

Universidad de Huelva

Departamento de Enfermería



Derivación de pacientes y sus familias desde el enfermero de urgencias y emergencias a la enfermera gestora de casos comunitaria

**Memoria para optar al grado de doctor
presentada por:**

Miguel Ángel Espina Boixo

Fecha de lectura: 10 de septiembre de 2015

Bajo la dirección del doctor:

Miguel Pedregal González

Huelva, 2015





UNIVERSIDAD DE HUELVA.

**FACULTAD DE ENFERMERÍA
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA.**

**PROGRAMA DE DOCTORADO:
*CIENCIAS DE LA SALUD. ENFERMERÍA.***

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN.
*COMUNICACIÓN EN SALUD Y CALIDAD
DE LA ATENCIÓN A PROCESOS
CRÓNICOS EN ATENCIÓN PRIMARIA.***



TESIS DOCTORAL



DERIVACIÓN DE PACIENTES Y SUS FAMILIAS DESDE EL ENFERMERO DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS A LA ENFERMERA GESTORA DE CASOS COMUNITARIA.

Director: Prof. Dr. D. Miguel Pedregal González.

Doctorando: Miguel Ángel Espina Boixo.

Año Académico: 2014/2015

La realización de esta tesis doctoral ha sido posible gracias a la labor de muchas personas. A todas ellas deseo expresar mi gratitud.

Quiero agradecer a todas las enfermeras gestoras de casos comunitarias y los coordinadores de cuidados de los centros de salud de la provincia de Huelva, que han posibilitado la determinación de los criterios de derivación de pacientes, el verdadero eje sobre el que ha girado este trabajo. Muy especialmente a Gema Sánchez Ballesteros.

A todos los enfermeros y enfermeras del Servicio Provincial de Huelva de la Empresa Pública de Emergencias Sanitarias de Andalucía, por haber utilizado el protocolo de derivación fruto de este trabajo. Especialmente a Miguel Ángel Márquez Pérez de León, por colaborar en el desarrollo y la implantación de este trabajo.

A las administrativas del Servicio Provincial de Huelva de la Empresa Pública de Emergencias Sanitarias de Andalucía, Juani Gallego y Antonia Ruiz, quienes desinteresadamente han colaborado en la recogida de información necesaria para este estudio.

También quiero expresar mi agradecimiento a las coordinadoras de cuidados de los distritos de Atención Primaria de Huelva, Antonia Valderrama y Francisca Cruz, a la coordinadora del Dispositivo de Cuidados Críticos y Urgencias de Huelva Manuela Charneco y a Patricia Mauri, Enfermera del Dispositivo de Cuidados Críticos y Urgencias del Distrito Condado, por facilitar la coordinación entre niveles.

Igualmente a la Unidad de Investigación de la Empresa Pública de Emergencias Sanitaria, y especialmente a su coordinador José María Villadiego Sánchez, por animarme y asesorarme en este trabajo.

A la Fundación Progreso y Salud de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía por financiar este proyecto dentro de las ayudas para la Financiación de Proyectos de Investigación Biomédica y en Ciencias de la Salud en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Andalucía con el número de expediente PI-0559-2010.

Además, quiero agradecer su colaboración al Dr. José Arenas Fernández, por su ayuda y ánimo en la fase final de este proyecto, orientándome en los trámites para la presentación y defensa de esta tesis.

Expresar mi gratitud al Director de la Tesis, el Dr. Miguel Pedregal González, por creer desde el principio en esta idea, por trabajar con constancia en él, asesorarme continuamente, y por el gran sentido pragmático que aplica a la investigación.

A mi mujer Chari y mis hijas Rocío y Ángela, por cederme parte de su tiempo para poder dedicarme a este proyecto. Especialmente a mis hijas, para que observen que el trabajo constante permite alcanzar las metas deseadas. Y a mi padre, que nunca pudo estudiar, y nos transmitió el interés y la motivación para seguir siempre aprendiendo

A todos muchas gracias.

ÍNDICE.

1. RESUMEN	1
1.1.Introducción.	3
1.2.Objetivos.	5
1.2.1. Objetivo General.	5
1.2.2. Objetivos Específicos	5
1.3.Determinación de los Criterios de Derivación.	6
1.4.Desarrollo e Implantación del Protocolo.	8
1.5.Análisis Cualitativo del Estado del Protocolo.	9
1.6.Determinación del Perfil de los Pacientes derivados desde el EUE a la EGCC.	9
1.7.Extensión del Protocolo y Estado Actual del Proyecto.	12
2. INTRODUCCIÓN.	13
3. MARCO CONCEPTUAL.	23
4. OBJETIVOS.	33
4.1.Objetivo General.	35
4.2.Objetivos Específicos.	35
5. DETERMINACIÓN DE LOS CRITERIOS DE DERIVACIÓN.	37
5.1.Introducción.	39
5.2. Objetivos.	40
5.3.Material y Método.	40
5.3.1. Diseño del Estudio.	40
5.3.2. Ámbito del Estudio.	41
5.3.3. Población del Estudio.	42
5.3.4. Variable de Estudio.	42
5.3.5. Recogida y Análisis de Datos.	48
5.3.6. Calendario.	50
5.3.7. Limitaciones.	51
5.4.Consideraciones Éticas.	53

5.5.Resultados.	54
5.6.Discusión.	61
5.7.Conclusiones.	73
6. DESARROLLO E IMPLANTACIÓN DEL PROTOCOLO.	75
6.1.Introducción.	77
6.2.Objetivos.	78
6.3.Metodología para la Derivación.	79
6.3.1. Desde EUE a EGCC.	79
6.3.2. Desde la EGCC al EUE.	84
6.4.Puesta en Marcha y Explotación.	86
6.5.Conclusiones.	87
7. ANÁLISIS CUALITATIVO DEL ESTADO DEL PROTOCOLO.	89
7.1.Introducción.	91
7.2.Objetivos.	92
7.3.Sujetos y Métodos.	92
7.4.Resultados.	94
7.5.Discusión y Conclusiones.	97
8. DETERMINACIÓN DEL PERFIL DE LOS PACIENTES DERIVADOS DESDE EL EUE A LA EGCC.	101
8.1.Introducción	103
8.2.Objetivo.	103
8.3.Método.	104
8.4.Resultados.	107
8.5.Discusión.	120
8.6.Conclusiones.	125

9. EXTENSIÓN DEL PROTOCOLO AL RESTO DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE ANDALUCÍA. ESTADO ACTUAL DEL PROYECTO.	127
9.1. Análisis de los Criterios de Derivación Utilizados.	129
9.2. Modificación de la Herramienta de Derivación.	130
9.3. Establecimiento de los Criterios de Derivación de Pacientes desde la EGCC al EUE.	134
9.4. Incluir a las Enfermeras Gestoras de Caso Hospitalarias en este Protocolo.	136
10. CONCLUSIONES FINALES.	137
11. BIBLIOGRAFÍA.	141
12. ÍNDICE DE FIGURAS.	155
13. ÍNDICE DE TABLAS.	159
14. RELACIÓN DE ACRÓNIMOS.	163
15. ANEXOS.	167
15.1. Carta a las EGCC.	169
15.2. Índice de Barthel.	173
15.3. Índice de Pfeiffer.	175
15.4. Índice de Esfuerzo del Cuidador.	177
15.5. Manual de Ayuda.	179

1. RESUMEN.

1.1. Introducción.

La evolución de la enfermería en los últimos años viene unida a los cambios sociodemográficos, donde el incremento de las enfermedades crónicas, el envejecimiento de la población y las nuevas estructuras de las familias, han provocado una mayor dependencia de los cuidados, que recae en los sistemas públicos de atención sociosanitaria.

La atención que se presta a estos pacientes y sus familias, está cada vez más fragmentada en distintos niveles y dispositivos asistenciales, lo cual interfiere en la atención a los usuarios. Una de las principales prioridades debe ser aumentar el nivel de coordinación asistencial interniveles, para que se preste una atención sincronizada y sin conflictos. De esta manera el usuario percibirá una verdadera continuidad asistencial.

La respuesta que el Sistema Sanitario Público Andaluz (SSPA) ha dado a este problema, es la creación de la figura de la Enfermera Gestora de Casos Comunitaria (EGCC). Está profesional, gestiona los cuidados domiciliarios de una manera coordinada con otros profesionales de su mismo nivel y de otros niveles asistenciales. La EGCC cuenta con el perfil profesional que cumple con todos los requisitos para ofrecer una atención integral e integradora, de calidad, eficaz y eficiente tanto a la persona dependiente como a la familia en su contexto comunitario.

A la EGCC llegan los pacientes desde su mismo nivel asistencial, desde la asistencia hospitalaria o desde los servicios sociales. Hasta la fecha, se han establecido varios sistemas que permiten derivar a pacientes y sus familias desde los servicios de

atención a las urgencias y emergencias extrahospitalarias. Todos los intentos hasta ahora se han basado en contactos informales y poco estructurados entre profesionales de estos servicios asistenciales, o bien se han hecho utilizando criterios establecidos por los servicios que derivaban.

El objetivo de este proyecto era la implantación de un sistema de comunicación bidireccional entre los Enfermeros de Urgencias y Emergencias (EUE) con las EGCC, partiendo de unos criterios de derivación claramente definidos y delimitados por las propias EGCC, de manera que se adapten a la cartera de servicios y las posibilidades de su trabajo.

Para ello, este proyecto se desarrolló en varias fases cronológicamente sucesivas:

- Fase 1: Determinación de los criterios de derivación de pacientes desde el EUE a la EGCC.
- Fase 2: Desarrollo e implantación de un protocolo de comunicación entre el EUE y la EGCC.
- Fase 3: Análisis cualitativo del estado del protocolo de comunicación entre el EUE y la EGCC mediante grupo focal.
- Fase 4: Determinación del perfil de los pacientes derivados desde el EUE y la EGCC.
- Fase 5: Extensión geográfica e institucional del protocolo de comunicación a todo el SSPA.

1.2. Objetivos.

1.2.1. Objetivo General.

Describir la implantación de un sistema de comunicación bidireccional entre los Enfermeros de Urgencias y Emergencias y las Enfermeras Gestoras de Casos Comunitarias.

1.2.2. Objetivos Específicos.

Fase 1: Determinar los criterios de derivación de pacientes desde los Enfermeros de Urgencias y Emergencias y las Enfermeras Gestoras de Casos Comunitarias.

Fase 2: Desarrollar e implantar un protocolo de comunicación entre los Enfermeros de Urgencias y Emergencias y las Enfermeras Gestoras de Casos Comunitarias.

Fase 3: Analizar la opinión de los profesionales sobre el protocolo de comunicación establecido.

Fase 4: Describir el perfil del paciente derivado desde los Enfermeros de Urgencias y Emergencias a las Enfermeras Gestoras de Casos Comunitarias y la relación entre variables y criterios de derivación.

Fase 5: Extender el protocolo al resto del Sistema Sanitario Público Andaluz.

1.3. Determinación de los Criterios de Derivación

Para la determinación de los criterios de derivación se utilizó un estudio descriptivo cualitativo, utilizando la técnica Delphi.

El panel de participantes de este estudio estuvo compuesto un total de 45 participantes, de los cuales 23 eran EGCC y 22 Coordinadores de Cuidados de los Distritos de Atención Primaria de la provincia de Huelva.

Para iniciar el estudio se partió del cuestionario de valoración inicial, basado en el modelo de Henderson, los test y escalas disponibles y un campo sobre agente de autonomía, que las EGCC tenían disponible en el sistema informático de gestión “Diraya”.

Este cuestionario inicial contaba con 16 campos, que corresponden a las 14 necesidades del modelo de Virginia Henderson, un campo para las escalas e índices de valoración y otro para el cuidador. En cada uno de estos 16 campos, se incluyó un campo abierto para que los participantes expusieran aquellas observaciones o comentarios.

Todos los indicadores que se presentaron en este cuestionario fueron puntuados por los participantes en una escala de 1 a 10 (1 Totalmente inadecuado, 10 Muy Adecuado). El campo abierto se analizó con categorización temática.

La recogida de datos se realizó mediante correo electrónico, bloqueando el archivo para proteger la confidencialidad de las respuestas, durante los meses de Marzo a Septiembre de 2010.

Se utilizó la mediana de las medianas de cada ítem como punto de corte, para que un ítem pasara al siguiente cuestionario.

De los 45 componentes iniciales del panel de expertos, contestaron los tres cuestionarios 22 expertos. El punto de corte establecido por la mediana de las medianas, en el tercer y último cuestionario fue de 8,5, por lo que todos los criterios que formaron parte de los resultados finales tenían una mediana de 9 o más puntos.

Los resultados de este estudio nos proporcionaron nueve criterios nucleares para la derivación de pacientes y sus familias desde el EUE a la EGCC. Estos nueve indicadores fueron:

1. Oxigenoterapia.
2. Alimentación/Nutrición Parenteral.
3. Pérdida de Continuidad de la Piel.
4. Sigue el Plan Terapéutico Farmacológico.
5. Quién es el Cuidador Principal.
6. Índice de Barthel.
7. Índice de Pfeiffer.
8. Índice de Esfuerzo del Cuidador.
9. Reingresador.

1.4. Desarrollo e Implantación del Protocolo.

Tras varias reuniones interniveles y basándose en los criterios establecidos en la fase anterior del estudio, se elaboró un procedimiento que permitió:

- La derivación de pacientes desde el EUE a la EGCC.
- La comunicación de información de pacientes con necesidades de cuidados especiales desde la EGCC al EUE.

El protocolo podía ser utilizado por:

- Todos los enfermeros de emergencias del Servicio Provincial de Huelva de la Empresa Pública de Emergencias Sanitarias (EPES) de Andalucía.
- Todos los enfermeros de los Dispositivos de Cuidados Críticos y Urgencias (DCCU) de los distritos de atención primaria Huelva – Costa y Condado – Campiña.
- Todos las EGCC de los distritos de atención primaria Huelva – Costa y Condado – Campiña.

Para ello se diseñó una herramienta informática, denominada “ENLA”. Dicha herramienta fue instalada en los sistemas informáticos de los Distritos de Atención Primaria y en los de la EPES. Dicha herramienta fue implantada y empezó a utilizarse en Junio de 2012.

1.5. Análisis Cualitativo del Estado del Protocolo.

El 28 de Mayo de 2013 se desarrolló un grupo focal en el que participaron 4 EGCC, 3 Enfermeros de Emergencias de la EPES y 2 Enfermeras de Urgencias de los DCCU con los siguientes objetivos:

- Analizar los criterios utilizados para la derivación de pacientes desde los EUE hacia la EGCC.
- Analizar el funcionamiento de la herramienta de derivación ENLA.
- Buscar criterios de derivación de pacientes desde la EGCC a la sala de coordinación de urgencias y emergencias.
- Recoger todas las críticas y propuestas de los profesionales que utilizan este protocolo para mejorar su funcionamiento.

Las conclusiones de este estudio, están siendo tenidas en cuenta en desarrollo y posteriores reformas del proyecto.

1.6. Determinación del Perfil del Paciente Derivado desde el EUE a la EGCC.

Se realizó un estudio observacional descriptivo analizando las derivaciones realizadas desde los EUE hacía la EGCC.

Se incluyeron todos los casos derivados desde el 1 de Junio de 2012 al 30 de Septiembre de 2014.

En un primer momento se desarrolló un análisis descriptivo de todas las variables mediante medidas de tendencia central, dispersión y frecuencia de las variables. Posteriormente se analizó la relación entre variables independientes (Sexo, Centro, Servicio) con cada uno

de los criterios de derivación, a través de tablas de contingencia de 2x2 y análisis mediante Chi-Cuadrado. Para el análisis de la Edad con cada uno de los criterios de derivación, se realizó mediante la prueba de t de Student o U de Mann-Whitney.

Se realizaron un total de 118 pacientes. La distribución por sexo fue de 60,2% (71) de varones y un 39.8 % (47) de mujeres. La edad media fue de 66,8 años (IC 95% 63,14 a 70,45) con una mediana de 74,5 años y una desviación típica de 20,03.

Fueron derivados pacientes a 25 centros de atención primaria diferentes. El 65,3% fueron derivados a centros rurales y el 34,7% a centros urbanos. El 59,3% fueron derivados desde las bases asistenciales de EPES y el 40,7% desde las bases asistenciales del SAS.

Los criterios que principalmente se utilizaron para derivar a los pacientes son aspectos conductuales y no puramente clínicos. Los primeros criterios relacionados con la oxigenoterapia, la alimentación parenteral domiciliaria y la alteración de la continuidad de la piel fueron los menos utilizados frente al resto de criterios que están relacionados con las respuestas humanas de los pacientes y sus cuidadoras. Los criterios más utilizados fueron:

- Pacientes que no siguen el plan terapéutico farmacológico (35,6%)
- Índice de Barthel > 60 (30,5%)
- Cuidador Principal: Sin cuidados (23,7%)
- Índice de Pfeiffer > 4 (22 %)
- Reingresador (19,5%)
- Índice de Esfuerzo del Cuidador > 7 (18,8%)

Este estudio ha permitido detectar el perfil del paciente derivado desde los enfermeros de urgencias y emergencias hacia la EGCC, que es un paciente de avanzada edad, con un mal manejo de régimen farmacológico prescrito, con un alto nivel de dependencia y que era cuidado mayoritariamente por su familia.

Tras analizar las relaciones de algunas variables con los criterios de derivación establecidos se obtuvieron los siguientes resultados:

- Los hombres presentaban peor manejo del dolor crónico.
- Los pacientes de centros rurales eran pacientes con mayor nivel de dependencia y disponían de una mayor red de apoyo a sus cuidados entre sus familiares, amigos y vecinos, frente a los pacientes de centros urbanos donde en mayor número de ocasiones nadie prestaba los cuidados necesarios o éstos eran insuficientes.
- Las derivaciones realizadas desde la EPES eran sobre pacientes con un mal manejo del régimen farmacológico y con necesidades de cuidados por cubrir, mientras que desde los DCCU eran pacientes dependientes, con deterioro cognitivo y cuidados por sus familias.
- Los pacientes derivados por tener un Índice de Pfeiffer elevado tenían más edad que el resto de pacientes.

1.7. Extensión del Protocolo y Estado Actual del Proyecto.

Este proyecto está funcionando a día de hoy, y se sigue trabajando con la intención de establecer un sistema único de comunicación entre todas las EGCC y los EUE de todo el SSPA. Para poder extender funcional y geográficamente el proyecto, se están introduciendo cambios y mejoras y corrigiendo los errores y limitaciones a las que el proyecto se ha enfrentado hasta este momento. Los puntos pendientes por desarrollar son:

- Análisis de los criterios de derivación utilizados. Para ello se formará un nuevo panel de expertos de EGCC, esta vez seleccionados de toda Andalucía y no solo de la provincia de Huelva. Se desarrollará una nueva técnica Delphi partiendo del segundo cuestionario. Las conclusiones de este nuevo estudio, aportarán los nuevos criterios de derivación a utilizar.
- Modificar la herramienta de derivación, incluyendo las conclusiones del grupo focal y las modificaciones aportadas en base a la experiencia de los investigadores del proyecto. Se está modificando la Historia Clínica Digital en Movilidad (HCDM), que utiliza una tableta como soporte electrónico para que los equipos de emergencias de 061 registren sus asistencias diarias, y elaborando un nuevo módulo informático para el trabajo de las EGCC donde se van a recoger todas las aportaciones aportadas.
- Establecimiento de los criterios de derivación de pacientes desde la EGCC al EUE.
- Incluir a las Enfermeras Gestoras de Casos Hospitalarias (EGCH) en este protocolo.

2.- INTRODUCCIÓN.

Cuidar es la palabra que mejor define el propósito de la enfermería desde sus orígenes. Unos cuidados que no sólo se enfocan hacia el paciente, sino que también se dirigen hacia la familia y la comunidad. Esta acción se realiza fundamentalmente en las instituciones sanitarias y es considerado el cuidado formal¹.

La evolución de la profesión de enfermería en los últimos años viene unida a los cambios sociodemográficos. Las necesidades de cuidados de los andaluces, al igual que en el resto de Europa, vienen determinadas por cambios demográficos y de morbilidad como el aumento de la esperanza de vida, la cronificación de las enfermedades, los cambios en la estructura tradicional de las familias y la incorporación de la mujer en la vida laboral. A esto se unen los cambios en las demandas de los usuarios como el derecho a la información, mayor implicación en el proceso de toma de decisiones junto a los profesionales sanitarios, exigencia de personalización en el trato, libertad de elección, exigencia de accesibilidad efectiva y confort en el uso de los servicios².

Las enfermedades crónicas representan uno de los principales retos a los que tienen que hacer frente los sistemas sanitarios proyectados para dar respuesta a enfermedades y problemas de salud agudos. La enfermedad crónica tiene una serie de características que necesita de un nuevo modelo de sistema de salud ya que la prolongación en la esperanza de vida, en ocasiones, es a base de aumentar las plurimorbilidades fundamentalmente crónicas. España sigue la tendencia de los demás países desarrollados, donde las enfermedades crónicas son una de las primeras causas de demanda asistencial en los centros sanitarios³.

La dependencia de cuidados constituye en la actualidad un importante problema que afecta a las personas que son dependientes por causa del deterioro físico o cognitivo relacionado con los procesos de enfermedad y que viven en su domicilio o en residencias. Afecta a terceros y no hay que olvidar que a sus cuidadores les supone un elevado coste una planificación de cuidados inadecuada o una ineficiente gestión de los recursos disponibles⁴. El sistema sanitario no debe olvidar a los cuidadores y considerarlos como usuarios de su asistencia. Los datos disponibles dan idea de una gran trascendencia puesto que se estima que un 5% de las personas mayores de 18 años proporcionan cuidado informal a personas mayores en España lo que supone un colectivo de casi un millón y medio de personas (y al que habría que añadir cuidadores de personas no ancianas con discapacidades físicas y/o mentales). La inmensa mayoría de estos cuidadores son mujeres¹. En palabras de L. Torres Pérez, “cuando el sistema informal se ve superado física o mentalmente, el núcleo cuidador se ve abocado a solicitar ayuda institucional”⁵.

Todos estos datos son avalados por la Encuesta Nacional de Salud de 2011-2012 en la que se destaca que en Andalucía, entre la personas mayores de 65 años, el 43,99 % son dependientes para la movilidad, el 40,62% para el cuidado personal y el 46.29% para las labores domésticas⁶. Además, se considera que entre un 15 y un 20% de la población mayor de 65 años son ancianos frágiles y precisan de una atención específica para los múltiples problemas que presentan con alto riesgo de dependencia y que la hospitalización aguda puede agravar⁷.

Los principales defectos en la gestión de estos grupos de pacientes se concretan en la falta de coordinación entre los diferentes niveles y dispositivos asistenciales (atención primaria, hospitales, servicios sociales) que conducen a una ineficaz continuidad de cuidados, de tanta importancia para el tema que nos ocupa⁸, para lo cual se hace necesario un profesional con capacidad de respuesta ante esta situación⁹.

Desde la perspectiva del ciudadano no es explicable que la compleja fragmentación organizativa de los servicios de salud interfiera en la prestación de un servicio integral, orientado a sus necesidades y que sustente todo el proceso, al margen de donde se desarrolle, constatándose los efectos negativos o positivos en la salud de los usuarios³.

Estas circunstancias obligan a desarrollar nuevos modos de atención. La organización de la atención está demasiado fragmentada, descentralizada y descoordinada y para el cuidado de las personas con enfermedades crónicas, dependientes, ancianas, etc., es necesario disponer de profesionales y recursos que orienten en el proceso de adaptación de la nueva situación de salud con las habilidades y los conocimientos necesarios, coordinando equipos multidisciplinarios, educando e informando a pacientes y familia, ayudando en los cambios en los estilos de vida y manejando los aspectos psicológicos y emocionales relacionados con la enfermedad sin olvidar la importancia de los medios personales y materiales con los que cuenta la persona y su familia¹⁰. Se encuentran estudios donde la planificación del alta y atención domiciliaria de pacientes ancianos hospitalizados realizada por enfermeras reduce los reingresos hospitalarios y los costes de la atención sanitaria³.

La respuesta que el Sistema Sanitario Público Andalúz (SSPA) ha dado a esta situación, la pone en marcha el Servicio Andalúz de Salud (SAS) desarrollando el Decreto de Apoyo a las Familias Andalúzas en 2002, donde se crea la figura de la enfermera de comunitaria de enlace (ECE)¹¹, que posteriormente pasaría a la denominación actual de Enfermera Gestora de Casos Comunitaria (EGCC). A pesar de este cambio de denominación, en la práctica diaria y en muchas publicaciones, estas profesionales son conocidas como ECE. Posteriormente se creó la figura de la enfermera hospitalaria de enlace (EHE)¹², que gestiona casos similares a la EGCC en la atención especializada y se convierte en el eslabón fundamental de continuidad de cuidados desde el hospital a la atención comunitaria.

La EGCC gestiona los cuidados domiciliarios de forma coordinada con otros profesionales de su zona básica, basada en el modelo de gestión de casos, definido como un proceso de colaboración mediante el que se valoran, planifican, aplican, coordinan, monitorizan y evalúan las opciones y servicios necesarios para satisfacer las necesidades de salud de una persona, articulando la comunicación y los recursos disponibles para promover resultados de calidad y costo efectivos¹³.

La EGCC cuenta con el perfil profesional que cumple con todos los requisitos para ofrecer una atención integral e integradora, de calidad, eficaz y eficiente tanto a la persona dependiente como a la familia en su contexto comunitario. Por lo tanto, como aportación a la organización y a la eficiencia en la aplicación de la ley debemos considerar que la actual estructura de atención primaria tiene capacidad para garantizar, con un mínimo incremento de recursos y en

coordinación con los servicios sociales, la atención socio-sanitaria en los domicilios de las personas dependientes y sus familias, estableciendo mecanismos de interacción con los diferentes recursos comunitarios, entre los que se destacan en la ley, los centros de día y los centros residenciales, y en los que las enfermeras pueden y deben configurarse como los principales recursos de diagnóstico, coordinación y planificación de las situaciones de dependencia conjugándola con un imprescindible trabajo multidisciplinar⁹.

En cualquiera de los modelos que analicemos, todos los países con sistemas de atención domiciliaria bien desarrollados coinciden en una serie de prioridades como son la de aumentar el nivel de coordinación interniveles, establecer a las enfermeras como las principales proveedoras y gestoras del servicio en colaboración directa con médicos y trabajadores sociales, incorporar a las técnicas de cuidados auxiliares de enfermería para ayuda a las tareas de higiene personal y procedimientos poco complejos, fomentar la participación de otros profesionales, como terapeutas ocupacionales, fisioterapeutas, y enfermeras especialistas en salud mental y desarrollar programas de atención a los cuidadores principales de las redes informales⁹.

La coordinación asistencial podría definirse como la concertación de todos los servicios relacionados con la atención a la salud, con independencia del lugar donde se reciban, de manera que se sincronicen y se alcance un objetivo común sin que se produzcan conflictos. Cuando la coordinación alcanza su grado máximo, la atención se considera integrada. La continuidad asistencial, por su parte, es el resultado de la coordinación desde la perspectiva del paciente y se define como el grado de coherencia y unión de las experiencias en la atención que percibe el paciente a lo largo del

tiempo. Los elementos necesarios para que haya coordinación, como paso previo a la continuidad asistencial, son la conexión de los servicios sanitarios a lo largo del continuo asistencial mediante la transferencia de información, un objetivo común que facilite la creación de un plan unificado de atención a los pacientes y la sincronización entre las partes para que la atención se preste en el momento y en el lugar adecuados⁹.

Son múltiples las investigaciones y publicaciones que demuestran que este sistema de gestión de casos, centrado en la EGCC como vértice de la atención sanitaria, mejora la asistencia a estos grupos de usuarios. Hay mucha evidencia científica relativa a la continuidad de cuidados, disminución de tiempos de estancia y reducción de reingresos motivados por patologías añadidas, donde la enfermera es el motor del cambio^{14,15}.

Demostrada la eficacia en la gestión de casos por parte de la EGCC, son varias las vías de comunicación por las que los pacientes llegan a estas profesionales, bien desde el mismo nivel a través de la enfermera u otros profesionales de la atención primaria, desde los servicios sociales o desde la atención hospitalaria manteniendo contacto con la EHE. A pesar de todas estas vías, existen pacientes que se escapan y que no llegan a la EGCC.

Un importante punto de entrada al sistema sanitario público son los servicios de emergencias extrahospitalarias, con un gran volumen de demandas. Los centros de coordinación de urgencias y emergencias de Andalucía atendieron en 2013 un total de 677.704 llamadas por línea 061 y 803.377 llamadas a través del teléfono de urgencias sanitarias 902505061. Los equipos de emergencia de la EPES

realizaron en 2013 68.214 asistencias y se gestionaron 531.112 asistencias a través de otros recursos del SAS¹⁶. Por lo tanto, queda por sistematizar una nueva vía de derivación de pacientes susceptibles de beneficiarse de la gestión de estas profesionales, que es desde la atención a las urgencias y emergencias extrahospitalarias. Esta vía no está recogida en el Manual de la Gestión de Casos en Andalucía: Enfermeras Gestoras de Casos en Atención Primaria¹⁷.

Derivar a estos pacientes o cuidadores no debe depender de que el enfermero de urgencias y emergencias (EUE) conozca personalmente a su colega de atención primaria o de iniciativas particulares¹⁸. Debe ser un paso más en el proceso asistencial definido, sistematizado y evaluable. Por ello se hace imprescindible un canal formal de comunicación entre estos dos eslabones de la cadena asistencial.

Hasta la fecha se han implantado algunos procesos de derivación de pacientes desde el EUE a la EGCC. El primero fue el proyecto e-RITA (Red Integrada de Transferencia Asistencial de Enfermería), en el año 2004, que establece un sistema de comunicación entre el servicio provincial de Jaén de la EPES y los dispositivos de cuidados críticos y urgencias, y las EGCC del distrito sanitario de atención primaria de Jaén, todo con la colaboración de Salud Responde¹⁹. Posteriormente en 2005, en el servicio provincial de Cádiz de la EPES, se planteó el proyecto de línea de continuidad de cuidados entre la EPES y la comisión de cuidados del área de salud de Jerez²⁰. Estos procedimientos, parten de unos criterios de derivación marcados por consenso de expertos, basados fundamentalmente en algunos diagnósticos de enfermería a detectar por los enfermeros de emergencias.

Tal y como establece en sus estándares de práctica para el gestor de casos la Case Management Society of América “el primer paso en el proceso de gestión de casos es identificar a las personas que más pueden beneficiarse de los servicios del gestor de casos”²¹.

El objetivo de este proyecto era implantar un sistema de comunicación bidireccional entre las EUE y las EGCC, partiendo de unos criterios de derivación claramente definidos y delimitados por las propias EGCC, de fácil aplicación en la asistencia extrahospitalaria, de manera que se adapten a la cartera de servicios y las posibilidades de su trabajo.

Para ello, este proyecto se desarrolló en varias fases cronológicamente sucesivas:

- Fase 1: Determinación de los criterios de derivación de pacientes desde el EUE a la EGCC.
- Fase 2: Desarrollo e implantación de un protocolo de comunicación entre el EUE y la EGCC.
- Fase 3: Análisis cualitativo del estado del protocolo de comunicación entre el EUE y la EGCC mediante grupo focal.
- Fase 4: Determinación del perfil de los pacientes derivados desde el EUE y la EGCC.
- Fase 5: Extensión geográfica e institucional del protocolo de comunicación a todo el SSPA.

3. MARCO CONCEPTUAL.

La actual profesión de enfermería, regulada por el Real Decreto 1231/2001 de 8 de noviembre, se encuentra perfectamente actualizada a los perfiles exigidos en todo momento no solo por el SSPA y Sistema Nacional de Salud (SNS) sino por las demandas que persiguen los usuarios de dicho sistema, siempre mediante un procedimiento holístico y científico, fundamentado por el código deontológico de la profesión enfermera, el cual determina que el ejercicio de la actividad enfermera se realizará alrededor de unos valores que, con el paso del tiempo, se han ido traduciendo en normas de conducta capaces de generar un verdadero "talante profesional" que distingue la forma de hacer de las enfermeras y enfermeros²².

Esta ley explicita la misión de la enfermería, con la misión específica de prestar atención de salud a los individuos, familias, y comunidades en todas las etapas del ciclo vital y en sus procesos de desarrollo. Además determina que la profesión enfermera es la única habilitada a nivel legal y nacional como la encargada de los cuidados de la población (Art. 53-1,2).

Dado el gran empuje que la enfermería anglosajona y especialmente la norteamericana han dado al desarrollo científico de nuestra disciplina, con la puesta en marcha de un lenguaje enfermero estandarizado tanto para los diagnósticos enfermeros (North America Nursing Diagnostic Asociation NANDA)²³, para las intervenciones de enfermería (Nursing Interventions Clasification NIC)²⁴ y para los resultados de enfermería (Nursing Outcomes Clasification NOC)²⁵, han destacado la necesidad de demostrar que la práctica enfermera se debe desarrollar, como cualquier otra disciplina, mediante la aplicación de método científico para la resolución de problemas, que en nuestra disciplina se conoce como proceso enfermero.

El usuario es el que con toda la normativa y aplicabilidad de la misma desea ser atendido eficazmente, que es el derecho a recibir un servicio de calidad integral, tanto en sus aspectos científico técnico como humanos. "Los cuidados que proporcionan las enfermeras influyen mucho en la calidad que perciben los usuarios de los servicios sanitarios. De hecho, un componente importante en la valoración positiva que los andaluces dan a sus servicios sanitarios públicos tiene que ver con ese grupo profesional, de los mejores valorados cada año en las encuestas de satisfacción, probablemente porque por su cercanía, actitud y aptitud aportan el lado más humano de la atención sanitaria"²⁶.

El modelo de cuidados elegido por los profesionales de enfermería de EPES es el de Virginia Henderson. Este modelo se ubica en los modelos de las necesidades humanas que parten de la teoría de las necesidades humanas para la vida y la salud como núcleo para la acción de enfermería. Pertenece a la tendencia de suplencia o ayuda. Virginia Henderson considera que el papel fundamental de la enfermera consiste en ayudar al individuo enfermo o sano a conservar o a recuperar la salud (o asistirlo en los últimos momentos de su vida), para que pueda cumplir las tareas que realizaría él solo si tuviera la fuerza, la voluntad, o poseyera los conocimientos necesarios y cumplir con sus funciones, de forma que le ayudemos a recuperar su independencia lo más rápidamente posible²⁶.

Una de las máximas para Virginia Henderson a la hora de aplicar su modelo en la práctica es entender que el profesional de enfermería debe fomentar el autocuidado del paciente para que adquiera su independencia. Esto aparece como una constante. Su objetivo es hacer al individuo independiente lo antes posible para cubrir sus necesidades básicas.

Para Virginia Henderson la función de ayuda al individuo y la búsqueda de su independencia es el trabajo de la enfermera. Para que esto pueda desarrollarse adecuadamente es necesario tener en cuenta el conjunto de todas las condiciones e influencias externas que afecten a la vida y al desarrollo de una persona. De ahí que para desarrollar un plan de cuidados sea necesario partir de los recursos con los que cuenta nuestro paciente y de la influencia que los factores ambientales tienen para que la persona pueda participar en la consecución de su independencia.

Dentro de los conceptos básicos que aporta Virginia Henderson, está su idea del rol de la enfermera y el servicio que aporta a la sociedad. Se identifica perfectamente el derecho a la autonomía de la persona, su visión integral (física, psicológica y social) donde el entorno con sus condicionantes y/o estímulos actúa de una forma determinante en la independencia de cada persona. Cuando la situación lo requiere, contempla al paciente y a la familia como una unidad que requiere una visión conjunta para poder actuar.

La definición de enfermería de Virginia Henderson fue realizada en términos funcionales, lo que significa que nos está informando en qué medida la persona presenta una capacidad funcional que le lleve a satisfacer por sí mismo sus necesidades básicas.

Desde este modelo la relación enfermera – paciente se establecen en tres niveles:

- La enfermera como sustituta del paciente (enfoque de suplencia). La enfermera es un sustituto de las carencias del paciente debido a su falta de fortaleza física, voluntad o conocimiento. Esta relación se identifica como suplencia, que puede tener un carácter temporal o permanente.
- La enfermera como auxiliar del paciente (interrelaciona el enfoque de suplencia y ayuda). La enfermera ayuda al paciente para que recupere su independencia durante los periodos de convalecencia.
- La enfermera como compañera del paciente (enfoque de ayuda). La enfermera supervisa y educa al paciente pero es él quien realiza su propio cuidado.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) afirma que “el ejercicio de la enfermería es un valioso recurso para la salud y los cuidados de enfermería deben ofrecer un servicio competente, diferente al de otros grupos profesionales y útil para las personas que lo requieren”²⁷.

Desde los cuidados críticos a la atención primaria, las enfermeras rehabilitan, previenen, cuidan y educan a pacientes y familiares. Suplen totalmente o de manera parcial cuando el paciente lo necesita con el objetivo de que sean autónomos o independientes y recuperen su bienestar²⁸.

La enfermera tiene como papel esencial gestionar y brindar cuidados a paciente, familia y comunidad de forma holística. El rol de la enfermera se dimensiona en rol interdependiente e independiente en la medida de su capacidad y competencia en la toma de decisiones y de su responsabilidad en la consecución de resultados.

En la dimensión independiente de su rol la enfermera se constituye en el profesional competente para la planificación de intervenciones y responsable en la consecución de resultados. Las realiza como resultado de su juicio crítico basado en la ciencia o conocimiento de la enfermería y se derivan de la visión global de su sujeto de atención.

Esta dimensión se circunscribe al ámbito de los “diagnósticos enfermeros”. Se entiende por diagnóstico enfermero un “juicio clínico sobre la respuesta de una persona, familia o comunidad a procesos vitales o a problemas de salud, reales o potenciales, que proporciona la base de la terapia para el logro de objetivos de los que la enfermera es responsable”²³.

Estos juicios clínicos “se refieren a situaciones que la enfermera identifica, valida y trata, siendo ella quien tiene el control y la autoridad y es la responsable del logro del resultado final deseado”²⁹.

En la dimensión interdependiente de su rol, la enfermera es mera ejecutora de intervenciones prescritas por otro profesional competente para planificarlas, o bien comparte intervenciones planificadas por ella misma con intervenciones planificadas por otro profesional. En este caso la enfermera no es el único profesional responsable de la consecución de resultados.

Algunos autores nombran a la primera topología de problema interdependiente referida anteriormente como “de colaboración” y los circunscriben a “problemas de salud reales o potenciales en los que el usuario requiere que la enfermera realice por él las actividades de tratamiento y control prescritas por otro profesional, generalmente el médico”³⁰. En este caso el nivel de responsabilidad de la enfermera queda exclusivamente supeditado a la realización de la acción prescrita y a la vigilancia y detección temprana de complicaciones.

La enfermera de cuidados críticos tradicionalmente ha basado su rol profesional en proveer cuidados derivados de su dimensión interdependiente, centrándose en tecnología e intervenciones derivadas del manejo de complicaciones fisiopatológicas. Cuando se pretende describir la práctica enfermera en estos contextos, suele quedar resumida en una mera descripción de tareas. Se ha reducido de forma desproporcionada el enfoque de la atención enfermera al paciente crítico a un adecuado manejo de ciertas situaciones fisiopatológicas y la tecnología derivada y se han abordado las necesidades globales de la persona y su familia de forma poco metodológica, con escasa efectividad y sin un marco conceptual adecuado³¹.

En esta línea, centrándose en el ámbito extrahospitalario, la enfermería de emergencias tradicionalmente ha seguido un modelo de trabajo que no ha dado solución a las respuestas humanas del paciente crítico, centrándose casi exclusivamente en tareas delegadas³².

El entorno socio familiar del que vamos a separar al usuario, lo sigue rodeando en los primeros momentos de la intervención. Atender al enfermo en su casa es amoldar el sistema sanitario a su hábitat, no es una prolongación del medio hospitalario, no está sujeto a nuestras normas. Debemos saber en todo momento amoldarnos a las circunstancias e incluir en nuestra valoración información importante a la que no puede acceder ningún profesional de otro ámbito.

No podemos olvidar que además de las respuestas humanas de la persona en situación crítica, nos competen las respuestas humanas de su familia. En muchas ocasiones somos el único nexo de unión con su familiar, incluso después de haber realizado la transferencia en el hospital.

Además, hoy día las enfermeras, ante una sociedad cada vez mejor informada y más exigente con los servicios sanitarios, amplían los roles tradicionales hacia la llamada enfermería de práctica avanzada que se caracteriza por utilizar un modelo en cuidados y una práctica fundada en la evidencia.

La utilización de este modelo, permite y facilita la continuidad de cuidados con otros niveles asistenciales, dado que es el más extendido en nuestra comunidad autónoma. Las EGCC de Andalucía utilizan este modelo para estructurar su valoración y prestar su atención.

4. OBJETIVOS.

4.1. Objetivo General.

Describir la implantación de un sistema de comunicación bidireccional entre los Enfermeros de Urgencias y Emergencias y las Enfermeras Gestoras de Casos Comunitarias.

4.2. Objetivos Específicos.

Fase 1: Determinar los criterios de derivación de pacientes desde los Enfermeros de Urgencias y Emergencias y las Enfermeras Gestoras de Casos Comunitarias.

Fase 2: Desarrollar e implantar un protocolo de comunicación entre los Enfermeros de Urgencias y Emergencias y las Enfermeras Gestoras de Casos Comunitarias.

Fase 3: Analizar la opinión de los profesionales sobre el protocolo de comunicación establecido.

Fase 4: Describir el perfil del paciente derivado desde los Enfermeros de Urgencias y Emergencias a las Enfermeras Gestoras de Casos Comunitarias y la relación entre variables y criterios de derivación.

Fase 5: Extender el protocolo al resto del Sistema Sanitario Público Andaluz.

5. DETERMINACIÓN DE LOS CRITERIOS DE DERIVACIÓN.

5.1. Introducción.

Un importante punto de entrada al sistema sanitario público son los servicios de emergencias extrahospitalarias, por su gran volumen de demandas¹⁶.

Derivar a los pacientes o cuidadores susceptibles de beneficiarse de la gestión de la EGCC no debe depender de que el enfermero de urgencias y emergencias (EUE) conozca personalmente a su colega de atención primaria o de iniciativas particulares¹⁸. Debe ser un paso más en el proceso asistencial definido, sistematizado y evaluable. Por ello se hace imprescindible un canal formal de comunicación entre estos dos eslabones de la cadena asistencial.

Hasta la fecha se han implantado algunos procesos de derivación de pacientes desde el EUE a la EGCC^{19,20}. Estos procedimientos, parten de unos criterios de derivación marcados por consenso de expertos, basados fundamentalmente en algunos diagnósticos de enfermería a detectar por los enfermeros de emergencias.

Para sistematizar esta nueva vía de derivación de pacientes a las EGCC es necesaria la determinación unos criterios de derivación claramente definidos, de fácil aplicación en la asistencia extrahospitalaria, y delimitados por las propias EGCC, de manera que se adapten a la cartera de servicios y las posibilidades de su trabajo. Estos criterios permitirán desarrollar un protocolo de derivación de pacientes y familias desde el EE a la EGCC.

5.2. Objetivos

Determinar los criterios de derivación de pacientes desde los Enfermeros de Urgencias y Emergencias y las Enfermeras Gestoras de Casos Comunitarias.

5.3. Material y Método.

5.3.1 Diseño del Estudio.

Estudio descriptivo cualitativo, utilizando la técnica de consenso de expertos Delphi.

El objetivo de la técnica Delphi es lograr un consenso fiable entre las opiniones de un grupo de expertos, a través de una serie de cuestionarios que se responden anónimamente y que permite identificar y/o priorizar preferencias.

Se ha elegido esta técnica, pues es la que mejor se adapta al objetivo y a la población del estudio³³, dado que:

- Es una buena técnica para lograr el consenso sobre un ordenamiento jerárquico de prioridades o importancia de problemas.
- Permite que se elaboren conocimientos basados en la práctica, es decir, generados desde la experiencia y reflexión de expertos.
- Permite la participación de los profesionales sin grandes recursos como reuniones, desplazamientos, incompatibilidad de horarios.

- La participación activa de los profesionales en la selección de los criterios de derivación ayuda a que adquieran una comprensión más amplia del tema y una mayor implicación.
- Mantiene el anonimato, por lo cual se fomenta la autonomía de los participantes, limitándose de esta manera el efecto de los líderes de opinión.

5.3.2. Ámbito del Estudio.

El estudio se realizó en los distritos de atención primaria de la provincia de Huelva. La organización sanitaria de la provincia estaba dividida en dos distritos, el distrito Huelva-Costa, el distrito Campiña-Condado y el área de gestión sanitaria Norte de Huelva. La población total cubierta por estos distritos ascendía, según datos del SAS, a 473832 personas, de las cuales casi un 15% son mayores de 65 años (69763).

El distrito Huelva-Costa cubre la zona urbana de Huelva capital y los pueblos de la zona de la costa occidental. Cuenta con 8 zonas básicas de salud y 14 centros de salud. El distrito Campiña-Condado cubre la zona rural de la zona sur oriental de la provincia. Cuenta con 7 zonas básicas de salud y 8 centros de salud. El área de gestión sanitaria Norte de Huelva cubre la zona norte de la provincia, una zona de sierra con poca población, pero con gran dispersión. Cuenta con 6 zonas básicas de salud y 6 centros de salud, pero con 28 consultorios locales y 25 consultorios auxiliares³⁴.

5.3.3. Población de Estudio.

El panel de participantes en este estudio, estuvo compuesto por todas las EGCC de la provincia de Huelva, que en total eran 22 y todos los coordinadores de enfermería (CE) de los distritos de Huelva-Costa y Campiña-Condado, que en total eran 23. No se incluyeron los CE del área de gestión sanitaria Norte de Huelva, por no poder contactar con ellos por correo electrónico.

Se extendió la población de estudio a los CE pues en algunas zonas básicas de salud todavía no existía la figura de la EGCC, y eran los CE los que cumplían con las funciones de la EGCC. Además, los CE eran profesionales con un mayor contacto con la actividad asistencial diaria y podían ampliar la perspectiva que aporten las EGCC. De esta manera el estudio contó con un total de 45 participantes, 22 EGCC y 23 CE.

5.3.4. Variable de estudio.

Para iniciar el estudio se partió del cuestionario de valoración estructurado en función del modelo de Virginia Henderson que las EGCC tenían a su disposición en el sistema informático DIRAYA.

Se incluyó en el cuestionario inicial, todos los test y escalas que este sistema informático ponía a disposición de estas profesionales para ayudarlas en su valoración. Además de estas escalas, se introdujeron dos escalas más (Riesgo de Caídas e Índice de Esfuerzo del Cuidador), que las EGCC del distrito sanitario Huelva-Costa habían decidido, por consenso, incluir en su hoja de valoración inicial.

Además de los indicadores de la valoración de las 14 necesidades del modelo de Virginia Henderson y las escalas utilizadas, se incluyó un campo más sobre el agente de autonomía o cuidador, que las EGCC del distrito sanitario Huelva-Costa habían decidido, por consenso, incluir en su hoja de valoración inicial.

Este cuestionario inicial contaba con 16 campos, que corresponden a las 14 necesidades del modelo de Virginia Henderson, un campo para las escalas e índices de valoración y otro para el cuidador. En cada uno de estos 16 campos, se incluyó un campo abierto para que los participantes expusieran aquellas observaciones o comentarios.

Todos los indicadores que se presentaron en este cuestionario fueron puntuados por los participantes en una escala de 1 a 10 (1 Totalmente Inadecuado, 10 Muy Adecuado). Una vez confeccionado el cuestionario, fue revisado por tres EGCC que corrigieron algunas dificultades de comprensión. El cuestionario inicial constaba de un total de 139 ítems cerrados y los 16 abiertos (tabla 1).

CAMPOS	Cód.	INDICADOR	1a 10
1.RESPIRAR NORMALMENTE	1.01	Dificultad para Respirar	
	1.02	Ruidos Respiratorios Destacables	
	1.03	Oxigenoterapia	
	1.04	Aerosoles	
	1.05	Inhaladores	
	1.06	Fisioterapia Respiratoria	
Observaciones:			
2.ALIMENTARSE E HIDRATARSE ADECUADAMENTE	2.01	Alimentación / Nutrición Parenteral	
	2.02	Dificultad para Masticar	
	2.03	Dificultad para Beber	
	2.04	Dificultad para Deglutir	
	2.05	SNG	
	2.06	Ostomías	
	2.07	Problemas dentición	
	2.08	Sigue algún tipo de Dieta	
	2.09	Consumo Total de Líquidos	
	2.10	Enumera lo que come al día	
	2.11	Apetito	
	2.12	Hábitos alimentarios Inapropiados	
Observaciones :			
3. ELIMINAR POR TODAS LAS VIAS CORPORALES	3.01	Elimina por todas las vías corporales	
	3.02	Tipo de heces	
	3.03	Presencia en heces de	
	3.04	Laxantes	
	3.05	Fármacos	
	3.06	Natural	
	3.07	Dieta	
	3.08	Ejercicio	
	3.09	Síntomas Urinarios	
	3.10	Sondaje Vesical Permanente	
	3.11	Sondaje Vesical Intermitente	
	3.12	Problemas en la menstruación	
Observaciones :			
4. MOVERSE Y MANTENER POSTURA ADECUADA	4.01	Situación Habitual	
	4.02	Nivel funcional para la actividad / movilidad	
	4.03	Actividad Física Habitual	
	4.04	Pérdida de fuerza	
	4.05	Limitación de amplitud en movimientos articulares	
	4.06	Describe las actividades realizadas en el día	
	4.07	Alteraciones Motoras	
	4.08	Inquietud Psicomotora	
Observaciones :			

5. DORMIR Y DESCANSAR	5.01	Cambios en el patrón de sueño	
	5.02	Toma medicación para dormir	
	5.03	Relajación	
	5.04	Sustancias Naturales	
	5.05	Nivel de energía durante el día	
Observaciones :			
6. ESCOGER ROPA ADECUADAMENTE; VESTIRSE Y DESVESTIRSE	5.01	Requiere ayuda para ponerse/quitarse ropa-calzado	
	5.02	El vestuario y calzado no son adecuados	
Observaciones :			
7. MANTENER LA TEMPERATURA CORPORAL	7.01	Temperatura corporal	
Observaciones :			
8. MANTENER LA HIGIENE CORPORAL Y LA INTEGRIDAD DE LA PIEL	8.01	Higiene general	
	8.02	Integridad de la Piel	
	8.03	Perdida de la continuidad de la Piel	
Observaciones :			
9. EVITAR LOS PELIGROS AMBIENTALES Y LESIONAR A OTRAS PERSONAS	9.01	Presencia de Alergias	
	9.02	Vacunado Incorrectamente	
	9.03	Nivel de conciencia	
	9.04	Nivel de Orientación	
	9.05	Dolor	
	9.06	Ayudas para disminuir el dolor	
	9.07	Higiene Postural	
	9.08	Métodos físicos naturales para disminuir el dolor	
	9.09	Otras terapias para disminuir el dolor	
	9.10	Caídas en el último trimestre	
	9.11	Quemaduras en el último trimestre	
	9.12	Consumo de Alcohol	
	9.13	Consumo de otras sustancias tóxicas	
	9.14	Sigue el plan terapéutico farmacológico	
	9.15	Sigue el plan de cuidados	
	9.16	Refiere Maltrato	
	9.17	Sospecha de Maltrato	
	9.18	Conductas Violentas	
	9.19	Déficit visual y/o auditivo	
	9.20	Alteraciones del contenido de la conciencia	
	9.21	Alteraciones de la percepción	
	9.22	Protección de sus derechos	
Observaciones :			

10. COMUNICARSE CON LOS DEMÁS EXPRESANDO EMOCIONES, NECESIDADES, OPINIONES Y TEMORES	10.01	Dificultad en la comunicación	
	10.02	Dificultad en el lenguaje.	
	10.03	Dificultad en el curso del pensamiento	
	10.04	Comunicación con los demás	
	10.05	Quién es su cuidador principal	
	10.06	Tiene alguna persona a su cargo	
	10.07	Problemas familiares.	
	10.08	Comportamiento Sexual	
	10.09	Reacción de la familia ante la enfermedad.	
Observaciones :			
11. VIVIR DE ACUERDO CON SUS PROPIOS VALORES Y CREENCIAS	11.01	Vive de acuerdo con sus propios valores y creencias	
	11.02	Problemas emocionales	
	11.03	Es Religioso	
	11.04	Ha tenido en los dos últimos años cambios vitales	
	11.05	Cambios en la estructura familiar	
	11.06	Su situación actual ha alterado sus ideas valores o creencias	
	11.07	Su situación actual ha alterado su relación familiar	
	11.08	Su situación actual ha alterado su trabajo	
	11.09	Su situación actual ha alterado su rol social	
	11.10	Le da importancia a su salud	
Observaciones :			
12. OCUPARSE EN ALGO DE TAL FORMA QUE SU LABOR TENGA UN SENTIDO DE RELACIÓN PERSONAL	12.01	Trabaja	
	12.02	Desempleado	
	12.03	Problemas en el trabajo	
	12.04	Conoce los recursos disponibles en el hospital	
	12.05	Actividades	
Observaciones :			
13, PARTICIPA EN ACTIVIDADES RECREATIVAS	13.01	Ocuparse en actividades lúdicas y recreativas	
	13.02	Abandono de actividades	
	13.03	Respuestas ante situaciones estresantes.	
Observaciones :			

14. APRENDER, DESCUBRIR O SATISFACER LA CURIOSIDAD QUE CONDUCE A UN DESARROLLO NORMAL Y A UTILIZAR LOS RECURSOS DISPONIBLES	14.01	Nivel de escolarización	
	14.02	Tiene falta de información sobre su salud	
	14.03	Desea más información sobre su salud.	
Observaciones :			
15.TEST RECOGIDOS EN DIRAYA	15.01	Fagerström (adicción a nicotina)	
	15.02	Cage camuflado (abuso de alcohol)	
	15.03	Malt (riesgo de desnutrición)	
	15.04	Conozca su salud nutricional	
	15.05	MNA	
	15.06	Norton (riesgo de UPP)	
	15.07	Barthel	
	15.08	Índice de Katz	
	15.09	Lawton-Brody (AIVD)	
	15.10	Isaacs (demencias)	
	15.11	Mini examen cognitivo	
	15.12	Pfeiffer (estado mental)	
	15.13	Test del Informador.	
	15.14	Golberg (depresión - ansiedad geriátrica)	
	15.15	Yesavafl (depresión - ansiedad geriátrica)	
	15.16	Apgar familiar	
	15.17	Duke UNK(apoyo al cuidador)	
	15.18	Zarit (cansancio del rol)	
	15.19	Valoración sociofamiliar	
	15.20	Incontinencias (hombres)	
	15.21	Incontinencias (mujeres)	
	15.22	Barthel (shah)	
	15.23	Barthel (granger)	
	15.24	Riesgo de caídas	
	15.25	IEC (índice de esfuerzo)	
Otros test:			

16. AGENTE DE AUTONOMIA (Cuidador)	16.01	Parentesco	
	16.02	Dispone de Otros cuidadores Informales	
	16.03	Estresores Primarios	
	16.04	Estresores Secundarios	
	16.05	Factores de Base	
	16.06	Mediadores	
	16.07	Apoyo Familiar	
	16.08	Problemas en el entorno familiar	
	16.09	Conoce Recursos Sociales	
	16.10	Vivienda adecuada a sus necesidades	
	16.11	Vivienda con barreras arquitectónicas	
	16.12	Riesgo de Accidentes en la vivienda	
	16.13	Higiene Deficitaria en la vivienda	
Observaciones:			

Tabla 1: Cuestionario Inicial.

5.3.5. Recogida y Análisis de Datos.

Antes de remitir los cuestionarios, las directoras de enfermería de cada distrito comunicaron a todas las EGCC y los CE la puesta en marcha de este estudio, explicando brevemente el objetivo y la metodología del estudio así como el nombre y datos del investigador principal.

Una vez elaborado el cuestionario inicial, éste fue remitido a los participantes por correo electrónico, cuyas direcciones fueron proporcionadas por las directoras de cada distrito sanitario.

En el correo electrónico se adjuntó el archivo con el cuestionario inicial, y un texto presentando al investigador principal, explicando detenidamente el objetivo del estudio y aclarando cual es la forma de cumplimentar y enviar el cuestionario (Anexo 1, página 169).

El cuestionario se elaboró en una tabla del programa Excel y en ese mismo formato se utilizó para que los participantes respondieran. Para mantener la misma estructura, el análisis de los datos se realizó con este mismo programa.

De todos los ítems del cuestionario inicial, pasaron al segundo aquellos ítems, cuya mediana superó la mediana de todas las medianas.

La mediana corresponde al valor central del conjunto de observaciones ordenadas, es decir, el valor de la mediana es igual al valor de la variable que divide la distribución en dos partes iguales. Se utilizó la mediana por ser un indicador general que permite describir correctamente las distribuciones de datos cuantitativos, y no se utilizó la media al ser este un índice más apropiado para describir distribuciones simétricas³⁵. Además la mediana es el indicador de tendencia central que mejor evita el efecto de los valores extremos proporcionando una idea clara de cuál es el valor central de la opinión de los participantes.

Se obtuvo un segundo cuestionario con los datos del inicial, que fue remitido siguiendo el mismo procedimiento. De esta manera se aportó una retroalimentación a los participantes para que conocieran la opinión de todo el panel de expertos y pudieran volver a opinar sobre esta.

El campo abierto de cada uno de los campos del cuestionario inicial fue analizado con categorización temática, agrupando los enunciados que tuvieron un mismo significado. Por consenso de los investigadores, se estableció que si en tres de los participantes presentaban comentarios que pudieron ser categorizados dentro del

mismo tema, este pasaba al segundo cuestionario. Los ítems que llegaron al segundo cuestionario por esta vía, fueron valorados, a partir de este momento, de 1 a 10 como el resto de los ítems.

Aunque no se utilizó la desviación típica como estimador para confeccionar el siguiente cuestionario, se calculó como indicador de la dispersión de las opiniones del panel de participantes.

Para pasar del segundo al tercer cuestionario, y para obtener los resultados definitivos del estudio, se aplicó el mismo sistema de corte.

Los cuestionarios estaban bloqueados, para proteger la confidencialidad de la información, por una clave que se dio a conocer a todos los participantes. Una vez cumplimentados los cuestionarios se enviaron a la administrativa del servicio provincial de Huelva de la EPES. Esta profesional reunió todos los cuestionarios y los envió al investigador principal. De esta manera se conservó el anonimato de los participantes.

5.3.6.- Calendario.

La propuesta de este estudio de investigación fue considerada como apta en la Comisión Académica del Máster en Ciencias de la Enfermería de la Universidad de Huelva celebrada el día 10 de Marzo de 2010.

El 29 de Marzo se envió el cuestionario inicial las directoras de los distritos sanitarios para que difundieran la información entre los participantes. Debido a algunos problemas informáticos con los correos electrónicos, el investigador principal envió directamente el

cuestionario a los participantes que no habían respondido el 27 de Abril, marcando como fecha máxima para entregar el cuestionario el 10 de Mayo de 2010.

Entre el 10 y el 15 de Mayo, se analizaron los resultados del cuestionario inicial y se elaboró el segundo siguiendo los criterios expuestos. El 15 de Mayo de 2010 se envió el segundo cuestionario a los 31 participantes que habían contestado al inicial. El 2 de Junio se volvió a enviar el cuestionario a los participantes que no habían contestado, marcando como fecha máxima para entregar el cuestionario el 15 de Junio de 2010.

Entre el 15 y el 25 de Junio, se analizaron los resultados del segundo cuestionario y se elaboró el tercero o cuestionario final siguiendo los criterios expuestos. El 27 de Junio de 2010 se envió el cuestionario final a los 26 participantes que habían contestado al segundo. Se estableció el 10 de Septiembre como fecha máxima para entregar el cuestionario final por parte de los participantes, dado que coincidía con el periodo estival.

5.3.7.- Limitaciones.

Aunque la técnica Delphi es la más adecuada para este tipo de estudio, es cierto que al tener que pasar varias fases, es larga en el tiempo, lo cual pudo causar que algunos participantes abandonaran el estudio.

Además durante el desarrollo de las diferentes fases pudieron darse cambios en la situación laboral de algunos de los participantes, como traslados, incapacidad temporal, que provocaran el abandono del estudio.

La utilización del correo electrónico facilitó el contacto con los participantes, pero los problemas en los sistemas informáticos demoraron el flujo de información e incluso, en algunas ocasiones, provocaron la pérdida de la misma. Los principales problemas informáticos fueron ocasionados por los filtros de seguridad de los servidores que obstaculizaron el flujo de correos electrónicos.

La falta de contacto personal, entre el investigador y los participantes, supuso una pérdida de empatía entre ambos, lo cual pudo provocar la falta de interés o adhesión de los mismos. A su vez, esta falta de contacto favoreció la objetividad de las respuestas.

El anonimato no fue completo, pues aunque cada EGCC y CE trabajaba en su zona básica de salud, mantenían reuniones periódicas dentro de cada distrito y realizaban sesiones formativas conjuntas, por lo que se pudo cruzar información y opiniones sobre las respuestas a los cuestionarios.

El análisis numérico en una técnica de consenso de expertos, podría provocar la pérdida de ciertas aportaciones interesantes, pero ha aumentado la eficiencia y factibilidad del estudio. Además en el cuestionario inicial se introdujo un ítem abierto para cada uno de los 16 campos, precisamente para recoger las opiniones de los participantes.

5.4. Consideraciones Éticas.

Para garantizar la confidencialidad de la información, los datos recogidos han sido registrados de forma anónima, siguiendo estrictamente las leyes y normas de protección de datos en vigor (Ley 41/2002 de 14 de Noviembre; Ley 15/1999 de 15 de Diciembre).

Con el fin de proteger la confidencialidad de la información personal de los participantes se tomaron las siguientes medidas:

- Todos los datos que pudieran identificar al participante se separaron del resto de la información clínica recogida en el estudio.
- Cada cuestionario del estudio contó con un número de identificación que figuraba en las bases de datos y una clave de acceso que sólo conocían el investigador principal y los participantes.
- Los participantes enviaron sus cuestionarios por e-mail a la dirección de la administrativa del servicio provincial de Huelva de la EPES.
- Una vez recopilados todos los cuestionarios, la administrativa los envió a la dirección de e-mail del investigador principal.
- El análisis de la información se realizó siempre de forma agregada y nunca individual.

- Todos los investigadores implicados en el proyecto cumplieron las normas necesarias para preservar la confidencialidad de la información facilitada por los participantes.
- Todas las bases de datos del proyecto estaban protegidas electrónicamente con códigos que limitaban el acceso únicamente a los investigadores del proyecto.

La propuesta de este estudio de investigación fue considerada como favorable por la Comisión de Ética e Investigaciones Sanitarias del área hospitalaria Juan Ramón Jiménez y centros adscritos de la provincia de Huelva, el día 26 de Marzo de 2010.

5.5. Resultados.

De los 45 miembros que componían el panel de inicial de participantes, contestaron el cuestionario inicial 31 (68.88%). El segundo cuestionario fue respondido por 26 participantes (57.77%). El tercer cuestionario fue contestado por 22 participantes (48.88%). Por lo tanto se produjo reducción del panel de participantes a la mitad del inicial, pero el número final de 22 participantes, se adaptan a las recomendaciones sobre el ideal de miembros recogido en las referencias bibliográficas^{32, 34}(Figura 1).

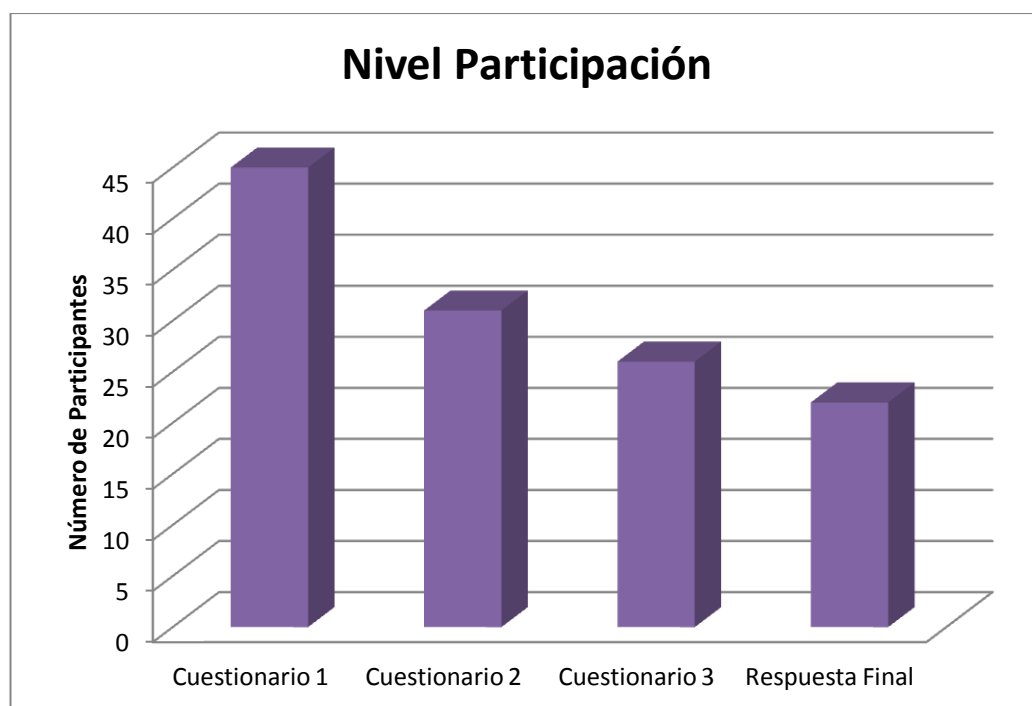


Figura 1: Nivel de Participación.

La mediana de las medianas fue de 6 en el cuestionario inicial, con una media de 5.53 y una desviación típica de 1.90. Con este punto de corte de los 139 ítems cerrados en el cuestionario 1 se pasó a 60, lo cual supone un 44,6% del cuestionario inicial. De los campos abiertos, y tras un análisis por categorías, se obtuvieron cinco nuevos ítems: Aislamiento Social, Test de Disnea Modificada, Hiperfrecuentador, Reingresador, y Polimedicado. Se utilizó esta terminología pues es frecuentemente usada por las EGCC y CE y porque aparecían, en algunas ocasiones, literalmente. La categoría Hiperfrecuentador fue recogida por 6 participantes. Las de Reingresador y Polimedicados, fueron recogida por cinco participantes en cada caso. La de Aislamiento Social y el Test de Disnea modificada, fueron recogidas por tres participantes. El resto de categorías nombradas no pasaron al segundo cuestionario, pues se recogieron en menos de tres participantes. Por lo tanto el segundo cuestionario constó de 65 ítems en total (tabla 2).

CAMPOS	Código	INDICADOR
1.- RESPIRAR NORMALMENTE	1.03	Oxigenoterapia
	1.04	Aerosoles
2.ALIMENTARSE E HIDRATARSE ADECUADAMENTE	2.01	Alimentación / Nutrición Parenteral
	2.03	Dificultad para Beber
	2.04	Dificultad para Deglutir
	2.05	SNG
	2.06	Estomas
3. ELIMINAR POR TODAS LAS VIAS CORPORALES	3.10	Sondaje Vesical Permanente
	3.11	Sondaje Vesical Intermitente
4. MOVERSE Y MANTENER UNA POSTURA ADECUADA.	4.02	Nivel funcional para la actividad / movilidad
	4.04	Pérdida de fuerza
	4.07	Alteraciones Motoras
7.ESCOGER ROPA ADECUADA PARA VESTIRSE Y DESVESTIRSE	5.01	Requiere ayuda para ponerse o quitarse ropa y/o calzado
8. MANTENER LA HIGIENE CORPORAL Y LA INTEGRIDAD DE LA PIEL	8.01	Higiene general
	8.02	Integridad de la Piel
	8.03	Perdida de la continuidad de la Piel
9. EVITAR PELIGROS AMBIENTALES Y LESIONAR A OTRAS PERSONAS	9.02	Vacunado Incorrectamente
	9.03	Nivel de conciencia
	9.04	Nivel de Orientación
	9.05	Dolor
	9.06	Ayudas para disminuir el dolor
	9.07	Higiene Postural
	9.10	Caídas en el último trimestre
	9.11	Quemaduras en el último trimestre
	9.14	Sigue el plan terapéutico farmacológico
	9.15	Sigue el plan de cuidados
	9.16	Refiere Maltrato
	9.17	Sospecha de Maltrato
	9.18	Conductas Violentas
	9.19	Déficit visual y/o auditivo
	9.20	Alteraciones del contenido de la conciencia
	9.21	Alteraciones de la Percepción
10. COMUNICARSE CON LOS DEMAS EXPRESANDO EMOCIONES, NECESIDADES Y OPINIONES	10.05	Quién es su cuidador principal
	10.06	Tiene alguna persona a su cargo
	10.09	Reacción de la familia ante la enfermedad.
	10.10 *	Aislamiento Social.

15. TEST RECOGIDOS EN DIRAYA	15.03	Malt (riesgo de desnutrición)
	15.05	MNA
	15.06	Norton (riesgo de UPP)
	15.07	Barthel
	15.08	Índice de Katz
	15.09	Lawton-Brody (AIVD)
	15.11	Mini examen cognitivo
	15.12	Pfeiffer (estado mental)
	15.13	Test del Informador.
	15.16	Apgar familiar
	15.17	Duke UNK(apoyo al cuidador)
	15.20	Incontinencias (hombres)
	15.21	Incontinencias (mujeres)
	15.24	Riesgo de caídas
	15.25	IEC (índice de esfuerzo)
	15.26 *	Escala de Disnea Modificada
16. AGENTE DE AUTONOMIA (Cuidador)	16.02	Dispone de Otros cuidadores Informales
	16.03	Estresores Primarios
	16.04	Estresores Secundarios
	16.07	Apoyo Familiar
	16.08	Problemas en el entorno familiar
	16.09	Conoce Recursos Sociales
	16.10	Vivienda adecuada a sus necesidades
	16.11	Vivienda con barreras arquitectónicas
	16.12	Riesgo de Accidentes en la vivienda
OTROS .* Ítems extraídos del campo abierto	17.01 *	Hiperfrecuentador
	17.02 *	Reingresador
	17.03 *	Polimedicados

Tabla 2. Segundo Cuestionario.

La mediana de las medianas fue de 8 en el segundo cuestionario, con una media de 7.17 y una desviación típica de 0.89. Con este punto de corte de los 65 ítems del segundo cuestionario se paso a 19, lo cual supone un 29,23% (tabla 3).

CAMPOS	Código	INDICADOR
1.- RESPIRAR NORMALMENTE	1.03	Oxigenoterapia
2.ALIMENTARSE E HIDRATARSE ADECUADAMENTE	2.01	Alimentación / Nutrición Parenteral
	2.03	Dificultad para Beber
	2.04	Dificultad para Deglutir
	2.05	SNG
3. ELIMINAR POR TODAS LAS VIAS CORPORALES	3.10	Sondaje Vesical Permanente
4. MOVERSE Y MANTENER UNA POSTURA ADECUADA.	4.02	Nivel funcional para la actividad / movilidad
8. MANTENER LA HIGIENE CORPORAL Y LA INTEGRIDAD DE LA PIEL	8.02	Integridad de la Piel
	8.03	Perdida de la continuidad de la Piel
9. EVITAR PELIGROS AMBIENTALES Y LESIONAR A OTRAS PERSONAS	9.03	Nivel de conciencia
	9.14	Sigue el plan terapéutico farmacológico
	9.16	Refiere Maltrato
	9.17	Sospecha de Maltrato
10. COMUNICARSE CON LOS DEMAS EXPRESANDO EMOCIONES, NECESIDADES, OPINIONES Y TEMORES	10.05	Quién es su cuidador principal
15. TEST RECOGIDOS EN DIRAYA	15.06	Norton (riesgo de UPP)
	15.07	Barthel
	15.12	Pfeiffer (estado mental)
	15.25	IEC (índice de esfuerzo)
OTROS * Ítems extraídos del campo abierto del cuestionario 1.	17.02	*Reingresador

Tabla 3: Cuestionario Final.

La mediana de las medianas fue de 8,5 en el cuestionario final, con una media de 8.62 y una desviación típica de 0.43. Con este punto de corte de los 19 ítems del cuestionario final pasaron el corte final sólo 9, lo cual supone un 47,37% del cuestionario final. Los indicadores seleccionados para derivar pacientes desde el EUE hacía la EGCC son los reflejados en la tabla 4.

Campos	Código	INDICADOR
1.- Respirar normalmente.	1.03	OXIGENOTERAPIA
2. Alimentarse e hidratarse adecuadamente	2.01	ALIMENTACIÓN / NUTRICIÓN PARENTERAL
8. Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel	8.03	PERDIDA DE LA CONTINUIDAD DE LA PIEL
9. Evitar peligros ambientales y lesionar a otras personas	9.14	SIGUE EL PLAN TERAPÉUTICO FARMACOLÓGICO
10. Comunicarse con los demás expresando emociones, necesidades, opiniones y temores	10.05	QUIEN ES EL CUIDADOR PRINCIPAL
15. Test recogidos en Diraya	15.07	BARTHEL (ABVD)
	15.12	PFEIFFER (ESTADO MENTAL)
	15.25	IEC (ÍNDICE DE ESFUERZO)
17. Otros * Ítems extraídos del campo abierto del cuestionario 1.	17.02 *	REINGRESADOR

Tabla 4. Resultados.

Los puntos de corte de cada cuestionario, determinado por la mediana de las medianas de cada ítem, quedan representados en la figura 2.

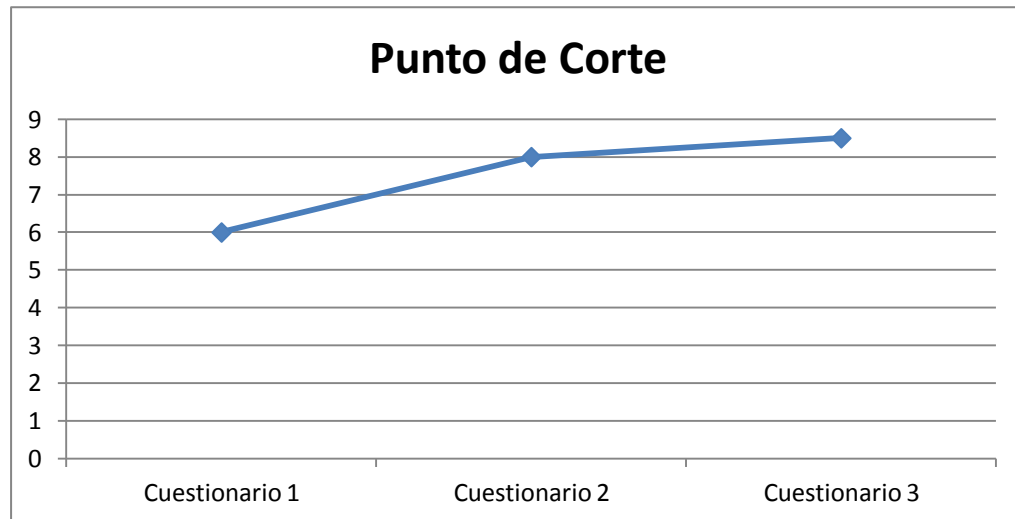


Figura 2: Puntos de Corte.

La evolución en el tamaño de los cuestionarios puede verse en la figura 3.

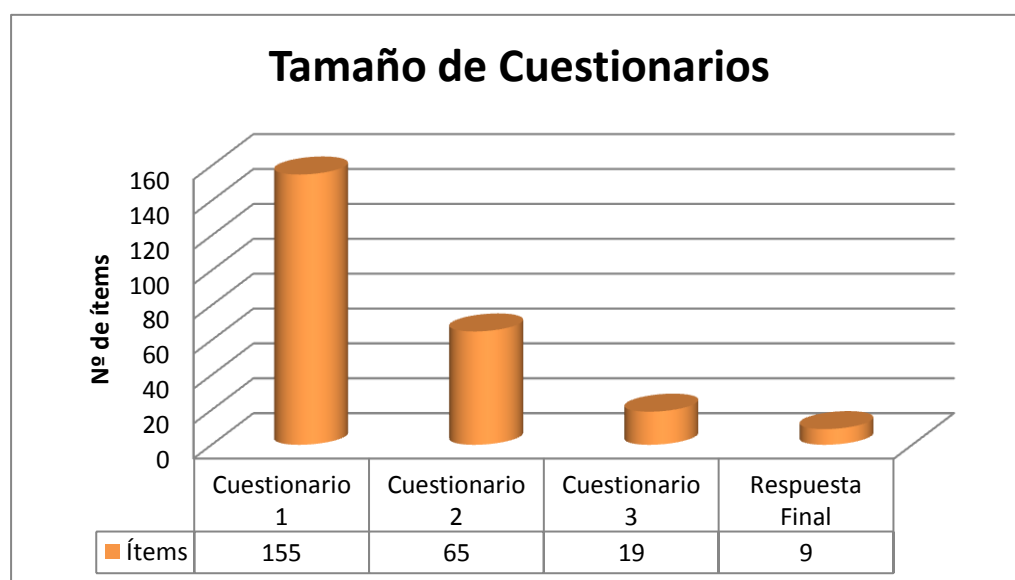


Figura 3: Tamaño de Cuestionarios.

5.6. Discusión.

Los resultados de este estudio nos proporcionaron nueve criterios nucleares para la derivación de pacientes y sus familias desde el EUE a la EGCC. Estos nueve indicadores fueron:

1. Oxigenoterapia.
2. Alimentación/Nutrición Parenteral.
3. Pérdida de Continuidad de la Piel.
4. Sigue el Plan Terapéutico Farmacológico.
5. Quién es el Cuidador Principal.
6. Índice de Barthel.
7. Índice de Pfeiffer.
8. Índice de Esfuerzo del Cuidador.
9. Reingresador.

La Oxigenoterapia es uno de los indicadores más fáciles de utilizar. Está recogida dentro de la necesidad de respirar normalmente de la parrilla de evaluación inicial que utilizan las EGCC y que como ya hemos comentado, ha servido de punto de partida para este estudio. Dentro de esta necesidad, la Oxigenoterapia se encuentra recogida dentro de la medicación prescrita. En esa parrilla de evaluación se recogen dos aspectos dentro de la Oxigenoterapia que son saber si el paciente lo usa correctamente y si ha recibido educación para la salud sobre el tema. Por todo esto, y a tenor de los resultados de este estudio, los EUE deben derivar a las EGCC a aquellos pacientes atendidos que usen oxígeno domiciliario de manera crónica y que fallen en algunos de los dos aspectos recogidos, es decir, paciente con oxígeno domiciliario de uso crónico que no lo usan correctamente o que no han sido educados sobre su uso.

La derivación de estos pacientes permitirá mejorar el manejo de la oxigenoterapia domiciliaria, dado que, como expone Parra et al “la atención en casa del paciente puede ser un instrumento más para mejorar el uso apropiado de la oxigenoterapia domiciliaria en los pacientes que no evolucionan adecuadamente, o en los que no se está seguro de que el tratamiento se realiza de forma correcta”³⁶. Manresa et al va más allá, afirmando que “la creación de la unidad de control de oxigenoterapia ha contribuido a mejorar la indicación de la oxigenoterapia domiciliaria, su cumplimiento y la corrección de la hipoxemia de los pacientes. Esta unidad ha logrado una correcta oxigenoterapia domiciliaria en el 53% de los pacientes, ha contribuido a reducir significativamente la prevalencia de la oxigenoterapia domiciliaria en la zona y ha generalizado la prescripción de oxígeno líquido que mejora la calidad de vida de los pacientes”³⁷.

La Alimentación Parenteral es el segundo de los resultados. El uso de Alimentación Parenteral en el ámbito extrahospitalario es muy poco frecuente³⁸, aunque se observa un ligero incremento en la tasa de prevalencia de nutrición parenteral domiciliaria en España (2,15 pacientes/millón de habitantes)³⁹ y ha cobrado un mayor interés en los últimos años⁴⁰. Al ser uno de los aspectos recogidos en la parrilla de evaluación inicial, fue introducido en los cuestionarios de este estudio. El manejo de la Alimentación Parenteral supone un alto nivel de cuidados tanto cuantitativa como cualitativamente, por lo que se considera de suma importancia que el personal del equipo de salud que se ve involucrado en la atención del paciente tenga los conocimientos y las habilidades suficientes para desarrollar el trabajo que le corresponde. Tanto el personal que prepara las mezclas, como el personal que las administra deben de estar capacitados para realizar

bien las técnicas y deben de tener pericia para reconocer las complicaciones que se pueden presentar⁴¹. En definitiva, a pesar de ser poco frecuente los EUE deben derivar a las EGCC a los pacientes y sus familias que usen alimentación parenteral a nivel extrahospitalario para que la enfermera de comunitaria les aporte la ayuda necesaria para poder desarrollar adecuadamente estos cuidados.

La Pérdida de Continuidad de la Piel está recogida dentro de la necesidad de mantener la higiene corporal y la integridad de la piel, que está compuesta por los siguientes aspectos:

- Úlcera por presión.
- Quirúrgicas.
- Traumatismos.
- Quemaduras.
- Cortes.
- Cateterismos, drenaje, estomas.
- Valoración de los pies.

Por lo tanto, teniendo en cuenta los resultados de este estudio, los EUE deben derivar a las EGCC a los pacientes que tenga una pérdida de la continuidad de la piel por alguno de los aspectos señalados.

Otro criterio muy relacionado con la Pérdida de Continuidad de la Piel era el Índice de Norton, que valora el riesgo de úlceras por presión. Superó los cortes hasta el tercer cuestionario pero no obtuvo suficiente puntuación para entrar en los resultados finales. Esto quizá sea debido a que las EGCC han preferido centrarse en un indicador más sensible a todas las alteraciones de la continuidad de la piel. Esto

concuerta con el estudio de Ustrell-Olaria donde al proponerse averiguar la prevalencia de heridas de la piel en los pacientes de atención domiciliaria se decidió tener en cuenta únicamente las heridas más frecuentes⁴². Sin embargo, no fue posible analizar las heridas quirúrgicas, a pesar de que se trata de heridas habituales en los cuidados a domicilio, como constata el estudio de Pina⁴³.

Incluir la pérdida de continuidad de la piel como un indicador para la derivación de pacientes concuerda con el estudio de Jurado-Campos, donde la mayor parte de los casos de derivación desde el nivel hospitalario a la EGCC eran para la continuidad de la curas⁴⁴ y con el de Castillo Gómez, que en un análisis sobre continuidad de cuidados establece que dentro del perfil típico de derivación se incluye los pacientes con úlcera por presión o herida quirúrgica⁴⁵.

El Seguimiento del Plan Terapéutico Farmacológico está recogido dentro de la necesidad evitar peligros ambientales y lesionar a otras personas. Lo único que se valora es si el paciente y sus cuidadores siguen el plan farmacológico. Si esto no se da, podemos estar ante algunos diagnósticos de enfermería como el manejo inefectivo del régimen terapéutico individual y familiar, incumplimiento del tratamiento, conocimientos deficientes u otros. Pero utilizar este indicador claro y dicotómico, aumenta la sensibilidad, y se podría derivar a pacientes con este problema para que luego la EGCC y la enfermera comunitaria confirmen y traten el problema concreto que se dé en cada caso. Destacar que otro indicador como el seguimiento del plan de cuidados llegó hasta el segundo cuestionario pero no pasó al tercero quizás por ser demasiado ambiguo. Por su parte, el indicador polimedicados, que surgió de los campos abiertos del primer cuestionario, fue recogido en el segundo

cuestionario, pero no paso el corte. Por lo tanto y en función de los resultados de este estudio los EUE deben derivar a las EGCC a los pacientes y familias que no sigan el Plan Terapéutico Farmacológico.

La utilización de este indicador es clave para el proceso de derivación estudiado (posteriormente fue de los más utilizados) puesto que la adherencia terapéutica tras el alta de pacientes mayores de 65 años es muy baja, como destacó Castellano Muñoz en su estudio, donde encontró que sólo el 8.6% de estos pacientes realizaba correctamente el tratamiento, y ninguno fue adherente cuando se habían prescrito más de 5 medicamentos, en su mayoría por exceso, pues el 67% tomaba más de lo prescrito⁴⁶. Las causas más frecuentes identificadas por los pacientes para no tomar correctamente la medicación fueron el olvido y la falta de conocimientos. Resultados similares avalan la falta de adherencia al tratamiento de personas mayores pluripatológicas y polimedicadas⁴⁷.

El siguiente indicador, ¿Quién es el Cuidador Principal?, recogido dentro de la necesidad de comunicarse con los demás, recoge los siguientes aspectos:

- Familia.
- Amigos o vecinos.
- Profesional
- Institución.
- Nadie.
- Su cuidador no proporciona apoyo, consuelo, ayuda y estímulo suficiente y efectivo.

En función de estos datos los EUE deben derivar a la EGCC a aquellos pacientes con necesidades de cuidados y que nadie los preste o bien no sean suficientes, y en el caso de que sean derivados por otros criterios, deberemos identificar al agente de autonomía asistida o cuidador.

Datos publicados en la Revista Española de Salud Pública destacan que el 7,5% de las personas mayores que necesitan cuidado no lo reciben. De quiénes lo reciben, el 89,4% recibe cuidado informal, el 14,8% servicios privados y el 8,1% servicios públicos. Cuidado formal e informal se combinan en el 11,9% de los casos⁴⁸.

El Índice de Barthel es un test de autonomía para las actividades de la vida diaria. Se trata de un cuestionario heteroadministrado con 10 ítems con respuestas tipo likert. El rango de posibles valores del índice de Barthel está entre 0 y 100, con intervalos de 5 puntos. A menor puntuación más dependencia y a mayor puntuación más independencia (Anexo 2, página 173). Los puntos de corte sugeridos por algunos autores para facilitar la interpretación son⁴⁹:

- 0-20 dependencia total.
- 21-60 dependencia severa.
- 61-90 dependencia moderada.
- 91-99 dependencia escasa.
- 100 independencia.

El Índice de Barthel aporta información tanto a partir de la puntuación global como de cada una de las puntuaciones parciales para cada actividad. Esto ayuda a conocer mejor cuáles son las deficiencias específicas de la persona y facilita la valoración de su evolución temporal⁵⁰.

Este índice es muy utilizado y está ampliamente validado para la valoración de las actividades básicas de la vida diaria. El uso de instrumentos estandarizados para la valoración geriátrica integral nos permite detectar de manera rápida el estado del anciano en su globalidad⁵¹. Aunque en la mayor parte de la bibliografía consultada se utiliza para personas de más de 65 años, es un índice válido para cualquier adulto con dependencia⁵². Los pacientes con un bajo Índice de Barthel son pacientes que requieren muchos cuidados, como recoge Morente Bernal en su estudio donde el grupo que más ha solicitado el informe de Ley de Dependencia es el de pacientes de más de 65 años en el cual el grado de dependencia prevalente es el moderado (Barthel 80)⁵³.

Además la prevalencia de pacientes con alto grado de dependencia en la población atendida a nivel domiciliario es alta, como refleja Ballester Rubio en su estudio, donde el 21,8% de los pacientes en atención domiciliaria de un área básica de salud presentaban dependencia severa o total según la escala de Barthel⁵⁴.

Las EGCC han seleccionado este test como indicador de derivación, pero no han determinado el punto de corte. Teniendo en cuenta los puntos de corte para este test y por consenso de expertos, tras una reunión con las directoras de distrito, se ha considerado que los EUE deben derivar a las EGCC todos los pacientes con un Índice de Barthel menor o igual a 60.

El Índice de Pfeiffer es un test de cribado de deterioro cognitivo. Este cuestionario explora la memoria a corto y largo plazo, la orientación, la información sobre los hechos cotidianos y la capacidad de cálculo. Se trata de un cuestionario heteroadministrado

que consta de 10 ítems. La adaptación española del Short Portable Mental Status Questionnaire de Pfeiffer (SPMSQ-VE), ha demostrado ser un instrumento útil sencillo y fiable para el cribado del deterioro cognitivo en población anciana dado el escaso tiempo del que se dispone en atención primaria y la elevada tasa de analfabetismo de este tipo de población en España⁵³. Su rendimiento como prueba de despistaje es muy similar al de otros cuestionarios muy extendidos, con la ventaja de ser de más fácil y rápida aplicación. El punto de corte que podría ser recomendado sería de 3 o más errores, en el caso de personas que al menos sepan leer y escribir y de 4 o más para los analfabetos⁵⁵.

Teniendo en cuenta estos criterios, los EUE deben derivar a los a las EGCC a todos aquellos pacientes con 3 o más errores, si no saben leer, o 4 o más errores si saben leer en el Índice de Pfeiffer (Anexo 3, página 175).

En los pacientes pluripatológicos en atención primaria se han detectado niveles importantes de deterioro cognitivo (20% con deterioro cognitivo moderado o importante medidos con el índice de Pfeiffer). Al comparar los pacientes pluripatológicos con deterioro cognitivo con aquéllos que no lo presentan se observa la especial fragilidad clínica que presenta este subgrupo pues van acompañados de un mayor deterioro funcional y un peor soporte sociofamiliar, lo que determina una mayor necesidad de cuidados sociosanitarios⁵⁶. Investigaciones como ésta ponen en evidencia la relación entre el grado de deterioro funcional y cognitivo de los pacientes pluripatológicos con su mortalidad y necesidad de uso de servicios. Todo ello resalta la importancia de una valoración integral que incluya no sólo los aspectos clínicos sino también los funcionales, mentales y

sociales. Aunque en la evaluación integral de los pacientes pluripatológicos podrían participar los distintos niveles asistenciales, desde atención primaria se puede realizar con mayor facilidad la selección de los pacientes susceptibles de beneficiarse de ella. Algunos estudios han mostrado que la realización de una evaluación global es eficaz en términos de mejora de la supervivencia, el estado funcional y la calidad de vida⁵⁷. Por todo lo expuesto, la detección de estos pacientes por el EUE y posterior derivación a la EGCC contribuiría a la mejora de la supervivencia y calidad de vida de estos pacientes.

El Índice de Esfuerzo del Cuidador (IEC), es una entrevista semiestructurada que consta de 13 ítems con respuesta dicotómica verdadero – falso. Cada respuesta afirmativa puntúa 1. Una puntuación total de 7 o más sugiere un nivel elevado de esfuerzo del cuidador. En el momento de aplicarlo el profesional debe informar al cuidador, explicando las siguientes instrucciones: “voy a leer una lista de cosas que han sido problemáticas para otras personas al atender a pacientes que han regresado a casa tras una estancia en el hospital ¿puede decirme si alguna de ellas se puede aplicar a su caso?” (Anexo 4, página 177).

El IEC es un instrumento de fácil administración por su brevedad y presenta su mejor utilidad en el cribado del sobreesfuerzo percibido por el cuidador. Además, este esfuerzo se relaciona directamente con la salud emocional de los cuidadores. Estas características hacen que la administración de este índice pase a convertirse en un requisito imprescindible para la valoración clínica de los cuidadores de pacientes con necesidad de cuidados en el domicilio⁵⁸.

El perfil de la persona que cuida a pacientes mayores y/o con alguna dependencia, en Andalucía, es una mujer en la mayoría de los casos, hija o cónyuge del paciente, de mediana edad y que convive con el paciente. La mayoría siente que no recibe ayuda externa para el cuidado y la mitad no conocía a la EGCC¹.

Por su parte, en el estudio de Izquierdo Carrasco, las cuidadoras no se sienten valoradas por ellas mismas, se ven con una alta carga de ansiedad, no están satisfechas con el apoyo de la sociedad ni de su misma familia. Abrumadoramente piensan que no disponen de tiempo libre y no están satisfechas con su ocio⁵⁹.

Las enfermeras están en una posición óptima para prestar este tipo de apoyo a los cuidadores informales de personas con dependencia, enseñando estrategias para poder enfrentarse a las situaciones que viven día a día, además de ser las responsables del buen funcionamiento de los cuidados a las personas discapacitadas en el seno de la familia y que la carga sea asumida por la familia con la menor repercusión negativa posible⁶⁰.

El EUE debería detectar a cuidadores con alto esfuerzo del cuidador. Este índice es un instrumento validado y fácil de utilizar, lo cual permitiría la derivación a la EGCC, y desde atención primaria trabajar con ellas para mejorar su situación. Teniendo en cuenta los resultados de este estudio y la aplicación del test, los EUE deben derivar a las EGCC a todos los pacientes con una puntuación igual o superior a 7 en el IEC.

El último indicador obtenido en este estudio es el de Reingresador. Dicho indicador se introdujo en el cuestionario 2 a partir de los comentarios realizados por los participantes en el estudio, en los campos abiertos del cuestionario 1 y posteriormente superó los puntos de corte de los siguientes cuestionarios. Atendiendo a los comentarios de los participantes, se entiende por paciente reingresador aquel que cumple alguno de los siguientes criterios:

- Persona que haya tenido más de 3 ingresos hospitalarios no programados en los últimos 6 meses, por descompensación de sus patologías crónicas.
- Persona con ingreso no programado en el último mes por la misma causa.
- Persona con revisiones programadas en 3 o más especialidades médicas.

Teniendo en cuenta los resultados de este estudio y los criterios definidos para este indicador, los EE deben de derivar a las EGCC a todos los pacientes considerados como Reingresadores.

Es interesante destacar que un ítem no recogido en la parrilla de evaluación inicial haya llegado a formar parte de las conclusiones, lo cual avala la potencia del estudio, al recoger este indicador de las opiniones vertidas en el cuestionario 1.

En resumen, atendiendo a los resultados de este estudio, los criterios de derivación de pacientes y su familia desde el EE a la EGCC son los siguientes:

- Pacientes con oxígeno domiciliario de uso crónico, que no lo usan correctamente o que no han sido educados sobre su uso.
- Pacientes y sus familias que usen alimentación parenteral a nivel extrahospitalario.
- Pacientes que tenga una pérdida de la continuidad de la piel por alguno de los aspectos señalados.
- Pacientes y familias que no sigan el plan terapéutico farmacológico.
- Pacientes con necesidades de cuidados y que nadie los preste o bien no sean suficientes, y en el caso de que sean derivados por otros criterios, deberemos identificar al agente de autonomía asistida o cuidador.
- Pacientes con un índice de Barthel menor o igual a 60.
- Pacientes con 3 o más errores, si no saben leer, o 4 o más errores si saben leer en el Índice de Pfeiffer.
- Pacientes con una puntuación igual o superior a 7 en el Índice de Esfuerzo del Cuidador.
- Pacientes considerados como reingresadores.

5.7. Conclusiones.

De los 139 ítems cerrados más los 16 abiertos que componían el cuestionario 1, solo han llegado a los resultados 9 de ellos. Esto permitirá una derivación de pacientes y familias desde la EUE a la EGCC muy específica, avalado además por la alta puntuación de corte que han tenido que obtener para llegar a formar parte de los resultados.

Varios de estos criterios se centran sobre situaciones en la que la complejidad de los cuidados requiere ayuda y supervisión por parte de la EGCC y la enfermera comunitaria, como es el caso de la oxigenoterapia, alimentación parenteral, integridad de la piel y el seguimiento del plan farmacológico.

Otros criterios nos destacan aspectos generales del paciente como el Índice de Barthel y el Índice de Pfeiffer, que nos darán una idea de la capacidad de autocuidados del paciente.

Es importante que este estudio haya vuelto a destacar que los EUE no deben centrarse sólo en el paciente, si no que deben valorar también al cuidador, como pieza clave del proceso, utilizando la identificación del cuidador principal y el IEC como criterios de derivación.

Destacar que algunos de estos criterios son índices validados y muy utilizados, como el Índice de Barthel, Índice de Pfeiffer y el IEC, lo cual permitirá medir estos aspectos objetivamente y ayudará a homogeneizar las derivaciones.

El último de los resultados obtenidos, es el de reingresador. Es importante tener en cuenta este criterio como indicador de la relación del paciente y su familia con el Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA), y las EGCC como coordinadoras de esta relación ha destacado este criterio como uno más a tener en cuenta para la derivación desde la EUE.

La utilización de estos criterios, obtenidos como resultado de este estudio, facilitó la derivación de pacientes y familias desde la EUE a la EGCC.

6. DESARROLLO E IMPLANTACIÓN DEL PROTOCOLO.

6.1. Introducción.

La determinación de los criterios que debe cumplir un paciente o familia para ser derivado desde el EUE a la EGCC, a través de la técnica Delphi de consenso de expertos, por parte de las profesionales receptoras de la información permitió adaptarlos a su cartera de servicios⁶¹.

Partiendo de este trabajo previo, se desarrolló la segunda fase del proyecto con para desarrollar e implantar un protocolo de comunicación entre los EUE y las EGCC y facilitar dicha comunicación. Este procedimiento se elaboró tras múltiples reuniones inter-niveles en la que participaron profesionales asistenciales y de gestión del servicio provincial de Huelva de la EPES y de los distritos de Atención Primaria Huelva-Costa y Condado-Campiña de la provincia de Huelva. En esta fase no participó el Área de Gestión Sanitaria Norte de Huelva, pues se encontraban un periodo de reestructuración organizacional y de personal.

El protocolo podía ser utilizado por:

- Todos los enfermeros/as de emergencias del Servicio Provincial de Huelva de la EPES
- Todos los enfermeros/as de los Dispositivos de Cuidados Críticos y Urgencias (DCCU) de los distritos de atención primaria Huelva – Costa y Condado – Campiña.
- Todos las EGCC de los distritos de atención primaria Huelva – Costa y Condado – Campiña.

El protocolo de comunicación entre el EUE y la EGCC se estableció en dos direcciones de comunicación:

- Desde el EUE a la EGCC.
- Desde la EGCC al EUE.

6.2. Objetivos.

Este protocolo de comunicación se planteó como una comunicación bidireccional, estableciendo como objetivos general:

- Implantar un protocolo de comunicación entre los EUE y las EGCC y facilitar dicha comunicación.

Y los siguientes objetivos específicos:

- Facilitar la derivación de pacientes desde el EUE que cumplan alguno de los criterios establecidos, a la EGCC para que gestione las intervenciones necesarias con estos usuarios.
- Facilitar la comunicación de información de pacientes susceptibles de ser atendidos por los EUE desde la EGCC a la sala de Coordinación de Urgencias y Emergencias de la EPES, para que pueda estar disponible cuando el usuario sea atendido por estos servicios.

6.3. Metodología para la Derivación.

6.3.1. Desde el EUE a la EGCC.

Se establecieron 10 criterios de derivación de pacientes desde el EUE a la EGCC. De la Fase 1 se obtuvieron 9 criterios y el décimo se añadió por consenso de expertos en reuniones inter-niveles en la que participaron profesionales asistenciales y de gestión de los diferentes servicios implicados en este procedimiento. Los criterios de derivación fueron los siguientes:

- Pacientes con oxígeno domiciliario de uso crónico, que no lo usan correctamente o que no han sido educados sobre su uso.
- Pacientes que usen alimentación parenteral a nivel extrahospitalario.
- Pacientes que tenga una pérdida de la continuidad de la piel por alguno de estas causas, y que requieran seguimiento desde atención primaria de salud: Úlceras por presión; Quirúrgicas; Traumatismos; Quemaduras; Cortes; Cateterismo; Drenajes; Estomas; Alteraciones de los pies.
- Pacientes y familias que no sigan el plan terapéutico farmacológico.
- Pacientes con necesidades de cuidados y que nadie los preste o bien no sean suficientes.
- Pacientes con un índice de Barthel menor de 60.
- Pacientes con 3 o más errores, si no saben leer, o 4 o más errores si saben leer en el test de Pfeiffer.
- Pacientes con una puntuación igual o superior a 7 en el índice de esfuerzo del cuidador.

- Pacientes considerados como reingresadores.
- Pacientes con mal manejo del dolor crónico.

Los EUE podían derivar a aquellos pacientes y sus familias que al ser atendidos cumplan al menos con uno de los criterios establecidos. Podían derivar tanto a pacientes no filiados por las EGCC como a pacientes que ya estaban siendo seguidos desde atención primaria. De esta manera la EGCC ponía en conocimiento de la Enfermera de Familia los cambios en la situación y los eventos importantes que acontezcan a estos pacientes.

Para el proceso de derivación se elaboró una herramienta informática denominada ENLA, que estaba disponible en los ordenadores de todos los profesionales que podían utilizar este procedimiento. Esta herramienta cumplía con las exigencias de la Ley Orgánica de Protección de Datos⁶².

En el momento que un EUE quería derivar un paciente, tanto desde EPES como desde los DCCU, accedía a la herramienta con su usuario y clave de acceso personal. Tras cumplimentar los datos de filiación del paciente, marcaba el/los criterios de derivación que consideraba oportunos y cumplimentaba el campo observaciones, con aquellas anotaciones que consideraba necesarias transmitir a la EGCC.

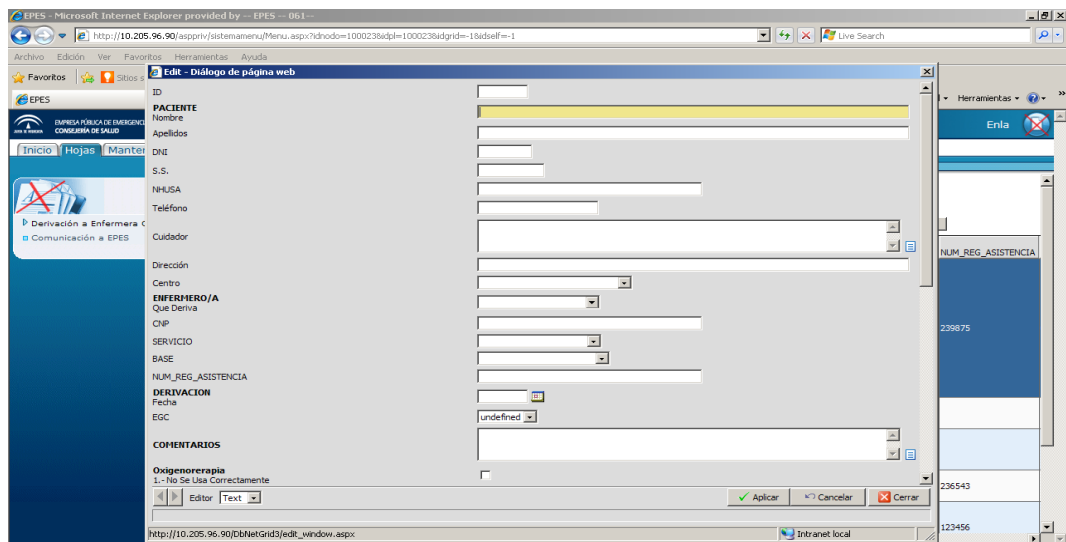


Figura 4. Herramienta de Derivación 1.

Para saber cuál era la EGCC a la que se tenía que derivar el paciente y su familia, el EUE sólo tenía que marcar el centro de salud o consultorio al que acude el usuario. La base de datos asignaba directamente la EGCC que correspondía a ese paciente.

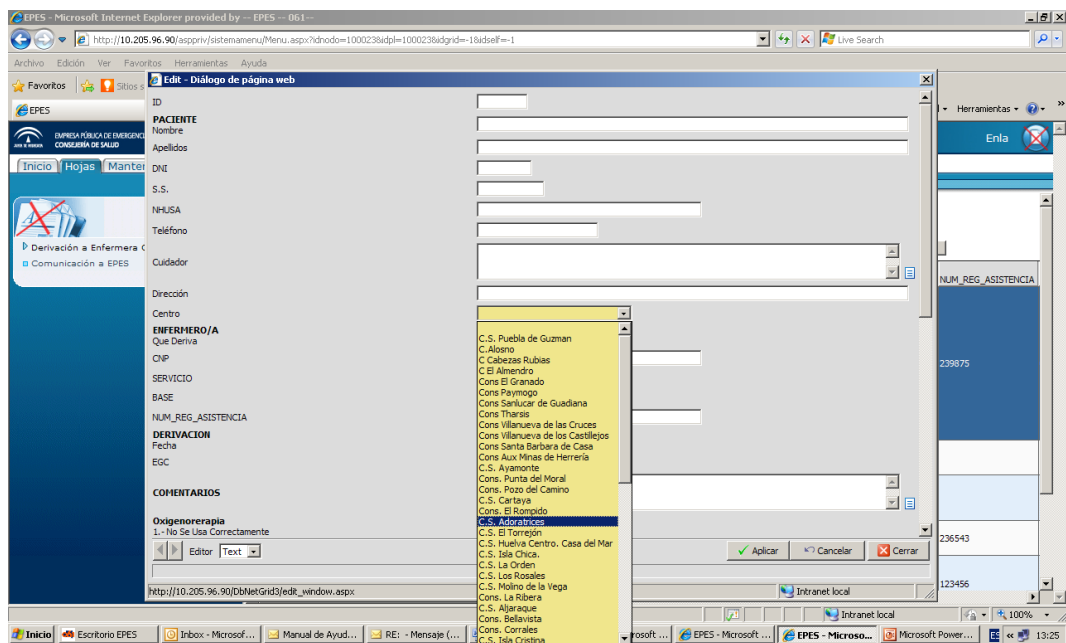


Figura 5. Selección de Centro de Salud o Consultorio.

Una vez cumplimentado todos los campos en la base de datos y tras pulsar sobre el botón aplicar, la herramienta volcaba todos los datos sobre la Hoja de Derivación de Pacientes desde DCCU/061 a la EGCC (figura 6).

Pulsando el botón enviar por correo, la herramienta enviaba un correo con la Hoja de Derivación de Pacientes, a la EGCC correspondiente y al EUE que había derivado. De esta manera ambos profesionales podrían seguir comunicándose para que la EGCC pudiera demandar más información o transmitir las intervenciones aplicadas desde atención primaria al EUE.

HOJA DE DERIVACIÓN DE PACIENTES			
DESDE DCCU/061 A LA ENFERMERA GESTORA DE CASOS.			
Datos del Paciente – Familia			
Nombre:		Apellidos:	
DNI:		Nº SS:	
NHUSA:		Teléfono:	
Cuidador			
Dirección:			
ZBS:			
Datos del Enfermero/a que Deriva			
Nombre:		Apellidos:	
CNP		Servicio:	
Correo Electrónico:			
Base Asistencial:			
Nº de Hº Registro de la Asistencia:			
Datos de la Derivación			
Fecha de Derivación:			
EGCC a la que se deriva:			
Correo Electrónico:			
Criterio de Derivación:	1. Oxigenoterapia. 1.1. No lo usa correctamente. 1.2. No ha recibido educación para su uso. 2. Alimentación Parenteral a nivel domiciliario. 3. Pérdida de la continuidad de la piel por: 3.1. Úlcera por presión. 3.2. Quirúrgicas. 3.3. Traumatismos. 3.4. Quemaduras. 3.5. Cortes. 3.6. Cateterismos, drenaje, estomas. 3.7. Alteración de los pies. 4. Pacientes y familias que no sigan el plan terapéutico farmacológico. 5. Cuidador principal: 5.1. Familia. 5.2. Amigos o vecinos. 5.3. Profesional 5.4. Institución. 5.5. Nadie. 5.6. Su cuidador no proporciona apoyo, ayuda y estímulo suficiente y efectivo 6. Pacientes con un índice de Barthel menor de 60. 7. Pacientes con 4 o más errores en el test de Pfeiffer. 8. Pacientes con 7 o más puntos en el Índice de Esfuerzo del Cuidador. 9. Pacientes Reingresadores. 10. Pacientes con mal manejo del dolor crónico.		
Comentarios			

Figura 6. Hoja de Derivación de Pacientes.

En la propia herramienta existía un manual de ayuda, que explicaba, paso a paso la utilización de la misma. Además, este manual se envió por correo electrónico a todos los profesionales que podía utilizarlo (Anexo 5, página 179).

6.3.2. Desde la EGCC al EUE.

El incremento de la expectativa de vida y la precocidad en las altas hospitalarias hace necesario un reajuste o un cambio de modelo en la cartera de servicios⁶³. Por ello se ha detectado la necesidad de que desde atención primaria de salud se transmita información a los Servicios de Urgencias y Emergencias de este tipo de pacientes.

Esta vía de comunicación está pensada para que las EGCC transmitan información de aquellos pacientes que son susceptibles de ser atendidos por los equipos de urgencias y emergencias y que tienen algunas de necesidades de cuidados especiales.

Para ello las EGCC disponían de acceso a la misma herramienta ENLA, con las mismas condiciones que los EUE. Una vez en la herramienta, tras registrar los datos de filiación del paciente, disponían de cuatro campos abiertos (Antecedentes Personales, Tratamiento Farmacológico, Cuidados Especiales y Observaciones). Tras su cumplimentación, pulsando aplicar y enviar por correo, la herramienta ENLA volcará en la Hoja de Comunicación de Información desde la Enfermera Gestora de Casos a EPES (figura 7), y enviaba a un responsable de EPES esta hoja para que sea volcada sobre la base de datos SIEPES (Sistema de Información de la Empresa Pública de Emergencias Sanitarias) con la que se gestionan desde la sala de

Coordinación de Urgencias y Emergencias todas las urgencias y emergencias de la provincia de Huelva.

De esta forma, cuando el usuario o la familia demanden asistencia a los servicios de urgencias y emergencias, desde la sala de coordinación tendrán acceso automático a esta información y será transmitida al equipo asistencial que atienda el usuario.

HOJA DE COMUNICACIÓN DE INFORMACION DESDE LA ENFERMERA GESTORA DE CASOS A EPES.			
Datos del Paciente – Familia			
Nombre:		Apellidos:	
DNI:		Nº SS:	
NHUSA:		Teléfono:	
Cuidador			
Dirección:			
ZBS:			
Datos de la EGC que Deriva			
Nombre:		Apellidos:	
CNP		ZBS:	
Correo Electrónico:			
Datos de la Derivación			
Fecha de Derivación:			
Antecedentes:			
Tratamiento Farmacológico			
Cuidados Especiales:			
Otros Comentarios			

Figura 7. Hoja de Comunicación de Información desde la EGCC a EPES.

6.4. Puesta en Marcha y Explotación.

El protocolo de comunicación entre el EUE y la EGCC se puso en funcionamiento en el servicio provincial de Huelva de la EPES y en los distritos de atención primaria Huelva-Costa y Condado-Campaña desde el 1 de Junio de 2012.

Previamente a la puesta en marcha del mismo, se realizaron múltiples pruebas para comprobar el correcto funcionamiento de la herramienta ENLA.

También se celebraron diferentes sesiones de presentación a los profesionales que iban a usar la herramienta, en la que se explicaba el objetivo del protocolo y la forma de uso de la herramienta, además de recoger las aportaciones de los diferentes profesionales para mejorar el procedimiento y la herramienta ENLA.

Para analizar el correcto funcionamiento del protocolo, se programó un estudio cuantitativo para analizar los criterios de derivación utilizados y un análisis cualitativo, a través de un grupo focal, compuesto por los diferentes profesionales que participaron en este protocolo. Se analizaron las fortalezas y debilidades del mismo, y se plantearon propuestas de mejora.

Además del análisis del funcionamiento, se mantuvo una vigilancia continua del funcionamiento del mismo y se recogieron las incidencias y propuestas de mejora que partieron de los profesionales que usaron el protocolo.

El funcionamiento detallado de la herramienta se puede leer en el Anexo 5.

6.5. Conclusiones.

Este protocolo fue una herramienta que pudo facilitar la comunicación entre los enfermeros de Urgencias y Emergencias (EUE) y las Enfermeras Gestoras de Casos Comunitarias. (EGCC), para conectar dos extremos del Sistema Sanitario Público Andaluz y con ello mejorar la continuidad asistencial, entendida como el grado de coherencia y unión de las experiencias en la atención que percibe el paciente a lo largo del tiempo.

7. ANÁLISIS CUALITATIVO DEL ESTADO DEL PROTOCOLO.

7.1 Introducción.

Después de la puesta en marcha de este protocolo, se desarrolló un análisis del estado del mismo mediante la técnica de grupo focal, en la que han participado representantes de los tres grupos de profesionales que pueden utilizar en este procedimiento, donde se analizaron las fortalezas y debilidades del mismo, y se desarrollaron propuestas de mejora.

La puesta en marcha y desarrollo de un nuevo protocolo, debe ser dinámica, permitiendo corregir aquellos errores de programación y adaptarse a las nuevas realidades y necesidades no tenidas en cuenta por los desarrolladores del mismo. Tener en cuenta la opinión de los profesionales que día a día habían trabajado con este protocolo, permitió mejorarlo y hacerlo más pragmático.

Se ha utilizado esta técnica pues el grupo focal permite la interacción entre los participantes, ofrece flexibilidad para explorar nuevos temas no contemplados previamente y respeta las opiniones de los participantes. Además permite conocer qué piensan los participantes y por qué piensan de esa manera⁶⁴. Por todas estas razones, se ha considerado la técnica de grupo focal como la más adecuada para este análisis.

7.2 Objetivos.

Este grupo focal se planteó con el siguiente objetivo general:

- Analizar la opinión de los profesionales sobre el protocolo de comunicación.

Y con los siguientes objetivos específicos:

- Analizar los criterios utilizados para la derivación de pacientes desde los Enfermeros de Urgencias y Emergencias hacia la Enfermera Gestora de Casos Comunitaria.
- Analizar el funcionamiento de la herramienta de derivación ENLA.
- Determinar criterios de derivación de pacientes desde la Enfermera Gestora de Casos Comunitaria a la sala de Coordinación de Urgencias y Emergencias.
- Recoger todas las sugerencias y propuestas de los profesionales que utilizan este protocolo para mejorar su funcionamiento.

7.3. Sujetos y Métodos.

En este grupo focal participaron profesionales de los tres grupos que pueden utilizar este procedimiento.

Por parte de los DCCU de los distritos de atención primaria participaron las coordinadoras de enfermería de ambos servicios, que además de su labor de gestión tenían actividad asistencial directa.

Participaron 4 EGCC, 2 del distrito de atención primaria Huelva-Costa y 2 del Condado Campiña.

Por parte de la EPES participaron 3 enfermeros/as del servicio provincial de Huelva.

La sesión fue inaugurada por la coordinadora de cuidados de los dos distritos implicados y por el director del servicio provincial de Huelva de la EPES. Estos profesionales no participaron en el desarrollo del grupo focal.

Tras la presentación, el investigador principal de este estudio, hizo una breve exposición del desarrollo y estado actual del protocolo, exponiendo un breve análisis cuantitativo del mismo y procedió a dirigir y moderar este grupo focal, lanzando las preguntas destinadas a alcanzar los objetivos planteados.

El grupo focal se desarrolló en las instalaciones del servicio provincial de Huelva de la EPES, el día 28 de Mayo de 2013, de 11:30 a 13:00. El desarrollo del mismo fue grabado en audio, previo consentimiento de todos los asistentes.

Para el desarrollo del grupo focal se elaboró un guión que respondía a las siguientes preguntas:

- ¿Qué opináis de los criterios utilizados para la derivación de pacientes desde los EUE y la EGCC?
- ¿Qué opináis del funcionamiento de la herramienta de derivación ENLA? ¿Qué puntos modificaríais?
- ¿Qué criterios de derivación de pacientes desde la EGCC a la sala de coordinación de urgencias y emergencias podemos utilizar?

Al finalizar la sesión, se agradeció la asistencia a los participantes, se expuso un resumen de lo expresado y el moderador se comprometió a enviar un informe a todos los participantes en el grupo.

Para el análisis de la información se procedió a transcribirla. Tras la lectura inicial, para tener una visión general, se procedió a estructurarla según los objetivos planteados, incluyendo la información en cada una de las categorías que fueron surgiendo durante el desarrollo del grupo. Este análisis se realizó por separado por parte del investigador principal y moderador del grupo y por el director de la tesis. Tras la revisión por pares se consensuaron los resultados de esta actividad.

7.4. Resultados.

Respectos a la opinión sobre los criterios de derivación utilizados hasta el momento se pone de manifiesto:

- “...yo no modificaría los criterios de derivación utilizados hasta que no contemos con un mayor volumen de pacientes derivados.”
- “... para los enfermeros gestores es fundamental conocer cuál es el motivo que ha generado la asistencia por parte de urgencias o emergencias. Además de conocer cuál es el criterio por el que nos derivan al paciente, debemos conocer qué ha ocasionado la asistencia de ese paciente”.... Este punto contó con el respaldo de todas las EGCC presentes en el grupo y con el del resto de profesionales.

- *“....en mi experiencia, muchas de las derivaciones son por problemas sociales más que por problemas clínicos. Creo que podíamos dividir los criterios en aspectos clínicos y aspectos sociales”.*
- *“.... quizás podíamos vincular los criterios de derivación con los criterios del vulnerabilidad que se recogen en otros documentos....”*

Sobre el funcionamiento de la herramienta de derivación ENLA y del protocolo en general se pone de manifiesto:

- *“....a los enfermeros de emergencias, nos gustaría conocer cuál es el seguimiento que las enfermeras gestoras de casos hacen de esos pacientes. En ocasiones no recibimos un feedback confirmando que el caso ha sido recibido y además nos gustaría saber qué ocurre con ese paciente”*
- *“...creo que debíamos conocer, en el momento de derivar a un paciente, si este ya ha sido derivado por otro compañero, y cuál ha sido el motivo de derivación, para tenerlo en cuenta a la hora de derivarlo...”*
- *“... podemos incluir a las enfermeras gestoras de casos hospitalarias en este protocolo, de manera que cuando un equipo de emergencias traslade a un paciente de riesgo al hospital, el enfermero de emergencias pueda derivar ese paciente a la enfermera gestora de casos hospitalaria y que ella haga el seguimiento, para que antes del alta, nos envíe el caso a la enfermera gestora de casos comunitaria. O mejor aún, el enfermero de emergencias podría derivarlo a la vez a la enfermera hospitalaria y comunitaria.”*

- *“.....se debe valorar la posibilidad de utilizar la herramienta de Telecontinuidad de Salud Responde para este protocolo....”*
- *“....para solucionar el problema informático de la herramienta en el distrito, los enfermeros de los dispositivos de cuidados críticos y urgencias y las enfermeras gestoras de casos, podrían grabar los casos en la base de datos. La coordinadora del distrito se encargaría cada mañana de proceder al envío de la información.....o bien que la herramienta genere un pdf que permita la opción de generar PDF y adjuntar a Outlook”*

A la hora de buscar criterios de derivación de pacientes desde la enfermera gestora de casos comunitaria a la sala de coordinación de urgencias y emergencias se puso de manifiesto.

- *“....es necesario establecer unos criterios de derivación de pacientes desde las enfermeras gestoras hacia EPES para que podáis volcar esa información en vuestra base de datos y tenerla disponible en el momento de la asistencia...”*
- *“.... yo no conocía que podíamos enviaros información, hay veces que no conocemos todas la herramientas informáticas que tenemos disponibles.”*
- *“.... lo mismo que los criterios de derivación a la enfermera gestora de casos los hemos decidido nosotros, los criterios de derivación a EPES, los debéis decidir ustedes...”*

Tras un debate y una tormenta de ideas se avanzan algunos criterios, aunque se insiste en la necesidad de que los definan los profesionales de EPES. Los criterios expuestos fueron los siguientes:

- *“Pacientes con alta carga de cuidados...”*
- *“Pacientes con dispositivos de cuidados especiales...”*
- *“Pacientes con oxigenoterapia domiciliaria, pues suelen ser paciente pluripatológicos...”*
- *“Pacientes paliativos no oncológicos, pues los oncológicos están en el plan de paliativos...”*
- *“Pacientes incluidos en la planificación anticipada, para que desde la sala de coordinación se conozca el trabajo hecho desde atención primaria y el estado del paciente y su familia.”*

7.5. Discusión y Conclusiones.

Este grupo focal planteado con el objetivo de analizar los criterios de derivación utilizados, el funcionamiento del protocolo y recoger los comentarios de los profesionales, no puede ser comparado con otros trabajos, al tratarse una temática muy circunscrita al propio procedimiento de derivación.

En general, los profesionales valoraron que se tenga en cuenta su opinión. Los profesionales tenían la impresión que lo que se diseña viene “de arriba hacia abajo” y lo que tienen que contar “los de abajo” parece interesarle poco a los que diseñan herramientas o protocolos de actuación.

Teniendo en cuenta las opiniones de los profesionales respecto a los criterios de derivación utilizados hasta el momento se concluyó:

- Mantener los criterios de derivación utilizados hasta ahora, y proceder a un nuevo análisis cuando se haya alcanzado un mayor volumen de derivaciones.
- Incluir en la herramienta un campo abierto denominado motivo de la asistencia, en la que los enfermeros de urgencias y emergencias puedan explicar cuál es la causa que ha originado la asistencia y la presunción de cuál es el motivo que ha originado que el paciente tenga que demandar asistencia.
- Dividir los actuales criterios en dos grupos denominados criterios clínicos y criterios sociales en los que se incluyan los aspectos relacionados con el cuidador, y poder introducir un campo abierto para otros problemas sociales.

Teniendo en cuenta las opiniones de los profesionales sobre el funcionamiento de la herramienta de derivación ENLA y del protocolo en general se concluyó:

- Las EGCC, deberían responder al correo electrónico recibido en una derivación, confirmando la recepción del caso y si es posible explicando brevemente las acciones tomadas con el paciente derivado. Esto aumentará la motivación de los enfermeros de urgencias y emergencias, al sentir que su derivación ha servido para ayudar al paciente y su familia.

- Modificar la herramienta, para que en el momento que un EUE proceda a derivar un paciente, pueda conocer si éste ya ha sido derivado por otro compañero y cuáles fueron los motivos de la asistencia y los criterios de derivación.
- Incluir a las enfermeras gestoras de casos hospitalarias (EGCH) en el protocolo, para poder seguir al paciente en todos los niveles asistenciales.
- Estudiar la posibilidad de la utilización de la herramientas de Salud Responde para este procedimiento, pero manteniendo la conexión entre los profesionales implicados en cada caso.
- Desarrollar las medidas necesarias para facilitar la utilización de la herramienta en los distritos de atención primaria y realizar nuevas actividades que permitan divulgar la existencia y utilización de este protocolo.

Teniendo en cuenta las opiniones de los profesionales sobre los criterios de derivación de pacientes desde la EGCC a la sala de coordinación de urgencias y emergencias se concluyó:

- Es necesario establecer unos criterios de derivación de pacientes desde las EGCC hacia EPES y estos criterios deben partir de la opinión de los profesionales de EPES, médicos coordinadores y enfermeros. Se establecieron unos criterios, como punto de partida, para la derivación en este sentido, que fueron:

- Paciente con alta carga de cuidados
- Pacientes con dispositivos de cuidados especiales.
- Pacientes con oxigenoterapia domiciliaria, pues suelen ser paciente pluripatológicos.
- Pacientes paliativos no oncológicos.
- Pacientes incluidos en la planificación anticipada

Además de las conclusiones expuestas, derivadas de las respuestas a las preguntas planteadas en este grupo focal, se han planteado algunas mejoras en el protocolo:

- Revisar la base de datos de las EGCC para actualizar los cambios que se han producido en la asignación de las zonas básicas de salud.
- Introducir un campo de observaciones para cada uno de los criterios, para que el EUE pueda aclarar por qué marca ese criterio.
- Corregir algunas erratas de la herramienta como “oxigenoretapia”, “cateterismos” y otros.

Una vez recogidas todas estas conclusiones, se procedió a divulgar los resultados de este grupo focal entre los participantes y todos los profesionales afectados por este protocolo. Se realizaron cuantas modificaciones fueron posibles para adaptar el protocolo a las sugerencias expuestas y seguir avanzando en el desarrollo de esta vía de comunicación para mejorar la calidad asistencial. Un análisis más detallado de este tema se hará en el apartado “Estado Actual del Protocolo”.

**8. DETERMINACIÓN DEL PERFIL DE LOS PACIENTES
DERIVADOS DESDE EL ENFERMERO DE URGENCIAS Y
EMERGENCIAS A LA ENFERMERA GESTORA DE CASOS
COMUNITARIA.**

8.1. Introducción.

Tras la determinación unos criterios de derivación claramente definidos por las propias EGCC, a través una técnica Delphi, para que las derivaciones se hicieran con la máxima objetividad y se adaptasen a la cartera de servicios y las posibilidades de su trabajo, se desarrolló e implantó un protocolo de comunicación entre los EUE y las EGCC que facilitó dicha comunicación.

Tras la puesta en marcha de este protocolo, se analizó el estado del mismo mediante la técnica de grupo focal, donde se analizaron las fortalezas y debilidades del mismo, y se desarrollaron propuestas de mejora.

El siguiente paso era comprobar el buen funcionamiento de los criterios identificados y del protocolo, describiendo el perfil de los pacientes derivados a lo largo de un periodo de tiempo y comprobando si concuerda con los con los perfiles descritos en la literatura como beneficiarios de la EGCC. De esta manera, se podría evidenciar la adecuación del protocolo a la realidad asistencial.

8.2.Objetivo.

Describir la experiencia obtenida con la aplicación del Protocolo de Comunicación entre la EUE y EGCC, puesto en marcha en el servicio provincial de Huelva de la EPES, plasmando el perfil del paciente derivado desde la EUE a la EGCC, así como determinar la relación entre la edad y el sexo de los pacientes, el centro al que son derivados y el servicio desde el que parte la derivación con los diferentes criterios de derivación establecidos.

8.3. Método.

Estudio observacional descriptivo en el que se analizaron las derivaciones realizadas desde los EUE hacia la EGCC con el protocolo de comunicación establecido.

El estudio se desarrolló en el servicio provincial de Huelva de la Empresa Pública de Emergencias Sanitarias (EPES) de Andalucía y los Distritos de Atención Primaria Huelva-Costa y Condado-Campiña de la provincia de Huelva, pertenecientes al SAS.

El servicio provincial de EPES cuenta con dos bases asistenciales, una en la capital y otra en la zona de la costa occidental de la provincia. Los distritos señalados cubren toda la parte sur de la provincia con una cobertura poblacional de 459.796⁶⁵. Los pacientes podían ser derivados desde las dos bases asistenciales de EPES, y desde el DCCU de la capital perteneciente al Distrito Huelva-Costa y desde los equipos móviles de atención a urgencias pertenecientes al Distrito Condado-Campiña, situados en las bases de San Juan del Puerto y Bollullos del Condado.

Se incluyeron todos los casos derivados desde que se puso en funcionamiento el protocolo el 1 Junio de 2012 hasta el 30 de Septiembre de 2014 (28 meses) y no se excluyó ninguna de las derivaciones realizadas. Las variables estudiadas fueron:

- Edad.
- Sexo
- Centro: Se analizó si el centro al cual eran derivados los pacientes era rural o urbano.

- Servicio: Los pacientes podían ser derivados desde 5 puntos servicios diferentes. Las bases de Huelva y Costa de EPES, desde el DCCU de Huelva y los equipos de móviles de San Juan del Puerto y Bollullos pertenecientes al SAS. Se estudiaron las diferencias entre los pacientes derivados desde EPES y SAS.

Además de estas variables se analizaron cada uno de los criterios de derivación por los que un paciente podía ser derivado a su EGCC. Los criterios son los siguientes:

- Pacientes con oxígeno domiciliario de uso crónico, que no lo usan correctamente o que no han sido educados sobre su uso.
- Pacientes que usen alimentación parenteral a nivel extrahospitalario.
- Pacientes que tenga una pérdida de la continuidad de la piel por alguno de estas causas, y que requieran seguimiento desde atención primaria de salud: Úlceras por presión; Quirúrgicas; Traumatismos; Quemaduras; Cortes; Cateterismo; Drenajes; Estomas; Alteraciones de los pies.
- Pacientes y familias que no sigan el plan terapéutico farmacológico.
- Pacientes con necesidades de cuidados y que nadie los preste o bien no sean suficientes.
- Pacientes con un índice de Barthel menor de 60.
- Pacientes con 3 o más errores, si no saben leer, o 4 o más errores si saben leer en el test de Pfeiffer.

- Pacientes con una puntuación igual o superior a 7 en el índice de esfuerzo del cuidador.
- Pacientes considerados como reingresadores.
- Pacientes con mal manejo del dolor crónico.

En un primer momento se desarrolló un análisis descriptivo de todas las variables, mediante medidas de tendencia central, dispersión y frecuencia de las variables.

Posteriormente se analizó la relación entre variables independientes (Sexo, Centro, Servicio) con cada uno de los criterios de derivación, a través de tablas de contingencia de 2x2 y análisis de mediante Chi-Cuadrado, con un nivel de significación del 95%. Se comprobaron los criterios de aplicación del test.

Para el análisis de la edad con cada uno de los criterios de derivación, se realizó mediante la prueba de t de Student para dos muestras independiente si cumplían los criterios de normalidad, por $n \geq 30$ en cada muestra o a través del test de Shapiro-Wilk. Para aquellas variables que no cumplían los criterios de normalidad se estudió esta relación mediante el test no paramétrico de U de Mann-Whitney.

8.4. Resultados.

Se realizaron un total de 118 derivaciones de pacientes. La distribución por sexo fue de 60,2% (71) de varones y un 39.8 % (47) de mujeres. La edad media fue de 66,8 años (IC 95% 63,14 a 70,45) con una mediana de 74,5 años y una desviación típica de 20,03. Fueron derivados pacientes a 25 centros de atención primaria diferentes (tabla 5).

Centro Salud	Frecuencia	%
Lepe	19	16,10%
Adoratrices	9	7,60%
Isla Cristina	9	7,60%
Los Rosales	8	6,80%
Isla Chica	7	5,90%
San Juan	7	5,90%
Cartaya	6	5,10%
Bollullos	6	5,10%
Molino de la Vega	6	5,10%
Moguer	5	4,20%
Ayamonte	4	3,40%
El Torrejón	4	3,40%
Trigueros	4	3,40%
Casa del Mar	3	5,50%
La Orden	3	2,50%
La Palma	3	2,50%
Lucena del Puerto	3	2,50%
Mazagón	2	1,70%
Gibraleón	2	1,70%
Almonte	2	1,70%
Rociana	2	1,70%
Palos	1	0,80%
Villablanca	1	0,80%
Escacena	1	0,80%
Villalba del Alcor	1	0,80%
TOTAL	118	100,00%

Tabla 5. Derivaciones por Centros de Salud

De los 118 pacientes derivados, el 65,3% (77) fueron derivados a centros rurales y el 34,7% (41) a centros urbanos. El 59,3% fueron derivados desde las bases asistenciales de EPES y el 40,7 % de las bases asistenciales del SAS (tabla 6).

Servicio	Derivaciones		Distrito	Derivaciones		Base Asistencial	Derivaciones	
EPES	70	59,3%	S.P. Huelva	70	59,3%	Huelva	31	26,27%
						Costa	39	33,05%
SAS	48	40,7%	Huelva-Costa	11	8,90%	DCCU		
			Condado-Campaña	37	22,80%	Huelva	11	9,32%
						San Juan	24	20,34%
						Bollullos	13	11,01%
TOTAL	118	100,%	TOTAL	79	100,00%	TOTAL	118	100%

Tabla 6. Derivaciones según el Centro de Derivación.

Los criterios que principalmente se utilizaron para derivar a los pacientes son aspectos conductuales y no puramente clínicos. Los primeros criterios relacionados con la oxigenoterapia, la alimentación parenteral domiciliaria y la alteración de la continuidad de la piel fueron los menos utilizados frente al resto de criterios que están relacionados con las respuestas humanas de los pacientes y sus cuidadoras (tabla 7).

Criterio	Subcriterio	Derivaciones	%
1.Oxigenoterapia	1.1.No lo usa correctamente	4	3,4%
	1.2.No Recibido educación	5	4,2%
2. Nutrición	2,1 Parenteral	0	0%
3.Pérdida de Continuidad de la Piel	3.1.Ulcera	6	5,1%
	3.2.Quirúrgicas	0	0 %
	3.3.Traumatismos	2	1,7%
	3.4.Quemaduras	1	0,8%
	3.5.Cortes	0	0%
	3.6.Cateterismos,drenaje,estomas	0	0%
	3.7.Alteración pies	5	4,2%
4. Pacientes	4,1. que no siguen el plan farmacológico	42	35,6%
5.Cuidador Principal	5.1.Familia	68	57,6%
	5.2.Amigos o vecinos	5	4,2%
	5.3.Profesional	4	4,2%
	5.4.Institución	0	0%
	5.5.Nadie	14	11,9%
	5.6.Sin apoyo	22	18,8%
6 Índice	6.1 Barthel<60	36	30,5%
7. Índice	7.1 Pfeiffer	26	22%
8. Índice	8,1. Esfuerzo Cuidados	22	18,8%
9. Pacientes	9,1 Reingresadores	23	19,5%
10. Pacientes	10.1. Con dolor crónico mal tolerado	9	7,6%

Tabla 7. Frecuencia de criterios utilizados

Ninguna de las relaciones estudiadas entre la variable Sexo y todos los criterios de derivación fue estadísticamente significativa. Aunque no había diferencias estadísticamente significativas, destacaba que los hombres manifestaban peor manejo del dolor crónico mal tolerado (tabla 8).

		Dolor Crónico Mal Tolerado		Total
		NO	SI	
Mujer	Frecuencia	46	1	47
	%	97,9%	2,1%	100 %
Hombre	Frecuencia	63	8	71
	%	88,7	11,3	100 %
Total	Frecuencia	109	9	79
	%	92,4	7,6	100 %
		Valor	GI	P
Chi-cuadrado de Pearson		3,353	1	0,067

Tabla 8. Tabla de contingencia Sexo e Dolor Crónico mal Tolerado.

Los pacientes derivados a un centro rural presentaban un mayor Índice de Barthel > 60 que los derivados a un centro urbano (tabla 9).

		Índice de Barthel		Total
		NO	SI	
Rural	Frecuencia	47	30	77
	%	61%	39%	100 %
Urbano	Frecuencia	35	8	41
	%	85,4%	14,6%	100 %
Total	Frecuencia	82	36	118
	%	65,5%	30,5%	100 %
		Valor	GI	P
Chi-cuadrado de Pearson		7,468	1	0,006

Tabla 9. Tabla de contingencia entre Centro e Índice de Barthel.

Los pacientes derivados a un centro rural eran cuidados por sus familiares en más ocasiones que los derivados a un centro urbano (tablas10).

		Familia		Total
		NO	SI	
Rural	Frecuencia	27	50	77
	%	35,1	64,9	100 %
Urbano	Frecuencia	23	18	41
	%	56,1	43,9	100 %
Total	Frecuencia	50	68	118
	%	42,4%	57,6%	100 %
Chi-cuadrado de Pearson		Valor	Gl	P
		4,847	1	0,028

Tabla 10. Tabla de contingencia entre Centro y Familia.

Aunque no fue estadísticamente significativo, también eran más los pacientes derivados a un centro rural que eran cuidados por amigos o vecinos que los derivados a un centro urbano (tabla 11).

		Amigos y Vecinos		Total
		NO	SI	
Rural	Frecuencia	72	5	77
	%	95,3	6,5	100 %
Urbano	Frecuencia	41	0	41
	%	100%	0%	100 %
Total	Frecuencia	113	5	118
	%	95,8%	4,2%	100 %
Chi-cuadrado de Pearson		Valor	Gl	P
		2,78	1	0,095

Tabla 11. Tabla de contingencia Centro y Amigos y Vecinos.

Por su parte, son más los pacientes derivados a un centro urbano en los que nadie les presta los cuidados necesarios que los derivados a los centros rurales (tabla 12).

		Sin Cuidados		Total
		NO	SI	
Rural	Frecuencia	65	12	77
	%	84,4 %	15,6%	100 %
Urbano	Frecuencia	25	16	41
	%	61%	39%	100 %
Total	Frecuencia	90	28	118
	%	76,3%	23,7%	100 %
		Valor	GI	P
Chi-cuadrado de Pearson		8,122	1	0,04

Tabla 12. Tabla de contingencia entre Centro y Sin Cuidados.

Los pacientes derivados por los enfermeros/as de EPES presentaban un peor cumplimiento del régimen farmacológico que los derivados desde el SAS (tabla 13).

		No sigue el plan farmacológico		Total
		NO	SI	
EPES	Frecuencia	33	37	70
	%	47,1	52,9	100 %
SAS	Frecuencia	43	5	48
	%	89,6	10,4	100 %
Total	Frecuencia	76	42	118
	%	64,4%	35,6%	100 %
		Valor	GI	P
Chi-cuadrado de Pearson		22,373	1	<0,001

Tabla 13. Tabla de contingencia entre Servicio y No sigue el plan farmacológico.

Los pacientes derivados desde SAS presentaban en más ocasiones un Índice de Barthel > 60 que los pacientes derivados desde EPES (tabla 14).

		Índice de Barthel		Total
		NO	SI	
EPES	Frecuencia	66	4	70
	%	94,3	5,7	100 %
SAS	Frecuencia	16	32	48
	%	33,3%	66,7%	100 %
Total	Frecuencia	82	36	118
	%	69,5%	30,5%	100 %
		Valor	GI	P
Chi-cuadrado de Pearson		49,898	1	<0,001

Tabla 14. Tabla de contingencia entre Servicio e Índice de Barthel.

Los pacientes derivados desde SAS presentaban en más ocasiones un Índice de Pfeiffer > 4, que los pacientes derivados desde EPES (tabla 15).

		Índice de Pfeiffer		Total
		NO	SI	
EPES	Frecuencia	61	9	70
	%	87,1	12,9	100 %
SAS	Frecuencia	31	17	48
	%	64,6%	35,4%	100 %
Total	Frecuencia	92	26	118
	%	78%	22%	100 %
		Valor	GI	P
Chi-cuadrado de Pearson		8,436	1	0,004

Tabla 15. Tabla de contingencia entre Servicio e Índice de Pfeiffer.

En la relación entre el servicio de derivación de los pacientes y quién eran los cuidadores, destaca que los pacientes derivados desde el SAS eran cuidados más por sus familiares que los derivados desde EPES (tabla 16).

		Familia.		Total
		NO	SI	
EPES	Frecuencia	40	30	70
	%	57,1%	42,9%	100 %
SAS	Frecuencia	10	38	48
	%	20,8	79,2	100 %
Total	Frecuencia	50	68	118
	%	42,4%	57,6%	100 %
		Valor	Gl	P
Chi-cuadrado de Pearson		15,374	1	<0,001

Tabla 16. Tabla de contingencia entre Servicio y Familia.

Aunque no era estadísticamente significativo, sí es clínicamente relevante el hecho de ser mayoritario el nº de pacientes derivados desde EPES en los que nadie les presta los cuidados necesarios que los derivados desde el SAS (tabla 17).

		Sin Cuidados.		Total
		NO	SI	
EPES	Frecuencia	49	21	70
	%	70%	30%	100 %
SAS	Frecuencia	41	7	48
	%	85,4%	14,6%	100 %
Total	Frecuencia	90	28	118
	%	76,3%	23,7%	100 %
		Valor	Gl	P
Chi-cuadrado de Pearson		3,739	1	0,053

Tabla 17. Tabla de contingencia entre Servicio y Sin Cuidados.

En cuanto a la edad de los pacientes, se halló que los pacientes derivados por tener un Índice de Pfeiffer > 4 tenían más edad que el resto de pacientes derivados (tabla 18).

	Índice de Pfeiffer	N	Rango promedio	Suma de rangos
EDAD	No	92	56,08	5159,00
	Si	26	71,62	1862,00
	Total	118		
		Valor		P
U de Mann-Whitney		881,000		0,041

Tabla 18. Prueba U de Mann-Whitney entre Edad e Índice de Pfeiffer.

Destacar que la relación entre la Edad y el criterio de derivación Perdida de continuidad de la piel por alteraciones en los pies, es estadísticamente significativo pero no es clínicamente relevante al obtenerse sobre sólo 5 derivaciones (Tabla 19).

	Alteraciones en los Pies	N	Rango promedio	Suma de rangos
EDAD	No	113	58,17	6573,00
	Si	5	89,6	448,00
	Total	118		
		Valor		P
U de Mann-Whitney		132,000		0,044

Tabla 19. Prueba U de Mann-Whitney entre Edad y Alteraciones en los pies.

El resto de las relaciones analizadas no eran estadísticamente significativas ni clínicamente relevantes. En las tablas 20 a 24 se resumen el análisis de las relaciones entre las variables Sexo, Centro, Servicio y Edad con cada uno de los criterios de derivación.

Criterio	Subcriterio	Chi Cuadrado	P
1.Oxigenoterapia	1.1.No lo usa correctamente	0.179	0.676
	1.2.No Recibido educación	3,456	0,063
2. Nutrición	2,1 Parenteral	0 Derivaciones	
3.Pérdida de Continuidad de la Piel	3.1.Ulcera	0,111	0,739
	3.2.Quirúrgicas	0 Derivaciones	
	3.3.Traumatismos	0,08	0,767
	3.4.Quemaduras	1,524	0,217
	3.5.Cortes	0 Derivaciones	
	3.6.Cateterismos,drenaje,estomas	0 Derivaciones	
	3.7.Alteración pies	0,0001	0,994
4. Pacientes	4,1. que no siguen el plan farmacológico	0,082	0,775
5.Cuidador Principal	5.1.Familia	0,121	0,728
	5.2.Amigos o vecinos	0,0001	0,994
	5.3.Profesional	0,857	0,355
	5.4.Institución	0 Derivaciones	
	5.5.Sin Cuidados	0,14	0,708
6 Índice	6.1 Barthel<60	0.073	0,787
7. Índice	7.1 Pfeiffer	0,085	0,77
8. Índice	8,1. Esfuerzo Cuidados	2,443	0,118
9. Pacientes	9,1 Reingresadores	2,252	0,113
10. Pacientes	10.1. Con dolor crónico mal tolerado	3,353	0,067

Tabla 20. Resumen de las Tablas de Contingencia entre Sexo y los Criterios de Derivación.

Criterio	Subcriterio	Chi Cuadrado	P
1.Oxigenoterapia	1.1.No lo usa correctamente	0,173	0,677
	1.2.No Recibido educación	0,501	0,479
2. Nutrición	2,1 Parenteral	0 Derivaciones	
3.Pérdida de Continuidad de la Piel	3.1.Ulcera	0,006	0,941
	3.2.Quirúrgicas	0 Derivaciones	
	3.3.Traumatismos	0,209	0,648
	3.4.Quemaduras	0,537	0,464
	3.5.Cortes	0 Derivaciones	
	3.6.Cateterismos,drenaje,estomas	0 Derivaciones	
	3.7.Alteración pies	0,064	0,801
4. Pacientes	4,1. que no siguen el plan farmacológico	1,892	0,169
5.Cuidador Principal	5.1.Familia	4,487	0,028
	5.2.Amigos o vecinos	2,78	0,095
	5.3.Profesional	0,501	0,479
	5.4.Institución	0 Derivaciones	
	5.5.Sin Cuidados	8,122	0,04
6 Índice	6.1 Barthel<60	7,468	0,006
7. Índice	7.1 Pfeiffer	0,203	0,652
8. Índice	8,1. Esfuerzo Cuidados	1,368	0,242
9. Pacientes	9,1 Reingresadores	2,132	0,144
10. Pacientes	10.1. Con dolor crónico mal tolerado	2,4	0,121

Tabla 21. Resumen de las Tablas de Contingencia entre Centro y los Criterios de Derivación.

Criterio	Subcriterio	Chi Cuadrado	P
1.Oxigenoterapia	1.1.No lo usa correctamente	0,422	0,516
	1.2.No Recibido educación	0,01	0,975
2. Nutrición	2,1 Parenteral	0 Derivaciones	
3.Pérdida de Continuidad de la Piel	3.1.Ulcera	0,228	0,633
	3.2.Quirúrgicas	0 Derivaciones	
	3.3.Traumatismos	0,073	0,787
	3.4.Quemaduras	0,692	0,406
	3.5.Cortes	0 Derivaciones	
	3.6.Cateterismos,drenaje,estomas	0 Derivaciones	
	3.7.Alteración pies	3,646	0,067
4. Pacientes	4,1. que no siguen el plan farmacológico	22,373	<0.001
5.Cuidador Principal	5.1.Familia	15,374	<0.001
	5.2.Amigos o vecinos	0,001	0,975
	5.3.Profesional	3,58	0,58
	5.4.Institución	0 Derivaciones	
	5.5.Sin Cuidados	3,739	0,053
6 Índice	6.1 Barthel<60	49,898	<0.001
7. Índice	7.1 Pfeiffer	8,439	0,004
8. Índice	8,1. Esfuerzo Cuidados	0,209	0,648
9. Pacientes	9,1 Reingresadores	0,028	0,866
10. Pacientes	10.1. Con dolor crónico mal tolerado	1,375	0,241

Tabla 22. Resumen de las Tablas de Contingencia entre Servicio y los Criterios de Derivación.

Criterio	Subcriterio	T student	gl	P
Pacientes	Que no siguen el plan farmacológico	1,206	116	0,23
Cuidador Principal	Familia	0,159	116	0,874
Índice	Barthel<60	-1,570	116	0,119
Servicio	EPES / SAS	-1.131	116	0,26
Centro	RURAL / URBANO	-0.311	116	0,756
Sexo	HOMBRE / MUJER	1,41	116	0,161

Tabla 23. Resumen de t de student entre edad en variables con criterios de normalidad.

Criterio	Subcriterio	U de Mann-Whitney	P
1.Oxigenoterapia	1.1.No lo usa correctamente	128,000	0,137
	1.2.No Recibido educación	140,000	0,057
2. Nutrición	2.1. Parenteral	0 Derivaciones	
3.Pérdida de Continuidad de la Piel	3.1.Ulcera	244,500	0,262
	3.2.Quirúrgicas	0 Derivaciones	
	3.3.Traumatismos	109,000	0,884
	3.4.Quemaduras	57,500	0,977
	3.5.Cortes	0 Derivaciones	
	3.6.Cateterismos,drenaje,estomas	0 Derivaciones	
	3.7.Alteración pies	132,000	0,044
5.Cuidador Principal	5.2.Amigos o vecinos	211,500	0,342
	5.3.Profesional	259,000	0,753
	5.4.Institución	0 Derivaciones	
	5.5.Sin Cuidados	1093,000	0,29
7. Índice	7.1 Pfeiffer	881,000	0,041
8. Índice	8,1. Esfuerzo Cuidados	1029,000	0,852
9. Pacientes	9,1 Reingresadores	1065,500	0,854
10. Pacientes	10.1. Con dolor crónico mal tolerado	471,000	0,843

Tabla 24. Resumen de test U de Mann-Whitney entre Edad y los criterios de derivación sin criterios de normalidad.

8.5.- Discusión.

Aunque la media de la edad no fue muy elevada, si lo fue la mediana y la desviación típica analizadas. Esto mostró una desviación de la distribución de la edad hacía edades mayores. Estos datos se debieron a la aparición en las derivaciones, de cuatro casos de niños de corta edad.

En general nuestra población no difiere de la analizada en otros estudios españoles sobre el perfil de los pacientes atendidos por las EGCC^{66,67,68,69}.

Si bien mas la mitad de los pacientes de este estudio eran cuidados por sus familias, se debe destacar que en muchas de estas ocasiones se evidenciaba un alto índice de esfuerzo del cuidador. Además, casi una quinta parte de los pacientes no tenían cubiertos sus cuidados. Estos datos ponen de manifiesto un déficit de cuidados para esta población, lo cual sugiere la necesidad de promover actuaciones multidisciplinarias encaminadas a apoyar a los cuidadores tanto de forma preventiva como de soporte⁷⁰.

Teniendo en cuenta la alta necesidad de cuidados de los pacientes derivados, y el déficit de autocuidados que padecen, es lógico encontrar que estos pacientes demandasen más asistencia de los servicios sanitarios y que hayan sido derivados por ser reingresadores en una quinta parte de los casos.

Una vez analizado el perfil del paciente derivado, la intervención realizada por parte de los EUE, transmitiendo esa información detectada a la EGCC, para que fuese esta profesional la que gestionase la intervención directa sobre el paciente y su familia, se

planteaba totalmente necesaria como recoge abundantemente la bibliografía^{71,72,73}. El estudio de Saavedra et al destaca que el desarrollo de un programa integral de atención domiciliaria con intervención grupal o individual, ha reducido en un 84% el número de visitas a Urgencias Hospitalarias y en un 82% los ingresos hospitalarios⁷¹. Especial importancia tenía poder detectar y derivar a pacientes que no manejaban bien el régimen terapéutico, para que se pudiera intervenir con ellos desde atención primaria. Como recoge Torres et al, en un reciente estudio, el manejo efectivo del régimen terapéutico está asociado con la calidad de vida y con el uso que los pacientes crónicos hacen de los recursos sanitarios⁷². En otros países también se le da importancia a la continuidad de la atención y el reconocimiento del papel central de los servicios de urgencias como un lugar para la primera intervención⁷³.

Si bien no se encontró ninguna relación estadísticamente significativa entre el sexo y los criterios de derivación, si es clínicamente relevante que existan un mayor número de hombres derivados con dolor crónico mal tolerado que de mujeres. Este resultado va en la misma línea que el obtenido en el estudio previo realizado por el investigador principal sobre 79 pacientes, un año antes de estos resultados⁷⁴. Hay que destacar la relevancia clínica que las diferencias evidenciadas pueden tener, más aún cuando en otros estudios como el de Romero et al. la valoración enfermera del dolor crónico según el sexo no mostró diferencias estadísticas significativas. Un aumento en el tamaño de la muestra del presente estudio podría corroborar o contradecir el estudio de Romero et al⁷⁵.

La relación estadísticamente significativa encontrada entre el sexo de la persona cuidada y el mayor índice de esfuerzo del cuidador, encontrada en el estudio previo realizado por el investigador principal sobre 79 pacientes, un año antes de estos resultados⁷⁴, ha desaparecido en este estudio. Como se recogía, ese fue un dato inesperado para los autores, y no se recoge en ninguna referencia en la bibliografía consultada. La ampliación del tamaño de la muestra ha permitido aclarar las relaciones entre variables.

La relaciones analizadas entre el tipo del centro al que se hacían las derivaciones (Rural o Urbano) permiten afirmar que los pacientes de centros rurales eran pacientes con mayor nivel de dependencia y disponían de una mayor red de apoyo a sus cuidados entre sus familiares, amigos y vecinos, frente a los pacientes de centros urbanos donde en mayor número de ocasiones nadie prestaba los cuidados necesarios o estos eran insuficientes.

Aunque existen algunas aproximaciones en este tema en la bibliografía^{76,77,78}, no hay ningún estudio que analice las diferencias entre el perfil diferencial del cuidador del ámbito rural sobre el urbano. Las diferencias encontradas en este estudio pueden tener relación con las diferencias culturales entre el ámbito rural y urbano, con un mayor predominio de la estructura familiar amplia en el ámbito rural, que ayude al cuidado de sus familiares. Tampoco existen estudios previos sobre los diferentes niveles de dependencia en el ámbito rural o urbano.

Las diferencias encontradas entre el dolor crónico mal tolerado y el ámbito urbano o rural en el estudio previo realizado por el investigador principal sobre 79 pacientes, un año antes de estos resultados⁷⁴, han desaparecido en este estudio. La ampliación del tamaño de la muestra, una vez más, ha permitido aclarar las relaciones entre variables.

La mayor diferencia sobre los criterios que se utilizaron para derivar a los pacientes se dio en función del servicio desde el que se derivaba. Mientras desde la EPES era sobre pacientes con un mal manejo del régimen farmacológico y con necesidades de cuidados por cubrir, desde el SAS eran pacientes dependientes, con deterioro cognitivo y cuidados por sus familias. Estas diferencias pudieron ser debidas a que cada uno tiene una cartera de servicios diferentes. Desde EPES se atendían fundamentalmente las emergencias sanitarias en las que corre peligro la vida mientras que desde el SAS se atendían todas las urgencias sanitarias. En muchas ocasiones, pacientes frágiles que requerían atención urgente, pero no se benefician del único equipo de emergencias de la zona, fueron atendidos por los equipos del SAS. La derivación de pacientes con un mal manejo del régimen terapéutico es de suma importancia, dado que la falta de adherencia es una de las causas principales de reingreso⁷⁹.

Los pacientes derivados por tener un Índice de Pfeiffer elevado tenían más edad que el resto de pacientes. Esto es un hecho esperado y lógico como recoge Ramírez Duque et al en su estudio⁸⁰.

Al no contar en este estudio con una muestra aleatoria de pacientes, sino determinada por los propios criterios, las relaciones detectadas no deben extrapolarse sin tener en cuenta esta consideración, lo cual limita la validez externa del mismo. Para poder avanzar en este sentido, este protocolo de derivación y los criterios establecidos se van a extender a toda Andalucía.

8.6.- Conclusiones.

Este estudio ha permitido detectar el perfil del paciente derivado desde los EUE hacia la EGCC, que es un paciente de avanzada edad, con un mal manejo de régimen farmacológico prescrito, con un alto nivel de dependencia y que era cuidado mayoritariamente por su familia y analizar las relaciones de algunas variables con los criterios de derivación establecidos.

El análisis de las relaciones de algunas variables con los criterios de derivación establecidos ha permitido obtener las siguientes conclusiones:

- Los hombres presentaban peor manejo del dolor crónico.
- Los pacientes de centros rurales eran pacientes con mayor nivel de dependencia y disponían de una mayor red de apoyo a sus cuidados entre sus familiares, amigos y vecinos, frente a los pacientes de centros urbanos donde en mayor número de ocasiones nadie prestaba los cuidados necesarios o estos eran insuficientes.
- Las derivaciones realizadas desde la EPES era sobre pacientes con un mal manejo del régimen farmacológico y con necesidades de cuidados por cubrir, mientras que desde el SAS eran pacientes dependientes, con deterioro cognitivo y cuidados por sus familias.
- Los pacientes derivados por tener un Índice de Pfeiffer elevado tenían más edad que el resto de pacientes.

**9. EXTENSIÓN DEL PROTOCOLO AL RESTO DEL
SISTEMA SANITARIO PÚBLICO ANDALUZ. ESTADO
ACTUAL DEL PROYECTO.**

Este proyecto está funcionando a día hoy, y se sigue trabajando en él para poder mejorarlo y depurarlo, con la intención de establecer un sistema único de comunicación entre todas las EGCC y los EUE de todo el SSPA. Actualmente, se sigue utilizando la herramienta informática ENLA para la derivación de pacientes desde el EUE a la EGCC.

Para poder extender funcional y geográficamente el proyecto, aún quedan puntos en los que seguir introduciendo cambios y mejoras y corregir los errores y limitaciones a las que el proyecto se ha enfrentado hasta este momento.

Los puntos pendientes por desarrollar se exponen a continuación.

9.1. Análisis de los Criterios de Derivación Utilizados.

Como se acordó en el grupo focal que analizó el estado del protocolo en la tercera fase de este proyecto, se debe proceder a un nuevo análisis descriptivo de los criterios utilizados.

Para ello se formará un nuevo panel de expertos de EGCC, esta vez seleccionados de toda Andalucía y no solo de la provincia de Huelva, lo cual eliminaría sesgos, aportaría una visión más amplia y mayor facilidad en la generalización de las conclusiones, al hacerlos partícipes de las conclusiones.

Se desarrollará una nueva técnica Delphi partiendo del segundo cuestionario de este estudio y se procederá con el mismo método aplicado, pero sólo durante dos fases, para que las EGCC puedan corroborar su opinión sobre los indicadores utilizados o bien

modificar los que crean oportunos con el conocimiento aportado por la experiencia.

Las conclusiones de este nuevo estudio, aportarán los nuevos criterios de derivación a utilizar.

9.2. Modificación de la Herramienta de Derivación.

Con las conclusiones del grupo focal y con la experiencia de los investigadores que han desarrollado este proyecto se proponen las siguientes modificaciones en la herramienta de derivación:

- Incluir en la herramienta un campo abierto denominado motivo de la asistencia, en la que los EUE puedan explicar cuál es la causa que ha originado la asistencia y la presunción de cuál es el motivo que ha originado que el paciente tenga que demandar asistencia.
- Dividir los criterios de derivación en dos grupos denominados criterios clínicos y criterios sociales en los que se incluyan los aspectos relacionados con el cuidador.
- Introducir un campo de observaciones para cada uno de los criterios, para que el enfermero de emergencias y urgencias pueda aclarar por qué marca ese criterio.
- Incluir las derivaciones realizadas en la Historia Clínica Única del paciente, de manera que cualquier profesional que acceda a la historia del paciente, puede ver si ha sido derivado previamente y las intervenciones que le han sido aplicadas, así como la historia completa del paciente.
- Incluir un botón, de manera que con un solo clic, se puede derivar al paciente a la EGCC. Para ello se debe mantener una base de datos actualizada, de manera que a través de

cualquiera de los números de identificación del paciente (DNI, N° SS o NUHSA) la base de datos asigne el/la profesional que corresponde a ese usuario.

Los criterios de derivación establecidos por este proyecto, han sido introducidos en la Historia Clínica Digital en Movilidad (HCDM), que utiliza una tableta como soporte electrónico para que los equipos de emergencias de 061 puedan utilizarla en las asistencias diarias en toda Andalucía (figura 8).

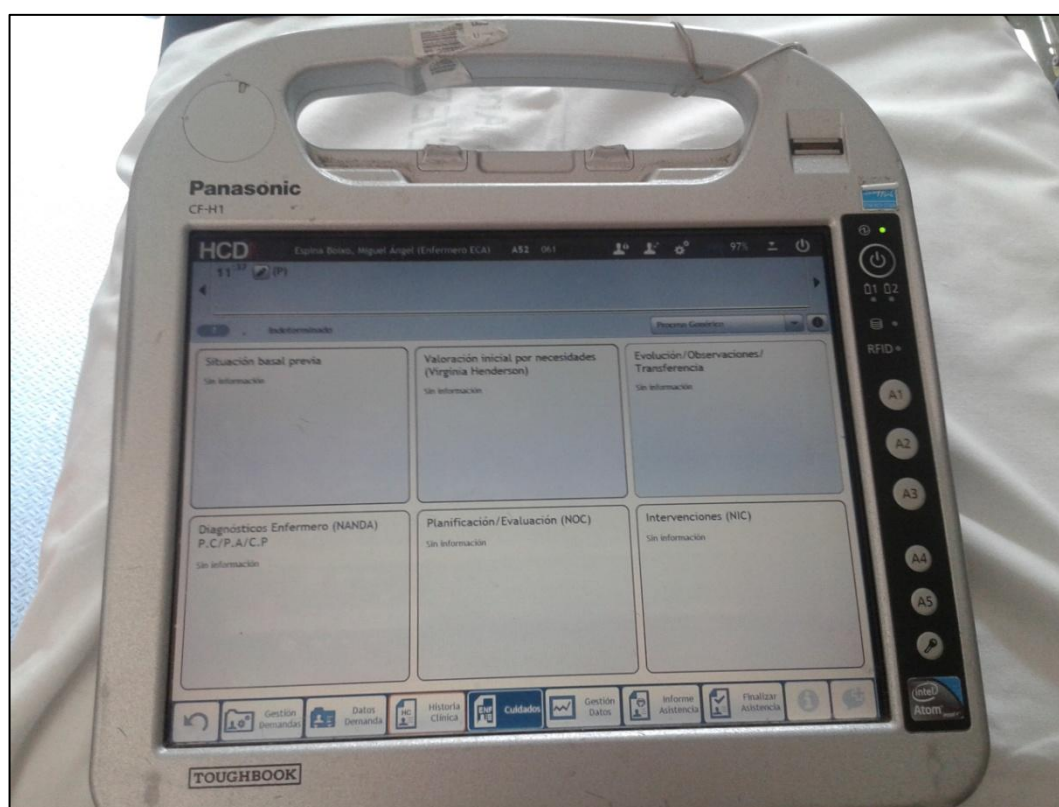


Figura 8. Historia Clínica Digital en Movilidad 1.

Por lo pronto, han sido han introducido los criterios de derivación dentro del campo transferencia, bajo el epígrafe de “criterios de vulnerabilidad”. De esta manera, cualquier enfermero que

utilice este sistema podrá recoger en su registro de cuidados estas observaciones (figura 9).

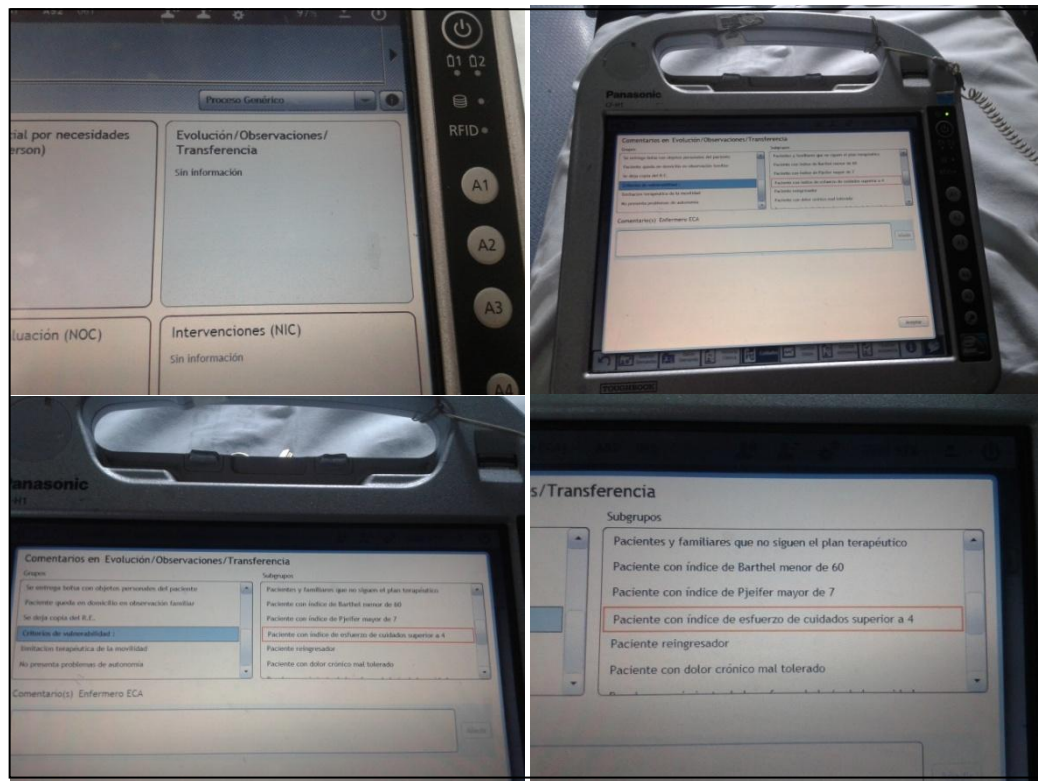


Figura 9. Historia Clínica Digital en Movilidad 2.

Actualmente se está desarrollando, con la colaboración de la empresa Indra y la EPES, un nuevo módulo informático para el trabajo de las EGCC. Este nuevo módulo informático va a permitir desarrollar y extender completamente este proyecto.

El nuevo módulo de trabajo de las EGCC y la HCDM estarán interconectados y sincronizados, de manera que permitan la comunicación entre todos los EUE y las EGCC.

La HCDM dispondrá de un botón “Derivar a EGCC”, de manera que en un solo clic, el EUE podrá comunicarse con la EGCC del paciente. En esta versión se incluirán todas las mejoras propuestas en este punto.

La HCDM, que actualmente la utilizan los enfermeros/as de emergencias de la EPES y algunos DCCU del SAS, va a extenderse a todos los DCCU de Andalucía, lo cual va a permitir extender este proyecto a todos los EUE de Andalucía.

La implantación de estos nuevos módulos informáticos evitaría todos los problemas técnicos de comunicación que han ido surgiendo durante el desarrollo del proyecto con la herramienta ENLA. La mayor parte de problemas se dieron en el entorno del SAS, dado que la herramienta fue diseñada para integrarla dentro del sistema informático de EPES y presentó algunos problemas de compatibilidad con el sistema de SAS. Estos problemas pueden haber ocasionado un menor uso de la herramienta por parte de estos profesionales.

La implantación de los nuevos módulos informáticos, va a permitir el total desarrollo del proyecto. Esta implantación se está viendo frenada por las dificultades presupuestarias que toda la administración pública está sufriendo en estos momentos. No obstante, con el esfuerzo y tesón de todos los participantes en este proyecto, éste sigue adelante, aunque no con el ritmo que nos gustaría.

9.3. Establecimiento de los Criterios de Derivación de Pacientes desde la EGCC al EUE.

La comunicación desde la EGCC a la EUE es una de mayores limitaciones de este proyecto. Se han realizado muy pocas derivaciones en este sentido, y en la mayor parte de los casos no se han hecho utilizando la herramienta ENLA sino a través de otras vías informales, como llamadas telefónicas o correos electrónicos. Esta vía de comunicación estaba pensada para que las EGCC transmitan información de aquellos pacientes que son susceptibles de ser atendidos por los equipos de urgencias y emergencias y que tienen algunas de necesidades de cuidados especiales.

La prevalencia de pacientes con necesidades de cuidados especiales a nivel domiciliaria está aumentando, sobre todo por los programas de Hospitalización Domiciliaria. Este programa es un recurso cada vez más usado que requiere de una extraordinaria y específica coordinación, en la cual se encuentran implicadas diferentes instituciones y profesionales⁸¹. La utilización adecuada de este protocolo ayudaría a atender las situaciones de urgencias y emergencias de estos pacientes.

Las causas de la escasa utilización pueden ser varias:

- Se hubieran necesitado más sesiones divulgativas entre las EGCC, para que recordaran los objetivos del proyecto y el funcionamiento de la herramienta. La amplia dispersión geográfica de estas profesionales y los cambios organizativos en los distritos de Atención Primaria durante el desarrollo del proyecto, dificultaron la realización de estas sesiones.

- No se establecieron unos criterios bien definidos que aclarase a las EGCC qué pacientes debían ser derivados en este sentido.
- Los errores de comunicación por problemas informáticos.

Para mejorar esta vía de comunicación, las EGCC van a disponer en el nuevo módulo informático de la posibilidad de transmitir la información necesaria sobre los pacientes con necesidades de cuidados especiales, y esta información estará disponible directamente en la Historia Clínica Digital en Movilidad, de manera que los EUE la tengan disponible durante la asistencia al paciente.

Además es necesario establecer unos criterios de derivación de pacientes desde las enfermeras gestoras hacia EPES. Estos criterios deben partir de la opinión de los profesionales de EPES, médicos coordinadores y enfermeros. Para ello se desarrollará un nuevo estudio que determine esos criterios. Mientras se desarrolla ese estudio, en el módulo informático se partirá de los criterios que se plantearon en el grupo focal de la segunda fase de este proyecto, que fueron:

- Paciente con alta carga de cuidados
- Pacientes con dispositivos de cuidados especiales.
- Pacientes con oxigenoterapia domiciliaria, pues suelen ser paciente pluripatológicos.
- Pacientes paliativos no oncológicos.
- Pacientes incluidos en la planificación anticipada

9.4. Incluir a las Enfermeras Gestoras de Casos Hospitalarios en este Protocolo.

La inclusión de las Enfermeras Gestoras de Casos Hospitalarios (EGCH) en este protocolo, permitiría conectar todos los niveles asistenciales, atención primaria, hospitalaria y extrahospitalaria. Las características sociosanitarias de los pacientes atendidos por estas profesionales son similares al perfil del paciente derivado en este protocolo⁶⁸, lo cual justifica aún más su inclusión.

Esta ampliación, no supondrían un gran coste económico ni esfuerzo organizativo, pues apoyándonos en las actuales y futuras herramientas informáticas, permitirían conectar estos tres eslabones.

La participación de las EGCH permitiría que los EUE se pongan en contacto con ellas, cuando dejen en el hospital algún paciente con necesidades de cuidados especiales, o hayan detectado alguna situación que requiera una especial atención hospitalaria.

La EGCH preparan informes de alta de enfermería cuando un paciente es dado de alta y va a su domicilio. Este informe llega a la EGCC y esta profesional aplica las intervenciones que considera necesarias. La participación de las EGCH en este protocolo, permitiría que ese informe llegue también a los EUE y dispongan de esa información desde el mismo momento en que el usuario llega a su domicilio. De esta manera, en caso de necesitar atención urgente, los EUE dispondrán de primera mano de toda la información aportada por las EGCH.

10. CONCLUSIONES FINALES

Este proyecto desarrollado a lo largo de varios años y varias etapas ha permitido la determinación de unos criterios de derivación de pacientes desde los EUE a las EGCC.

Estos criterios fueron determinados por las propias EGCC, lo cual permitió la adaptación a la cartera de servicios y funciones de estas profesionales.

El desarrollo de un protocolo de comunicación ha permitido el contacto entre dos profesionales muy alejados en el sistema sanitario, pero que mantenían contacto con los mismos pacientes y familias.

La utilización de este protocolo por enfermeros de diferentes servicios asistenciales ha permitido conocer el perfil del paciente derivado desde los EUE hacia la EGCC, que es un paciente de avanzada edad, con un mal manejo de régimen farmacológico prescrito, con un alto nivel de dependencia y que era cuidado mayoritariamente por su familia. Este perfil, coincide claramente con el perfil de pacientes que las EGCC atienden en su quehacer profesional.

Este proyecto, es un proyecto inacabado, pero vivo. En la actualidad, lo siguen utilizando en el día a día los profesionales del Sistema Sanitario Público Andaluz, y se siguen haciendo mejoras y ampliaciones para que la comunicación, entre estos dos profesionales tan alejados en el sistema, sea más fluida y con ello se mejore la atención a pacientes y familias especialmente necesitados como los destacados por este estudio, el cual debe ser el fin último de cualquier proceso de investigación en Ciencias de la Salud.

11. BIBLIOGRAFIA

-
- 1 Péculo Carrasco JA, Rodríguez Bouza M, Casal Sánchez MM, Rodríguez Ruíz HJ, Pérez de los Santos OC, Martín Bello JM. Cansancio del cuidador informal en la asistencia sanitaria urgente extrahospitalaria. *Tempos Vitales* [Revista en Internet]. 2006 [Consultada el 15/02/2010]. 5(2). Disponible en <http://www.tempusvitalis.com/secciones/anteriores/2005vol5num2.html>
 - 2 Cubillo Arjona G, Jaén Toro M. La enfermera hospitalaria de enlace y la continuidad de los cuidados en los pacientes frágiles. *Arch Memoria*. [Revista en Internet]. 2006 [Consultado 20/02/2010]; 3(2). Disponible en: <http://www.index-f.com/memoria/3/a20617.php>
 - 3 Fernández Bono R, Ramos Alfonso MRR, Gallardo Frías JS, Navarro Torrente MD, López Montoya IA, Ibáñez Gil E, et al. Efecto de la intervención de la Enfermera Hospitalarias de Enlace en la calidad de vida y estado funcional en pacientes crónicos, frágiles, pluripatológicos, y sus cuidadoras. *Biblioteca Lascasas*, [Revista en Internet] 2008. [Consultado el 20/02/2010]; 4(2). Disponible en http://www.index-f.com/lascasas/sumario4_2.php
 - 4 Ferrer Arrendó C. La enfermería comunitaria en un modelo de gestión clínica en Atención Primaria. *Admin Sanitaria*. 2009. 7(2): 261-274.
 - 5 Torres Pérez L. Cuidados informales y paciente crítico. *Tempus Vitalis* [Revista en Internet] 2001 [Consultada el 30/01/2010]; 1: 4-13. Disponible en <http://www.tempusvitalis.com/secciones/anteriores/2001vol1num1.html>
 - 6 Ministerio de Economía y Hacienda. Encuesta Nacional de Salud 2011-2012. [Base de datos en Internet]. Madrid: Instituto Nacional de Estadística. [Consultado el 17/10/2014.] Disponible en <http://www.ine.es/jaxi/tabla.do?path=/t15/p419/a2011/p04/l0/&file=04145.px&type=pcaxis&L=0>

7 Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Secretaría General de Política Social y Consumo. Envejecimiento Activo. 1.^a edición, Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO); 2011.

8 Martínez Riera JR. Intervención de la Enfermería ante las Enfermedades Crónicas. La Situación en España. Desarrollo Científ Enferm -Mex-. 2008; 16(9). 402-409.

9 Hernández Pérez R. La enfermera Comunitaria en la Atención Sociosanitaria. Rev ENE Enferm [Revista Electrónica] 2007 [consultado el 30/01/2010]; 1(1). Disponible en <http://enfermeros.org/revista/ENE-RevistaDeEnfermeria-Num-1-diciembre2007.pdf>

10 Ministerio de Sanidad y Consumo. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, Instituto de Salud Carlos III. [Sede Web]. Madrid: De Sancho Martín JL, Sarria Santamera A, Yáñez Cadena D, Hernández Torres A, Ovalle Perandones MA, Perianes Rodríguez A. ; 2003.Revisión de intervenciones en atención primaria para mejorar el control de las enfermedades crónicas. Disponible en: <http://gesdoc.isciii.es/gesdoccontroller?action=download&id=13/12/2012-318b242750>

11 Decreto de Apoyo a las Familias Andaluzas de la Consejería de la Presidencia. 137/2002 de 30 de Abril. BOJA nº 52 de 4 de Mayo de 2002.

12 Servicio Andaluz de Salud. Unidad de Coordinación de Cuidados Interniveles. Enfermera Hospitalaria de Enlace. Coordinación Regional de Desarrollo e Innovación en Cuidados. Septiembre 2005.

13 Servicio Andaluz de Salud. Dirección General de Asistencia Sanitaria. Estrategias de mejora para la atención domiciliaria en Andalucía. Coordinación Regional de Desarrollo e Innovación en Cuidados. 2002

14 Pérez Cabezas FJ, García Villanego L. Innovación en la continuidad de cuidados en el Área de Cádiz: El impacto de la “PREALTA” en la continuidad de cuidados. ¿Puede la comunicación enfermera interniveles disminuir los reingresos por complicaciones en pacientes intervenidos de fractura de cadera? Evidentia [Revista Electrónica] 2004 may-ago [Consultado el 5/02/2010];1(2). Disponible en: <http://www.index-f.com/evidentia/n2/56articulo.php>

15 Asensio Pérez R, del Castillo Chaves JL. Gestión de un caso por la enfermería de enlace hospitalaria y comunitaria. Enfer Comunitaria (Gran) [Revista Electrónica] 2007 [Consultado el 20/02/2010]; 3(2). Disponible en <http://www.index-f.com/comunitaria/v3n2/ec6549.php>

16 Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. [SedeWeb] Memoria Anual de Actividad 2013. Empresa Pública de Emergencias Sanitarias. [Consultado el 15/09/2014] Disponible en www.epes.es

17 Rodríguez Gómez S, Lácida Baro M, Caballero Algarín MM, García Aguilar RA, Pérez Hernández RM, López Alonso SR. Manual de la Gestión de Casos en Andalucía: Enfermeras Gestoras de Casos en Atención Primaria. Biblioteca Lascasas [Revista en Internet] 2007 [Consultado el 25/02/2010]; 3(2). Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0245.php>

18 Horcajadas García A. A propósito de un caso de derivación a ECE por personal de enfermería 061 de Granada. Evidentia [Revista en Internet] 2007; 4(13). Disponible en <http://www.index-f.com/evidentia/n13/305-1articulo.php>

19 Consejería de Salud. Servicio Andaluz de Salud. Salud Responde. Proyecto E-RITA. Red integrada de Transferencias Asistencial de Enfermería. Distrito Sanitario Jaén, Servicio Provincial de Jaén de la EPES, Jaén 2005.

20 Consejería de Salud. Servicio Andaluz de Salud. Línea de Continuidad de Cuidados. Enfermera de Emergencias y Enfermera Comunitaria de Enlace. Comisión de Cuidados del Área de Salud de Jerez, Servicio Provincial de Cádiz de la EPES. Cádiz 2005.

21 González Posada F, Torres Pérez L. El modelo de gestión de casos ¿Necesitamos implementar un cambio de modelo que normalice la práctica en los hospitales andaluces?. Tempos Vitales [Revista en Internet] 2009 [Consultado el 25/02/2010]; 9(1). 1-11. Disponible en <http://www.tempusvitalis.com/2009vol9num1/1gestion91.html>

22 Estatutos de la Organización Colegial de Enfermería en España, del Consejo General y Ordenación de la actividad profesional de Enfermería. Real Decreto 1231/2001 del 8 de Noviembre. BOE nº 269 (9/11/2011).

23 North American Nursing Diagnosis Association. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2012 – 2014. Madrid: Elsevier; 2012.

24 Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM, Warner CM. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 6ª Edición. Madrid: Elsevier; 2013.

25 Moorhead S. Johnson M, Maas ML, Swanson L. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 5ª Edición. Madrid: Elsevier; 2013.

26 Rodríguez Rodríguez JB, Carrión Camacho R, Espina Boixo MA, Jiménez Cordero JP, Péculo Carrasco JA, Rodríguez Bouza M. Marco Conceptual del Proceso Enfermero en EPES. Hacia la excelencia en el cuidado extrahospitalario. Asunciones científicas o postulados según el Modelo de Virginia Henderson. Empresa Pública de Emergencias Sanitarias. 2005.

27 Organización Mundial de la Salud. Building the evidence base of the nursing and midwifery contribution to health. Regional Office for Europe. Copenhagen 2002.

28 Abreu A. Formación permanente en enfermería e investigación. Una manera de definir nuestro rol. Tempus Vitalis [Revista en Internet] 2004 [Consultado el 30/01/2010]; 4(1). (14-17). Disponible en <http://www.tempusvitalis.com/secciones/anteriores/2004vol4num1.html>

29 Luis Rodrigo MT. Los diagnósticos enfermeros. Revisión crítica y guía práctica. 3ª edición. Barcelona: Masson; 2004.

30 Alfaro LeFevre R. El pensamiento crítico en enfermería. Un enfoque práctico. Barcelona: Masson; 1996.

31 Torres Pérez L, Morales Asencio JM, Rodríguez Salvador MM, Castillo Lorente JI. Estimación de la incidencia de Respuestas Humanas en el Paciente crítico. Tempus Vitalis [Revista en Internet] 2002 [Consultado el 30/01/2010]; 2 (2): (31-35). Disponible en <http://www.tempusvitalis.com/secciones/anteriores/2002vol2num2.html>

32 Rodríguez Salvador MM, Torres López A, Azañón Hernández R, Rodríguez Camero M, y Palma García J, Experiencia en la implantación del proceso enfermero en emergencias. Tempus Vitalis [Revista en Internet] 2003 [Consultado el 30/01/2010]; 3(1): 4-10 Disponible en <http://www.tempusvitalis.com/secciones/anteriores/2002vol2num2.html>

33 Yáñez Gallardo R, Cuadra Olmos R. La técnica Delphi y la investigación en los servicios de salud. Cienc Enferm -Chi- [Revista Electrónica] Jun-2008 [Consultado el 26/02/ 2010]; 14(1): 9-15. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532008000100002&lng=es.%20doi:%2010.4067/S0717-95532008000100002.](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532008000100002&lng=es.%20doi:%2010.4067/S0717-95532008000100002)

34 Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. [Sitio web] Información sobre centros. [Consultado el 27/02/2010] Disponible en <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/centros/Detalle.asp>.

35 Doménech JM. Fundamentos de Diseño y Estadística. UD 1: Descripción de datos cuantitativos. Barcelona: Signo; 2003.

36 Parra O, Palau M, Barrueco M, Amilibia J, León A, Oltra J, Escarrabill J. Efectos de la visita domiciliaria (VD) en el cumplimiento de la prescripción de la oxigenoterapia domiciliaria (OD). Estudio multicéntrico. Archivos de Bronconeumología. 2001; 37(4): 206-211.

37 Manresa JM, Caballol R, Sena F. El Control de la oxigenoterapia domiciliaria en un hospital comarcal. Archivos de Bronconeumología. 2001; 37(7): 237-240.

38 Carrero Caballero MC; Botella Carretero JI, Vázquez C, Zamarrón, I, Balsa J, Arrieta, F. Enfermos con alimentación parenteral domiciliaria a través de un catéter PICC. Rev ROL Enfermería. Oct 2009; 32(10): 684-686.

39 Pinto Gutiérrez M. Indicación de la Nutrición Parenteral Domiciliaria (NPD) en pacientes con cáncer avanzado. Doc Enferm. 2013; 26(49):6-11.

40 Tejada Domínguez FJ. Educación y entrenamiento de pacientes con nutrición parenteral domiciliaria. Hygía. 2013; 20(84):25-29.

41 del Ángel Cruz SA, Andrade Cortazar G. Recomendaciones para la preparación y el manejo de la nutrición parenteral. Desarrollo Científico Enfermería -Méx-. Ago 2007; 15(7):329-331.

42 Ustrell-Olaria A, Amorós-Miró G. Prevalencia de heridas de la piel en pacientes de atención domiciliaria de 2 áreas básicas de salud de Barcelona: implicaciones en la práctica enfermera. Enferm Clínica. Sep-Oct 2008; 18 (5): 232-238.

43 Pina E. Epidemiology of chronic wounds treated in Primary Health Care in Portugal. 2007; 14:49-53.

44 Jurado Campos J, Anglada Dilme MT, Canet Ponsa M, Privat Marcè ML, Fàbrega Pairó T, Juvinyà Canal D. Implementación de un modelo integrado de enfermería de enlace: un estudio descriptivo. *Enferm Clínica*. Sep-Oct 2008; 18(5):253-261.

45 Castillo Gómez C, Pitarch Flors T, García Bernabeu MC. Análisis informe continuidad de cuidados según criterio enfermero. *Enfermería Global*. [Revista en Internet] Feb 2008 [Consultado el 15/09/2010]. 12 (1). Disponible en:
<http://www.um.es/ojs/index.php/eglobal/article/viewFile/2821/2771>.

46 Castellano Muñoz P, Miranda Ruiz A, Sojo González G, Perea Milla E, García Alegría JJ, Santos Rubio MD. Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes ancianos tras el alta hospitalaria. *Enferm Clínica*. May-Jun 2008; 18(3):120-126.

47 Pérez Bermejo JM, Pérez Valverde AI, Ureña Ramírez I, Hervás Mohíno MD, García Muñoz C, Arcediano García-Sacedón P. Adherencia al tratamiento en personas mayores. *Rev ROL Enfermería*. Abr 2010; 33(4):256-260.

48 Rogero García J. Distribución en España del cuidado formal e informal a las personas de 65 y más años en situación de dependencia. *Revi Esp Salud Pública*. [Revista en Internet] 2009 [Consultado el 22/09/2010]. 83 (3): 393-405. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272009000300005&lng=es&nrm=iso

49 Servicio Andaluz de Salud [Sitio Web]. Cuestionarios y Test e Índices para la Valoración del Paciente. López Alonso SR, Lácida Baro M, Rodríguez Gómez S. 2004 Disponible en:
http://www.sas.junta-andalucia.es/library/plantillas/externa.asp?pag=/contenidos/gestioncalidad/CuestEnf/PT4_AutoAVD_Barthel.pdf

50 Leno González D, Fernández Mateos M, Leno González JL, Lozano Guerrero MJ. Índice de Barthel: ¿adecuado para planificar necesidades al alta hospitalaria? Enfermería Global. [Revista en Internet] Oct 2008 [Consultado el 22/09/2010]. 14(1). Disponible en : <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/35901/34411>

51 Ceada Camero MJ, Rojas Ocaña MJ, Rodríguez Rodríguez JB. Nivel de dependencia y percepción de salud tras la valoración enfermera. Gerokomos. Dic 2008; 19(4); 177-183.

52 Aguilar Hernández RM, Félix Alemán A, Martínez Aguilar ML, Vega Alanís MC, Quevedo Díaz MM, Gutiérrez Sánchez G. Dependencia funcional y género del adulto mayor. Des Científ Enferm -Méx-. Nov-Dic 2007; 15(10):436-439.

53 Morente Bernal F, Quirós Gil M, Castilla Soto J, Martín Ruiz MV, Peréa López MC, Salomé Sánchez C. Estudio descriptivo y resultados de la Ley de dependencia en la U.G.C. Arroyo de la Miel. Revista Paraninfo digital [Revista en Internet] 2008 [Consultado el 23/09/2010]; 2(3). Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n3/p194.php>

54 Ballester Rubio M, Borrás Español L, Corbalán Carrillo G, Hernández Vian B, Paul Galceran G, Pérez Rodríguez J. Perfil de salud y diagnósticos de enfermería en la población de atención domiciliaria del Área Básica de Salud de Castellar del Vallès. Nure Inv. [Revista en Internet] Ene-Feb 2008 [Consultado el 26/10/2010] Disponible en : http://www.fuden.es/originales_obj.cfm?id_original=109&ID_ORIGINAL_INI=1

55 Martínez de la Iglesia J, Dueñas Herrero R, Onís Vilches MC, Aguado Taberné C, Albert Colomer C, Luque Luque R. Adaptación y validación al castellano del cuestionario de Pfeiffer (SPMSQ) para detectar la existencia de deterioro cognitivo en personas mayores de 65 años. Med Clínica 2001 Jun. 30; 117(4):129-34.

56 Ramírez Duque N, Ollero Baturone M, Bernabeu Wittel M, Rincón Gómez M, Ortiz Camúñez MA, García Morillo S. Características clínicas, funcionales, mentales y sociales de pacientes pluripatológicos. Estudio prospectivo durante un año en Atención Primaria. Rev Clín Esp 2008; 208: 4-11.

57 Carlos Gil AM, Molina Linde, JM. El deterioro funcional y cognitivo en los pacientes pluripatológicos se asocia con una mayor vulnerabilidad y mortalidad. GCS. Jun-Ago 2008; 10(2); 65.

58 López Alonso SR, Moral Serrano MS. Validación del Índice de Esfuerzo del Cuidador en la población española. Enfer Comunitaria (Gran) [Revista en Internet] 2005 [Consultado el 23/09/2010]; 1(1). Disponible en http://www.index-f.com/comunitaria/1revista/1_articulo_12-17.php

59 Izquierdo Carrasco JM; Serrano Cepas MC, Bermejo Abellá D, Moreira Sánchez M, Peña Reyes I, López León A. Bienestar del cuidador familiar. En: IV congreso de la Asociación Andaluza de Enfermería Comunitaria. Atención a la dependencia en el espacio comunitario. Evidentia [Revista en Internet] Ene-Feb 2006 [Consultado el 23/09/2010]; 3(7). . Disponible en: <http://www.index-f.com/evidentia/n7/216-1articulo.php>

60 Tirado Pedregosa G. Apoyo social en el cansancio del rol del cuidador. Evidentia [Revista Electrónica] Ene-Feb 2009 [Consultado el 23/09/2010]; 6(25). Disponible en: <http://www.index-f.com/evidentia/n25/ev0625.php>

61 Espina Boixo MA, Pedregal González M, García Lobato MR, Sánchez Ballesteros G, Márquez Pérez de León MA, Cruz García S. Criterios de derivación desde la enfermera de emergencias a la enfermera gestora de casos comunitaria. Metas de Enferm. Mayo 2012; 15(4): 28-31.

62 Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal. 15/1999, de 13 de diciembre. BOE nº 298 (14/12/1999)

63 García Fernández MN, García Alonso P, Vázquez Colinas MD, Sánchez Gómez MB, Duarte Clíments G. Mejor calidad de vida con visita domiciliaria de enfermería: Revisión sistemática. Evidentia. [Revista en Internet] Oct-Dic 2009 [Consultado el 20/07/2012]; 6(28). Disponible en: <http://www.index-f.com/evidentia/n28/ev1428.php>

64 García Calvente MM, Mateo Rodríguez I. EL grupo focal como técnica de investigación cualitativa en salud: diseño y puesta en práctica. Aten Primaria. Feb 2000; 25(3): 181-186.

65 Ministerio de Economía y Hacienda. [Base de datos en Internet]. Madrid. Instituto Nacional de Estadística. Servicio de Publicaciones del INE; 2012. [Actualizado el 01/09/2013; consultado el 19/09/2013] Disponible en: <http://www.ine.es>

66 González Ballesteros AB, Parejo García C, García Cisneros R, García-Bernal MT, Palenzuela Cruz A, Martín Artacho MD, et al. Seguimiento de la supervivencia de los pacientes incluidos en la atención domiciliaria de las enfermeras gestoras de casos en un área sanitaria de Andalucía. Enferm Comunitaria (Gran) [Revista en Internet]. 2012 [Consultado el 25/10/2012]; 8(2). Disponible en: <http://www.index-f.com/comunitaria/v8n2/ec7651.php>

67 Merino Casto M, Reyes Bautista JR, Ibáñez Camacho C, Salas Díaz F, Galán López D, Pérez Lumbreras F. Perfil del paciente en gestión de casos de la UGC de Medicina Interna del Área Sanitaria Norte de Huelva. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n10/p033.php>

68 Martínez García MD. Características sociosanitarias de los pacientes atendidos por las enfermeras gestoras de casos hospitalarios. Metas Enferm. 2013; 16(4):19-26.

69 Valverde Jiménez MR, López Benavente Y, Hernández Corominas MA, Gómez Ruiz M, Blázquez Pedrero M, Echevarría Pérez P. Enfermera Gestora de Casos del Servicio Murciano de Salud: Un año de puesta en marcha del programa. Enferm Global -Esp- . 2014; 13(4):57-69.

70 Parrado García A, del Pino Ibáñez A, Recio Campos MC, Ortega Castaño D. Evaluación de la sobrecarga sentida de las personas cuidadoras de pacientes dependientes de una zona rural. Rev Paraninfo Digital [Revista en Internet] 2013 [Consultado el 30/10/2014]; 7(19). Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n19/pdf/245d.pdf>

71 Saavedra Llobregat MD, Ruiz Miralles ML, Flores Arjona I, Soler Leyva P, Gallud Romero J. Gestión de casos en la integración de niveles asistenciales: Análisis de resultados. Invest & Cuid.2009; 7(14):45-53.

72 Torres Pérez LF, Morales Asencio JM, Jiménez Garrido M, Copé Luengo G, Sánchez Gavira S, Gómez Rodríguez JM. Impacto del autocuidado y manejo terapéutico en la utilización de los recursos sanitarios urgentes por pacientes crónicos: estudio de cohortes. Emergencias. 2013; 25: 353-360.

73 Baumbusch J, Shaw M. Geriatric emergency nurses: addressing the needs of an aging population. J Emerg Nurs. 2011; 37(4):321-327.

74 Espina Boixo MA, Pedregal González M, Márquez Pérez de León MA, García Lobato MR, Bella nato Rodríguez I, Ortega Charneca M, et al. Perfil de los pacientes derivados desde la enfermera de emergencias a la enfermera gestora de casos comunitaria. Metas Enferm Abr 2014; 17(3): 6-11.

75 Romero Estrada MO, Díaz Cárabes MG, Santos Serrano E, Pérez Ponce C, Velásquez Márquez MJ, Cambero González EG. Dominios de la guía de valoración de enfermería afectados en enfermos con dolor crónico de la Clínica del Dolor del Hospital Civil Fray Antonio Alcalde. Rev Paraninfo Digital [Revista en Internet] 2011 [Consultado el 25/10/2013]; 4(14). Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n14/003r.php>.

-
- 76 Rodríguez Quiñónez BV, Castillo Díaz R. Perfil del cuidador primario de adultos mayores con enfermedad crónica degenerativa. Educare21 -Esp- [Revista en Internet] 2011 [Consultado el 6/11/2014]; 77. Disponible en:
http://www.enfermeria21.com/publicaciones/educare/archivo-de-revistas.html?idArticulo=620594&task=verArticulo&anyo=2011&numPublica=4&numRevista=77&id_menu=30
- 77 Meina Lusarreta MT, Zabalza Vizcay F, Galar Jiménez MM. Análisis de los cuidadores de familiares en domicilio, en medio rural y urbano. Valoración de cursos específicos para cuidadores. Pulso. Jul 2008; (54): 39-41.
- 78 Yonte Huete F, Yonte Huete MB, Meneses Jiménez MT. Perfil emocional y social del cuidador principal de pacientes inmovilizados en un entorno rural. Nure Inv [Revista en Internet] 2012 [Consultado el 06/11/2014]; 57:1-18. Disponible en:
http://www.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/ORIGINAL/NURE57_original_rural2922012141559.pdf
- 79 Butler RJ, Davis TK, Johnson WG, Gardner HH. Effects of nonadherence with prescription drugs among older adults. Am J Manag Care. 2011; 17:153-160.
- 80 Ramírez Duque N, Ollero Baturone M, Bernabeu Wittel M, Rincón Gómez M, Ortiz Camuñez MA, García Morillo S. Características clínicas, funcionales, mentales y sociales de pacientes pluripatológicos. Estudio prospectivo durante un año en Atención Primaria. Revista Clínica Española 2008; 208: 4-11.
- 81 Fernández Morenatti MA. Experiencia de trabajo en un proceso de hospitalización domiciliaria. Metas Enferm. Feb 2010; 13(1):58-61.

12. ÍNDICE DE FIGURAS.

• Figura 1. Nivel de Participación.	55
• Figura 2. Puntos de Corte.	60
• Figura 3. Tamaño de los Cuestionarios.	60
• Figura 4. Herramienta de Derivación 1.	81
• Figura 5. Selección de Centros de Salud o Consultorio.	81
• Figura 6. Hoja de Derivación de Pacientes.	83
• Figura 7. Hoja de Comunicación de Información desde la EGCC a EPES.	85
• Figura 8. Historia Clínica Digital en Movilidad 1.	131
• Figura 9. Historia Clínica Digital en Movilidad 2.	132

13. ÍNDICE DE TABLAS.

• Tabla 1. Cuestionario Inicial.	44
• Tabla 2. Segundo Cuestionario.	56
• Tabla 3. Cuestionario Final.	58
• Tabla 4. Resultados.	59
• Tabla 5. Derivaciones por Centro de Salud.	107
• Tabla 6. Derivaciones según el Centro de Derivación.	108
• Tabla 7. Frecuencia de criterios utilizados.	109
• Tabla 8. Tabla de Contingencias entre Sexo y Dolor Crónico mal Tolerado.	110
• Tabla 9. Tabla de Contingencias entre Centro e Índice de Barthel.	110
• Tabla 10. Tabla de Contingencias entre Centro y Familia.	111
• Tabla 11. Tabla de Contingencias entre Centro y Amigos y Vecinos.	111
• Tabla 12. Tabla de Contingencias entre Centro y Sin Cuidados.	112
• Tabla 13. Tabla de Contingencias entre Servicio y No Sigue el Plan Farmacológico.	112
• Tabla 14. Tabla de Contingencias entre Servicio e Índice de Barthel.	113
• Tabla 15. Tabla de Contingencias entre Servicio e Índice de Pfeiffer.	113
• Tabla 16. Tabla de Contingencias entre Servicio y Familia.	114
• Tabla 17. Tabla de Contingencias entre Servicio y Sin Cuidados.	114

• Tabla 18. Prueba U de Mann-Whitney entre Edad e Índice de Barthel.	115
• Tabla 19. Prueba U de Mann-Whitney entre Edad y Alteraciones en los Pies.	115
• Tabla 20. Resumen de la Tablas de Contingencia entre Sexo y los Criterios de Derivación.	116
• Tabla 21. Resumen de la Tablas de Contingencia entre Centro y los Criterios de Derivación.	117
• Tabla 22. Resumen de la Tablas de Contingencia entre Servicio y los Criterios de Derivación.	118
• Tabla 23. Resumen de t de student entre edad y variables con criterio de normalidad.	119
• Tabla 24. Resumen de test U de Mann-Whitney entre Edad y criterios de derivación sin criterios de normalidad.	119

14.- RELACIÓN DE ACRÓNIMOS

CE	Coordinadores de Enfermería.
DCCU	Dispositivo de Cuidados Críticos y Urgencias.
ECE	Enfermera Comunitaria de Enlace.
EGCC	Enfermera Gestora de Casos Comunitaria.
EGCH	Enfermera Gestora de Casos Hospitalaria.
EHE	Enfermera Hospitalaria de Enlace.
EPES	Empresa Pública de Emergencias Sanitarias.
EUE	Enfermero de Urgencias y Emergencias.
HCDM	Historia Clínica Digital en Movilidad.
IEC	Índice de Esfuerzo del Cuidador.
NANDA	North American Nursing Diagnosis Association.
NIC	Nursing Interventions Clasification.
NOC	Nursing Outcomes Clasification.
OMS	Organización Mundial de la Salud.
SAS	Servicio Andaluz de Salud.
SIEPES	Sistema de Información de la EPES
SNS	Sistema Nacional de Salud.
SSPA	Sistema Sanitario Público Andaluz.

15. ANEXOS.

15.1. Anexo 1. Carta a las Enfermeras Gestoras de Casos Comunitarias.

Estimadas/os Compañeras/os:

Soy Miguel Ángel Espina Boixo, enfermero del servicio provincial de Huelva de la Empresa Pública de Emergencias Sanitarias (EPES-061).

En nuestro trabajo diario, en las uvis móviles, nos encontramos en algunas situaciones pacientes y familias, que al llegar a sus domicilios detectamos que son pacientes pluripatológicos, con demencias, ancianos frágiles, dependientes, grandes discapacitados o en cuidados paliativos. Muchos de ellos, están perfectamente atendidos por los servicios de atención primaria, pero en ocasiones, algunos tienen necesidades por cubrir, y aún no han tomado contacto con su enfermera de atención primaria para que le ayude a cubrirlas.

En el breve espacio de tiempo que dura nuestra asistencia, no podemos ayudar a estas familias más allá de solucionar su problema agudo e informarles para que acudan a su centro de salud. Pero nos consta que en muchas ocasiones no lo hacen, pues los seguimos viendo en posteriores asistencias.

Por todo esto, creemos necesario establecer un sistema de derivación de pacientes y familias desde los enfermeros de emergencias a las enfermeras gestoras de casos comunitarias. Para esto, los enfermeros de emergencias debemos tener muy claro cuáles son los pacientes que podemos y debemos derivar.

Con esta intención hemos puesto en marcha un estudio de investigación, con el objetivo de determinar cuáles son estos criterios de derivación. Y a quién mejor preguntarle, que a las/os profesionales que van a recibir la derivación del paciente. De esta manera, seréis las enfermeras gestoras de casos comunitarias, las que nos indiquéis cuales son las características que deben reunir los pacientes y sus familias para que podamos derivarlo.

Para ello se ha elaborado un cuestionario, partiendo de la valoración según las 14 necesidades de Henderson, que tenéis en DIRAYA. Como está parrilla de valoración es muy amplia, solo se han incluido los indicadores que en ella se recogen, sin poner las diferentes categorías que cada indicador puede presentar. Además de las 14 necesidades se han incluido dos campos más, uno para las escalas e índices más utilizados para la valoración, y otro para aspectos relacionados con el cuidador principal.

La pregunta que se os plantea es:

¿Consideráis adecuado el indicador XXXXXX, para que el enfermero de emergencia derive un paciente y/o familia a la enfermera gestora de casos comunitaria?

Podéis valorar lo adecuado o inadecuado del indicador utilizando una escala que va de 1 a 10, siendo 1 totalmente inadecuado y 10 muy adecuado. A modo de ejemplo, las preguntas serían:

- ¿Consideráis adecuado el indicador **Dentición**, para que el enfermero de emergencia derive un paciente y/o familia a la enfermera gestora de casos comunitaria? 2, es decir, lo consideráis muy poco adecuado. La enfermera de emergencias no debería derivar a un paciente por problemas de dentición.

- ¿Consideráis adecuado el indicador **Nivel funcional para la actividad/movilidad**, para que el enfermero de emergencia derive un paciente y/o familia a la enfermera gestora de casos comunitaria? 9, es decir, lo consideráis muy adecuado. La enfermera de emergencias debería derivar a un paciente por problemas en el Nivel funcional para la actividad/movilidad

Además de estos indicadores, tenéis en cada campo un espacio donde podéis hacer cualquier observación o comentario, o destacar otro indicador no recogido.

Para abrir el cuestionario tenéis que utilizar la clave “ECE” en mayúsculas, una vez contestado y guardado, podéis enviarlo a la dirección de correo jgc@hu.epes.es, que es la administrativa encargada de recopilar todo la información y reenviármela para el análisis. Esta compañera desconoce la clave del archivo y enviará los archivos con un código, para de esta manera conservar vuestro anonimato en las respuestas.

El plazo de devolución de cuestionarios es hasta el próximo 15 de Abril.

Una vez analizados los datos, se creará un segundo cuestionario, más reducido, teniendo en cuenta vuestras opiniones, que se os pasará por el mismo sistema de correo electrónico, para que conozcáis los resultados y volváis a valorarlo.

Este cuestionario, se os hace llegar a las enfermeras gestoras de casos comunitarias de toda la provincia, para tener una visión más amplia del tema, y para poder extender las conclusiones del estudio a todas las zonas básicas, de manera que en las zonas donde el 061 no tiene cobertura, la derivación de pacientes pueda hacerse desde los DCCU.

Quiero agradeceros vuestra colaboración y esfuerzo de antemano, pues estoy convencido de la ayuda de un colectivo implicado y que está desarrollando una labor, novedosa y tremendamente necesaria para los pacientes y familias.

Para cualquier duda o comentario, podéis contactar conmigo en las direcciones de correo meb@hu.epes.es ; mespinab@telefonica.net o en el teléfono 607527033.

Un saludo

Miguel Ángel Espina Boixo.

Enfermero EPES 061.

Servicio Provincial de Huelva.

15.2. Anexo 2. Índice de Barthel.

COMER.		
Capaz de utilizar cualquier instrumento necesario, capaz de desmenuzar la comida, extender la mantequilla, usar condimentos, etc., por sí solo. Come en un tiempo razonable. La comida puede ser cocinada y servida por otra persona.	Independiente	10 Puntos.
Para cortar la carne o el pan, extender la mantequilla, etc., pero es capaz de comer solo.	Necesita Ayuda	5 Puntos.
Necesita ser alimentado por otra persona.	Dependiente	0 Puntos
LAVARSE – BAÑARSE.		
Capaz de lavarse entero, puede ser usando la ducha, la bañera o permaneciendo de pie y aplicando la esponja sobre todo el cuerpo. Incluye entrar y salir del baño. Puede realizarlo todo sin estar una persona presente	Independiente	5 Puntos.
Necesita alguna ayuda o supervisión.	Dependiente	0 Puntos.
VESTIRSE.		
Capaz de poner y quitarse la ropa, atarse los zapatos, abrocharse los botones y colocarse otros complementos que precisa (por ejemplo braguero, corsé, etc.) sin ayuda)	Independiente	10 Puntos.
Necesita ayuda. Pero realiza solo al menos la mitad de las tareas en un tiempo razonable.	Necesita ayuda	5 Puntos.
Dependiente	Dependiente	0 Puntos.
ARREGLASE.		
Realiza todas las actividades personales sin ninguna ayuda. Incluye lavarse cara y manos, peinarse, maquillarse, afeitarse y lavarse los dientes. Los complementos necesarios para ello pueden ser provistos por otra persona.	Independiente	5 Puntos.
Dependiente Necesita alguna ayuda	Dependiente	0 Puntos.
DEPOSICIÓN.		
Ningún episodio de incontinencia. Si necesita enema o supositorios es capaz de administrárselos por sí solo.	Continente.	10 Puntos.
Menos de una vez por semana o necesita ayuda para enemas o supositorios	Accidente ocasional	5 Puntos.
Incluye administración de enemas o supositorios por otro	Incontinente	0 Puntos.
MICCIÓN - valorar la situación en la semana previa		
Ningún episodio de incontinencia (seco día y noche). Capaz de usar cualquier dispositivo. En paciente sondado, incluye poder cambiar la bolsa solo.	Continente.	10 Puntos.
Menos de una vez por semana o necesita ayuda para enemas o supositorios	Accidente ocasional	5 Puntos.
Incluye pacientes con sonda incapaces de manejarse	Incontinente	0 Puntos.
IR AL RETRETE		
Entra y sale solo. Capaz de quitarse y ponerse la ropa, limpiarse, prevenir el manchado de la ropa y tirar de la cadena. Capaz de sentarse y levantarse de la taza sin ayuda (puede utilizar barras para soportarse). Si usa bacinilla (orinal, botella, etc.) es capaz de utilizarla y vaciarla completamente sin ayuda y sin manchar	Independiente	10 Puntos.
Capaz de manejarse con pequeña ayuda en el equilibrio, quitarse y ponerse la ropa, pero puede limpiarse solo. Aún es capaz de utilizar el retrete.	Necesita Ayuda	5 Puntos.
Incapaz de manejarse sin asistencia mayor	Dependiente	0 Puntos.

TRASLADARSE SILLÓN / CAMA		
Sin ayuda en todas las fases. Si utiliza silla de ruedas se aproxima a la cama, frena, desplaza el apoyo pies, cierra la silla, se coloca en posición de sentado en un lado de la cama, se mete y tumba, y puede volver a la silla sin ayuda	Independiente	15 Puntos.
Incluye supervisión verbal o pequeña ayuda física, tal como la ofrecida por una persona no muy fuerte o sin entrenamiento.	Mínima Ayuda	10 Puntos.
Capaz de estar sentado sin ayuda, pero necesita mucha asistencia (persona fuerte o entrenada) para salir / entrar de la cama o desplazarse	Gran Ayuda	5 Puntos.
Necesita grúa o completo alzamiento por dos persona. Incapaz de permanecer sentado	Dependiente	0 Puntos
DEAMBULACION.		
Puede caminar al menos 50 metros o su equivalente en casa sin ayuda o supervisión. La velocidad no es importante. Puede usar cualquier ayuda (bastones, muletas, etc.) excepto andador. Si utiliza prótesis es capaz de ponérselo y quitársela sólo	Independiente	15 Puntos.
Supervisión o pequeña ayuda física (persona no muy fuerte) para andar 50 metros. Incluye instrumentos o ayudas para permanecer de pie (andador)	Necesita Ayuda	10 Puntos.
En 50 metros. Debe ser capaz de desplazarse, atravesar puertas y doblar esquinas solo	Independiente en silla de ruedas	5 Puntos.
Si utiliza silla de ruedas, precisa ser empujado por otro	Dependiente	0 Puntos
SUBIR Y BAJAR ESCALERAS		
Capaz de subir y bajar un piso sin ayuda ni supervisión. Puede utilizar el apoyo que precisa para andar (bastón, muletas, etc.) y el pasamanos	Independiente	10 Puntos.
Supervisión física o verbal	Necesita Ayuda	5 Puntos.
Incapaz de salvar escalones. Necesita alzamiento (ascensor)	Dependiente.	0 Puntos.
Si utiliza silla de ruedas, precisa ser empujado por otro	Dependiente	0 Puntos

15.3. Anexo 3. Índice de Pfeiffer.

ÍTEMS	ERRORES
¿Qué día es hoy? -día, mes, año-	
¿Qué día de la semana es hoy?	
¿Dónde estamos ahora?	
¿Cuál es su nº de teléfono?	
¿Cuál es su dirección? –preguntar sólo si el paciente no tiene teléfono	
¿Cuántos años tiene?	
¿Cuál es su fecha de nacimiento? -día, mes, año-	
¿Quién es ahora el presidente del gobierno?	
¿Quién fue el anterior presidente del gobierno?	
¿Cuáles son los dos apellidos de su madre?	
PUNTUACIÓN TOTAL	

15.4. Anexo 4. Índice de Esfuerzo del Cuidador.

PREGUNTAS	RESPUESTAS	
1. Tiene trastornos de sueño (Ej. porque el paciente se acuesta y se levanta o pasea por la casa de noche)	SI	NO
2. Es un inconveniente (Ej. porque la ayuda consume mucho tiempo o se tarda mucho en proporcionar)	SI	NO
3. Representa un esfuerzo físico (Ej. hay que sentarlo, levantarlo de una silla)	SI	NO
4. Supone una restricción (Ej. porque ayudar limita el tiempo libre o no puede hacer visitas)	SI	NO
5. Ha habido modificaciones en la familia (Ej. porque la ayuda ha roto la rutina o no hay intimidad)	SI	NO
6. Ha habido cambios en los planes personales (Ej. se tuvo que rechazar un trabajo o no se pudo ir de vacaciones)	SI	NO
7. Ha habido otras exigencias de mi tiempo (Ej. por parte de otros miembros de la familia)	SI	NO
8. Ha habido cambios emocionales (Ej. causa de fuertes discusiones)	SI	NO
9. Algunos comportamientos son molestos (Ej. la incontinencia, al paciente le cuesta recordar las cosas, el paciente acusa a los demás de quitarle las cosas)	SI	NO
10. Es molesto darse cuenta de que el paciente ha cambiado tanto comparado con antes (Ej. es un persona diferente de antes).	SI	NO
11. Ha habido modificaciones en el trabajo (Ej. a causa de la necesidad de reservarse tiempo para la ayuda)	SI	NO
12. Es una carga económica.	SI	NO
13. Nos ha desbordado totalmente (Ej. por la preocupación acerca de persona cuidada o preocupaciones sobre cómo continuar el tratamiento).	SI	NO
PUNTUACIÓN TOTAL		

15.5. Anexo 5. Manual de Ayuda.

Protocolo de Comunicación entre el Enfermero de Urgencias y Emergencias a la Enfermera Gestora de Casos Comunitaria.

1. OBJETIVOS.

1.1. Objetivo General:

El objetivo de este procedimiento es facilitar la comunicación entre los enfermeros de Urgencias y Emergencias y las Enfermeras Gestoras de Casos Comunitarias. (EGCC).

1.2. Objetivos Específicos:

1.2.1. Facilitar la derivación de pacientes desde el enfermero de urgencias y emergencias (EUE) de pacientes y sus familias, que cumplan alguno de los criterios establecidos, a la EGCC para que ella gestione las intervenciones necesarias con estos usuarios.

1.2.2. Facilitar la comunicación de información de pacientes susceptibles de ser atendidos por los servicios de Urgencias y Emergencias desde la EGCC a las sala de Coordinación de Urgencias y Emergencias de la Empresa Pública de Emergencias Sanitarias de Andalucía (EPES-061), para que quede guardada en el sistema de información y pueda estar disponible cuando el usuario sea atendido por estos servicios.

2. **ALCANCE.**

El presente protocolo podrá ser utilizado por:

- Todos los enfermeros/as de emergencias del Servicio Provincial de Huelva.
- Todos los enfermeros/as que trabajen en los puntos de urgencias de los distritos de atención primaria Huelva – Costa y Condado – Campiña.
- Todos las EGCC distritos de atención primaria Huelva – Costa y Condado – Campiña.

3. **CUANDO DERIVAR.**

Los enfermeros/as de urgencias y emergencias podrán derivar a una paciente y sus familias a la EGCC cuando atiendan a pacientes que cumplan, al menos, uno de los criterios de derivación, que se exponen en el siguiente punto. Los pacientes a derivar serán pacientes nuevos para la EGCC, con los que nunca ha tenido contacto o pacientes conocidos y atendidos por la EGCC.

Las EGCC podrán comunicar información de cualquier paciente susceptible de ser atendido por los equipos de urgencias y emergencias, que tengan algunas necesidades de cuidados especiales y que estos servicios deban conocer para tenerlas en cuenta en la atención.

4. CRITERIOS DE DERIVACIÓN.

Se han establecido 10 criterios de derivación de pacientes desde el enfermero de urgencias y emergencias a la EGCC. Estos criterios fueron determinados por un estudio de investigación en el que participaron todas las EGCC de la provincia de Huelva, aplicando la técnica de consenso de experto Delphi. De este estudio se obtuvieron 9 criterios y el décimo se añadió por consenso de experto entre los miembros que han elaborado este procedimiento. Los criterios de derivación son los siguientes:

- Pacientes con oxígeno domiciliario de uso crónico, que no lo usan correctamente o que no han sido educados sobre su uso.
- Pacientes y sus familias que usen alimentación parenteral a nivel extrahospitalario.
- Pacientes que tenga una pérdida de la continuidad de la piel por alguno de estas causas:
 - Úlceras por presión.
 - Quirúrgicas.
 - Traumatismos.
 - Quemaduras.
 - Cortes.
 - Cateterismo, drenajes, estomas.
 - Alteraciones de los pies.
- Pacientes y familias que no sigan el plan terapéutico farmacológico.
- Pacientes con necesidades de cuidados y que nadie los preste o bien no sean suficientes, y en el caso de que sean derivados por otros criterios, deberemos identificar al agente de autonomía asistida o cuidador.
 - Familia.

- Amigos o Vecinos.
 - Profesional.
 - Institución.
 - Nadie.
- Pacientes con un índice de Barthel menor de 60.
- Pacientes con 3 o más errores, si no saben leer, o 4 o más errores si saben leer en el test de Pfeiffer.
- Pacientes con una puntuación igual o superior a 7 en el índice de esfuerzo del cuidador.
- Pacientes considerados como reingresadores.
- Pacientes con mal manejo del dolor crónico.

Si quieres obtener más información sobre los criterios de derivación, puedes leer el documento “Criterios de Derivación” en el que se recoge la discusión del proyecto de investigación donde se determinaron estos criterios.

5. Herramienta de Derivación. Cómo derivar.

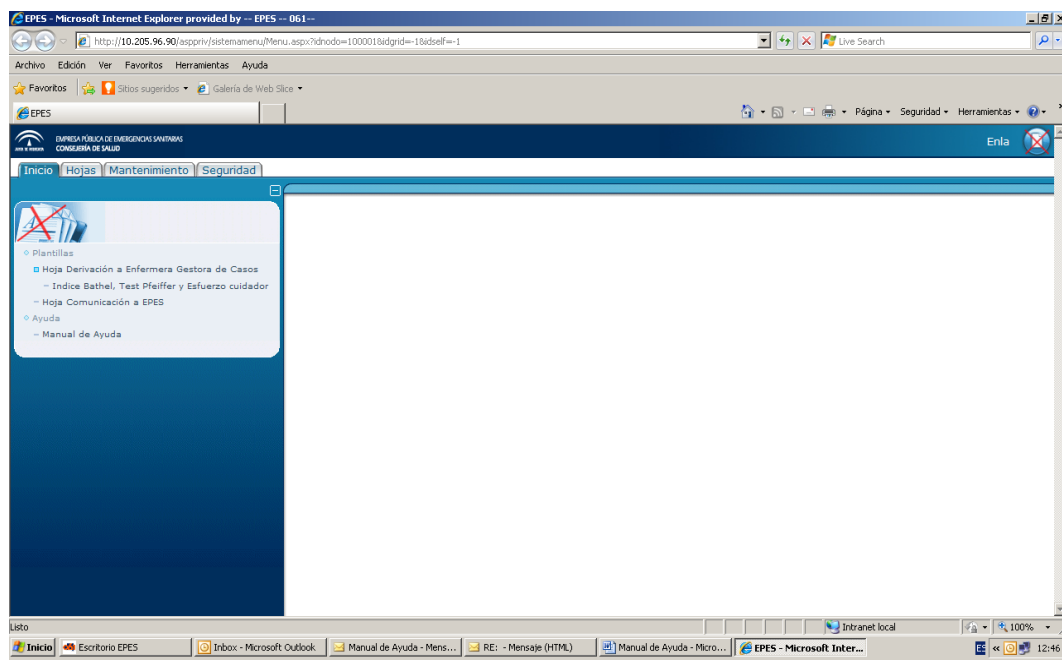
5.1. Acceso a la Herramienta.

Cada uno de los servicios implicados en el proceso de derivación estableció su forma de acceso en sistemas informáticos. Para acceder a este sistema tenían que introducir su nombre de usuario y clave.

5.2. Utilización de la Herramienta.

5.2.1. Pestaña Inicio.

Una vez que accedas a la herramienta aparecerá esta pantalla. Solo tendrás disponible las pestañas de Inicio y Hojas.



Si picas sobre “Hoja Derivación a Enfermera Gestora de Casos”, te aparecerá la siguiente pantalla. Podrás ver la “Hoja de Derivación de Pacientes desde DCCU/061 a la Enfermera Gestora de Casos”. Este es el documento que la herramienta enviará a la EGCC. Si pasas el ratón sobre el

formato podrás imprimirlo y llevarlo en formato papel en tu carpeta, para tomar los datos en la asistencia.

EPES - Microsoft Internet Explorer provided by -- EPES -- 061--

http://10.205.96.90/asppriv/sistemamenu/Menu.aspx?dnodo=100011&idpl=100011&idgrid=1&idself=-1

Archivo Edición Ver Favoritos Herramientas Ayuda

Favoritos Sitios sugeridos Galería de Web Slice

EPES EMPRESA PÚBLICA DE EMERGENCIAS SANITARIAS CONSEJERÍA DE SALUD

Inicio Hojas Mantenimiento Seguridad

Plantillas

- Hoja Derivación a Enfermera Gestora de Casos
 - Índice Barthel, Test de Pfeiffer y Esfuerzo cuidador
 - Hoja Comunicación a EPES
- Ayuda
- Mantenimiento

Junta de Andalucía Empresa Pública de Emergencias Sanitarias CONSEJERÍA DE SALUD

Servicio Andaluz de Salud CONSEJERÍA DE SALUD

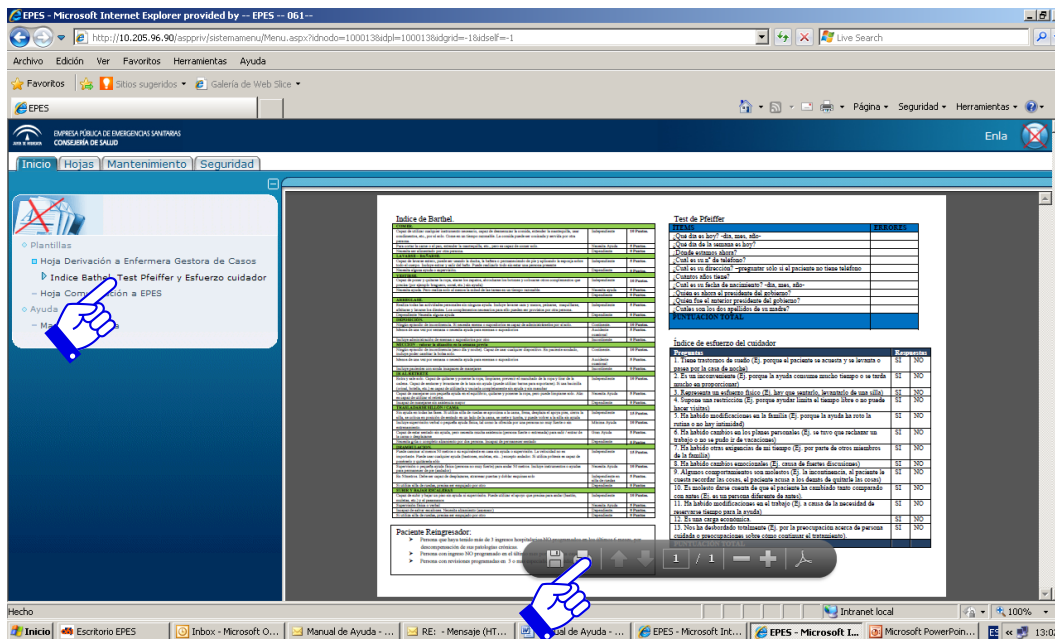
HOJA DE DERIVACIÓN DE PACIENTES DESDE DCCU/061 A LA ENFERMERA GESTORA DE CASOS.

Datos del Paciente - Familia	
Nombre:	Apellidos:
DNI:	Nº SS:
NHUSA:	Teléfono:
Cuidador:	
Dirección:	
Centro de Salud o Consultorio	

Datos del Enfermero/a que Deriva	
Nombre:	Apellidos:
CNP:	
Correo Electrónico:	
Base Asistencial:	

Inicio Escritorio EPES Inbox - Microsoft O... Manual de Ayuda - ... RE: - Mensaje (HT... Manual de Ayuda - ... EPES - Microsoft Int... EPES - Microsoft L... Microsoft PowerPoi...

Si picas sobre “Índice de Barthel, Test de Pfeiffer y Esfuerzo cuidador”, te aparecerá la siguiente pantalla. Podrás ver la un documento con estos índices. Si pasas el ratón sobre el formato podrás imprimirlo y llevarlo en formato papel en tu carpeta, para tomar los datos en la asistencia.



Si picas sobre “Hoja de Comunicación a EPES”, te aparecerá la siguiente pantalla. Podrás ver la un documento “Hoja de Comunicación de Información desde la Enfermera Gestora de Casos a EPES”. Este es el documento que enviará el programa a EPES cuando la EGCC quiera comunicar información de algún paciente. Si pasas el ratón sobre el formato podrás imprimirlo y llevarlo en tu carpeta, para tomar los datos en la asistencia.



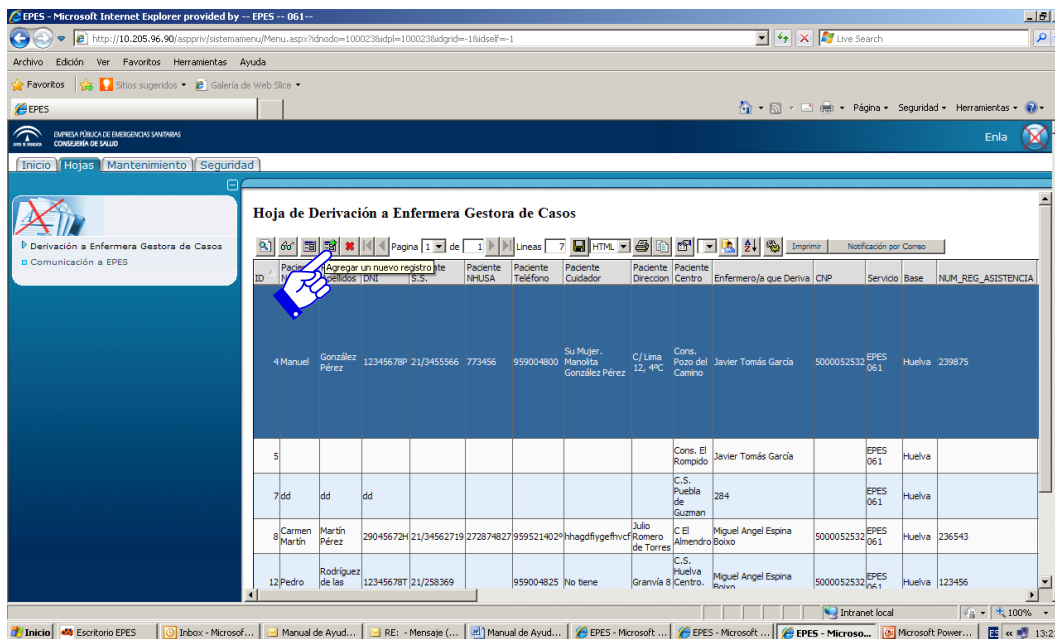
Si picas sobre “Manual de Ayuda”, te aparecerá este manual y otros documentos de ayuda.

5.2.2. Pestaña Hojas.

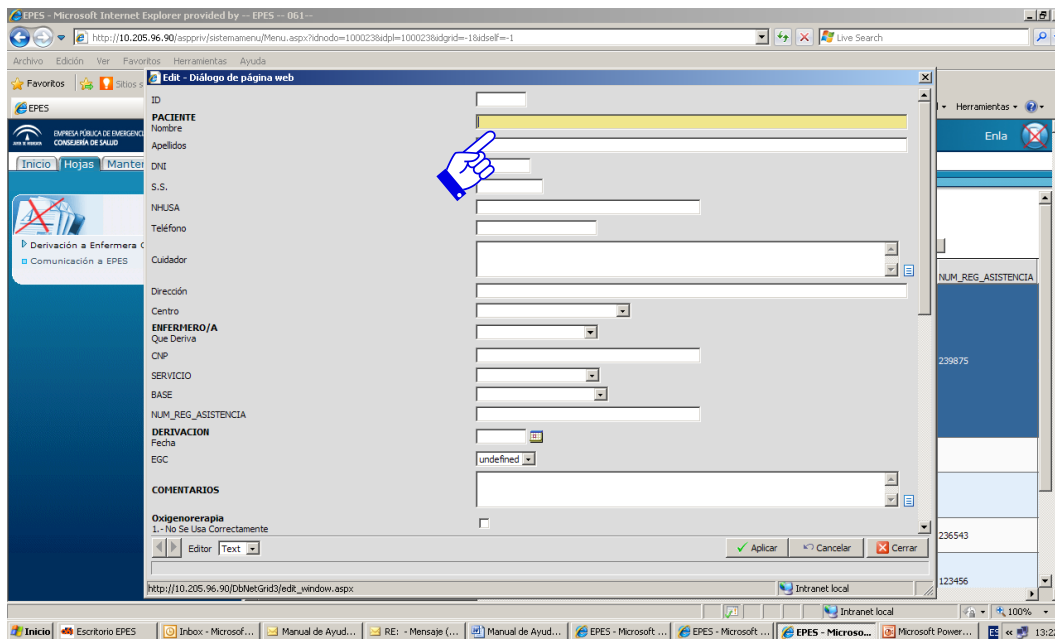
A) COMUNICACIÓN EUE A EGCC

Si plicas sobre “Derivación a Enfermera Gestora de Casos” aparecerá la siguiente pantalla. **Esta opción debe usarse para derivar pacientes desde el enfermero/a de urgencias y emergencias a la EGCC.** Podrás ver la base de datos con todos los registros que tú hayas derivado.

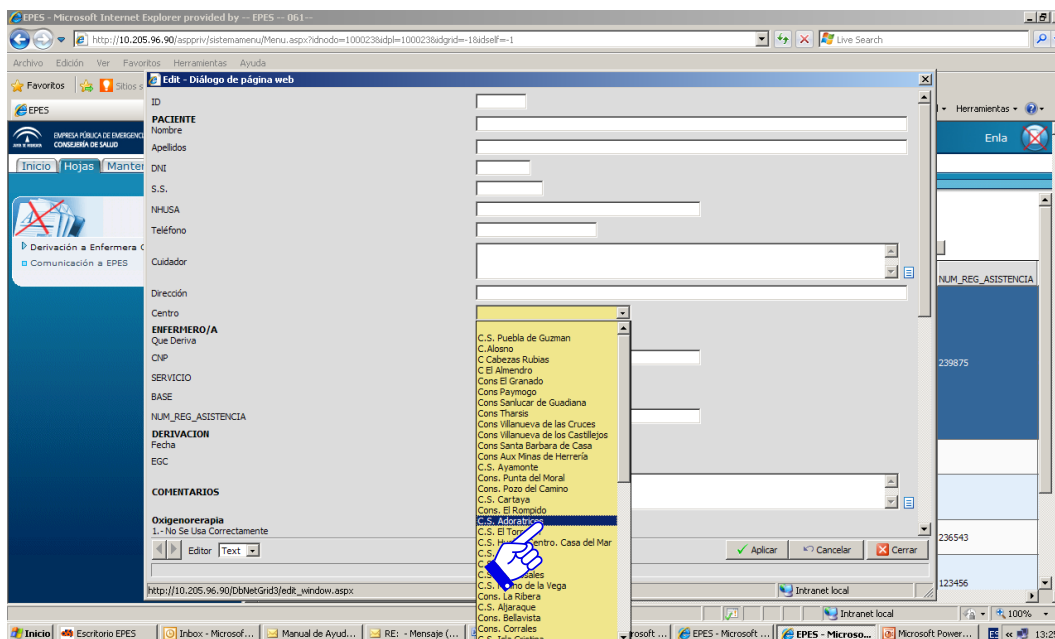
Para introducir una nueva derivación, pica sobre “Agregar un nuevo registro”



Aparecerá la siguiente pantalla:



Primero introduce los datos de filiación del paciente que hayas podido obtener en la asistencia. Cuando llegues al campo Centro, se abrirá un desplegable donde podrás elegir el centro de salud o consultorio al que pertenece el usuario.



La herramienta automáticamente asignará quién es la EGCC que corresponde a ese centro.

EPES - Microsoft Internet Explorer provided by -- EPES -- 061--

http://10.205.96.90/asp/priv/sistemamenu/Menu.aspx?dnodo=100023&dp=100023&idgrd=1&idself=-1

Archivo Edición Ver Favoritos Herramientas Ayuda

Favoritos Sitios

EPES

EMPRESA PÚBLICA DE EMERGENCIAS
CONSEJO DE SALUD

Inicio Hojas Mantel

Derivación a Enfermera
Comunicación a EPES

ENFERMERO/A

Que Deriva

CNP

SERVICIO

BASE

NUM_REG_ASISTENCIA

DERIVACION

Fecha

EGC

COMENTARIOS

Oxigenoterapia

1.- No Se Usa Correctamente

Editor Text

Aplicar Cancelar Cerrar

http://10.205.96.90/DbNetGrid3/edit_window.aspx

Intranet local

13:27

Cumplimenta ahora tus datos, los del enfermero/a que deriva.
Selecciona el servicio al que perteneces (EPES-061; Distrito Huelva-Costa;
Distrito Condado-Campaña, AGS Sierra de Huelva)

EPES - Microsoft Internet Explorer provided by -- EPES -- 061--

http://10.205.96.90/asp/priv/sistemamenu/Menu.aspx?dnodo=100023&dp=100023&idgrd=1&idself=-1

Archivo Edición Ver Favoritos Herramientas Ayuda

Favoritos Sitios

EPES

EMPRESA PÚBLICA DE EMERGENCIAS
CONSEJO DE SALUD

Inicio Hojas Mantel

Derivación a Enfermera
Comunicación a EPES

ENFERMERO/A

Que Deriva

CNP

SERVICIO

BASE

NUM_REG_ASISTENCIA

DERIVACION

Fecha

EGC

COMENTARIOS

Oxigenoterapia

1.- No Se Usa Correctamente

Editor Text

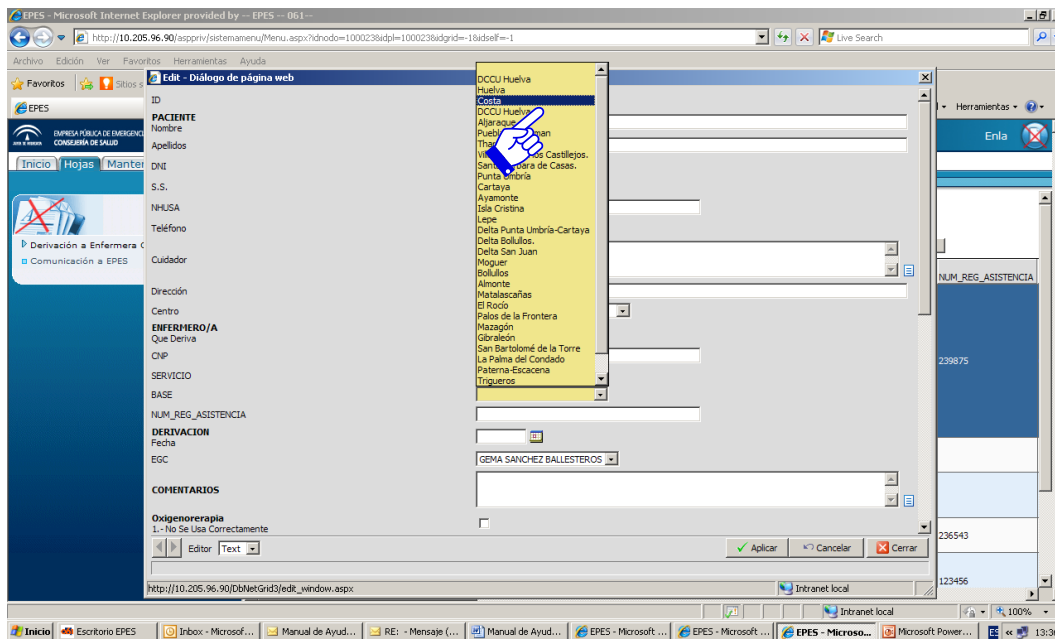
Aplicar Cancelar Cerrar

http://10.205.96.90/DbNetGrid3/edit_window.aspx

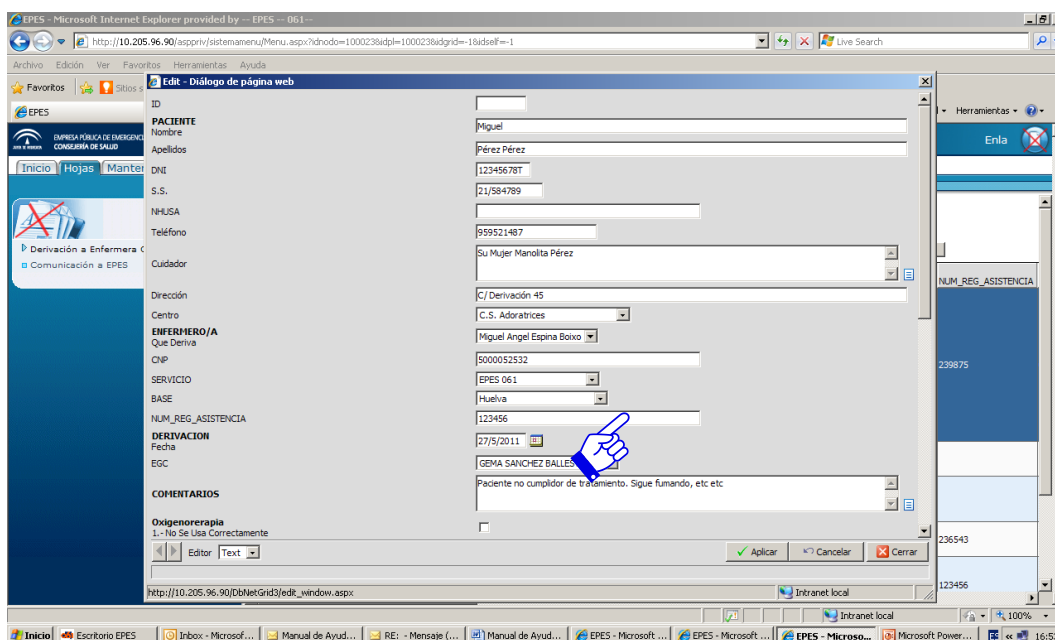
Intranet local

13:31

Selecciona ahora la base de 061, el DCCU o el punto de urgencias en
el que estás trabajando:

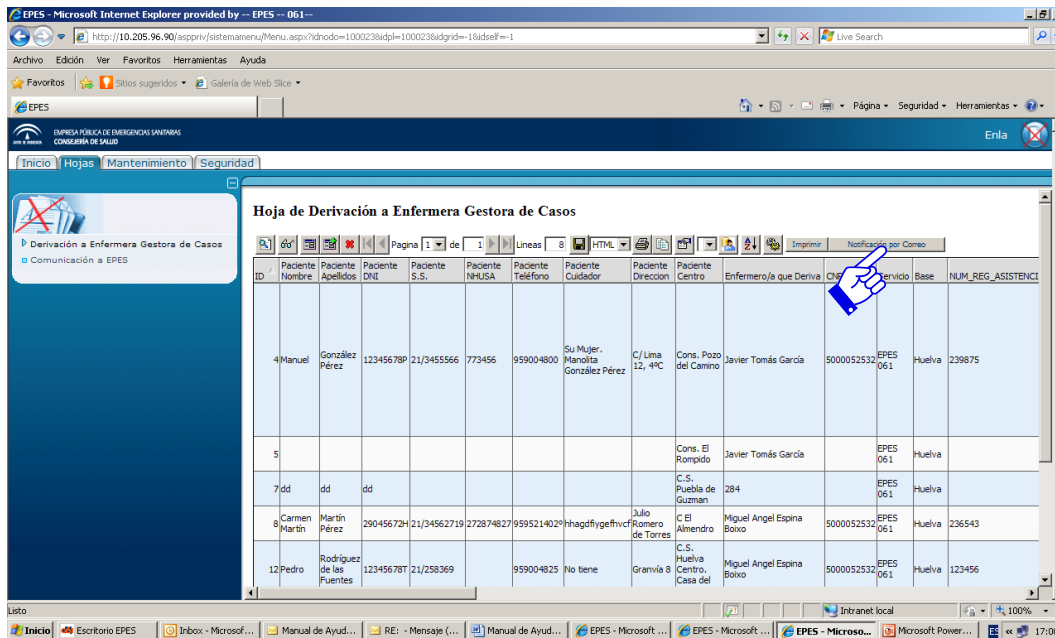


En el campo comentarios, puedes escribir aquello que creas conveniente:

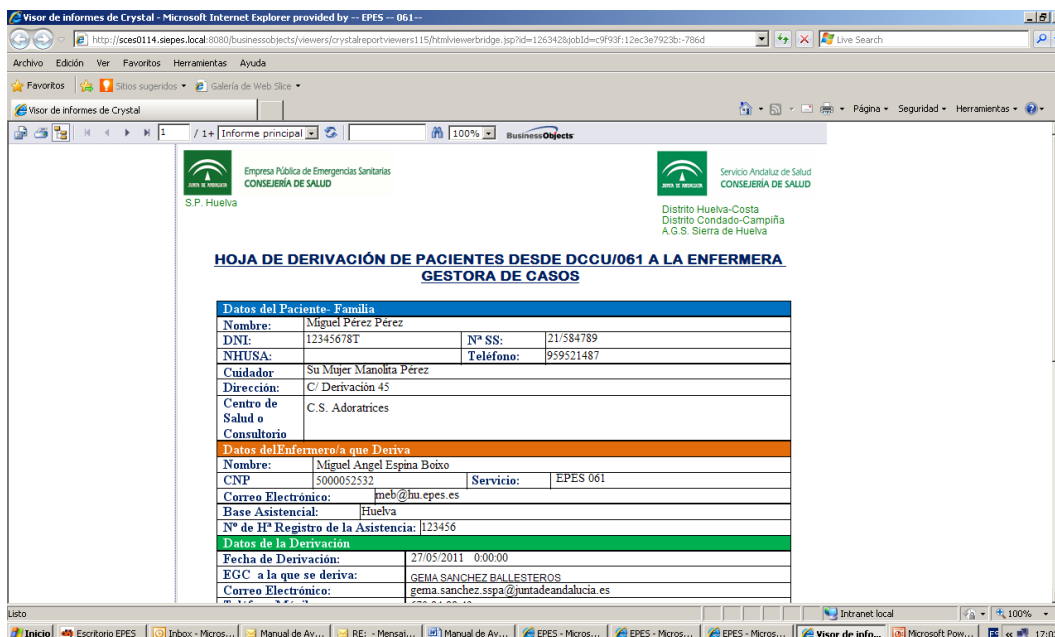


A continuación tienes que seleccionar uno varios de los indicadores por los que derivas al paciente.

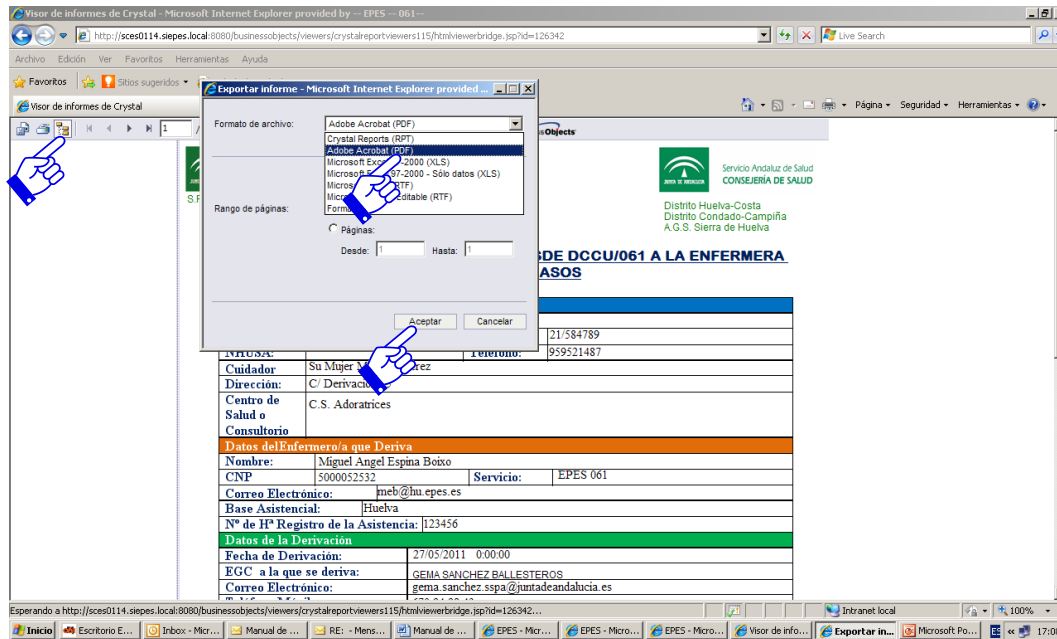
Selecciona registro que acabas de crear, poniendo en ratón sobre el registro y marcándolo (aparecerá en azul oscuro como se ve en la imagen) y pulsa sobre “Notificar por Correo”



La herramienta te pedirá confirmación y enviará un correo electrónico con el informe a la dirección de la EGCC, a tu dirección de correo, y a un correo genérico para controlar el movimiento DerivacionHuelvaEGC@hu.epes.es Además abrirá una nueva ventana en la que te mostraré el informe que has elaborado.



Este informe, si quieres, puedes imprimirlo o guardarlo en formato pdf, picando sobre los siguientes botones:



De esta manera tendrás el informe en formato pdf, para imprimirlo, guardarlo o lo que tú quieras. Recuerda siempre la Ley Orgánica de Protección de Datos (LOPD). De todas maneras, no es necesario que lo imprimas, pues tus derivaciones siempre estarán accesibles en la base de datos y podrás acceder a las mismas.

htmlpreview(1).pdf - Adobe Reader

Archivo Edición Ver Ventana Ayuda

1 / 2 50,9%

Comentario Compartir

HOJA DE DERIVACIÓN DE PACIENTES DESDE DCU/061 A LA ENFERMERA

GESTORA DE CASOS

Datos del Paciente - Familia	
Nombre:	Miguel Ángel Díaz
DNI:	32456789
NIE/USA:	Nº SS: 123456789
Código:	Teléfono: 912345678
Dirección:	Calle: Miguel Martínez Pérez
Centro de Salud o Consultorio:	C. S. Adreñosa
Reserva de Pacientes que Deriva	
Nombre:	Miguel Ángel Díaz
CNP:	123456789
Correo Electrónico:	instill@epes.es
Nº de Nº Registro de la Asistencia:	123456
Fecha de Derivación:	
Fecha de Derivación:	27/05/2011 0:00:00
EGCC a la que se deriva:	instill@epes.es
Correo Electrónico:	instill@epes.es
Teléfono Móvil:	912 34 56 78

Criterios de Derivación: Campo desplegable en el que se incluirán todos los criterios y no apartados que aparecen a continuación:

1. Por la edad cronológica:
 - 1.1. Por la edad cronológica por su sexo
 - 1.2. Por la edad cronológica por su sexo
2. Por la gravedad de la enfermedad:
 - 2.1. Por la gravedad de la enfermedad
 - 2.2. Por la gravedad de la enfermedad
 - 2.3. Por la gravedad de la enfermedad
 - 2.4. Por la gravedad de la enfermedad
 - 2.5. Por la gravedad de la enfermedad
 - 2.6. Por la gravedad de la enfermedad
 - 2.7. Por la gravedad de la enfermedad
 - 2.8. Por la gravedad de la enfermedad
 - 2.9. Por la gravedad de la enfermedad
 - 2.10. Por la gravedad de la enfermedad
 - 2.11. Por la gravedad de la enfermedad
 - 2.12. Por la gravedad de la enfermedad
 - 2.13. Por la gravedad de la enfermedad
 - 2.14. Por la gravedad de la enfermedad
 - 2.15. Por la gravedad de la enfermedad
 - 2.16. Por la gravedad de la enfermedad
 - 2.17. Por la gravedad de la enfermedad
 - 2.18. Por la gravedad de la enfermedad
 - 2.19. Por la gravedad de la enfermedad
 - 2.20. Por la gravedad de la enfermedad
 - 2.21. Por la gravedad de la enfermedad
 - 2.22. Por la gravedad de la enfermedad
 - 2.23. Por la gravedad de la enfermedad
 - 2.24. Por la gravedad de la enfermedad
 - 2.25. Por la gravedad de la enfermedad
 - 2.26. Por la gravedad de la enfermedad
 - 2.27. Por la gravedad de la enfermedad
 - 2.28. Por la gravedad de la enfermedad
 - 2.29. Por la gravedad de la enfermedad
 - 2.30. Por la gravedad de la enfermedad
 - 2.31. Por la gravedad de la enfermedad
 - 2.32. Por la gravedad de la enfermedad
 - 2.33. Por la gravedad de la enfermedad
 - 2.34. Por la gravedad de la enfermedad
 - 2.35. Por la gravedad de la enfermedad
 - 2.36. Por la gravedad de la enfermedad
 - 2.37. Por la gravedad de la enfermedad
 - 2.38. Por la gravedad de la enfermedad
 - 2.39. Por la gravedad de la enfermedad
 - 2.40. Por la gravedad de la enfermedad
 - 2.41. Por la gravedad de la enfermedad
 - 2.42. Por la gravedad de la enfermedad
 - 2.43. Por la gravedad de la enfermedad
 - 2.44. Por la gravedad de la enfermedad
 - 2.45. Por la gravedad de la enfermedad
 - 2.46. Por la gravedad de la enfermedad
 - 2.47. Por la gravedad de la enfermedad
 - 2.48. Por la gravedad de la enfermedad
 - 2.49. Por la gravedad de la enfermedad
 - 2.50. Por la gravedad de la enfermedad
 - 2.51. Por la gravedad de la enfermedad
 - 2.52. Por la gravedad de la enfermedad
 - 2.53. Por la gravedad de la enfermedad
 - 2.54. Por la gravedad de la enfermedad
 - 2.55. Por la gravedad de la enfermedad
 - 2.56. Por la gravedad de la enfermedad
 - 2.57. Por la gravedad de la enfermedad
 - 2.58. Por la gravedad de la enfermedad
 - 2.59. Por la gravedad de la enfermedad
 - 2.60. Por la gravedad de la enfermedad
 - 2.61. Por la gravedad de la enfermedad
 - 2.62. Por la gravedad de la enfermedad
 - 2.63. Por la gravedad de la enfermedad
 - 2.64. Por la gravedad de la enfermedad
 - 2.65. Por la gravedad de la enfermedad
 - 2.66. Por la gravedad de la enfermedad
 - 2.67. Por la gravedad de la enfermedad
 - 2.68. Por la gravedad de la enfermedad
 - 2.69. Por la gravedad de la enfermedad
 - 2.70. Por la gravedad de la enfermedad
 - 2.71. Por la gravedad de la enfermedad
 - 2.72. Por la gravedad de la enfermedad
 - 2.73. Por la gravedad de la enfermedad
 - 2.74. Por la gravedad de la enfermedad
 - 2.75. Por la gravedad de la enfermedad
 - 2.76. Por la gravedad de la enfermedad
 - 2.77. Por la gravedad de la enfermedad
 - 2.78. Por la gravedad de la enfermedad
 - 2.79. Por la gravedad de la enfermedad
 - 2.80. Por la gravedad de la enfermedad
 - 2.81. Por la gravedad de la enfermedad
 - 2.82. Por la gravedad de la enfermedad
 - 2.83. Por la gravedad de la enfermedad
 - 2.84. Por la gravedad de la enfermedad
 - 2.85. Por la gravedad de la enfermedad
 - 2.86. Por la gravedad de la enfermedad
 - 2.87. Por la gravedad de la enfermedad
 - 2.88. Por la gravedad de la enfermedad
 - 2.89. Por la gravedad de la enfermedad
 - 2.90. Por la gravedad de la enfermedad
 - 2.91. Por la gravedad de la enfermedad
 - 2.92. Por la gravedad de la enfermedad
 - 2.93. Por la gravedad de la enfermedad
 - 2.94. Por la gravedad de la enfermedad
 - 2.95. Por la gravedad de la enfermedad
 - 2.96. Por la gravedad de la enfermedad
 - 2.97. Por la gravedad de la enfermedad
 - 2.98. Por la gravedad de la enfermedad
 - 2.99. Por la gravedad de la enfermedad
 3. Por la gravedad de la enfermedad:
 - 3.1. Por la gravedad de la enfermedad
 - 3.2. Por la gravedad de la enfermedad
 - 3.3. Por la gravedad de la enfermedad
 - 3.4. Por la gravedad de la enfermedad
 - 3.5. Por la gravedad de la enfermedad
 - 3.6. Por la gravedad de la enfermedad
 - 3.7. Por la gravedad de la enfermedad
 - 3.8. Por la gravedad de la enfermedad
 - 3.9. Por la gravedad de la enfermedad
 - 3.10. Por la gravedad de la enfermedad
 - 3.11. Por la gravedad de la enfermedad
 - 3.12. Por la gravedad de la enfermedad
 - 3.13. Por la gravedad de la enfermedad
 - 3.14. Por la gravedad de la enfermedad
 - 3.15. Por la gravedad de la enfermedad
 - 3.16. Por la gravedad de la enfermedad
 - 3.17. Por la gravedad de la enfermedad
 - 3.18. Por la gravedad de la enfermedad
 - 3.19. Por la gravedad de la enfermedad
 - 3.20. Por la gravedad de la enfermedad
 - 3.21. Por la gravedad de la enfermedad
 - 3.22. Por la gravedad de la enfermedad
 - 3.23. Por la gravedad de la enfermedad
 - 3.24. Por la gravedad de la enfermedad
 - 3.25. Por la gravedad de la enfermedad
 - 3.26. Por la gravedad de la enfermedad
 - 3.27. Por la gravedad de la enfermedad
 - 3.28. Por la gravedad de la enfermedad
 - 3.29. Por la gravedad de la enfermedad
 - 3.30. Por la gravedad de la enfermedad
 - 3.31. Por la gravedad de la enfermedad
 - 3.32. Por la gravedad de la enfermedad
 - 3.33. Por la gravedad de la enfermedad
 - 3.34. Por la gravedad de la enfermedad
 - 3.35. Por la gravedad de la enfermedad
 - 3.36. Por la gravedad de la enfermedad
 - 3.37. Por la gravedad de la enfermedad
 - 3.38. Por la gravedad de la enfermedad
 - 3.39. Por la gravedad de la enfermedad
 - 3.40. Por la gravedad de la enfermedad
 - 3.41. Por la gravedad de la enfermedad
 - 3.42. Por la gravedad de la enfermedad
 - 3.43. Por la gravedad de la enfermedad
 - 3.44. Por la gravedad de la enfermedad
 - 3.45. Por la gravedad de la enfermedad
 - 3.46. Por la gravedad de la enfermedad
 - 3.47. Por la gravedad de la enfermedad
 - 3.48. Por la gravedad de la enfermedad
 - 3.49. Por la gravedad de la enfermedad
 - 3.50. Por la gravedad de la enfermedad
 - 3.51. Por la gravedad de la enfermedad
 - 3.52. Por la gravedad de la enfermedad
 - 3.53. Por la gravedad de la enfermedad
 - 3.54. Por la gravedad de la enfermedad
 - 3.55. Por la gravedad de la enfermedad
 - 3.56. Por la gravedad de la enfermedad
 - 3.57. Por la gravedad de la enfermedad
 - 3.58. Por la gravedad de la enfermedad
 - 3.59. Por la gravedad de la enfermedad
 - 3.60. Por la gravedad de la enfermedad
 - 3.61. Por la gravedad de la enfermedad
 - 3.62. Por la gravedad de la enfermedad
 - 3.63. Por la gravedad de la enfermedad
 - 3.64. Por la gravedad de la enfermedad
 - 3.65. Por la gravedad de la enfermedad
 - 3.66. Por la gravedad de la enfermedad
 - 3.67. Por la gravedad de la enfermedad
 - 3.68. Por la gravedad de la enfermedad
 - 3.69. Por la gravedad de la enfermedad
 - 3.70. Por la gravedad de la enfermedad
 - 3.71. Por la gravedad de la enfermedad
 - 3.72. Por la gravedad de la enfermedad
 - 3.73. Por la gravedad de la enfermedad
 - 3.74. Por la gravedad de la enfermedad
 - 3.75. Por la gravedad de la enfermedad
 - 3.76. Por la gravedad de la enfermedad
 - 3.77. Por la gravedad de la enfermedad
 - 3.78. Por la gravedad de la enfermedad
 - 3.79. Por la gravedad de la enfermedad
 - 3.80. Por la gravedad de la enfermedad
 - 3.81. Por la gravedad de la enfermedad
 - 3.82. Por la gravedad de la enfermedad
 - 3.83. Por la gravedad de la enfermedad
 - 3.84. Por la gravedad de la enfermedad
 - 3.85. Por la gravedad de la enfermedad
 - 3.86. Por la gravedad de la enfermedad
 - 3.87. Por la gravedad de la enfermedad
 - 3.88. Por la gravedad de la enfermedad
 - 3.89. Por la gravedad de la enfermedad
 - 3.90. Por la gravedad de la enfermedad
 - 3.91. Por la gravedad de la enfermedad
 - 3.92. Por la gravedad de la enfermedad
 - 3.93. Por la gravedad de la enfermedad
 - 3.94. Por la gravedad de la enfermedad
 - 3.95. Por la gravedad de la enfermedad
 - 3.96. Por la gravedad de la enfermedad
 - 3.97. Por la gravedad de la enfermedad
 - 3.98. Por la gravedad de la enfermedad
 - 3.99. Por la gravedad de la enfermedad

Comentarios

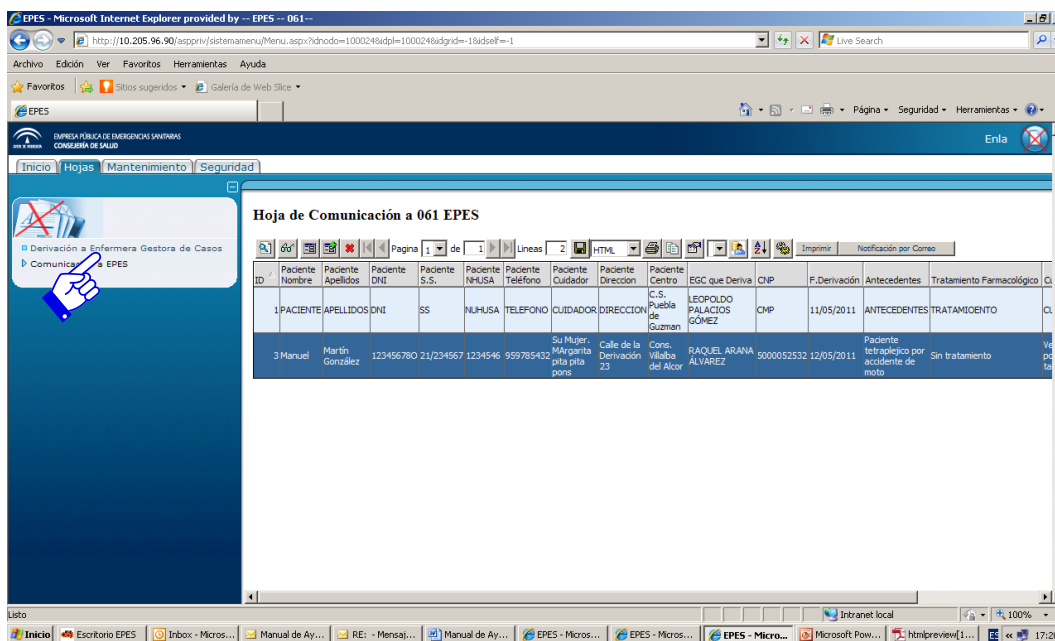
Paciente en cumplimiento de tratamiento. Sigue su estado, etc.

Inicio Escritorio E... Inbox - Micr... Manual de ... RE: - Mens... Manual de ... EPES - Micr... EPES - Micro... EPES - Micro... Visor de info... Microsoft Po... htmlprevie... 17:11

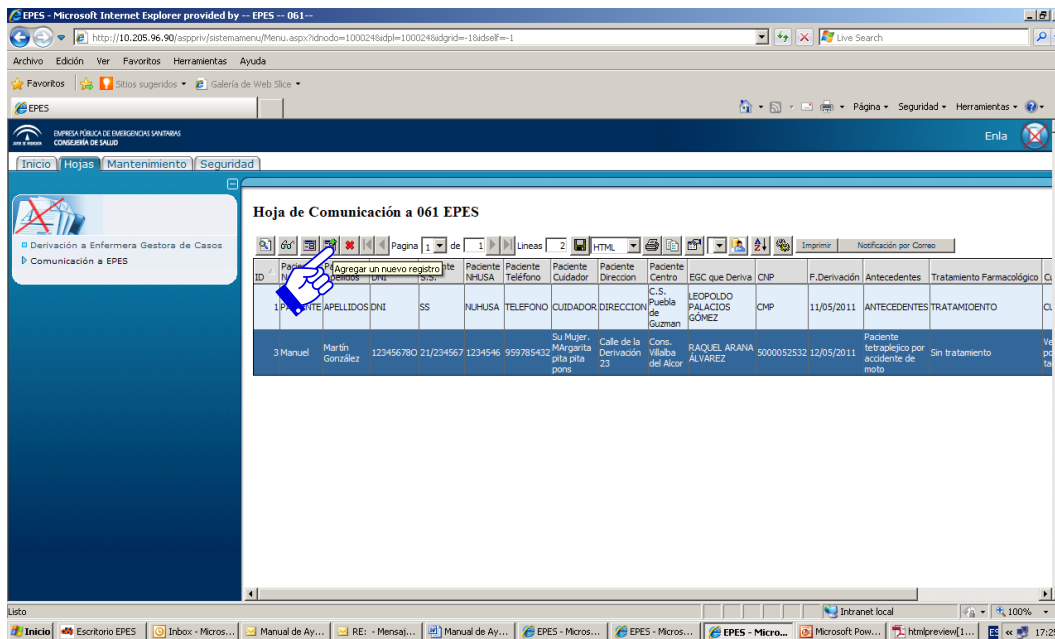
Ciérralo todo y ya se ha completado la derivación. La EGCC tiene tu e-mail, por si ella requiere más información.

B) COMUNICACIÓN ENTRE EGCC Y ENFERMERO DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS

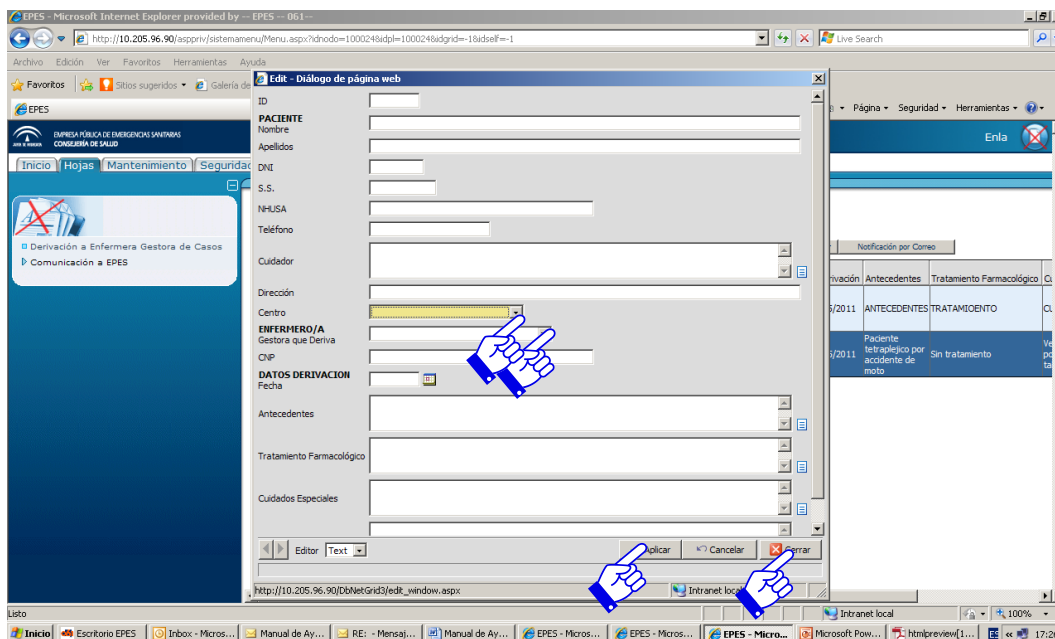
Si picas sobre “Comunicación a EPES” aparecerá la siguiente pantalla. Esta opción debe usarse para enviar información desde la EGCC a EPES. Esta base de datos solo la deben usar las EGCC. Cada EGCC podrá ver la información de aquellos pacientes que ellas hayan comunicado.



Para abrir un nuevo registro pica sobre “Añadir nuevo registro”.



Se abrirá la siguiente pantalla:



Cumplimenta toda la información que puedas. Hay dos campos desplegables que el centro al que pertenece el usuario, y el nombre de la EGCC que envía la información. Una vez cumplimentado pica sobre Aplicar y Cerrar.

En la siguiente pantalla, selecciona el registro que acabas de crear y pulsa sobre “Notificación por Correo”. La herramienta te enviará un correo a tu dirección y otro a DerivacionHuelvaEGC@hu.epes.es, con el informe. Se abrirá una nueva ventana para que puedas ver el informe enviado.

HOJA DE COMUNICACIÓN DE INFORMACIÓN DESDE LA ENFERMERA GESTORA A CASOS DE EPES.

Datos del Paciente - Familia	
Nombre:	Mamuel
DNI:	123456780
NHUSA:	1234546
Cuidador:	Su Mujer, Margarita pita pita pons
Dirección:	Calle de la Derivación 23
ZBS:	Cons. Villalba del Alcor
Datos de la EGC que Deriva	
Nombre:	RAQUEL ARANA ALVAREZ
CNP:	5000052532
Datos de la Derivación	
Fecha de Derivación:	12/05/2011
Antecedentes:	Paciente tetraplegico por accidente de moto

Este informe, si quieres, puedes imprimirlo o guardarlo en PDF, picando sobre los siguientes botones:

Exportar informe

Formato de archivo: Crystal Reports (RPT), Crystal Reports (RPT), Adobe Acrobat (PDF), Microsoft Excel 97-2000 (XLS), Microsoft Excel 97-2000 - Sólo datos (XLS), Microsoft Excel 97-2000 - Formato (XLS), Microsoft Word 97-2003 (DOC), Microsoft Word 97-2003 - Editable (RTF), Formato de archivo

Rango de páginas: Desde: Hasta:

Desde: Hasta:

Aceptar Cancelar

De esta manera tendrás el informe en formato pdf, para imprimirlo, guardarlo o lo que tú quieras. Recuerda siempre la Ley Orgánica de Protección de Datos. De todas maneras tus derivaciones siempre estarán accesibles en la base de datos y tú podrás acceder a las mismas.

HOJA DE COMUNICACIÓN DE INFORMACIÓN DESDE LA ENFERMERA
GESTORA A CASOS DE EPES

Datos del Paciente y Familia	
Nombre:	Monserrate
Apellido:	Monta González
DNI:	04246390
Nº SS:	31/214567
NITUS A:	0354146
Teléfono:	099782422
Ciudad:	San Mateo, Maricao, entre otros
Dirección:	Calle de la Derivación 22
ZDS:	Casa, Iglesia de Amor
Datos de la EGC que deriva	
Nombre:	RAQUEL ALVARA ALVAREZ
CNP:	00000000000000000000
Datos de la Derivación	
Fecha de Derivación:	12/05/2011
Antecedentes:	Paciente tetrapléjico por accidente de auto
Tratamiento Farmacológico:	Sin tratamiento
Cuidados Especiales:	Ventilación Mecánica por traqueostomía y ni y ol
Otras Comentarios:	Familia muy preocupada, etc. etc.

Ciérralo todo y ya se ha completado la derivación. EPES tiene tu e-mail, por si requieren más información.