



HOSPITAL COMARCAL DE VINARÒS

ASISTENCIA DOMICILIARIA EN PACIENTES CRÓNICOS:  
**UN RETO PARA ENFERMERÍA.**

**ISABEL FERNÁNDEZ MACÍAS** / ENFERMERA COORDINADORA UHD

# CONTAR Y **APRENDER**

¿QUIÉNES SOMOS?

¿DÓNDE ESTAMOS?

¿QUÉ HACEMOS?

¿CÓMO LO HACEMOS?

¿QUÉ APORTAMOS?

¿ DÓNDE VAMOS ?



# RETOS ENFERMERÍA



+



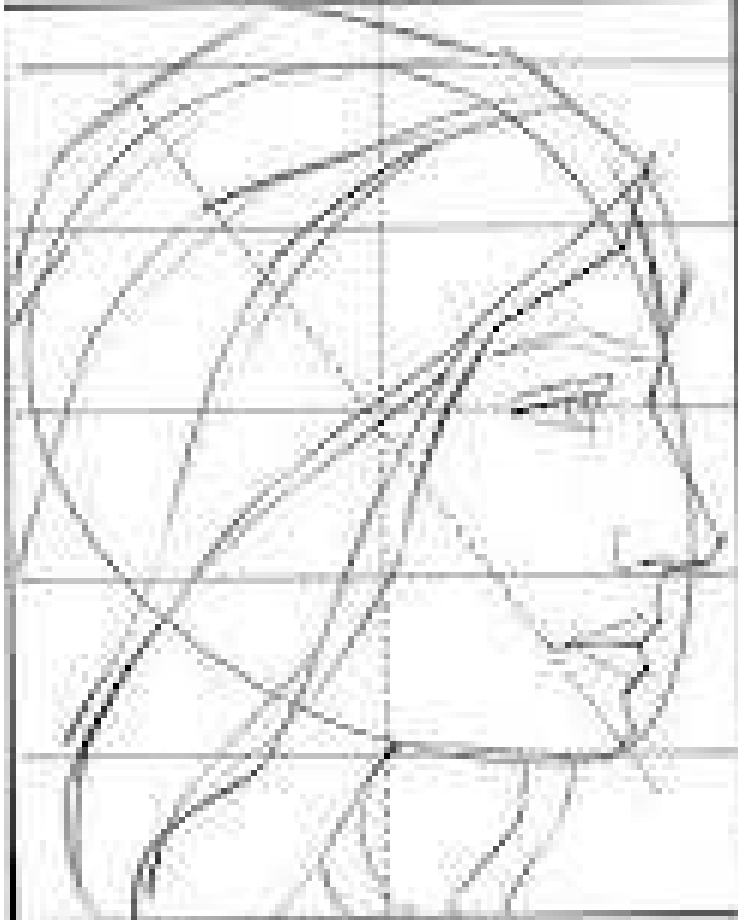
## RETOS DIARIOS

Demanda Asistencial  
Cronificación  
Avances Tecnológicos  
Aumento nivel socio-económico  
Aumento exigencias servicios  
Crisis económica  
Búsqueda del bienestar

## RETOS EN DOMICILIO

Paciente y familia  
Cambio de roles  
Seguridad  
Puntualidad  
Delicadeza  
Información adecuada  
Diálogo, consenso.

## PERFIL DE ENFERMERIA EN U.H.D.



POLIVALENTE

FORMACIÓN EN EJERCICIO

LINEA FORMATIVA:  
INTRAEQUIPO

## OBJETIVOS GENERALES U.H.D.



- ✦ Mejor atención al paciente y cuidador en el domicilio, con optimización de los recursos
- ✦ Modelo de coordinación interniveles.



## ¿QUIÉNES SOMOS?

Unidad , que proporciona asistencia especializada de rango hospitalario, a pacientes en sus propios domicilios.

### **Médicos:**

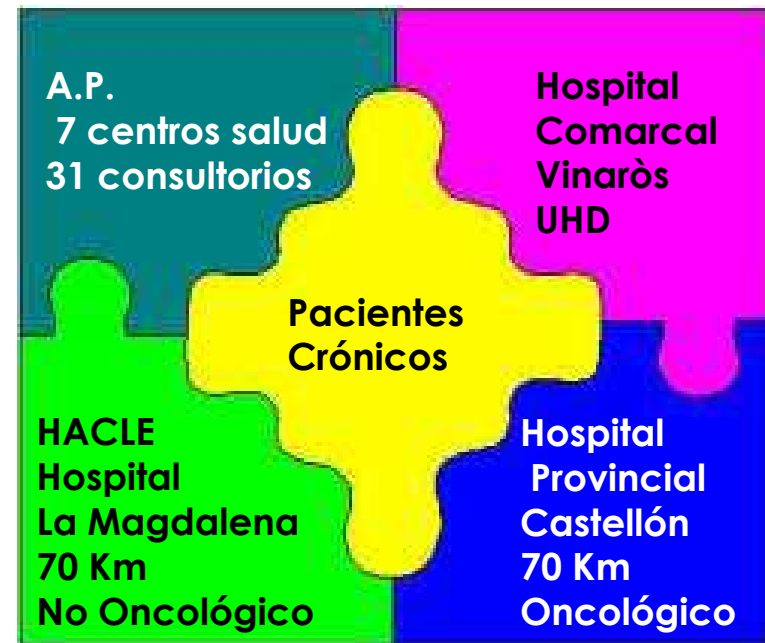
- 1 Coordinadora médico y asistencial.
- 1 Médico asistencial.

### **Enfermeras:**

- 1 Enfermera coordinadora y asistencial.
- 3 Enfermeras asistenciales.
- 1 Auxiliar de Enfermería.

# ¿DÓNDE ESTAMOS?

Departamento Salud de Vinaròs



## ¿DÓNDE ESTAMOS?

Tabla de cobertura poblacional por parte de la UHD:

<b>SECTORES</b>	<b>MUNICIPIO</b>	<b>NOMBRE CENTRO DE SALUD</b>	<b>POBLACIÓN N° HABITANTES</b>	<b>FACULTATIVOS CENTROS SALUD</b>
<b>Sector 1</b>	<b>Vinaròs</b>	<b>Centro salud Vinaròs</b>	<b>31.982</b>	<b>14 Facultativos</b>
<b>Sector 2</b>	<b>Benicarló</b>	<b>Centro salud Benicarló</b>	<b>30.282</b>	<b>12 Facultativos</b>
<b>TOTAL</b>		<b>62.264</b> <b>65 %</b>		<b>26</b>



# ¿QUÉ HACEMOS?

## **DEFINICIÓN UHD:**

Dispositivo asistencial del Departamento de salud, enfocado a proporcionar asistencia especializada de rango hospitalario a aquellos pacientes para los que se determine que el “ Mejor Lugar Terapéutico”(MLT), por su estado de enfermedad, es el propio domicilio.

## **DEFINICIÓN MLT:**

“ Aquel lugar donde se van a conseguir los objetivos terapéuticos , en el menor tiempo posible, con el menor número de complicaciones y con el menor coste social”.



# COSTES

**HOSPITAL CONVENCIONAL**



**U H D 30 % MENOS**



**¿QUÉ HACEMOS?**



# ¿QUÉ HACEMOS?

## **FUNCIONES ASISTENCIALES UHD:**

**Función Hospitalización,** La UHD sustituye al servicio de hospitalización convencional.

**Función de Hospital de día:** La UHD sustituye al Hospital de día: Transfusiones, terapia Intravenosa, nutriciones,

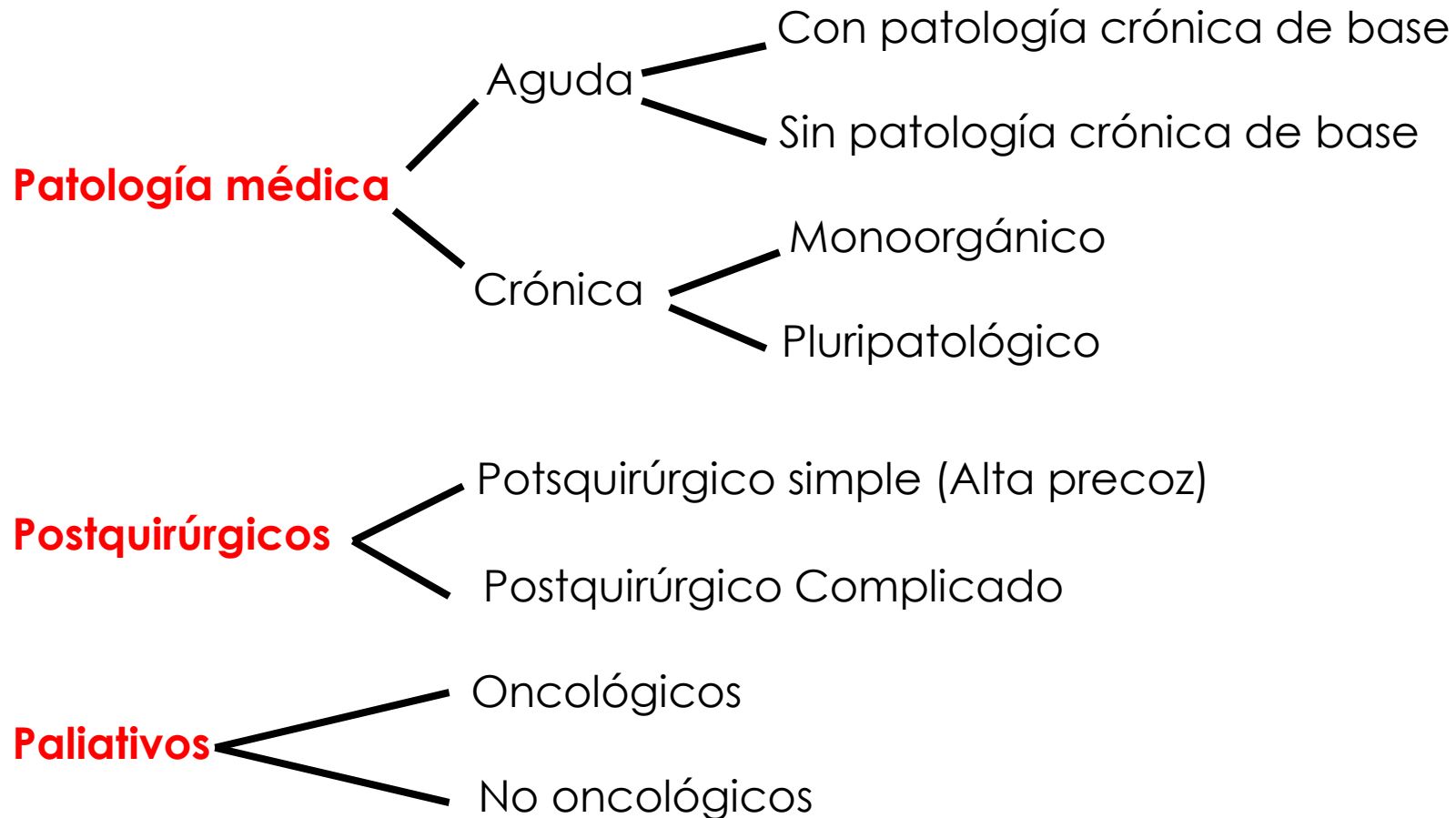
**Función de consultas externas:** Realización de valoraciones clínico-diagnósticas, exploraciones sencillas y modificaciones terapéuticas a petición de los profesionales de AP y hospitalarios.

**Función de enlace y seguimiento:** Enlace y coordinación entre los distintos agentes implicados (domiciliario y/o hospitalario). Seguimiento Tfno, programa continuidad.



# ¿QUÉ HACEMOS?

GRUPOS PATOLÓGICOS ATENDIDOS UHD.



# ¿QUÉ HACEMOS?

## CRITERIOS DE INGRESO/ INCLUSIÓN EN UHD

- Cuidador principal, dispuesto y capaz
- Domicilio buenas condiciones higiénico sanitarias
- Teléfono
- Aceptación voluntaria
- Domicilio en área de cobertura asistencial
- Patología con diagnóstico, estable que no precise alta tecnología
- Incapacidad para los desplazamientos
- Que el domicilio sea el MLT
- Informe clínico con valoración e interconsulta

## CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Que no cumpla requisitos de inclusión
- Probabilidad de desestabilidad inmediata
- Administración IV cada 6-8 horas



# PACIENTE CRÓNICO

- Habitualmente están al cuidado de Atención Primaria
- Necesitan frecuentes visitas al Servicio de Urgencias y frecuentes ingresos hospitalarios

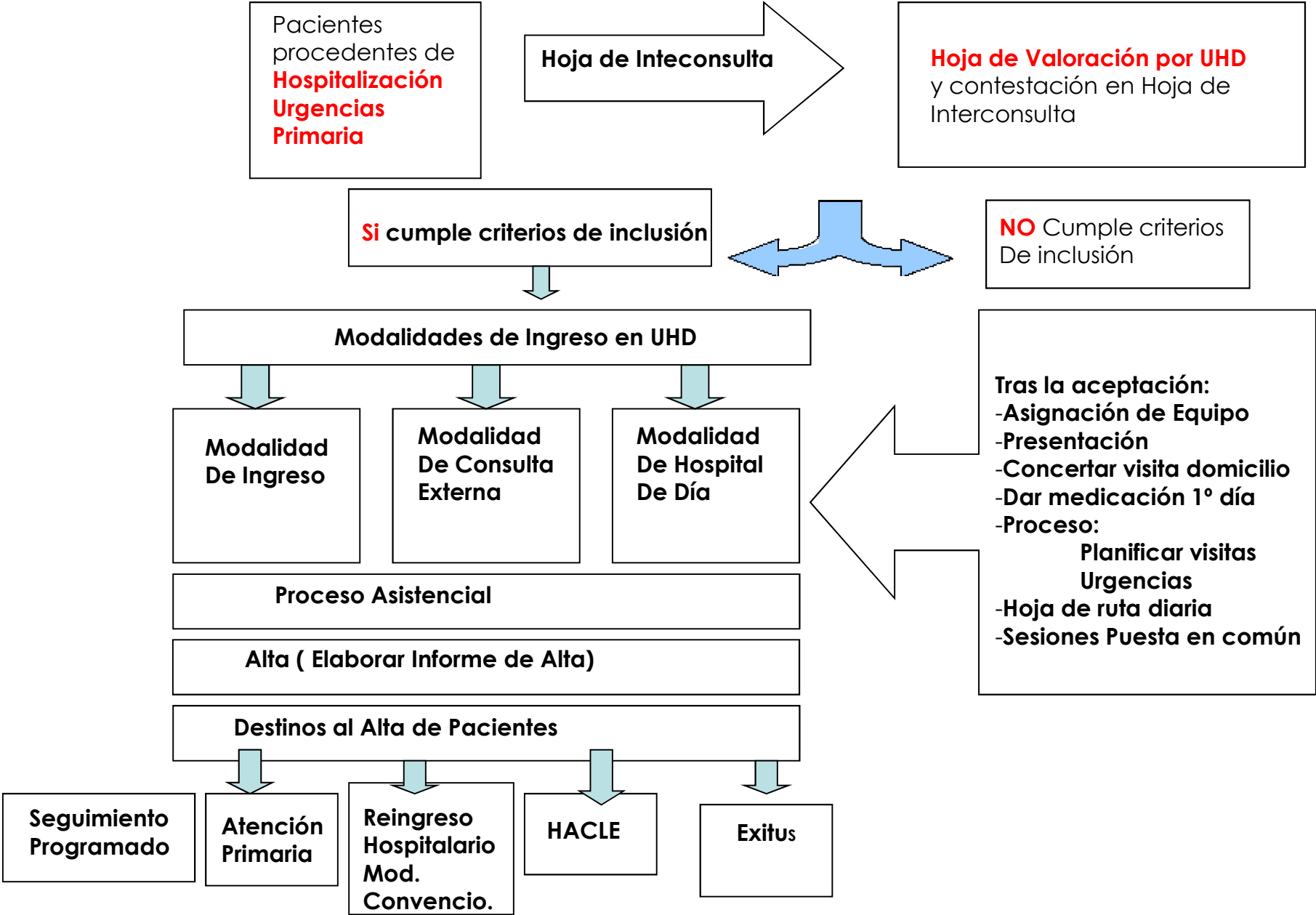
## OBJETIVOS CONCRETOS

- Acortar y evitar la estancia en el hospital.
- Educación sanitaria ( paciente + cuidador)
  - Conocer enfermedad
  - Manejo de medicación ( efectos secundarios)
  - Detectar síntomas de alarma
  - Manejo de la tecnología



# Diagrama de flujo del proceso asistencial en UHD

# ¿CÓMO LO HACEMOS?



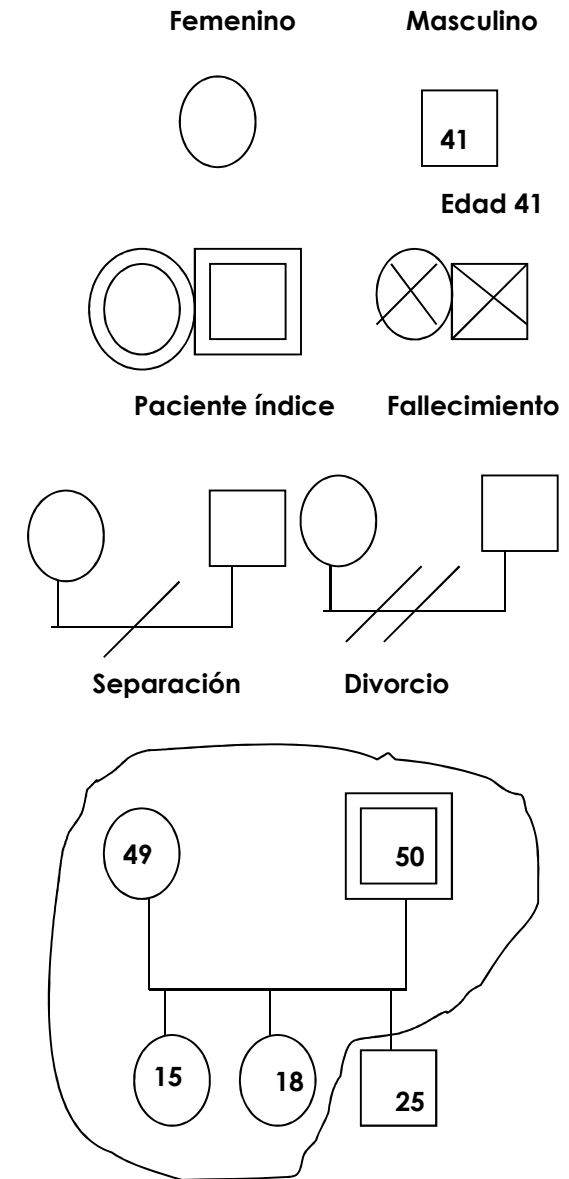


# ¿CÓMO LO HACEMOS?

## Recogida de datos: hoja de valoración

- Datos personales y sociales
- Cuidador principal
- Genograma
- Diagnosticos, médicos y enfermería
- Grupo patológico
- Escalas de medición; ( Pfeiffer, Barthel, Norton....)
- Determinación de problemas interdependientes
- Descripción y valoración de síntomas
- Tecnología que necesita al ingreso
- Determinación de Procedimientos e intervenciones iniciales relevantes.
- Material de apoyo
- Anamnesis.....

## Genograma



# ¿CÓMO LO HACEMOS?

## Planificación y ejecución de cuidados

- Análisis de datos
- Identificación de problemas y necesidades
- Planificación de cuidados: visitas, administración medicación, curas ....
- Personalizar, adaptar y consensuar las las necesidades del paciente y familia
- Educación sanitaria: autocuidados para promover la autonomía, aumentar la autoestima e integrar a la familia en el proceso asistencial.



# ¿CÓMO LO HACEMOS?

## Seguimiento programado.

- Alta por mejoría y/o estabilidad
- Atención Primaria
- Seguimiento telefónico programado y a demanda del paciente
- Planificación visitas periódicas
- Incluir ingresos por requerimientos asistenciales periódicos: (transfusiones, paracentesis ...)



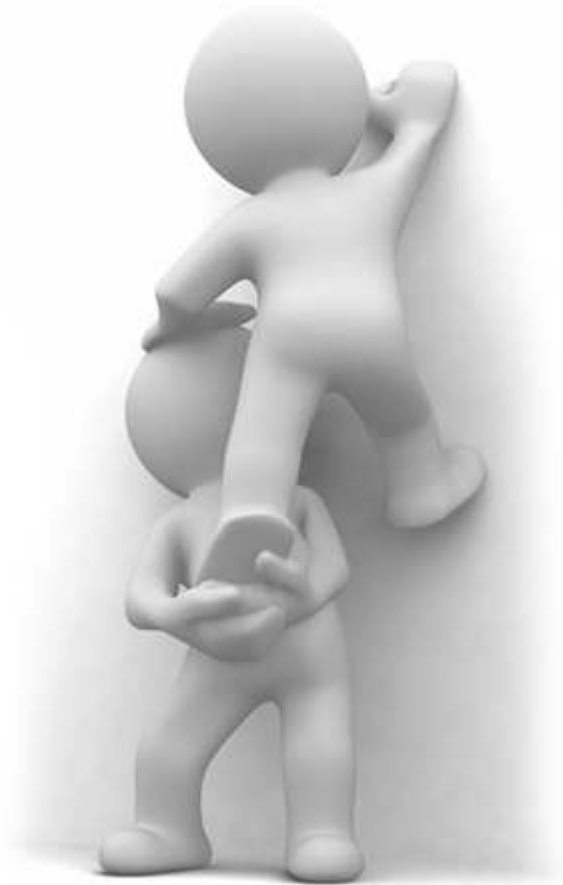
# ¿QUÉ APORTAMOS?

## **En la gestión clínica:**

- Evita/ retrasa ingresos
- Acorta estancias
- Reduce costes
- Alta efectividad clínica
- Mayor confort físico-psíquico

## **En el marco integral socio-sanitaria:**

- Mejor ubicación asistencial
- Promueve la autonomía, paciente-familia
- Evita infecciones nosocomiales
- Respeto rol socio-familiar
- Integración familia al proceso asistencial
- Preserva intimidad y autoestima del paciente



# ¿QUÉ APORTAMOS?

## En el marco de la humanización:

- Mejora la relación paciente-personal sanitario- familia
- Horario plan de cuidados orientado al paciente
- Evitar desplazamientos y estancias de familiares, fuera del hogar
- Evita síndrome confusional en ancianos

## En la gestión de recursos:

- Disminuye costes marginales por procesos
- Reduce ingresos hospital agudos, mejor rotación camas
- Disminuye las estancias, con Alta precoz



# ¿DÓNDE VAMOS?

## PROYECTO ACTUAL

- Organización Plan de Cuidados Paliativos Comunidad Valenciana ESCPD (Equipo Soporte cuidados Paliativos del Departamento)

## PROYECTOS FUTUROS

- Seguir formación
- Crecer
- Enfermera Gestión Comunitaria
- Enfermera Gestión Hospitalaria



**Recibimos más de lo que damos**

**El menos se convierte en más**



*Muchas  
Gracias!*

