

III CONGRESO INTERNACIONAL VIRTUAL DE ENFERMERÍA Y FISIOTERAPIA CIUDAD DE GRANADA

"Innovación y mejora en la calidad de los cuidados integrales al paciente como derecho del ciudadano"

MEJORAS DE LA CALIDAD DE CUIDADOS A TRAVÉS DE LAS REDES SOCIALES

Autor principal MONICA RUIZ AVILA

CoAutor 1 ANA MARIA DIAZ LOPEZ

CoAutor 2 INMACULADA EVA DIAZ LOPEZ

Área Temática Innovación y mejora en la calidad de los cuidados integrales en el Área Comunitaria

Palabras clave apoyo social relaciones comunidad-institucion enfermería en salud comunitaria educación continua en enfermería

» Resumen

En esta comunicación pretendemos hablar de una red social de apoyo con la que pueden contar los ciudadanos tanto sanos como enfermos: el sistema sanitario público de salud. Partiendo del centro de salud como base, o como centro de referencia se inicia una cadena en la que están incluidos instituciones como el hospital, o el ayuntamiento e incluyendo a un equipo multidisciplinar de profesionales como médicos de familia, enfermeros de enlace, trabajadores sociales y enfermeros comunitarios, los usuarios cuentan con una ayuda para resolver problemas relacionados con su salud o enfermedad.

» Contexto de partida. Antecedentes. Experiencias previas. ¿Dónde se realizó el trabajo? ¿En qué tipo de organización o departamento? ¿Cómo surge? ¿Hay experiencias previas en el área desarrollada?

Desde la transferencia de las competencias sanitarias a las autonomías en 1984, la sanidad ha experimentado una transformación sin precedentes, la sanidad andaluza fue la primera en aceptar esas transferencias y los cambios. No había una cobertura global, coexistían el seguro obligatorio para las personas que cotizaban, un seguro especial para los funcionarios y un seguro de beneficencia gestionado por los ayuntamientos. La asistencia era meramente curativa o terapéutica. La atención primaria consistía en una asistencia muy básica prestada en los ambulatorios y consultorios de la seguridad social centralizados en los grandes núcleos, en las que las consultas médicas eran de dos horas y media al día. En el área rural existían médicos y ats que trabajaban de forma aislada. Con la reforma se establecen los mapas sanitarios, las zonas básicas de salud y el aumento de la plantilla de los profesionales hoy día estando establecida en 7 enfermeros por cada 10000 habitantes, lo que permite una labor de promoción, prevención, y rehabilitación.

» Descripción del problema. ¿Sobre qué necesidades o problemáticas del contexto pretendía actuar el proyecto? ¿Cómo se analizaron las causas de esos problemas? ¿Qué tipo de intervención se realizó? ¿Cómo se cuantificó el problema?

El aumento de la esperanza de vida, y de los malos hábitos, han traído consigo un aumento de las enfermedades incapacitantes y terminales, y complicaciones de éstas como las neuropatías diabéticas, úlceras vasculares que pueden dar como problemas amputaciones, demencia senil, úlceras por presión... en las que se necesitan unos cuidados y una atención especiales prestadas por cuidadores. Esto se traduce en más enfermos incapacitados en cama que necesitan apoyo por parte de un cuidador que mayormente son mujeres, esposas o hijas y mayores de 40 años, pero con la incorporación de la misma al mundo laboral, se presenta un nuevo problema y una nueva necesidad. Como se ha intentado solucionar este problema: con la red de apoyo del sistema sanitario de salud.

¿Cómo se activa esta red de apoyo?

La red de apoyo se activa desde el nacimiento, se dan cobertura a las personas sanas y enfermas. La captación tiene un porcentaje casi del 100%, con la inclusión en los programas de salud, como por ejemplo, niño sano, vacunas, hipertensión, diabetes, obesidad, y mayores de 65 años, en las que por protocolo se incluye una visita de al menos una vez cada dos meses si no hay complicaciones, existe un seguimiento de las personas tanto sanas como enfermas y de su entorno social, cada paciente tiene asignado un enfermero de referencia y un médico de familia o pediatra, con una comunicación bidireccional en la que se realizan actividades de promoción, prevención y rehabilitación. Si existen complicaciones en su salud que requieran un ingreso hospitalario o unos cuidados a domicilio, el centro de salud está preparado ya que con la información centralizada en el programa Diraya, se tiene acceso a la historia única del paciente, tanto hospitalaria como ambulatoria, con lo que se produce una continuidad de los cuidados del paciente no como un ente único sino como parte de una red social. Como se produce ese seguimiento:

Si se produce ingreso en el medio hospitalario:

Cuando se produce el alta del ingreso hospitalario, el enfermero de enlace del hospital se pone en contacto con el enfermero de enlace del centro de salud, mediante la hoja de continuidad de cuidados en la que se reflejan los problemas nuevos detectados en el hospital y los cuidados que se necesitarán en casa tras el alta. El enfermero de enlace del centro de salud valora la situación y dependiendo las necesidades del paciente lo gestiona él mismo o lo deriva a su enfermero comunitario. Se valoran desde aquí:

Continuidad de cuidados de heridas en intervenciones quirúrgicas, el enfermero comunitario realiza la visita domiciliaria si el paciente no se puede mover. Si es una intervención de poca envergadura como las realizadas en cirugía mayor ambulatoria, se realiza una llamada de salud en la que se conoce el tipo de intervención, zona intervenida, anestesia administrada, dolor, y las necesidades creadas tras la intervención, conocimientos adquiridos o que se necesiten programando las visitas para las curas necesarias, determinado la cadencia de esas visitas. Valoración del estado de salud tras el alta sin intervención quirúrgica lo que incluye: valoración de escaras o úlceras por presión, riesgo de caídas, colchón anti escaras si es paciente encamado, cama articulada, silla de ruedas, grúa para movilizaciones en grandes obesos, muletas, etc.

2.- Si es en atención primaria

Con el seguimiento en el centro de referencia, se ve la evolución en el deterioro de la salud, llega un momento en que no todos los pacientes pero sí una parte importante de ellos, dejan de ser autónomos para precisar ayuda produciéndose la incapacidad o la inmovilización en cama por el avance de la edad o las complicaciones propias de su enfermedad como ceguera por la retinopatía diabética, ictus, amputación de miembros por isquemia, etc. Se nos presenta entonces el problema de los cuidados. Con la incorporación de la mujer al mundo laboral, los cuidados han quedado relegados a un segundo plano, ya que el 95% de los cuidadores de grandes discapacitados son mujeres. Se ha hecho necesario una

del paciente cuando la red de apoyo de su entorno no es efectiva. Cuando el paciente se vuelve incapacitado, se pone en marcha la atención domiciliaria, el enfermero de enlace junto con la trabajadora social valoran el entorno del paciente y cuidadora para proporcionarle los recursos y la información necesaria. Ha mejorado los cuidados con la implantación de la ley de dependencia, las cuidadoras pueden dedicarse por entero a los pacientes sin menoscabo de su economía, reciben un sueldo por sus cuidados, una tarjeta sanitaria de gran cuidadora con lo que no tienen que esperar cola en los centros sanitarios para ser atendidas, pueden permanecer al lado del paciente si está en el hospital las 24 horas al día, y se les proporciona a ellas en su domicilio todos los cuidados que necesitan. Se les realizan visitas regulares por el enfermero comunitario para el seguimiento de heridas, programas de salud como hipertensión, diabetes, se realizan talleres de formación y encuentro para ellas ya que dedican mucho tiempo al cuidado, con una elevada carga física y mental, alterándose su vida en el ámbito emocional, laboral social. Están incluidas en el régimen de la seguridad social cotizando. Si tienen cualquier problema o demandan cualquier tipo de información, cuentan con una red de apoyo que les soluciona lo que necesiten, no solo ayuda económica, desde el ayuntamiento prestan sus servicios auxiliares que ayudan con el aseo del paciente o con la limpieza de la casa.

» Soluciones aportadas / Viabilidad / Aplicabilidad. Coste-Beneficio. ¿Cuáles fueron los efectos y cómo se midieron? ¿Hasta qué punto las soluciones aportadas resolvieron el problema?

Las soluciones aportadas son las planteadas, desde el sistema sanitario se cuenta con unos recursos personales, logísticos y económicos que tratan de dar respuesta a los problemas que se presentan en el tema de la salud, se proporciona una atención personalizada, íntegra, considerando al individuo desde la perspectiva de un todo, un punto global y no únicamente como individuo, se tiene en cuenta no solo el entorno social en el que vive y se mueve sino el personal, el entorno más cercano y se intenta dar cobertura a todos los niveles de edad y de salud. Con esto se intenta retrasar y evitar las complicaciones que se producen por las enfermedades llamadas de los países desarrollados. Con la red del sistema sanitario, se realizan labores preventivas, promocionales y rehabilitadoras en materia de salud.

» Barreras detectadas durante el desarrollo.

Entre las barreras con las que nos hemos topado, la principal ha sido la incomparecencia del paciente a las citas de salud con lo que muchas veces el seguimiento ha sido dificultoso, cambio de domicilio del paciente o falta de información. Personas mayores que no entienden bien las instrucciones, falta de colaboración de la familia. Y en ocasiones, el personal de nueva incorporación desconoce los protocolos y la forma de actuación.

» Oportunidad de participación del paciente y familia.

Mediante las encuestas de calidad que se pasan anualmente los pacientes y las cuidadoras valoran la asistencia prestada por los diferentes profesionales de la salud, y se les anima a proponer mejoras en la calidad y en la atención. Existe un buzón de sugerencias que se revisa diariamente y un libro de quejas y reclamaciones a disposición de los pacientes. Se están realizando talleres de información a cuidadoras, información a pacientes sobre el cuidado de su salud.

» Propuestas de líneas de investigación.

Colaboración con la red educativa:

- Para promover el voluntariado en la gente joven
- Distribuir la carga de los cuidados entre los diferentes miembros
- Educación de la salud para prevenir actitudes nocivas en la adolescencia que conlleva unos malos hábitos en la edad adulta.