

Continuidad de Cuidados y Comunicación interniveles entre equipos de emergencias sanitarias y Atención Primaria

SIXTO CÁMARA ANGUITA¹, ANTONIO JESÚS VALENZUELA RODRÍGUEZ²

¹Enfermero Empresa Pública de Emergencias Sanitarias Andalucía, Servicio Provincial O61 de Jaén.

²Enfermero Dispositivo de Cuidados Críticos y Urgencias de Atención Primaria, Servicio Andaluz de Salud.

Correspondencia:

mail: ajvalenzuela@teleline.es

Continuity of Cares and Communication interlevels between emergencies mobile teams and Primary Care Attention

RESUMEN

La incorporación progresiva de las enfermeras a los equipos de emergencias extrahospitalarios, dotan a éstos de un aspecto holístico en la esfera de los cuidados. Y ello, no es posible sin atender a las posibilidades de continuidad de cuidados y comunicación con el resto de niveles asistenciales.

Todos los esfuerzos en este sentido, y asumidos como intervenciones propias de enfermería: "Derivación" (Nic 8100) e "Intercambio de información de cuidados de salud" (Nic 7960), son el marco conceptual de este trabajo, cuyos objetivos son cuantificar y exponer las actuaciones en esta línea llevadas a cabo por los profesionales de enfermería de los Equipos de Emergencias.

PALABRAS CLAVE

Proceso enfermero, continuidad de cuidados, emergencias, derivación, equipos móviles, comunicación interniveles.

ABSTRACT

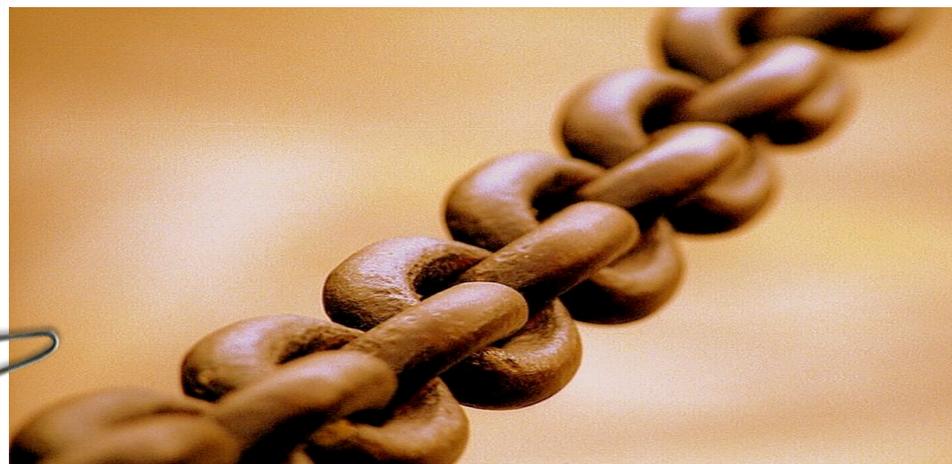
The gradual incorporation of the nurses to the extrahospital emergency teams give them a holistic aspect in the field of care. And this is not possible without addressing the possibility of continuity of care and communication with other levels of care.

All efforts in this regard and made speeches themselves as nursing, "Refer" (Nic 8100) and "Exchange of information on health care" (Nic 7960), is the conceptual framework of this work, which objectives are to quantify and exposing the proceedings in this line taken by the nurses of emergency team

KEYWORDS

Process nurse, continuity of care, emergencies, mobile teams, communication interlevels.

La incorporación progresiva de las enfermeras a los equipos de emergencias extrahospitalarios dotan a éstos de un aspecto holístico en la esfera de los cuidados



Cadena y continuidad



Cuidados prehospitalarios

INTRODUCCIÓN

Con la incorporación progresiva de los sistemas de emergencias sanitarias al Sistema Nacional de Salud Español, en la década de los 80, comenzó a fraguarse un nuevo campo o nivel asistencial sanitario. Enmarcado en un entorno de variabilidad, debido a la transferencia de competencias autonómicas en materia de salud, parece extenderse la práctica de dotar, a las unidades móviles de asistencia a las emergencias sanitarias, con personal de enfermería, dando de lado, inicialmente, al modelo anglosajón de emergencias sanitarias, basado en la figura asistencial del “paramédico”. Desde entonces, la visión de cuidados de enfermería en los equipos móviles asistenciales a las emergencias sanitarias, ha estado estrechamente relacionada con el desarrollo de habilidades técnico-clínicas en situaciones críticas. Sin embargo, con el paso de los años, al igual que ha ocurrido con el resto de niveles asistenciales, las innovaciones en el cuidar, con enfoque científico, han repercutido en la prestación de cuidados en el campo de las emergencias sanitarias. En la actualidad, la comunidad científica (1) y las expectativas de los pacientes (2)(3), recomiendan la necesidad de abordar los cuidados del paciente crítico prehospitalario desde un punto de vista holístico, atendiendo a la satisfacción de las necesidades humanas de manera integral, sin centrarse exclusivamente en la labor técnica-fisiológica olvidando el resto de necesidades, sino, al mismo tiempo, atendiendo a la satisfacción de necesidades de componente emocional, de relaciones, de seguridad, conocimiento, realización, etc. Estudios

llevados a la práctica con pacientes críticos evidencian la importancia de atender este tipo de necesidades, pues son beneficiosas para la supervivencia de la persona y posterior recuperación (4).

El Proceso Enfermero (antes plan de atención de enfermería PAE), resulta determinante en el enfoque asistencial, permitiendo el abordaje holístico del cuidar. En la actualidad algunos sistemas de emergencias autonómicos han incorporado esta metodología científica del cuidar en sus equipos móviles de asistencia (5)(6) y otros están empezando a dar los primeros pasos con esta orientación (7). En Andalucía, estos equipos asistenciales se encuentran en un proceso de implantación (años 2000-2005) y consolidación (años 2005, 2006, 2007, 2008, ...) del Proceso Enfermero, en el que participan profesionales de Enfermería, instituciones, sociedades científicas y otros niveles asistenciales, utilizando una adaptación del modelo conceptual de Virginia Henderson a los cuidados críticos en emergencias (8).

Uno de los principales escollos, identificado como dificultad por los propios profesionales, para la aplicación de cuidados con esta metodología, lo suponía la falta de continuidad de cuidados y de comunicación con el resto de niveles asistenciales (9), especialmente con Atención Primaria de Salud, al no existir un canal formal de comunicación establecido. La continuidad de cuidados y, por ende, la comunicación interniveles, no sólo es considerado por la comunidad científica como factor

indispensable (1), sino que es promovido y recomendado por el propio Sistema Sanitario Público de Andalucía. A todo ello, hemos de sumarle el contexto ético y legal, por el que se insta a los profesionales a integrar esta práctica en sus cuidados (10). Atendiendo por ejemplo a la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, en el artículo 9, apartado 1 se establece que *la atención sanitaria integral supone la cooperación multidisciplinaria, la integración de los procesos y la continuidad asistencial*. Define, además, el equipo de profesionales en el apartado 4 como *unidad básica en la que se estructuran, de forma uni o multiprofesional e interdisciplinaria, éstos y el resto del personal de las organizaciones asistenciales para realizar efectiva y eficientemente los servicios que les son requeridos*. El mismo artículo establece en el apartado 5 que *los equipos profesionales, una vez constituidos y aprobados en el seno de las organizaciones o instituciones sanitarias, serán reconocidos y apoyados y sus actuaciones facilitadas por los órganos directivos y gestores de las mismas*. Asimismo, el nuevo marco normativo constituido por la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, y la Ley 55/2003, de 16 de noviembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud, aconseja *introducir cambios en la organización de la atención sanitaria impulsando, por un lado, la agrupación de profesionales para favorecer la atención integrada y la continuidad asistencial, y, por otro, reordenando las estructuras directivas y de apoyo a la gestión, para favorecer la capacidad de decisión de las agrupaciones de profesionales y facilitar el desarrollo de la actividad con los criterios que configuran la gestión clínica*.

En la comunidad científica, de todos es conocido que, en la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) (11), desarrollada por el grupo de trabajo de la Universidad de Iowa, se establece la intervención **“Derivación”**, con código 8100, definiéndola como: “Disponer los arreglos para el suministro de servicios por parte de otros cuidadores o instituciones”. Estrechamente relacionada con ésta, podemos identificar otra NIC con código 7960, **“Intercambio de información de cuidados de salud”**, con definición: “Proporcionar información a los profesionales de la salud de otros centros acerca de los cuidados del paciente”. Que los enfermeros de UVI móvil lleven a la práctica alguna de estas intervenciones, orientadas claramente a la continuidad asistencial, es prácticamente imposible, si no existen acuerdos ni medios de comunicación formales preestablecidos.

Bajo estas premisas, la hipótesis de trabajo del presente estudio, partía de la base de considerar que, en muchas ocasiones, el desencadenante de una situación crítica de emergencia sanitaria o la reagudización de un problema de salud es generado por un seguimiento inadecuado del plan de cuidados o autocuidados del paciente. Por ello, la reorientación, refuerzo y seguimiento



Allegoría Comunicación

de dicho plan de cuidados por parte del personal enfermero competente parecía, a priori, una práctica adecuada.

Fueron los profesionales de enfermería del Distrito Sanitario de Jaén, basándose en su experiencia asistencial diaria, los que canalizaron, a través de la figura del Coordinador de Dispositivos de Cuidados Críticos y Urgencias de Atención Primaria (DCCU), la necesidad de actuar de manera conjunta con el Servicio Provincial EPES 061 para establecer un canal de comunicación formal entre los profesionales de enfermería de Urgencias y Emergencias y las enfermeras de familia (Protocolo de actuación conjunta de derivación).

En el protocolo se estableció que la enfermera de EPES 061 y/o la de DCCU valoraría en sus asistencias ordinarias estas situaciones, estableciendo canales efectivos de comunicación interna a través de la Enfermera Comunitaria de Enlace. Esta comunicación estaría dirigida a transferir, tanto esa valoración inmersa en la reagudización y condicionante de posible reorientación de cuidados, como potenciales pacientes no

captados para el programa de Atención Domiciliaria, sin perder el horizonte de las cuidadoras principales (Plan de Apoyo a las Familias Andaluzas). Con todo, a criterio de la enfermera, se efectuaría la intervención de enfermería 8100 Derivación (a ECE) ante cualquier situación en la que la enfermera detecte un potencial beneficio para el paciente/familia. Se derivarían pacientes que presentarían:

- Todo diagnóstico enfermero que, de alguna forma, suscite una REORIENTACIÓN DEL PLAN DE CUIDADOS iniciado con el grupo de pacientes que anteriormente se han detallado y cualquier otro/s que pudiesen ser subsidiarios de esta dinámica planteada (deterioro de la movilidad física, deterioro de la integridad cutánea, aislamiento social, manejo inefectivo del régimen terapéutico, cansancio en el rol del cuidador, incontinencia urinaria, lactancia materna ineficaz, conocimientos deficientes respecto al proceso de enfermedad, déficit de autocuidados, confusión aguda o crónica, deterioro de la adaptación, duelo anticipado, deterioro del patrón del sueño, etc.) (12)(13).

- PROBLEMAS DE AUTONOMÍA que requieran de una suplencia parcial o total para satisfacer la necesidad alterada y en los que no exista un agente de autonomía asistida definido o, en caso de existir, fuera deficiente o ineficaz (13)(14).

- Los PROBLEMAS DE COLABORACIÓN que requieran de la presencia de cualquier profesional del Equipo Básico de Atención Primaria (14).

El presente estudio analiza el nivel de comunicación establecido entre los diferentes eslabones de la cadena asistencial y se centra particularmente en la intervención enfermera NIC 8100 Derivación, realizada por los profesionales de enfermería de los Equipos de Emergencias 061 del Servicio Provincial de Jaén a través del protocolo de actuación conjunta de derivación con Atención Primaria de Salud.

OBJETIVOS

→ Conocer en qué medida los profesionales de Enfermería de los Equipos de Emergencias 061 del SP de Jaén han llevado a cabo la NIC 8100 Derivación, a través del protocolo.

→ Conocer la prevalencia de diagnósticos enfermeros detectados en los pacientes/familias asistidos, así como la presencia de otro tipo de problemas relacionados con la alteración de su salud.

→ Determinar si existe concordancia entre las valoraciones efectuadas por los enfermeros de los EE y la actuación llevada a cabo por las ECE, una vez derivados los pacientes.

→ Conocer la aplicación de la intervención 8100 Derivación desde los Equipos de Emergencias 061 a los pacientes hiperdemandantes bajo el protocolo

METODOLOGÍA

Se trata de un estudio descriptivo retrospectivo que muestra, mediante el análisis de determinadas variables, la actividad enfermera con respecto a la intervención de enfermería 8100 Derivación, a través de la activación del protocolo de actuación conjunta. A pesar de ello se ha empleado metodología cualitativa, para algunos aspectos, analizando la opinión de los expertos mostrada en los acuerdos reflejados en los textos de las actas de las reuniones de la comisión de seguimiento y en el manual del proyecto.

La población de estudio la constituyen el total de pacientes a los que se les realizó la intervención de enfermería NIC 8100 Derivación a través del Protocolo en la provincia de Jaén, desde febrero de 2005 hasta febrero de 2006, enmarcados en alguno de los siguientes flujos de derivación:

Flujo 1.-

Origen: Enfermera Comunitaria de Enlace
Destino: Enfermería EPES 061

Flujo 2.-

Origen: Enfermería Salud Responde
Destino: Enfermería EPES 061

Flujo 3.-

Origen: Enfermería EPES 061
Destino: Enfermera Comunitaria de Enlace

No son objeto de análisis en este estudio los pacientes derivados desde Enfermería de DCCU a Enfermería Comunitaria de Enlace.

Para la realización de este estudio se ha analizado la siguiente documentación:

- Informes de Continuidad de Cuidados (ICC) emitidos, correspondientes a cualquiera de los tres flujos antes mencionados.
- Registro de Cuidados de Enfermería de EPES 061 de los pacientes incluidos en el estudio.
- Historia clínica (digital y en soporte papel) de los pacientes incluidos en el estudio.
- Sistema de información SIEPES, gestor de telecomunicaciones y sistemas informáticos de EPES 061.
- Documento Protocolo de actuación conjunta.
- Actas de consenso de las reuniones de la comisión de seguimiento.

Especial interés despierta el estudio de variables sobre distribución de la actividad por flujos y variables demográficas (sexo y edad), que pueden mostrar un perfil de los pacientes atendidos. A ello debemos de sumarle la prevalencia de diagnósticos enfermeros detectados, así como la descripción del nivel de autonomía identificado en los pacientes a estudio. Resulta de interés detectar la presencia de algún tipo de déficit de recursos materiales para el paciente o familia (glucómetros, aspiradores, colchones antiescaras, ...) que repercutan sobre el plan de cuidados y autocuidados. Así mismo también se estudia el registro de presencia de problemática de relaciones socio-familiares en el núcleo familiar del paciente atendido. Finalmente se analizan variables que muestren el nivel de comunicación bidireccional entre los profesionales de enfermería, atendiendo a la comunicación establecida directa mediante contacto telefónico y/o informe de continuidad de cuidados (ICC) completo. Como complemento a estas variables y su estudio, se analiza de manera cualitativa la opinión de los expertos participantes en el proyecto, recogiendo textualmente los acuerdos alcanzados mediante consenso, descritos en los documentos y actas de operativa de la comisión de seguimiento del protocolo compuesta por 12 enfermeras ECE, 12 enfermeras EPES 061, 2 enfermeras DCCUP y 5 enfermeras SR.

RESULTADOS

Resultados globales.

Se identifican un total de 170 pacientes sobre los que se realizó la intervención de enfermería NIC 8100 Derivación, en el período de estudio (febrero de 2005 a febrero de 2006, ambos inclusive).

Número total de casos N (100 %)	170
--	-----

La distribución correspondiente acorde a cada uno de los flujos se representa en la tabla 1.

Origen y destino		
Flujo	Recuento	%
1.- Origen ECE destino EPES	20	11,8
2.- Origen SR destino EPES	82	48,2
3.- Origen EPES destino ECE	68	40,0
Total	170	100,0

Tabla 1

Atendiendo al sexo, se describe prevalencia mayor de pacientes femeninos, tabla 2.

Sexo	Recuento	%
HOMBRE	65	38,20
MUJER	105	61,80
Total	170	100

Tabla 2

En cuanto a la edad de los pacientes, se establecen los rangos en la tabla 3, siendo la media entorno a los 67 años.

Estadísticos EDAD		
N	Válidos	170,00
	Perdidos	0,00
Media	66,65	
Mediana	72,00	
Moda	59,00	

Tabla 3

Resultados Flujo 1.- Origen ECE destino EPES 061

Las enfermeras ECE activaron el protocolo para realizar la intervención NIC 8100 Derivación a enfermería de EPES 061 en 20 ocasiones, solicitando la incorporación de estos pacientes, en todos los casos, en el sistema de comunicación y gestión de EPES SICOM, con la catalogación de “pacientes de alto riesgo”. En uno de los casos, se solicitó además una intervención conjunta de enfermería de ambos niveles. El 75 % (15 pacientes) corresponden al Distrito sanitario de Jaén, el 20 % (4 pacientes) al de Jaén Norte y el 5 % (1 paciente) al de Jaén

Nordeste. En el Distrito de Jaén Sur no se ha dado ninguna derivación de este flujo.

Resultados flujo 2.- Origen SR destino EPES 061

En 82 ocasiones las enfermeras de Salud Responden realizaron la intervención NIC 8100 Derivación con prioridad máxima, estableciendo contacto telefónico con el Centro Coordinador de Urgencias y Emergencias (CCUE), derivando a pacientes con posible situación de emergencia sanitaria.

Flujo 3.- Origen EPES 061 destino ECE

Los profesionales de enfermería del SP EPES 061 de Jaén realizaron en 68 ocasiones la intervención NIC 8100 Derivación a Enfermería Comunitaria de Enlace, en el período estudiado, a través de la activación del protocolo de actuación conjunta, generando para ello sendos Registros de Informes de Continuidad de Cuidados (ICC). Distrito de Jaén 45 pacientes, Jaén Norte 18 y Jaén Sur 5.

En cuanto a prevalencia de diagnósticos enfermeros detectados en estos pacientes, se identificó al menos un Diagnóstico NANDA en el 92,6 % de los casos, tabla 4. En el 7,4 % de los pacientes (5 casos) no se identificó diagnóstico enfermero alguno. En cifras absolutas se identificaron un total de 32 etiquetas diagnósticas NANDA (Taxonomía II), correspondientes a un total de 105 diagnósticos enfermeros enunciados.

DIAGNÓSTICOS NANDA	Recuento	%
Se identifica al menos 1 DxE NANDA	63	92,6
Se identifica al menos 2 DxE NANDA	31	45,6
Se identifica al menos 3 DxE NANDA	11	16,2

Tabla 4

La etiqueta NANDA “00078 Manejo inefectivo del régimen terapéutico” es la que se identifica en un número mayor de casos, correspondiéndose con el 14,28 % (15 pacientes). El resto se representa en la tabla 5.

PREVALENCIA DE DIAGNÓSTICO ENFERMEROS NANDA FLUJO 3	Recuento	%
00078 Manejo inefectivo régimen terapéutico	15	14,3
00061 Cansancio desempeño rol del cuidador	13	12,4
00126 Conocimientos deficientes	10	9,52
00062 Riesgo cansancio rol cuidador	10	9,52
00069 Afrontamiento ineficaz	5	4,76
00035 Riesgo de lesión	5	4,76
00155 Riesgo de caídas	4	3,80
00073 Afrontamiento familiar incapacitante	3	2,85
00146 Ansiedad	3	2,85
00108 Déficit de autocuidados: baño/higiene	3	2,85
00085 Deterioro de la movilidad física	3	2,85
00031 Limpieza ineficaz de la vía aérea	3	2,85
00080 Manejo inefectivo rég. terapeut. familiar	3	2,85
00071 Afrontamiento defensivo	2	1,90
00053 Aislamiento social	2	1,90
00137 Aflicción crónica	2	1,90
00102 Déficit de autocuidados: alimentación	2	1,90
00124 Desesperanza	2	1,90
00039 Riesgo de aspiración	2	1,90
00119 Baja autoestima crónica	1	0,95
00002 Desequilibrio nutricional por defecto	1	0,95
00001 Desequilibrio nutricional por exceso	1	0,95
00070 Deterioro de la adaptación	1	0,95
00098 Deterioro en mantenimiento del hogar	1	0,95
00136 Duelo anticipado	1	0,95
00315 Duelo disfuncional	1	0,95
00060 Interrupción de los procesos familiares	1	0,95
00096 Intolerancia a la actividad	1	0,95
00072 Negación ineficaz	1	0,95
00043 Protección inefectiva	1	0,95
00054 Riesgo de soledad	1	0,95
00118 Trastorno de la imagen corporal	1	0,95
TOTAL DIAGNÓSTICOS NANDA IDENTIFICADOS	105	100
TOTAL ETIQUETAS DIAGNÓSTICAS NANDA DIFERENTES	32	

Tabla 5

Otra de las variables a estudio, de los pacientes englobados en este flujo, medía la identificación de necesidad de suplencia parcial o total para la realización de las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD). En el 23,5 % de los casos se registró una limitación en la autonomía del paciente, expresada como suplencia total, para la realización de sus ABVD, tabla 6.

ABVD Actividades Básicas de la Vida Diaria	Recuento	%
AUTÓNOMO	6	8,80
Suplencia Total	16	23,50
Suplencia Parcial	22	32,40
No registrado	24	35,30
Total	68	100,00

Tabla 6

Se identifica un déficit de recursos materiales para el autocuidado en el 14,7 % de los casos estudiados en este flujo 3, tabla 7.

SE IDENTIFICA DÉFICIT DE RECURSOS MATERIALES	Recuento	%
Sí	10	14,70
No registrado	58	85,30
Total	68	100,00

Tabla 7

En algunos casos se registra la presencia de problemáticas de relaciones socio-familiares en el núcleo familiar, suponiendo un 41,2 % de los casos, tabla 8.

DETECTADA PROBLEMÁTICA SOCIO-FAMILIAR	Recuento	%
Sí	28	41,20
No registrado	40	58,80
Total	68	100,00

Tabla 8

El contacto telefónico directo, tras asistencia, entre enfermera EPES 061 y ECE se efectúa en el 16,2 % de los casos correspondientes al flujo 3, tabla 9.

SE ESTABLECE CONTACTO TELEFÓNICO CON ENFERMERA	Recuento	%
Sí	11	16,20
No	40	58,80
No registrado	17	25,00
Total	68	100,00

Tabla 9

En el 100 % de los casos, la enfermera EPES 061, tras la asistencia del paciente, cumplimentó y envió el Informe de Continuidad de Cuidados (ICC) a la enfermera comunitaria de enlace (ECE), realizando así la intervención de enfermería 8100 Derivación, esperando una posterior respuesta, a modo de feed-back, en un plazo no superior a 15 días, una vez que ECE hubiera iniciado

intervención domiciliaria. Esta respuesta se recibió en el 54,4 % de los casos (37 pacientes), tabla 10.

RESPUESTA ICC FEED-BACK	Recuento	%
Completa	37	54,40
Incompleta	31	45,60
Total	68	100,00

Tabla 10

Se define la concordancia diagnóstica e interventiva, para este estudio, como: la coincidencia, por parte de ambos profesionales que intervienen en el flujo 3 (enfermera 061 y enfermera ECE), de necesidad de prestación de cuidados. Por tanto se entenderá que existe esta concordancia en los siguientes supuestos:

→ Existe concordancia en la etiqueta diagnóstica NANDA.

→ No existiendo concordancia en la etiqueta NANDA, la enfermera ECE, tras su contacto con el paciente que le ha sido derivado por enfermera EPES 061, identifica y manifiesta la necesidad de instaurar, reorientar o continuar plan de cuidados.

Atendiendo a esta definición, se identifica una concordancia diagnóstica y/o interventiva en 33 de los 68 pacientes derivados, lo que supone un 48,52 % de los casos.

Finalmente, de los ICC remitidos, se analiza el desenlace final de cada caso, según información aportada por ECE en el mismo, para tratar de conocer si el paciente ha visto solucionado, al menos en parte, su problema de cuidados. Los resultados se ofrecen en la tabla 11.

CÓDIGO DE RESOLUCIÓN DEL CASO COMUNICADO POR ECE	Recuento	%
1.- Caso abierto (continúa intervención enfermera comunitaria)	12	17,60
2.- Caso abierto (derivación a otro profesional)	6	8,80
3.- Resolución satisfactoria del caso	16	23,50
4.- ECE comunica exitus	3	4,40
5.- Otras resoluciones	31	45,60

Tabla 11

Resultados perfil específico paciente hiperdemandante

Tan sólo 1 paciente fue derivado en este período de tiempo, bajo el perfil o etiqueta de “paciente hiperdemandante”. Este sujeto, correspondiente al flujo 3, poseía una serie de características:

- Antecedentes históricos en demandas asistenciales desde 2002
- Tiempo de ocupación en demandas elevado (hasta 90 minutos)
- Acopio de Recursos: DCCUP, EE061, EIPSI (psicólogos), SCCUH (H. San Agustín, H. San Juan de Dios, HNT CHJaén)
- Número de demandas asistenciales de urgencias/emergencias elevado por línea 061 o 902 505 061 (ver gráfico 1 y tabla 12)
- Tendencia creciente en las llamadas por línea 061 o 902 505 061 (ver gráfico 1 y tabla 12).

MES	ENE 05	FEB 05	MAR 05	ABR 05	MAY 05	JUN 05	JUL 05	AGO 05
Nº DEMANDAS	4	3	7	9	9	12	35	43

Tabla 12

■ Demandas AÑO 2005 Paciente hiperdemandante

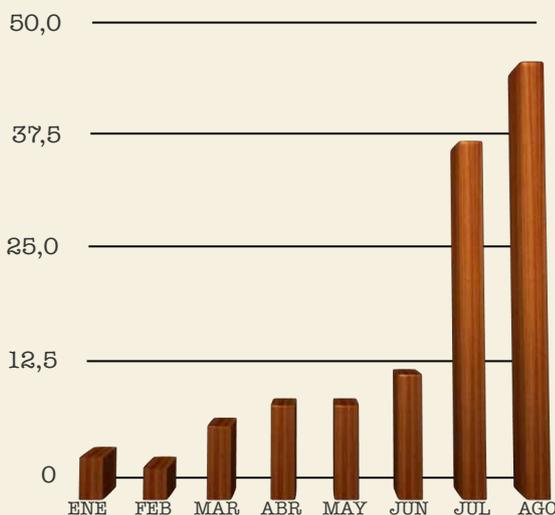


Gráfico 1

Tras efectuar derivación a ECE y ésta iniciar su intervención domiciliaria en el mes de Septiembre de 2005, se vuelve a analizar estadísticamente el número de demandas asistenciales de urgencias/emergencias solicitadas por este paciente hiperdemandante,

obteniéndose un descenso expuesto en los resultados de la tabla 13 y gráfico 2.

MES	SEP	OCT	NOV	DIC
Nº DEMANDAS	18	19	8	3

Tabla 13

■ Demandas AÑO 2005 Paciente hiperdemandante

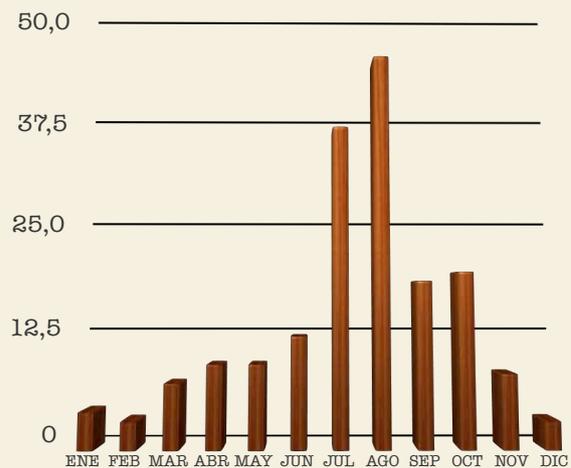


Gráfico 2

Resultados cualitativos generales

Desde el punto de vista cualitativo, la opinión de los profesionales expertos participantes en el proyecto, expresada a través de las actas de acuerdos de la comisión de seguimiento de dicho protocolo y del documento base de procedimientos, consensuados unánimemente sin alegación alguna en contra manifestada, concluyen los siguientes puntos destacables:

- Satisfacción y motivación de los profesionales ante la implantación del protocolo.
- Es imprescindible establecer contacto telefónico directo entre los profesionales de enfermería.
- Es imprescindible establecer comunicación bidireccional feedback a través del informe de continuidad de cuidados pre y postintervención.

DISCUSIÓN

Los resultados de este estudio, se centran particularmente en el análisis de la actividad referente al flujo 3, debido a la facilidad de acceso a los medios de explotación de datos en este flujo. No obstante se citan algunos datos generales de la actividad de los flujos 1 y 2.

A nivel global, podemos decir que, en el período de un año (febrero 2005-febrero 2006) 170 pacientes y/o familias se han visto beneficiados de la intervención de enfermería 8100 Derivación, a través del protocolo de actuación conjunta, establecido entre enfermería extrahospitalaria de urgencias y emergencias (DCCU-EPES 061), enfermería comunitaria de enlace (ECE) y enfermería de Salud Responde (SR) en los cuatro distritos sanitarios que componen la totalidad de la provincia de Jaén.

En el período de tiempo estudiado las enfermeras comunitarias de enlace (ECE) de los distritos sanitarios realizaron la intervención de enfermería NIC 8100 Derivación, en este caso a enfermería de EPES 061, en 20 ocasiones. A pesar de parecer una cifra cuantitativa no muy elevada, para los profesionales implicados, supone cualitativamente, un gran avance, ya que estos pacientes fueron incorporados en la base de datos, historia informatizada y demás archivos de EPES 061, con la categoría de “paciente de alto riesgo”. De tal manera que, el resto de profesionales asistenciales implicados (médicos y enfermeras de EPES 061) podrían conocer las características de este paciente, sin que, necesariamente, hubiera sido asistido. En caso de que se produjera una demanda asistencial, el sistema de historia digital ya contenía los datos de este paciente, suponiendo una ventaja informativa a la hora de tomar decisiones en cuanto a recurso asistencial útil asignado y plan de cuidados a instaurar.

Es destacable desde el punto de vista cualitativo, la intervención conjunta enfermera ECE-enfermera EPES 061 realizada con un paciente catalogado como “de alto riesgo”, en el que ambos planificaron y desarrollaron una visita domiciliaria a un paciente y su familia, para orientarles en el uso adecuado del sistema sanitario en situación de emergencia, así como instruir y asesorar en maniobras de soporte vital básico al paciente y familia por si se produjera esta situación de emergencia sanitaria, mientras acudía recurso asistencial útil.

Los profesionales de enfermería del SP EPES 061 de Jaén realizaron en 68 ocasiones la intervención NIC 8100 Derivación a Enfermería Comunitaria de Enlace, en el período estudiado, a través de la activación del protocolo de actuación conjunta, generando para ello sendos Registros de Informes de Continuidad de Cuidados (ICC).

La prevalencia de diagnósticos de enfermería en este tipo de pacientes muestra un alto índice de identificación por parte de enfermería EPES 061, al enunciar al menos un diagnóstico enfermero en el 92,6 % de los pacientes asistidos. Esto evidencia que, a pesar de las limitaciones de tiempo y demás recursos que caracteriza la asistencia en el medio prehospitalario de las emergencias sanitarias, los profesionales son capaces de adaptar y aplicar el proceso enfermero en este medio.

En cifras absolutas se enunciaron un total de 105 diagnósticos de enfermería, que suponen un total de 32 etiquetas diagnósticas NANDA (Taxonomía II) diferentes empleadas (tabla 5). La etiqueta que muestra una mayor prevalencia es la conocida como “Cansancio en el desempeño del rol del cuidador”, ya sea en estado real (NANDA 00061 Cansancio en el desempeño del rol del cuidador), ya sea en estado potencial (NANDA 00062 Riesgo de cansancio en el desempeño del rol del cuidador). La necesidad aprender, también se identifica como alterada en estos pacientes, al enunciarse una alta prevalencia de etiquetas como: 00078 Manejo inefectivo del régimen terapéutico (14,28 %) y 00126 Conocimientos deficientes (9,52 %). Tablas 5 y 14.

00061 Cansancio en el desempeño del rol del cuidador	13	12,38
00062 Riesgo de cansancio en el desempeño del rol del cuidador	10	9,52
TOTAL	23	21,90

Tabla 14

Los pacientes estudiados en este flujo, presentan un grado de limitación en su autonomía para la realización de las actividades básicas de la vida diaria (ABVD), como lo demuestran los resultados de la tabla 6. De todos ellos, el 55,9 % (38 pacientes) presentaban un grado de suplencia total o parcial para la realización de estas actividades.

También se identificaron casos en los que la situación de salud del paciente/familia o su plan de cuidados y autocuidados requería que se le dotara de algún medio material (ej. colchón antiescaras, glucómetro, aspirador, etc.). Esto ocurrió en el 14,7 % de los casos, generando así un motivo más para su derivación a la ECE, tabla 7.

En algunas ocasiones, la situación de salud del paciente/familia se veía acompañada por una problemática social y/o de relaciones familiares. Los datos muestran una prevalencia en este aspecto del 41,2 % de los pacientes. Esta información era registrada en el

informe de continuidad de cuidados enviado a ECE una vez que se derivaba al paciente, tabla 8. La ECE, gestora de casos, puede derivar al paciente/familia a la asistencia social o cualquier otro profesional, como un recurso más que contribuya a mejorar su situación de salud.

La comunicación establecida entre enfermera ECE y enfermera EPES 061 resulta ser fluida. En el 100 % de los casos derivados la enfermera EPES 061 cumplimenta y envía informe de continuidad de cuidados (ICC) a ECE. Además de ello, en el 16,2 % de los casos (11 pacientes), establece contacto telefónico directo con ECE, lo cual interpretamos como dato elevado, ya que el horario laboral de enfermería EPES 061 es de 24 horas, mientras que el de ECE se reduce a 7 horas diarias, con lo que sólo existe un período ventana de comunicación telefónica directa real de 7 horas diarias de lunes a viernes, limitado al horario de 8-15 h. Pese a estas limitaciones se establece contacto directo bis a bis mediante el teléfono. En el 54,4 % de los casos (37 pacientes), la enfermera ECE, emite, en un plazo no superior a 15 días desde la derivación, un informe de continuidad de cuidados de respuesta, completo tras intervención y visita domiciliaria. Si bien es cierto que quedan pendientes de contestar mediante ICC de respuesta un 45,6 % de los casos (31 pacientes). Tablas 9, 10 y 11.

En el informe de respuesta, emitido por ECE tras intervención y visita domiciliaria o contacto con paciente/familia, se describe un índice de concordancia diagnóstica o interventiva adecuado en 33 de los 68 pacientes derivados, lo que supone un 48,52 % del total de casos. En el resto (35 pacientes, 51,48 %) no es valorable el grado de concordancia, ya que no existe ICC de vuelta, o bien no se especifica nada sobre la concordancia.

Una vez realizada la derivación a ECE y tras la intervención correspondiente de dicha enfermera, se asigna un estado de resolución del caso, que se representa en la tabla 11. De los ICC de respuesta remitidos completos a enfermera EPES 061, se analiza el desenlace final de cada caso, para tratar de conocer si el paciente ha visto solucionado, al menos en parte su problema de cuidados. Si excluimos el código 5 (otras resoluciones), en el que se incluyen pacientes de los que todavía no se ha enviado ICC completo de vuelta y otras situaciones indeterminadas (pacientes que nos es posible establecer contacto, cambios de domicilio a otras comunidades autónomas, etc), el código que ofrece un mayor índice es

el 3, en el cual la ECE, a través de ICC o de contacto telefónico, comunica la resolución satisfactoria del caso.

Tan sólo un paciente fue derivado bajo perfil hiperdemandante, en el flujo 3, a ECE. Los resultados mostrados en las tablas 12 y 13 y gráficos 11 y 12 no pueden interpretarse como concluyentes, debido a que sólo representan un caso (población de estudio insuficiente). No podemos por tanto establecer una relación estadísticamente significativa entre el descenso del número de demandas de urgencias y emergencias de este paciente y su derivación a enfermera comunitaria de enlace, sino que debemos tomar estos resultados a modo de caso clínico. Para obtener una relación estadísticamente significativa en este aspecto se deberían incluir más pacientes de este tipo en el estudio y realizar un seguimiento durante un período de tiempo mucho mayor, controlando otro tipo de variables, hechos estos que no han podido realizarse en el presente estudio debido a la limitación en el período temporal de análisis. No obstante, desde esta prudencia científica manifestada, a tenor de los resultados obtenidos de este caso clínico, consideramos que se debería seguir trabajando en esta dirección, pues los resultados iniciales son alentadores.

Las líneas de futuras investigaciones deberían ir encaminadas a una explotación mayor de todos los datos, incluyendo el resto de fases del proceso enfermero, nos referimos no sólo a la valoración o diagnóstico, sino también a investigar sobre la consecución de objetivos planteados (Criterios e indicadores de resultados, NOC), así como la evaluación de los mismos.

A pesar de contar con una población de estudio, en términos numéricos absolutos, pequeña, los datos obtenidos coinciden con los resultados obtenidos en otros estudios desarrollados sobre protocolos similares de aplicación conjunta en otros servicios sanitarios (5).

CONCLUSIONES

Es necesario crear canales de comunicación efectivos a los que puedan acceder los profesionales de enfermería de todos los niveles asistenciales, incluida la atención prehospitalaria a las emergencias sanitarias (Atención Primaria de Salud, Atención hospitalaria y Atención prehospitalaria). Si existen estos canales, los profesionales de enfermería los utilizan para realizar la intervención apropiada (8100 Derivación), buscando obtener un beneficio para el paciente/familia y el profesional que presta cuidados. Con estas premisas, desde un punto de

vista científico, es viable llevar a cabo la intervención de enfermería 8100 Derivación en el medio asistencial de las emergencias sanitarias.

En este entorno, la comunicación entre enfermería de urgencias y emergencias sanitarias extrahospitalaria y enfermería de atención primaria no sólo es posible, sino que además es considerada por los propios profesionales como imprescindible. Así mismo, para esta comunicación se emplean lenguajes estandarizados de cuidados (N-N-N).

BIBLIOGRAFÍA

1. Sociedad Española de Enfermería de Urgencias y Emergencias. Recomendación Científica Registro del Proceso Enfermero en Urgencias y Emergencias. Madrid: SEEUE; 2002
2. Montin L, Suominen T, Leino-Kilpi H. The experiences of patients undergoing total hip replacement. *J Orthop Nurs* 2002; 6(1):23-29
3. Delgado Hito P, Sola Prado A, Mirabete Rodríguez I et al: Modificación de la práctica enfermera a través de la reflexión: una investigación-acción paraticipativa. *Enf Intensiva* 2001; 12(3): 110-126
4. Ashworth P. The needs of the critically ill patient. *Intensive Care Nursing* 1987; 3: 182-190
5. Carrasco Péculo JA, Rodríguez Bouza M. Metodología de Proceso Enfermero con modelo conceptual de Virginia Henderson en asistencias extrahospitalarias en la Provincia de Cádiz. En: Libro de Ponencias: XVIII Congreso Nacional de Enfermería Especialista en Urgencias y Emergencias. Zaragoza: MAD; 2006. p. 29-35.
6. Serrano Oliva R. Registros de Enfermería en Urgencias y Emergencias Prehospitalarias. *Ciber Revista "enfermeriadeurgencias.com"* [revista en línea] 2006 Junio. [acceso 15 de junio de 2006]; 1 (42). Disponible en: <http://www.enfermeriadeurgencias.com/ciberrevista/2006/junio/registrosenfermeria.htm>
7. Carbajosa Cobaleda D. Metodología de actuación para la enfermería de urgencias y emergencias prehospitalaria. En: Libro de Ponencias: XVIII Congreso Nacional de Enfermería Especialista en Urgencias y Emergencias. Zaragoza: MAD; 2006. p. 37-41.
8. Rodríguez Rodríguez JB, Carrión Camacho MR, Espina Boixo MA, Jiménez Cordero JP, Oliver Mogaburo MC, Péculo Carrasco JA, Rodríguez Bouza M, Maiz Gabino MV: Marco Conceptual. Proceso Enfermero en EPES. Hacia la excelencia en el cuidado extrahospitalario. Empresa Pública de Emergencias Sanitarias. Málaga, 2005.
9. Rodríguez Salvador MM, Torres López A, Azañón Hernández R, Rodríguez Camero M, Palma García J: Experiencia de implantación del proceso enfermero en emergencias. *Tempus Vitalis*, 2003; 1: 4-10
10. Sindicato de Enfermería SATSE. Nueva Legislación del sistema sanitario. Madrid: SATSE Sindicato de Enfermería; 2004.
11. McCloskey JC, Bulechek GM. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 4ª ed. Barcelona. Harcourt; 2005.
12. Luis Rodrigo MT, Fernández Ferrín C, Navarro Gómez MV. De la teoría a la práctica. El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI. 2ª ed. Barcelona: Masson; 2000.
13. NANDA. Diagnósticos enfermeros: definición y clasificación 2005-2006. Madrid: Elsevier; 2005.
14. Morales Asencio JM: La valoración del enfermo crítico según el nivel de dependencia de enfermería. *Enfermería Clínica*, 1997;7(1):9-15