



15 de septiembre 2017. Talavera de la Reina

XII Premio Nacional de Investigación en Enfermería

Raquel Recuero Díaz

Empoderamiento Enfermero una Acción Necesaria

Universidad de Castilla-La Mancha. Talavera de la Reina. Salón de Actos Vicente Ferrer. Av Real Fábrica de Sedas s/n

TÍTULO:

IMPLEMENTACIÓN DE UN NUEVO ROL ENFERMERO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL HENARES

Autores: M^a Dolores Sánchez Roca. Diplomada en Enfermería. Máster en Gestión de Servicios de Enfermería. PDD en Instituciones Sanitarias. Máster en Alta Dirección de Servicios de Salud y Gestión Empresarial. Supervisora Unidad de Enfermería de Continuidad Asistencial del Hospital del Henares.

Resumen:

INTRODUCCIÓN

La Dirección de Enfermería del Hospital del Henares, en consonancia con una de sus líneas estratégicas, "Fomentar la búsqueda de la excelencia en la gestión de los cuidados" y acorde con el seguimiento de la estrategia diseñada por la Comunidad de Madrid, incorpora en mayo del año 2014 a su cartera de servicios la Unidad de Continuidad Asistencial.

Lidera la Unidad, la enfermera de Continuidad Asistencial, poniendo en valor un nuevo "*Rol Profesional de Enfermería*", dando a ésta la oportunidad de estar presente en la demanda creciente que generan las patologías crónicas, las cuales requieren de competencias profesionales avanzadas y reconocidas que permiten realizar el seguimiento y control de pacientes crónicos, llevando a cabo la Gestión de Casos.

OBJETIVOS

Objetivo general:

- Planificar las necesidades de Continuidad Asistencial a los pacientes definidos como población diana.

Objetivos específicos:

- Impulsar la coordinación de una atención integral durante el ingreso hospitalario.
- Establecer la continuidad de cuidados al alta hospitalaria.
- Impulsar la comunicación entre los profesionales de los diferentes niveles asistenciales.
- Fomentar pautas de actuación enfermera protocolizadas en la continuidad de cuidados.
- Detectar la necesidad de intervención en el cuidador debido a "Riesgo o Sobrecarga del rol" o cualquier otra manifestación que se encuentre en el ámbito de la competencia de los cuidados.
- Favorecer el cuidado domiciliario, asesorando y facilitando los recursos necesarios para la adaptación del paciente y cuidador.
- Mejorar la calidad percibida en pacientes y cuidadores.

MATERIAL Y MÉTODO

Población diana:

- a) pacientes ingresados en el Hospital con las patologías crónicas priorizadas en la Estrategia de la Comunidad de Madrid.
- b) pacientes mayores de 70 años, con estancia superior a 72h y que a su ingreso presentan un Índice de Barthel ≤ 50 excluido el 0.
- c) pacientes que en la planificación del alta hospitalaria, precisen que diferentes profesionales y servicios se coordinen y realicen una adecuación de recursos necesarios que garanticen la atención de los cuidados de una forma continua e integral para ellos y sus cuidadores.

La metodología aplicada para la captación de la población diana:

- o Captación directa
- o Captación indirecta.

Registro en "Formulario específico" de la actividad/intervención que la enfermera realiza con el paciente.

RESULTADOS/CONCLUSIONES

La incorporación de este nuevo rol profesional aporta/incorpora/favorece:

- Planificación y coordinación al alta del paciente entre los diferentes niveles asistenciales, garantizando la continuidad de los cuidados que requieren los pacientes y sus cuidadores.
- Organizar y priorizar los cuidados en relación a las necesidades de los pacientes, favoreciendo la eficiencia del sistema.
- La implicación de pacientes y cuidadores en el cuidado.
- Comunicación más directa con paciente y cuidador, lo que ha facilitado la resolución de dudas, más conocimientos en determinados aspectos del cuidado, organización y toma de decisiones.
- Apoyo inicial a los cuidadores en los que se ha objetivado "sobrecarga del cuidador".
- Mejora en la satisfacción de los familiares y usuarios iniciando intervenciones de planificación al alta en las que se incluyen cuidados domiciliarios, rehabilitación o cuidados paliativos.
- La comunicación Interniveles, convirtiéndose en pocos meses en un componente más de nuestro trabajo diario.
- Iniciar prácticas de atención conjuntamente protocolizadas.
- El desarrollo de competencias avanzadas de Enfermería orientadas a la atención de pacientes en situación de dependencia moderada y grave, fragilidad y cronicidad.
- Mayor calidad y satisfacción de los usuarios con los cuidados recibidos.

XII CERTAMEN RAQUEL RECUERO DÍAZ

“Implementación de un nuevo rol enfermero en el Hospital Universitario del Henares”

Talavera de la Reina
15 de Septiembre 2017

“Implementación de un nuevo rol enfermero en el Hospital Universitario del Henares”

INTRODUCCIÓN

OBJETIVOS

SERVICIOS

MATERIAL Y MÉTODO

ESTRATEGIA DE COMUNICACIÓN

- INTRAHOSPITALARIA
- EXTRAHOSPITALARIA

RESULTADOS

CONCLUSIONES

MISIÓN

La Unidad de Continuidad Asistencial del Hospital Universitario del Henares, presta su servicio de captación, seguimiento, planificación y coordinación, a los pacientes indicados como población diana y cuidadores, así como a los profesionales del Hospital y Atención Primaria que consideren necesaria su intervención para que se produzca la correcta transición del paciente y su cuidador al domicilio o Institución correspondiente.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Planificar las necesidades de continuidad asistencial de la población diana

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Impulsar la coordinación de una atención integral durante el ingreso hospitalario

Establecer la continuidad de cuidados al alta hospitalaria

Impulsar la comunicación entre los profesionales de los distintos niveles asistenciales

Fomentar pautas de actuación enfermera protocolizadas en la continuidad de cuidados

SERVICIOS

Servicios de la Unidad de Continuidad Asistencial

Coordinar los cuidados enfermeros, utilizando procesos diagnósticos

Coordinar las intervenciones de problemas de colaboración

Coordinar citas pendientes en el hospital para evitar desplazamientos innecesarios

Gestionar las necesidades de material

Garantizar la continuidad de los cuidados en el domicilio del usuario

MATERIAL Y MÉTODO

POBLACIÓN DIANA

- Pacientes mayores de 70 años, con estancia superior a 72h, que presenta alguna de las patologías priorizadas “Estrategia de Crónicos de la Comunidad de Madrid” y con Índice de Barthel ≤ 50 .
- Pacientes crónicos con nivel de intervención alto.
- Pacientes que en la planificación del alta hospitalaria, precisen que diferentes profesionales y servicios se coordinen y realicen una adecuación de recursos necesarios que garanticen la atención de los cuidados de una forma continua e integral para ellos y sus cuidadores.

ESTRATEGIA DE COMUNICACIÓN

Comunicación Intrahospitalaria

- Dirección Gerencia
- Dirección Médica
- Direcciones Asistenciales del Hospital
- Servicio M. Interna y Geriátrica
- Unidades de Hospitalización, 11 sesiones informativas

Comunicación Extrahospitalaria

- Dirección de Atención Primaria
- Responsables Equipos de Atención Primaria
- Cada uno de los Centros de Atención Primaria, 9 sesiones informativas

RESULTADOS



RESULTADOS

2016

Los pacientes que acuden a Urgencias por agudización de EPOC e Insuficiencia cardiaca y que no requieren ingreso, se contacta con EAP para seguimiento

Los pacientes que ingresan con diagnóstico de ICTUS, se realiza captación y seguimiento desde su primer día de ingreso

La Unidad Docente de la Dirección Asistencial, a petición de los alumnos EIR de Enfermería Comunitaria, incorpora rotación en el curso 2016-2017

Reunión con Residencias, Coordinación Sociosanitaria, elaborar conjuntamente documentos organizativos, protocolos de actuación, circuitos de consulta e indicadores

RESULTADOS

2017

Puesta en marcha de la Consulta del Paciente Crónico Complejo

Intervención y seguimiento de las necesidades de continuidad de cuidados en los PCC vistos en la consulta

Incorporación de DUE a la Unidad de Continuidad Asistencial

Incorporación de la identificación diaria, mediante sistemas de información, de pacientes crónicos complejos que se encuentran en el Hospital

RESULTADOS

GESTIÓN DE COORDINACIÓN

- Gestión de préstamo de material sanitario
- Gestión de citas
- Intercambio de información de cuidados
- Comunicación con Trabajo Social
- Gestión de determinados traslados en transporte sanitario.

OTRAS INTERVENCIONES

- Comisión de Continuidad Asistencial
- Reuniones multidisciplinares de cuidados
- Seguimiento telefónico

RESULTADOS

INTERVENCIONES DIRECTAS PACIENTE Y/O CUIDADOR

- 5230 Aumentar el afrontamiento
- 5440 Aumentar los sistemas de apoyo
- 5250 Apoyo en la toma de decisiones
- 5510 Educación sanitaria
- 3200 Precauciones para evitar la aspiración
- 3540 Prevención de úlceras por presión
- 6490 Prevención de caídas
- 6485 Manejo ambiental. Preparación del hogar
- 7040 Apoyo al cuidador principal.
- 7370 Planificación al alta

CONCLUSIONES

El liderazgo efectivo desde las Direcciones Asistenciales para la puesta en marcha, la cultura colaborativa de los profesionales de enfermería, la integración de la información y la comunicación debidas al uso de las TIC fueron fundamentales para el inicio del proyecto.

Organizar y priorizar los cuidados en relación a las necesidades de los pacientes, favoreciendo la eficiencia del Sistema.

Planificación y coordinación al alta entre los diferentes Niveles Asistenciales, garantizando la Continuidad de Cuidados que requieren pacientes y cuidadores.

Comunicación directa con paciente y cuidador, facilitando la resolución de dudas, más conocimientos en determinados aspectos del cuidado, organización y toma de decisiones.

CONCLUSIONES

El paciente y su cuidador percibe, desde el ingreso, que se realiza un seguimiento que favorece su paso al Nivel Asistencial que corresponda, sintiéndose más seguro.

Desarrollo de Competencias Avanzadas de Enfermería orientadas a la atención de pacientes en situación de cronicidad, fragilidad y dependencia.

La comunicación Interniveles se ha convertido en un componente más del trabajo diario.

Cumplimentación rigurosa de “Registros de Enfermería”, lo que ha supuesto un aumento en la calidad de los mismos.

Mayor calidad y satisfacción de los usuarios con los cuidados recibidos.

BIBLIOGRAFÍA

- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia para el abordaje a la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2012.
- Estrategia de atención a pacientes con enfermedades crónicas en la Comunidad de Madrid. Consejería de Sanidad: Madrid, Diciembre 2013.
- Fernández Rodríguez, V., Moreno Verdugo, A., Perejón Fernández, I., Guerra Martín, M.D. Enfermeras Hospitalarias de Enlace (Gestoras de Casos). Enfermería Global. N^o 10. Mayo 2008.

BIBLIOGRAFÍA

- Executive Education Gestión del Paciente Crónico. Gestión de casos. Organización y Atención Integral e Integrada Módulo III. Madrid 2014.
- Executive Education Gestión del Paciente Crónico. Continuo Asistencial. Módulo IV. Madrid 2014.
- Trenado Luengo, B. Papel de la enfermera de enlace. 58. Nursing. 2009, Volumen 27, Número 6.