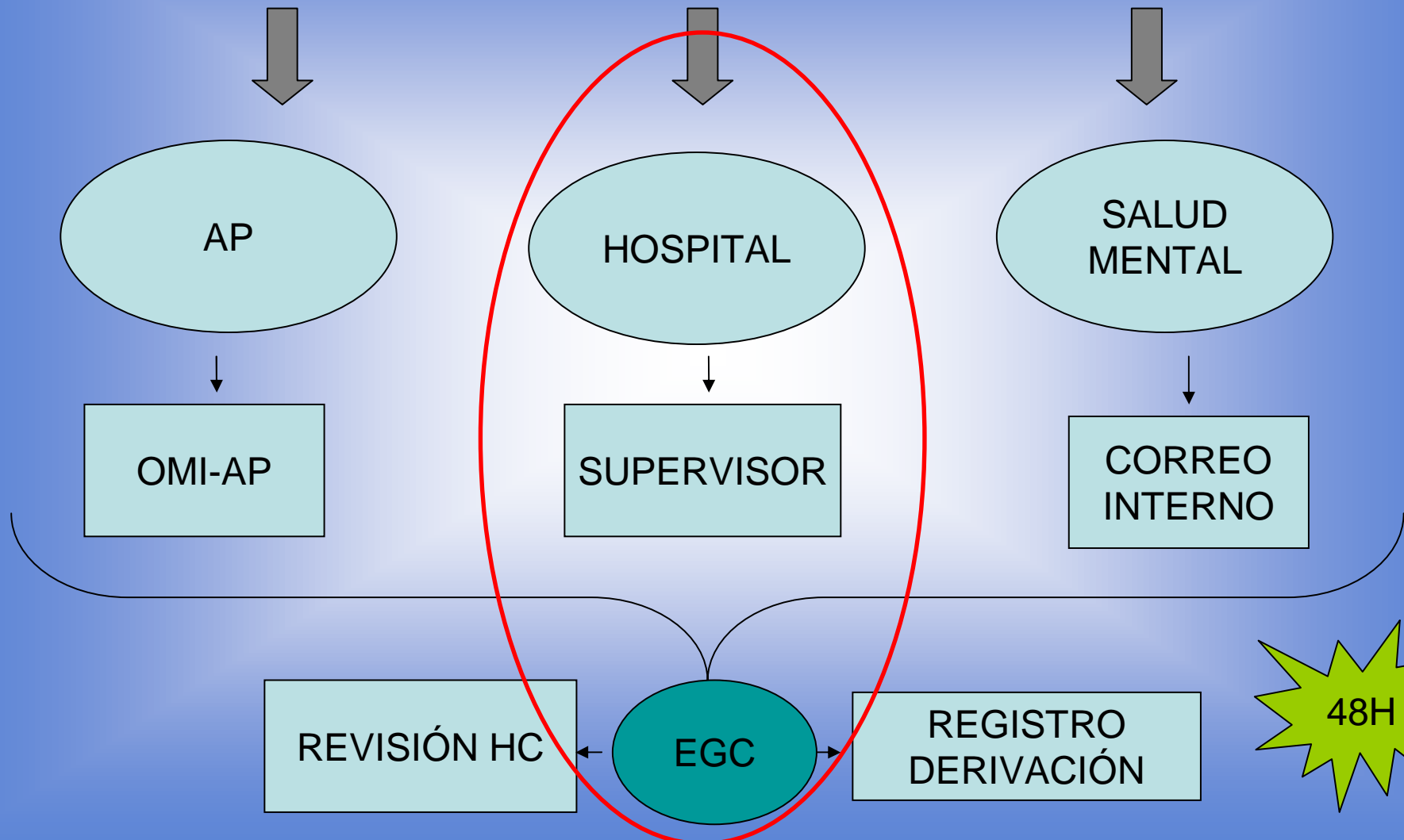


## CASO 1: GINÉS Y MARÍA



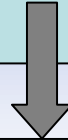
- Ginés, 81 años
- DM2, HTA, UPP 2º y Enf. Alzheimer
- Cuidadora principal: su esposa María de 78 años.
- Encamado.
- Ingresado en MI
- Ingresos frecuentes en Hospital por descompensación.

## CAPTACIÓN POR DERIVACIÓN



# CAPTACIÓN POR DERIVACIÓN DESDE HOSPITAL

ENFERMERA HOSPITALARIA



SUPERVISOR



EGC

Por teléfono,  
personalmente,  
e-mail

- **DEMENCIA**
- **CLAUDICACIÓN FAMILIAR (A)**
- **INGRESOS FRECUENTES (B)**
- **> 65 AÑOS (C)**
- **POLIMEDICADO (C)**

Región de Murcia  
Consejería de Sanidad  
y Consumo

Servicio  
**Murciano**  
de Salud

### GRUPOS DE POBLACION

**1 PERSONAS AFECTADAS POR LOS SIGUIENTES PROCESOS ASISTENCIALES, PRIORIZANDO:**

- Demencias: especialmente Alzheimer.
- P70. Demencia / Alzheimer
- Inmovilizados domiciliarios y especialmente aquellos con cambios frecuentes de residencia.
- A28: Incapacidad/Minusvalía NE - L28: Incap/Min Aparato Locomotor
- Problemas de Salud Mental: especialmente Trastorno Mental grave y Adicción de alcohol y/o
- P72: Esquizofrenia - P73: Psicosis Afectivas. Trastorno Bipolar - P29: Otros sig/sin
- Psicológicos/Mentales - P15: Abuso Crónico de Alcohol - P19: Abuso de Drogas
- Personas dependientes.
- Test BARBER > 1 - Cuestionario de BARTHEL < 90 - Índice de KATZ - Escala de LAWTON y BRODY
- Enfermedades Cardiovasculares en situación de prevención terciaria.
- K74 Isquemia cardíaca con angina - K75 Infarto agudo de miocardio - K76 Isquemia cardíaca sin
- angina - K77 Insuficiencia cardíaca - K89 Isquemia cerebral transitoria - K90 ACV/ictus/apoplejía
- K91 Enfermedad cerebrovascular
- VIH / SIDA.
- B90 Infección por VIH, SIDA
- Domiciliarios y hospitalizados por situación de enfermedad crónica avanzada con
- descompensaciones: Insuficiencia Cardíaca, Insuficiencia Renal, EPOC.
- Enfermedad en situación de terminalidad o de necesidad de Cuidados Paliativos.
- A99: Enfermedad en fase terminal

**2 PERSONAS HOSPITALIZADAS O EN DOMICILIO SIN CUIDADOS FAMILIARES O APOYO SOCIAL.**

**3 PERSONAS EN SITUACIÓN DE ALTA HOSPITALARIA CON NECESIDAD DE CUIDADOS DOMICILIARIOS CONTINUADOS.**

**4 CUIADORES / FAMILIARES DE LOS ANTERIORES**

### GRUPOS DE POBLACION

**Grupo A:**

- Deficiente red apoyo social: Escala de Valoración de riesgo social Sociofamiliar de Gijón >10
- Analfabetismo de la persona y/o cuidador.
- Claudicación familiar.

**Grupo B:**

- Déficit de adherencia al tratamiento y /o de seguimiento: no recogida de recetas de crónicos, y/o
- no acude a consulta de Atención Primaria en 2 - 3 ocasiones y/o no acude a consulta de Salud Mental
- en 1 o más ocasiones.
- 3 ingresos hospitalarios en los últimos 6 meses por motivo de descompensaciones de su propia
- patología crónica.

**Grupo C:**

- Oxigenoterapia domiciliaria.
- Mayores de 65 años.
- Polimedicados > 5 fármacos.
- Situación de Riesgo de Dependencia o Fragilidad: Cuestionario de Barber > 1.

### CRITERIOS DE INCLUSIÓN

• Presencia de 1 indicador del Grupo A.	NO INCLUYE
• Presencia de los 2 indicadores del Grupo B.	NO INCLUYE
• Presencia de 3 indicadores del Grupo C.	INCLUYE
• Presencia de 1 indicador del Grupo B junto a 2 indicadores del Grupo C.	NO INCLUYE

## → 1. PERSONAS AFECTADAS

? Demencia: especialmente Alzheimer... No



Si

? Inmovilizados domiciliarios y especialmente aquellos con cambios frecuentes de residencia No

? Problemas de Salud Mental: especialmente Trastorno Mental grave y Adicción de alcohol y/o drogas No

? Personas dependientes No

? Enfermedades Cardiovasculares en situación de prevención terciaria No

? VIH-SIDA No

? Domiciliarios y hospitalizados en situación de enfermedad crónica avanzada con descompensaciones: Insuficiencia Cardíaca, Insuficiencia Renal, EPOC. No

? Enfermedad en situación de terminalidad o de necesidad de Cuidados Paliativos No

## → 2. PERS. HOS O EN DOM SIN CUIDAD

Personas hospitalizadas o en domicilio sin cuidados familiares o apoyo social No

## → PER. ALTA HOS CON NECESIDA C.D

Personas en situación de alta hospitalaria con necesidad de cuidados domiciliarios continuados No

## → CUIDADORES FAMILIARES DE ANTER

Cuidadores-familiares de los anteriores No

GRUPO DE POBLACIÓN	INDICADORES DE INCLUSIÓN
--------------------	--------------------------

→ GRUPO A

Deficiente red apoyo social: Escala de Valoración de riesgo social Sociofamiliar de Gijón >10	<input type="text" value="No"/>	
Analfabetismo de la persona y- o cuidador	<input type="text" value="No"/>	
Claudicación familiar	<input type="text" value="No"/>	→ Si

→ GRUPO B

? Déficit de adherencia al tratamiento y-o de seguimiento	<input type="text" value="No"/>	
3 ingresos hospitalarios en los últimos 6 meses por motivo de descompensaciones de su propia patología crónica	<input type="text" value="No"/>	→ Si

→ GRUPO C

Oxigenoterapia domiciliaria	<input type="text" value="No"/>	
Mayores de 65 años	<input type="text" value="No"/>	→ Si
Polimedicados > 5 fármacos	<input type="text" value="No"/>	→ Si
? Situación de Riesgo de Dependencia o Fragilidad	<input type="text" value="No"/>	

→ CRITERIOS DE INCLUSION

Resultado.	<input type="text" value="NO INCLUYE"/>	→	<input type="text" value="SI INCLUYE"/>
------------	---	---	---

▶▶ Cancelar

## REVISIÓN HISTORIA CLÍNICA (SELENE Y OMI-AP)

## CONTACTO CON LOS PROFESIONALES RESPONSABLES.



Recibida Derivación a Enfermera Gestora de Casos  Sí  No

Derivación del profesional:

"Criterios Inclusión Gestión de Casos"

Criterio de Inclusión:

Identificación de criterios de inclusión  Sí  No

Información relevante sobre el paciente:

Datos del cuidador/cuidadores principal/es

Nombre:

Parentesco

Telefono de Contacto:

Nombre:

Parentesco

Telefono de Contacto:

Salida de Gestión de Casos

Motivo:

E.G.C

48H

- LA ENFERMERA DE LA PLANTA COMUNICA AL PACIENTE Y CUIDADORA LA INCLUSIÓN EN EL PROGRAMA DE GESTIÓN DE CASOS Y QUE PRÓXIMAMENTE EL EGC LE VISITARÁ.
- EL EGC CONCIERTA CITA CON LA CUIDADORA Y CON LA ENFERMERA DE LA PLANTA Y SE DESPLAZA AL HOSPITAL PARA VALORAR A GINÉS Y A MARÍA. **SIEMPRE QUE SEA POSIBLE REALIZARÁ LA VISITA JUNTO A LA ENFERMERA RESPONSABLE DEL PACIENTE.**
- VALORACIÓN INTEGRAL POR PATRONES FUNCIONALES DE M. GORDON

- Patrón 1: **Percepción - manejo de la salud**
- Patrón 2: **Nutricional - metabólico**
- Patrón 3: **Eliminación**
- Patrón 4: **Actividad - ejercicio**
- Patrón 5: **Sueño - descanso**
- Patrón 6: **Cognitivo - perceptual**
- Patrón 7: **Autopercepción - autoconcepto**
- Patrón 8: **Rol - relaciones**
- Patrón 9: **Sexualidad - reproducción**
- Patrón 10: **Adaptación - tolerancia al estrés**
- Patrón 11: **Valores – creencias.**



- **Diagnósticos de Enfermería**

- Trastorno de los procesos del pensamiento R/C la pérdida de memoria, confusión y desorientación asociada al alzheimer.
- Deterioro de la integridad cutánea R/C rozamiento, cizallamiento M/P úlcera por decúbito secundaria a la presión.
- Deterioro de la movilidad física R/C disminución de la fuerza y/o masa muscular.
- Incontinencia fecal y urinaria

### NOC (Resultados)

Capacidad Cognitiva

Evitar complicaciones incontinencia

Movilización pasiva

### NIC (Intervenciones)

Disminución de la ansiedad

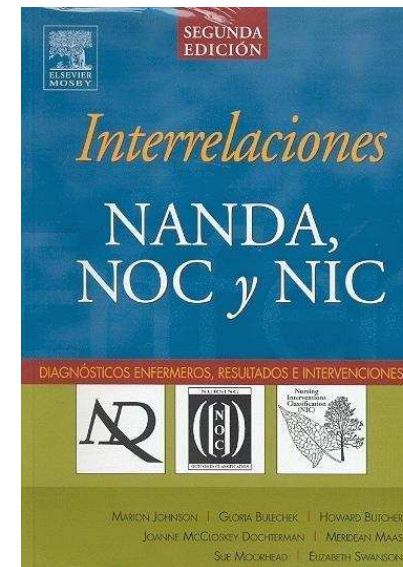
Manejo de la demencia

Cuidados y prevención UPP

Cuidados incontinencia.

Terapia de ejercicios

Educación sanitaria



CUIDADOR PRINCIPAL

Cuidador principal de Paciente incluido en Gestión de Casos

Fecha de Inclusión del paciente:

C. de Salud del Paciente al que cuida:

Núm Historia Clínica del Paciente

Relación con el paciente al que cuida:

Tiempo como cuidador (años):

Horas como cuidador al día:

¿Se le ha realizado al cuidador Valoración según los Patrones de M. Gordon?  Sí  No

Índice de Esfuerzo del Cuidador:

¿Tiene el cuidador abierto un Plan de Cuidados?  Sí  No

ZARIT



56

Escala de Valoración sociofamiliar GIJON

Percepción de la Función Familiar APGAR FAM.

Genograma  Sí  No

En OMI AP

En Papel

**SOBRECARGA INTENSA**

- Diagnóstico de Enfermería
  - Cansancio en el desempeño del rol de cuidador R/C prolongación de los cuidados
- NOC
  - Bienestar del cuidador familiar
- NIC
  - Apoyo al cuidador
  - Enseñanza: individual (o grupal)
  - Cuidados intermitentes

- PLANIFICACIÓN DEL ALTA A DOMICILIO:
  - Estimar recursos de material de cuidados.
  - Revisar medicamentos.
- VALORAR VISITA A DOMICILIO CON TS, DUE AP.



- Contacto con TS Hospital → Valoración social, necesidad de recursos (cama articulada, colchón antiescaras...)

**REALIZADA POR TRABAJADORA SOCIAL DEL HOSPITAL**



Contacto telefónico con TS de AP o del Ayuntamiento.

Comunicar al Médico de Familia y DUE AP la situación del paciente y la cuidadora.



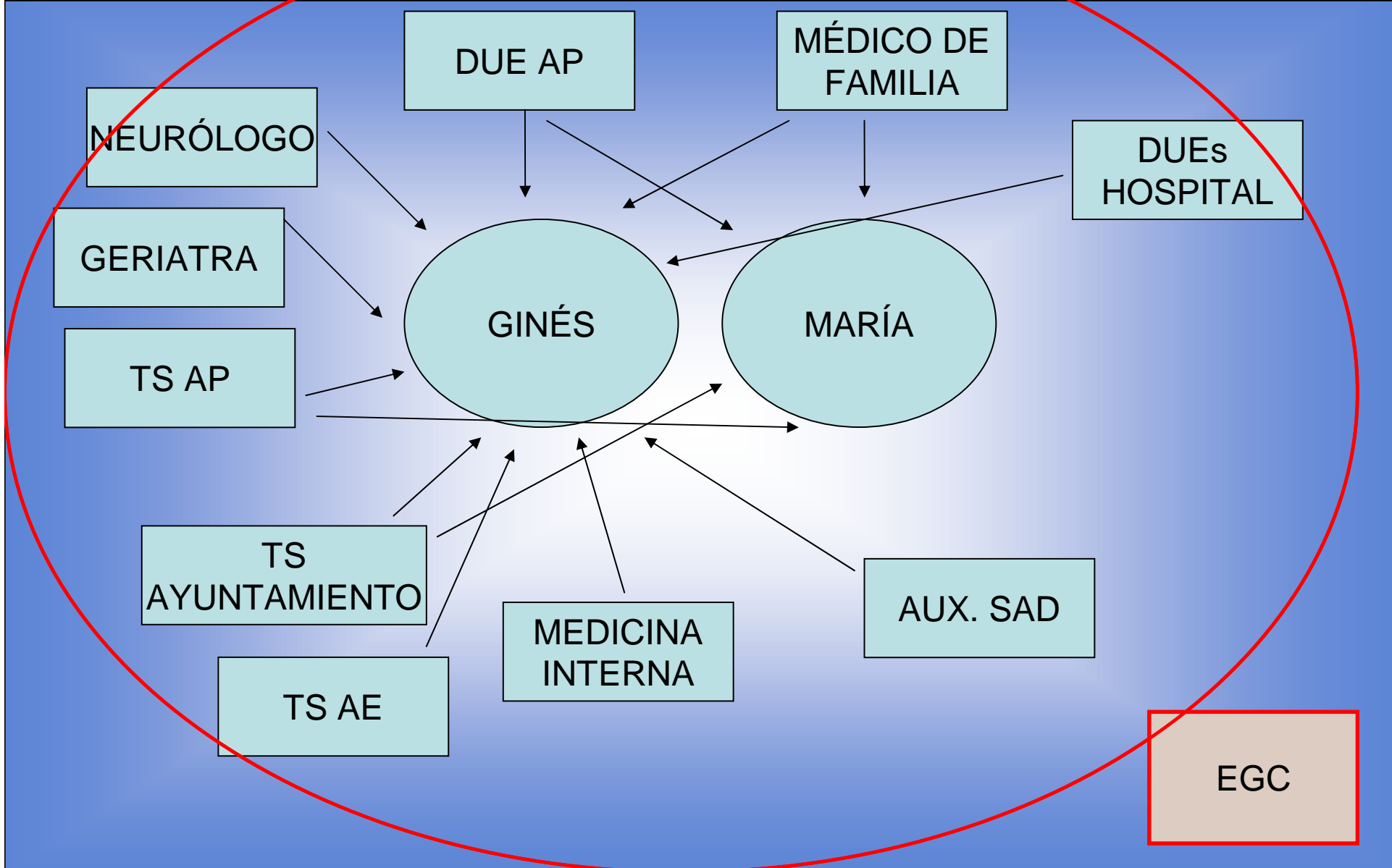
¿“Ley de dependencia”?

Hablar con los hijos de Ginés y María para explicar la situación y pedir su implicación.



- Acompañar a Ginés y María
- Asegurar la realización de las intervenciones
- Contacto con Geriatria del hospital
- Registro de todas las intervenciones
- Coordinación continua de profesionales, recursos e intervenciones





- Conocimientos sobre la enfermedad.
- Conocimientos sobre los cuidados.
- Habilidades para el manejo de las úlceras.
- Habilidades comunicativas con el paciente desorientado.
- Manejo del tratamiento.

- Formación conjunta con los profesionales AP y AE.
- Ponente, colaborador o asistente en sesiones clínicas.
- Elaboración de sesiones específicas sobre organización de cuidados.
- Revisión de protocolos, programas, procesos, planes de cuidados...

- Adaptación y puesta en marcha de guías y mapas de cuidados.
- Implantación y desarrollo de la metodología enfermera.
- Participación en comisiones.

**DIFERENTES LINEAS DE INVESTIGACIÓN:  
CALIDAD DE VIDA ENFERMOS Y/O  
CUIDADORES  
MATERIAL PARA UPP**

**HOY VEMOS LA MONTAÑA LEJOS...**





**EL CAMINO SERÁ LARGO Y DIFÍCIL...  
(IMPOSIBLE SIN VUESTRA AYUDA)**

**PERO LAS VISTAS, VALDRÁN LA PENA.**

[jaume.garcia@carm.es](mailto:jaume.garcia@carm.es)

