas de salud. Sin embargo, estos elementos no se han desarrollado por igual después de diecinueve años. Así como se han establecido programas y protocolos y se han normalizado algunos aspectos de la atención en patologías crónicas y, especialmente, en actividades de prevención primaria y secundaria, se ha trabajado menos en la promoción de la salud y escasamente en la autorresponsabilidad y comunidad. Como consecuencia, los profesionales hemos transmitido la importancia de la prevención, que al no ir acompañado de un desarrollo del autocuidado, puede ser un factor que genere una mayor demanda de los servicios sanitarios.

Asimismo, en los últimos años, se están produciendo corrientes de opinión en la Comunidad de Madrid sobre el papel de enfermería en Atención Primaria. Algunos grupos no perciben claramente el rol de la enfermería, otros no tienen claro sus funciones por las posibles barreras organizativas o por desconfianza propia o ajena de su capacidad, así como a otros les gustaría un mayor desarrollo de estos profesionales en este primer nivel asistencial. Fruto de ello, se formó un grupo de trabajo con los directores de enfermería de las once Áreas Sanitarias, los cuales han presentado el documento "Gestión de servicios de enfermería en Madrid: Mirando al futuro". Este documento ha fomentado el debate y ha generado la necesidad de dar contestación, por parte de la Dirección General del Instituto Madrileño de la Salud, a estos desafíos en la organización de la Atención Primaria en general, y en la de enfermería en particular en cuatro grandes bloques temáticos:

- Continuidad Asistencial, cuyos objetivos son la definición de procesos susceptibles de cuidados de enfermería al alta hospitalaria, contenidos del informe de alta, circuitos y monitorización.
- Enfermería como Gestor de casos en la Atención Domiciliaria.
- Libre elección de Enfermería
- El papel de enfermería en Atención Primaria, que recogerá todas las conclusiones de los grupos de trabajo mencionados además de otros aspectos que se desarrollen en el seno de este grupo, con el fin de que se pueda llegar a un consenso que permita evolucionar en el papel de enfermería en Atención Primaria.

Este hecho nos obliga a los gestores de todos los niveles de la organización y a los profesionales del primer nivel asistencial a reflexionar y establecer los mecanismos necesarios para el desarrollo de estos elementos tan esenciales que van a tener relevancia en un breve plazo de tiempo.

3. LÍNEAS ESTRATÉGICAS

Como líneas estratégicas, se debería abordar al menos:

- **Autocuidado.** Se entiende por autocuidado: “las actividades que realiza cada individuo para mantener su vida, su salud y su bienestar”. En el desarrollo del autocuidado, el papel de enfermería es fundamental, cuyo objetivo es que la persona asuma su autocuidado con la máxima independencia posible. Las enfermeras de “familia y comunitarios”, deben capacitar a los individuos, las familias y la comunidad en el autocuidado de la salud, el fomento de hábitos de vida saludables y la adaptación con calidad de vida a las diferentes etapas del ciclo vital en el continuo salud-enfermedad.
- **Definición de los intervenciones de enfermería específicos y compartidos** con otros profesionales del Equipo de Atención Primaria y Unidades de Apoyo en el seno de la Cartera de Servicios y de los Programas y Protocolos implantados en su ámbito de actuación, tanto en la consulta como en el domicilio.
- **Enfermería como Gestor de Casos:** el incremento de la dependencia debido a una población más envejecida, la cronicidad de algunos procesos, las enfermedades mentales y otras situaciones son susceptibles de un grado de dependencia temporal o permanente que hace necesario darles contestación. La figura del gestor de casos como elemento aglutinador de las necesidades del individuo y de coordinación de los recursos a través de la planificación y de la adecuada gestión de cuidados.
- Muy interrelacionado con el apartado anterior es garantizar el informe de alta hospitalaria con el **informe de continuidad de cuidados de enfermería** en los casos que proceda. La definición de procesos susceptibles, los contenidos básicos del informe, los circuitos de comunicación y el sistema de monitorización.

Todos estos aspectos no se podrían desarrollar sin mejoras organizativas en el seno de los Equipos de Atención Primaria (EAP), tal y como se recogió en el documento “Los equipos de Atención Primaria: Propuestas de mejora”:

- Definición de derivación entre médico y enfermera, no sólo en la consulta concertada sino en la propia consulta a demanda y en urgencias.
- Interrelación entre enfermera y la Unidad Administrativa.
- Debate si la enfermería debe organizarse por familias o por enfermería pediátrica y de adultos.
- Compaginarse con la libre elección de enfermería.

Para la implantación y desarrollo de estas líneas estratégicas, son necesarios unos **Sistemas de Información flexibles, ágiles y realistas** que posibiliten la toma de decisiones. En el 2003, el Instituto Madrileño de la Salud ha incluido algunos aspectos como **frecuentación real, episodios, actividades de educación para la salud,...** que se completarán con aquellos necesarios para la monitorización de las citadas líneas estratégicas.

3.1. AUTOCUIDADO

El papel de la enfermería es elevar el nivel de autocuidado o compensar la deficiencia del mismo de los ciudadanos a través de las siguientes responsabilidades:

- Ayudar a la persona a alcanzar el máximo nivel de autocuidado posible, aumentando así la responsabilidad sobre su propia salud.
- Ayudar a la persona a superar sus limitaciones en el ejercicio del autocuidado.
- Completar los déficit del autocuidado causados por la diferencia existente entre las exigencias de autocuidado y las actividades realizadas por la persona.
- Proporcionar, a las personas y/o grupos, asistencia directa en su autocuidado según sus requerimientos, debido a las incapacidades que vienen dadas por sus situaciones personales.

Desde esta perspectiva, hay que entender el término de “autocuidado” como: todas las acciones que permiten al individuo mantener la vida, la salud y el bienestar, es decir, lo que la persona hace por y para sí misma.

Por tanto, la salud del individuo, la familia o del grupo, va a depender en gran parte de que éstos asuman sus responsabilidades, de forma consciente o inconsciente y “se cuiden” a sí mismos o cuiden a su núcleo familiar (cuidado a dependientes).

El ser humano concebido como un ser que tiene funciones biológicas, simbólicas y sociales, posee el potencial para aprender a desarrollarse así como la capacidad para autoconocerse.

Aunque en ocasiones estas acciones se realizan de forma rutinaria, tienen un sentido voluntario y consciente, obedeciendo a un propósito o “requisito” (necesidad de satisfacer una necesidad) que puede ser de carácter:

- **Universal:** requisitos que todas las personas tienen en cualquiera de las fases de su vida.
- **De desarrollo:** requisitos que se plantean en determinadas etapas del ciclo vital, en el cambio de una fase a otra o ante nuevas situaciones.
- **De desviaciones de la salud:** requisitos surgidos a la hora de buscar ayuda médica, durante el diagnóstico o en tratamiento de procesos patológicos que hay que prevenir, controlar o mitigar.

Las enfermeras por tanto deben establecer, para cada ciudadano atendiendo a sus factores condicionantes y en el contexto de su grupo familiar, cuál es su necesidad de cuidado (en cada requisito) y cómo es su capacidad para cuidarse a si mismos o a los que tienen a su cargo. Esta valoración servirá para:

- En primer lugar: identificar las situaciones de déficit de autocuidado, en las que alguna limitación afecta las capacidades de las personas, así como aquellas en las que sea necesario potenciar las capacidades de autocuidado con el fin de prevenir posteriores problemas de salud.
- En segundo lugar: establecer el sistema de ayuda más apropiado en cada situación, compensando limitaciones o apoyando educativamente.

Una vez planteada esta visión general que debe ser desarrollada con el avance de los servicios prestados por el Instituto Madrileño de la Salud conviene analizar algunas de las actuaciones que actualmente prestan las enfermeras de A.P. en el cuidado de la población.

3.2. SERVICIOS ENFERMERAS

Las enfermeras, en el marco de los servicios del equipo de atención primaria, y transversalmente a cada uno de ellos, desarrollan una serie de actuaciones a la población que presentamos agrupados en:

1. Servicios.
2. Niveles de Intervención.
3. Intervenciones específicas.
4. Diagnósticos Enfermeras.

1. Servicios: Son agrupaciones de muchas intervenciones que se ofrecen de forma conjunta al usuario y tienen entidad por sí mismos (ejemplo: Atención al niño sano sería un servicio, compuesto de muchas intervenciones paralelas y distintas, por ejemplo: prevención de problemas en el desarrollo estatura-ponderal, prevención de problemas visuales y auditivos, prevención de problemas del desarrollo psicomotor, etc.). Se incluye específicamente la ATENCIÓN DOMICILIARIA dado que su coste en tiempo es distinto, así mismo es muy distinta su percepción por el usuario.

Los servicios, además, son del equipo, aunque de algunas de sus intervenciones sus responsables sean enfermeras y de otras sean los médicos.

2. Niveles de intervención enfermera: Son intervenciones enfermeras que se dan en el desarrollo de un servicio de equipo y que comparten, metodologías y tiempos similares, lo que permite, en su agrupación, medir rendimientos.

➤ Nivel I: Procedimientos técnicos básicos

En este nivel de intervención, la enfermera solventa la necesidad de autocuidado, dentro de un sistema compensatorio parcial, interviniendo por la persona o cuidadores a la hora de realizar alguna acción de autocuidado (poner un inyectable, realizar una prueba diagnóstica,..). No obstante y según la situación, este nivel de intervención puede combinarse con apoyos educativos con el fin de potenciar la capacidad del individuo para la realización del procedimiento.

➤ Nivel II: Conductas generadoras de salud/ Actividades preventivas

La tarea del enfermera es fundamentalmente preventiva, entendiendo como Prevención: Conjunto de estrategias para reducir, evitar o impedir la aparición de un problema que incluye:

- La detección precoz: Descubrir un proceso (enfermedad, problemas orgánicos, factores de riesgo...) en las primeras etapas de desarrollo, utilizando algún instrumento. Incluye la información que se da al ciudadano resaltando la necesidad, periodicidad y metodología.
- La información y consejo para evitar la aparición del problema
- La aplicación de un cuidado específico preventivo, si procede (Vacuna).

Se da a sanos y a crónicos (la prevención de complicaciones potenciales o prevención secundaria).

Este nivel está enmarcado en el abordaje de los Requisitos de Desviación de la Salud. En él, la enfermera, interpretando la presencia de patología (codificada desde el Episodio) como un factor que altera las necesidades de cuidados, ayuda a la persona a evitar la aparición de problemas

derivados de su situación de salud (si estos ya están presentes) o a la propia aparición de los mismos (esta situación está ligada a nivel III).

➤ Nivel III: Promoción del autocuidado (Identificación y tratamiento de la respuesta humana)

La tarea de la enfermera es abordar y resolver problemas que son de su competencia (ejemplo: abordaje de la incontinencia urinaria o diarreas estivales) y en trabajar una intervención educativa individual y/o grupal para adaptar los individuos y familias (ejemplo un terminal) a un proceso, facilitando su correcto afrontamiento.

En este nivel la enfermera ayuda a las personas a satisfacer los objetivos planteados en los Requisitos de Autocuidado Universal, potenciando la capacidad de la persona, en cada momento de la vida, a la hora de realizar acciones para respirar, comer, hidratarse,... adecuadamente. Para ello suele emplear un sistema de apoyo educativo.

Si las personas presentan graves problemas para un afrontamiento correcto (ejemplo: una negación del mismo), pasaría al nivel de intervención IV.

➤ Nivel IV: Seguimiento y control de problemas de afrontamiento y adaptación

Se trataría, como se ha explicado, de abordar problemas de alteraciones de la respuesta humana graves o complejas, que requieren una metodología y un tiempo distinto y mayor que los anteriores.

En este nivel, está enmarcado los Requisitos de Desarrollo y en él la enfermera ayuda a la persona a superar satisfactoriamente etapas de la vida proporcionando cuidados para que esta transición se realice correctamente, así como para la afrontación, adaptación y superación de determinadas situaciones de pérdida o cambio de rol que por sus características pueden afectar a la salud de las personas.

En todos los niveles, como hemos indicado, la enfermera establece la relación entre la necesidad de la persona y la capacidad de satisfacción de esa necesidad. Desde esta perspectiva la enfermera identifica antes de actuar las situaciones en las que las necesidades son mayores que las capacidades o se prevé que puedan serlo (situaciones de déficit de autocuidado). Es en este contexto como hay que interpretar el concepto de diagnóstico enfermera (como situación de déficit en el que la necesidad de cuidado es mayor que la capacidad) pudiendo éste darse en todos los niveles expuestos.

3. **Intervenciones específicas que incluye un servicio:** entendiéndose por intervenciones, una serie de actividades entrelazadas de los cuatro niveles especificados anteriormente, que tiene en sí mismo un valor para el ciudadano, y puede ser medido independientemente.
4. **Diagnósticos enfermeras:** En la valoración que el enfermera realiza al llevar a cabo las distintas intervenciones, puede encontrar algunos diagnósticos enfermeras. Definimos Diagnóstico enfermera como “el juicio clínico sobre la respuesta de una persona, familia o comunidad a procesos vitales / problemas de salud reales o potenciales que proporcionen la base de la terapia para el logro de objetivos de los que la enfermera es responsable”.

Si la persona no puede encontrar la ayuda en su entorno, se hace necesario la intervención de un profesional del cuidado, de una enfermera, quién, mediante acciones intencionadas (con base

científica y habilidades específicas), dirigidas al cuidado o al cuidado a dependientes (al individuo o al cuidador) actuará:

- Identificando la necesidad
- Identificando el obstáculo
- Proporcionando suplencia (si le falta energía)
- Proporcionando motivación (si le falta deseo)
- Proporcionando educación (si le faltan conocimientos)

En la tabla 4 se reflejan los servicios y niveles de intervención, los cuales se irán actualizando con las necesidades y demandas de la población.

TABLA 4. SERVICIOS DE ENFERMERÍA

SERVICIO	NIVELES DE INTERVENCIÓN		INTERVENCIONES QUE INCLUYE	Diagnósticos enfermeras que incluye
ATENCIÓN AL NIÑO	PROCEDIMIENTOS TÉCNICOS BÁSICO	Procedimientos terapéuticos	Suturas y criocirugía	
			Curas	
			Lavado del conducto auditivo	
			Administración de medicamentos por diferentes vías.	
			Cuidados ostomias, traqueostomias, nutrición enteral....	
		Procedimientos diagnósticos	Detección precoz de hiperfenilalaninemia.	
			Extracción periférica	
			Espirometrías	
			Electrocardiogramas	
			Determinación de INR	
	Fomento conductas generadoras de salud/ actividades preventivas:	Mantoux		
		Citologías		
		Prevención de riesgo Psicosocial	Alto riesgo de aspiración. Conductas generadoras de salud. Riesgo de intoxicación. Riesgo de desequilibrio nutricional. Lactancia materna eficaz. Riesgo de asfixia. Riesgo de retraso en el crecimiento y desarrollo. Conocimientos deficientes. Riesgo de lesión. Riesgo de traumatismo.	
		Detección de maltrato infantil		
		Detección de problemas de desarraigo en inmigrantes		
		Prevención del tabaquismo pasivo.		
		Prevención de problemas higiénicos-dietéticos.		
		Prevención de problemas en el desarrollo estatura-ponderal		
		Prevención de alteraciones bucodentales.		
		Prevención de problemas visuales.		
Prevención de problemas auditivos.				
Prevención de problemas del desarrollo psicomotor.				
Prevención de accidentes.				
Prevención de hábitos tóxicos.				
Despistaje de hipertensión arterial				
Prevención de enfermedades infecto contagiosas				
Promoción del Autocuidado: (Identificación y tratamiento de la respuesta humana)	Promoción de la lactancia materna			
	Detección de niños enuréticos.			
	Promoción de hábitos saludables			
	Valoración de la capacidad de autocuidado familiar			
	Valoración de la capacidad de autocuidado del niño			
	Atención de problemas higiénicos-dietéticos			
Seguimiento y control de problemas de enfrentamiento y adaptación	Atención de problemas en el desarrollo estatura-ponderal	Desequilibrio nutricional por defecto. Desequilibrio nutricional por exceso. Retraso en el crecimiento y desarrollo. Lactancia materna ineficaz. Interrupción de la lactancia materna. Patrón de alimentación ineficaz del lactante. Mantenimiento inefectivo de la salud. Conflicto del rol parental. Conocimientos deficientes.		
	Atención a problemas de la lactancia materna.			
	Educación parental			
	Atención al niño enurético			
	Intervención con niños de riesgo psicosocial			
	Atención a niños con problemas de baja autoestima			
	Atención a niños con problemas de ansiedad			
Atención a niño "sin límites"	Procesos familiares disfuncionales: alcoholismo Desempeño inefectivo del rol Interrupción de los procesos familiares Baja autoestima Ansiedad			
Atención de niños con maltrato.				
Atención de niños inmigrantes con problemas de desarraigo.				

SERVICIO	NIVELES DE INTERVENCIÓN		INTERVENCIONES QUE INCLUYE	Diagnósticos enfermeras que incluye
ATENCIÓN AL ADULTO	PROCEDIMIENTOS TÉCNICOS BÁSICO	Procedimientos terapéuticos	Suturas y criocirugía	
			Curas	
			Lavado del conducto auditivo	
			Administración de medicamentos por diferentes vías.	
			Cuidados ostomias, traqueostomias, nutrición enteral....	
		Procedimientos diagnósticos	Detección precoz de hiperfenilalaninemia.	
			Extracción periférica	
			Espirometrías	
			Electrocardiogramas	
			Determinación de INR	
	POBLACIÓN GENERAL	Fomento conductas generadoras de salud/ actividades preventivas:	Prevención de la gripe en personas de riesgo.	Conductas generadoras de salud. Conocimientos deficientes. Riesgo de desequilibrio nutricional por exceso Riesgo de estreñimiento.
			Prevención de factores de riesgo cardiovascular.	
			Prevención de hepatitis B en personas con prácticas de riesgo.	
			Prevención de tétanos.	
			Prevención de hábitos tóxicos.	
			Prevención de SIDA.	
			Prevención de enfermedades de transmisión sexual.	
			Prevención de hábitos no saludables.	
			Prevención de otras alteraciones de patrones funcionales.	
			Detección de problemas de desarraigo en población inmigrante	
		Promoción del Autocuidado: (Identificación y tratamiento de la respuesta humana)	Atención a personas con sedentarismo	Déficit de actividades recreativas.
			Atención a personas con problemas de ocio	Deterioro del patrón del sueño Deprivación del sueño
			Atención a personas con alteraciones en el sueño-descanso	
			Atención a personas con sobrepeso	Desequilibrio nutricional por exceso. Conductas generadoras de salud.
			Atención a personas con bajo peso.	
			Atención al consumidor excesivo de alcohol.	Mantenimiento inefectivo de la salud. Conductas generadoras de salud. Conocimientos deficientes. Déficit de autocuidados:...
			Atención al consumidor de tabaco.	
Atención en otros hábitos no saludables				
Seguimiento y control de problemas de afrontamiento y adaptación	Información y consejo sobre enfermedades comunes.	Incontinencia urinaria de esfuerzo. Incontinencia urinaria funcional. Incontinencia urinaria de urgencia Estreñimiento. Diarrea. Patrones sexuales inefectivos. Disfunción sexual.		
	Atención de la incontinencia urinaria			
	Atención a personas con estreñimiento			
	Atención a personas con diarrea.			
	Seguimiento de métodos anticonceptivos.	Deterioro de la interacción social. Aislamiento social. Riesgo de soledad Déficit de actividades recreativas.		
	Atención a problemas de sexualidad			
	Atención a personas con problemas de relación			
	Atención a proceso de duelo.	Baja autoestima Ansiedad Trastorno de la imagen corporal Afrontamiento inefectivo Patrones sexuales inefectivos Deterioro de la interacción social Duelo disfuncional Duelo anticipado Interrupción de los procesos familiares Procesos familiares disfuncionales: alcoholismo alcoholismo		
	Atención a mujeres con problemática psicosocial.			
		Atención a personas en procesos de duelos disfuncionales		

SERVICIO	NIVELES DE INTERVENCIÓN		INTERVENCIONES QUE INCLUYE	Diagnósticos enfermeras que incluye
ATENCIÓN AL ADULTO	ADOLESCENTES	Fomento conductas generadoras de salud/ actividades preventivas	Prevención de embarazos no deseados.	Riesgo de desequilibrio nutricional por exceso. Conductas generadoras de salud. Conocimientos deficientes.
			Prevención de enfermedades de transmisión sexual	
			Prevención de conductas de riesgo (tráfico, alcohol,...)	
			Prevención de hábitos tóxicos.	
			Prevención de trastornos de la conducta alimentaria	
			Prevención de hepatitis B.	
	ADOLESCENTES	Promoción del Autocuidado	Atención a problemas de relaciones	Deterioro de la interacción social. Conocimientos deficientes.
			Seguimiento de métodos anticonceptivos	
			Atención al consumidor de alcohol de fin de semana.	
	ADOLESCENTES	Afrontamiento y adaptación	Intervención con adolescentes de riesgo psicosocial	Procesos familiares disfuncionales: alcoholismo Desempeño inefectivo del rol Interrupción de los proceso familiares Baja autoestima Ansiedad Trastorno de la imagen corporal
			Atención a adolescentes con problemas de baja autoestima	
			Atención a adolescentes con problemas de ansiedad	
Atención a adolescentes con trastornos de la imagen corporal				
MUJER	Fomento conductas generadoras de salud/ actividades preventivas	Atención a problemas adictivos	Conocimientos deficientes. Conductas generadoras de salud.	
		Prevención de rubéola.		
		Prevención de embarazos no deseados.		
		Detección precoz de cáncer de cérvix.		
		Detección precoz de cáncer de endometrio		
		Detección de problemática psicosocial y violencia familiar.		
	MUJER	Promoción del Autocuidado	Detección de incontinencia urinaria	Incontinencia urinaria de esfuerzo. Riesgo de baja autoestima situacional. Disfunción sexual Deterioro del patrón del sueño.
			Prevención de problemas relacionados con el climaterio.	
			Atención de la incontinencia urinaria.	
MUJER	Afrontamiento y adaptación	Atención de problemas relacionados con el climaterio.	Baja autoestima Ansiedad Trastorno de la imagen corporal Afrontamiento inefectivo Patrones sexuales inefectivos Deterioro de la interacción social	
		Atención a mujeres con dificultades de adaptación al climaterio.		

SERVICIO	NIVELES DE INTERVENCIÓN		INTERVENCIONES QUE INCLUYE	Diagnósticos enfermeras que incluye
ATENCIÓN AL ADULTO	ANCIANOS	Fomento conductas generadoras de salud/ actividades preventivas	Detección de incontinencias urinarias.	Riesgo de incontinencia urinaria de urgencia.
			Detección de alteraciones visuales y auditivas.	Deterioro de la mucosa oral.
			Detección de alteraciones bucodentales.	Riesgo de caídas.
			Detección de limitaciones en las AVD.	Riesgo de traumatismo.
			Detección de deterioros cognitivos.	Riesgo de déficit en el volumen de líquidos.
			Detección precoz de ancianos con riesgo psicosocial.	Conductas generadoras de salud.
			Prevención de caídas y accidentes.	Riesgo de desequilibrio nutricional por exceso.
			Prevención de hábitos no saludables.	Riesgo de deterioro en la integridad cutánea.
			Prevención de otras alteraciones de patrones funcionales.	Riesgo de estreñimiento.
			Información y seguimiento del uso adecuado de medicamentos.	Estreñimiento subjetivo.
			Prevención de alteraciones en el cuidador y/o familia	Conocimientos deficientes.
			Valoración de la capacidad de autocuidado	Riesgo de cansancio en el desempeño del rol de cuidador.
			Valoración del nivel de calidad de vida.	
		Detección de problemas de desarraigo.		
		Detección de maltrato.		
Promoción del Autocuidado: (Identificación y tratamiento de la respuesta humana)	Atención sobre incontinencias urinarias.	Incontinencia urinaria funcional		
	Adaptación a alteraciones visuales y auditivas.	Confusión aguda.		
	Adaptación a alteraciones bucodentales.	Confusión crónica.		
	Adaptación a limitaciones en las AVD.	Deterioro en el mantenimiento del hogar.		
	Adaptación a deterioros cognitivos.	Deterioro de la deambulaci3n.		
Atenci3n de otras alteraciones de patrones funcionales.	Riesgo de soledad.			
Atenci3n al cuidador y/o familia.	Cansancio del desempe1o del rol de cuidador.			
Seguimiento y control de problemas de afrontamiento y adaptaci3n	Intervenci3n de ancianos con riesgo psicosocial.	Deterioro de la adaptaci3n		
	Atenci3n a ancianos con duelos disfuncionales.	Aislamiento social		
	Atenci3n a ancianos con problemas de relaci3n	Duelo disfuncional		

SERVICIO	NIVELES DE INTERVENCIÓN		INTERVENCIONES QUE INCLUYE	Diagnósticos enfermeras que incluye
ATENCIÓN AL ADULTO	ATENCIÓN A PACIENTES CRONICOS	Fomento conductas generadoras de salud/ actividades preventivas	Prevención de complicaciones potenciales en personas con hipertensión.	Manejo efectivo del régimen terapéutico. Riesgo de disfunción neurovascular periférica. Conductas generadoras de salud. Conocimientos deficientes.
			Prevención de complicaciones potenciales en personas con diabetes.	
			Prevención de complicaciones potenciales en personas con OCFA.	
			Prevención de complicaciones potenciales en personas con obesidad.	
			Prevención de complicaciones potenciales en personas con hiperlipemias.	
			Prevención de complicaciones potenciales en personas con anticoagulación oral.	
			Prevención de complicaciones potenciales en personas con otras patologías crónicas.	
		Valoración de la capacidad de autocuidado		
		Promoción del Autocuidado: (Identificación y tratamiento de la respuesta humana)	Promoción del autocuidado y adaptación en personas con hipertensión.	Manejo inefectivo del régimen terapéutico. Incumplimiento del tratamiento. Intolerancia a la actividad. Limpieza ineficaz de vías aéreas. Mantenimiento inefectivo de la salud. Cansancio en el desempeño del rol de cuidador
			Promoción del autocuidado y adaptación en personas con diabetes.	
Promoción del autocuidado y adaptación en personas con OCFA.				
Promoción del autocuidado y adaptación en personas con obesidad.				
Promoción del autocuidado en personas con hiperlipemias.				
Promoción del autocuidado en personas con anticoagulación oral				
Promoción del autocuidado en personas con otras patologías crónicas				
Seguimiento y control de problemas de afrontamiento y adaptación	Atención a problemas de afrontamiento de la cronicidad	Afrontamiento inefectivo Afrontamiento familiar comprometido Negación Disfunción sexual		
EDUCACIÓN PARA LA SALUD GRUPAL		Etapas Vitales Vulnerables	Climaterio	
			Maternidad/ Paternidad	
			Adolescencia	
			Cuidadores	
			Eneuresis	
		Estilos de vida saludables	Alcohol	
			Tabaco	
		Crónicos	Diabetes.....	
			Hipertensión	
			OCFA	
			Prevención de las alteraciones en el cuidador y/o familiares	
			Valoración del nivel de calidad de vida.	
		Promoción del autocuidado	Atención al cuidador y/o familia.	
Atención al proceso de duelo.				
	Atención de las complicaciones derivadas de su proceso			

SERVICIO	NIVELES DE INTERVENCIÓN		INTERVENCIONES QUE INCLUYE	Diagnósticos enfermeras que incluye
ATENCIÓN DOMICILIARIA	Procedimientos técnicos básicos		Suturas y criocirugía	
			Curas	
			Lavado del conducto auditivo	
			Administración de medicamentos por diferentes vías.	
			Cuidados ostomías, traqueostomías, nutrición enteral.....	
			Detección precoz de hiperfenilalaninemia.	
			Extracción periférica	
			Espirometrías	
			Electrocardiogramas	
			Determinación de INR	
			Mantoux	
	Citologías			
	ATENCIÓN AL INMOVILIZADO	Fomento conductas generadoras de salud/ Actividades preventivas	Prevención en las alteraciones de la piel.	Riesgo de deterioro de la integridad cutánea.
			Prevención de caídas y accidentes.	Riesgo de caídas.
			Detección de limitaciones en las actividades de la vida diaria.	Riesgo de traumatismo.
			Prevención de complicaciones potenciales osteo-musculares.	Riesgo de síndrome de desuso.
			Prevención del estreñimiento.	Riesgo de déficit en el volumen de líquidos.
			Prevención de alteraciones de la función respiratoria.	Riesgo de estreñimiento.
		Promoción del autocuidado	Prevención de las alteraciones en el cuidador y/o familiares	Riesgo de cansancio en el desempeño del rol de cuidador.
			Valoración del nivel de calidad de vida	Riesgo de soledad.
Valoración de la capacidad de autocuidado			Riesgo de déficit de actividades recreativas.	
Atención al cuidador y/o familia.			Riesgo de desadaptación	
Atención del estreñimiento.			Síndrome de desuso.	
Adaptación a las limitaciones en las A.V.D.			Estreñimiento.	
ATENCIÓN AL PACIENTE TERMINAL	Fomento conductas generadoras de salud/ Actividades preventivas	Atención de las alteraciones de la piel.	Riesgo de soledad	
		Atención de alteraciones de la función respiratoria.	Cansancio en el desempeño del rol de cuidador.	
		Atención a problemas de afrontamiento en el inmovilizado	Afrontamiento inefectivo Afrontamiento familiar comprometido Negación Duelo anticipado Aislamiento social	
	Promoción del autocuidado	Prevención de las complicaciones derivadas de su proceso.	Riesgo de afrontamiento inefectivo	
Prevención de las alteraciones en el cuidador y/o familiares		Riesgo de afrontamiento familiar comprometido		
Valoración del nivel de calidad de vida.		Negación		
Atención al cuidador y/o familia.		Duelo anticipado Aislamiento social		
		Atención al proceso de duelo.	Riesgo de cansancio en el desempeño del rol de cuidador.	
		Atención de las complicaciones derivadas de su proceso	Riesgo de deterioro de la integridad cutánea.	
			Riesgo de caídas.	
			Riesgo de traumatismo.	
			Riesgo de síndrome de desuso.	
			Riesgo de déficit en el volumen de líquidos.	
			Riesgo de estreñimiento.	
			Riesgo de soledad.	
			Riesgo de déficit de actividades recreativas.	
			Riesgo de desadaptación	
			Dolor	
			Nausea.	
			Limpieza ineficaz de vías aéreas	
			Duelo anticipado.	
			Afrontamiento familiar: comprometido.	
			Cansancio en el desempeño del rol de cuidador.	

		Seguimiento problemas de afrontamiento	Atención a problemas de afrontamiento en el terminal.	Afrontamiento inefectivo Afrontamiento familiar comprometido Negación. Duelo disfuncional. Duelo anticipado. Aislamiento social.
--	--	---	---	---

➤ *Sistema de Seguimiento y Evaluación*

El sistema de Seguimiento y Evaluación que se describe a continuación así como el sistema de información necesario, recoge los ítems de esta línea estratégica así como los referentes a las líneas estratégicas de “Autocuidado” y “Gestor de Casos” (apartados 3.1 y 3.3), ya que están estrechamente relacionados con los Servicios Enfermeros.

El sistema de Seguimiento y Evaluación constará de dos fases:

- Fase cuantitativa, con los siguientes indicadores:
 - N° total de Diagnósticos Enfermeros
 - N° de Diagnósticos Enfermeros en el Servicio de Atención Domiciliaria a Pacientes Inmovilizados
 - N° de Diagnósticos Enfermeros en el Servicio de Atención a Pacientes Terminales
 - N° de Diagnósticos Enfermeros en el Servicio de Prevención y Detección de Problemas en el Anciano
 - N° total de Diagnósticos Enfermeros / N° total de episodios
 - N° total de Diagnósticos Enfermeros por cada Patrón Funcional de Salud
 - N° de personas incluidas en el modelo de “Gestor de Casos” / N° de personas incluidas en los Servicios de Atención Domiciliaria a Pacientes Inmovilizados y Atención a Pacientes Terminales
 - El criterio de inclusión en el último indicador es: todas las personas que tengan al menos alguna de las siguientes situaciones: dependencia reversible, dependencia irreversible, agotamiento del cuidador y/o ausencia del cuidador.
- Fase cualitativa, a través de historias clínicas informatizadas para conocer el grado de cumplimiento de los siguientes criterios:
 - Valoración por patrones funcionales de salud
 - Problemas identificados y codificados según la taxonomía NANDA
 - Relaciones causales
 - Objetivos a alcanzar
 - Intervenciones a realizar
 - Fecha de revisión.

El sistema de información para el seguimiento y evaluación se encuentra en la aplicación OMI-AP en los módulos de “Cartera de Servicios” y “Planes de Cuidados”. La evaluación se realizará como mínimo con periodicidad anual.

3.3. GESTOR DE CASOS

En los últimos años estamos asistiendo a una transición en el patrón demográfico de la población, con un progresivo envejecimiento de ésta. Se estima, según el mapa del envejecimiento mundial 2002 de la ONU, presentado por Joseph Chamie que:

- En el año 2002: 1 de cada 10 habitantes del planeta supera ya los 60 años, y el 12% de los mayores de 60 años, tiene más de 80.
- Para el año 2050: 1 de cada 5 habitantes superará los 60 años y de estos, 19% tendrán más de 80.

Tanto el envejecimiento como la discapacidad, llevan consigo una alta demanda de cuidados, al ser personas que precisan de ayuda para el ejercicio de su autocuidado o lo que resulta similar precisan cuidados dependientes.

El Consejo de Europa en su recomendación adoptada por el Consejo de Ministros de 18 de septiembre de 1998, define la Dependencia como “un estado en el que las personas que por razones ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de asistencia y/o ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria”.

Por tanto, en dependencia, no solo se encontraría personas mayores sino cualquier persona, independientemente de la edad que por un problema de salud y relacionado con su entorno próximo tenga necesidad de asistencia o ayuda importante para el desenvolvimiento por presentar déficit de autocuidado para su vida cotidiana, ya sea de manera reversible o irreversible y cuyo entorno social de apoyo próximo, no existe o se encuentra en vías de agotamiento.

La fórmula clásica de provisión de cuidados a las personas con déficit de autocuidado, ha sido asumida por la familia y sus allegados. Este apoyo informal es alto en toda la zona mediterránea, y en concreto en España, los cuidados que proporcionan éstos cuidadores informales alcanzan el 86,5% de la población dependiente. El perfil del cuidador es: mujer de 45 a 65 años con un nivel de formación bajo, sin actividad laboral y con una repercusión negativa en su salud y en su calidad de vida, derivada de la presión que ejerce el cuidado dependiente. La media de atención es de 35 horas por semana y hasta con más de 10 años de “antigüedad en el cuidado”.

Aunque con frecuencia se ignore esta producción doméstica, lo cierto es que en la actualidad, las instituciones funcionan con carácter subsidiario, porque es la familia la que se ocupa del paciente dependiente y la ayuda profesional sólo es para quién la solicita, y además suele ser restrictiva.

El contexto descrito de cambios demográficos, transformaciones sociales, culturales y familiares han favorecido la creciente demanda hacia los sistemas de protección social de una adaptación de sus servicios para garantizar una correcta atención coordinada y profesionalizada de las personas dependientes. Así, se plantea que el mantenimiento en el domicilio de personas con problemas de salud y dependientes pueda ser posible gracias a la producción compartida de servicios entre, por una parte, la familia y la red informal de ayudas y, por otra, los servicios asistenciales profesionales.

Entre los nuevos modelos de administración de cuidados, diversos trabajos de investigación demuestran la eficacia del modelo de “Gestión de Casos” en la coordinación e integración de los cuidados a las personas dependientes, demostrando la consecución de los objetivos encaminados a

mejorar la calidad de vida de éstos y la reducción del tiempo empleado en los cuidados con la consecuente disminución de los costes, al evitar fragmentar el cuidado.

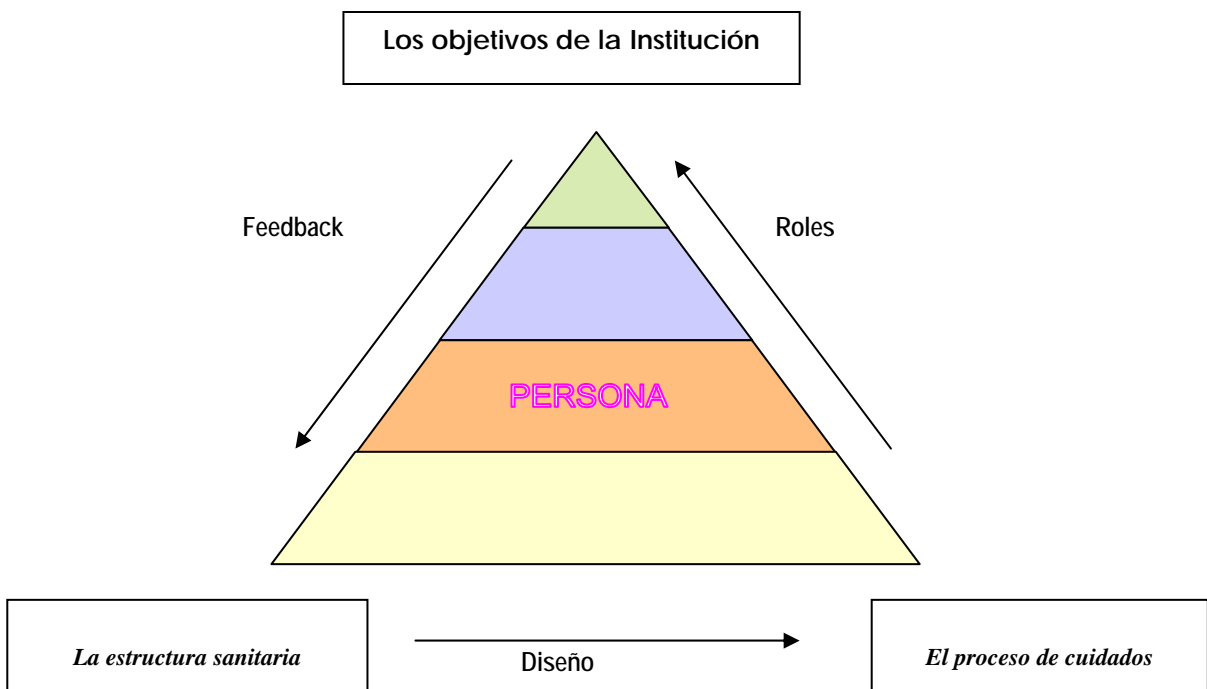
Por tanto, se requiere de un elemento aglutinador, que ante la dependencia de cuidados, gestione los mismos de manera adecuada y eficiente: EL GESTOR DE CASOS.

El perfil profesional que se adapta a este requerimiento es la enfermera por los siguientes motivos:

- El eje fundamental de la profesión enfermera es la atención de cuidados para la salud, cuando:
 - la persona no tiene conocimientos, motivación o capacidad para resolver sus necesidades de cuidados por sí misma, requiriendo el cuidado profesional que se oferta en forma de servicio de salud a través de la enseñanza, suplencia o ayuda a la persona que requiere cuidados,
 - la demanda de cuidados superan las capacidades individuales de la persona y su entorno para llevar acciones del propio cuidado.
- El objetivo de su trabajo es la planificación anticipada, basada en la instauración de rutinas cotidianas, de tal forma que exista un control real del individuo y su red de apoyo ante las necesidades actuales y futuras.

⇒ DEFINICIÓN DEL MODELO CONCEPTUAL: EL GESTOR DE CASOS O COORDINADOR DE CASO

Karen Zander representa el modelo como un triángulo cuyos vértices son:



Es un sistema de atención al usuario, focalizado en la consecución de objetivos específicos, estructurado en un tiempo previamente establecido y que utiliza correctamente los recursos adecuados para conseguir dichos objetivos.

Este modelo se centra en el paciente individualmente. El gestor planifica y coordina la globalidad de los cuidados que precisa el enfermo, garantizando el nivel de calidad, disminuyendo los costes derivados del cuidado fragmentado:

<p>➤ PERSONAS</p> <p>La población diana estará constituida por las personas en situación de dependencia, considerando como tales a:</p> <ul style="list-style-type: none"> - personas que, independientemente de la edad, presenten problemas de salud complejos (agudos o crónicos) e incapacidades funcionales relativas a las actividades de cuidado personal y a las actividades del mantenimiento del ambiente: <ul style="list-style-type: none"> ○ cuyo entorno social de apoyo es favorable ○ cuyo entorno social de apoyo se encuentra en vías de agotamiento, no existe o es disfuncional. 	<p>➤ LOS OBJETIVOS INSTITUCIONALES</p> <p>Pasan por ofertar a las personas con niveles de dependencia, servicios de salud que les permitan permanecer en su entorno natural, con el apoyo social preciso a fin de que sean autónomos en su cuidado y alcancen una adecuada calidad de vida. Así mismo los servicios se deben adecuar a las necesidades de manera eficiente.</p>
	<p>➤ LA ESTRUCTURA SANITARIA</p> <p>El Sistema Nacional de Salud, dispone de dispositivos que van desde Servicios Hospitalarios con alta tecnología que atienden procesos complejos, o la Intervención Domiciliaria en la atención a procesos crónicos. Todo ello sustentado en dos elementos claves: Modelo de provisión en base al trabajo en equipo interdisciplinar y con una cartera de servicios homogénea.</p>
	<p>➤ EL PROCESO DE CUIDADOS</p> <p>Los pilares en los que se sustentan en la actualidad los procesos de cuidados son: las personas dependientes, los cuidadores y la enfermera, que establece qué requisitos son demandados y selecciona las formas más adecuadas de cubrirlos, evalúa la capacidad de autocuidado y el potencial de la persona para desarrollarlo.</p>

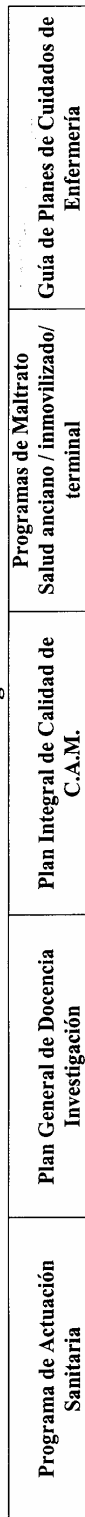
Estos tres elementos se enlazan mediante:

a) **Diseño del Plan de Gestión de Cuidados**

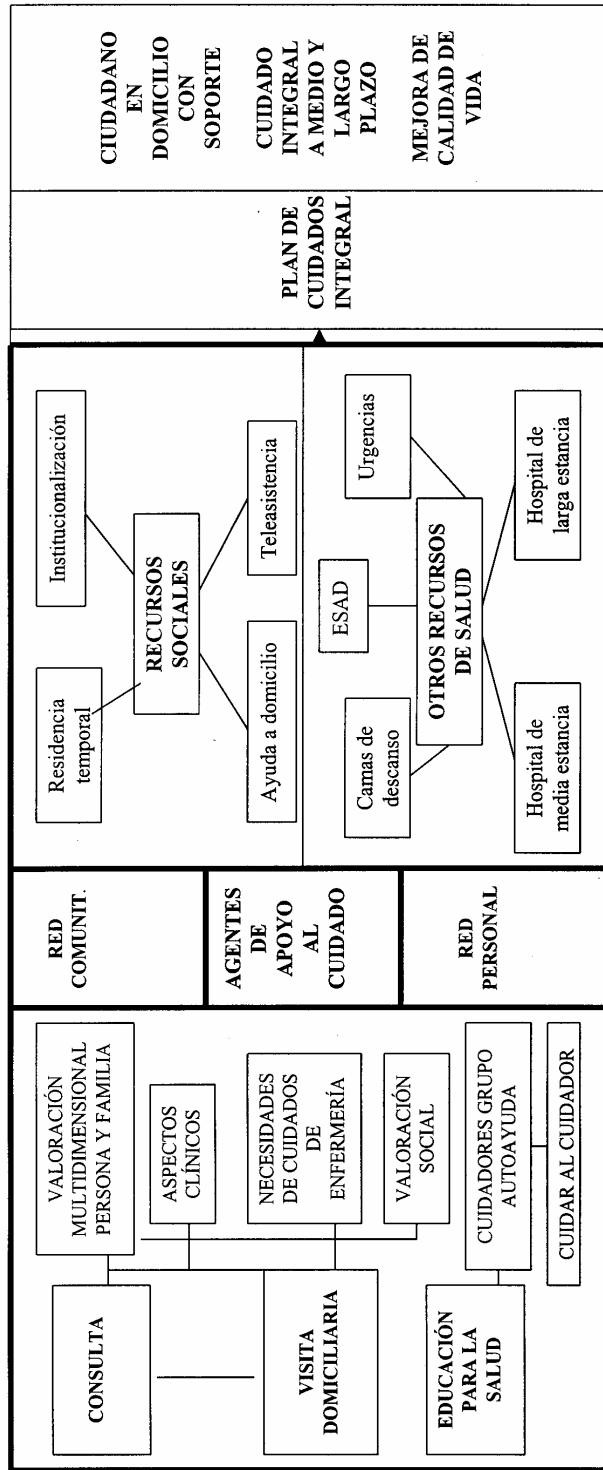
El diseño se elabora a través de un plan de acción, adaptado a cada persona, en el que se reflejan los objetivos y las intervenciones que permitan asegurar la calidad de la atención. Para el diseño del plan de trabajo, es preciso definir previamente los procesos operativos sobre los que va a actuar el gestor. Entendemos que estos deben abarcar todas las etapas del ciclo vital, focalizándose en el déficit de autocuidado, dentro de los Servicios definidos en el apartado 3.2.

ARQUITECTURA DEL PROCESO CLAVE: GESTIÓN DE CASOS

Procesos Estratégicos

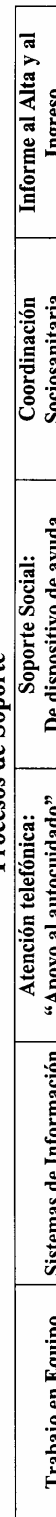


**CIUDADANO
DEPENDIENTE
Y
SU FAMILIA EN
AGENCIA DE
DEPENDENCIA**



PROCESOS CLAVE

Procesos de Soporte



b) Los Roles de la Enfermera Gestora de Casos

El papel de “gestor de casos” está implícito en la actividad de enfermería de Atención Primaria. No se trata de instaurar Unidades específicas con esta función, ni de crear “unas pocas enfermeras” especializadas en gestión de casos. La enfermera del E.A.P. con su formación, posee el conjunto de conocimientos, cualidades y habilidades para desempeñar la función de gestoría de casos en Atención Primaria, dada su trayectoria de oferta de servicios a lo largo de diecinueve años de trabajo con personas y familias desde la gestión de cuidados.

Los Objetivos que persigue el Gestor de Casos serían:

- Mejorar la calidad asistencial de los cuidados y las prestaciones, contribuyendo a la mejora del estado de salud de la persona y de su familia.
- Aumentar el grado de satisfacción de la persona y de su familia.
- Asegurar la integralidad, integración y globalidad de los cuidados, minimizando la fragmentación de la atención.
- Asegurar la continuidad y coherencia de la labor de los distintos profesionales, organismos y establecimientos de la red comunitaria, hospitalaria e institucional.
- Agilizar las intervenciones del sector sanitario y social.
- Optimizar y racionalizar el consumo de servicios. Evitar duplicidades o carencias de servicios o prestaciones. Optimizar la utilización de recursos.

A la Enfermera en el Modelo de Gestor de Casos, le competen unas intervenciones específicas diferenciadoras, que son:

- Identificar a los elementos claves para el desarrollo de la red formal e informal de ayuda. Asignar el rol de cada componente del equipo.
- Identificar los recursos del entorno y las redes de apoyo formales e informales. Conocer bien los recursos de la propia institución.
- Mantener una estrecha relación con los profesionales e instituciones implicadas durante el periodo de seguimiento del caso.
- Agilizar las intervenciones del sector social y sanitario.
- Actuar de manera precoz y personalizada ante las demandas urgentes.

c) El feedback

Como el conjunto de métodos para la evaluación continua de los resultados obtenidos.

⇒ REQUISITOS PARA LA IMPLANTACIÓN DEL MODELO DE ENFERMERIA GESTOR DE CASOS

La puesta en marcha de este modelo precisa de unos requisitos previos para su implantación, sin los cuales el modelo no es viable.

- Reconocimiento institucional explícito para que la enfermera gestora tenga la suficiente autoridad para desenvolverse en el propio EAP, ante cualquier otro nivel de la institución y/o en otras instituciones. Esto facilitaría la asunción del rol por parte de las propias enfermeras, de los profesionales del Equipo de Atención Primaria y de los centros de Atención Especializada y la creación de una cultura sanitaria de la figura del gestor de casos.

- Desarrollo de Normativa que capacite a la enfermera para movilizar los recursos, tanto sociales como sanitarios que considere oportunos y necesarios para llevar a cabo su gestión.
- Coordinación con otros niveles asistenciales e institucionales. Se deberían elaborar protocolos de actuación y/o convenios de colaboración que comprometan a las instituciones implicadas en la factibilidad del modelo de gestión de casos.
- Formación en la metodología de Gestión de Casos. Esto favorecería la resistencia a la implantación de un modelo innovador, dando seguridad a los profesionales que van a llevarlo a cabo.
- Adecuación de recursos de enfermería de EAP.

3.4. CONTINUIDAD DE CUIDADOS

La Continuidad de Cuidados, se entiende como el grado en que la asistencia que necesita el paciente, está coordinada eficazmente entre diferentes profesionales y organizaciones y con relación al tiempo, esto es, la transferencia sin obstáculos del cuidado de una persona entre proveedores de cuidados.

Por lo tanto, la Continuidad de Cuidados se fundamenta en la Interrelación Profesional de los diferentes ámbitos asistenciales niveles asistenciales y esto conlleva el desarrollo y puesta en marcha de un sistema de intercambio de información rápido, eficaz y seguro.

OBJETIVOS

- Garantizar la continuidad de cuidados enfermeras.
- Favorecer la autonomía y el autocuidado del paciente y/o familia.
- Unificar los criterios metodológicos de continuidad de cuidados enfermeras.
- Diseñar un registro de Informe de Enfermería al Alta, eficaz, profesional y útil, que optimice los cuidados y garantice la calidad y continuidad asistencial.
- Analizar los circuitos de remisión de los Informes de Enfermería al Alta.
- Implantar el Informe de Enfermería al Alta, entre Niveles Asistenciales.
- Evaluar los Informes de Enfermería al Alta como indicador de la calidad asistencial prestada.

⇒ PROCESOS DE ESPECIAL SEGUIMIENTO DE INFORME DE ENFERMERIA AL ALTA (Los apartados en sombreado son susceptibles de recogerse a través del CMBD)

<p>NEONATOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Peso inferior a 2.200 gr. ▪ Monitorización de apnea. ▪ Oxigenoterapia domiciliaria. ▪ Traqueostomía. ▪ Alimentación enteral – parenteral domiciliaria. ▪ Control Saturación O₂. ▪ Dispositivos terapéuticos: vendajes, escayolas... ▪ Malformación congénita. ▪ Sospecha de maltrato. ▪ Padres-cuidadores con problemas de marginalidad social. ▪ Pérdida de integridad de la piel 	<p>PACIENTES CON:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Problemas respiratorios <ul style="list-style-type: none"> ▪ Oxigenoterapia ▪ Traqueotomía ▪ Monitorización respiratoria ▪ Control Saturación oxígeno ▪ EPOC ○ Trastornos circulatorios <ul style="list-style-type: none"> ▪ Edemas ▪ Lesión isquémica ▪ ACV ○ Alteración de la termorregulación <ul style="list-style-type: none"> ▪ Fiebre persistente ▪ Convulsión febril ▪ Hipotermia ○ Alteración eliminación <ul style="list-style-type: none"> ▪ Incontinencia urinaria ▪ Incontinencia fecal ▪ Ostomía ▪ Enuresis ○ Deterioro de la movilidad física <ul style="list-style-type: none"> ▪ Impuesta por dispositivos terapéuticos: vendajes, escayolas... ▪ Encamados ▪ Deterioro músculo-esquelético ▪ Dificultad para la deambulaci3n ○ Alimentaci3n <ul style="list-style-type: none"> ▪ Nutrici3n Enteral domiciliaria ▪ Nutrici3n Parenteral domiciliaria ▪ Lactancia : <ul style="list-style-type: none"> ◇ Materna Ineficaz ◇ Mixta Ineficaz ◇ Artificial Ineficaz ○ Alteraci3n del nivel de conciencia ○ Hábitos t3xicos <ul style="list-style-type: none"> ▪ Consumo Alcohol ▪ Consumo Estupefacientes ○ Déficit de bienestar <ul style="list-style-type: none"> ▪ Alteraci3n imagen corporal ▪ Baja autoestima ▪ Maltrato ▪ Marginalidad social ▪ Dolor ○ Situaci3n Terminal ○ Problemas de cronicidad ○ Herida quirúrgica ○ Portadores de dispositivos ○ Pérdida de la integridad de la piel ○ Déficit para la realizaci3n de las actividades de la vida diaria ○ Deterioro cognitivo ○ Falta de apoyo familiar ○ Pacientes de psiquiatría de agudos, derivados a otros centros
<p>ANCIANOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Mayores de 75 años ▪ Falta de apoyo familiar ▪ Compañero con limitaci3n /dificultad para las AVD ▪ Barreras arquitect3nicas domicilio 	
<p>MUJERES EN PERIODO PUERPERAL</p>	
<p>PACIENTES REMITIDOS A OTRO HOSPITAL</p>	

⇒ ESTRUCTURA DEL DOCUMENTO:

- El Documento ha de ser “por triplicado”: Paciente, Centro de Salud o centro donde se derive al paciente e Historia Clínica. Constará de un original y dos hojas autocopiativas, y deberá ser cumplimentado por la enfermera responsable del paciente, tras su alta, si el mismo necesita continuidad de cuidados.

- Original: Usuario.
- Copia: Historia Clínica - Hospital.
- Copia: Atención Primaria, otros centros.

➤ Anverso del Documento (Anexo 1)

- Logotipos del Instituto Madrileño de la Salud y de la Comunidad de Madrid (esquina superior izquierda)
- Motivo de Ingreso: Diagnóstico Médico o GRD
- Resumen del Episodio
- Hospitalizaciones previas
- Centro de salud del paciente
- Enfermera responsable del paciente en A.P
- Teléfonos de la unidad de hospitalización y centro de salud
- Datos identificación del paciente
- Fechas de alta y de recepción del informe en Atención Primaria.
- Alergias
- Vacunas
- Valoración de Necesidades Básicas
- Diagnósticos Enfermeras
- Plan de cuidados al Alta
- Acciones específicas a realizar
- Tratamiento Farmacológico
- Datos Socio-Sanitarios
- Información sobre capacidad de autocuidado
- Resumen de los problemas y evolución
- Nombre de la enfermera responsable de la elaboración del informe, unidad y firma

➤ Reverso del Documento (Anexo 1)

En el reverso aparece una RELACIÓN DE ETIQUETAS DIAGNÓSTICAS y PROBLEMAS DE ENFERMERÍA.

Los DIAGNÓSTICOS ENFERMERAS se codificarán con arreglo a la numeración que aparece en dicho documento.

⇒ CUMPLIMENTACION DEL DOCUMENTO

- El Documento está estructurado en apartados cerrados que deberán marcarse y espacios abiertos.

- Se incluirá la Normativa de Complimentación, en el Reglamento de Historia Clínica del Centro.

⇒ CIRCUITOS DE COMUNICACIÓN

La continuidad asistencial requiere que la distribución de la información sea rápida, eficaz y segura. Las nuevas Tecnologías digitales, existentes actualmente en la Red Sanitaria de Utilización Pública de la Comunidad de Madrid, podrían utilizarse como herramientas para asegurar la comunicación entre los profesionales de los cuidados de los diferentes niveles asistenciales, reduciendo tiempos, eliminando repeticiones, lo que redundaría en una mejora de la calidad de la asistencia.

En todo caso el Informe de Enfermería deberá:

- Llegar a su centro de destino en el menor tiempo posible, preservando la confidencialidad y teniendo en cuenta los recursos de cada Centro, éstos establecerán la vía de comunicación más adecuada.
- Ser cumplimentado por la enfermera responsable del paciente y a su vez ésta deberá informarle y explicarle al paciente y familiar o responsable.
- Tiempo de recepción del Informe
 - En el caso de que el paciente requiera cuidados urgentes, la enfermera responsable del paciente se comunicará telefónicamente con la enfermera responsable del paciente en Atención Primaria o Centro Asistencial.
 - OPTIMO: a las 24 horas del alta
 - MAXIMO: a las 48 horas del alta (fines de semana, festivos).

⇒ EVALUACIÓN

Metodología de Evaluación

- ✓ Comisión de Evaluación constituida por 3 miembros de Atención Especializada y 3 de Atención Primaria, de los cuales 2, uno de A. Primaria y otro de A. Especializada, serán del Equipo Directivo y los demás miembros serán asistenciales.

Fases de Evaluación

La evaluación constará de dos fases:

- *Fase Cuantitativa*, cuyo objetivo será conocer el porcentaje de informes emitidos, sobre los procesos susceptibles de informe de enfermería al alta.

Para ello, de la base de datos de altas hospitalarias se seleccionarán los procesos identificados como susceptibles de informe.

Del total de estos procesos, se seleccionará una muestra proporcional de historias clínicas, con un nivel de confianza del 95% y error de precisión de ≤ 5 , según la fórmula de proporciones en poblaciones finitas en situación más desfavorable ($p = q = 0,5$)

$$n = \frac{N z^2 p q}{e^2 (N - 1) + z^2 p q}$$

De estos informes, se especificarán los enviados desde el Hospital a Atención Primaria y a Otros centros. Asimismo en Atención Primaria se especificarán los informes recibidos desde Atención Especializada.

Fuentes de Información.- Altas hospitalarias (Revisión de Historias Clínicas).

- *Fase Cualitativa*, cuyo objetivo será conocer la calidad de cumplimentación de los informes emitidos, sobre los procesos susceptibles de informe de enfermería al alta. La evaluación se realizará en las mismas historias seleccionadas en la fase cuantitativa.

a) Datos de identificación

- *Datos paciente*. Se consideran datos paciente aquellos registrados que al menos permiten identificar al paciente con su nombre y apellidos, teléfono de contactos y fecha de alta.

No es válida si falta alguno de los tres subcriterios.

- *Datos de identificación de Centros Sanitarios*. Se consideran datos de identificación de Centros Sanitarios cuando en el informe consten al menos correctamente identificados, el Centro de Salud y teléfono al que el paciente corresponde, la Unidad Hospitalaria de procedencia, el nombre y apellidos de la enfermera responsable en el Hospital de la emisión del Informe y la firma de dicha enfermera.

No es válida si falta alguno de los seis subcriterios.

b) Datos clínicos

- *Datos clínicos*. Se consideran “datos clínicos” cuando en el informe conste al menos el motivo de ingreso y/o diagnóstico principal que motivó el ingreso.

No es válida si falta este subcriterio.

- *Datos de valoración*. Se consideran datos de valoración correctamente cumplimentados cuando al menos conste el 70% de los datos que están predeterminados en el informe, en cada una de las necesidades alteradas.

No es válida si es inferior al 70%.

➤ Datos de identificación de diagnóstico. Se considera identificación de “diagnóstico” cuando en el informe conste la Etiqueta Diagnóstica correspondiente (reverso del documento).

➤ Datos de Plan de Cuidados. Se considera Plan de cuidados cuando al menos conste en el apartado como mínimo las actividades.

No es válida si falta este subcriterio.

➤ Datos de recomendación al paciente. Se considera correctamente cumplimentado este apartado cuando en él constan las recomendaciones de cuidados al paciente. Será válido también si en el informe consta que se ha proporcionado información escrita adicional (folletos informativos, etc.)

El Informe de Enfermería al Alta, tendrá consideración de indicador de Calidad científico-técnica.

Indicadores cuantitativos

$$\frac{\text{Nº Informes emitidos de procesos susceptibles de I.E.A/Hospital/ semestre}}{\text{Nº total de altas procesos susceptibles de I.E.A/ Hospital/semestre}} \times 100$$

$$\frac{\text{Nº Informes recibidos de procesos susceptibles/ semestre}}{\text{Nº total de Informes emitidos procesos susceptibles de I.E.A/ Hospital/semestre}} \times 100$$

$$\frac{\text{Nº Informes emitidos de pacientes susceptibles de Informe/Cetro A.PI/ semestre}}{\text{Nº total de pacientes susceptibles de Informe/ Centro A.PI/semestre}} \times 100$$

Indicadores cualitativos

$$\frac{\text{Nº de informes con datos básicos del paciente}}{\text{Nº de informes emitidos}} \times 100$$

Nº de informe con datos de identificación de proveedores	
$\frac{\text{Nº de informes emitidos}}{\text{Nº de informes emitidos}}$	X 100
Nº de informes con datos clínicos básicos	
$\frac{\text{Nº de informes con datos clínicos básicos}}{\text{Nº de informes emitidos}}$	X 100
Nº de informes con datos de valoración	
$\frac{\text{Nº de informes con datos de valoración}}{\text{Nº de informes emitidos}}$	X 100
Nº de informes con datos de identificación diagnóstica	
$\frac{\text{Nº de informes con datos de identificación diagnóstica}}{\text{Nº de informes emitidos}}$	X 100
Nº de informes con resumen de problemas y evolución	
$\frac{\text{Nº de informes con resumen de problemas y evolución}}{\text{Nº de informes emitidos}}$	X 100
Nº de informes con recomendación de cuidados	
$\frac{\text{Nº de informes con recomendación de cuidados}}{\text{Nº de informes emitidos}}$	X 100

Con el fin de que se establezca una continuidad de cuidados entre ambos niveles asistenciales, es recomendable que la enfermería de Atención Primaria envíe un informe a Atención Especializada en aquellos pacientes susceptibles de Informe y con ingreso hospitalario programado.

ANEXO

INFORME DE ENFERMERÍA AL ALTA

MOTIVO DE INGRESO _____
 Nº DE HOSPITALIZACIONES PREVIAS (últimos 6 meses) _____
 CENTRO DE SALUD _____
 NOMBRE Y APELLIDOS ENFERMERA A.P. Responsable del Paciente _____
 TELÉFONO UNIDAD HOSPITALIZACIÓN _____
 TELÉFONO CENTRO SALUD _____

NOMBRE Y APELLIDOS _____
 EDAD: _____ FECHA NACIMIENTO: _____
 DIRECCIÓN _____
 TELÉFONO _____
 TELÉFONO PERSONA DE CONTACTO _____
 CIP: _____ Hª CLÍNICA: _____

RESUMEN DE PROBLEMAS Y EVOLUCIÓN:

ALERGIAS CONOCIDAS: NO SI _____
 VACUNAS: NO SI _____

PROBLEMAS DE DEPENDENCIA

<p>1.- RESPIRACIÓN.- DIAG. ENFERMERA:</p> <p>DISNEA: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>Esfuerzo <input type="checkbox"/> Reposo <input type="checkbox"/></p> <p>Fisioterapia Respiratoria <input type="checkbox"/></p> <p>OXIGENOTERAPIA:</p> <p>Mascarilla <input type="checkbox"/> Gafas Nasales <input type="checkbox"/></p> <p>Concentración _____</p> <p>Nº horas O₂ / día _____</p> <p>Cánula de Traqueotomía:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Tipo</th> <th>Nº</th> <th>Fecha</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	Tipo	Nº	Fecha				<p>4.- ELIMINACIÓN.- DIAG. ENFERMERA:</p> <p>Ostomía: _____</p> <p>INCONTINENCIA:</p> <p>Fecal <input type="checkbox"/> Urinaria <input type="checkbox"/></p> <p>Colector <input type="checkbox"/></p> <p>Pañal de Incontinencia <input type="checkbox"/></p> <p>Estreñimiento <input type="checkbox"/> Eneuresis <input type="checkbox"/></p> <p>Sonda vesical:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Tipo</th> <th>Nº</th> <th>Fecha</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	Tipo	Nº	Fecha				<p>6.- 6.-ALIMENTACIÓN: D DIAG. ENFERMERA:</p> <p>DIETA ACORDE EDAD: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>LACTANCIA :</p> <p>Materna: Eficaz <input type="checkbox"/> Ineficaz <input type="checkbox"/></p> <p>Mixta: Eficaz <input type="checkbox"/> Ineficaz <input type="checkbox"/></p> <p>Artificial: Eficaz <input type="checkbox"/> Ineficaz <input type="checkbox"/></p> <p>N. Enteral <input type="checkbox"/> N. Parenteral <input type="checkbox"/></p> <p>Sonda:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Tipo</th> <th>Nº</th> <th>Fecha</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	Tipo	Nº	Fecha				<p>8.- BIENESTAR / CONFORT: DIAG. ENFERMERA:</p> <p>Problema salud mental _____</p> <p>Estado de ánimo alterado _____</p> <p>Autoestima baja <input type="checkbox"/></p> <p>Alteración de la imagen corporal <input type="checkbox"/></p> <p>Dolor <input type="checkbox"/> Trastorno del sueño <input type="checkbox"/></p> <p>Precisa Hipnóticos: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>
Tipo	Nº	Fecha																			
Tipo	Nº	Fecha																			
Tipo	Nº	Fecha																			
<p>2.- CIRCULACION.- DIAG. ENFERMERA:</p> <p>MONITORIZACIÓN <input type="checkbox"/></p> <p>Aritmias <input type="checkbox"/> H.T.A. <input type="checkbox"/></p> <p>Edemas <input type="checkbox"/> Isquemia <input type="checkbox"/></p>	<p>5.- EJERCICIO ACTIVIDAD.- DIAG. ENFERMERA:</p> <p>Encarnado: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>Deambulación:</p> <p>Autónoma <input type="checkbox"/> Dependiente <input type="checkbox"/></p> <p>Precisa ayuda: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>Persona <input type="checkbox"/> Andador <input type="checkbox"/></p> <p>Muletas <input type="checkbox"/> Silla de ruedas <input type="checkbox"/></p>	<p>7.- SEGURIDAD: DIAG. ENFERMERA:</p> <p>Déficit autocuidado: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>Precisa ayuda: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>NIVEL DE CONCIENCIA:</p> <p>Consciente <input type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/></p> <p>Desorientado <input type="checkbox"/> Confuso <input type="checkbox"/> Memoria <input type="checkbox"/></p> <p>Colaboración <input type="checkbox"/></p> <p>Visión <input type="checkbox"/> Audición <input type="checkbox"/> Comunicación <input type="checkbox"/></p> <p>Tóxicos: Alcohol <input type="checkbox"/></p> <p>Otros _____</p> <p>Estupefacientes <input type="checkbox"/></p>	<p>9.- DATOS SOCIO- SANITARIOS</p> <p>Aceptación Problema: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>Paciente <input type="checkbox"/> Familia <input type="checkbox"/></p> <p>CUIDADORES:</p> <p>Tiene ayuda: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>Tipo de ayuda:</p> <p>Familiar <input type="checkbox"/> Institucional <input type="checkbox"/></p> <p>Informado Trabajador Social <input type="checkbox"/></p>																		
<p>3.- TERMORREGULACIÓN.- DIAG. ENFERMERA:</p> <p>TEMPERATURA CORPORAL:</p> <p>Fiebre <input type="checkbox"/> Febrícula <input type="checkbox"/></p> <p>Hipotermia <input type="checkbox"/> Convulsión Febril <input type="checkbox"/></p>	<p>10.- TTO. FARMACOLOGICO</p>	<p>11.- PIEL – MUCOSAS</p> <p>PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>Fecha: __/__/__</p> <p>HERIDA QUIRÚRGICA <input type="checkbox"/> Frecuencia Cambio apósito: _____</p> <p>Grapas / Suturas: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Venda / Yeso: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>ÚLCERA POR PRESIÓN <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>LOCALIZACIÓN:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>LESION</th> <th>TIPO</th> <th>ESTADO</th> <th>EXUDADO</th> <th>FRECUENCIA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table> <p>MATERIAL: _____</p>	LESION	TIPO	ESTADO	EXUDADO	FRECUENCIA						<p>12.- PLAN DE CUIDADOS</p> <p>Sin Tratamiento <input type="checkbox"/></p> <p>Medicación Actual: _____</p> <p>Vía del fármaco: _____</p> <p>Precauciones _____</p> <p>Administración de medicación:</p> <p>Autónomo <input type="checkbox"/> Necesita ayuda <input type="checkbox"/></p> <p>Catéter:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Tipo</th> <th>Nº</th> <th>Fecha</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	Tipo	Nº	Fecha					
LESION	TIPO	ESTADO	EXUDADO	FRECUENCIA																	
Tipo	Nº	Fecha																			
<p>INFORMACIÓN AUTOCUIDADO: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> PACIENTE <input type="checkbox"/></p> <p>FAMILIAR <input type="checkbox"/> COMPRENDIDA SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>RECOMENDACIONES DE CUIDADOS:</p>	<p>INFORMACIÓN AUTOCUIDADO: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> PACIENTE <input type="checkbox"/></p> <p>FAMILIAR <input type="checkbox"/> COMPRENDIDA SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>RECOMENDACIONES DE CUIDADOS:</p>	<p>INFORMACIÓN AUTOCUIDADO: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> PACIENTE <input type="checkbox"/></p> <p>FAMILIAR <input type="checkbox"/> COMPRENDIDA SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>RECOMENDACIONES DE CUIDADOS:</p>																			

FECHA DE ALTA HOSPITALARIA (Emisión del Informe): / / Fecha de Recepción del Informe en A.P.: / /

NOMBRE Y APELLIDOS DE LA ENFERMERA/O _____ UNIDAD _____ Fdo.: _____

REVERSO DEL DOCUMENTO

RELACIÓN DE ETIQUETAS DIAGNÓSTICAS y PROBLEMAS DE ENFERMERÍA

1. **RESPIRACION**
 - a. Alteración del patrón respiratorio
 - b. Riesgo de aspiración
 - c. Riesgo de obstrucción
2. **CIRCULACION**
 - a. Alteración de las constantes vitales
 - b. Dificultad circulación periférica/retorno venoso/edemas
 - c. Riesgos circulación
3. **TERMORREGULACION**
 - a. Alteración de la termorregulación
4. **ELIMINACION**
 - a. Alteración en la eliminación intestinal/urinaria
 - b. Riesgo de estreñimiento
5. **EJERCICIO ACTIVIDAD**
 - a. Intolerancia a la actividad
 - b. Deterioro de la movilidad física
 - c. Riesgo de intolerancia a la actividad
6. **ALIMENTACION**
 - a. Déficit de autocuidados: Alimentación
 - b. Alteración en la masticación/deglución/digestión/absorción
 - c. Vía de alimentación no fisiológica
 - d. Desequilibrio nutricional por defecto
 - e. Alteración talla/peso
 - f. Riesgo de deshidratación/hiperhidratación
7. **SEGURIDAD**
 - a. Mantenimiento inefectivo de la salud
 - b. Alteración de la comunicación
 - c. Riesgo de caídas
 - d. Riesgo de infección
 - e. Riesgo de violencia autodirigida
 - f. Riesgo de violencia dirigida a otros
 - g. Riesgo de traumatismo
8. **BIENESTAR/CONFORT**
 - a. Baja autoestima situacional
 - b. Riesgo de baja autoestima situacional
 - c. Deterioro del patrón del sueño
 - d. Temor
 - e. Fatiga
9. **DATOS CULTURALES SOCIO-SANITARIOS**
 - a. Déficit de actividades recreativas.
 - b. Aislamiento social
 - c. Deterioro de la interacción social
 - d. Afrontamiento familiar comprometido
 - e. Interrupción de los procesos familiares
 - f. Déficit de autocuidados: Baño/higiene
 - g. Déficit de autocuidados: vestido/acicalamiento
 - h. Conocimientos deficientes
10. **TRATAMIENTO FARMACOLOGICO**
 - a. Conocimientos deficientes
 - b. Riesgo de incumplimiento del tratamiento
11. **PIEL Y MUCOSAS**
 - a. Deterioro de la integridad cutánea
 - b. Riesgo de deterioro de la integridad cutánea

3.5. PROCESO DE COORDINACIÓN ENTRE PROFESIONALES DE LOS EQUIPOS DE ATENCIÓN PRIMARIA

Desde el Decreto 98/1988 de 8 de Septiembre, por el que se aprueba el Reglamento sobre Normas Básicas de Funcionamiento de los Equipos de Atención Primaria en la Comunidad de Madrid, y la Circular 5/90 que trata de la organización de las actividades de enfermería en los EAP, no ha existido ninguna norma que haga referencia al marco de funcionamiento de los profesionales de los EAP.

MARCO ORGANIZATIVO

Deben establecerse una serie de premisas comunes de coordinación entre los profesionales de los EAP para todo el Instituto Madrileño de la Salud que permitan desarrollar el proceso de atención de forma integrada y homogénea.

Los procesos de atención deberían tener en cuenta las expectativas de todas las partes implicadas (usuarios y profesionales) y estar en concordancia con los valores de nuestra Organización: accesibilidad, atención integral, equidad...

Se garantizará una organización interna del equipo que permita la atención de los usuarios tanto en situaciones previstas (consultas) como imprevistas: en caso de usuarios de otro turno, de otros Centros o situaciones en las que el profesional que tiene asignado ese usuario no se encuentre en el centro de salud, así como en las situaciones de atención a urgencias graves.

En cada proceso debe recogerse su misión, cuales son sus límites, quién lo realiza y para quién, y los criterios de calidad y de organización que lo definen. Deben establecerse indicadores que nos permitan monitorizar las posibles desviaciones.

Accesibilidad

- Cada médico y cada enfermera atenderá a la población que tenga asignada asumiendo la atención integral tanto en consulta como en domicilio.
- De acuerdo con esta atención integral, en cada consulta el profesional atenderá todas las necesidades del paciente incluida la medicación que pudiera necesitar.
- Cada médico y enfermera atenderá las demandas de su población que acuda sin cita. Desde la UNAD se le proporcionará cita para ese mismo día. Para ello, las agendas de los profesionales deberán permanecer abiertas durante todo el periodo de consulta.
- Se mantendrá la consulta concertada de cada profesional en periodos de ausencia imprevista.
- Cada centro establecerá un turno para la atención a las demandas sin cita y la atención urgente cuando no se encuentren en el Centro sus profesionales de referencia. En la Unidad Administrativa estará disponible y actualizado el listado de turnos de atención urgente.

Gestión de Agendas

- Se garantizará un periodo mínimo de consulta que quedará estructurada según el modelo de agenda de calidad cuyos criterios generales deben ser:
 - Agenda centralizada en la UNAD.
 - Duración adecuada a las necesidades de atención.
 - Abierta durante el periodo de consulta para poder asumir cualquier tipo de demanda tanto a iniciativa de la población como derivada por otros profesionales, contemplando espacios para ello.
 - Incluirá los distintos tipos de consulta (concertada, a demanda, domicilios).
- La agenda estará abierta todos los días por lo que no debe existir demora ni "listas de espera". El usuario será citado en la fecha que se considere adecuada según su problema de salud.

Coordinación /Derivación entre profesionales

Paciente citado en la consulta de un profesional y que precisa ser derivado a la de otro:

- *Precisa atención en ese momento o en el día.*
 - El profesional sanitario (médico o enfermera) derivará al usuario al otro profesional, quién lo atenderá e incluirá en su agenda como “demanda”.
- *No precisa atención en el día:*
 - Si el profesional dispone de OMI clínico: le dará cita directa desde la propia consulta en la agenda del otro profesional como “concertada” buscando la fecha más adecuada.
 - Si no dispone de OMI clínico: lo derivará a la UNAD para que le citen en la agenda del otro profesional en el plazo indicado por el profesional.

El proceso de derivación es bidireccional

Qué derivar a la enfermera

Todo usuario y/o familia susceptible de recibir los siguientes servicios:

- Apertura de historia clínica
- Fomento de actividades generadoras de Salud/Actividades Preventivas (EpS individual y en grupos, PAPPs, alimentación, ejercicio físico...).
- Promoción del autocuidado.
- Procedimientos técnicos básicos tanto terapéuticos como diagnósticos.
- Detección precoz de complicaciones potenciales, control y seguimiento en Crónicos.
- Atención domiciliaria, aunque no exista una demanda formal del usuario o su familia.
- Inadecuada adhesión al régimen terapéutico.

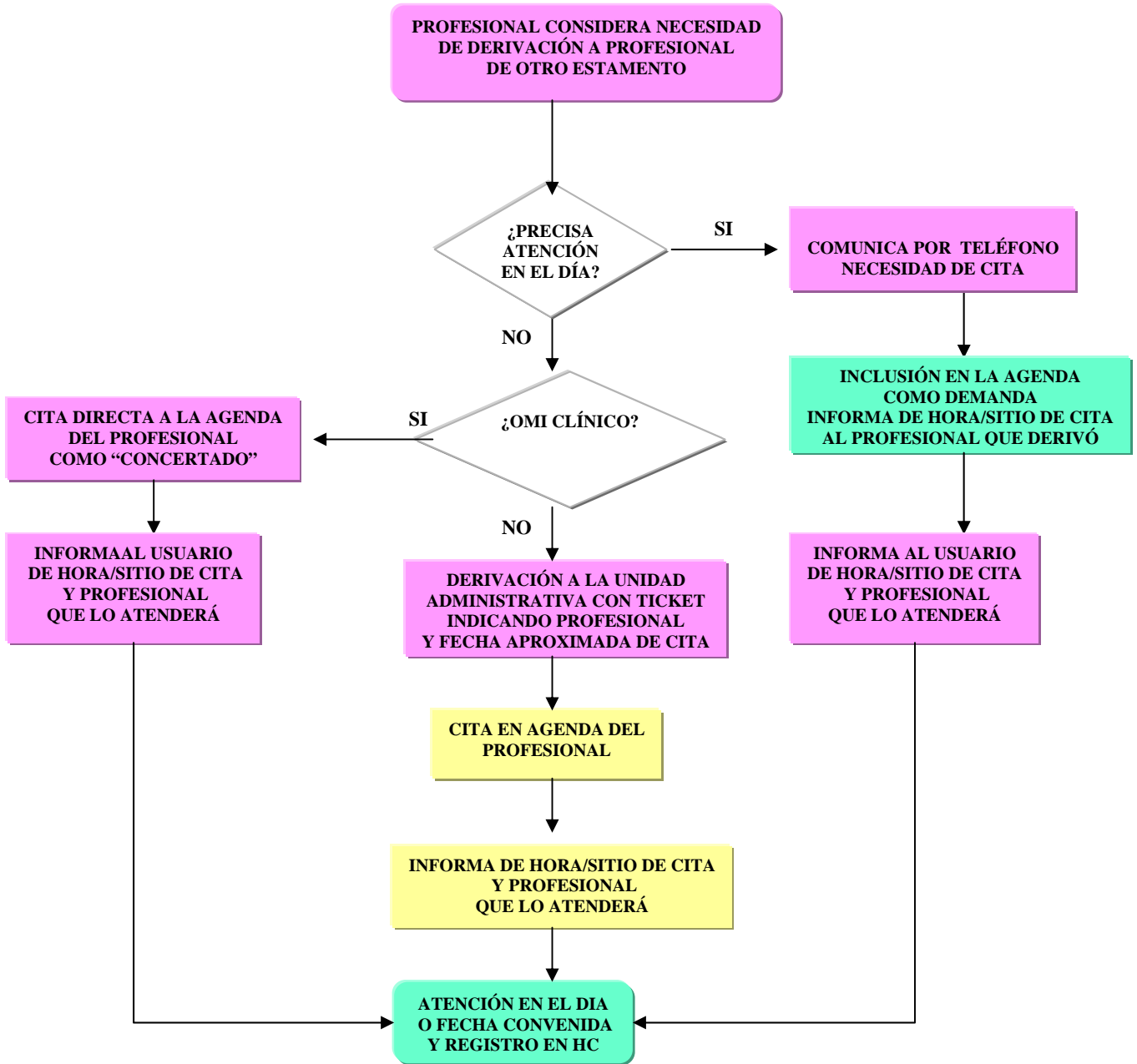
Qué derivar al médico

- Síntomas o signos que precise valoración clínica/confirmación de diagnóstico.
- Evolución desfavorable de procesos seguidos por enfermería (curas...).
- Actividades programadas de seguimiento según Protocolos/Programas de Salud o Cartera de Servicios.
- Valoración de efectos adversos de medicación, intolerancias, incompatibilidades detectadas.
- Demandas de medicación no incluida en circuitos de prescripción crónica.
- Usuarios que precisan ser derivados a otro nivel asistencial.

➤ *Sistema de Seguimiento y Evaluación*

El seguimiento y evaluación de esta línea estratégica se incluirá en la evaluación de accesibilidad y gestión de agendas que realiza anualmente la Dirección General de Calidad, Acreditación, Evaluación e Inspección dentro de su Plan de Evaluación de Servicios Sanitarios.

DERIVACIÓN MÉDICO ↔ ENFERMERA



- ADMINISTRATIVO
- PROFESIONAL QUE DERIVA (M/E)
- PROFESIONAL QUE ATIENDE (M/E)

3.6. ASIGNACIÓN Y LIBRE ELECCIÓN EN ENFERMERÍA

Hasta ahora, la asignación de Enfermera se ha realizado adscribiéndole la población de un Médico de Familia o Pediatra, sin procedimiento administrativo ni soporte alguno de asignación, condicionando con ello la práctica imposibilidad de elección por parte del ciudadano, con dificultades iniciales de personalización de la enfermera asignada y un sistema retributivo uniforme para todas las enfermeras de un EAP, en cuanto a productividad fija.

⇒ MODELO ORGANIZATIVO

Tras el desarrollo, en estos casi veinte años, del “nuevo modelo”, los equipos de Atención Primaria han ido adaptando su organización, según sus propias peculiaridades o preferencias, sin que institucionalmente hubiese una indicación clara.

Estas diferencias organizativas, podemos agruparlas, sobre todo, en tres opciones:

- **Por tareas.-** se desarrolló fundamentalmente al inicio del funcionamiento de los equipos. Dentro de esta opción organizativa, podemos decir que en los equipos había enfermeras “especializadas” en técnicas, centralizadas en la sala de curas, en diferentes programas, como diabetes, hipertensión, etc. Este modelo organizativo, se valoró como poco adecuado, pues hacía cuestionarse la continuidad y la integralidad de los cuidados hacia la población necesitada de ellos. Este modelo ha ido perdiendo fuerza con el paso de los tiempos y, en la actualidad, sólo perdura en la mayoría de equipos la “centralización” de algunas técnicas como, por ejemplo, las extracciones de muestras y algunas curas.
- **Por cupos.-** con posterioridad a la anterior opción organizativa y vistas las dificultades que añadía al desarrollo de la propia atención primaria, la “paridad” de plantillas entre médicos de familia y enfermeras, favoreció que la mayoría de los equipos orientaran su organización hacia la atención por cupos, de tal manera que la mayoría de las necesidades de cuidados surgidos en la población de estos ciudadanos son responsabilidad de la enfermera de referencia de ese cupo médico. Dentro de este modelo organizativo, las enfermeras se han distribuido la población del equipo, teniendo en cuenta la edad, por lo que existen enfermeras que atienden a la población infantil y otras cuya responsabilidad es la población adulta, lo que ha favorecido una “especialización”, que muchas veces hace que la versatilidad propia de las enfermeras comunitarias se rompa. Este modelo organizativo, podemos asegurar, que en la actualidad es el más extendido, sin embargo, y dado el diferente crecimiento de plantillas, en detrimento de las de enfermería, los equipos están viéndose abocados a tener que repartir algunos cupos médicos entre varias enfermeras, lo que en algunas ocasiones, está dificultando la coordinación entre los profesionales responsables de los cuidados sanitarios de esos ciudadanos.
- **Por unidad familiar.-** En algunos equipos, el modelo organizativo elegido ha sido el denominado “unidad familiar”. En este modelo, la enfermera es la responsable del cuidado de todos los miembros de la familia independientemente de su edad. La realidad es que a cada enfermera se le asignan los ciudadanos de un cupo de medicina familiar y, además los hijos de las mujeres del cupo correspondiente. Este modelo ha tenido algunas resistencias surgidas fundamentalmente de los pediatras. Hemos de reseñar, que ellos son quienes deben hacer un mayor esfuerzo de coordinación al tener de referencia, en general más de dos enfermeras.

La población tiene derecho a conocer en todo momento a la enfermera de referencia responsable de sus cuidados, que les permita tanto la necesaria interrelación e identificación en el proceso enfermera- paciente, como la eficaz continuidad de cuidados en el proceso de salud-enfermedad.

Por tanto, parece razonable plantear la necesidad de articular convenientemente el derecho que asiste a los usuarios, de poder elegir también a “su” enfermera de referencia, para lo cual ineludiblemente, tal medida debe ir ligada a la asignación de una población a cada enfermera.

La incorporación de las herramientas informáticas en los últimos años, abre el camino a mejoras en las prácticas clínicas y gestoras, a través de la explotación de las bases de datos integradas orientadas fundamentalmente al resultado.

➤ *CRITERIOS DE ASIGNACIÓN*

La Ley 14/1986 de 25 de Abril General de Sanidad, establece en el artículo 10.13 el derecho a elegir al médico y los demás “*Sanitarios Titulados*” de acuerdo con las condiciones contempladas en la propia ley, en las disposiciones que se dicten para su desarrollo y en las que regulen el trabajo sanitario en los Centros de Salud.

Por otra parte en la Declaración Mundial de la Salud adoptada por la comunidad asistencial mundial, firmada por España, en la 51ª Asamblea Mundial de Salud celebrada en mayo de 1998, en su Capítulo 6.2.2 dice “...la ineludible articulación de la atención sanitaria de médico y de enfermera orientada hacia la familia, la delimitación clara de la población específica a atender por cada médico y cada enfermera- definida como área de captación geográfica o definida mediante la inscripción en una lista- y la libre elección de médico y de enfermera”.

Para ello, organizativamente debemos regular:

- Sistema de asignación e identificación para el usuario (tarjeta sanitaria).
- Sistema para ejercer el derecho de libre elección y límites al mismo.
- Sistemas de compensación y reconocimiento.

Sistema de asignación e identificación:

En la fase de implantación:

- La asignación de población a la enfermera se realizará por unidades familiares.
- Para garantizar una adecuada coordinación entre el médico y la enfermera, inicialmente se asignará la población manteniendo la correspondencia entre ambos profesionales.
- Todo ciudadano dispondrá de un documento (TSI) en el que conste el nombre y CIAS de su enfermera.
- En las bases de datos de usuarios constará, en cada ficha informática, el nombre de la enfermera asignada.

➤ *PROCEDIMIENTO*

- El usuario podrá ejercer la libre elección de enfermería entre las existentes en la correspondiente Área de Salud. Cuando se trate de núcleos de población superiores a 250.000 habitantes, la elección podrá realizarse entre las enfermeras existentes en el conjunto de la localidad.

- En el supuesto de que al ejercer la libre elección de médico y/o enfermera ambos profesionales presten servicios en Unidades Funcionales diferentes, el usuario deberá elegir a qué Unidad desea quedar adscrito, ejerciendo la libre elección en dicha Unidad.
- El Instituto Madrileño de la Salud, en su ámbito de gestión y dentro del respeto a la libertad de elección, asignará enfermera individualizada a cada una de las personas con derecho a la asistencia sanitaria.
- La elección de enfermera podrá realizarse en cualquier momento y sin necesidad de justificación, pudiendo previamente, solicitar entrevista con la enfermera.
- Las enfermeras tendrán un número óptimo de personas que sea fijado por la Dirección General del Instituto Madrileño de la Salud.
- Los profesionales de enfermería podrán rechazar asignación de nuevos usuarios en los siguientes casos:
 - Cuando el cupo de personas supere el número establecido como óptimo.
 - Cuando la enfermera alegue alguna razón que por la Inspección de Servicios Sanitarios se considere justificada.
- En función de las necesidades asistenciales el número máximo de personas asignadas a las enfermeras podrá rebasar hasta un 20% el número óptimo.
- Cuando los usuarios no ejerzan la facultad de elección, o está no es posible, la Entidad Gestora los asignará directamente a la enfermera/o que proceda.

La asignación de enfermera será de oficio en los siguientes casos:

- Asignaciones iniciales: si el usuario no elige, asignando a la enfermera el núcleo familiar.
- Reordenación de adscripciones por motivo de planificación asistencial. En este caso se comunicará por escrito al domicilio del usuario.

➤ **RETRIBUCIÓN**

Este modelo supondrá un cambio en el modelo retributivo, que llegado el momento habrá que adecuar y que deberá asemejarse al de médico de familia y pediatra.

➤ **Sistema de Seguimiento y Evaluación**

Para el seguimiento y evaluación de la Libre Elección, se establecerá un sistema de registro que recoja los siguientes ítems:

Nº Solicitudes tramitadas en el Centro de Salud por:	Libre Elección
	Cambio de domicilio
	Total solicitudes
Nº Solicitudes de cambio de enfermera denegadas por:	El domicilio del usuario radica en otra Área de Salud y la localidad no tiene una población > 250.000 habitantes
	El cupo de la enfermera elegido supera el número máximo de personas adscritas.
	Concurren las dos causas anteriores.
Nº Total de solicitudes denegadas	

BIBLIOGRAFÍA

1. Manrique A, Ovalle M. *Enfermería y Comunidad Europea*. Colegio Oficial de Diplomados de Enfermería de Zaragoza, 1993.
2. Wilson A, Pearson D, Hassey A. *Barriers to developing the nurse practitioner role in primary care – the GP perspective*. Family Practice 2002; 19: 641-646.
3. European Observatory on Health Care Systems. *Health Care Systems in Transition: Finland*. OMS, 2002; Vol 4: 45-52.
4. European Observatory on Health Care Systems. *Health Care Systems in Transition: Sweden*. OMS, 2002; 37-40.
5. Real Decreto 137/ 1984, de 11 de enero sobre Estructuras Básicas de Salud.
6. Ley General de Sanidad, Ley 14 /1986 de 25 de abril.
7. Real Decreto 63/1995 de Ordenación de Prestaciones Sanitarias del Sistema Nacional de Salud.
8. *Cartera de Servicios de Atención Primaria*. INSALUD, 2002
9. *Desarrollo de planes de cuidados en la cartera de servicios de Atención Primaria*. INSALUD, 2001
10. *Gestión de servicios de enfermería en Madrid: Mirando al futuro*. Madrid, 2002 (documento interno)
11. *Sistema de Información de Actividad*. Consejería de Sanidad de Madrid, 2002 (documento interno)
12. Orem D. *Normas Prácticas de Enfermería*. Pirámide, 1993
13. Ferrer Arnedo C. *La Enfermera de Atención Primaria como Gestora de Casos*. Madrid, 2003 (documento interno)
14. *Los equipos de Atención Primaria: Propuestas de mejora*. INSALUD, 2001.
15. Orem D. *Conceptos de enfermería en la práctica: modelo de Orem* Barcelona: Masson – Salvat, 1993
16. Hernández Conesa J, Esteban Albert M. *Fundamentos de la enfermería: teoría y método*. Madrid: Interamericana, 2000
17. JCAHCO. *Características de los indicadores clínicos*. Control de Calidad Asistencial, 1991; 6(3):65-74.
18. Egglund ET, Heinemann DS. *Nursing documentation: Charting, recording and reporting*. Philadelphia, Lippincott, 1994.
19. *Áreas de cuidados enfermeras: bases para la definición de los servicios de enfermería*. Madrid: A.P. Área 3 Insalud Madrid, 1994
20. *Marco teórico de Autoevaluación de Enfermería*. Madrid: A.P. Área 9 Insalud Madrid, 1998
21. *Documento del grupo de trabajo de Proceso de Enfermería*. Madrid: A.P. Área 9 Insalud Madrid, 1998-2003.
22. Sellán C. *Modelo de autocuidado de D. Orem: Proceso diagnóstico y tratamiento enfermera*. Madrid, 2002. (Documento interno)
23. Benavent Garces M.A., Ferrer Ferrandis E, Francisco del Rey C. *Fundamentos de enfermería 21*. DAE (grupo paradigma). Madrid, 2001.
24. García Martín-Caro C, Sellan Soto MC. *Fundamentos teóricos y metodológicos de enfermería*. LBS. Madrid, 1995.
25. Hernández Conesa J, Esteban Albert M. *Fundamentos de la enfermería: Teoría y Método*. MCGRAW-HILL-Interamericana de España, S.A.U. Madrid, 1999.
26. Marriner Tomey A., Raile Alligood M. *Fundamentación Teórica y teorías en enfermería*. Harcourt Brace de España, S.A. Madrid, 1999.

27. Kozzier B, Erb G. *Conceptos y temas en la práctica de la enfermería*. McGraw-Hill Interamericana, 1995.
28. Orem D. *Conceptos y temas de la práctica de la enfermería*. McGraw-Hill Interamericana, 1995.
29. *Enfermería en acción*. Publicaciones O.M.S. nº48: 29-32. Ministerio de Sanidad y Consumo.
30. Bower KA. *Case Management by Nurses*. American Nurses Association, 1992.
31. Schifalecque M, Hook M, O'Hearn P, Schmidt M. *Coordinating the care of the chronically in a world of management*. Nurs Adm Q. 2000 Spring; 24 (3): 12-20.
32. Carr DD. *Case Management for the subacute patient in a skilled nursing facility*. Nurs Case Manag 2000 Mar-Apr; 5 (2): 83-92.
33. Capsada A. *La gestión de casos para el manejo de enfermos con patología respiratoria crónica*. Metas 2002, Marzo, 43.
34. López Izuel C, Montiel Pastor M, Rojo Pernía J. *Gestión de casos: Desarrollo de un nuevo modelo organizativo*. Rol de enfermería 1995; 202: 53-58.
35. ¿? *Gestión de casos y planes de cuidados*. Rol de enfermería 1998; 235: 23-31.
36. Da Rocha S., Godoy I., Rojo J. *Aplicación del modelo de gestión de casos en la coordinación de diferentes niveles Asistenciales*. XV Sesiones de la AEED. Innovación en enfermería: construyendo cultura profesional. Barcelona, 1994.
37. Documento CORCUID. Insalud. Dirección Provincial Madrid, 1992. (Documento Interno).
38. Ferrer Arrendó C.. *La Enfermera de Atención Primaria como Gestora de Casos*. Segundas Jornadas de SEMAP. Madrid, 2003.
39. Johnson M, Maas M, Moorhead S. *Clasificación de Resultados de Enfermería (CRE)*. Harcourt Mosby. Madrid, 2001.
40. Johnson M and als. *Diagnósticos Enfermeras, Resultados, Intervenciones. Interrelaciones NANDA, NOC y NIC*. Harcourt Mosby. Madrid, 2002.
41. McCloskey J, Bulechek G. *Clasificación de Intervenciones de Enfermería (CIE)*. Harcourt Mosby. Madrid, 2002.
42. Bimbela JL. *Cuidando al Cuidador. Counselling para profesionales de la salud*. Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada, 2001.
43. Kron T. *Liderazgo y administración en enfermería*. Interamericana. México, 1983.
44. Kaschak D, Jakovac D. *Planes de Cuidados en Geriatría*. Mosby Doyma. Barcelona, 1994.
45. Mora JR, Ferrer C, Ramos E. *Gestión clínica por procesos: mapa de procesos de Enfermería en centros de salud*. RAS 2002; 21.
46. *Planes de cuidados*. Gerencia de Atención Primaria Área 5. Madrid, 2002.
47. Peñafiel Olivar, A. *La Enfermería y los Cuidados Formales de los Mayores*. Revista de Enfermería Gerontológica Nº 7: 56-63. Conferencia Abril 2002. Foro Mundial de ONG'S sobre envejecimiento. Madrid, 2002.
- 48.