

**programa
de atención
a enfermos
crónicos
dependientes**

EDITA: GOBIERNO DE ARAGÓN
Departamento de Salud y Consumo

DIRECCIÓN DEL DOCUMENTO: José Ignacio Gaspar Escayola

DISEÑO. MAQUETACIÓN: Strader. Estudio Camaleón

IMPRIME: Cometa, S.A.

D.L.: Z. 0856-06

ÍNDICE GENERAL

| | |
|---|-----|
| Presentación de la Consejera de Salud y Consumo del Gobierno de Aragón | 9 |
| Dirección del documento y equipos de trabajo | 11 |
| PROGRAMA DE ATENCIÓN A ENFERMOS CRÓNICOS DEPENDIENTES..... | 15 |
| Introducción | 17 |
| Pertinencia / Justificación del Programa..... | 18 |
| Inclusión en el Programa | 21 |
| Proveedores, acceso e itinerarios | 33 |
| Recursos y Plan de Actuación: recursos existentes, criterios de asignación de recursos y necesidad de nuevos recursos..... | 41 |
| Cartera de servicios | 42 |
| Sistema de información | 45 |
| Evaluación del programa..... | 47 |
| Bibliografía | 50 |
| ANEXO I: CARTERA DE SERVICIOS | 55 |
| Cartera de Servicios | 57 |
| Internamiento con rehabilitación para fase de convalecencia en Hospital de Convalecencia | 57 |
| Internamiento sin rehabilitación para fase de convalecencia en Hospital de Convalecencia | 60 |
| Atención en Hospital de Día para fase de convalecencia | 61 |
| Cuidados ambulatorios con rehabilitación para fase de convalecencia..... | 64 |
| Cuidados ambulatorios sin rehabilitación para fase de convalecencia en Centro de Salud | 72 |
| Cuidados domiciliarios básicos de mantenimiento para fase de cronicidad | 73 |
| Cuidados domiciliarios continuados de mantenimiento para fase de cronicidad | 75 |
| Cuidados paliativos domiciliarios para fase terminal | 78 |
| Cuidados paliativos con Internamiento en Hospital de Convalecencia para fase terminal | 80 |
| Cartera de Servicios de las Unidades de Valoración Sociosanitaria (UVSS) | 81 |
| ANEXO II: RECURSOS Y PLAN DE ACTUACIÓN..... | 83 |
| Tipos de Dispositivos y recursos..... | 85 |
| Recursos disponibles y previstos | 91 |
| Actuaciones propuestas | 119 |
| Conjunto de actuaciones propuestas en el Sistema de Salud de Aragón | 137 |
| Memoria económica para la implantación del programa..... | 142 |
| ANEXO III: COMPRA DE SERVICIOS A PROVEEDORES AJENOS AL SISTEMA DE SALUD DE ARAGÓN | 147 |
| Características, condicionantes y sistemas de clasificación de pacientes..... | 149 |
| Tipo de cuidados | 152 |
| Valoración de tarifas..... | 153 |

| | |
|--|-----|
| ANEXO IV: SISTEMA DE INFORMACIÓN | 167 |
| Abreviaturas y acrónimos | 170 |
| Objetivos | 171 |
| Características del Sistema de Información | 172 |
| Elementos del Sistema | 175 |
| Propuesta de desarrollo | 179 |
| Datos incluidos en el censo | |
| de pacientes crónicos dependientes (CPCD-AP) | 180 |
| Conjunto básico de datos de los Equipos de Soporte | |
| de Atención Domiciliaria (ESAD) | 184 |
| Conjunto básico de datos de las Unidades de Valoración | |
| Sociosanitaria (UVSS)..... | 190 |
| Conjunto básico de datos de altas hospitalarias | |
| en Hospitales de Convalecencia | 194 |
| Conjunto básico de datos de altas hospitalarias | |
| en Hospitales de Día | 200 |
| Anexo | 205 |
| | |
| ANEXO V: ENFERMERÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA | 241 |
| Objetivos generales | 243 |
| Consideraciones previas | 243 |
| Rol de Enfermería de Atención Primaria en el Programa | |
| de Atención a Enfermos Crónicos Dependientes | 244 |
| Flujo de pacientes | 248 |
| Propuesta de Desarrollo | 250 |
| | |
| ANEXO VI: EQUIPOS DE SOPORTE DE ATENCIÓN DOMICILIARIA (ESAD)..... | 251 |
| Objetivos | 253 |
| Tipos de pacientes | 254 |
| Valoración del paciente y cuidador familiar..... | 256 |
| Recursos humanos y materiales..... | 258 |
| Flujo de pacientes | 261 |
| | |
| ANEXO VII: GUÍA DE FUNCIONAMIENTO DE LAS UNIDADES | |
| DE VALORACIÓN SOCIO SANITARIA (UVSS)..... | 265 |
| Marco para su desarrollo..... | 267 |
| Definición de Unidad de Valoración | 268 |
| Funciones de la Unidad de Valoración | 271 |
| Población diana | 273 |
| Valoración de pacientes | 275 |
| Coordinación y colaboración con otros dispositivos e Instituciones | 279 |
| Participación en la formación de profesionales de las ciencias de la salud | 282 |
| Estrategia de implementación | 283 |
| Anexos | 285 |
| | |
| ANEXO VIII: REHABILITACIÓN | 287 |
| Marco Estratégico | 289 |
| Tratamiento y cuidados de rehabilitación | 290 |

| | |
|--|-----|
| Población diana | 293 |
| Circuitos asistenciales y flujos de derivación de pacientes | 295 |
| Algoritmo decisional | 303 |
| Anexo I (Unidades de Fisioterapia y Terapia Ocupacional) | 304 |
| Anexo II (Diagramas de circuitos asistenciales y flujos de de derivación)..... | 309 |
| | |
| ANEXO IX: ESCALAS DE VALORACIÓN FUNCIONAL Y COGNITIVA | 311 |
| Escala comunes de valoración | 313 |
| Otras escalas de valoración | 330 |
| | |
| ANEXO X: CIRCUITOS ASISTENCIALES Y FLUJOS DE DERIVACIÓN | 351 |
| Solicitud de intervención de | |
| Equipos de Soportes de Atención Domiciliaria (UVSS)..... | 352 |
| Solicitud de intervención de | |
| Unidades de Valoración Sociosanitaria (UVSS) | 354 |
| Flujos de derivación a Hospitales de Convalecencia..... | 357 |
| Circuitos asistenciales en Rehabilitación | 358 |

PRESENTACIÓN

La discapacidad, entendida como la incapacidad o limitación para realizar una actividad en la forma habitual, puede generar la necesidad de asistencia o ayudas importantes para realizar los actos corrientes de la vida diaria.

Según la Encuesta Nacional de Salud de 2003, se estima que en Aragón residen un 8% de personas con discapacidad. De ellas, más de las tres cuartas partes, entre un 6% y un 7%, serían dependientes en algún grado.

Esto implica que en nuestra Comunidad Autónoma hay alrededor de 100.000 personas con discapacidad, de las que entre 75.000 y 90.000 pueden precisar ayuda de otros para realizar su actividad cotidiana.

Aunque esta situación se da con mayor frecuencia entre las personas mayores, la dependencia no sólo está ligada al envejecimiento. Hay personas dependientes a cualquier edad como resultado de enfermedades crónicas o de algunos problemas agudos de salud.

El incremento de la esperanza de vida actual estimula el incremento de las patologías crónicas, de tal forma que su control y asistencia representan uno de los principales retos a los que tienen que hacer frente los servicios de salud.

La gran importancia que el Departamento de Salud y Consumo concede a este tema tiene su fiel reflejo en las Estrategias de Salud para el periodo 2003-2007, una de cuyas líneas de acción es actuar sobre la pérdida de la autonomía personal, atendiendo a los pacientes crónicos y dependientes.

El Departamento de Salud y Consumo tiene un gran interés en establecer la equidad en el acceso a los servicios sanitarios y lograr el mayor nivel de salud para toda la población aragonesa, prestando una especial atención a los grupos menos favorecidos y a aquellos que, por su situación y características, precisan de una mayor protección.

En coherencia con ello, se ha puesto en marcha el Programa de Atención a Enfermos Crónicos Dependientes, un instrumento orientado a la prevención de las situaciones de dependencia y a la coordinación de todos los recursos asistenciales implicados en el tratamiento de estos enfermos.

Creemos que el programa, mediante una oferta de cuidados basados en el tratamiento multidisciplinar de los problemas de salud, contribuirá a garantizar tanto la equidad como la accesibilidad a una atención sanitaria integral y continuada de las personas que se hallen en una situación de dependencia.

Luisa María Noeno Ceamanos
Consejera de Salud y Consumo

DIRECCIÓN DEL DOCUMENTO

José Ignacio GASPAS ESCAYOLA

Jefe de Servicio de Planificación y Ordenación Sanitaria
Dirección General de Planificación y Aseguramiento

GRUPOS DE TRABAJO

Grupo de Trabajo de DIRECTORES DE CENTROS

Coordinadores:

Manuel GARCÍA ENCABO

Director General de Planificación
y Aseguramiento

Juan PARICIO MUÑOZ

Asesor de Enfermería
del Servicio Aragonés de Salud

Miembros del Grupo:

José Ignacio GASPAS ESCAYOLA

Jefe de Servicio de Planificación
y Ordenación Sanitaria
Dirección General de Planificación
y Aseguramiento

María Luz LOU ALCAINE

Asesora Técnica
Dirección General de Planificación
y Aseguramiento

María José AMORÍN CALZADA

Jefa de Sección de Planificación Sanitaria
Dirección General de Planificación
y Aseguramiento

Joaquín PÉREZ UCEDO

Director del Hospital Geriátrico
San Jorge de Zaragoza

Carlos CARRETER ORÓÑEZ

Director del Hospital
Sagrado Corazón de Jesús de Huesca

José CASTAÑO MARQUÉS

Director del Hospital San José de Teruel

Carmen SÁNCHEZ ROLDÁN

Directora del Centro Sociosanitario de Fraga

Ernesto GARCÍA-ARILLA CALVO

Geriatra del Hospital Geriátrico
San Jorge de Zaragoza

José GALINDO ORTIZ

Jefe de Servicio de Geriatría del
Hospital Sagrado Corazón de Jesús de Huesca

Vicente ALCUBIERRE MOREU

Director de Atención Sociosanitaria
del Servicio Aragonés de Salud

Grupo de Trabajo de DIRECTORES DE ENFERMERÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA

Coordinadores:

Juan PARICIO MUÑOZ

Asesor de Enfermería
del Servicio Aragonés de Salud

María Luz LOU ALCAINE

Asesora Técnica
Dirección General de Planificación
y Aseguramiento

Miembros del Grupo:

Dolores MONTANER SUSÍN

Sector Huesca

Pilar CALDERÓN GRAU

Sector Barbastro

Sagrario LÓPEZ IBÁÑEZ

Sector Teruel

Mónica AGUD CARDONA

Sector Alcañiz

Jesús RUIZ BARRANCO

Sector Zaragoza I

Pilar ENCISO ANGULO

Sector Zaragoza II

Marta CALERO FUERTES

Sector Zaragoza III

Flor PASCUAL GUTIÉRREZ

Sector Calatayud

**Grupo de Trabajo de
SISTEMAS DE INFORMACIÓN**

Coordinador:

José María ABAD DÍEZ

Jefe de Servicio Evaluación
y Calidad Asistencial
Dirección General de Planificación
y Aseguramiento

Miembros del Grupo:

Carlos CARRETER OROZCO

Director del Hospital
Sagrado Corazón de Jesús
Sector Huesca

José GALINDO ORTIZ

Jefe del Servicio de Geriátrica del
Hospital Sagrado Corazón de Jesús
Sector Huesca

Ernesto GARCÍA ARILLA

Jefe del Servicio de Geriátrica del
Hospital Geriátrico San Jorge
Sector Zaragoza III

Isidoro GONZÁLEZ BARRIO

Médico ESAD Sector Zaragoza III

Elena GARCÍA ÁLVAREZ

Médica Especialista en Rehabilitación
Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa

Ignacio DOLSAC ESPINOSA

Responsable Sistemas de Información
Atención Primaria Sector Zaragoza II

**Grupo de Trabajo de
UNIDADES DE VALORACIÓN
SOCIOSANITARIA**

Coordinadores:

Vicente ALCUBIERRE MOREU

Director de Atención Sociosanitaria
del Servicio Aragonés de Salud

María José AMORÍN CALZADA

Jefa Sección Planificación Sanitaria
Dirección General de Planificación
y Aseguramiento

Miembros del Grupo:

Joaquín PÉREZ UCEDO

Director Hospital Geriátrico San Jorge

Beatriz GAMBOA HUARTE

Geriatra Equipo Valoración Sociosanitaria
Hospital Universitario Miguel Servet

Paloma GONZÁLEZ GARCÍA

Geriatra Equipo Valoración Sociosanitaria
Hospital San José de Teruel

María Teresa ANTOÑANZAS LOMBARTE

Directora de Enfermería
Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa

Ana Isabel CABRERO CLAVER

Directora de Enfermería
Hospital Sagrado Corazón Jesús

Lucía ISASA CUARTERO

Médica del EAP del Centro de
Salud Miralbueno-Garrapinillos

María Pilar DEL CAMPO

Trabajadora Social de
la Unidad de Valoración Sociosanitaria
Hospital Universitario Miguel Servet

Ana María GRACIA MERLE

Trabajadora Social de Atención Especializada
Sector Teruel

Asunción GALLEGO ELVIRA

Asesora Técnica Dirección de Atención
Sociosanitaria del Servicio Aragonés de Salud

Olga MARTÍNEZ ARANTEGUI

Médica Administración Sanitaria
Dirección General de Planificación
y Aseguramiento

Carmen MESA RAYA

Trabajadora Social
Dirección General de Planificación
y Aseguramiento

**Grupo de Trabajo de
REHABILITACIÓN****Coordinadores:****Dora FÉLEZ MINGUILLÓN**

Asesora Técnica
Servicio Aragonés de Salud

José Ignacio GASPAS ESCAYOLA

Jefe de Servicio de Planificación
y Ordenación Sanitaria
Dirección General de Planificación
y Aseguramiento

Miembros del Grupo:**José CASTAÑO MARQUES**

Director del Hospital San José de Teruel

Ana SALGADO GRACIA

Médica Especialista en Rehabilitación
Hospital Sagrado Corazón de Jesús de Huesca

Luis LEDESMA ROMANO

Médico Especialista en Rehabilitación
Hospital Universitario Miguel Servet
de Zaragoza

Concepción SANZ RUBIO

Coordinadora de Fisioterapia
Atención Primaria Sector II

Jesús SÁNCHEZ ARELLANO

Supervisor de Fisioterapia
Hospital Universitario Miguel Servet
de Zaragoza

Juana LOSCOS MORATÓ

Médica de Familia
EAP del Centro de Salud Torrero-La Paz

David ROMANO CASAÚS

Presidente del Colegio Oficial
de Terapeutas Ocupacionales de Aragón

Jesús Ángel LÁZARO ARLÉS

Colegio Oficial de Terapeutas
Ocupacionales de Aragón

Eva LACAMBRA SANTOS

Logopeda del Servicio de Rehabilitación
Hospital Sagrado Corazón de Jesús de Huesca

Marta CHARTE GASCÓN

Logopeda del Servicio de Rehabilitación
Hospital Sagrado Corazón de Jesús de Huesca

Carmen MESA RAYA

Trabajadora Social
Dirección General de Planificación
y Aseguramiento

**Grupo de Trabajo de
EQUIPOS DE SOPORTE DE
ATENCIÓN DOMICILIARIA****Coordinador:****María Luz LOU ALCAINE**

Asesora Técnica
Dirección General de Planificación
y Aseguramiento

Miembros del Grupo:**ESAD ZARAGOZA 2 Y 5****Pilar TORRUBIA ATIENZA**

Médica de Atención Primaria

Pilar MAINAR GARCÍA

Enfermera de Atención Primaria

Roberto MORENO MATEO

Médico de Atención Primaria

Real RODELES DEL POZO

Enfermera de Atención Primaria

Asunción BLASCO IBÁÑEZ

Auxiliar de Enfermería de Atención Primaria

Susana LAFUENTE DE MIGUEL

Auxiliar Administrativo

ESAD ZARAGOZA 3

Isidoro GONZÁLEZ BARRIO

Médico de Atención Primaria

Rosa Isabel VILLARÉS ANDRÉS

Enfermera de Atención Primaria

María Pilar RUIZ BUENO

Médica de Atención Primaria

María Teresa RUBIO MORAL

Enfermera de Atención Primaria

María Teresa ROMANCE BURILLO

Auxiliar Administrativo

Grupo de Trabajo de ENFERMERÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA

Coordinadores:

María Luz LOU ALCAINE

Asesora Técnica

Dirección General de Planificación
y Aseguramiento

Juan PARICIO MUÑOZ

Asesor Enfermería del
Servicio Aragonés de Salud

Miembros del Grupo:

Pilar CALDERÓN GRAU

Directora de Enfermería
del Sector Barbastro

Ana María CALVO GASCÓN

Coordinadora de Enfermería
EAP del Centro de Salud
de Tamarite de Litera

Rosario ENGUITA ROY

Coordinadora de Enfermería
EAP del Centro de Salud de Saviñán

Rosa GONZÁLEZ UBEDA

Enfermera del EAP del
Centro de Salud Actur Sur

Luisa LOZANO DEL HOYO

Coordinadora de Enfermería
EAP del Centro de Salud Las Fuentes Norte

Rosa Isabel VILLARES ANDRÉS

Enfermera ESAD Zaragoza III

Grupo de Trabajo de COMPRA DE SERVICIOS

Coordinador:

Francisco José AMORÓS LÓPEZ DE LA NIETA

Jefe Servicio Aseguramiento
y Atención al Usuario

Dirección General de Planificación
y Aseguramiento

Miembros del Grupo:

Enrique DÍAZ ASENSIO

Jefe Sección de Inspección

Fernando LUESIA BLASCO

Subinspector Sanitario

Dirección General de Planificación
y Aseguramiento

Francisco Javier OBIS SÁNCHEZ

Gerente del Hospital San Juan de Dios.

María del Carmen MARCO LIARTE

Directora Médica del
Hospital San Juan de Dios

Pedro HERNÁNDEZ GOYENECHEA

Director Económico Administrativo
Hospital San Juan Dios

Carmen SÁNCHEZ ROLDÁN

Directora del Centro Sociosanitario de Fraga

María Pilar NAVARRO CAMEO

Directora Gestión y Servicios Generales
Hospital Sagrado Corazón Jesús de Huesca

María José AMORÍN CALZADA

Jefa Sección Planificación
y Ordenación Sanitaria
Dirección General de Planificación
y Aseguramiento



**programa
de atención
a enfermos
crónicos
dependientes**

ÍNDICE

| | |
|--|----|
| Introducción | 17 |
| Pertinencia / Justificación del Programa | 18 |
| Magnitud de la dependencia en Aragón | 18 |
| Inclusión en el Programa | 21 |
| Pacientes: procesos y diagnósticos..... | 21 |
| Fases de la enfermedad | 24 |
| Valoración de la dependencia. Escalas | 26 |
| Tipo de cuidados | 27 |
| Definición del producto de la atención sanitaria | 28 |
| Puertas de entrada al programa..... | 30 |
| Proveedores, acceso e itinerarios..... | 33 |
| Proveedores del Sistema de Salud de Aragón | 33 |
| Relación con proveedores ajenos al Sistema de Salud de Aragón | 34 |
| Coordinación, itinerarios y flujos de pacientes | 36 |
| Recursos y Plan de Actuación: recursos existentes, criterios de asignación de recursos y necesidad de nuevos recursos | 41 |
| Cartera de servicios | 42 |
| Cuidados en fase aguda | 42 |
| Cuidados de recuperación en fase de convalecencia | 42 |
| Cuidados de mantenimiento en fase de cronicidad | 43 |
| Cuidados paliativos en fase terminal | 43 |
| Cartera de servicios de las unidades de valoración sociosanitarias (UVSS)..... | 44 |
| Sistema de información | 45 |
| Componentes del sistema de información..... | 46 |
| Evaluación del programa..... | 47 |
| Bibliografía | 50 |

INTRODUCCIÓN

En un determinado momento de su historia o evolución cada sociedad necesita y demanda una atención sanitaria específica. Actualmente estas demandas presentan un perfil muy representativo de los valores de la sociedad y son consecuentes con una oferta de servicios cada vez más tecnificada y con más capacidad de resolución.

Por una parte, los ciudadanos demandan una atención accesible y rápida para aquellos problemas de salud agudos para los que el sistema sanitario tiene capacidad de curación y recuperación de la salud. Pero, por otra parte, cada vez son más los enfermos con padecimientos crónicos asociados a cierto nivel de dependencia que requieren unos cuidados especiales y específicos para mantener una vida social digna y no ser marginados de la sociedad. A todo ello hay que añadir que existen nuevas demandas y necesidades originadas por los avances del conocimiento y por la mejora de la calidad de vida.

Hasta ahora, los sistemas sanitarios han abordado la atención a los pacientes crónicos dependientes situándolos de forma jerárquica en un nivel de cuidados mínimos, de escasa complejidad y delegando parte de los cuidados a su entorno social y familiar. La situación se ha visto más como una amenaza al sistema por saturación de los servicios, especialmente de estancias en centros hospitalarios, que como un problema al que había que ofrecer soluciones a través de una oferta específica de servicios.

El programa que el Departamento de Salud y Consumo del Gobierno de Aragón ha diseñado, en colaboración con profesionales sanitarios, que será implantado en el periodo 2006–2009, parte de los razonamientos anteriores y establece itinerarios específicos para cada tipo de paciente, en virtud de sus características clínicas y personales. En estos itinerarios no se descarta ni la atención sanitaria más compleja, cuando así lo requiera el paciente, ni tampoco aquellos servicios específicos de cuidados y rehabilitación que deba recibir en su entorno más próximo.

Además, el programa contempla la utilización de todos los recursos existentes en la Comunidad Autónoma, tanto los propios como aquellos gestionados por entidades sin ánimo de lucro y por asociaciones de pacientes. En los primeros pasos dados por el Departamento, previos a la elaboración de este programa, ya se ha regulado este tipo de colaboración y se han establecido acuerdos con un buen número de entidades. Esta decisión no se realiza sólo por su cooperación en la prestación de servicios, sino fundamentalmente por establecer un marco de participación efectiva donde no exista asimetría de información entre la administración y los pacientes.

Por último, señalar que el programa no es un diseño teórico ni voluntarista. En los anexos que le acompañan se recoge de forma concreta y rigurosa la cartera de servicios, las normas técnicas de cada unidad, los sistemas de información para su seguimiento y sobre todo el compromiso económico para los próximos cuatro años, describiendo todas y cada una de las actuaciones.

PERTINENCIA / JUSTIFICACIÓN

MAGNITUD DE LA DEPENDENCIA EN ARAGÓN

El problema de la **dependencia**¹ no es nuevo en España. Lo verdaderamente novedoso es su dimensión y lo que nos diferencia de otros países en los que se producen fenómenos similares es la aceleración en el tiempo de la magnitud e intensidad de este fenómeno.

No es fácil cuantificar las personas que llegan a una situación de dependencia en la que, según la OMS, “necesitan de forma duradera la ayuda de otros para actividades ordinarias de la vida cotidiana”. La mayor parte de las fuentes de información consultadas se refieren a estudios de personas con **discapacidad**², de las que una parte importante serán dependientes, pero no la totalidad. Sin embargo, en muchas ocasiones ambos términos se utilizan de forma indistinta, lo que dificulta la comparabilidad de los estudios realizados.

De la misma forma que discapacidad y dependencia son términos que no van asociados a un contenido idéntico, se sabe que la evolución de determinadas enfermedades crónicas o de las secuelas de algunos problemas agudos de salud pueden generar dependencia, y que también se puede llegar a ella a partir del proceso natural de envejecer. Cada una de estas situaciones precisará abordajes diferentes.

La dependencia no es un fenómeno ligado de forma exclusiva a la edad de la población. De hecho, existen personas dependientes a cualquier edad, aunque son las personas mayores las que se ven afectadas en mayor proporción.

Es referido a este grupo de personas mayores de 65 años sobre el que existe mayor número de publicaciones científicas relacionadas con discapacidad y dependencia. Esta circunstancia probablemente influya minimizando la información sobre la dependencia en otras edades.

Las siguientes fuentes de información consultadas proporcionan información relativa a discapacidad, dependencia, enfermedades crónicas y personas mayores no institucionalizadas. A partir de ellas se ha realizado la estimación de las personas con enfermedades crónicas y dependencia en Aragón:

La “Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud del Instituto Nacional de Estadística de 1999” cifra en el 8,72% la población española con algún tipo de discapacidad.

A partir de la misma fuente de información, la Fundación AstraZeneca estima que en Aragón había 47.895 personas mayores de 6 años con discapacidad para alguna de las actividades valo-

-
1. Dependencia: estado en el que se encuentran las personas que por razones ligadas a la falta o la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual tienen necesidad de asistencia y/o ayudas importantes para realizar los actos corrientes de la vida diaria. Consejo de Europa. Recomendación nº 98 (9), 1998.
 2. Discapacidad: incapacidad o limitación para realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para el ser humano. Situación que conlleva unas necesidades especiales para la integración e integridad social del que la padece. La discapacidad representa el impacto que tiene una deficiencia a nivel de la persona respecto a las funciones que le son propias por su condición humana. Tiene una concepción multidimensional que relaciona las funciones corporales, las actividades que realiza la persona, las áreas sociales en las que participa y los factores en el ambiente que afectan a estas experiencias.

radas en el estudio, básicas e instrumentales de la vida diaria (AVD³), de las que 33.586 tendrían un grado de discapacidad severa ó total.

El “Instituto de Economía y Geografía del Centro Superior de Investigaciones Científicas (CSIC)”, cifra en dos millones de españoles los que presentan alguna discapacidad, un millón setecientos mil tienen dificultades para moverse fuera de su hogar, un millón trescientos mil para realizar las tareas del hogar y un millón para moverse dentro del mismo. Aproximadamente entre el 80 y el 85% de estas discapacidades proceden de una enfermedad común; el 10% de accidentes y aproximadamente en el 4% el motivo es congénito.

El “Instituto Aragonés de Estadística” recoge en los indicadores sociales del año 2003 el número de personas con discapacidad según grado de severidad por edad y sexo, datos procedentes de la Encuesta de Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud del Instituto Nacional de Estadística de 1999. Según estos datos, aproximadamente 65.000 personas mayores de 65 años en Aragón y 32.000 personas entre 6 y 64 años presentaban discapacidad moderada, severa o total, lo que supone el 8% de la población aragonesa de ese momento.

Si se consideran los datos del Instituto Nacional de Estadística y del Ministerio de Sanidad y Consumo, obtenidos de la “Encuesta Nacional de Salud de 2003”, la proporción de población que declara dificultad para las AVD es del 7%.

Con todo ello, podemos estimar en Aragón el número de personas con discapacidad alrededor del 8% (alrededor de 100.000). De ellas, cerca de más de las tres cuartas partes (6-7%) serían dependientes en algún grado. La tabla siguiente describe la distribución en sectores sanitarios:

Tabla 1. Estimación de la dependencia en Aragón

| SECTORES | POBLACIÓN TOTAL | Estimación 6% | Estimación 7% |
|---------------|------------------|---------------|---------------|
| HUESCA | 103.439 | 6.206 | 7.241 |
| BARBASTRO | 102.097 | 6.126 | 7.147 |
| ZARAGOZA I | 179.248 | 10.755 | 12.547 |
| ZARAGOZA II | 385.595 | 23.136 | 26.992 |
| ZARAGOZA III | 275.054 | 16.503 | 19.254 |
| CALATAYUD | 52.377 | 3.143 | 3.666 |
| TERUEL | 78.042 | 4.683 | 5.463 |
| ALCAÑIZ | 73.218 | 4.393 | 5.125 |
| ARAGÓN | 1.249.070 | 74.944 | 87.435 |

En la siguiente tabla se presenta una estimación del número de personas mayores de 65 años dependientes para alguna de las actividades básicas o instrumentales de la vida diaria.

Se han tenido en cuenta estudios previos que consideran que el 34% de las personas mayores de 65 años del país presentan algún grado de dependencia. De ellos, en un 62% de los casos,

3. AVD = actividades de la vida diaria, básicas (ABVD) o instrumentales (AIVD).

la dependencia es leve. El 26% de los dependientes mayores de 65 años lo son en grado moderado y el 12% son dependientes severos.

Tabla 2. Estimación de la dependencia en la población mayor de 65 años de Aragón

| SECTORES | TOTAL>65 | 34% | Dependencia en algún grado (34%) | | |
|---------------|----------------|---------------|----------------------------------|---------------|---------------|
| | | | Leve 62% | Moderada 62% | Severa 62% |
| HUESCA | 23.519 | 7.996 | 4.958 | 2.079 | 960 |
| BARBASTRO | 25.374 | 8.627 | 5.349 | 2.243 | 1.035 |
| ZARAGOZA I | 26.207 | 8.910 | 5.524 | 2.317 | 1.069 |
| ZARAGOZA II | 79.597 | 27.063 | 16.779 | 7.036 | 3.248 |
| ZARAGOZA III | 55.474 | 18.861 | 11.694 | 4.904 | 2.263 |
| CALATAYUD | 15.550 | 5.287 | 3.278 | 1.375 | 643 |
| TERUEL | 21.663 | 7.365 | 4.567 | 1.915 | 884 |
| ALCAÑIZ | 20.069 | 6.823 | 4.231 | 1.774 | 819 |
| ARAGÓN | 267.453 | 90.934 | 56.379 | 23.643 | 10.912 |

En resumen, podemos estimar que entre el 6% y el 7% de la población aragonesa precisa ayuda de otros para realizar alguna de las actividades necesarias para desenvolverse en la vida diaria. Esta estimación se aproxima bastante a la realizada sobre la población de mayores de 65 años, ya que la mayor parte se encuentran en este grupo de edad.

La diferenciación por niveles de dependencia permite cuantificar de forma aproximada las personas susceptibles de ser incluidas en gran parte de los servicios descritos en este programa.

Por ejemplo, la proporción de personas inmovilizadas se estima alrededor del 11% de los mayores de 65 años, cifra aproximada al número de personas de este grupo con dependencia severa (más de 10.000 en Aragón).

INCLUSIÓN EN EL PROGRAMA

La amplia variedad de enfermedades crónicas que cursan o pueden cursar con dependencia hace muy difícil establecer una tipología de pacientes, así como un sistema de estandarización de cuidados.

No obstante, para la **inclusión** de pacientes en el Programa de Atención a Enfermos Crónicos Dependientes se utilizarán los siguientes criterios:

- El diagnóstico del paciente.
- La presencia de dependencia, entendida como la pérdida de capacidad funcional establecida a través del Índice de Barthel que, de forma general, deberá ser igual o inferior a 90, o su previsible aparición.

Si se quiere disponer de información válida para conocer los resultados de las distintas actuaciones, adecuar los servicios a las necesidades o mejorar la calidad de la oferta, se hace necesario disponer de un sistema que nos permita definir, agrupar y clasificar, tanto los procesos que estos pacientes tienen, como las necesidades que presentan y los cuidados que se les deben prestar.

Para ello se propone un sistema de **clasificación** basado en:

1. El diagnóstico de los pacientes.
2. La fase de la enfermedad en la que se encuentran.
3. El grado de la dependencia, establecido a través de la valoración funcional y cognitiva de los pacientes.
4. El tipo de cuidados que precisan, relacionados, asimismo, con el diagnóstico, la fase de la enfermedad y la existencia o no de dependencia.

PACIENTES: PROCESOS O DIAGNÓSTICOS

Este programa está dirigido a pacientes diagnosticados de enfermedades que pueden afectar a su salud física y mental, a su vida social y a su actividad laboral de manera muy distinta. Sin embargo, sólo se incluirán en el mismo tras valorar sus limitaciones y las posibilidades de actuación de los servicios sanitarios.

Los pacientes crónicos que son susceptibles de configurarse como población diana de este programa son los que presentan las patologías siguientes.

PROCESOS OSTEOMUSCULARES

Reumatología

- Reumatismos inflamatorios de etiología desconocida y afectación multisistémica
 - Artritis reumatoide
 - Espondiloartritis anquilosante
 - Otros (síndrome de Sjögren, síndrome de Reiter, enfermedad de Still, etc)
- Enfermedades difusas inflamatorias del tejido conjuntivo (colagenosis) que cursan con afectación multisistémica
 - Lupus eritematoso diseminado
 - Poliarteritis nodosa

- Dermatomiositis
- Otras (esclerodermia, amiloidosis, síndrome de Sharp, etc)
- Enfermedades degenerativas de las articulaciones y columna vertebral
 - Artrosis de articulaciones periféricas
 - Artrosis de la columna vertebral
- Artritis de enfermedades metabólicas
 - Gota
 - Otras (condrocalcinosis, etc)
- Osteoporosis y otras metabolopatías
- Artritis que se dan con frecuencia en enfermedades de causa desconocida que cursan con afectación multisistémica
 - Artritis de psoriasis, sarcoidosis, eritema nodoso, colitis ulcerosa, enfermedad de Crohn, enfermedad de Behçet, etc
- Otros reumatismos: osteocondrosis juvenil, etc

Patología raquídea

- Deformidades raquídeas
- Algias vertebrales
- Desviaciones de raquis

Enfermedades musculares

- Miopatías primitivas
- Síndromes miotónicos y distrofias musculares
- Miopatías congénitas: distrofia muscular progresiva, miositis osificante, etc
- Miopatías secundarias
- Miopatías por trastorno de la conducción neuromuscular: miastenia gravis

PROCESOS RESPIRATORIOS

Enfermedad pulmonar obstructiva crónica

- Bronquitis crónica
- Enfisema
- Asma
- Bronquiectasias
- Obstrucción crónica de las vías respiratorias

Insuficiencia pulmonar seguida a un trauma o cirugía

- Patología restrictiva
 - Fibrosis pulmonar
 - Patología neuromuscular

PROCESOS CARDIOVASCULARES

Insuficiencia cardiaca crónica

- Enfermedad coronaria
- Enfermedad vascular periférica con disminución funcional
- Cirugía cardiaca

PATOLOGÍA TRAUMÁTICA Y SECUELAS. PROCESOS ORTOPROTÉSICOS

- Fracturas de cadera
- Otras fracturas que requieran un proceso de rehabilitación prolongado
- Amputaciones que precisan recuperación funcional y/o protetización
- Pacientes sometidos a tratamiento ortoprotésico

PROCESOS DEL SISTEMA NERVIOSO

Síndromes medulares

- Compresiones medulares
- Secciones y hemisecciones medulares
- Otras

Síndromes polineuríticos

- Síndrome de Guillain Barré
- Otros: síndrome de Landry, etc

Enfermedades degenerativas radiculares

- Amiotrofia muscular distal (síndrome de Charcot Marie)
- Esclerosis lateral amiotrófica (enfermedad de Charcot)
- Amiotrofias progresivas

Encefalitis

- Idiopáticas: enfermedad de Von Economo, enfermedad de Bogaert, etc
- Secundarias: leucoencefalitis, corea menor de Sydenham, etc

Enfermedades desmielinizantes

- Esclerosis múltiple
- Otras enfermedades desmielinizantes: tabes, etc

Malformaciones congénitas

- Espina bífida
- Hidrocefalia
- Otras: siringomielia, neurofibromatosis de Von Recklinghausen, etc

Patología degenerativa

- Demencia
- Enfermedad de Parkinson y otros síndromes extrapiramidales
- Patología degenerativa cerebelosa: ataxias cerebelosas, etc
- Otras: enfermedad de Jacob Creutzfeldt, de Pierre Marie, atrofia cerebelosa, ataxia telangiectasia, etc

Patología tóxica, carencial y metabólica

- Síndrome de Korsakoff, síndrome de Reye, etc

Enfermedad cerebrovascular

- Hemorrágica

- Oclusión y estenosis
- Efectos tardíos de enfermedad cerebrovascular

Otros procesos

- Traumatismo craneo–encefálico
- Traumatismo de la médula espinal
- Parálisis cerebral infantil
- Hemiplejias y hemiparesias (congénitas o secundarias a otros procesos)
- Paraplejias (congénitas o secundarias a otros procesos)
- Tetraplejias y tetraparesias (congénitas o secundarias a otros procesos)

ENFERMEDADES GENÉTICAS

Errores metabólicos

- Alcaptonuria, oligofrenia fenilpirúvica, etc
- Síndromes dismórficos
- Síndrome de Marfan
- Neurofibromatosis quística de Von Recklinghausen
- Otras: angiomatosis de Sturge–Weber, etc

Alteraciones cromosómicas

- Síndrome de Down
- Síndrome de Edwards
- Síndrome de Patau
- Síndrome del maullido de gato
- Otras

ENFERMEDADES AVANZADAS DE ÓRGANO

- Neoplasias en fases avanzadas
- Enfermedades hematológicas malignas avanzadas
- Enfermedades del sistema linfático malignas avanzadas
- SIDA
- Cirrosis, insuficiencia hepática y otras hepatopatías
- Diabetes
- Insuficiencia renal
- Obesidad mórbida
- Otras

FASES DE LA ENFERMEDAD

FASE AGUDA

Este tipo de pacientes puede sufrir agudizaciones de su situación clínica o fases de descompensación que, en función de la gravedad y de los recursos necesarios para su tratamiento, condicionará la elección del proveedor de sus cuidados. La finalidad de los mismos será superar el proceso de agudización con las menores consecuencias posibles para el estado físico y funcional del paciente.

FASE DE CONVALECENCIA

Pacientes que han superado la fase aguda de la enfermedad pero que aún requieren de determinados servicios de salud y de atención sanitaria con la finalidad de mejorar su salud y/o estado funcional.

Son pacientes que presentan un déficit funcional recuperable. El principal objetivo de la intervención sanitaria es mejorar su capacidad funcional a través de la rehabilitación o la convalecencia, en un marco temporal dado.

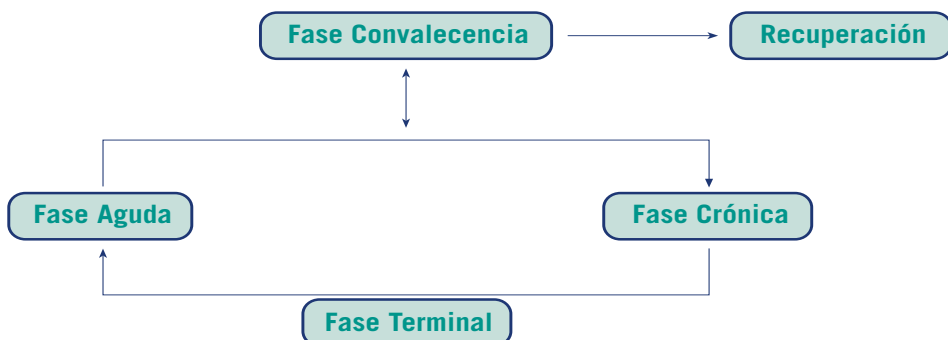
FASE DE CONDICIÓN CRÓNICA: CRÓNICOS y DEPENDENCIA

Fase de un proceso con una duración igual o superior a un año que limita las actividades habituales de la persona y/o requiere atención sanitaria continuada. Término general que asocia enfermedades crónicas y deterioro, que incluye:

- Pacientes cuya capacidad funcional, aunque limitada de forma irrecuperable, permanece estable. Se trata de pacientes en riesgo de perder esta estabilidad, bien por su situación de fragilidad o bien por la relevancia de su pluripatología, con frecuencia asociadas a problemas psicosociales. Se incluirían en este grupo los pacientes con daño cerebral orgánico, generalmente relacionado con la edad o una enfermedad física degenerativa, acompañado de deterioro cognitivo y alteraciones de la conducta, pacientes con lesiones medulares, polirradiculopatías, etc.
- Pacientes con enfermedad crónica avanzada, limitación funcional y/o inmovilizados complejos que requieren asistencia sanitaria continuada. El objetivo de los cuidados será mantener y retardar en lo posible la disminución de su capacidad funcional una vez agotadas las posibilidades de recuperación. Se refiere a procesos progresivos, entre los que se pueden incluir, patología neurodegenerativa, esclerosis lateral amiotrófica, algunas formas de esclerosis múltiple y las demencias asociadas a procesos degenerativos seniles.

FASE TERMINAL DE LA ENFERMEDAD

Es aquella fase de la enfermedad avanzada, incurable y progresiva que afecta a la autonomía personal y sin posibilidades razonables de respuesta a un tratamiento específico, con un pronóstico de vida generalmente inferior a los seis meses, que genera una gran demanda de atención y cuidados sanitarios continuados y que se caracteriza por un gran impacto emocional en los enfermos, familiares y profesionales sanitarios. El principal objetivo sanitario es la promoción del confort y la calidad de vida, basada en el control de síntomas y el soporte emocional.



VALORACIÓN DE LA DEPENDENCIA. ESCALAS

Ya se ha expuesto anteriormente que la inclusión de pacientes en este programa estará en función de su diagnóstico y de la presencia o previsible aparición de dependencia.

Las personas incluidas en este programa se caracterizan por tener enfermedades de evolución crónica que generan limitación de la capacidad funcional. También se incluyen aquellos pacientes con procesos agudos cuyas secuelas son igualmente discapacitantes.

En ambos casos, los diagnósticos informan sobre los problemas de salud origen de la situación actual, pero será la evolución de la enfermedad y de la limitación funcional la que oriente los tipos de cuidados precisos y los objetivos alcanzables con la asistencia sanitaria.

La inclusión de pacientes que por los diagnósticos que presentan pueden ser objeto de inclusión en este programa, requiere efectuar su valoración funcional y cognitiva. Esta valoración será igualmente necesaria para seleccionar la tipología de cuidados que precisan en función de la fase de su enfermedad y permitirá detectar las necesidades físicas, psicológicas y sociales y realizar los planes de cuidados correspondientes.

La valoración de la capacidad funcional será determinante para incluir en este programa a las personas con alguno de los procesos descritos.

No existe una escala ideal, ni éstas miden ni identifican las razones que causan la incapacidad. No obstante, es importante establecer unas escalas de valoración comunes y básicas para todos los dispositivos asistenciales y proveedores que intervienen en el proceso de atención de los enfermos crónicos dependientes, con el fin de disminuir la variabilidad en la práctica asistencial y favorecer la continuidad de los cuidados.

Las escalas de valoración permiten realizar una valoración objetiva de la capacidad del paciente, suponen un lenguaje común para todos los profesionales sanitarios y son reproducibles. No obstante, todas ellas requieren una formación y capacitación previa y en la valoración del paciente será preciso tener presente el nivel cultural del mismo. Siguiendo criterios de operatividad, sencillez, difusión de uso y capacidad de cribado, se han establecido dos tipos de escalas:

ESCALAS COMUNES

Son escalas de uso común para todos los profesionales sanitarios del Sistema de Salud de Aragón que intervienen en la atención de los pacientes incluidos en este programa. Son escalas sencillas, validadas en su gran mayoría y adecuadas para una valoración rápida y eficaz (alta sensibilidad y especificidad).

Son de cumplimentación obligatoria y formarán parte del sistema de información, debiendo ser incorporadas a la historia clínica de los pacientes. Se han establecido las siguientes:

- Para la valoración funcional de los pacientes incluidos en el Programa se utilizará el **ÍNDICE DE BARTHEL**
- Para su valoración cognitiva:
 1. Se utilizará el **TEST DE PFEIFFER** como screening para la detección de deterioro cognitivo (deterioro cognitivo si puntuación ≥ 3).
 2. El **MINIEXAMEN COGNOSCITIVO DE LOBO (MEC DE LOBO)** como escala específica de confirmación y de valoración del grado de su situación mental y cognoscitiva.

OTRAS ESCALAS

El uso de las escalas comunes en las valoraciones funcionales de todos los pacientes incluidos en el programa no excluye la utilización de otros instrumentos o escalas de valoración que faciliten la detección de problemas de salud, cuando los profesionales encargados de la atención de los pacientes lo consideren necesario para valorar diferentes aspectos de la salud de los mismos y para establecer el tipo de cuidados que precisan.

En los pacientes a los que se les provea tratamiento de rehabilitación en régimen de internamiento en Hospitales Generales u Hospitales de Convalecencia, o de forma ambulatoria en Hospital de Día, se implantará de forma gradual y tras un periodo de formación en su utilización, el Functional Independence Measure (FIM).

Las escalas comunes de cumplimentación obligatoria y las complementarias de más frecuente utilización se muestran en el Anexo de Escalas.

TIPOS DE CUIDADOS

La valoración funcional y cognitiva de los pacientes permitirá identificar los individuos susceptibles de ser incluidos en este programa y seleccionar el tipo de cuidados precisos en función del tipo y fase de los problemas de salud que presentan y del objetivo perseguido con la asistencia sanitaria en cada situación.

CUIDADOS AGUDOS

Los cuidados agudos hacen referencia al tratamiento y cuidados que precisa el paciente en el momento de sufrir una agudización de su enfermedad. Este tipo de cuidados tiene una duración limitada en el tiempo y su finalidad es conseguir que el paciente retorne a su estado de salud y funcional previo al proceso agudo, cuando sea posible, o al máximo que su enfermedad y situación permitan.

– En Atención Primaria

Cartera de servicios general de atención primaria: cuidados agudos cuando no es previsible la aparición de complicaciones.

– En Atención Especializada

Cartera de servicios general de atención especializada: cuidados agudos especializados que requieren técnicas diagnósticas y terapéuticas que sobrepasan la capacidad asistencial de atención primaria. Pueden ser:

- En régimen de internamiento: cuidados agudos que precisan de recursos y dispositivos altamente especializados y complejos y que deben prestarse en régimen de internamiento en Hospitales Generales.
- En régimen ambulatorio: cuidados agudos prestados en consultas externas de Hospitales Generales o en Centros Médicos de Especialidades.

– En Atención Sociosanitaria

- En régimen de internamiento: cuidados agudos que no precisan de recursos y dispositivos altamente especializados y complejos y que deben prestarse en régimen de internamiento en Hospitales de Convalecencia.

CUIDADOS DE RECUPERACIÓN

La finalidad principal del tratamiento es la mejora del estado funcional del paciente en un marco temporal establecido. Requieren de una valoración inicial de su estado funcional, a través de una medida de valoración ya validada, y de un plan de rehabilitación individualizado.

– En régimen de internamiento

Se definen como aquellos cuidados prestados durante un tiempo reducido a una persona inmediatamente después de una enfermedad o traumatismo agudo. Son una continuación de aquellos prestados durante la fase aguda del proceso y tienen como finalidad restaurar a la persona a su nivel de salud y funcional previo al proceso agudo o alcanzar la máxima capacidad funcional posible, además de lograr la reinserción en el domicilio lo más precozmente posible, incluso en la fase aguda del proceso. Pueden ser:

- Con rehabilitación en Hospitales Generales y de Convalecencia.
- Sin rehabilitación en Hospitales de Convalecencia.

– En régimen ambulatorio y de Hospital de Día

Son aquellos cuidados prestados durante un periodo determinado a personas que han superado un proceso agudo pero que aún requieren de determinados servicios de salud y de atención sanitaria, con la finalidad de mejorar nivel de salud y/o estado funcional y que no requieren internamiento. Pueden ser:

- Con rehabilitación en Unidades de Rehabilitación de Hospitales Generales y de Convalecencia, en Hospital de Día y, en el ámbito de la atención primaria, en las consultas y/o interconsultas de Médicos Especialistas en Medicina Física y Rehabilitación y en las Unidades de Fisioterapia y de Terapia Ocupacional ubicadas en los Centros de Salud.
- Sin rehabilitación en Centros de Salud y Hospitales de Día.

CUIDADOS DE MANTENIMIENTO

Son aquellos cuidados prestados a un paciente, generalmente afectado de enfermedades crónicas debilitantes, con la finalidad de mantener su estado de salud y funcional actual si es posible, en los que se espera una prestación de estos cuidados mantenida en el tiempo.

Se limitan a la provisión de servicios de tratamiento, cuidados básicos y de soporte psicológico. En muchos de estos casos los cuidados que precisan pueden ser proporcionados por enfermería en el propio domicilio del paciente.

Pueden diferenciarse dos categorías en función de la intensidad de los mismos:

- Cuidados de mantenimiento **básicos**: hacen referencia a la supervisión del paciente para la detección precoz de riesgos.
- Cuidados de mantenimiento **continuados**: implican asistencia sanitaria frecuente junto con seguimiento continuado.

CUIDADOS PALIATIVOS

Es la asistencia integral, activa y continuada a los pacientes y sus familias por un equipo multiprofesional cuando la expectativa médica no es la curación.

La finalidad principal del tratamiento y cuidados es proporcionar la mejor calidad de vida posible. La mayoría de los procesos que requieren cuidados paliativos se caracterizan por el dolor y por el proceso de duelo, tanto en el paciente como en su familia, no limitándose al paciente, sino que alcanzan a las personas a él vinculadas por razones familiares o de hecho. Por ello, el proceso de cuidados no siempre finaliza con el fallecimiento del paciente. Pueden ser:

- En el domicilio del paciente.
- En régimen de internamiento.

Tipo de cuidados en función de la fase de la enfermedad

| DIAGNOSTICO | FASE de la ENFERMEDAD | TIPOS de CUIDADOS |
|--|-----------------------|---|
| DIAGNOSTICOS SELECCIONADOS CON CRITERIOS DE INCLUSIÓN | FASE AGUDA | <p>Cuidados agudos</p> Cartera de Servicios General Atención Primaria Cartera de Servicios General Atención Especializada Internamiento en Hospitales de Convalecencia |
| | CONVALENCIA | <p>Cuidados de recuperación</p> Internamiento con rehabilitación en Hospitales Generales y de Convalecencia Internamiento sin rehabilitación en Hospitales de Convalecencia Ambulatorios con rehabilitación en Hospitales Generales, Hospitales de Convalecencia, Unidades de Fisioterapia y de Terapia Ocupacional de Centros de Salud y consultas de médicos especialistas en Medicina Física y Rehabilitación en Centros de Salud Ambulatorios sin rehabilitación en Centros de Salud Ambulatorios con rehabilitación en Hospital de Día Ambulatorios sin rehabilitación Hospital de Día |
| | CRONICIDAD | <p>Cuidados de mantenimiento</p> Domiciliarios de mantenimiento con cuidados básicos Domiciliarios de mantenimiento con cuidados continuados |
| | TERMINAL | <p>Cuidados paliativos</p> Cuidados paliativos con internamiento Cuidados paliativos domiciliarios |

DEFINICIÓN DEL PRODUCTO DE LA ATENCIÓN SANITARIA

Nos encontramos ante una amplia variedad de patologías y procesos con una serie de características que son, precisamente, las que nos van a delimitar la tipología de los pacientes, las modalidades de los cuidados a aplicar y los tipos de servicios que deben incluirse en un plan de cuidados integral y sistemático. Estas características también condicionan los sistemas de clasificación de los pacientes y la definición del producto de la atención sanitaria que se les presta.

Entre estos condicionantes destacan los siguientes:

- Los diagnósticos no tienen tanta importancia en la determinación del uso de recursos, mientras que la capacidad funcional y los condicionantes físicos y psíquicos con relación a la dependencia son fundamentales.
- Se incluyen todas las edades. La edad no es un elemento de inclusión o exclusión, aunque los ancianos siguen siendo un grupo objeto de atención importante.
- Nos encontramos ante un sector cada vez más importante en la prestación de servicios sanitarios. El progresivo envejecimiento de la población, el alargamiento de la esperanza

de vida y la necesidad de adecuar racionalmente los recursos sanitarios (es el caso de las estancias en los hospitales de agudos) hacen que aumente progresivamente el protagonismo de este tipo de enfermos.

- Los sistemas de clasificación de pacientes siguen siendo un elemento básico en la asignación de recursos y en la gestión de los servicios sanitarios.
- Existe una amplia literatura científica de sistemas alrededor de los Grupos de Diagnósticos Relacionados (GDR) cuya aplicación práctica es llevada a cabo fundamentalmente en los hospitales de agudos, pero no son de aplicación en el tipo de enfermos crónicos dependientes.
- El tiempo dedicado por los profesionales a la asistencia sanitaria, variable básica de diferenciación de los costes.

Para construir sistemas de clasificación factibles han de agruparse a pacientes con características similares y que tengan un iso-consumo (volumen de cuidados que recibe el paciente) homogéneo y con significado clínico.

No se ha encontrado ninguna clasificación de pacientes que abarque todo el rango de edad que comprende el Programa de Atención a Enfermos Crónicos Dependientes y que se correlacione con los grados de dependencia, con los tipos de cuidados incluidos en el programa y con el coste de los mismos.

Se ha realizado una primera aproximación teórica de un sistema de clasificación de pacientes basado en las variables dependencia física, nivel cognitivo, tiempo estimado de la necesidad de los cuidados y complejidad de los mismos. Se propone profundizar en un futuro inmediato en un sistema de clasificación que dé respuesta a la realidad del enfermo crónico dependiente, mediante su aplicación y su relación con el consumo de recursos, al objeto de validar la clasificación.

La definición del producto en la atención de enfermos crónicos dependientes se muestra en el Anexo de Compra de Servicios a proveedores ajenos al Sistema de Salud de Aragón.

PUERTAS DE ENTRADA AL PROGRAMA

1. Equipo de Atención Primaria (EAP)

- Consulta a demanda en el Centro de Salud
- Consulta a demanda domiciliaria
- Búsqueda activa de casos

2. Unidad de Valoración Sociosanitaria (UVSS): a través de la detección y valoración de pacientes procedentes de:

- Servicios de hospitalización:
 - De Hospitales Generales
 - De Hospitales de Convalecencia
- Atención Primaria

3. Unidades de Rehabilitación

- Internamiento hospitalario: en Hospitales Generales y de Convalecencia
- Hospital de Día
- Ambulatoria: en Unidades de Rehabilitación de Hospitales Generales y de Convalecencia y, en el ámbito de la atención primaria, en las consultas y/o interconsultas de Médicos Especialistas en Medicina Física y Rehabilitación y en las Unidades de Fisioterapia y de Terapia Ocupacional ubicadas en los Centros de Salud

1. INCLUSIÓN DESDE ATENCIÓN PRIMARIA

Los profesionales del Equipo de Atención Primaria (EAP) identificarán los pacientes susceptibles de ser incluidos en este programa en función de su diagnóstico y de la fase de su enfermedad. Posteriormente, la existencia de dependencia detectada a través de su valoración funcional y cognitiva determinará finalmente su inclusión o no en el mismo.

Hay que destacar la importancia de enfermería de Atención Primaria, como gestora de casos, en la valoración funcional y cognitiva de los pacientes, que permitirá, dentro del marco de la valoración enfermera, identificar y objetivar las situaciones de dependencia y fragilidad del paciente, así como detectar la sobrecarga del cuidador.

En primer lugar, la enfermera de Atención Primaria, como gestora de casos, en el ejercicio de la búsqueda activa e identificación de población diana y con el fin de detectar posibles situaciones de fragilidad y de sobrecarga del cuidador, en aquellos pacientes de su población asignada que, aun siendo susceptibles de ser población objeto de este programa por su diagnóstico y fase de enfermedad, no hayan sido incluidos en el mismo, utilizará, respectivamente, las siguientes escalas de valoración:

- Cuestionario de Barber.
- Cuestionario de Zarit.

En segundo lugar, en aquellos pacientes identificados como posible población diana de este programa en función de su diagnóstico y fase de enfermedad y en aquellos otros en los que se obtenga un resultado *diferente de cero en el Cuestionario de Barber*, se utilizarán las escalas comunes establecidas (Índice de Barthel, Test de Pfeiffer y MEC de Lobo) para su valoración funcional y cognitiva que permita determinar su inclusión o no en el mismo.

El papel de enfermería de los EAP en este Programa se muestra en el Anexo de Enfermería de Atención Primaria.

2. INCLUSIÓN DESDE LAS UNIDADES DE VALORACIÓN SOCIOSANITARIA (UVSS)

La razón de ser de las UVSS es la valoración sociosanitaria integral del paciente. No obstante, no todos los enfermos crónicos objeto de este programa son candidatos a una intervención de la UVSS.

Su intervención deberá ser solicitada por el profesional responsable del paciente, ya sea un facultativo especialista de un Hospital General o de Convalecencia, o el médico y enfermera del Equipo de Atención Primaria correspondiente.

La valoración del paciente no sólo se realiza a partir del resultado de las escalas o instrumentos de valoración, sino que debe tener en cuenta la pluripatología del paciente, la cronicidad, su incapacitación y dependencia, y todo ello en relación con su familia y su entorno físico. Así, se obtiene un criterio del grado de deterioro, el pronóstico vital y posibilidades de rehabilitación y de recuperación de su autonomía y la selección del dispositivo más adecuado en función del entorno del paciente y, si es posible, de sus preferencias y las de su familia.

La finalidad última de la valoración es establecer un plan de actuación (en él se engloban aspectos terapéuticos y de cuidados) de acuerdo a las necesidades de salud del paciente y a las circunstancias de su entorno, seleccionando para ello el dispositivo sanitario o social más adecuado.

Como se ha expuesto anteriormente, para todos los pacientes incluidos en este programa deberán utilizarse obligatoriamente las escalas comunes establecidas (Índice de Barthel, Test de Pfeiffer y MEC de Lobo).

El papel de las UVSS en este Programa se muestra en el Anexo de Unidades de Valoración Socio-sanitaria.

3. INCLUSIÓN DESDE UNIDADES DE REHABILITACIÓN

La rehabilitación es un servicio transversal de apoyo a todos los profesionales del Sistema de Salud de Aragón que, funcionalmente, depende de las Gerencias de los Sectores. Puede realizarse en las diferentes líneas y dispositivos asistenciales, tanto en régimen de internamiento en Hospitales Generales y de Convalecencia, como ambulatoriamente en las Unidades de Rehabilitación de estos dos tipos de Hospitales, en Hospital de Día y, en el ámbito de la atención primaria, en las consultas y/o interconsultas de Médicos Especialistas en Medicina Física y Rehabilitación y en las Unidades de Fisioterapia y de Terapia Ocupacional ubicadas en Centros de Salud.

Para que un paciente sea susceptible de requerir tratamiento de rehabilitación, tendrá una especial importancia la valoración funcional que determine la presencia de pérdida de capacidad funcional recuperable, o la prevención de esta pérdida.

En rehabilitación, es la limitación de la capacidad funcional, más que el diagnóstico, el factor determinante a la hora de establecer la necesidad de tratamiento de rehabilitación, por lo que será necesario completar el diagnóstico con el estudio de la posible limitación de la capacidad funcional del paciente. La importancia de la medida de la capacidad funcional es debida al hecho de constituir un elemento clave en la evaluación del resultado de una intervención rehabilitadora, puesto que nos informa sobre la evolución de la discapacidad en el tiempo y nos permite programar las acciones pertinentes desde el punto de vista de la rehabilitación.

La valoración del paciente determinará pues la necesidad y pertinencia del tratamiento rehabilitador. El uso de instrumentos de valoración estandarizados y el adiestramiento de los profesionales en su manejo disminuirá la variabilidad en la orientación hacia los cuidados adecuados.

La valoración del paciente al que se le va a prestar o se le ha prestado tratamiento de rehabilitación deberá contar con información relativa a su capacidad funcional y cognitiva, que se determinará a través de las escalas comunes establecidas (Índice de Barthel, Test de Pfeiffer y MEC de Lobo).

En los pacientes a los que se les ha provisto o se les va a proveer tratamiento de rehabilitación en régimen de internamiento en Hospitales Generales o de Convalecencia, o de forma ambulatoria en Hospitales de Día, de forma progresiva y conforme a un plan de formación e implantación de este cuestionario, se instaurará la aplicación del Functional Independence Measure (FIM).

Las características del tratamiento rehabilitador de los enfermos incluidos en este programa se muestra en el Anexo de Rehabilitación.

PROVEEDORES, ACCESO E ITINERARIOS

Las personas con enfermedades crónicas y dependientes necesitan de unos servicios y dispositivos sanitarios capaces de prestar los cuidados sanitarios que precisan en función de sus múltiples necesidades. Para dar respuesta a estas necesidades desde un enfoque integral de la salud, es necesario ofertar unos cuidados desde una perspectiva multidisciplinar y establecer los adecuados cauces y mecanismos de coordinación, que garanticen la equidad y la accesibilidad a los servicios y favorezcan la eficiencia del Sistema.

PROVEEDORES DEL SISTEMA DE SALUD DE ARAGÓN

Los servicios sanitarios prestados a las personas con enfermedades crónicas y dependientes son ofertados, fundamentalmente, a través de las distintas líneas asistenciales del proveedor público.

ATENCIÓN PRIMARIA

EQUIPOS DE ATENCIÓN PRIMARIA

Los Equipos de Atención Primaria realizan su actividad asistencial a través de su cartera de servicios general y de distintos tipos de cuidados para pacientes crónico dependientes:

- Cartera de servicios general para fases de agudización.
- Cuidados ambulatorios sin rehabilitación para fase de convalecencia.
- Cuidados ambulatorios con rehabilitación para fase de convalecencia, en las consultas y/o interconsultas de Médicos Especialistas en Medicina Física y Rehabilitación y en las Unidades de Fisioterapia y de Terapia Ocupacional ubicadas en Centros de Salud.
- Cuidados domiciliarios mínimos de mantenimiento para fase de cronicidad.
- Cuidados domiciliarios continuados de mantenimiento para fase de cronicidad. Para estos cuidados, el Equipo de Atención Primaria podrá contar con el apoyo y asesoramiento de los Equipos de Soporte de Atención Domiciliaria (ESAD).
- Cuidados paliativos domiciliarios. Para estos cuidados, el Equipo de Atención Primaria podrá contar con el apoyo y asesoramiento de los Equipos de Soporte de Atención Domiciliaria (ESAD).

EQUIPOS DE SOPORTE DE ATENCIÓN DOMICILIARIA (ESAD)

Los ESAD dependerán de la Dirección de Atención Primaria del Sector en el que se ubican, integrados en el ámbito asistencial de la Atención Primaria. Están constituidos, al menos, por médico, enfermera y auxiliar administrativo. Su actividad asistencial la realizan mediante:

- Cuidados continuados de mantenimiento para fase de cronicidad en el domicilio del enfermo.
- Cuidados paliativos domiciliarios.

El papel de los ESAD en este Programa se muestra en el Anexo de Equipos de Soporte de Atención Domiciliaria.

ATENCIÓN ESPECIALIZADA

Los **HOSPITALES GENERALES** realizan su actividad asistencial a través de:

- Cartera de servicios general para fases de agudización.
- Cuidados de internamiento con rehabilitación para fase de convalecencia.
- Cuidados ambulatorios con rehabilitación para fase de convalecencia.

ATENCIÓN SOCIO SANITARIA

Los **HOSPITALES DE CONVALECENCIA** realizan su actividad asistencial a través de:

- Internamiento para fase de agudización que no requiere tecnología compleja.
- Internamiento con rehabilitación para fase de convalecencia.
- Internamiento sin rehabilitación para fase de convalecencia.
- Cuidados ambulatorios con rehabilitación para fase de convalecencia.
- Hospital de Día sin rehabilitación para fase de convalecencia.
- Hospital de Día con rehabilitación para fase de convalecencia.
- Cuidados paliativos con internamiento.

Las UNIDADES DE VALORACIÓN SOCIO SANITARIA (UVSS)

Las UVSS realizarán la valoración integral del paciente, a solicitud del profesional responsable del mismo, ya sea un facultativo especialista de atención especializada, o el médico y enfermera del Equipo de Atención Primaria correspondiente. Están constituidos, al menos, por médico, enfermera y trabajador social, con apoyo administrativo. Su actividad asistencial la realizan mediante:

- La valoración integral del paciente.
- El establecimiento de un plan de actuación que englobe aspectos terapéuticos y de cuidados.
- La selección del dispositivo sanitario o social más adecuado para su aplicación.

El papel de las UVSS en este Programa se muestra en el Anexo de Unidades de Valoración Socio-sanitaria.

RELACIÓN CON PROVEEDORES AJENOS AL SISTEMA DE SALUD DE ARAGÓN

La relación con proveedores ajenos al Sistema de Salud de Aragón tiene como principios básicos la utilización óptima de los recursos sanitarios propios y el principio de subsidiariedad. Ambos principios están ampliamente recogidos en la normativa estatal y autonómica.

Dicha relación se materializa en distintos Convenios Singulares de Colaboración para la prestación de servicios sanitarios, en donde se concretan los derechos y obligaciones de las partes, las condiciones de prestación del servicio, el sistema de acceso y los flujos de pacientes y el régimen de contraprestaciones.

Los Convenios Singulares se regulan a través de la Orden de 29 de octubre de 2004, del Departamento de Salud y Consumo, por la que se regula la acción concertada en materia de prestación de servicios sanitarios.

En ella se concreta que el Gobierno de Aragón, a través del Departamento de Salud y Consumo, puede suscribir Convenios Singulares con entidades públicas o privadas sin ánimo de lucro, en los que establece la vinculación de centros sanitarios con la red sanitaria pública mediante un régimen de funcionamiento programado y coordinado con el de los centros sanitarios del Sistema de Salud de Aragón. Estos Convenios de Colaboración pueden realizarse a través de dos modalidades de cobertura asistencial:

- **Complementarios** de la red pública, entendiéndose por complementarios cuando realicen parte de la cartera de servicios o de la actividad de uno o varios centros de la red pública de asistencia sanitaria.

- **Sustitutorios:** se entenderán como convenios sustitutorios aquellos que se realicen para prestar parte de la cartera de servicios del Sistema de Salud de Aragón a una población determinada y que queda adscrita al centro conveniado.

Así mismo, en la Orden de 2 de febrero de 2005, del Departamento de Salud y Consumo, complementaria a la anterior, se incorporan los procedimientos y tarifas máximas aplicables a las prestaciones de atención sociosanitaria. En ella se establecen los siguientes tipos de cuidados para pacientes crónicos dependientes:

1. Internamiento en Hospitales de Convalecencia con Rehabilitación.
2. Internamiento en Hospitales de Convalecencia sin Rehabilitación.
3. Internamiento en Hospitales de Convalecencia para cuidados paliativos.
4. Atención en Hospital de Día de Hospital de Convalecencia.
5. Transporte adaptado en Hospitales de Convalecencia.
6. Rehabilitación ambulatoria:
 - Rehabilitación ambulatoria.
 - Foniatría y logopedia.
 - Rehabilitación para paralíticos cerebrales.
7. Atención por los Equipos de Soporte de Atención Domiciliaria.

Dentro de cada procedimiento se ha establecido la tarifa máxima por tipo de cuidado.

Respecto a los procesos con internamiento y la atención en Hospital de Día, la tarifa máxima comprende la atención sanitaria del proceso completo, estando incluido de forma general toda la asistencia que precise el paciente dentro del tipo de cuidado hasta el alta o fin del tratamiento hospitalario, de acuerdo con el protocolo que se establezca para cada uno de los tipos de cuidados.

Por las características de los pacientes crónicos dependientes que precisan acudir al Hospital de Día, no se hace necesaria la utilización de una ambulancia de transporte sanitario, pero sí precisan de un vehículo adaptado que les acerque al Hospital de Día. La tarifa por transporte adaptado incluye el transporte ida y vuelta del domicilio del paciente al Hospital de Día en vehículo adaptado y la atención básica al paciente.

Las tarifas de Rehabilitación incluyen la asistencia realizada en Unidades de Rehabilitación de Hospitales de Convalecencia o en Unidades de Fisioterapia y de Terapia Ocupacional similares a las ubicadas en los Centros de Salud de Atención Primaria, dependiendo del nivel de complejidad de la rehabilitación que precise el paciente.

Respecto a las tarifas por la atención de los Equipos de Soporte de Atención Domiciliaria, se consideran tarifas máximas por tipo de cuidado y tramo de distancia desde la base del Equipo hasta el domicilio del paciente, estando incluida, de forma general, toda la asistencia que precise el paciente dentro del tipo de cuidado hasta el alta, de acuerdo con el protocolo que se establezca para cada uno de los tipos de cuidados.

Actualmente el Departamento de Salud y Consumo tiene establecidos Convenios Singulares de Colaboración para la atención de enfermos crónicos dependientes, con los siguientes proveedores ajenos al Sistema de Salud de Aragón:

1. Hospital San Juan de Dios de Zaragoza: estando incluidos los tipos de cuidados por internamiento con/sin rehabilitación y paliativos, Hospital de Día y transporte adaptado, rehabilitación ambulatoria y la atención por un Equipo de Soporte de Atención Domiciliaria.
2. Asociación Española de Lucha Contra el Cáncer de Aragón (AECC): está convenido la atención de tres Equipos de Soporte de Atención Domiciliaria.
3. Fundación de la Asociación Aragonesa de Esclerosis Múltiple (FADEMA): se ha convenido la atención de pacientes en una Unidad de Fisioterapia y Terapia Ocupacional.

La relación con proveedores ajenos al Sistema de Salud de Aragón se muestra en el Anexo de compra de servicios a proveedores ajenos al Sistema de Salud de Aragón.

COORDINACIÓN. ITINERARIOS Y FLUJOS DE PACIENTES

Los itinerarios y flujos entre los distintos recursos asistenciales para los pacientes crónicos dependientes se encuadran en dos sistemas de atención diferenciados. Por una parte los flujos en recursos y dispositivos que se producen entre Atención Primaria y Especializada, comunes con el resto de pacientes y, por otra, los flujos entre los distintos servicios específicos de atención a pacientes crónicos dependientes.

La relación entre ambos sistemas implica, necesariamente, el establecimiento de mecanismos de coordinación. Por otra parte, como en la provisión de atención sanitaria a los pacientes incluidos en este programa están implicados recursos concertados, es preciso incorporar también mecanismos de regulación de la prestación de la asistencia con este tipo de recursos.

Para dar respuesta al problema de la coordinación se plantea una atención y seguimiento del paciente enfermo crónico dependiente basado en el modelo de gestión de casos en el que destacan como elementos claves:

- La prestación de cuidados coordinada en todos los niveles y dispositivos del Sistema de Salud de Aragón.
- Un seguimiento del paciente que conlleve una utilización racional y eficiente de los recursos del sistema.
- Una participación activa del paciente y de su familia en el proceso de los cuidados, apoyada en una información amplia del proceso patológico, de sus posibilidades de recuperación y de los resultados previsibles.

GESTIÓN DE CASOS

El Equipo de Atención Primaria es el responsable de la atención integral y continuada de los problemas de salud de la población que tiene asignada. Por ello, el modelo de gestión de casos debe estar integrado y formar parte de la estructura del propio Equipo. Cada diplomado en enfermería con formación específica en valoración de este tipo de pacientes ejercerá la función de gestor sobre los pacientes de su población asignada incluidos en este programa.

Las funciones principales del gestor de caso serán las siguientes:

1. Búsqueda activa e identificación de población diana.
2. Valoración de los casos detectados.
3. Establecimiento e implantación del plan de cuidados.

4. Seguimiento, monitorización y evaluación del proceso, especialmente de los servicios prestados a domicilio y, en general, en el medio habitual del paciente.

DOCUMENTACIÓN BÁSICA

Para facilitar los mecanismos de coordinación interprofesional y la derivación de los pacientes se utilizará, de forma general, la siguiente documentación:

1. Informe médico, ya sea de ingreso, de alta o de derivación, que acompañará al paciente cuando sea preciso acceder a otro nivel asistencial. El informe contendrá, mínimamente, la siguiente información:
 - La valoración funcional y cognoscitiva del paciente, para lo que se utilizarán las escalas comunes establecidas en el programa:
 - El Índice de Barthel para la valoración funcional.
 - El Test de Pfeiffer y el Miniexamen Cognoscitivo de Lobo (MEC de Lobo), en su caso, para la valoración cognitiva.
 - La evolución de la capacidad funcional y cognitiva del paciente.
 - El plan de intervención propuesto, con indicación de sus objetivos (grado de recuperación que puede esperarse con el mismo), marco temporal y lugar en el que debe instaurarse.
2. Informe de continuidad de cuidados de enfermería que también acompañará al paciente cuando sea preciso acceder a otro nivel asistencial. El informe deberá contener las necesidades detectadas en la valoración de enfermería, el plan de cuidados enfermeros instaurado y una breve descripción de la evolución hasta el momento de la derivación.

ITINERARIOS Y FLUJOS DE PACIENTES

1. DERIVACIÓN A HOSPITAL GENERAL

Como en cualquier otro tipo de enfermos y circunstancias, cuando un paciente incluido en este programa padezca una agudización o descompensación en la situación clínica de su proceso de base o un proceso agudo diferente de éste, que demanden cuidados agudos especializados y/o que requieran técnicas diagnósticas y terapéuticas altamente especializadas que sobrepasan la capacidad asistencial de atención primaria y que deben prestarse en atención especializada, el médico del Equipo de Atención Primaria, con el correspondiente informe de derivación con la información mínima establecida, podrá remitir al paciente a:

- 1.1 A urgencias del hospital.
- 1.2 A las consultas externas.

2. DERIVACIÓN A HOSPITALES DE CONVALECENCIA Y HOSPITALES DE DÍA

Cuando un paciente incluido en este programa se encuentre en una fase subaguda o de descompensación en la situación clínica de su proceso de base que sobrepasa la capacidad asistencial de atención primaria y que no precisa de la prestación de recursos o tecnología complejos, el médico del Equipo de Atención Primaria o de Atención Especializada, en el caso de que el paciente se encuentre internado en un Hospital General, podrá derivar al paciente al Hospital de Convalecencia correspondiente, solicitando:

- Internamiento para fase de descompensación o inestabilidad de su proceso de base que no requiere tecnología compleja.
- Internamiento con rehabilitación para fase de convalecencia.
- Internamiento sin rehabilitación para fase de convalecencia.
- Hospital de Día con rehabilitación para fase de convalecencia.
- Hospital de Día sin rehabilitación para fase de convalecencia.
- Cuidados paliativos con internamiento para fase terminal.

La derivación se hará de forma programada, acompañando informe de derivación con la información mínima establecida. No obstante, el ingreso quedará supeditado a la valoración del paciente por el personal facultativo del Hospital.

3. SOLICITUD DE COLABORACIÓN DEL EQUIPO DE SOPORTE DE ATENCIÓN DOMICILIARIA

Si bien la prestación de cuidados de mantenimiento continuados y de cuidados paliativos en el domicilio de los pacientes en situación terminal, con enfermedad crónica avanzada, con limitación funcional y/o inmovilizados complejos es competencia de los Equipos de Atención Primaria, en algunos casos de mayor dificultad o complejidad resulta necesario contar con el apoyo de los Equipos de Soporte de Atención Domiciliaria (ESAD). La colaboración de un ESAD del Servicio Aragonés de Salud para la asistencia domiciliaria de este tipo de pacientes podrá ser solicitada por los médicos y las enfermeras de los Equipos de Atención Primaria en el caso que los pacientes requieran:

- Cuidados continuados de mantenimiento para fase de cronicidad en el domicilio del enfermo.
- Cuidados paliativos domiciliarios para fase terminal.

No obstante, la responsabilidad asistencial seguirá siendo en todos los casos del Equipo de Atención Primaria. Siempre que la situación lo permita, una vez solicitada la colaboración del ESAD, la primera visita domiciliaria para la valoración inicial del paciente y la unidad familiar la realizarán conjuntamente los miembros del ESAD y los profesionales de Atención Primaria que hayan solicitado su intervención.

Pueden existir situaciones excepcionales en las que el dispositivo que detecta la necesidad de atención domiciliaria para la prestación de cuidados continuados de mantenimiento o cuidados paliativos, contacte directamente con el ESAD. Se trata de solicitudes de familiares de pacientes o derivaciones de otros profesionales que, por razones diversas, no sigan el cauce establecido a través de los Equipos de Atención Primaria. En estos casos el ESAD informará al EAP en un plazo máximo de 48 horas, que asumirá la atención del paciente y solicitará formalmente, si lo considera necesario, la continuidad del apoyo del ESAD.

Por otra parte, los Servicios de Oncología de los Hospitales de Sector, en el ejercicio de sus funciones propias y como expertos en el abordaje y tratamiento de los pacientes oncológicos, pueden detectar la necesidad de cuidados paliativos en este tipo de pacientes y solicitar la colaboración de los ESAD para la prestación de estos cuidados. Independientemente de la coordinación con estos Servicios a través de protocolos de actuación específicos, los ESAD informarán al Equipo de Atención Primaria que tenga asignado al paciente en un plazo máximo de 48 horas, asumiendo entonces el EAP la atención del paciente ó solicitando formalmente, si lo considera necesario, la continuidad del apoyo del ESAD.

4. SOLICITUD DE INTERVENCIÓN DE LA UNIDAD DE VALORACIÓN SOCIOSANITARIA

De modo general, la situación física, mental y sociofamiliar de los pacientes incluidos en este programa será valorada por los profesionales de los Equipos de Atención Primaria al objeto de determinar su inclusión o no en el programa, establecer el plan interdisciplinar de tratamiento que precisa y el dispositivo asistencial más adecuado para su prestación.

No obstante, el Equipo de Atención Primaria solicitará la colaboración de la UVSS en aquellos casos en los que se requiera mayor especialización en el manejo de la situación clínica y sociofamiliar, o una valoración más compleja de la situación del paciente.

La solicitud de colaboración puede ser realizada por médicos y enfermeras del Equipo de Atención Primaria o por médicos de Atención Especializada, en el caso de que el paciente se encuentre internado en un Hospital General, remitiendo al paciente para su valoración a la estructura física donde se ubique la UVSS ó solicitando a ésta la valoración del paciente en su domicilio o en la unidad de hospitalización en la que se encuentre ingresado.

5. DERIVACIÓN A UNIDADES DE FISIOTERAPIA Y TERAPIA OCUPACIONAL UBICADAS EN ATENCIÓN PRIMARIA

En función de las características demográficas, de morbilidad y de demanda en la Zona de Salud, en los Centros de Salud podrán existir consultas periódicas de Médicos Especialistas en Medicina Física y Rehabilitación, especialmente cuando en los mismos exista una Unidad de Fisioterapia. Asimismo, los Médicos del Equipo de Atención Primaria podrán solicitar interconsultas con estos Especialistas.

Por otra parte, se derivarán a las Unidades de Fisioterapia y de Terapia Ocupacional ubicadas en los Centros de Salud aquellos pacientes que por su patología, pérdida funcional que presentan y su evolución, requieren tratamiento de rehabilitación que puede ser prestado en estas estructuras de rehabilitación, ubicadas en Atención Primaria y con población adscrita de una o varias Zonas de Salud. El objetivo fundamental es mejorar la accesibilidad, acercando la rehabilitación al usuario. La derivación podrán realizarla los médicos y enfermeras del Equipo de Atención Primaria o los Médicos Especialistas en Medicina Física y Rehabilitación. Se acompañará del correspondiente informe de derivación con la información mínima establecida.

Cuando en la valoración de los pacientes con gran limitación funcional (Barthel <40) los enfermeros detecten la necesidad de tratamiento postural, movilizaciones o aprendizaje de autocuidados para el mantenimiento de su estado físico o calidad de vida, podrán solicitar la colaboración del Fisioterapeuta para intervenciones en el domicilio del paciente. Asimismo, si, para el mantenimiento de su estado físico o calidad de vida, detectan la necesidad de adecuación del entorno, utilización de ayudas técnicas, entrenamiento para las actividades de la vida diaria y adiestramiento ortoprotésico, podrán solicitar la colaboración del Terapeuta Ocupacional para intervenciones en el domicilio del paciente. La visita domiciliaria será compartida por el fisioterapeuta o terapeuta ocupacional y enfermería, con la presencia del cuidador principal.

6. DERIVACIÓN A UNIDAD DE REHABILITACIÓN DE HOSPITAL GENERAL O DE HOSPITAL DE CONVALECENCIA Y HOSPITAL DE DÍA

Los médicos de Atención Primaria, o los médicos de Atención Especializada en el caso de que el paciente se encuentre internado en un Hospital General, podrán derivar estos pacientes a Unidades de Rehabilitación de Hospitales Generales y de Convalecencia y de Hospital de Día cuando por su patología, pérdida funcional que presentan y evolución lo consideren necesario.

En el caso de derivación a Unidad de Rehabilitación de Hospital General o de Convalecencia, se acompañará del correspondiente informe de derivación con la información mínima establecida y se dirigirá al Médico Especialista en Medicina Física y Rehabilitación, quien elaborará su informe, que recogerá la valoración del paciente a través de las escalas establecidas, la necesidad o no del tratamiento de rehabilitación solicitado, el plan de rehabilitación en caso necesario, el grado de recuperación que puede esperarse con el mismo y el dispositivo asistencial en el que debe ser prestado.

En los pacientes a los que se les provea tratamiento de rehabilitación en régimen de internamiento en Hospitales Generales o de Convalecencia, o de forma ambulatoria en Hospitales de Día, se implantará de forma gradual y tras un periodo de formación en su utilización, el Functional Independence Measure (FIM).

REMISIÓN DE PACIENTES A UNIDADES CONCERTADAS O CONVENIADAS POR EL DEPARTAMENTO DE SALUD

La remisión o derivación entre unidades y profesionales estará siempre basada en criterios clínicos y de necesidad de cuidados de los pacientes. No obstante, cuando las unidades a las que se deriven los pacientes tengan el carácter de conveniadas o concertadas por el Departamento de Salud, será necesario:

- En el caso de que la derivación sea para ingreso en un Hospital de Convalecencia o para atención en Hospital de Día del mismo, será necesaria la autorización de la Comisión de Admisión del Hospital de Convalecencia.
- En el caso de que se requiera la colaboración de un ESAD concertado o conveniado (Calatayud, Sector I de Zaragoza, Sectores de Huesca y Teruel) los médicos y enfermeras de los Equipos de Atención Primaria que soliciten la colaboración deberán informar de la misma a la Dirección de Atención Primaria del Sector correspondiente.
- En el caso de que la derivación se realice a una Unidad de Rehabilitación o de Fisioterapia concertada o conveniada, los Equipos de Atención Primaria o los profesionales de Atención Especializada, respectivamente, informarán a la Dirección de Atención Primaria o de Atención Especializada correspondiente.

Los diagramas de los protocolos y circuitos asistenciales de derivación se muestran en el Anexo de Flujos.

RECURSOS Y PLAN DE ACTUACIÓN

Para el desarrollo del Programa de Atención a Enfermos Crónicos Dependientes es necesario especificar, tanto los recursos ya disponibles, como los recursos suplementarios que es preciso incorporar para la prestación de la atención y cuidados sanitarios a los pacientes incluidos en el mismo.

Los recursos se han especificado tanto en términos absolutos como relativos, relacionándolos con la población⁴ a la que prestan servicios.

Por un lado, se especifican los recursos actualmente existentes. Por otro, los nuevos recursos previstos. En este último caso puede tratarse de la provisión de recursos de nueva creación, cuya incorporación va paralela a la puesta en marcha del programa, o de la dotación con recursos ya existentes, en áreas geográficas o dispositivos asistenciales que ahora carecen de ellos.

Los nuevos recursos previstos se han calculado a partir de unos criterios de ordenación (especificados en el Anexo correspondiente) que han sido aplicados a la población de referencia y a los diferentes tipos de dispositivos y recursos, tanto para el cálculo de las necesidades estructurales como de recursos humanos.

El criterio de ordenación representa el estándar aceptado en planificación como adecuado. A éste se le ha aplicado un margen del 20% por encima de su valor como límite a no sobrepasar.

Los recursos disponibles y los recursos previstos para la prestación de la atención y cuidados sanitarios que precisan los pacientes incluidos en el Programa de Atención a Enfermos Crónicos Dependientes, junto con los criterios de asignación de recursos y el plan de necesidades, se muestran en el Anexo de Recursos y Plan de Actuación.

⁴ Los datos de población han sido obtenidos del Registro de Usuarios del Sistema de Salud de Aragón a fecha de 31 de mayo de 2004.

CARTERA DE SERVICIOS

En consonancia con la Cartera de Servicios Sanitarios de Aragón, entendemos por servicio, las actividades y procedimientos que ofrece el Sistema de Salud de Aragón. Consecuentemente, la Cartera de Servicios de este Programa es el conjunto de actividades y procedimientos que el Sistema de Salud de Aragón oferta para la atención de los enfermos crónicos dependientes.

Los servicios se presentan agrupados según la tipología de los cuidados que requieren los pacientes, asociada a la fase de la enfermedad en la que se encuentran y relacionados con el dispositivo asistencial o lugar en el que se prestan y los proveedores que los proporcionan.

CUIDADOS EN FASE AGUDA

Cuidados que precisa el paciente en el momento de sufrir una agudización de su enfermedad. Tienen una duración limitada en el tiempo y su finalidad es conseguir que el paciente retorne a su estado de salud y funcional previo a la agudización.

CUIDADOS EN RÉGIMEN AMBULATORIO

- Cartera de servicios de Centros de Salud.
- Cartera de servicios de Hospitales Generales.
- Cartera de servicios de Centros Médicos de Especialidades.

CUIDADOS EN RÉGIMEN de INTERNAMIENTO

- Cartera de servicios de Hospitales Generales.
- Cartera de servicios de Hospitales de Convalecencia: para fases de agudización de enfermos pluripatológicos con alto riesgo de dependencia que precisan cuidados que no requieren de tecnología compleja.

CUIDADOS DE RECUPERACIÓN EN FASE DE CONVALECENCIA

Su finalidad principal es la mejora del estado funcional del paciente en un marco temporal establecido. Requieren una valoración inicial del estado funcional y un plan de rehabilitación individualizado.

CUIDADOS AMBULATORIOS CON REHABILITACIÓN

- Consultas e interconsultas de Médicos Especialistas en Medicina Física y Rehabilitación en Centros de Salud.
- Cartera de servicios de Unidades de Fisioterapia ubicadas en Atención Primaria (Centros de Salud).
- Cartera de servicios de Unidades de Terapia Ocupacional ubicadas en Atención Primaria (Centros de Salud).
- Cartera de servicios de Unidades de Rehabilitación de Hospitales Generales.
- Cartera de servicios de Unidades de Rehabilitación de Hospitales de Convalecencia.

CUIDADOS AMBULATORIOS SIN REHABILITACIÓN

- Cartera de servicios general de Centros de Salud.

CUIDADOS en HOSPITAL DE DÍA (de Hospital de Convalecencia)

- Cartera de servicios de Hospitales de Día, sin rehabilitación.
- Cartera de servicios de Hospitales de Día, con rehabilitación.

CUIDADOS EN RÉGIMEN DE INTERNAMIENTO SIN REHABILITACIÓN

- Cartera de servicios de Hospitales de Convalecencia.

CUIDADOS EN RÉGIMEN DE INTERNAMIENTO CON REHABILITACIÓN

- Cartera de servicios de rehabilitación de Hospitales Generales.
- Cartera de servicios de rehabilitación de Hospitales de Convalecencia.

CUIDADOS DE MANTENIMIENTO EN FASE DE CRONICIDAD

Cuidados mantenidos en el tiempo prestados a un paciente, generalmente afectado de enfermedades crónicas debilitantes, con la finalidad de mantener su estado de salud y funcional. En muchos casos los cuidados pueden ser proporcionados por enfermería en el propio domicilio del paciente.

CUIDADOS BÁSICOS DE MANTENIMIENTO

Hacen referencia a la supervisión del paciente para la detección precoz de riesgos.

Cuidados domiciliarios prestados por el Equipo de Atención Primaria y personal de apoyo de este nivel asistencial, como Fisioterapeutas y Terapeutas Ocupacionales de las Unidades de Fisioterapia y Terapia Ocupacional ubicadas en Centros de Salud.

CUIDADOS CONTINUADOS DE MANTENIMIENTO

Implican asistencia sanitaria frecuente junto con seguimiento continuado.

- Cuidados domiciliarios prestados por el Equipo de Atención Primaria y personal de apoyo de este nivel asistencial, como Fisioterapeutas y Terapeutas Ocupacionales de las Unidades de Fisioterapia y Terapia Ocupacional ubicadas en Centros de Salud.
- Cuidados domiciliarios prestados por los Equipos de Soporte de Atención Domiciliaria (ESAD).

CUIDADOS PALIATIVOS EN FASE TERMINAL

Asistencia integral, activa y continuada a los pacientes y sus familias por un equipo multiprofesional cuando la expectativa médica no es la curación. Su finalidad principal es proporcionar la mejor calidad de vida posible. La mayoría de los procesos que requieren cuidados paliativos se caracterizan por el dolor y por el proceso de duelo, tanto en el paciente como en su familia. Por ello, se requiere con frecuencia la atención de un equipo multidisciplinar para su valoración y/o para la provisión de cuidados físicos, psicológicos y sociales.

CUIDADOS PALIATIVOS SIN INTERNAMIENTO

- Cuidados domiciliarios prestados por el Equipo de Atención Primaria, con un papel fundamental de los cuidados enfermeros.

- Cuidados domiciliarios prestados por los Equipos de Soporte de Atención Domiciliaria (ESAD).

CUIDADOS PALIATIVOS CON INTERNAMIENTO

- Cartera de servicios de Hospitales de Convalecencia.
- Cartera de servicios de Hospitales Generales.

CARTERA DE SERVICIOS DE LAS UNIDADES DE VALORACIÓN SOCIO SANITARIA (UVSS)

Los servicios prestados por las UVSS puede producirse en cualquiera de las fases de la enfermedad y estar relacionados con los diferentes dispositivos asistenciales y proveedores que los proporcionan.

- Detección precoz de pacientes en riesgo de dependencia.
- Valoración de pacientes dependientes.
- Colaboración en la planificación del alta del paciente.
- Seguimiento de los pacientes ingresados para garantizar la continuidad de los cuidados y asegurar que son derivados al dispositivo por ellos recomendado.
- Interconsultas.

La Cartera de Servicios del programa de Atención a Enfermos Crónicos Dependientes se muestra en el Anexo de Cartera de Servicios.

SISTEMA DE INFORMACIÓN

El Sistema de Información que se propone en el Programa de Atención a Enfermos Crónicos Dependientes debe atender a los siguientes criterios y necesidades:

- Facilitar la integración de los cuidados que se prestan a los pacientes objetivo del programa en los diferentes dispositivos asistenciales.
- Poder aplicarse en todos los dispositivos asistenciales y a los diferentes subtipos de pacientes que se englobarían dentro del ámbito de aplicación del programa.
- Ser coherente con los sistemas y aplicaciones existentes actualmente en los diferentes entornos.
- Ayudar a los profesionales en las labores de gestión clínica de los pacientes, para lo que debe:
 - Incorporar información útil para facilitar la atención médica, de enfermería y de otros profesionales.
 - Incorporar información que permita la agrupación homogénea de pacientes según criterios de isoconsumo de recursos.
- Facilitar la gestión administrativa de los pacientes.
- Incorporar información útil para la gestión de recursos, incluyendo información sobre recursos, cartera de servicios, actividad, productividad y rendimiento.
- Permitir el cruce de información clínica, administrativa y económica derivada de la atención a los pacientes.

Por otro lado, el sistema de información debe garantizar la confidencialidad de la información registrada y facilitar el retorno de la información a los profesionales generadores de la misma, aportándoles datos del perfil de los usuarios atendidos, de los patrones de uso de servicios y sus tendencias, del desarrollo y cobertura de los diferentes programas y, en definitiva, de la información necesaria para la organización interna y desarrollo interdisciplinar de los equipos (gestión de agendas, desarrollo de técnicas y grupos, seguimiento activo de pacientes, etc).

El ámbito de aplicación del sistema de información debe englobar, al menos, los siguientes dispositivos asistenciales:

- Atención Primaria: consulta médica y de enfermería (en el centro y a domicilio).
- Equipos de Soporte de Atención Domiciliaria (ESAD).
- Unidades de Fisioterapia ubicadas en Atención Primaria.
- Unidades de Terapia Ocupacional ubicadas en Atención Primaria.
- Servicios de Rehabilitación de Hospitales Generales (Atención Primaria).
- Hospitales de Convalecencia.
- Hospitales de Día de Hospitales de Convalecencia.
- Consultas Externas de Hospitales de Convalecencia.
- Unidades de Valoración Sociosanitaria (UVSS).
- Otros dispositivos.

En la definición del Sistema de Información en el entorno de este programa se contemplan una serie de elementos y definiciones, comunes a los diferentes ámbitos:

- Paciente incluido en el programa: cada uno de los pacientes que a partir de los diferentes dispositivos ha sido incluido en el programa. Desde el ámbito de Atención Primaria se

gestionará el registro de pacientes incluidos en el programa en cada Sector Sanitario y Zona de Salud.

- Episodio asistencial: conjunto de servicios prestados por un dispositivo asistencial a un paciente desde que esa unidad asistencial inicia su atención hasta el alta en la misma. Todos los dispositivos asistenciales incluidos en el programa, excepto Atención Primaria, llevarán un registro de los diferentes episodios asistenciales.
- Escalas de valoración: en el conjunto del programa se contemplan 3 escalas de valoración comunes a todos los dispositivos asistenciales: Barthel, Pfeiffer y MEC de Lobo.

COMPONENTES DEL SISTEMA DE INFORMACION

El desarrollo del sistema de información en los diferentes dispositivos asistenciales debe integrarse con el desarrollo del Plan de Sistemas de Información del Departamento de Salud y Consumo del Gobierno de Aragón, dentro de un concepto de atención integral y de continuidad de cuidados entre niveles y entre dispositivos asistenciales.

Desde ese punto de vista, el desarrollo de un sistema de información, tanto en su vertiente clínica como en su vertiente de gestión, no puede realizarse de forma aislada.

En este documento se definen los elementos del sistema de información que deben facilitar la evaluación y seguimiento del programa.

1. Recursos y Cartera de Servicios.
2. Actividad.
3. Conjunto Básico de Datos de pacientes incluidos en el programa.
4. Conjunto Básico de Datos del episodio asistencial.

Respecto a la información sobre recursos y cartera de servicios, la misma se incluirá en el sistema de información sobre Recursos y Cartera de Servicios que está desarrollando el Departamento de Salud y Consumo.

La información sobre actividad y la descripción de los Conjuntos Básicos de Datos para los diferentes dispositivos asistenciales, se muestra en el Anexo de Sistemas de Información. Las especificaciones para el Sistema de Información en dispositivos de rehabilitación, tanto en el ámbito de la atención primaria como especializada, se desarrollarán dentro de un planteamiento específico que tenga en cuenta las características de los mismos.

El desarrollo del Sistema de Información y el contenido del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) del Programa de Atención a Enfermos Crónicos Dependientes y de los diferentes proveedores, líneas y dispositivos asistenciales implicados en la atención a estos enfermos se muestra en el Anexo de Sistema de Información.

EVALUACIÓN DEL PROGRAMA

La evaluación del Programa se basará en la utilización de los indicadores que se relacionan a continuación.

1. Indicadores de recursos
2. Indicadores de cobertura
3. Perfil de la población atendida
4. Indicadores de actividad
5. Indicadores de rendimiento
6. Indicadores de eficiencia
7. Indicadores de resultados

Para cada uno de estos grupos, se propone una lista no exhaustiva de indicadores.

1. Indicadores de recursos

- Número de camas
- Número de plazas de hospital de día
- Número de dispositivos técnicos (incluyendo vehículos en el caso de ESAD)
- Número de jornadas de recursos humanos, por profesión
- Número de locales de consulta
- Número de salas de tratamiento

2. Indicadores de cobertura

- Nº de pacientes incluidos en el programa
- Razón de cobertura: nº pacientes incluidos mayores de 65 años/100 mayores de 65 años
- Razón de cobertura: nº pacientes incluidos mayores de 75 años/100 mayores de 75 años
- Razón de cobertura: nº pacientes incluidos mayores de 80 o más años/100 mayores de 80 o más años
- Razón de cobertura: nº pacientes incluidos/100 población general

3. Perfil de la población atendida

- Perfil de la población incluida en programa
 - Por tipo de cuidados
 - Por grupos de diagnósticos
 - Por grado de dependencia
- Perfil de población atendida en cada recurso
- Puntuación media del Barthel al ingreso
- Distribución de pacientes por diagnósticos
- % pacientes con alteración del nivel cognitivo

4. Indicadores de actividad

- En hospitalización:
 - Número de ingresos
 - Número de estancias
 - Número de altas
- En hospital de día:
 - Número de pacientes nuevos
 - Número de estancias/sesiones

- Número de altas
- Número de consultas/valoraciones
- En Consultas:
 - Número de consultas primeras
 - Número de consultas sucesivas
- En Salas de tratamiento de rehabilitación (diferenciando por tipo de tratamiento, según clasificaciones de la cartera de servicios):
 - Número de pacientes nuevos
 - Número de sesiones de tratamiento
 - Número de consultas/valoraciones
 - Número de consultas de apoyo profesional
- En Atención domiciliaria:
 - Número de pacientes nuevos
 - Número de visitas
 - Número de altas
 - Número de atenciones telefónicas
- En UVSS
 - Número de pacientes valorados
 - Número de consultas/valoraciones
 - Número de consultas de apoyo profesional

5. Indicadores de rendimiento

- Estancia media (en hospitalización): estancias/ingresos
- Visitas/paciente (en atención domiciliaria): visitas/pacientes nuevos
- Sesiones/paciente (en hospital de día y en salas de tratamiento): sesiones/pacientes nuevos
- Consultas sucesivas/primeras (en consultas)
- Ocupación (en hospitalización): estancias/camas/365
- Sesiones/plaza (en hospital de día)
- Consultas/local (en consultas)
- Sesiones/sala (en salas de tratamiento de rehabilitación)
- Sesiones/profesional (en salas de tratamiento de rehabilitación)

6. Indicadores de eficiencia

- Estancia media ajustada por características de los pacientes
- Sesiones/paciente ajustado por características de los pacientes
- Visitas/paciente ajustado por características de los pacientes
- Coste/paciente
- Gasto farmacéutico/paciente
- Gasto transporte sanitario/paciente
- Gasto prestación ortoprotésica/paciente
- Derivaciones laboratorio/paciente (estudios)
- Derivaciones radiología/paciente (estudios)
- Interconsultas/paciente
- Urgencias atendidas/paciente

7. Indicadores de resultados

- Variación media y según tramos en la puntuación Barthel
- % pacientes derivados a Hospital de Convalecencia

- % pacientes atendidos por ESAD
- % pacientes atendidos solo en Atención Primaria
- Tasa mortalidad pacientes en programa
- % de exitus en el domicilio
- Tasa de hospitalización en hospitales generales de pacientes incluidos en el programa
- Tasa de frecuentación de urgencias de pacientes incluidos en el programa
- Permanencia de los pacientes en el programa
- Esperanza de vida ajustada por dependencia de los pacientes incluidos en el programa

8. Otros indicadores

- Indicadores de demora
 - Pacientes pendientes
 - Demora media

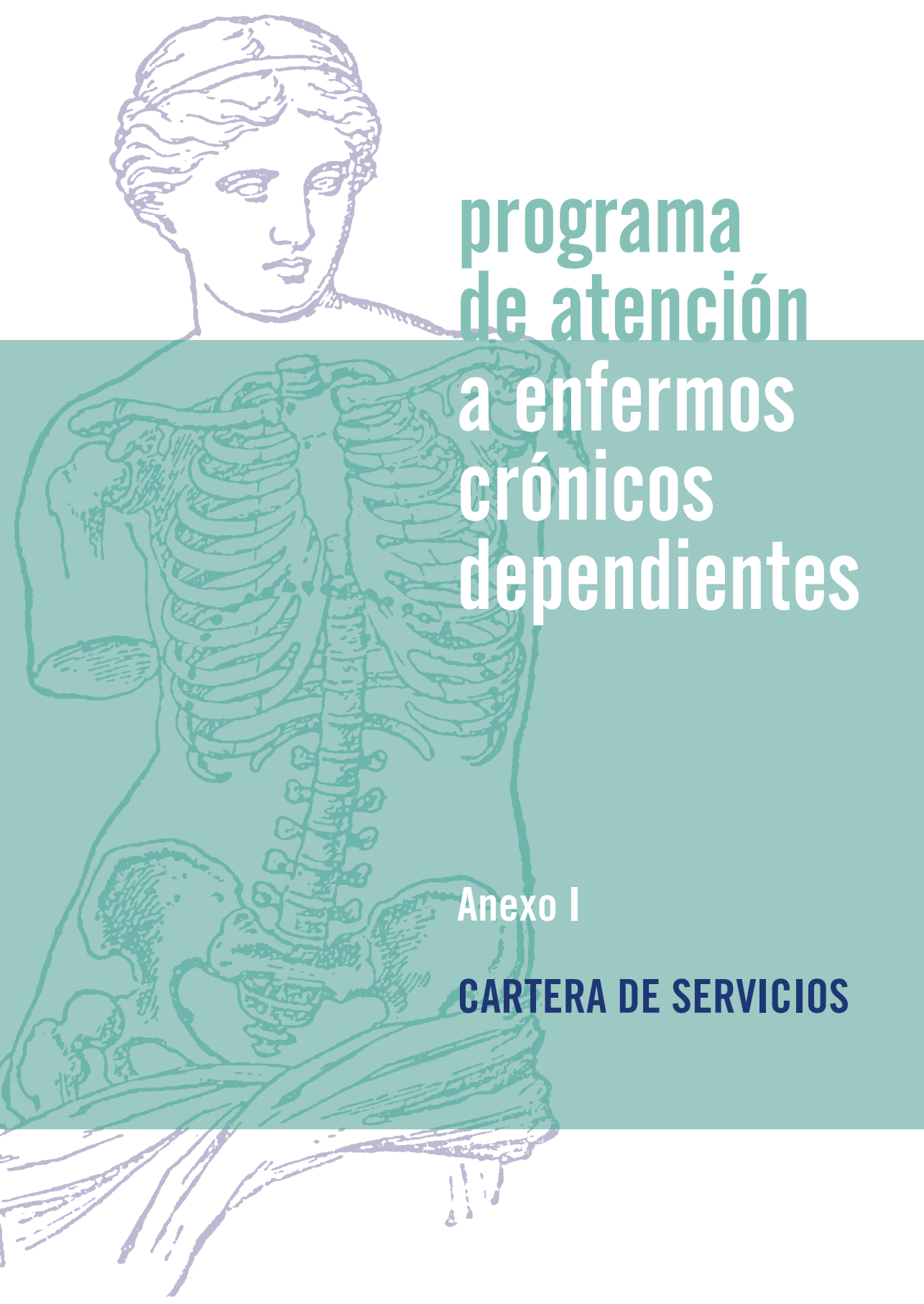
BIBLIOGRAFÍA

1. Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (SemFyC). *Estrategias de mejora de la efectividad de la atención domiciliaria a personas incapacitadas y sus cuidadoras. La enfermera comunitaria de enlace*. Fecha creación 5/4/2005. Disponible en: <http://www.semfy.com/es/revistas/pdf/comunidad-vol6-documentos.pdf>.
2. Mungall, I.J. *Trend Towards Centralisation of Hospital Services, and its Effect on Access to Care for Rural and Remote Communities in the UK*. Rural and Remote Health 5 (online). 2005: 390. Disponible en: <http://rrh.deakin.edu.au>.
3. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. *Libro Blanco de la Dependencia*. Madrid, 23 Diciembre 2004.
4. Fundació Institut Català de l'Envel·liment. Universitat Autònoma de Barcelona. *Estudio del modelo de atención a las personas mayores con dependencia en España*. Edad & Vida. Instituto para la mejora, promoción e innovación de la calidad de vida de las personas mayores. Diciembre 2004.
5. Guerra Aguirre, J., Iborra González, D. y García Rull, J.J. *Atención Primaria en el INSALUD: 17 Años de Experiencia*. Cap. VI. Mapa de Recursos. INSALUD. Subdirección General de Atención Primaria. Diciembre 2004.
6. European Union (EU). *Health Care in an Ageing Society. A Challenge for all European Countries*. Back ground Paper of the Netherlands EU Presidency. Informal Health Council. Ministry of Health, Welfare and Sport. Septiembre 2004.
7. Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad – CERMI. *Plan integral de salud para las personas con discapacidad*. Colección CeRMI.es. nº 10. Director: Pérez Bueno, Luis Cayo. Mayo 2004.
8. Wong, J., Gilbert, J. and Kilburn, L. *The Change Foundation. Creative Change for Better Health*. Seeking Program Sustainability in Chronic Disease Management. The Ontario Experience. Mayo 2004.
9. Orden de 9 de marzo de 2004, por la que se publica un texto integrado de los *Decretos 137/2002, de 30 de abril, de apoyo a las familias andaluzas, 18/2003, de 4 de febrero, y 7/2004, de 20 de enero, ambos de ampliación de las medidas de apoyo a las familias andaluzas*. Disponible en: <http://www.granada.org/inet/wordenanz.nsf>
10. Divisió d'Atenció Sociosanitària. Àrea Sanitària. CatSalut. Servei Català de la Salut. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. *L'atenció sociosanitària a Catalunya*. Vida als Anys 2003. CatSalut. Barcelona, Febrero 2004.
11. Canadian Institute for Health Information. *Inpatient Rehabilitation in Canada 2002–2003*. Ottawa, 2004.
12. Sánchez Fierro, Julio. Grupo de Trabajo “Dependencia” de la Fundación AstraZeneca. *Libro Verde sobre la Dependencia en España*. Ergon. Madrid 2004.
13. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. *Rehabilitación y Fisioterapia en Atención Primaria. Guía de procedimientos*. Octubre 2003.
14. Dirección General de Asistencia Sanitaria. Subdirección de Coordinación de Salud. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. *Plan de Apoyo a las Familias Andaluzas. Guía para el desarrollo de la terapia ocupacional en Atención Primaria de Salud. Plan 2003–2004*. Octubre 2003.
15. Valoración Geriátrica (II). Aula Acreditada. *Programa anual 2002–2003 de Formación Continua Acreditada para Médicos de Atención Primaria*. El Médico Interactivo, Diario Electrónico de la Sanidad (medynet.com/elmedico), número 892 – 10 de enero de 2003.

16. Consejería de Sanidad de la Junta de Comunidades de Castilla La Mancha. *Plan de Rehabilitación de Castilla La Mancha*. 2003.
17. Sitjas Molina, E., San José Laporte, Armadans Gil, Mundet Tuduri, Vilardell Tarrés. "Factores predictores del deterioro funcional geriátrico". *Atención Primaria* 2003; 32 (5):282–7
18. Tilquin, Ch. *Presentación general del sistema PLAISIR*. Eros. Barcelona 2003.
19. Sin autor. *Escalas de valoración geriátrica*. Novartis Consumer Health S.A. Barcelona 2003.
20. Abellán García, Antonio. CSIC. *Las Personas Mayores en España. Informe 2002*. Capítulo 2. Longevidad y Estado de Salud. IMSERSO. Observatorio de Personas Mayores. 2003.
21. Ignacio de Jesús, Jaione. *Inclusión de la Terapia Ocupacional en Atención Primaria en la Comunidad Autónoma de Andalucía*. Servicio Andaluz de Salud. 2003.
22. Partnership for Solutions, Johns Hopkins University, for The Robert Wood Johnson Foundation. *Chronic Conditions: Making the Case for Ongoing Care*. Johns Hopkins University. Diciembre 2002.
23. Inspección Territorial de Aragón. Equipo Auditor. Dirección General de Planificación y Aseguramiento. *Auditoría de Rehabilitación de la Comunidad Autónoma de Aragón*. Diciembre de 2002.
24. Sociedad Valenciana de Medicina Familiar y Comunitaria (SVMFYC). Grupo de Atención Domiciliaria. *Instrumentos de Valoración del Programa de Atención a Domicilio*. Octubre 2002.
25. Bodenheimer, T., Wagner, E.H. y Grumbach, K. *Improving Primary Care por Patients With Chronic Illness*. American Medical Association. 9 Octubre 2002.
26. Dirección General de Asistencia Sanitaria. Subdirección de Coordinación de Salud. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. *Plan de Apoyo a la Familia Andaluza. Guía de procedimiento. Equipos de Rehabilitación y Fisioterapia en domicilio*. Septiembre 2002.
27. Escobar Sanz, E., Jiménez Barcones, M., Manglano Cerrato, L. y Valiente Siguero, C. "La Fisioterapia en el Marco de Atención Primaria". *Revista de la Sociedad Madrileña de Medicina de Familia y Comunitaria*. Nº 1. Volumen 4. Marzo 2002.
28. De Falguera Martínez–Alarcón, J. *La contabilidad de Gestión en los Centros Sanitarios*. Universidad Pompeu Fabra. Barcelona 2002.
29. Perlado Ortiz de Pinedo, F., Midón Carmona, J. y Mesa Lampre, P. "Experiencia con el sistema ACME de clasificación de Pacientes". *Revista Española de Geriátrica y Gerontología*. Barcelona 2002.
30. Cheah, J. "Chronic disease management: a Singapore perspective". *Education and debate (bmj.com)*, volumen 323, 27 octubre 2001.
31. Requena López, et al. "Análisis de la demanda de actuación de un ESAD". *Atención Primaria* 2001. Diciembre 28(10); 652–656
32. Albaladejo, R., Martínez E., Domenech J.R., y Baztán J.J. "Servicio de Geriátrica del Hospital Central de la Cruz Roja. Unidades geriátricas de media estancia". *Revista Iberoamericana de Rehabilitación Médica*. Vol XIX. Nº 54. 2001.
33. Buitrago Ramírez, F. *Guía de Salud Mental en Atención Primaria*. SemFYC. Barcelona 2001.
34. INSALUD. Dirección Territorial de Asturias. *Evolución y Situación Actual del Sistema Sanitario en Asturias*. 2001.
35. Divisió d'Atenció Primària. Servei Català de la Salut. *Programa d'Atenció a la Gent Gran. Document del Programa pilot*. Programa Vida als Anys. Barcelona, Octubre 2000.
36. *Atención en el domicilio al paciente en fase terminal*. Documento de consenso SemFyC–SECPAL. Valencia, mayo 2000.
37. Olazarán Rodríguez, F.J. *La Evaluación Neuroconductual*. Conferencias del Área de Neuropsicología. Madrid, marzo 2000. Disponible en: <http://neurologia.rediris.es/congreso-1/conferencias/neuropsicologia>

38. Wagner, E.H. "The role of patient care teams in chronic disease management". *Education and debate* (bmj.com), volumen 320, 26 febrero 2000.
39. Abenoza Guardiola, M. y Grupo de Trabajo. "Escalas de valoración funcional, instrumentos para medir nuestro producto sanitario". *Revista electrónica Rehabilitación*, volumen 34, número 1, de 1 de enero de 2000. Disponible en: http://db.doyma.es/cgiin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.indice_revista?pidet_revista_numero=13000210
40. Divisió d'Atenció Sociosanitària. Divisió d'Hospitals. Àrea Sanitària. Servei Català de la Salut. *L'atenció a les persones amb malalties cròniques evolutives i dependència funcional a Catalunya*. Document de treball "Gransdis". Barcelona, 2000.
41. Divisió d'Atenció Sociosanitària. Àrea Sanitària. Servei Català de la Salut. *L'atenció a les persones que pateixen una síndrome de demència a Catalunya. Pla d'actuació 2000–2005*. Barcelona, 2000.
42. Divisió d'Atenció Sociosanitària. Programa Vida Als Anys. Àrea Sanitària. Servei Català de la Salut. *L'atenció sociosanitària a Catalunya. Escenari evolutiu 2000 – 2005*. Barcelona, 2000.
43. Baztán Cortés, J.J., González Montalvo, J.I., Solano Jaurrieta, J.J., Hornillos Calvo, M. "Atención sanitaria al anciano frágil: de la teoría a la evidencia científica". *Med. Clin.* (Barc) 2000; 115: 704–17.
44. Mirallas Martínez, J.A. "Cálculo del rendimiento personal y de la demanda asistencial en rehabilitación". *Rehabilitación* (Madrid) 2000; 34 (1): 86–90.
45. García Altes, A., Martínez, F., Carrillo, E., Peiro, S. "Sistemas de clasificación de pacientes en un centro de larga y media estancia: Evolución y perspectivas de futuro". *Revista Gaceta Sanitaria*. Barcelona 2000.
46. Herrera Molina E et al. "Evolucionando hacia la atención domiciliaria". *Medicina de Familia* (And) 2000: 169–173
47. Ibáñez Campos, T. "Monográfico sobre Gestión en Rehabilitación y Medicina Física". *Rehabilitación. Revista de la Sociedad Española de Rehabilitación y Medicina Física*. Ed. Masson. Año 2000. Vol. 34. Fascículo 1º. Págs. 1–132.
48. Mora Amerigo, E. y Gaja Díaz, J.M. "Aproximación al coste por proceso en rehabilitación y medicina física". *Revista Rehabilitación*. Madrid 2000.
49. Reuss, JM. *Manual de Medicina Geriátrica en Residencias*. Editores Médicos EDIMSA. Madrid 2000.
50. Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. Geriatria XXI. *Análisis de necesidades y recursos en la atención a las personas mayores en España*. Edimsa. Madrid 2000.
51. Vallés Noguero, J.A., Garcia Arilla Calvo, E. y Manrique Permanyer J.M. "Clasificación de pacientes mediante grupos relacionados con diagnósticos (GDR) en un servicio de Geriatria". *Revista Española de Geriatria y Gerontología*. Barcelona 2000.
52. Álvarez del Solar, M. y Colbs. *Demencias*. Recomendaciones SemFYC. Editorial EdiDe. Barcelona 1999.
53. Francisco, J. Juan. *Unidades de neuro-rehabilitación*. Equipo interdisciplinario. Conferencias del área de rehabilitación. Primer Congreso Internacional de neuropsicología en internet. Noviembre–Diciembre 1999.
54. Pascual y Barlés, G. *El cuidador de Pacientes con Demencia tipo Alzheimer*. La Guía. Laboratorios Dr. Esteve. Zaragoza 1999.
55. Resolución de 26 de julio de 1999, por la que se crean los puestos de personal de los equipos de soporte de atención domiciliaria (ESAD).

56. García Tejedor, A. y Colbs. *Programa de la Persona Mayor*. Gerencia de Atención Primaria. Área 3. INSALUD. Zaragoza 1998.
57. INSALUD. Gerencia de Atención Primaria Áreas 2 y 5. Zaragoza. *Programa de Atención Fisioterápica*. 1998.
58. López Arrieta, Jesús M^a y Sánchez Colodrón, María. "Fragilidad cognitiva en el anciano: revisión de sus causas". *Revista Española de Geriátria y Gerontología*. Volumen 32. Número monográfico 1. Diciembre 1997.
59. Ribera Casado, JM. y Cruz Jentoft, AJ. *Geriátria en Atención Primaria*. 2^a Edición. Laboratorios Uriach. Barcelona 1997.
60. Rodríguez, L.A. y Alonso, M.I. "A la Espera del Área de Conocimiento de Terapia Ocupacional". Revista informativa de la Asociación Profesional Española de Terapeutas Ocupacionales *Terapia Ocupacional*. Número 16. Septiembre 1997.
61. INSALUD. Gerencia de Atención Primaria Área 3. Zaragoza. *Protocolo Marco del Servicio de Fisioterapia*. Junio 1997.
62. Valderrama E., Baztán Cortés J.J., Pérez del Molino J. "Una visión crítica de las escalas de valoración funcional traducidas al castellano". *Revista Española de Geriátria y Gerontología*. Barcelona 1.997.
63. Ham, R.J. y Sloane, P.D. *Atención Primaria en Geriátria. Casos Clínicos*. Mosby / Doyma Libros, S.A. Madrid 1995.
64. INSALUD. Secretaría General. *Criterios de ordenación de servicios para la atención sanitaria a las personas mayores*. Madrid 1995.
65. Servei Català de la Salut. Àrea Sanitària. *El model d'atenció sòciosanitària a Catalunya*. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Barcelona, Diciembre 1994.
66. INSALUD. Subdirección General de Gestión de Atención Primaria. Circular número 4/91. *Ordenación de actividades del Fisioterapeuta de Atención Primaria*. 1991.
67. Asociación andaluza de enfermería comunitaria. Distrito Sevilla Este Sur. *Guía de Atención Domiciliaria*. Disponible en:
http://www.asanec.org/documentos/Guia_atencion_domiciliaria_SevillaEste.pdf
68. Servicio Andaluz de Salud de la Junta de Andalucía. *Rehabilitación y Fisioterapia en Atención Primaria. Guía de procedimientos*. Disponible en:
http://www.medicinainformacion.com/fisioterapia_libros.htm



programa
de atención
a enfermos
crónicos
dependientes

Anexo I

CARTERA DE SERVICIOS

ÍNDICE

| | |
|---|----|
| Cartera de Servicios | 57 |
| Internamiento con rehabilitación para fase de convalecencia en Hospital de Convalecencia | 57 |
| Internamiento sin rehabilitación para fase de convalecencia en Hospital de Convalecencia | 60 |
| Atención en Hospital de Día para fase de convalecencia | 61 |
| Cuidados ambulatorios con rehabilitación para fase de convalecencia..... | 64 |
| En Atención Primaria | 64 |
| En Atención Sociosanitaria | 68 |
| En Atención Especializada | 68 |
| Cuidados ambulatorios sin rehabilitación para fase de convalecencia en Centro de Salud | 72 |
| Cuidados domiciliarios básicos de mantenimiento para fase de cronicidad | 73 |
| Cuidados domiciliarios continuados de mantenimiento para fase de cronicidad | 75 |
| Cuidados paliativos domiciliarios para fase terminal | 78 |
| Cuidados paliativos con Internamiento en Hospital de Convalecencia para fase terminal | 80 |
| Cartera de Servicios de las Unidades de Valoración Sociosanitaria (UVSS) | 81 |

CARTERA DE SERVICIOS

En consonancia con la Cartera de Servicios Sanitarios de Aragón, se entiende por servicio, las actividades y procedimientos que ofrece el Sistema de Salud de Aragón.

Los servicios se presentan agrupados según la tipología de los cuidados que requieren los pacientes, asociada a la fase de la enfermedad en la que se encuentran y relacionados con el tipo de dispositivo asistencial en el que se prestan y los proveedores que los proporcionan.

INTERNAMIENTO CON REHABILITACIÓN PARA FASE DE CONVALECENCIA

En HOSPITAL DE CONVALECENCIA

1. CONSULTA MÉDICA

Médico Especialista en Geriátría, Medicina Interna y/o Medicina Familiar y Comunitaria

- Diagnóstico y tratamiento
- Valoración funcional y actividades de la vida diaria (AVD).

2. CONSULTA DE ENFERMERÍA

2.1 Valoración funcional y actividades de la vida diaria (AVD)

2.2 Identificación de problemas y planificación de cuidados de enfermería

2.3 Procedimientos de enfermería. Técnicas diagnósticas y terapéuticas

- Aplicación de tratamientos
- Vendajes e inmovilizaciones
- Toma de muestras
- Toma de constantes
- Sondajes
- Cuidados de heridas, úlceras y ostomías
- Tratamiento postural
- Aplicación de aerosolterapia, oxigenoterapia y terapia respiratoria básica
- Alimentación parenteral

3. CONSULTA MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN

Elaboración, desarrollo, implantación, coordinación y evaluación del Plan de Rehabilitación.

4. UNIDAD DE REHABILITACIÓN

Valoración funcional y de actividades de la vida diaria, diagnóstico y tratamiento por parte de un equipo multidisciplinar compuesto por Médico Especialista en Medicina Física y Rehabilitación, Fisioterapeuta, Terapeuta Ocupacional, Logopeda y Trabajador Social, bajo la coordinación del Médico Especialista en Medicina Física y Rehabilitación.

4.1 Técnicas Diagnósticas

- Valoración estático postural
- Balance articular
 - Goniometría simple
- Balance muscular
- Valoración funcional y de las actividades de la vida diaria (AVD)

- FIM
- Índice de Barthel
- Índice de Lawton
- Escalas de valoración funcional
 - Cuestionarios genéricos del estado de salud (SIP)
 - Cuestionarios de incapacidad específica
 - Escalas mixtas
- Valoración del entorno (accesibilidad y barreras arquitectónicas)
- Valoración necesidad utilización ayudas técnicas (asesoramiento en la elección)
- Valoración de la necesidad y revisión de prótesis y ortesis
- Valoración de la marcha
- Valoración pulmonar: espirometría, peak flow meter, test de ejercicio submáximo, escalas de calidad de vida, valoración de disnea
- Valoración cardiaca: ECG, test de ejercicio submáximo, escalas de calidad de vida, valoración nutricional
- Valoración del dolor
 - Escalas de valoración
 - Valoración psicológica (tests psicométricos y de personalidad)
- Valoración de la espasticidad: Escalas de valoración
- Valoración vesicoesfinteriana clínica, no instrumental
- Valoración del linfedema (solo perimetría)
- Valoración cutánea (úlceras): escala de Norton modificada
- Valoración neuropsicológica
 - Psicometría (tests psicométricos)
 - Personalidad (tests de personalidad)
- Valoración de la discapacidad y del daño corporal
 - Baremo internacional de invalidez permanente
 - Tablas de la AMA
 - FIM
 - I.C.I.D.H-2
- Valoración de la deglución (*disfagia*)
- Valoración foniatría (de alteraciones de la voz)
- Valoración de la *afasia*
- Valoración de la *disartria*

4.2 Técnicas Terapéuticas

- Reeducción funcional, adecuación del entorno, entrenamiento de las actividades de la vida diaria y adiestramiento ortoprotésico
 - Recuperación funcional
 - Adecuación del entorno
 - Adiestramiento en actividades de la vida diaria (AVD)
 - Adiestramiento ortoprotésico
 - Adiestramiento ayudas técnicas
 - Adiestramiento ergonómico (higiene postural y economía articular)
 - Ludoterapia
 - Rehabilitación cognitiva y neuropsicológica
 - Psicomotricidad
 - Laborterapia

- Cinesiterapia individual
- Cinesiterapia de grupo
- Artrocentesis
- Infiltración
- Vendajes enyesados
- Prótesis
 - Prescripción
 - Entrenamiento
- Ortesis
 - Prescripción
 - Confección
 - Entrenamiento
- Ayudas técnicas
 - Prescripción
 - Confección
 - Entrenamiento
- Adiestramiento domiciliario
 - Respiratorios
 - Grandes minusvalías
 - Apoyo al cuidador
- Electroterapia (media y baja frecuencia)
- Biofeedback
- Ultrasonoterapia
- Termoterapia
- Crioterapia
- Hidroterapia
 - Pediluvios y maniluvios
 - Baños de contraste
- Rehabilitación cardiorrespiratoria
 - Fisioterapia respiratoria
 - Técnicas de higiene bronquial
 - Reeducción respiratoria
 - Entrenamiento al ejercicio
 - Aerosolterapia
 - Oxigenoterapia domiciliaria
 - Técnicas control de disnea
 - Reeducción AVDs
- Rehabilitación úlceras por presión: cuidados para prevención y curas
- Escuelas monográficas
 - Adiestramiento domiciliario
 - Taller de entrenamiento de la memoria
 - Estudio, asesoramiento y reorientación ocupacional
 - Grandes minusvalías
- Tratamiento de la *disfagia*
- Tratamiento de la *afasia*
- Tratamiento de *laringuectomía*
- Tratamiento de la *disartria*

INTERNAMIENTO SIN REHABILITACIÓN PARA FASE DE CONVALECENCIA

En HOSPITAL DE CONVALECENCIA

1. CONSULTA MÉDICA

Médico Especialista en Geriátría, Medicina Interna y/o Medicina Familiar y Comunitaria

- Diagnóstico y tratamiento
- Valoración funcional y actividades de la vida diaria (AVD)

2. CONSULTA DE ENFERMERÍA

2.1 **Valoración funcional y actividades de la vida diaria (AVD)**

2.2 **Identificación de problemas y planificación de cuidados de enfermería**

2.3 **Procedimientos de enfermería. Técnicas diagnósticas y terapéuticas**

- Aplicación de tratamientos
- Vendajes e inmovilizaciones
- Toma de muestras
- Sondajes
- Cuidados de heridas, úlceras y ostomías
- Tratamiento postural
- Aplicación de aerosolterapia, oxigenoterapia y terapia respiratoria básica
- Alimentación parenteral

EN HOSPITAL DE DÍA PARA FASE DE CONVALECENCIA

En HOSPITAL DE DÍA de Hospital de Convalecencia

1. CONSULTA MÉDICA

Médico Especialista en Geriátría, Medicina Interna y/o Medicina Familiar y Comunitaria

- Diagnóstico y tratamiento
- Valoración funcional y actividades de la vida diaria (AVD)

2. CONSULTA DE ENFERMERÍA

2.1 Valoración funcional y actividades de la vida diaria (AVD)

2.2 Procedimientos de enfermería. Técnicas diagnósticas y terapéuticas

2.3 Identificación de problemas y planificación de cuidados de enfermería

- Aplicación de tratamientos
- Vendajes e inmovilizaciones
- Toma de muestras
- Toma de constantes
- Sondajes
- Cuidados de heridas, úlceras y ostomías
- Tratamiento postural
- Aplicación de aerosolterapia, oxigenoterapia y terapia respiratoria básica
- Alimentación parenteral

3. CONSULTA MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN

Elaboración, desarrollo, implantación, coordinación y evaluación del Plan de Rehabilitación.

4. UNIDAD DE REHABILITACIÓN

Valoración funcional y de actividades de la vida diaria, diagnóstico y tratamiento por parte de un equipo multidisciplinar compuesto por Médico Especialista en Medicina Física y Rehabilitación, Fisioterapeuta, Terapeuta Ocupacional, Logopeda y Trabajador Social, bajo la coordinación del Médico Especialista en Medicina Física y Rehabilitación.

4.3 Técnicas Diagnósticas

- Valoración estático postural
- Valoración postural computerizada
- Balance articular
 - Goniometría simple
- Balance muscular
- Valoración funcional y de las actividades de la vida diaria (AVD)
- Escalas de valoración funcional
 - Cuestionarios genéricos del estado de salud (SIP)
 - Cuestionarios de incapacidad específica
 - Escalas mixtas
- Valoración del entorno (accesibilidad y barreras arquitectónicas)

- Valoración necesidad utilización ayudas técnicas (asesoramiento en la elección)
- Valoración de la necesidad y revisión de prótesis y ortesis
- Valoración de la marcha
- Valoración pulmonar: espirometría, peak flow meter, test de ejercicio submáximo, escalas de calidad de vida, valoración de disnea
- Valoración cardiaca: ECG, test de ejercicio submáximo, escalas de calidad de vida, valoración nutricional
- Valoración del dolor
 - Escalas de valoración
 - Valoración psicológica (tests psicométricos y de personalidad)
- Valoración de la espasticidad: Escalas de valoración
- Valoración vesicoesfinteriana: valoración clínica, no instrumental
- Valoración del linfedema (solo perimetría)
- Valoración cutánea (úlceras): escala de Norton modificada
- Valoración neurpsicológica
 - Psicometría (tests psicométricos)
 - Personalidad (tests de personalidad)
- Valoración de la discapacidad y del daño corporal
 - Baremo internacional de invalidez permanente
 - Tablas de la AMA
 - FIM
 - I.C.I.D.H-2
- Valoración de la deglución (*disfagia*)
- Valoración foniatría (de alteraciones de la voz)
- Valoración de la *afasia*
- Valoración de *laringuectomía*
- Valoración de la *disartria*
- Valoración del *implante coclear*

4.4 Técnicas Terapéuticas

- Reeduación funcional, adecuación del entorno, entrenamiento de las actividades de la vida diaria y adiestramiento ortoprotésico
 - Recuperación funcional
 - Adecuación del entorno
 - Adiestramiento en actividades de la vida diaria (AVD)
 - Adiestramiento ortoprotésico
 - Adiestramiento ayudas técnicas
 - Adiestramiento ergonómico (higiene postural y economía articular)
 - Ludoterapia
 - Rehabilitación cognitiva y neuropsicológica
 - Psicomotricidad
 - Musicoterapia
 - Laborterapia
- Cinesiterapia individual
- Cinesiterapia de grupo
- Artrocentesis
- Infiltración
- Vendajes enyesados

- Prótesis
 - Prescripción
 - Entrenamiento
- Ortesis
 - Prescripción
 - Confección
 - Entrenamiento
- Ayudas técnicas
 - Prescripción
 - Confección
 - Entrenamiento
- Adiestramiento domiciliario
 - Respiratorios
 - Grandes minusvalías
 - Apoyo al cuidador
- Electroterapia (media y baja frecuencia)
- Biofeedback
- Ultrasonoterapia
- Termoterapia
- Crioterapia
- Hidroterapia
 - Pediluvios y maniluvios
 - Baños de contraste
- Rehabilitación cardiorrespiratoria
 - Fisioterapia respiratoria
 - Técnicas de higiene bronquial
 - Reeducción respiratoria
 - Aerosolterapia
 - Oxigenoterapia domiciliaria
 - Técnicas control de disnea
 - Reeducción AVDs
 - Entrenamiento al ejercicio
- Rehabilitación úlceras por presión: cuidados para prevención y curas
- Escuelas monográficas
 - Adiestramiento domiciliario
 - Taller de entrenamiento de la memoria
 - Estudio, asesoramiento y reorientación ocupacional
 - Grandes minusvalías
- Tratamiento de la *disfagia*
- Tratamiento de la *afasia*
- Tratamiento de *laringuectomía*
- Tratamiento de la *disartria*

CUIDADOS AMBULATORIOS CON REHABILITACIÓN PARA FASE DE CONVALECENCIA

El Tratamiento y los cuidados de rehabilitación ambulatorios pueden prestarse en:

- **ATENCIÓN PRIMARIA:** en el CENTRO DE SALUD y en las UNIDADES DE FISIOTERAPIA y UNIDADES DE TERAPIA OCUPACIONAL ubicadas en Centros de Salud.
- **ATENCIÓN ESPECIALIZADA:** UNIDAD DE REHABILITACIÓN DE HOSPITAL GENERAL.
- **ATENCIÓN SOCIOSANITARIA:** en UNIDAD DE REHABILITACIÓN DE HOSPITAL DE CONVALECENCIA y HOSPITAL DE DÍA.

EN ATENCIÓN PRIMARIA

1. CONSULTA TELEFÓNICA

2. CONSULTA DE MÉDICO DE FAMILIA

2.1 Valoración funcional y de actividades de la vida diaria (AVD)

2.2 Diagnóstico y tratamiento

2.3 Consulta en domicilio

3. CONSULTA DE MÉDICO DE FAMILIA A DOMICILIO

4. CONSULTA DE ENFERMERÍA

4.1 Valoración funcional y de actividades de la vida diaria (AVD)

4.2 Identificación de problemas y planificación de cuidados de enfermería

4.3 Procedimientos de enfermería. Técnicas diagnósticas y terapéuticas

- Aplicación de tratamiento
- Vendajes e inmovilizaciones
- Toma de muestras
- Toma de constantes
- Sondajes
- Cuidados de heridas, úlceras y ostomías
- Tratamiento postural
- Aplicación de aerosolterapia, oxigenoterapia y terapia respiratoria básica
- Alimentación parenteral

4.4 Formación y apoyo a cuidadores

4.5 Atención grupal a pacientes y cuidadores

5. CONSULTA ENFERMERÍA EN DOMICILIO

5.1 Actividades de promoción de la autonomía y del autocuidado

5.2 Actividades preventivas

- Prevención de pérdida de movilidad
- Prevención y detección temprana de deterioro cognitivo
- Prevención de déficit nutricional
- Prevención de accidentes y caídas
- Prevención de la polifarmacia y la automedicación
- Prevención de incontinencia urinaria
- Prevención del síndrome del cuidador

5.3 Apoyo emocional y seguimiento de los cuidadores familiares

5.4 Procedimientos de enfermería. Técnicas diagnósticas y terapéuticas

- Aplicación de tratamientos
- Vendajes e inmovilizaciones
- Toma de muestras
- Toma de constantes
- Sondajes
- Cuidados de heridas, úlceras y ostomías
- Tratamiento postural
- Aplicación de aerosolterapia, oxigenoterapia y terapia respiratoria básica

6. ATENCIÓN Y CUIDADOS DE REHABILITACIÓN EN CENTROS DE SALUD Y EN UNIDADES DE FISIOTERAPIA Y TERAPIA OCUPACIONAL UBICADAS EN ATENCIÓN PRIMARIA

6.1 Puede existir consulta y/o interconsulta de Médico Especialista en Medicina Física y Rehabilitación

Elaboración, desarrollo, implantación, coordinación y evaluación del Plan de Rehabilitación.

6.2 Atención y cuidados de rehabilitación aplicados por equipo multidisciplinar compuesto por Fisioterapeuta y Terapeuta Ocupacional

En función de la prescripción de atención y cuidados de rehabilitación establecida por Médico Especialista en Medicina Física y Rehabilitación o por Médico de Familia.

6.2.1 Consulta de FISIOTERAPIA

- Consulta de primer día
 - Balance muscular
 - Balance articular: goniometría simple
 - Valoración estático postural
 - Valoración funcional y de actividades de la vida diaria (AVD)
 - Diagnóstico de Fisioterapia
 - Establecimiento de objetivos
 - Diseño del Plan de Intervención de Fisioterapia
- Plan de Intervención:
 - Educación para la Salud (EPS)
 - Inclusión en el Protocolo de Atención Domiciliaria
 - Cinesiterapia
 - Enseñanza de ejercicios activos que tengan como finalidad, según las posibilidades del paciente, favorecer la:
 - Verticalización

- Sedestación, mantenimiento, equilibrio
- Bipedestación progresiva
- Deambulación y equilibrio
- Fisioterapia respiratoria
- Asesoramiento sobre cambios posturales, posturas adecuadas y nocivas según patología
- Entrenamiento físico general y musculatura periférica
- Elaboración de un plan de actividades para el cuidador principal
- Plan de apoyo al cuidador:
 - Educación sobre higiene postural
 - Inclusión en Protocolo de Escuela de Espalda
- Técnicas y métodos terapéuticos en Sala de Fisioterapia
 - Cinesiterapia
 - Individual
 - De grupo
 - Estiramientos
 - Fisioterapia respiratoria
 - Técnicas de higiene bronquial
 - Cinesiterapia respiratoria
 - Aprendizaje de técnicas para la utilización de oxigenoterapia domiciliaria
 - Tracción vertebral simple
 - Cervical
 - Lumbar
 - Reeducción postural global
 - Reequilibrio muscular
 - Mesoterapia. Técnicas de terapia manual
 - Propiocepción
 - Vendajes funcionales
 - Electroterapia (media y baja frecuencia)
 - Fototerapia
 - Ultrasonoterapia
 - Termoterapia
 - Crioterapia
 - Fisioterapia y reeducación vesicoesfinteriana: incontinencias urinarias de esfuerzo
- Valoración final con informe al alta, para incluir en Historia Clínica, que recoja:
 - Plan de intervención seguido
 - Valoración funcional
 - Grado de consecución de los objetivos
- Escuelas monográficas
 - Espalda
 - Ergonomía
 - Apoyo al cuidador

6.2.2 Consulta de TERAPIA OCUPACIONAL

- Valoración funcional, de las actividades de la vida diaria (AVD) y ocupacional
- Valoración del entorno (accesibilidad y barreras arquitectónicas)
- Valoración necesidad utilización ayudas técnicas (asesoramiento en la elección y adiestramiento)
- Valoración necesidad férulas y ortesis (entrenamiento)

- Técnicas terapéuticas
 - Recuperación funcional
 - Adecuación del entorno
 - Adiestramiento en las actividades de la vida diaria (AVD)
 - Adiestramiento ortoprotésico
 - Prescripción, confección y adiestramiento ayudas técnicas
 - Adiestramiento ergonómico: higiene postural y economía articular
 - Ludoterapia
 - Rehabilitación cognitiva y neuropsicológica
 - Ortesis: prescripción y confección
 - Psicomotricidad
 - Musicoterapia
 - Laborterapia
- Escuelas monográficas
 - Espalda
 - Ergonomía
 - Adiestramiento domiciliario
 - Taller de entrenamiento de la memoria

7. ATENCIÓN Y CUIDADOS DE REHABILITACIÓN DOMICILIARIOS

7.1 De Terapia Ocupacional

- Valoración funcional, de las actividades de la vida diaria (AVD) y ocupacional
- Valoración del entorno (accesibilidad y barreras arquitectónicas).
- Valoración necesidad utilización ayudas técnicas (asesoramiento en la elección y adiestramiento)
- Valoración necesidad férulas y ortesis (confección y entrenamiento)
- Adecuación del entorno, entrenamiento de las actividades de la vida diaria y adiestramiento ortoprotésico
 - Adecuación del entorno
 - Adiestramiento en las actividades de la vida diaria (AVD)
 - Adiestramiento ortoprotésico
 - Prescripción y adiestramiento ayudas técnicas
 - Ludoterapia y orientación del tiempo libre
 - Entrenamiento en la utilización de aplicaciones de domótica y robótica
 - Mantenimiento funciones cognitivas
 - Psicomotricidad
 - Laborterapia

7.2 De Fisioterapia

- Consulta de primer día en la Unidad de Fisioterapia o en el domicilio del usuario:
 - Valoración funcional y de actividades de la vida diaria (AVD)
 - Diagnóstico de Fisioterapia
 - Establecimiento de objetivos
 - Diseño del Plan de Intervención de Fisioterapia
- Plan de Intervención
 - Educación para la Salud (EPS)
 - Inclusión en el Protocolo de Atención Domiciliaria

- Técnicas y métodos terapéuticos:
 - Cinesiterapia
 - Enseñanza de ejercicios activos que tengan como finalidad, según las posibilidades del paciente, favorecer la:
 - Verticalización
 - Sedestación, mantenimiento, equilibrio
 - Bipedestación progresiva
 - Deambulación y equilibrio
- Fisioterapia respiratoria
- Oxigenoterapia domiciliaria
- Asesoramiento sobre cambios posturales, posturas adecuadas y nocivas según patología
- Elaboración de un plan de actividades para el cuidador principal
- Plan de apoyo al cuidador:
 - Educación sobre higiene postural
 - Inclusión en Protocolo de Escuela de Espalda
- Seguimiento y control de tratamiento fisioterápico de patologías específicas

7.3 De Terapia Ocupacional y Fisioterapia

- Valoración final con informe al alta, para incluir en Historia Clínica, que recoja:
 - Plan de intervención seguido
 - Valoración funcional
 - Grado de consecución de los objetivos

EN ATENCIÓN SOCIOSANITARIA

En Unidad de Rehabilitación de Hospital de Convalecencia y Hospital de Día.

La misma cartera de servicios que la de “Internamiento en Hospital de Convalecencia con Tratamiento y Cuidados de Rehabilitación para Fase de Convalecencia” y que la de “Hospital de Día para Fase de Convalecencia”.

EN ATENCIÓN ESPECIALIZADA

En Unidad de Rehabilitación de Hospital General

1. CONSULTA MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN

Elaboración, desarrollo, implantación, coordinación y evaluación del Plan de Rehabilitación.

2. UNIDAD DE REHABILITACIÓN

Valoración funcional y de actividades de la vida diaria, diagnóstico y tratamiento por parte de un equipo multidisciplinar compuesto por Médico Especialista en Medicina Física y Rehabilitación, Fisioterapeuta, Terapeuta Ocupacional, Logopeda y Trabajador Social, bajo la coordinación del Médico Especialista en Medicina Física y Rehabilitación.

2.1 Técnicas Diagnósticas

- Valoración estático postural
- Valoración postural computerizada

- Balance articular
 - Goniometría simple
 - Electrogoniometría
- Valoración muscular
 - Balance muscular
 - Valoración isocinética
- Valoración funcional y de las actividades de la vida diaria (AVD)
- Escalas de valoración funcional: Cuestionarios de Calidad de Vida Relacionada con la Salud
 - Cuestionarios genéricos del estado de salud (SIP)
 - Cuestionarios de incapacidad específica
 - Escalas mixtas
- Valoración ocupacional
- Valoración necesidad utilización ayudas técnicas (asesoramiento en la elección)
- Valoración necesidad prótesis y ortesis
- Valoración de la marcha
- Valoración pulmonar: espirometría, peak flow meter, test de ejercicio submáximo, escalas de calidad de vida, valoración de disnea
- Valoración cardiaca: ECG, test de ejercicio, escalas de calidad de vida, valoración nutricional
- Valoración del dolor
 - Escalas de valoración
 - Valoración psicológica (tests psicométricos y de personalidad)
 - Algiometría
- Valoración de la espasticidad: Escalas de valoración
- Valoración vesicoesfinteriana
 - Valoración clínica, no instrumental
 - Urodinamia básica, manometría
- Valoración del linfedema (solo perimetría)
- Valoración cutánea (úlceras): escala de Norton modificada
- Valoración cognitiva
 - Psicometría (tests psicométricos)
 - Personalidad (tests de personalidad)
- Valoración de la discapacidad y del daño corporal
 - Baremo internacional de invalidez permanente
 - Tablas de la AMA
 - FIM
 - I.C.I.D.H-2
- Valoración del entorno
 - Accesibilidad
 - Barreras arquitectónicas
- Valoración de la deglución (disfagia)
- Valoración foniatría (de alteraciones de la voz)
- Valoración de la afasia
- Valoración de laringectomía
- Valoración de la disartria
- Valoración del implante coclear

2.2 Técnicas Terapéuticas

- Reeduación postural global
- Reeduación funcional, adecuación del entorno, entrenamiento de las actividades de la vida diaria y adiestramiento ortoprotésico
 - Recuperación funcional
 - Adecuación del entorno
 - Aplicaciones de domótica y robótica
 - Adiestramiento en actividades de la vida diaria (AVD)
 - Adiestramiento ortoprotésico
 - Adiestramiento en ayudas técnicas
 - Adiestramiento en ayudas técnicas para Ordenador
 - Adiestramiento ergonómico (higiene postural y economía articular)
 - Ludoterapia
 - Rehabilitación cognitiva y neuropsicológica
 - Psicomotricidad
 - Musicoterapia
 - Laborterapia
- Presoterapia
- Drenaje linfático
- Vendaje tricapa
- Artrocentesis
- Infiltración
- Vendajes funcionales
- Vendajes enyesados
- Prótesis
 - Prescripción
 - Entrenamiento
- Ortesis
 - Prescripción
 - Confección
 - Entrenamiento
- Ayudas técnicas
 - Prescripción
 - Confección
 - Entrenamiento
- Adiestramiento domiciliario
 - Respiratorios
 - Grandes minusvalías
 - Apoyo al cuidador
- Cinesiterapia
 - No isocinética individual de adultos
 - No isocinética individual infantil
 - Cinesiterapia en grupo
 - Isocinética
 - Reeduación del equilibrio computerizada
- Fisioterapia de columna vertebral
 - Grupos de cinesiterapia
 - Tracción vertebral simple

- Cervical
- Lumbar
- Tracción vertebral mecánica
- Electroterapia (media y baja frecuencia)
- Biofeedback
- Fototerapia
- Ultrasonoterapia
- Termoterapia
- Magnetoterapia
- Crioterapia
- Hidroterapia
 - Pediluvios y maniluvios
 - Baños de contraste
 - Hidrocinesiterapia
 - Hidroelectroterapia
- Rehabilitación cardiorrespiratoria
 - Fisioterapia cardiorrespiratoria
 - Técnicas de higiene bronquial
 - Reeducción respiratoria
 - Aerosolterapia
 - Oxigenoterapia domiciliaria
 - Técnicas control de disnea
 - Entrenamiento al ejercicio
 - Educación
 - Reeducción AVDs
- Rehabilitación úlceras por presión: cuidados para prevención y curas
- Reeducción vesicoesfinteriana de origen neurológico
 - Incontinencias urinarias de esfuerzo
- Escuelas monográficas
 - Espalda
 - Ergonomía
 - Adiestramiento domiciliario
 - Taller de entrenamiento de la memoria
 - Estudio, asesoramiento y reorientación ocupacional
 - Grandes minusvalías
 - Prevención de caídas
- Tratamiento de la *disfagia*
- Reeducción de la comunicación
 - Tratamiento de alteraciones de la voz
 - Tratamiento de la afasia
 - Tratamiento de laringectomía
 - Tratamiento de la disartria
 - Tratamiento de implante coclear
 - Sistemas de comunicación alternativos

CUIDADOS AMBULATORIOS SIN REHABILITACIÓN PARA FASE DE CONVALECENCIA

En el CENTRO DE SALUD.

Prestados por el Equipo de Atención Primaria.

1. CONSULTA MÉDICO DE FAMILIA

1.1 Valoración funcional y de las AVD, diagnóstico y tratamiento

2. CONSULTA DE ENFERMERÍA

2.1 Valoración funcional y de las AVD

2.2 Identificación de problemas y planificación de cuidados de enfermería

2.3 Actividades de promoción de la autonomía y del autocuidado

2.4 Actividades preventivas

- Prevención de pérdida de movilidad
- Prevención y detección temprana de deterioro cognitivo
- Prevención de déficit nutricional
- Prevención de accidentes y caídas
- Prevención de la polifarmacia y la automedicación
- Prevención de incontinencia urinaria
- Prevención del síndrome del cuidador

2.5 Apoyo emocional y seguimiento de los cuidadores familiares

2.6 Procedimientos de enfermería. Técnicas diagnósticas y terapéuticas

- Aplicación de tratamientos
- Vendajes e inmovilizaciones
- Toma de muestras
- Toma de constantes
- Sondajes
- Cuidados de heridas, úlceras y ostomías
- Tratamiento postural
- Aplicación de aerosolterapia, oxigenoterapia y terapia respiratoria básica

3. CONSULTA TELEFÓNICA

4. FORMACIÓN Y APOYO A CUIDADORES

5. ATENCIÓN GRUPAL A PACIENTES Y CUIDADORES

CUIDADOS BÁSICOS DE MANTENIMIENTO PARA FASE DE CRONICIDAD EN EL DOMICILIO DEL PACIENTE

En el DOMICILIO del paciente.

Cuidados prestados por el Equipo de Atención Primaria, con especial protagonismo de los cuidados enfermeros prestados por Enfermería y cuidados de rehabilitación prestados por Fisioterapeutas y Terapeutas Ocupacionales.

1. CONSULTA DE MÉDICO DE FAMILIA EN DOMICILIO

2. CONSULTA ENFERMERÍA EN DOMICILIO

2.1 Valoración funcional y de actividades de la vida diaria (AVD)

2.2 Identificación de problemas y planificación de cuidados de enfermería

2.3 Actividades de promoción de la autonomía y del autocuidado

2.4 Actividades preventivas

- Prevención de pérdida de movilidad
- Prevención y detección temprana de deterioro cognitivo
- Prevención de déficit nutricional
- Prevención de accidentes y caídas
- Prevención de la polifarmacia y la automedicación
- Prevención de incontinencia urinaria
- Prevención del síndrome del cuidador

2.5 Apoyo emocional y seguimiento de los cuidadores familiares

2.6 Procedimientos de enfermería. Técnicas diagnósticas y terapéuticas

- Aplicación de tratamientos
- Vendajes e inmovilizaciones
- Toma de muestras
- Toma de constantes
- Sondajes
- Cuidados de heridas, úlceras y ostomías
- Tratamiento postural
- Aplicación de aerosolterapia, oxigenoterapia y terapia respiratoria básica
- Alimentación enteral

2.7 Consulta telefónica

2.8 Formación y apoyo a cuidadores

2.9 Atención grupal a pacientes y cuidadores

3. CONSULTA TERAPIA OCUPACIONAL EN DOMICILIO

3.1 Valoración funcional, de las actividades de la vida diaria (AVD) y ocupacional

3.2 Valoración del entorno (accesibilidad y barreras arquitectónicas)

3.3 Valoración necesidad utilización ayudas técnicas (asesoramiento en la elección y adiestramiento)

3.4 Valoración necesidad férulas y ortesis (confección y entrenamiento)

3.5 Adecuación del entorno, entrenamiento de las actividades de la vida diaria y adiestramiento ortoprotésico

- del entorno
- Adiestramiento en las actividades de la vida diaria (AVD)
- Adiestramiento ortoprotésico
- Prescripción, confección y adiestramiento ayudas técnicas
- Ludoterapia y orientación del tiempo libre
- Entrenamiento en la utilización de aplicaciones de domótica y robótica
- Mantenimiento funciones cognitivas
- Psicomotricidad
- Laborterapia

4. CONSULTA DE FISIOTERAPIA EN DOMICILIO

4.1 Consulta de primer día en la Unidad de Fisioterapia o en el domicilio del usuario:

- Valoración funcional y de actividades de la vida diaria (AVD)
- Diagnóstico de Fisioterapia
- Establecimiento de objetivos
- Diseño del Plan de Intervención de Fisioterapia

4.2 Plan de Intervención

- Educación para la Salud (EPS)
- Inclusión en el Protocolo de Atención Domiciliaria
- Técnicas y métodos terapéuticos:
 - Cinesiterapia
 - Enseñanza de ejercicios activos que tengan como finalidad, según las posibilidades del paciente, favorecer la:
 - Verticalización
 - Sedestación, mantenimiento, equilibrio
 - Bipedestación progresiva
 - Deambulación y equilibrio
 - Fisioterapia respiratoria
 - Oxigenoterapia domiciliaria
 - Asesoramiento sobre cambios posturales, posturas adecuadas y nocivas
- Elaboración de un plan de actividades para el cuidador principal
- Plan de apoyo al cuidador:
 - Educación sobre higiene postural
 - Inclusión en Protocolo de Escuela de Espalda

4.3 Valoración final con informe al alta, para incluir en Historia Clínica, que recoja:

- Plan de intervención seguido
- Valoración funcional
- Grado de consecución de los objetivos

CUIDADOS CONTINUADOS DE MANTENIMIENTO PARA FASE DE CRONICIDAD EN EL DOMICILIO DEL PACIENTE

En el DOMICILIO del paciente

Cuidados prestados por el Equipo de Atención Primaria, con especial protagonismo de los cuidados enfermeros prestados por Enfermería, cuidados de rehabilitación prestados por Fisioterapeutas y Terapeutas Ocupacionales de las Unidades de Fisioterapia y Terapia Ocupacional ubicadas en Centros de Salud y cuidados prestados por los Equipos de Soporte de Atención Domiciliaria (ESAD).

Si bien la prestación de estos cuidados se vincula a los Equipos de Atención Primaria, en algunos casos de mayor dificultad o complejidad, resulta necesario contar con el apoyo en la atención domiciliaria de equipos de soporte.

1. CONSULTA MÉDICO DE FAMILIA EN DOMICILIO

2. CONSULTA ENFERMERÍA EN DOMICILIO

2.1 Valoración funcional y de actividades de la vida diaria (AVD)

2.2 Identificación de problemas y planificación de cuidados de enfermería

2.3 Actividades de promoción de la autonomía y del autocuidado

2.4 Actividades preventivas

- Prevención de pérdida de movilidad
- Prevención y detección temprana de deterioro cognitivo
- Prevención de déficit nutricional
- Prevención de accidentes y caídas
- Prevención de la polifarmacia y la automedicación
- Prevención de incontinencia urinaria
- Prevención del síndrome del cuidador

2.5 Apoyo emocional y seguimiento de los cuidadores familiares

2.6 Procedimientos de enfermería. Técnicas diagnósticas y terapéuticas

- Valoración del paciente y de la unidad familiar
- Pruebas diagnósticas
- Atención directa a pacientes inmovilizados y/o en situación terminal, cuyo curso clínico lo requiera
- Seguimiento proceso de duelo
- Elaboración de planes de cuidados y estrategia de seguimiento
- Aplicación de tratamientos
- Vendajes e inmovilizaciones
- Toma de muestras
- Toma de constantes
- Sondajes (normales y complejos)

- Curas de úlceras
- Cuidados de heridas, úlceras y ostomías
- Tratamiento postural
- Aplicación de aerosolterapia, oxigenoterapia y terapia respiratoria básica
- Alimentación enteral

2.7 Formación y apoyo a cuidadores

3. CONSULTA TERAPIA OCUPACIONAL EN DOMICILIO

- 3.1 **Valoración funcional, de las actividades de la vida diaria (AVD) y ocupacional**
- 3.2 **Valoración del entorno (accesibilidad y barreras arquitectónicas)**
- 3.3 **Valoración necesidad utilización ayudas técnicas (asesoramiento en la elección y adiestramiento)**
- 3.4 **Valoración necesidad férulas y ortesis (confección y entrenamiento)**
- 3.5 **Valoración del entorno familiar y de las relaciones de apoyo**
- 3.6 **Adecuación del entorno, entrenamiento de las actividades de la vida diaria y adiestramiento ortoprotésico**
 - Adecuación del entorno
 - Adiestramiento en las actividades de la vida diaria (AVD)
 - Adiestramiento ortoprotésico
 - Prescripción, confección y adiestramiento ayudas técnicas
 - Ludoterapia y orientación del tiempo libre
 - Entrenamiento en la utilización de aplicaciones de domótica y robótica
 - Mantenimiento funciones cognitivas
 - Psicomotricidad
 - Laborterapia

4. CONSULTA DE FISIOTERAPIA EN DOMICILIO

- 4.1 **Consulta de primer día en la Unidad de Fisioterapia o en el domicilio del usuario:**
 - Valoración funcional y de actividades de la vida diaria (AVD)
 - Diagnóstico de Fisioterapia
 - Establecimiento de objetivos
 - Diseño del Plan de Intervención de Fisioterapia
- 4.2 **Plan de Intervención**
 - Educación para la Salud (EPS)
 - Inclusión en el Protocolo de Atención Domiciliaria
 - Técnicas y métodos terapéuticos
 - Cinesiterapia
 - Enseñanza de ejercicios activos que tengan como finalidad, según las posibilidades del paciente, favorecer la:

- Verticalización
- Sedestación, mantenimiento, equilibrio
- Bipedestación progresiva
- Deambulación y equilibrio
- Fisioterapia respiratoria
- Asesoramiento sobre cambios posturales, posturas adecuadas y nocivas según patología
- Elaboración de un plan de actividades para el cuidador principal
- Plan de apoyo al cuidador:
 - Educación sobre higiene postural
 - Inclusión en Protocolo de Escuela de Espalda

4.3 Valoración final con informe al alta, para incluir en Historia Clínica, que recoja:

- Plan de intervención seguido
- Valoración funcional
- Grado de consecución de los objetivos

5. ACTIVIDADES ESPECÍFICAS DE LOS EQUIPOS DE SOPORTE DE ATENCIÓN DOMICILIARIA

5.1 Valoración inicial conjunta del paciente y de la unidad familiar con los profesionales de Atención Primaria que lo soliciten

5.2 Atención directa a pacientes inmovilizados y/o en situación terminal, cuyo curso clínico lo requiera

5.3 Seguimiento proceso de duelo

5.4 Elaboración de planes de cuidados y estrategia de seguimiento con el EAP

5.5 Comunicación con profesionales sanitarios y sociales (trabajadores sociales) y con otros dispositivos asistenciales (hospitales de crónicos, 061, farmacia de área, hospital de referencia) con el fin de intercambiar información que facilite la atención sanitaria y social que precise el paciente

5.6 Asesoramiento telefónico y presencial a profesionales de EAP en base a la historia clínica del paciente

5.7 Docencia teórica y práctica a profesionales sanitarios

5.8 Formación de cuidadores

CUIDADOS PALIATIVOS SIN INTERNAMIENTO PARA FASE TERMINAL

En el DOMICILIO del paciente

Cuidados prestados por el Equipo de Atención Primaria, con especial protagonismo de los cuidados enfermeros prestados por Enfermería y cuidados prestados por los Equipos de Soporte de Atención Domiciliaria (ESAD).

1. TRATAMIENTO DEL DOLOR

2. CONSULTA MÉDICO DE FAMILIA EN DOMICILIO

3. CONSULTA DE ENFERMERÍA EN DOMICILIO

3.1 Valoración funcional y de actividades de la vida diaria (AVD)

3.2 Identificación de problemas y planificación de cuidados de enfermería

3.3 Actividades de promoción de la autonomía y del autocuidado

3.4 Actividades preventivas

- Prevención de pérdida de movilidad
- Prevención y detección temprana de deterioro cognitivo
- Prevención de déficit nutricional
- Prevención de accidentes y caídas
- Prevención de la polifarmacia y la automedicación
- Prevención de incontinencia urinaria
- Prevención del síndrome del cuidador

4. PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA

4.1 Técnicas diagnósticas y terapéuticas

- Valoración del paciente y de la unidad familiar
- Pruebas diagnósticas
- Atención directa a pacientes inmovilizados y/o en situación terminal, cuyo curso clínico lo requiera
- Seguimiento proceso de duelo
- Elaboración de planes de cuidados y estrategia de seguimiento
- Aplicación de tratamientos
- Vendajes e inmovilizaciones
- Toma de muestras
- Toma de constantes
- Sondajes (normales y complejos)
- Curas de úlceras
- Cuidados de heridas, úlceras y ostomías
- Tratamiento postural
- Aplicación de aerosolterapia, oxigenoterapia y terapia respiratoria básica
- Alimentación enteral

5. APOYO EMOCIONAL Y SEGUIMIENTO DE LOS CUIDADORES FAMILIARES

6. CONSULTA TELEFÓNICA

7. FORMACIÓN Y APOYO A CUIDADORES

8. ATENCIÓN GRUPAL A PACIENTES Y CUIDADORES

9. ACTIVIDADES ESPECÍFICAS DE LOS EQUIPOS DE SOPORTE A LA ATENCIÓN DOMICILIARIA (ESAD)

- Valoración inicial conjunta del paciente y de la unidad familiar con los profesionales de Atención Primaria que lo soliciten
- Atención directa a pacientes inmovilizados y/o en situación terminal, cuyo curso clínico lo requiera
- Seguimiento proceso de duelo
- Elaboración de planes de cuidados y estrategia de seguimiento con el EAP
- Comunicación con profesionales sanitarios y sociales (trabajadores sociales) y con otros dispositivos asistenciales (hospitales de convalecencia y rehabilitación, O61, farmacia de área, hospital de referencia) con el fin de intercambiar información que facilite la atención sanitaria y social que precise el paciente
- Asesoramiento telefónico y presencial a profesionales del EAP en base a la historia clínica del paciente
- Docencia teórica y práctica a profesionales sanitarios

CUIDADOS PALIATIVOS CON INTERNAMIENTO EN H. DE CONVALECENCIA Y H. GENERAL PARA FASE TERMINAL

En HOSPITAL DE CONVALECENCIA y HOSPITAL GENERAL.

1. CONSULTA MÉDICA

2. TRATAMIENTO DEL DOLOR

3. CONSULTA DE ENFERMERÍA

3.1 Valoración funcional y de actividades de la vida diaria (AVD)

3.2 Identificación de problemas y planificación de cuidados de enfermería

3.3 Actividades de promoción de la autonomía y del autocuidado

3.4 Actividades preventivas

- Prevención de pérdida de movilidad
- Prevención y detección temprana de deterioro cognitivo
- Prevención de déficit nutricional
- Prevención de accidentes y caídas
- Prevención de la polifarmacia y la automedicación
- Prevención de incontinencia urinaria
- Prevención del síndrome del cuidador

4. PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA

4.1 Técnicas diagnósticas y terapéuticas

- Aplicación de tratamientos,
- Vendajes e inmovilizaciones,
- Toma de muestras,
- Toma de constantes,
- Sondajes,
- Cuidados de heridas, úlceras y ostomías
- Tratamiento postural
- Aplicación de aerosolterapia, oxigenoterapia y terapia respiratoria básica
- Alimentación enteral y parenteral

CARTERA DE SERVICIOS DE LAS UNIDADES DE VALORACIÓN SOCIOSANITARIA (UVSS)

La actuación de las UVSS puede producirse en las tres líneas asistenciales:

ATENCIÓN PRIMARIA

Como consecuencia de solicitud de colaboración por parte de los Equipos de Atención Primaria. Podrá actuar tanto en su lugar de ubicación habitual al que acude el paciente, como trasladándose a los Centros de Salud o al domicilio del paciente.

ATENCIÓN ESPECIALIZADA

Como consecuencia de solicitud de colaboración por parte de servicios de Hospital General, trasladándose al mismo desde su lugar de ubicación habitual para realizar sus actividades.

ATENCIÓN SOCIOSANITARIA

Como consecuencia de solicitud de colaboración por parte de servicios de Hospital para Convalecencia y Rehabilitación, trasladándose al mismo desde su lugar de ubicación habitual para realizar sus actividades.

1. DETECCIÓN PRECOZ DE PACIENTES EN RIESGO DE DEPENDENCIA

1.1 Diagnóstico pluridimensional

1.2 Valoración del grado de dependencia

1.3 Valoración de la reversibilidad de la dependencia

1.4 Valoración de la situación familiar y social del paciente

- Capacitación del cuidador para la prestación de cuidados informales
- Apoyos sociales formales e informales

1.5 Evaluación de las necesidades de cuidados sociosanitarios

1.6 Propuesta de un plan de cuidados

2. VALORACIÓN DE PACIENTES DEPENDIENTES

2.1 Diagnóstico pluridimensional

2.2 Valoración del grado de dependencia

2.3 Valoración de la reversibilidad de la dependencia

2.4 Evaluación de las necesidades de cuidados sociosanitarios

2.5 Valoración de la situación familiar y social del paciente

- Capacitación del cuidador para la prestación de cuidados informales
- Apoyos sociales formales e informales

2.6 Propuesta de un plan de actuación

- Orientación farmacológica
- Orientación para la recuperación funcional

2.7 Propuesta de un plan de cuidados

3. COLABORACIÓN EN LA PLANIFICACIÓN DEL ALTA DEL PACIENTE

3.1 Indicación del recurso y dispositivo sanitario o social adecuado a las necesidades asistenciales y de cuidados del paciente

3.2 Colaborar en el acceso del paciente al recurso sanitario o social adecuado Orientación familiar y social

4. INTERCONSULTAS

4.1 Sesiones de interconsulta con servicios hospitalarios de los Hospitales Generales

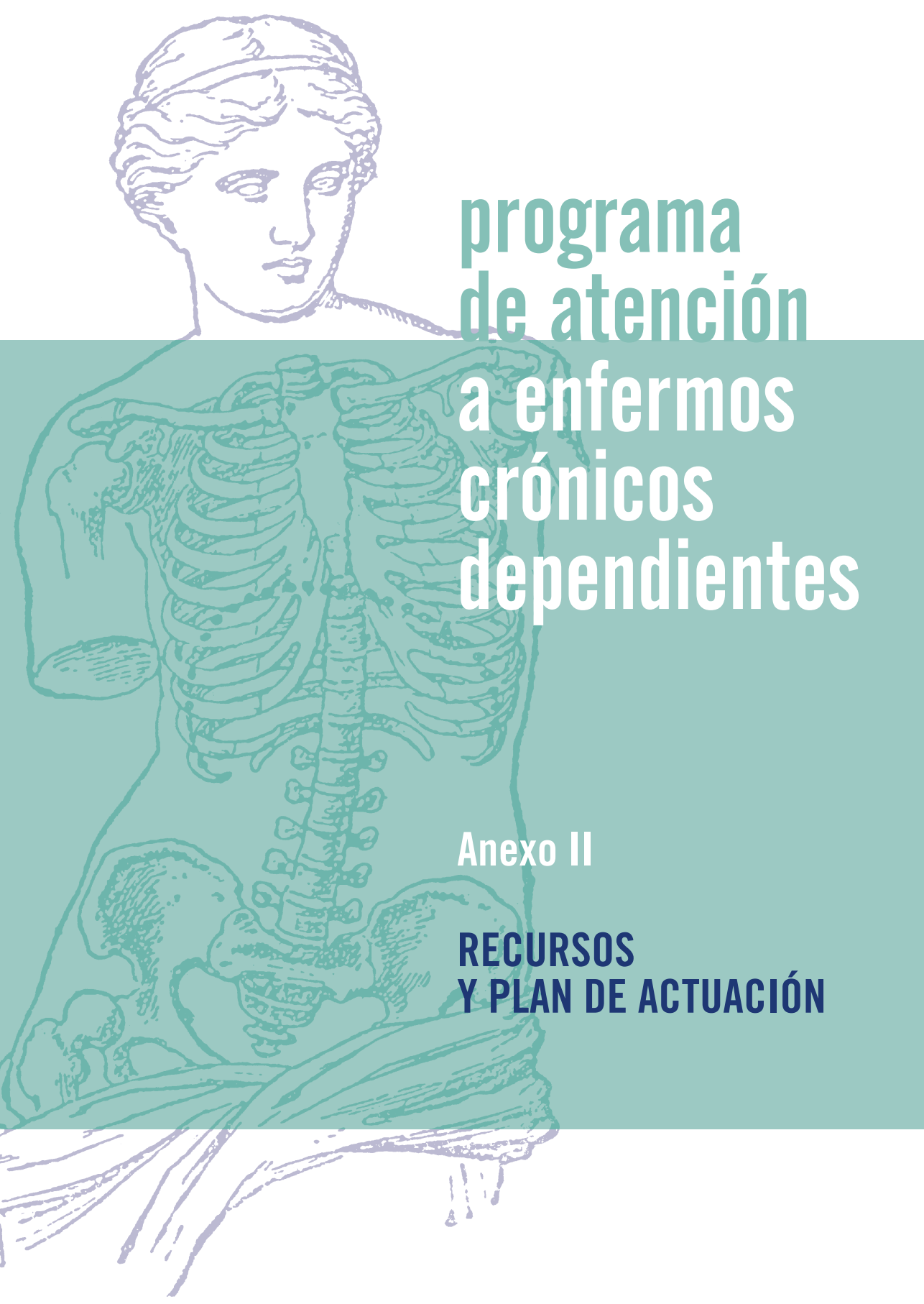
4.2 Sesiones de interconsulta con servicios hospitalarios de Hospitales para Convalecencia y Rehabilitación

4.3 Sesiones de interconsulta con los Equipos de Atención Primaria (EAP)

5. SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES INGRESADOS

Consiste en el seguimiento de los pacientes ingresados para garantizar la continuidad de los cuidados y asegurar que son derivados al dispositivo por ellos recomendado.

5.1 Seguimiento de pacientes ingresados en Hospitales Generales



**programa
de atención
a enfermos
crónicos
dependientes**

Anexo II

**RECURSOS
Y PLAN DE ACTUACIÓN**

ÍNDICE

| | |
|---|-----|
| Tipos de Dispositivos y recursos | 85 |
| De Sector | 85 |
| Línea Asistencial de Atención Primaria | 86 |
| Línea Asistencial de Atención Sociosanitaria | 86 |
| Línea Asistencial de Atención Especializada | 88 |
| Recursos disponibles y previstos | 91 |
| Línea Asistencial de Atención Primaria | 91 |
| Enfermeras responsables del programa | 91 |
| Unidades de Fisioterapia ubicadas en atención primaria | 91 |
| Unidades de Terapia Ocupacional ubicadas en atención primaria | 99 |
| Equipos de Soporte de Atención Domiciliaria (ESAD) | 100 |
| Auxiliares Sanitarios..... | 101 |
| Línea Asistencial de Atención Sociosanitaria | 101 |
| Unidades de Valoración Sociosanitaria (UVSS) | 101 |
| Hospitales de Convalecencia..... | 104 |
| Unidades de hospitalización | 107 |
| Unidades de rehabilitación | 109 |
| Hospitales de Día | 111 |
| Otros recursos (servicios comunes) | 113 |
| Línea Asistencial de Atención Especializada | 114 |
| Unidades de rehabilitación | 115 |
| Actuaciones propuestas | 119 |
| Sector Huesca | 120 |
| Sector Barbastro | 122 |
| Sector Teruel | 124 |
| Sector Alcañiz | 126 |
| Sector Calatayud | 128 |
| Sector Zaragoza I | 130 |
| Sector Zaragoza II | 132 |
| Sector Zaragoza III | 134 |
| Conjunto de actuaciones propuestas en el Sistema de Salud de Aragón | 137 |
| Línea Asistencial de Atención Primaria | 137 |
| Línea Asistencial de Atención Sociosanitaria | 139 |
| Línea Asistencial de Atención Especializada | 141 |
| Memoria económica para la implantación del programa..... | 142 |
| Periodo 2002-2005 | 142 |
| Previsiones 2006-2009 | 145 |

TIPOS DE DISPOSITIVOS Y RECURSOS

DE SECTOR: RECURSOS COMPARTIDOS POR VARIAS LÍNEAS ASISTENCIALES

Los recursos humanos destinados a los dispositivos de rehabilitación de las diferentes líneas asistenciales se han calculado de forma global para cada Sector, mediante los criterios de ordenación y de asignación de recursos que se muestran a continuación, utilizando como base de referencia la población de los diferentes Sectores.

- 3 médicos especialistas en medicina física y rehabilitación / 100.000 habitantes
- 10 fisioterapeutas / 100.000 habitantes
- 2 terapeutas ocupacionales / 100.000 habitantes
- 1 logopeda / 100.000 habitantes
- 2 auxiliares de enfermería / 100.000 habitantes

Algunos de estos recursos son puramente de Sector, compartidos por las tres líneas asistenciales: atención primaria, atención especializada y atención sociosanitaria. Otros, son compartidos por algunas de ellas o por diferentes dispositivos de una misma línea asistencial.

MÉDICOS ESPECIALISTAS EN MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN

Los médicos especialistas en Medicina Física y Rehabilitación calculados para el Sector cubrirán las necesidades de las tres líneas asistenciales:

- Atención Primaria mediante consultas y/o interconsultas en los centros de salud.
- Atención Especializada en las unidades de rehabilitación de hospitales generales.
- Atención Sociosanitaria en las unidades de rehabilitación de hospitales de convalecencia.

La dotación de médicos especialistas en Medicina Física y Rehabilitación calculados para el Sector se repartirá entre las unidades de rehabilitación de los hospitales generales y unidades de rehabilitación de los hospitales de convalecencia, de acuerdo a los criterios de ordenación que posteriormente se exponen.

FISIOTERAPEUTAS

Los fisioterapeutas calculados para el Sector cubrirán las necesidades de las líneas asistenciales de atención especializada en las unidades de rehabilitación de los hospitales generales y de atención sociosanitaria en las unidades de rehabilitación de los hospitales de convalecencia, repartiéndose entre ambas líneas asistenciales, de acuerdo a los criterios de ordenación que posteriormente se exponen.

Las necesidades asistenciales de atención primaria serán cubiertas por los fisioterapeutas de las unidades de fisioterapia ubicadas en los Centros de Salud, cuya dotación se calcula con un criterio de asignación de recursos específico, independiente del criterio utilizado para el cálculo de los fisioterapeutas de Sector.

TERAPEUTAS OCUPACIONALES

Está previsto dotar a todos los Sectores con terapeutas ocupacionales que se organizarán para prestar su actividad en las tres líneas asistenciales: atención primaria, atención especializada y atención sociosanitaria.

Cuando existan unidades de terapia ocupacional de atención primaria ubicadas en Centros de Salud, las necesidades asistenciales de atención primaria serán cubiertas por los terapeutas ocu-

pacionales de estas unidades, cuya dotación se calcula con un criterio de asignación de recursos específico, independiente del criterio utilizado para el cálculo de los terapeutas ocupacionales de Sector.

LOGOPEDAS

Los logopedas de las unidades de rehabilitación de los hospitales generales (atención especializada) atenderán la demanda que se derive de los pacientes ingresados en los hospitales de convalecencia (atención sociosanitaria).

AUXILIARES DE ENFERMERÍA

Los auxiliares de enfermería son necesarios para ayudar en el manejo de enfermos en las unidades de fisioterapia de atención primaria. En aquellos Centros de Salud en los que, además de existir unidad de fisioterapia, exista también unidad de terapia ocupacional, los auxiliares de enfermería cubrirán las necesidades asistenciales de las dos unidades.

LÍNEA ASISTENCIAL DE ATENCIÓN PRIMARIA

ENFERMERAS RESPONSABLES DEL PROGRAMA

Una enfermera en cada Sector Sanitario. Son responsables de coordinar a las enfermeras gestoras de casos de sus respectivos Sectores.

UNIDADES DE FISIOTERAPIA UBICADAS EN CENTROS DE SALUD

Unidades de apoyo al Equipo de Atención Primaria para la prestación de cuidados preventivos, de educación para la salud y terapéuticos llevados a cabo por fisioterapeutas que pueden ser prestados en este nivel asistencial.

Atienden a varias zonas de salud y entre todas las unidades establecidas darán cobertura a toda la población de la Comunidad Autónoma de Aragón.

UNIDADES DE TERAPIA OCUPACIONAL UBICADAS EN CENTROS DE SALUD

Unidades de apoyo al Equipo de Atención Primaria para la prestación de cuidados de educación para la salud y terapéuticos llevados a cabo por terapeutas ocupacionales que pueden ser prestados en este nivel asistencial.

Se establecerán en aquellos centros de salud que dispongan de la estructura física necesaria para su implantación y con un ámbito de población de influencia de, al menos, 50.000 habitantes.

EQUIPOS DE SOPORTE DE ATENCIÓN DOMICILIARIA (ESAD)

Unidad de apoyo al Equipo de Atención Primaria para la atención en el domicilio de pacientes en situación terminal, con enfermedad crónica avanzada, limitación funcional, inmovilizados complejos o pacientes que, independientemente de su problema de salud, presentan una dificultad importante para desplazarse al centro de salud.

LÍNEA ASISTENCIAL DE ATENCIÓN SOCIOSANITARIA

UNIDADES DE VALORACIÓN SOCIOSANITARIA (UVSS)

La Unidad de Valoración Sociosanitaria (UVSS) es un recurso del Sistema de Salud de Aragón para la valoración integral y multidisciplinar de las necesidades sanitarias y sociales de los

pacientes dependientes o en riesgo de dependencia. Prestan su apoyo tanto a los profesionales de atención especializada como de atención primaria.

HOSPITALES DE CONVALECENCIA

Se trata de hospitales destinados a la atención de pacientes afectados por procesos crónicos y/o que tienen reducido su grado de independencia funcional, que precisan de atención y cuidados sanitarios de baja complejidad que no pueden proporcionarse en el domicilio y que requieren, por lo general, de un periodo prolongado de internamiento.

En este dispositivo se prestan atención y cuidados de recuperación y de mantenimiento, cuidados paliativos, así como rehabilitación a pacientes con déficit funcional recuperable. Pueden prestarse también cuidados agudos que no precisan de recursos y dispositivos altamente especializados y complejos.

UNIDADES DE LOS HOSPITALES DE CONVALECENCIA

UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN

Unidad destinada a la atención continuada del paciente durante su ingreso en el hospital. En la misma hay que diferenciar dos elementos claves:

- Camas de hospitalización. Son camas en las que de forma habitual se realizan ingresos.
- Personal de una unidad de hospitalización, diferenciando personal facultativo y personal sanitario no facultativo.

HOSPITAL DE DÍA

Régimen alternativo a la hospitalización con estancia en el que se atiende a los pacientes que precisan de la realización de procedimientos diagnósticos, terapéuticos o de rehabilitación in situ y que, en el caso de no existir hospital de día, exigirían la hospitalización del paciente.

UNIDAD DE REHABILITACIÓN

Es común para las unidades de hospitalización y de hospital de día.

Unidad en la que se presta tratamiento de rehabilitación a pacientes que, por la complejidad de la patología que presentan y/o por las características de los medios terapéuticos y tecnología que precisan, no puede ser prestado en los dispositivos de rehabilitación ubicados en atención primaria.

CONSULTAS EXTERNAS

- Todos los hospitales de convalecencia dispondrán de consultas externas de medicina.
- Aquellos hospitales que dispongan de médico especialista en Medicina Física y Rehabilitación tendrán, además, consulta externa de rehabilitación.

SERVICIOS COMUNES

- Radiología: se necesitará la presencia de un radiólogo, que podrá tener cualquier forma de vinculación laboral o de prestación de servicios legalmente reconocidas.
- Farmacia hospitalaria: en aquellos centros dotados de más de 100 camas y/o que manejen citostáticos y/o nutrición parenteral.
- Trabajador social: todos los hospitales de convalecencia deberán disponer de trabajador social, ya que en estos pacientes concurren necesidades sanitarias y sociales.

LÍNEA ASISTENCIAL DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA

UNIDADES DE REHABILITACIÓN DE HOSPITALES GENERALES

Unidad en la que se prestan cuidados y tratamientos de rehabilitación para restablecer el funcionamiento de un miembro o función a pacientes que por la complejidad de su patología y/o por la tecnología y medios terapéuticos que precisan solo pueden ser prestados en los hospitales generales.

CRITERIOS DE ORDENACIÓN PARA LOS DIFERENTES TIPOS DE DISPOSITIVOS Y RECURSOS

Recursos del sector

| TIPO DE RECURSO | TIPO DE RECURSO |
|---|--|
| RECURSOS DE REHABILITACIÓN COMUNES PARA EL SECTOR | 3 médicos especialistas en medicina física y rehabilitación / 100.000 hab. |
| | 10 fisioterapeutas / 100.000 habitantes |
| | 2 terapeutas ocupacionales / 100.000 habitantes |
| | 1 logopeda / 100.000 habitantes |
| | 2 auxiliares de enfermería / 100.000 habitantes |

Línea asistencial de Atención Primaria

| TIPO DE DISPOSITIVO | CRITERIO DE ASIGNACIÓN |
|---|---|
| ENFERMERAS RESPONSABLES DEL PROGRAMA | <p>Recursos humanos</p> <p>1 Enfermera en cada Sector</p> |
| UNIDADES DE FISIOTERAPIA UBICADAS EN ATENCIÓN PRIMARIA | <p>1 Unidad de Fisioterapia por cada 25.000 habitantes</p> <p>Recursos humanos</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1 fisioterapeuta por cada 25.000 habitantes (independientes de los fisioterapeutas de Sector) - auxiliar de enfermería: al menos 1 por unidad |
| UNIDADES DE TERAPIA OCUPACIONAL UBICADAS EN ATENCIÓN PRIMARIA | <p>1 Unidad con 1 terapeuta ocupacional (independiente de los terapeutas ocupacionales de Sector) en aquellos centros de salud que dispongan de la estructura física necesaria para su implantación y con un ámbito de población de influencia de, al menos, 50.000 habitantes.</p> |
| EQUIPOS DE SOPORTE DE ATENCIÓN DOMICILIARIA (ESAD) | <p>1 Equipo de Soporte de Atención Domiciliaria por Sector</p> <p>Recursos humanos</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1 médico por equipo, 2 si la población del Sector es mayor de 200.000 habitantes - 1 enfermero por equipo, 2 si la población del Sector es mayor de 200.000 habitantes - 1 auxiliar administrativo por equipo |

Línea asistencial de Atención Sociosanitaria

| TIPO DE DISPOSITIVO | CRITERIO DE ASIGNACIÓN |
|--|--|
| UNIDADES DE VALORACIÓN SOCIOSANITARIAS (UVSS) | <p>1 UVSS por Sector</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1 consulta externa para valoración sociosanitaria por Sector <p>Recursos humanos</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1 médico por unidad - 1 enfermero por unidad - 1 trabajador social por unidad¹ - 1 auxiliar administrativo por unidad¹ |
| HOSPITAL DE CONVALECENCIA | <p>1 Hospital de Convalecencia por sector</p> <p>Unidades del Hospital</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1 Unidad de Hospitalización por centro - Hospital de Día (médico y de rehabilitación) - Unidad de Rehabilitación² - Consultas Externas³ <p>Servicios Comunes</p> <ul style="list-style-type: none"> Radiología⁴ Farmacia hospitalaria⁵ <p>Recursos humanos comunes a todas las unidades del hospital</p> <ul style="list-style-type: none"> Trabajador social |
| HOSPITAL DE CONVALECENCIA | |
| UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DE HOSPITAL DE CONVALECENCIA | <p>1 Unidad de hospitalización en cada hospital de convalecencia</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1,5 camas por 1.000 habitantes iguales o mayores de 65 años de edad <p>Recursos humanos</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1 médico especialista por cada 20 camas - 1 puesto de enfermería⁶ cada 3 camas - 1 puesto de auxiliar de enfermería⁶ cada 2 camas |
| HOSPITAL DE DÍA DE HOSPITAL DE CONVALECENCIA | <p>1 hospital de día en cada hospital de convalecencia</p> <ul style="list-style-type: none"> - 0,4 plazas por cama de unidad de hospitalización del hospital de convalecencia <p>Actividad</p> <ul style="list-style-type: none"> - Médica - Rehabilitadora (dependiente de la unidad de rehabilitación) <p>Recursos humanos</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1 médico en hospitales de 20 plazas o más, 2 médicos en hospitales de 50 plazas o más - 1 puesto de enfermería⁷ cada 3 plazas - 1 puesto de auxiliar de enfermería⁷ cada 2 plazas |
| UNIDAD DE REHABILITACIÓN ⁸ | <p>1 Unidad de rehabilitación en cada hospital de convalecencia</p> <p>Recursos humanos</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1 médico especialista en medicina física y rehabilitación en centros \geq 20 camas - 1 fisioterapeuta cada 25 camas - 1 terapeuta ocupacional en centros \geq 30 camas - 1 auxiliar de enfermería en centros $<$ 40 camas; 2 en centros \geq 40 camas - Disponibilidad de logopeda (de Sector) |
| CONSULTAS EXTERNAS DE HOSPITAL DE CONVALECENCIA | <ul style="list-style-type: none"> - Médica - De rehabilitación en aquellos hospitales con médico especialista en medicina física y rehabilitación |

Línea asistencial de Atención Especializada

| TIPO DE DISPOSITIVO | CRITERIO DE ASIGNACIÓN |
|--|--|
| UNIDAD DE REHABILITACIÓN DE HOSPITAL GENERAL | <p>1 Unidad en cada hospital general de Sector Recursos humanos⁹</p> <p>Por Sector</p> <ul style="list-style-type: none"> - 3 médicos especialistas en medicina física y rehabilitación / 100.000 habitantes - 10 fisioterapeutas / 100.000 habitante - 2 terapeutas ocupacionales¹⁰ / 100.000 habitantes - 1 logopeda¹⁰ / 100.000 habitantes - 2 auxiliares de enfermería / 100.000 habitantes <p>Por unidad de rehabilitación</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1 auxiliar administrativo |

1. El trabajador social y el personal administrativo podrán ser específicos de las UVSS o compartidos con otros dispositivos o unidades en función de la carga de trabajo. Los sectores de Zaragoza I, II y III deberán tener trabajador social y auxiliar administrativo propios.
2. Compartida por la unidad de hospitalización y por el hospital de día.
3. Además de consulta externa de medicina, cuando el hospital disponga de médico especialista en medicina física y rehabilitación deberá disponer de consulta externa de rehabilitación.
4. El servicio de radiología podrá ser efectivo a través de cualquier forma de vinculación laboral o prestación de servicios legalmente establecida.
5. Será precisa la presencia de un especialista en farmacia hospitalaria en aquellos hospitales dotados de más de 100 camas y/o que manejen citostáticos y/o nutrición parenteral.
6. Los puestos de enfermería y de auxiliar de enfermería se han calculado para las 24 horas del día, estimando un índice de ocupación del 80%, una dedicación de 60 minutos por paciente y día, una distribución del tiempo entre enfermería y auxiliar de enfermería del 40% y 60%, respectivamente, y una distribución de la actividad por turnos de 40% mañana, 40% tarde y 20% noche.
7. Los puestos de enfermería y de auxiliar de enfermería se han calculado para un horario entre las 9 y las 18 horas, estimando un índice de ocupación del 80%, una dedicación de 60 minutos por paciente y día, una distribución del tiempo entre enfermería y auxiliar de enfermería del 40% y 60%, respectivamente, y una distribución de la actividad por turnos igual de mañana (50%) y tarde (50%).
8. Compartida por la unidad de hospitalización y el hospital de día.
9. Los recursos humanos de cada hospital general se han calculado a partir de la diferencia entre las necesidades del Sector y las de la unidad de rehabilitación del hospital de convalecencia del mismo. En aquellos Sectores que no disponen en su demarcación geográfica de un hospital de convalecencia, se asigna la totalidad de los recursos de rehabilitación del Sector a las unidades de rehabilitación del hospital general.
10. Todas las unidades de rehabilitación de los hospitales generales deben disponer de terapeuta ocupacional y de logopeda.

RECURSOS DISPONIBLES Y PREVISTOS

En este apartado se especifican los recursos disponibles y los recursos previstos para la prestación de la atención y cuidados sanitarios que precisan los pacientes incluidos en el Programa de Atención a Enfermos Crónicos Dependientes. Los recursos se han especificado tanto en términos absolutos como relativos, relacionándolos con la población¹¹ a la que prestan sus servicios.

Los recursos previstos se han calculado a partir de unos criterios de ordenación –especificados en el texto– aplicados a la población de referencia para cada dispositivo o recurso, con la finalidad de realizar el cálculo de las necesidades estructurales y de recursos humanos. El criterio de ordenación representa el estándar aceptado como adecuado en planificación. A éste se ha aplicado un margen del 20% por encima de su valor como límite a no sobrepasar.

Se presentan por líneas asistenciales y por Sectores.

Línea Asistencial de Atención Primaria

Se detalla cada uno de los dispositivos y recursos necesarios para la prestación de atención y cuidados a los pacientes en el ámbito de la Atención Primaria.

ENFERMERAS RESPONSABLES DEL PROGRAMA

Situación actual

Es un recurso nuevo, específico para este Programa, no estando dotados actualmente los Sectores Sanitarios con el mismo.

Propuesta de recursos

Criterio de ordenación

- 1 enfermera por Sector Sanitario

Es preciso dotar cada uno de los Sectores Sanitarios con una enfermera responsable del programa, encargada de coordinar a las enfermeras gestoras de casos existentes en los mismos.

UNIDADES DE FISIOTERAPIA

Situación actual

En la **Tabla 1** (pág. 92) se especifican los **recursos actualmente disponibles** –estructurales y humanos– en fisioterapia ubicada en Atención Primaria para cada uno de los Sectores.

Se aprecia que hay zonas de salud que no tienen asignada, en estos momentos, una unidad de fisioterapia; así como, la gran diferencia en la ratio de población por fisioterapeuta entre las distintas unidades de fisioterapia.

Propuesta de recursos

Criterio de ordenación

- 1 unidad de fisioterapia por cada 25.000 habitantes
- 1 fisioterapeuta por cada 25.000 habitantes

11. Los datos de población han sido obtenidos del Registro de Usuarios del Sistema de Salud de Aragón a fecha de 31 de mayo de 2004.

En la **Tabla 2** (pág. 93) se especifican los **recursos disponibles** –estructurales y humanos– más los nuevos **recursos propuestos**, y en la **Tabla 2bis** (págs. 95-96) la reorganización de las zonas de salud asignadas a cada unidad de fisioterapia para dar cobertura a toda la población de la Comunidad Autónoma de Aragón.

Tabla 1 | Recursos actuales de fisioterapia en Atención Primaria

| SECTOR | UNIDAD DE FISIOTERAPIA | POBLACIÓN | FISIOTERAPEUTA | |
|---------------|---------------------------|----------------|------------------|---------------|
| | | | Nº | Ratio |
| HUESCA | Sabiñanigo | 12.973 | 1 | 12.973 |
| | Sariñena | 12.353 | 1,5 ¹ | 8.235 |
| | Pirineos ² | | | |
| BARBASTRO | Fraga | 25.716 | 1 | 25.716 |
| | Graus | 11.296 | 1 | 11.296 |
| | Binéfar | 19.562 | 1 | 19.562 |
| | Monzón | 19.419 | 1 | 19.419 |
| TERUEL | Utrillas | 9.457 | 1 | 9.457 |
| | Calamocha | 11.918 | 1 | 11.918 |
| ALCAÑIZ | Andorra | 22.034 | 1 | 22.034 |
| | Caspe ³ | 9.010 | 1 | 9.010 |
| ZARAGOZA I | Actur Sur | 53.532 | 2 | 26.766 |
| | Avd. Cataluña | 49.160 | 1 | 49.160 |
| | Zalfonada | 60.016 | 2 | 30.008 |
| ZARAGOZA II | San José Sur | 41.805 | 2 | 20.903 |
| | Romareda | 49.677 | 2 | 24.839 |
| | Las Fuentes Norte | 63.557 | 2 | 31.779 |
| | Sagasta - Ruiseñores | 60.424 | 2 | 30.212 |
| | Rebolería | 17.150 | 1 | 17.150 |
| | San Pablo | 46.119 | 2 | 23.060 |
| | Torrero - La Paz | 22.317 | 1 | 22.317 |
| ZARAGOZA III | Ejea de los Caballeros | 28.288 | 1 | 28.288 |
| | Delicias Sur | 51.861 | 2 | 25.931 |
| | Tarazona | 23.386 | 1 | 23.386 |
| | Univérsitas | 82.069 | 2 | 41.035 |
| | Casetas | 40.519 | 1 | 40.519 |
| ARAGÓN | 26 U. FISIOTERAPIA | 801.387 | 34,5 | 23.229 |

1. Un fisioterapeuta trabaja a media jornada en el centro de salud de Grañén.
2. Centro de salud recién inaugurado en el que existe sala de cinesiterapia. No dispone de fisioterapeuta ni están definidas las zonas de salud a las que prestaría asistencia dicha unidad.
3. La unidad del centro de salud de Caspe está atendida por un fisioterapeuta del Hospital de Alcañiz que se desplaza dos veces por semana al centro.

Tabla 2 | Recursos propuestos de fisioterapia en Atención Primaria

| SECTOR | UNIDAD DE FISIOTERAPIA | POBLACIÓN | A. de ENFERMERIA | |
|----------------|---------------------------|------------------|-------------------------|---------------|
| | | | Nº | Ratio |
| HUESCA | Sabiñánigo | 12.973 | 1 | 12.973 |
| | Sariñena | 12.353 | 1,5 ¹ | 8.235 |
| | Jaca | 15.648 | 1 | 15.648 |
| | Pirineos | 60.272 | 2 | 30.136 |
| BARBASTRO | Fraga | 28.921 | 1 | 28.921 |
| | Graus | 11.296 | 1 | 11.296 |
| | Barbastro | 26.592 | 1 | 26.592 |
| | Binéfar | 19.562 | 1 | 19.562 |
| | Monzón | 19.419 | 1 | 19.419 |
| TERUEL | Utrillas | 9.457 | 1 | 9.457 |
| | Teruel | 56.803 | 2 | 28.402 |
| | Calamocha | 15.911 | 1 | 15.911 |
| ALCAÑIZ | Andorra | 22.034 | 1 | 22.034 |
| | Alcañiz | 35.040 | 1 | 35.040 |
| | Caspe | 16.442 | 1 | 16.442 |
| CALATAYUD | Calatayud | 45.987 | 2 | 22.994 |
| ZARAGOZA I | Actur Sur | 53.532 | 2 | 26.766 |
| | Actur Oeste ² | 11.739 | 1 | 11.739 |
| | Avd. Cataluña | 49.160 | 1 + 1 | 24.580 |
| | Zalfonada | 53.183 | 2 | 26.592 |
| ZARAGOZA II | San José Sur | 41.805 | 2 | 20.903 |
| | Romareda | 49.677 | 2 | 24.839 |
| | Las Fuentes Norte | 49.206 | 2 | 24.603 |
| | Sagasta-Ruiseñores | 60.424 | 2 | 30.212 |
| | Rebolería | 55.685 | 1 + 1 | 27.842 |
| | Independencia | 47.352 | 2 | 23.676 |
| | San Pablo | 46.119 | 2 | 23.060 |
| Torrero-La Paz | 37.772 | 1 | 37.772 | |
| ZARAGOZA III | Ejea de los Caballeros | 29.945 | 1 | 29.945 |
| | Delicias Sur | 69.573 | 2 | 34.787 |
| | Tarazona | 23.386 | 1 | 23.386 |
| | La Almunia de Dña. Godina | 32.027 | 1 | 32.027 |
| | Miralbueno-Garrapiniillos | 23.826 | 1 | 23.826 |
| | Univérsitas | 40.531 | 2 | 20.266 |
| Casetas | 48.212 | 1 + 1 | 24.106 | |
| ARAGÓN | 35 U. Fisioterapia | 1.231.864 | 51,5³ | 23.920 |

Nota: se ha especificado en verde los cambios respecto a la situación actual. Los cambios en la columna de unidad de fisioterapia representan las unidades nuevas; en la columna de población, una reorganización de la cobertura de zonas de salud que abarca la unidad correspondiente; y en la columna nº fisioterapeutas, los cambios de dotación de recursos humanos.

1. Un fisioterapeuta trabaja a media jornada en el centro de salud de Grañén
2. La población de la zona de salud de Actur Oeste no está asignada en estos momentos, ya que se establecerá a partir de la segregación de parte de las zonas de salud de Actur Norte y Actur Sur. Los 11.739 habitantes pertenecen a la zona de salud de Zuera asignada a esta unidad.
3. De estos 51 corresponderían a nueva dotación 17 fisioterapeutas.

Distribución de los nuevos recursos

– Establecer 5 nuevas unidades de fisioterapia:

- Sector de Alcañiz: 1 Unidad en el centro de salud de Alcañiz
- Sector de Zaragoza I: 1 Unidad en el centro de salud Actur Oeste
- Sector de Zaragoza II: 1 Unidad en el centro de salud Independencia
- Sector de Zaragoza III: 1 Unidad en el centro de salud de La Almunia de Doña Godina y 1 Unidad en el centro de salud de Miralbueno-Garrapinillos.

Según el criterio de ordenación se necesitarían crear 9 unidades de fisioterapia. Sin embargo, los centros de salud de Calatayud, Jaca, Barbastro y Teruel no disponen de espacio físico para su instalación por lo que la asistencia fisioterápica será prestada desde la unidad de rehabilitación del hospital correspondiente.

Las Unidades de Fisioterapia de Fraga y Ejea de los Caballeros, que actualmente se ubican en sus respectivos centros de salud, pasarán a formar parte de un centro sanitario en el que se integrarán las líneas asistenciales de atención primaria, atención especializada y atención sociosanitaria, lo que permitirá compartir los recursos, tanto estructurales como humanos.

– Poner en funcionamiento la sala de cinesiterapia del centro de salud Pirineos.

– Dotar de 13 fisioterapeutas al Sistema de Salud para cubrir las necesidades asistenciales en el ámbito de la Atención Primaria.

- 6 fisioterapeutas para las nuevas unidades de fisioterapia:
 - Sector de Alcañiz: 1 para la Unidad de Fisioterapia de Alcañiz
 - Sector de Zaragoza I: 1 para la Unidad de Fisioterapia de Actur Oeste
 - Sector de Zaragoza II: 2 para la Unidad de Fisioterapia de Independencia
 - Sector de Zaragoza III: 1 para la Unidad de Fisioterapia de La Almunia de Doña Godina y 1 para la Unidad de de Miralbueno-Garrapinillos.
- 2 para la unidad del centro de salud Pirineos, Sector Huesca, creada pero sin funcionar.
- 3 para las Unidades de Fisioterapia ya en funcionamiento pero infradotadas:
 - Sector de Zaragoza I: 1 para la Unidad de Fisioterapia de Avda. Cataluña
 - Sector de Zaragoza II: 1 para la Unidad de Fisioterapia de Rebolería
 - Sector de Zaragoza III: 1 para la Unidad de Fisioterapia de Casetas
- 2 para las Unidades de Rehabilitación de los Hospitales de Barbastro y Teruel, que deberán reforzarse con un fisioterapeuta cada una para la atención de la línea asistencial de atención primaria.

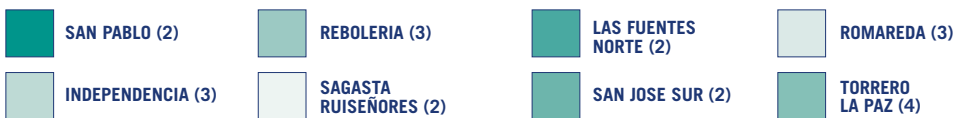
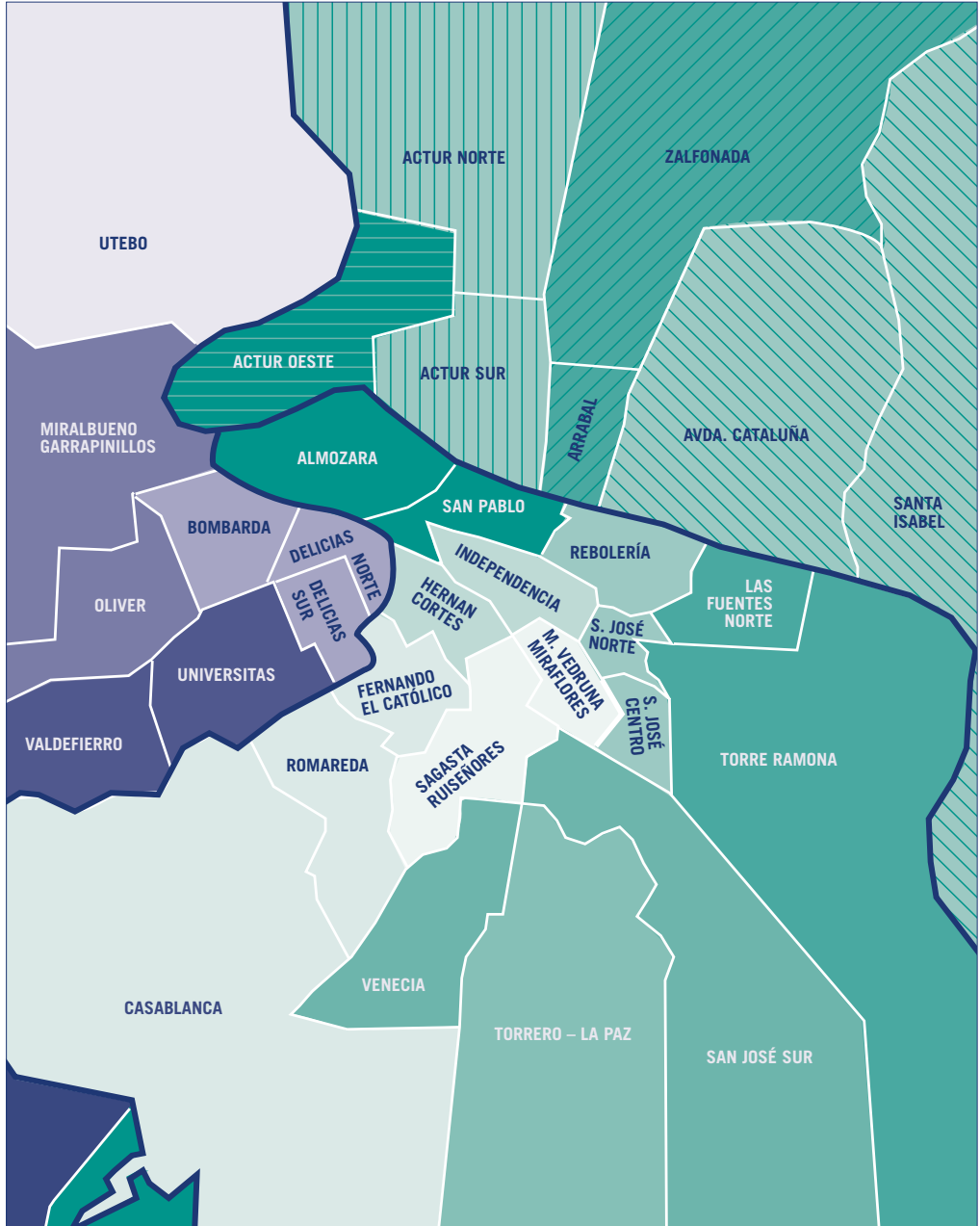
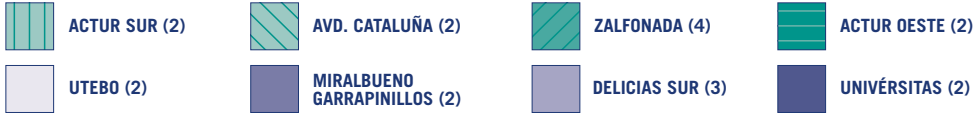
Según el criterio de ordenación se necesitarían 17 nuevos fisioterapeutas, pero no es precisa la dotación de 4 de ellos puesto que, como ya se ha expuesto, las Unidades de Calatayud (2 fisioterapeutas), Jaca (1 fisioterapeuta) y Teruel (1 fisioterapeuta) se ubicarán en la unidad de rehabilitación de los respectivos hospitales generales que disponen de número suficiente de fisioterapeutas para cubrir las necesidades asistenciales de atención primaria y atención especializada.

Tabla 2bis I Unidades de Fisioterapia en Atención Primaria tras la implantación del Programa con su ámbito territorial de actuación (zona de salud asignadas a cada Unidad)

| SECTOR | UNIDAD DE FISIOTERAPIA | Zonas de Salud asignadas a cada Unidad de Fisioterapia |
|-----------|------------------------|--|
| HUESCA | Sabiñánigo | Sabiñánigo Bisecas Broto |
| | Sariñena | Sariñena Grañén |
| | Jaca | Jaca Berdún Hecho |
| | Pirineos | Pirineos (Huesca) Perpetuo Socorro (Huesca) Santo Grial (Huesca) Ayerbe Almuvévar |
| BARBASTRO | Fraga | Fraga Albalate de Cinca Mequinenza |
| | Graus | Bujaraloz Graus Castejón de Sos Benabarre |
| | Barbastro | Barbastro Aínsa Abiego Berbegal Lafortunada |
| | Binéfar | Binéfar Tamarite de Litera |
| | Monzón | Monzón Urbano Monzón Rural |
| TERUEL | Utrillas | Utrillas Muniesa Aliaga |
| | Teruel | Teruel Urbano Teruel Rural Santa Eulalia Albarracín Cella Alfambra Villel Cedrillas Mora de Rubielos Sarrión Mosqueruela |
| | Calamocha | Calamocha Monreal del Campo Báguena Daroca |
| | Andorra | Andorra Híjar Alcorisa |
| ALCAÑIZ | Alcañiz | Alcañiz Calanda Cantavieja Más de las Matas Calaceite Valderrobles |
| | Caspe | Caspe Maella Sástago |

| SECTOR | UNIDAD DE FISIOTERAPIA | Zonas de Salud asignadas a cada Unidad de Fisioterapia |
|----------------|---|--|
| CALATAYUD | CALATAYUD | Alhama de Aragón Ariza Ateca Calatayud Rural Calatayud Urbana Illueca Saviñán Villarroya de la Sierra |
| ZARAGOZA I | ACTUR SUR | Actur Sur Actur Norte |
| | ACTUR OESTE | Zuera Actur Oeste |
| | AVD. CATALUÑA | Avd. Cataluña Santa Isabel |
| | ZALFONADA | Zalfonada Arrabal Alfajarín Villamayor |
| ZARAGOZA II | SAN JOSÉ SUR | San José Sur Venecia |
| | ROMAREDA | Fernando El Católico Romareda Casablanca |
| | LAS FUENTES NORTE | Las Fuentes Norte Torreramaona |
| | SAGASTA-RUISEÑORES | Sagasta-Ruiseñores Madre Vedruna-Miraflores |
| | REBOLERÍA | Rebolería San José Norte San José Centro |
| | INDEPENDENCIA | Independencia Hernán Cortes María de Huerva |
| | SAN PABLO | San Pablo Almozara |
| TORRERO-LA PAZ | Torrero-La Paz Fuentes de Ebro Belchite Azuará | |
| ZARAGOZA III | EJEA DE LOS CABALLEROS | Ejea de los Caballeros Sádaba Tauste Luna Sos del Rey Católico |
| | DELICIAS SUR | Bombarda Delicias Sur Delicias Norte |
| | TARAZONA | Tarazona Borja |
| | LA ALMUNIA DE DÑA. GODINA | La Almunia de Dña. Godina Cariñena Épila Herrera de los Navarros Morata de Jalón |
| | MIRALBUENO-GARRAPINILLOS | Miralbueno-Garrapinillos Oliver |
| | UNIVÉRSITAS | Valdefierro Universitas |
| | CASSETAS | Casetas Alagón Utebo Gallur |
| ARAGÓN | 35 U. Fisioterapia | 121 Zonas de Salud |

UNIDADES DE FISIOTERAPIA TRAS LA IMPLANTACIÓN DEL PECyD EN ZARAGOZA



UNIDADES DE TERAPIA OCUPACIONAL

Situación actual

No existen en el Sistema de Salud de Aragón Unidades de Terapia Ocupacional en el ámbito de la Atención Primaria.

Propuesta de recursos

Criterio de ordenación

- 1 unidad de terapia ocupacional en aquellos centros de salud que dispongan de la estructura física necesaria para su implantación y con un ámbito de población de influencia de, al menos, 50.000 habitantes.

A medida que se vayan reformando centros de salud ya existentes o construyendo otros nuevos, y siempre conforme al criterio de ordenación establecido para este tipo de recurso, se irán implantando nuevas unidades de terapia ocupacional en el ámbito de la Atención Primaria. Las zonas de salud a las que no se les haya asignado una unidad de terapia ocupacional dispondrán de terapeuta ocupacional en la unidad de rehabilitación del hospital de referencia del sector.

En la **Tabla 3** se especifican las unidades de terapia ocupacional y los recursos humanos propuestos.

Tabla 3 | Recursos propuestos de terapia ocupacional en Atención Primaria

| SECTOR | UNIDAD DE TERAPIA OCUPACIONAL | POBLACIÓN | T. OCUPACIONAL | |
|---------------|-------------------------------|----------------|----------------|---------------|
| | | | Nº | Ratio |
| HUESCA | Pirineos | 72.625 | 1 | 72.625 |
| ALCAÑIZ | Alcañiz | 71.809 | 1 | 71.809 |
| ZARAGOZA I | Actur Oeste ¹ | 65.271 | 1 | 65.271 |
| ZARAGOZA II | Independencia | 42.942 | 1 | 42.942 |
| ARAGÓN | 4 U. T. OCUPACIONAL | 252.647 | 4 | 63.162 |

1. La población de la zona de salud de Actur Oeste no está asignada en estos momentos, ya que se establecerá a partir de la segregación de parte de las zonas de salud de Actur Norte y Actur Sur.

Distribución de los nuevos recursos

- Establecer 4 unidades de terapia ocupacional
 - Sector de Huesca: 1 en el centro de salud Pirineos
 - Sector de Alcañiz: 1 en el centro de salud de Alcañiz
 - Sector de Zaragoza I: 1 en el centro de salud Actur Oeste
 - Sector de Zaragoza II: 1 en el centro de salud Independencia
- 4 terapeutas ocupacionales para las 4 nuevas unidades de terapia ocupacional.

12. Aunque la Unidad de Fisioterapia de Teruel precisa la dotación de 2 fisioterapeutas, como se ubicará en la unidad de rehabilitación del hospital general de Teruel (Hospital Obispo Polanco), solo es necesario 1 nuevo fisioterapeuta.

EQUIPOS DE SOPORTE DE ATENCIÓN DOMICILIARIA

Situación actual

En la actualidad, el Sistema de Salud de Aragón dispone de dos equipos de soporte de atención domiciliaria (ESAD) que atienden fundamentalmente a pacientes necesitados de cuidados paliativos. Su distribución es la siguiente:

- ESAD del Sector Zaragoza I y II. Presta atención a los pacientes de los Sectores de Zaragoza I y Zaragoza II. Está formado por dos médicos, dos enfermeros, un auxiliar de enfermería y un auxiliar administrativo.
- ESAD del Sector Zaragoza III. Presta atención a los pacientes de los Sectores de Zaragoza III y del sector de Calatayud. Está formado por dos médicos, dos enfermeros y un auxiliar administrativo.

Propuesta de recursos

Criterio de ordenación

- 1 equipo de soporte de atención domiciliaria por Sector
- Recursos Humanos
 - 1 médico por equipo — 2 población del Sector > 200.000 habitantes
 - 1 enfermero por equipo — 2 población del Sector > 200.000 habitantes
 - 1 auxiliar administrativo por equipo

El personal administrativo del ESAD podrá ser específico para la unidad o compartido con otros dispositivos o unidades en función de la carga de trabajo.

En la **Tabla 4** se especifican los **recursos humanos de los ESAD y la propuesta para la constitución de nuevos equipos** de soporte de atención domiciliaria.

Tabla 4 | Recursos propuestos de ESAD en Atención Primaria

| SECTOR | POBLACIÓN | MÉDICO | | ENFERMERO | | ADMINISTRATIVO | |
|---------------|------------------|-----------|----------------|-----------|----------------|----------------|---------|
| | | Nº | Ratio | Nº | Ratio | Nº | Ratio |
| HUESCA | 101.246 | 1 | 101.246 | 1 | 101.246 | | |
| BARBASTRO | 99.744 | 1 | 99.744 | 1 | 99.744 | | |
| TERUEL | 76.755 | 1 | 76.755 | 1 | 76.755 | | |
| ALCAÑIZ | 71.809 | 1 | 71.809 | 1 | 71.809 | | |
| CALATAYUD | 52.649 | 1 | 52.649 | 1 | 52.649 | | |
| ZARAGOZA I | 174.345 | 1 | 174.345 | 1 | 174.345 | | |
| ZARAGOZA II | 383.630 | 2 | 191.815 | 2 | 191.815 | 1 | 383.630 |
| ZARAGOZA III | 271.686 | 2 | 135.843 | 2 | 135.843 | 1 | 271.686 |
| ARAGÓN | 1.231.864 | 10 | 123.186 | 10 | 123.186 | 2 | |

Nota 1: Se ha especificado en verde los sectores a los que es preciso dotar de ESAD, así como los datos referidos a los recursos humanos (médico y enfermero) necesarios y sus ratios.

Nota 2: solo se considera necesario dotar de auxiliar administrativo específico a los ESAD de los Sectores de Zaragoza II y de Zaragoza III; el resto de los ESAD dispondrán de apoyo administrativo.

Distribución de los nuevos recursos

- Se precisa dotar a **6 sectores de ESAD**:
 - Sector de Huesca: 1 ESAD con 1 médico y 1 enfermero
 - Sector de Barbastro: 1 ESAD con 1 médico y 1 enfermero
 - Sector de Teruel: 1 ESAD con 1 médico y 1 enfermero
 - Sector de Alcañiz: 1 ESAD con 1 médico y 1 enfermero
 - Sector de Calatayud: 1 ESAD con 1 médico y 1 enfermero
 - Sector de Zaragoza I: 1 ESAD con 1 médico y 1 enfermero

AUXILIARES DE ENFERMERÍA

Auxiliares de Enfermería necesarios para ayudar en el manejo de enfermos en las unidades de fisioterapia (y de terapia ocupacional, donde existan). En la **Tabla 5** (pág. 102) se muestra la **dotación actual** de auxiliares de enfermería y, en verde, las **necesidades previstas**.

Distribución de los nuevos recursos

- Se precisan **5 auxiliares de enfermería** para Unidades de Fisioterapia:
 - Sector de Barbastro
 - Unidad de Fisioterapia de Graus
 - Unidad de Fisioterapia de Binéfar
 - Sector de Zaragoza I
 - Unidad de Fisioterapia de Actur Oeste
 - Sector de Zaragoza II
 - Unidad de Fisioterapia de Independencia
 - Sector de Zaragoza III
 - Unidad de Fisioterapia de La Almunia de Dña. Godina

Línea asistencial de Atención Sociosanitaria

Las necesidades de atención y cuidados sociosanitarios se prestan en todos los dispositivos del Sistema de Salud de Aragón, independientemente del ámbito asistencial (atención primaria o atención especializada). Sin embargo, se dispone de recursos específicos especializados en la prestación de estos cuidados que se detallan a continuación.

UNIDADES DE VALORACIÓN SOCIOSANITARIAS

Situación actual

En la actualidad, el Sistema de Salud dispone de tres UVSS, cuyas características se detallan a continuación:

- UVSS del Sector de Huesca. Está constituida por un geriatra (adscrito al Hospital Sagrado Corazón de Jesús que se desplaza a Hospital San Jorge) y una enfermera (adscrita al Hospital San Jorge). No es una unidad en sentido estricto, ya que las funciones que le corresponden como tal se realizan por geriatras que se van turnando en su realización. Por otro lado, la enfermera que forma parte de dicha unidad es más una enfermera gestora de casos que dedicada a la valoración integral sociosanitaria. No dispone de trabajador social dedicado en exclusiva a la unidad y las valoraciones sociales son atendidas por el traba-

Tabla 5 | Recursos propuestos de auxiliar de enfermería en Atención Primaria

| SECTOR | UNIDAD DE FISIOTERAPIA | POBLACIÓN | A. DE ENFERMERIA | |
|----------------|---------------------------|------------------|------------------|----------|
| | | | Actual | Nec. |
| HUESCA | Sabiñánigo | 12.973 | 2 | |
| | Sarriñena | 12.353 | 1 | |
| | Jaca | 15.648 | 3 | |
| | Pirineos | 60.272 | 1 | |
| BARBASTRO | Fraga | 28.921 | 2 | |
| | Graus | 11.296 | | 1 |
| | Barbastro | 26.592 | 3 | |
| | Binéfar | 19.562 | | 1 |
| | Monzón | 19.419 | 2 | |
| TERUEL | Utrillas | 9.457 | 1 | |
| | Teruel | 56.803 | 1 | |
| | Calamocha | 15.911 | 1 | |
| ALCAÑIZ | Andorra | 22.034 | 2 | |
| | Alcañiz | 35.040 | 2 | |
| | Caspe | 16.442 | 1 | |
| CALATAYUD | Calatayud | 45.987 | 6 | |
| ZARAGOZA I | Actur Sur | 53.532 | 2 | |
| | Actur Oeste ¹ | 11.739 | | 1 |
| | Avd. Cataluña | 49.160 | 2 | |
| | Zalfonada | 53.183 | 1 | |
| ZARAGOZA II | San José Sur | 41.805 | 2 | |
| | Romareda | 49.677 | 1 | |
| | Las Fuentes Norte | 49.206 | 2 | |
| | Sagasta-Ruiseñores | 60.424 | 2 | |
| | Rebolería | 55.685 | 1 | |
| | Independencia | 47.352 | | 1 |
| | San Pablo | 46.119 | 2 | |
| Torrero-La Paz | 37.772 | 1 | | |
| ZARAGOZA III | Ejea de los Caballeros | 29.945 | 1 | |
| | Delicias Sur | 69.573 | 2 | |
| | Tarazona | 23.386 | 1 | |
| | La Almunia de Dña. Godina | 32.027 | | 1 |
| | Miralbueno-Garrapinillos | 23.826 | 1 | |
| | Univérsitas | 40.531 | 2 | |
| | Casetas | 48.212 | 1 | |
| ARAGÓN | 35 U. Fisioterapia | 1.231.864 | 52 | 5 |

Nota: se ha especificado en verde los cambios respecto a la situación actual. Los cambios en la columna nº de auxiliares de enfermería representan los cambios de dotación de recursos humanos.

1. La población de la zona de salud de Actur Oeste no está asignada en estos momentos, ya que procederá de la segregación de parte de las zonas de salud de Actur Norte y Actur Sur.

jador social del centro en el que esté ingresado el paciente. Carece de apoyo administrativo específico.

- UVSS del Sector de Zaragoza II. Ubicada en el Hospital Universitario Miguel Servet. Está constituida por un geriatra, una enfermera y una trabajadora social dedicadas específicamente a la valoración sociosanitaria. Disponen de apoyo administrativo a tiempo parcial.
- UVSS del Sector de Teruel. Ubicada en el Hospital San José está constituida por una geriatra, una enfermera y un trabajador social (éste comparte sus funciones en la UVSS con las del hospital). El geriatra es compartido con el Hospital de Día. Carece de apoyo administrativo específico. Solo esta UVSS dispone de consulta externa.

Propuesta de recursos

Criterio de ordenación

- 1 unidad de valoración sociosanitaria por Sector
- 1 consulta externa de valoración sociosanitaria por Sector
- Recursos Humanos
 - 1 médico por unidad
 - 1 enfermero por unidad
 - 1 trabajador social por unidad
 - 1 auxiliar administrativo por unidad

El trabajador social y el personal administrativo de la UVSS podrán ser específicos para la unidad o compartidos con otros dispositivos o unidades en función de la carga de trabajo. En los Sectores de Zaragoza I, Zaragoza II y Zaragoza III se considera conveniente que dispongan de un trabajador social y en los Sectores de Zaragoza II y Zaragoza III de apoyo administrativo específico para la UVSS.

En la **Tabla 6** se especifican los **recursos humanos de las UVSS** y la **propuesta para la constitución de nuevas unidades** de valoración sociosanitaria.

Tabla 6 | Recursos propuestos de UVSS

| SECTOR | POBLACIÓN | Médico | | Enfermero | | T. Social | | Administrativo | |
|---------------|------------------|----------|----------------|-----------|----------------|-----------|---------|----------------|---------|
| | | Nº | Ratio | Nº | Ratio | Nº | Ratio | Nº | Ratio |
| HUESCA | 101.246 | 1 | 101.246 | 1 | 101.246 | | | | |
| BARBASTRO | 99.744 | 1 | 99.744 | 1 | 99.744 | | | | |
| TERUEL | 76.755 | 1 | 76.755 | 1 | 76.755 | 1 | 76.755 | | |
| ALCAÑIZ | 71.809 | 1 | 71.809 | 1 | 71.809 | | | | |
| CALATAYUD | 52.649 | 1 | 52.649 | 1 | 52.649 | | | | |
| ZARAGOZA I | 174.345 | 1 | 174.345 | 1 | 174.345 | 1 | 174.345 | | |
| ZARAGOZA II | 383.630 | 1 | 383.630 | 1 | 383.630 | 1 | 383.630 | 1 | 383.630 |
| ZARAGOZA III | 271.686 | 1 | 271.686 | 1 | 271.686 | 1 | 271.686 | 1 | 271.686 |
| ARAGÓN | 1.231.864 | 8 | 123.168 | 8 | 123.168 | 4 | | 2 | |

Nota 1: Aparecen en verde los sectores a los que es preciso dotar de UVSS, así como los datos referidos a los recursos humanos (médico y enfermero) necesarios y sus ratios

Nota 2: Sólo se considera necesario dotar de auxiliar administrativo específico a las UVSS de los Sectores de Zaragoza II y de Zaragoza III; el resto de las UVSS dispondrán de apoyo administrativo

Distribución de los nuevos recursos

- Es preciso dotar a **5 sectores de UVSS**, cada uno de ellas con un médico (médico especialista en Geriatria o especialista en Medicina de Familia y Comunitaria) y un enfermero:
 - Sector de Barbastro
 - Sector de Alcañiz
 - Sector de Calatayud
 - Sector de Zaragoza I
 - Sector de Zaragoza III
- Además, se precisan 2 trabajadores sociales:
 - Sector de Zaragoza I
 - Sector de Zaragoza III
- Aunque no supongan dotación de nuevos recursos:
 - Es preciso asignar un **auxiliar administrativo** a la UVSS del Sector Zaragoza III del hospital en el que se ubique.
 - Se considera necesario establecer **consultas externas** de valoración para la realización de valoraciones ambulatorias demandadas desde atención primaria o atención especializada para todas las UVSS excepto la de Teruel, que ya dispone de ella.

HOSPITAL DE CONVALECENCIA

Situación actual

El Sistema de Salud de Aragón dispone actualmente de cuatro hospitales de media-larga estancia geriátricos con importantes diferencias entre éstos, tanto en relación con las **unidades** de que dispone el hospital (**Tabla 7**) como en la dotación de **recursos humanos** (**Tabla 8**). Estos hospitales son:

- Hospital Sagrado Corazón de Jesús. Incluido en el Sector de Huesca.
- Centro Sociosanitario de Fraga. Incluido en el Sector de Barbastro.
- Hospital San José. Incluido en el Sector de Teruel.
- Hospital Geriátrico San Jorge. Incluido en el Sector de Zaragoza III.

Tabla 7 | Unidades de los hospitales de convalecencia de Aragón

| UNIDAD | SAGRADO CORAZÓN | | CENTRO SOCIO SAN. FRAGA | | SAN JOSÉ | | GERIÁTRICO SAN JORGE | | ARAGÓN | |
|---------------------------|-----------------|-------|-------------------------|-------|----------|-------|----------------------|-------|--------|-------|
| | Nº | Ratio | Nº | Ratio | Nº | Ratio | Nº | Ratio | Nº | Ratio |
| HOSPITALIZACIÓN Camas | 70 | 2,98 | 10 | 0,39 | 46 | 2,12 | 70 | 1,26 | 196 | 0,74 |
| HOSPITAL de DÍA Plazas | 12 | 0,51 | 0 | – | 15 | 0,69 | 12 | 0,22 | 39 | 0,15 |

Nota 1: la ratio hace referencia al número de camas o plazas por cada 1.000 habitantes > 65 años del Sector.

Todos estos hospitales disponen de unidad de rehabilitación dotada al menos de fisioterapeuta y terapeuta ocupacional, salvo el Centro Sociosanitario de Fraga. Tan sólo el Hospital Sagrado Corazón de Jesús dispone de médico especialista en Medicina Física y Rehabilitación.

Excepto el Centro Sociosanitario de Fraga, todos disponen de consulta externa de geriatría. El Hospital Sagrado Corazón de Jesús dispone, además, de consulta de rehabilitación, que atiende a pacientes ambulatorios mayores de 70 años.

En la **Tabla 8** se desglosa los **recursos humanos** de estos centros en cada una de las unidades. El personal de la unidad de rehabilitación atiende tanto a los pacientes hospitalizados como a los pacientes del hospital de día, por ello sólo se ha reflejado como parte de la unidad de rehabilitación. Por otro lado, las consultas externas son atendidas tanto por profesionales sanitarios de la unidad de hospitalización como del hospital de día, en función de la organización propia de cada centro.

Tabla 8 | Recursos humanos de los hospitales de convalecencia en Aragón

| UNIDAD | SAGRADO CORAZÓN de JESUS ¹ | | CENTRO SOCIO SAN. FRAGA | | SAN JOSÉ | | GERIÁTRICO SAN JORGE | | ARAGÓN | |
|------------------------------------|---------------------------------------|-------|-------------------------|-------|----------------|-------|----------------------|-------|--------|-------|
| | Nº | Ratio | Nº | Ratio | Nº | Ratio | Nº | Ratio | Nº | Ratio |
| HOSPITALIZACIÓN² | | | | | | | | | | |
| Geriatra | 3 | 23,3 | 0 | - | 1 | 46 | 6 | 11,7 | 10 | 19,6 |
| Otros Especialistas | 4 | 17,5 | 2 | 5 | 4 | 11,5 | 0 | - | 10 | 19,6 |
| Enfermero | 21 | 3,3 | 5 | 2 | 16 | 2,9 | 28 | 2,5 | 70 | 2,8 |
| Aux. Enfermería | 42 | 1,7 | 9 | 1,1 | 25 | 1,8 | 32 | 2,2 | 108 | 1,8 |
| REHABILITACIÓN² | | | | | | | | | | |
| Esp. rehabilitación | 1 | 70 | 0 | - | 0 | - | 0 | - | 1 | 196,0 |
| Fisioterapeuta | 3 | 23,3 | 0 | - | 2 | 23 | 1 | 70,0 | 6 | 32,7 |
| T. Ocupacional | 2 | 35 | 0 | - | 1 | 46 | 1 | 70,0 | 4 | 49,0 |
| Logopeda | 2 | 35 | 0 | - | 0 | - | 0 | - | 2 | - |
| Aux. Enfermería | 7 | 10 | 0 | - | 2 | 23 | 1 | 70,0 | 10 | 19,6 |
| HOSPITAL de DÍA³ | | | | | | | | | | |
| Geriatra | 1 | 12 | 0 | - | 1 ⁴ | 14 | 1 | 12,0 | 3 | 13,0 |
| Enfermero | 1 | 12 | 0 | - | 1 | 15 | 1 | 12,0 | 3 | 13,0 |
| Aux. Enfermería | 3 | 4 | 0 | - | 2 | 7,5 | 4 | 3,0 | 9 | 4,3 |

1. Los logopedas del Hospital Sagrado Corazón de Jesús prestan cobertura a la población del Sector de Huesca.
2. La ratio de los profesionales de estas unidades esta calculada en función de las camas del hospital. Ésta expresa el nº de camas por profesional.
3. La ratio de los profesionales del hospital de día está calculada en función de las plazas del mismo. Ésta expresa el nº de plazas por profesional.
4. El geriatra del Hospital de Día es compartido con la UVSS.

Nota 1: El personal de enfermería y auxiliar de enfermería incluye el total de los 3 turnos.

A excepción del Centro Sociosanitario de Fraga y del Hospital San José de Teruel, todos los hospitales de convalecencia disponen de radiólogo.

A excepción del Centro Sociosanitario de Fraga, todos los hospitales de convalecencia disponen de farmacéutico.

A excepción del Centro Sociosanitario de Fraga, todos los hospitales de convalecencia disponen de trabajador social.

Propuesta de recursos

Criterio de ordenación

- 1 hospital de convalecencia por Sector
- unidades del hospital
 - 1 unidad de hospitalización por centro
 - 1 unidad de rehabilitación por centro
 - 1 hospital de día por centro: médico y de rehabilitación
 - consultas externas
- Servicios comunes
 - Radiólogo
 - Trabajador social

Cada Sector deberá disponer de un hospital de convalecencia (público o concertado) bien en el propio territorio o uno de referencia en otro Sector.

Se propone la siguiente organización de hospitales de convalecencia en el territorio de la Comunidad Autónoma de Aragón:

- Sector de Huesca
 - Hospital Sagrado Corazón de Jesús.
 - Consorcio Hospitalario de Jaca.
- Sector de Barbastro
 - Hospital de Barbastro con un módulo específico para convalecencia.
 - Consorcio Hospitalario de Fraga.
- Sector de Teruel
 - Hospital San José.
- Sector de Zaragoza III
 - Hospital San Jorge. Está previsto el traslado del Hospital Geriátrico San Jorge al recinto que ocupa actualmente el Hospital Nuestra Señora de Gracia.
 - Centro Sanitario de Ejea de los Caballeros.
- Sector de Zaragoza I
 - La demanda asistencial procedente de la población del Sector de Zaragoza I será cubierta por el Hospital San Jorge tras su próxima ubicación en el Hospital Nuestra Señora de Gracia.
- Sector de Zaragoza II
 - No se dispone de centros propios para cubrir la demanda asistencial de la población del Sector de Zaragoza II y, dado su volumen, no puede ser cubierta con centros localizados en otros sectores. Por ello, tendrá que ser concertada.
- Sector de Calatayud
 - Las necesidades asistenciales de la población del Sector de Calatayud pueden ser cubiertas desde el Hospital San Jorge (Sector Zaragoza III).

– Sector de Alcañiz

La demanda de la población del Sector de Alcañiz puede ser atendida desde diferentes dispositivos: Centro Sociosanitario de Fraga, Hospital San José de Teruel y el centro con el que se concierte la asistencia para la población del Sector de Zaragoza II.

UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN de Hospital de Convalecencia

Situación actual

Los hospitales de convalecencia de que dispone actualmente la Comunidad Autónoma de Aragón presentan diferencias importantes en sus respectivas unidades de hospitalización. Entre ellas destacan:

- Relacionadas con el tipo de pacientes que atienden: el Centro Sociosanitario de Fraga ingresa pacientes de larga estancia, mientras que el Hospital San Jorge de Zaragoza ingresa pacientes de media-corta estancia.
- La dotación de camas es variable entre centros, sin que responda a ningún criterio de ordenación definido.

El personal facultativo no presenta uniformidad en el tipo de especialización: hay unidades constituidas exclusivamente por geriatras y otras por médicos generales y especialistas en medicina familiar y comunitaria. Todos estos extremos se muestran en la **Tabla 9** (pág. 108).

Propuesta de recursos

Criterio de ordenación

- 1,5 camas por cada 1.000 habitantes \geq 65 años
- recursos humanos
 - 1 médico especialista cada 20 camas
 - 1 puesto de enfermería cada 3 camas
 - 1 puesto de auxiliar de enfermería cada 2 camas

Los puestos de enfermería y de auxiliar de enfermería se han calculado para las 24 horas del día, de tal forma que la distribución entre los tres turnos es la siguiente: 0,4 para los turnos de mañana y tarde respectivamente y 0,2 para el turno de noche.

Distribución de nuevos recursos

- Es preciso incrementar 160 camas (entre los actuales y los nuevos hospitales de convalecencia) y el resto de las camas serán concertadas por el Departamento de Salud y Consumo.
- Sector de Huesca
 - Hospital Sagrado Corazón de Jesús: **70 camas ya existentes**
 - Consorcio Hospitalario de Jaca: 30 camas de nueva creación
- Sector de Barbastro
 - Hospital de Barbastro: **15 camas, de nueva creación**
 - Consorcio Hospitalario de Fraga: 10 camas ya existentes y **20 camas de nueva creación**
- Sector de Teruel
 - Hospital San José: 46 camas ya existentes
- Sector de Zaragoza III
 - Hospital San Jorge, en su próxima ubicación en el Hospital Nuestra Señora de Gracia: 70 camas ya existentes y **65 camas de nueva creación**
 - Centro Sanitario de Ejea de los Caballeros: **30 camas de nueva creación**

- Las necesidades asistenciales de los Sectores que no disponen de dicho dispositivo serán cubiertas tanto por los hospitales de otros Sectores como con plazas concertadas.
 - Hay que dotar las unidades de hospitalización con los siguientes **recursos humanos**:
 - **4 médicos**
 - 1 en Hospital de Barbastro
 - 1 en Hospital San Jorge
 - 2 en el Centro Sanitario de Ejea
 - **45 puestos de enfermería**
 - 5 en Hospital de Barbastro
 - 7 en el Centro de Fraga
 - 21 en Hospital San Jorge
 - 10 en el Centro Sanitario de Ejea
 - **61 puestos de auxiliar de enfermería**
 - 7 en Hospital de Barbastro
 - 9 en el Centro de Fraga
 - 31 en Hospital San Jorge
 - 14 en el Centro Sanitario de Ejea

En la **Tabla 10** (pág. 109) se presenta la **propuesta de unidades de hospitalización** para los distintos hospitales de convalecencia con su **dotación de personal**.

Tabla 9 | Dotación de la unidad de hospitalización de los actuales hospitales de convalecencia en Aragón

| SECTOR | Médicos | | Geriatras | | Otras Especialidades | | Puestos Enfermería | Puestos aux. Enfermería |
|------------------------|------------|-------------|-----------|-------------|----------------------|-------------|--------------------|-------------------------|
| | Nº | Ratio | Nº | Ratio | Nº | Ratio | Nº | Nº |
| HUESCA | 70 | 2,98 | 3 | 23,3 | 4 | 17,5 | 22 | 34 |
| BARBASTRO ¹ | 10 | 0,39 | 0 | – | 2 | 5 | 3 | 5 |
| TERUEL | 46 | 2,12 | 1 | 46 | 4 | 11,5 | 15 | 22 |
| ZARAGOZA III | 70 | 1,26 | 6 | 11,7 | 0 | – | 22 | 34 |
| ARAGÓN | 196 | 0,74 | 10 | 19,6 | 10 | 19,6 | 62 | 95 |

1. Las camas de Sector de Barbastro corresponden al Hospital Sociosanitario de Fraga
Nota: La ratio de camas está calculada por cada 1.000 habitantes 65 años.

Tabla 10 | Propuesta de dotación de las unidades de hospitalización de los hospitales de convalecencia

| UNIDAD | CAMAS | | MÉDICOS | | PUESTOS DE ENFERMERIA | | PUESTOS DE AUX. DE ENFERMERIA | |
|--------------------------------|------------|------------|-----------|----------|-----------------------|-----------|-------------------------------|-----------|
| | Nº | Ratio | Nº | Ratio | Nº | Ratio | Nº | Ratio |
| HUESCA | | | | | | | | |
| Consortio Hospitalario de Jaca | 30 | 30 | 2 | 0 | 10 | 0 | 14 | 0 |
| H. Sagrado Corazón de Jesús | 70 | 0 | 7 | 0 | 22 | 0 | 34 | 0 |
| BARBASTRO | | | | | | | | |
| H. de Barbastro | 15 | 15 | 1 | 1 | 5 | 5 | 7 | 7 |
| Centro Sociosanitario de Fraga | 30 | 20 | 2 | 0 | 10 | 7 | 14 | 9 |
| TERUEL | | | | | | | | |
| Hospital San José | 46 | 0 | 5 | 0 | 15 | 0 | 22 | 0 |
| ZARAGOZA III | | | | | | | | |
| H. Geriátrico San Jorge | 135 | 65 | 7 | 1 | 43 | 21 | 65 | 31 |
| Centro Sanitario de Ejea | 30 | 30 | 2 | 2 | 10 | 10 | 14 | 14 |
| ARAGÓN | 356 | 160 | 26 | 4 | 115 | 43 | 170 | 61 |

Nota 1: en cada columna se especifican los recursos humanos propuestos (prop.) según el criterio de ordenación y las necesidades (neces.) para cubrir dicha propuesta, calculadas éstas en función de la diferencia entre las propuestas y la dotación actual

Nota 2: El Sector Zaragoza I compartirá Hospital de convalecencia (Hospital Geriátrico San Jorge) con el Sector Zaragoza III

UNIDADES DE REHABILITACIÓN de Hospital de Convalecencia

Situación actual

Todos los hospitales de convalecencia disponen de unidades de rehabilitación, a excepción del Centro Sociosanitario de Fraga. Sin embargo, sólo se puede considerar una auténtica unidad la del Hospital Sagrado Corazón de Jesús formada por un equipo multidisciplinar dirigido por un médico especialista en Medicina Física y Rehabilitación. En la **Tabla 8** (recursos humanos de hospitales de convalecencia –pág. 105–) está explicitada la dotación de la unidad de rehabilitación de los distintos hospitales. En ella se aprecia la ausencia de criterios de ordenación que den uniformidad a estas unidades.

Propuesta de recursos

Criterio de ordenación

– 1 unidad de rehabilitación en cada hospital de convalecencia

– recursos humanos

- 1 médico especialista en rehabilitación en centros ≥ 40 camas
- 1 fisioterapeuta cada 25 camas
- 1 terapeuta ocupacional en centros ≥ 30 camas
- Disponibilidad de logopeda
- 1 auxiliar de enfermería en centros < 40 camas; 2 en centros ≥ 40 camas

Se ha optado por la figura del **logopeda de Sector**, de tal forma que el logopeda de la unidad de rehabilitación de los hospitales generales atenderá la demanda que se derive de los pacientes ingresados en los hospitales de convalecencia. Se procederá a la reordenación de recursos en el Sector de Huesca donde se dispone del número suficiente de logopedas actualmente ubicados en el Hospital Sagrado Corazón de Jesús.

El personal de la unidad de rehabilitación atenderá las actividades de rehabilitación que se desarrolle en el hospital de día.

En la **Tabla 11** (pág. 111) se presenta la **propuesta de recursos de rehabilitación** para los hospitales de convalecencia actuales y previstos para toda la Comunidad Autónoma.

Se debe tener presente que en muchas ocasiones los hospitales de convalecencia forman parte de un complejo asistencial que abarca atención primaria, atención especializada y atención sociosanitaria, con lo que los recursos serán compartidos.

Como ya se ha expuesto anteriormente, está previsto el traslado del Hospital San Jorge al recinto que ocupa actualmente el Hospital Nuestra Señora de Gracia. La proximidad física de ambos hospitales permite la creación de una unidad de rehabilitación común para ambos que dé respuesta a las necesidades tanto desde el ámbito de atención especializada como de la atención sociosanitaria, lo que incrementa la efectividad de los recursos. Esta unidad, contando los recursos correspondientes a ambos hospitales, estará dotada de los siguientes recursos humanos: 2 médicos especialistas en Medicina Física y Rehabilitación, 10 fisioterapeutas, 2 terapeutas ocupacionales, 1 logopeda, 3 auxiliares de enfermería y un auxiliar administrativo. En su estimación se han aunado las necesidades de ambos hospitales.

Dado que la rehabilitación es una actividad pluridisciplinar bajo la coordinación del médico especialista en Medicina Física y Rehabilitación y los futuros Centros Sanitarios de Ejea y Fraga no dispondrán de este personal, se propone su dependencia funcional de las unidades de rehabilitación de los hospitales generales de los Sectores correspondientes, es decir, del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa de Zaragoza y del Hospital de Barbastro, respectivamente.

Distribución de nuevos recursos

– En total se precisan los siguientes recursos humanos:

- **2 médicos especialistas en Medicina Física y Rehabilitación**
 - 1 en el Hospital San José
 - 1 en el Hospital San Jorge
- **6 fisioterapeutas**
 - 1 en el Centro de Fraga
 - 4 en el Hospital San Jorge
 - 1 en el Centro de Ejea
- **2 terapeutas ocupacionales**
 - 1 en el Centro de Fraga
 - 1 en el Centro de Ejea
- **3 auxiliares de enfermería.**
 - 1 en el Centro de Fraga
 - 1 en el Hospital San Jorge
 - 1 en el Centro de Ejea

Tabla 11 | Propuesta de dotación de la unidad de rehabilitación de los hospitales de convalecencia

| UNIDAD | CAMAS | | MÉDICOS | | PUESTOS DE ENFERMERIA | | PUESTOS DE AUX. DE ENFERMERIA | |
|--------------------------------|----------|----------|-----------|----------|-----------------------|----------|-------------------------------|----------|
| | Nº | Ratio | Nº | Ratio | Nº | Ratio | Nº | Ratio |
| HUESCA | | | | | | | | |
| Consortio Hospitalario de Jaca | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 |
| H. Sagrado Corazón de Jesús | 1 | 0 | 3 | 0 | 1 | 0 | 3 | 0 |
| BARBASTRO | | | | | | | | |
| H. de Barbastro | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 |
| Centro Sociosanitario de Fraga | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| TERUEL | | | | | | | | |
| Hospital San José | 1 | 1 | 2 | 0 | 1 | 0 | 2 | 0 |
| ZARAGOZA III | | | | | | | | |
| H. Geriatrico San Jorge | 1 | 1 | 5 | 4 | 1 | 0 | 2 | 1 |
| Centro Sanitario de Ejea | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| ARAGÓN | 3 | 2 | 14 | 6 | 6 | 2 | 11 | 3 |

Nota 1: En cada columna se especifican los recursos humanos propuestos (prop.) según el criterio de ordenación y las necesidades (neces.) para cubrir dicha propuesta, calculadas éstas en función de la diferencia entre la propuesta y la dotación actual

Nota 2: La demanda asistencial procedente de la población del Sector de Zaragoza I, será cubierta con el Hospital San Jorge tras su próxima ubicación en el Hospital Nuestra Señora de Gracia

Nota 3: La demanda asistencial de la población del Sector de Zaragoza II será cubierta a través de centros concertados.

HOSPITAL DE DÍA de Hospital de Convalecencia

Situación actual

A excepción del Centro Sociosanitario de Fraga, en todos los hospitales de convalecencia se dispone de hospital de día que funciona como centro médico y rehabilitador.

En las **Tablas 7** (pág. 104) y **8** (pág. 105) se mostraban las plazas y el personal disponible en los hospitales de día y en ellas se constata la escasez de plazas en todo el territorio. En la **Tabla 12** (pág. 113) se muestra la **propuesta de dotación de recursos** en los hospitales de día.

Propuesta de recursos

Criterio de ordenación

- 1 hospital de día en cada hospital de convalecencia con actividad:
 - médica
 - rehabilitadora, dependiente de la unidad de rehabilitación
- 0,4 plazas por cama de hospital de convalecencia
- recursos humanos
 - 1 médico en hospitales ≥ 20 plazas y 2 médicos en hospitales ≥ 50 plazas
 - 1 puesto de enfermería cada 3 plazas

- **1 puesto de auxiliar de enfermería cada 2 plazas**

El cálculo de puestos de enfermería y de auxiliar de enfermería se ha realizado con un horario de 9 a 18 horas de funcionamiento del hospital de día y una distribución entre dos turnos de mañana y tarde al 50% cada uno de ellos.

Los recursos humanos necesarios para el desarrollo de los cuidados de rehabilitación formarán parte de la unidad de rehabilitación del hospital de convalecencia que se organizará para dar respuesta a las necesidades asistenciales tanto de la unidad de hospitalización como del hospital de día.

Distribución de nuevos recursos

- En total se precisa crear 97 nuevas plazas de hospital de día:
 - Sector de Huesca
 - Hospital Sagrado Corazón de Jesús: 28 plazas ya existentes y **16 plazas de nueva creación**
 - Consorcio Hospitalario de Jaca: 12 plazas ya existentes y **12 plazas de nueva creación**
 - Sector de Barbastro
 - Consorcio Hospitalario de Fraga: 12 plazas ya existentes y **12 plazas de nueva creación**
 - Sector de Teruel
 - Hospital San José: 15 plazas ya existentes y **3 plazas de nueva creación**
 - Sector de Zaragoza III
 - Hospital San Jorge, en su próxima ubicación en el Hospital Nuestra Señora de Gracia: 12 plazas ya existentes y **42 plazas de nueva creación**
 - Centro Sanitario de Ejea de los Caballeros: 12 plazas ya existentes y **12 plazas de nueva creación**
- Hay que dotar con los siguientes recursos humanos:
 - **1 médico** en el Hospital San Jorge
 - **10 puestos de enfermería**
 - 1 en el Centro de Jaca
 - 2 en el Hospital Sagrado Corazón de Jesús
 - 1 en el Centro de Fraga
 - 5 en el Hospital San Jorge
 - 1 en el Centro de Ejea
 - **17 puestos de auxiliar de enfermería.**
 - 2 en el Centro de Jaca
 - 3 en el Hospital Sagrado Corazón de Jesús
 - 2 en el Centro de Fraga
 - 8 en el Hospital San Jorge
 - 2 en el Centro de Ejea

Tabla 12 | Propuesta de dotación del hospital de día de los hospitales de convalecencia

| UNIDAD | CAMAS | | MÉDICOS | | PUESTOS DE ENFERMERIA | | PUESTOS DE AUX. DE ENFERMERIA | |
|--------------------------------|------------|-----------|----------|----------|-----------------------|-----------|-------------------------------|-----------|
| | Nº | Ratio | Nº | Ratio | Nº | Ratio | Nº | Ratio |
| HUESCA | | | | | | | | |
| Consortio Hospitalario de Jaca | 12 | 12 | 0 | 0 | 1 | 1 | 2 | 2 |
| H. Sagrado Corazón de Jesús | 28 | 16 | 1 | 0 | 4 | 2 | 5 | 3 |
| BARBASTRO | | | | | | | | |
| H. de Barbastro ¹ | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Centro Sociosanitario de Fraga | 12 | 12 | 0 | 0 | 1 | 1 | 2 | 2 |
| TERUEL | | | | | | | | |
| Hospital San José | 18 | 3 | 1 | 0 | 2 | 0 | 3 | 0 |
| ZARAGOZA III | | | | | | | | |
| H. Geriátrico San Jorge | 54 | 42 | 2 | 1 | 7 | 5 | 10 | 8 |
| Centro Sanitario de Ejea | 12 | 12 | 0 | 0 | 1 | 1 | 2 | 2 |
| ARAGÓN | 136 | 97 | 3 | 1 | 16 | 10 | 24 | 17 |

Nota 1: en cada columna se especifican los recursos humanos propuestos (prop.) según el criterio de ordenación y las necesidades (neces.) para cubrir dicha propuesta, calculadas éstas en función de la diferencia entre la propuesta y la dotación actual

- No se realiza el cálculo de personal para hospital de día de Barbastro debido a que los problemas estructurales del Hospital de Barbastro imposibilitan la creación de este dispositivo.

OTROS RECURSOS de Hospitales de Convalecencia

En este apartado se aborda la disponibilidad de **consultas externas** y de **trabajador social** en los hospitales de convalecencia.

Situación actual

En todos los hospitales de convalecencia se dispone de consulta externa médica, a excepción del Centro Sociosanitario de Fraga. El Hospital Sagrado Corazón de Jesús es el único que dispone de consulta externa de rehabilitación.

Los hospitales Sagrado Corazón de Jesús, San Jorge y San José sí disponen de trabajador social.

Propuesta de recursos:

Criterio de ordenación

– Consultas externas

- Médicas
- De rehabilitación en los hospitales con médico rehabilitador

– recursos humanos

- 1 trabajador social por centro

En aquellos casos en los que el hospital de convalecencia forme parte integral de un complejo que abarque atención primaria y atención especializada (como los centros de Ejea y Fraga), las

consultas externas y el trabajador social serán comunes a las distintas líneas asistenciales. Esta misma situación es equiparable a las unidades de convalecencia que se creen dentro de los hospitales generales, como la de los Hospitales de Jaca y Barbastro.

Distribución de nuevos recursos

- En función de los criterios de ordenación, será preciso disponer **de consulta externa de rehabilitación** en el Hospital San Jorge y en el Hospital San José, ya que ambos van a ser dotados con médico especialista en Medicina Física y Rehabilitación.
- Asimismo, será preciso dotar **2 trabajadores sociales** para los centros de Jaca y Ejea.

Línea asistencial de Atención Especializada

| SECTOR | UNIDAD | POBLACIÓN | ESP. REHABILITACIÓN | | FISIOTERAPEUTA | | |
|---------------|---------------------------------|------------------|---------------------|---------------|----------------|---------------|--|
| | | | Nº | Ratio | Nº | Ratio | |
| HUESCA | H. San Jorge | 101.246 | 3 | | 1 | | |
| | Consortio H. Huesca | | 1 | | 3 | | |
| | Ambos Hospitales | | 4 | 25.312 | 4 | 5.312 | |
| BARBASTRO | H. de Barbastro | 99.744 | 2 | 49.872 | 6 | 16.624 | |
| TERUEL | H. Obispo Polanco | 76.755 | 2 | 38.378 | 6 | 2.793 | |
| ALCAÑIZ | H. de Alcañiz | 71.809 | 2 | 35.905 | 6 | 1.968 | |
| CALATAYUD | H. Ernest Lluch | 52.649 | 2 | 26.325 | 6 | 8.775 | |
| ZARAGOZA I | H. Royo Villanova | 174.345 | 0 | | 2 | | |
| | H. Ntra. Sra. Gracia | | 0 | | 1 | | |
| | Ambos Hospitales | | 0 | – | 3 | 8.115 | |
| ZARAGOZA II | H.U. Miguel Servet ² | 383.630 | 15 | 25.575 | 35 | 10.961 | |
| ZARAGOZA III | H.C.U. Lozano Blesa | 271.686 | 5 | 54.337 | 18 | 15.094 | |
| ARAGÓN | | 1.231.864 | 32 | 38.496 | 84 | 14.665 | |

Las unidades de rehabilitación de Atención Especializada pueden prestar atención a los pacientes objeto del programa tanto durante el ingreso que precisen en el hospital general como de forma ambulatoria.

UNIDADES DE REHABILITACIÓN

Situación actual

Todos los hospitales generales del Sistema de Salud de Aragón disponen de unidad de rehabilitación. Sin embargo, la dotación de personal no es uniforme ni en los profesionales que forman parte de dicha unidad ni en la ratio de profesional por habitante.

En la **Tabla 13** se presentan los recursos humanos disponibles en las unidades de rehabilitación de Atención Especializada por Sector y hospital.

Tabla 13 | Recursos actuales de rehabilitación en hospitales generales

| | T. OCUPACIONAL | | LOGOPEDA | | A. ENFERMERÍA | | A. ADMINISTRATIVA ¹ |
|--|----------------|---------|----------|---------|---------------|--------|--------------------------------|
| | Nº | Ratio | Nº | Ratio | Nº | Ratio | Nº |
| | 1 | | 0 | | 2 | | 0 |
| | 1 | | 0 | | 1 | | 0 |
| | 2 | 0,623 | 0 | – | 3 | 3.749 | 0 |
| | 0 | – | 1 | 9.744 | 3 | 3.248 | 1 |
| | 0 | – | 0 | – | 1 | 6.755 | 0 |
| | 0 | – | 0 | – | 2 | 5.905 | 1 |
| | 0 | – | 0 | – | 3 | 7.550 | 0 |
| | 0 | | 0 | | 1 | | 0 |
| | 0 | | 0 | | 1 | | 0 |
| | 0 | – | 0 | – | 2 | 7.173 | 0 |
| | 6 | 3.938 | 2 | 91.815 | 21 | 18.268 | 2 |
| | 1 | 271.686 | 1 | 71.686 | 15 | 18.112 | 1 |
| | 9 | 136.874 | 4 | 307.966 | 50 | 24.637 | 5 |

1. No se especifica ratio en el auxiliar administrativo, ya que su criterio de ordenación está referido a la unidad de rehabilitación y no a la población
2. No se ha incluido el personal (médico especialista en Medicina Física y Rehabilitación y Auxiliar de Enfermería) de la Unidad de Lesionados Medulares del Hospital Universitario Miguel Servet, ya que se trata de unidad monográfica de referencia para toda la Comunidad Autónoma.

Propuesta de recursos

Criterio de ordenación

– 1 unidad de rehabilitación en cada hospital de referencia de sector

– Recursos Humanos

Por sector

- 3 médicos especialistas en Medicina Física y Rehabilitación / 100.000 habitante
- 10 fisioterapeutas / 100.000 habitantes
- 2 terapeutas ocupacionales / 100.000 habitantes
- 1 logopeda / 100.000 habitantes
- 2 auxiliares de enfermería / 100.000 habitantes

Por unidad de rehabilitación

- 1 auxiliar administrativo

Los recursos humanos específicos para cada hospital general se han calculado a partir de la diferencia entre las necesidades del Sector y las de la unidad de rehabilitación del hospital de convalecencia, con las siguientes matizaciones:

- Todos las unidades de rehabilitación de los hospitales generales deben disponer de terapeuta ocupacional y de logopeda.
- Se asigna la totalidad de los recursos de rehabilitación del Sector a las unidades de rehabilitación del hospital general en aquellos Sectores que no disponen en su demarcación geográfica de un hospital de convalecencia.

Las **necesidades de personal** varían mucho entre hospitales, como se aprecia en la **Tabla 14** (págs. 118-119).

Distribución de nuevos recursos

– Para cubrir las necesidades de recursos humanos de las unidades de rehabilitación en los hospitales generales se necesitan los siguientes **recursos humanos**:

• 6 médicos especialistas en Medicina Física y Rehabilitación

- 1 en el Sector de Barbastro: Hospital de Barbastro
- 4 en el Sector de Zaragoza I: Hospital Nuestra Señora de Gracia y Hospital Royo Villanova (a repartir entre ambos hospitales en función del número de camas y características de los pacientes)
- 1 en el Sector Zaragoza III: Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa

• 24 fisioterapeutas

- 3 en el Sector de Huesca: Hospital San Jorge
- 2 en el Sector de Barbastro: Hospital de Barbastro
- 1 en el Sector de Alcañiz: Hospital de Alcañiz
- 13 en el Sector de Zaragoza I: Hospital Nuestra Señora de Gracia y Hospital Royo Villanova (a repartir entre ambos hospitales en función del número de camas y características de los pacientes)
- 5 en el Sector Zaragoza III: Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa

• 8 terapeutas ocupacionales

- 1 en el Sector de Barbastro: Hospital de Barbastro
- 1 en el Sector de Teruel: Hospital Obispo Polanco
- 1 en el Sector de Alcañiz: Hospital de Alcañiz
- 1 en el Sector de Calatayud: Hospital Ernets Lluch de Calatayud

- 2 en el Sector de Zaragoza I: Hospital Nuestra Señora de Gracia y Hospital Royo Villanova (a repartir entre ambos hospitales en función del número de camas y características de los pacientes)
- 2 en el Sector Zaragoza III: Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa
- **9 logopedas¹³**
 - 1 en el Sector de Teruel: Hospital Obispo Polanco
 - 1 en el Sector de Alcañiz: Hospital de Alcañiz
 - 1 en el Sector de Calatayud: Hospital Ernets Lluch de Calatayud
 - 2 en el Sector de Zaragoza I: Hospital Nuestra Señora de Gracia y Hospital Royo Villanova (a repartir entre ambos hospitales en función del número de camas y características de los pacientes)
 - 2 en el Sector Zaragoza II: Hospital Universitario Miguel Servet
 - 2 en el Sector Zaragoza III: Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa
- **3 auxiliares de enfermería**
 - 1 en el Sector de Teruel: Hospital Obispo Polanco
 - 2 en el Sector de Zaragoza I: Hospital Nuestra Señora de Gracia y Hospital Royo Villanova (a repartir entre ambos hospitales en función del número de camas y características de los pacientes)
- **5 auxiliares administrativos**
 - 1 en el Sector de Huesca: Hospital San Jorge
 - 1 en el Sector de Teruel: Hospital Obispo Polanco
 - 1 en el Sector de Calatayud: Hospital Ernets Lluch de Calatayud
 - 2 en el Sector de Zaragoza I: Hospital Nuestra Señora de Gracia y Hospital Royo Villanova (a repartir entre ambos hospitales en función del número de camas y características de los pacientes)

Como ya se ha dicho, se procederá al traslado del Hospital Geriátrico San Jorge al recinto que ocupa actualmente el Hospital Nuestra Señora de Gracia. La proximidad física de ambos hospitales permite la creación de una unidad de rehabilitación común con los recursos correspondientes a ambos hospitales: 2 médicos especialistas en Medicina Física y Rehabilitación, 10 fisioterapeutas, 2 terapeutas ocupacionales, 1 logopeda, 3 auxiliares de enfermería y un auxiliar administrativo. En su estimación se han aunado las necesidades de ambos hospitales.

Como se ha expuesto anteriormente, se propone que los futuros Centros Sanitarios de Ejea y Fraga dependan funcionalmente de las unidades de rehabilitación del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa de Zaragoza y del Hospital de Barbastro, respectivamente.

13. Aunque se precisan 10 logopedas para cubrir las necesidades asistenciales en las unidades de rehabilitación de los hospitales generales, sólo es necesario la dotación de 9, ya que se procederá a la reordenación de recursos en el Sector de Huesca donde se dispone del número suficiente de logopedas.

Tabla 14 | Recursos humanos de rehabilitación propuestos para hospitales generales

| PERSONAL | SAN JORGE | | BARBASTRO | | O. POLANCO | | ALCAÑIZ | | |
|--|-----------|------|-----------|------|------------|------|---------|------|--|
| | Prop. | Nec. | Prop. | Nec. | Prop. | Nec. | Prop. | Nec. | |
| ESP. REHABILITACIÓN | 1 | 0 | 3 | 1 | 2 | 0 | 2 | 0 | |
| Personal Facultativo | 1 | 0 | 3 | 1 | 2 | 0 | 2 | 0 | |
| FISIOTERAPEUTA | 4 | 3 | 8 | 2 | 6 | 0 | 7 | 1 | |
| T. OCUPACIONAL | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | |
| LOGOPEDA | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | |
| Personal Sanitario no facultativo | 7 | 6 | 10 | 3 | 8 | 2 | 9 | 3 | |
| AUXILIAR ADMINISTRATIVO | 2 | 0 | 2 | 0 | 2 | 1 | 1 | 0 | |
| Otro Personal Sanitario no facultativo | 2 | 0 | 2 | 0 | 2 | 1 | 1 | 0 | |
| AUXILIAR ADMINISTRATIVO | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | |
| Personal administrativo | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | |

| | CALATAYUD | | ZARAGOZA I | | MIGUEL SERVET | | LOZANO BLESA | | ARAGÓN | |
|--|-----------|------|------------|------|---------------|------|--------------|------|--------|------|
| | Prop. | Nec. | Prop. | Nec. | Prop. | Nec. | Prop. | Nec. | Prop. | Nec. |
| | 2 | 0 | 4 | 4 | 9 | 0 | 6 | 1 | | |
| | 2 | 0 | 4 | 4 | 9 | 0 | 6 | 1 | 29 | 6 |
| | 5 | 0 | 16 | 13 | 32 | 3 | 23 | 5 | 101 | 24 |
| | 1 | 1 | 2 | 2 | 4 | 0 | 3 | 2 | 14 | 8 |
| | 1 | 1 | 2 | 2 | 4 | 2 | 3 | 2 | 14 | 9 |
| | 6 | 2 | 20 | 17 | 40 | 5 | 27 | 7 | 129 | 41 |
| | 1 | 0 | 4 | 2 | 8 | 0 | 5 | 0 | | |
| | 1 | 0 | 4 | 2 | 8 | 0 | 5 | 0 | 25 | 3 |
| | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | | |
| | 1 | 1 | 2 | 2 | 1 | 0 | 1 | 0 | 9 | 5 |

Nota 1: en cada columna se especifican los recursos humanos propuestos (prop.) según el criterio de ordenación y las necesidades (nec.) para cubrir dicha propuesta, calculadas éstas en función de la diferencia entre la propuesta y la dotación actual

1. El Sector de Zaragoza I dispone de dos hospitales generales dotados de unidad de rehabilitación, el Hospital Nuestra Señora de Gracia y el Hospital Royo Villanova. Los recursos humanos establecidos para el Sector se irán distribuyendo entre las dos unidades de rehabilitación en función del volumen de camas de cada hospital y de las características de los pacientes ingresados

ACTUACIONES PROPUESTAS

En este apartado se reflejan las actuaciones que son necesarias desarrollar para la puesta en marcha del Programa de Atención a Enfermos Crónicos Dependientes para cada uno de los Sectores.

– Estas actuaciones se han organizado en tres grandes grupos:

- Actuaciones estructurales: hacen referencia a las estructuras físicas necesarias para la puesta en marcha de actuaciones concretas con las consecuencias en equipamiento que ello conlleva.
- Actuaciones en el ámbito organizativo: se trata de modificar la actual organización en determinados dispositivos o unidades para dar respuesta a las necesidades asistenciales de los pacientes, mejorar la accesibilidad, coordinación, etc.
- Recursos humanos: las nuevas dotaciones de personal que son necesarias para el desarrollo de las prestaciones previstas en el programa.

Sector de Huesca

Línea asistencial de Atención Primaria

| UNIDADES DE FISIOTERAPIA DE ATENCIÓN PRIMARIA | |
|---|---|
| CONTENIDO ESTRUCTURAL | Es necesaria una unidad de fisioterapia en el centro de salud de Jaca, pero no se dispone de espacio físico en el centro. |
| CONTENIDO ORGANIZATIVO | <ul style="list-style-type: none"> • Es necesario la asignación de cada zona de salud del sector a una unidad de fisioterapia de referencia. • Se necesita organizar la prestación de la fisioterapia de Atención Primaria de Jaca en la unidad de rehabilitación del Consorcio Hospitalario de Jaca. • Organizar la puesta en marcha de la unidad de fisioterapia del centro de salud Pirineos. |
| RECURSOS HUMANOS A DOTAR | 2 fisioterapeutas para el centro de salud Pirineos. Posibilidad de incrementar un fisioterapeuta a media jornada por sobrepasar el margen del 20% sobre el criterio de ordenación establecido. |
| UNIDADES DE T. OCUPACIONAL DE ATENCIÓN PRIMARIA | |
| CONTENIDO ESTRUCTURAL | Se establece 1 unidad de terapia ocupacional en el Centro de salud Pirineos. |
| CONTENIDO ORGANIZATIVO | La prestación de la terapia ocupacional de Atención Primaria de Jaca –incluidas las zonas de salud que abarque– se realizará en la unidad de rehabilitación del Consorcio Hospitalario de Jaca. |
| RECURSOS HUMANOS A DOTAR | 1 terapeuta ocupacional para el centro de salud Pirineos. Posibilidad de un terapeuta ocupacional a media jornada por sobrepasar el margen del 20% sobre el criterio de ordenación establecido. |
| EQUIPOS DE SOPORTE DE ATENCIÓN DOMICILIARIA | |
| CONTENIDO ORGANIZATIVO | El gerente de Sector deberá dar respuesta a las necesidades de apoyo administrativo del ESAD. |
| RECURSOS HUMANOS A DOTAR | <ul style="list-style-type: none"> • 1 médico. • 1 enfermero. |
| ENFERMERA RESPONSABLE DEL PROGRAMA | |
| CONTENIDO ORGANIZATIVO | Responsable de coordinar a las enfermeras gestoras de casos de su Sector. |
| RECURSOS HUMANOS A DOTAR | <ul style="list-style-type: none"> • 1 enfermero. |

Línea asistencial de Atención Especializada

| UNIDADES DE REHABILITACIÓN DE HOSPITALES GENERALES | |
|--|---|
| CONTENIDO ORGANIZATIVO | Se reordenará la ubicación de los logopedas del Hospital Sagrado Corazón de Jesús para cubrir las necesidades asistenciales del Hospital San Jorge. |
| RECURSOS HUMANOS A DOTAR | <ul style="list-style-type: none"> • 3 fisioterapeutas. • 1 auxiliar administrativo. |

Línea asistencial de Atención Sociosanitaria

| UNIDADES DE VALORACIÓN SOCIOSANITARIO | |
|---------------------------------------|--|
| CONTENIDO ESTRUCTURAL | Disponibilidad de consulta externa para la UVSS. |
| CONTENIDO ORGANIZATIVO | <ul style="list-style-type: none"> • El gerente de Sector deberá dar respuesta a las necesidades de apoyo administrativo de la UVSS. • Se deberá establecer una consulta externa para la valoración sociosanitaria ambulatoria. |
| RECURSOS HUMANOS A DOTAR | En función de las necesidades de valoración social se deberá asignar o no un trabajador social en dedicación exclusiva a la UVSS. |
| HOSPITALES DE CONVALECENCIA | |
| CONTENIDO ESTRUCTURAL | <ul style="list-style-type: none"> • Consorcio Hospitalario de Jaca: <ul style="list-style-type: none"> – Es necesario crear una unidad de convalecencia de 30 camas. – Es necesario la creación de un hospital de día con 12 plazas. • Hospital Sagrado Corazón de Jesús: <ul style="list-style-type: none"> – Es necesario incrementar en 17 las plazas del hospital de día. |
| CONTENIDO ORGANIZATIVO | <ul style="list-style-type: none"> • Hospital Sagrado Corazón de Jesús: <ul style="list-style-type: none"> – Reorganizar la ubicación de los dos logopedas: uno en el hospital San Jorge y otro en el hospital Sagrado Corazón de Jesús. – Reorientar las consultas externas del Hospital Sagrado Corazón de Jesús a la población objeto de los hospitales de convalecencia. • Consorcio Hospitalario de Jaca: <ul style="list-style-type: none"> – Establecer el equipo de profesionales que formarán parte de la unidad de convalecencia. |
| RECURSOS HUMANOS A DOTAR | <ul style="list-style-type: none"> • Consorcio Hospitalario de Jaca: <ul style="list-style-type: none"> – 1 trabajador social. – 1 puesto de enfermería para el hospital de día. – 2 puestos de auxiliar de enfermería para el hospital de día. • Hospital Sagrado Corazón de Jesús: <ul style="list-style-type: none"> – 2 puestos de enfermería para el hospital de día. – 3 puestos de auxiliar de enfermería para el hospital de día. |

Sector de Barbastro

Línea asistencial de Atención Primaria

| UNIDADES DE FISIOTERAPIA DE ATENCIÓN PRIMARIA | |
|---|--|
| CONTENIDO ESTRUCTURAL | Es necesaria una unidad de fisioterapia en el centro de salud de Barbastro, pero no se dispone de espacio físico en el centro. |
| CONTENIDO ORGANIZATIVO | <ul style="list-style-type: none"> • Es necesario la asignación de cada zona de salud del sector a una unidad de fisioterapia de referencia. • Se necesita organizar la prestación de la fisioterapia de Atención Primaria de Barbastro en la unidad de rehabilitación del Hospital de Barbastro. • Se deberá reorganizar la fisioterapia de la zona de Fraga en relación con la cartera de servicios de rehabilitación del futuro Centro de Atención Sanitaria de Fraga. |
| RECURSOS HUMANOS A DOTAR | <ul style="list-style-type: none"> • 1 fisioterapeuta que se incorporaría a la unidad de rehabilitación del Hospital de Barbastro. • 2 auxiliares de enfermería en: <ul style="list-style-type: none"> – centro de salud de Graus – centro de salud de Binefar |
| UNIDADES DE T. OCUPACIONAL DE ATENCIÓN PRIMARIA | |
| CONTENIDO ORGANIZATIVO | <ul style="list-style-type: none"> • La prestación de la terapia ocupacional de Atención Primaria de Barbastro—incluidas las zonas de salud que abarque—se realizará en la unidad de rehabilitación del Hospital de Barbastro. • La prestación de la terapia ocupacional de Atención Primaria de Fraga—incluidas las zonas de salud que abarque—se realizará en la unidad de rehabilitación del futuro Centro de Atención Sanitaria de Fraga. |
| EQUIPOS DE SOPORTE DE ATENCIÓN DOMICILIARIA | |
| CONTENIDO ORGANIZATIVO | El gerente de Sector deberá dar respuesta a las necesidades de apoyo administrativo del ESAD |
| RECURSOS HUMANOS A DOTAR | <ul style="list-style-type: none"> • 1 médico. • 1 enfermero. |
| ENFERMERA RESPONSABLE DEL PROGRAMA | |
| CONTENIDO ORGANIZATIVO | Responsable de coordinar a las enfermeras gestoras de casos de su Sector. |
| RECURSOS HUMANOS A DOTAR | <ul style="list-style-type: none"> • 1 enfermero. |

Línea asistencial de Atención Especializada

| UNIDADES DE REHABILITACIÓN DE HOSPITALES GENERALES | |
|--|---|
| CONTENIDO ORGANIZATIVO | Se organizará la unidad de rehabilitación para que pueda atender a los pacientes procedentes de Atención Primaria y de Atención Sociosanitaria (de la unidad de convalecencia que se cree en el propio hospital). |
| RECURSOS HUMANOS A DOTAR | <ul style="list-style-type: none"> • 1 médico especialista en Medicina Física y Rehabilitación. • 2 fisioterapeutas. • 1 terapeuta ocupacional. |

Línea asistencial de Atención Sociosanitaria

| UNIDADES DE VALORACIÓN SOCIOSANITARIA | |
|---------------------------------------|---|
| CONTENIDO ESTRUCTURAL | Disponibilidad de consulta externa para la UVSS. |
| CONTENIDO ORGANIZATIVO | <ul style="list-style-type: none"> • Es necesario dotar al Sector de una UVSS. • Se deberá establecer una consulta externa para la valoración sociosanitaria ambulatoria. |
| RECURSOS HUMANOS A DOTAR | <ul style="list-style-type: none"> • 1 médico. • 1 enfermero. • En funciones de las necesidades de valoración social se deberá asignar o no un trabajador social en dedicación exclusiva a la UVSS. |
| HOSPITALES DE CONVALECENCIA | |
| CONTENIDO ESTRUCTURAL | <ul style="list-style-type: none"> • Hospital de Barbastro: <ul style="list-style-type: none"> – Es necesario crear una unidad de convalecencia de 15 camas • Centro Sociosanitario de Fraga: <ul style="list-style-type: none"> – Es necesario crear una unidad de convalecencia con 30 camas. – Es necesario la creación de un hospital de día con 12 plazas. |
| CONTENIDO ORGANIZATIVO | <ul style="list-style-type: none"> • Hospital de Barbastro: <ul style="list-style-type: none"> – Valorar la disponibilidad de personal sanitario para formar parte de la unidad de convalecencia. – Organizar la unidad de rehabilitación para dar respuesta a las necesidades asistenciales de Atención Sociosanitaria. • Centro Sociosanitario de Fraga: <ul style="list-style-type: none"> – Organizar la unidad de rehabilitación para dar respuesta a las necesidades asistenciales de Atención Especializada, de Atención Sociosanitaria y de Atención Primaria. |
| RECURSOS HUMANOS A DOTAR | <ul style="list-style-type: none"> • Hospital de Barbastro: <ul style="list-style-type: none"> – 1 médico especialista. – 5 puestos de enfermería. – 7 puestos de auxiliar de enfermería • Centro Sociosanitario de Fraga: <ul style="list-style-type: none"> – 1 fisioterapeuta. – 1 terapeuta ocupacional. – 1 trabajador social. – 1 auxiliar de enfermería. – 8 puestos de enfermería (1 para el hospital de día). – 10 puestos de auxiliar de enfermería (2 para el hospital de día). |

Sector de Teruel

Línea asistencial de Atención Primaria

| UNIDADES DE FISIOTERAPIA DE ATENCIÓN PRIMARIA | |
|---|---|
| CONTENIDO ESTRUCTURAL | Es necesario una unidad de fisioterapia en el centro de salud de Teruel –Urbano o Rural–, pero no se dispone de espacio físico en ninguno de los centros. |
| CONTENIDO ORGANIZATIVO | <ul style="list-style-type: none"> • Es necesario la asignación de cada zona de salud del sector a una unidad de fisioterapia de referencia. • Se necesita organizar la prestación de la fisioterapia de Atención Primaria de en la unidad de rehabilitación del Hospital Obispo Polanco. |
| RECURSOS HUMANOS A DOTAR | <ul style="list-style-type: none"> • 1 fisioterapeuta que se incorporarían a la unidad de rehabilitación del Hospital Obispo Polanco. |
| UNIDADES DE T. OCUPACIONAL DE ATENCIÓN PRIMARIA | |
| CONTENIDO ORGANIZATIVO | <ul style="list-style-type: none"> • La prestación de la terapia ocupacional de Atención Primaria del Sector de Teruel en la unidad de rehabilitación del Hospital Obispo Polanco. |
| EQUIPOS DE SOPORTE DE ATENCIÓN DOMICILIARIA | |
| CONTENIDO ORGANIZATIVO | El gerente de Sector deberá organizar las necesidades de apoyo administrativo del ESAD. |
| RECURSOS HUMANOS A DOTAR | <ul style="list-style-type: none"> • 1 médico. • 1 enfermero. |
| ENFERMERA RESPONSABLE DEL PROGRAMA | |
| CONTENIDO ORGANIZATIVO | Responsable de coordinar a las enfermeras gestoras de casos de su Sector. |
| RECURSOS HUMANOS A DOTAR | <ul style="list-style-type: none"> • 1 enfermero. |

Línea asistencial de Atención Especializada

| UNIDADES DE REHABILITACIÓN DE HOSPITALES GENERALES | |
|--|---|
| CONTENIDO ORGANIZATIVO | Se organizará la unidad de rehabilitación del Hospital Obispo Polanco para que pueda atender a los pacientes procedentes de Atención Primaria. |
| RECURSOS HUMANOS A DOTAR | <ul style="list-style-type: none"> • 1 terapeuta ocupacional. • 1 logopeda. • 1 auxiliar de enfermería • 1 auxiliar administrativo. |

Línea asistencial de Atención Sociosanitaria

| UNIDADES DE VALORACIÓN SOCIOSANITARIA | |
|---------------------------------------|--|
| CONTENIDO ORGANIZATIVO | El gerente de Sector deberá dar respuesta a las necesidades de apoyo administrativo de la UVSS. |
| HOSPITALES DE CONVALECENCIA | |
| CONTENIDO ESTRUCTURAL | <ul style="list-style-type: none"> • Se necesita incrementar en 3 el actual número de plazas del hospital de día del Hospital San José. |
| CONTENIDO ORGANIZATIVO | <ul style="list-style-type: none"> • Se deberá organizar los cauces de comunicación para el traslado de pacientes al Hospital San José procedentes de otros Sectores, como el Sector de Alcañiz. • En el momento en que se disponga de médico rehabilitador se deberá disponer de consulta externa de esta especialidad. |
| RECURSOS HUMANOS A DOTAR | <ul style="list-style-type: none"> • 1 médico especialista en Medicina Física y Rehabilitación. |

Sector de Alcañiz

Línea asistencial de Atención Primaria

| UNIDADES DE FISIOTERAPIA DE ATENCIÓN PRIMARIA | |
|---|---|
| CONTENIDO ESTRUCTURAL | Es necesaria establecer una unidad de fisioterapia en el centro de salud de Alcañiz. Un nuevo centro estará disponible a lo largo del 2006. |
| CONTENIDO ORGANIZATIVO | <ul style="list-style-type: none"> • Es necesario la asignación de cada zona de salud del sector a una unidad de fisioterapia de referencia. • Se necesita organizar la prestación de la fisioterapia de Atención Primaria de Alcañiz temporalmente –hasta la puesta en funcionamiento del nuevo centro– en la unidad de rehabilitación del Hospital de Alcañiz. • Se deberá incrementar el número de días que el actual fisioterapeuta del Hospital de Alcañiz atiende a la población en la unidad de centro de salud de Caspe. |
| RECURSOS HUMANOS A DOTAR | <ul style="list-style-type: none"> • 1 fisioterapeuta. Propuesta en: <ul style="list-style-type: none"> – centro de salud de Alcañiz. Posibilidad de incrementar un fisioterapeuta a media jornada por sobrepasar el margen del 20% sobre el criterio de ordenación establecido. |
| UNIDADES DE T. OCUPACIONAL DE ATENCIÓN PRIMARIA | |
| CONTENIDO ESTRUCTURAL | Se establece 1 unidad de terapia ocupacional en el Centro de salud de Alcañiz. |
| CONTENIDO ORGANIZATIVO | <ul style="list-style-type: none"> • Todas las zonas del Sector tendría como referencia la unidad que se crease en el centro de salud de Alcañiz. • Se necesita organizar la prestación de la terapia ocupacional de Atención Primaria del Sector de Alcañiz temporalmente –hasta la puesta en funcionamiento de nuevo centro– en la unidad de rehabilitación del Hospital de Alcañiz. |
| RECURSOS HUMANOS A DOTAR | <ul style="list-style-type: none"> • 1 terapeuta ocupacional. Posibilidad de incrementar un terapeuta ocupacional a media jornada por sobrepasar el margen del 20% sobre el criterio de ordenación establecido. Éste podría ser compartido con Atención Especializada. |
| EQUIPOS DE SOPORTE DE ATENCIÓN DOMICILIARIA | |
| CONTENIDO ORGANIZATIVO | El gerente de Sector deberá dar respuesta a las necesidades de apoyo administrativo del ESAD |
| RECURSOS HUMANOS A DOTAR | <ul style="list-style-type: none"> • 1 médico. • 1 enfermero. |
| ENFERMERA RESPONSABLE DEL PROGRAMA | |
| CONTENIDO ORGANIZATIVO | Responsable de coordinar a las enfermeras gestoras de casos de su Sector. |
| RECURSOS HUMANOS A DOTAR | <ul style="list-style-type: none"> • 1 enfermero. |

Línea asistencial de Atención Especializada

| UNIDADES DE REHABILITACIÓN DE HOSPITALES GENERALES | |
|--|--|
| CONTENIDO ESTRUCTURAL | Se organizará la unidad de rehabilitación para que pueda atender a los pacientes procedentes de Atención Primaria: fisioterapia y terapia ocupacional hasta la puesta en marcha de la unidad en el centro de salud de Alcañiz. |
| RECURSOS HUMANOS A DOTAR | <ul style="list-style-type: none"> • 1 fisioterapeuta. • 1 terapeuta ocupacional. • 1 logopeda. |

Línea asistencial de Atención Sociosanitaria

| UNIDADES DE VALORACIÓN SOCIO SANITARIA | |
|--|--|
| CONTENIDO ESTRUCTURAL | Disponibilidad de consulta externa para la UVSS. |
| CONTENIDO ORGANIZATIVO | <ul style="list-style-type: none"> • Es necesario dotar al Sector de una UVSS. • Se deberá establecer una consulta externa para la valoración sociosanitaria ambulatoria. |
| RECURSOS HUMANOS A DOTAR | <ul style="list-style-type: none"> • 1 médico. • 1 enfermero. • En funciones de las necesidades de valoración social se deberá asignar o no un trabajador social en dedicación exclusiva a la UVSS. |
| HOSPITALES DE CONVALECENCIA | |
| CONTENIDO ORGANIZATIVO | Se deberá organizar la derivación de pacientes a los hospitales de convalecencia de referencia para este Sector (Hospital San José de Teruel, Centro de Fraga y Hospital de Convalecencia que se concierte para el Sector de Zaragoza II). |

Sector de Calatayud

Línea asistencial de Atención Primaria

| UNIDADES DE FISIOTERAPIA DE ATENCIÓN PRIMARIA | |
|---|--|
| CONTENIDO ESTRUCTURAL | Es necesario establecer una unidad de fisioterapia en el centro de salud de Calatayud, pero no dispone de espacio físico en el centro. |
| CONTENIDO ORGANIZATIVO | <ul style="list-style-type: none"> • Es necesario la asignación de cada zona de salud del sector a una unidad de fisioterapia de referencia. • Se utilizará la unidad de rehabilitación del Hospital Ernest Lluch para atender las necesidades de fisioterapia de Atención Primaria. |
| UNIDADES DE T. OCUPACIONAL DE ATENCIÓN PRIMARIA | |
| CONTENIDO ORGANIZATIVO | <ul style="list-style-type: none"> • Se utilizará la unidad de rehabilitación del Hospital Ernest Lluch para atender las necesidades de terapia ocupacional de Atención Primaria. |
| EQUIPOS DE SOPORTE DE ATENCIÓN DOMICILIARIA | |
| CONTENIDO ORGANIZATIVO | El gerente de Sector deberá dar respuesta a las necesidades de apoyo administrativo del ESAD |
| RECURSOS HUMANOS A DOTAR | <ul style="list-style-type: none"> • 1 médico. • 1 enfermero. |
| ENFERMERA RESPONSABLE DEL PROGRAMA | |
| CONTENIDO ORGANIZATIVO | Responsable de coordinar a las enfermeras gestoras de casos de su Sector. |
| RECURSOS HUMANOS A DOTAR | <ul style="list-style-type: none"> • 1 enfermero. |

Línea asistencial de Atención Especializada

| UNIDADES DE REHABILITACIÓN DE HOSPITALES GENERALES | |
|--|--|
| CONTENIDO ORGANIZATIVO | <ul style="list-style-type: none"> • Se organizará la asistencia para que el logopeda preste atención a la demanda de todo el Sector. • Se organizará la unidad de rehabilitación para que pueda atender a los pacientes procedentes de Atención Primaria: fisioterapia y terapia ocupacional. |
| RECURSOS HUMANOS A DOTAR | <ul style="list-style-type: none"> • 1 terapeuta ocupacional. • 1 logopeda. • 1 auxiliar administrativo. |

Línea asistencial de Atención Sociosanitaria

| UNIDADES DE VALORACIÓN SOCIOSANITARIA | |
|--|---|
| CONTENIDO ESTRUCTURAL | Disponibilidad de consulta externa para la UVSS. |
| CONTENIDO ORGANIZATIVO | <ul style="list-style-type: none"> • Es necesario dotar al Sector de una UVSS. • Se deberá establecer una consulta externa para la valoración sociosanitaria ambulatoria. |
| RECURSOS HUMANOS A DOTAR | <ul style="list-style-type: none"> • 1 médico. • 1 enfermero. |
| HOSPITALES DE CONVALECENCIA | |
| CONTENIDO ESTRUCTURAL | Se deberá organizar los hospitales de convalecencia de referencia para este Sector (Hospital San Jorge de los Sectores de Zaragoza I y III). |

Sector de Zaragoza I

Línea asistencial de Atención Primaria

| UNIDADES DE FISIOTERAPIA DE ATENCIÓN PRIMARIA | |
|---|--|
| CONTENIDO ESTRUCTURAL | Prevista unidad de fisioterapia en el futuro centro de salud Actur Oeste. |
| CONTENIDO ORGANIZATIVO | <ul style="list-style-type: none"> • Es necesario la asignación de cada zona de salud del sector a una unidad de fisioterapia de referencia. • Se necesita organizar la prestación de fisioterapia de la zona de salud de Zuera –hasta la puesta en funcionamiento de nuevo centro de salud Actur Oeste– en la unidad de rehabilitación del Hospital Royo Villanova. |
| RECURSOS HUMANOS A DOTAR | <ul style="list-style-type: none"> • 2 fisioterapeutas. Propuesta en: <ul style="list-style-type: none"> – entro de salud de Actur Oeste cuando esté funcionando. – centro de salud de Avd. Cataluña • 1 auxiliar de enfermería para el futuro centro de salud de Actur Oeste cuando esté funcionando. |
| UNIDADES DE T. OCUPACIONAL DE ATENCIÓN PRIMARIA | |
| CONTENIDO ESTRUCTURAL | Se establece 1 unidad de terapia ocupacional en el centro de salud de Actur Oeste. |
| RECURSOS HUMANOS A DOTAR | 1 terapeuta ocupacional. Propuesta en centro de salud Actur Oeste. |
| EQUIPOS DE SOPORTE DE ATENCIÓN DOMICILIARIA | |
| CONTENIDO ORGANIZATIVO | El gerente de Sector deberá dar respuesta a las necesidades de apoyo administrativo del ESAD. |
| RECURSOS HUMANOS A DOTAR | <ul style="list-style-type: none"> • 1 médico. • 1 enfermero. |
| ENFERMERA RESPONSABLE DEL PROGRAMA | |
| CONTENIDO ORGANIZATIVO | Responsable de coordinar a las enfermeras gestoras de casos de su Sector. |
| RECURSOS HUMANOS A DOTAR | <ul style="list-style-type: none"> • 1 enfermero. |

Línea asistencial de Atención Especializada

| UNIDADES DE REHABILITACIÓN DE HOSPITALES GENERALES | |
|--|--|
| CONTENIDO ORGANIZATIVO | Se organizarán las unidades del Hospital Royo Villanova y del Hospital Nuestra Señora de Gracia, con la finalidad de decidir los recursos humanos destinados a cada unidad. |
| RECURSOS HUMANOS A DOTAR | <ul style="list-style-type: none"> • 4 médicos especialistas en Medicina Física y Rehabilitación. • 13 fisioterapeutas. • 2 terapeutas ocupacionales. • 2 logopedas. • 2 auxiliar de enfermería. • 2 auxiliares administrativoS. |

Línea asistencial de Atención Sociosanitaria

| UNIDADES DE VALORACIÓN SOCIOANITARIA | |
|--------------------------------------|--|
| CONTENIDO ESTRUCTURAL | Disponibilidad de consulta externa para la UVSS. |
| CONTENIDO ORGANIZATIVO | <ul style="list-style-type: none"> • Es necesario dotar al Sector de una UVSS. • Se deberá decidir la ubicación física de la unidad: Hospital Nuestra Señora de Gracia u Hospital Royo Villanova. • Se deberá establecer una consulta externa para la valoración sociosanitaria ambulatoria. |
| RECURSOS HUMANOS A DOTAR | <ul style="list-style-type: none"> • 1 médico. • 1 enfermero. • 1 trabajador social |
| HOSPITALES DE CONVALECENCIA | |
| CONTENIDO ORGANIZATIVO | <ul style="list-style-type: none"> • El Hospital San Jorge actuará como hospital de convalecencia de los Sectores de Zaragoza I y de Zaragoza III una vez se haya procedido a su traslado al Hospital Nuestra Señora de Gracia. • Se deberá organizar los cauces de comunicación para el traslado de pacientes al Hospital San Jorge procedentes de otros Sectores, como el Sector de Alcañiz. |

Sector de Zaragoza II

Línea asistencial de Atención Primaria

| UNIDADES DE FISIOTERAPIA DE ATENCIÓN PRIMARIA | |
|---|---|
| CONTENIDO ESTRUCTURAL | Es necesario establecer una unidad de fisioterapia en el centro futuro de salud de Independencia. Este centro estará disponible en unos años. |
| CONTENIDO ORGANIZATIVO | <ul style="list-style-type: none"> • Es necesario la asignación de cada zona de salud del sector a una unidad de fisioterapia de referencia. • Se necesita organizar temporalmente la prestación de fisioterapia de Atención Primaria de las zonas de salud que vaya a abarcar la unidad de Independencia hasta la puesta en funcionamiento de nuevo centro, distribuyendo a la población en las unidades de fisioterapia del resto del sector. |
| RECURSOS HUMANOS A DOTAR | <ul style="list-style-type: none"> • 3 fisioterapeutas. Propuesta en: <ul style="list-style-type: none"> – 2 en el centro de salud de Independencia. – 1 en el centro de salud Rebojería. • Posibilidad de incrementar un fisioterapeuta a media jornada por sobrepasar el margen del 20% sobre el criterio de ordenación establecido. En las unidades de fisioterapia de: <ul style="list-style-type: none"> – Torrero-La Paz. – Sagasta-Ruiseñores. • 1 auxiliar de enfermería para el centro de salud de Independencia. |
| UNIDADES DE T. OCUPACIONAL DE ATENCIÓN PRIMARIA | |
| CONTENIDO ESTRUCTURAL | Se establece 1 unidad de terapia ocupacional en el centro de salud Independencia. |
| RECURSOS HUMANOS A DOTAR | <ul style="list-style-type: none"> • 1 terapeuta ocupacional. Propuesta en Centro de Salud Independencia. |
| ENFERMERA RESPONSABLE DEL PROGRAMA | |
| CONTENIDO ORGANIZATIVO | Responsable de coordinar a las enfermeras gestoras de casos de su Sector. |
| RECURSOS HUMANOS A DOTAR | <ul style="list-style-type: none"> • 1 enfermero. |

Línea asistencial de Atención Especializada

| UNIDADES DE REHABILITACIÓN DE HOSPITALES GENERALES | |
|--|--|
| RECURSOS HUMANOS A DOTAR | <ul style="list-style-type: none"> • 2 logopedas. |

Línea asistencial de Atención Sociosanitaria

| UNIDADES DE VALORACIÓN SOCIOSANITARIA | |
|---------------------------------------|---|
| CONTENIDO ESTRUCTURAL | Disponibilidad de consulta externa para la UVSS. |
| CONTENIDO ORGANIZATIVO | El gerente del Sector deberá garantizar la disponibilidad de un auxiliar administrativo a tiempo completo para la UVSS. |
| HOSPITALES DE CONVALECENCIA | |
| CONTENIDO ORGANIZATIVO | <ul style="list-style-type: none"> • Será necesario la concertación de la atención de convalecencia en este Sector, ante la necesidad prevista por el volumen de población del Sector. • Se deberá organizar los cauces de comunicación para el traslado de pacientes a este Hospital procedentes de otros Sectores, como el Sector de Calatayud. |

Sector de Zaragoza III

Línea asistencial de Atención Primaria

| UNIDADES DE FISIOTERAPIA DE ATENCIÓN PRIMARIA | |
|---|--|
| CONTENIDO ESTRUCTURAL | <ul style="list-style-type: none"> • Es necesario establecer 2 unidades de fisioterapia. Propuesta en: <ul style="list-style-type: none"> – centro de salud de La Almunia de Doña Godina. – centro de salud de Miralbueno-Garrapinillos. |
| CONTENIDO ORGANIZATIVO | <ul style="list-style-type: none"> • Es necesario la asignación de cada zona de salud del sector a una unidad de fisioterapia de referencia. • Se deberá reorganizar la fisioterapia de la zona de Ejea de los Caballeros en relación con la cartera de servicios de rehabilitación del Centro Sanitario de Ejea. |
| RECURSOS HUMANOS A DOTAR | <ul style="list-style-type: none"> • 3 fisioterapeutas. Propuesta en: <ul style="list-style-type: none"> – centro de salud de Casetas. – centro de salud de La Almunia de Doña Godina. – centro de salud de Miralbueno-Garrapinillos. • Posibilidad de incrementar un fisioterapeuta a media jornada por sobrepasar el margen del 20% sobre el criterio de ordenación establecido en las unidades de fisioterapia de: <ul style="list-style-type: none"> – La Almunia de Doña Godina. – Delicias Sur. • 1 auxiliar de enfermería para el centro de salud de La Almunia de Doña Godina. |
| UNIDADES DE T. OCUPACIONAL DE ATENCIÓN PRIMARIA | |
| CONTENIDO ORGANIZATIVO | El terapeuta ocupacional de la unidad de Ejea de los Caballeros atenderá atender la demanda de Atención Primaria y de Atención Sociosanitaria en el marco del Centro Sociosanitario de Ejea. |
| ENFERMERA RESPONSABLE DEL PROGRAMA | |
| CONTENIDO ORGANIZATIVO | Responsable de coordinar a las enfermeras gestoras de casos de su Sector. |
| RECURSOS HUMANOS A DOTAR | <ul style="list-style-type: none"> • 1 enfermero. |

Línea asistencial de Atención Especializada

| UNIDADES DE REHABILITACIÓN DE HOSPITALES GENERALES | |
|--|---|
| CONTENIDO ORGANIZATIVO | Se reorganizará la unidad de ictus para que actúe como unidad de referencia para toda la Comunidad Autónoma. |
| RECURSOS HUMANOS A DOTAR | <ul style="list-style-type: none"> • 1 médico especialista en Rehabilitación y Medicina Física. • 5 fisioterapeutas. • 2 terapeutas ocupacionales. • 2 logopedas. |

Línea asistencial de Atención Sociosanitaria

| UNIDADES DE VALORACIÓN SOCIOSANITARIA | |
|---------------------------------------|---|
| CONTENIDO ESTRUCTURAL | <ul style="list-style-type: none"> • Disponibilidad de consulta externa para la UVSS. |
| CONTENIDO ORGANIZATIVO | <ul style="list-style-type: none"> • Es necesario dotar al Sector de una UVSS. • Se deberá decidir la ubicación física de la unidad: Hospital San Jorge u Hospital Clínico Universitario. • Se deberá establecer una consulta externa para la valoración sociosanitaria ambulatoria. • Si se decide su ubicación en el Hospital San Jorge podría realizar la valoración sociosanitaria de los pacientes ingresados en el Hospital Nuestra Señora de Gracia. |
| RECURSOS HUMANOS A DOTAR | <ul style="list-style-type: none"> • 1 médico. • 1 enfermero. • 1 trabajador social |

| HOSPITALES DE CONVALECENCIA | |
|------------------------------------|---|
| CONTENIDO ESTRUCTURAL | <ul style="list-style-type: none"> • Hospital San Jorge: <ul style="list-style-type: none"> – Se deberá proceder al traslado de dicho dispositivo al Hospital Nuestra Señora de Gracia adecuando los espacios a las unidades previstas. – Incrementar en 65 el número de camas actualmente disponible una vez se proceda a su traslado. – Incrementar en 42 el número de plazas de hospital de día tras su traslado. • Centro Sanitario de Ejea: <ul style="list-style-type: none"> – Es necesario crear una unidad de convalecencia con 30 camas. – Es necesario la creación de un hospital de día con 12 plazas. |
| CONTENIDO ORGANIZATIVO | <ul style="list-style-type: none"> • Hospital San Jorge: <ul style="list-style-type: none"> – Organizar consulta externa de rehabilitación en el momento de que disponga de médico rehabilitador. – Se deberá organizar los cauces de comunicación para el traslado de pacientes al Hospital San Jorge procedentes de otros Sectores, como el Sector de Alcañiz. • Centro Sanitario de Ejea: <ul style="list-style-type: none"> – Organizar la unidad de rehabilitación para dar respuesta a las necesidades asistenciales de Atención Especializada y de Atención Sociosanitaria. |
| RECURSOS HUMANOS A DOTAR | <ul style="list-style-type: none"> • Hospital San Jorge: <ul style="list-style-type: none"> – 1 médico especialista para la Unidad de Hospitalización. – 1 médico especialista para el Hospital de Día. – 26 puestos de enfermería (5 para el hospital de día). – 39 puestos de auxiliares de enfermería (8 para el hospital de día). – 1 médico especialista en Medicina Física y Rehabilitación. – 4 fisioterapeutas. – 1 auxiliar de enfermería. • Centro Sanitario de Ejea: <ul style="list-style-type: none"> – 2 médicos especialistas. – 11 puestos de enfermería (1 para el hospital de día). – 16 puestos de auxiliares de enfermería (2 para el hospital de día). – 1 fisioterapeuta. – 1 auxiliar de enfermería. – 1 terapeuta ocupacional. – 1 trabajador social. |

ACTUACIONES EN EL SISTEMA DE SALUD DE ARAGÓN

Línea asistencial de Atención Primaria

| UNIDADES DE FISIOTERAPIA DE ATENCIÓN PRIMARIA | |
|---|---|
| CONTENIDO ESTRUCTURAL | <p>Es necesario establecer 5 nuevas unidades de fisioterapia. Propuesta en:</p> <ul style="list-style-type: none"> • centro de salud de Alcañiz. • centro de salud Actur Oeste. • centro de salud Independencia. • centro de salud de La Almunia de Dña. Godina. • centro de salud de Miralbueno-Garrapinillos. |
| CONTENIDO ORGANIZATIVO | <ul style="list-style-type: none"> • Es necesario la asignación de cada zona de salud de cada sector a una unidad de fisioterapia de referencia. • Se necesita organizar la prestación de la fisioterapia de Atención Primaria de Jaca, Barbastro, Teruel y Calatayud en la unidad de rehabilitación de sus respectivos hospitales de referencia. • Organizar la puesta en marcha de la unidad de fisioterapia del centro de salud Pirineos. • Se deberá reorganizar la fisioterapia de la zona de Ejea de los Caballeros y de Fraga en relación con la cartera de servicios de rehabilitación de los futuros Centros Sanitarios de dichas localidades. |
| RECURSOS HUMANOS A DOTAR | <ul style="list-style-type: none"> • 13 fisioterapeutas. Propuesta en: <ul style="list-style-type: none"> – 2 Sector de Huesca. – 1 Sector Barbastro. – 1 Sector de Teruel. – 1 Sector de Alcañiz. – 2 Sector de Zaragoza I. – 3 Sector de Zaragoza II. – 3 Sector de Zaragoza III. • 5 auxiliares de enfermería: Propuesta en: <ul style="list-style-type: none"> – 2 Sector de Barbastro. – 1 Sector de Zaragoza I. – 1 Sector de Zaragoza II. – 1 Sector de Zaragoza III. |

| UNIDADES DE TERAPIA OCUPACIONAL DE ATENCIÓN PRIMARIA | |
|---|--|
| CONTENIDO ESTRUCTURAL | <p>Se establecen 4 unidades de terapia ocupacional en:</p> <ul style="list-style-type: none"> • centro de salud de Pirineos. • centro de salud Alcañiz. • centro de salud Actur Oeste. • centro de salud Independencia. |
| CONTENIDO ORGANIZATIVO | <ul style="list-style-type: none"> • Es necesario la asignación de cada zona de salud de los sectores a una unidad de terapia ocupacional de referencia. • La prestación de terapia ocupacional de la unidad de Jaca se prestará desde la unidad de rehabilitación del Consorcio Hospitalario de Jaca. • La prestación de la terapia ocupacional de Atención Primaria de los Sectores de Barbastro, Teruel y Calatayud se prestará desde la unidad de rehabilitación del respectivo hospital general del sector. • Se deberá reorganizar la terapia ocupacional de la zona de Fraga y de Ejea de los Caballeros en relación con la cartera de servicios de rehabilitación de los Centros Sanitarios de Fraga y Ejea respectivamente. |
| RECURSOS HUMANOS A DOTAR | <ul style="list-style-type: none"> • 4 terapeutas ocupacionales. Propuesta en: <ul style="list-style-type: none"> – 1 Sector de Huesca. – 1 Sector de Alcañiz. – 1 Sector de Zaragoza I. – 1 Sector de Zaragoza II. |
| EQUIPOS DE SOPORTE DE ATENCIÓN DOMICILIARIA | |
| CONTENIDO ORGANIZATIVO | El gerente de Sector deberá dar respuesta a las necesidades de apoyo administrativo del ESAD. |
| RECURSOS HUMANOS A DOTAR | <ul style="list-style-type: none"> • 6 Médicos. Propuesta en: <ul style="list-style-type: none"> – 1 Sector de Huesca. – 1 Sector de Barbastro. – 1 Sector de Teruel. – 1 Sector de Alcañiz. – 1 Sector de Calatayud. – 1 Sector de Zaragoza I. • 6 Enfermeros. Propuesta en: <ul style="list-style-type: none"> – 1 Sector de Huesca. – 1 Sector de Barbastro. – 1 Sector de Teruel. – 1 Sector de Alcañiz. – 1 Sector de Calatayud. – 1 Sector de Zaragoza I. |
| ENFERMERA RESPONSABLE DEL PROGRAMA | |
| CONTENIDO ORGANIZATIVO | Responsable de coordinar a las enfermeras gestoras de casos de su Sector. |
| RECURSOS HUMANOS A DOTAR | <ul style="list-style-type: none"> • 8 enfermeros: <ul style="list-style-type: none"> – 1 Sector de Huesca. – 1 Sector de Barbastro. – 1 Sector de Teruel. – 1 Sector de Alcañiz. – 1 Sector de Calatayud. – 1 Sector de Zaragoza I. – 1 Sector de Zaragoza II. – 1 Sector de Zaragoza III. |

Línea asistencial de Atención Sociosanitaria

| UNIDADES DE VALORACIÓN SOCIOSANITARIA | |
|---------------------------------------|---|
| CONTENIDO ESTRUCTURAL | Disponibilidad de consulta externa para la UVSS. |
| CONTENIDO ORGANIZATIVO | <ul style="list-style-type: none"> • Es necesario la asignación de un trabajador social a la UVSS de Huesca. • Es necesario dotar a los Sectores de Barbastro, Alcañiz, Calatayud, Zaragoza I y Zaragoza III de una UVSS. • Los Gerentes de Sector deberán dar respuesta a las necesidades de apoyo administrativo de las UVSS. • Se deberá establecer consulta externa para la valoración sociosanitaria ambulatoria en todos los Sectores salvo en el Sector de Teruel. |
| RECURSOS HUMANOS A DOTAR | <ul style="list-style-type: none"> • 5 Médicos: <ul style="list-style-type: none"> – sector de Barbastro. – sector de Alcañiz. – sector de Calatayud. – sector de Zaragoza I. – sector de Zaragoza III. • 5 Enfermeros: <ul style="list-style-type: none"> – sector de Barbastro. – sector de Alcañiz. – sector de Calatayud. – sector de Zaragoza I. – sector de Zaragoza III. • 2 Trabajadores sociales: <ul style="list-style-type: none"> – 1 sector de Zaragoza I. – 1 sector de Zaragoza III. |
| HOSPITALES DE CONVALECENCIA | |
| CONTENIDO ESTRUCTURAL | <ul style="list-style-type: none"> • Nuevas unidades de convalecencia en hospitales generales: <ul style="list-style-type: none"> – Consorcio Hospitalario de Jaca con 30 camas y 12 plazas de hospital de día.. – Hospital de Barbastro con 15 camas y 6 plazas de hospital de día. • Nuevas unidades de convalecencia como parte de un centro sanitario: <ul style="list-style-type: none"> – Centro Sociosanitario de Fraga con 30 camas (incrementando 20 camas a las 10 actuales) y 12 plazas de hospital de día. • Incremento de plazas en hospital de día: <ul style="list-style-type: none"> – Hospital Sagrado Corazón de Jesús 16 plazas. – Hospital San José 3 plazas. • Hospital San Jorge: <ul style="list-style-type: none"> – Se deberá proceder al traslado de dicho dispositivo al Hospital Nuestra Señora de Gracia adecuando los espacios a las unidades previstas. – Se incrementará en 65 el número de camas de hospitalización, pasando a tener 135 camas. – Se incrementará en 42 el número de plazas de hospital de día, pasando a tener 54 plazas. • Centro Sanitario de Ejea: <ul style="list-style-type: none"> – Es necesario crear una unidad de convalecencia con 30 camas. – Es necesario la creación de un hospital de día con 12 plazas. |

| HOSPITALES DE CONVALECENCIA | |
|------------------------------------|---|
| CONTENIDO ORGANIZATIVO | <ul style="list-style-type: none"> • Reorganizar la ubicación de recursos humanos en: <ul style="list-style-type: none"> – Logopedas del Sector de Huesca • Consultas externas de rehabilitación: <ul style="list-style-type: none"> – Reorientar las consultas externas del Hospital Sagrado Corazón de Jesús a la población objeto de los hospitales de convalecencia. – Los hospitales de convalecencia a los que se les dote con médico rehabilitador deberán disponer de consulta externa de rehabilitación. • Establecer el equipo de profesionales que formarán parte de la unidad de convalecencia en: <ul style="list-style-type: none"> – Consorcio Hospitalario de Jaca – Hospital de Barbastro: • Organizar la unidad de rehabilitación para dar respuesta a las necesidades asistenciales de Atención Especializada, de Atención Sociosanitaria y de Atención Primaria en: <ul style="list-style-type: none"> – Centro Sanitario de Ejea – Centro Sociosanitario de Fraga • Se deberá organizar los cauces de comunicación para el traslado de pacientes a los hospitales de convalecencia de referencia desde los sectores que no dispongan de dicho recurso en su territorio. • Será necesario la concertación de la atención de convalecencia en el Sector de Zaragoza II, ante la necesidad prevista por el volumen de población del sector. • El Hospital Geriátrico San Jorge actuará como hospital de convalecencia de los Sectores de Zaragoza I y de Zaragoza III una vez se haya procedido a su traslado al Hospital Nuestra Señora de Gracia. |
| RECURSOS HUMANOS A DOTAR | <ul style="list-style-type: none"> • 4 médicos especialistas: <ul style="list-style-type: none"> – 1 unidad de convalecencia del Hospital de Barbastro. – 2 Centro Sanitario de Ejea. – 1 Hospital Geriátrico San Jorge. – 1 Hospital de Día Hospital Geriátrico San Jorge. • 53 puestos de enfermería. • 78 puestos de auxiliar de enfermería. • 2 médicos especialistas en Medicina Física y Rehabilitación: <ul style="list-style-type: none"> – Hospital San José. – Hospital San Jorge. • 6 Fisioterapeutas. <ul style="list-style-type: none"> – 1 Centro Sociosanitario de Fraga. – 4 Hospital Geriátrico San Jorge. – 1 Centro Sanitario de Ejea. • 3 auxiliar de enfermería: <ul style="list-style-type: none"> – 1 Hospital Geriátrico San Jorge. – 1 Centro Sociosanitario de Fraga. – 1 Centro Sanitario de Jaca. • 2 terapeutas ocupacionales: <ul style="list-style-type: none"> – 1 Centro Sociosanitario de Fraga – 1 Centro Sanitario de Ejea. • 3 trabajadores sociales: <ul style="list-style-type: none"> – 1 Centro Sociosanitario de Fraga. – 1 Centro Sanitario de Ejea. – 1 Centro Sanitario de Jaca. |

Línea asistencial de Atención Especializada

| UNIDADES DE REHABILITACIÓN DE HOSPITALES GENERALES | |
|--|---|
| <p>CONTENIDO ORGANIZATIVO</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Se reordenará la ubicación de los logopedas del Hospital Sagrado Corazón de Jesús para cubrir las necesidades asistenciales del Hospital San Jorge. • Se organizará la asistencia para que el logopeda preste atención a la demanda de todo el Sector. • La unidad de rehabilitación del Consorcio Hospitalario de Jaca prestará asistencia de fisioterapia y de terapia ocupacional a Atención Primaria de su ámbito de influencia. • Las unidades de rehabilitación de los hospitales de Barbastro, Teruel y Calatayud atenderán las necesidades de fisioterapia de Atención Primaria. • Las unidades de rehabilitación de los hospitales de Barbastro, Teruel y Calatayud atenderán las necesidades de terapia ocupacional de Atención Primaria. • Se reorganizará la unidad de ictus para que actúe como unidad de referencia para toda la Comunidad Autónoma. |
| <p>RECURSOS HUMANOS A DOTAR</p> | <ul style="list-style-type: none"> • 6 médicos especialistas en Medicina Física y Rehabilitación. <ul style="list-style-type: none"> – 1 Sector Barbastro. – 4 Sector de Zaragoza I. – 1 Sector de Zaragoza III. • 24 fisioterapeutas. Propuesta en: <ul style="list-style-type: none"> – 3 Sector de Huesca. – 2 Sector de Barbastro. – 1 Sector de Alcañiz. – 13 Sector Zaragoza I. – 5 Sector de Zaragoza III. • 8 terapeutas ocupacionales: <ul style="list-style-type: none"> – 1 Sector de Barbastro. – 1 Sector de Teruel. – 1 Sector de Calatayud. – 1 Sector de Alcañiz. – 2 Sector de Zaragoza I. – 2 Sector de Zaragoza III. • 9 logopedas: <ul style="list-style-type: none"> – 1 Sector de Teruel. – 1 Sector de Alcañiz. – 1 Sector de Calatayud. – 2 Sector de Zaragoza I. – 2 Sector de Zaragoza II. – 2 Sector de Zaragoza III. • 3 auxiliares de enfermería: <ul style="list-style-type: none"> – 1 Sector de Teruel. – 2 Sector de Zaragoza I. • 5 auxiliares administrativos: <ul style="list-style-type: none"> – 1 Sector de Huesca. – 1 Sector de Teruel. – 1 Sector de Calatayud. – 2 Sector de Zaragoza I. |

MEMORIA ECONOMICA PARA LA IMPLANTACION DEL PROGRAMA

PERIODO 2002 – 2005

Se describe en este apartado el incremento de gasto realizado por el Departamento de Salud y Consumo durante el periodo 2002 – 2005 para la atención específica de pacientes crónicos dependientes.

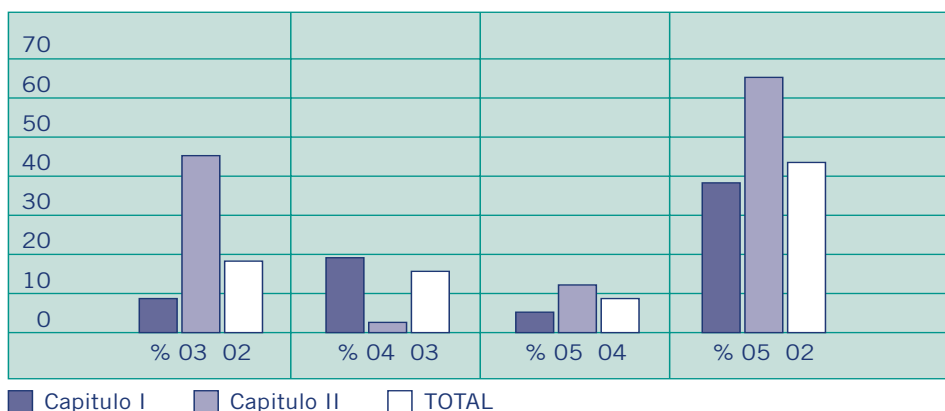
Evolución del gasto en centros propios

Los centros propios del Departamento de Salud para la atención a enfermos crónicos dependientes han sido en este periodo los siguientes:

- Hospital San Jorge de Zaragoza
- Hospital Sagrado Corazón de Huesca
- Hospital San José de Teruel
- Centro policlínico de Fraga.

| | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 |
|--------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|
| CAPITULO I | 10.076.207 | 10.955.831 | 12.939.752 | 13.718.687 |
| CAPITULO II | 2.602.642 | 3.728.415 | 3.805.211 | 4.200.401 |
| TOTAL | 12.678.849 | 14.684.246 | 16.744.963 | 17.919.088 |

| | % 03 02 | % 04 03 | % 05 04 | % 05 02 |
|--------------|--------------|--------------|-------------|--------------|
| CAPITULO I | 8,73 | 18,11 | 6,02 | 36,15 |
| CAPITULO II | 43,26 | 2,06 | 10,39 | 61,39 |
| TOTAL | 15,82 | 14,03 | 7,01 | 41,33 |



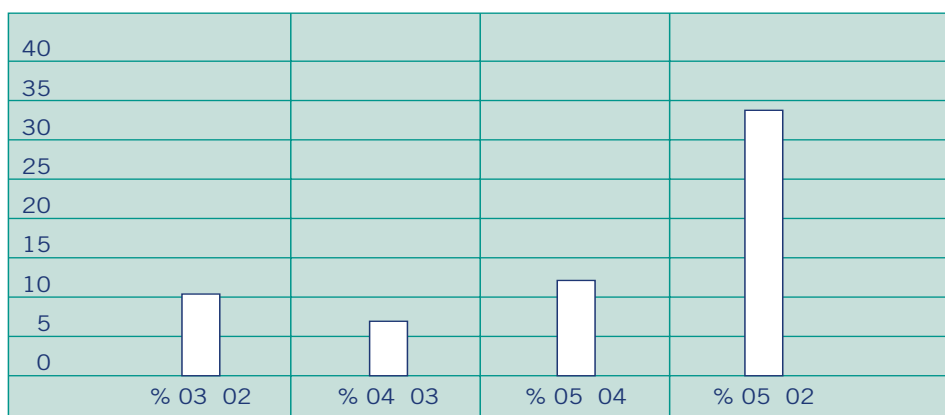
Evolución del gasto en centros y entidades concertadas

Los centros y entidades concertadas por el Departamento de Salud para la atención a enfermos crónicos dependientes han sido en este periodo los siguientes:

- Hospital San Juan de Dios:
 - Internamiento de pacientes convalecientes
 - Hospital de Día
 - Rehabilitación
 - Atención a domicilio
- Asociación Española contra el Cáncer
 - Atención a domicilio a pacientes y familiares
- FADEMA
 - Rehabilitación
- Cruz Roja
 - Recogida y distribución de material ortoprotésico

| | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 |
|-------------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|
| Gasto Concertado | 6.903.848,72 | 7.603.851,82 | 8.247.483,10 | 9.299.146,05 |

| | % 03 02 | % 04 03 | % 05 04 | % 05 02 |
|-------------------------|--------------|-------------|--------------|--------------|
| Gasto Concertado | 10,14 | 8,46 | 12,75 | 34,70 |

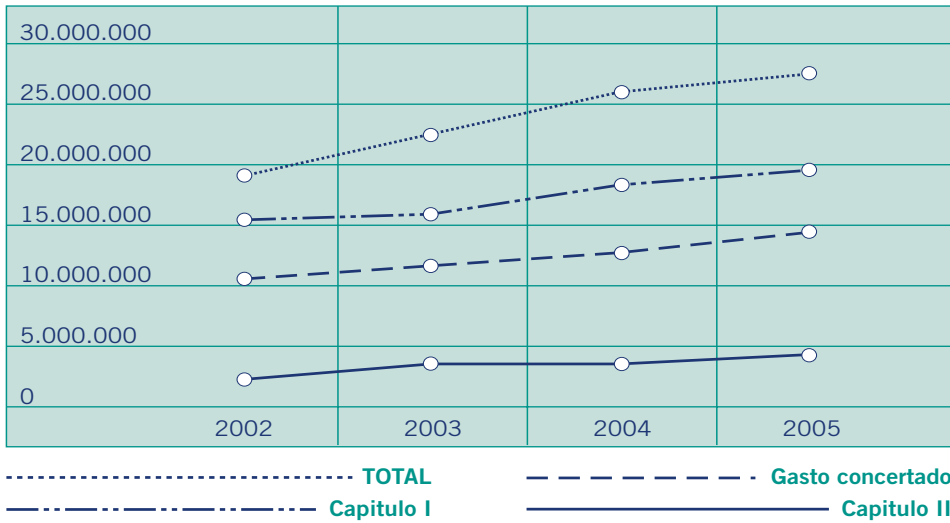


Inversiones

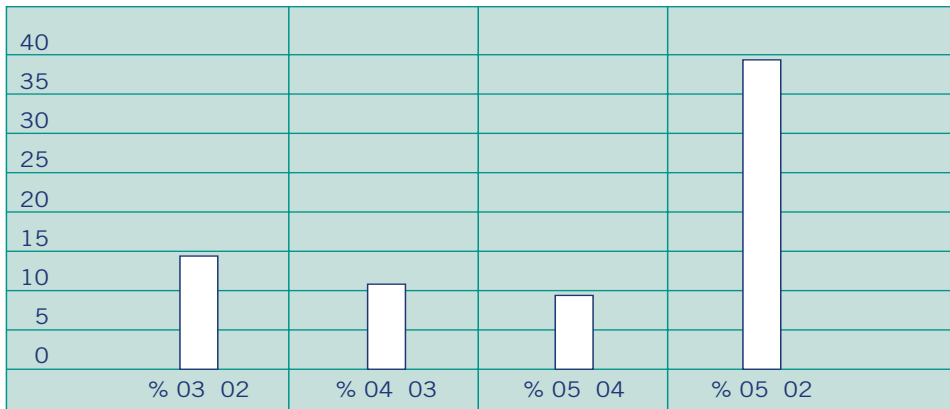
| | |
|------------------------------------|------------------|
| HOSPITAL SAGRADO CORAZÓN DE HUESCA | 700.000 |
| HOSPITAL SAN JOSÉ DE TERUEL | 600.000 |
| CENTRO SOCIOSANITARIO DE EJEJA | 4.000.000 |
| TOTAL | 5.360.000 |

Total de gasto corriente

| | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 |
|------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|
| CAPITULO I | 10.076.207 | 10.955.831 | 12.939.752 | 13.718.687 |
| CAPITULO II | 2.602.642 | 3.728.415 | 3.805.211 | 4.200.401 |
| Gasto Concertado | 6.903.848 | 7.603.851 | 8.247.483 | 9.299.146 |
| TOTAL | 19.582.697 | 22.288.097 | 24.992.446 | 27.218.234 |



| | % 03 02 | % 04 03 | % 05 04 | % 05 02 |
|------------------------|--------------|--------------|-------------|--------------|
| Gasto Corriente | 13,81 | 12,13 | 8,90 | 38,99 |



PREVISIONES 2006 – 2009

Se relacionan a continuación los recursos económicos previstos para desarrollar el plan de actuaciones recogido en el programa especificando aquellos recursos necesarios para cumplir los criterios de ordenación establecidos.

Retribuciones de personal

| | Nº de PROFESIONALES | RETRIBUCIONES TOTALES |
|---|---------------------|-----------------------|
| Fisioterapeutas | 43 | 1.390.737 |
| Auxiliares de Enfermería (unidades de fisioterapia ubicadas en atención primaria y unidades de rehabilitación de hospitales generales y de convalecencia) | 11 | 221.650 |
| Terapeutas Ocupacionales | 14 | 431.340 |
| Médicos Especialistas (ESAD, UVSS, Hospital de Convalecencia y Hospital de Día) | 16 | 830.000 |
| Enfermería (ESAD y UVSS) | 11 | 336.050 |
| Médicos Rehabilitadores (unidades de rehabilitación de hospitales generales y de convalecencia) | 8 | 237.000 |
| Logopedas (unidades de rehabilitación de hospitales generales) | 9 | 272.610 |
| Auxiliares Administrativos (unidades de rehabilitación de hospitales generales) | 5 | 101.400 |
| Trabajadores Sociales (UVSS y hospitales de convalecencia) | 5 | 151.450 |
| Enfermeras responsables del programa | 8 | 244.400 |
| TOTAL | 130 | 4.216,637 |

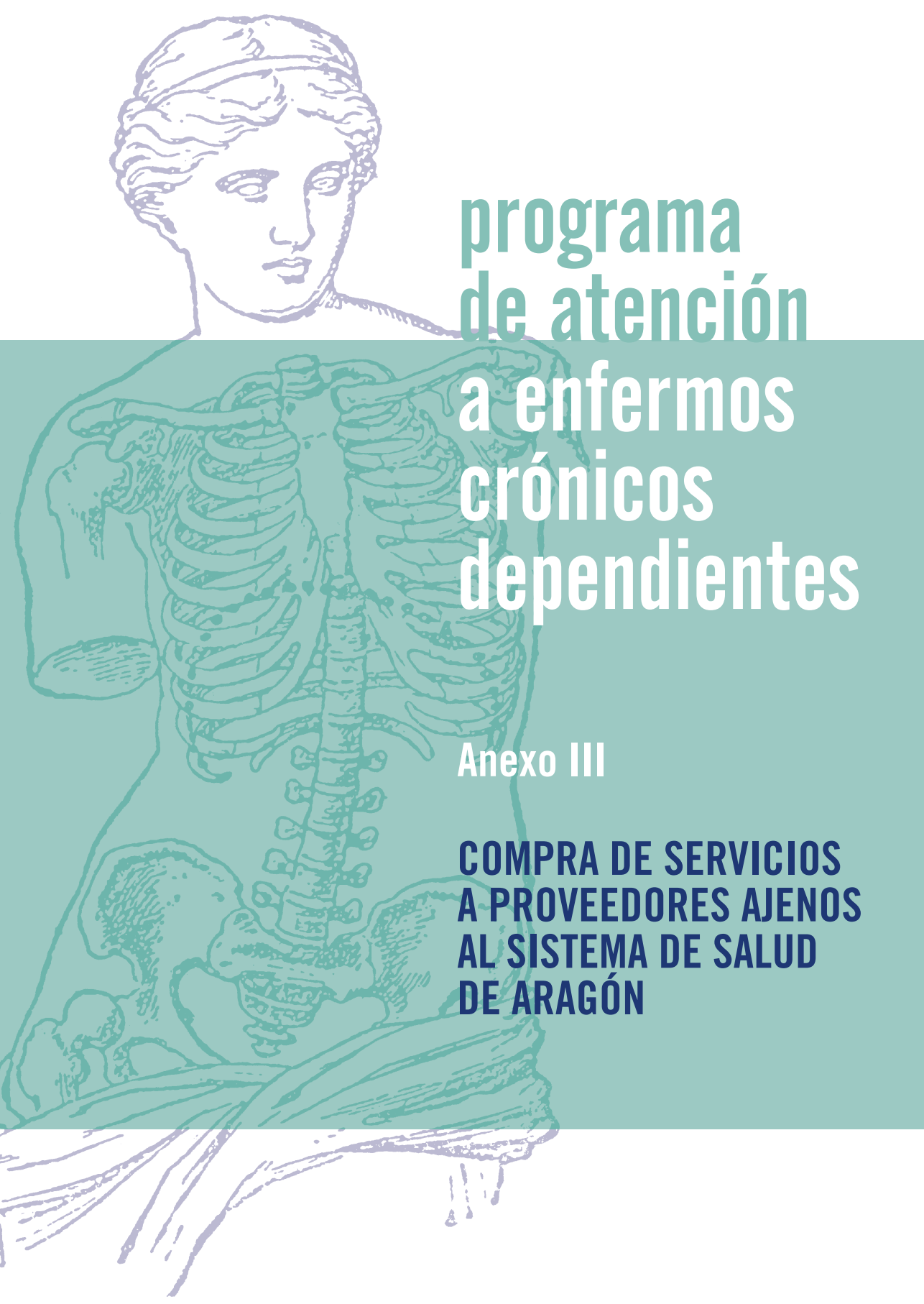
Gastos de Mantenimiento

Los gastos de mantenimiento por el incremento de la actividad en centros y unidades ya existentes se han valorado teniendo en cuenta los gastos/recurso en establecimientos propios y se han estimado en 1.735.430.

Mantenimiento de nuevos recursos ligados a la apertura o remodelación de centros

Además se hará frente a los costes de apertura y funcionamiento de los siguientes recursos:

| | CAMAS CONVALECENCIA | SALAS REHABILITACIÓN | HOSPITAL DÍA |
|--------------------|---------------------|----------------------|--------------|
| HOAPITAL JACA | 30 | 1 | 12 |
| HOSPITAL BARBASTRO | 15 | 1 | 6 |
| HOSPITAL FRAGA | 30 | 1 | 12 |
| HOSPITAL GRACIA | 135 | 1 | 42 |



**programa
de atención
a enfermos
crónicos
dependientes**

Anexo III

**COMPRA DE SERVICIOS
A PROVEEDORES AJENOS
AL SISTEMA DE SALUD
DE ARAGÓN**

ÍNDICE

| | |
|--|-----|
| Características, condicionantes y sistemas de clasificación de pacientes | 149 |
| Aproximación a la clasificación de pacientes por tipo de cuidados | 150 |
| Tipo de cuidados | 152 |
| Valoración de tarifas..... | 153 |
| Cuidados de recuperación en régimen de hospitalización con rehabilitación | 153 |
| Cuidados de recuperación en régimen de hospitalización sin rehabilitación .. | 154 |
| Hospitalización cuidados paliativos | 155 |
| Cuidados en hospital de día | 156 |
| Transporte adaptado en hospital de convalecencia | 157 |
| Cuidados de rehabilitación ambulatoria | 158 |
| Equipos de soporte de atención domiciliaria | 163 |

CARACTERÍSTICAS, CONDICIONANTES Y SISTEMAS DE CLASIFICACIÓN DE PACIENTES

La amplia variedad de enfermedades crónicas que cursan o pueden cursar con dependencia y que se asocian a la necesidad de cuidados sanitarios dificultan el establecimiento de una tipología de pacientes así como un sistema de estandarización de cuidados.

Nos encontramos ante una serie de perfiles de pacientes con una serie de características, que son precisamente las que nos van a delimitar la tipología de los pacientes incluidos, las modalidades de los tipos de cuidados a aplicar y los servicios que incluiría un plan de cuidados integral y sistemático.

Estas características también condicionan los sistemas de clasificación, tarificación y facturación de procesos.

Entre estos condicionantes destacan los siguientes:

- Los diagnósticos no tienen tanta importancia en la determinación del uso de recursos, mientras que la capacidad funcional y los condicionantes físicos y psíquicos con relación a la dependencia son fundamentales.
- Se incluyen todas las edades. La edad no es un elemento de inclusión o exclusión, aunque los ancianos siguen siendo un grupo objeto de atención importante.
- Nos encontramos ante un sector cada vez más importante en la prestación de servicios sanitarios. El progresivo envejecimiento de la población, el aumento de la esperanza de vida y la necesidad de adecuar racionalmente los recursos sanitarios (es el caso de las estancias en los hospitales de agudos), hacen que aumente progresivamente el protagonismo de este tipo de enfermos.
- Los sistemas de clasificación de pacientes siguen siendo un elemento básico en la asignación de recursos y en la gestión de los servicios sanitarios.
- Existe una amplia literatura científica de sistemas alrededor de los Grupos de Diagnósticos Relacionados (GDR) cuya aplicación práctica es llevada a cabo fundamentalmente en los hospitales de agudos, pero no son de aplicación en el tipo de enfermos crónicos dependientes.
- El tiempo dedicado por los profesionales a la asistencia sanitaria, es la variable básica de diferenciación en los costes.

No se ha encontrado ningún Sistema de Clasificación de pacientes que abarque todo el rango de edad que comprende el Programa de Atención a Enfermos Crónicos Dependientes y que correlacione los grados de dependencia, con los tipos de cuidados incluidos en el programa y el coste de los mismos.

Se ha realizado una primera aproximación teórica de un Sistema de Clasificación de pacientes y se propone profundizar en un futuro inmediato (de manera teórica y empírica) en un Sistema de Clasificación que de respuesta a la realidad del enfermo crónico dependiente, mediante su aplicación y su relación con el consumo de recursos al objeto de validar la clasificación.

A continuación se muestran una serie de herramientas analíticas que pueden servir a este propósito.

APROXIMACIÓN TEÓRICA A LA CLASIFICACIÓN DE PACIENTES POR TIPO DE CUIDADOS

Para construir sistemas de clasificación factibles han de agruparse a pacientes con características similares, y que tengan un iso-consumo (volumen de cuidados que recibe el paciente) homogéneo y con significado clínico.

Básicos en este sentido son los conceptos de “dependencia” “tiempo previsible” de necesidad de cuidados y “complejidad” de los mismos.

Una serie de variables deben de valorar la dependencia física, el nivel cognitivo, el tiempo estimado de la necesidad de los cuidados y la complejidad de los mismos. Esto posibilitará establecer criterios de exclusión y de inclusión para el acceso al internamiento y establecer la modalidad del mismo.

Se exponen a continuación dichas variables y los instrumentos de elegidos para medirlas.

• Dependencia física

Aplicando la Escala de Barthel, se obtienen unos resultados que indican el grado de dependencia, otorgándole un valor.

| INDICE DE BARTHEL | | |
|-------------------|----------------------|-------|
| RESULTADO | GRADO DE DEPENDENCIA | VALOR |
| < 20 | Total | 1 |
| 20 - 35 | Grave | 1 |
| 40 - 55 | Moderado | 0 |
| > = 60 | Leve | 0 |
| 100 | Independiente | 0 |

• Nivel cognitivo

Utilizando el Miniexamen Cognoscitivo de Lobo (MEC de Lobo) se valora en función de la normalidad o alteración que obtengamos en el resultado.

| MINIEXAMEN COGNOSCITIVO | | |
|-------------------------|----------|-------|
| RESULTADO | GRADO | VALOR |
| < 24/28 ¹ | Alterado | 1 |
| > = 24/28 | Normal | 0 |

• Necesidades de cuidados: capacidad de recuperación

Viene definido por la previsión en número de días que se estima adecuada a las necesidades de cuidados que presenta el paciente en el momento del ingreso en el Hospital de Convalecencia.

| NECESIDAD DE CUIDADOS | | |
|-----------------------|------------------------|-------|
| ESTIMACIÓN | Nº de DIAS (intervalo) | VALOR |
| Alta | 60 - 79 | 1 |
| Media | 40 - 59 | 1 |
| Baja | 20 - 39 | 0 |

• Complejidad técnica en los cuidados

Viene definida por el volumen de cuidados que precisa un paciente. Entendemos que es la variación del tiempo técnico dedicado por el personal de enfermería la que define esta variable, pudiendo presuponer que las otras valoraciones para medir los consumos de pacientes (como es el caso del tiempo médico o el coste de material fungible) permanecen homogéneas para todos ellos.

| COMPLEJIDAD TECNICA | |
|---------------------|-------|
| DEDICACIÓN ESTIMADA | VALOR |
| Alta | 1 |
| Media | 0 |
| Baja | 0 |

• Valoración por Tipo de Cuidados

La suma de los valores obtenidos en las variable tras el estudio del paciente lleva a una serie de resultados posibles en orden a los cuales se clasifican a los pacientes por tipo de cuidados, tanto para pacientes con necesidad de rehabilitación como para pacientes sin necesidad de la misma.

| VALORACIÓN POR TIPOS DE CUIDADOS | | |
|----------------------------------|-------------------------------|--------------|
| CLAS. PACIENTES | RESULTADO | VALOR |
| Grupos | De cuidados moderados a altos | 0, 1, 2, ... |

TIPO DE CUIDADOS

Las fases de la enfermedad determinan en gran medida el tipo de cuidados que el paciente precisa:

- Fase aguda
 - Cartera de servicios general de Atención Primaria
 - Cartera de servicios general de Hospitales Generales
 - Cartera de servicios general de Hospitales de Convalecencia
- Convalecencia
 - Internamiento con Rehabilitación
 - Internamiento sin Rehabilitación
 - Hospital de Día
 - Ambulatorio con Rehabilitación
 - Ambulatorio sin Rehabilitación
- Cronicidad
 - Mantenimiento de cuidados básicos
 - Mantenimiento con cuidados continuados
- Terminal
 - Cuidados paliativos con internamiento
 - Cuidados paliativos sin internamiento

En este anexo se han estudiado los siguientes tipos de cuidados de los enfermos crónicos dependientes:

1. HOSPITALIZACIÓN:

- Convalecencia con rehabilitación
- Convalecencia sin rehabilitación
- Cuidados paliativos

2. HOSPITAL DE DÍA

3. REHABILITACIÓN AMBULATORIA

4. CUIDADOS CRÓNICOS/PALIATIVOS SIN INTERNAMIENTO

VALORACIÓN DE TARIFAS

En los hospitales de convalecencia de nuestra Comunidad Autónoma, tanto públicos como privados actualmente concertados, no está implantado ningún sistema de contabilidad analítica. Únicamente el Hospital San Juan de Dios de Zaragoza ha iniciado recientemente un sistema parcial de contabilidad analítica.

Por ello, la determinación de los valores presentados se ha realizado en base al estudio parcial de contabilidad analítica, a las memorias económicas y de actividad del Hospital San Juan de Dios de Zaragoza, valorando número de pacientes atendidos, estancia media, índice de ocupación, rotación, etc, así como imputación de gastos por recurso e ingresos del centro. También se ha realizado un estudio comparado de las tarifas de otras Comunidades Autónomas.

De forma general los elementos diferenciales que hemos utilizado en la determinación de las tarifas han sido:

- Lugar de aplicación del tipo de cuidado: internamiento, ambulatorio, hospital de día o domicilio.
- Personal encargado de su aplicación: complejidad de los tipos de cuidados.
- Tiempo estimado de tratamiento.
- Población diana: condiciones clínicas del paciente: grados de dependencia: escalas de valoración.

Las tarifas a aplicar para los cuidados prestados por los Equipos de Soporte de Atención Domiciliaria se han determinado con la estimación de gastos presentada por el Hospital San Juan Dios, los datos aportados por la Asociación Española contra el Cáncer (AECC) y los referidos a actividad de los Equipos propios de Soporte de Atención Domiciliaria (ESAD).

Las tarifas máximas obtenidas se refieren al año 2005, y precisarán, sin duda, ajustes cuando tengamos experiencia suficiente en su aplicación práctica.

CUIDADOS DE RECUPERACIÓN EN RÉGIMEN DE HOSPITALIZACIÓN CON REHABILITACIÓN

Se definen como aquellos cuidados prestados durante un tiempo a una persona inmediatamente después de una enfermedad o traumatismo agudo. Los servicios y cuidados que recibe son una continuación de aquellos prestados durante la fase aguda del proceso, y tienen como finalidad restaurar a la persona a su nivel de salud y funcional previo al proceso agudo. Son pacientes con un déficit funcional recuperable en la fase de convalecencia de la enfermedad.

Para la tarificación se han tenido en cuenta:

- Lugar de aplicación del tipo de cuidado: internamiento. Se han valorado los gastos de la hospitalización.
- Personal encargado de su aplicación: complejidad de los tipos de cuidados. Se ha valorado la necesidad diferencial de precisar la intervención de médico especialista en Medicina Física y Rehabilitación y de Fisioterapeuta.
- Tiempo estimado de tratamiento: se ha estimado una estancia media de 80 días.

- Población diana: pacientes que clínicamente precisan internamiento con rehabilitación con una dependencia funcional que lo justifique. Inicialmente se realizaron subclasificaciones dentro del tipo de cuidados según el grado de dependencia, basado entre otros aspectos, en el Índice de Barthel y el Minimental Test. Finalmente se ha desechado eventualmente la idea por no tener suficiente base documental.

Se ha optado por una tarifa unitaria por tipo de cuidado, independientemente del grado de dependencia del paciente.

Tarifas Máximas aplicables a Cuidados de Recuperación en régimen de Internamiento con Rehabilitación

| TIPO DE CUIDADO | TARIFAS P. UNITARIO | ESTANCIA MEDIA ESTIMADA |
|-----------------|---------------------|-------------------------|
| Hosp. con Rhb. | 8.160 | 80 |

Servicios incluidos:

Se consideran precios unitarios por paciente, estando incluidos como mínimo:

- Internamiento en hospital de convalecencia: coste de los días de hospitalización en habitación compartida o individual cuando sea preciso por las especiales circunstancias del paciente.
- Asistencia por equipo médico especializado, enfermería y personal auxiliar sanitario.
- El tratamiento farmacológico que se requiera durante el proceso.
- Actividades de enfermería: actividades de prevención y promoción de la autonomía y del autocuidado.
- Procedimientos de enfermería:
 - Aplicación de tratamientos.
 - Vendajes e inmovilizaciones.
 - Toma de muestras.
 - Toma de constantes.
 - Sondajes.
 - Cuidados de heridas, úlceras y ostomías.
 - Tratamiento postural.
 - Aplicación de aerosolterapia, oxigenoterapia y terapia respiratoria básica.
 - Alimentación, incluida la nutrición enteral.
- Consulta de médico especialista en Medicina Física y Rehabilitación.
- Técnicas diagnósticas y terapéuticas médico especialista en Medicina Física y Rehabilitación/Fisioterapeuta/Terapeuta ocupacional.
- Atención personal básica: manutención, aseo y movilización.
- Informe de alta por el médico responsable

CUIDADOS DE RECUPERACIÓN EN RÉGIMEN DE HOSPITALIZACIÓN SIN REHABILITACIÓN

Vienen definidos como aquellos cuidados prestados durante un tiempo a una persona inmediatamente después de una enfermedad o traumatismo agudo. Los servicios y cuidados que recibe

son una continuación de aquéllos prestados durante la fase aguda del proceso y tienen como finalidad restaurar a la persona a su nivel de salud y funcional previo al proceso agudo.

Para la tarificación se han tenido en cuenta:

- Lugar de aplicación del tipo de cuidado: internamiento.
- Personal encargado de su aplicación: complejidad de los tipos de cuidados. Se ha valorado el no precisar la atención de médico especialista en Medicina Física y Rehabilitación ni Fisioterapeuta.
- Tiempo estimado de tratamiento: se estima una estancia media de 75 días.
- Población diana: pacientes que cumplan con los criterios de inclusión preestablecidos.

Como en el internamiento con rehabilitación se ha concluido con una tarifa única.

Tarifas Máximas aplicables a Cuidados de Recuperación en régimen de Internamiento sin Rehabilitación

| TIPO DE CUIDADO | TARIFAS P. UNITARIO | ESTANCIA MEDIA ESTIMADA |
|-----------------|---------------------|-------------------------|
| Hosp. sin Rhb. | 7.050 | 75 |

Servicios incluidos:

Se consideran precios unitarios por paciente, estando incluidos como mínimo:

- Internamiento en hospital de convalecencia: coste de los días de hospitalización en habitación compartida o individual cuando sea preciso por las especiales circunstancias del paciente.
- Asistencia por equipo médico especializado, enfermería y personal auxiliar sanitario.
- El tratamiento farmacológico que se requiera durante el proceso.
- Actividades de enfermería: actividades de prevención y promoción de la autonomía y del autocuidado.
- Procedimientos de enfermería:
 - Aplicación de tratamientos.
 - Vendajes e inmovilizaciones.
 - Toma de muestras.
 - Toma de constantes.
 - Sondajes.
 - Cuidados de heridas, úlceras y ostomías.
 - Tratamiento postural.
 - Aplicación de aerosolterapia, oxigenoterapia y terapia respiratoria básica.
 - Alimentación, incluida la nutrición enteral.
- Atención personal básica: manutención, aseo y movilización.
- Informe de alta por el médico responsable

HOSPITALIZACIÓN CUIDADOS PALIATIVOS

Es la asistencia integral, activa y continuada a los pacientes y sus familias por un equipo multi-profesional cuando la expectativa médica no es la curación en la fase terminal de la enfermedad y se hace en régimen de internamiento. La finalidad principal de los cuidados es proporcionar la

mejor calidad de vida posible. La prestación de cuidados no se limita al paciente ya que alcanza a las personas a él vinculadas.

Para la tarificación se han tenido en cuenta:

- Lugar de aplicación del tipo de cuidado: internamiento.
- Personal necesario encargado de su aplicación.
- Tiempo estimado de tratamiento: se estima una estancia media de 30 días.
- Población diana: pacientes que cumplan con los criterios de inclusión preestablecidos.
Aplicación de cuidados paliativos según complejidad y necesidad del paciente

Se ha concluido en la adecuación de una tarifa única.

Tarifas máximas aplicables a Cuidados Paliativos en Régimen de internamiento

| TIPO DE CUIDADO | TARIFAS P. UNITARIO | ESTANCIA MEDIA ESTIMADA |
|---------------------------|---------------------|-------------------------|
| Hosp. cuidados Paliativos | 3.240 | 30 |

Servicios incluidos:

Se consideran precios unitarios por paciente, estando incluido como mínimo:

- Internamiento en hospital de convalecencia: coste de los días de hospitalización en habitación compartida o individual cuando sea preciso por las especiales circunstancias del paciente.
- Asistencia por equipo médico especializado, enfermería y personal auxiliar sanitario.
- El tratamiento farmacológico que se requiera durante el proceso.
- Tratamiento del dolor.
- Procedimientos de enfermería:
 - Aplicación de tratamientos.
 - Vendajes e inmovilizaciones.
 - Toma de muestras.
 - Toma de constantes.
 - Sondajes.
 - Cuidados de heridas, úlceras y ostomías.
 - Tratamiento postural.
 - Aplicación de aerosolterapia, oxigenoterapia y terapia respiratoria básica.
 - Alimentación, incluida la nutrición enteral.
- Atención personal básica: manutención, aseo y movilización.
- Ayuda en la gestión de los procesos de duelo.
- Detección y prevención de procesos de duelo patológicos
- Informe de alta por el médico responsable

CUIDADOS EN HOSPITAL DE DÍA

Es el plan de cuidados que se establece con el enfermo crónico dependiente en el Hospital de Día para los casos de recuperación, que incluye controles sanitarios, rehabilitación, terapia ocupacional y terapia para déficits cognitivos en los que el paciente, con o sin ayuda, puede desplazarse diariamente desde su domicilio al Centro.

Para la tarificación se han tenido en cuenta:

- Lugar de aplicación del tipo de cuidado: ambulatorio.
- Personal necesario encargado de su aplicación.
- Tiempo estimado de tratamiento: se estima una asistencia media de 30 días.
- Población diana: pacientes que cumplan con los criterios de inclusión preestablecidos.
Aplicación de cuidados en hospital de día según complejidad y necesidad del paciente.

Tarifas Máximas aplicables a Hospital de Día

| HOSPITAL DE DÍA | |
|-------------------------|----------|
| Precio Unitario Proceso | 1.845,55 |

Servicios incluidos:

Se consideran precios unitarios por paciente, estando incluidos como mínimo:

- Asistencia por equipo médico especializado, enfermería y personal auxiliar sanitario.
- El tratamiento farmacológico que se requiera durante el proceso.
- Actividades de enfermería: actividades de prevención y promoción de la autonomía y del autocuidado.
- Procedimientos de enfermería:
 - Aplicación de tratamientos.
 - Vendajes e inmovilizaciones.
 - Toma de muestras.
 - Toma de constantes.
 - Sondajes.
 - Cuidados de heridas, úlceras y ostomías.
- Técnicas diagnósticas y terapéuticas de rehabilitación / fisioterapia / terapia ocupacional / terapia para déficits cognitivos.
- Atención personal básica: manutención.
- Informe de alta por el médico responsable

TRANSPORTE ADPATADO EN HOSPITAL DE CONVALECENCIA

Tarifas Máximas aplicables a transporte adaptado

| TIPO DE ASISTENCIA | TARIFAS P. UNITARIO |
|---------------------|---------------------|
| Transporte adaptado | 9,46 |

Servicios incluidos:

- Transporte ida y vuelta del domicilio del paciente al hospital de convalecencia en vehículo adaptado.
- Atención básica al paciente.

CUIDADOS DE REHABILITACIÓN AMBULATORIA

Son los cuidados encaminados a pacientes que tienen un déficit funcional recuperable en la fase de convalecencia de la enfermedad con un nivel de autonomía compatible con la posibilidad de desplazamiento hasta la unidad de rehabilitación.

Para la tarificación se han tenido en cuenta:

- Lugar de aplicación del tipo de cuidado: forma ambulatoria, siendo prestada en recursos de atención primaria o especializada, dependiendo de la complejidad.
- Personal encargado de su aplicación según necesidades del paciente y de la complejidad de las técnicas a aplicar. Diferenciando la intervención de médico especialista en Medicina Física y Rehabilitación en atención especializada, de la asistencia por Fisioterapeuta en atención primaria.
- Tiempo estimado de tratamiento: se estiman un mínimo de sesiones por proceso, diferenciando complejidad de distintos procesos.
- Población diana: pacientes que cumplan con los criterios de inclusión preestablecidos. Aplicación de rehabilitación ambulatoria según complejidad y necesidad del paciente.

Tarifas Máximas aplicables a:

1.- REHABILITACIÓN AMBULATORIA:

| Descripción Según Categoría Mayor Diagnóstica | Descripción del Procedimiento | Tarifas máximas con Médico RHB | Tarifas máximas sin Médico RHB | Nº mín. sesiones por procedimiento | |
|---|--|--------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|----|
| Accidente vascular cerebral (AVC) con hemiplejía | AVC con hemiplejía con/sin alteración del lenguaje y/o del habla | 210 | | 40 | |
| Enfermedades del sistema nervioso central | Enfermedades del sistema nervioso central | 138 | | 25 | |
| Lesiones de la médula espinal | Lesiones de la médula espinal | 162 | | 30 | |
| Afecciones del sistema nervioso periférico y neuromiopatías | Síndromes caniculares y/o de atrapamiento | 81 | | 15 | |
| | Afecciones traumáticas del sistema nervioso periférico | 210 | | 40 | |
| | Otras afecciones del sistema nervioso y neuromiopatías | 210 | | 40 | |
| Traumatismo craneoencefálico (TCE) | Traumatismo cráneo-encefálico | 258 | | 50 | |
| Afecciones traumáticas osteoarticulares y de las partes blandas de las extremidades | Fracturas extremo proximal del húmero | 138 | | 25 | |
| | Afecciones traumáticas osteoarticulares de las extremidades | Todas las patologías incluidas | 114 | | 20 |
| | | Fractura de muñeca | | 76 | 15 |
| | Afecciones traumáticas de las partes blandas de las extremidades | Todas las patologías incluidas | 81 | | 15 |
| | | Esguince de tobillo | | 57 | 9 |
| | Politraumatismos con lesiones complejas de las extremidades. | | 210 | | 40 |

| Descripción Según Categoría Mayor Diagnóstica | Descripción del Procedimiento | | Tarifas máximas con Médico RHB | Tarifas máximas sin Médico RHB | Nº mín. sesiones por procedimiento |
|---|--|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| Afecciones traumáticas osteoarticulares y de las partes blandas de las extremidades | Afecciones no traumáticas osteo-articulares y de las partes blandas del hombro. | Todas las patologías incluidas | 114 | | 20 |
| | | Hombro doloroso | | 67 | 13 |
| | Afecciones no traumáticas osteo-articulares y de las partes blandas de la rodilla | Todas las patologías incluidas | 81 | | 15 |
| | | Gonartrosis | | 45 | 8 |
| | Otras afecciones no traumáticas osteo-articulares y de las partes blandas de las extremidades (excepto del hombro y rodilla) | Todas las patologías incluidas | 81 | | 15 |
| | | Coxartrosis | | 45 | 8 |
| | | Tendinopatía de muñeca | | 45 | 8 |
| | | Artritis de muñeca | | 76 | 15 |
| | Artritis | | 81 | | 15 |
| | Algoneurodistrofias | | 234 | | 45 |
| Artroplastias | | 138 | | 25 | |
| Linfedema | | 114 | | 20 | |
| Afecciones traumáticas y no traumáticas de la columna vertebral sin lesión medular | Afecciones traumáticas de la columna vertebral sin lesión medular. | | 71 | | 13 |
| | Síndromes álgicos vertebrales de características mecánicas y/o degenerativas | Todas las patologías incluidas | | 71 | 13 |
| | | Cervicalgia | | 67 | 13 |
| | | Dorsalgia | | 67 | 13 |
| | | Lumbociática | | 67 | 13 |
| | Otras afecciones vertebrales | | 81 | | 15 |

| Descripción Según Categoría Mayor Diagnóstica | Descripción del Procedimiento | Tarifas máximas con Médico RHB | Tarifas máximas sin Médico RHB | Nº mín. sesiones por procedimineto |
|---|---|--------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| Amputaciones | Amputaciones | 162 | | 30 |
| Grupo específico de patología infantil | Deformidades vertebrales, acortamientos musculares y otras alteraciones del sistema músculo-esquelético | 162 | | 30 |
| Grupo específico de patología senil | Síndrome de inmovilidad | 81 | | 15 |
| Enfermedades Cardiacas | Cardiopatía isquémica en pacientes de riesgo cardiovascular Medio-Alto | 114 | | 20 |
| | Cardiopatía isquémica en pacientes de riesgo cardiovascular Bajo | 81 | | 15 |
| | Cardiopatías valvulares operadas | 114 | | 20 |
| | Cardiopatías congénitas operadas | 114 | | 20 |
| | Insuficiencia cardiaca | 210 | | 40 |
| | Trasplante cardiaco | 162 | | 30 |
| | Arteriopatía de miembros inferiores | 81 | | 15 |
| Enfermedades respiratorias | Enfermedades respiratorias | 114 | | 20 |

Servicios incluidos:

La tarifa máxima establecida para cada uno de los procedimientos de rehabilitación ambulatoria descritos en la tabla se refieren al tratamiento de procesos completos, de acuerdo con el protocolo que se establezca para cada uno de ellos.

Para aquellos procedimientos en los por su mayor complejidad sea precisa la asistencia por un médico especialista en Medicina Física y Rehabilitación, la tarifa máxima comprenderá:

- Consulta inicial de valoración y planificación del tratamiento, realizada por un médico especialista en Medicina Física y Rehabilitación.
- Las consultas de revisión realizadas por un médico especialista en Medicina Física y Rehabilitación necesarias para cada proceso, hasta la finalización del tratamiento. Para aquellos procedimientos que requieran un número de sesiones igual o mayor de 20, será obligatoria una consulta de revisión como mínimo.

- El número de sesiones de rehabilitación que aparecen en la tabla anterior, para cada proceso, se considerará mínimo.
- Consulta al finalizar el tratamiento, realizada por el médico especialista y emisión de informe clínico, por escrito.

Para aquellos procedimientos en los que por su menor complejidad no sea precisa la asistencia por un médico especialista en Medicina Física y Rehabilitación, la tarifa máxima comprenderá:

- Consulta inicial de valoración y planificación del tratamiento, realizada por un fisioterapeuta.
- El número de sesiones de fisioterapia que aparecen en la tabla anterior, para cada proceso, se considerará mínimo.
- Emisión de informe clínico por el fisioterapeuta, por escrito, al alta definitiva.

2.-FONIATRÍA Y LOGOPEDIA.

| Descripción según Categoría Mayor Diagnóstica | Descripción proceso | Tarifa máxima por proceso | Duración mínima de tratamiento |
|--|--|---------------------------|--------------------------------|
| Alteraciones del lenguaje, de la voz del habla | Disfonía | 377 | 6 meses |
| | Afasia | 754 | 12 meses |
| | Disartría | 502 | 8 meses |
| | Trastornos de la fluencia | 377 | 6 meses |
| | Anomalías funcionales dentofaciales | 377 | 6 meses |
| | Laringuectomía | 377 | 6 meses |
| | Implante coclear-pacientes postlocutivos, en niños | 4.586 | 24 meses |
| | Implante coclear-pacientes prelocutivos, en niños | 7.503 | 36 meses |
| | Implante coclear-pacientes postlocutivos, en adultos | 3.439 | 6 meses |
| | Implante coclear-pacientes prelocutivos, en adultos | 5.627 | 12 meses |

Las tarifas máximas establecidas para cada uno de los procedimientos terapéuticos enumerados en la tabla anterior se refieren al tratamiento del proceso completo, de acuerdo con el protocolo que se establezca para cada uno de ellos. No obstante, cómo mínimo se consideran incluidos:

- Consulta inicial de valoración y planificación del tratamiento, realizada por un médico especialista en Medicina Física y Rehabilitación / Foniatra.
- Las consultas de revisión realizadas por un médico especialista en Medicina Física y Rehabilitación / Foniatra necesarias para cada proceso, hasta la finalización del tratamiento, siendo cómo mínimo una consulta mensual.
- La duración para cada procedimiento que aparece en la tabla anterior se considerará mínima y de obligado cumplimiento.
- Las sesiones para cada modalidad terapéutica serán impartidas por un logopeda. El número y duración de las mismas vendrán determinadas en los protocolos establecidos al efecto.
- Consulta médica realizada por el médico especialista en Medicina Física y Rehabilitación / Foniatra al final del proceso terapéutico.
- Emisión de informe médico, por escrito, al alta definitiva.

3.- REHABILITACIÓN PARA PARALÍTICOS CEREBRALES.

| DESCRIPCIÓN DEL PROCESO | TARIFAS MÁXIMAS |
|---|-----------------|
| Por cada mes completo de tratamiento de rehabilitación integral, incluyendo fisioterapia, logopedia, foniatría, terapia ocupacional, ortopedia y neuropediatría | 217,20 |
| Por cada sesión de este tratamiento | 9,30 |

Servicios incluidos:

La tarifa máxima anterior correspondiente a tratamiento de rehabilitación para paralíticos cerebrales por meses completos, incluye:

- Consulta inicial interdisciplinaria de valoración y planificación del tratamiento.
- Consultas de revisión necesarias durante el tratamiento. Se realizará cómo mínimo una mensual.
- La rehabilitación integral mensual incluye 20 sesiones.

La tarifa máxima por sesión de tratamiento será de aplicación cuando el tratamiento requerido exceda de uno o más meses completos.

EQUIPOS DE SOPORTE DE ATENCIÓN DOMICILIARIA

Es el equipo multidisciplinar que presta atención de una forma integral, activa y continuada a pacientes que precisan cuidados paliativos o en situación de cronicidad o de gran dependencia. La expectativa médica en estos casos no es la curación, siendo la finalidad principal de los cuidados el proporcionar la mejor calidad de vida posible. La prestación de cuidados no se limita al paciente ya que alcanza a las personas a él vinculadas.

Para la tarificación se han tenido en cuenta:

- Lugar de aplicación del tipo de cuidado: el domicilio del paciente. Valorando las distancias entre la base del Equipo y el domicilio del paciente. Se ha considerado como uno de los costes diferenciales principales.
- Personal encargado de su aplicación.
- Tiempo estimado de tratamiento según proceso.
- Población diana: no se ha subclasificado por grado de dependencia, estableciendo una tarifa unitaria por proceso. Aplicación cuidados paliativos adecuados.

Tarifas máximas aplicables a los Equipos de Soporte de Atención Domiciliaria (ESAD)

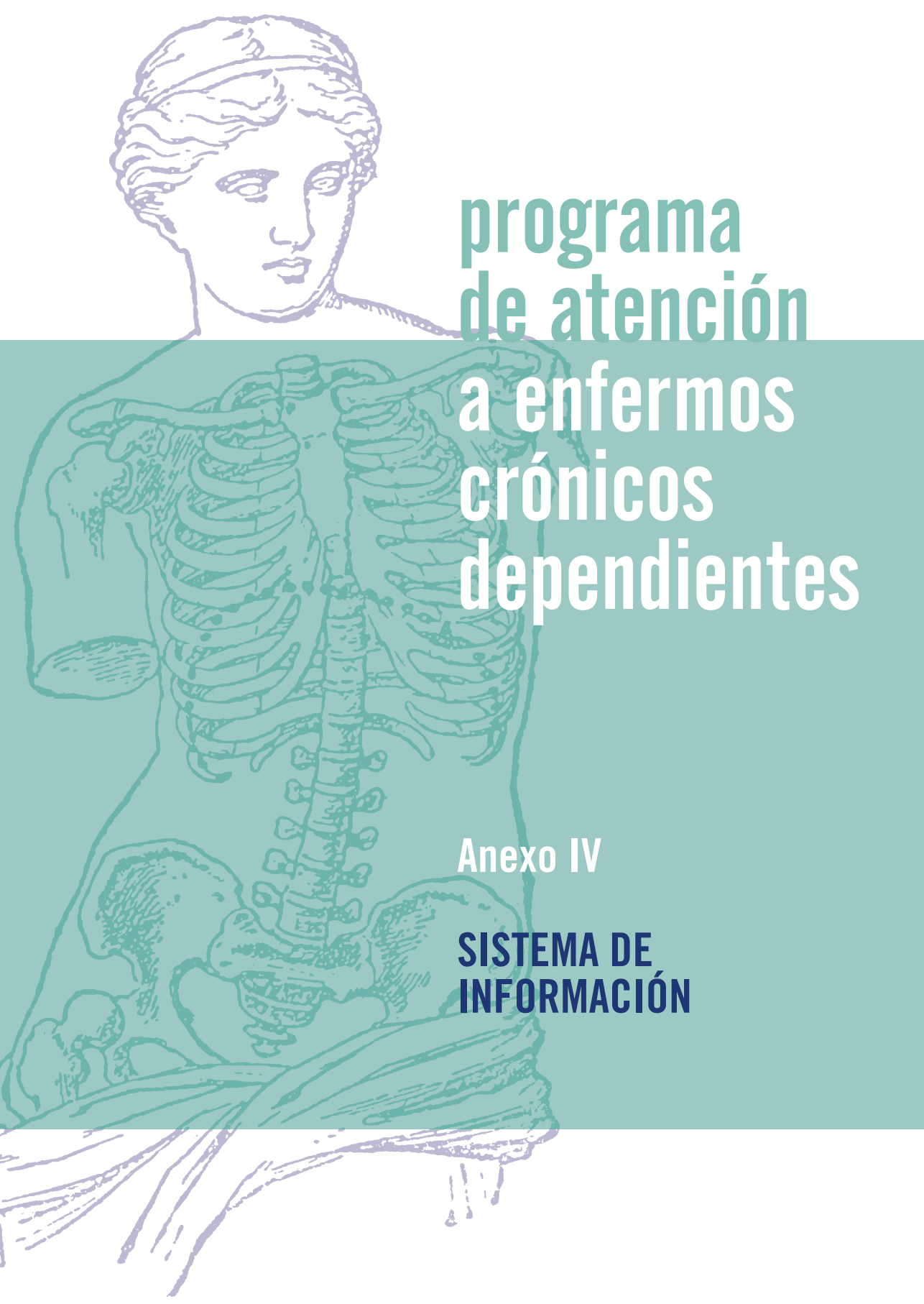
| DISTANCIA DESDE LA BASE DEL ESAD HASTA EL DOMICILIO DEL PACIENTE | |
|--|--------|
| KILÓMETROS | TARIFA |
| Hasta 15 km. | 433 |
| Entre 15 y 45 km. | 602 |
| Entre 46 y 75 km. | 1041 |
| M s de 75 km. | 1304 |

Servicios incluidos:

Se consideran tarifas máximas por tipo de cuidado y tramos de distancia kilométrica, estando incluida, de forma general, toda la asistencia que precise el paciente dentro del tipo de cuidado hasta el alta, de acuerdo con el protocolo que se establezca para cada uno de los tipos de cuidados. No obstante, como mínimo, se considerarán incluidos:

- Asistencia médica y de enfermería en domicilio.
 - Valoración inicial conjunta del paciente y de la unidad familiar con los profesionales de atención primaria que lo soliciten. Elaboración de planes de cuidados y estrategia de seguimiento con el Equipo de Atención Primaria (EAP).
 - Asesoramiento telefónico y presencial a profesionales del EAP en base a la historia clínica del paciente.
 - Atención directa a pacientes inmovilizados y en situación terminal cuyo curso clínico lo requiera, aplicando las técnicas y tratamientos que se precisen dentro del tipo de cuidado.
 - Tratamiento del dolor.
 - Administración de medicación por vía subcutánea: en bolus o infusión continua.
 - Vigilancia de cualquier tipo de dispositivos que lleve el enfermo (PEG, reservorios, sondas, etc).
 - Apoyo y administración de medicación en la agonía.
 - Control y registro de mórficos.
 - Consulta telefónica a cuidadores y familiares.
 - Detección y prevención de procesos de duelo patológicos.
 - Ayudar en la gestión de los procesos de duelo.
 - Adiestramiento y asistencia a los cuidadores para la atención personal básica del paciente: alimentación, aseo y movilización.

- Actividades y procedimientos de enfermería:
 - Actividades de enfermería
 - Actividades de promoción de la autonomía y del autocuidado.
 - Actividades preventivas que, necesariamente, incluirán:
 - Prevención de déficit nutricional.
 - Prevención de accidentes y caídas.
 - Prevención de la polifarmacia y la automedicación.
 - Prevención de incontinencia urinaria.
 - Prevención del síndrome del cuidador.
 - Apoyo emocional y seguimiento de los cuidadores familiares.
 - Procedimientos de enfermería.
 - Aplicación de tratamientos.
 - Vendajes e inmovilizaciones.
 - Toma de muestras.
 - Toma de constantes.
 - Sondajes.
 - Apoyo en las paracentesis evacuadoras.
 - Extracción manual de fecalomas.
 - Cuidados de heridas, úlceras y ostomías.
 - Tratamiento postural.
 - Aplicación de aerosolterapia, oxigenoterapia y terapia respiratoria básica.
 - Alimentación, incluida la nutrición enteral.



**programa
de atención
a enfermos
crónicos
dependientes**

Anexo IV

**SISTEMA DE
INFORMACIÓN**

ÍNDICE

| | |
|---|-----|
| Abreviaturas y acrónimos | 170 |
| Objetivos..... | 171 |
| Características del Sistema de Información | 172 |
| Elementos del Sistema..... | 175 |
| Conjunto básico de datos | 175 |
| Sistemas de agrupación de pacientes..... | 175 |
| Recursos y cartera de servicios | 175 |
| Indicadores de recursos, actividad y rendimiento | 176 |
| Propuesta de desarrollo | 179 |
| Datos incluidos en el censo de pacientes crónicos dependientes (CPCD-AP) | 180 |
| Definición de las variables del censo de pacientes crónicos dependientes..... | 181 |
| Flujo de información | 183 |
| Conjunto básico de datos de los Equipos de Soporte de Atención Domiciliaria (ESAD)..... | 184 |
| Definición y descripción de variables | 185 |
| Datos de actividad de los ESAD..... | 188 |
| Flujo de información | 188 |
| Conjunto básico de datos de las Unidades de Valoración Sociosanitaria (UVSS) | 190 |
| Definición de las variables del censo de pacientes crónicos dependientes..... | 191 |
| EHA – Datos de actividad de UVSS | 193 |
| Flujo de información | 194 |
| Conjunto básico de datos de altas hospitalarias en Hospitales de Convalecencia | 194 |
| Definición de las variables del censo de pacientes crónicos dependientes .. | 196 |
| Conjunto básico de datos de altas hospitalarias en Hospitales de Día | 200 |
| Definición de las variables del censo de pacientes crónicos dependientes..... | 201 |
| EHA – Datos de actividad | 204 |
| Flujo de información | 204 |
| Anexos | 205 |
| Anexo 1: Test de Barthel..... | 205 |
| Anexo 2: Cuestionario de Pfeiffer..... | 207 |
| Anexo 3: Test MEC de Lobo | 209 |
| Anexo 4a: Tabla reducida de diagnósticos médicos. Orden alfabético | 212 |
| Anexo 4b: Tabla reducida de diagnósticos médicos. Ordenados por código CIE | 215 |
| Anexo 5a: Tabla de diagnósticos de enfermería (frecuentes ESAD) ordenados por código NANDA | 218 |

| | |
|--|-----|
| Anexo 5b: Tabla de diagnósticos de enfermería. Ordenados por código NANDA | 219 |
| Anexo 5c: Tabla de diagnósticos de enfermería (frecuentes ESAD) ordenados por concepto diagnóstico NANDA..... | 223 |
| Anexo 6a: Tabla de equipos de atención primaria y ESAD de referencia. Orden alfabético EAP | 227 |
| Anexo 6b: Tabla de equipos de atención primaria y ESAD de referencia. Orden por ESAD/Sector..... | 230 |
| Anexo 7: Identificación del dispositivo (de procedencia del paciente o que realizará el seguimiento tras el alta) | 233 |
| Anexo 8: Unidad asistencial (de procedencia y de destino) | 233 |
| Anexo 9: Unidades asistenciales. Servicios..... | 233 |
| Anexo 10: Equipos de soporte de atención domiciliaria (ESAD) | 234 |
| Anexo 11: Financiación | 234 |
| Anexo 12: Códigos de países extranjeros | 235 |
| Anexo 13: Código tipo de vía..... | 238 |
| Anexo 14: Sexo | 239 |
| Anexo 15: Tipo de dispositivo (de procedencia del paciente o de destino al alta) | 239 |
| Anexo 16: Procedencia del paciente | 239 |
| Anexo 17: Tipo de ingreso..... | 239 |
| Anexo 18: Motivo del alta o motivo fin de asistencia | 239 |
| Anexo 19: Lugar de fallecimiento | 239 |
| Anexo 20a: Tipo de cuidados (CPCD- AP)..... | 240 |
| Anexo 20b: Tipo de cuidados | 240 |
| Anexo 21: Tipo de visita | 240 |

ABREVIATURAS Y ACRÓNIMOS

| | |
|------------------|---|
| ACG | Grupos de Cuidados Ambulatorios |
| AP | Atención Primaria |
| CIAP | Clasificación de Enfermedades en Atención Primaria |
| CIAS | Código de Identificación de Asistencia Sanitaria |
| CIE9 MC | Clasificación Internacional de Enfermedades |
| CMBD | Conjunto Mínimo Básico de Datos |
| CPCD-AP | Censo de Pacientes Crónicos Dependientes |
| EAP | Equipo de Atención Primaria |
| EHA | Estadística Hospitalaria de Aragón |
| ESAD | Equipos de Soporte de Atención Domiciliaria |
| FIM | Medida de Independencia Funcional |
| GRD | Grupos Relacionados por el Diagnóstico |
| HC | Hospitales de convalecencia |
| HD | Hospitales de día |
| HP-DOCTOR | Aplicación informática de informes clínicos en Hospitales |
| HP-HIS | Aplicación informática de Hospitales |
| MEC | Mini Examen Cognoscitivo, de Lobo |
| OMI-AP | Aplicación informática de historia clínica en Atención Primaria |
| RHB | Rehabilitación |
| SIAP | Sistema de Información de Atención Primaria |
| SIS | Sistemas de Información |
| SR | Servicio de Rehabilitación |
| TO | Terapia Ocupacional |
| TSI | Tarjeta sanitaria Individual |
| UF | Unidades de Fisioterapia |
| UVSS | Unidades de Valoración Sociosanitaria |

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Definir las características generales de un sistema de información que abarque de forma integrada la atención a pacientes crónicos dependientes, dentro del marco definido en el Programa de Atención a Enfermos Crónicos Dependientes.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Definir las necesidades de información de los diferentes agentes: planificadores, gestores y proveedores.
- Desarrollar sistemas de indicadores y de análisis útiles para las necesidades de información de los diferentes agentes.
- Definir las características de los subsistemas de información, al menos los referidos a:
 - Gestión de pacientes: actividad y flujos de pacientes entre los diferentes dispositivos.
 - Gestión clínica: información de carácter clínico y asistencial común para los pacientes incluidos dentro del Programa de Atención a Enfermos Crónicos Dependientes y/o específica de cada uno de los grupos de pacientes definidos dentro del mismo.
- Delimitar los criterios de clasificación de los pacientes dentro de cada uno de los grupos de pacientes definidos.
- Analizar los cambios organizativos y culturales necesarios para la implantación del sistema de información, incluyendo las necesidades formativas.
- Analizar los escenarios tecnológicos en los que se podría realizar la implantación del sistema de información.

CARACTERÍSTICAS DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN

El Sistema de Información que se propone dentro del Programa de Atención a Enfermos Crónicos Dependientes debe atender a los siguientes criterios y necesidades:

- Facilitar la integración de los cuidados que se prestan a los pacientes objetivo del programa en los diferentes dispositivos asistenciales.
- Poder aplicarse en todos los dispositivos asistenciales y a los diferentes subtipos de pacientes que se englobarían dentro del ámbito de aplicación del programa.
- Ser coherente con los sistemas y aplicaciones existentes actualmente en los diferentes entornos.
- Ayudar a los profesionales en las labores de gestión clínica de los pacientes, para lo que debe:
 - Incorporar información útil para facilitar la atención médica, de enfermería y de otros profesionales.
 - Incorporar información que permita la agrupación homogénea de pacientes según criterios de isoconsumo de recursos.
- Facilitar la gestión administrativa de los pacientes.
- Incorporar información útil para la gestión de recursos, incluyendo información sobre recursos, cartera de servicios, actividad, productividad y rendimiento.
- Permitir el cruce de información clínica, administrativa y económica derivada de la atención a los pacientes.

Por otro lado, el sistema de información garantizará la confidencialidad de la información registrada y facilitará el retorno de la información a los profesionales generadores de la misma, aportándoles datos del perfil de los usuarios atendidos, de los patrones de uso de servicios y sus tendencias, del desarrollo y cobertura de los diferentes programas y, en definitiva, de la información necesaria para la organización interna y desarrollo interdisciplinar de los equipos (gestión de agenda, desarrollo de técnicas y grupos, seguimiento activo de pacientes, etc).

Ámbito de aplicación: El ámbito de aplicación del sistema debe englobar al menos los siguientes dispositivos asistenciales:

- Atención Primaria: Consulta médica y de enfermería (en el centro y a domicilio).
- Equipos de Soporte de Atención Domiciliaria.
- Unidades de Fisioterapia y Terapia Ocupacional (en Atención Primaria).
- Servicios de Rehabilitación (de Hospitales Generales y de Convalecencia).
- Hospitales de Convalecencia.
- Hospitales de Día (con y sin rehabilitación).
- Unidades de Valoración Sociosanitaria.
- Otros dispositivos.

En el análisis de la situación de partida, los aspectos principales que se pueden destacar son:

- Cada dispositivo asistencial ha desarrollado, con diferentes grados y en diferentes estadios de implantación, sistemas de información adaptados a sus necesidades específicas pero con dificultades para permitir una integración adecuada entre ellos.
- En el ámbito de **Atención Primaria**, el sistema OMI-AP es el sistema de información de partida. OMI-AP está implantado fundamentalmente en entorno urbano, con una cobertura que para finales del año 2004 puede abarcar a un 60% de la población aragonesa.

- La aplicación OMI-AP permite incorporar información sobre diagnósticos de pacientes (codificados según la CIAP) y resultados de escalas y test de valoración.
- Es una aplicación que puede ser utilizada por los diferentes profesionales de AP (médicos y enfermería).
- La utilización de la aplicación por otros profesionales, fundamentalmente por las Unidades de Fisioterapia y ESAD es posible, aunque depende de la dotación de medios y de la puesta en marcha de las nuevas versiones de la aplicación que facilitarán el funcionamiento sobre bases de datos centralizadas.
- En el ámbito de los **ESAD** se utilizan modelos en papel de historia clínica específicos.
- Lo mismo ocurre en las Unidades de Fisioterapia (**UF**).
- En Hospitales, los **Servicios de Rehabilitación** utilizan el HP-HIS para la citación de pacientes en Consultas. En alguno de los Hospitales se utiliza HP-DOCTOR para la emisión de Informes clínicos. En el resto o no utilizan ningún sistema informatizado o utilizan sistemas diseñados ad hoc, con diferentes características. La información sobre actividad suele incluir las consultas médicas, y las sesiones de tratamiento.
- En los **Hospitales de Convalecencia** con internamiento, se utiliza HP-HIS para la gestión de ingresos y altas, y el CMBD para la codificación del diagnóstico de alta (agrupado luego en GRD). En algún Hospital (Sagrado Corazón y San Jorge) incluyen en una base de datos específica información adicional sobre la situación clínica del paciente.
- En las Unidades de Valoración Sociosanitarios (**UVSS**), se utilizan bases de datos propias diseñadas con herramientas de ofimática.

Respecto a la utilización de las diferentes escalas de valoración y sistemas de agrupación y clasificación de pacientes, podemos extraer las siguientes conclusiones:

- El Índice de Barthel es el más universalmente aceptado y utilizado, en los diferentes entornos de aplicación del programa.
- En el ámbito de RHB, la utilización del FIM se considera adecuada, al menos para pacientes crónicos ingresados y en hospital de día. No se considera como instrumento adecuado en pacientes ambulatorios.
- En el ámbito de enfermería en AP el Índice de Barber se considera interesante para la identificación de pacientes en riesgo.
- Para la detección y valoración de deterioro cognitivo, se utilizan las escalas del Cuestionario de Pfeiffer (sobre todo para screening) y el MEC de Lobo para valoración.
- Hay consenso sobre las variables que condicionan la agrupación de pacientes con criterios de isoconsumo/riesgo:
 - Diagnóstico y comorbilidades
 - Dependencia para las actividades de la vida diaria
 - Necesidad de Rehabilitación
 - Situación cognitiva
- No hay consenso sobre ningún sistema de clasificación de pacientes o de valoración de los mismos que sea válido para los diferentes dispositivos asistenciales y subtipos de pacientes.

Como consecuencia de lo anterior, se llega a consenso sobre una serie de principios:

- Utilizar un sistema único de identificación de pacientes (TIS). Esto supone universalizar la utilización de la TIS, especialmente en el ámbito hospitalario.
- Utilizar un conjunto básico de datos común que sea aplicable a todos los entornos.
- Definir subconjuntos de datos para los diferentes entornos.

- Definir un sistema de información de recursos y cartera de servicios.
- Definir un sistema de información e indicadores de actividad.
- Utilizar combinaciones de diagnóstico, comorbilidad, nivel de dependencia y necesidad de RHB para definir agrupaciones de pacientes en cada entorno.
- Las características de la historia clínica de los pacientes en los diferentes dispositivos deberán adecuarse a los criterios básicos de incluir identificación TIS, y la información mínima de los diferentes Conjuntos Básicos de Datos.
- El desarrollo de la propuesta deberá respetar y adecuarse a los estándares informáticos que existen en los diferentes entornos, y las soluciones informáticas por las que se opte deberán permitir la máxima integración con esos estándares.

En la definición del Sistema de Información en el entorno del programa de atención a pacientes crónicos dependientes se contemplan una serie de elementos y definiciones comunes a los diferentes ámbitos:

- Paciente incluido en el programa: cada uno de los pacientes que a partir de los diferentes dispositivos ha sido incluido en el programa. Desde el ámbito de Atención Primaria se gestionará el registro de pacientes incluidos en el programa en cada Sector Sanitario y Zona de Salud.
- Episodio asistencial: Conjunto de servicios prestados por un dispositivo asistencial a un paciente desde que esa unidad asistencial inicia su atención hasta el alta en la misma. Todos los dispositivos asistenciales incluidos en el programa, excepto Atención Primaria, llevarán un registro de los diferentes episodios asistenciales.
- Escalas de valoración: En el conjunto del Programa de Atención a Enfermos Crónicos Dependientes se contemplan 3 escalas de valoración comunes a todos los dispositivos asistenciales: Índice de Barthel, Cuestionario de Pfeiffer y MEC de Lobo.

ELEMENTOS DEL SISTEMA

CONJUNTO BÁSICO DE DATOS

Se diferencia un Conjunto Básico de Datos de paciente, o Censo de Pacientes Crónicos Dependientes (CPCD-AP), y un Conjunto Básico de Datos de cada episodio asistencial (CMBD).

La información que compone el Censo de Pacientes (CPCD-AP) común a todos los pacientes incluidos en el programa se obtiene a partir de la valoración de los pacientes para su inclusión en el programa, ya sea en el ámbito de la Atención Primaria o en las UVSS. En cualquier caso, los profesionales de Atención Primaria, especialmente la enfermera responsable del caso, son los que mantienen este Censo.

Por otro lado, en cada uno de los episodios asistenciales del paciente con los diferentes proveedores, se registra una información básica sobre las características del paciente, del proveedor y del episodio asistencial (CMBD). Esta información básica puede variar según las características de cada dispositivo asistencial descritos en el Programa.

Los contenidos del Censo de Pacientes Crónicos y de los diferentes CMBD se recogen en Anexos.

Los CMBD correspondientes a los servicios de rehabilitación seguirán un esquema similar a los anteriores, aunque deberán adaptarse a las características propias de los mismos.

SISTEMAS DE AGRUPACIÓN DE PACIENTES

No existe en la actualidad ningún sistema validado que sea de aplicación universal en todos los entornos donde se desarrolla el programa.

Los sistemas de clasificación que se utilicen deberían basarse en sistemas validados, en aquellos casos en los que estos existan (por ejemplo, los ACG en Atención Primaria, o los FRG en Rehabilitación, o los GRD en hospitalización de agudos).

Con los resultados de los sistemas de información habría que plantear un estudio de validación de los diferentes sistemas de agrupación o generar un nuevo sistema que tenga en cuenta los niveles de dependencia funcional, la agrupación de diagnósticos y el coste generado por los mismos

RECURSOS Y CARTERA DE SERVICIOS

La información sobre Recursos y Cartera de Servicios, aunque debe incluirse en el Sistema de Información, dependerá de los resultados de los Grupos de Trabajo específicos sobre esta materia.

En cualquier caso, el sistema de información recogerá la clasificación en Recursos y Cartera de Servicios que se valide en ese grupo de trabajo.

Los ítems del CMBD referidos a estos aspectos serán los mismos que se validen en los correspondientes Grupos de Trabajo.

INDICADORES DE RECURSOS, ACTIVIDAD Y RENDIMIENTO

La propuesta genérica es que los indicadores de actividad y rendimiento se deriven de los grupos de clasificación de pacientes, de las definiciones de la Cartera de Servicios y de los Recursos identificados en el grupo de Recursos.

A título indicativo, se señalan los tipos de datos e indicadores propuestos:

1. Indicadores de recursos

- Número de camas
- Número de plazas de hospital de día
- Número de dispositivos técnicos (incluyendo vehículos en el caso de los ESAD)
- Número de jornadas de Recursos Humanos por profesión
- Número de locales de consulta
- Número de salas de tratamiento

2. Indicadores de cobertura

- N° de pacientes incluidos en el programa
- Razón de cobertura: n° pacientes incluidos mayores de 65 años/100 mayores de 65 años
- Razón de cobertura: n° pacientes incluidos mayores de 75 años/100 mayores de 75 años
- Razón de cobertura: n° pacientes incluidos mayores de 80 o más años/100 mayores de 80 o más años
- Razón de cobertura: n° pacientes incluidos/100 población general

3. Perfil de la población atendida

- Perfil de la población incluida en programa
 - Por tipo de cuidados
 - Por grupos de diagnósticos
 - Por grado de dependencia
- Perfil de población atendida en cada recurso
- Puntuación media del Índice de Barthel al ingreso
- Distribución de pacientes por diagnósticos
- % pacientes con alteración del nivel cognitivo

4. Indicadores de actividad

- En hospitalización:
 - Número de ingresos
 - Número de estancias
 - Número de altas
- En hospital de día:
 - Número de pacientes nuevos
 - Número de estancias/sesiones
 - Número de altas
 - Número de consultas/valoraciones
- En Consultas:
 - Número de consultas primeras
 - Número de consultas sucesivas

- En Salas de tratamiento de rehabilitación (diferenciando por tipo de tratamiento, según clasificaciones de la cartera de servicios):
 - Número de pacientes nuevos
 - Número de sesiones de tratamiento
 - Número de consultas/valoraciones
- En Atención Domiciliaria:
 - Número de pacientes nuevos
 - Número de visitas
 - Número de altas
 - Número de atenciones telefónicas
- En UVSS
 - Número de pacientes valorados
 - Número de consultas/valoraciones
 - Número de consultas de apoyo profesional

5. Indicadores de rendimiento

- En Hospitalización: estancia media (estancias/ingresos)
- En Atención Domiciliaria: visitas/paciente (visitas/pacientes nuevos)
- En Hospital de Día y en Salas de tratamiento de rehabilitación: sesiones/paciente (sesiones/pacientes nuevos)
- En Consultas: consultas sucesivas/primeras
- En Hospitalización: ocupación (estancias/camas/365)
- En Hospital de Día: sesiones/plaza
- En Consultas: consultas/local
- En Salas de tratamiento de rehabilitación: sesiones/sala
- En Salas de tratamiento de rehabilitación: sesiones/profesional

6. Indicadores de eficiencia

- Estancia media ajustada por características de los pacientes
- Sesiones/paciente ajustado por características de los pacientes
- Visitas/paciente ajustado por características de los pacientes
- Coste/paciente
- Gasto farmacéutico/paciente
- Gasto transporte sanitario/paciente
- Gasto prestación ortoprotésica/paciente
- Derivaciones laboratorio/paciente (estudios)
- Derivaciones radiología/paciente (estudios)
- Interconsultas/paciente
- Urgencias atendidas/paciente

7. Indicadores de resultados

- Variación media en la puntuación del Índice de Barthel
- % pacientes derivados a Hospital de Convalecencia
- % pacientes atendidos por ESAD
- % pacientes atendidos solo en Atención Primaria
- Tasa mortalidad pacientes en programa
- % de exitus en el domicilio
- Tasa de de hospitalización en hospitales generales de pacientes incluidos en programa

- Tasa de frecuentación de urgencias de pacientes incluidos en programa
- Permanencia de los pacientes en el programa
- Esperanza de vida ajustada por dependencia de los pacientes incluidos en el programa

8. Otros indicadores

- Indicadores de demora
 - Pacientes pendientes
 - Demora media

PROPUESTA DE DESARROLLO

En el desarrollo del sistema, hay que validar una serie de cuestiones previas:

- Coherencia de las propuestas con los modelos de información clínica (historias clínicas, fichas, aplicaciones, ...) existentes en los diferentes entornos en la actualidad.
- Coherencia con las aplicaciones informáticas actualmente en funcionamiento en los diferentes entornos.

La propuesta de desarrollo planteada se basa en los siguiente puntos:

- Integración de la información de actividad en los sistemas y aplicaciones actuales, en el ámbito de la atención primaria (SIAP) y atención especializada (EHA), modificando los ítems necesarios.
- Definición de contenidos del CPCD-AP y de los diferentes CMBD, incluyendo variables, sistemas de codificación, periodicidad, responsables... Desarrollo de aplicaciones sencillas de captura y explotación de datos de los mismos, que puedan a posteriori integrarse con las aplicaciones informáticas del entorno clínico y de gestión de pacientes que se implanten en toda la red del SALUD dentro del Plan de Sistemas de Información, o con las ya implantadas (HP-HIS y OMI-AP). En Anexo se incluyen los diferentes Manuales con definición de variables.
- Definición y desarrollo de un Sistema de Información para Rehabilitación que integre los diferentes entornos y pacientes atendidos.
- Determinación de especificaciones técnicas y funcionalidades que deben contemplarse en las aplicaciones de gestión de pacientes y gestión clínica que se implanten en el entorno del SALUD para desarrollar la atención a enfermos crónicos dependientes en el marco definido en el programa.

CONJUNTO MÍNIMO BÁSICO DE DATOS DEL CENSO DE PACIENTES CRÓNICOS DEPENDIENTES (CPDP-AP)

DATOS DE LA UNIDAD ASISTENCIAL

1. Código de la Zona de Salud
2. CIAS médico de atención primaria
3. CIAS de la enfermera gestora del caso

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

4. Código de identificación personal de Tarjeta Sanitaria (TIS)
5. DNI/NIE
6. Fecha de nacimiento
7. Sexo

DATOS DEL PROCESO ASISTENCIAL

8. Procedencia del paciente
9. Fecha inclusión
10. Tipo de cuidados

DATOS CLINICOS DEL PACIENTE

11. Diagnóstico principal
12. Diagnósticos secundarios

DATOS DE LA VALORACIÓN DEL PACIENTE

13. Puntuaciones Índice Barthel
14. Fecha Barthel
15. Puntuaciones Cuestionario Pfeiffer
16. Fecha Pfeiffer
17. Puntuación MEC de Lobo
18. Fecha MEC

DATOS AL ALTA

19. Motivos del alta
20. Fecha de alta
21. Lugar fallecimiento

DEFINICIÓN Y DESCRIPCIÓN DE LAS VARIABLES DEL CENSO DE PACIENTES CRÓNICOS DEPENDIENTES (GPCD-AP)

- Unidad asistencial e informante: Equipo de Atención Primaria.
- Descripción: Censo de los pacientes incluidos en el Programa en los diferentes Equipos de Atención Primaria.

DATOS DE LA UNIDAD ASISTENCIAL

1. Código de la Zona de Salud

Identificación de la Zona de Salud donde se encuentra la unidad asistencial (EAP).

Descripción de la variable: Variable **ZONA**. Variable de tipo texto de 4 caracteres. Se utilizará el código correspondiente a la zona de salud, según el mapa sanitario de Aragón.

2. Código de identificación del médico de atención primaria

Código de identificación del médico del Equipo de Atención Primaria (médico de familia o pediatra) que figura en la Tarjeta Sanitaria del paciente.

Descripción de la variable: Variable **CIAS_C**. Variable de tipo texto de 11 caracteres. Está formado por el código identificador de la Comunidad Autónoma, Área Sanitaria, Zona de Salud y puesto de trabajo, además de un dígito final de control.

3. Código de identificación de la enfermera gestora del caso

Código de identificación de la enfermera responsable de la gestión del paciente incluido en el programa.

Descripción de la variable: Variable **CIAS_ENF**. Está formado por el código identificador de la Comunidad Autónoma, Área Sanitaria, Zona de Salud y puesto de trabajo, además de un dígito final de control.

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

4. Código de identificación personal de Tarjeta Sanitaria

Código alfanumérico que identifica a cada persona física beneficiaria de los recursos sanitarios.

Descripción de la variable: Variable **TIS**. Campo de tipo carácter de 16 posiciones.

5. DNI/NIE

Documento nacional de identidad /Número de identificación de extranjería.

Descripción de la variable: Campo de tipo carácter de 9 posiciones.

Sólo se cumplimentará esta variable en el caso de que no se disponga de TIS.

6. Fecha de nacimiento

Descripción de la variable: Variable **FNAC**. Campo tipo fecha, las dos primeras corresponden al día, las dos siguientes al mes y las cuatro últimas al año (dd/mm/aaaa). Si se desconoce el año codificar 00/00/0000.

7. Sexo

Descripción de la variable: Variable **SEXO**. Campo tipo carácter de 1 posición. Ver **Anexo14**.

DATOS DEL PROCESO ASISTENCIAL

8. Procedencia del paciente

Procedencia del paciente cuando es detectado en Atención Primaria para su valoración e inclusión en el censo.

Descripción de la variable: Variable **PROCEDE**. Variable tipo texto de 1 carácter. Ver **Anexo 16**.

9. Fecha inclusión

Fecha en que el paciente, tras su valoración funcional, es incluido en el censo de pacientes crónicos dependientes.

Descripción de la variable: Variable **FINCLUS**. Campo fecha, las dos primeras corresponden al día, las dos siguientes al mes y las cuatro últimas al año (dd/mm/aaaa).

10. Tipo de cuidados

Identificación del tipo de cuidados principal en el momento de la inclusión en el programa.

Descripción de la variable: **CUID**. Variable tipo carácter de 1 posición. Ver **Anexo 20a**.

DATOS CLINICOS DEL PACIENTE

11. Diagnóstico principal

Proceso patológico que después del estudio pertinente y según criterio facultativo, se considera la causa principal de inclusión del paciente en el programa.

Descripción de la variable: Variable **DIAGPRAL**. Variable tipo carácter de 6 posiciones. Se codificará con la CIE 9-MC.

12. Diagnósticos secundarios

Se consignarán los diagnósticos que coexisten con el principal y que influyen en la situación de dependencia. Deben excluirse los diagnósticos que no tienen relación con la inclusión en el programa.

Descripción de las variables: **Variables DSEC1 a DSEC13**. Variable tipo carácter de 6 posiciones.

Se deberá incluir el *código E* relacionado con el diagnóstico principal. Se codificará con la CIE 9- MC.

DATOS DE LA VALORACIÓN DEL PACIENTE

13. Puntuaciones Índice Barthel

Puntuación total obtenida a través del Índice de Barthel en cada valoración. Ver **Anexo 1**.

Este dato es imprescindible para la inclusión del paciente en el programa y cuando se detecten cambios en su capacidad funcional. Cada valoración de este índice obliga a rellenar la fecha.

Descripción de la variable: Variables **BARTHEL1, BARTHEL2, BARTHEL3, BARTHEL4**. Variable de tipo numérico de 3 enteros.

14. Fechas Barthel

Cada una de las fechas en las que el paciente es valorado, con apoyo del Índice de Barthel.

Descripción de la variable: Variable **FBARTHEL1, FBARTHEL2, FBARTHEL3, FBARTHEL4**. Campo fecha, las dos primeras corresponden al día, las dos siguientes al mes y las cuatro últimas al año (dd/mm/aaaa).

15. Puntuaciones Cuestionario Pfeiffer

Puntuación total obtenida a través del Cuestionario de Pfeiffer. Este dato se recogerá para la inclusión del paciente en el programa y cuando se detecten cambios en su capacidad cognitiva. La cumplimentación de esta variable obliga a rellenar la fecha.

Descripción de la variable: Variables **PFEIFFER1, PFEIFFER2**. Variable de tipo numérico de 3 enteros. Ver **Anexo 2**.

16. Fechas Pfeiffer

Cada una de las fechas en las que se ha realizado al paciente el Cuestionario de Pfeiffer.

Descripción de la variable: Variable **FPFEIFFER1, FPFEIFFER2**. Campo fecha, las dos primeras corresponden al día, las dos siguientes al mes y las cuatro últimas al año (dd/mm/aaaa).

17. Puntuación MEC de Lobo

Puntuación total obtenida en cada realización del MEC de Lobo. Este dato se recogerá para la inclusión del paciente en el programa si el resultado en el test de Pfeiffer es mayor o igual a tres, o también se recogerá cuando haya cambios en su capacidad cognitiva. La cumplimentación de esta variable obliga a rellenar la fecha.

Descripción de la variable: Variable **MEC1**. Variable de tipo numérico de 2 enteros. Ver **Anexo 3**.

18. Fecha MEC

Fecha en la que se ha realizado el MEC al paciente.

Descripción de la variable: Variable **FMEC1**. Campo fecha, las dos primeras corresponden al día, las dos siguientes al mes y las cuatro últimas al año (dd/mm/aaaa).

DATOS AL ALTA

19. Motivo de alta

Motivo por el que cesa la atención sanitaria al paciente (dentro del programa) por parte del EAP habitual. Ver **Anexo 18**.

Descripción de la variable: **TIPALTA**. Variable tipo carácter de 1 posición.

Categorías válidas: 3,4,8,9.

20. Fecha de alta

Fecha en que el EAP habitual deja de prestar atención sanitaria al paciente.

Descripción de la variable: **FALTA**. Variable tipo fecha, las dos primeras corresponden al día, las dos siguientes al mes y las cuatro últimas al año (dd/mm/aaaa).

21. Lugar de fallecimiento

Descripción de la variable: Variable **LUGARF**. Variable tipo texto de 1 carácter. Ver **Anexo19**.

FLUJO DE INFORMACIÓN

Cada EAP obtendrá la información descrita de los pacientes crónicos dependientes que tengan asignados. Esta información será remitida a través de la red corporativa a la Dirección de Atención Primaria del Sector.

Las aplicaciones que almacenen los datos del censo y los de actividad (SIAP) estarán instaladas en cada Centro de Salud, Dirección de Atención Primaria, Servicios Centrales de la Gerencia de Salud y Dirección General de Planificación y Aseguramiento.

Al finalizar cada mes los Centros de Salud, a través de la persona responsable, remitirá los datos de actividad a la Dirección de Atención Primaria del Sector correspondiente. El envío se realizará en formato electrónico siempre que sea posible o, en su defecto, en un disquete a través del correo ordinario o en soporte papel si el Centro no está informatizado.

Los datos recogidos en el censo de pacientes se enviarán por el mismo procedimiento al finalizar cada trimestre: marzo, junio, septiembre, diciembre.

En la Dirección de Atención Primaria del Sector habrá una base de datos local y un responsable de recibir, almacenar y gestionar la información, que será enviada a la base de datos central del Departamento de Salud y Consumo.

CONJUNTO MÍNIMO BÁSICO DE DATOS DE EQUIPOS DE SOPORTE DE ATENCIÓN DOMICILIARIA (ESAD)

DATOS DE LA UNIDAD ASISTENCIAL

1. Código de identificación de la unidad asistencial

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

2. Código de identificación personal de Tarjeta Sanitaria
3. DNI/NIE
4. Fecha de nacimiento
5. Sexo
6. CIAS médico de atención primaria

DATOS DEL PROCESO ASISTENCIAL

7. Fecha solicitud intervención
8. Procedencia del paciente
9. Identificación del dispositivo
10. Unidad asistencial
11. Fecha inclusión
12. Tipo de cuidados

DATOS CLINICOS DEL PACIENTE

13. Diagnóstico principal
14. Diagnósticos secundarios

DATOS DE LA VALORACIÓN DEL PACIENTE

15. Índice Barthel
16. Fecha Barthel
17. Cuestionario Pfeiffer
18. Fecha Pfeiffer
19. MEC de Lobo
20. Fecha MEC

DATOS AL ALTA DE LA UNIDAD ASISTENCIAL

21. Motivos del alta
22. Fecha del alta
23. Destino al alta
24. Identificación del dispositivo
25. Identificación de la unidad (sólo para centros hospitalarios)
26. Número de visitas domiciliarias
27. Lugar fallecimiento

DEFINICIÓN Y DESCRIPCIÓN DE LAS VARIABLES

- Unidad asistencial e informante: Equipo de Soporte de Atención Domiciliaria.
- Descripción: Conjunto Mínimo Básico de Datos de cada episodio asistencial de los pacientes incluidos en el Programa de Atención a Enfermos Crónicos Dependientes, atendidos por el Equipo de Soporte de Atención Domiciliaria.

(Episodio asistencial: Conjunto de servicios prestados por el ESAD a cada paciente desde que esta unidad asistencial inicia su atención hasta el alta en la misma).

Se incluyen dos situaciones en los pacientes usuarios de los servicios del ESAD:

- Pacientes que por primera vez reciben atención sanitaria del ESAD declarante tras su valoración funcional.
- Pacientes que ya fueron valorados y recibieron atención sanitaria del ESAD con anterioridad. Alguno de los motivos de alta originó el cese de la atención y, posteriormente, vuelven a requerirla.

DATOS DE LA UNIDAD ASISTENCIAL

1. Código de identificación de los ESAD

Código que identifica a cada uno de los Equipos de Soporte de Atención Domiciliaria.

Descripción de la variable: Variable **ESAD**. Variable de tipo texto con 6 caracteres. Ver **Anexo 10**.

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

2. Código de identificación personal de Tarjeta Sanitaria

Código alfanumérico que identifica a cada persona física beneficiaria de los recursos sanitarios.

Descripción de la variable: Variable **TIS**. Variable de tipo texto de 16 caracteres.

3. DNI/NIE

Documento nacional de identidad /Número de identificación de extranjería.

Sólo se cumplimentará esta variable en el caso de que no se disponga de la variable TIS.

Descripción de la variable: Variable **DNI**. Variable de tipo texto de 9 caracteres.

4. Fecha de nacimiento

Descripción de la variable: Variable **FNAC**. Variable de tipo fecha.

Las dos primeras corresponden al día, las dos siguientes al mes y las cuatro últimas al año (dd/mm/aaaa). Si se desconoce el año codificar 00/00/0000.

5. Sexo

Descripción de la variable: Variable **SEXO**. Variable de tipo texto de 1 carácter. Ver **Anexo 14**.

6. Código de identificación del médico de atención primaria

Código de identificación autonómica sanitaria del médico del Equipo de Atención Primaria (médico de familia o pediatra) que figura en la Tarjeta Sanitaria del paciente.

Descripción de la variable: Variable **CIAS_C**. Variable de tipo texto de 11 caracteres.

(Está formado por el código identificador de la Comunidad Autónoma (2), Gerencia de Área, Zona de Salud, tipo profesional, puesto de trabajo, y un dígito final de control).

DATOS DEL PROCESO ASISTENCIAL

7. Fecha solicitud valoración

Fecha en la que la unidad de procedencia del paciente solicita la intervención del ESAD.

Descripción de la variable: FSOL. Variable tipo fecha, las dos primeras corresponden al día, las dos siguientes al mes y las cuatro últimas al año (dd/mm/aaaa).

8. Procedencia del paciente

Procedencia del paciente cuando es derivado al ESAD para su atención durante el episodio asistencial.

Descripción de la variable: DISP. Variable de tipo texto de 1 carácter. Ver **Anexo 15**.

9. Identificación del dispositivo de procedencia

Código de identificación del centro o dispositivo de donde procede el paciente.

Descripción de la variable: PROC. Variable de tipo texto de 6 caracteres. Ver **Anexo 7**.

10. Unidad asistencial de procedencia

Código de Servicio o de unidad asistencial de procedencia, en su caso

Descripción de la variable: SERV. Variable de tipo texto de 6 caracteres. Ver **Anexo 9**.

11. Fecha inicio atención

Fecha en que el ESAD valora e inicia la prestación de servicios sanitarios a los pacientes.

Descripción de la variable: Variable FINICIO. Variable de tipo fecha, las dos primeras corresponden al día, las dos siguientes al mes y las cuatro últimas al año (dd/mm/aaaa).

12. Tipo de cuidados ESAD

Identificación del tipo de cuidados a prestar por el ESAD.

Descripción de la variable: CUIDADOS. Variable de tipo texto de 1 carácter. Ver **Anexo 20b**.

DATOS CLINICOS DEL PACIENTE

13. Diagnóstico principal

Proceso patológico que después del estudio pertinente y según criterio facultativo, se considera la causa principal que motiva la atención del paciente por parte del ESAD en el episodio asistencial.

Descripción de la variable: Variable DIAGPRAL. Variable de tipo texto de 6 caracteres. Se codificará con la CIE 9-MC.

14. Diagnósticos secundarios

Se consignarán los diagnósticos que coexisten con el principal y que influyen en la situación del paciente durante el episodio asistencial. Deben excluirse los diagnósticos relacionados con otro episodio anterior que no tienen relación con el actual.

Descripción de las variables: Variables DSEC1 a DSEC13. Variable tipo texto con 6 caracteres. Se deberá incluir el *código E* relacionado con el diagnóstico principal, así como todos los relacionados con el episodio asistencial en los casos que sea necesario. Se codificará con la CIE 9- MC.

DATOS DE LA VALORACIÓN DEL PACIENTE

15. Puntuaciones Índice Barthel

Puntuación total obtenida a través del Índice de Barthel en cada valoración. Este dato se recogerá al inicio del episodio asistencial y cuando se detecten cambios significativos en su capacidad funcional.

Cada valoración de este índice obliga a rellenar la fecha.

Descripción de la variable: Variables BARTHEL1, BARTHEL2, BARTHEL3, BARTHEL4. Variable de tipo numérico de 3 enteros. Ver **Anexo 1**.

16. Fecha Barthel

Cada una de las fechas en las que el paciente es valorado, con apoyo del Índice de Barthel.

Descripción de la variable: Variable **FBARTHEL1, FBARTHEL2, FBARTHEL3, FBARTHEL4**. Campo fecha, las dos primeras corresponden al día, las dos siguientes al mes y las cuatro últimas al año (dd/mm/aaaa).

17. Puntuaciones Cuestionario de Pfeiffer

Puntuación total obtenida a través del Cuestionario de Pfeiffer. Este dato se recogerá al inicio del episodio asistencial, en casos de sospecha de deterioro cognitivo. La cumplimentación de esta variable obliga a rellenar la fecha.

Descripción de la variable: Variable **PFEIFFER1**. Variable numérico de 3 enteros. Ver **Anexo 2**.

18. Fecha Pfeiffer

Fecha en la que se ha realizado al paciente el Cuestionario de Pfeiffer,

Descripción de la variable: Variable **FPFEIFFER1**. Campo fecha, las dos primeras corresponden al día, las dos siguientes al mes y las cuatro últimas al año (dd/mm/aaaa).

19. Puntuación MEC de Lobo

Puntuación total obtenida en la realización del MEC de Lobo. Este dato se recogerá si el resultado en el test de Pfeiffer es mayor o igual a tres o para diagnóstico del nivel de deterioro cognitivo. La cumplimentación de esta variable obliga a rellenar la fecha.

Descripción de la variable: Variable **MEC1**. Variable de tipo numérico de 2 enteros. Ver **Anexo 3**.

20. Fecha MEC

Fecha en la que se ha realizado el MEC al paciente.

Descripción de la variable: Variable **FMEC1**. Campo fecha, las dos primeras corresponden al día, las dos siguientes al mes y las cuatro últimas al año (dd/mm/aaaa).

DATOS AL ALTA

21. Motivos de alta

Diferentes motivos por los que cesa la atención sanitaria al paciente por parte del ESAD.

Descripción de la variable: **TIPALTA**. Variable tipo texto de 1 carácter. Ver **Anexo 18**.

22. Fecha de alta de la unidad asistencial

Fecha en que el ESAD deja de prestar atención sanitaria al paciente por alguno de los motivos de alta descritos.

Descripción de la variable: **FALTA**. Variable tipo fecha, las dos primeras corresponden al día, las dos siguientes al mes y las cuatro últimas al año (dd/mm/aaaa).

23. Destino al alta

Dispositivo sanitario que atenderá al paciente tras el alta del ESAD.

Descripción de la variable: **DISP_A**. Variable de tipo texto de 1 carácter. Ver **Anexo 15**.

24. Identificación del dispositivo de seguimiento

Código de identificación de la unidad asistencial específica que realizará el seguimiento tras el alta del ESAD.

Descripción de la variable: **PROC_A**. Variable de tipo texto de 6 caracteres. Ver **Anexo 7**.

25. Unidad asistencial de destino (sólo para centros hospitalarios)

Código de Servicio o unidad funcional a la que es destinado.

Descripción de la variable: **SER_A**. Variable de tipo texto de 6 caracteres. Ver **Anexo 9**.

26. Número de visitas domiciliarias

Número de visitas realizadas por el ESAD al paciente inmovilizado o con enfermedad terminal a lo largo del episodio asistencial.

Descripción de la variable: Variable **NVISIT**. Variable de tipo numérico de 2 enteros.

27. Lugar de fallecimiento

Descripción de la variable: Variable **LUGARF**. Variable tipo texto de 1 carácter. Ver **Anexo 19**.

DATOS DE ACTIVIDAD ESAD

Equipos de soporte de Atención Domiciliaria

| SECTORES | NÚMERO |
|--------------------------------------|--------|
| Pacientes nuevos | |
| Pacientes totales | |
| Número de altas | |
| Visitas domiciliarias | |
| Atención telefónica | |
| Pacientes pendientes a final de mes* | |

* N° pacientes pendientes de primera visita de valoración y atención por ESAD en el último día del mes

1. Pacientes nuevos

Número de pacientes que se incluyen en el mes en la unidad asistencial ESAD para su atención. La inclusión implica que se ha realizado una valoración inicial del paciente.

2. Pacientes totales

Número total de pacientes a los que el ESAD presta atención sanitaria en el mes en curso.

3. Número de altas

Número de episodios asistenciales finalizados en el mes.

4. Visitas domiciliarias

Número de visitas totales, efectuadas por cualquiera de los profesionales del ESAD, a los pacientes incluidos en el Programa o de su cuidador familiar (acompañamiento en duelo). Si la visita es realizada por más de un profesional se computará como una única visita.

5. Atención telefónica

Número de consultas telefónicas realizadas por el ESAD procedentes de cuidadores y/o pacientes inmovilizados o con enfermedad terminal.

6. Pacientes pendientes a final de mes

N° de pacientes pendientes de primera visita de valoración y atención por ESAD en el último día del mes.

FLUJOS DE INFORMACIÓN

Cada ESAD obtendrá la información descrita de los pacientes crónicos dependientes atendidos por esta unidad asistencial y la remitirá a través de la red corporativa a la Dirección de Atención Primaria del Sector.

Las aplicaciones que almacenen el conjunto mínimo básico de datos de los pacientes y los datos de actividad (SIAP), estarán instaladas en los centros donde radique el ESAD, Dirección de Atención Primaria, Servicios Centrales de la Gerencia de Salud y Dirección General de Planificación y Aseguramiento.

En la primera semana de cada mes el ESAD facilitará la siguiente información:

- A la Dirección de AP los informes que les soliciten relativos a los datos del mes anterior, que serán extraídos y remitidos en soporte electrónico.

- A la Dirección General de Planificación Aseguramiento un fichero comprimido “.zip”, protegido por contraseña, con el contenido de la carpeta Datos (un fichero llamado ESADDatos_nnnnnn.mdb), y cuyo nombre deberá ser ESAD Datos_nnnnnn_ddmmaa.zip donde nnnnnn, es el código del ESAD correspondiente, según el Anexo 10:

| UNI CÓDIGO | UNI DESCRIPCIÓN |
|------------|------------------------------------|
| AD2201 | ESAD HUESCA |
| AD4401 | ESAD TERUEL |
| AD5001 | ESAD SAN JUAN DE DIOS (ZARAGOZA I) |
| AD5002 | ESAD ZARAGOZA II |
| AD5003 | ESAD ZARAGOZA III |

y ddmmaa, el día, mes y año del envío.

El envío se realizará en formato electrónico siempre que sea posible o, en su defecto, en un disquete a través del correo ordinario o en soporte papel si el centro no está informatizado.

El conjunto mínimo básico de datos de pacientes se enviarán por el mismo procedimiento mensualmente.

En el caso de ESAD concertados la periodicidad del envío será mensual.

En la Dirección de Atención Primaria del Sector habrá una base de datos local y un responsable de recibir, almacenar y gestionar la información, que será enviada a la base de datos central del Departamento de Salud y Consumo.

ANEXOS

Anexo 1. Índice de Barthel

Anexo 2. Test de Pfeiffer

Anexo 3. Test MEC de LOBO

Anexo 4a y 4b. Tablas diagnósticos médicos

Anexo 5a, 5b y 5c. Tablas diagnóstico enfermería

Anexo 6a. Tabla dispositivos: EAP y ESAD de referencia, ordenados por EAP

Anexo 6b. Tabla dispositivos: EAP y ESAD de referencia, ordenados por ESAD y Sectores

Anexo 7. Tabla de identificación de dispositivo de procedencia

Anexo 8. Tabla unidades asistenciales: Hospitales

Anexo 9. Tabla unidades asistenciales: Servicios

Anexo 10. Tabla de ESAD

Anexo 14. Tabla sexo

Anexo 15. Tabla origen derivación y de destino al finalizar la asistencia

Anexo 18. Tabla motivo fin asistencia

Anexo 19. Lugar de fallecimiento

Anexo 20b. Tabla tipo cuidados

Anexo 21. Tabla tipo de visita

CONJUNTO MÍNIMO BÁSICO DE DATOS DE LAS UNIDADES DE VALORACIÓN SOCIOSANITARIA (UVSS)

DATOS DE LA UNIDAD ASISTENCIAL

1. Código de identificación del Hospital

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

2. Código de identificación personal de Tarjeta Sanitaria (TIS)
3. DNI/NIE
4. Fecha de nacimiento
5. Sexo
6. Número de historia clínica
7. CIAS médico de atención primaria

DATOS DEL PROCESO ASISTENCIAL

8. Fecha solicitud
9. Procedencia del paciente
10. Identificación del dispositivo
11. Identificación de la unidad
12. Fecha valoración
13. Tipo de cuidados

DATOS CLINICOS DEL PACIENTE

14. Diagnóstico principal
15. Diagnósticos secundarios

DATOS DE LA VALORACIÓN DEL PACIENTE

16. Índice Barthel
17. Fecha Barthel
18. Cuestionario de Pfeiffer (si procede)
19. Fecha Pfeiffer
20. MEC de Lobo
21. Fecha MEC

DESTINO TRAS LA VALORACIÓN

22. Tipo de dispositivo asistencial de destino del paciente
23. Identificación del dispositivo de destino
24. Identificación de la unidad de destino

DEFINICIÓN Y DESCRIPCIÓN DE LAS VARIABLES

- Unidad asistencial: Unidad de Valoración Sociosanitaria (UVSS) del Sector.
- Dispositivo informante: Hospital en el que se encuentre ubicada físicamente la unidad de valoración.
- Descripción: Conjunto Mínimo Básico de datos de los pacientes valorados por la Unidad de Valoración Sociosanitaria e incluidos en el Programa de Atención a Enfermos Crónicos Dependientes.

DATOS DE LA UNIDAD ASISTENCIAL

1. Código de identificación de la unidad asistencial de ubicación de la UVSS
Código que identifica el hospital donde está la UVSS. Variable **CENTRO**.
Descripción de la variable: Variable tipo texto de 6 caracteres. Ver **Anexo 8**.

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

2. Código de identificación personal de Tarjeta Sanitaria
Código alfanumérico que identifica a cada persona física beneficiaria de los recursos sanitarios.
Descripción de la variable: Variable **TIS**. Variable de tipo texto de 16 caracteres.
3. DNI/NIE
Documento nacional de identidad /Número de identificación de extranjería.
Descripción de la variable: Variable **DNI**. Variable de tipo texto de 9 caracteres.
Sólo se cumplimentará esta variable en el caso de que no se disponga TIS.
4. Fecha de nacimiento
Descripción de la variable: Variable **FNAC**. Variable de tipo fecha.
Las dos primeras corresponden al día, las dos siguientes al mes y las cuatro últimas al año (dd/mm/aaaa). Si se desconoce el año codificar 00/00/0000.
5. Sexo
Descripción de la variable: Variable **SEXO**. Variable de tipo texto de 1 carácter. Ver **Anexo 14**.
6. Número de historia clínica
Corresponde al número de historia clínica que identifica unívocamente a cada paciente, adjudicado por el hospital en el que la UVSS realiza la valoración
Descripción de la variable: Variable **HISTORIA**. Variable de tipo texto de 8 caracteres. Si tuviera menos de 8 dígitos se justificará a la izquierda dejando en blanco las posiciones restantes a la derecha.
7. Código de identificación del médico de atención primaria
Código de identificación autonómica sanitaria del médico del Equipo de Atención Primaria (médico de familia o pediatra) que figura en la Tarjeta Sanitaria del paciente.
Descripción de la variable: Variable **CIAS_C**. Variable de tipo texto de 11 caracteres.
Está formado por el código identificador de la Comunidad Autónoma (2), Gerencia de Área, Zona de Salud, tipo profesional, puesto de trabajo, y un dígito final de control.

DATOS DEL PROCESO ASISTENCIAL

8. Fecha solicitud valoración
Fecha en la que la unidad de procedencia del paciente solicita la valoración del mismo por la UVSS.
Descripción de la variable: **FSOL**. Variable tipo fecha, las dos primeras corresponden al día, las dos siguientes al mes y las cuatro últimas al año (dd/mm/aaaa).

9. Dispositivo de procedencia del paciente

Dispositivo de donde procede el paciente cuando es captado por la UVSS.

Descripción de la variable: Variable **DISP**. Variable tipo texto de 1 carácter. Ver **Anexo 15**.

10. Identificación del dispositivo

Código de identificación del centro o dispositivo asistencial de donde procede el paciente.

Descripción de la variable: **PROC**. Variable de tipo texto de 6 caracteres. Ver **Anexo 7**.

11. Unidad asistencial de procedencia

Unidad asistencial específica de procedencia (en el caso de pacientes ingresados en hospitales).

Descripción de la variable: **SERVICIO**. Variable de tipo texto de 6 caracteres. Ver **Anexo 9**.

12. Fecha valoración

Fecha en que la unidad de valoración ha realizado la valoración completa del paciente.

Descripción de la variable: Variable **FVALORA**. Variable de tipo fecha, las dos primeras corresponden al día, las dos siguientes al mes y las cuatro últimas al año (dd/mm/aaaa).

13. Tipo de cuidados

Identificación, tras la valoración del paciente por la UVSS, del tipo de cuidado principal que se debe prestar al mismo. Ver **Anexo 20b**.

Descripción de la variable: **CUIDADO**. Variable de tipo texto de 2 caracteres.

DATOS CLINICOS DEL PACIENTE

14. Diagnóstico principal

Proceso patológico que después del estudio pertinente y según criterio facultativo, se considera la causa principal de inclusión del paciente en el programa.

Descripción de la variable: Variable **DIAGPRAL**. Variable de tipo texto de 6 caracteres. Se codificará con la CIE 9-MC.

15. Diagnósticos secundarios

Se consignarán los diagnósticos que coexisten con el principal y que influyen en la situación de dependencia. Deben excluirse los diagnósticos sin relación directa con el que ha ocasionado la inclusión en el programa.

Descripción de las variables: Variables **DSEC1 a DSEC13**. Variable tipo carácter de 6 posiciones.

Se deberá incluir el *código E* relacionado con el diagnóstico principal. Se codificará con la CIE 9- MC.

DATOS DE LA VALORACIÓN DEL PACIENTE

16. Índice Barthel

Puntuación obtenida en el Índice de Barthel tras la valoración funcional realizada por la UVSS. La valoración de este índice obliga a rellenar la fecha.

Descripción de la variable: **BARTHEL1**. Variable de tipo numérica de 3 enteros. (**Anexo 1**).

17. Fecha Barthel

Fecha en la que el paciente es valorado, con apoyo de la escala de Barthel.

Descripción de la variable: Variable **FBARTHEL1**. Variable de tipo fecha, las dos primeras corresponden al día, las dos siguientes al mes y las cuatro últimas al año (dd/mm/aaaa).

18. Cuestionario de Pfeiffer (si procede)

Puntuación total obtenida a través del Cuestionario de Pfeiffer. Este dato se recogerá si hay sospecha de demencia. La cumplimentación de esta variable obliga a rellenar la fecha. Ver **Anexo 2**.

Descripción de la variable: Variable **PFEIFFER1**. Variable de tipo numérica de 3 enteros.

19. Fecha Pfeiffer

Fecha en la que se ha realizado al paciente el test de Pfeiffer.

Descripción de la variable: Variable **FPFEIFFER1**. Variable de tipo fecha, las dos primeras corresponden al día, las dos siguientes al mes y las cuatro últimas al año (dd/mm/aaaa).

20. MEC de Lobo (si procede)

Puntuación total obtenida en la realización del MEC de Lobo. Este dato se recogerá si el resultado en el test de Pfeiffer es mayor o igual a tres o para diagnóstico del nivel de deterioro cognitivo. La cumplimentación de esta variable obliga a rellenar la fecha.

Descripción de la variable: Variable **MEC1**. Variable de tipo numérica de 2 enteros. Ver **Anexo3**.

21. Fecha MEC

Fecha en la que se ha realizado el Miniexamen cognitivo de Lobo al paciente.

Descripción de la variable: Variable **FMEC1**. Campo fecha, las dos primeras corresponden al día, las dos siguientes al mes y las cuatro últimas al año (dd/mm/aaaa).

DESTINO TRAS LA VALORACIÓN

22. Dispositivo asistencial de destino

Tipo de dispositivo sanitario de destino propuesto por la UVSS tras la valoración.

Descripción de la variable: Variable **DISP_A**. Variable tipo texto de 1 carácter. Ver **Anexo 15**.

23. Identificación del dispositivo

Código de identificación del centro o dispositivo asistencial.

Descripción de la variable: **PROC_A**. Variable de tipo texto de 6 caracteres. Ver **Anexo 7**.

24. Unidad asistencial

Código de servicio o unidad asistencial a la que es destinado (si procede).

Descripción de la variable: **SER_A**. Variable de tipo texto de 6 caracteres. Ver **Anexo 9**.

EHA – DATOS DE ACTIVIDAD

Los siguientes datos de actividad de la Unidad de Valoración Sociosanitaria estarán incluidos en el Sistema de Información de Atención Hospitalaria (EHA) y se recogerán con periodicidad mensual.

Unidades de Valoración Sociosanitaria

| SECTORES | TOTAL |
|---|-------|
| Número de pacientes nuevos valorados | |
| Número valoraciones (consultas realizadas) | |
| Pacientes pendientes de valoración a final de mes | |

1. Número de pacientes nuevos

Número total de pacientes nuevos valorados por la UVSS en el mes.

2. Número de valoraciones

Número total de valoraciones (consultas de valoración) realizadas por la UVSS.

3. Pacientes pendientes a final de mes

Número de pacientes pendientes de valoración en el último día del mes.

FLUJOS DE INFORMACIÓN

Los datos procedentes de cada valoración integral e interdisciplinar de los pacientes crónicos dependientes se recogerán en la historia clínica, a partir de la cual se obtendrá el conjunto mínimo básico de datos descrito.

Cada UVSS dispondrá de la aplicación que almacene el conjunto mínimo básico de datos de los pacientes. Los datos de actividad se grabarán en el apartado correspondiente de la aplicación EHA.

El hospital donde se encuentre integrada la UVSS garantizará:

- La correcta recogida de los datos, en cuanto a cumplimentación y validez, revisando los datos incompletos o incoherentes.
- Su grabación en soporte magnético.
- El envío de los datos a través de la red corporativa, al Servicio de Evaluación y Calidad Asistencial de la Dirección General de Planificación y Aseguramiento del Departamento de Salud y Consumo, mensualmente en el caso de los datos de actividad y trimestralmente en el caso de los datos del CMBD.
- Para ello el Director del Hospital designará al técnico responsable de recibir, almacenar y gestionar la información en una base de datos local y de transferirla a la base de datos central del Departamento de Salud y Consumo. Este técnico actuará de interlocutor con el Servicio de Evaluación y Calidad Asistencial.

CONJUNTO MÍNIMO BÁSICO DE DATOS DE ALTAS HOSPITALARIA EN HOSPITALES DE CONVALECENCIA

DATOS DEL CENTRO

1. Código de identificación del hospital de convalecencia

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

2. Código de identificación personal de Tarjeta sanitaria (TIS)
3. DNI/NIE
4. Número de historia clínica
5. Fecha de nacimiento
6. Sexo
7. CIAS médico de atención primaria
8. Financiador
9. Residencia
10. Tipo de vía
11. Nombre de la vía
12. Número de domicilio
13. Zona de Salud

DATOS DEL PROCESO ASISTENCIAL

14. Fecha ingreso
15. Tipo ingreso
16. Procedencia del paciente
17. Identificación dispositivo
18. Unidad asistencial
19. Código identificación médico
20. Tipo de cuidados

DATOS CLINICOS DEL PACIENTE

21. Diagnóstico principal
22. Diagnósticos secundarios
23. Procedimientos diagnósticos y terapéuticos
24. Índice Barthel ingreso
25. Fecha Barthel ingreso
26. Cuestionario de Pfeiffer
27. Fecha Pfeiffer
28. Miniexamen cognitivo de Lobo (MEC)
29. Fecha MEC
30. Índice Barthel alta
31. Fecha Barthel alta

DATOS DEL ALTA

32. Fecha de alta
33. Motivo de alta
34. Servicio de alta
35. Sección

DESTINO TRAS EL ALTA

36. Dispositivo asistencial al alta
37. Identificación dispositivo
38. Unidad asistencial

DEFINICIÓN Y DESCRIPCIÓN DE LAS VARIABLES

- Unidad asistencial e informante: Hospital de Convalecencia.
- Descripción: Conjunto Mínimo Básico de Datos de los pacientes ingresados en el Hospital de Convalecencia.

DATOS DEL CENTRO

1. Código de identificación

Código que identifica a cada uno de los hospitales de convalecencia de la Comunidad Autónoma.

Descripción de la variable: Variable **CENTRO**. Variable de tipo texto de 6 caracteres. Ver **Anexo 8**.

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

2. Código de identificación personal de Tarjeta Sanitaria

Código alfanumérico que identifica a cada persona física beneficiaria de asistencia sanitaria.

Descripción de la variable: Variable **TIS**. Variable de tipo texto de 16 caracteres.

3. DNI/NIE

Documento nacional de identidad/Número de identificación de extranjería. *Sólo se cumplimentará esta variable en el caso de que no se disponga de TIS.*

Descripción de la variable: Variable **DNI**. Variable tipo texto, de 9 caracteres.

4. Número de historia clínica

Corresponde al número de historia clínica que identifica unívocamente a cada paciente en el hospital en el que ha realizado el ingreso.

Descripción de la variable: Variable **HISTORIA**. Variable de tipo texto de 8 caracteres. Si tuviera menos de 8 dígitos se justificará a la izquierda dejando en blanco las posiciones restantes a la derecha.

5. Fecha de nacimiento

Descripción de la variable: Variable **FNAC**. Variable de tipo fecha, las dos primeras corresponden al día, las dos siguientes al mes y las cuatro últimas al año (dd/mm/aaaa). Si se desconoce el año codificar 00/00/0000.

6. Sexo

Descripción de la variable: Variable **SEXO**. Variable de tipo texto de 1 carácter. Ver **Anexo 14**.

7. Código de identificación del médico de atención primaria

Código de identificación autonómica sanitaria del médico del Equipo de Atención Primaria (médico de familia o pediatra) que figura en la Tarjeta Sanitaria del paciente.

Descripción de la variable: Variable **CIAS_C**. Variable de tipo texto de 11 caracteres.

Está formado por el código identificador de la Comunidad Autónoma (2), Gerencia de Área, Zona básica de salud, tipo profesional, puesto de trabajo y un dígito final de control.

8. Código de la entidad financiadora

Código de identificación de la entidad financiadora.

Descripción de la variable: Variable **FINAN**. Variable de tipo texto de tres caracteres. Ver **Anexo 11**

9. Residencia

Variable **RESIDE**. Variable de tipo texto de 7 caracteres.

Se hará constar el municipio de residencia habitual la mayor parte del año o, en su defecto, aquella donde el paciente estuviera empadronado. Se codificará según los códigos oficiales del INE de provincia, municipio y núcleo. Las dos primeras cifras hacen referencia al

código de provincia (P), las siguientes al municipio (M) y las últimas al Núcleo (N) si existe. En caso de que no haya núcleos definidos, justificar a la izquierda, dejando los campos correspondientes al núcleo en blanco. PPMMMNN. En el caso de residir en el extranjero se incluirá el código "54" en P, y el código del país correspondiente, en la parte de codificación "M". Ver **Anexo 12**.

Domicilio habitual

Se consignará el domicilio particular, exclusivamente si el paciente reside en la Comunidad Autónoma de Aragón.

Se recogerá mediante tres variables: VIA, CALLE, NUM.

En los tres casos justificar a la izquierda.

Estas variables (10 a 13) se cumplimentarán si no se dispone de TIS.

10. Tipo de vía

Variable **VIA**, variable de tipo texto de 5 caracteres. Ver **Anexo 13**.

11. Nombre de la vía

Variable **CALLE**, variable texto de 40 posiciones. Utilizar callejero normalizado.

12. Número de domicilio

Variable **NUM**, variable texto de 4 posiciones.

13. Zona de salud

Variable **ZONA**. Variable de tipo texto de 4 caracteres. Se utilizará el código correspondiente a la zona de salud, según el mapa sanitario de Aragón.

DATOS DEL PROCESO ASISTENCIAL

14. Fecha ingreso

Fecha en que el paciente ingresa en el Hospital.

Descripción de la variable: Variable **FINGRESO**. Variable tipo fecha, las dos primeras corresponden al día, las dos siguientes al mes y las cuatro últimas al año (dd/mm/aaaa).

15. Tipo de ingreso

Variable TIPING. Variable tipo texto de 1 carácter. Ver **Anexo 17**.

Definiciones:

Ingreso Urgente es el que no cumple los requisitos del programado, ya proceda del área de urgencias o no. Se contabilizarán como urgentes los neonatos patológicos, los ingresos judiciales, los urgentes procedentes de consultas externas y todos los partos que no ingresan de forma programada.

Ingreso Programado: es el concertado con fecha anterior al mismo y al margen de si proceden de lista de espera o son de un servicio que no tiene demora de ingreso.

Ingreso tras procedimiento ambulatorio: Pacientes que tras un proceso programado ambulatorio precisan hospitalización posterior.

16. Procedencia del paciente

Tipo de dispositivo de procedencia del paciente cuando ingresa en el hospital de convalecencia.

Descripción de la variable: Variable **DISP**. Variable tipo texto de 1 carácter. Ver **Anexo 15**.

17. Identificación del dispositivo

Código de identificación del centro o dispositivo asistencial de donde procede el paciente.

Descripción de la variable: **PROC**. Variable tipo texto de 6 caracteres. Ver **Anexo 7**.

18. Unidad asistencial

Unidad asistencial de procedencia

Descripción de la variable: **SERV**. Variable de tipo texto de 3 caracteres. Ver **Anexo 9**.

19. Código identificación médico

Código de identificación del médico responsable del paciente durante el período de hospitalización.

Descripción de la variable: MEDICO. Variable de tipo texto de 5 caracteres.

Se introducirá el número de colegiado.

20. Tipos de cuidados

Identificación de los tipos de cuidados para los que ingresa el paciente en el hospital de convalecencia.

Descripción de la variable: CUIDADO. Variable tipo texto de 2 caracteres. Ver **Anexo 20b**. Categorías activas: 0,8,9,10,11.

DATOS CLINICOS DEL PACIENTE

21. Diagnóstico principal

Motivo que se considera la causa principal de ingreso en el Hospital

Descripción de la variable: Variable **DIAGPRAL**. Variable tipo texto de 6 caracteres. Se codificará con la CIE 9-MC.

22. Diagnósticos secundarios

Diagnóstico relacionado con el motivo de ingreso y otros diagnósticos que coexisten con el principal y que influyen en la situación de dependencia y en su tratamiento. Deben excluirse los diagnósticos sin relación directa con el que ha ocasionado la inclusión en el programa.

Descripción de las variables: Variables **DSEC1 a DSEC13**. Variables tipo texto de 6 caracteres.

Se deberá incluir el *código E* relacionado con el diagnóstico principal, así como todos los relacionados con el episodio asistencial en los casos que sea necesario. Se codificará con la CIE 9- MC.

23. Procedimientos realizados

Procedimientos diagnósticos y terapéuticos realizados al paciente durante su estancia hospitalaria. De codificará según CIE 9-MC.

Se diferenciarán los procedimientos realizados en el propio hospital (y por tanto utilizando recursos del mismo) de los procedimientos realizados en otro entorno asistencial público o concertado.

Descripción de las variables: Variables **PQPRAL, PQS1 a PQS13** (Procedimientos en el Hospital) y variables **T1 a T7** (Procedimientos realizados fuera del hospital). Variable tipo texto de 5 caracteres.

24. Índice Barthel al ingreso

Puntuación obtenida en Índice de Barthel tras la valoración funcional realizada al paciente en la primera semana tras su ingreso en el hospital. Ver **Anexo 1**.

La valoración de este índice obliga a rellenar la fecha.

Descripción de la variable: Variable **BARTHEL1**. Variable numérica de 3 enteros.

25. Fecha Barthel ingreso

Fecha en la que el paciente es valorado al ingreso con apoyo del Índice de Barthel.

Descripción de la variable: Variable **FBARTHEL1**. Variable tipo fecha, las dos primeras corresponden al día, las dos siguientes al mes y las cuatro últimas al año (dd/mm/aaaa).

26. Cuestionario de Pfeiffer

Puntuación total obtenida a través del Cuestionario de Pfeiffer. Este dato se recogerá en cualquier momento de la hospitalización si existe sospecha de déficit cognitivo. La cumplimentación de esta variable obliga a rellenar la fecha.

Descripción de la variable: Variable **PFEIFFER1**. Variable tipo numérica de 3 enteros. Ver **Anexo 2**.

27. Fecha Pfeiffer

Fecha en la que se ha realizado el Cuestionario de Pfeiffer durante la estancia hospitalaria.

Descripción de la variable: Variable **FPFEIFFER1**. Variable tipo fecha, las dos primeras corresponden al día, las dos siguientes al mes y las cuatro últimas al año (dd/mm/aaaa).

28. MEC de Lobo

Puntuación total obtenida en la realización del MEC de Lobo. Este dato se recogerá si se quiere valorar el grado de deterioro cognitivo. La cumplimentación de esta variable obliga a rellenar la fecha.

Descripción de la variable: Variable **MEC1**. Variable tipo numérica de 2 enteros. Ver **Anexo 3**.

29. Fecha MEC

Fecha previa al alta en la que se ha realizado al paciente el Miniexamen Cognitivo de Lobo (si se considera preciso).

Descripción de la variable: Variable **FMEC1**. Variable tipo fecha, las dos primeras corresponden al día, las dos siguientes al mes y las cuatro últimas al año (dd/mm/aaaa).

30. Índice Barthel al alta

Puntuación obtenida en el Índice de Barthel tras la valoración funcional previa al alta del paciente de la unidad de hospitalización. (Anexo 1). La valoración de este índice obliga a rellenar la fecha.

Descripción de la variable: Variable **BARTHEL2**. Variable tipo numérico de 3 enteros.

31. Fecha Barthel alta

Fecha en la que el paciente es valorado con apoyo del Índice de Barthel, con motivo del alta de la unidad de hospitalización.

Descripción de la variable: Variable **FBARTHEL2**. Variable tipo fecha, las dos primeras corresponden al día, las dos siguientes al mes y las cuatro últimas al año (dd/mm/aaaa).

DATOS DEL ALTA

32. Fecha alta

Fecha en que el paciente es dado de alta del hospital de convalecencia.

Descripción de la variable: Variable **FALTA**. Variable tipo fecha, formato: dd/mm/aaaa.

33. Motivo de alta

Diferentes motivos por los que cesa la atención al paciente en el dispositivo asistencial.

Descripción de la variable: Variable **TIPALTA**. Variable de tipo texto de 1 carácter. Ver **Anexo 18**.

34. Servicio de alta

Descripción de la variable: Variable **SERVICIO**. Variable tipo texto de 3 caracteres. Utilizar la lista normalizada de Servicios. Ver **Anexo 9**.

35. Sección de alta

Descripción de la variable: Variable **SECCION**. Variable tipo texto de 4 caracteres. Usar **Anexo 9**.

DESTINO TRAS EL ALTA

36. Dispositivo asistencial al alta

Tipo de dispositivo sanitario que tras el alta del hospital de convalecencia realizará el seguimiento de proceso que motivó el ingreso del paciente.

Descripción de la variable: Variable **DISP_A**. Variable tipo texto de 1 carácter. Ver **Anexo 15**.

37. Identificación del dispositivo

Código de identificación del centro o dispositivo asistencial que realizará el seguimiento.

Descripción de la variable: Variable **PROC_A**. Variable de tipo texto de 6 caracteres. Ver **Anexo 7**.

38. Unidad asistencial

Unidad asistencial (si procede).

Descripción de la variable: Variable **SER_A**. Variable de tipo texto de 6 caracteres. Ver **Anexo 9**.

CONJUNTO MÍNIMO BÁSICO DE DATOS DE LOS HOSPITALES DE DÍA

DATOS DEL DISPOSITIVO ASISTENCIAL

1. Código de identificación del Hospital

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

2. Código de identificación personal de Tarjeta sanitaria
3. DNI/NIE
4. Fecha de nacimiento
5. Sexo
6. Número de historia clínica
7. CIAS médico de atención primaria
8. Código de la entidad financiadora

DATOS DEL PROCESO ASISTENCIAL

9. Fecha ingreso
10. Procedencia del paciente
11. Identificación del dispositivo
12. Unidad asistencial de procedencia
13. Tipo de cuidados

DATOS CLINICOS DEL PACIENTE

14. Diagnóstico principal
15. Diagnósticos secundarios
16. Procedimientos realizados
17. Índice Barthel ingreso
18. Fecha Barthel ingreso
19. Cuestionario de Pfeiffer
20. Fecha Pfeiffer
21. Miniexamen Cognitivo de Lobo (MEC)
22. Fecha MEC
23. Índice Barthel alta
24. Fecha Barthel alta

DATOS AL ALTA

25. Fecha alta
26. Motivo de alta
27. Dispositivo asistencial al alta
28. Identificación del dispositivo
29. Unidad asistencial
30. Número de estancias al alta
31. Transporte sanitario

DEFINICIÓN Y DESCRIPCIÓN DE LAS VARIABLES

- Unidad asistencial e informante: Hospital en el que se encuentra el Hospital de Día.
- Descripción: Conjunto Mínimo Básico de Datos de los pacientes ingresados en el Hospital de Día.

Se considera ingreso en Hospital de Día cada uno de los pacientes ambulatorios que acceden a este dispositivo tras la valoración funcional del EAP/UVSS/Unidad de Rehabilitación que así lo indique.

DATOS DEL DISPOSITIVO ASISTENCIAL

1. Código de identificación

Código que identifica a cada uno de los hospitales de la Comunidad Autónoma. Ver **Anexo 8**.

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

2. Código de identificación personal de Tarjeta Sanitaria

Código alfanumérico que identifica a cada persona física beneficiaria de asistencia sanitaria.

Descripción de la variable: Variable **TIS**. Variable de tipo texto de 16 caracteres.

3. DNI/NIE

Documento nacional de identidad /Número de identificación de extranjería.

Sólo se cumplimentará esta variable en el caso de que no se disponga de TIS.

Descripción de la variable: Variable de tipo texto de 9 caracteres.

4. Fecha de nacimiento

Descripción de la variable: Variable **FNAC**. Variable tipo fecha, las dos primeras corresponden al día, las dos siguientes al mes y las cuatro últimas al año (dd/mm/aaaa). Si se desconoce el año codificar 00/00/0000.

5. Sexo

Descripción de la variable: Variable **SEXO**. Variable tipo texto de 1 carácter. Ver **Anexo 14**.

6. Número de historia clínica

Corresponde al número de historia clínica que identifica unívocamente a cada paciente en el hospital en el que se encuentra el hospital de día.

Descripción de la variable: Variable **HISTORIA**. Variable de tipo texto de 8 caracteres. Si tuviera menos de 8 dígitos se justificará a la izquierda dejando en blanco las posiciones restantes a la derecha.

7. Código de identificación del médico de atención primaria

Código de identificación del médico del Equipo de Atención Primaria que figura en la Tarjeta Sanitaria del paciente.

Descripción de la variable: Variable **CIAS_C**. Variable tipo texto de 11 caracteres. Está formado por el código identificador de la Comunidad Autónoma, Área sanitaria, Zona de Salud y puesto de trabajo, además de un dígito final de control.

8. Código de la entidad financiadora

Código de identificación de la entidad financiadora.

Descripción de la variable: Variable **FINAN**. Variable de tipo texto de tres caracteres. Ver **Anexo 11**.

DATOS DEL PROCESO ASISTENCIAL

9. Fecha ingreso

Fecha en que se inicia la atención al paciente en el Hospital de Día.

Descripción de la variable: Variable **FINGRESO**. Variable tipo fecha, las dos primeras corresponden al día, las dos siguientes al mes y las cuatro últimas al año (dd/mm/aaaa).

10. Procedencia del paciente

Dispositivo de procedencia del paciente cuando ingresa en el hospital de día

Descripción de la variable: Variable **DISP**. Variable de tipo texto de 1 carácter. Ver **Anexo 15**.

11. Identificación del dispositivo

Código de identificación del centro o dispositivo asistencial de donde procede el paciente.

Descripción de la variable: **PROC**. Variable de tipo texto de 6 caracteres. Ver **Anexo 7**.

12. Unidad asistencial procedencia

Unidad asistencial de procedencia del paciente

Descripción de la variable: **SERVICIO**. Variable de tipo texto de 6 caracteres. Ver **Anexo 9**.

13. Tipos de cuidados

Identificación de los tipos de cuidados para los que ingresa el paciente en el hospital de día

Descripción de la variable: Variable **CUIDADO**. Variable tipo texto de 1 carácter. Ver **Anexo 20b**. Categoría 7.

DATOS CLINICOS DEL PACIENTE

14. Diagnóstico principal

Motivo que se considera la causa principal de atención del paciente en el hospital de día.

Descripción de la variable: Variable **DIAGPRAL**. Variable tipo texto de 6 caracteres. Se codificará con la CIE 9-MC.

15. Diagnósticos secundarios

Diagnósticos relacionados con el motivo de ingreso y otros diagnósticos que coexisten con el principal y que influyen en la situación de dependencia. Deben excluirse los diagnósticos incluidos en otro episodio anterior y que no tienen relación con el actual.

Descripción de las variables: Variables **DSEC1 a DSEC5**. Variable tipo texto de 6 caracteres. Se deberá incluir el *código E* relacionado con el diagnóstico principal, así como todos los relacionados con el episodio asistencial en los casos que sea necesario. Se codificará con la CIE 9- MC.

16. Procedimientos realizados

Procedimientos diagnósticos y terapéuticos realizados al paciente durante su estancia en el hospital de día. Se codificará según CIE 9-MC.

Descripción de las variables: Variables **PQPRAL, P2 a P13**. Variable tipo texto de 5 caracteres.

17. Índice Barthel al ingreso

Puntuación obtenida en el Índice de Barthel tras la valoración funcional realizada al paciente al ingresar en el hospital de día. Ver **Anexo 1**.

La valoración de este índice obliga a rellenar la fecha.

Descripción de la variable: Variable **BARTHEL1**. Variable numérica de 3 posiciones.

18. Fecha Barthel ingreso

Fecha en la que el paciente es valorado al ingreso con apoyo del Índice de Barthel.

Descripción de la variable: Variable **FBARTHEL1**. Campo fecha, las dos primeras corresponden al día, las dos siguientes al mes y las cuatro últimas al año (dd/mm/aaaa).

19. Cuestionario de Pfeiffer

Puntuación total obtenida a través del Cuestionario de Pfeiffer. Este dato se recogerá en cualquier momento de la atención en hospital de día si existe sospecha de déficit cognitivo. La cumplimentación de esta variable obliga a rellenar la fecha.

Descripción de la variable: Variable **PFEIFFER1**. Variable numérica de 3 posiciones. Ver **Anexo 2**.

20. Fecha Pfeiffer

Fecha en la que se ha realizado el Cuestionario de Pfeiffer durante la estancia en hospital de día. (Sólo si se cree necesario).

Descripción de la variable: Variable **FPFEIFFER1**. Campo fecha, las dos primeras corresponden al día, las dos siguientes al mes y las cuatro últimas al año (dd/mm/aaaa).

21. MEC de Lobo

Puntuación total obtenida en la realización del MEC de Lobo. Este dato se recogerá si se quiere valorar el grado de deterioro cognitivo. La cumplimentación de esta variable obliga a rellenar la fecha.

Descripción de la variable: Variable **MEC1**. Variable numérica de 2 posiciones. Ver **Anexo 3**.

22. Fecha MEC

Fecha en la que se ha realizado al paciente el Miniexamen Cognitivo de Lobo (si se considera preciso).

Descripción de la variable: Variable **FMEC1**. Campo fecha, las dos primeras corresponden al día, las dos siguientes al mes y las cuatro últimas al año (dd/mm/aaaa).

23. Índice Barthel al alta

Puntuación obtenida en el Índice de Barthel tras la valoración funcional previa al alta del paciente del hospital de día. La valoración de este índice obliga a rellenar la fecha.

Descripción de la variable: Variable **BARTHEL2**. Variable numérica de 3 posiciones. Ver **Anexo 1**.

24. Fecha Barthel alta

Fecha en la que el paciente es valorado con apoyo del Índice de Barthel, con motivo del alta del hospital de día.

Descripción de la variable: Variable **FBARTHEL2**. Campo fecha, las dos primeras corresponden al día, las dos siguientes al mes y las cuatro últimas al año (dd/mm/aaaa).

DESTINO TRAS EL ALTA

25. Fecha alta

Fecha en que el Hospital de Día deja de prestar atención sanitaria al paciente por alguno de los motivos de alta descritos.

Descripción de la variable: **FALTA**. Variable tipo fecha, las dos primeras corresponden al día, las dos siguientes al mes y las cuatro últimas al año (dd/mm/aaaa).

26. Motivo de alta

Motivo por el que cesa la atención al paciente por parte del dispositivo asistencial.

Descripción de la variable: Variable **TIPALTA**. Variable de tipo texto de 1 carácter. Ver **Anexo 18**.

27. Dispositivo asistencial al alta

Dispositivo sanitario que tras el alta del hospital de día realizará el seguimiento de proceso que motivó el ingreso del paciente.

Descripción de la variable: Variable **DESTINO**. Variable tipo texto de 1 carácter. Ver **Anexo 15**.

28. Identificación del dispositivo

Código de identificación del centro o dispositivo asistencial.

Descripción de la variable: **PROC_A**. Variable de tipo texto de 6 caracteres. Ver **Anexo 7**.

29. Unidad asistencial

Unidad asistencial específica de destino del paciente.

Descripción de la variable: **SER_A**. Variable de tipo texto de 6 caracteres. Ver **Anexo 9**.

30. Número de estancias

Número de estancias que ha tenido un paciente en Hospital de Día.

Descripción de la variable: **FREQ**. Variable de tipo numérico de 5 enteros.

31. Transporte sanitario

Necesidad de transporte sanitario para realizar el traslado a hospital de día

1.Si / 2.No

Descripción de la variable: Variable **TRANSPORTE**. Variable tipo texto de 1 carácter. Se codificará 0 si es desconocido.

E.H.A. – DATOS DE ACTIVIDAD

Los siguientes datos de actividad de Hospital de día estarán incluidos en el Sistema de Información de Atención Hospitalaria (EHA) y se recogerán con periodicidad mensual. Incluye un apartado sobre tratamientos de rehabilitación realizados en hospital de día.

Hospital de día

| | TRATAMIENTOS (Estancias) | PACIENTES ATENDIDOS | PACIENTES NUEVOS | NÚMERO DE ALTAS |
|----------------------|-----------------------------|------------------------|---------------------|--------------------|
| Oncohematológico | | | | |
| SIDA | | | | |
| Crónicos y Geriatria | | | | |
| Psiquiátrico | | | | |
| Otros Médicos | | | | |
| Quirúrgicos | | | | |
| TOTAL | | | | |

Tratamientos de Rehabilitación

| TRATAMIENTOS | NÚMERO |
|-------------------------------------|--------|
| Sesiones de Fisioterapia | |
| Sesiones de Terapia Ocupacional | |
| Sesiones de Logopedia y/o Foniatria | |

FLUJO DE INFORMACIÓN

El hospital donde se encuentre el Hospital de Día garantizará:

- La correcta recogida de los datos, en cuanto a cumplimentación y validez, revisando los datos incompletos o incoherentes.
- Su grabación en soporte magnético.
- El envío de los datos a través de la red corporativa, al Servicio de Evaluación y Calidad Asistencial de la Dirección General de Planificación y Aseguramiento del Departamento de Salud y Consumo, mensualmente en el caso de los datos de actividad y trimestralmente en el caso de los datos del CMBD.
- Para ello el Director del Hospital designará al técnico responsable de recibir, almacenar y gestionar la información en una base de datos local y de transferirla a la base de datos central del Departamento de Salud y Consumo. Este técnico actuará de interlocutor con el Servicio de Evaluación y Calidad Asistencial.

ANEXOS

ANEXO 1. TEST DE BARTHEL: ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA (Común a todos los SIS)

La recogida de información se realizará a través de la observación directa y/o entrevista al paciente o, de su cuidador habitual, si su capacidad cognitiva no lo permite. La puntuación total se calculará sumando la puntuación elegida para cada una de las actividades básicas.

| | | |
|--|---|--------------------|
| ALIMENTACIÓN | <ul style="list-style-type: none"> – Es capaz de utilizar cualquier instrumento, pelar, cortar, desmenuzar (la comida se le puede poner a su alcance). – Necesita ayuda. – Necesita ser alimentado. | 10 5 0 |
| BAÑO | <ul style="list-style-type: none"> – Es capaz de lavarse entero solo, incluyendo entrar y salir de la bañera. – Necesita cualquier ayuda. | 5 0 |
| VESTIDO | <ul style="list-style-type: none"> – Es INDEPENDIENTE: capaz de quitar y ponerse ropa, se abrocha botones, cremalleras, se ata zapatos... – NECESITA AYUDA, pero hace buena parte de las tareas habitualmente. – DEPENDIENTE: necesita mucha ayuda. | 10 5 0 |
| ASEO | <ul style="list-style-type: none"> – INDEPENDIENTE: se lava la cara y las manos, se peina, se afeita, se lava los dientes, se maquilla... – NECESITA ALGUNA AYUDA. | 5 0 |
| USO DE RETRETE | <ul style="list-style-type: none"> – Es INDEPENDIENTE: entra y sale del retrete, puede utilizarlo solo, se sienta, se limpia, se pone la ropa. Puede usar ayudas técnicas. – NECESITA AYUDA para ir al WC, pero se limpia solo. – DEPENDIENTE: incapaz de manejarse sin asistencia. | 10 5 0 |
| DEFECACIÓN | <ul style="list-style-type: none"> – Es CONTINENTE e INDEPENDIENTE: usa solo el supositorio o el enema. – Tiene ALGUNA DEFECACIÓN NO CONTROLADA: ocasionalmente algún episodio de incontinencia o necesita ayuda para administrarse supositorios o enemas. – INCONTINENTE o necesita que le suministren el enema.. | 10 5 0 |
| MICCIÓN | <ul style="list-style-type: none"> – Es CONTINENTE o es capaz de cuidarse la sonda. – Tiene ESCAPE OCASIONAL: máximo un episodio de incontinencia en 24 horas. Necesita ayuda para cuidarse la sonda. – INCONTINENTE. | 10 5 0 |
| DEAMBULACIÓN | <ul style="list-style-type: none"> – Es INDEPENDIENTE: camina solo 50 metros. – NECESITA AYUDA o supervisión física o verbal, para caminar 50 metros. – INDEPENDIENTE EN SILLA DE RUEDAS, sin ayuda 50 metros. Capaz de girar esquinas. – DEPENDIENTE: incapaz de manejarse sin asistencia. | 15 10 5 0 |
| SUBIR Y BAJAR ESCALERAS | <ul style="list-style-type: none"> – Es INDEPENDIENTE. Sube y baja solo. Puede barandilla o bastones. – NECESITA AYUDA física o verbal. – INCAPAZ de manejarse sin asistencia. | 10 5 0 |
| TRANSFERENCIA (Trasladarse de la silla a la cama o viceversa) | <ul style="list-style-type: none"> – Es INDEPENDIENTE. – NECESITA MÍNIMA o POCA AYUDA (un poco de ayuda física o presencia y supervisión verbal). – NECESITA MUCHA AYUDA (una persona entrenada o dos personas), pero se puede permanecer sentado sin ayuda. – Es INCAPAZ, no se mantiene sentado. | 15 10 5 0 |
| | TOTAL | |

| VALORACIÓN DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL | |
|--|--|
| INDICE BARTHEL | <p>DESCRIPCIÓN</p> <p>Escala que permite valorar la autonomía de la persona para realizar las actividades básicas e imprescindibles de la vida diaria tales como comer, lavarse, vestirse, arreglarse, trasladarse del sillón o silla de ruedas a la cama, subir y bajar escaleras, etc.</p> |
| | <p>FORMA DE ADMINISTRACIÓN</p> <p>La recogida de información es a través de la información directa y/o interrogatorio del paciente o, si su capacidad cognitiva no lo permite, de su cuidador o familiares.</p> |
| | <p>POBLACIÓN DIANA</p> <p>Puede ser administrado a cualquier persona que requiera de una valoración de su capacidad funcional, pero se recomienda en especial a los pacientes en rehabilitación física y a los pacientes con patología cerebro-vascular aguda.</p> |
| | <p>ARGUMENTOS PARA SU SELECCIÓN</p> <ul style="list-style-type: none"> • Escala de valoración ampliamente utilizada por los profesionales, en particular de Atención Primaria, del Sistema de Salud de Aragón. • Existe una amplia experiencia en la utilización de esta escala tanto en nuestro país como en otros del entorno. • Es una escala sencilla de administrar. • Escala validada en nuestro país. • Es sensible a la detección de cambios pequeños en la situación funcional del paciente, lo que la hace especialmente interesante en el seguimiento de la evolución del estado funcional del mismo. |
| | <p>VALORACIÓN</p> <ul style="list-style-type: none"> • Esta escala se debe realizar para valorar dos situaciones: <ul style="list-style-type: none"> – La situación actual del paciente. – La situación basal, es decir, la situación previa al proceso que nos ocupa. • La valoración se realiza según puntuación en una escala de 0 a 100 (dependencia absoluta e independencia, respectivamente): <ul style="list-style-type: none"> – < 20 dependencia total – 20-35 dependencia grave – 40-55 dependencia moderada – 60 dependencia leve – 100 independiente (90 si va en silla de ruedas) • El valor predictivo de los puntos de corte está basado en el potencial de rehabilitación y capacidad de recuperar la independencia. • 90 es la puntuación máxima si el paciente va en silla de ruedas. • También permite puntuaciones parciales de cada actividad, a conocer las deficiencias específicas de cada persona. |
| <p>TIEMPO DE ADMINISTRACIÓN</p> <p>Su administración es rápida, ya que tan solo requiere de unos cinco minutos.</p> | |

ANEXO 2. CUESTIONARIO DE PFEIFFER (común a todos los SIS)

Realizar las preguntas 1 a 10 de la siguiente lista y señale con una X las respuestas incorrectas.

| | |
|--|--|
| ¿Qué día es hoy? (Mes, día, año) | |
| ¿Qué día de la semana es hoy? | |
| ¿Cómo se llama este sitio? | |
| ¿En qué mes estamos? | |
| ¿Cuál es su número de teléfono? (Si no hay teléfono,dirección de la calle) | |
| ¿Cuántos años tiene usted? | |
| ¿Cuándo nació usted? | |
| ¿Quién es el actual presidente (del País)? | |
| ¿Quién fué el presidente antes que él? | |
| Dígame el primer apellido de su madre | |
| Empezando en 20 vaya restando de 3 en 3 sucesivamente | |
| TOTAL DE ERRORES | |

Puntúan los errores, 1 punto por error. Una puntuación igual o superior a tres indica deterioro cognitivo.

| VALORACIÓN DEL ESTADO COGNITIVO | |
|---|--|
| SHORT PORTABLE MENTAL STATUS QUESTIONNAIRE (SPMSQ) DE PFEIFFER | <p>DESCRIPCIÓN</p> <p>Cuestionario que detecta la existencia y el grado de deterioro cognitivo. Este cuestionario explora la memoria a corto y largo plazo, la orientación, la información sobre los hechos cotidianos y la capacidad de cálculo.</p> |
| | <p>FORMA DE ADMINISTRACIÓN</p> <p>La recogida de información es a través de un cuestionario heteroadministrado.</p> |
| | <p>POBLACIÓN DIANA</p> <p>Puede ser administrado a cualquier persona que requiera de una valoración de su capacidad mental.</p> |
| | <p>ARGUMENTOS PARA SU SELECCIÓN</p> <ul style="list-style-type: none"> • Escala validada en nuestro país. • Escala de valoración ampliamente utilizada por los profesionales del Sistema de Salud de Aragón. • Existe una amplia experiencia en la utilización de esta escala tanto en nuestro país como en otros del entorno. • Es una escala sencilla de administrar. • Tiene una sensibilidad próxima al 70% y una especificidad muy alta del 95%. |
| | <p>VALORACIÓN</p> <ul style="list-style-type: none"> • En el caso de pacientes hospitalizados, esta escala debe realizarse: <ul style="list-style-type: none"> – En las primeras 72 horas tras el ingreso. – Al alta del paciente. • Se evalúa en función de los errores: <ul style="list-style-type: none"> – 0-2 normal – 3-4 deterioro cognitivo leve – 5-7 deterioro cognitivo moderado – 8-10 deterioro cognitivo severo. • En esta escala es importante tener en cuenta el nivel educativo de la persona. <ul style="list-style-type: none"> – Nivel educativo bajo (estudios elementales): se admite un error más para cada categoría. – Nivel educativo alto (estudios universitarios): se admite un error menos para cada categoría. |
| | <p>TIEMPO DE ADMINISTRACIÓN</p> <p>Su administración es rápida, ya que tan solo requiere de unos cinco minutos.</p> |

ANEXO 3. TEST MEC DE LOBO. MINI EXAMEN COGNOSCITIVO DE LOBO (Común a todos los SIS)

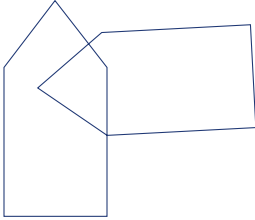
| ORIENTACIÓN | Puntos |
|-----------------------------------|--------|
| ¿En qué día de la semana estamos? | 1 |
| ¿Qué día (nº) es hoy? | 1 |
| ¿En qué mes estamos? | 1 |
| ¿En qué estación del año estamos? | 1 |
| ¿En qué año estamos? | 1 |
| ¿Dónde estamos? | 1 |
| Provincia | 1 |
| País | 1 |
| Ciudad o pueblo | 1 |
| Lugar, centro | 1 |
| Planta, piso | 1 |

| FIJACIÓN | Puntos |
|---|--------|
| Repita estas tres palabras: peseta – caballo- manzana | 3 |

Repetirlas hasta que las aprenda

| CONCENTRACIÓN Y CÁLCULO | Puntos |
|---|--------|
| Si tiene 30 pesetas y me las va dando de 3 en 3, ¿cuántas le van quedando?. Hasta 5 | 5 |
| Repita 5-9-2. Hasta que los aprenda. Ahora hacia atrás | 3 |

| MEMORIA | Puntos |
|--|--------|
| ¿Recuerda las tres palabras (objetos) que le he dicho antes? | 3 |

| LENGUAJE Y CONSTRUCCIÓN | Puntos |
|---|--------|
| Señalar un bolígrafo y que el paciente lo nombre. Repetirlo con el reloj. | 2 |
| Que repita: “En un trigal había cinco perros” | 1 |
| “Una manzana y una pera son frutas, ¿verdad?” ¿Qué son el rojo y el verde? | 1 |
| ¿Qué son un perro y un gato? | 1 |
| Coja este papel con su mano derecha, dóblelo por la mitad y póngalo en la mesa | 3 |
| “Lea esto, haga lo que dice: CIERRE LOS OJOS” | 1 |
| “Escriba una frase cualquiera” | 1 |
| <p>Copie este dibujo.</p>  | |

Valoración

35 puntos máximo. 30-35: normal. De 24-29 puntos: borderline. Por debajo de 24 puntos en mayores de 65 años sugiere deterioro cognitivo. Por debajo de 29 puntos en \leq de 65 años sugiere deterioro cognitivo.

| VALORACIÓN DEL ESTADO COGNITIVO MENTAL | |
|--|--|
| MINIMENTAL TEST. MINI EXAMEN COGNOSCITIVO DE LOBO (MEC) | <p>DESCRIPCIÓN</p> <p>Deriva del Mini-Mental State Examination de Folstein (MNSE) y ha sido adaptado y validado por Lobo en nuestro país en 1979. Es un test cognitivo breve para el estudio de las capacidades cognitivas.</p> |
| | <p>FORMA DE ADMINISTRACIÓN</p> <p>La recogida de información es a través de un cuestionario heteroadministrado.</p> |
| | <p>POBLACIÓN DIANA</p> <p>Puede ser administrado a cualquier persona que requiera de una valoración cognitiva.</p> |
| | <p>ARGUMENTOS PARA SU SELECCIÓN</p> <ul style="list-style-type: none"> • Existe una amplia experiencia en la utilización de esta escala en nuestro país. • Su uso repetido es útil para caracterizar la evolución clínica del paciente. • La sensibilidad de esta escala es muy alta, del 85-90%; su especificidad es más reducida, del 69%. |
| | <p>VALORACIÓN</p> <ul style="list-style-type: none"> • Puntuación máxima es de 35. • Dispone de dos puntos de corte en función de la edad del paciente: <ul style="list-style-type: none"> – Adultos no geriátricos: 28 puntos – Mayores de 65 años: 24 puntos • En esta escala es importante tener en cuenta el nivel educativo de la persona. <ul style="list-style-type: none"> – 30-35 normal – 24-29 borderline – 19-23 leve – 14-18 moderado – < 14 severo |
| | <p>LIMITACIONES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los rendimientos están muy influenciados por el nivel cultural del paciente, por lo que los puntos de corte deben estar adaptados a las características sociodemográficas de éstos. • Elevado índice de falsos positivos. |
| <p>TIEMPO DE ADMINISTRACIÓN</p> <p>Tan solo de requiere diez minutos para realizarla.</p> | |

ANEXO 4a: TABLA REDUCIDA DE DIAGNÓSTICOS MÉDICOS ORDEN ALFABÉTICO (ESAD, UVSS, HC, HD)

| CODCIE-9 | otros descriptores | DIAGNOSTICO |
|----------|-----------------------|---|
| 436 | | ACV/accidente cerebrovascular agudo |
| 780 | 3 | Alteración del sueño |
| 723 | | Alteraciones columna cervical, otras |
| 780 | 2 | Alucinaciones |
| 284 | | Anemia aplásica |
| 285 | | Anemia sideroblástica |
| 441 | | Aneurisma aórtico y disecante |
| 759 | 1 | Anomalías congénitas no especificadas |
| 758 | | Anomalías cromosómicas |
| 780 | 4 | Apneas del sueño |
| V66 | 3 | Asistencia al final de la vida |
| V66 | 4 | Asistencia terminal |
| 493 | | Asma |
| V66 | 2 | Atención a la agonía |
| V45 | | Atención psiquiátrica |
| 440 | | Aterosclerosis |
| 240 | | Bocio |
| 799 | 2 | Caquexia y debilidad no especificada |
| 369 | | Ceguera y disminución visual |
| V62 | | Circunstancias psicosociales |
| 571 | | Cirrosis/hepatopatía crónica |
| V44 | 2 | Cistostomía |
| V44 | 3 | Colostomía |
| V66 | 1 | Convalecencia y cuidados paliativos |
| 415 | 3 | Cor pulmonale |
| V56 | | Cuidados dialisis |
| 331 | | Degeneración cerebral |
| 293 | | Delirio orgánico, agitación premortem, s. orgánico de |
| 292 | | Demencia inducida por drogas |
| 303 | | Dependencia alcohol |
| 304 | | Dependencia drogas |
| V46 | | Dependencia máquina (ventilador,) |
| 311 | | Depresión |
| 250 | | Diabetes/DM |
| 759 | 2 | Dismorfias congénitas |
| 415 | 2 | Edema agudo de pulmón |
| 438 | | Efectos tardíos enfermedad cerebrovascular |
| 905 | | Efectos tardíos lesión musculoesquelética |
| 907 | | Efectos tardíos lesión sistema nervioso |
| 443 | | Enfermedad arterial periférica |
| 411 | | Enfermedad cardíaca isquémica no especificada |
| 415 | 1 | Enfermedad cardiopulmonar aguda |

| CODCIE-9 | otros descriptores | DIAGNOSTICO |
|----------|-----------------------|---|
| 290 | 2 | Enfermedad de alzheimer |
| 341 | | Enfermedad desmielinizante snc no especifica |
| 397 | | Enfermedad endocárdica no especificada |
| 332 | | Enfermedad de párkinson |
| 797 | 2 | Envejecimiento (sin otras causas específicas) |
| 335 | | Esclerosis lateral amiotrófica |
| 340 | | Esclerosis multiple/EM |
| V44 | 1 | Estado de apertura artificial=estomías |
| 297 | | Estado paranoide |
| V67 | | Examen de seguimiento (posthospitalización) |
| 585 | 1 | Fallo renal crónico |
| 427 | | Fibrilación auricular/FA |
| 391 | | Fiebre reumatica y complicaciones cardiacas/FR |
| 569 | 3 | Fístula |
| 820 | 1 | Fractura cuello fémur |
| 820 | 2 | Fractura de cadera |
| 812 | | Fractura húmero |
| 733 | | Fractura patológica de vertebras, osteoporosis |
| 813 | | Fractura radio húmero |
| V44 | 4 | Gastrostomía |
| 274 | | Gota/podagra |
| 342 | | Hemiplejia |
| 401 | | Hipertensión arterial |
| 244 | | Hipotiroidismo |
| V44 | 5 | Ileostomia |
| 788 | | Incontinencia de orina, retención de orina |
| 787 | | Incontinencia fecal |
| 410 | | Infarto agudo miocardio/IAM |
| 428 | | Insuficiencia cardiaca |
| 585 | 2 | Insuficiencia renal crónica |
| 786 | | Insuficiencia respiratoria |
| 435 | | Isquemia cerebral transitoria/AIT |
| V60 | 1 | Limitaciones del cuidador primario, persona que vive en residencia, que vive sola |
| V49 | | Miembro amputado |
| V44 | 6 | Nefrostomía |
| 153 | | Neoplasia de colon |
| 150 | | Neoplasia de esófago |
| 151 | | Neoplasia de estómago |
| 155 | | Neoplasia de hígado |
| 161 | | Neoplasia de laringe |
| 162 | | Neoplasia de pulmón, tráquea o bronquios |
| 154 | | Neoplasia de recto |
| 188 | | Neoplasia de vejiga |
| 156 | | Neoplasia de vesícula biliar |
| 184 | | Neoplasia de vulva |

| CODCIE-9 | otros descriptores | DIAGNOSTICO |
|----------|-----------------------|---|
| 199 | | Neoplasia maligna no especificada |
| 239 | | Neoplasia no especificada |
| 174 | | Neoplasia/cáncer de mama femenina |
| 185 | | Neoplasia/cáncer de próstata |
| 350 | | Neuralgia del trigémino |
| V63 | 1 | No disponibilidad de otras instalaciones sanitarias para cuidados |
| 278 | | Obesidad |
| 496 | | Obstrucción crónica vías respiratorias (EPOC) |
| 715 | | Osteoartritis |
| 414 | | Otras cardiopatías isquémicas |
| 429 | | Otras enfermedades cardíacas |
| 519 | | Otras enfermedades respiratorias |
| 719 | | Otros trastornos de las articulaciones |
| 569 | 1 | Otros trastornos del intestino |
| 343 | | Parálisis cerebral infantil |
| V60 | 2 | Problemas de accesibilidad |
| V63 | 2 | Problemas de accesibilidad, barreras arquitectónicas |
| V40 | | Problemas mentales y de comportamiento, problemas de comunicación |
| 569 | 2 | Prolapso rectal |
| 296 | | Psicosis afectivas |
| 295 | | Psicosis esquizofrénica |
| 298 | | Psicosis no orgánica no especificada |
| 294 | | Psicosis orgánicas no especificadas |
| 290 | 1 | Psicosis senil/presenil |
| 948 | | Quemadura de cualquier grado |
| 318 | | Retraso mental no especificado |
| 797 | 1 | Senilidad |
| 042 | | Síndrome inmunodeficiencia adquirida/SIDA |
| 344 | | Síndromes paralíticos (otros) |
| 780 | 1 | Síntomas y estados mal definidos |
| V43 | | Sustitución válvula cardíaca |
| V42 | | Transplante de órgano |
| V44 | 7 | Traqueostomía |
| 300 | | Trastorno de ansiedad generalizado |
| 272 | | Trastorno del metabolismo de los lípidos |
| 415 | 4 | Tromboembolismo pulmonar |
| 434 | | Trombosis cerebral con o sin infarto cerebral |
| 451 | | Trombosis venosa profunda EEII |
| 011 | | Tuberculosis pulmonar/TBC |
| 707 | | Úlcera crónica piel, úlcera de decúbito |
| 544 | | Úlcera gastrointestinal con hemorragia |
| 533 | | Úlcera péptica aguda con hemorragia, sin hemorragia |

ANEXO 4b: TABLA REDUCIDA DE DIAGNÓSTICOS MÉDICOS ORDENADOS POR CÓDIGO CIE (ESAD, UVSS, HC, HD)

| CODCIE-9 | otros descriptores | DIAGNOSTICO |
|----------|-----------------------|--|
| 011 | | Tuberculosis pulmonar/TBC |
| 042 | | Síndrome inmunodeficiencia adquirida/sida |
| 150 | | Neoplasia de esófago |
| 151 | | Neoplasia de estómago |
| 153 | | Neoplasia de colon |
| 154 | | Neoplasia de recto |
| 155 | | Neoplasia de hígado |
| 156 | | Neoplasia de vesícula biliar |
| 161 | | Neoplasia de laringe |
| 162 | | Neoplasia de pulmón, tráquea o bronquios |
| 174 | | Neoplasia/cáncer de mama femenina |
| 184 | | Neoplasia de vulva |
| 185 | | Neoplasia/cáncer de próstata |
| 188 | | Neoplasia de vejiga |
| 199 | | Neoplasia maligna no especificada |
| 239 | | Neoplasia no especificada |
| 240 | | Bocio |
| 244 | | Hipotiroidismo |
| 250 | | Diabetes/DM |
| 272 | | Trastorno del metabolismo de los lípidos |
| 274 | | Gota/podagra |
| 278 | | Obesidad |
| 284 | | Anemia aplásica |
| 285 | | Anemia sideroblástica |
| 290 | 1 | Psicosis senil/presenil |
| 290 | 2 | Enfermedad de alzheimer |
| 292 | | Demencia inducida por drogas |
| 293 | | Delirio orgánico, agitación premortem, s. orgánico de ansiedad |
| 294 | | Psicosis orgánicas no especificadas |
| 295 | | Psicosis esquizofrénica |
| 296 | | Psicosis afectivas |
| 297 | | Estado paranoide |
| 298 | | Psicosis no orgánica no especificada |
| 300 | | Trastorno de ansiedad generalizado |
| 303 | | Dependencia alcohol |
| 304 | | Dependencia drogas |
| 311 | | Depresión |
| 318 | | Retraso mental no especificado |
| 331 | | Degeneracion cerebral |
| 332 | | Enfermedad de párkinson |
| 335 | | Esclerosis lateral amiotrófica |
| 340 | | Esclerosis multiple/EM |

| CODCIE-9 | otros descriptores | DIAGNOSTICO |
|----------|--------------------|---|
| 341 | | Enfermedad desmielinizante SNC no específica |
| 342 | | Hemiplejía |
| 343 | | Parálisis cerebral infantil |
| 344 | | Síndromes paralíticos (otros) |
| 350 | | Neuralgia del trigémino |
| 369 | | Ceguera y disminución visión |
| 391 | | Fiebre reumática y complicaciones cardiacas/FR |
| 397 | | Enfermedad endocárdica no especificada |
| 401 | | Hipertensión arterial |
| 410 | | Infarto agudo miocardio/IAM |
| 411 | | Enfermedad cardiaca isquémica no especificada |
| 414 | | Otras cardiopatías isquémicas |
| 415 | 1 | Enfermedad cardiopulmonar aguda |
| 415 | 2 | Edema agudo de pulmón |
| 415 | 3 | Cor pulmonale |
| 415 | 4 | Tromboembolismo pulmonar |
| 427 | | Fibrilación auricular/FA |
| 428 | | Insuficiencia cardiaca |
| 429 | | Otras enfermedades cardiacas |
| 434 | | Trombosis cerebral con o sin infarto cerebral |
| 435 | | Isquemia cerebral transitoria/AIT |
| 436 | | ACV/accidente cerebrovascular agudo |
| 438 | | Efectos tardíos enfermedad cerebrovascular |
| 440 | | Aterosclerosis |
| 441 | | Aneurisma aórtico y disecante |
| 443 | | Enfermedad arterial periférica |
| 451 | | Trombosis venosa profunda EEII |
| 493 | | Asma |
| 496 | | Obstrucción crónica vías respiratorias (EPOC) |
| 519 | | Otras enfermedades respiratorias |
| 533 | | Úlcera péptica aguda con hemorragia, sin hemorragia |
| 544 | | Úlcera gastrointestinal con hemorragia |
| 569 | 1 | Otros trastornos del intestino |
| 569 | 2 | Prolapso rectal |
| 569 | 3 | Fístula |
| 571 | | Cirrosis /hepatopatía crónica |
| 585 | 1 | Fallo renal crónico |
| 585 | 2 | Insuficiencia renal crónica |
| 707 | | Úlcera crónica piel, úlcera de decúbito |
| 715 | | Osteoartritis |
| 719 | | Otros trastornos de las articulaciones |
| 723 | | Alteraciones columna cervical, otras |
| 733 | | Fractura patológica de vertebras, osteoporosis |
| 758 | | Anomalías cromosómicas |
| 759 | 1 | Anomalías congénitas no especificadas |

| CODCIE-9 | otros descriptores | DIAGNOSTICO |
|----------|--------------------|---|
| 759 | 2 | Dismorfias congénitas |
| 780 | 1 | Síntomas y estados mal definidos |
| 780 | 2 | Alucinaciones |
| 780 | 3 | Alteración del sueño |
| 780 | 4 | Apneas del sueño |
| 786 | | Insuficiencia respiratoria |
| 787 | | Incontinencia fecal |
| 788 | | Incontinencia de orina, retención de orina |
| 797 | 1 | Senilidad |
| 797 | 2 | Envejecimiento (sin otras causas específicas) |
| 799 | 2 | Caquexia y debilidad no especificada |
| 812 | | Fractura húmero |
| 813 | | Fractura radio humero |
| 820 | 1 | Fractura cuello fémur |
| 820 | 2 | Fractura de cadera |
| 905 | | Efectos tardíos lesión musculoesquelética |
| 907 | | Efectos tardíos lesión sistema nervioso |
| 948 | | Quemadura de cualquier grado |
| V40 | | Problemas mentales y de comportamiento, problemas de comunicación |
| V42 | | Transplante de órgano |
| V43 | | Sustitución válvula cardiaca |
| V44 | 1 | Estado de apertura artificial=estomías |
| V44 | 2 | Cistostomía |
| V44 | 3 | Colostomía |
| V44 | 4 | Gastrostomía |
| V44 | 5 | Ileostomía |
| V44 | 6 | Nefrostomía |
| V44 | 7 | Traqueostomía |
| V45 | | Atención posquirúrgica |
| V46 | | Dependencia máquina (ventilador,...) |
| V49 | | Miembro amputado |
| V56 | | Cuidados diálisis |
| V60 | 1 | Limitaciones del cuidador primario, persona que vive en residencia, que vive sola |
| V60 | 2 | Problemas de accesibilidad |
| V62 | | Circunstancias psicosociales |
| V63 | 1 | No disponibilidad de otras instalaciones sanitarias para cuidados |
| V63 | 2 | Problemas de accesibilidad, barreras arquitectónicas |
| V66 | 1 | Convalecencia y cuidados paliativos |
| V66 | 2 | Atención a la agonía |
| V66 | 3 | Asistencia al final de la vida |
| V66 | 4 | Asistencia terminal |
| V67 | | Examen de seguimiento (posthospitalización) |

ANEXO 5a: TABLA DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA (FRECUENTES ESAD) ORDENADO POR CÓDIGO NANDA (ESAD, UVSS, HC, HD)

| CODIGO | DESCRIPCIÓN |
|--------|--|
| 00001 | Desequilibrio nutricional por exceso |
| 00002 | Desequilibrio nutricional por defecto |
| 00011 | Estreñimiento |
| 00023 | Retención urinaria |
| 00032 | Patrón respiratorio ineficaz |
| 00039 | Riesgo de aspiración |
| 00046 | Deterioro integridad cutánea |
| 00047 | Riesgo de deterioro de la integridad cutánea |
| 00051 | Deterioro de la comunicación verbal |
| 00053 | Aislamiento social |
| 00054 | Riesgo de soledad |
| 00060 | Interrupción de los procesos familiares |
| 00061 | Cansancio en el desempeño del rol |
| 00062 | Riesgo de cansancio en el desempeño del rol del cuidador |
| 00066 | Sufrimiento espiritual |
| 00067 | Riesgo de sufrimiento espiritual |
| 00075 | Disposición para mejorar el afrontamiento familiar |
| 00085 | Deterioro de la movilidad física |
| 00096 | Deprivación de sueño |
| 00124 | Desesperanza |
| 00136 | Duelo anticipado |
| 00147 | Ansiedad ante la muerte |
| 00153 | Riesgo de baja autoestima situacional |
| 00155 | Riesgo de caídas |

ANEXO 5b: TABLA DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA ORDENADOS POR CODIGO NANDA (ESAD, UVSS, HC, HD)

| CODIGO | DIAGNOSTICO |
|--------|--|
| 00001 | Desequilibrio nutricional por exceso |
| 00002 | Desequilibrio nutricional por defecto |
| 00003 | Riesgo de desequilibrio nutricional por exceso |
| 00004 | Riesgo de infección |
| 00005 | Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal |
| 00006 | Hipotermia |
| 00007 | Hipertermia |
| 00008 | Termorregulación ineficaz |
| 00009 | Disreflexia autónoma |
| 00010 | Riesgo de disreflexia autónoma |
| 00011 | Estreñimiento |
| 00012 | Estreñimiento subjetivo |
| 00013 | Diarrea |
| 00014 | Incontinencia fecal |
| 00015 | Riesgo de estreñimiento |
| 00016 | Deterioro de la eliminación urinaria |
| 00017 | Incontinencia urinaria de esfuerzo |
| 00018 | Incontinencia urinaria refleja |
| 00019 | Incontinencia urinaria de urgencia |
| 00020 | Incontinencia urinaria funcional |
| 00021 | Incontinencia urinaria total |
| 00022 | Riesgo de incontinencia urinaria de urgencia |
| 00023 | Retención urinaria |
| 00024 | Perfusión tisular inefectiva |
| 00025 | Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos |
| 00026 | Exceso de volumen de líquidos |
| 00027 | Déficit de volumen de líquidos |
| 00028 | Riesgo de déficit de volumen de líquidos |
| 00029 | Disminución del gasto cardíaco |
| 00030 | Deterioro del intercambio gaseoso |
| 00031 | Limpieza ineficaz de las vías aéreas |
| 00032 | Patrón respiratorio ineficaz |
| 00033 | Deterioro de la respiración espontánea |
| 00034 | Respuesta disfuncional al destete del ventilador |
| 00035 | Riesgo de lesión |
| 00036 | Riesgo de asfixia |
| 00037 | Riesgo de intoxicación |
| 00038 | Riesgo de traumatismo |
| 00039 | Riesgo de aspiración |
| 00040 | Riesgo del síndrome del desuso |
| 00041 | Respuesta alérgica al látex |
| 00042 | Riesgo de respuesta alérgica al látex |

| CODIGO | DESCRIPCIÓN |
|--------|---|
| 00043 | Protección inefectiva |
| 00044 | Deterioro de la integridad tisular |
| 00045 | Deterioro de la mucosa oral |
| 00046 | Deterioro de la integridad cutánea |
| 00047 | Riesgo de deterioro de la integridad cutánea |
| 00048 | Deterioro de la dentición |
| 00049 | Capacidad adaptativa intracraneal disminuida |
| 00050 | Perturbación del campo de energía |
| 00051 | Deterioro de la comunicación verbal |
| 00052 | Deterioro de interacción social |
| 00053 | Aislamiento social |
| 00054 | Riesgo de soledad |
| 00055 | Desempeño inefectivo del rol |
| 00056 | Deterioro parental |
| 00057 | Riesgo de deterioro parental |
| 00058 | Riesgo de deterioro de la vinculación entre los padres y el lactante/niño |
| 00059 | Disfunción sexual |
| 00060 | Interrupción de los procesos familiares |
| 00061 | Cansancio del rol del cuidador |
| 00062 | Riesgo de cansancio del rol del cuidador |
| 00063 | Procesos familiares disfuncionales: alcoholismo |
| 00064 | Conflicto del rol parental |
| 00065 | Patrón sexual inefectivo |
| 00066 | Sufrimiento espiritual |
| 00067 | Riesgo de sufrimiento espiritual |
| 00068 | Disposición para mejorar el bienestar espiritual |
| 00069 | Afrontamiento inefectivo |
| 00070 | Deterioro de la adaptación |
| 00070 | Riesgo de deterioro de la religiosidad |
| 00071 | Afrontamiento defensivo |
| 00072 | Negación ineficaz |
| 00073 | Afrontamiento familiar incapacitante |
| 00074 | Afrontamiento familiar comprometido |
| 00075 | Disposición para mejorar el afrontamiento familiar |
| 00076 | Disposición para mejorar el afrontamiento de la Comunidad |
| 00077 | Afrontamiento inefectivo de la comunidad |
| 00078 | Manejo inefectivo del régimen terapéutico |
| 00079 | Incumplimiento del tratamiento |
| 00080 | Manejo inefectivo del régimen terapéutico familiar |
| 00081 | Manejo inefectivo del régimen terapéutico de la comunidad |
| 00082 | Manejo efectivo del régimen terapéutico |
| 00083 | Conflicto de decisiones |
| 00084 | Conductas generadoras de salud |
| 00085 | Deterioro de la movilidad física |
| 00086 | Riesgo de disfunción neurovascular periférica |

| CODIGO | DESCRIPCIÓN |
|--------|--|
| 00087 | Riesgo de lesión perioperatoria |
| 00088 | Deterioro de la deambulaci3n |
| 00089 | Deterioro de la movilidad en silla de ruedas |
| 00090 | Deterioro de la habilidad para la traslaci3n |
| 00091 | Deterioro de la movilidad en la cama |
| 00092 | Intolerancia a la actividad |
| 00093 | Fatiga |
| 00094 | Riesgo de intolerancia a la actividad |
| 00095 | Deterioro del patr3n de sue1o |
| 00096 | Deprivaci3n de sue1o |
| 00097 | D3ficit de actividades recreativas |
| 00098 | Deterioro en el mantenimiento del hogar |
| 00099 | Mantenimiento inefectivo de la salud |
| 00100 | Retraso en la recuperaci3n quir3rgica |
| 00101 | Incapacidad del adulto para mantener su desarrollo |
| 00102 | D3ficit de autocuidado: alimentaci3n |
| 00103 | Deterioro de la degluci3n |
| 00104 | Lactancia materna ineficaz |
| 00105 | Interrupci3n de la lactancia materna |
| 00106 | Lactancia materna eficaz |
| 00107 | Patr3n de alimentaci3n ineficaz del lactante |
| 00108 | D3ficit de autocuidado: ba1o/higiene |
| 00109 | D3ficit del autocuidado: vestido/acicalamiento |
| 00110 | D3ficit de autocuidado: uso del WC |
| 00111 | Retraso en el crecimiento y desarrollo |
| 00112 | Riesgo de retraso en el desarrollo |
| 00113 | Riesgos de crecimiento desproporcionado |
| 00114 | S3ndrome de estr3s del traslado |
| 00116 | Conducta desorganizada del lactante |
| 00117 | Disposici3n para mejorar la organizaci3n de la conducta del lactante |
| 00118 | Trastorno de la imagen corporal |
| 00119 | Baja autoestima cr3nica |
| 00120 | Baja autoestima situacional |
| 00121 | Trastorno de la identidad personal |
| 00122 | Trastorno de la percepci3n sensorial |
| 00123 | Desatenci3n unilateral |
| 00124 | Desesperanza |
| 00125 | Impotencia |
| 00126 | Conocimientos deficientes |
| 00127 | S3ndrome de deterioro en la interpretaci3n del entorno |
| 00128 | Confusi3n aguda |
| 00129 | Confusi3n cr3nica |
| 00130 | Trastorno de los procesos de pensamiento |
| 00131 | Deterioro de la memoria |
| 00132 | Dolor agudo |

| CODIGO | DESCRIPCIÓN |
|--------|--|
| 00130 | Trastorno de los Procesos de pensamiento |
| 00131 | Deterioro de la Memoria |
| 00132 | Dolor agudo |
| 00133 | Dolor crónico |
| 00134 | Náuseas |
| 00135 | Duelo disfuncional |
| 00136 | Duelo anticipado |
| 00137 | Aflicción crónica |
| 00138 | Riesgo de Violencia dirigida a otros |
| 00139 | Riesgo de Automutilación |
| 00140 | Riesgo de Violencia autodirigida |
| 00141 | Síndrome Postraumático |
| 00142 | Síndrome Traumático de la violación |
| 00143 | Síndrome Traumático de la violación: reacción compuesta |
| 00144 | Síndrome Traumático de la violación: reacción siliente |
| 00145 | Riesgo de síndrome Postraumático |
| 00146 | Ansiedad |
| 00147 | Ansiedad ante la muerte |
| 00148 | Temor |
| 00149 | Riesgo del síndrome de Estrés del traslado |
| 00150 | Riesgo de Suicidio |
| 00151 | Automutilación |
| 00152 | Riesgo de Impotencia |
| 00153 | Riesgo de baja Autoestima situacional |
| 00154 | Vagabundeo |
| 00155 | Riesgo de Caídas |
| 00156 | Riesgo del síndrome de Muerte súbita del lactante |
| 00157 | Disposición para mejorar la Comunicación |
| 00158 | Disposición para mejorar el Afrontamiento |
| 00159 | Disposición para mejorar los Procesos familiares |
| 00160 | Disposición para mejorar el equilibrio del Volumen de líquidos |
| 00161 | Disposición para mejorar los Conocimientos |
| 00162 | Disposición para mejorar el Manejo del régimen terapéutico |
| 00163 | Disposición para mejorar la Nutrición |
| 00164 | Disposición para mejorar el rol Parental |
| 00165 | Disposición para mejorar el Sueño |
| 00166 | Disposición para mejorar la Eliminación urinaria |
| 00167 | Disposición para mejorar el Autoconcepto |
| 00168 | Sedentarismo |
| 00169 | Deterioro de la Religiosidad |
| 00171 | Disposición para mejorar la Religiosidad |
| 00172 | Riesgo de Duelo disfuncional |

**ANEXO 5c: TABLA DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA
ORDENADOS POR CONCEPTO DIAGNÓSTICO NANDA
(ESAD, UVSS, HC, HD)**

| CODIGO | DIAGNOSTICO |
|--------|--|
| 00001 | Desequilibrio Nutricional por exceso |
| 00002 | Desequilibrio Nutricional por defecto |
| 00003 | Riesgo de desequilibrio Nutricional por exceso |
| 00004 | Riesgo de Infección |
| 00005 | Riesgo de desequilibrio de la Temperatura corporal |
| 00006 | Hipotermia |
| 00007 | Hipertermia |
| 00008 | Termorregulación ineficaz |
| 00009 | Disreflexia autónoma |
| 00010 | Riesgo de Disreflexia autónoma |
| 00011 | Estreñimiento |
| 00012 | Estreñimiento subjetivo |
| 00013 | Diarrea |
| 00014 | Incontinencia fecal |
| 00015 | Riesgo de Estreñimiento |
| 00016 | Deterioro de la Eliminación urinaria |
| 00017 | Incontinencia urinaria de esfuerzo |
| 00018 | Incontinencia urinaria refleja |
| 00019 | Incontinencia urinaria de urgencia |
| 00020 | Incontinencia urinaria funcional |
| 00021 | Incontinencia urinaria total |
| 00022 | Riesgo de Incontinencia urinaria de urgencia |
| 00023 | Retención urinaria |
| 00024 | Perfusión tisular inefectiva |
| 00025 | Riesgo de desequilibrio de Volumen de líquidos |
| 00026 | Exceso de Volumen de líquidos |
| 00027 | Déficit de Volumen de líquidos |
| 00028 | Riesgo de déficit de Volumen de líquidos |
| 00029 | Disminución del Gasto cardíaco |
| 00030 | Deterioro del Intercambio gaseoso |
| 00031 | Limpieza ineficaz de las vías aéreas |
| 00032 | Patrón respiratorio ineficaz |
| 00033 | Deterioro de la Respiración espontánea |
| 00034 | Respuesta disfuncional al Destete del ventilador |
| 00035 | Riesgo de Lesión |
| 00036 | Riesgo de Asfixia |
| 00037 | Riesgo de Intoxicación |
| 00038 | Riesgo de Traumatismo |
| 00039 | Riesgo de Aspiración |
| 00040 | Riesgo del Síndrome del desuso |
| 00041 | Respuesta Alérgica al látex |

| CODIGO | DESCRIPCIÓN |
|--------|---|
| 00042 | Riesgo de respuesta Alérgica al látex |
| 00043 | Protección inefectiva |
| 00044 | Deterioro de la Integridad tisular |
| 00045 | Deterioro de la Mucosa oral |
| 00046 | Deterioro de la Integridad cutánea |
| 00047 | Riesgo de deterioro de la Integridad cutánea |
| 00048 | Deterioro de la Dentición |
| 00049 | Capacidad adaptativa intracraneal disminuida |
| 00050 | Perturbación del Campo de energía |
| 00051 | Deterioro de la Comunicación verbal |
| 00052 | Deterioro de Interacción social |
| 00053 | Aislamiento social |
| 00054 | Riesgo de Soledad |
| 00055 | Desempeño inefectivo del rol |
| 00056 | Deterioro Parental |
| 00057 | Riesgo de deterioro Parental |
| 00058 | Riesgo de deterioro de la Vinculación entre los padres y el lactante/niño |
| 00059 | Disfunción sexual |
| 00060 | Interrupción de los Procesos familiares |
| 00061 | Cansancio del Rol del cuidador |
| 00062 | Riesgo de cansancio del Rol del cuidador |
| 00063 | Procesos familiares disfuncionales: alcoholismo |
| 00064 | Conflicto del rol Parental |
| 00065 | Patrón sexual inefectivo |
| 00066 | Sufrimiento espiritual |
| 00067 | Riesgo de Sufrimiento espiritual |
| 00068 | Disposición para mejorar el Bienestar espiritual |
| 00069 | Afrontamiento inefectivo |
| 00070 | Deterioro de la Adaptación |
| 00070 | Riesgo de deterioro de la Religiosidad |
| 00071 | Afrontamiento defensivo |
| 00072 | Negación ineficaz |
| 00073 | Afrontamiento familiar incapacitante |
| 00074 | Afrontamiento familiar comprometido |
| 00075 | Disposición para mejorar el Afrontamiento familiar |
| 00076 | Disposición para mejorar el Afrontamiento de la Comunidad |
| 00077 | Afrontamiento inefectivo de la comunidad |
| 00078 | Manejo inefectivo del régimen terapéutico |
| 00079 | Incumplimiento del tratamiento |
| 00080 | Manejo inefectivo del régimen terapéutico familiar |
| 00081 | Manejo inefectivo del régimen terapéutico de la comunidad |
| 00082 | Manejo efectivo del régimen terapéutico |
| 00083 | Conflicto de Decisiones |
| 00084 | Conductas generadoras de salud |

| CODIGO | DESCRIPCIÓN |
|--------|--|
| 00085 | Deterioro de la Movilidad física |
| 00086 | Riesgo de Disfunción neurovascular periférica |
| 00087 | Riesgo de Lesión perioperatoria |
| 00088 | Deterioro de la Deambulaci3n |
| 00089 | Deterioro de la Movilidad en silla de ruedas |
| 00090 | Deterioro de la Habilidad para la traslaci3n |
| 00091 | Deterioro de la Movilidad en la cama |
| 00092 | Intolerancia a la actividad |
| 00093 | Fatiga |
| 00094 | Riesgo de Intolerancia a la actividad |
| 00095 | Deterioro del patr3n de Sueño |
| 00096 | Deprivaci3n de Sueño |
| 00097 | Déficit de Actividades recreativas |
| 00098 | Deterioro en el Mantenimiento del hogar |
| 00099 | Mantenimiento inefectivo de la salud |
| 00100 | Retraso en la Recuperaci3n quirúrgica |
| 00101 | Incapacidad del adulto para mantener su Desarrollo |
| 00102 | Déficit de Autocuidado: alimentaci3n |
| 00103 | Deterioro de la Degluci3n |
| 00104 | Lactancia materna ineficaz |
| 00105 | Interrupci3n de la Lactancia materna |
| 00106 | Lactancia materna eficaz |
| 00107 | Patr3n de Alimentaci3n ineficaz del lactante |
| 00108 | Déficit de Autocuidado: baño/higiene |
| 00109 | Déficit del Autocuidado: vestido/acicalamiento |
| 00110 | Déficit de Autocuidado: uso del wc |
| 00111 | Retraso en el Crecimiento y desarrollo |
| 00112 | Riesgo de retraso en el Desarrollo |
| 00113 | Riesgos de Crecimiento desproporcionado |
| 00114 | Síndrome de Estrés del traslado |
| 00116 | Conducta desorganizada del lactante |
| 00117 | Disposici3n para mejorar la organizaci3n de la Conducta del lactante |
| 00118 | Trastorno de la Imagen corporal |
| 00119 | Baja Autoestima cr3nica |
| 00120 | Baja Autoestima situacional |
| 00121 | Trastorno de la Identidad personal |
| 00122 | Trastorno de la Percepci3n sensorial |
| 00123 | Desatenci3n unilateral |
| 00124 | Desesperanza |
| 00125 | Impotencia |
| 00126 | Conocimientos deficientes |
| 00127 | Síndrome de deterioro en la Interpretaci3n del entorno |
| 00128 | Confusi3n aguda |
| 00129 | Confusi3n cr3nica |

| CODIGO | DESCRIPCIÓN |
|--------|--|
| 00130 | Trastorno de los Procesos de pensamiento |
| 00131 | Deterioro de la Memoria |
| 00132 | Dolor agudo |
| 00133 | Dolor crónico |
| 00134 | Náuseas |
| 00135 | Duelo disfuncional |
| 00136 | Duelo anticipado |
| 00137 | Aflicción crónica |
| 00138 | Riesgo de Violencia dirigida a otros |
| 00139 | Riesgo de Automutilación |
| 00140 | Riesgo de Violencia autodirigida |
| 00141 | Síndrome Postraumático |
| 00142 | Síndrome Traumático de la violación |
| 00143 | Síndrome Traumático de la violación: reacción compuesta |
| 00144 | Síndrome Traumático de la violación: reacción siliente |
| 00145 | Riesgo de síndrome Postraumático |
| 00146 | Ansiedad |
| 00147 | Ansiedad ante la muerte |
| 00148 | Temor |
| 00149 | Riesgo del síndrome de Estrés del traslado |
| 00150 | Riesgo de Suicidio |
| 00151 | Automutilación |
| 00152 | Riesgo de Impotencia |
| 00153 | Riesgo de baja Autoestima situacional |
| 00154 | Vagabundeo |
| 00155 | Riesgo de Caídas |
| 00156 | Riesgo del síndrome de Muerte súbita del lactante |
| 00157 | Disposición para mejorar la Comunicación |
| 00158 | Disposición para mejorar el Afrontamiento |
| 00159 | Disposición para mejorar los Procesos familiares |
| 00160 | Disposición para mejorar el equilibrio del Volumen de Líquidos |
| 00161 | Disposición para mejorar los Conocimientos |
| 00162 | Disposición para mejorar el Manejo del régimen terapéutico |
| 00163 | Disposición para mejorar la Nutrición |
| 00164 | Disposición para mejorar el rol Parental |
| 00165 | Disposición para mejorar el Sueño |
| 00166 | Disposición para mejorar la Eliminación urinaria |
| 00167 | Disposición para mejorar el Autoconcepto |
| 00168 | Sedentarismo |
| 00169 | Deterioro de la Religiosidad |
| 00171 | Disposición para mejorar la Religiosidad |
| 00172 | Riesgo de Duelo disfuncional |

ANEXO 6a: TABLA EQUIPOS DE ATENCIÓN PRIMARIA Y ESAD DE REFERENCIA. ORDEN ALFABETICO EAP (ESAD)

| DESCRIPCIÓN | ESAD |
|-------------------|------------------------------------|
| ABIEGO | ESAD BARBASTRO |
| ACTUR NORTE | ESAD SAN JUAN DE DIOS (ZARAGOZA I) |
| ACTUR SUR | ESAD SAN JUAN DE DIOS (ZARAGOZA I) |
| AÍNSA | ESAD BARBASTRO |
| ALAGÓN | ESAD ZARAGOZA III |
| ALBALATE DE CINCA | ESAD BARBASTRO |
| ALBARRACÍN | ESAD TERUEL |
| ALCAÑIZ | ESAD ALCAÑIZ |
| ALCORISA | ESAD ALCAÑIZ |
| ALFAJARÍN | ESAD SAN JUAN DE DIOS (ZARAGOZA I) |
| ALFAMBRA | ESAD TERUEL |
| ALHAMA DE ARAGÓN | ESAD CALATAYUD |
| ALIAGA | ESAD TERUEL |
| ALMOZARA | ESAD ZARAGOZA II |
| ALMUDÉVAR | ESAD HUESCA |
| ANDORRA | ESAD ALCAÑIZ |
| ARIZA | ESAD CALATAYUD |
| ARRABAL | ESAD SAN JUAN DE DIOS (ZARAGOZA I) |
| ATECA | ESAD CALATAYUD |
| AVDA. CATALUÑA | ESAD SAN JUAN DE DIOS (ZARAGOZA I) |
| AYERBE | ESAD HUESCA |
| AZUARA | ESAD ZARAGOZA II |
| BÁGUENA | ESAD TERUEL |
| BARBASTRO | ESAD BARBASTRO |
| BELCHITE | ESAD ZARAGOZA II |
| BENABARRE | ESAD BARBASTRO |
| BERBEGAL | ESAD BARBASTRO |
| BERDÚN | ESAD HUESCA |
| BIESCAS | ESAD HUESCA |
| BINÉFAR | ESAD BARBASTRO |
| BOMBARDA-MONSALUD | ESAD ZARAGOZA III |
| BORJA | ESAD ZARAGOZA III |
| BROTO | ESAD HUESCA |
| BUJARALUZ | ESAD SAN JUAN DE DIOS (ZARAGOZA I) |
| CALACEITE | ESAD ALCAÑIZ |
| CALAMOCHA | ESAD TERUEL |
| CALANDA | ESAD ALCAÑIZ |
| CALATAYUD NORTE | ESAD CALATAYUD |
| CALATAYUD SUR | ESAD CALATAYUD |
| CANTAVIEJA | ESAD ALCAÑIZ |
| CARIÑENA | ESAD ZARAGOZA III |

| DESCRIPCIÓN | ESAD |
|--------------------------|------------------------------------|
| CASABLANCA | ESAD ZARAGOZA II |
| CASSETAS | ESAD ZARAGOZA III |
| CASPE | ESAD ALCAÑIZ |
| CASTEJÓN DE SOS | ESAD BARBASTRO |
| CEDRILLAS | ESAD TERUEL |
| CELLA | ESAD TERUEL |
| DAROCA RURAL | ESAD CALATAYUD |
| DELICIAS NORTE | ESAD ZARAGOZA III |
| DELICIAS SUR | ESAD ZARAGOZA III |
| EJEA DE LOS CABALLEROS | ESAD ZARAGOZA III |
| ÉPILA | ESAD ZARAGOZA III |
| FERNANDO EL CATÓLICO | ESAD ZARAGOZA II |
| FRAGA | ESAD BARBASTRO |
| FUENTES DE EBRO | ESAD ZARAGOZA II |
| GALLUR | ESAD ZARAGOZA III |
| GRAÑÉN | ESAD HUESCA |
| GRAUS | ESAD BARBASTRO |
| HECHO | ESAD HUESCA |
| HERNÁN CORTÉS | ESAD ZARAGOZA II |
| HERRERA DE LOS NAVARROS | ESAD ZARAGOZA III |
| HÍJAR | ESAD ALCAÑIZ |
| HUESCA RURAL | ESAD HUESCA |
| ILLUECA | ESAD CALATAYUD |
| INDEPENDENCIA | ESAD ZARAGOZA II |
| JACA | ESAD HUESCA |
| LA ALMUNIA | ESAD ZARAGOZA III |
| LAFORTUNADA | ESAD BARBASTRO |
| LAS FUENTES NORTE | ESAD ZARAGOZA II |
| LUNA | ESAD SAN JUAN DE DIOS (ZARAGOZA I) |
| MADRE VEDRUNA-MIRAFLORES | ESAD ZARAGOZA II |
| MAELLA | ESAD ALCAÑIZ |
| MARÍA DE HUERVA | ESAD ZARAGOZA III |
| MÁS DE LAS MATAS | ESAD ALCAÑIZ |
| MEQUINENZA | ESAD SAN JUAN DE DIOS (ZARAGOZA I) |
| MIRALBUENO | ESAD ZARAGOZA III |
| MONREAL DEL CAMPO | ESAD TERUEL |
| MONZÓN RURAL | ESAD BARBASTRO |
| MONZÓN URBANO | ESAD BARBASTRO |
| MORA DE RUBIELOS | ESAD TERUEL |
| MORATA DE JALÓN | ESAD CALATAYUD |
| MOSQUERUELA | ESAD TERUEL |

| DESCRIPCIÓN | ESAD |
|-------------------------|------------------------------------|
| MUNIESA | ESAD ALCAÑIZ |
| OLIVER | ESAD ZARAGOZA III |
| PERPETUO SOCORRO | ESAD HUESCA |
| PIRINEOS | ESAD HUESCA |
| REBOLERÍA | ESAD ZARAGOZA II |
| ROMAREDA | ESAD ZARAGOZA II |
| SABIÑÁNIGO | ESAD HUESCA |
| SÁDABA | ESAD ZARAGOZA III |
| SAGASTA-RUISEÑORES | ESAD ZARAGOZA II |
| SAN JOSÉ CENTRO | ESAD ZARAGOZA II |
| SAN JOSÉ NORTE | ESAD ZARAGOZA II |
| SAN JOSÉ SUR | ESAD ZARAGOZA II |
| SAN PABLO | ESAD ZARAGOZA II |
| SANTA EULALIA | ESAD TERUEL |
| SANTA ISABEL | ESAD SAN JUAN DE DIOS (ZARAGOZA I) |
| SANTO GRIAL | ESAD HUESCA |
| SARIÑENA | ESAD HUESCA |
| SARRIÓN | ESAD TERUEL |
| SÁSTAGO | ESAD ZARAGOZA II |
| SAVIÑÁN | ESAD CALATAYUD |
| SOS DEL REY CATÓLICO | ESAD ZARAGOZA III |
| TAMARITE | ESAD BARBASTRO |
| TARAZONA | ESAD ZARAGOZA III |
| TAUSTE | ESAD ZARAGOZA III |
| TERUEL CAPITAL | ESAD TERUEL |
| TERUEL RURAL | ESAD TERUEL |
| TORRE RAMONA | ESAD ZARAGOZA II |
| TORRERO ESTE | ESAD ZARAGOZA II |
| UNIVÉRSITAS | ESAD ZARAGOZA III |
| UTEBO | ESAD ZARAGOZA III |
| UTRILLAS | ESAD TERUEL |
| VALDEFIERRO | ESAD ZARAGOZA III |
| VALDEROBRES | ESAD ALCAÑIZ |
| VENECIA | ESAD ZARAGOZA II |
| VILLAMAYOR | ESAD SAN JUAN DE DIOS (ZARAGOZA I) |
| VILLARROYA DE LA SIERRA | ESAD CALATAYUD |
| VILLEL | ESAD TERUEL |
| ZALFONADA | ESAD SAN JUAN DE DIOS (ZARAGOZA I) |
| ZUERA | ESAD SAN JUAN DE DIOS (ZARAGOZA I) |

ANEXO 6b: TABLA EQUIPOS DE ATENCIÓN PRIMARIA Y ESAD DE REFERENCIA ORDENADOS POR ESAD/SECTOR (ESAD)

| DESCRIPCIÓN | ESAD |
|-------------------------|----------------|
| CANTAVIEJA | ESAD ALCAÑIZ |
| MÁS DE LAS MATAS | ESAD ALCAÑIZ |
| ALCAÑIZ | ESAD ALCAÑIZ |
| ALCORISA | ESAD ALCAÑIZ |
| MAELLA | ESAD ALCAÑIZ |
| ANDORRA | ESAD ALCAÑIZ |
| CALACEITE | ESAD ALCAÑIZ |
| CALANDA | ESAD ALCAÑIZ |
| CASPE | ESAD ALCAÑIZ |
| HÍJAR | ESAD ALCAÑIZ |
| MUNIESA | ESAD ALCAÑIZ |
| VALDEROBRES | ESAD ALCAÑIZ |
| AÍNSA | ESAD BARBASTRO |
| MONZÓN URBANO | ESAD BARBASTRO |
| LAFORTUNADA | ESAD BARBASTRO |
| GRAUS | ESAD BARBASTRO |
| BERBEGAL | ESAD BARBASTRO |
| BARBASTRO | ESAD BARBASTRO |
| BENABARRE | ESAD BARBASTRO |
| FRAGA | ESAD BARBASTRO |
| CASTEJÓN DE SOS | ESAD BARBASTRO |
| MONZÓN RURAL | ESAD BARBASTRO |
| TAMARITE | ESAD BARBASTRO |
| BINÉFAR | ESAD BARBASTRO |
| ABIEGO | ESAD BARBASTRO |
| ALBALATE DE CINCA | ESAD BARBASTRO |
| ARIZA | ESAD CALATAYUD |
| ALHAMA DE ARAGÓN | ESAD CALATAYUD |
| VILLARROYA DE LA SIERRA | ESAD CALATAYUD |
| ATECA | ESAD CALATAYUD |
| CALATAYUD SUR | ESAD CALATAYUD |
| DAROCA RURAL | ESAD CALATAYUD |
| SAVIÑÁN | ESAD CALATAYUD |
| ILLUECA | ESAD CALATAYUD |
| MORATA DE JALÓN | ESAD CALATAYUD |
| CALATAYUD NORTE | ESAD CALATAYUD |
| SARIÑENA | ESAD HUESCA |
| PIRINEOS | ESAD HUESCA |
| ALMUDÉVAR | ESAD HUESCA |
| BERDÚN | ESAD HUESCA |
| BIESCAS | ESAD HUESCA |

| DESCRIPCIÓN | CÓDIGO ESAD |
|-------------------|------------------------------------|
| GRAÑÉN | ESAD HUESCA |
| HECHO | ESAD HUESCA |
| AYERBE | ESAD HUESCA |
| HUESCA RURAL | ESAD HUESCA |
| BROTO | ESAD HUESCA |
| JACA | ESAD HUESCA |
| PERPETUO SOCORRO | ESAD HUESCA |
| SANTO GRIAL | ESAD HUESCA |
| SABIÑÁNIGO | ESAD HUESCA |
| BUJARALUZ | ESAD SAN JUAN DE DIOS (ZARAGOZA I) |
| ACTUR NORTE | ESAD SAN JUAN DE DIOS (ZARAGOZA I) |
| ALFAJARÍN | ESAD SAN JUAN DE DIOS (ZARAGOZA I) |
| ARRABAL | ESAD SAN JUAN DE DIOS (ZARAGOZA I) |
| AVENIDA CATALUÑA | ESAD SAN JUAN DE DIOS (ZARAGOZA I) |
| SANTA ISABEL | ESAD SAN JUAN DE DIOS (ZARAGOZA I) |
| MEQUINENZA | ESAD SAN JUAN DE DIOS (ZARAGOZA I) |
| VILLAMAYOR | ESAD SAN JUAN DE DIOS (ZARAGOZA I) |
| ZALFONADA | ESAD SAN JUAN DE DIOS (ZARAGOZA I) |
| ZUERA | ESAD SAN JUAN DE DIOS (ZARAGOZA I) |
| ACTUR SUR | ESAD SAN JUAN DE DIOS (ZARAGOZA I) |
| LUNA | ESAD SAN JUAN DE DIOS (ZARAGOZA I) |
| SANTA EULALIA | ESAD TERUEL |
| TERUEL RURAL | ESAD TERUEL |
| MONREAL DEL CAMPO | ESAD TERUEL |
| MORA DE RUBIELOS | ESAD TERUEL |
| MOSQUERUELA | ESAD TERUEL |
| UTRILLAS | ESAD TERUEL |
| SARRIÓN | ESAD TERUEL |
| VILLEL | ESAD TERUEL |
| CELLA | ESAD TERUEL |
| TERUEL CAPITAL | ESAD TERUEL |
| CALAMOCHA | ESAD TERUEL |
| BÁGUENA | ESAD TERUEL |
| ALIAGA | ESAD TERUEL |
| ALFAMBRA | ESAD TERUEL |
| ALBARRACÍN | ESAD TERUEL |
| CEDRILLAS | ESAD TERUEL |
| SAN JOSÉ NORTE | ESAD ZARAGOZA II |
| AZUARA | ESAD ZARAGOZA II |
| ALMOZARA | ESAD ZARAGOZA II |
| TORRERO ESTE | ESAD ZARAGOZA II |

| DESCRIPCIÓN | ESAD |
|--------------------------|-------------------|
| TORRE RAMONA | ESAD ZARAGOZA II |
| SÁSTAGO | ESAD ZARAGOZA II |
| SAN JOSÉ SUR | ESAD ZARAGOZA II |
| VENECIA | ESAD ZARAGOZA II |
| SAN JOSÉ CENTRO | ESAD ZARAGOZA II |
| SAGASTA-RUISEÑORES | ESAD ZARAGOZA II |
| ROMAREDA | ESAD ZARAGOZA II |
| BELCHITE | ESAD ZARAGOZA II |
| MADRE VEDRUNA-MIRAFLORES | ESAD ZARAGOZA II |
| LAS FUENTES NORTE | ESAD ZARAGOZA II |
| INDEPENDENCIA | ESAD ZARAGOZA II |
| HERNÁN CORTÉS | ESAD ZARAGOZA II |
| FUENTES DE EBRO | ESAD ZARAGOZA II |
| FERNANDO EL CATÓLICO | ESAD ZARAGOZA II |
| CASABLANCA | ESAD ZARAGOZA II |
| REBOLERÍA | ESAD ZARAGOZA II |
| SAN PABLO | ESAD ZARAGOZA II |
| MARÍA DE HUERVA | ESAD ZARAGOZA III |
| OLIVER | ESAD ZARAGOZA III |
| SÁDABA | ESAD ZARAGOZA III |
| SOS DEL REY CATÓLICO | ESAD ZARAGOZA III |
| TARAZONA | ESAD ZARAGOZA III |
| TAUSTE | ESAD ZARAGOZA III |
| UNIVÉRSITAS | ESAD ZARAGOZA III |
| VALDEFIERRO | ESAD ZARAGOZA III |
| LA ALMUNIA | ESAD ZARAGOZA III |
| UTEBO | ESAD ZARAGOZA III |
| HERRERA DE LOS NAVARROS | ESAD ZARAGOZA III |
| GALLUR | ESAD ZARAGOZA III |
| ÉPILA | ESAD ZARAGOZA III |
| EJEA DE LOS CABALLEROS | ESAD ZARAGOZA III |
| DELICIAS SUR | ESAD ZARAGOZA III |
| DELICIAS NORTE | ESAD ZARAGOZA III |
| CASETAS | ESAD ZARAGOZA III |
| CARIÑENA | ESAD ZARAGOZA III |
| BORJA | ESAD ZARAGOZA III |
| ALAGÓN | ESAD ZARAGOZA III |
| MIRALBUENO | ESAD ZARAGOZA III |
| BOMBARDA-MONSALUD | ESAD ZARAGOZA III |

ANEXO 7. IDENTIFICACIÓN DEL DISPOSITIVO (de PROCEDENCIA del paciente o que realizará el SEGUIMIENTO tras el ALTA) (ESAD, UVSS, HC, HD)

Equipo de atención primaria. Codificar el **CIAS_PRO** a 6 caracteres.

ESAD. Ver **Anexo 10**.

Hospitales: Codificar con el Catálogo Nacional de hospitales (Ver **Anexo 8**).

ANEXO 8. UNIDAD ASISTENCIAL (de PROCEDENCIA y de DESTINO) (ESAD,UVSS,HC,HD)

HOSPITALES DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE ARAGÓN

| Código | Denominación |
|--------|---|
| 220015 | Hospital General San Jorge |
| 220054 | Hospital de Barbastro |
| 440012 | Hospital Obispo Polanco |
| 440048 | Hospital de Alcañiz |
| 500016 | Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa |
| 500021 | Hospital Universitario Miguel Servet |
| 500055 | Hospital Royo Villanova |
| 500074 | Hospital Nuestra Señora de Gracia |
| 500153 | Hospital Ernest Lluch Martín |
| 440027 | Hospital San José |
| 500042 | Hospital Geriátrico San Jorge |
| 220036 | Hospital Sagrado Corazón de Jesús |
| 220067 | Centro Sociosanitario de Fraga |
| 220089 | Consortio Hospitalario de Jaca |
| 500080 | Hospital MAZ |
| 500093 | Clínica Médico Quirúrgica Montpellier |
| 500114 | Hospital San Juan de Dios |
| 500129 | Clínica Quirón Zaragoza |
| 500140 | Hospital General de la Defensa de Zaragoza |
| 220020 | C.R.Psicosocial Santo Cristo de los Milagros |
| 500068 | CR Psicosocial Nuestra Señora del Pilar |
| 440033 | CR Psicosocial San Juan de Dios |
| 500172 | Centro Psiquiátrico de Sádaba |
| 500188 | Unidad Rehabilitadora Profesor "Rey Ardid" |
| 500107 | Centro Neuropsiquiátrico Nuestra Señora del Carmen. Garrapinillos |
| 500195 | Centro Hospitalario de Rehabilitación Prisma |

ANEXO 9: UNIDADES ASISTENCIALES. SERVICIOS (ESAD, UVSS,HC,HD)

| Código | Servicio o de unidad funcional | BCS | Banco de Sangre |
|--------|--------------------------------|-----|---|
| ACV | Angiología-Cirugía Vasculat | BIO | Bioquímica Clínica |
| ACL | Análisis Clínicos | CAR | Cardiología |
| ALG | Alergología | CCA | Cirugía Cardíaca |
| ANR | Anestesia y Reanimación | CGD | Cirugía General y del Aparato Digestivo |
| APA | Anatomía Patológica | CMF | Cirugía Maxilofacial |

| | | | |
|-----|-------------------------------|-----|-------------------------------------|
| CPE | Cirugía Pediátrica | OBG | Obstetricia y Ginecología |
| CPL | Cirugía Plástica | OBS | Obstetricia |
| CTO | Cirugía Torácica | OFT | Oftalmología |
| DER | Dermatología | ONC | Oncología Médica |
| DIG | Digestivo | ONR | Oncología Radioterápica |
| END | Endocrinología | ORL | Otorrinolaringología |
| FAC | Farmacología Clínica | PED | Pediatría |
| FAR | Farmacia | PSQ | Psiquiatría |
| GEN | Genética | PSL | Psiquiatría Larga Estancia |
| GIN | Ginecología | PSM | Psiquiatría Media Estancia |
| GRT | Geriatría | PSG | Psicogeriatría |
| HAD | Hospitalización a Domicilio | RAD | Radiología |
| HDD | Hospital de Día | REH | Rehabilitación |
| HEL | Hematología Laboratorio | REU | Reumatología |
| HEM | Hematología | TRA | Traumatología |
| INM | Inmunología | UCP | Unidad Cuidados Paliativos |
| LAB | Laboratorio | UDO | Unidad del Dolor |
| MIC | Microbiología y Parasitología | URG | Urgencias |
| MIR | Medicina Interna | URO | Urología |
| MIV | Medicina Intensiva | UTR | Unidad de Extracción y Transplante |
| MNU | Medicina Nuclear | UTX | Unidad de Desintoxicación |
| MPR | Medicina Preventiva | HDO | Hospital de Día Oncológico |
| NEF | Nefrología | HDH | Hospital de Día Hematológico |
| NEO | Neonatología | HDG | Hospital de Día Geriátrico |
| NFL | Neurofisiología Clínica | HDS | Hospital de Día de SIDA |
| NML | Neumología | HDP | Hospital de Día Psiquiátrico |
| NRC | Neurocirugía | HDM | Hospital de Día Médico |
| NRL | Neurología | UVS | Unidad de Valoración Sociosanitaria |

ANEXO 10. EQUIPOS DE SOPORTE DE ATENCIÓN DOMICILIARIA (ESAD)

- AD2201.- ESAD Huesca
- AD2202.- ESAD Barbastro
- AD4401.- ESAD Teruel
- AD4402.- ESAD Alcañiz
- AD5001.- ESAD Zaragoza I
- AD5002.- ESAD Zaragoza II
- AD5003.- ESAD Zaragoza III
- AD5004.- ESAD Calatayud

ANEXO 11. FINANCIACIÓN (HC,HD).

Variable FINAN. Campo de texto de 3 posiciones. Códigos de financiación a utilizar:

100= Sistema Nacional de Salud

101=Servicio Aragonés de Salud

102 hasta 150= Otros Servicios de Salud

102- Servicio Andaluz de Salud

- 103- Servicio Balear de Salud
- 104- Servei Català de la Salut de la Generalitat de Catalunya
- 105- Servicio Canario de Salud
- 106- Servicio Gallego de Salud (SERGAS)
- 107- Servicio Navarro de Salud- Osasunbidea
- 108- Servicio Vasco de Salud (Osakidetza)
- 109- Servicio Valenciano de Salud
- 110- Servicio Murciano de Salud
- 111- Gerencia Regional de Salud de la Junta de Castilla-León
- 112- Servicio de Salud de la Junta Castilla-La Mancha
- 113- Servicio Regional de Salud de la Comunidad de Madrid
- 114- Servicio de Salud de la Junta de Extremadura
- 115- Servicio de Salud de la Comunidad de La Rioja
- 116- Servicio de Salud del Principado de Asturias
- 117- Servicio Cantabro de Salud
- 118- Servicio de Salud de Ceuta
- 119- Servicio de Salud de Melilla
- 150- INSALUD
- 151 hasta 199= Convenios Internacionales, D.G.Penitenciaria,...
- 151- Convenios internacionales
- 152- D.G. Penitenciaria
- 153- Otros
- 200= Mutualidades de Funcionarios (MUFACE, ISFAS, MUGEJU..)
- 300= Empresas colaboradoras
- 400= Mutuas de Accidentes de Trabajo y Accidentes Profesionales
- 500= Seguros de tráfico
- 600= Varios y particulares
 - 601= Particulares
 - 602= Seguro escolar
 - 603= Seguros deportivos
 - 604= SOVI
 - 605= Otros seguros obligados al pago

ANEXO 12. CÓDIGOS DE PAÍSES EXTRANJEROS (HC)

| Código | Nombre | | |
|--------|---------------------|-----|-------------|
| 4 | AFGANISTÁN | 32 | ARGENTINA |
| 8 | ALBANIA | 51 | ARMENIA |
| 276 | ALEMANIA | 533 | ARUBA |
| 24 | ANGOLA | 36 | AUSTRALIA |
| 660 | ANGUILLA | 40 | AUSTRIA |
| 10 | ANTÁRTIDA | 31 | AZERBAIYÁN |
| 28 | ANTIGUA Y BARBUDA | 44 | BAHAMAS |
| 532 | ANTILLAS HOLANDESAS | 48 | BAHREIN |
| 555 | APÁTRIDAS | 50 | BANGLA DESH |
| 682 | ARABIA SAUDITA | 52 | BARBADOS |
| 12 | ARGELIA | 56 | BÉLGICA |
| | | 84 | BELICE |

| | | | |
|-----|---------------------------|-----|--------------------------|
| 204 | BENÍN | 288 | GHANA |
| 60 | BERMUDA | 292 | GIBRALTAR |
| 112 | BIELORRUSIA | 239 | GOIRGIA S.Y ISL.SANDWICH |
| 104 | BIRMANIA | 308 | GRANADA |
| 68 | BOLIVIA | 300 | GRECIA |
| 70 | BOSNIA-HERZEGOVINA | 304 | GROENLANDIA |
| 72 | BOTSWANA | 312 | GUADALUPE |
| 76 | BRASIL | 316 | GUAM |
| 96 | BRUNEI | 320 | GUATEMALA |
| 100 | BULGARIA | 324 | GUINEA |
| 854 | BURKINA FASO | 624 | GUINEA BISSAU |
| 108 | BURUNDI | 226 | GUINEA ECUATORIAL |
| 64 | BUTHÁN | 328 | GUYANA |
| 132 | CABO VERDE | 332 | HAITI |
| 120 | CAMERÚN | 340 | HONDURAS |
| 124 | CANADÁ | 344 | HONG KONG |
| 336 | CIUDAD VATICANO | 348 | HUNGRÍA |
| 170 | COLOMBIA | 356 | INDIA |
| 178 | CONGO | 360 | INDONESIA |
| 384 | COSTA DE MARFIL | 368 | IRAK |
| 188 | COSTA RICA | 364 | IRAN |
| 191 | CROACIA | 372 | IRLANDA |
| 192 | CUBA | 238 | IS FALKLAND(MALVINAS) |
| 200 | CHECOSLOVAQUIA | 744 | IS.SVALBARD Y JAN MAYEN |
| 152 | CHILE | 74 | ISLA BOUVET |
| 156 | CHINA | 480 | ISLA MAURICIO |
| 196 | CHIPRE | 574 | ISLA NORFOLK |
| 254 | DEP.GUIANA (GUYANA FRAN) | 352 | ISLANDIA |
| 208 | DINAMARCA | 136 | ISLAS CAIMÁN |
| 262 | DJIBUTI | 166 | ISLAS COCOS |
| 212 | DOMINICA | 184 | ISLAS COOK |
| 218 | ECUADOR | 162 | ISLAS CHRISTMAS |
| 818 | EGIPTO | 234 | ISLAS FAROE |
| 222 | EL SALVADOR | 242 | ISLAS FIDJI |
| 784 | EMIRATOS ÁRABES UNIDOS | 334 | ISLAS HEARD Y MC DONALD |
| 703 | ESLOVAQUIA | 580 | ISLAS MARIANAS DEL NORTE |
| 705 | ESLOVENIA | 90 | ISLAS SALOMÓN |
| 583 | EST.FEDERADOS MICRONESIA | 796 | ISLAS TURCAS Y CAICOS |
| 581 | EST.UNI.MINOR IS.OUTLYING | 92 | ISLAS VÍRGENES (G.B.) |
| 840 | ESTADOS UNIDOS DE AMERICA | 850 | ISLAS VÍRGENES (E.U.) |
| 233 | ESTONIA | 876 | ISLAS WALLIS Y FUTUNA |
| 230 | ETIOPÍA | 376 | ISRAEL |
| 608 | FILIPINAS | 380 | ITALIA |
| 246 | FINLANDIA | 388 | JAMAICA |
| 250 | FRANCIA | 392 | JAPÓN |
| 266 | GABÓN | 400 | JORDANIA |
| 270 | GAMBIA | 116 | KAMPUCHEA-CAMBOYA |
| 268 | GEORGIA | 398 | KAZAKHSTÁN |

| | | | |
|-----|--------------------|-----|-------------------------------|
| 404 | KENIA | 616 | POLONIA |
| 296 | KIRIBATI | 620 | PORTUGAL |
| 414 | KUWAIT | 20 | PRINCIPADO DE ANDORRA |
| 417 | KYRGYZSTAN | 630 | PUERTO RICO |
| 418 | LAOS | 634 | QATAR |
| 428 | LATVIA-LETONIA | 826 | R.U.GRAN BRETAÑA E IRLANDA N. |
| 426 | LESHOTO | 720 | REP. DEM. POPULAR DEL YEMÉN |
| 422 | LÍBANO | 174 | REP. FED. ISLAS COMORES |
| 430 | LIBERIA | 408 | REPÚBLICA POPULAR DE COREA |
| 434 | LIBIA | 886 | REPÚBLICA ARABE DEL YEMEN |
| 438 | LIECHTENSTEIN | 140 | REPÚBLICA CENTROAFRICANA |
| 440 | LITUANIA | 410 | REPÚBLICA DE COREA |
| 442 | LUXEMBURGO | 585 | REPÚBLICA DE PALAU |
| 446 | MACAO | 214 | REPÚBLICA DOMINICANA |
| 458 | MALASIA | 584 | REPÚBLICA ISLAS MARSHALL |
| 454 | MALAWI | 450 | REPÚBLICA MALGACHE |
| 462 | MALDIVAS | 710 | REPÚBLICA SUDAFRICANA |
| 466 | MALI | 638 | REUNIÓN |
| 470 | MALTA | 646 | RUANDA |
| 504 | MARRUECOS | 642 | RUMANÍA |
| 474 | MARTINICA | 732 | SAHARA OCCIDENTAL |
| 478 | MAURITANIA | 882 | SAMOA |
| 175 | MAYOTTE | 16 | SAMOA |
| 484 | MÉXICO | 659 | SAN KITTS Y NEVIS |
| 498 | MOLDAVIA | 674 | SAN MARINO |
| 492 | MONACO | 670 | SAN VICENTE Y GRANADINAS |
| 496 | MONGOLIA | 654 | SANTA ELENA |
| 500 | MONTSERRAT | 662 | SANTA LUCÍA |
| 508 | MOZAMBIQUE | 678 | SANTO TOMÉ Y PRINCIPE |
| 516 | NAMIBIA | 686 | SENEGAL |
| 520 | NAURU | 690 | SEYCHELLES |
| 524 | NEPAL | 694 | SIERRA LEONA |
| 558 | NICARAGUA | 702 | SINGAPUR |
| 562 | NÍGER | 760 | SIRIA |
| 566 | NIGERIA | 706 | SOMALIA |
| 570 | NIUE | 144 | SRI-LANKA |
| 578 | NORUEGA | 666 | ST. PIERRE Y MIQUELON |
| 54 | NUEVA CALEDONIA | 736 | SUDÁN |
| 540 | NUEVA ZELANDA | 752 | SUECIA |
| 512 | OMÁN | 756 | SUIZA |
| 528 | PAISES BAJOS | 740 | SURINAM |
| 586 | PAKISTÁN | 748 | SWAZILANDIA-NGWANE |
| 590 | PANAMÁ | 764 | TAILANDIA |
| 598 | PAPÚA NUEVA GUINEA | 158 | TAIWÁN |
| 600 | PARAGUAY | 762 | TAJIKISTÁN |
| 604 | PERÚ | 834 | TANZANIA |
| 612 | PITCAIRN | 148 | TCHAD |
| 258 | POLINESIA FRANCESA | 626 | TIMOR ORIENTAL |

| | | | |
|-----|-------------------|-----|------------|
| 768 | TOGO | 810 | URSS |
| 72 | TOKELAU | 858 | URUGUAY |
| 776 | TONGA | 860 | UZBEKISTÁN |
| 780 | TRINIDAD Y TOBAGO | 548 | VANUATU |
| 788 | TÚNEZ | 862 | VENEZUELA |
| 795 | TURKMENISTÁN | 704 | VIETNAM |
| 792 | TURQUÍA | 890 | YUGOSLAVIA |
| 798 | TUVALU | 180 | ZAIRE |
| 804 | UCRANIA | 894 | ZAMBIA |
| 800 | UGANDA | 716 | ZIMBABWE |

ANEXO 13. CÓDIGOS DE TIPOS DE VÍA (HC)

| Código | Descripción | Código | Descripción |
|--------|-------------|--------|--------------|
| ALAMD | ALAMEDA | LUGAR | LUGAR |
| AVDA | AVENIDA | PARAJ | PARAJE |
| ARRY | ARROYO | POBLA | POBLADO |
| BARRO | BARRIO | PSAJE | PASAJE |
| CAÑAD | CAÑADA | POLG | POLÍGONO |
| CAMPA | CAMPAMENTO | PORTO | PUERTO |
| COLAD | COLADA | PQUE | PARQUE |
| CRRIL | CARRIL | PROLG | PROLONGACIÓN |
| CLLJA | CALLEJA | PASEO | PASEO |
| CALLE | CALLE | PLZLA | PLAZUELA |
| CMNO | CAMINO | PLAZA | PLAZA |
| CLLON | CALLEJÓN | RNCON | RINCÓN |
| COL | COLONIA | RONDA | RONDA |
| CTRA | CARRETERA | RESID | RESIDENCIAL |
| CASER | CASERÍO | RNADA | RINCONADA |
| CUSTA | CUESTA | RAMPA | RAMPA |
| CJTO | CONJUNTO | SALID | SALIDA |
| CSTAN | COSTANILLA | SENDA | SENDA |
| DEHES | DEHESA | SITIO | SITIO |
| DISEM | DISEMINADO | SECT | SECTOR |
| EDIFI | EDIFICIOS | UBID | SUBIDA |
| FINCA | FINCA | TRVA | TRAVESÍA |
| GTA | GLORIETA | URB | URBANIZACIÓN |
| GRUP | GRUPO | VIA | VÍA |
| JARDI | JARDINES | VREDA | VEREDA |

ANEXO 14. SEXO (Común a todos SIS)

1. Varón
2. Mujer
3. Indeterminado (sólo estados intersexuales)
9. No especificado.

ANEXO 15. TIPO DE DISPOSITIVO (de PROCEDENCIA del paciente ó de DESTINO al alta) (ESAD, UVSS, HC, HD)

0. Domicilio del paciente, a demanda
1. Equipo atención primaria
2. Hospital
3. ESAD

ANEXO 16. PROCEDENCIA DEL PACIENTE (CPCD-AP)

1. Búsqueda activa
2. Demanda espontánea
3. Consultas externas hospital
4. Hospital
5. Otras

ANEXO 17. TIPO DE INGRESO (HC)

1. Urgente
2. Programado
3. Ingreso tras procedimiento ambulatorio

ANEXO 18. MOTIVO DE ALTA -MOTIVO FIN ASISTENCIA (CPCD-AP, ESAD, HC, HD)

HD y HC: Todas las categorías.

CPCD-AP: Opciones 3,4,8 y 9

ESAD: Opciones 1,2,3,4,5, 8 y 9

1. Alta a domicilio
2. Traslado a hospital general (se excluye el ingreso hospitalario puntual, para procedimientos diagnósticos o terapéuticos con previsión de estancia breve)
3. Alta voluntaria
4. Fallecimiento
5. Traslado a otro hospital de convalecencia.
6. Traslado a unidad de hospitalización desde unidad ambulatoria
7. Atención domiciliaria.
8. Otros
9. Por cambio de domicilio

ANEXO 19. LUGAR DE FALLECIMIENTO (CPCD-AP, ESAD)

1. Domicilio
2. Hospital
9. Desconocido
0. No procede

ANEXO 20a. TIPO DE CUIDADOS (CPCD-AP)

1. Cuidados de convalecencia
2. Cuidados de mantenimiento
3. Cuidados paliativos

Cuidados de convalecencia: Cuidados prestados durante un periodo determinado a personas que han superado un proceso agudo pero que aún requieren de determinados servicios de salud y de atención sanitaria, con la finalidad de mejorar nivel de salud y/o estado funcional.

Cuidados de mantenimiento: Cuidados prestados a un paciente, generalmente afectado de enfermedades crónicas debilitantes, con la finalidad de mantener su estado de salud y funcional actual si es posible.

Cuidados paliativos: Cuidados orientados a proporcionar al paciente la mejor calidad de vida posible ante la proximidad de la muerte, y acompañamiento a su cuidador familiar en el proceso de duelo.

ANEXO 20b: TIPO DE CUIDADOS (ESAD, UVSS, HC, HD).

UVSS: Todas las categorías

ESAD: Opciones 3 y 6

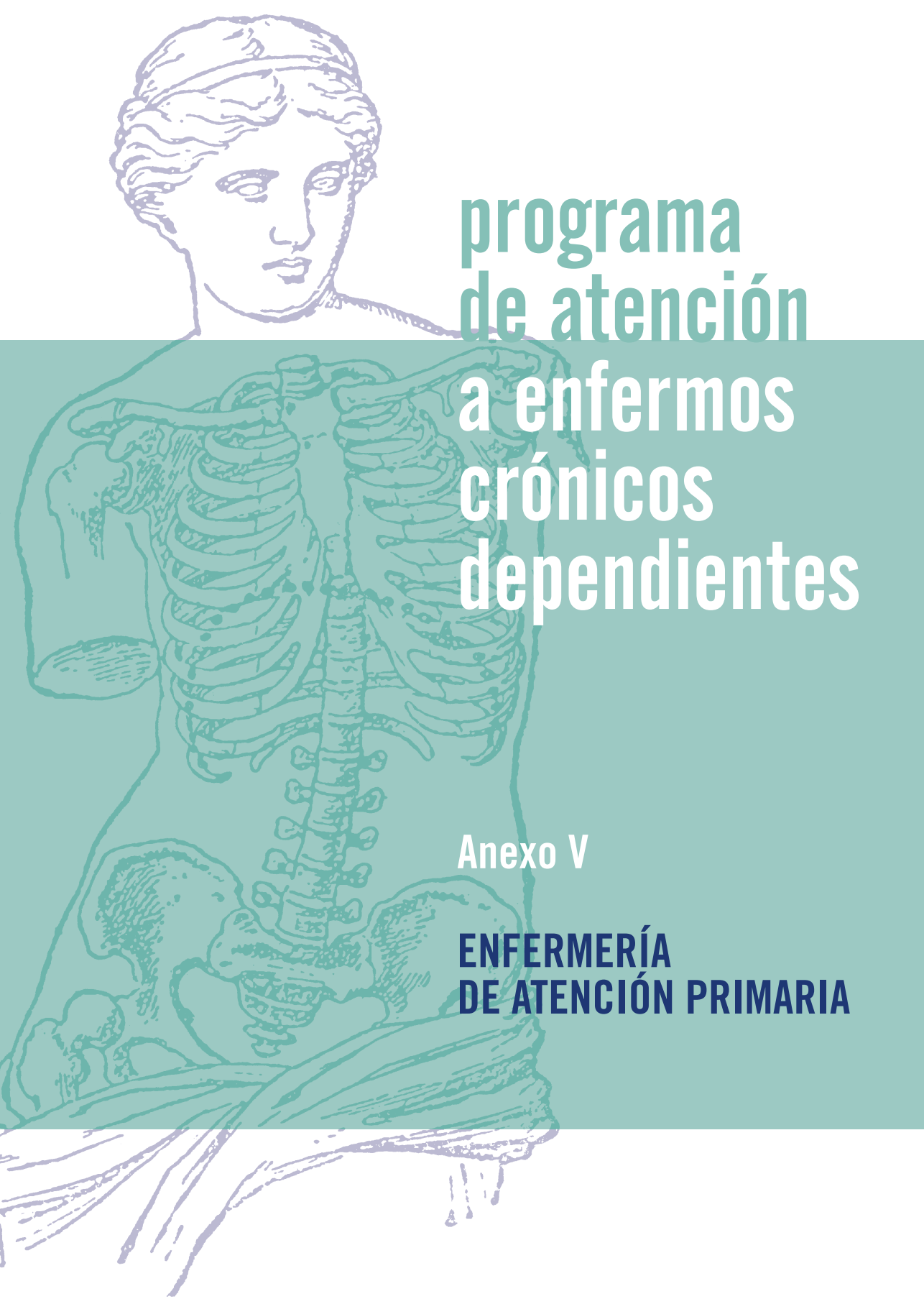
HC: Opciones 0, 8, 9, 10, 11

HD: Opción 7

0. Paciente no incluido en programa
1. Cuidados agudos ambulatorios
2. Cuidados de mantenimiento básicos
3. Cuidados de mantenimiento continuados
4. Cuidados de convalecencia ambulatorios
5. Cuidados de rehabilitación ambulatorios
6. Cuidados paliativos domiciliarios
7. Cuidados en hospital de día
8. Cuidados agudos con internamiento
9. Cuidados de convalecencia con internamiento
10. Cuidados de rehabilitación con internamiento
11. Cuidados paliativos con internamiento

ANEXO 21: TABLA TIPO DE VISITA (ESAD)

1. Médico
2. Enfermería
3. Conjunta personal ESAD
4. Atención primaria y medico ESAD
5. Atención primaria y enfermería ESAD
6. Psicólogo
7. Atención telefónica
8. Conjunta personal ESAD Y AP
9. Visita tras fallecimiento



**programa
de atención
a enfermos
crónicos
dependientes**

Anexo V

**ENFERMERÍA
DE ATENCIÓN PRIMARIA**

ÍNDICE

| | |
|---|-----|
| Objetivos generales | 243 |
| Consideraciones previas | 243 |
| Rol de Enfermería de Atención Primaria en el Programa de Atención a Enfermos Crónicos Dependientes | 244 |
| Busqueda activa e identificación de población diana | 244 |
| Cuidados Valoración y seguimiento de los casos registrados | 245 |
| Flujo de pacientes | 247 |
| Propuesta de Desarrollo | 250 |

OBJETIVOS GENERALES

Describir el proceso de atención de la enfermera de AP en la gestión de los pacientes con enfermedad crónica discapacitante y la coordinación con otros profesionales que intervienen en su cuidado, dentro del marco general de la prestación de cuidados de enfermería en Atención Primaria.

Para ello se han desarrollado los siguientes puntos:

- Búsqueda activa e identificación de población diana
- Valoración de los casos detectados
- Cartera de servicios
- Flujo de pacientes

CONSIDERACIONES PREVIAS

- El Programa de Atención a Enfermos Crónicos Dependientes es, sobretodo, un programa interdisciplinar en el que la atención comunitaria al paciente dependiente o en riesgo de dependencia adquiere gran relevancia y, de forma especial, el papel de la enfermera de Atención Primaria como gestora de estos casos, facilitando la continuidad de cuidados entre los diferentes dispositivos asistenciales que intervienen en el programa.
- La valoración de la unidad paciente-familia implica la recogida de información de forma sistemática con objeto de detectar las necesidades del paciente y su cuidador familiar y con ello poder realizar los planes de cuidados correspondientes.
- En la Comunidad Autónoma se ha propuesto el Modelo de Virginia Henderson como marco teórico, y el proceso enfermero como método científico y sistemático para llevarlo a la práctica y así detectar los problemas de salud y necesidades básicas del paciente y de su núcleo familiar.

ROL DE LA ENFERMERÍA DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN EL PROGRAMA

BÚSQUEDA ACTIVA E IDENTIFICACIÓN DE POBLACIÓN DIANA

Cada enfermera de Atención Primaria elaborará un censo con los pacientes susceptibles de ser incluidos en el programa tras su valoración, a partir de:

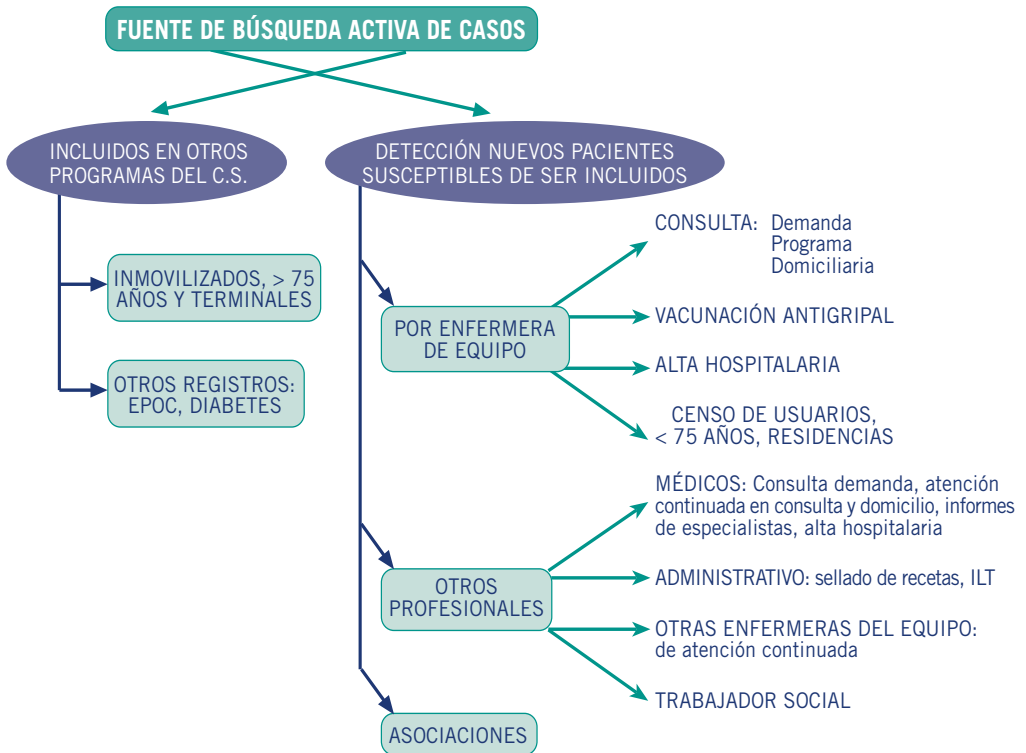
1. PACIENTES YA INCLUIDOS EN OTROS PROGRAMAS DEL CENTRO DE SALUD

- Censo de servicios de atención a pacientes inmovilizados, mayores de 75 años y terminales
- Otros registros: de EPOC, diabetes, ...

2. DETECCIÓN DE NUEVOS PACIENTES SUSCEPTIBLES DE SER INCLUIDOS

- Detectados por la enfermera del equipo.
- Captación activa en consulta de demanda, consulta programada y visita domiciliar de demanda.
 - A todas las personas que son vistas en consulta por primera vez, y de la misma forma que se les ofrece el programa de actividades preventivas, se les puede preguntar por la composición del núcleo familiar y detectar si hay algún miembro dependiente o en situación de riesgo, aunque la convivencia sea de forma transitoria y/o intermitente.
 - Campaña de vacunación de gripe: acceso a mayores de 65 años y enfermedades de riesgo.
 - Informe de continuidad de cuidados en el alta hospitalaria.
 - Censo de usuarios del cupo o cupos asignados a cada enfermera (Tarjetas sanitarias): Acceso a mayores de 75 años. Ingresos en residencias.
- Detectados por otros profesionales del equipo y derivados a la enfermera para su inclusión en el programa (si procede) y seguimiento.
 - MÉDICOS.
 - Consulta de demanda. Atención especial a los pacientes que cambian con regularidad de domicilio y de cuidadores.
 - Atención continuada en consulta y domicilio.
 - Informes procedentes de especialistas.
 - Altas hospitalarias.
 - OTRAS ENFERMERAS DEL EQUIPO.
 - Atención continuada.
 - ADMINISTRATIVO.
 - Pacientes con recetas que precisan sellado (pañales).
 - ILT.
 - TRABAJADOR SOCIAL. Usuarios que solicitan prestaciones sociales: ayuda domiciliar, teleasistencia, ingreso en residencia.
- Detectados por asociaciones que trabajan con personas con enfermedades crónicas discapacitantes.

Figura 1. Fuentes de búsqueda y captación de pacientes frágiles y dependientes



VALORACIÓN Y SEGUIMIENTO DE LOS CASOS DETECTADOS

En el punto 1 se han analizado las diferentes fuentes de búsqueda y captación de pacientes susceptibles de ser incluidos en el programa.

En este punto se van a describir exclusivamente los instrumentos de valoración funcional física y cognitiva que permitirán al gestor de casos, dentro del marco de la valoración enfermera, identificar y objetivar las situaciones de dependencia y fragilidad del paciente así como detectar la sobrecarga del cuidador.

Muchas de estas escalas ya se están utilizando en la valoración de enfermería en Atención Primaria, generalmente a ancianos.

En este punto, no se mencionan otros aspectos incluidos en la valoración de enfermería, necesarios para la planificación, seguimiento y evaluación de los cuidados de enfermería, y que deberán ser registrados en la historia clínica.

2.1. INSTRUMENTOS DE APOYO: ESCALAS DE VALORACIÓN

En el grupo de trabajo de enfermería de Atención Primaria se propone la utilización de las siguientes escalas y cuestionarios. Todos ellos se describen en el Anexo de Escalas de Valoración.

En primer lugar, y con el fin de detectar situaciones de fragilidad:

- Cuestionario de Barber
El cuestionario de Barber se realizará a todos los pacientes detectados con el fin de valorar el riesgo psicosocial, que hace al paciente más vulnerable ante problemas de salud.
- Cuestionario de Zarit. Entrevista de sobrecarga del cuidador
El cuestionario de Zarit se realizará al cuidador familiar habitual con el fin de detectar situaciones de sobrecarga que precisen la actuación de los servicios sociales.

En segundo lugar, con un resultado de la escala de Barber diferente de cero se realizará además el índice de Barthel y la escala de Pfeiffer que, en caso de detectar deterioro cognitivo, precisará la realización del Mini Examen Cognoscitivo adaptado por Lobo (MEC de Lobo).

2.2. CRITERIOS DE INCLUSIÓN/EXCLUSIÓN DE PACIENTES EN ATENCIÓN PRIMARIA

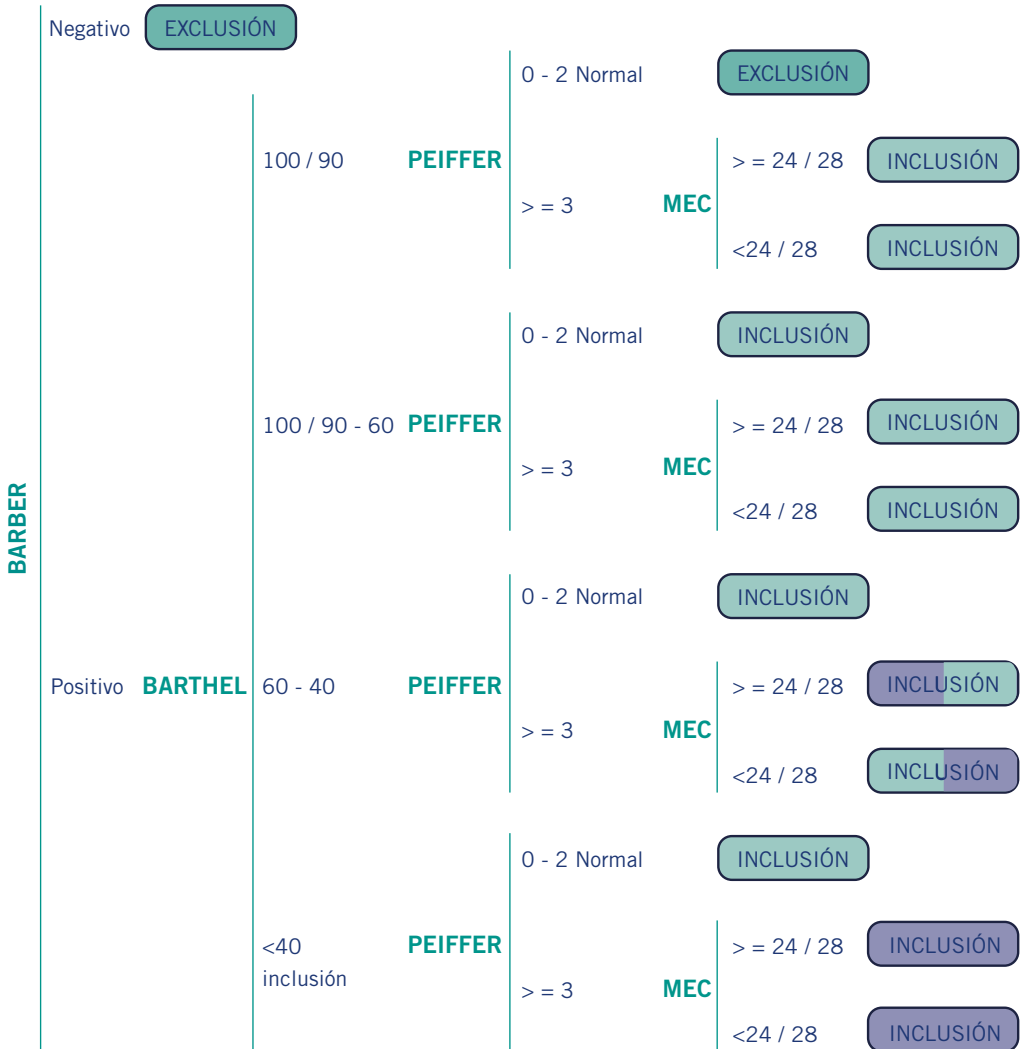
- El diagnóstico médico se encontrará entre los apuntados en el programa.
- El paciente será censado según las fuentes de captación descritas en el punto 1 de este documento.
- Tras la valoración de enfermería no se incluirán en el programa (Ver figura 3).
 - Pacientes cuyo test de Barber tenga un resultado negativo (cero puntos). Estos pacientes serán valorados nuevamente cada dos años.
 - Pacientes que con un test de Barber positivo (1 o más puntos), el índice Barthel sea normal (100) y el test de Pfeiffer sea normal también. En este caso la valoración se realizará con una periodicidad anual.
- La especificación de la fase de enfermedad permitirá orientar los tipos de cuidados hacia el objetivo a alcanzar con la atención sanitaria.

2.3. SEGUIMIENTO DEL PACIENTE

El programa identifica diferentes tipos de cuidados que precisarán diversos tipos de seguimiento. En general:

- Pacientes susceptibles, que no reúnen los requisitos de inclusión en el programa, con test de Barber negativo:
 - Valoración cada dos años (Programa de mayores de 75 años).
 - En el caso de estar incluido en otro programa (HTA, diabetes, etc) los contactos los indicarían las pautas de cada programa específico.
- Pacientes susceptibles, que no reúnen los requisitos de inclusión en el programa, con Barber positivo:
 - Valoración anual (Programa de la persona mayor. Abril 1998, Area 3).
 - En el caso de estar incluido en otro programa (HTA, diabetes, etc) los contactos los indicarían las pautas de cada programa.
- Pacientes incluidos en Tipo de cuidados básicos de mantenimiento:
 - Visita trimestral + contacto telefónico mensual con el cuidador. Además de otros contactos con el cuidador en la consulta. (*Guía de atención domiciliaria Distrito Sevilla Este-Sur*).
- Pacientes que requieren Tipo de cuidados continuados de mantenimiento: Mínimo una visita al mes (*Manual de procedimientos de enfermería- Area 3*).
- Pacientes con enfermedad terminal: Mínimo visita quincenal (*Programa paciente terminal Area 3*).

Fig.3 Valoración e inclusión de pacientes crónicos dependientes en Atención Primaria



FLUJO DE PACIENTES

En este punto se describen los mecanismos de coordinación interprofesional y derivación de los pacientes una vez que la enfermera de Atención Primaria ha realizado la captación activa y la valoración de enfermería que le ha permitido incluir al paciente en el programa. (Ver Figura 4).

Figura 4. Gestión de cuidados en Atención Primaria



INSTRUMENTOS FACILITADORES

- La historia clínica es el documento donde todos los profesionales que intervienen en la atención sanitaria del paciente recogen la información relevante para su seguimiento. Para facilitar la recogida de información homogénea en la valoración de enfermería, se incluirá en la historia clínica un modelo común.
- La interconsulta, verbal o escrita, es el instrumento que hace posible la coordinación entre los profesionales implicados en la atención sanitaria y seguimiento del paciente.
- El informe de continuidad de cuidados, que acompañará al paciente cuando sea preciso acceder a otro nivel asistencial (especializada/primaria o primaria/especializada), junto al informe de alta del hospital o de ingreso respectivamente.

El informe identificará las necesidades detectadas en la valoración de enfermería, el plan de cuidados enfermeros instaurado, y una breve descripción de la evolución hasta el momento de la derivación.

COLABORACIÓN Y COORDINACIÓN INTERPROFESIONAL

MÉDICO DE FAMILIA

El médico de familia y la enfermera de Atención Primaria constituyen la unidad básica de atención al paciente en la comunidad. La valoración enfermera permitirá detectar la necesidad de atención médica o de atención especializada.

FISIOTERAPEUTA

En los casos en los que la enfermera detecte en la valoración de los pacientes con gran limitación funcional, la necesidad de tratamiento postural o movilizaciones para el mantenimiento de su estado físico o calidad de vida, podrá solicitar la colaboración del fisioterapeuta en el domicilio del paciente.

La visita domiciliaria será compartida de fisioterapeuta con enfermera, con la presencia del cuidador principal.

EQUIPO DE SOPORTE DE ATENCIÓN DOMICILIARIA (ESAD) y UNIDADES DE VALORACIÓN (UVSS)

Se solicitará su colaboración en aquellos casos en los que se requiera mayor especialización en el manejo de la situación clínica y sociofamiliar, o una valoración más compleja de la situación del paciente.

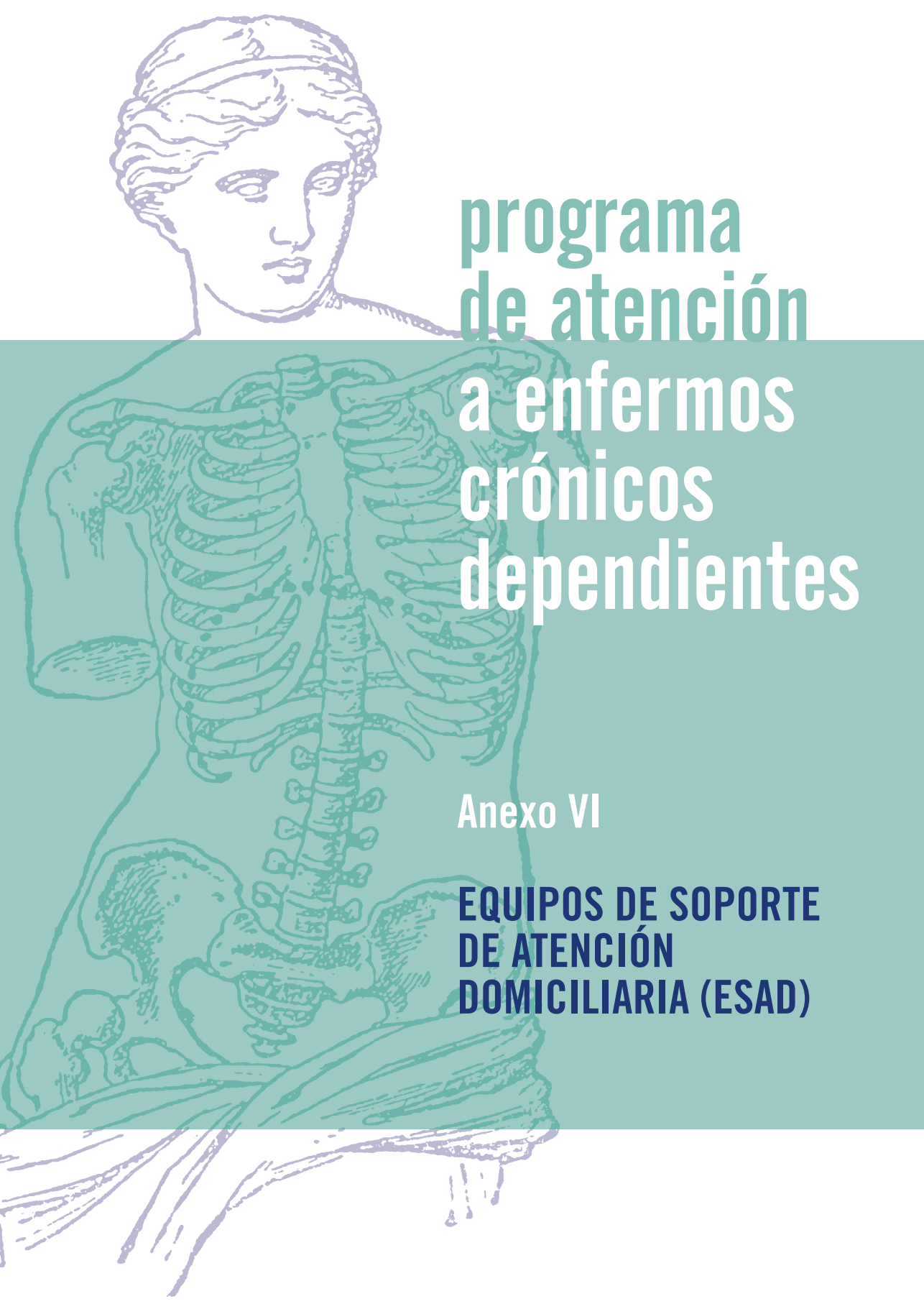
TRABAJADOR SOCIAL

La derivación y solicitud de intervención del trabajador social bien del Centro de Salud o bien del Servicio Social de Base cuando no exista la anterior opción, se podría resumir en:

- Paciente con enfermedad crónica invalidante que viva solo y cuente con escasa o nula red de apoyo.
- Paciente con enfermedad crónica invalidante que convive en una unidad familiar donde se detecta:
 - Estrés, ansiedad o sobrecarga del cuidador.
 - Carencias en las atenciones básicas.
 - Sospecha de malos tratos.
- Siempre que algún miembro del EAP considere que la actuación del trabajador social puede ayudar a mejorar la calidad de vida del paciente.
- Solicitud explícita del paciente, cuidador o familia de información, orientación y gestión de recursos y servicios sociales tendentes a mejorar la calidad de vida del paciente, así como la permanencia en su entorno sociofamiliar habitual.
- El uso de los cuestionarios de Zarit (detección de sobrecarga del cuidador) y Barber (detección de alto riesgo o fragilidad en el paciente) permitirán objetivar la necesidad de apoyo social y sistematizar la solicitud de intervención social.
- La atención del paciente con enfermedad crónica invalidante va a precisar en muchas ocasiones la intervención de los profesionales descritos, u otros no contemplados hasta el momento (ej. Terapeutas ocupacionales, psicólogos, etc).
- En cada situación, los profesionales que participen en la atención directa del paciente, realizarán la planificación global de la asistencia sanitaria que se vaya a prestar, una vez llevada a cabo la valoración y planificación de los cuidados propios de cada disciplina. La planificación global incluirá los objetivos a alcanzar en un marco temporal dado, las actividades a desarrollar, cómo se va a realizar el seguimiento del paciente y la evaluación del plan.

PROPUESTA DE DESARROLLO

- Formación a las enfermeras de Atención Primaria en metodología de valoración de enfermería y utilización de instrumentos de apoyo (escalas).
- Utilización de métodos de valoración enfermera uniformes y homogeneización de los formatos de recogida de información.
- Incluir la información precisa en el Plan de comunicación interna de la organización.



**programa
de atención
a enfermos
crónicos
dependientes**

Anexo VI

**EQUIPOS DE SOPORTE
DE ATENCIÓN
DOMICILIARIA (ESAD)**

ÍNDICE

| | |
|---|-----|
| Objetivos | 253 |
| Tipos de pacientes | 254 |
| Valoración del paciente y cuidador familiar | 256 |
| Recursos humanos y materiales | 258 |
| Flujo de pacientes | 261 |

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Describir el proceso de atención sanitaria a los pacientes crónicos dependientes en los que intervienen los Equipos de Soporte de Atención Domiciliaria.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

OBJETIVO 1: definir tipos de pacientes del ESAD y seleccionar criterios de inclusión/exclusión específicos.

OBJETIVO 2: describir funciones y perfiles profesionales del ESAD.

OBJETIVO 3: identificar servicios que presta e instrumentos que utiliza.

OBJETIVO 4: establecer el flujo de pacientes.

OBJETIVO 5: seleccionar indicadores de actividad y de resultado.

TIPOS DE PACIENTES

Los diagnósticos médicos de los pacientes potenciales de los Equipos de Soporte de Atención Domiciliaria (ESAD) se identifican con las siguientes fases de enfermedad:

- Fase de condición crónica.
- Fase terminal de la enfermedad.

Los tipos de cuidados en los que intervienen los ESAD son:

- Cuidados de mantenimiento crónico.
- Cuidados paliativos sin internamiento.

Los pacientes que precisan soporte a la atención sanitaria domiciliaria que se presta por los Equipos de Atención Primaria, se pueden incluir en dos grandes grupos:

PACIENTES EN SITUACIÓN TERMINAL

Se refiere a la fase final e irreversible de aquellos procesos con una historia natural y ordenada, en los que no es posible establecer un tratamiento curativo y se acompaña de impacto emocional en el paciente, familia y personal sanitario.

El objeto de atención por parte de los ESAD es el paciente y su unidad familiar.

El objetivo de la atención sanitaria es mantener la calidad de vida, promocionando el confort, control de síntomas y el apoyo emocional.

Paciente oncológico terminal

- Presencia de enfermedad oncológica documentada, progresiva y avanzada.
- Escasa o nula posibilidad de respuesta al tratamiento curativo.
- Pronóstico de vida limitado (el 90% es previsible que fallezcan antes de un año).

Paciente con patología crónica terminal no oncológico

Pacientes que presentan una enfermedad avanzada, incurable, progresiva que afecta a su autonomía personal, con un pronóstico de vida limitado y que precisan cuidados sanitarios continuados.

PACIENTES CON ENFERMEDAD CRÓNICA AVANZADA, LIMITACIÓN FUNCIONAL Y/O INMOVILIZADOS COMPLEJOS

Pacientes con procesos crónicos en estadios avanzados, generalmente incluidos en los grupos siguientes:

Enfermedades respiratorias

Procesos que afectan al aparato respiratorio en los que el manejo es básicamente de soporte y tratamiento de las complicaciones / reagudizaciones y no se requiere la utilización de alternativas hospitalarias (pruebas complementarias o medicamentosas) como EPOC, insuficiencia respiratoria hipoxémica y/o hipercápnica, etc.

Enfermedades cardiocirculatorias

Insuficiencia cardíaca refractaria al tratamiento de cualquier etiología (en la que se ha descartado tratamiento radical como intervenciones quirúrgicas o trasplante), ACVA, etc. El manejo es básicamente de soporte y el tratamiento de las complicaciones o reagudizaciones no requiere utilización de alternativas hospitalarias (pruebas complementarias o medicamentosas).

Hepatopatías

Hepatopatía crónica documentada en fase avanzada, sin posibilidad de tratamiento radical. El manejo es básicamente sintomático y en el domicilio se pueden realizar técnicas como la paracentesis.

Enfermedades neurológicas

Enfermedades neurológicas degenerativas (ELA y similares), enfermedades desmielinizantes (esclerosis múltiple y otras), demencias en progresión, enfermedad de Parkinson, etc, que no se beneficien de terapias hospitalarias.

Enfermedades renales

insuficiencia renal crónica, sin posibilidad de diálisis y/o trasplante renal.

Enfermedades osteoarticulares

Artropatías degenerativas, enfermedades reumáticas que precisen tratamiento de soporte

OTROS

Pacientes que, independientemente del problema de salud que lo origina, presentan una dificultad importante para desplazarse (que les impide salir de su domicilio), con una duración previsible superior a dos meses, en los que el EAP considera necesario el apoyo en la atención domiciliaria.

VALORACIÓN DEL PACIENTE Y CUIDADOR FAMILIAR

Los profesionales sanitarios que integran el Equipo de Soporte de Atención Domiciliaria recogerán en la historia clínica la información procedente de su intervención en el domicilio.

El ESAD, a partir de la valoración de la situación del paciente domiciliario y de la información contenida en la historia clínica propondrá al EAP un plan de actuación que incluya las medidas terapéuticas, cuidados y la planificación del seguimiento del paciente y cuidador.

VALORACIÓN DEL PACIENTE INMOVILIZADO

Como mínimo incluirá:

- Motivo de inclusión en el programa
- Diagnóstico principal del paciente
- Diagnóstico de los problemas de salud relevantes que padece el paciente
- Tratamientos farmacológicos
- Valoración de los siguientes aspectos:
 - Estado de nutrición
 - Control de esfínteres
 - Estado de piel y mucosas
 - Estado de conciencia
- Presencia/ausencia de síntomas físicos
- Valoración de la situación sociofamiliar
- Identificación del cuidador familiar

VALORACIÓN DEL PACIENTE TERMINAL

Como mínimo incluirá:

- Motivo de inclusión en el programa
- Diagnóstico principal
- Diagnóstico de los problemas de salud relevantes que padezca el paciente
- Tratamientos farmacológicos
- Descripción de la presencia o no de los siguientes síntomas:
 - Dolor, Estreñimiento, Insomnio, Anorexia
- Valoración de los siguientes aspectos:
 - Control de esfínteres
 - Estado de piel y mucosas
 - Deambulación/encamamiento
 - Estado de conciencia
 - Síntomas de ansiedad/depresión
- Valoración de la unidad familiar
- Identificación del cuidador principal
- Grado de información que tienen paciente y cuidador sobre la enfermedad y actitud frente a ella

En el documento base del programa de atención a pacientes crónicos dependientes se plantea el uso de escalas de valoración funcional que faciliten el seguimiento del paciente y la sistematización en la recogida de información. De acuerdo con ello, en este documento se propone la valoración funcional física y cognitiva a todos los pacientes incluidos en el programa, utilizando como instrumentos de apoyo en la valoración las escalas comunes establecidas en el programa, es decir, el índice de Barthel y el cuestionario de Pfeiffer y MEC de Lobo cuando proceda.

Para la detección de sobrecarga en el cuidador se propone la utilización de la escala de Zarit.

En el caso de pacientes inmovilizados y/o con enfermedad terminal se propone, además, el uso del índice de Karnofsky y de la escala analógica visual de medición del dolor si se detecta la presencia de este síntoma.

El uso de estos instrumentos en las valoraciones funcionales de todos los pacientes incluidos en el programa no excluye la utilización de otras herramientas que faciliten la detección de problemas de salud.

RECURSOS HUMANOS Y MATERIALES

RECURSOS HUMANOS

Los Equipos de Soporte de Atención Domiciliaria dependerán de la Gerencia de Atención Primaria y estarán integrados en la Atención Primaria del Sector.

Estarán constituidos, al menos, por médico y enfermera y contarán con el apoyo administrativo necesario.

La figura del auxiliar de enfermería existe en uno de los ESAD actualmente funcionantes, al igual que en la mayoría de los ESAD de otras Comunidades Autónomas. Otros perfiles profesionales como psicólogo o trabajador social no están integrados en la actualidad en estos Equipos.

1.1 REQUISITOS DE LOS PROFESIONALES DEL ESAD

Los miembros del ESAD deberán reunir los siguientes requisitos:

- Médico de familia con experiencia en la valoración y manejo de pacientes terminales, crónicos con enfermedad avanzada e inmovilizados complejos. Habilidades para el trabajo en equipo y transmisión de conocimiento.
- Enfermero comunitario con experiencia en valoración de necesidades, manejo de diagnósticos enfermeros y prestación de cuidados a domicilio de pacientes terminales, crónicos en estadios avanzados e inmovilizados complejos. Habilidades para el trabajo en equipo y transmisión de conocimiento.
- Auxiliar administrativo con experiencia en el manejo de aplicaciones informáticas básicas y el mantenimiento de sistemas de registro y archivo. Habilidades para el trabajo en equipo.
- Auxiliar de enfermería con experiencia en manejo de pacientes terminales, crónicos en estadios avanzados e inmovilizados complejos. Habilidades para el trabajo en equipo y transmisión de conocimientos.

1.2 FUNCIONES

La función de la unidad asistencial (médico y enfermera del ESAD) es el apoyo al Equipo de Atención Primaria, a través de servicios asistenciales al paciente domiciliario inmovilizado y/o con enfermedad terminal y a través de actividades formativas con el EAP.

Por tanto, los servicios prestados por esta unidad contemplan dos tipos de clientes, un cliente externo, constituido por la unidad paciente-cuidador, y un cliente interno constituido por el EAP. Las funciones del ESAD se orientan en estos dos sentidos.

Funciones de la unidad asistencial Médico/Enfermera

- Diagnósticos del enfermo.
- Diagnósticos de familiares.
- Valoración de los enfermos.
- Valoración del cuidador principal.
- Realización de curas.
- Control de síntomas.
- Apoyo y medicación en la agonía.

- Administración de medicación por vía subcutánea: En bolus o en infusión continua.
- Adiestrar en el manejo.
- Poner tratamientos.
- Vigilancia de cualquier tipo de dispositivos que lleve el enfermo (PEG, reservorios, sondas, etc...)
- Realización de paracentesis.
- Coordinación con E.A.P.
- Facilitar la coordinación con Atención Especializada.
- Control y registro de mórficos.
- Docencia.
- Comunicación de noticias.
- Ayudar en la gestión del proceso de espiritualidad y muerte.
- Ayudar en la gestión y elaboración de los procesos de duelo.
- Seguimiento de duelo.

Funciones del Auxiliar Administrativo en el ESAD

- Recepción de las personas que acudan al servicio.
- Información presencial o telefónica a familiares.
- Identificación de pacientes.
- Inclusión de paciente en la Base de Datos.
- Elaboración de modelos de informes.
- Registro Entradas / Salidas de documentos.
- Mantenimiento de los archivos: archivo de actividad y archivo de historias clínicas.
- Actualización del planning de actividad.
- Soporte informático a la actividad de docencia del ESAD.
- Aclaraciones o recomendaciones a familiares de forma presencial o telefónica.
- Elaboración estadística mensual.
- Envío y recepción de notas interiores, cartas y solicitud de permisos.
- Actualización y registro de material escrito y audiovisual de Biblioteca.
- Mantener al día los sistemas de registro tanto en soporte papel como informático.
- Petición talonarios de recetas.
- Maquetación y diseño de pósters enviados a Congresos Científicos.
- Recepción y envío de correos electrónicos.
- Favorecer la función de coordinación del ESAD con otros servicios.

Funciones del Auxiliar de Enfermería

- Apoyo al personal médico y de enfermería.
- Apoyo al personal administrativo.
- Realizar técnicas elementales (p.e. administración de enemas de limpieza).
- Dar pautas de higiene y cuidados generales.
- Adiestrar a la familia en la higiene y movilización del paciente encamado.
- Control de existencias y solicitud de material (almacén, laboratorio, farmacia).
- Reposición del material que lleva cada profesional en su maletín.
- Preparación de kits (sondaje vesical, sondaje nasogástrico, vía subcutánea, etc).
- Limpieza y esterilización de material quirúrgico.
- Vigilancia de la caducidad de fármacos y material.
- Colaboración con el resto de profesionales del ESAD en la preparación y ejecución de charlas, sesiones y trabajos de investigación.

RECURSOS MATERIALES

- Unidad funcional situada en un centro de salud del Sector, compuesta por un despacho administrativo, despacho para el personal sanitario y almacén.
- Material sanitario preciso para la atención domiciliaria.
- Dotación de material de oficina, informático y de comunicación.
- Otros recursos compartidos con el centro de salud (biblioteca, sala de reuniones, etc).
- Medio de transporte.

FLUJO DE PACIENTES

En el punto 1 se han descrito los dos grandes grupos de pacientes a los que los Equipos de Soporte de Atención Primaria prestan atención sanitaria cuando los paciente se encuentran en el domicilio.

Se trata de pacientes con enfermedad en fase crónica ó terminal que requieren cuidados de mantenimiento continuados o cuidados paliativos sin internamiento.

Si bien la prestación de estos cuidados se vincula a los Equipos de Atención Primaria, en algunos casos de mayor dificultad o complejidad, resulta necesario contar con el apoyo en la atención domiciliaria de equipos de soporte.

En general, los pacientes a los que el ESAD vaya a prestar atención sanitaria estarán incluidos en el programa de atención a pacientes crónicos dependientes, y por tanto habrá sido valorada su situación física, mental y sociofamiliar para determinar su inclusión en el programa, tanto en el caso de procedencia hospitalaria como comunitaria.

Pueden existir situaciones excepcionales en las que el dispositivo que detecta la necesidad de atención domiciliaria para la prestación de cuidados continuados de mantenimiento o cuidados paliativos, contacte directamente con el ESAD. Se trata de solicitudes de familiares de pacientes o derivaciones de otros profesionales que, por razones diversas, no sigan el cauce establecido a través de los Equipos de Atención Primaria. En estos casos el ESAD informará al EAP en un plazo máximo de 48 horas, que asumirá la atención del paciente y solicitará formalmente, si lo considera necesario, el apoyo del ESAD.

Por otra parte, los Servicios de Oncología de los Hospitales de Sector, en el ejercicio de sus funciones propias y como expertos en el abordaje y tratamiento de los pacientes oncológicos, pueden detectar la necesidad de cuidados paliativos en este tipo de pacientes y solicitar la colaboración de los ESAD para la prestación de estos cuidados. Independientemente de la coordinación con estos Servicios a través de protocolos de actuación específicos, los ESAD informarán al Equipo de Atención Primaria que tenga asignado al paciente en un plazo máximo de 48 horas, asumiendo entonces el EAP la atención del paciente ó solicitando formalmente, si lo considera necesario, el apoyo del ESAD.

CONDICIONES QUE DEBEN REUNIR LOS PACIENTES PARA SER ATENDIDOS POR EL ESAD

CONDICIONES GENERALES

- Domicilio estable en la Comunidad Autónoma (en el caso de “pacientes golondrina en el territorio nacional, se adecuará la atención según necesidades).
- Contar, al menos, con un cuidador primario (persona que convive con el paciente y acepta asumir los cuidados básicos de alimentación, higiene y administración del tratamiento).
- Aceptación del servicio por parte del paciente y cuidador primario.
- Pacientes con dificultad importante para desplazarse, que les impide salir de su casa, independientemente de la causa y que el tiempo previsible sea superior a dos meses.

CONDICIONES ESPECÍFICAS

La complejidad de la situación clínica del paciente determinará que el EAP solicite la intervención del ESAD.

En el caso de pacientes con enfermedad terminal la complejidad clínica estará acompañada de:

- Enfermedad progresiva, avanzada e incurable.
- El paciente debe haber recibido la terapéutica estándar eficaz conocida, a pesar de lo cual su enfermedad es progresiva.
- Debe ser posible predecir, en cierto modo, el momento de la muerte (6 meses + 3).
- Aparición cambiante de síntomas multifactoriales.
- Gran impacto emocional en el enfermo, familia y equipo asistencial.

Los pacientes inmovilizados presentarán enfermedad crónica en estadios avanzados, cuyo manejo sea básicamente de soporte y su tratamiento no requiera alternativas hospitalarias.

SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES

La atención del paciente domiciliario inmovilizado o en fase de enfermedad terminal va a precisar en muchas ocasiones la intervención de diferentes profesionales y dispositivos asistenciales.

Cada profesional que vaya a intervenir en la prestación de la atención sanitaria necesita valorar minuciosamente la situación del paciente, con el fin de detectar las necesidades sobre las que él puede intervenir en base a sus conocimientos y competencias profesionales. Con esta información, puede prever y planificar el servicio que vaya a prestar.

En cada situación, los profesionales que participen en la atención directa del paciente, relizarán la planificación global de la asistencia, con la perspectiva de las diferentes disciplinas implicadas.

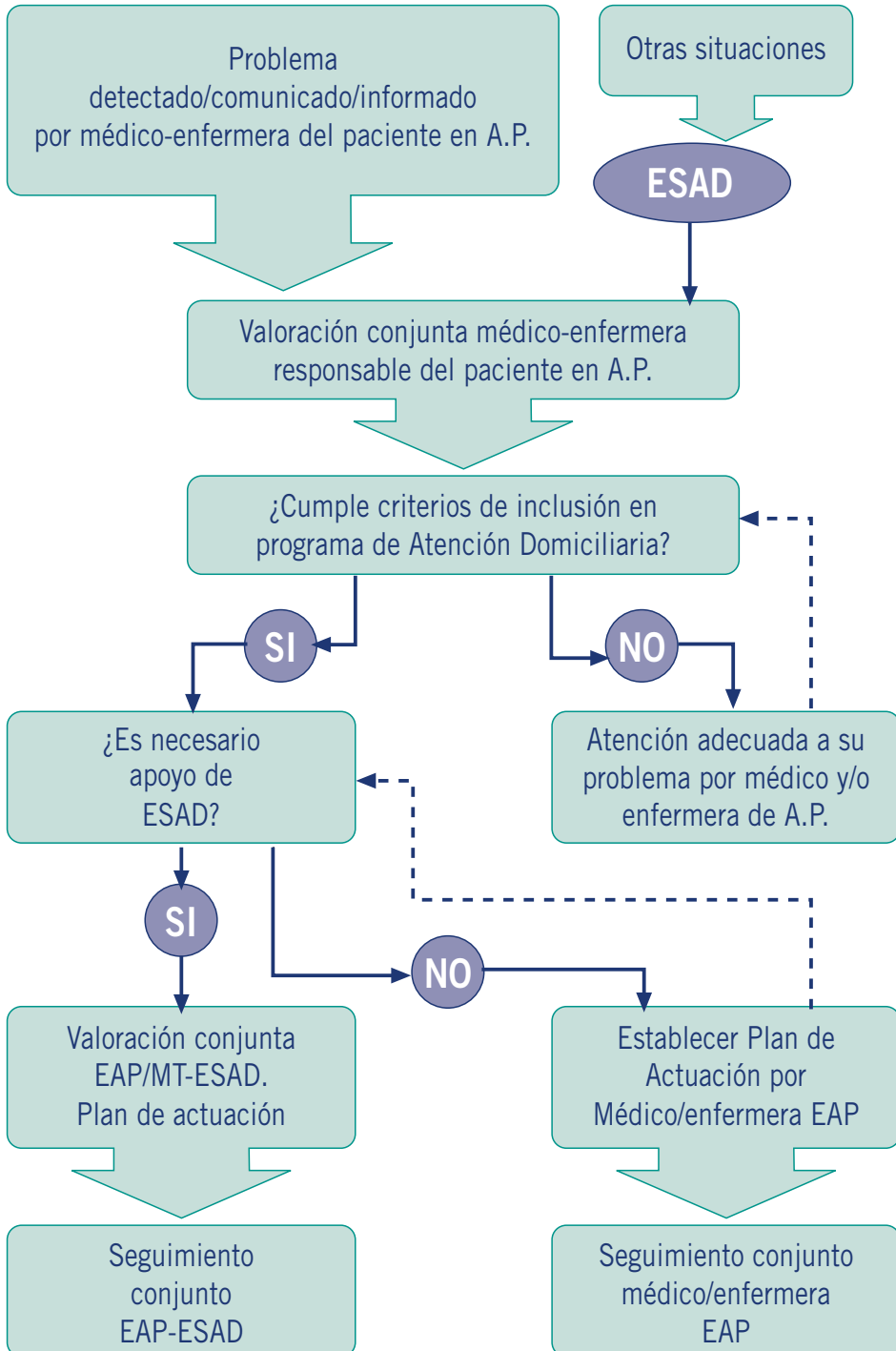
La planificación global incluirá los objetivos a alcanzar en un marco temporal dado, las actividades a desarrollar, cómo se va a realizar el seguimiento del paciente y la evaluación del plan.

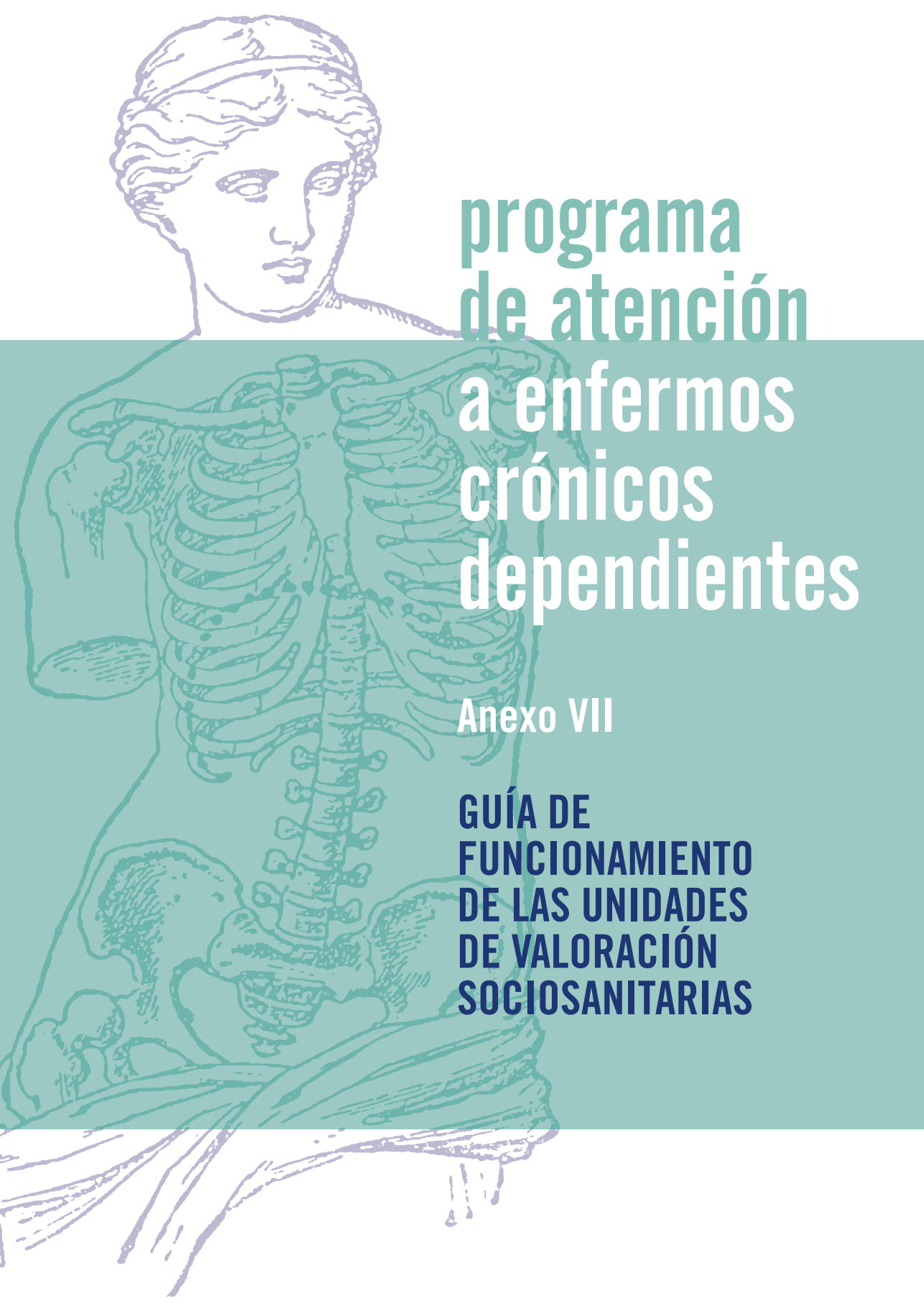
En este sentido, el EAP junto con el ESAD, planificarán la atención sanitaria a pacientes domiciliarios y su seguimiento, estableciendo de forma individualizada el contenido del servicio, la periodicidad de las visitas y el responsable de la atención en cada caso.

INSTRUMENTOS FACILITADORES

- La historia clínica es el documento donde todos los profesionales que intervienen en la atención sanitaria del paciente recogen la información relevante para su seguimiento. Se incluirá en la historia clínica un modelo unificado de valoración y seguimiento de los pacientes específico para los ESAD.
- La interconsulta, verbal o escrita, es el instrumento que hace posible la coordinación entre los profesionales implicados en la atención sanitaria y seguimiento del paciente.
- La utilización de tecnologías de información y comunicación para el intercambio de información (FAX, teléfono, email) con el fin de agilizar la prestación del servicio, prestando especial atención a la protección de datos.
- El informe de continuidad de cuidados, que acompañará al paciente cuando sea preciso acceder a otro nivel asistencial (especializada/primaria o primaria/especializada), junto al informe de alta o de ingreso respectivamente.

COORDINACIÓN EAP/ESAD





programa de atención a enfermos crónicos dependientes

Anexo VII

**GUÍA DE
FUNCIONAMIENTO
DE LAS UNIDADES
DE VALORACIÓN
SOCIOSANITARIAS**

ÍNDICE

| | |
|--|-----|
| Marco para su desarrollo..... | 267 |
| Definición de Unidad de Valoración | 268 |
| Perfil profesional | 268 |
| Asignación de profesionales a la Unidad | 269 |
| Dedicación profesional | 269 |
| Ubicación de las UVSS..... | 270 |
| Funciones de la Unidad de Valoración | 271 |
| Funciones del médico..... | 271 |
| Funciones del enfermero/a | 271 |
| Funciones del trabajador social | 272 |
| Funciones del Auxiliar Administrativo..... | 272 |
| Población diana | 273 |
| Definición de la población diana | 273 |
| Captación activa de pacientes | 273 |
| Valoración de pacientes | 275 |
| Valoración integral | 275 |
| Instrumentos para la valoración de clientes | 277 |
| Informe de valoración | 278 |
| Coordinación y colaboración con otros dispositivos e Instituciones | 279 |
| Coordinación con el Sistema de Salud | 279 |
| Coordinación con los servicios sociales..... | 281 |
| Participación en la formación de profesionales de las ciencias de la salud | 282 |
| Estrategia de implementación | 283 |
| Anexos | 285 |
| Solicitud de interconsulta | 285 |
| Informe de la UVSS | 286 |

MARCO PARA SU DESARROLLO

El Departamento de Salud y Consumo del Gobierno de Aragón ha sido consciente de la necesidad de incluir la Atención Sociosanitaria dentro de las prestaciones del Sistema de Salud de nuestra Comunidad Autónoma. Esta necesidad se ha plasmado en el establecimiento de una línea asistencial específica –la Dirección de Atención Sociosanitaria del Servicio Aragonés de Salud– y en el desarrollo del **Programa de Atención a Pacientes Crónicos Dependientes**¹, dentro del que se encuadra la presente guía.

Las Unidades de Valoración Sociosanitaria (UVSS) han sido creadas como un dispositivo de Atención Sociosanitaria y en su implementación subyace:

- La necesidad de prestar una atención y cuidados integrales al paciente y de garantizar la continuidad de los mismos.
- La prevención de las situaciones de dependencia mediante la identificación de aquellos pacientes en riesgo de llegar a desarrollarla.
- Contribuir a la eficiencia y equidad del Sistema de Salud de Aragón al establecer el recurso o dispositivo más adecuado para cubrir las necesidades asistenciales y de cuidados del paciente.

La finalidad de esta guía de funcionamiento es proporcionar un marco homogéneo de actuación y de desarrollo a las UVSS del Sistema de Salud de Aragón (en funcionamiento y para las que puedan constituirse) en el que se establezca las características de estas Unidades, su cartera de servicios, ámbito de actuación y procedimientos homogéneos de trabajo, así como los mecanismos de colaboración tanto con otros recursos y dispositivos del Sistema de Salud como con los Servicios Sociales.

1. Se entiende por Dependencia la definición establecida por el Consejo de Europa: “Estado en que se encuentran las personas que por razón de su falta o pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual tienen necesidad de ayuda y/o asistencia importante para la realización de los actos corrientes de la vida”. Recomendación nº. 98 (9), 1998.

DEFINICIÓN DE UNIDAD DE VALORACIÓN SOCIO SANITARIA

Las UVSS son las encargadas de la prestación de Atención Sociosanitaria a los pacientes y usuarios del Sistema de Salud de Aragón junto con los dispositivos sanitarios de internamiento destinados específicamente a esta prestación (hospitales de convalecencia). Se entiende por Atención Sociosanitaria el conjunto de cuidados destinados a aquellos enfermos y sus familias que por sus características puedan beneficiarse de la actuación simultánea y sinérgica de los Servicios Sanitarios y de los Servicios Sociales con la finalidad de mejorar su calidad de vida, aumentar la autonomía del paciente y facilitar su mantenimiento en la comunidad y entorno habitual, evitando en la medida de lo posible su institucionalización.

Las UVSS tienen como misión valorar y realizar el seguimiento de los pacientes crónicos ingresados en los centros sanitarios del Sector correspondiente o que le sean demandados por los profesionales de Atención Primaria, recomendado a los profesionales responsables del paciente la atención y cuidados más adecuados a sus necesidades y circunstancias.

En la creación de las UVSS subyace los principios de coordinación, continuidad de cuidados, idoneidad del recurso sanitario y/o social y la necesidad de prevenir la dependencia o de recuperar la autonomía del paciente. Su actuación contribuye a mejorar la salud y calidad de vida del paciente y a la eficiencia y equidad del Sistema de Salud.

Los profesionales que forman parte de la UVSS pertenecen al ámbito de la Atención Especializada, aunque se trata de un recurso transversal de apoyo a todos los profesionales del Sistema de Salud de Aragón.

PERFIL PROFESIONAL

El perfil de los profesionales que deben formar parte de una UVSS se ha establecido teniendo en cuenta la aproximación interdisciplinar e integral que es necesario desarrollar en los pacientes objeto de este programa. Por ello, la UVSS debe tener un carácter multidisciplinar en la que los miembros que la constituyan sean capaces de desarrollar un trabajo en equipo, lo que implica:

- Misión y objetivos comunes previamente consensuados.
- Metodología de trabajo común establecida y asumida por todo el equipo.
- La capacidad de trabajar tanto de manera conjunta como individualizada, pero coordinada en todas las actuaciones y de apoyo mutuo entre todos los miembros del equipo.

La UVSS se estructura en un grupo técnico y un apoyo administrativo. Así, la UVSS en su componente técnico deberá estar constituida por los siguientes profesionales:

- Médico. Es el profesional sanitario necesario para la valoración integral del estado de salud del paciente. Podrá ser:
 - Médico Especialista en Geriatria. Profesional especialmente preparado para realizar la valoración integral del estado de salud del paciente, ya que ésta forma parte de su proceso de formación. Por otro lado, el mayor volumen de personas dependientes se concentra en la población mayor de 65 años.
 - Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Profesional que por su formación está capacitado para realizar una valoración de la capacidad funcional, cognitiva y emo-

cional del paciente. Además, aporta la visión de la atención domiciliaria del paciente. Este profesional tiene formación y experiencia tanto en la atención y cuidados de pacientes y usuarios mayores de 65 años como en la atención a pacientes crónicos dependientes de distintas edades.

- Enfermero. Necesario para el establecimiento del plan de cuidados que precisan estos pacientes y para la valoración básica del paciente y cuidador.
- Trabajador Social. Este profesional es necesario para la valoración de las necesidades sociales del paciente en el ámbito individual, familiar y social, y como vínculo de colaboración y coordinación con los Servicios Sociales.

Deberá disponer de personal administrativo claramente asignado a la UVSS para el desarrollo de tareas de gestión de la información, atención a los usuarios, labores de archivo, etc.

ASIGNACIÓN DE UN PROFESIONAL A LA UNIDAD DE VALORACIÓN SOCIO SANITARIA

El profesional que vaya a formar parte de una UVSS deberá reunir las siguientes competencias profesionales conocidas como 3C:

- Conocimiento: saber hacer.
- Capacidad: poder hacer.
- Comportamiento: querer hacer, saber estar y saber ser.

Para asegurar los requisitos anteriores se debe requerir a los profesionales que vayan a formar parte de la UVSS:

- Formación adecuada al puesto al que opta que se pueda acreditar: clínico-asistencial y de gestión.
- Experiencia en la atención a paciente crónicos dependientes y en valoración integral, así como experiencia laboral en distintos niveles asistenciales o dispositivos del Sistema de Salud.
- Valoración individual a través de la entrevista personal con la finalidad de aclarar aspectos como su capacidad de trabajar en equipo, de diálogo, de relación y colaboración con otros profesionales y otras habilidades propias del trabajo al que opta.

En el caso del personal administrativo, es fundamental su formación y capacidad de manejo de herramientas ofimáticas.

DEDICACIÓN PROFESIONAL

La dedicación profesional de los miembros de la UVSS será exclusiva a las funciones propias de la valoración integral y de coordinación con otros profesionales sanitarios, por lo que en principio no desarrollará funciones asistenciales; la disponibilidad y operatividad de la UVSS es fundamental.

No obstante, la posibilidad de compaginar labores asistenciales con las funciones propias de la UVSS dependerá de la carga de trabajo que tenga cada equipo. Por ejemplo, es previsible que las UVSS de los sectores de Zaragoza tengan que dedicarse específicamente a la unidad de valoración socio sanitaria. En otros sectores, en los que la demanda asistencial actual es menor

(debido fundamentalmente al volumen de población) es posible desarrollar parte de la actividad asistencial en el hospital de día, o en consultas externas...

Es importante, en este sentido, tener presente que las previsiones de actividad de las UVSS serán crecientes debido tanto al propio proceso de envejecimiento de la población –y, por consiguiente, de incremento de patologías crónicas y de dependencia– como por la propia dinámica de implantación y difusión de las UVSS dentro del propio Sistema de Salud de Aragón.

UBICACIÓN DE LAS UVSS

Los gerentes de sector decidirán dónde ubicar la UVSS en función de las características y recursos de cada sector. No obstante, los hospitales de convalecencia serían, en principio, el dispositivo más adecuado para la ubicación del equipo, ya que actuaría de regulador de flujos a este dispositivo y dispondría del apoyo de los profesionales y recursos del mismo.

Existen sectores que no disponen de hospital de convalecencia público en su marco territorial, por lo que la ubicación de la UVSS será el hospital general del sector. No obstante, estos sectores tendrán asignados un dispositivo de referencia que podrá ser concertado o público localizado en otro sector sanitario.

FUNCIONES DE LA UVSS

En este epígrafe se trata de dar un enfoque general a las funciones que deberá asumir cada miembro de la UVSS. Algunas de las mismas son exclusivas de un determinado profesional, ya que requieren de una formación y capacitación específica, incluida en el marco formativo de dicho profesional. Otras pueden ser compartidas o realizadas indistintamente por diferentes profesionales. En este caso, corresponde al conjunto de los miembros de la UVSS establecer el sistema de organización interno del equipo con la finalidad de alcanzar efectividad, eficiencia y rapidez en todas sus actuaciones.

En líneas generales las funciones que deberán desarrollar cada uno de los miembros de la UVSS son las que se listan a continuación. No obstante, estas funciones no se deben entender desligadas de la labor de equipo que es en definitiva lo que permite tener una visión integral de los aspectos sanitarios y sociales que afectan al paciente y su familia.

FUNCIONES DEL MÉDICO

- Valoración integral del estado de salud del paciente
- Valoración de la repercusión del proceso asistencial en la vida laboral de los pacientes en activo
- Establecer el pronóstico vital y funcional del paciente
- Contribuir al uso racional y seguro de medicamentos en pacientes en tratamiento con múltiples fármacos
- Aplicación de escalas de valoración complementarias y/ o específicas
- Elaborar el plan de actuación
- Coordinación con el responsable médico del paciente
 - Atención Primaria
 - Atención Especializada
- Coordinación con el servicio de rehabilitación en aquellos pacientes que presentan una limitación funcional y/o cognitiva recuperable
- Interconsultor con otros facultativos
- Elaboración del informe de la UVSS
- Labor de cohesión y liderazgo de las actuaciones del equipo de profesionales que componen la UVSS

FUNCIONES DEL ENFERMERO

- Gestión de la solicitud de valoración integral:
 - Motivo de consulta
 - Enfermedad actual
 - Antecedentes clínico-asistenciales
- Recogida de datos antropométricos y de constantes vitales
- Establecer el primer contacto con el paciente y la familia
- Aplicación de las escalas de valoración básicas
- Valorar la capacitación del cuidador para realizar los cuidados sanitarios que precise el paciente en su domicilio

- Establecer el plan de cuidados
 - Para el paciente
 - Para el cuidador en caso de necesitarlo
- Coordinación con los profesionales de enfermería que atiendan al paciente
 - Atención Primaria: a través de la enfermera gestora de casos
 - Atención Especializada: a través de la enfermera gestora de casos

FUNCIONES DEL TRABAJADOR SOCIAL

- Información sobre los recursos sociales y redes de apoyo disponibles
- Valoración de la situación familiar y social del paciente
 - Identificación de las necesidades sociales del enfermo y su entorno
 - identificación de factores predisponentes de riesgo social
- Apoyar al paciente y su familia en el proceso de aceptación de la situación sanitaria y social que les afecta
- Facilitar y colaborar en el acceso a los recursos sociales
- Coordinación con los Trabajadores Sociales
 - Atención Primaria
 - Atención Especializada
 - Servicios Sociales
- Coordinación con entidades sociales
- Elaboración del informe social que se precise para el acceso del paciente al recurso social que requiera

FUNCIONES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO

- Gestión de citas y agenda del equipo
- Recogida de los datos de identificación del paciente
- Atención telefónica
- Mantenimiento de los datos que vayan a formar parte del sistema de información
- Gestión de archivo y de la documentación clínica
- Atención a las dudas y sugerencias de la familia

POBLACIÓN DIANA

No todos los enfermos crónicos objeto del programa en el que se enmarca la presente guía son candidatos a una intervención de la UVSS. Como ya se ha mencionado en otros apartados del documento, la misión de las UVSS es realizar una valoración integral de las necesidades sanitarias y sociales de los pacientes crónicos.

DEFINICIÓN DE LA POBLACIÓN DIANA

La población objeto de valoración integral por parte de la UVSS deberá ser aquella que reúna necesidades sanitarias y sociales que se traducen en una situación de dependencia en el paciente o un riesgo importante de desarrollarla.

Para ello, es necesario establecer unos criterios que permitan tanto a los profesionales sanitarios de Atención Primaria como de Atención Especializada un cribado de los pacientes que deben ser valorados por la UVSS. Estos criterios se han establecido con la finalidad de ser lo más operativos posible, priorizando la sensibilidad sobre la especificidad. Éstos son:

- Pacientes mayores de 75 años. Aunque la edad no produce por sí misma dependencia, la incidencia de enfermedades crónicas aumenta con la edad lo que se traduce en una situación de riesgo.
- Patologías que puedan producir dependencia: temporal o crónica
- Pacientes con dependencia establecida: física, psíquica o temporal debida a:
 - Patología aguda que causa una dependencia intensa
 - Patología crónica progresivamente incapacitante
- Situaciones de riesgo familiar y/o social
- Pacientes con pluripatología
- Pacientes con reingreso hospitalario repetido
- Pacientes con necesidades de cuidados paliativos
- Pacientes frecuentadores de los servicios de urgencias por motivos que no requieran formalmente ingreso

CAPTACIÓN ACTIVA DE PACIENTES

La captación activa de pacientes por parte de los profesionales de la UVSS candidatos a una valoración integral aporta beneficios al paciente en el sentido de una atención efectiva y de calidad; y al propio Sistema de Salud en el sentido de eficiencia y equidad. Sin embargo, el esfuerzo que se requiere es grande tanto por el propio proceso de búsqueda como por el incremento de la demanda.

El mejor procedimiento para la captación de pacientes es por una parte dar a conocer a todos los profesionales del Sistema de Salud de Aragón la UVSS, las actividades que desarrollan y a qué población va dirigida su actuación. Y por otro, el establecimiento de protocolos de derivación entre un servicio hospitalarios y la UVSS, seleccionando y dando prioridad a aquellos servicios que concentran un mayor volumen de pacientes crónicos dependientes o en riesgo de dependencia, especialmente los servicios de traumatología, neurología y urgencias. La misma línea de trabajo se debería desarrollar con Atención Primaria.

Hay dos procesos que son claramente prioritarios por su incidencia y sus repercusiones en la salud y bienestar del paciente que son:

- Fractura de cadera en el anciano
- Accidente cerebro vascular en ancianos

Además, una estrategia eficaz para la captación activa de pacientes es a revisión de todos aquellos pacientes mayores de 84 años ingresados en medicina interna.

VALORACIÓN DE PACIENTES

La razón de ser de las UVSS es la valoración integral del paciente. Dicha valoración deberá ser solicitada por el médico responsable del paciente, bien el facultativo especialista de Atención Especializada o el médico del Equipo de Atención Primaria. No obstante, no excluye la actuación asistencial conjunta con los profesionales responsables del paciente en aquellos casos que se considere necesario una valoración integral del estado de salud y posibilidades terapéuticas del paciente.

VALORACIÓN INTEGRAL

Uno de los objetivos de la Atención Sociosanitaria es contribuir a aumentar el número de años de buena salud e independencia del paciente, tratando de mantenerlo en su entorno habitual. Desde el punto de vista de la salud, la valoración abarca cuatro dimensiones: la física, la funcional, la mental (cognitiva y emocional) y la social. Todas ellas son importantes para el desarrollo de una vida independiente y satisfactoria que promueva un sentimiento de utilidad y de desarrollo personal en el paciente. Por ello, la valoración de un paciente debe tener en cuenta estas cuatro dimensiones.

Además, es muy importante la valoración del cuidador. No sólo es un agente proveedor, sino también como receptor de cuidados, previniendo que se convierta en el paciente oculto.

La valoración integral del paciente no sólo se realiza a partir del resultado de las escalas o instrumentos de valoración sino que debe tener en cuenta la comorbilidad del paciente, la cronicidad, la incapacitación y la dependencia del paciente, todo ello en relación con su familia y su entorno físico. Así, se obtiene un criterio del grado de deterioro debido al proceso de reagudización, el pronóstico vital y posibilidades de rehabilitación y de recuperación de su autonomía y la selección del dispositivo más adecuado en función del entorno del paciente y, siempre que sea posible, de las preferencias de éste y de su familia –cada persona es diferente y algunas nunca podrán ser cuidadoras independientemente de los apoyos que se les facilite–.

La finalidad última de la valoración integral es establecer un plan de actuación (en él se engloban aspectos terapéuticos y de cuidados) de acuerdo a las necesidades de salud del paciente y a las circunstancias de su entorno, seleccionando para ello el dispositivo sanitario y/o social más adecuado.

La valoración de un paciente no debería demorarse más de 48 horas con el fin de mejorar la calidad de la asistencia sanitaria como para ofrecer efectividad y confianza a los profesionales sanitarios en la UVSS.

A continuación se especifican aquellos ámbitos que debe cubrir una valoración integral; en algunos pacientes será necesario la valoración de todos y en otros sólo de alguno o algunos según la patología y circunstancias familiares y sociales del paciente.

Valoración física

La valoración clínica permite definir el proceso patológico actual en su globalidad, la repercusión que tiene en su pronóstico vital y cómo debe procederse al abordaje terapéutico en su conjunto.

La valoración nutricional es un componente importante de la valoración del paciente, especialmente de pacientes ancianos, ya que la malnutrición es un factor pronóstico relacionado con la mortalidad y con la morbilidad.

Valoración Funcional

La valoración funcional tiene por objetivo conocer y clasificar el nivel de independencia del paciente para la realización de las actividades de la vida diaria y desenvolverse con autonomía en la comunidad. Ello permite planificar los cuidados, establecer los objetivos de rehabilitación y monitorizar la evolución clínica del paciente dependiente o en riesgo de dependencia.

La valoración funcional puede ofrecer índices de predicción de la mortalidad, del riesgo de institucionalización y del uso de recursos sociosanitarios. En este sentido una correcta evaluación implica tener en cuenta dos tipos de escalas: las que miden las actividades básicas de la vida diaria y aquéllas que valoran este tipo de actividades cuando precisan el manejo instrumental de objetos de uso cotidiano, como el teléfono, utensilios de cocina, manejo de la medicación, del dinero, etc.

- **Actividades básicas de la vida diaria**
Son el conjunto de actividades primarias de la persona, encaminadas a su autocuidado y movilidad, que le dotan de autonomía e independencia elementales y que le permiten vivir sin precisar ayuda continua de otros. Entre ellas se incluyen actividades como comer, controlar esfínteres, vestirse, bañarse, deambular,...
- **Actividades instrumentales de la vida diaria**
Son las actividades que permiten a la persona adaptarse a su entorno y mantener una independencia en la comunidad. Incluye actividades como telefonar, manejar la medicación o el dinero, etc. Estas escalas están muy relacionadas con el deterioro cognitivo.

Valoración Cognitiva

Al evaluar el deterioro mental hay que distinguir entre dos situaciones: el deterioro leve y la demencia grave que son las situaciones extremas de un amplio abanico de situaciones intermedias. En las etapas iniciales se necesita de instrumentos de valoración con un gran poder discriminatorio respecto a la situación de normalidad. En el segundo, donde el trastorno cognitivo es evidente, lo que se necesita es una completa y descriptiva valoración funcional.

El deterioro cognitivo se expresa generalmente en una reducción de las habilidades de autocuidado. Sin embargo, no existe una correlación entre las escalas de valoración de estos autocuidados y los test de valoración cognitiva, debido en gran parte a los rasgos diferentes de las conductas que evalúan.

Valoración Afectiva

La enfermedad crónica, especialmente si cursa con dependencia, provoca una importante repercusión en la vida afectiva del paciente, lo que repercute en su estado físico y a su vez conlleva un mayor uso de medicamentos en pacientes ya de por sí muy medicados –algunos medicamentos pueden provocar efectos secundarios que agravan los trastornos de ansiedad/depresión–.

Valoración Familiar y Social

La valoración de las necesidades sociales y de las características del entorno que rodea al paciente (vivienda, situación laboral...) va a permitir conocer las posibles repercusiones que la pérdida de autonomía del paciente y las posibilidades de intervención.

En los casos en que existe un cuidador principal, la adecuada atención al paciente con dependencia en su domicilio, especialmente si esta es grave, supone una importante carga física y emocional al cuidador que en muchas ocasiones es una persona de edad avanzada. Por ello, es importante conocer su capacidad para prestar estos apoyos informales y si presenta o no sobrecarga. Se trata de identificar y detectar factores de riesgo de claudicación del cuidador para controlarlos, ya que solucionar sus necesidades sociales y/o sanitarias permitirá mejorar su calidad de vida.

Es importante conocer los apoyos sociales formales (ayuda a domicilio) e informales (vecinos, amistades,...) con los que cuenta el paciente y la familia; la disponibilidad de los mismos facilita que el paciente pueda mantenerse en su entorno habitual y suponen un apoyo emocional.

En los pacientes en activo es fundamental valorar las repercusiones que tiene la enfermedad en la vida laboral del afectado, ya que tiene implicaciones emocionales y físicas para el paciente y para la familia. Para ello, será necesario conocer la actividad que desarrolla y las características del puesto de trabajo.

INSTRUMENTOS PARA LA VALORACIÓN DE PACIENTES

No existe una escala ideal, ni éstas miden ni identifican las razones que causan la incapacidad. No obstante, es importante establecer unas escalas de valoración comunes y básicas para todas las UVSS de la Comunidad Autónoma de Aragón con el fin de disminuir la variabilidad en la práctica asistencial. Además, es importante que éstas guarden relación con las utilizadas por otros profesionales del Sistema de Salud de Aragón, ya que estos pacientes requieren con frecuencia de la prestación de cuidados por diversos profesionales y en variados dispositivos, favoreciendo así la continuidad de cuidados.

Las escalas de valoración permiten realizar una valoración objetiva de la capacidad del paciente, suponen un lenguaje común para todos los profesionales sanitarios y son reproducibles. No obstante, todas ellas requieren de una formación y capacitación previa y en la valoración del paciente será preciso tener presente el nivel cultural del mismo.

En la aplicación de escalas se pueden distinguir dos niveles: escalas básicas de uso común para todas las UVSS y escalas complementarias. Entre las escalas básicas debe figurar el Índice de Barthel y el test de Pfeiffer, ya que se han definido como escalas comunes para todo el Sistema de Salud de Aragón. Las escalas complementarias son menos sencillas y/o de mayor dificultad en su realización, y son adecuadas cuando se necesita realizar una valoración más precisa del paciente o cuando los resultados de las escalas básicas no son concluyentes.

Las escalas básicas seleccionadas han sido:

- Índice de Barthel para valorar las actividades básicas de la vida diaria.
- Índice de Lawton y Brody para valorar las actividades instrumentales.
- El test de Pfeiffer para valorar el estado cognitivo.
- La escala de depresión geriátrica de Yesavage en su versión abreviada para valorar la función afectiva.
- Determine su salud nutricional para valorar el estado nutricional.
- La escala de depresión y ansiedad de Goldberg en la versión española para valorar la función afectiva en menores de 65 años.
- La escala de Gijón para valorar el riesgo social.
- Escala de Zarit para valorar la sobrecarga del cuidador.

Las escalas complementarias seleccionadas han sido:

- FIM para valorar la capacidad funcional.
- El Mini Examen Cognoscitivo de Lobo para valorar el estado mental.
- La escala de Inouye para valorar el síndrome confusional agudo.
- NPI inventario para valorar el estado mental en pacientes con demencia.
- La escala de depresión geriátrica de Yesavage en su versión completa para valorar la función afectiva.

Las escalas seleccionadas no limitan la utilización de otras escalas por parte de la UVSS si así se considera necesario para una adecuada valoración del paciente. Tampoco supone que todas las escalas seleccionadas tengan que aplicarse a todos los pacientes, lo que estará en función del perfil del paciente.

En términos generales se establece que una valoración integral de un paciente puede requerir de 30 a 60 minutos.

INFORME DE VALORACIÓN

La actuación e intervención de la UVSS debe quedar reflejada en un informe que resuma el resultado de la valoración integral realizada y el plan de intervención propuesto en función de los resultados de aquélla. El informe será resultado de la valoración integral del paciente por el equipo de profesionales que constituyen la UVSS (Anexo A). Dicho informe deberá ser remitido al profesional sanitario que ha solicitado la interconsulta.

Para que la coordinación entre el profesional responsable del paciente y la UVSS sea adecuada será aconsejable que la elaboración del informe por parte de la UVSS no será un acto aislado, sino fruto del trabajo e intercambio de información con los profesionales que prestan la atención sanitaria al paciente. En este sentido, el plan de actuación sería conveniente que fuese comentado, en la medida de lo posible, con los profesionales que vayan a implementarlo. Con ello, garantizamos la aceptación del mismo y, por lo tanto, la continuidad de cuidados. Además, implicamos a los profesionales en el trabajo de la UVSS.

Por otro lado, a la hora de recomendar el dispositivo o recurso más adecuado a las necesidades y características del paciente, no sólo se debe comentar con el profesional responsable del mismo, sino también con el propio paciente y su familia con la finalidad de conocer sus preferencias y hacerles partícipes del proceso asistencial.

El informe de la UVSS deberá constar de los siguientes apartados claves:

- Valoración integral que incluirá:
 - Diagnóstico de la situación de salud actual del paciente
 - Grado de dependencia
 - Pronóstico vital y funcional del paciente
 - Capacitación del cuidador para la realización de cuidados informales y nivel de sobrecarga
- Propuesta de un Plan de Actuación. En este apartado del informe se incluirán todos los aspectos relacionados con:
 - Plan terapéutico
 - Plan de cuidados
 - Dispositivo sanitario y/o social recomendado

COORDINACIÓN Y COLABORACIÓN CON OTROS DISPOSITIVOS E INSTITUCIONES

En este apartado es conveniente diferenciar entre la coordinación en el propio Sistema de Salud de Aragón y la coordinación con los Servicios Sociales. La UVSS puede y debe jugar un papel de fortalecimiento de los vínculos de atención entre el domicilio, el centro de salud, los dispositivos hospitalarios y los servicios sociales.

No se entiende una colaboración con otros profesionales y dispositivos sin la existencia de una adecuada colaboración y coordinación entre las distintas UVSS del Sistema de Salud de Aragón que debe ser apoyada y fomentada desde la Dirección de Atención Sociosanitaria. Esta colaboración es importante a la hora de consensuar casos complejos o poco habituales, de compartir experiencias y del desarrollo de líneas de investigación conjuntas.

COORDINACIÓN EN EL SISTEMA DE SALUD

Una atención integral y continuada del paciente y de su familia sólo puede ser garantizada con la adecuada colaboración y coordinación entre todos los recursos y dispositivos sanitarios. En este sentido, la UVSS representa una figura clave para el Sistema de Salud de Aragón, especialmente en el ámbito de Atención Especializada, ya que aporta una visión integral del paciente y recomienda el dispositivo sanitario y/o social más adecuado para el mismo, en función de sus necesidades de atención y cuidados y circunstancias familiares y sociales.

La colaboración y coordinación redunda en un beneficio de todos los profesionales, ya que supone compartir conocimientos y experiencias y contribuye a la creación de un espíritu de innovación en el Sistema de Salud.

Una colaboración y coordinación eficaz requerirá:

1. Canales de comunicación prefijados y estables, asumidos por ambas partes que incluya la posibilidad tanto de comunicación verbal (teléfono de contacto y un horario de comunicación preferente) como por medios impresos.
2. La interconsulta se realizará por escrito (hoja de interconsulta) y estará disponible de manera inmediata en la UVSS (Anexo A). Para ello, es necesario establecer cauces de comunicación rápidos y eficaces como el fax o el correo electrónico, para lo cual la UVSS dispondrá de los medios y equipos técnicos necesarios.
3. Adecuado intercambio de información por parte de los profesionales que prestan la atención y cuidados al paciente sobre la patología y características del mismo y por parte de la UVSS del adecuado informe que contemple tanto los resultados de la valoración integral como el plan de actuación.

Como recurso transversal presta su colaboración y apoyo tanto a los profesionales de Atención Especializada como a los de Atención Primaria y contribuye al uso equitativo y eficiente de los recursos sanitarios.

ATENCIÓN PRIMARIA

El médico de Atención Primaria podrá solicitar la colaboración de la UVSS siempre que lo considere necesario. Para ello, podrá requerir:

- Asesoramiento sobre atención y cuidados de pacientes concretos. Es especialmente importante la colaboración con Atención Primaria en aquellos pacientes crónicos dependientes o en riesgo de dependencia que han sido dados de alta tras un proceso agudo, ya que los primeros días de estancia en el domicilio serán claves en la evolución del paciente.
- Valoración “in situ” de pacientes complejos que podrá desarrollarse tanto en el centro de salud como en el domicilio del paciente; en este último caso, es conveniente la presencia de un miembro del Equipo de Atención Primaria.
- Valoración del paciente por la UVSS en el centro sanitario en el que esté ubicada ésta.
- Solicitar un informe a la UVSS para la derivación del paciente al recurso que se considere necesario en función de la valoración realizada.
- Colaboración en la elaboración de protocolos para la valoración, tratamiento y rehabilitación de pacientes que desde Atención Primaria se elaboren en relación con la población objeto de este programa.

El personal de enfermería de los centros de salud será el responsable de la tramitación de las solicitudes de interconsulta.

La comunicación entre los distintos profesionales de la UVSS y el equipo de Atención Primaria debe estar asegurada, de tal manera que, por ejemplo, el trabajador social de Atención Primaria se comunique con el trabajador social de la UVSS con el fin de comentar todos aquellos aspectos que consideren necesario.

ATENCIÓN ESPECIALIZADA

HOSPITALES GENERALES

El ingreso en hospitales generales de pacientes crónicos dependientes o en riesgo de dependencia supone una buena oportunidad para la captación activa de muchos pacientes. Para ello, es necesario una comunicación fluida y la colaboración entre los profesionales responsables de la atención sanitaria del paciente (médico y enfermeros) y la UVSS.

En este sentido, la colaboración se podrá orientarse en las siguientes líneas:

- Asesoramiento sobre atención y cuidados de pacientes concretos.
- Valoración integral de pacientes crónicos dependientes o en riesgo de dependencia.
- Colaboración en la elaboración de protocolos para la valoración, tratamiento y rehabilitación de pacientes con determinados procesos o patologías.
- Planificación del alta del paciente y, en especial, en la selección del dispositivo sanitario y/o social más adecuado.

También es previsible que el Trabajador Social del centro sanitario pueda solicitar la colaboración de la UVSS. Es muy importante la colaboración entre la UVSS y este profesional con la finalidad de tener información acerca de la situación familiar y social del paciente previa a su valoración y, viceversa, de informar al trabajador social del resultado de las valoraciones realizadas por la UVSS.

ATENCIÓN SOCIO SANITARIA

HOSPITALES DE CONVALECENCIA

La colaboración con los profesionales de los hospitales de convalecencia va implícita, ya que la UVSS formará parte, en principio, de este dispositivo y desarrolla un papel de consultor y de coordinador entre este dispositivo y el hospital general o centro de salud para el ingreso de pacientes.

Sería deseable que todo paciente que sea derivado a un dispositivo de estas características fuese acompañado del informe de la UVSS en el que conste la necesidad e idoneidad de este recurso para la continuidad de cuidados sanitarios del paciente. Sólo así, se garantizará un uso eficaz y equitativo de este recurso y una igualdad en el acceso para todos los pacientes que precisen Atención Sociosanitaria en régimen de internamiento.

Una manera muy eficaz de favorecer la coordinación entre centros y niveles asistenciales es dando a conocer la evolución de los pacientes derivados de otros centros o desde Atención Primaria a estos dispositivos específicos de Atención Sociosanitaria, información que la UVSS pondrá en conocimiento del profesional sanitario que ha procedido a su derivación.

COORDINACIÓN CON LOS SERVICIOS SOCIALES

Las necesidades sociales de los pacientes crónicos dependientes no se circunscriben necesariamente a la institucionalización. Muchas veces es posible mantener al paciente en su entorno habitual con servicios como ayuda a domicilio, centros de día o programas de respiro para los cuidadores entre otros. Los profesionales de la UVSS conocedores en detalle de la problemática sanitaria y familiar y social del paciente pueden discernir el tipo de ayuda social que precisa. El trabajador social de la UVSS juega un papel clave en la coordinación con los Servicios Sociales gestionando el acceso a sus recursos y dando a conocer la problemática específica del paciente y su entorno a los trabajadores sociales correspondientes.

La colaboración individualizada entre profesionales puede ayudar a resolver situaciones concretas –y en la práctica así ocurre–, pero es necesario una voluntad institucional de colaboración y cooperación que se plasme en unas líneas de actuación conjuntas para que todos los pacientes estén en igualdad efectiva de acceso a los recursos sociales.

PARTICIPACIÓN EN LA FORMACIÓN DE PROFESIONALES DE LAS CIENCIAS DE LA SALUD

La participación y colaboración de las UVSS en la formación de profesionales de las Ciencias de la Salud debería estar presentes en los programas de formación, ya que representa un valor añadido a la misma por varias razones:

- Representa un modelo de trabajo en equipo multidisciplinar.
- Se abordan los problemas de salud del paciente desde una óptica integral.
- Aporta una visión global del Sistema de Salud de Aragón por su conocimiento de los recursos y dispositivos del mismo.
- Enlaza la esfera sanitaria y la social, valorando de una manera integral las necesidades del paciente y de la familia tan íntimamente ligadas en este tipo de enfermos.

Por todo lo anterior se propone la participación de la UVSS en los siguientes ámbitos formativos:

Formación pregrado

Se podría contemplar la realización de prácticas o establecer periodos de rotación para los estudiantes de aquellas carreras universitarias directamente relacionadas con las funciones de la UVSS como son:

- Trabajo Social
- Enfermería
- Medicina

Formación postgrado y continuada

La especialización dentro de una determinada profesión es cada día más necesaria ante el volumen de conocimientos que la producción científica genera y la cantidad de técnicas y tecnologías desarrolladas. Por ello, la UVSS tienen un papel a desarrollar en la formación de:

- Médicos Internos Residentes. En particular de Geriátría y de Medicina Familiar y Comunitaria. No obstante, se puede dejar la puerta abierta a la rotación y participación de otros médicos muy relacionados con pacientes crónicos dependientes como neurólogos, traumatólogos, rehabilitadores, etc.
- Realización de sesiones clínicas conjuntas tanto con los Equipos de Atención Primaria como con el personal de los distintos servicios hospitalarios. Es uno de los mejores mecanismos para romper barreras de comunicación como para el enriquecimiento profesional como personal.
- Participar en los programas de formación continuada que se establezcan tanto para el ámbito de Atención Primaria como en Especializada.
- Colaborar en la formación continuada de médicos, enfermeros y trabajadores sociales de instituciones residenciales sociales, profesionales que diariamente prestan atención y cuidados a pacientes con grandes limitaciones funcionales y/o cognitivas.
- Desarrollo de líneas de investigación conjuntas con otros profesionales que contribuyan a aumentar la calidad de la atención prestada y a mejorar el acceso a los recursos y dispositivos del Sistema de Salud.

ESTRATEGIA DE IMPLEMENTACIÓN

La creación y desarrollo de las UVSS en el Sistema de Salud de Aragón debe responder a un doble enfoque: un plan de implantación y un plan de comunicación. Ambos son necesarios para un desarrollo coherente de las mismas y para su conocimiento y aceptación por los profesionales del Sistema.

PLAN DE IMPLANTACIÓN Y DESARROLLO

La creación de nuevas UVSS debe responder a unos criterios de planificación definidos y que, en líneas generales, se pueden agrupar en 3 apartados:

1. Necesidades asistenciales del Sector Sanitario. En este sentido habrá que tener presente el volumen de la demanda y los recursos de que dispone el sector para dar respuesta a la misma.
2. Factibilidad de constituir una UVSS completa. La falta de uno de los miembros que compone una UVSS resta a la misma eficacia y eficiencia. Por ello, será necesario disponer de al menos un médico y un enfermero asignados específicamente a la UVSS; el trabajador social y el administrativo podrán ser compartidos en sectores con una demanda de Atención Sociosanitaria reducida.
3. La identificación de centros de hospitales de convalecencia, en particular en aquellos Sectores Sanitarios que no disponen de este recurso en su territorio ni público ni privado.

PLAN DE COMUNICACIÓN

La colaboración y coordinación entre las UVSS con otros dispositivos y recursos del Sistema de Salud sólo son posibles si los profesionales sanitarios son conocedores de este recurso, de la finalidad de su creación, de sus posibilidades de actuación y de los beneficios que aporta a los profesionales y a los usuarios.

Todo proceso de comunicación implica una vertiente oficial y otra oficiosa. La primera requiere un proceso sistemático y organizado de comunicación cuyo desarrollo corresponde a los órganos directivos del Departamento de Salud y Consumo. En este sentido es necesario establecer qué información es necesaria transmitir, y cuáles son los mecanismos o vías de transmisión y quiénes son los destinatarios.

1. INFORMACIÓN A COMUNICAR

La información que se facilite a los profesionales del Sistema de Salud de Aragón debe ser clara, breve y que permita conocer cuál es la labor que desarrollan las UVSS y en qué medida la colaboración de ésta supone un valor añadido a su intervención en eficacia, eficiencia, equidad y satisfacción de los pacientes y familiares. Para ello, es necesario dar a conocer la siguiente información:

- Finalidad de la UVSS
- Composición de la Unidad
- Objetivos

- Metodología de trabajo
- Población diana
- Cauces de comunicación

2. MECANISMOS PARA DAR A CONOCER LAS UVSS

Se deben desarrollar varias alternativas de comunicación para alcanzar a todos los profesionales del Sistema de Salud de Aragón:

- Vías de comunicación oficial desde los órganos directivos del Departamento de Salud y Consumo a los directores de los distintos dispositivos del Sistema de Salud de Aragón, así como a los coordinadores de los Equipos de Atención Primaria.
- Comunicación oficial de los directores de los hospitales generales a los jefes de servicio.
- Sesiones informativas realizadas por la UVSS en los servicios hospitalarios más implicados en la atención a los pacientes objeto de este programa.
- Sesiones informativas realizadas por la UVSS en los centros de salud dirigidas a todos los profesionales sanitarios y los trabajadores sociales.
- Difusión de un folleto que recoja la información anteriormente comentada que llegue a todos los profesionales.
- Jornadas monográficas sobre valoración integral con la participación de profesionales de Atención Primaria y de Atención Especializada.

3. DESTINATARIOS

Tan importante es definir qué información se debe transmitir como que ésta llegue a las personas que pueden beneficiarse de la misma, así como a los responsables de las distintas unidades. En definitiva, es fundamental que la información sea conocida por:

- Directores de los centros y dispositivos del Sistema de Salud.
- Los jefes de servicio de los hospitales generales.
- Profesionales sanitarios (médicos y enfermeros) de los servicios hospitalarios.
- Trabajador Social de los hospitales generales.
- A los distintos profesionales que forman parte del Equipo de Atención Primaria: médico, enfermero y trabajador social y los profesionales de las Unidades de Apoyo.

La comunicación oficiosa deberá ser desarrollada por las propias UVSS y formar parte de su labor cotidiana, al menos durante un tiempo, tras su implantación. Esta comunicación surgirá de la propia colaboración con los profesionales sanitarios y trabajadores sociales y de la labor bien hecha. Las sesiones clínicas son una gran oportunidad para dar a conocer la UVSS.

ANEXOS

SOLICITUD DE INTERCONSULTA

PROPUESTA DE SOLICITUD DE INTERCONSULTA

Fecha: Preferente Normal

Médico responsable:

Centro de trabajo:

HospitalGeneral(servicio)..... Habitación:

Centro de Atención Primaria

Otro (especificar)

Tel.: Correo electrónico:

Motivo de interconsulta:

Valoración integral Seguimiento del paciente

Gestión del alta Valoración médica

Valoración social

DATOS DEL PACIENTE (pegar etiqueta si está disponible)

Apellidos:

Nombre:

Fecha Nacimiento:

Nº Historia Clínica: nº TIS.(TarjetaSanitaria):

Proceso patológico actual

.....

.....

.....

Otros datos clínicos relevantes

.....

.....

Tratamiento actual

Ingresos hospitalarios de repetición: No Sí

Caso conocido por la unidad de trabajo social del centro: No Sí

Caso conocido por el Servicio de Rehabilitación: No Sí

INFORME DE LA UNIDAD DE VALORACIÓN SOCIOSANITARIA

VALORACIÓN SOCIOSANITARIA INTEGRAL

(Procesos actuales, grado de dependencia, pronóstico vital y funcional, capacitación del cuidador y situación social)

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

PLAN DE ACTUACIÓN

(Plan terapéutico y de recuperación funcional, plan de cuidados, posibilidades de recuperación y dispositivo recomendado)

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Fecha y Firma del responsable de la UVSS

ESCALAS DE VALORACIÓN

Valoración Funcional:

Índice de Barthel

- Basal
- Actual
- Pronóstico

Índice de Lawton y Brody

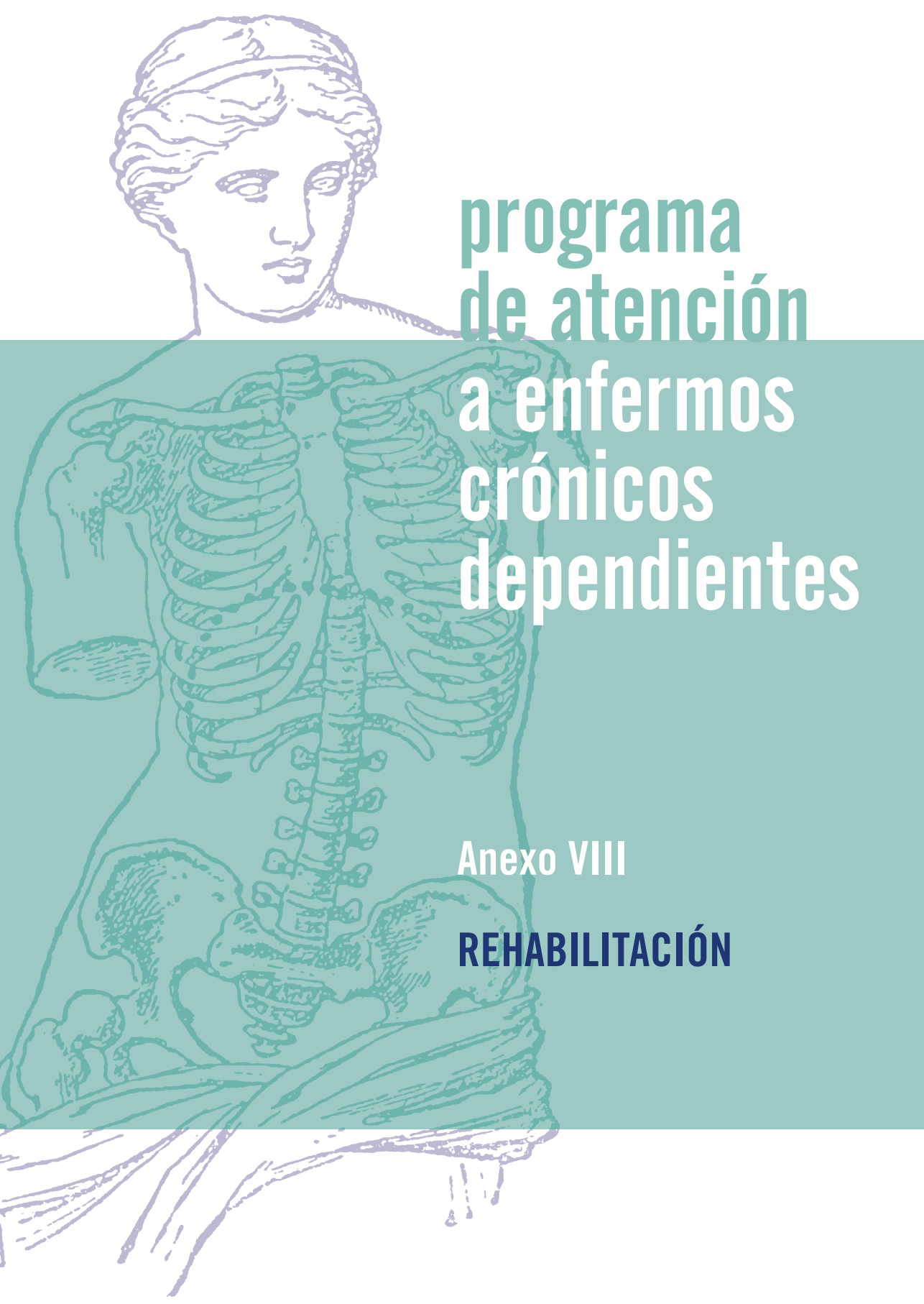
- Basal
- Actual
- Pronóstico

Otras escalas:

Escala de.....(puntuación).....
Escala de.....(puntuación).....
Escala de.....(puntuación).....

Comentarios

.....
.....
.....
.....



programa
de atención
a enfermos
crónicos
dependientes

Anexo VIII

REHABILITACIÓN

ÍNDICE

| | |
|---|-----|
| Marco Estratégico | 289 |
| Tratamiento y cuidados de rehabilitación | 290 |
| Definición de rehabilitación | 290 |
| Objetivos rehabilitación | 290 |
| Equipo de rehabilitación | 291 |
| Dispositivos para la provisión de tratamiento y cuidados de rehabilitación | 291 |
| Rehabilitación en población infantil | 292 |
| Población diana | 293 |
| Diagnóstico | 293 |
| Valoración funcional del paciente | 293 |
| Criterios de inclusión y exclusión | 294 |
| Circuitos asistenciales y flujos de derivación de pacientes | 295 |
| Pacientes captados en Atención Primaria | 295 |
| Pacientes que proceden de Atención Especializada y/o Sociosanitaria..... | 301 |
| Algoritmo decisional..... | 303 |
| Anexo I | 304 |
| Unidad de Fisioterapia ubicada en Atención Primaria (Centro de Salud) | 304 |
| Unidad de Terapia ocupacional ubicada en Atención Primaria (Centro de salud) | 306 |
| Anexo II (Diagramas de circuitos asistenciales y flujos de de derivación)..... | 309 |

MARCO ESTRATÉGICO

El Departamento de Salud y Consumo del Gobierno de Aragón ha sido consciente de la necesidad de incluir la Atención Sociosanitaria dentro de las prestaciones del Sistema de Salud de nuestra Comunidad Autónoma. Esta necesidad se ha plasmado en el establecimiento de una línea asistencial específica y en el desarrollo del Programa de Atención a Pacientes Crónicos Dependientes.

Las personas incluidas en este programa se caracterizan por tener enfermedades de evolución crónica que generan deficiencias o limitación de la capacidad funcional. También se incluyen aquellos procesos agudos cuyas secuelas crónicas son igualmente discapacitantes. En ambos casos, los diagnósticos médicos informan sobre los problemas de salud origen de la situación actual, pero será la evolución de la enfermedad y de la discapacidad la que oriente los tipos de cuidados precisos y los objetivos alcanzables con la asistencia sanitaria.

Entre la tipología de cuidados que recoge este programa se incluyen los cuidados de recuperación, entendidos como aquellos dirigidos a pacientes con limitación funcional o discapacidad, en los que la finalidad principal del tratamiento es la mejora de su funcionalidad en un marco temporal determinado y que se hacen efectivos mediante un plan de rehabilitación individualizado, generalmente pluridisciplinar, que contendrá el tratamiento y los cuidados de rehabilitación a prestar.

La finalidad de esta guía es establecer un marco homogéneo de actuación en la prestación del tratamiento de rehabilitación a los pacientes crónicos dependientes, mediante la estandarización de actividades y procedimientos y la instauración de cauces de comunicación y coordinación entre las diferentes líneas asistenciales, centros, unidades de provisión y recursos implicados en la prestación de este tipo de cuidados.

TRATAMIENTOS Y CUIDADOS DE REHABILITACIÓN

DEFINICIÓN DE REHABILITACIÓN

La ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD en 1969 definió la rehabilitación como el conjunto coordinado y combinado de técnicas médicas, sociales, educativas y profesionales destinadas a entrenar y reeducar al individuo para alcanzar el más alto nivel posible de habilidad funcional. Busca la mayor independencia¹ y calidad de vida posibles.

El COMITÉ DE EXPERTOS DE LA OMS, en la Serie de Informes Técnicos N° 668 de 1981 coincide en afirmar que la rehabilitación incluye todas las medidas destinadas a reducir el impacto de las condiciones de incapacidad y minusvalía y hacer posible que las personas afectadas alcancen la integración social, es decir, no solo adaptarse a su entorno sino también intervenir en el mismo y en la sociedad, junto a sus familias y a las comunidades en que viven.

OBJETIVOS DE LA REHABILITACIÓN

En función del proceso causante y de la situación funcional y global del paciente, el objetivo del tratamiento de rehabilitación será prevenir las deficiencias funcionales, mantener o retardar la disminución de la capacidad funcional, recuperarla al mayor nivel posible o alcanzar la mayor independencia y autonomía del paciente posibles.

1. Ayudar al paciente a conseguir el máximo nivel posible de funcionalidad, prevenir las complicaciones, reducir la incapacidad y aumentar la independencia.

- Prevención de las deficiencias funcionales².
- Prevención de la limitación de la capacidad funcional³
- Mantenimiento de las funciones comprometidas.
- Reeducación de las deficiencias y limitaciones funcionales.
- Rehabilitación de las discapacidades⁴.
- Reinserción de los minusválidos⁵.

2. Acercar el tratamiento del proceso rehabilitador al ciudadano.

-
1. Dependencia: estado en el que se encuentran las personas que por razones ligadas a la falta o 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. Consejo de Europa. Recomendación n° 98 (9), 1998.
 2. Deficiencia: la deficiencia aparece como consecuencia de una enfermedad o lesión y se refiere al daño estructural o funcional que experimentan los tejidos, órganos o sistemas del sujeto pudiendo ser temporal o definitiva (un ejemplo podría ser la parálisis de una extremidad inferior).
 3. Impedimento de manera temporal o definitiva para realizar determinado tipo de actividades. Dificultades que el individuo presenta para la realización de actividades normales sin asistencia (caminar, vestirse, afeitarse, etc.).
 4. Discapacidad: toda restricción o ausencia de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano. Incapacidad o limitación para realizar una actividad considerada normal para el ser humano. Situación que conlleva unas necesidades especiales para la integración e integridad social del que la padece. La discapacidad representa el impacto que tiene una deficiencia a nivel de la persona respecto a las funciones que le son propias por su condición humana. Tiene una concepción multidimensional que relaciona las funciones corporales, las actividades que realiza la persona, las áreas sociales en las que participa y los factores en el ambiente que afectan a estas experiencias.
 5. La minusvalía representa la desventaja social, constituye el último componente de esta cadena causal y asume el resultado de la interacción del sujeto discapacitado con la sociedad. La deficiencia se refiere al problema a nivel del órgano, la discapacidad lo hace a nivel del global de la persona y la minusvalía a nivel social.

EQUIPO PLURIDISCIPLINAR DE REHABILITACIÓN

En el tratamiento de rehabilitación intervienen:

- Médico Especialista en Medicina Física y Rehabilitación
- Diplomados en Fisioterapia
- Diplomado en Terapia Ocupacional
- Diplomado en Logopedia
- Auxiliar de Enfermería
- Técnico Ortoprotésico⁶

Asimismo, existe colaboración con otros profesionales de la salud que tienen múltiples campos de actuación, como los trabajadores sociales y con otras especialidades y disciplinas médicas que suelen actuar como consultoras, como neuropsicología, radiología, urología, cirugía ortopédica y traumatología.

DISPOSITIVOS PARA LA PROVISIÓN DE TRATAMIENTO Y CUIDADOS DE REHABILITACIÓN

El tratamiento de rehabilitación puede realizarse en las líneas asistenciales de Atención Primaria, Atención Especializada y Atención Sociosanitaria, en función de la complejidad del proceso y de las características del paciente y puede prestarse en régimen de internamiento, de forma ambulatoria y en el domicilio de los pacientes.

EN RÉGIMEN DE INTERNAMIENTO

Tratamiento prestado durante un tiempo reducido a un paciente ingresado en una unidad de hospitalización inmediatamente después de una enfermedad o traumatismo agudo o de un proceso de reagudización. Los servicios y cuidados que recibe son una continuación de aquellos prestados durante la fase aguda del proceso y tienen como finalidad restaurar a la persona a su nivel de salud y funcional previo al proceso agudo o dotarle de la máxima capacidad funcional posible, además de lograr su reinserción en el domicilio lo más precozmente posible, incluso en la fase aguda de su proceso.

- Unidad de rehabilitación de Hospital General
- Unidad de rehabilitación de Hospital de Convalecencia

EN RÉGIMEN AMBULATORIO

Tratamiento prestado durante un periodo determinado a pacientes que han superado un proceso agudo pero que aún requieren atención sanitaria con la finalidad de mejorar su calidad de vida y/o su estado funcional y que no requieren internamiento.

- Rehabilitación ambulatoria en Servicio de Rehabilitación de Hospital General.
- Rehabilitación ambulatoria en Unidad de Rehabilitación de Hospital de Convalecencia.
- Dispositivos de rehabilitación ambulatoria ubicados en Atención Primaria (Centros de Salud):
 - Consultas y/o interconsultas de Médicos Especialistas en Medicina Física y Rehabilitación: cuando las características demográficas, de morbilidad y de demanda en la zona de salud lo requieran, podrán establecerse consultas periódicas en los Centros de Salud, especialmente cuando en los mismos exista una Unidad de Fisioterapia. Asimismo, podrán existir interconsultas con estos Especialistas a petición de los Médicos de Atención Primaria.

6. Generalmente de Empresa concertada.

- Unidad de Fisioterapia.
- Unidad de Terapia Ocupacional.

Las unidades de rehabilitación ambulatoria son entornos donde desarrollar o continuar el plan de tratamiento de rehabilitación iniciado en el periodo de hospitalización, pero también son puntos de detección de pacientes susceptibles de ser incluidos en el grupo de rehabilitación.

REHABILITACIÓN EN POBLACIÓN INFANTIL

Situación actual

Por “Orden de 30 de enero de 2003 del Departamento de Salud, Consumo y Servicios Sociales se aprobó el Programa de Atención Temprana en Aragón”. Según este Programa por “atención temprana” se entiende el conjunto de acciones que desarrollan los diferentes servicios sanitarios, sociales y educativos que tienen como finalidad prevenir y compensar las desventajas permanentes o transitorias de niños menores de seis años que presentan o pueden presentar déficit en su desarrollo psicomotor.

Esta Orden establece como *población diana* del programa a “aquellos niños y niñas menores de 6 años a los que se detecte un tipo y grado de deficiencia que conlleve la condición legal de minusvalía, así como a aquellos a los que se les detecten riesgos con una alta probabilidad estadística de presentar posteriormente una deficiencia motriz y/o sensorial y/o cognitiva, si no se les proporciona una atención específica en los primeros momentos de su vida”. En este programa vienen definidos los criterios de inclusión en el mismo, así como las pruebas (tests, índices, escalas) específicas a utilizar, tanto para decidir su inclusión, como para efectuar una valoración acerca de la necesidad o no de atención temprana y, en caso afirmativo, sus características.

En este programa se establecen las siguientes áreas de actuación: neuropediatría, rehabilitación, fisioterapia, psicoterapia, trabajo social, estimulación precoz, psicomotricidad, logopedia y terapia ocupacional. También determina que la detección y el diagnóstico precoz podrá realizarse desde los ámbitos *educativo* (equipos de atención temprana, escuelas infantiles, centros de educación infantil y primaria y guarderías infantiles), *sanitario* (atención primaria y especializada) o *social* (cualquier esfera de actuación, con especial significación de los Centros de Base de Atención a Minusválidos), debiendo ser **derivados los casos detectados** a los Centros Base de Atención a Minusválidos del Instituto Aragonés de Servicios Sociales (IASS) para su evaluación y tratamiento si procede.

En la práctica actual estos niños se atienden en esta vertiente rehabilitadora desde Neuropediatría, en coordinación con los servicios de rehabilitación que tiene el Instituto Aragonés de Servicios Sociales –IASS– (rehabilitación, fisioterapia, psicoterapia, trabajo social, estimulación precoz, psicomotricidad, logopedia y terapia ocupacional) y otros de diversas asociaciones o centros específicos. Por ello, la atención temprana ha quedado fuera del tratamiento y cuidados de rehabilitación tanto del ámbito hospitalario como del de la atención primaria.

No obstante, las características, el ámbito asistencial y el dispositivo de prestación del tratamiento y cuidados de rehabilitación en la población infantil, independientemente de su situación, no deben estar condicionados únicamente por la edad, sino por los **criterios de inclusión y de exclusión generales para definir la población diana** de pacientes crónicos que precisan tratamiento y/o cuidados de rehabilitación, debiendo existir coordinación entre todos los dispositivos implicados.

IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN DIANA

Para determinar la población susceptible de precisar tratamiento de rehabilitación se utiliza el diagnóstico y la valoración funcional del paciente que determine la presencia de dependencia.

Por otra parte, para ayudar a los diferentes profesionales sanitarios que intervienen en el proceso de atención de los enfermos crónicos dependientes en la identificación de aquellos que son susceptibles de requerir tratamiento de rehabilitación, se han establecido **criterios de inclusión y de exclusión**.

DIAGNÓSTICO

Aunque es la limitación de la capacidad funcional más que el diagnóstico el factor determinante a la hora de establecer la necesidad de tratamiento de rehabilitación, los pacientes crónicos que más comúnmente suelen precisar tratamiento de rehabilitación son los que se exponen en el apartado 3.1 del Programa de Atención a Enfermos Crónicos Dependientes

VALORACIÓN DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL: VALORACIÓN DE LA DEPENDENCIA

Como se ha expuesto anteriormente, el diagnóstico no es el elemento más determinante a la hora de establecer la necesidad de tratamiento de rehabilitación, sino la posible presencia de limitación de la capacidad funcional del paciente. La importancia de la medida de la capacidad funcional del paciente es debida tanto al hecho de que su valoración determinará, en parte, la necesidad y pertinencia del tratamiento de rehabilitación, como la de constituir un elemento clave en la evaluación del resultado del mismo. El uso de instrumentos de valoración estandarizados y el adiestramiento de los profesionales en su manejo disminuirá la variabilidad en la orientación hacia los cuidados adecuados. Por todo ello, se han establecido los **instrumentos de valoración** que se deben utilizar para determinar la capacidad funcional de los pacientes incluidos en este programa que requieren tratamiento de rehabilitación, que coinciden, básicamente, con los que se reflejan en el apartado 3.3 del mismo.

ESCALAS COMUNES

- Para la valoración funcional de los pacientes incluidos en el Programa se utilizará el **ÍNDICE DE BARTHEL**.
- Para su valoración cognoscitiva:
 1. Se utilizará el **TEST DE PFEIFFER** como screening para la detección de deterioro cognitivo (deterioro cognitivo si puntuación ≥ 3).
 2. El **MINIEXAMEN COGNOSCITIVO DE LOBO (MEC de Lobo)** como escala específica de confirmación y de valoración del grado de su situación mental y cognoscitiva.

OTRAS ESCALAS

En los pacientes a los que se les provea tratamiento de rehabilitación en régimen de internamiento en Hospitales Generales u Hospitales de Convalecencia o de forma ambulatoria en Hospital de Día, se implantará de forma gradual y tras un periodo de formación en su utilización, el **Functional Independence Measure (FIM)**.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Debe producirse el cumplimiento de todos, de tal forma que el **incumplimiento** de cualquiera de ellos en un paciente lleva implícita su exclusión como susceptible de tratamiento de rehabilitación.

- Ausencia de criterios de exclusión.
- Pérdida de capacidad funcional con Índice de Barthel ≤ 90 .
- Posibilidad de recuperación con el tratamiento de rehabilitación.
- Consentimiento del paciente para el tratamiento.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

1.- Comunes a todas las patologías, procesos y pacientes

1.1.- Criterios de exclusión

Debe producirse la ausencia de todos, de tal forma que la **presencia** de cualquiera de ellos en un paciente lleva implícita su exclusión como candidato a tratamiento de rehabilitación de cualquier tipo.

- No reunir los criterios de inclusión.
- Ausencia de objetivos de rehabilitación definidos.
- Realización previa de rehabilitación funcional por el mismo proceso sin mejoría evidente.
- Patología en situación terminal.
- Contraindicación del tratamiento de rehabilitación.
- Deterioro cognitivo, mental y/o afectivo severo que impide la colaboración del paciente.
- El paciente no da su consentimiento para el tratamiento.
- Situación de inmovilidad y/o encamamiento que solo requiere cuidados de enfermería a domicilio.

1.2.- Criterios de alta o finalización del proceso de rehabilitación ya iniciado.

Debe producirse la ausencia de todos, de tal forma que la **presencia** de cualquiera de ellos en un paciente en el que ya se han iniciado tratamiento de rehabilitación, lleva implícita la finalización del mismo.

- Episodio de reagudización de la enfermedad.
- Ausencia de respuesta: ausencia de mejoría después de 20 sesiones, tras haber realizado tres valoraciones funcionales, una al inicio del tratamiento, otra en medio y otra al final del mismo.
- Agravamiento o aparición de complicaciones en evaluaciones sucesivas de las fases de control o seguimiento de su enfermedad.
- Negatividad o nula colaboración del paciente con el proceso rehabilitador.
- Faltas reiteradas (superiores al 30%) de asistencia al tratamiento sin justificar.

2.-Específicos de tratamiento y/o cuidados domiciliarios

Debe producirse la ausencia de todos, de tal forma que la **presencia** de cualquiera de ellos en un paciente lleva implícita su exclusión como candidato a tratamiento de rehabilitación domiciliario.

- Pacientes que pueden ser trasladados para realizar rehabilitación ambulatoria.
- Pacientes que precisen mayor periodo de recuperación en la unidad antes de llegar a la fase de recuperación en el domicilio.
- Pacientes con gran invalidez que sólo precisen cuidados continuados de enfermería.

CIRCUITOS ASISTENCIALES Y FLUJOS DE DERIVACIÓN DE LOS PACIENTES QUE PRECISAN REHABILITACIÓN

Conviene definir qué profesionales realizarán la valoración del paciente y qué tipo de profesional valorará cada aspecto al objeto de evitar duplicidades. El ámbito asistencial de los profesionales que se encarguen de realizar esta valoración dependerá, entre otros factores, de la procedencia de los pacientes.

PACIENTES CAPTADOS EN ATENCIÓN PRIMARIA

Pacientes captados por los profesionales de atención primaria entre los pacientes de su Zona de Salud. Hay que destacar el papel de **enfermería como gestora de los cuidados** de los pacientes incluidos en el Programa de Atención a Enfermos Crónicos Dependientes para:

- Efectuar la valoración de los pacientes y detectar sus necesidades.
- Identificar y objetivar las situaciones de dependencia y fragilidad, así como detectar la sobrecarga de los cuidadores.
- Participar en la elaboración del plan de cuidados.
- Realizar el seguimiento del plan de cuidados.

Serán los médicos y enfermeras de los Equipos de Atención Primaria quienes realicen, individualmente o con la colaboración de la Unidad de Valoración Sociosanitaria (UVSS) del Sector al que corresponda, la valoración de la capacidad funcional y cognitiva del paciente.

Objetivos de la valoración de los pacientes en atención primaria

- Detectar problemas y necesidades físicas, psíquicas y sociales.
- La captación, control y seguimiento de la población sana o con patologías crónicas, con especial atención a los grupos de riesgo, reforzando los aspectos preventivos y de educación para la salud, individuales o colectivos.
- La planificación y realización del plan de cuidados y su seguimiento.
- La planificación y realización de actividades de educación para la salud.
- Definir actuaciones de los diferentes profesionales, evitando duplicidad de actuaciones y de Historias Clínicas.

Instrumentos mínimos a utilizar

Los pacientes serán valorados por los médicos y enfermeras de los Equipos de Atención Primaria mediante diferentes instrumentos y escalas de valoración que se incluirán en la historia clínica. Al menos se utilizarán las escalas de valoración funcional y cognitiva citadas anteriormente: Índice de Barthel para evaluar la capacidad funcional y El Test de Pfeiffer/ Mini Examen Cognoscitivo de Lobo (MEC de Lobo) para evaluar la capacidad cognoscitiva.

Otros Instrumentos **adicionales** a utilizar

Los diferentes profesionales de Atención Primaria podrán utilizar también otros instrumentos de valoración, específicos de diferentes patologías, procesos y pacientes:

- Medición de amplitud articular para gonartrosis y coxartrosis.
- Balance articular y muscular (Escala de Daniels).
- Escala de valoración de disfunción de extremidades inferiores de Öberg para *gonartrosis* y *coxartrosis*.

- Escala de Ambulación del Sistema de Conferencia y Evaluación del Paciente (SCEP) para *gonartrosis, coxartrosis, patología cardiovascular, enfermedad obstructiva crónica y valoración del anciano*.
- Sistemática de exploración radiológica de rodilla de Forrester para *gonartrosis*.
- Escala de intensidad del dolor de Gunnar Börg para *gonartrosis*.
- Escala analógica visual.
- Criterios de laxitud ligamentaria de Beighton para *esguince de tobillo*.
- Pruebas de esfuerzo en *patología cardiovascular, enfermedad obstructiva crónica y diabetes*.
- Test de los 6 ó 12 minutos marcha en *enfermedad obstructiva crónica*.
- Espirometría en *enfermedad obstructiva crónica*.
- Pulsioximetría en *patología cardiovascular y enfermedad obstructiva crónica*.
- Presión Inspiratoria Máxima (PIM) y Presión Espiratoria Máxima (PEM) en *enfermedad obstructiva crónica*.
- Escala de disnea en *enfermedad obstructiva crónica*.
- Estudio de expectoración en *enfermedad obstructiva crónica*.
- Cuestionario de Barber para la *detección de ancianos de riesgo*.
- Test de Tinetti para la marcha para la *valoración del anciano*.
- Test de Tinetti para el equilibrio para la *valoración del anciano*.
- Índice de Lawton-Brody para las actividades instrumentales de la vida diaria, para *coxartrosis, gonartrosis, enfermedad obstructiva crónica, patología cardiovascular y la valoración del anciano*.
- Otros que puedan considerarse de utilidad: test de desempeño ocupacional, valoración de habilidades e intereses, etc.

En dependencia de la evolución del paciente y de la pérdida de capacidad funcional y/o cognitiva detectada, los médicos y enfermeras de los Equipos de Atención Primaria **decidirán** el tipo de cuidados que se precisan, con las siguientes posibilidades:

A).- NO SE PRECISAN TRATAMIENTO Y/O CUIDADOS DE REHABILITACIÓN.

Pacientes que por su patología, evolución de su capacidad funcional y/o cognitiva o por presentar algún criterio de exclusión no precisan tratamiento de rehabilitación.

B).- NECESIDAD DE INTERVENCIÓN ASISTENCIAL PREVENTIVA O DE EDUCACIÓN SANITARIA.

Pacientes que por su patología, su evolución y la pérdida funcional y/o cognitiva que presentan requieren una intervención asistencial preventiva o de educación sanitaria (aprendizaje de autocuidados, consejos posturales, ejercicios a realizar en domicilio por el propio paciente, otros) por parte de los profesionales de atención primaria del centro de salud correspondiente, con especial protagonismo del **fisioterapeuta** y del **terapeuta ocupacional**, cuando exista en este medio, en función de programas o protocolos específicos.

C).- REQUIEREN TRATAMIENTO DE REHABILITACIÓN QUE PUEDE SER PRESTADO EN ATENCIÓN PRIMARIA.

Pacientes que por su patología, pérdida funcional que presentan y su evolución, requieren tratamiento de rehabilitación que debe ser prestado en dispositivos de rehabilitación ubicados en Atención Primaria. El objetivo fundamental es acercar la rehabilitación al usuario. El tratamiento en estos dispositivos se prestará a pacientes con un índice de Barthel > 60. En el caso de presentar valores del índice de Barthel entre 30 y 60, será la valoración funcional y cognitiva del paciente en su conjunto la que determine la actuación, puesto que con una puntuación < 30, en principio, el paciente es subsidiario de rehabilitación domiciliaria:

- Índice de Barthel < 30: rehabilitación domiciliaria.
- Índice de Barthel entre 30 y 60: en dependencia de la valoración funcional y cognitiva del paciente en su conjunto.
- Índice de Barthel > 60: rehabilitación en dispositivos de rehabilitación de atención primaria ubicados en los centros de salud.

C.1 En Unidades de FISIOTERAPIA ubicadas en Atención Primaria

Unidades de apoyo al Equipo de Atención Primaria para la prestación de cuidados preventivos, de educación para la salud y terapéuticos, llevados a cabo por fisioterapeutas, que pueden ser prestados en este nivel asistencial. Se han establecido las Unidades de Fisioterapia que permite que todas las zonas de salud de Aragón tengan asignada una unidad⁷.

Para pacientes que requieren tratamiento de rehabilitación prescrito por el médico del Equipo de Atención Primaria y/o por médico especialista en Medicina Física y Rehabilitación y que debe ser prestado en las Unidades de Fisioterapia ubicadas en Centros de Salud con población adscrita de una o varias Zonas de Salud.

Debe producirse el cumplimiento de todos los criterios siguientes, de tal forma que el **incumplimiento** de cualquiera de ellos en un paciente lleva implícita su exclusión como candidato a tratamiento y/o cuidados de rehabilitación en Unidades de Fisioterapia de Atención Primaria.

- Cumplimiento de criterios de inclusión.
- De forma general, deberán tener un índice de Barthel > 60, aunque será la valoración funcional y cognitiva del paciente en su conjunto la que determine la actuación y elaboración de programa de tratamiento.
- No precisa hospitalización.
- No precisa cuidados continuados de enfermería.
- Procesos que conlleven una incapacidad funcional leve.
- No se precisan tratamientos complejos, es decir, que requieran la aplicación de procedimientos, medios técnicos, equipamientos y aparatos que no se disponen en su conjunto en las Unidades de Fisioterapia ubicadas en Atención Primaria.
- Necesidad de utilizar medios terapéuticos sencillos, no precisando recursos materiales y técnicas inviables en Atención Primaria.

En general, los cuidados fisioterápicos realizados en Atención Primaria van dirigidos:

- Al entrenamiento físico general y de la musculatura periférica.
- Al control de síntomas y mejora funcional en procesos dolorosos crónicos musculoesqueléticos.
- A la prevención del desarrollo o progresión de trastornos musculoesqueléticos.
- A la recuperación de procesos agudos musculoesqueléticos leves.
- A la realización de fisioterapia respiratoria.
- Al mantenimiento y mejora de la capacidad funcional.

En el caso de tratarse de Unidades de Fisioterapia concertadas o conveniadas por el Departamento de Salud y Consumo, el Médico de Atención Primaria que derive al paciente informará de la derivación a la Dirección de Atención Primaria correspondiente.

7. En Anexo 1 se recoge la definición de las Unidades de Fisioterapia de Centros de Salud y su equipamiento, así como el listado de las Unidades que se propone establecer.

C.2 En Unidades de TERAPIA OCUPACIONAL ubicadas en Atención Primaria

Unidades de apoyo al Equipo de Atención Primaria para la prestación de cuidados de educación para la salud y terapéuticos llevados a cabo por terapeutas ocupacionales que pueden ser prestados en este nivel asistencial.

En este momento no existen en el Sistema de Salud de Aragón unidades de terapia ocupacional en el ámbito de la Atención Primaria. Se dotará a los Sectores de Terapeutas Ocupacionales, de tal forma que todos los Hospitales Generales dispongan de este recurso. No obstante, en aquellos Centros de Salud cuya estructura física lo permita y que tengan un ámbito de actuación de al menos 50.000 habitantes, se instaurarán de forma progresiva estas Unidades⁸. En aquellas zonas de salud a las que no se les haya asignado una Unidad de Terapia Ocupacional dispondrán de Terapeuta Ocupacional en la Unidad de Rehabilitación del Hospital de referencia del Sector.

Para pacientes que requieren tratamiento de rehabilitación prescrito por el médico del Equipo de Atención Primaria y/o por médico especialista en Medicina Física y Rehabilitación y que puede ser prestado en las Unidades de Terapia Ocupacional ubicadas en Centros de Salud con población adscrita de una o varias Zonas de Salud.

Debe producirse el cumplimiento de todos los criterios siguientes, de tal forma que el **incumplimiento** de cualquiera de ellos en un paciente lleva implícita su exclusión como candidato a tratamiento de rehabilitación en Unidades de Terapia Ocupacional ubicadas en Atención Primaria.

- Cumplimiento de criterios de inclusión.
- De forma general, deberán tener un índice de Barthel > 60, aunque será la valoración funcional y cognitiva del paciente en su conjunto la que determine la actuación y elaboración de programa de tratamiento.
- No precisa hospitalización.
- No precisa cuidados continuados de enfermería.
- Procesos que conlleven una incapacidad funcional leve.
- Necesidad de utilizar medios terapéuticos sencillos.

En general, la Terapia Ocupacional que se realiza en Atención Primaria va dirigida a:

- Prevención y detección precoz de disfunciones ocupacionales (síndrome del nido vacío, pérdida de rol de productividad tras la discapacidad, ausencia de intereses ocupacionales en situaciones de cambio vital...).
- Prevención, detección e intervención precoz en trastornos cognitivos.
- Asesoramiento y entrenamiento en utilización de ayudas técnicas.
- Diseño y confección de férulas.
- Prevención del desarrollo o progresión de trastornos musculoesqueléticos.
- Recuperación de procesos agudos musculoesqueléticos leves.
- Mantenimiento y mejora de los síntomas de trastornos cognitivos y musculoesqueléticos.
- Mantenimiento y mejora de la capacidad funcional general.

En el caso de tratarse de Unidades de Terapia Ocupacional concertadas o conveniadas por el Departamento de Salud y Consumo, el Médico de Atención Primaria que derive al paciente informará de la derivación a la Dirección de Atención Primaria correspondiente.

8. En Anexo1 se recoge la definición y equipamiento de las Unidades de Terapia Ocupacional de Centros de Salud.

C.3 En el DOMICILIO del paciente

Pacientes que, al estar encamados y/o inmovilizados, requieren tratamiento de rehabilitación que debe ser realizado en el domicilio del paciente por profesionales de atención primaria. Se llevarán a cabo de acuerdo a los respectivos protocolos de actuación por los fisioterapeutas y terapeutas ocupacionales.

Debe producirse el cumplimiento de todos los criterios siguientes, de tal forma que el **incumplimiento** de cualquiera de ellos en un paciente lleva implícita su exclusión como candidato a tratamiento y/o cuidados de rehabilitación en su domicilio:

- Cumplimiento de criterios de inclusión.
- Patologías o procesos en los que se obtienen mejores resultados con rehabilitación domiciliar por lograrse una mejor adhesión al tratamiento y una reducción en la tasa de abandono del programa de ejercicios, como la EPOC o el proceso de enseñanza de las transferencias.
- De forma general, la valoración funcional deberá obtener un índice de Barthel < 30. Puede haber excepciones, como las expuestas en el apartado anterior.
- Anulación o disminución de la movilidad que impide desplazarse a las Unidades de Fisioterapia y/o Terapia Ocupacional ubicadas en atención primaria.
- Necesidad de tratamiento postural o movilizaciones para el mantenimiento del estado físico y calidad de vida.

Los fisioterapeutas y terapeutas ocupacionales orientarán y asesorarán al personal facultativo y de enfermería del Equipo de Atención Primaria, a los cuidadores y al propio enfermo, en las actividades de Fisioterapia y Terapia Ocupacional que se puedan incluir en el plan de cuidados del paciente. Apoyarán al Equipo de Atención Primaria en la valoración de necesidades de Fisioterapia y Terapia Ocupacional del paciente, de adaptaciones ergonómicas y de material de ayuda en objetos de uso diario, así como en las labores de adiestramiento de la familia o entorno respecto a la fisioterapia a aplicar al paciente.

Se requiere la asunción por parte del paciente y/o de un familiar/cuidador, de la responsabilidad de la educación sanitaria fisioterápica y de terapia ocupacional impartida y de la puesta en marcha de los autocuidados aprendidos.

D).- REQUIEREN VALORACIÓN SUPLEMENTARIA Y/O TRATAMIENTO POR MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN EN UNIDADES DE REHABILITACIÓN DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA O SOCIOSANITARIA

Pacientes que por su patología, evolución y pérdida funcional que presentan, los profesionales de Atención Primaria consideran que precisan valoración suplementaria y/o tratamiento rehabilitador por parte de médico especialista en Medicina Física y Rehabilitación, derivándolos a:

- Consulta o interconsulta en el Centro de Salud, al que acude el médico especialista.
- Unidad de Rehabilitación de Hospital General, a la que son derivados los paciente
- Unidad de Rehabilitación de Hospital Convalecencia, a la que son derivados los pacientes.

Cuando los pacientes sean derivados a médico especialista en Medicina Física y Rehabilitación, serán los médicos y enfermeras de los Equipos de Atención Primaria quienes elaboren, individualmente o con la colaboración de la Unidad de Valoración Sociosanitaria (UVSS) del Sector al que corresponda, el informe de derivación para el Médico Especialista en Medicina Física y Rehabilitación que, al menos, deberá disponer de información relativa a la capacidad funcional y cognitiva del paciente a través de las escalas de valoración funcional y cognitiva citadas ante-

riormente: Índice de Barthel para evaluar la capacidad funcional y el Test de Pfeiffer/Mini Examen Cognoscitivo de Lobo (MEC de Lobo) para evaluar la capacidad cognoscitiva.

En el caso de tratarse de Unidades de Rehabilitación concertadas o conveniadas por el Departamento de Salud y Consumo, el médico del Equipo de Atención Primaria que derive al paciente informará de la derivación a la Dirección de Atención Primaria correspondiente.

El médico especialista en Medicina Física y Rehabilitación realizará o completará la valoración del paciente, decidirá si precisa tratamiento de rehabilitación, prescribirá el mismo en caso necesario e indicará el dispositivo donde debe ser prestado (Unidad de Rehabilitación de Hospital General, Unidad de Rehabilitación de Hospital de Convalecencia o Unidades de Fisioterapia y/o de Terapia Ocupacional ubicadas en Atención Primaria). En el caso de tratarse de Unidades concertadas o conveniadas por el Departamento de Salud y Consumo, el médico especialista en Medicina Física y Rehabilitación que derive al paciente informará de la derivación a la Dirección de Atención Especializada correspondiente.

Para que los pacientes sean susceptibles de ser derivados al médico especialista en Medicina Física y Rehabilitación, bien en consulta o interconsulta en el Centro de Salud o bien mediante su remisión a Unidades de Rehabilitación de Hospitales Generales o de Convalecencia, debe producirse el cumplimiento de alguno de los criterios siguientes:

- De forma general, deberán tener un índice de Barthel < 60, aunque será la valoración funcional y cognitiva del paciente en su conjunto la que determine la actuación.
- Procesos que conlleven una incapacidad funcional moderada o grave.
- Procesos que requieren la utilización de prótesis u ortesis para su resolución.
- Necesidad de utilizar tecnología y medios terapéuticos complejos no disponibles en los dispositivos de Rehabilitación ubicados en Atención Primaria.
- Precisar tratamientos complejos, es decir, que requieran la aplicación de procedimientos, medios técnicos, equipamientos y aparatos que no se disponen en su conjunto en los dispositivos de Rehabilitación ubicados en Atención Primaria.
- Necesidad de técnicas ortopédicas.
- Pacientes que precisan de ser tratados en Unidades Especiales (pediatría, lesionados medulares, daño cerebral. etc).
- Que el médico de atención primaria precise la derivación para orientación en la valoración del paciente y en la elaboración de programa rehabilitador.
- Falta de respuesta al tratamiento inicialmente prescrito.
- Plurietiología de la discapacidad.
- Concurrencias de determinadas patologías y procesos específicos:
 - Amputaciones de miembros y reimplantes.
 - Patología ortoprotésica en general.
 - Síndromes medulares de cualquier etiología.
 - Enfermedades degenerativas radiculares.
 - Enfermedades neuromusculares.
 - Encefalitis.
 - Enfermedades desmielinizantes.
 - Malformaciones congénitas.
 - Patología degenerativa del sistema nervioso.
 - Patología tóxica, carencial y metabólica del sistema nervioso.
 - Enfermedad cerebrovascular.
 - Traumatismo craneoencefálico.
 - Patología tumoral.

- Errores metabólicos y síndromes dismórficos
- Alteraciones cromosómicas.
- Enfermedades avanzadas de órgano.

Los circuitos asistenciales y flujos de derivación en rehabilitación se muestran en el **Anexo 2**.

PACIENTES QUE PROVIENEN DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA y/o ATENCIÓN SOCIO SANITARIA

2.1. Pacientes que han sido dados de alta tras ingreso en un Hospital General o en un Hospital de Convalecencia.

Son pacientes dados de alta tras estar ingresados en una unidad de hospitalización y que, tras el alta, precisan tratamiento de rehabilitación, independientemente de que durante su ingreso se les hayan prestado ya o no este tipo de tratamiento. Contarán con un plan de rehabilitación que garantice la puesta en marcha del tratamiento rehabilitador y su continuidad en otro nivel asistencial. Los dispositivos asistenciales en los que se iniciará o continuará ambulatoriamente la prestación del tratamiento de rehabilitación pueden ser las Unidades de Rehabilitación de los Hospitales Generales y de Convalecencia y las Unidades de Fisioterapia y/o de Terapia Ocupacional ubicadas en Atención Primaria.

La valoración del paciente se realizará al ingreso y al alta. El **informe de alta** deberá disponer de información relativa a la capacidad funcional y cognitiva del paciente que permita objetivar su evolución posterior en otro nivel asistencial.

- En el caso de Hospital General, la información del informe del alta relativa a la valoración funcional y cognitiva de los pacientes será elaborada, individual o conjuntamente, por el Servicio Hospitalario que da el alta (informe médico e informe de continuidad de cuidados de enfermería) y/o por el Servicio de Rehabilitación del Hospital. También podrá requerirse informe de la Unidad de Valoración Sociosanitaria (UVSS) del Sector al que corresponda.
- En el caso de Hospital de Convalecencia, la información del informe del alta relativa a la valoración funcional de los pacientes será elaborada, individual o conjuntamente, por el profesional del Hospital responsable del paciente y/o por la Unidad de Valoración Sociosanitaria (UVSS) del Sector al que corresponda.

2.2 Pacientes a los que ya se les ha iniciado rehabilitación ambulatoria.

Pacientes a los que ya se les ha iniciado tratamiento rehabilitación de forma ambulatoria en Unidades de Rehabilitación de Hospital General o de Convalecencia y que son derivados a Atención Primaria para continuar en este nivel asistencial la prestación del tratamiento rehabilitador.

El **informe de derivación** deberá disponer de información relativa a la capacidad funcional y cognitiva del paciente que permita objetivar su evolución posterior en Atención Primaria. Será el médico especialista en Medicina Física y Rehabilitación que realice la derivación quien elabore el informe de derivación para el correspondiente Equipo de Atención Primaria.

Contenido mínimo de los informes de alta y de derivación

Información relativa a la situación funcional y cognitiva del paciente con mención expresa de las escalas de valoración utilizadas. Mínimamente, contendrán:

- Al menos se utilizarán las escalas de valoración funcional y cognitiva citadas anteriormente: Índice de Barthel para evaluar la capacidad funcional y el Test de Pfeiffer/Mini Examen Cognoscitivo de Lobo (MEC de Lobo) para evaluar la capacidad cognoscitiva.
- La evolución de la capacidad funcional y cognitiva del paciente (a través de las escalas citadas) durante el periodo de ingreso hospitalario o del tratamiento de rehabilitación ambulatorio: al ingreso o inicio del tratamiento y al alta o fin del tratamiento.
- Posibilidad o no de recuperación.
- Plan de rehabilitación a seguir, con indicación de sus objetivos (grado de recuperación funcional que se puede alcanzar), su marco temporal y su lugar de instauración.
- Necesidad o no de algún tipo de ayuda técnica y/o necesidad de adaptaciones en el domicilio del paciente.
- Necesidad o no de seguimiento por el médico especialista en Medicina Física y Rehabilitación que realice la derivación y, en caso afirmativo, su periodicidad.

En los pacientes a los que se les provea tratamiento de rehabilitación en régimen de internamiento en Hospitales Generales o de Convalecencia, o de forma ambulatoria en Hospitales de Día, se implantará de forma gradual y tras un periodo de formación en su utilización, el Functional Independence Measure (FIM).

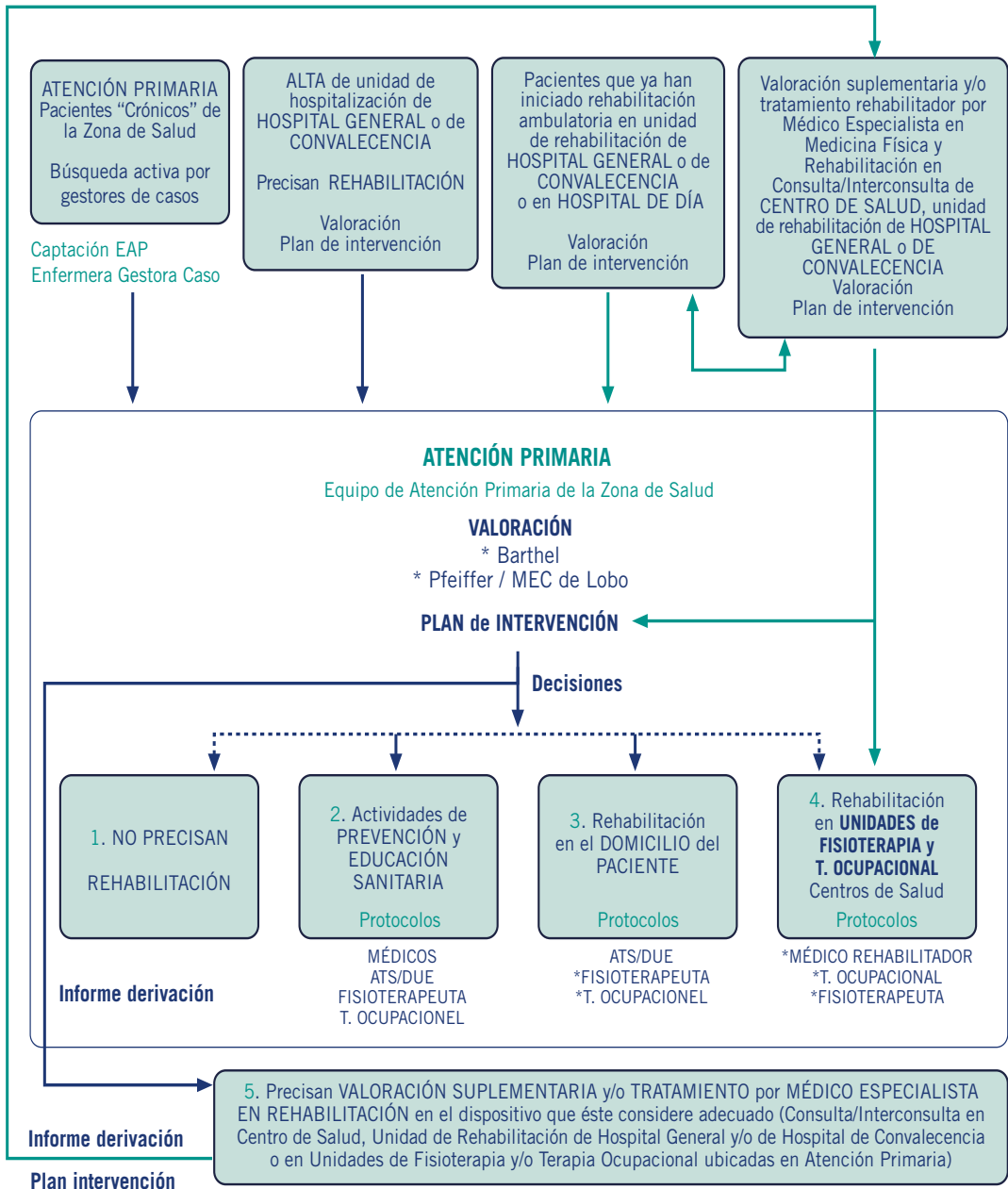
Otra información adicional de los informes de alta y de derivación

En función de la patología y características de los pacientes y de la capacidad de los centros y servicios, los informes de alta podrán contener información relativa a *otras* escalas de valoración específicas relevantes para el seguimiento clínico:

- Para actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD):
 - Índice de Lawton y Brody.
- Para valoración de la discapacidad:
 - Functional Independence Measure (FIM): motor y cognitivo.
- Para valoración de la marcha y el equilibrio:
 - Test de Tinetti.
- Para valoración de la calidad de vida:
 - Escala de Filadelfia.
 - Perfil de Salud de Nottingham.
 - SF 36.
 - Otras escalas de calidad de vida específicas.
- Para valoración articular:
 - Medición de amplitud articular.
 - Balances articular y muscular (Escala de Daniels).
- Para valoración cardiovascular:
 - Prueba de esfuerzo.
 - Holter.
 - Pulsioximetría.
- Para EPOC:
 - Prueba de Esfuerzo.
 - Espirometría.
 - Pulsioximetría.
 - Test de los 6 ó 12 minutos marcha.
 - Escala de disnea.
 - Presión Inspiratoria Máxima (PIM) y Presión Espiratoria Máxima (PEM).

- Para valoración del estado de ánimo:
 - Escala de depresión - ansiedad de Goldberg.
 - Escala de valoración de Depresión de Beck
 - Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage.
- Para la detección de ancianos de riesgo.
 - Cuestionario de Barber.

ALGORITMO DECISIONAL



ANEXO I

DISPOSITIVOS DE REHABILITACIÓN UBICADOS
EN ATENCIÓN PRIMARIA (CENTROS DE SALUD)

Unidad de Fisioterapia ubicada en Atención Primaria

INSTALACIONES

Sin barreras arquitectónicas: en planta de acceso al centro.

1. Sala de espera
2. Consulta de Fisioterapia. Se comunicará visual y físicamente con la sala de cinesiterapia.
3. Sala de fisioterapia
4. Vestuario pacientes
5. Aseo/ducha personal sanitario
6. Almacén

EQUIPAMIENTOS

1. Sala de espera: módulos de asientos, tablón de anuncios, percheros y papeleras.
2. Consulta de Fisioterapia: lavabo manos, mesa, sillón giratorio, dos sillas confidente, papelería, lámpara de mesa, perchero de pared, armario estantería, armario vitrina, archivador de historias clínicas, camilla, fonendoscopio, báscula con tallímetro, biombos, negatoscopio, cinta métrica, plomada, podoscopio, goniómetro, dinamómetro, martillo reflejos, juego de alzas de talón, medidor de flujos espiratorios (“peak flow meter”).
3. Sala de fisioterapia (polivalente): cinesiterapia/electroterapia/planificación familiar. Pueden existir boxes de electroterapia aislados.
 - MATERIAL FUNGIBLE: material desechable (sábanas de camillas, toallas de papel, etc), material terapéutico (cremas, esparadrapos, vendas elásticas, de escayola, etc).
 - MOBILIARIO: lavabo manos, sillas, taburetes giratorios, biombos, mesitas móviles, percheros, armarios estantería, pizarra, pantalla enrollable, reloj de pared y tablón de anuncios.
 - MATERIAL CLÍNICO: sillas de ruedas, mesas de tratamiento y masaje (camillas), camillas hidráulicas, colchonetas, andador, muletas, bastones, almohadas de media caña, almohadillas, rodillos, banco ejercicios miembros inferiores, bicicleta, cuadro de actividades vida diaria, escalera de dedos, espejo corrección con cuadrícula, panel de poleoterapia con material de poleoterapia (o jaula de Rocher), espaldera de dos cuerpos, juego cuñas posturales, paralelas, juego mancuernas, tobilleras lastradas, mesa de manos con pedal universal, bota Delorme, banco de ejercitación MIMII, plato de Böhler, tabla de Böhler, pelotas, palos de madera, balón medicinal, bandas de látex, muelle de Reader, plomada, polea doble de pared, rodillos facilitación, espejo móvil y basculante, cincha de brazos, cincha hamaca pierna brazo, cincha piernas, cincha pélvica, bolsas frío calor, nevera para bolsas de frío, TENS portátil, infrarrojos, ultrasonidos, corrientes de baja y/o media frecuencia, presoterapia, temporizadores, proyector de transparencias, radiocassette.
4. Vestuario pacientes.
5. Aseo/ducha personal sanitario
6. Almacén

Tabla 2 | Recursos propuestos de fisioterapia en Atención Primaria

| SECTOR | UNIDAD DE FISIOTERAPIA | POBLACIÓN | A. de ENFERMERIA | |
|---------------|---------------------------|------------------|------------------|---------------|
| | | | Nº | Ratio |
| HUESCA | Sabiñánigo | 12.973 | 1 | 12.973 |
| | Sariñena | 12.353 | 1,5 ¹ | 8.235 |
| | Jaca | 15.648 | 1 | 15.648 |
| | Pirineos | 60.272 | 2 | 30.136 |
| BARBASTRO | Fraga | 28.921 | 1 | 28.921 |
| | Graus | 11.296 | 1 | 11.296 |
| | Barbastro | 26.592 | 1 | 26.592 |
| | Binéfar | 19.562 | 1 | 19.562 |
| | Monzón | 19.419 | 1 | 19.419 |
| TERUEL | Utrillas | 9.457 | 1 | 9.457 |
| | Teruel | 56.803 | 2 | 28.402 |
| | Calamocha | 11.296 | 1 | 15.911 |
| ALCAÑIZ | Andorra | 22.034 | 1 | 22.034 |
| | Alcañiz | 35.040 | 1 | 35.040 |
| | Caspe | 16.442 | 1 | 16.442 |
| CALATAYUD | Calatayud | 45.987 | 2 | 22.994 |
| ZARAGOZA I | Actur Sur | 53.532 | 2 | 26.766 |
| | Actur Oeste ² | 11.739 | 1 | 11.739 |
| | Avd. Cataluña | 49.160 | 1 | 24.580 |
| | Zalfonada | 53.183 | 2 | 26.592 |
| ZARAGOZA II | San José Sur | 41.805 | 2 | 20.903 |
| | Romareda | 49.677 | 2 | 24.839 |
| | Las Fuentes Norte | 49.206 | 2 | 24.603 |
| | Sagasta-Ruiseñores | 60.424 | 2 | 30.212 |
| | Rebolería | 55.685 | 1 | 27.842 |
| | Independencia | 47.352 | 2 | 23.676 |
| | San Pablo | 46.119 | 2 | 23.060 |
| | Torrero-La Paz | 37.772 | 1 | 37.772 |
| ZARAGOZA III | Ejea de los Caballeros | 29.945 | 1 | 29.945 |
| | Delicias Sur | 69.573 | 2 | 34.787 |
| | Tarazona | 23.386 | 1 | 23.386 |
| | La Almunia de Dña. Godina | 32.027 | 1 | 32.027 |
| | Miralbueno-Garrapiniillos | 23.826 | 1 | 23.826 |
| | Univérsitas | 40.531 | 2 | 20.266 |
| | Casetas | 48.212 | 1 | 24.106 |
| ARAGÓN | 35 U. Fisioterapia | 1.231.864 | 51,5 | 23.920 |

1. Un fisioterapeuta trabaja a media jornada en el centro de salud de Grañén.

2. La población de la zona de salud de Actur Oeste no está asignada en estos momentos, ya que se establecerá a partir de la segregación de parte de las zonas de salud de Actur Norte y Actur Sur.

Unidad de Terapia Ocupacional de Centro de Salud

FUNCIONES / ACTIVIDADES

- Atención rehabilitadora a pacientes con discapacidad física en las Unidades de Terapia Ocupacional de Centro de Salud y en el domicilio de los enfermos.
- Apoyo y orientación a cuidadores.

En la Unidad de Terapia Ocupacional las intervenciones serán individuales (mínimo 30 minutos por paciente), a excepción de las escuelas monográficas.

En aquellos casos en los que la visita domiciliar sea necesaria para llevar a cabo la reeducación y enseñanza de actuaciones al paciente y los familiares, el Terapeuta Ocupacional se desplazará al domicilio del mismo.

No obstante, dado el ámbito geográfico de gran extensión de alguna de las Unidades Terapia Ocupacional, que hace difícil la accesibilidad de los pacientes a la misma, desde la Unidad se redactarán protocolos sobre “Pautas y Orientaciones para el Cuidador Principal” que serán entregados a los familiares cuando no sea posible el desplazamiento del terapeuta ocupacional al domicilio del paciente.

INSTALACIONES

Dispondrán, al menos, de:

- 1) Consulta del Terapeuta Ocupacional.
- 2) Sala de Terapia Ocupacional. En esta sala se habilitará un “espacio para tratamiento neuropsicológico y cognitivo”.
- 3) Apartamento terapéutico: para entrenamiento en las actividades de la vida diaria (AVD) y en la utilización de ayudas técnicas.

En una primera fase de implantación de estas Unidades y teniendo en cuenta el espacio existente en los Centros de salud en los que se ubican, compartirán espacio físico e instalaciones con otros servicios del Centro de Salud. De este modo, la consulta / despacho del terapeuta ocupacional estará compartida con otro profesional mientras que la sala de terapia ocupacional y el apartamento terapéutico compartirán espacio con otras instalaciones ya existentes:

- La Consulta / Despacho del Terapeuta Ocupacional podrá ubicarse en la consulta / despacho del fisioterapeuta de la Unidad de Fisioterapia o en la consulta / despacho polivalente del Centro de Salud.
- La Sala de Terapia Ocupacional podrá compartir espacio con la sala de cinesiterapia de la Unidad de Fisioterapia del Centro de Salud.
- Apartamento terapéutico: es fundamental para poner en práctica la promoción de la salud y la prevención de la discapacidad. Dada la escasez de espacio y las características de las actividades que en él se desarrollan, que permiten su programación, se podría emplear (en ausencia de mejor solución) un Office que exista en el Centro de Salud a modo de COCINA y cualquier baño del mismo para ensayar las AVD del ASEO. Para el DORMITORIO se podría preparar en la sala polivalente una cama articulada o, en su defecto, una colchoneta de grandes dimensiones, tipo Bobath.

EQUIPAMIENTO

1. Material compartido con otros servicios del Centro de Salud:

- Fotocopiadora.
- Aparato de música.

2. Material de la SALA DE TERAPIA OCUPACIONAL compartido con Sala de Cinesiterapia de Fisioterapia:

- Taburete graduable en altura y giratorios para el terapeuta.
- Sillas sin apoyabrazos para el paciente.
- Sillas con apoyabrazos.
- Sillas de ruedas (con accesorios).
- Balones medicinales de 1, 2, 3 y 4 kg.
- Balones normales.
- Picas de psicomotricidad.
- Espejo grande reclinable y marcado con cuadrantes, con ruedas.
- Lavabo o pila.
- Silla de ruedas eléctrica.
- Cuñas y rulos de Bobath.
- Colchonetas.
- Balones de gomaespuma.
- Pizarra veleda y rotuladores.

3. Material de la SALA DE TERAPIA OCUPACIONAL en espacio para TRATAMIENTO NEUROPSICOLÓGICO Y COGNITIVO.

- Material de papelería (folios, lápices, colores...)
- Cubos de Kohs y material complementario (modelos, láminas, cuadrículas...)
- Láminas de Bender y Benton y material complementario (fichas,...)
- Figura de Rey.
- Láminas de adiestramiento frontal.
- Cerillas.
- Laberintos.
- Figuras abstractas.
- Fichas de perceptivo – espacial, copia, memoria...
- Láminas de secuencias.
- Fichas de psicomotricidad.
- Fichas neurológico – evolutivo.
- Láminas de prescripción.
- Dibujos (con puntos, oculto para rellenar...)
- Fichas de González Mas.
- Fichas de Frostig.
- Cuadernos de ARCO.
- Espejo.
- Puzzles.
- Memory.
- Dominó táctil.
- Loto táctil.
- Multicubos y organicubos.
- Tangram.

- Reversi.
- Cubos para praxis constructiva.
- Batería LOTCA.
- Batería COTNAB.
- Puzzle de esquema corporal.
- Fotografías de rostros.
- Memo de fotos.
- Láminas de orientación espacial en el ámbito del hogar.
- Material complementario de los módulos denominados “Terapia Integrada de la Esquizofrenia”, más conocido por las siglas en inglés IPT, de Rotter. Es un método ideado para la rehabilitación cognitiva del paciente psicótico, consta de 5 módulos y cada uno a su vez consta de un material.
- Libros de ejercicios de rehabilitación cognitiva de Carmen García Sánchez y Armando Estévez González, editorial Lebon (Barcelona)
- Material de “Activemos la Mente”, editado por la Fundación LA CAIXA.
- Programa GRADIATOR de estimulación cognitiva por ordenador, distribuido por la fundación INTRAS.
- Material para actividades de musicoterapia (25 crotales, dos triángulos y 5 instrumentos de percusión, timbales o tambores)
- Programa de módulos de Liberman.
- Cuadernos de laminas de marquetería de adultos.
- Juegos de grupo (Trivial, Cifras y Letras, Escartegory...)
- Juegos de mesa, ajedrez, dominó, ...
- TALLER DE EXPRESIÓN PLÁSTICA: 10 botes de óleo, 100 botes de tempera, 5 kits de acuarelas, 30 botes de pintura de manos, 10 lapiceros de carboncillo, 10 difuminadores, 20 cuadernos de láminas de dibujo de 50 láminas cada cuaderno, 5 botes de pintura para pintar en tela y láminas de modelo.
- TALLER DE CESTERÍA: se compra por kilos y se utilizan normalmente dos grosores.
- TALLER DE MADERA: 10 arcos de marquetería, sierras, 40 paneles de madera y 3 cuadernos de laminas de marquetería de adultos.

4. APARTAMENTO TERAPÉUTICO.

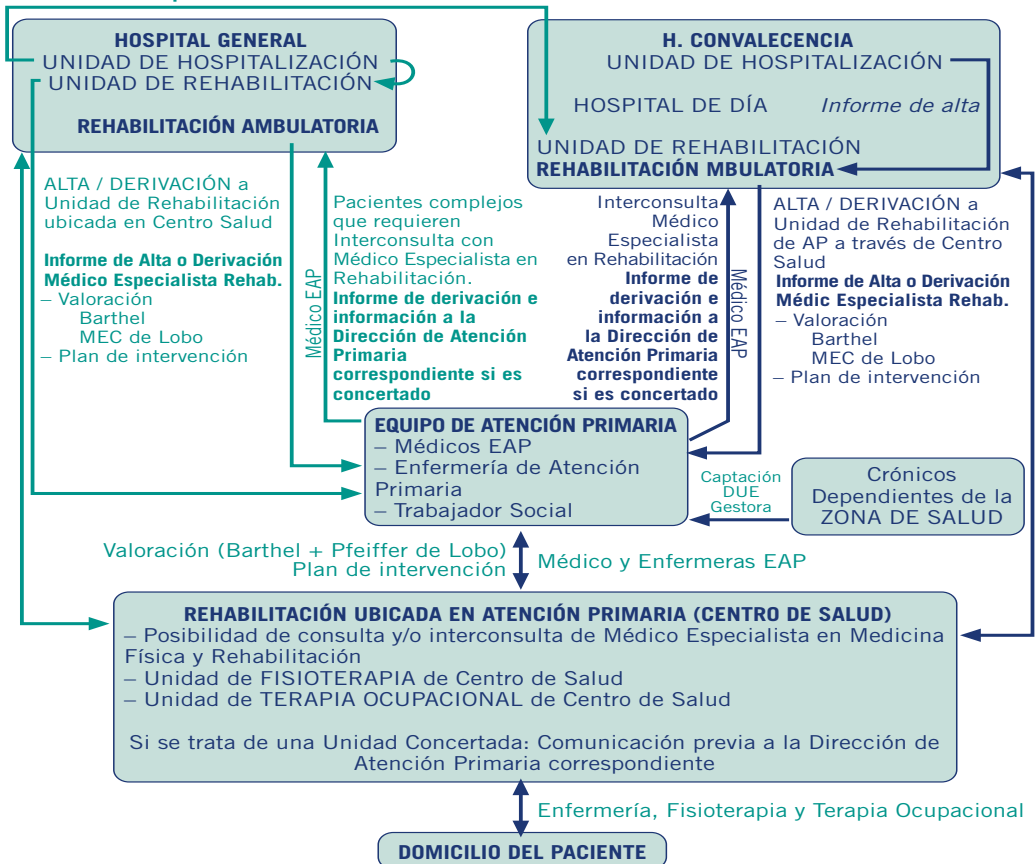
- Pinza alargadera.
- Manteles antideslizantes.
- Licornios.
- Acuatec.
- Tabla para bañera.
- Asiento interior de bañera.
- Férulas de muñeca y brazo.
- Tabla de preparación de alimentos.
- Adaptadores para mango de cubiertos (engrosadores)
- Adaptadores para cubiertos de cinchas.
- Soportes universales Rolyan.
- Accesorios de alimentación (cucharas, tenedores, cuchillos...)
- Accesorios de higiene (peine, cepillo de pelo, cepillo de dientes, afeitadoras...)
- Accesorios adicionales (abrochadores, varillas para mecanografía y volteador de páginas...)
- Cuchillos de preparación Rolyan.
- Soporte de mango de sartén.
- Dispositivo de giro contorneado.

- Soporte de frascos y botellas.
- Abridor de frascos y botellas, fijo en V.
- Abridor de frascos con mango y banda flexible.
- Abrochadores.
- Levantador de pierna.
- Vara de vestir.
- Calzadores metálicos de mango de 60 cm de largo.
- Cepillos de uñas con ventosa.
- Cortauñas con ventosa.
- Andador ajustable con altura y con ruedas.
- Útiles de baño, cocina y ropa de cama.
- Podium de Bobath.
- Cama eléctrica o colchoneta de grandes dimensiones, tipo Bobath.
- Ropa de cama.

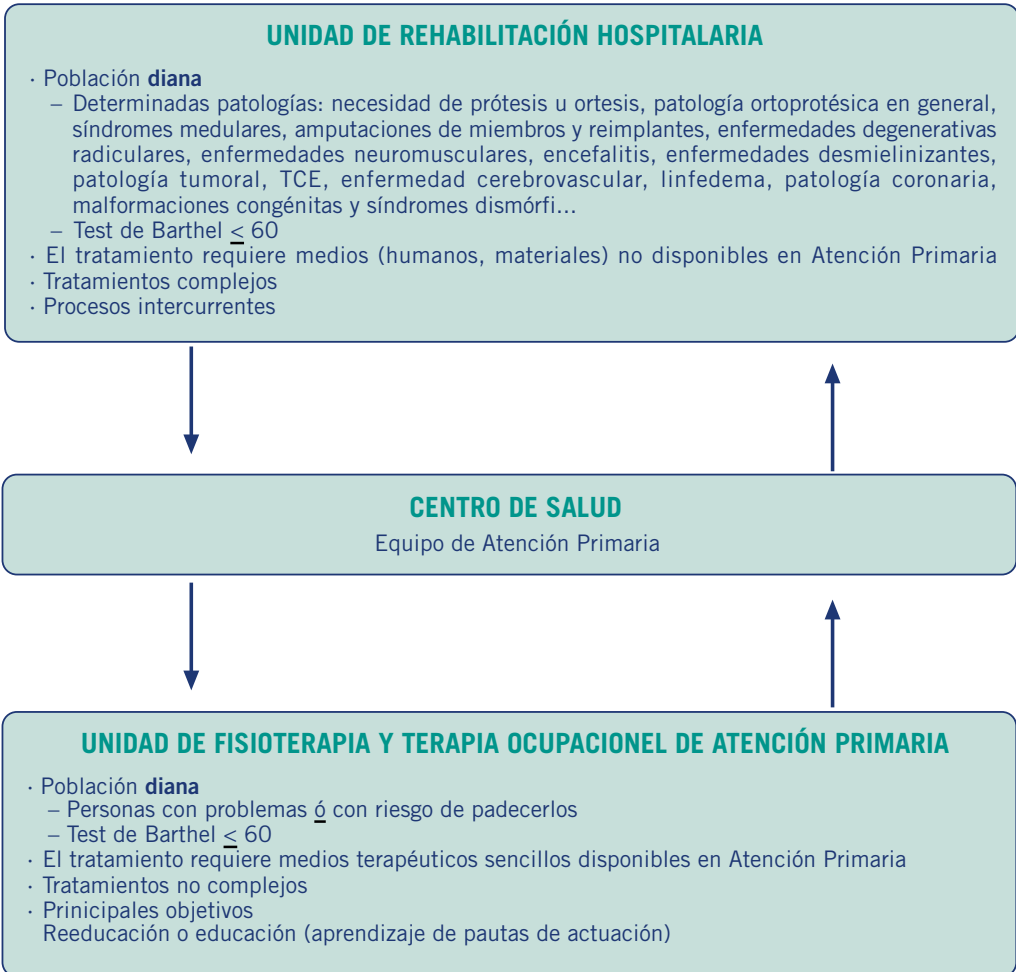
ANEXO II

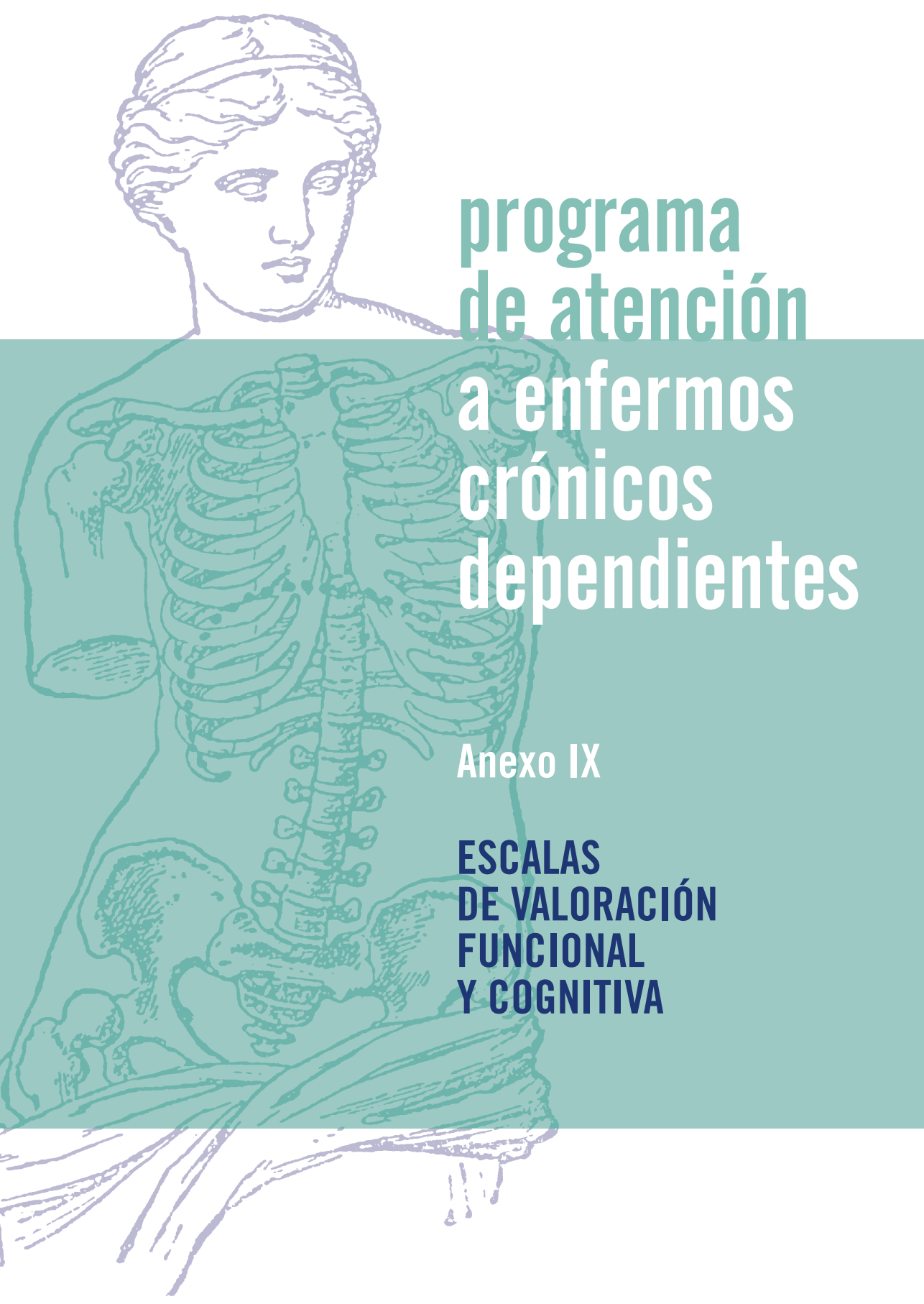
CIRCUITOS ASISTENCIALES Y FLUJOS DE DERIVACIÓN EN REHABILITACIÓN

Informe de derivación + Información a la Dirección de Atención Especializada si es H. Convalecencia



DERIVACIÓN DE PACIENTES CRÓNICOS CON DETERIORO FUNCIONAL RECUPERABLE ENTRE SERVICIOS DE REHABILITACIÓN HOSPITALARIOS Y UNIDADES DE FISIOTERAPIA / TERAPIA OCUPACIONAL UBICADAS EN ATENCIÓN PRIMARIA





**programa
de atención
a enfermos
crónicos
dependientes**

Anexo IX

**ESCALAS
DE VALORACIÓN
FUNCIONAL
Y COGNITIVA**

ÍNDICE

| | |
|--|-----|
| Escalas comunes de valoración | 313 |
| Cuestionario Barber | 314 |
| Cuestionario Zarit..... | 315 |
| Índice Barthel | 316 |
| Cuestionario de Pfeiffer | 323 |
| Mini examen Cognitivo de Lobo (MEC de Lobo) | 325 |
| Índice de Karnofsky | 328 |
| Escala Visual Analógica (EVA) del Dolor | 329 |
| Otras escalas de valoración..... | 330 |
| Functional Independence Measure (FIM) | 330 |
| Índice de Katz | 331 |
| Índice para las Actividades Intrumentales de la Vida Diaria de Lawton Brody | 337 |
| Mini Mental Test Examination de Folstein | 339 |
| Test de Tinetti para la marcha | 340 |
| Test de Tinetti para el equilibrio | 341 |
| Perfil de salud de Nottingham | 342 |
| Escala de Ambulación del Sistema de Conferencia y Evaluación del Pacientes (SCEP) | 347 |
| Escala de Depresión y Ansiedad de Goldberg (EADAC). Versión española GZEMPP | 348 |

ESCALAS COMUNES DE VALORACIÓN

1. Para la identificación de situaciones de dependencia y fragilidad del paciente se utilizará el CUESTIONARIO DE BARBER: para la detección de riesgo psicosocial que hacen al paciente más vulnerable ante problemas de salud.
2. Para la detección de sobrecarga del cuidador se utilizará el CUESTIONARIO DE ZARIT: el cuestionario de Zarit (entrevista de sobrecarga del cuidador) se realizará al cuidador habitual con el fin de detectar situaciones de sobrecarga que precisen la actuación de los servicios sociales
3. Para la valoración funcional física de los pacientes incluidos en el Programa se utilizará el ÍNDICE DE BARTHEL.
4. Para su valoración cognoscitiva:
 - Se utilizará el TEST DE PFEIFFER como herramienta de screening para la detección de trastorno cognitivo en pacientes en los que se sospecha que éste pueda existir. También en situaciones en las que, por tratarse de población muy anciana y/o inestable y/o analfabeta y/o con limitación sensorial, el MEC de Lobo es poco adecuado.
 - En aquellos pacientes en los que se obtenga una puntuación de más de 2 errores en el Test de Pfeiffer que pueda indicar la presencia de deterioro cognitivo, en los que este deterioro y su progresión no sean evidentes, es decir que mantengan una situación relativamente estable con respecto al mismo, se les aplicará el MINIEXAMEN COGNOSCITIVO DE LOBO (MEC DE LOBO) como escala específica de confirmación y de valoración del grado de su situación mental y cognoscitiva.
5. En el caso de pacientes inmovilizados y/o con enfermedad terminal se propone, además, el uso del ÍNDICE DE KARNOFSKY y de la ESCALA ANALÓGICA VISUAL DE MEDICIÓN DEL DOLOR si se detecta la presencia de este síntoma.

CUESTIONARIO DE BARBER IDENTIFICACIÓN DE SITUACIONES DE FRAGILIDAD

1. ¿ Vive solo?
2. ¿Se encuentra sin nadie a quien acudir si necesita ayuda?
3. ¿Hay más de dos días a la semana que no come caliente?
4. ¿Necesita de alguien que lo ayude a menudo?
5. ¿Le impide su salud salir a la calle?
6. ¿Tiene con frecuencia problemas de salud que le impidan valerse por sí mismo?
7. ¿Tiene dificultades con la vista para realizar sus labores habituales?
8. ¿Le supone mucha dificultad la conversación porque oye mal?
9. ¿Ha estado ingresado en el hospital en el último año?

Sólo una respuesta afirmativa sugiere la posibilidad de encontrarse ante un anciano de “alto riesgo”.

CUESTIONARIO DE ZARIT ENTREVISTA DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR

A continuación se presenta una lista de afirmaciones en las cuales se refleja cómo se sienten, a veces, las personas que cuidan a otra persona. Después de leer cada afirmación, debe indicar con qué frecuencia se siente Vd. así: nunca, raramente, algunas veces, bastante a menudo o casi siempre. A la hora de responder piense que no existen respuestas acertadas o equivocadas, sino tan sólo su experiencia.

0=Nunca 1=Rara vez 2=Algunas veces 3=Bastantes veces 4=Casi siempre

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1.- ¿Piensa que su familiar le pide más ayuda de la que realmente necesita? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2.- ¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para Vd.? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3.- ¿Se siente agotado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4.- ¿Siente vergüenza por la conducta de su familiar? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5.- ¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6.- ¿Piensa que el cuidar de su familiar afecta negativamente la relación que Vd. tiene con otros miembros de su familiar? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7.- ¿Tiene miedo por el futuro de su familiar? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8.- ¿Piensa que su familiar depende de Vd.? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9.- ¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10.- ¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar de su familiar? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11.- ¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a tener que cuidar de su familiar? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12.- ¿Piensa que su vida social se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar de su familiar? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13.- ¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido a tener que cuidar de su familiar? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 14.- ¿Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que le puede cuidar? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 15.- ¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar, además de su otros gastos? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 16.- ¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 17.- ¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 18.- ¿Desearía poder dejar el cuidado de su familiar a otra persona? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 19.- ¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 20.- ¿Piensa que debería hacer más por su familiar? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 21.- ¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 22.- Globalmente, ¿Qué grado de "carga" experimenta por el hecho de cuidar a su familiar? | 1 | 2 | 3 | 4 |

- El cuestionario de Zarit se realizará al cuidador familiar habitual con el fin de detectar situaciones de sobrecarga que precisen la actuación de los servicios sociales.
- Consta de 22 ítems que evalúan las repercusiones negativas sobre determinadas áreas de la vida asociadas a la prestación de cuidados.
- La puntuación total es el resultado de la suma de las puntuaciones de los 22 ítems y tiene un rango que va desde 0 a 88. Para cada ítem se utiliza una escala de cinco valores que oscilan entre 0 (nunca) y 4 (casi siempre). Los puntos de corte propuestos por los autores de la adaptación y validación en español son:
 - No sobrecarga: 0-46
 - Sobrecarga leve: 47-55
 - Sobrecarga intensa: 56-88

ÍNDICE DE BARTHEL

TEST DE BARTHEL: ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA

La recogida de información se realizará a través de la observación directa y/o entrevista al paciente o, de su cuidador habitual, si su capacidad cognitiva no lo permite. La puntuación total se calculará sumando la puntuación elegida para cada una de las actividades básicas.

| | | |
|--|---|--------------------|
| ALIMENTACIÓN | <ul style="list-style-type: none"> – Es capaz de utilizar cualquier instrumento, pelar, cortar, desmenuzar (la comida se le puede poner a su alcance). – Necesita ayuda. – Necesita ser alimentado. | 10 5 0 |
| BAÑO | <ul style="list-style-type: none"> – Es capaz de lavarse entero solo, incluyendo entrar y salir de la bañera. – Necesita cualquier ayuda. | 5 0 |
| VESTIDO | <ul style="list-style-type: none"> – Es INDEPENDIENTE: capaz de quitar y ponerse ropa, se abrocha botones, cremalleras, se ata zapatos... – NECESITA AYUDA, pero hace buena parte de las tareas habitualmente. – DEPENDIENTE: necesita mucha ayuda. | 10 5 0 |
| ASEO | <ul style="list-style-type: none"> – INDEPENDIENTE: se lava la cara y las manos, se peina, se afeita, se lava los dientes, se maquilla... – NECESITA ALGUNA AYUDA. | 5 0 |
| USO DE RETRETE | <ul style="list-style-type: none"> – Es INDEPENDIENTE: entra y sale del retrete, puede utilizarlo solo, se sienta, se limpia, se pone la ropa. Puede usar ayudas técnicas. – NECESITA AYUDA para ir al WC, pero se limpia solo. – DEPENDIENTE: incapaz de manejarse sin asistencia. | 10 5 0 |
| DEFECACIÓN | <ul style="list-style-type: none"> – Es CONTINENTE e INDEPENDIENTE: usa solo el supositorio o el enema. – Tiene ALGUNA DEFECACIÓN NO CONTROLADA: ocasionalmente algún episodio de incontinencia o necesita ayuda para administrarse supositorios o enemas. – INCONTINENTE o necesita que le suministren el enema.. | 10 5 0 |
| MICCIÓN | <ul style="list-style-type: none"> – Es CONTINENTE o es capaz de cuidarse la sonda. – Tiene ESCAPE OCASIONAL: máximo un episodio de incontinencia en 24 horas. Necesita ayuda para cuidarse la sonda. – INCONTINENTE. | 10 5 0 |
| DEAMBULACIÓN | <ul style="list-style-type: none"> – Es INDEPENDIENTE: camina solo 50 metros. – NECESITA AYUDA o supervisión física o verbal, para caminar 50 metros. – INDEPENDIENTE EN SILLA DE RUEDAS, sin ayuda 50 metros. Capaz de girar esquinas. – DEPENDIENTE: incapaz de manejarse sin asistencia. | 15 10 5 0 |
| SUBIR Y BAJAR ESCALERAS | <ul style="list-style-type: none"> – Es INDEPENDIENTE. Sube y baja solo. Puede barandilla o bastones. – NECESITA AYUDA física o verbal. – INCAPAZ de manejarse sin asistencia. | 10 5 0 |
| TRANSFERENCIA (Trasladarse de la silla a la cama o viceversa) | <ul style="list-style-type: none"> – Es INDEPENDIENTE. – NECESITA MÍNIMA o POCA AYUDA (un poco de ayuda física o presencia y supervisión verbal). – NECESITA MUCHA AYUDA (una persona entrenada o dos personas), pero se puede permanecer sentado sin ayuda. – Es INCAPAZ, no se mantiene sentado. | 15 10 5 0 |
| | TOTAL | |

| VALORACIÓN DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL | |
|--|--|
| INDICE BARTHEL | <p>DESCRIPCIÓN</p> <p>Escala que permite valorar la autonomía de la persona para realizar las actividades básicas e imprescindibles de la vida diaria tales como comer, lavarse, vestirse, arreglarse, trasladarse del sillón o silla de ruedas a la cama, subir y bajar escaleras, etc.</p> |
| | <p>FORMA DE ADMINISTRACIÓN</p> <p>La recogida de información es a través de la información directa y/o interrogatorio del paciente o, si su capacidad cognitiva no lo permite, de su cuidador o familiares.</p> |
| | <p>POBLACIÓN DIANA</p> <p>Puede ser administrado a cualquier persona que requiera de una valoración de su capacidad funcional, pero se recomienda en especial a los pacientes en rehabilitación física y a los pacientes con patología cerebro-vascular aguda.</p> |
| | <p>ARGUMENTOS PARA SU SELECCIÓN</p> <ul style="list-style-type: none"> • Escala de valoración ampliamente utilizada por los profesionales, en particular de Atención Primaria, del Sistema de Salud de Aragón. • Existe una amplia experiencia en la utilización de esta escala tanto en nuestro país como en otros del entorno. • Es una escala sencilla de administrar. • Escala validada en nuestro país. • Es sensible a la detección de cambios pequeños en la situación funcional del paciente, lo que la hace especialmente interesante en el seguimiento de la evolución del estado funcional del mismo. |
| | <p>VALORACIÓN</p> <ul style="list-style-type: none"> • Esta escala se debe realizar para valorar dos situaciones: <ul style="list-style-type: none"> – La situación actual del paciente. – La situación basal, es decir, la situación previa al proceso que nos ocupa. • La valoración se realiza según puntuación en una escala de 0 a 100 (dependencia absoluta e independencia, respectivamente): <ul style="list-style-type: none"> – < 20 dependencia total – 20-35 dependencia grave – 40-55 dependencia moderada – 60 dependencia leve – 100 independiente (90 si va en silla de ruedas) • El valor predictivo de los puntos de corte esta basado en el potencial de rehabilitación y capacidad de recuperar la independencia. • 90 es la puntuación máxima si el paciente va en silla de ruedas. • También permite puntuaciones parciales de cada actividad, a conocer las deficiencias específicas de cada persona... |
| <p>TIEMPO DE ADMINISTRACIÓN</p> <p>Su administración es rápida, ya que tan solo requiere de unos cinco minutos.</p> | |

ÍNDICE DE BARTHEL

En la situación en la que se encuentra, dígame qué cosas es capaz de hacer.

ALIMENTACIÓN

- 10 puntos si es capaz de utilizar cualquier instrumento, pelar, cortar, desmenuzar (la comida se le puede poner a su alcance).
- 5 puntos si necesita ayuda.
- 0 puntos si necesita ser alimentado.

BAÑO

- 5 puntos si es capaz de lavarse entero solo, incluyendo entrar y salir de la bañera.
- 0 puntos si necesita cualquier ayuda.

VESTIDO

- 10 puntos si es INDEPENDIENTE: capaz de quitar y ponerse ropa, se abrocha botones, cremalleras, se ata zapatos...
- 5 puntos si NECESITA AYUDA, pero hace buena parte de las tareas habitualmente.
- 0 puntos DEPENDIENTE: necesita mucha ayuda.

ASEO

- 5 puntos INDEPENDIENTE: se lava la cara y las manos, se peina, se afeita, se lava los dientes, se maquilla...
- 0 puntos si NECESITA ALGUNA AYUDA.

USO DE RETRETE

- 10 puntos si es INDEPENDIENTE: entra y sale del retrete, puede utilizarlo solo, se sienta, se limpia, se pone la ropa. Puede usar ayudas técnicas.
- 5 puntos si NECESITA AYUDA para ir al WC, pero se limpia solo.
- 0 puntos DEPENDIENTE: incapaz de manejarse sin asistencia.

DEFECACIÓN

- 10 puntos si es CONTINENTE e INDEPENDIENTE: usa solo el supositorio o el enema.
- 5 puntos si tiene ALGUNA DEFECACIÓN NO CONTROLADA: ocasionalmente algún episodio de incontinencia o necesita ayuda para administrarse supositorios o enemas.
- 0 puntos INCONTINENTE o necesita que le suministren el enema.

MICCIÓN

- 10 puntos si es CONTINENTE o es capaz de cuidarse la sonda.
- 5 puntos si tiene ESCAPE OCASIONAL: máximo un episodio de incontinencia en 24 horas. Necesita ayuda para cuidarse la sonda.
- 0 puntos INCONTINENTE.

DEAMBULACIÓN

- 15 puntos si es INDEPENDIENTE: camina solo más de 50 metros. En caso de precisar ayudas técnicas las maneja de forma independiente.
- 10 puntos si NECESITA AYUDA o supervisión física o verbal, para caminar 50 metros.
- 5 puntos INDEPENDIENTE EN SILLA DE RUEDAS, sin ayuda 50 metros. Capaz de girar esquinas.
- 0 puntos DEPENDIENTE: incapaz de manejarse sin asistencia.

SUBIR Y BAJAR ESCALERAS

- 10 puntos si es INDEPENDIENTE. Sube y baja solo. Puede barandilla o bastones.
- 5 puntos si NECESITA AYUDA física o verbal.
- 0 puntos: INCAPAZ de manejarse sin asistencia.

TRANSFERENCIA (TRASLADO ENTRE SILLA y CAMA o VICEVERSA)

- 15 puntos si es INDEPENDIENTE.
- 10 puntos si NECESITA MÍNIMA o POCA AYUDA (un poco de ayuda física o presencia y supervisión verbal).
- 5 puntos si NECESITA MUCHA AYUDA (una persona entrenada o dos personas), pero es capaz de permanecer sentado sin ayuda.
- 0 puntos si es INCAPAZ, no se mantiene sentado.

DESCRIPCIÓN

El índice de Barthel fue publicado en 1.965 por Mahoney y Barthel^{1,2} tras diez años de experiencia en su uso para valorar y monitorizar los progresos en la independencia en el autocuidado de pacientes con patología neuromuscular y/o musculoesquelética ingresados en hospitales de crónicos de Maryland.

Aunque su uso está menos generalizado que el índice de Katz, es preferido por la mayoría de los autores británicos y recomendado por la British Geriatrics Society^{3,7} para evaluar las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) en pacientes ancianos. Por otra parte, es la escala más utilizada internacionalmente para la valoración funcional de pacientes con patología cerebrovascular aguda y sus complicaciones como la demencia vascular^{3,4}. Su aplicación es especialmente útil en unidades de rehabilitación.

No disponemos de validación de la escala en nuestro medio. En nuestro país, la versión de Baztán y cols⁷ ha contribuido sustancialmente a su difusión y uso (existe otra versión en castellano de Valverde y cols).

Es una escala heteroadministrada. El tiempo de cumplimentación es aproximadamente de 5 minutos, y la recogida de información es a través de observación directa y/o interrogatorio del paciente o, si su capacidad cognitiva no lo permite, de su cuidador o familiares.

Evalúa 10 ABVD^{2,3,5-11}: comer, lavarse, vestirse, arreglarse, deposición, micción, ir al retrete, trasladarse sillón-cama, deambulación, subir y bajar escaleras; dando más importancia que el índice de Katz a la puntuación de los ítems relacionados con el control de esfínteres y la movilidad.

En cuanto a sus cualidades psicométricas^{3,4,7,11}, tiene una alta validez concurrente con el índice de Katz¹² y gran validez predictiva de mortalidad, estancia e ingresos hospitalarios, beneficio funcional en unidades de rehabilitación, del resultado funcional final, de la capacidad para seguir viviendo en la comunidad y de la vuelta a la vida laboral. Su reproducibilidad es excelente, con coeficientes de correlación kappa ponderado de 0.98 intraobservador y mayores de 0.88 interobservador.

Recientemente se ha comprobado que el índice de Barthel obtenido de un cuestionario cumplimentado por el propio paciente tiene una alta correlación con los datos obtenidos de la entrevista a su cuidador.

INTERPRETACION

Desarrollado en su origen en la rehabilitación de patología neuromuscular, cada ítem puntúa de forma ponderada según la relevancia que los autores otorgaron a cada actividad²⁻¹². Por ejemplo, la máxima puntuación otorgada al ítem del baño es 5, mientras que para la deambulación la puntuación máxima es 15. Sus autores pensaron que la independencia en la deambulación era más importante para el conjunto de la independencia como un todo que la independencia en el baño. Esta propiedad del índice de Barthel permite que la suma de las puntuaciones obtenidas en los diferentes ítems pueda representar la dependencia funcional de un individuo, lo que no ocurre con otras escalas donde todos los ítems tiene igual “peso específico”.

La puntuación total varía entre 0 y 100 (90 para pacientes limitados en silla de ruedas). No es una escala continua, lo cual significa que una variación de 5 puntos en la zona alta de puntuación (más cercana a la independencia) no es semejante al mismo cambio en la zona baja (más cerca de la dependencia).

Para una mejor interpretación^{3,7,11}, sus resultados globales se han agrupado en cuatro categorías de dependencia:

1. Total < 20
2. Grave = 20-35
3. Moderada = 40-55, y
4. Leve \geq 60

Estos grupos están basados en resultados obtenidos en diferentes estudios sobre el valor predictivo de estos punto de corte en el potencial de rehabilitación y capacidad de recuperar la independencia de estos pacientes. Una variante reciente del índice de Barthel⁴ establece una puntuación global de 0-20, lo cual podría conferirle mayor sensibilidad estadística.

En un estudio publicado en nuestro país se han detectado pequeñas diferencias en las distintas traducciones: en primer lugar, en cuanto al orden de los diferentes ítems (por ejemplo, preguntar cuestiones “delicadas” sobre continencia de esfínteres, antes que sobre la deambulación, podría generar cierto rechazo del entrevistado, esto es, alterar la validez aparente) y, en segundo lugar, diferencias en la traducción al castellano de los diferentes ítems. Estas diferencias pueden provocar que un mismo sujeto puntúe distinto en las distintas versiones, y existirían errores al comparar muestras de pacientes valorados con ellas. Por todo ello, el índice de Barthel, así como otros instrumentos de valoración en Geriátría, deberían someterse a la correspondiente adaptación transcultural (mínima en las ABVD) y posterior validación al castellano, evitando versiones de traducción libre.

Otras limitaciones de la escala^{3-5, 9-11} son las derivadas de la metodología en la recogida de información, ámbito de utilización del instrumento (ancianos institucionalizados) y número de actividades evaluadas (así como, composición de estas actividades por diferentes elementos que pueden alterarse).

PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS

Fiabilidad:

Su reproducibilidad es excelente, con coeficientes de correlación kappa ponderado de 0.98 intraobservador y mayores de 0.88 interobservador.

Validez:

Ha mostrado tener una alta validez concurrente con el índice de Katz¹² y gran validez predictiva de mortalidad, estancia e ingresos hospitalarios, beneficio funcional en unidades de rehabilitación, del resultado funcional final, de la capacidad para seguir viviendo en la comunidad y de la vuelta a la vida laboral.

Recientemente se ha comprobado que el índice de Barthel obtenido de un cuestionario cumplimentado por el propio paciente tiene una alta correlación con los datos obtenidos de la entrevista a su cuidador.

BIBLIOGRAFÍA**Original:**

Mahoney, F.I., Barthel, D.W. "Functional evaluation: the Barthel Index". *Md State Med*, 1965; 14: 61-5.

Documentación:

Mahoney, F.I., Barthel, D.W. "Functional evaluation: the Barthel Index". *Md State Med*, 1965; 14: 61-5.

Mahoney, F.I., Wood, O.H., Barthel, D.W. "Rehabilitation of chronically ill patients: the influence of complications on the final goal". *South Med J*, 1958; 51: 605-9.

Baztán, J.J., Pérez del Molino, J., Alarcón, T., San Cristobal, E., Izquierdo, G., Manzarbeitia, J. "Índice de Barthel: instrumento válido para la valoración funcional de pacientes con enfermedad cerebrovascular". *Rev Esp Geriatr Gerontol*, 1993; 28: 32-40.

"The Barthel Index". En: Mc Dowell I and Newel C. *A guide to rating scales and questionnaires*. Second edition, 1996. Oxford University Press, Inc.: 56-63.

Baztán, J.J., González, J.I., Del Ser, T. *Escalas de actividades de la vida diaria*. En: Del Ser, T., Peña-Casanova, J., *Evaluación neuropsicológica y funcional de la demencia*. Barcelona, 1994. J. R. Prous Editores: 137-64.

Kane, R.A., Kane, R.L. *Assessing the elderly. A practical guide to measurement*. Lexington, Lexington Books, 1981.

Traducción al castellano: Kane, R.A., Kane, R.L. *Evaluación de las necesidades en los ancianos*. Barcelona, 1993. Fundación Caja Madrid, SG Editores: 39-67.

Valderrama, E., Pérez Del Molino, J. "Una visión crítica de las escalas de valoración funcional traducidas al castellano". *Rev Esp Geriatr Gerontol*, 1997; 32 (5): 297-306.

Rush, A.J., Pincus, H.A., First, M.B., Blacker, D., Endicott, J., Keith, S.J., Phillips, K.A., Ryan, N.D., Smith, G.R., Tsuang, M.T., Widiger, J.A., Zarin, D.A. (*Task Force for the Handbook Psychiatric Measures*). *Handbook of Psychiatric Measures*. Washington DC, American Psychiatric Association, 2000.

Adicional:

- 1.- Mahoney, F.I., Barthel, D.W. "Functional evaluation: the Barthel Index". *Md State Med*, 1965; 14: 61-5.
- 2.- Mahoney, F.I., Wood, O.H., Barthel, D.W. "Rehabilitation of chronically ill patients: the influence of complications on the final goal". *South Med J*, 1958; 51: 605-9.

- 3.- Baztán, J.J., Pérez del Molino, J., Alarcón, T., San Cristobal, E., Izquierdo, G., Manzarbeitia, J. "Índice de Barthel: instrumento válido para la valoración funcional de pacientes con enfermedad cerebrovascular". *Rev Esp Geriatr Gerontol*, 1993; 28: 32-40.
- 4.- Bertrán, J., Pasarín, A. "La escala de Barthel en la valoración funcional de los ancianos". *Rev Esp Geriatr Gerontol*, 1992; 27(8): 135.
- 5.- "The Barthel Index". En: *Mc Dowell I and Newel C. A guide to rating scales and questionnaires*. Second edition, 1996. Oxford University Press, Inc.: 56-63.
- 6.- "Activities of daily living". En: Burus, A., Lawlor, B., Craig, S. *Assessment Scales in Old Age Psychiatry*. 1999, Martin Dunitz Ltd.: 132.
- 7.- Baztán, J.J., González, J.I., Del Ser, T. "Escala de actividades de la vida diaria". En: Del Ser, T., Peña-Casanova, J. *Evaluación neuropsicológica y funcional de la demencia*. Barcelona, 1994. J. R. Prous Editores: 137-64.
- 8.- De La Serna, I. "Exploración en psicogeriatría". En: *Anual de Psicogeriatría Clínica*. Barcelona, 2000. Masson S.A.
- 9.- "Evaluación funcional del anciano". En: Ribera, J.M., Cruz, A.J. *Geriatría en Atención Primaria*. J. Urianch & Cía. Barcelona, 1997. 2ª edición: 17-22.
- 10.- "Evaluación de las actividades de la vida diaria". En: Montorio, I. *La persona mayor. Guía aplicada de evaluación psicológica*. Madrid, 1994. Ministerio de Asuntos Sociales e INSERSO: 43-69.
- 11.- Kane, R.A., Kane, R.L. *Assessing the elderly. A practical guide to measurement*. Lexington, Lexington Books, 1.981.
- 12.- Madruga, F., Castellote, F.J., Serrano, F., Pizarro, A., Luengo, C., Jiménez, E.F. "Índice de Katz y escala de Barthel como indicadores de respuesta funcional en el anciano". *Rev Esp Geriatr Gerontol*, 1992; 27(8): 130.
- 13.- Valderrama, E., Pérez Del Molino, J. "Una visión crítica de las escalas de valoración funcional traducidas al castellano". *Rev Esp Geriatr Gerontol*, 1997; 32 (5): 297-306.
- 14.- Regalado, P.J., Valero, C., González, J.I., Salgado, A. "Las escalas de la Cruz Roja veinticinco años después: estudio de su validez en un servicio de Geriatría". *Rev Esp Geriatr Gerontol*, 1997; 32 (2): 93-9.
- 15.- Pérez del Molino, J., Valderrama, E., Conejo, A. "Cuestiones sobre la utilidad, simplicidad y validez de las escalas de Cruz Roja". *Rev Esp Geriatr Gerontol*, 1997; 32 (5): 307-9.
- 16.- González, J.I., Rodríguez, C., Diestro, P., Casado, M.T., Vallejo, M.I., Calvo, M.J. "Valoración funcional: comparación de la escala de Cruz Roja con el índice de Katz". *Rev Esp Geriatr Gerontol*, 1991; 26(3): 197-202.
- 17.- Alarcón, M.T., González, E., Santolaria, F. "Estado nutricional, deterioro funcional y mortalidad a medio plazo de ancianos institucionalizados". *Rev Esp Geriatr Gerontol*, 1991; 26: 177-86.
- 18.- Lokk, J., Arnetz, Bengt, Theoreel, T. "Impacto de un programa experimental sobre el comportamiento y las actividades de la vida diaria de un centro de atención de día para incapacidad crónica". *Rev Gerontol*, 1992; 2: 24-9.
- 19.- Sánchez, P., Gómez, N., Carbó, I. "Atención geriátrica en hospital de agudos. Rol de las unidades funcionales interdisciplinarias sociosanitarias (UFISS) de Geriatría". *Rev Esp Geriatr Gerontol*, 1994; 29; 219-24.

CUESTIONARIO DE PFEIFFER

| | |
|--|--|
| ¿Qué día es hoy? (Mes, día, año) | |
| ¿Qué día de la semana es hoy? | |
| ¿Cómo se llama este sitio? | |
| ¿En qué mes estamos? | |
| ¿Cuál es su número de teléfono? (Si no hay teléfono,dirección de la calle) | |
| ¿Cuántos años tiene usted? | |
| ¿Cuándo nació usted? | |
| ¿Quién es el actual presidente (del País)? | |
| ¿Quién fué el presidente antes que él? | |
| Dígame el primer apellido de su madre | |
| Empezando en 20 vaya restando de 3 en 3 sucesivamente | |
| TOTAL DE ERRORES | |

Puntúan los errores, 1 punto por error. Una puntuación igual o superior a tres indica deterioro cognitivo. En ese caso, deben valorarse criterios de demencia.

- Puntuación máxima: 8 errores
- 0-2 errores: normal
- 3-4 errores: leve deterioro cognitivo
- 5-7 errores: moderado deterioro cognitivo, patológico
- 8-10 errores: importante deterioro cognitivo

Si el nivel educativo es bajo (estudios elementales) se admite un error más para cada categoría.
Si el nivel educativo es alto (universitario), se admite un nivel menos.

| VALORACIÓN DEL ESTADO COGNITIVO | |
|--|--|
| SHORT PORTABLE MENTAL STATUS QUESTIONNAIRE (SPMSQ) DE PFEIFFER | <p>DESCRIPCIÓN</p> <p>Cuestionario que detecta la existencia y el grado de deterioro cognitivo. Este cuestionario explora la memoria a corto y largo plazo, la orientación, la información sobre los hechos cotidianos y la capacidad de cálculo.</p> |
| | <p>FORMA DE ADMINISTRACIÓN</p> <p>La recogida de información es a través de un cuestionario heteroadministrado.</p> |
| | <p>POBLACIÓN DIANA</p> <p>Puede ser administrado a cualquier persona que requiera de una valoración de su capacidad mental.</p> |
| | <p>ARGUMENTOS PARA SU SELECCIÓN</p> <ul style="list-style-type: none"> • Escala validada en nuestro país. • Escala de valoración ampliamente utilizada por los profesionales del Sistema de Salud de Aragón. • Existe una amplia experiencia en la utilización de esta escala tanto en nuestro país como en otros del entorno. • Es una escala sencilla de administrar. • Tiene una sensibilidad próxima al 70% y una especificidad muy alta del 95%. |
| | <p>VALORACIÓN</p> <ul style="list-style-type: none"> • En el caso de pacientes hospitalizados, esta escala debe realizarse: <ul style="list-style-type: none"> – En las primeras 72 horas tras el ingreso. – Al alta del paciente. • Se evalúa en función de los errores: <ul style="list-style-type: none"> – 0-2 normal – 3-4 deterioro cognitivo leve – 5-7 deterioro cognitivo moderado – 8-10 deterioro cognitivo severo. • En esta escala es importante tener en cuenta el nivel educativo de la persona. <ul style="list-style-type: none"> – Nivel educativo bajo (estudios elementales): se admite un error más para cada categoría. – Nivel educativo alto (estudios universitarios): se admite un error menos para cada categoría. |
| <p>TIEMPO DE ADMINISTRACIÓN</p> <p>Su administración es rápida, ya que tan solo requiere de unos cinco minutos.</p> | |

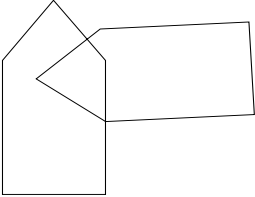
MINI EXAMEN COGNOSCITIVO DE LOBO, MEC

| ORIENTACIÓN | Puntos |
|-----------------------------------|--------|
| ¿En qué día de la semana estamos? | 1 |
| ¿Qué día (nº) es hoy? | 1 |
| ¿En qué mes estamos? | 1 |
| ¿En qué estación del año estamos? | 1 |
| ¿En qué año estamos? | 1 |
| ¿Dónde estamos? | 1 |
| Provincia | 1 |
| País | 1 |
| Ciudad o pueblo | 1 |
| Lugar, centro | 1 |
| Planta, piso | 1 |

| CONCENTRACIÓN Y CÁLCULO | Puntos |
|---|--------|
| Repita estas tres palabras: peseta – caballo- manzana Repetirlas hasta que las aprenda | 3 |

| CONCENTRACIÓN Y CÁLCULO | Puntos |
|---|--------|
| Si tiene 30 pesetas y me las va dando de 3 en 3, ¿cuántas le van quedando?. Hasta 5 | 5 |
| Repita 5-9-2. Hasta que los aprenda. Ahora hacia atrás | 3 |

| MEMORIA | Puntos |
|--|--------|
| ¿Recuerda las tres palabras (objetos) que le he dicho antes? | 3 |

| LENGUAJE Y CONSTRUCCIÓN | Puntos |
|---|--------|
| Señalar un bolígrafo y que el paciente lo nombre. Repetirlo con el reloj. | 2 |
| Que repita: “En un trigal había cinco perros” | 1 |
| “Una manzana y una pera son frutas, ¿verdad?” ¿Qué son el rojo y el verde? | 1 |
| ¿Qué son un perro y un gato? | 1 |
| Coja este papel con su mano derecha, dóblelo por la mitad y póngalo en la mesa | 3 |
| “Lea esto, haga lo que dice: CIERRE LOS OJOS” | 1 |
| “Escriba una frase cualquiera” | 1 |
| <p>Copie este dibujo.</p>  | |

Valoración

35 puntos máximo. 30-35: normal. De 24-29 puntos: borderline. Por debajo de 24 puntos en mayores de 65 años sugiere deterioro cognitivo. Por debajo de 29 puntos en \leq de 65 años sugiere deterioro cognitivo.

| VALORACIÓN DEL ESTADO COGNITIVO MENTAL | |
|--|--|
| MINIMENTAL TEST. MINI EXAMEN COGNOSCITIVO DE LOBO (MEC) | <p>DESCRIPCIÓN</p> <p>Deriva del Mini-Mental State Examination de Folstein (MNSE) y ha sido adaptado y validado por Lobo en nuestro país en 1979. Es un test cognitivo breve para el estudio de las capacidades cognitivas.</p> |
| | <p>FORMA DE ADMINISTRACIÓN</p> <p>La recogida de información es a través de un cuestionario heteroadministrado.</p> |
| | <p>POBLACIÓN DIANA</p> <p>Puede ser administrado a cualquier persona que requiera de una valoración cognitiva.</p> |
| | <p>ARGUMENTOS PARA SU SELECCIÓN</p> <ul style="list-style-type: none"> • Existe una amplia experiencia en la utilización de esta escala en nuestro país. • Su uso repetido es útil para caracterizar la evolución clínica del paciente. • La sensibilidad de esta escala es muy alta, del 85-90%; su especificidad es más reducida, del 69%. |
| | <p>VALORACIÓN</p> <ul style="list-style-type: none"> • Puntuación máxima es de 35. • Dispone de dos puntos de corte en función de la edad del paciente: <ul style="list-style-type: none"> – Adultos no geriátricos: 28 puntos – Mayores de 65 años: 24 puntos • En esta escala es importante tener en cuenta el nivel educativo de la persona. <ul style="list-style-type: none"> – 30-35 normal – 24-29 borderline – 19-23 leve – 14-18 moderado – < 14 severo |
| | <p>LIMITACIONES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los rendimientos están muy influenciados por el nivel cultural del paciente, por lo que los puntos de corte deben estar adaptados a las características sociodemográficas de éstos. • Elevado índice de falsos positivos. |
| | <p>TIEMPO DE ADMINISTRACIÓN</p> <p>Tan solo de requiere diez minutos para realizarla.</p> |

ÍNDICE DE KARFNOSKI

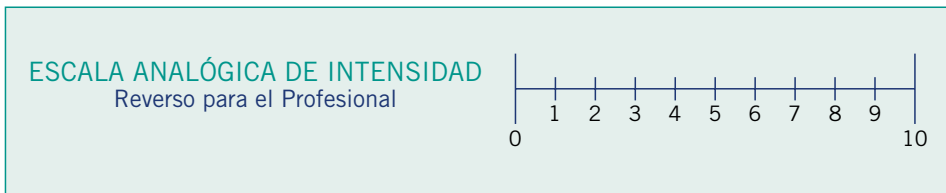
| ACTIVIDADES | PUNTUACIÓN |
|---|------------|
| Normal, sin quejas, faltan indicios de enfermedad. | 100 |
| Llevar a cabo una actividad normal con signos o síntomas leves. | 90 |
| Actividad normal con esfuerzo. Algunos signos o síntomas morbosos. | 80 |
| Capaz de cuidarse, incapaz de actividad normal o trabajo activo. | 70 |
| Requiere atención ocasional, pero es capaz de satisfacer la mayoría de sus necesidades. | 60 |
| Necesita ayuda importante y asistencia médica frecuente. | 50 |
| Incapaz, necesita ayuda y asistencia especiales. | 40 |
| Totalmente incapaz, necesita hospitalización y tratamiento de soporte activo. | 30 |
| Gravemente enfermo. Tratamiento activo necesario. | 20 |
| Moribundo, irreversible. | 10 |
| Muerto | 0 |

- Actividad completa, puede cumplir con todos sus quehaceres como antes de la enfermedad
- 100 Normal, sin quejas, faltan indicios de la enfermedad
- 90 Capaz de llevar a cabo actividades normales, pero con signos o síntomas leves. Tiene que limitar las actividades que requieren esfuerzos, pero sigue siendo ambulatorio y capaz de trabajos ligeros o sedentarios
- 80 Actividad normal con esfuerzo, algunos signos o síntomas mórbidos
- 70 Capaz de cuidarse pero incapaz de llevar a cabo actividades normales o trabajo activo. Ambulatorio y capaz de cuidarse pero no de realizar cualquier trabajo. Encamado menos del 50 % del día
- 60 Requiere atención ocasional, sin embargo puede cuidar de sí mismo.
- 50 Requiere gran atención, incluso de tipo médico. Sólo puede cuidarse en parte. Encamado durante más del 50 % del día
- 40 Inválido, necesita cuidados y atenciones especiales
- 30 Inválido grave, hospitalización y tratamiento de soporte activo. Totalmente inválido e incapaz de cuidarse. Encamado por completo
- 20 Muy enfermo, necesita hospitalización y tratamiento activo
- 10 Moribundo
- 0 Muerto

ESCALA VISUAL ANALÓGICA (EVA) DEL DOLOR



Esta herramienta se maneja mostrándole al paciente el anverso para que gradúe la intensidad de su dolor, desde ausencia de dolor (izquierda) hasta el máximo dolor posible (derecha).



En el reverso, que no se muestra al paciente, el profesional ve una escala analógica de 0 a 10 y anota en qué punto sitúa el paciente el nivel.

Se considera mal control del dolor por encima de EVA 3

NOMBRE:

FECHA:

OTRAS ESCALAS DE VALORACIÓN

FUNCIONAL INDEPENDENCE MEASURE (FIM)

La implantación del proceso de gestión clínica en la provisión del tratamiento y cuidados de rehabilitación precisa la utilización de una herramienta que permita la clasificación de los pacientes incorporados a las diferentes agrupaciones que se establecen en función del tipo de cuidados que precisan. Dado que en los modelos de agrupación de este tipo de pacientes más frecuentemente utilizados se usa el Functional Independence Measure (FIM) como escala de valoración funcional para la subclasificación de los pacientes de los distintos grupos, en este programa se plantea la incorporación progresiva de esta escala de valoración como parte del sistema de información de los pacientes a los que se les ha provisto o se les va a proveer tratamiento de rehabilitación en régimen de internamiento en Hospitales Generales u Hospitales de Convalecencia o de forma ambulatoria en Hospital de Día de Hospitales de Convalecencia, mediante un “Plan de Formación e Implantación” gradual.

| VALORACIÓN DEL ESTADO COGNITIVO MENTAL | |
|--|--|
| FUNCTIONAL INDEPENDENCE MEASURE FIM INSTRUMENT | <p>DESCRIPCIÓN</p> <p>Escala que permite valorar la función motora y la función cognitiva.</p> |
| | <p>FORMA DE ADMINISTRACIÓN</p> <p>La recogida de información es a través de un cuestionario heteroadministrado.</p> |
| | <p>POBLACIÓN DIANA</p> <p>Puede ser administrado a cualquier persona que requiera de una valoración de su capacidad funcional, pero se recomienda en especial a los pacientes en rehabilitación física.</p> |
| | <p>ARGUMENTOS PARA SU SELECCIÓN</p> <ul style="list-style-type: none"> • Escala de valoración ampliamente utilizada por los profesionales de rehabilitación. • Muy útil para monitorizar los progresos de un paciente en tratamiento rehabilitador. • Existe una amplia experiencia en la utilización de esta escala tanto en nuestro país como en otros del entorno. |
| | <p>VALORACIÓN</p> <p>Esta escala diferencia dos niveles:</p> <ul style="list-style-type: none"> • No necesita ayuda con dos puntuaciones: 7 completamente independiente, 6 independiente con cierta limitación. • Necesita ayuda con dos subniveles: <ul style="list-style-type: none"> – Dependencia moderada con varias puntuaciones: <ul style="list-style-type: none"> 5 supervisión 4 mínima asistencia 3 moderada asistencia – Dependencia completa con dos puntuaciones: <ul style="list-style-type: none"> 2 asistencia máxima 1 total asistencia |
| | <p>TIEMPO DE ADMINISTRACIÓN</p> <p>Tiempo de administración: Su administración requiere de 20 a 30 minutos.</p> |

ÍNDICE DE KATZ

Valore cada una de las actividades por anamnesis directa del paciente o si su estado mental no lo permite a través de un familiar o cuidador considerando su capacidad en los últimos 7 días.

BAÑARSE: (Con esponja, en bañera o ducha)

- No recibe asistencia (entra y sale de la bañera por si mismo si la bañera es el medio de limpieza habitual).
- Recibe asistencia al lavar únicamente una parte del cuerpo (espalda o una pierna).
- Recibe asistencia al lavar más de una parte del cuerpo (o no se lava).

VESTIRSE: (Saca la ropa de los armarios y los cajones - incluyendo la ropa interior, la ropa exterior y el manejo de botones, incluyendo bragueros, si los lleva)

- Saca la ropa y se viste completamente sin asistencia.
- Saca la ropa y se viste sin asistencia excepto al anudarse los zapatos.
- Recibe asistencia al sacar la ropa o al vestirse, o queda parcial o completamente desvestido.

IR AL SERVICIO: (Ir al servicio para eliminar orina y heces; lavarse a si mismo tras la eliminación y arreglarse la ropa)

- Va al servicio, se lava, se arregla la ropa sin asistencia (puede usar un objeto de apoyo como un bastón o una silla de ruedas y puede manejar la cuña o la sillaretrete, vaciandola por la mañana).
- Recibe asistencia para ir al servicio o a lavarse o arreglarse la ropa tras la eliminación o al usar la cuña o la silla retrete.
- No va a la habitación denominada "servicio" para el proceso de eliminación.

DESPLAZARSE

- Se acuesta y se levanta de la cama así como de la silla sin ayuda (puede utiliza un objeto de apoyo como un bastón).
- Se acuesta y se levanta de la cama o la silla con asistencia.
- No se levanta de la cama.

CONTINENCIA

- Controla la micción y la defecación por si mismo.
- Sufre accidentes "ocasionalmente".
- La supervisión le ayuda a mantener el control vesical y anal: usa una sonda o es incontinente.

ALIMENTARSE

- Se alimenta sin asistencia.
- Se alimenta solo excepto al requerir asistencia para cortar la carne o untar el pan.
- Recibe asistencia al alimentarse o es alimentado parcial o completamente mediante sondas o líquidos endovenosos.

Categoría

DESCRIPCIÓN

En 1.959 un equipo multidisciplinario dirigido por Sidney Katz y formado por médicos, enfermeras, asistentes sociales, fisioterapeutas y terapeutas ocupacionales del The Benjamin Rose Hospital (un hospital geriátrico y de enfermos crónicos de Cleveland, Ohio), publicó el primer esbozo¹ de una escala de valoración de las actividades de la vida diaria (AVD), basada en la evaluación funcional exhaustiva de pacientes con fractura de cadera, clasificándolos y buscando en ellos factores pronósticos. Intentaron desde el principio delimitar y definir el concepto de dependencia en una función. En el año 1.963, el mismo grupo publicó, por primera vez, el índice de Katz², y lo aplicó a pacientes con fractura de cadera, siguiéndolos durante meses.

El índice de Katz, junto con el de Barthel, es uno de los más ampliamente utilizados y más cuidadosamente evaluados³⁻¹⁰. Se trata de una escala sencilla cuyos grados reflejan niveles de conducta en seis funciones sociobiológicas. Su carácter jerárquico¹² permite evaluar de forma sencilla el estado funcional global de forma ordenada, comparar individuos y grupos y detectar cambios a lo largo del tiempo.

Fue desarrollado en pacientes ancianos y con enfermedades crónicas muy heterogéneas¹¹. Es el patrón estándar con el que habitualmente se compara la validez concurrente de otras escalas de valoración funcional^{8, 15, 16}. No disponemos de validación de esta escala en nuestro medio.

Escala heteroadministrada. Consta de seis elementos y evalúa las AVD proporcionando un índice de autonomía-dependencia en un breve tiempo de administración (unos veinte minutos⁵). Estos seis ítems están organizados jerárquicamente según la secuencia en que los pacientes pierden y recuperan la independencia para realizarlos, lo cual, a juicio de los autores, refleja una organización primaria biosocial del individuo, independiente de influencias externas como el aprendizaje y el entorno cultural (en el estudio inicial², el 86% de los pacientes seguían el orden previsto y un 7% diferían sólo en la última función, quedando sólo un 7% en la categoría de "Otros"). El índice así considerado constituye una escala tipo Guttman, que se ha mostrado altamente replicable, con unos coeficientes de replicabilidad entre 0.94 y 0.97^{2,5}.

Está formada por los siguientes ítems: alimentación, continencia, vestirse, traslados, uso del retrete y baño. La escala puede puntuarse^{2-7,10} de dos formas: de forma jerárquica, de modo que el paciente puede ser finalmente clasificado en 7 grupos denominados por letras (A-G), o de forma dicotómica, otorgando 0 ó 1 puntos a cada ítem según el sujeto sea dependiente o independiente respectivamente, clasificando al individuo en siete posibles grupos, esta vez numéricos (0-6). Es importante señalar el concepto de independencia¹¹ de este índice, que es distinto del utilizado por otros autores. Se considera independiente a una persona que no precisa ayuda o utiliza ayuda mecánica, y dependiente a aquella que necesita ayuda de otra persona, incluyendo la mera supervisión de la actividad por otro; cuando se puntúa de forma dicotómica, al grado intermedio de dependencia⁹ se les otorga 1 punto en el caso del baño, el vestido y la alimentación, y 0 puntos en el caso de ir al retrete, traslado sillón-cama y continencia de esfínteres.

En cuanto a la recogida de información, en un principio el índice se basó en la observación de la función en las dos semanas previas a la evaluación^{2, 11}, con la ayuda de un interrogatorio (al paciente, si su capacidad cognitiva lo permite, o a su cuidador) cuando era preciso. Se pretendía conocer lo que el individuo hacía en realidad, no lo que era capaz de hacer. Sin embargo,

actualmente se ha extendido la utilización del índice basado en el interrogatorio del paciente o sus cuidadores. El entrevistador es habitualmente personal sanitario/social que requiere un pequeño entrenamiento previo.

INTERPRETACIÓN

El índice de Katz se utiliza ahora ampliamente para describir el nivel funcional de pacientes o poblaciones, predecir la necesidad de rehabilitación y la decisión de localización del paciente, comparar el resultado de diversas intervenciones, seguimiento evolutivo y del resultado del tratamiento y con propósitos docentes.

Es la escala de ABVD más ampliamente difundida y ha sido recomendada por varios organismos y conferencias de consenso, entre ellos la NINCDS-ADRDA^{3, 5, 9} para la evaluación funcional de demencia tipo Alzheimer. Es una escala sencilla, breve y que no requiere de un entrevistador especialmente entrenado, lo que la convierte en un instrumento de valoración útil en diferentes ámbitos de trabajo, incluida la Atención Primaria.

Las siete categorías^{2-5, 8, 9, 11} en las que clasifica el índice de Katz a los pacientes evaluados son:

- A. Independiente para comer, contener esfínteres, levantarse, ir al servicio, vestirse y bañarse.
- B. Independiente para todas estas funciones excepto una.
- C. Independiente para todas, excepto bañarse y una función adicional.
- D. Independiente para todas, excepto bañarse, vestirse y una función adicional.
- E. Independiente para todas, excepto bañarse, vestirse, ir al servicio y una función adicional.
- F. Independiente para todas, excepto bañarse, ir al servicio, levantarse y una función adicional.
- G. Dependiente en las seis funciones.

Otros: Dependiente en, al menos, dos funciones, pero no clasificable como C, D, E ó F.

El índice de Katz es muy eficaz en pacientes con altos grados de dependencia, pero ésta disminuye en grupos de personas ambulatorias no institucionalizadas, en general más sanas. En estos casos se subestima la necesidad de ayuda y adaptación ambiental que se precisa con incapacidades de otras funciones más complejas. Por este motivo, se ha intentado modificar el índice para aumentar su utilidad en estos sujetos. Sin embargo, no se ha publicado ninguna versión que haya sido validada.

Deben tenerse en cuenta las limitaciones metodológicas^{3, 5, 8, 9} de la evaluación oral, especialmente en el interrogatorio de pacientes con deterioro cognitivo o de la capacidad de comunicarse y en el interrogatorio de los cuidadores. Otro problema añadido que limita su utilidad es que en los ancianos institucionalizados, la rutina o la seguridad de las instituciones, puede hacer que no se permita al paciente realizar actividades que sí es capaz de hacer de forma independiente, aumentando irrealmente su dependencia.

Por último, debe tenerse en cuenta que el índice de Katz evalúa un número limitado de actividades y que cada una de estas actividades está compuesta de varios elementos o componentes que pueden alterarse (Comer: elegir la comida, llevarla a la boca, masticar o beber,...). En rehabilitación puede ser necesaria una precisa atención a estos componentes de cada función.

PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS

Fiabilidad:

Posee una buena reproducibilidad intraobservador, aunque es mejor en los pacientes menos deteriorados, encontrándose en todos los estudios coeficientes de correlación (r) entre 0.73 y 0.98^{8, 11, 15, 16, 21-26}. La reproducibilidad interobservador también es alta. Inicialmente su autor encontró diferencias en un máximo de una de cada 20 evaluaciones²; en otros estudios realizados posteriormente, esta cualidad métrica de la escala mostró valores semejantes^{8, 15-25}. La consistencia interna del índice y la jerarquía de los ítems han sido corroboradas en múltiples estudios^{2, 8, 19}.

Validez:

En cuanto a la validez de la escala, es fundamentalmente de contenido y de constructo^{8, 9, 11}. Desde su publicación ha sido utilizado como patrón oro respecto al que comparar la validez concurrente de otros índices de valoración funcional más recientes^{8, 14-16}. Es difícil contrastarlo con un criterio externo, pero cabe señalar que tiene valor predictivo sobre la estancia media hospitalaria, la institucionalización y la mortalidad a corto y largo plazo, siendo en ello ligeramente superior al índice de Barthel cuando se aplica en pacientes crónicos.

La sensibilidad para detectar cambios pequeños en la situación funcional de los pacientes es aceptable, aunque menor que la de otros índices como el de Barthel o la escala de autocuidado de Kenny^{11, 15}. Igualmente, su forma de clasificar a los pacientes puede presentar más dificultades de manipulación estadística que otras escalas.

BIBLIOGRAFÍA

Original:

Katz, S., Ford, A.B., Moscovitz, R.W., Jackson, B.A., Jaffe, M.W. "Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function". *JAMA*, 1963; 185: 914-9.

Traducción al castellano:

Kane, R.A., Kane, R.L. *Evaluación de las necesidades en los ancianos*. Barcelona, 1993. Fundación Caja Madrid, SG Editores: 39-67.

Documentación:

Katz, S., Ford, A.B., Moscovitz, R.W., Jackson, B.A., Jaffe, M.W. "Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function". *JAMA*, 1963; 185: 914-9.

Kane, R.A., Kane, R.L. *Assessing the elderly. A practical guide to measurement*. Lexington, Lexington Books, 1981.

"Evaluación de las actividades de la vida diaria". En: Montorio, I. *La persona mayor. Guía aplicada de evaluación psicológica*. Madrid, 1994. Ministerio de Asuntos Sociales e INSERSO: 43-69.

"The index of independence in activities of daily living, or index of ADL". En: Mc Dowell, I. and Newel, C. *A guide to rating scales and questionnaires*. Second edition, 1996. Oxford University Press, Inc.: 63-7.

Valderrama, E., Pérez del Molino, J. "Una visión crítica de las escalas de valoración funcional traducidas al castellano". *Rev. Esp. Geriatr. Gerontol.*, 1997; 32 (5): 297-306.

Cruz, A.J. "El índice de Katz". *Rev. Esp. Geriatr. Gerontol.*, 1991; 26: 338-48.

Adicional:

- 1.- Staff of the Benjamin Rose Hospital: "Multidisciplinary studies of illness in aged persons: II. A new clasification of functional status in activities of daily living". *J. Chronic Dis*, 1959; 9: 55-62.
- 2.- Katz, S., Ford, A.B., Moscovitz, R.W., Jackson, B.A., Jaffe, M.W. "Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standarized measure of biological and psychosocial function". *JAMA*, 1963; 185: 914-9.
- 3.- Kane, R.A., Kane, R.L. *Assessing the elderly. A practical guide to measurement*. Lexington, Lexington Books, 1981. Traducción al castellano: Kane, R.A., Kane, R.L. *Evaluación de las necesidades en los ancianos*. Barcelona, 1993. Fundación Caja Madrid, SG Editores: 39-67.
- 4.- "Evaluación funcional del anciano". En: Ribera, J.M., Cruz, A.J. *Geriatría en Atención Primaria*. J. Urianch & Cía. Barcelona, 1997. 2ª edición: 17-22.
- 5.- "Evaluación de las actividades de la vida diaria". En: Montorio, I. *La persona mayor. Guía aplicada de evaluación psicológica*. Madrid, 1994. Ministerio de Asuntos Sociales e INSERSO: 43-69.
- 6.- De La Serna, I. "Exploración en psicogeriatría". En: *Manual de Psicogeriatría Clínica*. Barcelona, 2000. Masson S.A.
- 7.- "The index of independence in activities of daily living, or index of ADL". En: Mc Dowell, I. and Newel, C. *A guide to rating scales and questionnaires*. Second edition, 1996. Oxford University Press, Inc.: 63-67.
- 8.- Valderrama, E., Pérez del Molino, J. "Una visión crítica de las escalas de valoración funcional traducidas al castellano". *Rev. Esp. Geriatr. Gerontol.*, 1997; 32(5): 297-306.
- 9.- Baztán, J.J., González, J.I., Del Ser, T. "Escalas de actividades de la vida diaria". En: Del Ser, T., Peña-Casanova, J., *Evaluación neuropsicológica y funcional de la demencia*. Barcelona, 1994. J. R. Prous Editores: 137-64.
- 10.- Kuriansky, J., Gurland, B. "The performance test of ADV". *International Journal of Aging and Human Developement*, 1976; 7: 343-52.
- 11.- Cruz, A.J. "El índice de Katz". *Rev. Esp. Geriatr. Gerontol.*, 1991; 26(5): 338-48.
- 12.- Siu, A.L., Reuben, D.B., Hays, R.D. "Hierarchical measures of physical function in ambulatory geriatrics". *J. Am. Geriatr. Soc.*, 1990; 38: 1113-9.
- 13.- Hernández, P., Benítez, M.A., Barreto, J., Rodríguez, H., Torres, A., Marco, T. "Despistaje en el anciano de dependencia funcional y riesgo de institucionalización". *Aten Primaria*, 1992; 10(8): 140.
- 14.- Fernández, C., Verdugo, R., Fernández, A.R., Villegas, J., Crespo, D. "Mortalidad, causas de la misma e índice de Katz entre los fallecidos de una población anciana institucionalizada". *Rev. Esp. Geriatr. Gerontol.*, 1992; 27(8): 133.
- 15.- Madruga, F., Castellote, F.J., Serrano, F., Pizarro, A., Luengo, C., Jiménez, E.F. "Índice de Katz y escala de Barthel como indicadores de respuesta funcional en el anciano". *Rev. Esp. Geriatr. Gerontol.*, 1992; 27(8): 130.
- 16.- González, J.I., Rodríguez, C., Diestro, P., Casado, M.T., Vallejo M.I., Calvo, M.J. "Valoración funcional: comparación de la escala de Cruz Roja con el índice de Katz". *Rev. Esp. Geriatr. Gerontol.*, 1991; 26(3): 197-202.
- 17.- González, J.I. "Valoración de los pacientes ancianos". *Clínica Rural*, 1991; 370: 11.

- 18.- Cruz, A.J, Martínez, E., Ribera, J.M. "Valor pronóstico de la evaluación funcional". *Rev. Esp. Geriatr. Gerontol.*, 1992; 27(8): 16.
- 19.- Álvarez, M., De Alaiz, A.T., Brun, E., Cabañeros, J.J., Calzón, M., Cosío, I., García, P., García-Cañedo, R., Pardo, I., Suárez-González, A. "Capacidad funcional de pacientes mayores de 65 años, según el índice de Katz. Fiabilidad del método". *Aten. Primaria*, 1992; 10: 812-6.
- 20.- Marín, N., Delgado, M., Aguilar, J.L. "Síndrome del maltrato y abuso en el anciano". *Rev. Esp. Geriatr. Gerontol.*, 1991; 26: 40-6.
- 21.- Sánchez, T., Carbó, I., Gómez, M., Viñas J., González, F. "Unidad funcional de geriatría. Estudio descriptivo". *Rev. Esp. Geriatr. Gerontol.*, 1993; 3: 8-11.
- 22.- Abanto, J.J., Martínez, T. "La ayuda a domicilio en Zaragoza: Valoración cualitativa y cuantitativa". *Rev. Esp. Geriatr. Gerontol.*, 1991; 26: 197-202.
- 23.- Sager, M.A. "Medición de las actividades de la vida diaria en ancianos hospitalizados: comparación entre métodos basados en el autoinforme y métodos basados en la observación directa de la capacidad funcional de los ancianos". *Rev. Gerontol*, 1993; 3: 102-9.
- 24.- Nebot, A., Sáiz, N., Sardá, T." La implantación de los equipos de soporte en la atención primaria: ¿un reto innovador?". *Rev. Esp. Geriatr. Gerontol.*, 1993; 28: 261-6.
- 25.- San José, A. "Implantación de una unidad funcional inter-disciplinaria de geriatría en un hospital general. Presentación de los primeros pacientes y del modelo de intervención". *Rev. Esp. Geriatr. Gerontol.*, 1993; 3: 12-8.
- 26.- Salva, A., Vellar, B., Albareda, J.C. "Evaluación gerontológico. Primeros resultados de una unidad de evaluación geriátrica". *Rev. Gerontol*, 1994; 4: 174-9.

ÍNDICE PARA LAS ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA DE LAWTON BRODY

A. Capacidad para usar el teléfono

- | | |
|---|---|
| 1. Utiliza el teléfono a iniciativa propia. Busca y marca los números, etc. | 1 |
| 2. Marca unos cuantos números conocidos | 1 |
| 3. Contesta el teléfono pero no marca | 1 |
| 4. No usa el teléfono en absoluto | 0 |

B. Ir de compra

- | | |
|---|---|
| 1. Realiza todas las compras necesarias con independencia | 1 |
| 2. Compra con independencia pequeñas cosas | 0 |
| 3. Necesita compañía para realizar cualquier compra | 0 |
| 4. Completamente incapaz de ir de compras | 0 |

C. Preparación de la comida

- | | |
|--|---|
| 1. Planea, prepara y sirve las comidas adecuadas con independencia | 1 |
| 2. Prepara las comidas adecuadas si se le dan los ingredientes | 0 |
| 3. Calienta, sirve y prepara comidas o las prepara pero no mantiene dieta adecuada | 0 |
| 4. Necesita que se le prepare y sirva la comida | 0 |

D. Cuidar la casa

- | | |
|--|---|
| 1. Cuida la casa solo o con ayuda ocasional | 1 |
| 2. Realiza tareas domésticas ligeras | 1 |
| 3. Realiza tareas domésticas ligeras pero no mantiene un nivel de limpieza aceptable | 1 |
| 4. Necesita ayuda con todas las tareas de la casa | 0 |
| 5. No participa en ninguna | 0 |

E. Lavado de ropa

- | | |
|---|---|
| 1. Realiza completamente el lavado de ropa personal | 1 |
| 2. Lava ropas pequeñas, aclara medias, etc. | 1 |
| 3. Necesita que otro se ocupe de todo el lavado | 0 |

F. Medio de transporte

- | | |
|--|---|
| 1. Viaja con independencia en transportes públicos o conduce su propio coche | 1 |
| 2. Capaz de organizar su transporte utilizando taxi, pero no usa otros transportes público | 1 |
| 3. Viaja en transportes públicos si le acompaña otra persona | 1 |
| 4. Sólo viaja en taxi o automóvil con ayuda | 0 |
| 5. No viaja en absoluto | 0 |

G. Responsabilidad sobre la medicación

- | | |
|---|---|
| 1. Es responsable en el uso de la medicación (dosis correctas, horas correctas) | 1 |
| 2. Toma la medicación si se le prepara con anticipación en dosis separadas | 0 |
| 3. No es capaz de responsabilizarse de su propia medicación | 0 |

H. Capacidad de utilizar el dinero

1. Maneja los asuntos financieros con independencia (presupuesta, rellena cheques, paga recibos, va al banco), recoge y conoce sus ingresos 1
2. Maneja los gastos cotidianos pero necesita ayuda para ir al banco, grandes gastos 1
3. Incapaz de manejar dinero 0

Grado de dependencia:

- 0-1 puntos dependencia total
- 2-3 puntos dependencia severa
- 4-5 puntos dependencia moderada
- 6-7 puntos dependencia ligera
- 8 autónomo

Los ítems con número 1 indican la máxima independencia.

| VALORACIÓN DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL | |
|--------------------------------------|---|
| ÍNDICE DE LAWTON Y BRODY | <p>DESCRIPCIÓN</p> <p>Escala que permite valorar la capacidad de la persona para realizar las actividades instrumentales (actividades necesarias para vivir de manera independiente en la comunidad como hacer la comprar, preparar la comida, manejar dinero, usar el teléfono, tomar medicamentos, etc.).</p> |
| | <p>FORMA DE ADMINISTRACIÓN</p> <p>La recogida de información es a través de un cuestionario heteroadministrado.</p> |
| | <p>POBLACIÓN DIANA</p> <p>Puede ser administrado a cualquier persona que requiera de una valoración de su capacidad funcional.</p> |
| | <p>ARGUMENTOS PARA SU SELECCIÓN</p> <ul style="list-style-type: none"> • Existe una amplia experiencia en la utilización de esta escala tanto en nuestro país como en otros del entorno. • Es una escala sencilla de administrar. • Escala validada en nuestro país. |
| | <p>VALORACIÓN</p> <ul style="list-style-type: none"> • La valoración se realiza según puntuación en una escala de 0 a 8 (dependencia máxima e independencia, respectivamente): • Puntuación <ul style="list-style-type: none"> – 0-1 dependencia total – 2-3 dependencia severa – 4-5 dependencia moderada – 6-7 dependencia ligera – 8 autónomo |
| | <p>TIEMPO DE ADMINISTRACIÓN</p> <p>Tiempo de administración: Su administración requiere de 20 a 30 minutos.</p> |

MINI-MENTAL STATE EXAMINATION DE FOLSTEIN

ORIENTACIÓN

- ¿En qué (año) (estación) (día) (mes) estamos? (5)
- ¿Dónde estamos? (estado) (provincia) (hospital) (centro). (5)

REGISTRO DE MEMORIA

- Nombre tres objetos: un segundo para decir cada uno. Posteriormente se le pide que los repita hasta que se los aprenda. contar los intentos y escribir el número. (3)

ATENCIÓN Y CÁLCULO

- Empiece por 100 y reste de 7 en 7 (hasta 5 respuestas). Alternativamente, deletree la palabra “mundo” hacia atrás. (5)

MEMORIA

- Pregunte los 3 objetos repetidos anteriormente. dar un punto por cada respuesta correcta. (3)

LENGUAJE

- Muestre un lápiz y un reloj y pídale que los nombre. (2)
- Repita lo siguiente: “en un trigal había cinco perros”. (1)
- Orden en 3 etapas “coja este papel con la mano derecha, dóblelo por la mitad y póngalo en el suelo” (3)
- Lea y obedezca lo siguiente: “cierre los ojos” (se muestra por escrito) (1)
- Escriba una frase. (1)
- Copie un dibujo (un polígono complejo). (2)



Los números en la margen derecha indican la máxima puntuación por pregunta. Puntuación máxima 30, menor de 23 Deterioro Cognitivo.

Este test cubre la orientación y la memoria; la atención; la capacidad de nombrar, cumplir órdenes verbales y escritas, escribir una frase espontáneamente y copiar un dibujo. Suma 30 puntos en total.

21 o menos se encuentran en pacientes con demencia, esquizofrenia, delirio o un trastorno afectivo.

Su administración dura 5-10 minutos.

En la margen izquierda está la máxima puntuación por cada ítem. Se puntuará 1 por cada acierto o parte de la pregunta formulada. Así, por ejemplo en la orientación, deben responder al año, estación, día (no), día de la semana, mes en el que estamos. Si contestaran correctamente a todo obtendrían 5 puntos, si no situaran el año, obtendrían 4 puntos, si fallaran además en la estación, obtendrían 3, etc...

TEST DE TINETTI PARA LA MARCHA

1. INICIO DE LA MARCHA
2. LONGITUD DEL PASO
3. ALTURA DEL PASO
4. SIMETRÍA DEL PASO
5. CONTINUIDAD
6. DESVIACIÓN
7. ESTABILIDAD DEL TRONCO
8. POSTURA DURANTE LA MARCHA
9. GIRO DURANTE LA MARCHA

Se trata de una evaluación cualitativa de la deambulación. Se anotará el déficit observado para personalizar el plan de actuación fisioterápico.

TEST DE TINETTI PARA EL EQUILIBRIO

1. EQUILIBRIO SENTADO
2. LEVANTARSE DE UNA SILLA
3. EQUILIBRIO TRAS LEVANTARSE
4. EQUILIBRIO DE PIE
5. EQUILIBRIO DE PIE CON OJOS CERRADOS
6. EQUILIBRIO TRAS GIRO DE 360°
7. EQUILIBRIO AL GIRAR LA CABEZA
8. RESISTENCIA A UN EMPUJE ESTERNAL
9. ESTACIÓN UNIPODAL
10. EQUILIBRIO TRAS EXTENSIÓN DE C. CERVICAL
11. EQUILIBRIO TRAS EXT. DE C. C. CON ELEVACIÓN DE BRAZOS
12. INCLINACIÓN HACIA ADELANTE
13. EQUILIBRIO AL SENTARSE

Se trata de una evaluación cualitativa del equilibrio. Se anotará el déficit observado para personalizar el plan de actuación fisioterápico.

PERFIL DE SALUD DE NOTTHINGNAM

A continuación verá algunos de los problemas que la gente puede tener en su vida diaria. Lea atentamente la lista de problemas. En cada problema, si usted lo tiene, marque la casilla "SI" y si usted no tiene ese problema marque la casilla "NO". Por favor, conteste todas las preguntas, si no está muy seguro/a de contestar "SI" o "NO", señale la respuesta que crea que es más cierta en la actualidad.

| | SI | NO |
|---|-----------|-----------|
| 1 - Siempre estoy fatigado..... | | |
| 2 - Tengo dolor por las noches. | | |
| 3 - Las cosas me deprimen. | | |
| 4 - Tengo un dolor insoportable. | | |
| 5 - Tomo pastillas para dormir. | | |
| 6 - He olvidado qué es pasarlo bien. | | |
| 7 - Tengo los nervios de punta. | | |
| 8 - Tengo dolor al cambiar de postura. | | |
| 9 - Me encuentro solo. | | |
| 10 - Sólo puedo andar dentro de casa. | | |
| 11 - Me cuesta agacharme. | | |
| 12 - todo me cuesta un esfuerzo. | | |
| 13 - Me despierto antes de hora. | | |
| 14 - Soy totalmente incapaz de andar. | | |
| 15 - Últimamente me resulta difícil contactar con la gente. | | |
| 16 - Los días se me hacen interminables. | | |
| 17 - Me cuesta subir y bajar escaleras. | | |
| 18 - Me cuesta coger las cosas. | | |
| 19 - Tengo dolor al andar. | | |
| 20 - Últimamente me enfado con facilidad..... | | |
| 21 - Creo que soy una carga para los demás. | | |
| 22 - Me paso la mayor parte de la noche despierto/a. | | |
| 23 - Siento que estoy perdiendo el control de mi mismo/a. | | |
| 24 - Tengo dolor cuando estoy de pie. | | |
| 25 - Me cuesta vestirme. | | |
| 26 - Enseguida me quedo sin fuerzas..... | | |
| 27 - Me cuesta estar de pie mucho rato (ejemplo: haciendo cola) | | |
| 28 - Tengo dolor constantemente. | | |
| 29 - Me cuesta mucho vestirme..... | | |
| 30 - Creo que no tengo a nadie en quién confiar..... | | |
| 31 - Las preocupaciones me desvelan por la noche. | | |
| 32 - Creo que no vale la pena vivir..... | | |
| 33 - Duermo mal por las noches. | | |
| 34 - Me cuesta llevarme bien con la gente. | | |
| 35 - Necesito ayuda para caminar fuera de casa (ejemplo: bastón, muletas o alguien que me ayude) | | |
| 36 - Tengo dolor al subir y bajar escaleras. | | |
| 37 - Me despierto desanimado..... | | |
| 38 - Tengo dolor cuando estoy sentado/a. | | |

En la lista siguiente señale “SI” para cada uno de los aspectos de su vida que se haya visto afectado por su salud. Conteste “NO” para aquellos aspectos que no estén afectados

SI NO

Actualmente, su estado de salud
¿le causa problemas con su puesto de trabajo?

Actualmente, su estado de salud
¿le causa problemas con los trabajos domésticos?
(ejemplo: limpiar, cocinar, pintar, hacer reparaciones).....

Actualmente, su estado de salud
¿le causa problemas en su vida social?

Actualmente, su estado de salud
¿le causa problemas en su vida familiar?

Actualmente, su estado de salud
¿le causa problemas con su vida sexual?

Actualmente, su estado de salud
¿le causa problemas con sus pasatiempos y aficiones?

(ejemplo: hacer deporte, ver la TV, hacer media, etc...)

Actualmente, su estado de salud ¿le causa problemas con los días de fiesta?
(vacaciones, navidades, fines de semana...)

ENERGIA

DOLOR

MOVILIDAD FÍSICA

REACCIONES EMOCIONALES

SUEÑO

AISLAMIENTO SOCIAL

AREAS LIMITADAS POR SU ESTADO DE SALUD

DESCRIPCIÓN

El Perfil de Salud de Nottingham (Nottingham Health Profile) fue diseñado en Gran Bretaña^{1, 2, 3} para medir la percepción de salud y para evaluar en qué forma se ven afectadas las actividades cotidianas por los problemas de salud. Su diseño está influido por los contenidos del cuestionario Sickness Impact Profile⁴.

Sus autores lo consideran útil para la valoración de las intervenciones médicas o sociales, como medida de resultado de comparaciones entre grupos, como encuesta en poblaciones seleccionadas, para el seguimiento de pacientes con enfermedades crónicas y para ensayos clínicos en grupos escogidos.

Ha sido validado en nuestro país⁵ y posteriormente se asignaron valores ponderales a cada ítem⁶, de forma similar a lo realizado en la versión original.

Se trata de un cuestionario autoadministrado, que se cumplimenta en unos 10-15 minutos. Se han mostrado aceptables otras formas de cumplimentación⁷: entrevista personal, telefónica, cassette con preguntas pregrabadas.

Consta de dos partes. La primera está formada por 38 ítems de respuesta SI-NO, que exploran 6 dimensiones de salud: energía, dolor, movilidad física, reacciones emocionales, sueño y aislamiento social. Los enunciados de las cuestiones hacen referencia a diferentes estados de salud. La segunda parte consta de 7 preguntas sobre la existencia de limitaciones, a causa de su salud, en 7 actividades funcionales de la vida diaria: trabajo, tareas domésticas, vida social, vida familiar, vida sexual, aficiones y tiempo libre.

Las puntuaciones para cada área se obtienen multiplicando las respuestas positivas por un valor ponderal, obtenido por el método de comparación de pares de Thustone. Estas puntuaciones se transforman en una escala que oscila de 0 (no padece ningún problema de salud) a 100 (los padece todos).

Los autores desaconsejan la obtención de un valor sumatorio total del cuestionario, aunque algunos autores lo han utilizado^{8, 9}.

También, se pueden obtener las puntuaciones de la primera parte del cuestionario sin un escalamiento o ponderación de los ítems, aunque el método anteriormente descrito es el que se utilizó en la validación sueca¹⁰, francesa¹¹ y española y el que nosotros hemos escogido. Las preguntas de la segunda parte del cuestionario, sólo pueden ser analizadas como variables categóricas.

INTERPRETACIÓN

Excelente instrumento para medir salud percibida, especialmente indicado en grupos seleccionados, aunque también se emplea en población general. Autoadministrado, si bien se aceptan otras modalidades. Fácil y rápido (10-15 minutos) de administrar. No explora cuestiones de salud positiva, por lo que sería poco sensible en jóvenes y población general.

El cuestionario resulta, en principio, más adecuado para pacientes con una cierta afectación de su estado de salud, ya que carece de ítems de salud positiva.

Las puntuaciones obtenidas en cada área de la primera parte indican el grado en que padece problemas de salud en esa área concreta, reflejados en una escala que tiene un recorrido de 0 (ningún problema) a 100 (todos los problemas). En la segunda parte se indican cuantas categorías, de las 7 exploradas, se ven afectadas por sus problemas de salud.

Es poco sensible a problemas de salud menores y debe ser usado con precaución en jóvenes y población general sana, por la elevada proporción de resultados de 0 puntos.

Se ha recomendado su utilización en estudios clínicos descriptivos, estudios descriptivos en población general para la valoración de la necesidad de servicios sanitarios (evitando el sesgo de la clase social que se produce al utilizar indicadores de morbilidad) y en estudios de evaluación de intervenciones médicas^{12,13}.

Al tratarse de un instrumento que no incluye ítems positivos de salud, se ha criticado su uso en población general, donde unos dos tercios arrojarían resultados negativos¹⁴. También se ha calificado de arbitraria la adjudicación de los ítems a algunas dimensiones y la relación de aquellos con las mismas¹⁴. El sistema de ponderación de las respuestas, también se ha puesto en tela de juicio¹⁵.

PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS

Fiabilidad y Validez:

Las cualidades psicométricas se han analizado en numerosos estudios¹⁶⁻²², arrojando buenos resultados de validez (de constructo y de contenido), fiabilidad (consistencia interna, test-retest e interobservador) y sensibilidad a los cambios.

Respecto a la versión española, los valores de validez, fiabilidad y sensibilidad al cambio son similares a los del cuestionario original.

BIBLIOGRAFÍA

Original:

Hunt, S.M., McKenna, S.P., McEwen, J., Williams, J., Papp, E. "The Nottingham Health Profile: Subjective health Status and medical consultations". *Soc Sci Med* 1981; 15: 221-9.

Hunt, S.M., McEwen, J. "The development to a subjective health indicator". *Social Health Illnes* 1980; 2: 231-46.

Validación:

Alonso, J., Anto, J.M., Moreno, C. "Spanish version of the Nottingham Health Profile: translation and preliminary validity". *Am J Public Health* 1990; 80: 704-8.

Prieto, L., Alonso, J., Viladrich, M.C., Antó, M. "Scaling the Spanish version of the Nottingham Health Profile: Evidence of limited value of item weight". *J Clin Epidemiol* 1996; 49: 31-8.

Documentación:

McDowell, I., Newell, C. *Measuring Health. A guide to rating scales and questionnaires*. Oxford University Press, New York, 1.996.

Hunt, S.M., McKenna, S.P., McEwen, J., Williams, J., Papp, E. "The Nottingham Health Profile: Subjective health Status and medical consultations". *Soc Sci Med* 1981; 15: 221-9.

Hunt SM, McEwen J. The development to a subjective health indicator. *Social Health Illnes* 1980; 2: 231-46.

Alonso, J., Anto, J.M., Moreno, C. "Spanish version of the Nottingham Health Profile: translation and preliminary validity". *Am J Public Health* 1990; 80: 704-8.

Prieto, L., Alonso, J., Viladrich, M.C., Antó, M. "Scaling the Spanish version of the Nottingham Health Profile: Evidence of limited value of item weight". *J Clin Epidemiol* 1996; 49: 31-8.

Coons SJ, Rao S, Keininger DL, Hays RD. "A comparative review of generic quality-of-life instruments". *Pharmacoeconomics* 2000; 17(1): 13-35.

Adicional:

- 1.- Hunt SM, McKenna SP, McEwen J, Williams J, Papp E. The Nottingham Health Profile: Subjective health Status and medical consultations. *Soc Sci Med* 1981; 15: 221-9.

- 2.- Hunt SM, McEwen J. The development to a subjective health indicator. *Social Health Illnes* 1980; 2: 231-46.
- 3.- Hunt SM, McKenna SP, McEwen J, Backett EM, Williams J, Papp E. A quantitative approach to perceived health status: A validation study. *J Epidemiol Community Health* 1980; 34: 281-6.
- 4.- Bergner M, Bobbitt RA, Carter WB, Gilson BS. The Sickness Impact Profile. Development and final revision of a health status measure. *Med Care* 1981; 19: 787-805.
- 5.- Alonso J, Anto JM, Moreno C. Spanish version of the Nottingham Health Profile: translation and preliminary validity. *Am J Public Health* 1990; 80: 704-8.
- 6.- Prieto L, Alonso J, Viladrich MC, Antó M. Scaling the Spanish version of the Nottingham Health Profile: Evidence of limited value of item weight. *J Clin Epidemiol* 1996; 49: 31-8.
- 7.- Badia X, Alonso J, Brosa M, Lock P. Reliability of the Spanish version of the Nottingham Health Profile in patients with stable end-stage renal disease. *Soc Sci Med* 1994; 38: 153-8.
- 8.- O'Brien BJ, Buxton MJ, Ferguson BA. Measuring the effectiveness of heart transplant programmes: quality of life data and their relationship to survival analysis. *J Chronic Dis* 1987; 40: 137-53.
- 9.- Permanyer-Miralda G, Alonso J, Antó JM, Alijarde-Guimera M, Soler-Soler J. Comparison of perceived health status and conventional functional evaluation in patients with stable coronary artery disease. *J Clin Epidemiol* 1991; 44: 779-86.
- 10.- Hunt SM, Wiklund I. Cross-cultural variation in the weighting of health statements: a comparison of English and Swedish valuations. *Health Policy* 1987; 8: 227-35.
- 11.- Bucquet D, Condon S, Ritchie K. The French version of the Nottingham Health Profile. A comparison of items weights with those of the source version. *Soc Sci Med* 1990; 30: 829-835.
- 12.- Grupo de trabajo "Calidad de vida y EPOC". Calidad de vida relacionada con la salud en la EPOC. Instrumentos de medida en España. Ed MCR, Barcelona, 1996.
- 13.- McDowell I, Newell C. *Measuring Health. A guide to rating scales and questionnaires.* Oxford University Press, New York, 1996.
- 14.- Kind P, Carr-Hill R. The Nottingham Health Profile: a useful tool for epidemiologists? *Soc Sci Med* 1987; 25: 905-10.
- 15.- Anderson RT, Aaronson NK, Wilkin D. Critical review of the international assessments of health-related quality of life. *Qual Life Res* 1993; 2: 369-95.
- 16.- Hunt SM, McEwen J, McKenna SP. *Measuring health.* London: Croom Helm, 1986.
- 17.- Hunt SM, Alonso J, Bucquet D, Niero M, Wiklund I, McKenna S. Cross-cultural adaptation of health measures. *Health Policy* 1991; 19: 33-44.
- 18.- McDowell IW, Martini CJM, Waugh W. A method for self-assessment of disability before and after hip replacement operations. *Br Med J* 1978; 2: 857-9.
- 19.- Martini CJ, McDowell I. Health status: patient and physician judgments. *Health Serv Res* 1976; 11: 508-15.
- 20.- Beaton DE, Bombardier C, Hogg-Johnson S. Choose your tool: a comparison of the psychometric properties of five generic health status instruments in workers with soft tissue injuries. *Qual Life Res* 1994; 3: 50-6.
- 21.- McKenna SP, McEwen J, Hunt SM, Pope C. Changes in the perceived health of patients recovering from fractures. *Public Health* 1984; 98: 97-102.
- 22.- Ebrahim S, Barer D, Nouri F. Use of the Nottingham Health Profile with patients after a stroke. *J Epidemiol Community Health* 1986; 40: 166-9.

ESCALA DE AMBULACIÓN DEL SISTEMA DE CONFERENCIA Y EVALUACIÓN DEL PACIENTE (SCEP)

1. El paciente trata de participar o proporcionar alguna ayuda física para desempeñar la actividad que requiere una asistencia física y verbal notable para completarla. El paciente es capaz de ayudar hasta el 25 % de la actividad.
2. El paciente trata de participar o proporcionar asistencia física para desempeñar la actividad, pero requiere asistencia física y verbal para completarla. El paciente es capaz de ayudar en el 25-75% de la actividad.
3. El paciente puede participar completamente en la actividad pero requiere una asistencia física intermitente o vigilada. El paciente es capaz de ayudar en el 75% o más de la actividad.
4. El paciente realiza la actividad sin ayuda física o manual. Puede requerir indicaciones verbales, demostración previa, una situación física especial o supervisión para completar la actividad.
5. El paciente es independiente en la actividad pero requiere un instrumento auxiliar o modificación ambiental.
6. El paciente es independiente en la actividad pero muestra una alteración en la calidad de movimiento o requiere un tiempo superior al razonable.
7. El paciente es independiente en la actividad con un tiempo de reacción y una calidad de movimiento apropiadas para la edad.

En esta escala que va del 1 al 7, se especifica la situación del individuo catalogado en una puntuación.

ESCALA DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD DE GOLDBERG (EADAC)

Instrucciones para el profesional:

A continuación, si no le importa, me gustaría hacerle unas preguntas para saber si ha tenido en las dos últimas semanas alguno de los siguientes síntomas. No se puntuarán los síntomas de duración inferior a dos semanas o que sean de leve intensidad.

SUBESCALA DE ANSIEDAD RESPUESTAS PUNTOS

- 1.- ¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión?
- 2.- ¿Ha estado muy preocupado por algo?
- 3.- ¿Se ha sentido muy irritable?
- 4.- ¿Ha tenido dificultad para relajarse

(Si hay 2 o más respuestas afirmativas, continuar preguntando)

- 5.- ¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir?
- 6.- ¿Ha tenido dolores de cabeza o nuca?
- 7.- ¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea? (síntomas vegetativos)
- 8.- ¿Ha estado preocupado por su salud?
- 9.- ¿Ha tenido alguna dificultad para conciliar el sueño, para quedarse dormido?

PUNTUACIÓN TOTAL ANSIEDAD:

SUBESCALA DE DEPRESIÓN RESPUESTAS PUNTOS

1. ¿Se ha sentido con poca energía?
2. ¿Ha perdido usted su interés por las cosas?
3. ¿Ha perdido la confianza en sí mismo?
4. ¿Se ha sentido usted desesperanzado, sin esperanzas?

(Si hay respuestas afirmativas a cualquiera de las preguntas anteriores, continuar preguntando)

5. ¿Ha tenido dificultades para concentrarse?
6. ¿Ha perdido peso? (a causa de su falta de apetito)
7. ¿Se ha estado despertando demasiado temprano?
8. ¿Se ha sentido usted enlentecido?
9. ¿Cree usted que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas?

PUNTUACIÓN TOTAL DEPRESIÓN:

PUNTUACIÓN TOTAL (Escala única):

ESCALA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN DE GOLDBERG

La escala de depresión y ansiedad de Goldberg (EADAC) fue concebida para permitir la detección de los dos trastornos psicopatológicos más frecuentes en Atención Primaria: la ansiedad y la depresión. Es un instrumento sencillo, breve y de fácil manejo, apropiado para ser administrado por el médico de Asistencia Primaria. Puede servir de guía de la entrevista, aunque sin sustituir a la historia clínica, así como un indicador de la prevalencia y de la gravedad y evolución de dichos trastornos. La versión castellana ha demostrado su fiabilidad y validez en el ámbito de la Atención Primaria y tiene una sensibilidad (83.1%), especificidad (81.8%) y valor predictivo positivo (95.3%) adecuados.

Se trata de un cuestionario **heteroadministrado** con dos subescalas, una de **ansiedad** y otra de **depresión**. Cada una de estas subescalas se estructura en 4 ítems iniciales de despistaje, para determinar si es o no probable que exista un trastorno mental, y un segundo grupo de 5 ítems que se formulan sólo si se obtienen respuestas positivas a las preguntas de despistaje: si existen 2 o más en el caso de la subescala de ansiedad y si existen 1 o más en el caso de la subescala de depresión. Cada respuesta afirmativa

CRITERIOS DE VALORACIÓN

Los puntos de corte son mayor o igual a 4 para la escala de ansiedad y mayor o igual a 2 para la de depresión. En población geriátrica se ha propuesto su uso como escala única, con un punto de corte ≥ 6 .

- Subescala de ANSIEDAD: 4 ó más respuestas afirmativas.
- Subescala de DEPRESIÓN: 2 ó más respuestas afirmativas.
- Escala única (población geriátrica): 6 ó más respuestas afirmativas.

INSTRUCCIONES PARA SU ADMINISTRACIÓN

- La administración de estas escalas no substituye a la recogida de la historia clínica. Puesto que su valor predictivo positivo es alto, si el test es positivo existe una alta probabilidad de padecer ansiedad o depresión. La probabilidad es tanto mayor cuanto mayor es el número de respuestas positivas.
- La prueba consta de dos subescalas: una para la detección de la ansiedad, y la otra para la detección de la depresión. Ambas escalas tienen 9 preguntas, pero las 5 últimas preguntas de cada escala sólo se formulan si hay respuestas positivas a las 4 primeras preguntas, que son obligatorias.
- El médico debe preguntar al paciente acerca de los síntomas contenidos en las escalas, referidos a los 15 días previos a la consulta, debiendo ignorar los síntomas que en el momento actual han dejado de estar presentes o cuya intensidad es leve.
- Aunque pueden existir otros síntomas, que deben ser explorados, la puntuación se obtendrá únicamente a partir de los mencionados en las escalas.
- Aunque todos los ítems tienen la misma puntuación, siguen un orden de gravedad creciente, de forma que los últimos ítems de cada escala suelen aparecer en los pacientes con trastornos más graves.

| VALORACIÓN DE LA FUNCIÓN AFECTIVA | |
|---|---|
| ESCALA DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD DE GOLDBERG (EADAC) VERSIÓN ESPAÑOLA GZEMPP | <p>DESCRIPCIÓN Escala que permite valorar tanto la ansiedad como la depresión.</p> |
| | <p>FORMA DE ADMINISTRACIÓN La recogida de información es a través de un cuestionario heteroadministrado.</p> |
| | <p>POBLACIÓN DIANA Esta escala esta destinada a pacientes jóvenes, menores de 65 años.</p> |
| | <p>ARGUMENTOS PARA SU SELECCIÓN</p> <ul style="list-style-type: none"> • Existe una amplia experiencia en la utilización de esta escala tanto en nuestro país como en otros del entorno. • Es una escala sencilla de administrar. • Tiene una sensibilidad y especificidad superior al 80% para la depresión y algo menor para la ansiedad. • Escala muy utilizada por los profesionales de Atención Primaria. |
| | <p>VALORACIÓN</p> <ul style="list-style-type: none"> • Esta escala permite puntuar por separado la depresión y la ansiedad. • El punto de corte de la ansiedad es 4. • El punto de corte de la depresión es 2. • Se considera que existe malestar psíquico cuando el paciente puntúa por encima de cualquiera de las dos subescalas o de ambas. |
| | <p>TIEMPO DE ADMINISTRACIÓN Tiempo de administración: Su administración requiere de 20 a 30 minutos.</p> |

A line drawing of a woman's head and upper torso, overlaid with a semi-transparent teal background. The drawing shows the woman's face, neck, and the skeletal structure of her chest and spine. The text is positioned on the right side of the image.

programa de atención a enfermos crónicos dependientes

Anexo X

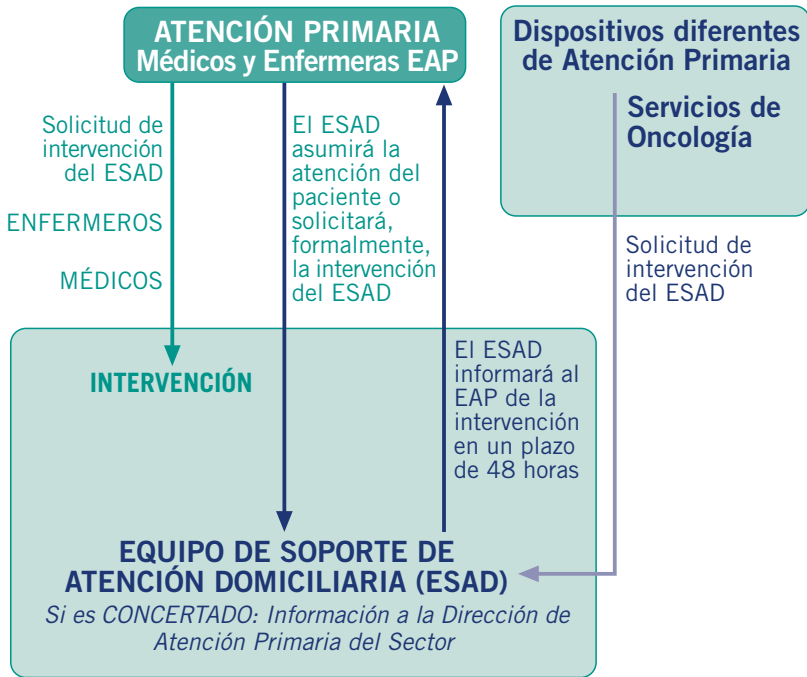
**CIRCUITOS
ASISTENCIALES
Y FLUJOS DE
DERIVACIÓN**

ÍNDICE

| | |
|--|-----|
| Solicitud de intervención de Equipos de Soportes de Atención Domiciliaria (UVSS) | 353 |
| Solicitud de intervención de Unidades de Valoración Sociosanitaria (UVSS) | 354 |
| Flujos de derivación a Hospitales de Convalecencia | 357 |
| Circuitos asistenciales en Rehabilitación | 358 |

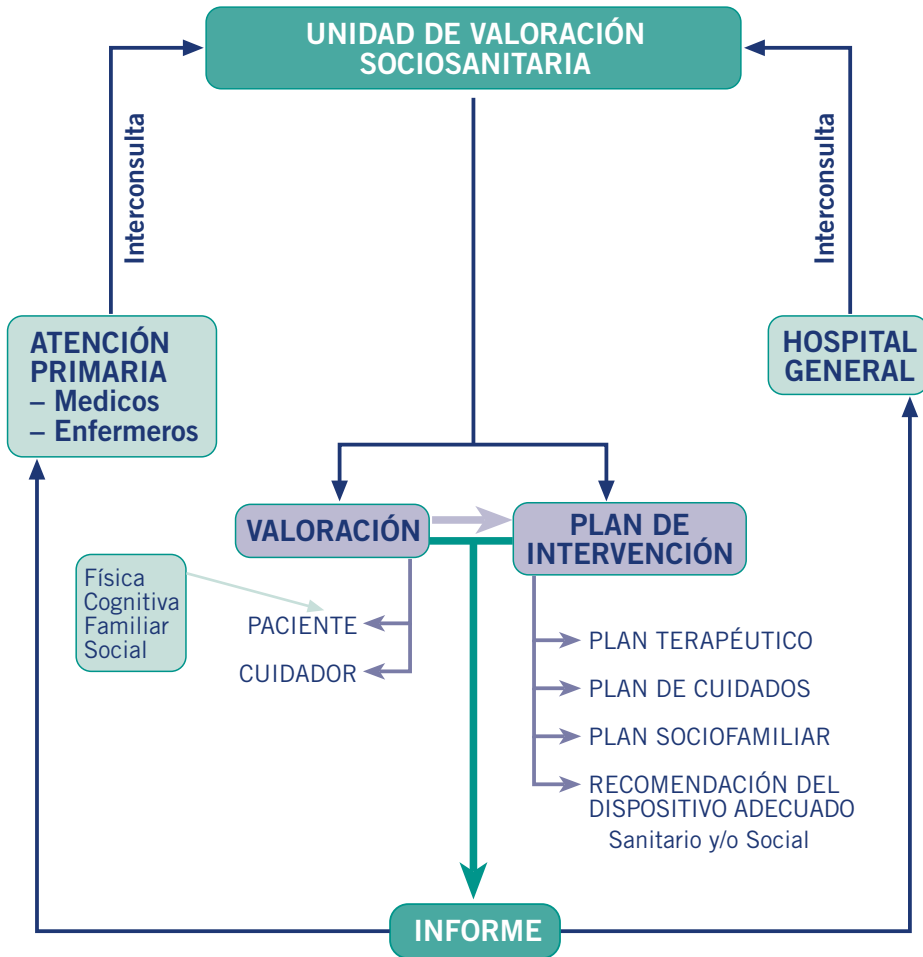
INTERVENCIÓN DE EQUIPOS DE SOPORTE DE ATENCIÓN DOMICILIARIA

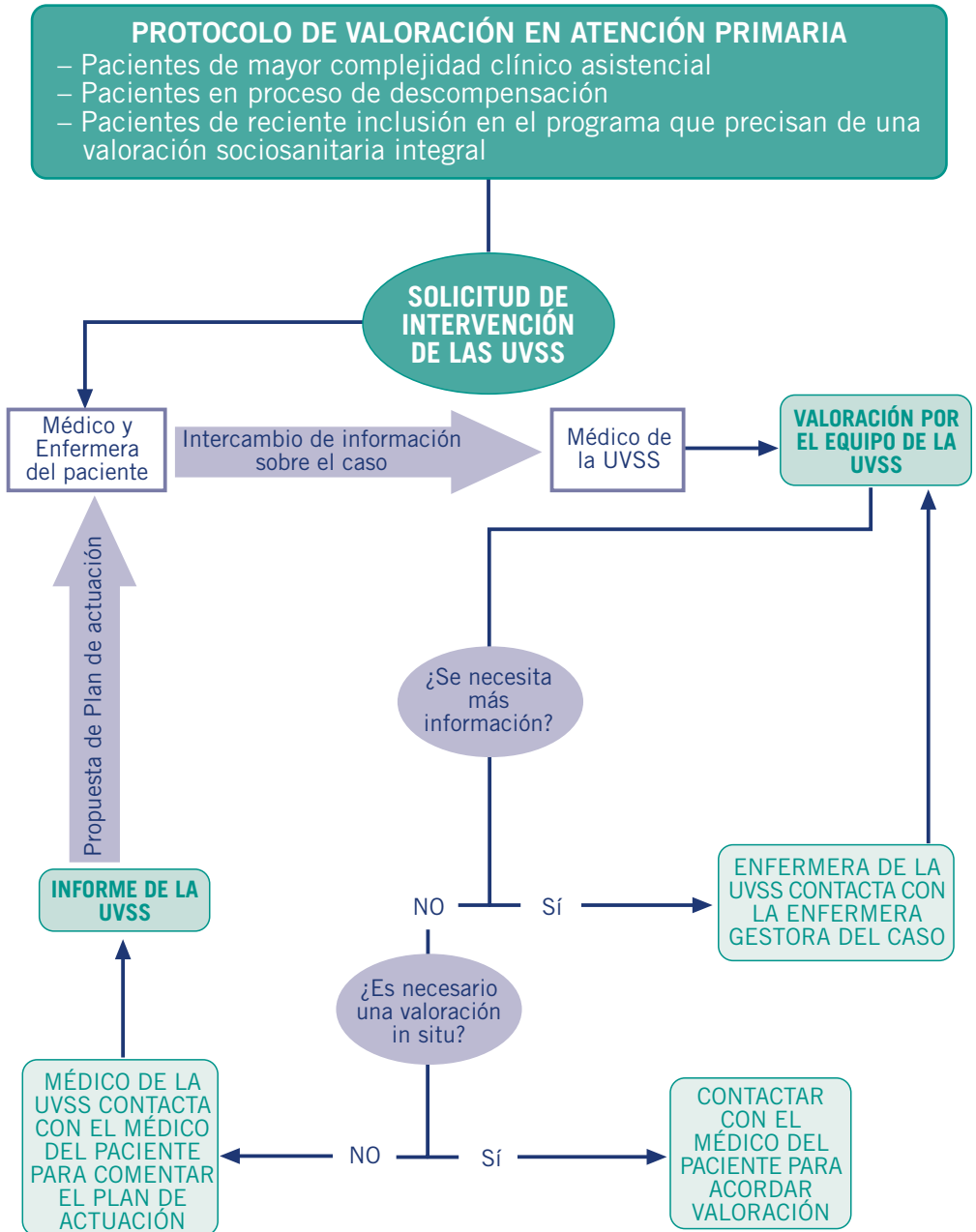
Solicitud de intervención de Equipo de Soporte de Atención Domiciliaria (ESAD)

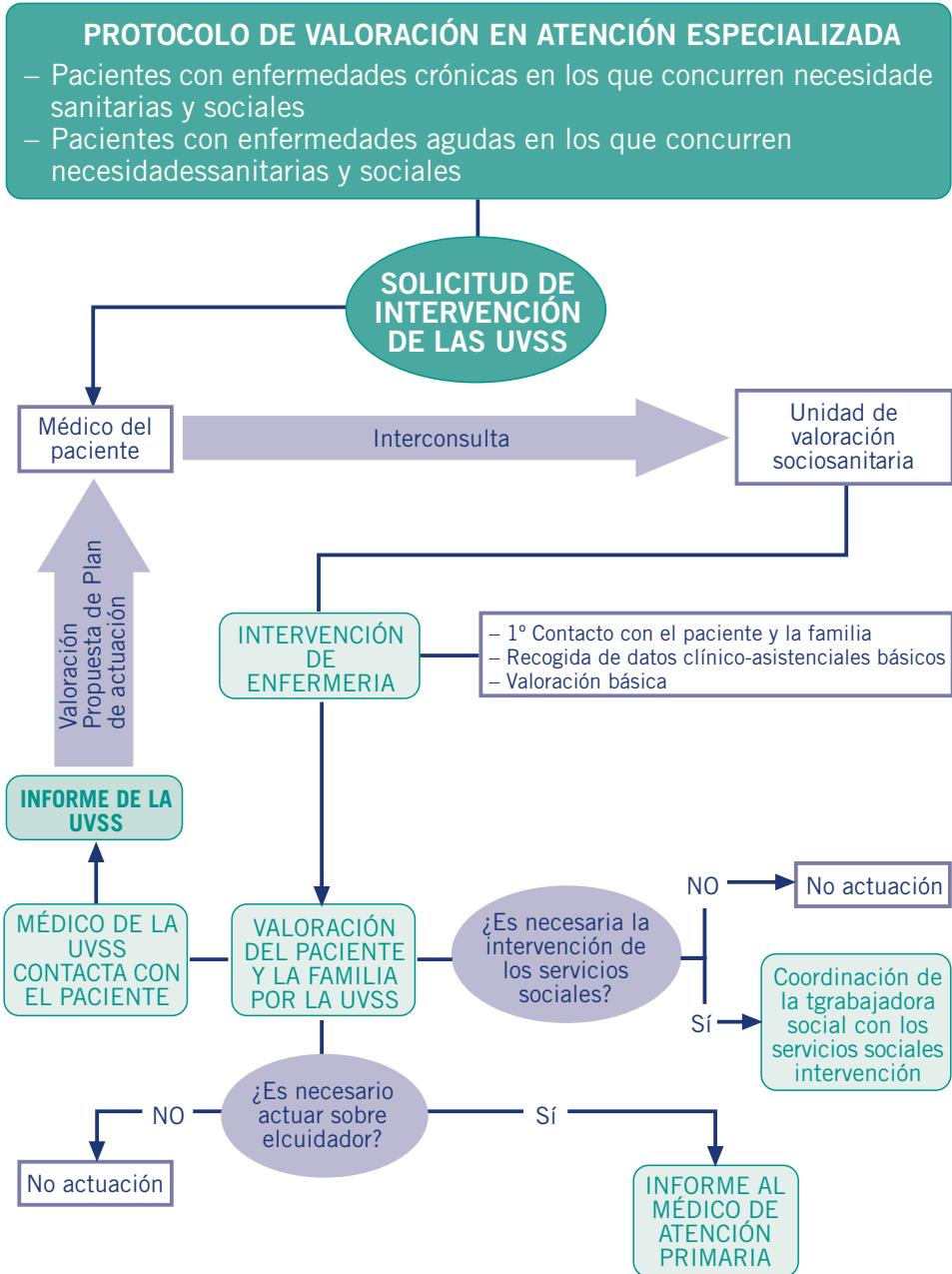


INTERVENCIÓN DE UNIDADES DE VALORACIÓN SOCIO SANITARIA (UVSS)

Diagrama de comunicación entre las UVSS y los profesionales del Sistema de Salud de Aragón

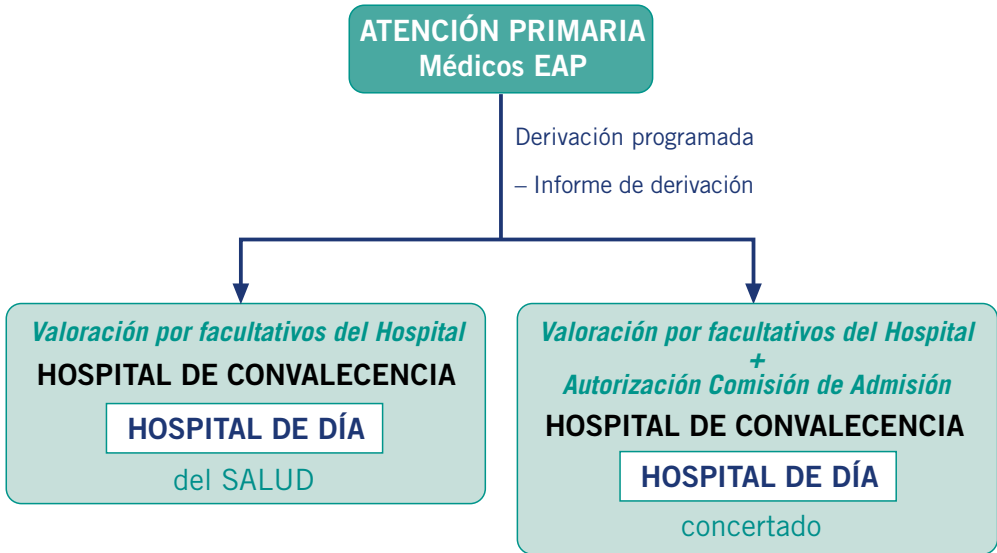






DERIVACIÓN A HOSPITALES DE CONVALECENCIA

Derivación a Hospital de Convalecencia y a Hospital de Día de Hospital de Convalecencia desde Atención Primaria



Derivación a Hospital de Convalecencia desde Hospital General

