

OBJETIVOS:

- Coordinar cuidados con otros profesionales para llevar a cabo el plan asistencial durante la estancia hospitalaria.
- Apoyar a la enfermera responsable del paciente en el desarrollo del plan de cuidados establecido.
- Planificar con la enfermera gestora de casos de Atención Primaria la adecuada transición del paciente y la cuidadora al domicilio.

CARTERA DE SERVICIOS

Todas aquellas personas ingresadas en el hospital que, por la complejidad en su estado de salud, requieran la coordinación con diferentes profesionales/servicios y la movilización de los recursos necesarios para garantizar una atención integral y continuada a sus necesidades de cuidados y las de sus cuidadoras.

POBLACIÓN DIANA

Pacientes incluidos en el mapa de procesos asistenciales: Paliativos, Pluripatológicos, Fractura de cadera en el anciano, Demencias, AVC, EPOC, Insuficiencia Cardiaca y VIH-SIDA entre otros.

Pacientes con múltiples y complejas necesidades de cuidados, no incluidos en los procesos anteriores: Procesos crónicos incapacitantes, deterioro cognitivo, deterioro funcional, ancianos frágiles, pacientes crónicos con descompensaciones frecuentes (reingresadores), pacientes que requieren, para su tratamiento y cuidados, de tecnología avanzada en el domicilio, así como sus cuidadores familiares.

ACTIVIDADES

- Captación activa de pacientes.
- Captación por derivación de profesionales del hospital (telefónica o por Informe de derivación).
- Captación por derivación de profesionales de Atención Primaria (telefónica o por Informe de derivación).
- Valoración Integral al paciente y cuidador/a.
- Elaboración de un plan asistencial ajustado a las necesidades del paciente y cuidador/a.
- Información a paciente y familia de los servicios para fomentar la toma de decisiones compartida.
- Oferta de servicios de apoyo al/la cuidador/a principal.

- Coordinación de actuación y planificación del alta con médicos y enfermeras responsables así como realizar interconsultas con otros servicios profesionales (trabajadores sociales, fisioterapeutas, psicólogos...).
 - Participación en la coordinación de ingresos solicitados desde Atención Primaria.
 - Solicitud de gestión del material de apoyo en el domicilio, si están disponibles (camas articuladas, colchones, barandillas y grúas) a través de Enfermera Gestora de Casos Comunitaria.
 - Facilitar la gestión de ayudas técnicas y recursos provistos desde Atención Hospitalaria para uso en Atención Primaria (oxigenoterapia, nutrición enteral, ayudas ortoprotésicas).
 - Planificación del alta de pacientes con grandes necesidades de cuidados, junto con las Enfermeras Gestoras de Casos de Primaria.
 - Participación en la elaboración del Informe de Continuidad de Cuidados en colaboración con la enfermera referente.
 - Participación en sesiones clínicas.
- Realización de sesiones clínicas multidisciplinares semanales (trabajadores sociales, fisioterapeutas, psicólogos, enfermera de la Unidad de Atención al Cuidador, enfermeras gestoras de casos...).
- Participación en actividades formativas como docente y como discente.
 - Realización de talleres de formación a cuidadores familiares.
 - Coordinación de traslados AP-AH y viceversa, en pacientes frágiles.
 - Preparación conjunta del alta de pacientes complejos y con gran necesidad de recursos.
 - Gestión de material hospitalario de uso domiciliario (sondas PEG, absorbentes niños, cánulas de traqueos...).
 - Coordinación de citas, gestión de ambulancias, informes, recetas... en pacientes portadores de tarjetas +cuidados.