



BIBLIOTECA LAS CASAS – Fundación Index
<http://www.index-f.com/lascasas/lascasas.php>

Cómo citar este documento

Cominero Belda, Alicia; Velázquez Salas, Antonio. Pilotaje del diseño e implementación de la consulta de enfermería a demanda en dos unidades de gestión clínicas. Biblioteca Lascasas, 2009; 5(4). Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0463.php>

PILOTAJE DEL DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN DE LA CONSULTA DE ENFERMERÍA A DEMANDA EN DOS UNIDADES DE GESTIÓN CLÍNICAS

Alicia Cominero Belda
Antonio Velázquez Salas

INDICE

1. INTRODUCCIÓN

2. MARCO CONCEPTUAL

3. ANÁLISIS ESTRATÉGICO

- 3.1 ANÁLISIS DE LA ORGANIZACIÓN FUNCIONAL
- 3.2 ANÁLISIS DE LAS RECLAMACIONES DEL AÑO 2007 DEL DISTRITO
- 3.3 RESULTADOS DEL PILOTAJE DE GESTIÓN ENFERMERA DE APÓSITOS
- 3.4 ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD ASISTENCIAL DE LAS UGC QUE PARTICIPARÁN EN EL PILOTAJE.
- 3.5 GRUPO DAFO CON PROFESIONALES
 - 3.6.1. ESTRATEGIAS OFENSIVAS
 - 3.6.2. ESTRATEGIAS DEFENSIVAS
 - 3.6.3. ESTRATEGIAS DE REORIENTACIÓN
 - 3.6.4. ESTRATEGIAS DE SUPERVIVENCIA
- 3.6 GRUPOS FOCALES
 - 3.7.1 GRUPO FOCAL CON USUARIOS
 - 3.7.2 GRUPO FOCAL CON PROFESIONALES
- 3.7 AUDITORIA DE HISTORIAS DE SALUD

4. OBJETIVOS

- 4.1 OBJETIVO GENERAL
- 4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

5. LINEAS ESTRATÉGICAS

6. CARTERA DE CLIENTES

7. CARTERA DE SERVICIOS E INTERVENCIONES

8. ESTRATEGIAS DE IMPLEMENTACIÓN

- 8.1 ADAPTACIÓN DE LOS RECURSOS AL NUEVO SERVICIO
 - 8.1.1. RECURSOS ESTRUCTURALES
 - 8.1.2. RECURSOS MATERIALES
 - 8.1.3. RECURSOS HUMANOS
- 8.2. CREACIÓN DEL GRUPO DE IMPLEMENTACIÓN, SEGUIMIENTO Y MEJORA:

8.2.1. FUNCIONES DEL GRUPO

8.3 PLAN DE COMUNICACIÓN

8.3.1. PLAN DE COMUNICACIÓN INTERNO

8.3.2. PLAN DE COMUNICACIÓN EXTERNO

8.4 AGENDA/ORGANIZACIÓN FUNCIONAL

8.5 PLAN DE FORMACIÓN Y CAPACITACIÓN A LOS PROFESIONALES

8.5.1. METODOLOGÍA FORMATIVA

8.5.2. CONTENIDO DE LOS CURSOS

8.6. ELABORACIÓN DE PROTOCOLOS DE DERIVACIÓN

9. MONITORIZACIÓN / EVALUACIÓN Y MEJORA CONTINUA

9.1 DISEÑO Y ELABORACIÓN DE UN PROGRAMA ACCESS PARA LA RECOGIDA DE DATOS

9.2 DISEÑO Y ELABORACIÓN DE UN CUADRO DE MANDOS QUE PERMITA MEDIR LA ACTIVIDAD ASISTENCIAL

9.3 AUDITORIAS DE HISTORIAS

9.4 ELABORACIÓN DE UNA ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE USUARIOS

9.5 CUADRO DE MANDOS INTEGRAL

10. CRONOGRAMA DE IMPLANTACIÓN DEL SERVICIO

11. BIBLIOGRAFIA

12. ANEXOS

RESUMEN

La gestión de la demanda constituye uno de los puntos clave para determinar la calidad asistencial en Atención Primaria. Los usuarios entran en el sistema sanitario sólo a través de la consulta médica, originándose problemas de accesibilidad. Existen resultados de efectividad y eficiencia de la gestión enfermera en la demanda asistencial relativa a criterios de calidad, nivel de salud y satisfacción, sin diferencias significativas en los recursos utilizados, satisfacción de los pacientes y en los niveles de salud alcanzados. Esto unido a un cambio en las necesidades de salud de la población hace que las consultas de enfermería deban conformarse como otra puerta de entrada al sistema, ofertando respuestas a la demanda habitual de un número importante de pacientes.

Para conocer la situación de partida en nuestro Distrito Sanitario realizamos un análisis previo sobre auditorías, reclamaciones, actividad asistencial, resultados del pilotaje sobre gestión enfermera de apósitos, investigación cualitativa con la participación de profesionales, equipos directivos de Unidades de Gestión Clínica, del Distrito Sanitario y ciudadanos. Establecimos como objetivo general, mejorar la accesibilidad al sistema sanitario del ciudadano propiciando la gestión compartida de la demanda asistencial mediante el diseño e implementación de la consulta de enfermería a demanda en dos UCG del Distrito Sanitario Sevilla Sur.

Para su implementación identificamos tres líneas estratégicas a desarrollar: Formación, definición y comunicación a profesionales y ciudadanos de la cartera de servicios enfermera y reorganización de la asistencia. Contando para ello con la participación de profesionales e incluyendo las expectativas de los ciudadanos.

1. INTRODUCCIÓN

En la actualidad la gestión de la demanda constituye uno de los puntos clave para determinar la calidad asistencial en atención primaria.

Tradicionalmente en nuestro país, esta gestión de la demanda se ha enfocado sólo a una categoría profesional dentro de la rama asistencial. Esto ha hecho que la entrada al sistema de los usuarios se haga exclusivamente a través de la consulta del médico de familia, independientemente del motivo que origine la consulta, por lo que recae en este profesional la gestión de toda la demanda, creándose problemas de accesibilidad al sistema.

En muchos casos esto ocurre por desconocimiento de la población de los servicios que le puede ofrecer el colectivo de enfermería en atención primaria,¹ en otros por déficit organizativos que impiden a la población acceder de forma directa y a demanda a la consulta de enfermería o por desconocimiento del resto del equipo asistencial del actual rol de enfermería y de su oferta de servicios ampliamente avalado por un extenso mapa de competencias. Esto conlleva a la necesidad de realizar intervenciones para mejorar la colaboración entre profesionales, teniendo por lo tanto un efecto positivo sobre la atención. Los enfoques de colaboración presuponen compartir la atención y la coordinación del trabajo compartiendo responsabilidades.²

Fuera de España esta gestión de la demanda se viene compartiendo desde hace años utilizándose varias estrategias para hacer frente a la presión asistencial de los servicios de salud y el papel de las enfermeras en ellas ha sido decisivo.³⁻⁷ Actualmente existen evaluaciones de resultados de efectividad y eficiencia de la gestión enfermera en la demanda asistencial en cuanto a criterios de calidad, nivel de salud y satisfacción. Dichos resultados muestran mayor nivel de cumplimiento y de satisfacción del paciente con la actuación de la enfermera que con la del médico, consultas más prolongadas y numerosas, no existiendo diferencias significativas en los recursos utilizados y en los niveles de salud alcanzados. En 1995, Brown y Grimes⁸ realizaron un meta análisis de la investigación estadounidense y canadiense sobre la sustitución de los médicos por enfermeras en la atención primaria. Estos hallazgos se ven respaldados por la revisión sistemática realizadas Horrocks S et al en 2002 (que incluye 11 ECAs y 23 estudios observacionales)⁹ y Laurant M et al en 2005 se incluyeron 16 estudios (3 estudios controlados antes- después y 13 ensayos controlados aleatorios o cuasialeatorios). Ya que el impacto sobre la carga de trabajo de los médicos y el coste directo de la atención fue variable, este autor indica que según los hallazgos encontrados el agregar enfermeras a los equipos de médicos no reduciría la carga de trabajo, a menos que se tomen medidas para asegurar que los médicos dejen de prestar los servicios transferidos a las enfermeras.¹⁰

En estos países ha sido posible gracias a una legislación y a una organización de la asistencia que permite realizar una serie de actos que favorecen la capacidad de resolución de las enfermeras y por lo tanto solucionan problemas de accesibilidad y discontinuidad a los pacientes y cuidadoras, eliminando barreras de dicha accesibilidad en poblaciones muy vulnerables y aportando mayor diligencia al conjunto de intervenciones sanitarias.¹¹ Entre dichos actos se encuentra la prescripción de medicamentos y productos sanitarios. En la actualidad, esta práctica profesional está plenamente introducida en el Reino Unido, EEUU,¹² Canadá y más recientemente en Suecia¹³ y Nueva Zelanda¹⁴ entre otros.

En nuestro país muchas de estas prácticas son inviables por falta de marco legal que respalde a las enfermeras, por ello debemos concentrar nuestros esfuerzos para que se produzcan cambios en aquellos aspectos de la atención sanitaria que aumente la

satisfacción de los ciudadanos, su nivel de salud, la atención integral de los pacientes y cuidadoras y el desarrollo de la cartera de servicios ofertada de forma que se adapte a las nuevas expectativas y necesidades de la ciudadanía, identificando por otra parte los espacios en los que se debe potenciar la investigación para mejorar la efectividad de las intervenciones.¹⁵ En Andalucía, la regularización de la prescripción enfermera está en vías de ser una realidad, pero hasta entonces tendremos que desarrollar las estrategias que nos permitan junto con otras actuaciones, aumentar la capacidad de resolución de las enfermeras dentro de su propio marco legal y de competencias, de forma que agilice la burocracia derivada de la rigidez legislativa actual para mejorar el acceso a los ciudadanos a estos materiales y productos. En este sentido el Distrito Sanitario Sevilla Sur ha realizado un pilotaje sobre gestión enfermera de apósitos en el cuidado de las heridas, en un intento de acercar la decisión sobre el consumo de recursos allí donde se produce la decisión clínica sobre los mismos, con el fin de mejorar su efectividad, donde se ha posibilitado a las enfermeras la capacidad de ser, no solo las que realizan la indicación sobre su uso, sino las que proporcionan los mismos.... Previo a la realización de este pilotaje se realizó un estudio de prevalencia sobre la variabilidad en el uso de apósitos en todo el distrito sanitario, evidenciándose una peor gestión del material para el cuidado de las heridas en aquellos centros donde solo enfermería estaba sectorizada, provocando más descoordinación y/ o divergencia en los criterios clínicos entre el profesional que indicaba el material a usar y el que lo prescribía, aumentando por ello el consumo de los apósitos,¹⁶ esto está en la línea del estudio de investigación realizado por Carlisle y cols¹⁷ para valorar el impacto sobre la salud del trabajo por sectores geográficos.

Las consultas de enfermería desde sus comienzos, tanto en España como fuera, han estado dirigidas a atender a pacientes crónicos de forma programada, sin embargo un cambio en las necesidades de salud de la población relacionadas con su envejecimiento progresivo,¹⁸ la aparición de enfermedades vinculadas con el desarrollo, más altas esperanzas de vida, la crisis del sistema informal de cuidados^{19,20} los cambios en nuestro rol como una profesión con un conjunto de conocimientos propios, y la necesidad de la organización de ampliar la oferta de servicios optimizando la utilización de los recursos existentes dentro de las competencias que correspondan, hace que de forma gradual se haya generado la consulta a demanda de enfermería para dar respuesta a un significativo aumento de las necesidades de cuidados. A pesar de que esta modalidad se incluyó en contrato programa del Servicio Andaluz de Salud en el año 2001, no se ha desarrollado plenamente debido en gran parte a la ausencia de un marco legal que respalde determinadas intervenciones por parte de la enfermera, que le permita aumentar su capacidad de resolución y por lo tanto mejorar la accesibilidad de los ciudadanos al sistema sanitario. Esto ha provocado situaciones de duplicidad en las intervenciones, omisión y contradicción según conceptualizaron, Morales Asencio et al, los efectos de la discontinuidad de cuidados.

Según el Informe Sespas 2006 que intenta dar respuesta a la necesidad de analizar periódicamente los problemas de salud y de los servicios sanitarios en España, cuanto más avanzamos en el modelo biomédico para dar respuesta a los problemas de salud, peores resultados conseguimos (salud percibida). Existe por lo tanto una necesidad de resituar la búsqueda del bienestar fuera de los valores competitivos, individualistas y consumistas y llevarlo hacia claves más solidarias, integradoras, de autonomía y autocontrol del propio cuerpo y la propia salud.

Para ello es necesario un aumento de la flexibilidad de las organizaciones de manera que adopten nuevas medidas que les permitan innovar, aumentando los niveles de calidad de sus intervenciones.²¹ Entre estas nuevas medidas a adoptar se encuentra la participación

del colectivo de enfermería en la provisión de cuidados a la población, esto hace que los servicios de salud necesiten realizar una serie de actuaciones que garanticen un modelo de atención en el que la integralidad sea una realidad e incorpore los conceptos de continuidad de la atención y la orientación de los servicios hacia la persona.²² Por otra parte conocer y entender el punto de vista del ciudadano, puede contribuir a que el profesional sanitario adopte estrategias y habilidades para incrementar y mejorar la calidad de la atención sanitaria, ya que la actitud que tienen los ciudadanos ante los servicios de salud está evolucionando hacia un rol más activo; quieren participar en su plan de cuidados y en las decisiones que afectan a su salud y, además demandan servicios de calidad.²³ Estos son unos factores decisivos para el desarrollo de los servicios de salud modernos.

Por todo esto las consultas de enfermería deben conformarse como otra puerta de entrada al sistema, ofertando respuestas a la demanda habitual de un número importante de pacientes. Nuestros servicios de salud, pueden incorporar ahora una innovación en la ordenación de la demanda asistencial que contribuya a mejorar los servicios de Atención Primaria. Así lo refleja y justifica el documento elaborado por Martín Santos, FJ et al en el seno de la comisión para el desarrollo de la enfermería en el servicio andaluz de salud.²⁴

Para hacer realidad la creación de dichas consultas de enfermería a demanda es necesario cumplir una serie de requisitos mínimos que van desde una estrecha colaboración multidisciplinar entre profesionales, participación de la ciudadanía en la elaboración de una cartera de servicios que de respuesta a sus expectativas, cambios organizativos que garanticen una atención integral, personalizada y con continuidad, desarrollo de estrategias que permitan ampliar la capacidad de resolución de las enfermeras, intervenciones protocolizadas y que respondan a la mejor evidencia disponible, un plan de formación a los enfermeros que permita disminuir la variabilidad de la práctica clínica en los problemas que se aborden desde dicha consulta y garantice el uso correcto de la metodología enfermera, un plan de comunicación y difusión que abarque a profesionales sanitarios y no sanitarios del sistema andaluz de salud, a los ciudadanos, ayuntamientos, colegios y asociaciones y elaboración de indicadores que nos permitan evaluar nuestras intervenciones.

El contenido de la cartera de servicios que se debería de ofertar desde estas consultas debe reflejar las necesidades de cuidados de la población a la que va a ir dirigida. Existen estudios multicéntricos con participación de varios países entre ellos España que intentan describir el estado de salud y los niveles de discapacidad de los ciudadanos y que servicios se prestan para atender sus necesidades, así como grados de necesidades insatisfechas de la comunidad, de la salud y los servicios sociales. En la actualidad sólo se tienen resultados del estado de salud: peor salud percibida por mujeres que por hombres, aumento de la dependencia a actividades de la vida diaria con la edad, así como, de la prevalencia del deterioro cognitivo (5% de 70 a 79 años y 46% de 90 a 94 años, entre los distritos participantes en el estudio fue Andalucía uno de los distritos donde este porcentaje fue más alto), las mujeres eran dos veces más propensas a padecer ansiedad que los hombres y la salud percibida por los ciudadanos residentes en instituciones era peor que las que residían en sus hogares. Se puede afirmar que la atención de personas mayores de 70 años supone más de un tercio del gasto farmacéutico de un país.²⁵

En nuestro país existen estudios realizados en los últimos años que determinan que es lo que los ciudadanos demandan mayoritariamente de la consulta del MF. Estos estudios muestran que el 51% de las consultas la consumen pacientes crónicos (Hipertensión, diabetes y OCFA) y al menos 2/3 de estos se encuentran en situación clínica estable, por lo que podemos prever un gran componente enfermero en la atención ofrecida, lo mismo ocurre con la atención a ancianos que consumen un 50% de las consultas de atención

primaria. También conocemos la casuística de su demanda, (problemas relacionados con el deterioro de la movilidad, las caídas, riesgo de ellas, incontinencia, deterioro de la autonomía funcional, déficit de autocuidados, úlceras por presión y un largo etcétera, que van más allá de la patología y se adentran en la esfera de los cuidados.

Otros estudios realizados en diferentes provincias españolas nos aportan luz sobre que espera la población de la consulta de enfermería a demanda y de la necesidad de dar a conocer dichas ofertas.²⁶

Revisando esta literatura comprobamos una alta percepción de que la prevención es importante para el mantenimiento de la salud, teniendo en cuenta que la promoción de la salud constituye un escalón más dentro del proceso de atención integral y existiendo una elevada evidencia disponible de la efectividad de numerosas intervenciones preventivas y de promoción de la salud , creemos necesario impulsar, entre otras, el desarrollo de dichas intervenciones en el marco de la consulta a demanda de enfermería. Múltiples ECAs aportan evidencias importantes sobre intervenciones que son o podrían ser aplicadas por las enfermeras, que constatan su efectividad y la aportación enfermera a la salud pública.^{27,28} Esta decisión se ve avalada por el resultado de los grupos focales con usuarios realizados en las localidades donde se desarrollará este proyecto, donde la demanda de actuaciones preventivas y de promoción de salud es mayoritaria. En dichos grupos también expresan los ciudadanos la necesidad de participar de forma activa en la toma de decisiones sobre su plan de cuidados, demandan cuidados en la esfera psico social relacionada con Afrontamiento familiar comprometido, deterioro de la adaptación, afrontamiento inefectivo, duelo disfuncional, conductas generadoras de salud, conocimientos deficientes entre otros.

Considerando todo esto podemos pensar en un modelo de atención compartida entre los dos principales proveedores de atención primaria, médicos de familia y enfermeras comunitarias, con servicios accesibles directamente a uno u otros según la demanda y orientados a la naturaleza de la misma (terapia vs. cuidados, problemas biomédicos vs. sociosanitarios)

Por todo esto, creemos pertinente el diseño e implementación de la consulta de enfermería a demanda con el objetivo de hacer posible la gestión compartida de la demanda asistencial en las Unidades de Gestión Clínicas (UGC) centros de salud y consultorios que componen este distrito sanitario con el diseño e implementación de las mismas, comenzando con el pilotaje de esta implementación en dos UGC de este distrito una con perfil rural y la otra con perfil urbano. Con esto dotaríamos a este colectivo de mayor responsabilidad pero también de mayor autonomía y capacidad de resolución de aquellas demandas que se incluyen en nuestra área de conocimientos propios, relacionadas con los cuidados enfermeros, aumentando la calidad de la atención y la satisfacción de los ciudadanos con la mejora de la accesibilidad a la oferta de cuidados y por lo tanto al acceso de nuestro sistema sanitario, basándose en la mejor evidencia disponible provenientes de la investigación, la experiencia clínica y las preferencias de los pacientes, en el contexto de los recursos disponibles.

2. MARCO CONCEPTUAL

Consulta de enfermería a demanda se define como el servicio ofertado por la enfermera a cada persona que acude a su consulta sin previa programación, ya sea espontáneamente o por indicación de otro profesional.

La ley 2/1998, de 15 de Junio, de salud de Andalucía recoge una serie de valores que deben cumplirse en nuestro sistema sanitario público. La universalidad y la equidad en los niveles de salud y la igualdad efectiva en el acceso al SSPA. Asimismo constituyen principios básicos de este modelo la atención integral de la salud, la descentralización, autonomía y responsabilidad en la gestión de los servicios, la mejora continua en la calidad de los mismos en lo referente a la atención personal y la utilización eficaz y eficiente de los recursos sanitarios.

El III plan Andaluz de salud que contempla al ciudadano como eje del sistema y la continuidad asistencial como estrategia de atención sanitaria se desarrolla en el sistema andaluz de salud a través del contrato programa, convirtiéndose en el marco operativo del II plan de calidad desarrollado por la consejería de salud. En dicho contrato programa se refleja la necesidad de garantizar la accesibilidad de los ciudadanos a todos los servicios. Potenciando para ello el trabajo en equipo de todos sus profesionales; fortaleciendo la interrelación y la complementariedad en cuanto a competencias profesionales, conocimientos y responsabilidad, con el objetivo de garantizar la accesibilidad y calidad de los servicios de Atención Primaria para los ciudadanos.

3. ANÁLISIS ESTRATÉGICO

Para conocer la situación de la cual partimos hemos realizado un análisis previo mediante la realización de auditorias, análisis de reclamaciones, análisis de los resultados del pilotaje sobre gestión enfermera de apósitos, investigación cualitativa con la participación de profesionales, equipos directivos de UGC, equipos directivos del Distrito Sanitario y ciudadanos, actividad asistencial y revisión de las agendas, para garantizar la personalización de la provisión de cuidados por parte de la enfermera.

A partir de este acercamiento estratégico es posible extraer un conjunto de conclusiones que permitan orientar posteriormente los objetivos y las líneas de actuación tanto a corto plazo como otras a medio y largo plazo. Por tanto, el diagnóstico constituye la fase inicial de un proceso abierto de planificación estratégica, entendida como el señalamiento de un conjunto de estrategias y acciones a partir de las cuales es posible desarrollar programas concretos de actuación.

3.1 Análisis de la organización funcional

Para poder enfrentarnos a la implementación de una consulta a demanda de enfermería tenemos que partir de una organización funcional que permita garantizar la personalización de los cuidados ofrecidos a aquellos usuarios que necesiten intervenciones que supongan contactos continuados con una enfermera por un proceso o problema.

En el Distrito Sevilla Sur el proceso de personalización de los cuidados ofertados por las enfermeras a la población, ha tenido un gran avance en los últimos años, respondiendo a la necesidad de realizar una atención integral, garantizando la continuidad de los cuidados y

potenciando la relación enfermera-paciente, de forma que podemos decir que prácticamente la totalidad de sus UGC han alcanzado un alto nivel en este proceso. Esto supone disponer de un marco funcional y organizativo que favorece la implementación de dichas consultas.

Pasamos a definir las características estructurales y organizacionales de las UGC donde se va a realizar el pilotaje de la misma. Ambas Unidades parten de realidades muy distintas en cuanto a la población que atienden ya que una de ellas, Arahal se encuentra en un ámbito rural, alejada de la capital de provincia, con un modelo de personalización basado en Unidad de Atención Familiar y con una organización funcional que permite el acceso de los ciudadanos a las consultas de enfermería de todos los enfermeros, todos los días de la semana ya sea en horario de mañana o de tarde. El nivel de personalización de los cuidados es óptimo (se incluyen todas las actividades salvo extracciones en el centro, cirugía menor, urgencias y PVA). Dicha Unidad de Gestión atiende a todo el municipio de Arahal.

La otra Unidad de Gestión donde realizaremos el pilotaje del proyecto es San Hilario que se encuentra ubicada en la localidad de Dos Hermanas, esta se encuentra en un ámbito urbano (Dos Hermanas tiene más de 130000 habitantes) y muy próxima a Sevilla, la población asignada a los enfermeros/as para la personalización de los cuidados es por sectores geográficos y comparten con cinco centros más la atención sanitaria del municipio incluyéndose dentro de su radio de influencia una zona de transformación social, la organización funcional existente en dicho centro no permite que cada enfermera oferte una consulta de enfermería a los ciudadanos todos los días. El nivel de personalización de los cuidados garantiza la continuidad de cuidados, sin llegar a incluir aquellos que suponen un contacto más puntual con el paciente (inyectables, avisos...)

3.2 Análisis de las reclamaciones del año 2007 del distrito y las UGC incluidas en el proyecto.

Una vez analizadas todas las reclamaciones que los ciudadanos han realizado en los centros de salud del distrito hemos llegado a las siguientes conclusiones:

De las 1648 reclamaciones recibidas 356 hacen referencia a la demora excesiva para la atención esto supone un 21.60% de las mismas, 154 reclamaciones están relacionadas con las normas del centro (9.3%) y 128 se pusieron por trato inadecuado del médico (7.8%). Estas tres causas de reclamaciones ocupan las tres primeras posiciones en cuanto a frecuencia y suponen casi el 40% de total de reclamaciones del distrito

Queda patente que la accesibilidad a la atención sanitaria se ve obstaculizada por la demora en la asistencia, esto unido a las reclamaciones referidas a desacuerdos con las normas de los centros, nos aporta argumentos para introducir cambios que permitan agilizar el acceso de los ciudadanos al sistema sanitario.

3.3 Resultados del Pilotaje de Gestión enfermera de apósitos

Una vez realizado el estudio de prevalencia sobre el consumo de apósitos mediante recetas de apósitos. Se realiza el pilotaje de gestión enfermera de apósitos en varias UGC entre ellas Arahal. El Objetivo de este pilotaje ha sido dotar a las enfermeras/os de la capacidad de gestionar los recursos materiales necesarios para abordar el cuidado de las

heridas en un intento de acercar la decisión sobre el consumo de estos allí donde se produce la decisión clínica sobre los mismos, con el fin de mejorar su efectividad.

Para ello se ha realizado intervenciones formativas específicas (formador de formadores), nombramiento de un referente por UGC entre los profesionales que realizaron dicha formación, creación de una base de datos que permite conocer el consumo individual enfermera, tanto cuantitativo como cualitativo, entre otras actividades.

Se realizó un evaluación continua de los resultados de dicho pilotaje, realizándose medidas de mejora donde eran oportunas para finalmente hacer una evaluación a los seis meses y al año de iniciado el proyecto que incluyó el análisis de los datos aportados por el programa informático de gestión de recetas del SAS (Microstrategy) del Distrito Sevilla Sur.

Durante el periodo de pilotaje se produjo las siguientes reducciones en prescripción de apósitos en receta oficial:

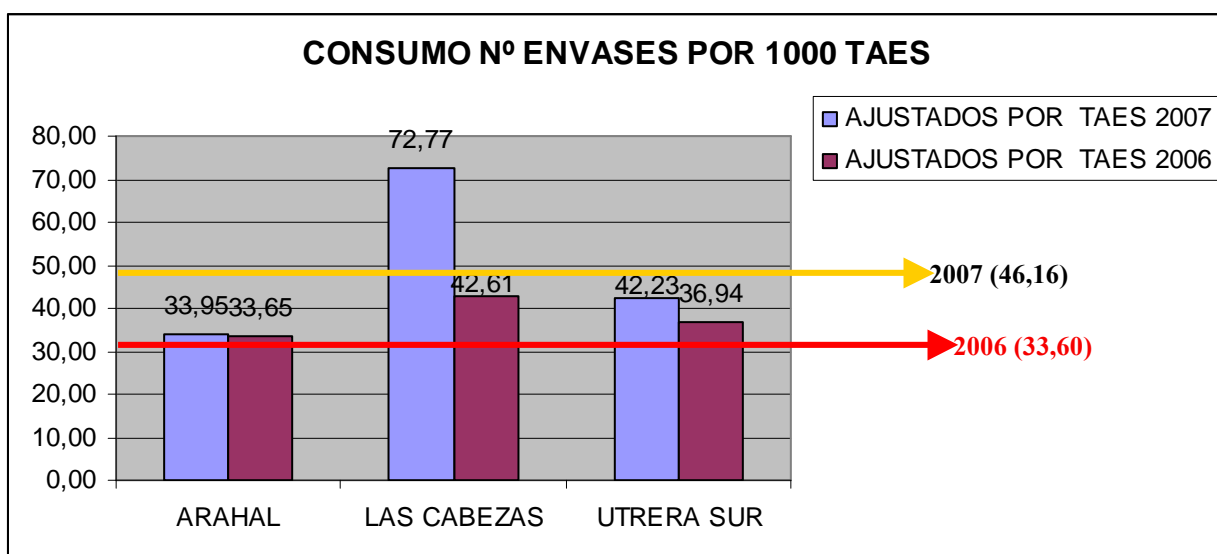
Arahal, Utrera Sur y Las Cabezas redujeron 95%, 86% y un 78% respectivamente el consumo de recetas para prescripción de apósitos.

El número medio de apósitos consumidos anual del distrito desde abril a septiembre del 2006 fue de 33,60 apósitos por 1000 TAEs y de 46,16 apósitos en el 2007.

En los centros pilotados el incremento de dicho consumo del año 2007 con respecto al 2006 fue menor que el consumo medio del Distrito en dos de los centros (Arahal 0,9% y Utrera Sur 14,32%) mientras que en el tercero fue mayor (Las Cabezas 70,70%).

Mientras que el gasto farmacéutico por recetas de apósitos se controló en las dos primeras unidades con un ahorro en el mismo del 94,93% y 86% respectivamente, en la tercera supuso un ahorro sólo del 78%.

Esta tercera Unidad es la única de los centros pilotados donde la distribución de la población para la personalización de los cuidados de enfermería se realiza por sectores geográficos mientras que para los médicos sigue distribuida por cupos.



Estos resultados nos argumentan la necesidad de extender la experiencia a todo el Distrito y utilizarlo como un valor añadido en nuestro proyecto de implementación de la consulta a demanda de enfermería en un intento de aumentar la capacidad de resolución de las mismas, evitando derivaciones innecesarias a otros profesionales.

3.4 Análisis de la Actividad Asistencial de las UGC que participarán en el pilotaje. (Anexo 7)

Utilizando el cuadro de mandos que se diseñó en el distrito Sevilla Sur para monitorizar La Actividad Asistencial de los centros y unidades, comprobamos que:

-Arahal: La Actividad diaria en el centro de las enfermeras/os es de 18,487 por debajo del estándar que establece el acuerdo de UGC (23,300) y la Actividad domiciliaria es de 3,524 por encima del estándar (2,830), la actividad diaria total por profesional es de 22,012 por debajo del estándar que establece el acuerdo de UGC (26,130). Los enfermeros atienden a una población de 25411 que suponen 37730 TAEs. El nº de enfermeros existentes en la actualidad es de 16 por lo que atienden unas 2358 TAEs cada uno por debajo de la Ratio establecida por el SAS (2723 para centros sin zonas de transformación social).

La Actividad diaria en el centro de los médicos de familia es de 47,237 por encima del estándar que establece el acuerdo de UGC (45,110), la actividad en el domicilio es de 0,910 por encima del estándar (0,640), la actividad total es de 48,147 por encima del estándar 45,750. Los médicos atienden una población de 21395 TIS que suponen 30881 TAEs. El nº de médicos de familia es de 14 por lo que atienden unas 2205 TAEs cada uno cada uno ajustándose a la Ratio establecida por el SAS (2110 para centros sin zonas de transformación social)

- En función de la actividad media diaria de los enfermeros/as y a la ratio enfermera/TAEs, creemos que sería posible la implementación del proyecto sin necesidad de incrementar los recursos humanos

San Hilario: La Actividad diaria en el centro de las enfermeras/os es de 24,579 por encima del estándar que establece el acuerdo de UGC (23,300) y la Actividad domiciliaria es de 3,023 por encima del estándar (2,830), la actividad diaria total por profesional es de 27,603 por encima del estándar que establece el acuerdo de UGC (26,130). Los enfermeros atienden a una población de 28437 que suponen 39760 TAEs. El nº de enfermeros existentes en la actualidad es de 15 por lo que atienden unas 2650 TAEs cada uno por encima de la Ratio establecida por el SAS (2468 para centros con zonas de transformación social).

La Actividad diaria en el centro de los médicos de familia es de 54,62 por encima del estándar que establece el acuerdo de UGC (45,110), la actividad en el domicilio es de 0,49 por debajo del estándar (0,640), la actividad total es de 55,122 por encima del estándar 45,750. Los médicos atienden una población de 23485 TIS que suponen 30303 TAEs. El nº de médicos de familia es de 15 por lo que atienden unas 2020 TAEs cada uno, por encima de la Ratio establecida por el SAS (1825 para centros con zonas de transformación social).

- Consideramos necesario para la implementación del proyecto el dotar a la UGC de San Hilario de una enfermera y un médico de familia más, para

racionalizar las cargas de trabajo. Dichos profesionales se incorporarán a los centros durante el ejercicio 2008.

3.5 Grupo DAFO con profesionales (anexo 1)

Dicho análisis ha sido realizado por un experto en investigación cualitativa junto con la directora de cuidados del Distrito.

Para ello nos propusimos realizar una aproximación diagnóstica a la situación de las consultas de enfermería y medicina de familia en nuestro entorno así como las perspectivas ante la posible implementación de la CED, a partir de un proceso grupal participativo de expertos, como paso previo para el desarrollo de estrategias de mejora

Este proyecto de diagnóstico de situación aborda diversos aspectos que inciden en el ámbito de las actuaciones, que se desarrollan en los Servicios de Enfermería de los distintos Centros de Salud del Distrito Sanitario Sevilla Sur, concretamente en el Centro de Arahál y en Dos Hermanas (San Hilario). Para ello se realizó un grupo de expertos con la participación de 20 profesionales de los Centros antes mencionados (Médicos de Familia, Enfermeras Comunitarias, Enfermeras Gestoras de Casos, Matronas, Trabajadora Social, miembros de los Equipos Directivos de UGC y administrativos). Se realizó en Desde esta perspectiva se pretende mostrar los aspectos positivos, negativos, los puntos fuertes y débiles, para la instauración de una posible consulta de enfermería a demanda, donde se realicen funciones propias de las competencias del personal de enfermería y se ofrezca mayor calidad en la atención que se ofrece a los pacientes.

El proceso metodológico

Para desarrollar el diagnóstico de situación hemos utilizado una metodología de trabajo grupal con profesionales de los Centros de Salud para favorecer, por un lado, la plena participación y, por otro, la recogida de información y su análisis desde la propia experiencia profesional.

Hemos utilizado la técnica DAFO, es decir, la determinación de Debilidades, Amenazas, Fortalezas y Oportunidades, siguiendo los pasos de la metodología que se exponen en el anexo1.

3.6.1. Estrategias ofensivas

Fruto del análisis de la interrelación entre las principales fortalezas y las oportunidades. Identificamos los puntos críticos más valorados para desarrollarlas.

- F: Buen ambiente laboral
- F: Implicación y motivación positiva de médicos y enfermeros
- F: Buena imagen de las enfermeras ante los pacientes
- F: Descongestión de otras consultas de enfermería (urgencias)
 - O: Satisfacción del usuario
 - O: Interés institucional para la nueva implantación
 - O: Oferta de recursos formativos
- F: Cualificación de las enfermeras
 - O: Posibilidad de investigar y estudios informativos

- Las buenas relaciones de los profesionales con los ciudadanos y viceversa propiciarán que el plan de comunicación para ambos sea más efectivo y sea mayor la aceptación de la implementación de la consulta a demanda de enfermería.
- Por otra parte encontramos una situación favorable para la realización de las actividades de formación necesarias para incorporar la mejor evidencia disponible a las intervenciones enfermeras, así como, para la reorganización de la asistencia contando con la colaboración de los médicos de familia.
- Utilizar la gestión del cambio como elemento para generar evidencia en la práctica clínica.

3.6.2. Estrategias defensivas

Fruto del análisis de la interrelación entre las principales fortalezas y las amenazas. Identificamos los puntos críticos más valorados para neutralizar las amenazas con una estrategia defensiva.

- F: Buen ambiente laboral
- F: Implicación y motivación positiva de médicos y enfermeros
 - A: Falta de inversión de la administración en personal
 - A: Falta de información de administración con respecto a objetivos, contenidos e intereses de la nueva consulta.
- Es necesario un exhaustivo Plan de Comunicación a los profesionales, haciéndolos partícipes del mismo, donde se explique, objetivos, contenidos.....del mismo.
- F: Buena imagen de las enfermeras ante los pacientes
- F: Descongestión de otras consultas de enfermería (urgencias)
- F: Cualificación de las enfermeras
 - A: Falta de educación sanitaria de los pacientes
 - A: Hiperdemanda de los pacientes
 - A: Aumento del número de pacientes
- La importancia de la educación sanitaria, una campaña de difusión potente del servicio ofertado y la forma de acceder a él serían imprescindibles para el buen desarrollo del proyecto.

3.6.3. Estrategias de reorientación

Como resultado del análisis de la interrelación entre las principales debilidades y las oportunidades intentamos obtener estrategias que nos permitan reorientar el servicio minimizando las debilidades que nos encontramos en el mismo.

D: Falta de recursos humanos y materiales (espacio físico y equipamiento)

D: Saturación de trabajo de todo el personal

D: Falta de tiempo de atención al usuario

D: Hiperfrecuentación de los pacientes

O: Oferta de recursos formativos

O: Posibilidad de investigar y estudios informativos

O: Satisfacción del usuario

D: Que la consulta de enfermería sea un sumatorio a la ya existente

O: Interés institucional para la nueva implantación

- Comunicación a los profesionales que elimine dudas y temores sobre la implementación del proyecto.
- La obligada reorganización asistencial que tendremos que afrontar para la implementación de estas consultas podría considerarse una oportunidad para subsanar algunas de las debilidades identificadas tales como, falta de recursos materiales y estructurales, la falta de tiempo de atención al usuario, es muy importante, en dicha reestructuración analizar la idoneidad de la dotación de recursos humanos de los centros elegidos para el pilotaje.
- Dentro del plan de formación se deberá incluir el manejo de la gestión de la demanda

3.6.4. Estrategias de supervivencia

Como resultado del análisis de la interrelación entre las principales debilidades y las amenazas intentamos obtener estrategias que nos permitan orientar sobre las actuaciones a desarrollar para hacer posible la implementación del servicio.

D: Falta de recursos humanos y materiales (espacio físico y equipamiento)

D: Saturación de trabajo de todo el personal

D: Falta de tiempo de atención al usuario

D: Que la consulta de enfermería sea un sumatorio a la ya existente

D: Hiperfrecuentación de los pacientes

A: Falta de educación sanitaria de los pacientes

A: Hiperdemanda de los pacientes

A: Falta de inversión de la administración en personal

A: Falta de información de administración con respecto a objetivos, contenidos e intereses de la nueva consulta.

A: Aumento del número de pacientes

- Este cruce nos vuelve a poner de manifiesto la importancia de realizar un buen diseño de la reorganización de las consultas, dotación de recursos unido a un completo plan de comunicación a los usuarios y profesionales de forma que se optimicen la utilización de las mismas. Aumentar la efectividad de las intervenciones enfermeras incorporando y protocolizando dichas

intervenciones basándonos en la mayor evidencia disponible creemos que es un elemento clave para el éxito del proyecto

- Es necesario incluir formación sobre la gestión de la demanda.
- Mayor presencia institucional en las diferentes fases de la implementación fundamentalmente en el plan de comunicación con los profesionales.

3.6 grupos focales

Como método de investigación cualitativa el grupo focal se define como una conversación cuidadosamente planteada diseñada para obtener información de un área definida de interés en un ambiente permisivo y no directivo. Su propósito es comprender el porque y el como las personas piensan y sienten de la manera que lo hacen, sin pretender llegar a un acuerdo.²⁹

Queremos incorporar y tener en cuenta estos matices en las estrategias de implementación de nuestro proyecto.

3.7.1. Grupo focales con usuarios

Desarrollamos una línea de análisis e investigación sobre las creencias, opiniones y sugerencias que los usuarios poseen sobre la consulta de crónicos programada y qué se podría hacer para mejorarlas.

Análisis del grupo focal con usuarios (Anexo 2)

Para ello, se ha seleccionado un grupo de personas, a través de la técnica “Grupos Focales”. Y se han realizado sesiones grabadas con cámara audiovisual.

Se realiza dos grupos focales uno en el municipio de Arahall y otro en el de Dos Hermanas en los centros de salud de estas localidades donde se va a desarrollar el pilotaje. Participan 15 usuarios de Arahall y 14 del municipio de Dos Hermanas. En cada grupo participan cuidadores informales de pacientes inmovilizados, enfermos crónicos, enfermos agudos mayores de 14 años, madres de niños menores de 14 años, concejales de bienestar social, un miembro de la asociación de Alzheimer en Dos hermanas y presidenta de la Asociación de Fibromialgia de Arahall, Adultos sanos. Lo ha moderado Jose Carlos Segura Rodriguez, técnico del Distrito Experto en Investigación Cualitativas y como observadora Alicia Cominero Belda Directora de Cuidados del Distrito Sanitario.

CONCLUSIONES RECOGIDAS DEL ANÁLISIS DE LA OPINIÓN DE LOS USUARIOS

Presentaremos dichas conclusiones englobando las mismas respuestas de los grupos de ambas localidades y posteriormente matizaremos en cada ítem el aspecto a destacar, si lo hubiese, por ser diferente de cada uno de los grupos.

- A la pregunta de **qué ofrecen las consultas de enfermería en la actualidad** expresaron que en la actualidad desde las consultas de enfermería se ofrece:
 - Seguimiento de las personas con enfermedades crónicas, inyectables, curas, tareas de información a crónicos y niños sanos, visitas domiciliarias, facilitando

materiales (gasas, colchones antiescaras, grúas) e información a las personas cuidadoras para mejorar su práctica diaria.

- A la pregunta de **qué opinan de la posibilidad de poder pedir cita directamente para consultas de enfermería sin tener que pedir antes para el médico:**
 - Depende del tipo de enfermedad que presente el paciente.
 - Reconocen que esta forma de intervenir por parte de las enfermeras hace que se gane tiempo y que es una forma de no masificar las consultas de los médicos de familia.
 - Podría generar colapso en las consultas de enfermería.
 - En general les preocupa que las consultas de enfermería se masifiquen al igual que lo están la de los médicos de familia, y repercuta en la calidad de la atención percibida por ellos.
- A la pregunta de **que cosas pensáis que la consulta de enfermería podría ofertar,** contestan:
 - Exponen que deberían de mejorar en calidad los controles a las personas con enfermedades crónicas y cuidadoras a través de la formación de grupos, incrementar el control de la obesidad, control de la medicación en mayores, informar sobre las asociaciones de salud que existen en el municipio, actuaciones preventivas y de promoción de Salud.
 - Formar talleres de Educación Sanitaria formadas por enfermos crónicos con la misma patología.
 - Consideran que los profesionales de enfermería deberían tener más formación en cuestiones relacionadas con la Psicología, pues en la mayoría de los casos los enfermos crónicos necesitan de cierto apoyo psicológico para poder convivir mejor con su enfermedad y con las personas de su entorno.
 - Acudir a las asociaciones a desarrollar acciones preventivas y de promoción de la salud.
- A la pregunta de **que casos podría ver un enfermero/a sin pasar por el médico** responden que:
 - En esta cuestión igualmente el grupo presenta bastante unanimidad en sus respuestas. Se refieren a las curas, pequeños accidentes, toma de la tensión arterial, control de niveles (azúcar y tensión) y la posibilidad de prescribir algunos fármacos.

Queda patente la necesidad de desarrollar un potente plan de comunicación en el que se explicite lo que oferta la enfermera/o al ciudadano y las competencias de la misma para desarrollarlo. Asimismo es imprescindible realizar intervenciones efectivas que afiancen nuestro rol en la sociedad.

- A la pregunta de **si estas consultas de enfermería deberían de tener un alto componente de Promoción de la Salud el por qué y en qué consiste la Promoción de la Salud,** contestaron:
 - La importancia de formar talleres grupales para desarrollar acciones de prevención y promoción de la salud.
 - Alimentación, deporte, ejercicios físicos, tabaquismo, embarazos y orientación a cuidadores y a enfermos crónicos.
 - Necesidad de apoyo psicológico para los enfermos y los cuidadores y ayuda para la preparación al duelo.

- Aumentar los Servicios de Rehabilitación, (debería de haber uno en cada Centro de Salud), mejorando así la calidad que en la actualidad ofrecen.
- Consideran que el personal de enfermería están suficientemente capacitados para realizar estas funciones de prevención y promoción de la Salud, no sólo por su preparación profesional sino además por la cercanía que tienen con los pacientes.

Llama la atención como valoran la importancia de los aspectos psicológicos de la enfermedad, y como mejorarían en calidad de vida si desde los Servicios de Enfermería se les pudiera prestar más atención a sus desequilibrios emocionales, tanto en los enfermos crónicos como en los familiares cuidadores.

- A la pregunta de **cómo organizaríais esta consulta si fuerais responsable del centro** contestan:
 - Un cupo de pacientes por cada profesional de enfermería y un sistema de información que les facilite y evalúe la labor que desempeñan.
 - Desarrollar un mapa de enfermedades en el municipio, organizar grupos de enfermos y planificar con más personal de enfermería todas las actuaciones de manera que se puedan atender a todos los pacientes con mayor calidad en los servicios que se les ofrecen.
 - Mejorar los canales de comunicación con las Asociaciones y los Centros Educativos y desarrollar actividades relacionadas con la alimentación, salud bucodental, prevención de las drogas, sexualidad, prevención de embarazos y enfermedades de transmisión sexual entre otras.
 - Mejorar los espacios de las consultas de enfermería para que haya mayor intimidad y sobre todo los medios de los que disponen.
 - Disminuir el impacto emocional de los enfermos crónicos y sus familiares con apoyo psicológico.
 - Ofrecerles un trato especial a las personas cuidadoras cuando acuden a la consulta del médico, en el sentido de hacerles la espera lo mas breve posible.
- A la pregunta de **cual es tu grado de satisfacción actualmente con los servicios que presta enfermería (muy alto, alto, normal, bajo, muy bajo)**

Muy alto-----11 personas

Alto-----11 personas

Normal-----5 persona

Bajo-----1 persona

Todos los participantes agradecieron la oportunidad que se les brindaba de ayudar a mejorar el Servicio de Enfermería o cualquier otro Servicio Sanitario

3.7.2. Grupo Focal con profesionales (Anexo 3)

Realizamos una nueva línea de análisis sobre las creencias, opiniones y sugerencias que los profesionales poseen sobre la consulta de enfermería a demanda y la actual situación de las consultas de crónicos programadas.

El grupo estaba compuesto por 18 profesionales formados por Médicos de Familia, Enfermeras Comunitarias, Enfermeras Gestoras de Casos, Matronas, Trabajadora Social, miembros de los Equipos Directivos de UGC, miembros de los Equipos Directivos del Distrito Sanitario. Se realizó el análisis y discusión sobre un cuestionario con 13 ítems.

Metodología.

Las Sesiones se desarrollaron en el aula del centro de servicios sociales de Alcalá de Guadaíra a lo largo del mes de junio, con una sesión de dos horas aproximadamente, las sesiones fueron grabadas con cámara audiovisual.

Se analizaron las sugerencias, quejas, opiniones que los profesionales de los distintos Centros de Salud aportaron con el fin de seguir mejorando los servicios y prestaciones que Enfermería de la Sanidad Pública ofrece en toda la zona que abarca el Distrito Sanitario Sevilla Sur.

Objetivos

- Recabar información para mejorar los servicios y las prestaciones que los Servicios de Enfermería del Distrito Sanitario Sevilla Sur ofrecen a los usuarios.
- Fomentar la implicación y participación de los propios profesionales en este proceso de mejora.

1.- ¿Qué cosas se ofertan en la actualidad en la consulta de enfermería?

- o Uso de técnicas en general, como son: analíticas, curas, inyectables, electroencefalogramas, controles para personas con diabetes, hipertensión, obesidad..., y cierta educación sanitaria, para que los enfermos no cometan errores en cuanto a sus cuidados personales. Estos controles se realizan en consulta o cuando se llevan a cabo visitas domiciliarias.

Si existe diferencia en cuanto ha distintos municipios e incluso entre Centros de Salud del mismo municipio. El trabajo en algunos casos está personalizado por UAF y en otros la organización está distribuida por sectores.

2.- ¿Cómo veis la idea de reformular las consultas de enfermería? En qué podría consistir esa reformulación?

- o Sería bastante complicado dicha reformulación, en el sentido, de que falta espacio material y personal sanitario, además de la falta de medios.
- o La idea les parece interesante en general aunque reconocen que pueda tener algunos aspectos negativos. Hoy en día el número de enfermos crónicos ha aumentado considerablemente, y son precisamente este colectivo los que van colapsando los Servicios de la Sanidad Pública.
- o cambio en la mentalidad de los Equipos de Enfermería, en el sentido de trabajar con grupos de enfermos en la prevención y promoción de la salud, se refieren en particular a la Educación Sanitaria, y así poder producir cambios conductuales en los enfermos.
- o Las consultas deberían estar protocolizada.
- o Necesidad de una formación dirigida a los profesionales sobre Educación Psicoeducativa, explican que en muchos casos los pacientes acuden a consulta por desajustes emocionales como son los duelos o estados de ansiedad.

- Homogeneizar toda la información que se ofrece a los pacientes por parte del personal sanitario, y piensan que la solución sería establecer vías clínicas.

3.- ¿Qué cosas se podrían ofertar desde una consulta de enfermería a demanda?

- Inyectables, derivaciones del paciente, control de constantes, heridas, electros, etc.
- Debería ser concebida para la atención a enfermos agudos.
- La atención personalizada de los enfermos, esto facilitaría una mejor coordinación entre médicos y enfermeras.

4.- ¿Qué cambios en la Ordenación funcional se debería hacer en el Centro para poner en marcha una consulta de enfermería a demanda?

- El 90% del grupo piensa que uno de los primeros cambios que habría que asumir es el de la atención personalizada, (cada enfermero con su cupo).
- Los siguientes cambios que proponen hacen referencia a dotar los Centros de más espacios, más personal y por tanto más tiempo de dedicación a los pacientes.
- Debería haber más personal de enfermería que médicos, una de las principales funciones que desarrollaría enfermería sería el de realizar trabajos grupales sobre Educación Sanitaria.

5.- ¿Que cosas se podrían ampliar de las que se hacen actualmente en la consulta de enfermería?

- Principalmente sesiones grupales de formación sociosanitaria, abordaje de las toxicomanías, preparación al duelo y la atención a las personas con fibromialgia. Aunque para ello se necesita formación sobre todo en dinámicas de grupos y algunos aspectos relacionados con la Psicología.

6.- ¿Un paciente descompensado podría ser visto en primera instancia por enfermería?

- Consideran que una descompensación tiene diferentes niveles, atendiendo a esos niveles, y teniendo en cuenta que el profesional de enfermería tiene más cercanía con el paciente, además estar cualificado profesionalmente para atender a un enfermo en concreto, o bien, derivarlo a la consulta médica.
- Comentan que esto ya se realiza en muchos Centros de Salud.

7.- ¿La consulta de enfermería a demanda generaría una interrelación mayor entre medicina y enfermería?

- El 40% aproximadamente del grupo piensa que en efecto, la nueva consulta de enfermería generaría mayor interrelación entre profesionales.
- Va a depender de la propia organización del Centro de Salud y de la motivación de los profesionales que lo componen, otro factor a tener en cuenta es e de las fluctuaciones del personal.

8.- ¿Se debería establecer en la agenda diaria un horario de valoración conjunta de casos entre medicina y enfermería?

- Mientras no haya U.A.F. (Unidad de Atención Familiar) con el mismo cupo, sería imposible establecer la agenda. Que a su vez no sería diaria sino de una vez por semana.
- En poblaciones con elevado número de habitantes sería bastante complicado.

9.- ¿Qué recursos necesitaría enfermería para poner en marcha una consulta a demanda?

- En esta cuestión coinciden en exponer la necesidad de más recursos materiales, como aparataje y espacios suficientes, recursos personales, para poder dedicar más tiempo a los pacientes, mayor formación de los profesionales de enfermería y sobre todo la necesidad establecer estrategias de reorganización.
- Expresan la posibilidad de concertar con farmacias la toma de la tensión arterial, de la misma manera que se concertó en su momento con las ópticas ciertos servicios.

10.- Qué nuevas competencias profesionales supone esta nueva reformulación?

- Realizar algunas prescripciones.
- Mejora en las habilidades sociales y comunicativas, en técnicas de Educación Sanitaria, en técnicas de modificación de conductas y en definitiva más formación en aspectos psicológicos que les permita atender por ejemplo los duelos o algún trastorno emocional. No verían mal la incorporación de Psicólogos a los Centros de Salud.
- Mayor nivel científico en la Atención Primaria.

11.- Cómo creéis (quién y cómo) se podría fomentar la EPS desde un Centro de Salud?

- El personal de enfermería, pues son ellos los que consideran que deberían poner en marcha actuaciones de Educación para la Salud.
- Trabajo de campo en "la calle". Acudir a los Centros de Día, Asociaciones de Salud y Centros Educativos de Primaria y Secundaria.
- Insisten en la necesidad de reorganizar los Servicios que se prestan desde Enfermería para que se trabaje más en cuanto a la Educación Sanitaria dirigida a grupos de pacientes, de esta manera se podría disponer de más tiempo para desarrollar actuaciones de Prevención y Promoción de la Salud.
- Por último consideran que habría que utilizar las nuevas tecnologías, para que los pacientes a través de las Web tengan más acceso a la información.

12.- ¿Consideras importante la posibilidad de nuevas estrategias en tu trabajo como enfermero/a?

- La respuesta es afirmativa, parece que no hay resistencia a la posibilidad del uso de nuevas estrategias.

13.- ¿Consideras importante el hecho de preguntarnos para poner en marcha una nueva posibilidad de trabajo?

- o Piensan que es sorprendente, pero a la vez acertado, porque son ellos los que mejores aportaciones pueden realizar, debido a sus experiencias diarias y al conocimiento del funcionamiento de los Centros de Salud.

Las dinámicas grupales y la formación de talleres como técnica educativa para la salud que apoye la adquisición de conocimientos y los cambios de conductas, son valoradas por ambos y consideran al enfermero/a el personal más cualificado para realizarla.

Mientras que los usuarios demandan atención psicosocial los profesionales demandan formación específica sobre esta para poder afrontar las necesidades de tipo emocional que los ciudadanos tienen cada vez con mayor frecuencia.

El espacio necesario que garantice la intimidad del ciudadano es otro elemento común de las aportaciones de ambos grupos.

En ambos grupos existe el temor de que si se implementa la consulta de enfermería a demanda se sature el servicio y no responda la dotación de profesionales existentes con el volumen de la demanda.

Demandan la necesidad de incorporar nuevas tecnologías.

3.7. Auditoria de historias clínicas

Esta auditoria fue realizada en la UGC de Arahál del Distrito Sevilla Sur en febrero del 2008 para conocer los motivos de consultas médicas y diagnósticos enfermeros (DXE), NOC Y NIC más frecuentes sobre la población general mayor de 14 años que acude a consulta a demanda médica y a consulta de crónicos programada de enfermería. La población atendida por estas UGC es de 18826 y tienen unas TAEs de 27627 siendo la población mayor de 14 años de 15721 lo que supone unas TAEs de 22317. Para una actividad de enfermería de 3822 citas pasadas en el centro durante el mes de febrero, se obtuvo una muestra de 192 citas pasadas y para una actividad médica de 9430 citas pasadas se obtuvo una muestra de 471 citas pasadas mediante muestreo sistemático con arranque aleatorio para un nivel de confianza del 95% con un error alfa del 5% y un error beta del 20%. Esta auditoria refleja que el 45% de los usuarios que acuden a las consultas médicas son mayores de 65 años, los crónicos suponen un 47.22% del total de las consultas médicas consumidas. El mayor número de citas la consumieron pacientes con patologías crónicas que resultaron ser la diabetes, enfermedad cardiovascular y epoc Con un 16.7%, 22.22%, 17% del total de las citas consumidas respectivamente. Los (DXE) más frecuentes encontrados fueron: Riesgo de caídas, R. Deterioro de la integridad cutánea, incontinencia urinaria de esfuerzo, incontinencia urinaria de urgencia, manejo inefectivo o incumplimiento del tratamiento, conocimientos deficientes, cansancio del rol del cuidador, ansiedad, dolor, afrontamiento familiar comprometido, conductas generadoras de salud, riesgo de soledad, déficit de actividades recreativas, duelo complicado entre otros.

4. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GENERAL

“Mejorar la accesibilidad al sistema sanitario del ciudadano propiciando la gestión compartida de la demanda asistencial mediante el diseño e implementación de la consulta de enfermería a demanda en dos UCG del Distrito Sanitario Sevilla Sur”

4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

“Impulsar el uso de la metodología enfermera en los profesionales de las UGC”.

“Promover la incorporación en la práctica diaria, intervenciones con efectividad probada, en base a la evidencia disponible.”

“Medir el grado de efectividad de las intervenciones realizadas”.

“Diseñar protocolos para disminuir la variabilidad de la práctica clínica”.

“Impulsar el trabajo en equipo compartiendo la responsabilidad de la atención y la coordinación del trabajo”.

“Aumentar la autonomía de los enfermeros/as en la gestión de recursos relacionados con los cuidados”.

“Acercar la cartera de servicios a los ciudadanos incorporando su opinión”.

“Utilizar la gestión del cambio como elemento para generar evidencia en la práctica clínica”.

“Crear estándares que nos permita evaluar posteriormente el proyecto así como la evolución de la implementación en el resto del distrito”.

“Desarrollar un plan de comunicación y de difusión a los ciudadanos que garantice el conocimiento de la oferta de servicios enfermera”.

5. LINEAS ESTRATÉGICAS

Las áreas estratégicas claves para la consecución de los objetivos propuestos son las siguientes:

- Plan de formación que aborde todos los aspectos de la cartera de servicio ofertada y permita integrar en la práctica diaria de las enfermeras/os la mejor evidencia disponible.
- Plan de comunicación a los profesionales y de difusión a los ciudadanos que garantice el conocimiento de nuestra oferta de servicios.
- Realizar una organización de la asistencia que permita la implementación de las consultas a demanda de enfermería y una accesibilidad adecuada de la población a las mismas.

6. CARTERA DE CLIENTES

DIRIGIDO A: Personas con grandes necesidades de cuidados

- **PACIENTES TERMINALES, PALIATIVOS Y SUS FAMILIAS**
- **USUARIOS CON PATOLOGIA CRÓNICA ESTABLE: DIABETES, CARDIOVASCULAR, EPOC**
- **POBLACIÓN GENERAL:** CUIDADOS DE LAS HERIDAS, ACTIVIDADES DE COLABORACIÓN Y ACTIVIDADES DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD SOBRE:
 - ESTILOS DE VIDA SALUDABLES
 - ALIMENTACION SALUDABLE
 - EJERCICIO FISICO
 - CONDUCTAS GENERADORAS DE SALUD
 - ADICCION A DROGAS: ALCOHOLISMO, TABAQUISMO, DROGAS
 - VACUNACIÓN
 - LACTANCIA MATERNA
 - EMBARAZO
 - PARTO
 - PUERPERIO
- **MAYORES DE 65 AÑOS: EXAMEN DE SALUD Y PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA PERSONAL**
- **ALTA HOSPITALARIA SUCEPTIBLE DE ATENCIÓN EN LA CONSULTA A DEMANDA**
- **CUIDADORAS INFORMALES Y FORMALES**

7. CARTERA DE SERVICIOS E INTERVENCIONES

- **ATENCIÓN A PACIENTES TERMINALES, PALIATIVOS Y SUS FAMILIAS**
- **ATENCIÓN A USUARIOS CON PATOLOGÍA CRÓNICA ESTABLE: DIABETES, CARDIOVASCULAR, EPOC**
- **ATENCIÓN A POBLACIÓN GENERAL:** CUIDADOS DE LAS HERIDAS, ACTIVIDADES DE COLABORACIÓN Y ACTIVIDADES DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD SOBRE:
 - ESTILOS DE VIDA SALUDABLES
 - ALIMENTACION SALUDABLE
 - EJERCICIO FISICO
 - CONDUCTAS GENERADORAS DE SALUD
 - ADICCION A DROGAS: ALCOHOLISMO, TABAQUISMO, DROGAS
 - VACUNACIÓN
 - LACTANCIA MATERNA
 - EMBARAZO
 - PARTO
 - PUERPERIO

- **ATENCIÓN A MAYORES DE 65 AÑOS: EXAMEN DE SALUD Y PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA PERSONAL**
- **ATENCIÓN AL ALTA HOSPITALARIA SUCEPTIBLE DE ATENCIÓN EN LA CONSULTA A DEMANDA**
- **ATENCIÓN A CUIDADORAS INFORMALES Y FORMALES**

Para la elaboración de esta hemos contado con los textos, NANDA,³⁰ NOC,³¹ NIC.³² Los algoritmos de juicio diagnóstico en respuestas humanas elaborados por Morilla y Morales,³³ diagnósticos, NOC y NIC más prevalentes utilizados en las unidades a pilotar (auditoria realizada febrero 2008) y el consenso de expertos en el uso de metodología del distrito Sevilla Sur.

DOMINIO	CLASE	DXE	NOC	NIC	
I. FUNCIONAL	ACTIVIDAD/ EJERCICIO	00156 Riesgo de Caídas	Conducta de Prevención de Caídas	6486 Manejo ambiental: Seguridad	
		00094 Intolerancia a la Actividad	0005 Tolerancia a la Actividad 0001 Resistencia 2004 Forma Física	0180 Manejo de la Energía 0200 Fomento del Ejercicio	
		00093 Fatiga	0002 Conservación de la Energía 1402 Autocontrol de la Ansiedad 0004 Sueño	0180 Manejo de la Energía 5820 Disminución de la Ansiedad 5440 Aumentar Sistemas de Apoyo 1850 Mejorar el sueño	
		CONFORT	Dolor Crónico	1605 Control del Dolor	1400 Manejo del Dolor 2400 Asistencia a la Analgesia Controlada por el paciente
		NUTRICION	Desequilibrio Nutricional Por Exceso	1612 Control del peso 1802 Conocimiento: Dieta	5614 Enseñanza dieta prescrita 0200 Fomento del Ejercicio 1280 Ayuda para disminuir el peso
			Lactancia Materna Ineficaz	1800 Conocimiento Lactancia Materna 414 Mantenimiento de la Lactancia Materna	5244 Asesoramiento en la Lactancia
II. FISIOLÓGICO	ELIMINACION	00015 Riesgo de Estreñimiento	0501 Eliminación Intestinal 1805 Conocimiento: Conducta Sanitaria	6480 Manejo Ambiental 0450 Manejo Estreñimiento/ Impactación	
		00011 Estreñimiento	0501 Eliminación Intestinal 0500 Continencia Intestinal	6480 Manejo Ambiental 0450 Manejo Estreñimiento/ Impactación 0440 Entrenamiento intestinal	
		00017 Incontinencia Urinaria de Esfuerzo	0502 Continencia Urinaria	0560 Ejercicio del Suelo Pélvico 0610 Cuidados de la Incontinencia Urinaria 0600 Entrenamiento del hábito Urinario	
		00019 Incontinencia Urinaria de Urgencia	0502 Continencia Urinaria 1813 Conocimiento: Régimen Terapéutico	0570 Entrenamiento de la Vejiga Urinaria 5616 Enseñanza: Medicamentos Prescritos 0610 Cuidados de la Incontinencia Urinaria	
		INTEGRIDAD TISULAR	00047 Riesgo de Deterioro de la Integridad Cutánea	1101 Integridad Tisular: Piel y Membranas Mucosas	3590 Vigilancia de la Piel 3584 Cuidados de la piel: Tratamiento Tópico 3480 Monitorización de las Extremidades Inferiores 3500 Manejo de Presiones
			00046 Deterioro de la Integridad Cutánea	1103 Curación de la Herida por Segunda Intención 1101 Integridad Tisular: Piel y Membranas Mucosas 1102 Curación de la Herida por Primera Intención	3660 Cuidados de las Heridas 3680 Irrigación de Heridas 3590 Vigilancia de la Piel 3500 Manejo de Presiones 3584 Cuidados de la piel: Tratamiento Tópico

DOMINIO	CLASE	DXE	NOC	NIC
III. PSICOSOCIAL	CONDUCTA	00084 Conductas Generadoras de Salud (especificar)	1603 Conducta de Búsqueda de la Salud 1602 Conducta de Fomento de la Salud	5520 Facilitar el Aprendizaje 4360 Modificación de la Conducta
		00078 Manejo Inefectivo del Régimen Terapéutico	1824 Conocimiento: Cuidados en la Enfermedad 1806 Conocimientos: Recursos Sanitarios 1609 Conducta terapéutica: Enfermedad o Lesión 1504 Soporte Social	5614 Enseñanza Dieta Prescrita 5602 Enseñanza Proceso de la enfermedad 0180 Manejo de la Energía 6550 Protección Contra las Infecciones 5616 Enseñanza: Medicamentos Prescritos 5612 Enseñanza Actividad/Ejercicios Prescritos 5618 Enseñanza Procedimiento/Tratamiento 5540 Aumentar los Sistemas de Apoyo 5604 Enseñanza Grupo
		00080 Manejo Inefectivo del Régimen terapéutico Familiar	2604 Normalización de la Familia 1504 Soporte Social 2600 Afrontamiento de los problemas de la Familia	7040 Apoyo al Cuidador Principal 7120 Movilización Familiar 7130 Mantenimiento en Procesos Familiares 7140 Estimulación de la Integridad Familiar 7140 Apoyo a la Familia
	AFRONTAMIENTO	00074 Afrontamiento Familiar Comprometido	2202 Preparación del Cuidador Principal Domiciliario 2205 Rendimiento del Cuidador Principal: Cuidados directos 2208 Factores Estresantes del Cuidador Familiar	7040 Apoyo al Cuidador Principal 7104 Estimulación de la Integridad Familiar 5240 Asesoramiento 7110 Fomento de la Implicación Familiar 5400 Potenciación de la Autoestima
		00135 Duelo Complicado	1304 Resolución de la Aflicción	5420 Apoyo Espiritual 5240 Asesoramiento 4920 Escucha Activa 5290 Facilitar el Duelo 4820 Orientación de la Realidad 7140 Apoyo a la Familia
		00172 Riesgo de Duelo Complicado	1304 Resolución de la Aflicción	4920 Escucha Activa 5290 Facilitar el Duelo 5420 Apoyo Espiritual 5240 Asesoramiento
	EMOCIONAL	00146 Ansiedad	1402 Autocontrol de la Ansiedad 1305 Modificación Psicosocial: Cambio de Vida	5820 Disminución de la Ansiedad 5270 Apoyo Emocional 5230 Aumentar el Afrontamiento 5370 Potenciación de Roles
	CONOCIMIENTOS	00126 Conocimientos Deficientes: especificar	1805 Conocimiento: Conducta Sanitaria	5618 Enseñanza Procedimiento/Tratamiento: Especificar
	ROLES/RELACIONES	00061 Cansancio del Rol del Cuidador	2604 Normalización de la Familia 2508 Bienestar del Cuidador Principal	7040 Apoyo al Cuidador Principal 7140 Apoyo a la Familia 5270 Apoyo Emocional
		00053 Aislamiento Social	1203 Severidad de la Soledad	5390 Potenciación de la conciencia de si mismo 5100 Potenciación de la Socialización 5440 Aumentar Sistemas de Apoyo
	AUTOPERCEPCION	00054 Riesgo de Soledad	1504 Soporte Social 1503 Implicación Social	5100 Potenciación de la Socialización 5450 Terapia de Grupo 5440 Aumentar Sistemas de Apoyo
		00120 Baja Estima Situacional	1205 Autoestima 1200 Imagen Corporal	5400 Potenciación de la Autoestima 5220 Potenciación de la Imagen Corporal

Para facilitar a los enfermeros de las UGC la incorporación en su práctica cotidiana de intervenciones con efectividad probada, en base a la evidencia disponible le facilitaremos un listado actualizado de las mismas, para ello y desde la Unidad de Calidad y Formación del Distrito se trabajará en el seguimiento y mejora continua del mismo. (Anexo 4).

8. ESTRATEGIAS DE IMPLEMENTACIÓN

Una vez definida la cartera de clientes a la que va a ir dirigida la consulta de enfermería a demanda y la cartera de servicios que ofertaremos a la población, tendremos que desarrollar las etapas necesarias para su implementación, dichas etapas deberán garantizar la personalización de la provisión de cuidados y la accesibilidad a dichas consultas.

Creemos imprescindible la participación de los profesionales de los centros donde van a tener lugar el pilotaje de este proyecto en cada una de las etapas de la implementación del mismo, así lo explicitaron en el análisis DAFO y en los grupos focales realizados. Por todo ello crearemos un grupo de implantación, seguimiento y mejora que contará con profesionales y equipos directivos de las UGC.

Las etapas que habrá que desarrollar para la correcta implementación del proyecto son las siguientes:

- Adaptación de los recursos al nuevo servicio
- Creación del grupo de seguimiento y mejora
- Plan de Comunicación
 - Interno dirigido a los profesionales
 - Externo o plan de difusión a los ciudadanos
- Agenda/Organización funcional
- Plan de formación y capacitación a los profesionales
- Elaboración de protocolos de derivación
- Monitorización / Evaluación y mejora continua

8.1 Adaptación de los recursos al nuevo servicio

Dicha adaptación la realizaremos para garantizar la Seguridad, Intimidad y Confortabilidad de todos los ciudadanos que accedan a este servicio.

8.1.1. Recursos Estructurales

Es necesario que cada enfermera/o disponga de una consulta en el tramo horario de Atención en el centro, tanto en horario de mañana como de tarde según corresponda. Dichas consultas deberán garantizar la intimidad de los pacientes durante la prestación de cuidados. Esto se cumple en ambas UGC.

8.1.2. Recursos Materiales

Cada consulta deberá tener dotación suficiente de material para la realización como mínimo de todas las intervenciones que se ofertan en la cartera de servicios y su dotación inicial atenderá al plan de pequeñas cosas. (Anexo 5)

8.1.3. Recursos Humanos

Debemos garantizar que cada uno de los enfermeros atienda el mismo número de TAEs y que en ningún caso supere la ratio establecida por el SAS.

Este es el caso de Arahál con el mismo nº de enfermeros que de médicos de familia y pediatras ambos por debajo de dicha ratio. San Hilario no cumplía este requisito por lo que la dirección del Distrito incorpora un médico y una enfermera más durante el ejercicio 2008.

8.2. Creación del Grupo de implementación, seguimiento y mejora:

Dicho grupo contará con los siguientes profesionales:

- 3 enfermeras comunitarias
- 1 Enfermera gestora de casos
- 2 Médicos de Familia
- 1 Trabajador social
- 1 Pediatra
- 1 Coordinador de Cuidados
- 1 Director de la UGC

8.2.1. Funciones del grupo de implementación, seguimiento y mejora

- Asesorar a la dirección del Distrito sobre el diseño y revisión de las agendas de la consulta a demanda de Médicos de Familia y Enfermeras comunitarias. Adaptándolas a los recursos existentes, cargas de trabajo y presión asistencial
- Asesorar a la dirección del Distrito sobre los recursos existentes y necesarios para hacer posible la reorganización asistencial
- Participar en el diseño del plan de comunicación inicial a los profesionales y a los ciudadanos junto con directivos del Distrito y el jefe de la UAC y revisar dicho plan en función de los resultados, experiencias e incidentes que vayan sucediendo durante el desarrollo del pilotaje.
- Identificar áreas de mejora en el terreno de la formación y de diseño de protocolos y su comunicación a la dirección de Cuidados del Distrito.
- Monitorizar los indicadores de resultados para aplicar acciones de mejoras si procede y su comunicación a la Dirección de cuidados

8.3 Plan de Comunicación

El plan de comunicación contempla a dos tipos de clientes, clientes internos que son los profesionales pertenecientes a las UGC donde se va a realizar el pilotaje y clientes externos que son los ciudadanos a los que se les va a ofertar este nuevo servicio. Consideramos imprescindible que en el diseño de dicho plan de comunicación participen los profesionales afectados en la implementación del proyecto, esta participación se realizará por medio del grupo de seguimiento y mejora. El director gerente del distrito junto con la directora de cuidados presentará este nuevo servicio.

8.3.1. Plan de comunicación interno

Incluiremos a los profesionales que constituyen las UGC donde se va a realizar el pilotaje del proyecto, equipos directivos de todas las UGC que componen el distrito Sevilla Sur (aquí se incluye la UGC de Cuidados Críticos y Urgencias) y a la Comisión de Cuidados del

Área . Incluiremos también al Jefe de servicio de la Unidad de Atención al Ciudadano (SAC) del Distrito ya que creemos que al ser las SAC el primer punto de contacto del ciudadano con la Unidad sea necesaria una preparación que garantice la información y orientación correcta al ciudadano que quiere acceder a este servicio.

En este plan de comunicación abordaremos los siguientes puntos:

- Objetivo de la implementación de la consulta de enfermería a demanda (CED)
- Importancia de la colaboración de los médicos de familia para el éxito del proyecto
- Cartera de clientes que tendrá acceso a ella
- Cartera de servicios que se ofertará
- Nueva estructura organizativa del centro para hacer posible el desarrollo del proyecto.
- Planes de formación. Aula permanente
- Protocolos de derivación entre profesionales del centro
- Modo de acceso al nuevo servicio

Y seguirá la siguiente secuencia cronológica:

1. Exposición del proyecto a los miembros del consejo de dirección y al jefe de servicio de la SAC del distrito
2. Comisión de dirección. Donde se expondrá el proyecto a las direcciones de las UGC
3. Exposición del proyecto a los profesionales que componen las UGC donde se va a realizar el pilotaje del mismo (Para ello se desplazará el equipo directivo a dichas UGC)
4. Comisión de cuidados de Área. El objetivo de que conozcan en el ámbito hospitalario la existencia de la consulta de enfermería a demanda no es otro que facilitar el acceso a estas consultas de los ciudadanos dados de alta con necesidad de continuidad de cuidados que no precisan atención domiciliaria. El documento de derivación será el informe de continuidad de cuidados que actualmente se utiliza y que ha sido consensuado por ambas partes (At Primaria y At Hospitalaria)

8.3.2. Plan de comunicación externo

La directora de Cuidados y/o el Director Gerente del distrito presentará el nuevo servicio en:

- Todos los entornos sociales y comunitarios.
- Se dará difusión en radio (programas y anuncios radiofónicos) y televisión local (programas y anuncios televisivos)
- Se publicará una nota de prensa
- Se editarán carteleros y dípticos con información para los ciudadanos

8.4 Agenda/Organización funcional

La organización de los centros debe garantizar la asignación enfermera-paciente para hacer posible la personalización de los cuidados como lo refleja las aportaciones que los profesionales hicieron en el grupo focal que se realizó previamente al desarrollo del proyecto. Esta es una manera de encontrar el reconocimiento de la población hacia los proveedores de cuidados, identificación de los mismos y favorecer la continuidad de cuidados.

Para ello y para garantizar la atención domiciliaria como parte importante de la cartera de servicios ofertada por las enfermeras, realizaremos la siguiente reestructuración de la organización asistencial de los profesionales de enfermería:

La agenda de cada enfermero se dispondrá de la siguiente manera:

- 45% Atención domiciliaria (Visitas programadas y avisos)
- 45% Atención en el centro (Atención a la demanda y dinámicas grupales)
- 10% Formación continuada

Al tratarse de un pilotaje el nº de citas ofertadas en la consulta de enfermería a demanda será revisable por el grupo de seguimiento y mejora creado para tal efecto, adaptándolo a las necesidades de la población y los recursos disponibles.

El diseño de la agenda se adaptará a las características del centro garantizando los servicios ofertados por enfermería.

El acceso de los ciudadanos a la consulta a demanda de enfermería la podrán realizar por:

- ✓ Cita telefónica (SAC)
- ✓ Petición de cita en el centro (SAC)
- ✓ Citación de otros profesionales tras derivación a dicha consulta: Médico de familia, trabajadora social, Enfermera Gestora de Casos (EGC), Enfermera hospitalaria de Enlace (EHE) (cuando lo permita la aplicación informática Diaria)

8.5 Plan de formación y capacitación a los profesionales

Para la implementación del proyecto debemos mejorar las competencias enfermeras relacionadas con el tipo de intervenciones que van a realizar desde el punto de vista de los conocimientos, habilidades y actitudes. El contenido formativo estará directamente relacionado con las intervenciones enfermeras desarrolladas en la cartera de servicio. Se formarán la totalidad de las enfermeras de las Unidades pilotadas en el plazo de un año, para ello se realizarán varias ediciones de las diferentes ofertas formativas y todas aquellas que lo permitan serán impartidas en el horario y lugar de trabajo de los profesionales implicados.

8.5.1. Metodología formativa

Los cursos deberán estar acreditados por la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA).

Realizaremos unas acciones formativas específicas e interactivas que permitan medir no sólo la satisfacción de los profesionales con el curso y los conocimientos adquiridos durante el mismo sino su aplicación a la práctica clínica diaria. Para ello realizaremos auditorias antes/después de las historias clínicas de los profesionales que participan de la actividad docente y valoraremos la aplicación de lo aprendido, en la práctica ³⁴.

Dentro de los contenidos de estos cursos estarán los protocolos a seguir en las diferentes situaciones de demanda de cuidados que se le presente al enfermero.

Contaremos con un aula permanente mediante la creación de un foro virtual en el que participen expertos en las diferentes materias formativas impartidas. Dichos expertos serán docentes de las diferentes actividades desarrolladas en el plan de formación del proyecto. El foro estará ubicado en la página Web del distrito y se permitirá el acceso de los profesionales al mismo desde el ordenador de sus consultas. El objetivo de esta aula es asesorar a los enfermeros/as de las mejores evidencias disponibles en cuanto a las intervenciones realizadas, así como despejar dudas sobre la idoneidad de alguna de ellas.

8.5.2. Contenido de los cursos (Anexo 6)

La estrategia formativa desarrollada por el Distrito es la siguiente:

- Cursos de formación sobre metodología enfermera acreditados por la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA) con 6,7 créditos.
- Cursos de formación multidisciplinar e interniveles sobre el manejo de las heridas crónicas acreditados por la ACSA con 10 créditos.
- Curso sobre el Atención al duelo acreditados por la ACSA con 4 créditos.
- Cursos de Atención familiar en At. Primaria acreditados por la ACSA con 7,5 créditos.
- Cursos sobre tabaquismo acreditados ACSA con 9,8 créditos.
- Curso sobre Procedimientos de intervención fisioterapéuticos en los métodos de reeducación postural acreditados por la ACSA con 8,7 créditos.
- Taller sobre abordaje de enfermería en el manejo de la inmunoterapia acreditado por la ACSA con 1,45.
- Curso de abordaje de la violencia contra las mujeres en Atención Primaria acreditado por la ACSA con 6,63 créditos.
- Talleres de formación grupal para pacientes diabéticos.
- Talleres estructurados de formación para cuidadores informales realizados por las enfermeras de gestión de casos y enfermeras de familia.
- Curso sobre Atención de la Demanda.
- Encuesta anual de necesidades de formación atendiendo al mapa de competencias de cada profesional.

** Se ofertarán plazas para los cursos de metodología para los médicos de familia.

8.6. Elaboración de protocolos de derivación

La derivación se producirá cuando el profesional que atiende al ciudadano entiende que es competencia de otro profesional el resolverle su demanda.

Las derivaciones se pueden dar de cualquiera de estos profesionales de Atención primaria entre sí:

Enfermera Comunitaria
Médico de Familia
Trabajadora social
Enfermera Gestora de casos
Matrona

Para Normalizar las derivaciones tendrán que cumplir unos requisitos mínimos:

- Se realizará mediante la historia de salud de la aplicación Diraya

- Se especificará en la historia el motivo de la derivación
- Se le dará la cita para el profesional que corresponda en la misma consulta favoreciendo el acto único

9. MONITORIZACIÓN / EVALUACIÓN Y MEJORA CONTINUA

Nuestro objetivo será evaluar no sólo el proceso de implementación sino los resultados en salud de la misma. Para ello ha sido necesario el diseño de indicadores de proceso y de resultados.

9.1 Diseño y elaboración de un programa Access para la recogida de datos.

Con este fin hemos diseñado un programa en Access que permita recoger datos sobre diagnósticos, NOC y NIC. Dicha base de datos estará colgada de la Web del distrito, a la que tienen acceso todos los profesionales del mismo y por lo tanto todos los enfermeros de los centros pilotados. En dicha base se podrán recoger datos sobre edad, sexo, diagnóstico enfermero, nº de visita, indicadores de resultados para cada uno de los diagnósticos, puntuación en la escala likert, e intervenciones realizadas.

Cada enfermero tendrá acceso al programa desde el ordenador de su consulta con el propósito de ser compatible trabajar en la hoja de seguimiento de cada usuario y rellenar los datos básicos necesarios para la creación de indicadores que nos permita la evaluación del trabajo realizado. Para ello el enfermero introducirá en el programa Access creado para tal efecto su DNI y tendrá acceso a la hoja de registro en la cual sólo tendrá que chequear la opción adecuada.

El programa se realizará de forma que garantice la confidencialidad personal y familiar del paciente tal y como lo exige la ley de protección de datos.

Durante el pilotaje se perfeccionará y completará dicho programa si procede.

9.2 Diseño y elaboración de un cuadro de mandos que permita medir la actividad asistencial (Anexo 7)

Este cuadro de mandos nos permitirá medir datos sobre actividad media y frecuentación entre otros, en el centro y domicilio de tres grupos profesionales: Médicos, Pediatras y enfermeras. Se podrán hacer comparaciones con respecto a ellos mismos antes de la implementación de las consultas a demanda de enfermería y con los otros centros no objetos de este pilotaje durante el mismo.

9.3 Auditorias de historias

Que nos permitirá valorar el impacto de la formación, es decir, si lo aprendido lo han incorporado los profesionales a su práctica clínica.

9.4 Elaboración de una encuesta de satisfacción de usuarios (Anexo 8)

Se realizará una encuesta en la que se contemple las diferentes dimensiones de los indicadores de satisfacción utilizados por el Servicio de Salud de Andalucía para Atención primaria.

- Estructura
- Disponibilidad
- Valoración del profesional
- Información recibida
- Recomendaría el Servicio

Dicha encuesta se adaptará para conocer la satisfacción de los ciudadanos con el nuevo servicio ofertado, e intervendrán en la confección de la misma, la directora de cuidados, el grupo de implantación y mejora y una representación de los ciudadanos.

9.5 CUADRO DE MANDOS INTEGRAL

Decidimos evaluar la implementación y desarrollo del proyecto desde cuatro perspectivas:

- Financiera. Para intentar evaluar su eficiencia
- Cliente: incorporar la valoración directa e indirecta de los ciudadanos sobre el servicio
- Proceso: Intentaremos medir datos necesarios que nos orienten sobre la adecuación de los procesos de implementación y la efectividad del nuevo servicio
- Desarrollo: Si se realizan actividades que favorezcan la continuidad del servicio

CUADRO DE MANDOS INTEGRAL					
CONSULTA DE ENFERMERÍA A DEMANDA					
FINANCIERA		numerador	denominador	fuentes	periodicidad
Transferencia de Demanda	Frecuentación	Nº de Consultas médicas por 1000 TAEs	Nº de TAEs	MTI Cuadro de Mandos Actividad Asistencial	Mensual
		Nº de Consultas enfermeras por 1000 TAEs	Nº de TAEs	MTI Cuadro de Mandos Actividad Asistencial	Mensual
		Nº de Consultas médicas por 1000 TAEs año anterior	Nº de TAEs año anterior	MTI Cuadro de Mandos Actividad Asistencial	
	Actividad media diaria	Nº de Consultas enfermeras	Nº de enfermeras por días trabajados	MTI Cuadro de Mandos Actividad Asistencial	Mensual
		Nº de Consultas Médicas	Nº de Médicos por días trabajados	MTI Cuadro de Mandos Actividad Asistencial	Mensual
	% de Pacientes distintos	Nº Pacientes Distintos atendidos	Nº de Usuarios en BDU	MTI Cuadro de Mandos Actividad Asistencial	Mensual

CUADRO DE MANDOS INTEGRAL					
CONSULTA DE ENFERMERÍA A DEMANDA					
CLIENTE		numerador	denominador	fuentes	periodicidad
Satisfacción en Consulta a Demanda*				Análisis de Encuestas	Semestral/Anual
		Nº de CDE** con más de 24 horas	Total de CDE	Auditoria telefónica	Mensual
Reclamaciones		Nº de Reclamaciones	Nº de Consultas en el periodo	Registro de Reclamaciones Distrito	Trimestral

* Medición específica con cuestionario “ad hoc”

**CDE Consulta a demanda de enfermería

CUADRO DE MANDOS INTEGRAL					
CONSULTA DE ENFERMERÍA A DEMANDA					
PROCESOS		numerador	denominador	fuentes	periodicidad
Proporción de Pacientes diferentes con DXE atendidos en CDE	Proporción de Pacientes dif por Necesidad de Cuidados	Nº de Pacientes diferentes con DXE en CDE	Nº de Pacientes diferentes atendidos en CDE	MTI Cuadro de Mando (Programa ACCES)	Mensual
Derivaciones a otros profesionales de la UGC	Capacidad de Resolución	Nº de Derivaciones a otros Profesionales de la UGC	Nº total de consultas atendidas	Cuadro de Mandos (Programa Access)	Mensual
Casuística	Variabilidad	Nº de DXE distintos que se registran en un periodo de tiempo	Nº de DXE que se registran en un periodo de tiempo	Cuadro de Mandos (Programa Access)	Mensual
	Prevalencia	DXE más usados en un periodo de tiempo		Cuadro de Mandos (Programa Access)	Mensual
		NOC más usados en un periodo de tiempo		Cuadro de Mandos (Programa Access)	Mensual
		NIC Más usadas en un periodo de tiempo		Cuadro de Mandos (Programa Access)	Mensual

CUADRO DE MANDOS INTEGRAL					
CONSULTA DE ENFERMERÍA A DEMANDA					
PROCESOS		numerador	denominador	fuelle	periodicidad
Resolución Diagnóstica	Efectividad	Nº NOC con valor en la escala LIKERT ≤ 2 que pasan a 3	Nº NOC con valor en la escala LIKERT ≤ 2	Cuadro de Mandos (Programa Access)	Trimestral
		Nº NOC con valor en la escala LIKERT ≤ 2 que pasan a >3	Nº NOC con valor en la escala LIKERT ≤ 2	Cuadro de Mandos (Programa Access)	Trimestral
		Nº NOC con valor en la escala LIKERT ≤ 2 que no sufren cambios	Nº NOC con valor en la escala LIKERT ≤ 2	Cuadro de Mandos (Programa Access)	Trimestral
Efectividad de las Intervenciones		Nº de Intervenciones asociadas a NOC con valor en la escala LIKERT ≤ 2 que pasan a 3 en un periodo de tiempo	Total de las intervenciones asociadas a esa NOC en ese periodo	Cuadro de Mandos (Programa Access)	Trimestral
		Nº de Intervenciones asociadas a NOC con valor en la escala LIKERT ≤ 2 que pasan a >3 en un periodo de tiempo	Total de las intervenciones asociadas a esa NOC en ese periodo	Cuadro de Mandos (Programa Access)	Trimestral
		Nº de Intervenciones asociadas a NOC con valor en la escala LIKERT ≤ 2 que no sufren cambios en un periodo de tiempo	Total de las intervenciones asociadas a esa NOC en ese periodo	Cuadro de Mandos (Programa Access)	Trimestral
		Intervenciones asociadas a NOC con valor en la escala LIKERT ≤ 2 que pasan a 3 en un periodo de tiempo		Cuadro de Mandos (Programa Access)	Trimestral
		Intervenciones asociadas a NOC con valor en la escala LIKERT ≤ 2 que pasan a >3 en un periodo de tiempo		Cuadro de Mandos (Programa Access)	Trimestral
		Intervenciones asociadas a NOC con valor en la escala LIKERT ≤ 2 que no sufren cambios		Cuadro de Mandos (Programa Access)	Trimestral

CUADRO DE MANDOS INTEGRAL					
CONSULTA DE ENFERMERÍA A DEMANDA					
DESARROLLO		numerador	denominador	fuentes	periodicidad
Normalización de la Práctica		Se siguen los procedimientos establecidos		Auditoria	Semestral/Anual
Mejora Continua		Nº de Consultas en aula permanente en un periodo de tiempo	Nº de enfermeros en ese periodo	Visitas Foro	Mensual
Impacto de la formación		Nº de historias con aplicación del contenido formativo	Nº de historias auditadas	Auditoria	Semestral/anual

9.6. BIBLIOGRAFIA

1. Agudo Apolo, S; González Pascual, JL. Consulta de enfermería a demanda: ¿Por qué acuden los usuarios? *Enfermería clínica*. 2002, may-jun; 2(3):104-108.
2. Zwarenstein, M; Bryant, W. Intervenciones para promover la colaboración entre enfermeras y médicos (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.). Consultado el 6 de Julio de 2009
3. Kinnersley, P; Anderson, E; Parry, K; Clamen, J. Randomised controlled trial of nurse practitioner versus general practitioner care for patients requesting "same day" consultations in primary care. *BMJ*. 2000; 320:1043-1048.
4. Venning, P; Durie, A; Roland, M; Roberts, C; Leese, B. Randomised controlled trial comparing cost effectiveness of general practitioners and nurse practitioners in primary care. *BMJ*. 2000; 320:1048-1053.
5. Sharples, L D; Edmunds, J; Bilton, D; Hollingworth, D; Caine, N; Keogan, M; Exley, A. A randomised controlled crossover trial of nurse practitioner versus doctor led outpatient care in a bronchiectasis clinic. *Thorax*, Aug 2002; 57: 661 - 666.
6. Way, D; Jones, L; Baskerville, B; Busing, N. Primary health care services provided by nurse practitioners and family physicians in shared practice. *CMAJ*. 2001;165(9):1210-4.
7. Mary O, Mundinger; Rober L. Kane; Elizabeth R. Lenz; et al. Primary care outcomes in patients treated by nurse practitioners or physicians: A Randomized Trial. *JAMA* 2000;283(1): 59-68.
8. Brown, SA; Grimes, DE. A meta-analysis of nurse practitioners and nurse midwives primary care. *Nursing Research*. 1995;44:332-9.
9. Horrocks, S; Anderson, E; Salisbury, C. Systematic review of whether nurse practitioners working in primary care can provide equivalent care to doctors. *BMJ*. 2002; 324:819-23.
10. Laurant M, Reeves D, Hermens R, Braspenning J, Grol R, Sibbald B. Sustitución de médicos por enfermeras en la atención primaria (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.). Consultado el 6 de Julio de 2009
11. Morales Asencio, JM; Martín Santos, FJ; Contreras Fernández, E; Morilla Herrera, JC. Prescripción de medicamentos y productos sanitarios por enfermeras comunitarias. *Enferm Comun*. 2006;2(1): 8 -16
12. Hodnicki, DR; Dietz, A; Mc Neil, F; Miles, K. Medication-ordering patterns of advanced practice registered nurses in Georgia, 2002. *Am J. Nurse practitioners*. 2004; 8(1):9-12,15-18,23-24.
13. Wilhelmsson, S; Foldevi, M. Exploring views on Swedish district nurses prescribing--a focus

group study in primary health care. *J Clin Nursing*. 2003;12(5): 643-650

14. Hughes, F; Lockyer, H. Evidence and engagement in the introduction of nurse prescribing in New Zealand.. *Nurse prescribing*. 2004;2(3):131-6.
15. Morilla Herrera, JC; Martín Santos, FJ; Morales Asencio, JM, Gonzalo Jiménez, E. Oportunidades para la atención integral. *Enferm Comun*. 2005 jul-dic. 1(2):37-48.
16. Cominero Belda, A; Velázquez Salas, A. Variabilidad de uso y costes de los apósitos especiales para el tratamiento de las heridas crónicas en el Distrito Sanitario Sevilla Sur. *Evidentia*. 2008 may-jun; 5(21). Disponible en: <<http://www.index-f.com/evidentia/n21/462articulo.php>> [ISSN: 1697-638X]. Consultado el 5 de Septiembre de 2008
17. Carlisle, R; Morris, R; Whittle, S; Harpaver, S; Feyers, P; Lindley, S. The health impact of changing to geographical working. *Community practitioner*. 2004, Oct;77(10):376-80.
18. Perez Diaz, J. Demografía y envejecimiento. Madrid, Portal Mayores, Informes Portal Mayores, nº 51. Lecciones de Gerontología, I [fecha de publicación : 09/06/2006; fecha de acceso: 10/09/2008] . <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/perez-demografia-01.pdf>
19. Rodríguez, P. El apoyo informal a las personas mayores. En: JC et al. Las personas mayores dependientes y el apoyo informal. Baeza: Universidad internacional de Andalucía Antonio Machado"; 1995: 31-36.
20. Palomo, L; Ortun, V; Benavides, G; Marquez S. Los desajustes en la salud en el mundo desarrollado. Informe Sespas 2006. *Gac. Sanit*, 20 (Supl. 1)
21. Martín Santos, FJ; Gonzalo Jiménez, E; Mazarrasa Alvear, L; Martínez del Campo, P. La enfermería comunicaría ante el tercer milenio: Perspectivas y progresos. *Index Enferm (Gran)*. 1999, primavera-verano; Año VIII (24-25):32-37.
22. Pedro Gómez, JE de; Morales Asencio, JM. Las organizaciones ¿Favorecen o dificultan? *Index Enferm (Gran)*. 2004, prim-ver; Año XIII (44-45):26-31.
23. Pulpón Segura, Anna M; Icart Isern, M^a Teresa; González Carrión, Francisco; González Carrión, Begoña, Mazeres Ferrer, Oscar. Satisfacción en los pacientes atendidos en consultas de enfermería. *Tesela [Rev Tesela]* 2007; 2. Disponible en <<http://www.index-f.com/tesela/ts2/ts6543.php>> Consultado el 9 de Septiembre de 2008
24. Martín Santos, FJ; Morilla Herrera, JC; Morales Asencio, JM; Gonzalo Jiménez, E. Gestión compartida de la demanda asistencial entre médicos y enfermeras en Atención Primaria. *Enferm Comun*. 2005, ene-jun; 1(1):35-42.
25. Heslin, JM; Soveri, PJ; Winoy, JB; Lyon, RA; Buttanshaw, CA; Kovacic, L; Daley, JA; Gonzalo, E. El estado de salud y utilización de servicios de las personas mayores en diferentes países europeos. *Depresión y Scand. J Prim Health Care*. 2001;19:218-222.
26. Fuster Caballero, D; Navarro Perol, P; García Garvía, JL; Perez Jiménez, MD; Gómez Molina, I; Ruiz García, MV. Demanda de la población a enfermería en atención primaria de salud Albacete Capital. 1997. *Enferm Univ Albacete*. 1999, Mar; 9:12-21.

27. Elliot, L; Grombic, IK; Irving, L; Cantroll, J; Taylor, J. Contribución de las enfermeras a la salud pública. Revisión sistemática efectuada por el Servicio Nacional de Salud de Escocia. Scottish executive. 2001:223-231. Traducción Asencio Morales JM.
28. Lemelin, J; How, W; Baskerville, N. Evidence to action a tailored multifaceted approach to changing family physician practice patterns and improving preventive care. Can Med Assoc J. 2001;164:757-63.
29. Garcia Calvente, Mateo Rodríguez. El grupo focal como técnica de investigación cualitativa en salud: Diseño y puesta en práctica. At. Primaria. 2000, feb; 25(3):181-186.
30. North American Nursing Diagnosis Association. Diagnósticos enfermeros : Definiciones y clasificación 2007-2008. 1ª Edición. Madrid: Hacourt; 2008.
31. Moorhead, S; Johnson, M; Mass, M. Clasificación de resultados de enfermería (NOC) 3ª Edición. Madrid: Elsevier Mosby;2005
32. McCloskey, J; Bulechek, GM. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC) 4ª Edición. Madrid: Elsevier Mosby;2006
33. Morilla Herrera, JC; Morales Asencio, JM. Algoritmos de juicio diagnóstico en respuestas humanas. Biblioteca Lascasas, 2005; 1. Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0039.php> .Consultado el 11 de Septiembre de 2008
34. Velázquez Salas, A; Cominero Belda, A; Ponce Gonzalez, JM. Evaluación del uso de la metodología enfermera mediante una intervención de formación continuada. Evidentia. 2008, may-Junio; 5 (21). Disponible en: <<http://www.index-f.com/evidentia/n21/461articulo.php>> [ISSN: 1697-638X]. Consultado el día 11 de Septiembre de 2008

ANEXO 7

ACTIVIDAD ASISTENCIAL

UGC SAN HILARIO

MES: DICIEMBRE

	<i>Citas Usuarios</i>				<i>VALOR</i>	<i>MEDIA</i>	<i>DESV</i>	
	<i>pasadas</i>		<i>% U.D.</i>					
<u>Enfermero</u>	81207	18623	65,49%	<i>A.D. Global:</i>	27,603	26,130	1,473	
<u>Centro</u>	72312	17098	60,13%	<i>Actividad diaria:</i>	24,579	23,300	1,279	
<i>Cupo TIS:</i>	28437	<i>Cupo TAE:</i>	39760	<i>Frecuentación:</i>	1,819	2,200	-0,381	
<u>Domicilio</u>	8895	1525	5,36%	<i>Actividad diaria:</i>	3,023	2,830	0,193	
				<i>Frecuentación:</i>	0,224	0,270	-0,046	
<u>Médico de</u>	168509	22390	95,34%	<i>A.D. Global:</i>	55,122	45,750	9,372	
<u>Centro</u>	166983	21573	91,86%	<i>Actividad diaria:</i>	54,623	45,110	9,513	
<i>Cupo TIS:</i>	23485	<i>Cupo TAE:</i>	30303	<i>Frecuentación:</i>	5,510	5,600	-0,090	
<u>Domicilio</u>	1526	817	3,48%	<i>Actividad diaria:</i>	0,499	0,640	-0,141	
				<i>Frecuentación:</i>	0,050	0,080	-0,030	
<u>Pediatra</u>	40092	5211	105,21%	<i>A.D. Global:</i>	47,001	28,540	18,461	
<u>Centro</u>	40092	5211	105,21%	<i>Actividad diaria:</i>	47,001	28,540	18,461	
<i>Cupo TIS:</i>	4953	<i>Cupo TAE:</i>	9457	<i>Frecuentación:</i>	4,239	4,200	0,039	<i>lunes, 01</i>

ACTIVIDAD ASISTENCIAL

UGC ARAHAL

MES: DICIEMBRE

	Citas pasadas	Usuarios	% U.D.		VALOR	MEDIA	DESV
<u>Enfermero</u>	63460	16094	63,33%	<i>A.D. Global:</i>	22,012	26,130	-4,118
<u>Centro</u>	53299	13662	53,76%	<i>Actividad diaria:</i>	18,487	23,300	-4,813
<i>Cupo TIS:</i>	25411	<i>Cupo TAE:</i>	37730	<i>Frecuentación:</i>	1,413	2,200	-0,787
<u>Domicilio</u>	10161	2432	9,57%	<i>Actividad diaria:</i>	3,524	2,830	0,694
				<i>Frecuentación:</i>	0,269	0,270	-0,001
<u>Médico de</u>	152916	20588	96,23%	<i>A.D. Global:</i>	48,147	45,750	2,397
<u>Centro</u>	150026	19237	89,91%	<i>Actividad diaria:</i>	47,237	45,110	2,127
<i>Cupo TIS:</i>	21395	<i>Cupo TAE:</i>	30881	<i>Frecuentación:</i>	4,858	5,600	-0,742
<u>Domicilio</u>	2890	1351	6,31%	<i>Actividad diaria:</i>	0,910	0,640	0,270
				<i>Frecuentación:</i>	0,094	0,080	0,014
<u>Pediatra</u>	38762	4301	107,12%	<i>A.D. Global:</i>	49,631	28,540	21,091
<u>Centro</u>	38762	4301	107,12%	<i>Actividad diaria:</i>	49,631	28,540	21,091
<i>Cupo TIS:</i>	4015	<i>Cupo TAE:</i>	6849	<i>Frecuentación:</i>	5,660	4,200	1,460
<i>lunes, 01 de septiembre de 2008</i>							

ANEXO 1

GRUPO DAFO

En una fase inicial, se pidió a todos los participantes que elaborasen un DAFO personal, es decir, la determinación de:

- ◆ **Fortalezas** o expresión de aquellos valores presentes que pueden ser utilizados en su estado actual o bien potenciados para conseguir metas de progreso y desarrollo.
 - ◆ **Debilidades** o expresión de valores negativos presentes que son en realidad un obstáculo para el progreso de la misma y para alcanzar sus objetivos. T
 - ◆ **Oportunidades** o hechos, situaciones y fenómenos que están presentes en el exterior y que pueden generar acciones alternativas que favorezcan el desarrollo de la misma.
 - ◆ **Amenazas** y riesgo, situaciones, fenómenos que están presentes en el entorno de forma muy poco explícita y definida, pero que pueden tener un impacto negativo en el proceso de desarrollo de la organización, dada la magnitud y envergadura de los mismos.
- En un trabajo posterior, se pidió a los participantes que procedieran a exponer en grupos pequeños (5 personas) sus resultados, explicando brevemente su contenido y el por qué de los mismos. Con el mayor consenso posible se considerarían las ideas expuestas para simplificar el resultado, eliminando las opciones repetidas y agrupando aquellas que se complementan.
 - Posteriormente en la fase de plenario los portavoces de cada grupo presentaron al resto de los participantes las conclusiones de sus grupos repitiendo el esquema de trabajo realizado con anterioridad.

A partir del resultado inicial fue elaborado un cuestionario para ser administrado a nivel individual a todos los participantes con la finalidad de jerarquizar las debilidades, amenazas, fortalezas y oportunidades. El resultado final de este trabajo señala los segmentos esenciales a criterio de los participantes que deben ser tenidos en cuenta.

1. Los resultados

Los estadísticos obtenidos en el análisis de datos para su tabulación son los siguientes:

Importancia o gravedad

Importancia : es la suma de las puntuaciones obtenidas en cada ítem.

Media (X): Es la valoración media de la gravedad o importancia. Su valor máximo es 3 (la máxima gravedad) y el mínimo 1. Resulta de calcular la media aritmética.

DT. Es la desviación típica de la gravedad y refleja el grado de consenso que existe respecto a su valoración. Si es 0 significa que todas las personas que eligieron esa opción les dieron todos el mismo valor. Cuanto mayor sea menor acuerdo existe.

Tendencia

Las diferentes puntuaciones dadas a las **Debilidades y Amenazas** se rescataron de la siguiente forma:

A mejorar	0.5	Cuanto peor es la tendencia esperada de una debilidad o amenaza, mayor es su valor.
A mantenerse	1	
A empeorar	1.5	

Para las **Fortalezas y Oportunidades**

A mejorar	1.5	Cuanto mejor es la tendencia esperada de una fortaleza u oportunidad, mayor es su valor.
A mantenerse	1	
A empeorar	0.5	

Media T de la tendencia: Es la media aritmética de la tendencia. Su valor máximo es 1.5 y el mínimo 1.

DT. Es la desviación típica de la tendencia y refleja el grado de consenso que existe respecto a su valoración. Si es 0 significa que todas las personas que eligieron esa opción les dieron todos el mismo valor. Cuanto mayor sea menor acuerdo existe.

Media Ponderada

Es el resultado de multiplicar el valor medio de la gravedad o importancia por la media de la tendencia. (X por T). Su valor máximo es de 4.5 lo que significa para el caso de una debilidad o amenaza, que además de ser muy grave su tendencia es a empeorar, y para una fortaleza u oportunidad que es muy valiosa y tiende a mejorar. Su valor mínimo es de 0.5.

Suma Ponderada.

Es el resultado de multiplicar la importancia o gravedad por la Media Ponderada.

Cuanto mayor sea peor serán las debilidades o amenazas y mejores fortalezas o oportunidades.

Han participado un total de 45 profesionales ($n = 45$). Las tablas que se presentan a continuación muestran los resultados valorados por los participantes:

DEBILIDADES

Debilidades	Media	D.T	Media T	D.T. T	Media P	Importancia	Suma P
Falta de recursos humanos y materiales (espacio físico y equipamiento)	3.00	0.00	1.45	0.15	4.35	20	87.00
Saturación de trabajo de todo el personal	2.90	0.31	1.43	0.18	4.13	20	82.65
Falta de tiempo de atención al usuario	2.60	0.82	1.35	0.17	3.51	19	66.69
Que la consulta de enfermería sea un sumatorio a la ya existente	2.10	0.97	1.08	0.54	2.26	18	40.64
Alta frecuentación de las consultas médicas	2.20	1.06	1.03	0.60	2.26	18	40.59
Aumento de la burocracia (registro)	1.90	1.21	1.10	0.55	2.09	16	33.44
Desconocimiento de la posible consulta de enfermería	2.10	1.12	0.85	0.57	1.73	17	29.45
Desmotivación de los profesionales	1.65	1.04	1.00	0.49	1.65	17	28.05
Aumento de las competencias del personal de enfermería (calidad)	1.80	1.24	0.85	0.54	1.53	15	22.95
Falta de protocolo para la nueva consulta	1.65	1.14	0.75	0.57	1.24	16	19.80
Falta de formación profesional e informática	1.50	1.05	0.75	0.57	1.13	16	18.00
Cambios y fluctuaciones del personal sanitario	1.45	0.94	0.75	0.50	1.09	16	17.40
Falta de implicación de las enfermeras en esta consulta	0.95	0.94	0.68	0.49	0.64	12	7.70
Dificultad de que la enfermera asuma su rol	1.00	1.08	0.68	0.57	0.68	11	7.43
Imagen del enfermero como ayudante	1.00	1.08	0.55	0.46	0.55	10	5.50
Sectorización frente a la U.A.F	0.90	1.21	0.55	0.58	0.50	9	4.46

FORTALEZAS

Fortalezas	Media	D.T	Media T	DT. T	Media P.	Importancia	Suma P
Buen ambiente laboral	2.55	0.89	1.25	0.34	3.19	19	60.56
Implicación y motivación positiva de médicos y enfermeros	2.55	0.76	1.03	0.55	2.61	19	49.66
Buena imagen de las enfermeras ante los pacientes	2.15	1.09	1.25	0.44	2.69	17	45.69
Calificación de la enfermeras	2.30	1.03	1.10	0.45	2.53	18	45.54
Descongestión de otras consultas de enfermería (urgencias)	2.05	1.05	0.98	0.47	2.00	18	35.98
Experiencia de la consulta de enfermería para asumir el cambio	1.85	1.09	0.95	0.60	1.76	16	28.12
Descongestión de la consulta médica	1.75	1.12	0.90	0.50	1.58	17	26.78
Necesidades sentidas de los profesionales de enfermería de un cambio	1.75	1.25	0.80	0.57	1.40	15	21.00
Amplio horario para ubicar la consulta	1.50	1.05	0.85	0.52	1.28	16	20.40
Atención personalizada y sectorizada	1.55	1.23	0.79	0.61	1.22	14	17.73
Soporte informático	1.40	1.10	0.78	0.55	1.09	15	16.28
Uso de metodología de enfermeras	1.30	1.34	0.75	0.66	0.98	11	10.73
Alcanzar los objetivos de la U.G C.	1.20	1.20	0.70	0.64	0.84	11	9.24

AMENAZAS

Amenazas	Media	D.T	Media T.	DT. T.	Media P.	Importancia	Suma P.
Falta de educación sanitaria de los pacientes	2.80	0.41	1.35	0.24	3.78	20	75.60
Hiperdemanda de los pacientes	2.75	0.72	1.38	0.36	3.78	19	71.84
Falta de inversión de la administración en personal	2.70	0.80	1.35	0.37	3.65	19	69.26
Falta de información de administración con respecto a objetivos, contenidos e intereses de la nueva consulta.	2.55	0.89	1.25	0.41	3.19	19	60.56
Aumento del numero de pacientes	2.40	1.10	1.23	0.55	2.94	17	49.98
Generación de falsas expectativas en los pacientes (administración, medios de comunicación y entre ellos mismos)	2.10	1.17	1.15	0.54	2.42	16	38.64
Falta de implicación de la administración para solucionar problemas informáticos	2.05	1.15	1.03	0.60	2.10	17	35.72
Exceso de derivación de los pacientes	1.95	1.36	1.00	0.63	1.95	14	27.30
Amplia cobertura geográfica	1.40	1.19	0.88	0.63	1.23	13	15.93
Falta de reconocimiento profesional de algunos colectivos	1.20	1.06	0.73	0.60	0.87	13	11.31

OPORTUNIDADES

Oportunidades	Media	D.T	Media T	D.T. T	Media P.	Importancia	Suma P
Satisfacción del usuario	2.40	0.82	1.13	0.48	2.70	19	51.30
Interés institucional para la nueva implantación	2.25	0.97	1.00	0.43	2.25	19	42.75
Oferta de cursos formativos	2.30	1.13	0.98	0.57	2.24	17	38.12
Posibilidad de investigar y estudios informativos	1.65	1.23	0.75	0.57	1.24	15	18.56
Que el distrito sanitario genere un espacio para actuar en cuanto a la promoción de la salud	1.65	1.27	0.78	0.60	1.28	14	17.90
Implantación conjunta en todos los centros de la nueva consulta	1.45	1.23	0.73	0.55	1.05	13	13.67
Colaboración de asociaciones y organizaciones locales con el distrito sanitario.	1.25	1.02	0.73	0.55	0.91	14	12.69
Medios de comunicación, posibilidad de informar	0.90	1.07	0.48	0.53	0.43	10	4.28

ESTRATEGIA DEFENSIVA

AMENAZAS

**F
O
R
T
A
L
E
Z
A
S**

	Falta de educación sanitaria de los pacientes	Hiperdemanda de los pacientes	Falta de inversión de la administración en personal	Falta de información de a la nueva consulta.	Aumento del numero de pacientes	TOTAL PUNTUACIÓN F/A	TOTAL PUNTUACIÓN FORTALEZAS
Buen ambiente laboral	6	6	2	2	6	22	60,56
Implicación y motivación positiva de médicos y enfermeros	10	8	2	7	8	35	49,66
Buena imagen de las enfermeras ante los pacientes	9	8	2	3	8	30	45,69
Calificación de la enfermeras	10	9	7	3	8	37	45,54
Descongestión de otras consultas de enfermería(urgencias)	10	10	6	3	8	37	35,98
TOTAL PUNTUACIÓN F/A	45	41	19	18	38	161	237,43
TOTAL PUNTUACIÓN AMENAZAS	75,60	71,84	69,26	60,56	49,98	327,24	

ESTRATEGIA OFENSIVA

OPORTUNIDADES

**F
O
R
T
A
L
E
Z
A
S**

	Satisfacción del usuario	Interés institucional para la nueva implantación	Oferta de cursos formativos	Posibilidad de investigar estudios informativos	Que el distrito genere promoción de la salud	TOTAL PUNTUACIÓN F/O	TOTAL PUNTUACIÓN FORTALEZAS
Buen ambiente laboral	6	8	8	8	8	38	60,56
Implicación y motivación positiva de médicos y enfermeros	9	10	10	10	10	49	49,66
Buena imagen de las enfermeras ante los pacientes	10	10	8	8	10	46	45,69
Calificación de la enfermeras	8	10	10	10	10	48	45,54
Descongestión de otras consultas de enfermería(urgencias)	10	10	9	6	8	43	35,98
TOTAL PUNTUACIÓN F/O	43	48	45	42	46	224	237,43
TOTAL PUNTUACIÓN OPORTUNIDADES		42,75	38,12	18,56	17,90	130,21	

ESTRATEGIA REORIENTATIVA

OPORTUNIDADES

**D
E
B
I
L
I
D
A
D
E
S**

	Satisfacción del usuario	Interés institucional para la nueva implantación	Oferta de cursos formativos	Posibilidad de investigar y estudios informativos	Que el distrito genere promoción de la salud	TOTAL PUNTUACIÓN D/O	TOTAL PUNTUACIÓN DEBILIDADES
Falta de recursos humanos y materiales (espacio físico y equipamiento)	10	10	7	8	9	44	87
Saturación de trabajo de todo el personal	9	10	8	8	9	44	82,65
Falta de tiempo de atención al usuario	10	9	6	8	9	42	66,69
Que la consulta de enfermería sea un sumatorio a la ya existente	7	2	2	2	3	16	40,64
Alta frecuentación de las consultas médicas	7	9	6	8	8	38	40,59
TOTAL PUNTUACIÓN D/O	43	40	29	34	38	184	315,23
TOTAL PUNTUACIÓN OPORTUNIDADES	51,30	42,75	38,12	18,56	17,90	130,21	

ESTRATEGIA SUPERVIVENCIA

AMENAZAS

**D
E
B
I
L
I
D
A
D
E
S**

	Falta de educación sanitaria de los pacientes	Hiperdemanda de los pacientes	Falta de inversión de la administración en personal	Falta de información de a nueva consulta.	Aumento del numero de pacientes	TOTAL PUNTUACIÓN D/A	TOTAL PUNTUACIÓN DEBILIDADES
Falta de recursos humanos y materiales (espacio físico y equipamiento)	10	10	10	2	9	41	87
Saturación de trabajo de todo el personal	9	10	8	3	9	39	82,65
Falta de tiempo de atención al usuario	8	9	9	2	9	38	66,69
Que la consulta de enfermería sea un sumatorio a la ya existente	2	2	7	8	7	26	40,64
Alta frecuentación de las consultas médicas	8	8	3	2	8	29	40,59
TOTAL PUNTUACIÓN D/A	37	39	37	17	42	174	315,23
TOTAL PUNTUACIÓN AMENAZAS	75,60	71,84	69,26	60,56	49,98	327,24	

ANEXO 2

Grupo focales con usuarios

Desarrollamos una línea de análisis e investigación sobre las creencias, opiniones y sugerencias que los usuarios poseen sobre la consulta de crónicos programada y qué se podría hacer para mejorarlas.

Análisis del grupo focal con usuarios

Para ello, se ha seleccionado un grupo de personas, a través de la técnica "Grupos Focales". Partiendo de un instrumento de investigación (*anexo X 1*). Sesiones grabadas con cámara audiovisual .

Se realiza dos grupos focales uno en el municipio de Arahal y otro en el de Dos Hermanas en los centros de salud de estas localidades donde se va a desarrollar el pilotaje. Participan 15 usuarios de Arahal y 14 del municipio de Dos Hermanas. En cada grupo participan cuidadores informales de pacientes inmovilizados, enfermos crónicos, enfermos agudos mayores de 14 años, madres de niños menores de 14 años, concejales de bienestar social, un miembro de la asociación de Alzheimer en Dos hermanas y presidenta de la Asociación de Fibromialgia de Arahal, Adultos sanos. Lo ha moderado Jose Carlos Segura Rodriguez, técnico del Distrito Experto en Investigación Cualitativas Y como obsevadora Alicia Cominero Belda Directora de Cuidados del Distrito Sanitario.

Metodología.

Las Sesiones se desarrollaron en un aula de cada Centro de Salud a lo largo del mes de junio, con una sesión con cada grupo de 60 minutos aproximadamente, las sesiones fueron grabadas con cámara audiovisual. Tras centrar el tema y los objetivos que se pretenden, quien actúa de moderadora va planteando las siguientes preguntas para promover la discusión grupal y la consecución de los objetivos:

¿Qué pensáis que se oferta en la actualidad desde las consultas de enfermería?

¿Cómo veis que se pueda pedir cita directamente para consultas de enfermería sin tener que pedir antes para el médico?

¿Qué cosas pensáis que la consulta de enfermería podría ofertar?

¿Qué casos podría ver un enfermero/a sin pasar antes por el médico?

¿Piensas que estas consultas de enfermería deberían de tener un alto componente de Promoción de la Salud? ¿Por qué? ¿En qué consiste la Promoción de la Salud?

Si fuerais responsables del Centro, ¿Cómo organizaríais esta consulta?

¿Cuál es tu grado de satisfacción actualmente con los Servicios que presta Enfermería? (muy alto, alto, normal, bajo, muy bajo).

CONCLUSIONES RECOGIDAS DEL ANÁLISIS DE LA OPINIÓN DE LOS USUARIOS

Presentaremos dichas conclusiones englobando las mismas respuestas de los grupos de ambas localidades y posteriormente matizaremos en cada ítem el aspecto a destacar, si lo hubiese, por ser diferente de cada uno de los grupos.

- A la pregunta de **qué ofrecen las consultas de enfermería en la actualidad** expresaron que en la actualidad desde las consultas de enfermería se ofrece:
Seguimiento de las personas con **enfermedades crónicas, inyectables, curas, tareas de información a crónicos y niños sanos, visitas domiciliarias, facilitando materiales (gasas, colchones antiescaras, grúas) e información a las personas cuidadoras para mejorar su práctica diaria.**
- A la pregunta de **qué opinan de la posibilidad de poder pedir cita directamente para consultas de enfermería sin tener que pedir antes para el médico:**
En un principio todos contestan afirmativamente, sin embargo, luego comentan que depende del tipo de enfermedad que presente el paciente.

Afirman que a todos los enfermos crónicos la enfermera les da cita directamente, cada enfermera lleva su agenda, e igualmente **reconocen que esta forma de intervenir por parte de las enfermeras hace que se gane tiempo y que es una forma de no masificar las consultas de los médicos de familia.**

También reconocen que esta posibilidad **podría generar colapso en las consultas de enfermería**, que en sí ya tienen bastante con la labor que desempeñan diariamente, además la población va aumentando y el personal siempre es el mismo. El grupo propone que esta opción de pedir cita directamente para enfermería sería posible si aumentara el personal de enfermería en los Centros de Salud.

En general les preocupa que las consultas de enfermería se masifiquen al igual que lo están la de los médicos de familia, y repercuta en la calidad de la atención percibida por ellos.

- A la pregunta de **que cosas pensáis que la consulta de enfermería podría ofertar,** contestan:

En esta cuestión el grupo era unánime en cuanto a la posible oferta de esta nueva consulta. Exponen que deberían de **mejorar en calidad** los controles a las personas con **enfermedades crónicas y cuidadoras** a través de la **formación de grupos**, incrementar el **control de la obesidad** (facilitando dietas para cada paciente, y no decirles sólo que deberían de perder peso), **control de la medicación** en mayores, **informar sobre las asociaciones de salud** que existen en el municipio, **actuaciones preventivas y de promoción de Salud.**

Esta última cuestión la valoraron como muy importante, en el sentido de formar **talleres de Educación Sanitaria** formadas por enfermos crónicos con la misma patología. Estos grupos a su vez se beneficiarían no sólo de las aportaciones que puedan hacer los profesionales sino también de la experiencia de los propios enfermos.

Consideran que los profesionales de enfermería deberían tener más formación en **cuestiones relacionadas con la Psicología**, pues en la mayoría de los casos los enfermos

crónicos necesitan de cierto apoyo psicológico para poder convivir mejor con su enfermedad y con las personas de su entorno.

Por último sugieren que se debería tener mayor implicación con las asociaciones de salud del municipio (coronarios, diabéticos, fibromialgia...etc.), en el sentido de **acudir a las asociaciones a desarrollar acciones preventivas y de promoción de la salud.**

- A la pregunta de **que casos podría ver un enfermero/a sin pasar por el médico** responden que:

En esta cuestión igualmente el grupo presenta bastante unanimidad en sus respuestas. Se refieren a las curas, pequeños accidentes, toma de la tensión arterial, control de niveles (azúcar y tensión) y la posibilidad de prescribir algunos fármacos.

Queda patente la necesidad de desarrollar un potente plan de comunicación en el que se explicita lo que oferta la enfermera/o al ciudadano y las competencias de la misma para desarrollarlo. Asimismo es imprescindible realizar intervenciones efectivas que afiancen nuestro rol en la sociedad.

- A la pregunta de **si estas consultas de enfermería deberían de tener un alto componente de Promoción de la Salud el por qué y en qué consiste la Promoción de la Salud,** contestaron:

El grupo responde afirmativamente a esta cuestión, de nuevo argumentan la importancia de formar **talleres grupales** para desarrollar acciones de prevención y promoción de la salud.

Entre los servicios que se deberían prestar y los temas a tratar en estos talleres grupales les dan prioridad a la **alimentación, deporte, ejercicios físicos, tabaquismo, embarazos y orientación a cuidadores y a enfermos crónicos.**

De nuevo insisten en la necesidad de acudir a las Asociaciones de Salud para informar y formar sobre la Promoción de la Salud. E igualmente argumentan la **necesidad de apoyo psicológico para los enfermos y los cuidadores y ayuda para la preparación al duelo.**

Comentan además la necesidad de aumentar los Servicios de Rehabilitación, (debería de haber uno en cada Centro de Salud), mejorando así la calidad que en la actualidad ofrecen.

Consideran que el personal de enfermería están suficientemente capacitados para realizar estas funciones de prevención y promoción de la Salud, no sólo por su preparación profesional sino además por la cercanía que tienen con los pacientes.

Llama la atención como valoran la importancia de los **aspectos psicológicos de la enfermedad**, y como mejorarían en calidad de vida si desde los Servicios de Enfermería se les pudiera **prestar más atención a sus desequilibrios emocionales**, tanto en los enfermos crónicos como en los familiares cuidadores.

- A la pregunta de **cómo organizaríais esta consulta si fuerais responsable del centro** contestan

Esta cuestión les cogió de sorpresa, se hizo un silencio en la sala durante algunos

segundos y se replanteó de la siguiente manera.

Las ideas que planteaban tenían bastante consistencia. Proponen un **cupo de pacientes por cada profesional de enfermería** y un análisis estadístico que les facilite y evalúe la labor que desempeñan.

Desarrollar un **mapa de enfermedades en el municipio**, organizar grupos de enfermos y planificar con más personal de enfermería todas las actuaciones de manera que se puedan atender a todos los pacientes con mayor calidad en los servicios que se les ofrecen.

Mejorar los canales de comunicación con las Asociaciones y los Centros Educativos y desarrollar actividades relacionadas con la alimentación, salud bucodental, prevención de las drogas, sexualidad, prevención de embarazos y enfermedades de transmisión sexual entre otras. Por ejemplo acudir a clase de algún Centro Educativo donde haya un joven con ataques epilépticos e informar a todo el grupo sobre esa enfermedad, para que puedan entenderla mejor y no se asusten ante alguna crisis epiléptica.

Mejorar los espacios de las consultas de enfermería para que haya **mayor intimidad** y sobre todo los medios de los que disponen.

Disminuir el impacto emocional de los enfermos crónicos y sus familiares con apoyo psicológico.

Y por último cursos a mujeres para que aprendan a explorar sus mamas, cursos a hombres para que sepan explorar la próstata, preparación para la menopausia y cursos de primeros auxilios.

Ofrecerles un trato especial a las personas cuidadoras cuando acuden a la consulta del médico, en el sentido de hacerles la espera lo mas breve posible.

- A la pregunta de **cual es tu grado de satisfacción actualmente con los servicios que presta enfermería (muy alto, alto, normal, bajo, muy bajo)**

Muy alto-----11 personas

Alto-----11 personas

Normal-----5 persona

Bajo-----1 persona

Todos los participantes agradecieron la oportunidad que se les brindaba de ayudar a mejorar el Servicio de Enfermería o cualquier otro Servicio Sanitario

ANEXO 3

Grupo Focal con profesionales

Realizamos una nueva línea de análisis sobre las creencias, opiniones y sugerencias que los profesionales poseen sobre la consulta de enfermería a demanda y la actual situación de las consultas de crónicos programadas.

Para ello, se ha seleccionado un grupo de profesionales. A través de la técnica “Grupos Focales” y partiendo de un instrumento de investigación (*anexo X*), previamente diseñado se analizarán las aportaciones de los profesionales.

El grupo estaba compuesto por 18 profesionales formados por Médicos de Familia, Enfermeras Comunitarias, Enfermeras Gestoras de Casos, Matronas, Trabajadora Social, miembros de los Equipos Directivos de UGC, miembros de los Equipos Directivos del Distrito Sanitario. Se realizó el análisis y discusión sobre un cuestionario con 13 ítems.

Metodología.

Las Sesiones se desarrollaron en el aula del centro de servicios sociales de Alcalá de Guadaíra a lo largo del mes de junio, con una sesión de dos horas aproximadamente, las sesiones fueron grabadas con cámara audiovisual.

Se analizaron las sugerencias, quejas, opiniones que los profesionales de los distintos Centros de Salud aportaron con el fin de seguir mejorando los servicios y prestaciones que Enfermería de la Sanidad Pública ofrece en toda la zona que abarca el Distrito Sanitario Sevilla Sur.

Objetivos

- Recabar información para mejorar los servicios y las prestaciones que los Servicios de Enfermería del Distrito Sanitario Sevilla Sur ofrecen a los usuarios.
- Fomentar la implicación y participación de los propios profesionales en este proceso de mejora.

1.- Qué cosas se ofertan en la actualidad en la consulta de enfermería?

En cuanto a lo que se oferta en la actualidad hay coincidencia entre los distintos profesionales; se refieren al uso de técnicas en general, como son: analíticas, curas, inyectables, electroencefalogramas, controles para personas con diabetes, hipertensión, obesidad..., y cierta educación sanitaria, para que los enfermos no cometan errores en cuanto a sus cuidados personales.

Estos controles se realizan en consulta o cuando se llevan a cabo visitas domiciliarias.

Si existe diferencia en cuanto ha distintos municipios e incluso entre Centros de Salud del mismo municipio. El trabajo en algunos casos está personalizado por UAF y en otros la organización está distribuida por sectores.

2.- Cómo veis la idea de reformular las consultas de enfermería? En qué podría consistir esa reformulación?

Comentan que en algunos Centros sería bastante complicado dicha reformulación, en el sentido, de que falta espacio material y personal sanitario, además de la falta de medios.

La idea les parece interesante en general aunque reconocen que pueda tener algunos aspectos negativos. Hoy en día el número de enfermos crónicos ha aumentado considerablemente, y son precisamente este colectivo los que van colapsando los Servicios de la Sanidad Pública.

Además, comentan que las consultas se están quedando obsoletas. Proponen un **cambio en la mentalidad de los Equipos de Enfermería**, en el sentido de trabajar con grupos de enfermos en la prevención y promoción de la salud, se refieren en particular a la Educación Sanitaria, y así poder producir cambios conductuales en los enfermos.

A lo largo del proceso y concretamente en esta cuestión se abre un debate en el grupo en cuanto a la exclusión o inclusión en los Programas de los enfermos no cumplidores en cuanto a sus hábitos de cuidados y en cuanto a sus controles. Una vez que se les ha formado, si no cumplen con sus obligaciones, serían excluidos.

Sin embargo la mayoría del grupo estaba en desacuerdo con esta propuesta, piensan que a los pacientes no se les puede excluir, aunque no cumplan con ciertas responsabilidades personales.

Esto nos lleva a una cuestión que se plantea el grupo: ¿es el enfermo el no cumplidor, o bien, es que el profesional quien no realiza bien sus funciones y por eso el enfermo no cumple?

El grupo al final propone que esta reformulación debería de tener en cuenta que **las consultas deberían estar protocolizada**, o aún mejor, organizadas a través de "vías clínicas", donde se recoja y quede claro el cometido que tendría que realizar todo el personal sanitario.

Igualmente insisten en general sobre la necesidad de una formación dirigida a los profesionales sobre **Educación Psicoeducativa**, explican que en muchos casos **los pacientes acuden a consulta por desajustes emocionales como son los duelos o estados de ansiedad**.

Otra aportación del grupo es la de **homogeneizar toda la información** que se ofrece a los pacientes por parte del personal sanitario, y piensan que la solución sería **establecer vías clínicas**, a través de la cual, quedaría claro cuál es el proceso que deben seguir los pacientes desde que entran, hasta que salen del Centro de Salud.

Al final de esta cuestión se abre otro debate sobre el trabajo por sectores o por cupos. La mayoría se decanta por un trabajo personalizado.

3.- Qué cosas se podrían ofertar desde una consulta de enfermería a demanda?

Opinan que lo que se podría ofertar sería similar a lo que se oferta en la actualidad; inyectables, derivaciones del paciente, control de constantes, heridas, electros, etc.

Argumentan que una consulta a demanda **debería ser concebida para la atención a**

enfermos agudos. Para los enfermos crónicos la propuesta que hace el grupo es la de desarrollar las “vías clínicas” en cada uno de los Centros de Salud.

Consideran que la consulta a demanda podría generar el riesgo de la hiperfrecuentación, aunque en muchos casos, esto se solucionaría si el Equipo de Enfermería pudiera determinar, en los casos que se crea conveniente, la derivación a la consulta médica.

Los profesionales de enfermería que participan en el grupo consideran que están infravalorados, y que en muchos casos están capacitados para desempeñar más funciones de las que realizan en la actualidad.

Los profesionales médicos del grupo piensan que lo mejor para la consulta a demanda sería la atención personalizada de los enfermos, esto facilitaría una mejor coordinación entre médicos y enfermeras.

En este apartado de nuevo aparecen diferencias significativas entre los profesionales de los distintos Centros de Salud que componen el grupo, en cuanto a la posibilidad de coordinación entre todo el personal sanitario y en cuanto a la atención personalizada o por sectores.

4.-Qué cambios en la Ordenación funcional se debería hacer en el Centro para poner en marcha una consulta de enfermería a demanda?

El 90% del grupo piensa que uno de los primeros cambios que habría que asumir es el de la atención personalizada, (cada enfermero con su cupo). Los siguientes cambios que proponen hacen referencia a dotar los Centros de más espacios, más personal y por tanto más tiempo de dedicación a los pacientes.

Debería haber más personal de enfermería que médicos, una de las principales funciones que desarrollaría enfermería sería el de realizar trabajos grupales sobre Educación Sanitaria.

5.- Que cosas se podrían ampliar de las que se hacen actualmente en la consulta de enfermería?

Principalmente sesiones grupales de formación sociosanitaria, abordaje de las toxicomanías, preparación al duelo y la atención a las personas con fibromialagia. Aunque para ello se necesita formación sobre todo en dinámicas de grupos y algunos aspectos relacionados con la Psicología.

6.- Un paciente descompensado podría ser visto en primera instancia por enfermería?

Consideran que una descompensación tiene diferentes niveles, atendiendo a esos niveles, y teniendo en cuenta que el profesional de enfermería tiene más cercanía con el paciente, además estar cualificado profesionalmente para atender a un enfermo en concreto, o bien, derivarlo a la consulta médica.

Comentan que esto ya se realiza en muchos Centros de Salud.

7.- La consulta de enfermería a demanda generaría una interrelación mayor entre medicina y enfermería?

El 40% aproximadamente del grupo piensa que en efecto, la nueva consulta de enfermería generaría mayor interrelación entre profesionales. Sin embargo, en esta cuestión aparecen factores personales a tener en cuenta, o sea, que va a depender de la propia organización del Centro de Salud y de la motivación de los profesionales que lo componen, otro factor a tener en cuenta es e de las fluctuaciones del personal.

8.- Se debería establecer en la agenda diaria un horario de valoración conjunta de casos entre medicina y enfermería?

En este apartado hay unanimidad entre todos los profesionales, comentan que mientras no haya U.A.F. (Unidad de Atención Familiar) con el mismo cupo, sería imposible establecer la agenda. Que a su vez no sería diaria sino de una vez por semana.

Sólo en el caso de coincidencia de cupos entre médicos y enfermeras se podría establecer la agenda y mejorarían los canales de comunicación entre profesionales.

Comentan igualmente algunos profesionales, que aún así, en poblaciones con elevado número de habitantes sería bastante complicado.

Exponen que hay algunos casos de pacientes crónicos de pediatría que se sienten abandonados y no hay lo suficientes recursos para ellos en cuanto al trabajo en equipo, se refieren a casos de obesidad infantil y celíacos entre otros.

9.- Qué recursos necesitaría enfermería para poner en marcha una consulta a demanda?

En esta cuestión coinciden en exponer la necesidad de más recursos materiales, como aparataje y espacios suficientes, recursos personales, para poder dedicar más tiempo a los pacientes, mayor formación de los profesionales de enfermería y sobre todo la necesidad establecer estrategias de reorganización.

Expresan la posibilidad de concertar con farmacias la toma de la tensión arterial, de la misma manera que se concertó en su momento con las ópticas ciertos servicios.

10.- Qué nuevas competencias profesionales supone esta nueva reformulación?

Entre las nuevas competencias, el grupo propone que si en enfermería no existe una duda razonable, podrían ser ellos mismos los que realicen algunas prescripciones, y en caso de duda, derivar al médico.

Mejora en las habilidades sociales y comunicativas, en técnicas de Educación Sanitaria, en técnicas de modificación de conductas y en definitiva más formación en aspectos psicológicos que les permita atender por ejemplo los duelos o algún trastorno emocional. No verían mal la incorporación de Psicólogos a los Centros de Salud.

Reconocen que se ha mejorado en cuanto a la formación, sobre todo si miran hacia

atrás. Este hecho ha posibilitado que haya mayor nivel científico en la Atención Primaria.

De nuevo al final de esta cuestión se reabre el debate sobre la necesidad de los Centros de Salud de disponer de Equipos de Psicólogos (y no los de salud mental) en la Atención Primaria).

11.- Cómo creéis (quién y cómo) se podría fomentar la EpS desde un Centro de Salud?

La formación para mejorar el trato con los pacientes es necesario en el personal administrativo y en los médicos, pero sobre todo, la formación en cuanto al trabajo con grupos (dinámicas de grupos) habría que desarrollarlo sobre el personal de enfermería, pues son ellos los que consideran que deberían poner en marcha actuaciones de Educación para la Salud.

Igualmente habría que poner en marcha un trabajo de campo en "la calle". Acudir a los Centros de Día, Asociaciones de Salud y Centros Educativos de Primaria y Secundaria.

Insisten en la necesidad de reorganizar los Servicios que se prestan desde Enfermería para que se trabaje más en cuanto a la Educación Sanitaria dirigida a grupos de pacientes, de esta manera se podría disponer de más tiempo para desarrollar actuaciones de Prevención y Promoción de la Salud.

Por último consideran que habría que utilizar las nuevas tecnologías, para que los pacientes a través de las webs tengan más acceso a la información.

12.- Consideras importante la posibilidad de nuevas estrategias en tu trabajo como enfermero/a?

La respuesta es afirmativa, parece que no hay resistencia a la posibilidad del uso de nuevas estrategias. Aunque consideran que esta es la opinión de este grupo que "ha sido seleccionado a dedo", en este sentido consideran que la muestra puede estar sesgada y que todos los profesionales de todos los Centros de Salud no opinarían igual.

13.- Consideras importante el hecho de preguntaros para poner en marcha una nueva posibilidad de trabajo?

Piensan que es sorprendente, pero a la vez acertado, porque son ellos los que mejores aportaciones pueden realizar, debido a sus experiencias diarias y al conocimiento del funcionamiento de los Centros de Salud.

OTRAS OBSERVACIONES

- ◆ Temen que la nueva consulta a demanda de enfermería no vaya a dedicar el tiempo suficiente a la atención de los pacientes. Desean que esa consulta sea auténtica y exclusiva para realizar funciones de enfermería y no las funciones de otros profesionales, como tareas administrativas y burocráticas.
- ◆ Consideran que las consultas de los médicos parecen auténticas gestorías, donde se le dedica bastante tiempo al trabajo administrativo.
- ◆ Mejorar los sistemas informáticos, son demasiado lentos y entorpecen sus labores profesionales.
- ◆ Hacer uso de las nuevas tecnologías, como el correo electrónico. Un profesional de enfermería expone su experiencia. Comenta que dispone de un teléfono móvil para recibir mensajes o llamadas de los pacientes, de correo electrónico y de teléfono directo en consulta para comunicarse con el exterior.

Cuando llega a consulta responde a todos los mensajes recibidos tanto al móvil como a su correo electrónico; a estos pacientes ya no hay que recibirlos en consulta, con lo cual atiende sólo entre 15 y 20 pacientes al día.

Argumenta que el hecho de que los pacientes dispongan de estas posibilidades y tengan acceso directo al personal de enfermería, hace que se sientan más relajados, y en contra de lo que pudiera suponerse, desaparece la sobresaturación.

Una vez analizados el resultado de los diferentes grupos (usuarios y profesionales) podemos comprobar que las expectativas de ambos coinciden.

- Las dinámicas grupales y la formación de talleres como técnica educativa para la salud que apoye la adquisición de conocimientos y los cambios de conductas, son valoradas por ambos y consideran al enfermero/a el personal más cualificado para realizarla.
- Mientras que los usuarios demandan atención psicosocial los profesionales demandan formación específica sobre esta para poder afrontar las necesidades de tipo emocional que los ciudadanos tienen cada vez con mayor frecuencia.
- El espacio necesario que garantice la intimidad del ciudadano es otro elemento común de las aportaciones de ambos grupos.
- En ambos grupos existe el temor de que si se implementa la consulta de enfermería a demanda se sature el servicio y no responda la dotación de profesionales existentes con el volumen de la demanda.

EVIDENCIAS ALTAS DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

a. CUIDADOS DEL ANCIANO:

VISITA DOMICILIARIA PREVENTIVA⁽¹⁾

Está asociada a una reducción de la mortalidad en la población anciana en general y en ancianos en riesgo de tener resultados adversos.

CAIDAS⁽¹⁾

Hay una sustancial reducción de las caídas cuando las intervenciones son individualizadas y se identifican los factores de riesgo. (grado I)

SUEÑO⁽²⁾

Los programas de actividades físicas y de recreo durante el día tienen poca probabilidad de influir significativamente en el sueño cuando se utilizan en situación de aislamiento, pero su utilización como parte de un plan multidisciplinario para promover el sueño puede contribuir a alcanzar mejoras en el sueño durante la noche (grado B)

ESTRÉS⁽²⁾

Proporcionar periodos de descanso tiene un efecto altamente beneficioso para reducir el estrés del cuidador (grado I)

CONTROL DE PESO⁽³⁾

Una intervención dietética específica consigue una mayor pérdida de peso que un consejo general no específico (grado B)

Aunque existe un número limitado de estudios a largo plazo, estos sugieren que la efectividad de una intervención dietética disminuye con el tiempo (grado A)

b. ENFERMEDADES CORONARIAS⁽⁴⁾

Se recomiendan los servicios dirigidos por enfermeras para pacientes con enfermedad coronaria (grado B)

Los servicios de enfermería pueden aumentar los índices de asistencia y seguimiento de los programas de cuidados. (grado B)

Se recomiendan los servicios de enfermería para pacientes que requieren cambios en el estilo de vida para disminuir sus riesgos de resultados adversos asociados a la enfermedad coronaria (grado A)

(1) Elliot, L; Grombic, IK; Irving, L; Cantroll, J; Taylor, J. The effectiveness of Public Health Nursing: A review of systematic reviews. NHS Scotland Scottish Executive. 2001

- (2) Best Practice 2004. Actualizado: 10-05-07
- (3) Best Practice 2007; 11(1)
- (4) Best Practice 2005; 9(1). Actualizado: 20-04-07

INTERVENCONES Y ESTRATEGIAS PARA DEJAR DE FUMAR ⁽¹⁾

Screening del uso del tabaco

Se debería preguntar a todos los pacientes si fuman o no. El estatus de fumador o no fumador debería que dar registrado(grado I)

Planes de tratamiento

Todos los pacientes fumadores deben recibir consejo médico para dejar de fumar (grado I)

Siempre que los recursos lo permitan todos los profesionales de la salud deben ofrecer consejos o intervenciones a los pacientes fumadores (grado I)

El consejo individual y el consejo grupal son, ambos, métodos igualmente efectivos para promover el abandono del hábito de fumar (grado I)

Cuando los pacientes elijan programas de autoayuda también deberían contar con apoyo individualizado (grado I)

La terapia de sustitución de la nicotina (TSN) debe considerarse primera línea de tratamiento en la deshabituación tabáquica (grado I)

A la hora de determinar la forma de administración de TSN se deberían tener en cuenta las necesidades, preferencias y tolerancias del paciente, además de los costes. Los parches son más efectivos en el medio hospitalario (grado I)

El uso de parches de TSN debe restringirse a las horas de vigilia 16 horas al día, la prolongación del tratamiento con parches más allá de 8 semanas no aumenta la posibilidad de abandonar el hábito. (grado I)

Cuando se utiliza la TSN en forma de chicle deben ofrecerse chicles de 4 mg a los fumadores altamente dependientes y chicles de 2 mg a los fumadores no tan dependientes (grado I)

La TSN debería complementarse con consejos sobre las otras intervenciones relacionadas con la deshabituación (grado I)

La clonidina debería utilizarse con precaución en la deshabituación tabáquica. Debido a su elevada incidencia de efectos secundarios debe considerarse segunda línea de tratamiento cuando las terapias alternativas han fallado (grado I)

El Brupopion es una alternativa viable cuando la TSN ha fallado(grado I)

Cuando existe especial preocupación por el aumento de peso el médico puede recomendar la TSN en forma de chicle (grado I)

⁽¹⁾ Elliot, L; Grombic, IK; Irving, L; Cantroll, J; Taylor, J. The effectiveness of Public Health Nursing: A review of systematic reviews. NHS Scotland Scottish Executive. 2001.

EVIDENCIAS ALTAS DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

MANEJO DE LA DEPRESIÓN⁽¹⁾

Las terapias cognitivas comportamentales e individuales para adultos con depresión moderada o grave (puntuación en la escala de Beck mayor o igual a 14) son comparables entre ellas en eficacia y ambas son superiores a no recibir tratamiento. La terapia cognitiva individual es igual o mejor que los antidepresivos triciclicos dados a las dosis terapéuticas recomendadas para personas con depresión con una media de puntuación en la escala de Beck de 30. (grado II)

Para adultos:

Tanto la terapia cognitiva corporalmente grupal como la individual puede utilizarse para tratar pacientes con depresión moderadas o graves dependiendo la elección de terapia de la receptividad del paciente percibida por los clínicos a ambos tipos de tratamientos (gradoll)

En pacientes con depresión moderada o grave la terapia asistida por ordenador puede ser útil a la terapia cognitiva grupal (grado II)

En pacientes con depresión moderada o grave la terapia cognitiva individual puede ser eficaz en lugar de la farmacoterapia si el paciente se opone a ser tratado con fármacos (gradoll).

La terapia cognitiva grupal no ha sido comparada a la farmacoterapia por lo que no puede hacerse recomendación directa en cuanto a su eficacia como terapia de sustitución (gradoll).

Para adolescentes:

Tanto la terapia corporalmente cognitiva grupal como la individual pueden usarse para tratar adolescentes con depresión moderada (puntuación mayor o igual a 14 en la escala de Beck) (gradoll).

Se necesitan mas estudios para determinar la eficacia de la terapia cognitiva corporalmente, individual o grupal, en adolescentes con depresión severa (puntuación mayor o igual a 20 en la escala de Beck)

(1) Best Practice 1999; 3(2) ISSN: 1329-1874 Actualizado: 20-04-07

EVIDENCIAS ALTAS DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

a.CUIDADOS DEL LACTANTE:

LACTANCIA MATERNA ⁽¹⁾

Se recomiendan las compresas de agua tibia para reducir el dolor en el pezón (grado II)

Se recomiendan mantener los pezones limpios y secos para prevenir las grietas (grado II)

Se recomiendan las compresas de agua tibia o de infusiones para prevenir el dolor en el pezón (gradoII)

Se recomienda no aplicar apósitos de hidrogel debido al alto índice de infecciones asociadas (grado II)

Dar un masaje de leche materna en el pezón reduce la duración de las grietas (grado II)

CÓLICO DEL LACTANTE ⁽²⁾

Las madres que lactan deben considerar el uso de una dieta donde los alergenos, como la leche , el huevo, el trigo y los productos que contengan frutos secos, sean suprimidos. (Grado C)

Se debe eliminar la proteina de la leche de vaca de la dieta de los niños alimentados con lactancia artificial, sustituirla por un preparado hipoalergénico. (grado C)

(1) Best Practice 2003; 7(3): 1-7.Actualizado: 20-04-07

(2) Best Practice 2004; 8(2) : 1-6. Actualizado: 20-04-07

EVIDENCIAS ALTA DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

CUIDADOS DE LA INCONTINENCIA URINARIA

Asegurarse que las mujeres están realizando los EMSP correctamente (grado A) ⁽¹⁾

Animar a las mujeres a que realicen EMSP tanto en el periodo prenatal como en el postparto (grado A) ⁽¹⁾

Prestar particular atención al proporcionar consejos e instrucción de EMSP a las mujeres con incontinencia urinaria prenatal y postparto (A) ⁽¹⁾

Incluir los ESMP como un cuidado específico en todos los cuidados prenatales y postparto. Incorporando al menos dos sesiones de instrucción individual en el programa (gradoA) ⁽¹⁾

Los programas de EMSP deberían ser multifacéticos con distintos componentes, más que proporcionar únicamente información impresa(gradoA) ⁽¹⁾

Entrenamiento del hábito (grado B)⁽²⁾

Entrenamiento vesical comprende un programa de educación al paciente y un régimen de programación progresivo y autocontrol de vaciamiento.(grado I) ⁽²⁾

El programa educacional debe enfocarse a mecanismos de continencia e incontinencia, control cerebral del vaciamiento y estrategias de inhibición de la urgencia: distracción y relajación (grado I a III) ⁽²⁾

El régimen de programación y autocontrol se organizará basándose en los datos del diario de vaciamiento y debe instruirse al paciente para seguir un programa de vaciamiento durante la vigilia (grado I a III) ⁽²⁾

Debe instruirse a la mujer para guardar un tiempo diario dedicado a registrar su adherencia al tratamiento y los episodios de incontinencia urinaria (grado I a III) ⁽²⁾

Para realizar la técnica de forma correcta debe animarse a la mujer a concentrar su esfuerzo en el suelo pelviano en cada contracción. No debe usar músculos auxiliares (glúteos, muslos) durante la contracción (grado I) y debemos prevenirla sobre la realización de otros esfuerzos durante el ejercicio pélvico (gradoII.2) ⁽²⁾

La derivación para terapia farmacológica coadyuvante debe contemplarse en todas las mujeres que no mejoran con el tratamiento conductual por si sólo (grado I, II-2 y III) ⁽²⁾

(1) Best Practice 2005; 9 (2): 1-6. Actualizado 20.04.2007

(2) ASANEC. Guía de Atención enfermera a pacientes con incontinencia. Segunda Edición.

EVIDENCIAS ALTAS DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

CUIDADOS DE LAS HERIDAS

No debe utilizarse el Agua del grifo si no es potable y hay que dejarla correr 15 minutos. (Grado A) ⁽¹⁾

Para adultos con laceraciones y heridas postoperatorias el agua del grifo puede ser una solución de limpieza efectiva. Sin embargo la elección de la solución debería reflejar las preferencias del paciente y una evaluación económica formal (grado B) ⁽¹⁾

Las heridas crónicas de adultos pueden lavarse con agua del grifo si no se dispone de una solución salina normal (grado B) ⁽¹⁾

El agua del grifo puede usarse para limpiar laceraciones simples en niños (grado A) ⁽¹⁾

La irrigación con povidona yodada al 1% es efectiva para reducir la tasa de infección de heridas contaminadas (grado B) ⁽¹⁾

Una presión de 13 psi es efectiva para reducir la infección y la inflamación tanto en adultos como en niños con laceraciones y heridas traumáticas (B) ⁽¹⁾

Duchar a los pacientes no supone un impacto sobre la infección y la tasa de curación de heridas postoperatorias y puede beneficiar a los pacientes con un sentimiento de bienestar y salud asociado a la limpieza (grado A) ⁽¹⁾

Empapar con povidona yodada al 1% no es efectivo para reducir el recuento bacterial (grado B) ⁽¹⁾

Para la valoración del riesgo, utilice de forma sistemática, una escala de valoración del riesgo upp (EVRUPP) validada (Braden, EMINA) (Ámbito hospitalario) (Evidencia alta) ⁽²⁾

Aplice ácidos grasos hiperoxigenados (AGHO) en piel sana sometida a presión. Extiéndalo con suavidad en zonas de riesgo (grado A) ⁽²⁾

Las personas deben ser situadas sobre superficies especiales para el manejo de la presión en función del riesgo (grado A) ⁽²⁾

Considere siempre a las superficies especiales como un material complementario que no sustituye al resto de cuidados (movilización y cambios posturales) (grado A) ⁽²⁾

Utilizar apósitos de espuma de poliuretano en prominencias óseas para prevenir la aparición de UPP (grado A) ⁽²⁾

La limpieza y el desbridamiento efectivo, minimizan la contaminación y mejoran la curación ya que eliminan los niveles altos de bacterias en heridas que contienen tejidos necróticos. (grado A) ⁽²⁾

La limpieza y el desbridamiento son efectivos para el manejo de cargas bacterianas de lesiones contaminadas y/o infectadas. La asociación con apósitos de plata la hacen aún más eficaz (grado A) ⁽²⁾

Considerar el inicio de un tratamiento antibiótico local en úlceras limpias que no curan o siguen produciendo exudados después de 2 a 4 semanas de cuidados óptimos (grado A) ⁽²⁾

Sólo se recomienda el uso de antibióticos sistémicos cuando existe diseminación de la infección (celulitis, sepsis.....) (grado A) ⁽²⁾

La prevención de la infección mediante el uso de antibióticos sistémicos con carácter profiláctico no parece una medida recomendada y tenemos buenas evidencias de que su uso no tiene una utilidad manifiesta, al menos usado de manera sistemática (grado A) ⁽²⁾

La cura en ambiente húmedo ha demostrado mayor efectividad clínica y rentabilidad que la cura tradicional (grado A) ⁽²⁾

No hay diferencia en la efectividad clínica (cicatrización) de un tipo de productos de tratamiento en ambiente húmedos sobre otros por lo tanto para su selección considere otros elementos como: el tipo de tejido, el exudado, la localización, la piel perilesional y el tiempo del cuidador. (gradoA) ⁽²⁾

⁽¹⁾Best Practice 2006, 10(2). Actualizado 20-4-2007

⁽²⁾ Consejería de Salud. Servicio Andaluz de Salud. Guía de Práctica clínica para la prevención y el tratamiento de las úlceras por presión.

EVIDENCIAS ALTAS DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

CUIDADOS DE LAS PERSONAS MAYORES

Sistemas informatizados- El sistema informatizado de entradas de recetas para médicos (SIERM) puede reducir el riesgo de errores de lectura de recetas médicas (grado B)⁽¹⁾

Farmacéuticos- siempre que sea posible los farmacéuticos deberían estar disponible para realizar una doble verificación de las recetas médicas y para consulta (grado B)⁽¹⁾

Es necesario continuar investigar para determinar el método óptimo y no invasivo para mantener una adecuada hidratación en los ancianos. Ofrecer regularmente fluidos en los ancianos encamados puede mantener un estado de hidratación adecuado (grado II)⁽²⁾

⁽¹⁾ Best Practice 2005; 9 (4). Actualizado el 20.04.2007

⁽²⁾ Best Practice 2001; 5(1):1-6. Actualizado el 20.04.2007

EVIDENCIAS ALTAS DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

CUIDADOS EN SALUD MENTAL⁽¹⁾

La información escrita es mas efectiva que la información verbal para aumentar el conocimiento y el cumplimiento. Sin embargo, cuando los recursos son limitados la información verbal puede ser mas beneficiosa que el no proporcionar ninguna educación (grado B).

La combinación de material escrito y discusión es más efectiva que solo el uso de hojas informativas. Las ayudas audiovisuales como complemento son útiles en el proceso de aprendizaje (grado B).

La claridad, concisión y repetición de los materiales escritos son importantes para aumentar el cumplimiento y el conocimiento (grado B).

Aunque las sesiones educativas múltiples proporcionan un mayor conocimiento a corto plazo (hasta un mes), su efectividad a largo plazo (2 años) no está establecida; por lo tanto los profesionales de la práctica clínica deben ser conscientes de las implicaciones económicas al proporcionar sesiones múltiples (grado B).

Proporcionar periodos de descanso al cuidador informal tiene un efecto beneficioso alto para reducir el stress. (grado I)⁽²⁾

⁽¹⁾ Best Practice 2006;10 (4). Actualizado el 15.03.2007

⁽²⁾ Elliot L, Grombic IK, Irving L, Cantroll J, Taylor J : The effectiveness of Public Health Nursing : A review of systematic reviews, NHS Scotland Scottish Executive. 2001

ANEXO 5

Dotación mínima de materiales que deben tener las consultas de enfermería. (Partimos de consultas con la dotación estándar en el SAS)

- Esfingomanómetro
- Fonendo
- Carro de curas (Con todo el material preciso)
- Otoscopio
- Reflectómetro
- Material educativo de prevención y promoción de la salud
- NANDA, NOC, NIC
- Ordenador con conexión como mínimo a la intranet del distrito y acceso al programa diraya
- Impresora
- Monofilamentos
- Dopler
- Material para el cuidado de las heridas (Apósitos)
- Teléfono
- Dispensadores de soluciones hidroalcohólicas

ANEXO 6

OFERTA FORMATIVA

- **Cursos de formación sobre metodología enfermera** acreditados por la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA) con 6,7 créditos impartidos con carácter anual con los siguientes objetivos :

OBJETIVO GENERAL:

Mejorar la calidad de los cuidados recibidos por la población atendida por las enfermeras y matronas de Atención Primaria de Salud

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Describir las distintas fases del Proceso de Atención de Enfermería (PAE) y los fundamentos esenciales de la orientación de la práctica desde un modelo de cuidados.
2. Aplicar habilidades fundamentales de la entrevista clínica.
3. Manejar instrumentos (cuestionarios, test e índices) para la valoración de las necesidades de cuidados y analizar las características de los mismos en la práctica clínica: validez, fiabilidad, sensibilidad y adaptación transcultural.
4. Reconocer las respuestas humanas de la población atendida así como los diagnósticos de enfermería de la taxonomía NANDA.
5. Profundizar en la orientación de la práctica clínica enfermera hacia la consecución de resultados en salud mediante el manejo de la taxonomía NOC .
6. Profundizar en la orientación de la práctica clínica enfermera mediante intervenciones específicas y efectivas, a través del manejo de la taxonomía NIC
7. Identificar las necesidades de cuidados y problemas de salud mas frecuentes en la población andaluza. con especial enfoque en la Atención domiciliaria y la Atención materno-infantil.
8. Utilizar el módulo de cuidados del programa informático DIRAYA como herramienta para el registro de los planes de cuidados enfermeros
9. Desarrollar en los participantes las competencias (conocimientos, habilidades y actitudes) para mejorar la práctica clínica diaria, a través de asesoramiento y tutorías.

- **Cursos de formación multidisciplinar e interniveles sobre el manejo de las heridas crónicas** acreditados por la ACSA con 10 creditos , con los siguientes objetivos:

OBJETIVO GENERAL:

Mejorar la calidad de los cuidados recibidos por los pacientes con heridas crónicas por parte de las enfermeras de Atención Primaria y Atención hospitalaria disminuyendo la variabilidad de la práctica clínica y la resolución mas efectiva de las mismas

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Que los alumnos al finalizar el Curso:

1. Describan las distintas fases del Proceso de Atención de Enfermería (PAE) y los fundamentos esenciales para la valoración de las heridas crónicas y el plan de cuidados desde un modelo de cuidados.
2. Conozcan la composición de la piel, los cuidados de ésta y su proceso de cicatrización.
3. Identifiquen según el tipo de herida los diferentes tipos de desbridamiento y el material necesario para realizar: la técnica.
4. Utilicen el apósito adecuado para cada tipo de cura húmeda.
5. Reconozcan los diferentes tipos de úlceras vasculares y aplicar los cuidados enfermeros

adecuados para su resolución.

6. Valoren los pacientes con pie diabético, los factores de riesgo que inciden en la aparición de úlceras en el pie y aplicar los cuidados enfermeros adecuados para resolverlos.
7. Identifiquen los factores de riesgo que contribuyen a la aparición de úlceras por presión (UPP), aplicar medidas de prevención y los cuidados enfermeros adecuados para su resolución.
8. Conozcan las escalas de valoración de las úlceras por presión, los diagnósticos, objetivos e intervenciones enfermeras más prevalentes, y las superficies especiales para el manejo de la presión (SEMP).
9. Conozcan las herramientas de valoración nutricional para la prevención de UPPs.
10. Identifiquen e interrelacionar la carga bacteriana y el proceso de cicatrización, así como los factores que contribuyen a la aparición de una infección en una herida.
11. Reconozcan los diferentes tipos de quemaduras y aplicar los cuidados enfermeros adecuados para la resolución de las mismas.
12. Reconozcan las heridas quirúrgicas complicadas y aplicar los cuidados enfermeros adecuados para la resolución de las mismas.
13. Valoren a los pacientes con fijadores externos, identificar los factores que favorecen la aparición de osteomielitis y aplicar los cuidados enfermeros adecuados para la resolución de los mismos.
14. Conozcan las características de las heridas del paciente oncológico y utilizar adecuadamente las medidas paliativas.
15. Valoren a los pacientes ostomizados y aplicar los cuidados enfermeros adecuados para prevenir y resolver las complicaciones de los mismos.
16. Conozcan el módulo de cuidados del programa informático Diraya como herramienta para el registro de los planes de cuidados mediante la presentación de un caso práctico.
17. Utilicen un caso de su práctica clínica habitual para reflejar los conocimientos y habilidades adquiridos en la actividad formativa mediante asesoramiento y tutoría on line.

- **Curso sobre el Atención al duelo** acreditados por la ACSA con 4 créditos con los siguientes objetivos :

OBJETIVO GENERAL:

Mejorar la calidad de vida de los pacientes y familias atendidas en el proceso de duelo por profesionales de Atención Primaria de Salud

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Analizar biopsicosocialmente la muerte y su perimundo desde una perspectiva de Atención Primaria de Salud y en procesos de cuidados paliativos desde diferentes escenarios.
2. Conocer y aplicar elementos técnicos de aproximación a familias con Duelo.
3. Identificar las necesidades de cuidados y problemas de salud más frecuentes en las personas insertas en procesos de Duelo.
4. Comprender los procesos de Duelo normal y patológico.
5. Preparar a los profesionales de salud para atender a las demandas de personas inmersas en procesos de Duelo normal y patológico.
6. Analizar y debatir las vivencias de los procesos de Duelo.
7. Proponer y Planificar estrategias de actuación con familias y pacientes en los procesos de Duelo.
8. Valorar el conjunto de estrategias planificadas desarrolladas en el Curso.

- **Cursos de Atención familiar en At. Primaria** acreditados por la ACSA con 7,5 créditos con los siguientes objetivos:

OBJETIVO GENERAL:

Mejorar la calidad de la atención a pacientes y familias atendidas sanitariamente por profesionales de Atención Primaria de Salud en el ámbito comunitario

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Estudiar y comprender familias desde una perspectiva de la Teoría General de Sistemas.
2. Analizar biopsicosocialmente a pacientes y familias en el proceso de salud y enfermedad
3. Conocer la importancia y la repercusión de la familia en el proceso de salud y enfermedad.
4. Aplicar instrumentos de evaluación de pacientes y familias en consultas de Atención Primaria de Salud, en concreto el genograma y con la aplicación informática utilizada en APS ,DIRAYA
5. Analizar y debatir enfoques sobre pacientes y familias atendidas en Atención Primaria de Salud(Centro de Salud y Domicilio).
6. Proponer y planificar estrategias de actuación con pacientes y familias desde una perspectiva sistémica.
7. Analizar los rasgos de las familias actuales y las medidas de apoyo del Decreto de Apoyo a las familias andaluzas.
8. Valorar el conjunto de estrategias planificadas desarrolladas en el Curso.

- **Cursos sobre tabaquismo** acreditados ACSA con 9,8 créditos con los siguientes objetivos:

OBJETIVO GENERAL:

Dotar de habilidades y recursos personales, a los sanitarios que asisten al curso, para la puesta en marcha en los centros de Atención Primaria de intervenciones específicas para dejar de fumar ya sea de forma individual y/o grupal. Esto incluye:

- Cómo producir cambios de actitud en los pacientes ante el tabaco y su consumo
- Cómo promover la intención y la decisión de dejar de fumar
- Cómo ayudar a dejar de fumar y proporcionar recursos terapéuticos adaptados a las necesidades del paciente.
- Cómo realizar el seguimiento de los fumadores en tratamiento y de los exfumadores para prevenir posibles recaídas.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

(1)Al finalizar el taller el alumno deberá conocer:

- * La prevalencia actual del tabaquismo en Andalucía, en otras comunidades autónomas y en el conjunto de España, con un enfoque de género y de grupos de riesgo (jóvenes, mujeres, mujeres en edad fértil, embarazadas...) y las tendencias observadas en la evolución de esta pandemia en Andalucía y en los países de nuestro entorno.
- * Las consecuencias del consumo de tabaco sobre la salud de la población.
- * Las líneas generales que han llevado a la necesidad de una regulación internacional del consumo de tabaco (Convenio Marco de la OMS) y posteriormente a una legislación en los países adscritos (Ley 28/2005 en España).
- * Las medidas de control de tabaquismo globales y la evidencia científica existente en cuanto a la eficacia de los recursos disponibles.
- * Las distintas estrategias disponibles para el abordaje de la prevención y el tratamiento del tabaquismo.

* El modelo de abordaje del tabaquismo propuesto en el Plan Integral de Tabaquismo en Andalucía (PITA 2005-2010), focalizando la atención en el protocolo y en las intervenciones específicas de atención a las personas fumadoras.

* Las características que definen el comportamiento de fumar y sus connotaciones en los grupos especiales de población.

* El proceso de abandono del tabaco y los factores que influyen en la toma de decisiones para dejar de fumar.

2) La participación en el taller propiciará habilidades para:

* Realizar la valoración del fumador y el análisis de los principales factores de pronóstico de su dependencia del tabaco.

* Impulsar el abandono del consumo de tabaco y el mantenimiento de la abstinencia a través de las técnicas avanzadas de la entrevista motivacional, los procedimientos de intervención individual, el tratamiento farmacológico, las estrategias de prevención de recaídas y la intervención psicológica grupal tanto en la población general que desee dejar de fumar como en grupos especiales (embarazadas, adolescentes, personas privadas de libertad....).

* Utilizar adecuadamente las técnicas de la intervención grupal para el abandono del consumo de tabaco: contrato (compromiso de realizar las tareas del programa); autorregistro y representación gráfica del consumo; información sobre el tabaco; reducción gradual de la ingesta de nicotina y alquitrán; control de estímulos; actividades para disminuir/eliminar el síndrome de abstinencia; estrategias de manejo de la ansiedad y control de recaídas; feedback fisiológico; entrenamiento en estrategias de prevención de recaídas.

* Realizar las técnicas adecuadas para el mantenimiento de la adherencia del paciente a la línea terapéutica propuesta y la correcta realización del seguimiento del tratamiento.

* Manejo adecuado del registro de las sesiones terapéuticas.

- **Curso sobre Procedimientos de intervención fisioterapéuticos en los métodos de reeducación postural** acreditados por la ACSA con 8,7 créditos y con los siguientes objetivos:

OBJETIVO GENERAL:

Conocer y aplicar los métodos de reeducación postural global por parte de los fisioterapeutas del Distrito Sanitario para mejorar la calidad de vida de los pacientes con limitación funcional

Conocer los métodos de reeducación postural global para diseñar actividades de prevención y promoción de salud en usuarios con riesgos potenciales de limitación funcional.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Aprender a valorar la postura de una forma global para poder realizar un programa de ejercicios que respete esta visión global y que se adapte a las necesidades de la persona de manera individual.

2. Conocer los conceptos fisiológicos del método

3. Conocer los procedimientos de intervención con la población sana y la población enferma.

4. Adquirir una visión general del paciente valorando los aspectos psicofísicos, funcionales y sociales del mismo.

5. Aprender la importancia del trabajo en equipos interdisciplinarios.

6. Definir sistemáticamente diagnósticos fisioterapéuticos y procedimientos de intervención a través de los Métodos de Reeducación Postural.

7. Confeccionar correctamente la Historia de Fisioterapia, así como el Informe de Fisioterapia.

8. Elaborar casos clínicos y analizarlos.

9. Aplicar la metodología de la Reeducción Postural mediante la realización y corrección de ejercicios entre los propios alumnos.
10. Elaborar programas de tratamientos a través de los diversos métodos de Reeducción Postural existentes.
11. Localizar y manejar las necesarias fuentes bibliográficas y documentales para la resolución científica de problemas de salud en relación a los procedimientos fisioterapéuticos en los Métodos de Reeducción Postural.
12. Evaluar la eficacia del tratamiento fisioterapéutico establecido en cada caso.
13. Integrar el método de reeducación postural como actividad preventiva en los usuarios mediante talleres formativos.

- **Taller sobre abordaje de enfermería en el manejo de la inmunoterapia** acreditado por la ACSA con 1,45 puntos y con los siguientes objetivos:

OBJETIVO GENERAL:

El tratamiento con inmunoterapia forma parte de los criterios de oferta en Atención Primaria, según se recoge en el Proceso Asma del adulto y Proceso asma infantil. El abordaje y manejo del tratamiento de inmunoterapia debe ser conocida y dominada por los profesionales de enfermería, ya que forma parte de su cartera de servicios en Atención Primaria. El objetivo del taller, es por tanto, mejorar la calidad de los cuidados ofertados a nuestros usuarios aumentando las competencias de los profesionales de enfermería en el manejo de la misma para disminuir la variabilidad de la práctica y la resolución más eficiente de los mismos.

- 1º Adquirir los conocimientos necesarios sobre el proceso del paciente con asma, relacionados con la calidad de vida, abordaje terapéutico, indicaciones, alérgenos, contraindicaciones, vías de administración, pautas y fases de la inmunoterapia
- 2º Adquirir los conocimientos y las habilidades técnicas necesarias para la correcta aplicación de la técnica de administración de inmunoterapia y la resolución de las dudas planteadas por los pacientes.
- 4º Identificar las reacciones adversas en la administración de inmunoterapia, tanto locales como sistémicas.
- 5º Conocer las pautas de actuación, tratamiento y circuitos de derivación en las complicaciones de las mismas.
- 6º Aplicar los conocimientos, habilidades y actitudes adquiridas en el desempeño profesional.
- 7º Mejorar la coordinación interniveles mediante el establecimiento de circuitos fluidos de comunicación para la resolución de incidencias.

- **Curso de abordaje de la violencia contra las mujeres en Atención Primaria** acreditado por la ACSA con 6,63 créditos y con los siguientes objetivos:

OBJETIVO GENERAL:

Sensibilizar, aportar conocimientos y trabajar emociones/actitudes y habilidades básicas en el abordaje de la violencia hacia las mujeres (VHM) en la pareja, en el ámbito de la Atención Primaria de Salud (APS).

A través de esta actividad se pretende que los profesionales de APS adquieran las competencias necesarias para la detección y registro de casos de violencia hacia las mujeres en todos los ámbitos de la atención que realizan (programada, urgente, domiciliaria).

1. Reconocer en cada cual, los elementos culturales que nos hacen formar parte de las mismas premisas sobre las que se sustenta la VHM. Trabajar los propios prejuicios, mitos, las emociones que sienten los profesionales ante el problema: miedo, rechazo, impotencia, tristeza, deseos de huir, etc. para que éstos no interfieran en la adecuada atención a las mujeres
2. Aprender a utilizar recursos personales y profesionales para el autocuidado en la atención de estos casos.
3. Conocer las principales características conceptuales y epidemiológicas de la violencia hacia las mujeres y promover actitudes preventivas y solidarias relacionadas con dicho problema.
4. Reconocer las diferentes las pautas de actuación y adquirir habilidades para la atención urgente, programada y domiciliaria.
5. Aplicar las recomendaciones para la detección precoz en la consulta, mediante la realización de la entrevista clínica específica y la identificación de situaciones de riesgo, indicios y síntomas de violencia doméstica.
6. Conocer los recursos sociales, sanitarios y otros disponibles, la forma de acceso y los criterios de coordinación y derivación para establecer un plan de actuación integral y coordinado.

- **Talleres de formación grupal para pacientes diabéticos**
- **Talleres de estructurados de formación para cuidadores informales realizados por las enfermeras de gestión de casos y enfermeras de familia**
- **Curso sobre gestión de la demanda**
- **Encuesta anual de necesidades de formación atendiendo al mapa de competencias de cada profesional**

CUADRO DE MANDOS INTEGRAL					
CONSULTA DE ENFERMERÍA A DEMANDA					
		numerador	denominador	fuentes	periodicidad
Transferencia de Demanda	Frecuencia	Nº de Consultas médicas por 1000 TAEs	Nº de TAEs	MTI Cuadro de Mandos Actividad Asistencial	Mensual
		Nº de Consultas enfermeras por 1000 TAEs	Nº de TAEs	MTI Cuadro de Mandos Actividad Asistencial	Mensual
Accesibilidad a Consulta a Demanda	Demora	Nº de Pacientes con Demora > 24horas en consulta de enfermería a demanda	Pacientes totales con demanda para CED	Auditoria telefónica	Mensual
Proporción de Pacientes diferentes con DXE atendidos en CDE	Proporción de Pacientes diferentes por Necesidad de Cuidados	Nº de Pacientes diferentes con DXE en CDE	Nº de Pacientes diferentes atendidos en CDE	MTI Cuadro de Mando (Programa ACCES)	Mensual
Derivaciones a otros profesionales de la UGC	Capacidad de Resolución	Nº de Derivaciones a otros Profesionales de la UGC	Nº total de consultas atendidas	Cuadro de Mandos (Programa Access)	Mensual
Resolución diagnóstica	Efectividad	Nº NOC con valor en la escala LIKERT ≤ 2 que no sufren cambios	Nº NOC con valor en la escala LIKERT ≤ 2	Cuadro de Mandos (Programa Access)	Trimestral

Efectividad de las intervenciones		Intervenciones asociadas a NOC con valor en la escala LIKERT ≤ 2 que pasan a 3 en un periodo de tiempo		Cuadro de Mandos (Programa Access)	Trimestral
		Intervenciones asociadas a NOC con valor en la escala LIKERT ≤ 2 que pasan a >3 en un periodo de tiempo		Cuadro de Mandos (Programa Access)	Trimestral
Mejora Continua		Nº de Consultas en aula permanente en un periodo de tiempo	Nº de enfermeros en ese periodo	Visitas Foro	Mensual
Cumplimiento programa formación		Nº de enfermeros con el total de cursos impartidos	Total de enfermeros de la unidad	Registro asistencia a formación	trimestral