

PUESTA AL DÍA

Continuidad de Cuidados para mejorar la Calidad Asistencial del Paciente Neurológico tras un periodo de Hospitalización

Moreno Verdugo, Ana 1; Fernández Rodríguez, Vicente 1;
Contreras Fariñas, Raquel 1; Granados Matute, Ana Eva 2;
Caro Quesada, Raimundo 3; Suso López, Dulce 4.

1 Diplomados en Enfermería, Enfermeros de Enlace de la Unidad de Coordinación de Cuidados Interniveles, 2 Diplomada en Enfermería, Coordinadora de la Unidad de Coordinación de Cuidados Interniveles, 3 Supervisor de la Unidad de Neurología, Neurofisiología y Rehabilitación, 4 Diplomada en Enfermería, profesora de la Escuela de Enfermería de los Hospitales Universitarios Virgen del Rocío de Sevilla.

RESUMEN

Los problemas neurológicos comportan un importante impacto personal, familiar y social, fundamentalmente por su elevada morbilidad, siendo fuente importante de discapacidad y generando situaciones de dependencia sobre todo en los adultos y mayores de 65 años. Suponen un porcentaje muy importante de los ingresos hospitalarios (morbilidad hospitalaria), llegando a alcanzar el 4% de todas las altas en nuestro país.

El paciente neurológico precisa una coordinación de la atención específica por parte de diferentes dispositivos y profesionales tanto en Atención Especializada como en Atención Primaria, esta coordinación será efectiva y eficiente si se engloba en un conjunto de servicios más

amplio que consiga una verdadera continuidad de cuidados.

PALABRAS CLAVES

Paciente Neurológico. Continuidad de Cuidados. Hospitalización.

INTRODUCCIÓN

Los Servicios Sanitarios han ido desarrollándose, debido al cambio que en los últimos años está sufriendo la sociedad que afecta directamente sobre su salud general, sus necesidades y la forma de utilizar los servicios sanitarios.

Los cambios más destacados de la sociedad son: envejecimiento de la población, la cronificación de los procesos, los cambios en los perfiles familiares que disminuyen la disponibilidad de cuidadores

informales, los avances científicos y tecnológicos...; todos estos cambios hacen que se produzca un aumento de los requerimientos de los ciudadanos que esperan: mayor implicación en la toma de decisiones que tiene que ver con su salud, libertad de elección en el servicio y entre los profesionales, más información y personalización en el trato, más confort e intimidad y coordinación y continuidad en la provisión del servicio de salud.

El número de personas con alguna discapacidad aumentará en un 72% en un plazo de 20 años, con lo que aumentará de forma cuantitativa y cualitativa la necesidad de cuidados y su adecuada coordinación, es decir, la Continuidad de Cuidados. De este porcentaje un número elevado será de personas que sufrirán Enfermedades Neurodegenerativas y Cerebrovasculares, dos de cada cinco problemas de salud considerados de mayor importancia serán: las Enfermedades Cerebrovasculares y los Accidentes de Tráfico.

Muchos pacientes neurológicos en función de la enfermedad que les afecta necesitarán gran cantidad de cuidados, ya que muchas de ellas producen discapacidades progresivamente mayores en el tiempo.

La coordinación interniveles de los servicios de salud y la continuidad de cuidados se ve dificultada sobre todo tras un periodo de hospitalización. Esto supone la necesidad de realizar un proyecto que fa-

cilite a los pacientes / familia el traslado a su domicilio de una forma planificada.

Tras una estancia hospitalaria por un proceso de salud, gran parte de los pacientes neurológicos sufre una disminución o incapacidad para realizar sus autocuidados y se presentan problemas de afrontamiento para la persona y su familia cuando vuelven al domicilio.

Las necesidades de la vida diaria como son: higiene, alimentación, eliminación..., pueden verse modificadas, pasando de ser una persona independiente a depender de otra para poder realizar las actividades. Esta situación puede crear al paciente/familia una situación de incertidumbre por desconocimiento y no saber como abordar la situación, llegando a veces a solicitar permanecer más tiempo en el hospital.

El Servicio Andaluz de Salud propone, entre otras estrategias, la figura de la Enfermera de Enlace tanto de Atención Primaria como de Atención Especializada, que gestiona los cuidados de forma coordinada con los distintos profesionales que intervienen en el proceso.

El trabajo de la Enfermera de Enlace se encuadra dentro de la Gestión de Casos, entendiéndolo como el proceso de colaboración mediante el cual la enfermera vela porque el paciente/familia alcancen los objetivos terapéuticos previstos en su trayectoria clínica, identificando y movilizandolos recursos necesarios, facilitando

la intervención de los diferentes profesionales y servicios, y coordinando sus actuaciones hacia los mejores resultados.

La Enfermera de Enlace Hospitalaria ofrece un entorno centrado en la persona, no en la enfermedad, promoviendo la independencia y el autocuidado como elementos claves en la recuperación funcional y reincorporación a la comunidad, garantizando el máximo bienestar y minimizando el sufrimiento de pacientes y familiares, fomentando la toma de decisiones compartidas entre profesionales y pacientes y asegurando la continuidad de la atención independientemente del nivel en el que se encuentre el paciente.

Los Objetivos que se persiguen con la Continuidad de Cuidados son:

- Evitar la fragmentación de los cuidados y la variabilidad en la práctica clínica.
- Garantizar la seguridad del paciente y su familia.
- Mejorar la eficiencia de los servicios sanitarios.
- Fomentar el autocuidado en el domicilio.

METODOLOGÍA

La Enfermera de Enlace de Atención Especializada basará su práctica profesional en un modelo de gestión de casos sustentados en las siguientes premisas:

- Garantizar la captación de la población diana: Pacientes Neurológicos y

cuidador principal que presente alteraciones funcionales y/o cognitivas.

- Promover la realización de una transferencia reglada del paciente al domicilio.
- Aportar información y experiencia en la visión de la coordinación interna y externa.
- Fundamentar sus actuaciones en Planes de Cuidados Normalizados y Proceso Asistenciales Integrados.
- Gestionar los recursos necesarios para el desarrollo del plan de cuidados individualizado.
- Coordinar los distintos servicios a favor del paciente durante toda su estancia hospitalaria y su transferencia al alta.
- Actuar como agente de cambio que ayude a reorientar los cuidados hacia la continuidad.

CONCLUSIONES

El diseño de nuevos instrumentos dirigidos a la continuidad es prueba del cambio en la cultura de los cuidados desarrollados por los profesionales hacia el ciudadano.

Es necesario potenciar la confianza del paciente/ familia en los cuidados que prestamos los profesionales que cuidamos y esto se genera cuando se es merecedora de ella y se debe trabajar incansablemente para mantenerla.

Es importante que cambiemos y nos

adaptemos no sólo a las nuevas tecnologías sino también a reforzar el lado más humano del servicio que prestamos, centrándonos en la persona y familia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Indicadores Sociales {en línea}. Instituto Nacional de Estadística. Madrid, España. Disponible en www.ine.es
2. Indicadores Sociales. Salud {en línea}. Instituto de Estadística de Andalucía. Andalucía, España. Disponible en www.juntadeandalucia.es/institutodeestadistica/
3. García Calvente MM, Mateo I et al.: Sistema Informal de cuidados en Andalucía. EASP. 1999.
4. Health For All Database {en línea}. World Health Organization. Ginebra, Suiza. Disponible en www.who.org.
5. González- Linares R, Aramburu I, Ruiz MJ. Identificación y evaluación de la efectividad de la indicación de la continuidad de cuidados de enfermería entre niveles asistenciales del Osakidetza. Rev Calidad Asist 2002; 17(4): 232-6.
6. De Pedro J, Gallo J,. Zaforteza C, Bover J, Bover A. Problemas de las personas mayores al alta de un hospital de agudos. Gerokomos 2001; 12(1): 29-32.
7. Castaño C, Cossent L, Martínez C. El síndrome socio-sanitario. Estrategias de intervención ante un problema nuevo de salud pública. Rev Esp Salud Pública 1994; 68: 261-6.
8. Decreto 137/2002, de 30 de abril, de apoyo a las familias andaluzas. BOJA nº 52 de 4 de mayo de 2002.
8. Pérez Hernández RM, López Alonso SR, Lacida Baro M, Rodríguez Gómez S. La Enfermera Comunitaria de Enlace en el Servicio Andaluz de Salud. Enferm Comun 2005; 1(1): 43-48.
9. Castells X, Mercadé L, Riu M. Envejecimiento y utilización hospitalaria. En: Informe Sespas 2002. Invertir para la salud. Prioridades en salud pública. {en línea}. Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria. Barcelona, España. Disponible en http://www.sespas.es/ind_lib06.html
10. Plan Estratégico del Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía: Sevilla, 1999.
11. II Plan Marco de Calidad 2005-8. Caminando hacia la excelencia. Consejería de Salud. Junta de Andalucía: Sevilla, 2005.
12. III Plan Andaluz de Salud. 2003-2008. Consejería de Salud. Junta de Andalucía: Sevilla, 2003.