

PROYECTO ESTRATÉGICO 8: COMPETENCIAS AVANZADAS DE ENFERMERÍA



PROYECTO ESTRATÉGICO 8: COMPETENCIAS AVANZADAS DE ENFERMERÍA

PILOTO 1: OSI BIDASOA.....	1
PILOTO 2: H. DONOSTIA-C.S. BERNAUN.....	34
PILOTO 3: H. U. CRUCES-C. URIBE.....	68
PILOTO 4: H. SANTA MARINA-C. BILBAO.....	104
PILOTO 5: H. SAN ELOY-C. EZKERRALDEA.....	139
PILOTO 6: H. U. ALAVA-C. ARABA.....	171
PILOTO 7: H. ZUMARRAGA-MENDEBALDEA.....	204
PILOTO 8: CLINICA LA ASUNCIÓN-TOLOSALDEA.....	233
EVOLUCIÓN INFORME GLOBAL.....	263
RESULTADOS INFORME GLOBAL	305

PROYECTO ESTRATÉGICO 8: COMPETENCIAS AVANZADAS DE ENFERMERÍA

PILOTO 1

OSI BIDASOA



PILOTO 1

OSI BIDASOA

INTRODUCCIÓN

En el marco de la “Estrategia para afrontar el reto de la cronicidad en Euskadi” se configura el proyecto número 8 de “Definición e implementación de competencias avanzadas de enfermería” con el objeto de perfilar e implementar roles de enfermería mejor adaptados a las necesidades de los pacientes crónicos.

Las necesidades que plantea la Estrategia, han servido para enmarcar los Retos Estratégicos del proyecto que son los siguientes:

- Diseñar nuevos marcos competenciales de enfermería para el conjunto del SSV que de respuesta a las necesidades actuales.
- Identificar sinergias y coordinar a los distintos agentes involucrados en la atención y cuidados de los pacientes crónicos.

Se asume que Enfermería, en un planteamiento funcional, puede ser el engarce intra y extra del sistema sanitario. La integración entre niveles asistenciales, la movilización de recursos y la gestión de casos, son aspectos fundamentales para su consecución.

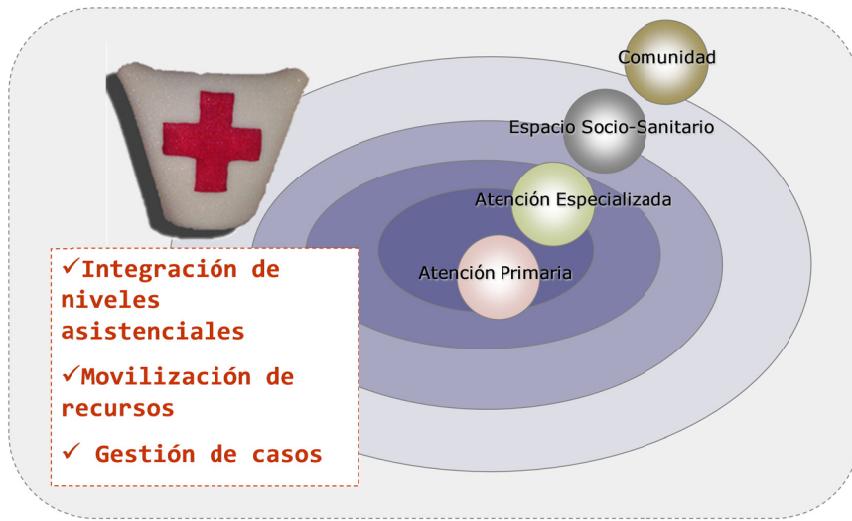


Figura 1. Visión del papel a jugar por la nueva Enfermería

METODOLOGÍA DE TRABAJO

Para lanzar el proyecto, se diseño un cronograma con cinco fases claramente diferenciadas, que cubrían desde la definición inicial hasta la propia implementación de las figuras

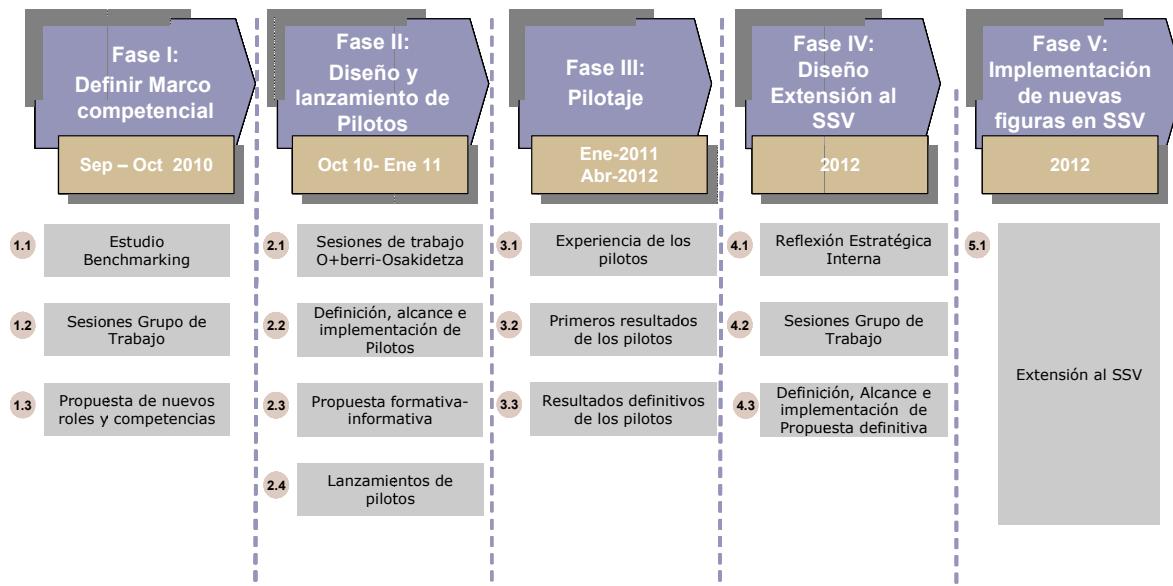


Figura 2. Esquema de fases del proyecto

La fase tercera es la central del proyecto y comprende el pilotaje de los nuevos roles de enfermería en las organizaciones de servicio de Osakidetza.

EQUIPO DE TRABAJO

Se formaron tres Equipos de Trabajo y un Grupo de Trabajo:

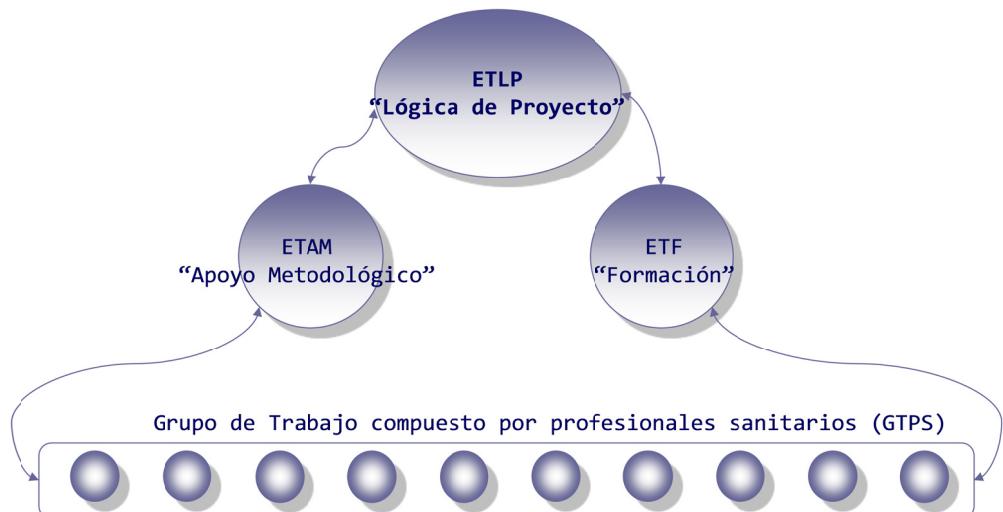


Figura 3. Equipos de trabajo

a) **ETLP (Equipo de trabajo de la lógica del proyecto)**: Formado en su inicio por María Jesús Ruiz de Ocenda (Responsable del proyecto), y posteriormente, por Inmaculada Sanchez Martin y O+Berri (Galder Abos, Javier Bikandi y al inicio Naiara Artaza), cuyas funciones son:

- Elaboración de propuesta de trabajo y enfoque metodológico
- Liderazgo y gestión del proyecto global
- Coordinación y supervisión del trabajo del resto de equipos de trabajo
- Elaboración y/o supervisión de los documentos generados en el desarrollo del proyecto

b) **ETAM (Equipo de trabajo de apoyo metodológico)**: Formado por tres enfermeras: Ana M^a Chueca (Unidad de Metodología Calidad del Hospital de Galdakao-Usansolo), Rosa Gonzalez de la Oficina de la Estrategia de Cronicidad (OEC), y M^a Luz Peña Enfermera de la Subdirección de Asistencia Sanitaria.

Las funciones de este equipo son:

- Diseño, apoyo, coordinación y supervisión de pilotos
- Elaboración de documentación necesaria para el desarrollo de los pilotajes.

c) **El ETF (Equipo de trabajo de formación)**: formado por la Responsable de Docencia e Investigación de enfermería de Osakidetza y por una profesora de cada Escuela de Enfermería de Euskadi; Leioa, Donostti y Vitoria.

Sus función fundamental es:

- Dar apoyo, coordinación y supervisión de la formación pre-peri y post proyecto.

d) **Grupo de trabajo**: Formado por profesionales de todos los niveles de la organización (Osakidetza) y de otras instituciones. Los perfiles fueron:

Enfermeras de Atención Primaria y Atención Especializada, Oficina de la Estrategia de la Cronicidad, Gerencias del Atención Primaria y Atención Especializada, Directivos asistenciales médicos y de enfermería, Mandos intermedios de enfermería, Responsables de docencia e investigación

Representante de Colegios de Profesionales Enfermería, Representante de EFEKEZE, EUU Osakidetza, EUU Donostti y Profesionales de O+berri

Las funciones de este Grupo de trabajo son:

- Participar en la elaboración de los documentos base de trabajo que plasmen las propuestas a desarrollar y validar y/o aportar comentarios en la socialización de documentos de trabajo.

TAREAS PREVIAS

A. Benchmarking nacional e Internacional:

Previamente a la puesta en marcha de los pilotos, fue necesario realizar en primer lugar, una búsqueda de las mejores prácticas a nivel internacional y nacional en relación a la asistencia a la cronicidad y los roles de enfermería. Para ello, a nivel internacional se estudiaron las prácticas desarrolladas en Canadá, EEUU, Reino Unido y Paises Escandinavos y a nivel nacional se estudiaron las prácticas de otras CCAA: Andalucía, Aragón, Cataluña, Canarias, Madrid y Valencia. El documento resultante “Benchmarking” es un anexo a este informe.



Figura 4. Documento “Benchmarking”

B. Definición del marco competencial:

El documento de “Benchmarking” fue trasladado al grupo de trabajo para que a la luz de las experiencias nacionales e internacionales se propusieran las propuestas adaptadas a la realidad en Euskadi. El trabajo se plasmó en un informe titulado “Marco competencial ampliado”.



Figura 5. Documento “Marco competencial ampliado”

En dicho documento, el grupo de trabajo recogió las conclusiones generales y realizó la primera aproximación de los perfiles/roles enfermeros a experimentar. Los perfiles / roles resultantes a pilotar fueron los siguientes 3:

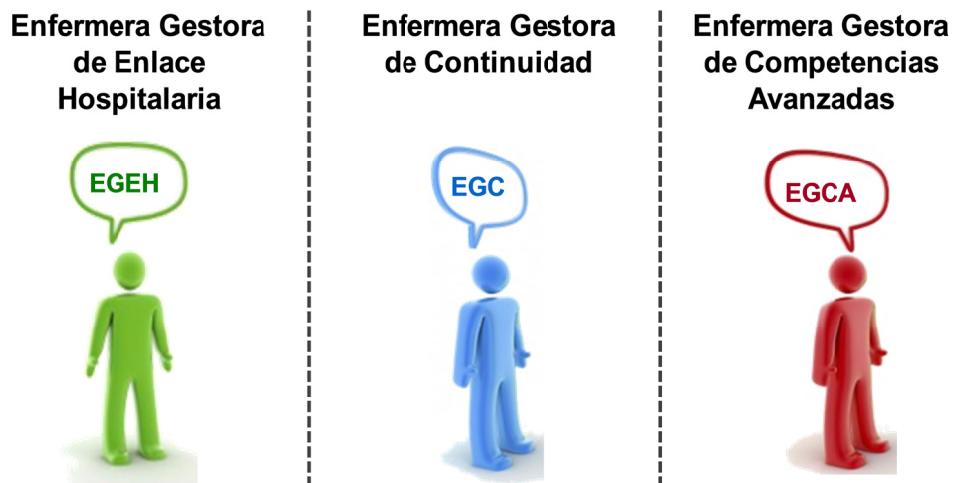


Figura 6. Imagen de las figuras / roles a pilotar

OBJETIVO

Perfilar e implementar roles de enfermería, mejor adaptados a las necesidades de los pacientes crónicos.

Para ello, se han diseñado 8 pilotos diferentes en los que interactúan los perfiles / roles a pilotar. Los datos básicos de los 8 pilotos son los siguientes:

PILOTO	OS	PERFIL / ROL	
PILOTO 1	OSI BIDASOA	EGEH-EGC	
PILOTO 2	H. DONOSTIA	EGEH	
	Centro Salud BERAUN (Comarca GIPUZKOA ESTE)	EGC	
PILOTO 3	H. CRUCES	EGEH	
	Comarca URIBE	EGCA	
PILOTO 4	H. SANTA MARINA	EGEH	
	Comarca BILBAO	EGCA	
PILOTO 5	H. SAN ELOY	EGEH (3 Supervisoras)	
	Comarca EZKERRALDEA	EGC	

PILOTO 6	H. TXAGORRITXU	EGEH	
	H. SANTIAGO	EGEH	
	Comarca ARABA	EGC	
PILOTO 7	H. ZUMARRAGA	EGEH	
	UAP's Goiherri de Comarca GUIPUZKOA OESTE	EGCA	
PILOTO 8	Clínica La ASUNCIÓN	EGEH (Supervisora de Unidad de Hospitalización)	
	UAP's Tolosaldea Comarca GUIPUZKOA OESTE	EGC	

Tabla 1. Perfiles a pilotar por piloto

PLANIFICACIÓN DEL PILOTO 1 OSIBIDASOA

ORGANIZACIONES DE SERVICIOS Y ROLES A PILOTAR

Las organizaciones de servicios participantes en el **Piloto 1** y los roles incluidos, se muestran en la tabla siguiente:

OS	PERFIL / ROL	
H. BIDASOA	EGEH	
Centro HONDARRIBIA	EGC ¹	
Centro IRUN CENTRO	EGC ¹	
Centro DUMBOA	EGC ¹	

Tabla 2. Roles a pilotar en el piloto 1

¹El rol/competencia de la EGC se asumió por parte de las Responsables de Enfermería de los respectivos Centros de Atención Primaria pertenecientes a la organización Sanitaria OSI BIDASOA

POBLACIÓN

La población de referencia de este piloto son los Centros de Salud de: Hondarribia, Irún Centro y Dumboa, con las siguientes características:

De 0 a 14 años	Entre 15 y 65 años	Mayores de 65 años	Total
2.383	11.482	3.069	16.934

Tabla 3. Población C.S. Hondarribia

De 0 a 14 años	Entre 15 y 65 años	Mayores de 65 años	Total
4.602	23.386	6.837	34.825

Tabla 4. Población C.S. Irun Centro

De 0 a 14 años	Entre 15 y 65 años	Mayores de 65 años	Total
4.134	21.593	5.201	30.928

Tabla 5. Población C.S. Dumboa

De 0 a 14 años	Entre 15 y 65 años	Mayores de 65 años	Total
11.119	56.461	15.107	82.687

Tabla 6 Población Global OSI BIDASOA

La población “diana” se ha definido a través de unos criterios de inclusión y otros de exclusión, iguales para las dos figuras pilotadas:

EGEH/EGC

Criterios de <u>inclusión</u> :	Criterios de <u>exclusión</u> :
2 ó más ingresos en el último año	Pacientes en diálisis
Paciente pluripatológico. Cumple 2 de las categorías de patología definidas. (Ver ANEXO 1)	Pacientes institucionalizados en residencias asistidas
Indice de Barthel <20 ó entre 20-35 ó entre 40-55	Pacientes que no aceptan participar en el piloto

Tabla 7 Criterios de inclusión y exclusión Piloto 1

IMPLANTACIÓN: ANÁLISIS Y EVOLUCIÓN

El proceso de implantación ha sido gradual a partir del proceso inicial de planificación y definición del piloto. En este apartado se resaltan los aspectos más destacados, como pueden ser las sinergias detectadas con otros proyectos estratégicos o las áreas de mejora detectadas durante el proceso de implantación y desarrollo del piloto.

SINERGIA CON OTROS PROYECTOS ESTRATÉGICOS

El piloto 1 OSI BIDASOA ha tenido la oportunidad de generar sinergias con uno de los proyectos estratégicos definidos:

A) Proyecto estratégico nº 11: “OSAREAN: Centro de Servicios de Salud Multicanal”

La colaboración con dicho proyecto comenzó el 7 de Abril del 2011, siendo esta, a nivel operativo. El objetivo de esta relación era el seguimiento a distancia de los pacientes crónicos. Desde el viernes a las 15 horas hasta lunes a las 8 de la mañana, franja horaria en las que las figuras (EGEH, EGC) no estaban operativas.

Se definió como contactar con Osarean desde la Organización de Servicios en los diferentes días, reflejados en el cuadro siguiente:

Lunes a Viernes de 8:00 -15:00	EGEH o EGC
Viernes tarde y vísperas fiesta	
Fines de semana y festivos	Enfermera de Unidad de hospitalización

Tabla 8. Circuito del Piloto 1 para contactar con Osarean

Cartera de servicios de OSAREAN:

- i. Llamadas de confort. Se realizarán a todos los pacientes captados y dados de alta los viernes a partir de las 15:00 o en los fines de semana.
- ii. Llamadas de seguimiento. Se realizarán a todos aquellos pacientes captados con necesidad de seguimiento continuado en el tiempo y que por razones de horario de actuación, no puede ser realizado por la figura correspondiente.
- iii. Llamadas de adherencia tratamiento. Se realizarán a todos aquellos pacientes con necesidad de seguimiento o refuerzo para cumplimiento del tratamiento, y que por razones de horario de actuación, no puede ser realizado por la figura correspondiente
- iv. Llamadas de seguimiento + adherencia tratamiento. Se realizarán a todos aquellos pacientes con necesidad de seguimiento continuado en el tiempo y

refuerzo para cumplimiento del tratamiento, y que por razones de horario de actuación, no puede ser realizado por la figura correspondiente

Y el **diagrama de flujo** establecido es el siguiente:

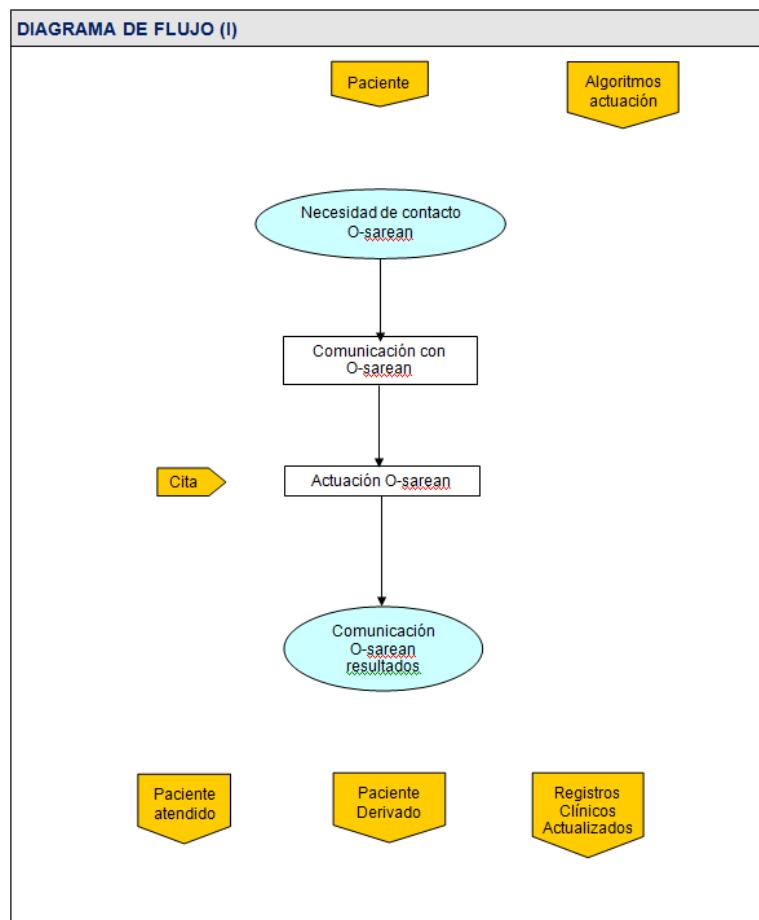


Figura 7. Diagrama de flujo Piloto 1 – OSAREAN

La actividad realizada por OSAREAN en este piloto se describe en la siguiente tabla:

	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE
LLAMADAS CONFORT	11	8	1	0	1	0
LLAMADAS SEGUIMIENTO	5	2	0	16	2	0
LLAMADAS ADHERENCIA	2	0	0	0	0	0
LLAMADAS SEGUIMIENTO+ADHERENCIA	0	0	0	0	0	3
LLAMADAS REALIZADAS POR PACIENTES A OSAREAN	0	0	0	1	0	0

Tabla 9. Actividad OSAREAN con Piloto 1

COMUNICACIÓN

El proceso de comunicación ha sido clave para el desarrollo del piloto y ha contado con 3 apartados:

- i. Resultados de la planificación
- ii. Estrategia de pilotaje
- iii. Implantación y seguimiento del piloto

El proceso de comunicación se ha apoyado fuertemente en las reuniones de seguimiento que ha celebrado la líder del proyecto, semanalmente al inicio, con las/os Responsables, Tutores/as y las enfermeras implicadas, y con periodicidad quincenal en la estabilización del piloto. Dichas reuniones han servido para resolver problemas/dudas en fases iniciales, además de para demostrar la apuesta de la organización con el piloto.

COMUNIDAD ONLINE – WIKI

El piloto 1, como el resto de pilotos se ha apoyado para su desarrollo en una comunidad online o wiki que ha permitido trabajar de forma colaborativa “en la nube”, lo que ha posibilitado disponer en todo momento de información actualizada sobre el desarrollo del proyecto.



Figura 8. Comunidad Online - Wiki

La wiki ha facilitado el intercambio de información y la resolución de dudas de forma sencilla.

PUNTOS FUERTES Y ÁREAS DE MEJORA

Para analizar la evolución del piloto desde una perspectiva cualitativa, se han identificado

una serie de factores clave comunes a todos ellos. Se trata de aspectos a vigilar y a controlar para garantizar el progreso del piloto. En conjunto se trata de aspectos de diferentes ámbitos como puede ser la formación, la comunicación o el trabajo colaborativo.

A. Puntos fuertes:

- Aceptación / rechazo de pacientes para inclusión en piloto
- Seguimiento operativo y asimilación de conceptos.
- Transversalidad con otros proyectos estratégicos de la cronicidad
- Integración y flexibilidad de cada piloto (relacionado con las visitas a los centros)
- Trabajo colaborativo con herramienta web ad hoc
- Adecuación de fluograma inicial
- Implicación líderes de enfermería de los os
- Implicación de los profesionales
- Identificación de "fracturas" en el sistema
- Adecuación de criterios generales de inclusión de pacientes

B. Áreas de mejora:

A continuación se destacan las áreas de mejora detectadas durante el desarrollo del piloto. En los casos en los que ha sido posible, se han introducido los cambios necesarios.

En primer lugar cabe destacar la definición inicial de actividad del rol EGC. Aunque a nivel teórico se definieron las actividades a realizar por cada figura, y los circuitos a seguir para la coordinación entre las mismas, hubo que ir ajustando dichos presupuestos a las realidades del piloto. La variabilidad de las casuísticas ha hecho que el proceso de ajuste se haya llevado a cabo durante todo el pilotaje

La falta de homogeneización en la práctica clínica (asociación de cuidados a técnica + integración y coordinación de cuidados) ha sido un problema que requiere atención. Así mismo, la educación para el auto-cuidado es un área con amplio margen de mejora.

La falta de integración de los sistemas de información es una realidad actual en el sistema sanitario. Ha sido un hándicap que han debido ir resolviendo las figuras durante el piloto. Así mismo, la falta de una agenda unificada/ compartida, ha sido otra debilidad a superar.

A destacar la existencia de historias duplicadas. La detección de este problema ha sido tardía, realizándose en la fase de recogida de datos para la evaluación de los resultados. Se trata un tema en proceso de resolución por los Servicios de informática de Osakidetza.

La continuidad de cuidados realizado en Atención Especializada no se ha podido visualizar en ocasiones en Atención Primaria, lo que dificultaba la comunicación entre ambos niveles.

Ha sido necesario determinar los circuitos y responsables para el seguimiento de pacientes y citación en agenda de OSAREAN en las situaciones en las que no estén las responsables de enfermería de AP.

La transición de los pacientes durante los fines de semana se ha ajustado durante el desarrollo del piloto a través de la interacción con OSAREAN.

La falta de homogeneización en la práctica clínica (asociación de cuidados a técnica + integración & coordinación de cuidados) ha sido un problema que requiere atención. Así mismo, la educación para el autocuidado y la implicación del paciente son dos áreas que aun presentan mucho margen de mejora

Para conocer un aspecto importante de la atención prestada como es el número de pacientes que conoce el nombre de su enfermera, ya que puede ser un indicador indirecto de una atención personalizada o de existencia de referente enfermero, se pregunta este aspecto a los pacientes captados. En este piloto 84 pacientes (70,59%) conocen el nombre de su enfermera de Atención Primaria, siendo un área de mejora el intentar superar ese porcentaje de conocimiento.

RESULTADOS Y EVALUACIÓN

El número de **pacientes sobre los que se ha intervenido y a los que se ha realizado el seguimiento** es de **119**. 111 han sido captados por EGEH y 8 por EGC

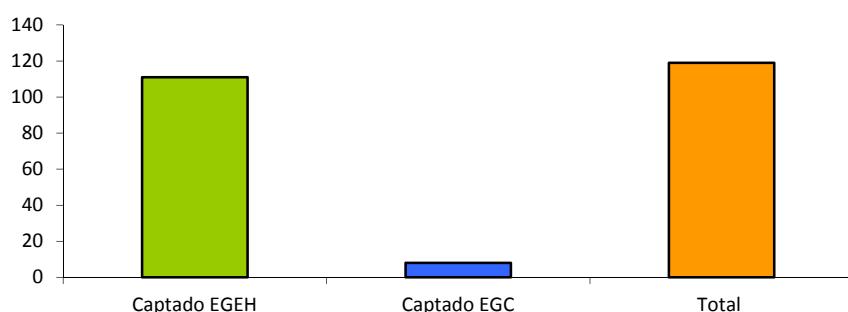


Figura 9. Captación de pacientes Piloto 1

DATOS GENERALES EN RELACIÓN CON LA DETECCIÓN, CAPTACIÓN, EXCLUSIÓN Y REINGRESOS DE PACIENTES

En este piloto, el número de pacientes totales que fueron consultados para ser captados e introducidos en el programa fue de 136. **No aceptan** entrar en el proyecto **cuatro personas**, existiendo un porcentaje de aceptación de pacientes al proyecto de un 97,06%

13 pacientes fueron excluidos del proyecto tras cumplir criterios de inclusión.

El número total de pacientes captados e intervenidos en el periodo medido en este piloto es de 119 (111 han sido captados por EGEH y 8 por EGC)

La EGEH detectó 113 pacientes que cumplían los criterios clínicos de inclusión. Se muestran los **datos generales de detección, captación, exclusión, y reingresos** de pacientes desde la figura EGEH.

EGEH		
	nº	%
Pacientes detectados por EGEH	113	100%
Pacientes excluidos en check list	0	0,00%
Pacientes excluidos tras captación	2	1,77%
Pacientes en seguimiento	111	98,23%

Tabla 10. Captación de pacientes por EGEH. Piloto 1

Los pacientes 113 pacientes que fueron captados por la EGEH, incluidos los 2 pacientes que posteriormente fueron excluidos por no cumplir criterios de inclusión, cumplían desde 1 hasta 7 criterios de inclusión, de forma que el acumulado de criterios de inclusión de todos los pacientes asciende a 100.

Los datos porcentuales se reflejan en la tabla

Nº DE CRITERIOS DE INCLUSIÓN POR PACIENTE		
	nº pacientes	%
Criterios	113	100%
1	0	0,00%
2	5	4,42%
3	50	44,25%
4	44	38,94%
5	12	10,62%
6	0	0,00%
7	1	0,88%

Tabla 11. Nº de criterios de inclusión de pacientes captados por EGEH. Piloto 1

En la frecuencia de las situaciones clínicas y/ o funcionales que presentaban los pacientes captados por la EGEH, resaltan los pacientes con 2 más ingresos en el último año así como pacientes con ICC.

FRECUENCIA DE LOS CRITERIOS DE INCLUSIÓN		
	nº	%
2 o más ingresos en el último año	104	26%
PPP CATEGORÍA A: ICC	88	22%
PPP CATEGORÍA B: Vasculitis y enfermedades autoinmunes y Nefro	36	9%
PPP CATEGORÍA C: enfermedad respiratoria crónica	61	15%
PPP CATEGORÍA D: enfermedad inflamatoria crónica intestinal, hepatopatía crónica	9	2%
PPP CATEGORÍA E: ACV , enfermedad neurológica	33	8%
PPP CATEGORÍA F:		
Diabetes mellitus con retinopatía proliferativa o neuropatía sintomática	25	6%
PPP CATEGORÍA G: Anemia crónica, neoplasia no quimio	28	7%
PPP CATEGORÍA H: Enfermedad osteoarticular crónica.		
Indice de Barthel < 60	19	5%

Tabla 12. Frecuencia de criterios de inclusión de pacientes captados por EGEH. Piloto 1

Edad

La edad media de los pacientes captados en este piloto es de 80,36 años. La distribución de la edad varía entre los 49 y 95 años. Mediana de edad de los pacientes de este piloto de 81 años.

Valoración del grado de dependencia

El 6,4% de los pacientes captados en este piloto tenía una dependencia grave y el 11,5% una dependencia muy grave, disminuyendo este porcentaje al alta.

En la siguiente tabla se presentan los datos de grado de dependencia de los pacientes atendidos.

	Piloto 1				
	% Independientes	% Dependencia Leve	% Dependencia Moderada	% Dependencia Grave	% Dependencia Muy grave
CAPTACIÓN	27,4	36,9	17,8	6,4	11,5
ALTA	25	39,5	19,1	5,3	11,2

Tabla 13. Nivel de dependencia pacientes captados Piloto 1

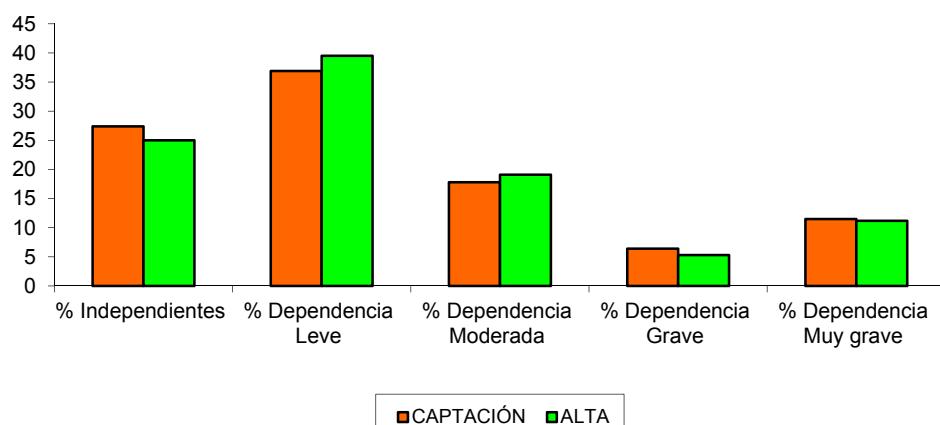


Figura 10. Gráfico nivel de dependencia de pacientes captados Piloto 1

La variación en la escala de dependencia entre el momento de captación y el alta muestra, en general, un aumento en los niveles de dependencia desde el momento de captación al momento del alta, especialmente en los pacientes clasificados en la categoría “Independiente”.

La propia situación y patología de los pacientes puede ser motivo de la situación de variación en la dependencia, siendo peor al alta respecto a la captación. Esto se da especialmente en los pacientes “independientes”.

Mortalidad

El número de pacientes fallecidos (del grupo de pacientes captados) fue de 16, teniendo un índice de mortalidad de 13,44%.

Reingresos

El número total de reingresos del grupo de pacientes captados es de 48 (40,33%)

REINGRESOS		
	nº	%
Total pacientes en seguimiento	119	100%
1 ingreso	65	54,62%
2 o 3 ingresos	36	30,25%
4 o más ingresos	12	10,08%

REINGRESOS

Tabla 14. Reingresos. Piloto 1

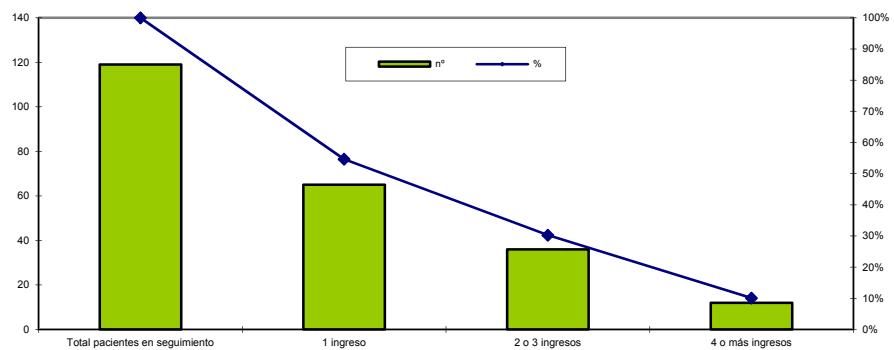


Figura 11. Gráfico reingresos. Piloto 1

FRECUENTACIÓN

En relación a la frequentación de los casos captados en Atención Especializada en los últimos 12 meses en el grupo de pacientes captados los datos se muestran en la siguiente tabla.

PILOTO 1					
Nº total de ingresos programados en los últimos 12 meses (del grupo de pacientes captados)	Promedio de ingresos programados en los últimos 12 meses (del grupo de pacientes captados)	Nº total de ingresos urgentes en los últimos 12 meses (del grupo de pacientes captados)	Promedio de ingresos urgentes en los últimos 12 meses (del grupo de pacientes captados)	Nº total de asistencias hospitalarias en los últimos 12 meses (del grupo de pacientes captados)	Promedio de asistencias hospitalarias en los últimos 12 meses (del grupo de pacientes captados)
7	0.06	330	2.77	466	3.92

Tabla 15. Fecuentación Atención Especializada últimos 12 meses Piloto 1

En relación a la frequentación de los casos captados en Atención Primaria en los últimos 12 meses en el grupo de pacientes captados los datos se muestran en la siguiente tabla.

PILOTO 1							
Nº total de asistencias al PAC en los últimos 12 meses (del grupo de pacientes captados)	Promedio de asistencias al PAC en los últimos 12 meses (del grupo de pacientes captados)	Nº de visitas a domicilio por el médico de familia en el último año (del grupo de pacientes captados)	Promedio de visitas a domicilio por el médico de familia en el último año (del grupo de pacientes captados)	Nº de consultas en centro programadas realizadas por médico de familia en el último año (del grupo de pacientes captados)	Promedio de consultas en centro programadas realizadas por médico de familia en el último año (del grupo de pacientes captados)	Nº de consultas en centro urgentes realizadas por médico de familia en el último año (del grupo de pacientes captados)	Promedio de consultas en centro urgentes realizadas por médico de familia en el último año (del grupo de pacientes captados)
76	0.64	378	3.18	1848	15.53	1209	10.16

Tabla 16. Fecuentación Atención Primaria últimos 12 meses a PAC y médico. Piloto 1

PILOTO 1	
Nº de visitas a domicilio por la enfermera de AP en el último año (del grupo de pacientes captados)	Promedio de visitas a domicilio por la enfermera de AP en el último año (del grupo de pacientes captados)
1133	9.52

Tabla 17. Fecuentación Atención Primaria últimos 12 meses enfermera de AP. Piloto 1

ESTANCIA MEDIA

Para la valoración de las diferencias en los días de ingreso antes y después de la intervención se utiliza la mediana de estancia por ingreso para evitar la influencia de estancias puntuales por muchos días de ingreso y se excluyen los ingresos en los que el paciente fallece, empleándose pruebas no paramétricas para el cálculo de diferencias.

En este piloto se encuentran diferencias significativas en la estancia mediana por ingreso en días a favor de la intervención encontrándose que existe entre 1 y 4 días menos de estancia durante la intervención.

Los datos se muestran en la siguiente tabla

	Estancia mediana por ingreso en días			* Hodges-Lehmann	Nº de ingresos	
	Intervención	Antes de la intervención	Diferencia días de estancia	Intervalo de confianza 95%	Periodo intervención	Periodo anterior
Piloto 1	5	7	2	(1 a 4)	88	95

Tabla 18. Estancias Hospitalarias. Piloto 1

SEGUIMIENTO EN ATENCIÓN PRIMARIA

Al inicio del proyecto se estableció que a todos los pacientes incluidos en el piloto, al alta a domicilio, se le abriría un Episodio “Enfermera Gestora” en Osabide AP con dos fines esenciales: por un lado, servir de información a Médico de Familia y Enfermera de referencia, pudiendo identificar de esta manera que el paciente pertenece al piloto y por otro para realizar el seguimiento clínico del paciente, utilizando un formulario acordado para todos los pilotos con el fin de homogeneizar la atención.

El resultado a la consulta de cuántos pacientes disponen de episodios abiertos de Enfermera Gestora de los pacientes captados en este piloto es de 102 (85,71%). En la tabla siguiente se especifican el número de pacientes captados y grado de seguimiento.

SEGUIMIENTO EN OSABIDE AP				
	nº pacientes captados	nº pacientes con seguimiento	%	Media DBP's por paciente
Total	119	102	85,71%	27,72

Tabla 19. Seguimiento en OSABIDE-AP. Piloto 1

El formulario es un conjunto de DBP (Datos Básico de Pacientes) seleccionados para realizar el seguimiento de estos pacientes.

En la tabla siguiente (**Tabla 20**) se presentan los DBPs y sus frecuencias en el seguimiento de los 102 pacientes que han tenido seguimiento y disponen del Episodio de Enfermera Gestora del Piloto 1. El total de DBPs es de 2.827 por lo que el promedio de DBPs recogidos por paciente es de 27,72.

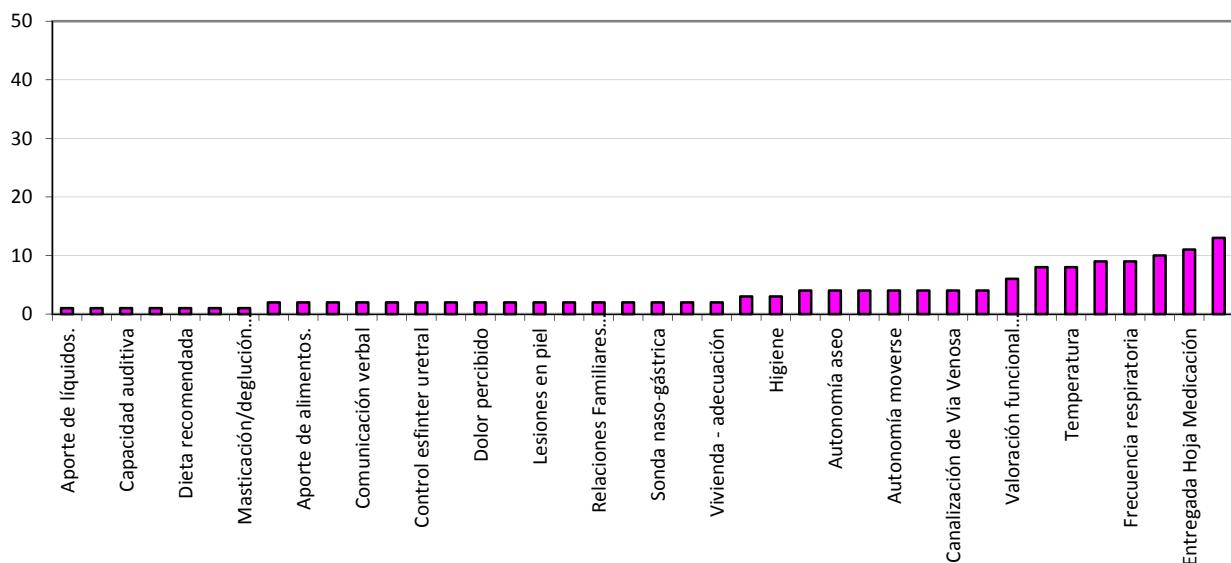
DBP	frecuencia
Aporte de líquidos.	1
Calidad de sueño percibida	1
Capacidad auditiva	1
Capacidad visual	1
Dieta recomendada	1
Equilibrio (físico)	1
Masticación/deglución (dificultad)	1
¿Tiene Informe de Valoración Sociofamil?	2
Aporte de alimentos.	2
Autoestima negativa	2
Comunicación verbal	2
Control esfínter anal	2
Control esfínter uretral	2
Coordinación motora	2
Dolor percibido	2
Edemas en EEII (Si/No/Dudoso)	2
Lesiones en piel	2
Proceso. Tto a seguir. Cont. Cuidados.	2
Relaciones Familiares Sociales ¿Problema	2
Riesgo de caída (Si/No)	2
Sonda naso-gástrica	2
Uso de laxantes	2
Vivienda - adecuación	2
Actividad vida diaria	3
Higiene	3
Areas de educación	4
Autonomía aseo	4
Autonomía eliminación	4
Autonomía moverse	4
Autonomía vestirse	4
Canalización de Vía Venosa	4
Informe clínico en domicilio	4
Valoración funcional psíquica	6
Dietा	8
Temperatura	8
Cumplimiento Plan/Tratamiento	9
Frecuencia respiratoria	9
Dificultad para respirar.	10
Entregada Hoja Medicación	11
Medicación. Revisión	13

DBP	frecuencia
Sonda urinaria (Si/No)	14
Expectoración. Cambios	15
¿Tiene plan de cuidados?	20
Porcentaje Saturación Oxígeno (SpO2)	21
Observaciones a protocolo	25
Situación sociofamiliar. Apoyos	25
Zarit. Cuidador sobre carga	27
Adhesión a Tratamiento farmacológico	28
Apoyo familiar / cuidador	28
Dolor precordial (consulta)	31
Cuidador principal	32
Tipo de tos.	32
Ingreso Hosp.nºdías	34
Tabaco SI/NO/EX	36
Aumento nº almohadas (Si/No)	38
Edemas maleolares (Igual/Mejor/Peor)	38
Estado subjet general (Igual/Mejor/Peor)	38
Aumento rápido de peso (Si/No)	39
Disminución Diuresis (Si/No)	39
Fecha Ingreso	39
Fiebre (Si/No/No termometrada)	39
Disnea (Mejor/Igual/Peor)	40
Aumento de la fatiga	41
Mareo (consulta)	42
Calidad de vida (test realizado) Si/No	46
Vía de captación (Control EGC)	47
Situación actual (Control EGC)	50
¿Tiene cuidador principal? Si/No	51
Continuidad cuidados al Alta (Si/No)	51
Motivo de ingreso (EGC)	51
Fecha alta hospitalaria	55
Indice de masa corporal (IMC)	67
Talla (cm)	71
Barthel (escala). Para Crónicos domic	72
Ejercicio físico (consejo)	82
Glucemia Capilar	86
Educación dieta	88
Adhesión al tratamiento	110
Peso (Gramos)	116
Frecuencia cardiaca	216
TAD	330
TAS	330

Tabla 20. DBPs Piloto 1

Se adjunta un gráfico de apoyo en el que se presentan los DBPs cuya frecuencia es superior en el piloto.

Actividades realizadas (entre 1 y 13)



Actividades realizadas (entre 14 y 330)

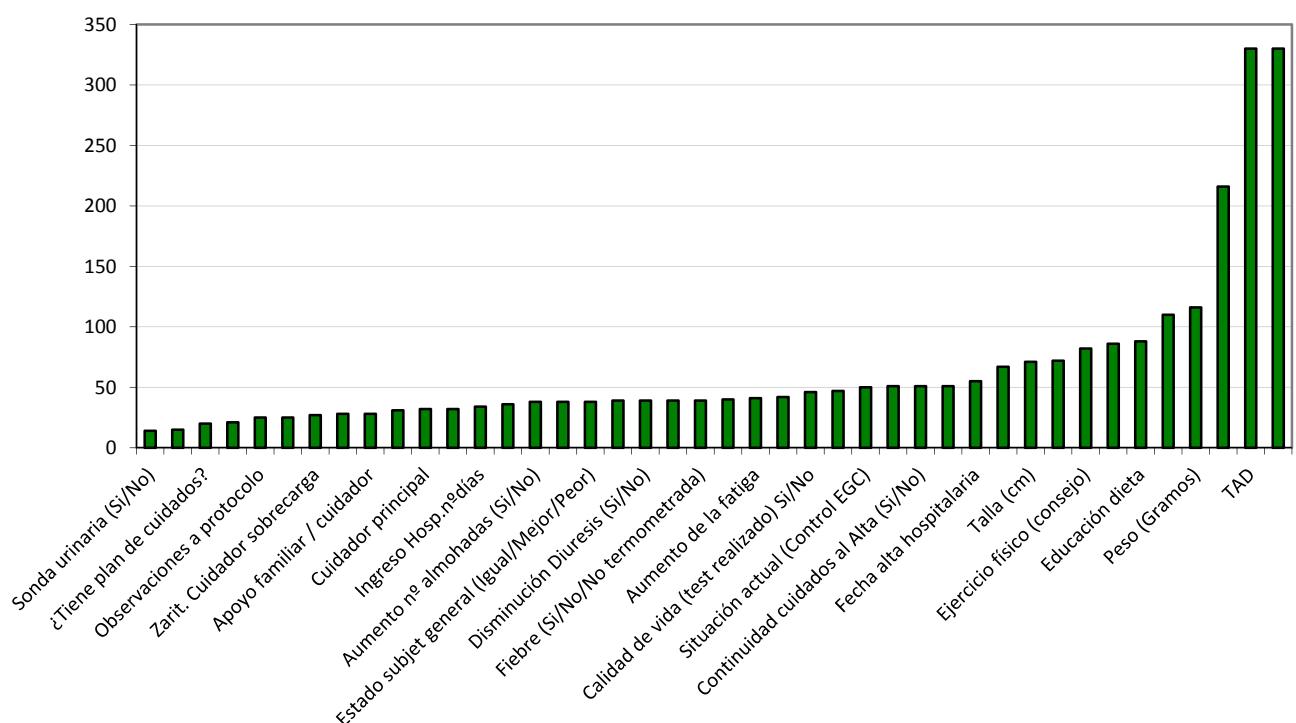


Figura 12. Gráficos DBPs mayores. Piloto 1

INTERVENCIONES REALIZADAS

En las siguientes tablas se indican los contactos mantenidos por los profesionales con pacientes, cuidadores, familia y otros profesionales en el grupo de pacientes captados.

PILOTO 1									
Nº total de contactos mantenidos con cuidador/a (del grupo de pacientes captados)	Promedio de contactos mantenidos con cuidador/a (del grupo de pacientes captados)	Nº total de contactos mantenidos con familiares de manera presencial (del grupo de pacientes captados)	Promedio de contactos mantenidos con familiares de manera presencial (del grupo de pacientes captados)	Nº total de contactos mantenidos con familiares de manera no presencial (del grupo de pacientes captados)	Promedio de contactos mantenidos con familiares de manera no presencial (del grupo de pacientes captados)	Nº total de contactos mantenidos con paciente de manera presencial (del grupo de pacientes captados)	Promedio de contactos mantenidos con paciente de manera presencial (del grupo de pacientes captados)	Nº total de contactos mantenidos con paciente de manera no presencial (del grupo de pacientes captados)	Promedio de contactos mantenidos con paciente de manera no presencial (del grupo de pacientes captados)
502	4.22	473	3.97	55	0.46	824	6.92	30	0.25

Tabla 21. Contactos con pacientes, cuidador o familia. Piloto 1

La gran mayoría de contactos mantenidos son de manera presencial. Será necesario analizar las causas y valorar la posibilidad de extender dicha práctica de forma no presencial.

PILOTO 1			
Nº total de contactos mantenidos con trabajadora social de AP (del grupo de pacientes captados)	Promedio de contactos mantenidos con trabajadora social de AP (del grupo de pacientes captados)	Nº total de contactos mantenidos con trabajadora social de AE (del grupo de pacientes captados)	Nº total de contactos mantenidos con trabajadora social de AE (del grupo de pacientes captados)
19	0.16	56	0.47

Tabla 22. Contactos mantenidos con Trabajadora social. Piloto 1

El análisis del número de contactos mantenidos especialmente por la EGEH (en AE) con agentes sociales de manera presencial puede ser una pista importante sobre las necesidades para salir del ámbito hospitalario del tipo de población atendida.

PILOTO 1							
Nº de contactos mantenidos: enfermera referente especializada (del grupo de pacientes captados)	Promedio de contactos mantenidos: enfermera referente especializada (del grupo de pacientes captados)	Nº de contactos mantenidos: facultativo referente especializada (del grupo de pacientes captados)	Promedio de contactos mantenidos: facultativo referente especializada (del grupo de pacientes captados)	Nº de contactos mantenidos: enfermera referente de AP (del grupo de pacientes captados)	Promedio de contactos mantenidos: enfermera referente de AP (del grupo de pacientes captados)	Nº de contactos mantenidos: facultativo referente de AP (del grupo de pacientes captados)	Promedio de contactos mantenidos: facultativo referente de AP (del grupo de pacientes captados)
654	5.50	642	5.39	994	8.35	982	8.25

Tabla 23. Contactos mantenidos con profesionales. Piloto 1

EN RELACIÓN A LAS ENCUESTAS DE PERCEPCIÓN DE CALIDAD DE VIDA

Los datos que se ofrecen corresponden a pacientes de este piloto a los que se les pidió su colaboración y se les solicitó respondieran al Cuestionario de Calidad SF12.

50 pacientes contestan el cuestionario y tras 6 meses desde que fueron captados contestan 34 pacientes.

Las respuestas de ambos cuestionarios se presentan pareadas para poder realizar la comparación más gráficamente.

La primera pregunta del cuestionario de Calidad de Vida SF-12 hace referencia a la salud en general. Los pacientes refieren estar a los 6 meses con una percepción de su salud mejor, el 8% refieren al inicio tener una salud **buena y muy buena** y el 29.4% lo refiere a los 6 meses (Figura 13).

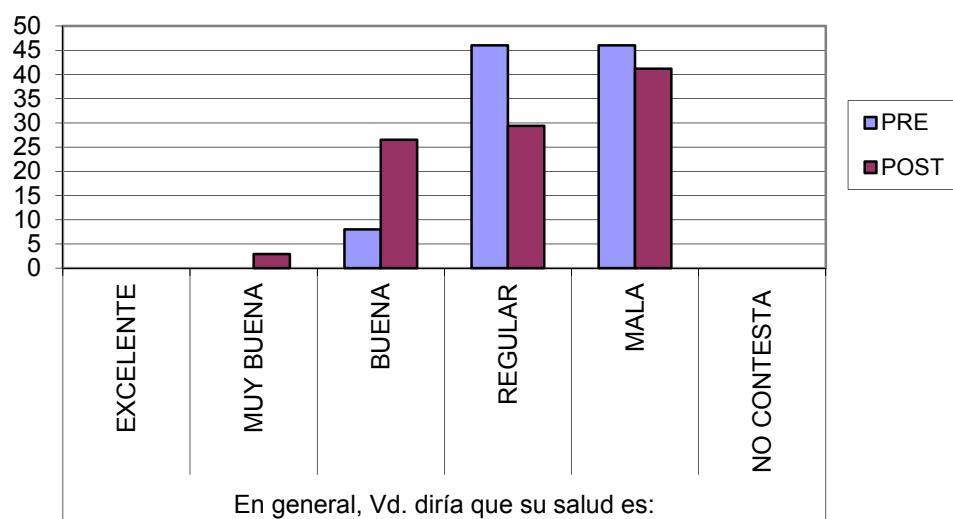


Figura 13. Salud general antes-después. Piloto 1

La pregunta que explora si la salud de las personas encuestadas limita que puedan caminar, muestra que en el grupo que siente que les **limita mucho** disminuye a los 6 meses (72% al inicio frente al 61,8% a los 6 meses) (Figura 14).

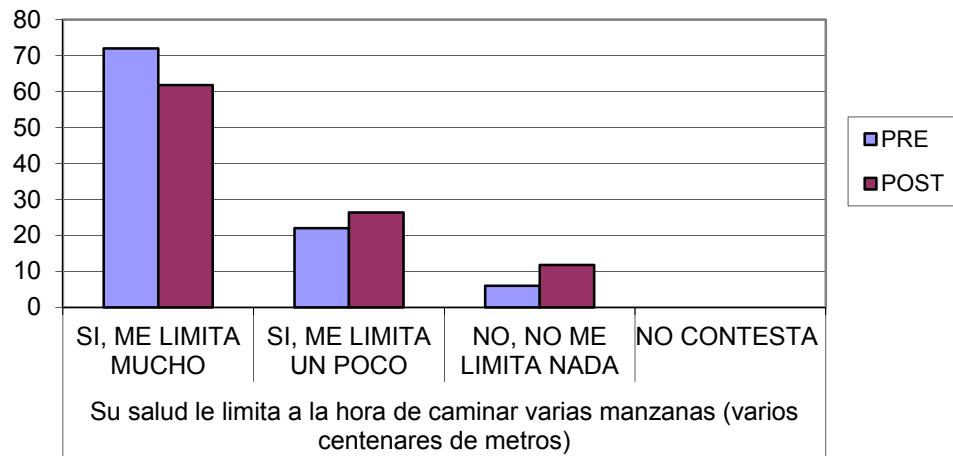


Figura 14. Limitación para caminar. Piloto 1

La pregunta que explora si la salud de las personas encuestadas limita que puedan subir varios pisos por la escalera, muestra que en el grupo que siente que les **limita mucho** disminuye a los 6 meses (94% al inicio frente al 76,5% a los 6 meses) (Figura 15).

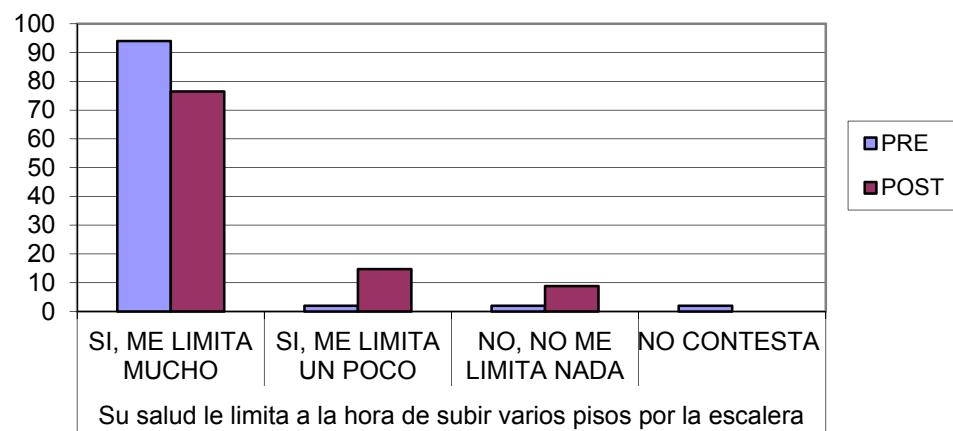


Figura 15. Limitación para subir escalera. Piloto 1

Como en las anteriores preguntas se observa que a los 6 meses las personas encuestadas refiere tener menos dificultades para realizar aquello que quieren hacer (96% al inicio frente al 69,7% a los 6 meses) (Figura 16).

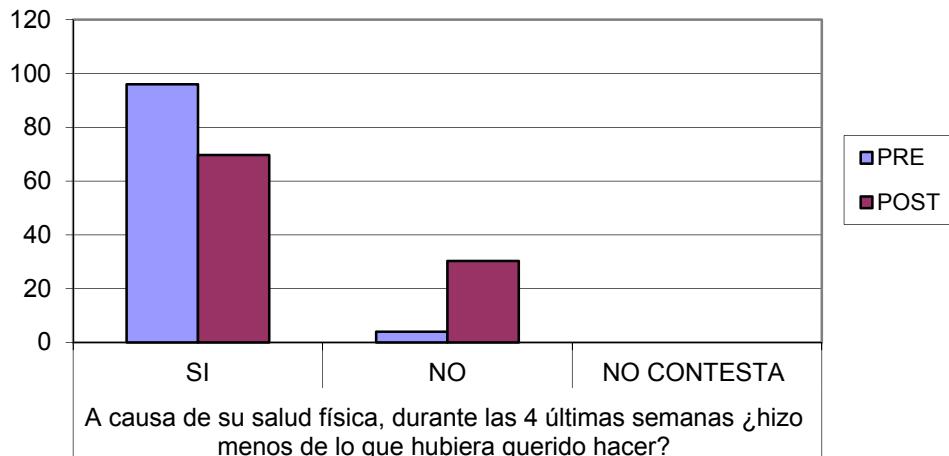


Figura 16. Limitación por salud física para hacer cosas. Piloto 1

Se observa que a los 6 meses aumentan las personas que refieren **no** tener dificultades para realizar su trabajo (4% al inicio frente al 30,3% a los 6 meses) (Figura 17).

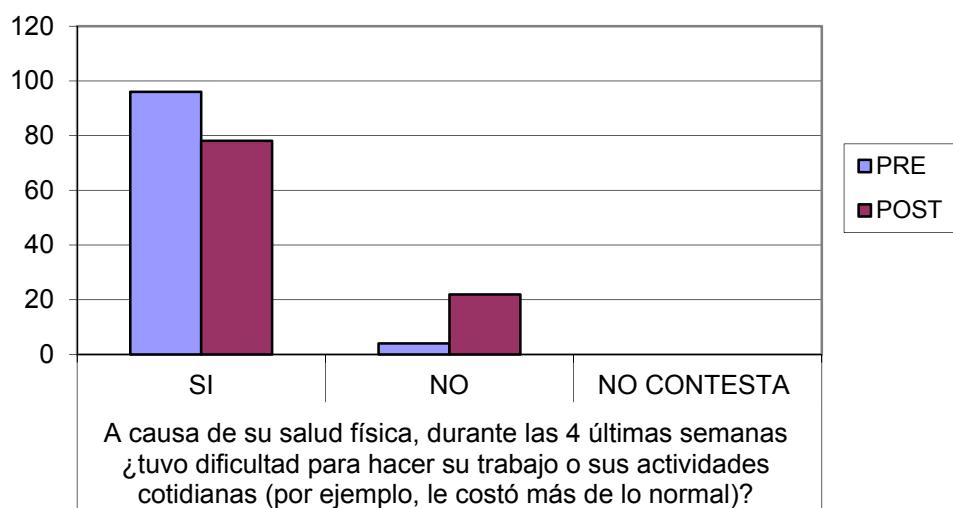


Figura 17. Limitación por salud física para hacer actividades cotidianas. Piloto 1

Al explorar si algún problema emocional limitó la realización de actividades, se observa que a los 6 meses aumenta las personas que **si** hicieron menos de lo que hubieran querido hacer por esta causa (48% al inicio frente al 66,7% a los 6 meses) (Figura 18).

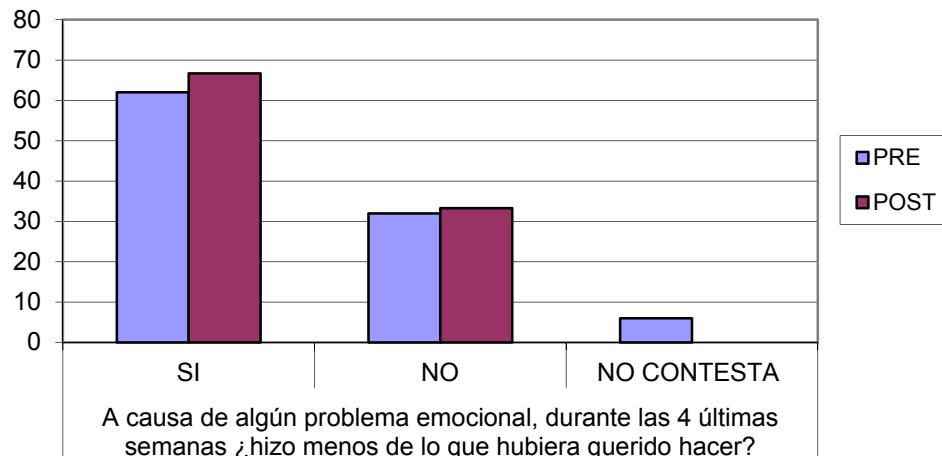


Figura 18. Limitación por salud emocional para hacer actividades. Piloto 1

Lo mismo sucede al preguntar por si por algún problema emocional se ha limitado la realización del trabajo o actividades cotidianas, aumentando a los 6 meses las personas que responden que **si** (48% al inicio frente al 62,5% a los 6 meses) (Figura 19).

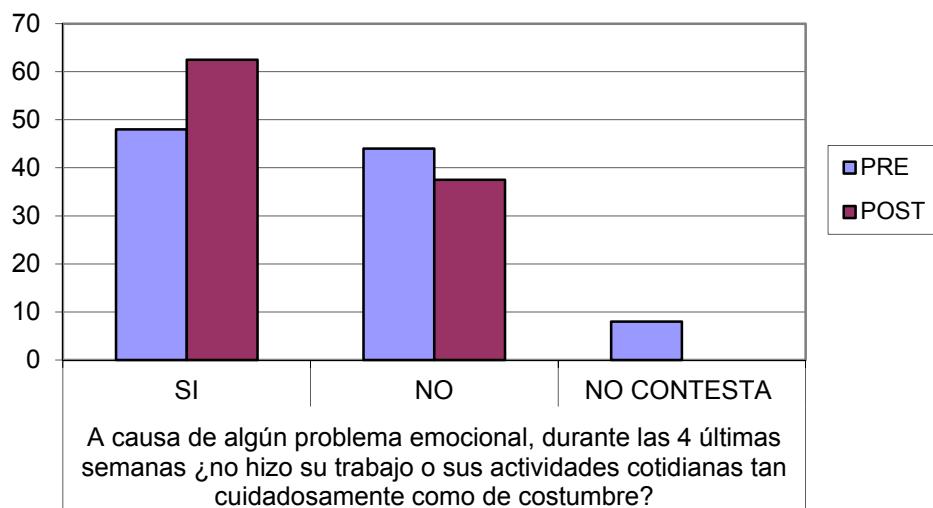


Figura 19. Limitación por salud emocional para hacer actividades cotidianas. Piloto 1

Al preguntar sobre el impacto del dolor en su trabajo habitual, se observa que a los 6 meses aumenta el número de personas que indican que el dolor **nada** les ha dificultado sus actividades (12% al inicio frente al 44,1% a los 6 meses) (Figura 20).

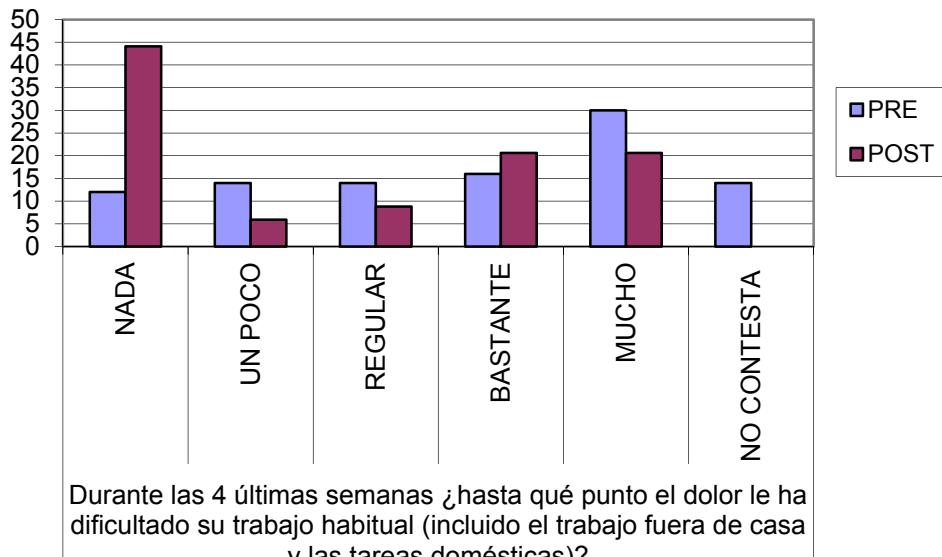


Figura 20. Limitación por dolor. Piloto 1

Las personas que contestan el cuestionario de Calidad de Vida SF-12 refieren tener mayor sensación de calma y/o tranquilidad cuando se les pregunta a los 6 meses, el 18% refieren sentirse calmado/a y tranquilo/a **siempre y casi siempre** y el 38,2% lo refiere a los 6 meses (Figura 21).

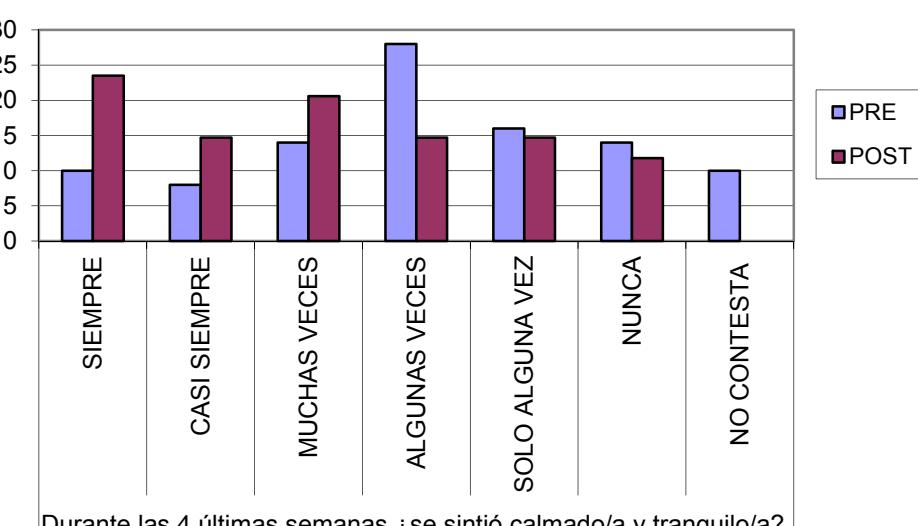


Figura 21. Percepción de tranquilidad. Piloto 1

Al preguntar sobre la percepción de vitalidad, los pacientes preguntados al inicio tienen un peor sentimiento de vitalidad que los que son preguntados a los 6 meses, el 6% refieren sentirse lleno/a de vitalidad **siempre y casi siempre** y el 23,6% lo refiere a los 6 meses (Figura 22).

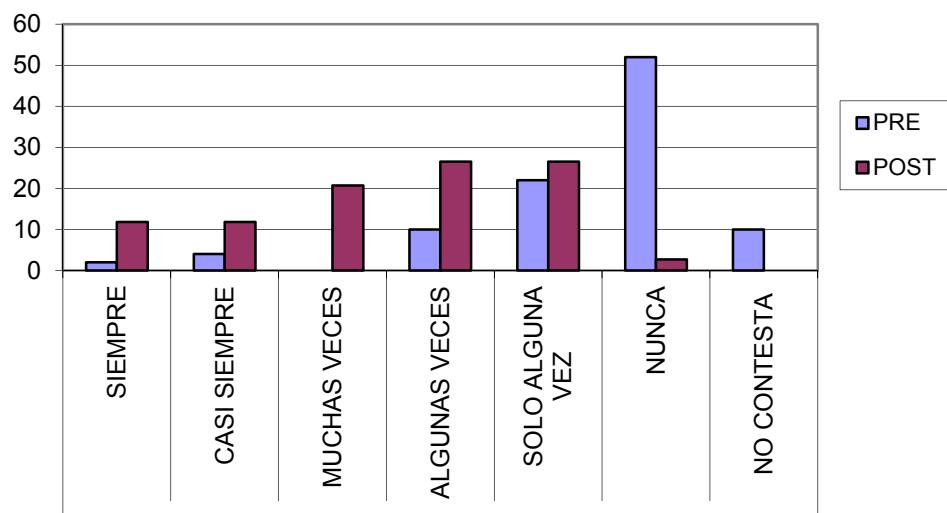


Figura 22. Percepción de vitalidad. Piloto 1

Al preguntar sobre si se sintieron desanimado/a y tristes las personas encuestadas al inicio tienen mayor sentimiento de tristeza que los que son preguntados a los 6 meses, el 50% de los encuestados al inicio refieren sentirse desanimado/as y triste **siempre, casi siempre y muchas veces** y el 37,7% lo refiere a los 6 meses (Figura 23).

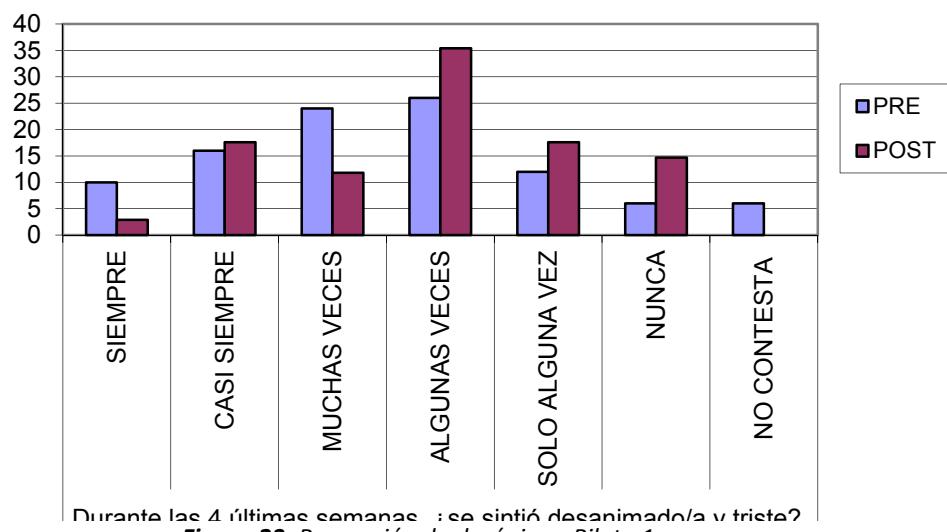


Figura 23. Percepción de desánimo. Piloto 1

El grupo de pacientes encuestados al inicio refieren que su salud física o problemas emocionales le han dificultado en mayor medida sus actividades sociales que los que responden a los 6 meses, el 66% refiere que **siempre y casi siempre** su salud física o problemas emocionales dificultan sus actividades sociales, frente al 41,2% a los 6 meses (Figura 24)

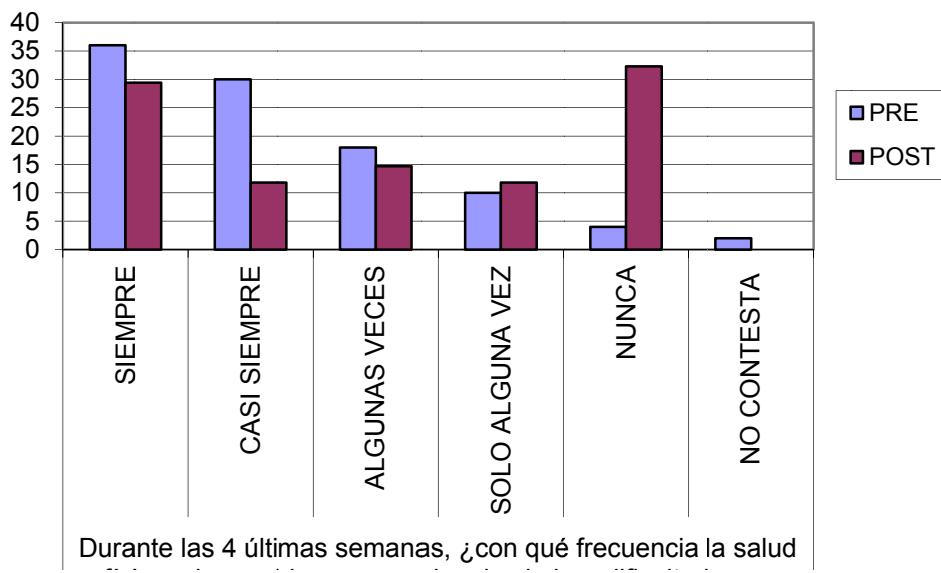


Figura 24. Percepción de dificultades sociales. Piloto 1

EN RELACIÓN A LOS RESULTADOS DE LOS CUESTIONARIOS DE SATISFACCIÓN a pacientes y cuidadores

Se ha utilizado la encuesta SATISFAD para explorar la satisfacción de pacientes y cuidadores. La encuesta ha sido realizada por: GIZAKER con la financiación recibida por parte de KRONIKGUNE

Satisfacción de cuidadores

Se pregunta a 102 familias y/o cuidadores de este Piloto 1 sobre si los servicios que recibe le ayudan a hacer mejor su función de cuidador/a y si el familiar del paciente y/o cuidador han podido participar y decidir en cómo organizar los cuidados en el domicilio.

El 64,7% de los cuidadores refieren que los servicios que recibe **siempre** le ayudan a hacer mejor su función y un 24,7% que **a veces** le ayudan a hacer mejor su función (Figura 25)

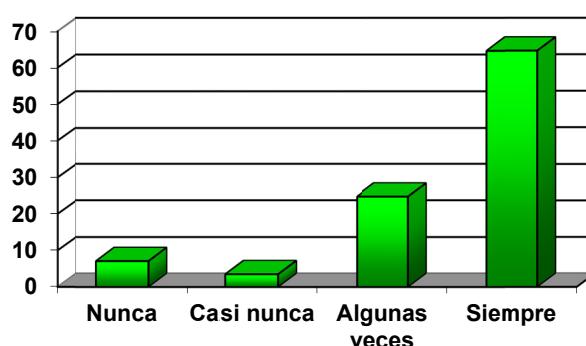


Figura 25. Los servicios que recibe le ayudan a hacer mejor su función de cuidador/a. Piloto 1

El 84,7% de los cuidadores refieren que **siempre** el familiar del paciente y/o cuidador han podido participar y decidir en cómo organizar los cuidados en el domicilio y un 12,9% que **a veces** (Figura 26).

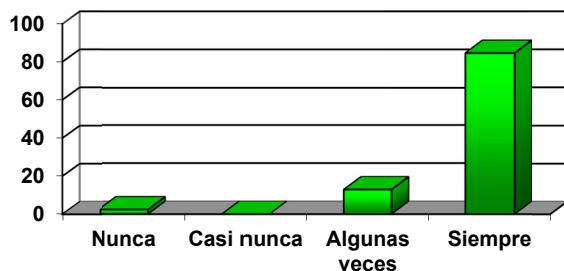


Figura 26. El familiar (paciente) y el cuidador han podido participar y decidir en cómo organizar los cuidados en el domicilio. Piloto 1

Satisfacción de pacientes

Se pregunta a los pacientes atendidos en este piloto, sobre la satisfacción con la atención recibida. Entre otras se pregunta sobre si se siente escuchado y comprendido, si entiende a su enfermera cuando le explica las cosas o si es atendido con suficiente intimidad.

A continuación se exponen de manera gráfica las respuestas recibidas en cada ítem.

El 90,2% de los pacientes refieren que **siempre** se sienten escuchados y comprendidos por su enfermera (Figura 27)

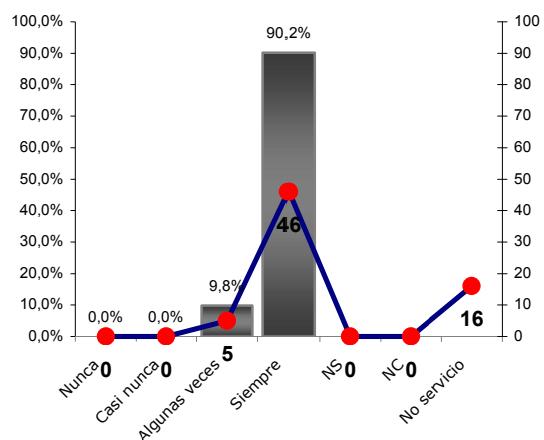


Figura 27. Se siente escuchado y comprendido/a por su enfermera cuando le explica sus problemas de salud y las dificultades que le causa. Piloto 1

El 74,5% de los pacientes refieren que **siempre** entienden a su enfermera cuando le explica las cosas (Figura 28).

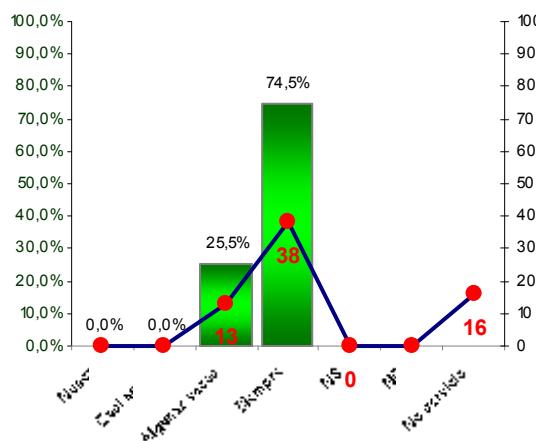


Figura 28. Entiende a su enfermera cuando le explica las cosas. Piloto 1

El 94% de los pacientes refieren que **siempre** las enfermeras se preocupan por contactar con ellos (Figura 29).

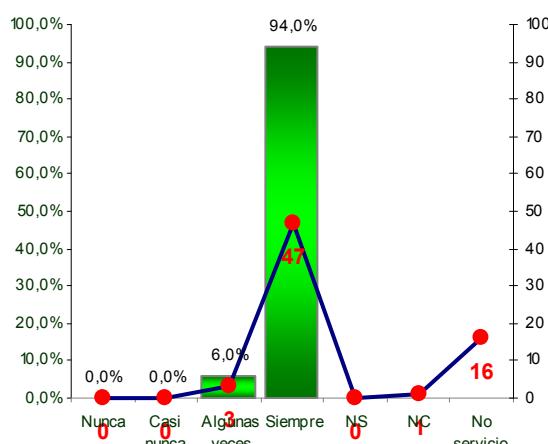


Figura 29. Las enfermeras se preocupan por contactar con Ud si no puede acudir o se va a retrasar . Piloto 1

El 84% de los pacientes refieren que **siempre** las enfermeras les enseñan a cuidarse por sí mismo (Figura 30).

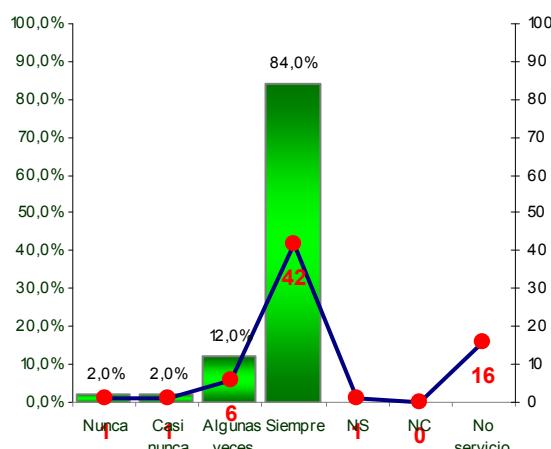


Figura 30. Las enfermeras le enseñan a cuidarse por sí misma/a . Piloto 1

El 96,1% de los pacientes refieren que **siempre** su enfermera le atiende con suficiente intimidad, de manera reservada (Figura 31).

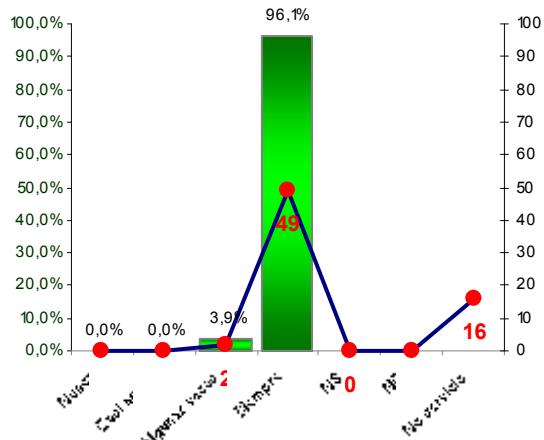


Figura 31. Su enfermera le atiende con la suficiente intimidad, de manera reservada. Piloto 1

El 76,5% de los pacientes refieren que **siempre** es fácil programar las visitas en los días y horas que quiere (Figura 32).

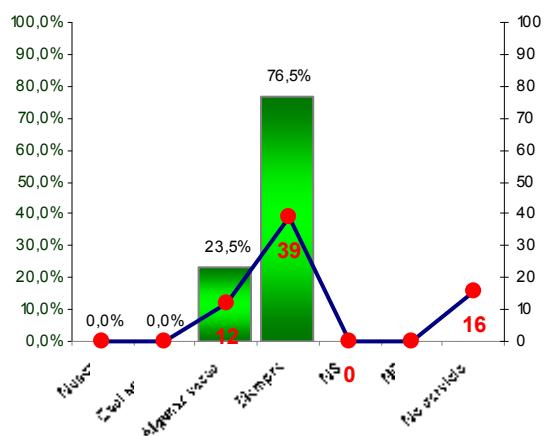


Figura 32. Es fácil programar las visitas en los días y horas que quiere Ud. o le vienen mejor. Piloto 1

El 98% de los pacientes refieren que **siempre** las enfermeras se preocupan por su comodidad (Figura 33).

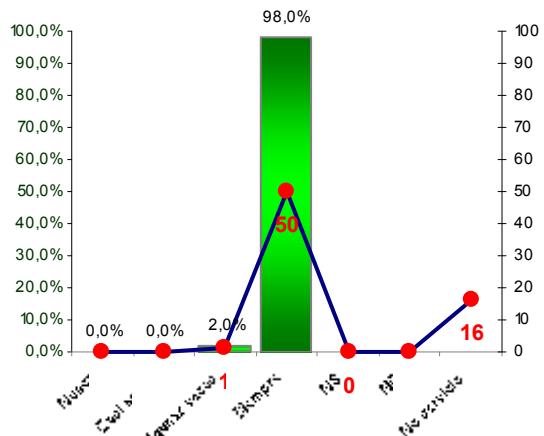
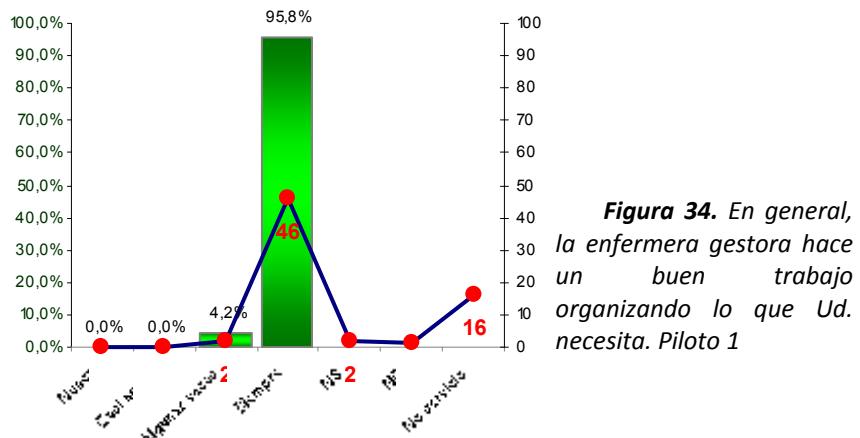


Figura 33. Las enfermeras se preocupan por su comodidad mientras le están tratando o cuidando. Piloto 1

El 95,8% de los pacientes refieren que **siempre** la enfermera hace un buen trabajo organizando sus necesidades (Figura 34).



Todas las respuestas de los pacientes atendidos en este piloto, muestran una alta la satisfacción con la atención recibida.

APRENDIZAJE Y RECOMENDACIONES

Tras el análisis de la información de este piloto, es posible plantear una serie de conclusiones:

El piloto 1 se desarrolló correctamente según lo establecido, y ambos roles han captado pacientes sin inconvenientes. En cualquier caso, los criterios de inclusión y exclusión se adecuaron a la realidad de las poblaciones atendidas por las organizaciones de servicios incluidas en el piloto.

A lo largo del desarrollo del piloto se han ido ajustando diversos aspectos.

Para la extensión de este piloto 1 sería necesario identificar las causas de reingreso y la necesidad de homogeneización la práctica clínica.

ANEXOS:

ANEXO 1:

<p>PPP CATEGORÍA A: Insuficiencia cardiaca que en situación de estabilidad clínica haya estado en grado II de la NYHA (ligera limitación de la actividad física). La actividad física habitual le produce disnea, angina, cansancio o palpitaciones).</p> <p>Cardiopatía isquémica</p>
<p>PPP CATEGORÍA B: Vasculitis y enfermedades autoinmunes sistémicas. Enfermedad renal crónica definida por elevación de creatinina ($>1,4$ mg/dl en hombres o $>1,3$ mg/dl en mujeres) o proteinuria (índice albúmina/creatinina > 300 mg/g, microalbuminuria >3 mg/dl en muestra de orina o albúmina >300 mg/día en orina de 24 horas), mantenidas durante 3 meses.</p>
<p>PPP CATEGORÍA C: Enfermedad respiratoria crónica que en situación de estabilidad clínica haya estado con disnea grado 2 de la MRC (Incapacidad de mantener el paso de otra persona de la misma edad, caminando en llano, debido a la dificultad respiratoria o tener que parar a descansar al andar en llano al propio paso), o $FEV1 < 65\%$, o $SaO_2 \leq 90\%$</p>
<p>PPP CATEGORÍA D: Enfermedad inflamatoria crónica intestinal. Hepatopatía crónica con datos de insuficiencia hepatocelular (INR $>1,7$, albúmina $<3,5$ g/dl, bilirrubina >2 mg/dl) o hipertensión portal (Definida por la presencia de datos clínicos, analíticos, ecográficos o endoscópicos)</p>
<p>PPP CATEGORÍA E: Ataque cerebrovascular. Enfermedad neurológica con déficit motor permanente que provoque una limitación para las actividades básicas de la vida diaria (Índice de Barthel inferior a 60-Anexo 2). Enfermedad neurológica con deterioro cognitivo permanente, al menos moderado (Pfeiffer-Anexo 6- con 5 ó más errores).</p>
<p>PPP CATEGORÍA F: Arteriopatía periférica sintomática. Diabetes mellitus con retinopatía proliferativa o neuropatía sintomática</p>
<p>PPP CATEGORÍA G: Anemia crónica por pérdidas digestivas o hemopatía adquirida no subsidiaria de tratamiento curativo que presente $Hb < 10$ mg/dl en dos determinaciones separadas más de tres meses. Neoplasia sólida o hematológica activa no subsidiaria de tratamiento con intención curativa</p>
<p>PPP CATEGORÍA H: Enfermedad osteoarticular crónica que provoque por sí misma una limitación para las actividades básicas de la vida diaria (Índice de Barthel inferior a 60).</p>

Tabla de paciente pluripatológico de Ollero utilizado en el piloto 1

PROYECTO ESTRATÉGICO 8: COMPETENCIAS AVANZADAS DE ENFERMERÍA

PILOTO 2

H. DONOSTIA-C.S. BERAUN



PILOTO 2

H. U. DONOSTIA Y C.S. BEREAUN DE COMARCA GIPUZKOA ESTE

INTRODUCCIÓN

En el marco de la “Estrategia para afrontar el reto de la cronicidad en Euskadi” se configura el proyecto número 8 de “Definición e implementación de competencias avanzadas de enfermería” con el objeto de perfilar e implementar roles de enfermería mejor adaptados a las necesidades de los pacientes crónicos.

Las necesidades que plantea la Estrategia, han servido para enmarcar los Retos Estratégicos del proyecto que son los siguientes:

- Diseñar nuevos marcos competenciales de enfermería para el conjunto del SSV que de respuesta a las necesidades actuales.
- Identificar sinergias y coordinar a los distintos agentes involucrados en la atención y cuidados de los pacientes crónicos.

Se asume que Enfermería, en un planteamiento funcional, puede ser el engranaje intra y extra del sistema sanitario. La integración entre niveles asistenciales, la movilización de recursos y la gestión de casos, son aspectos fundamentales para su consecución.

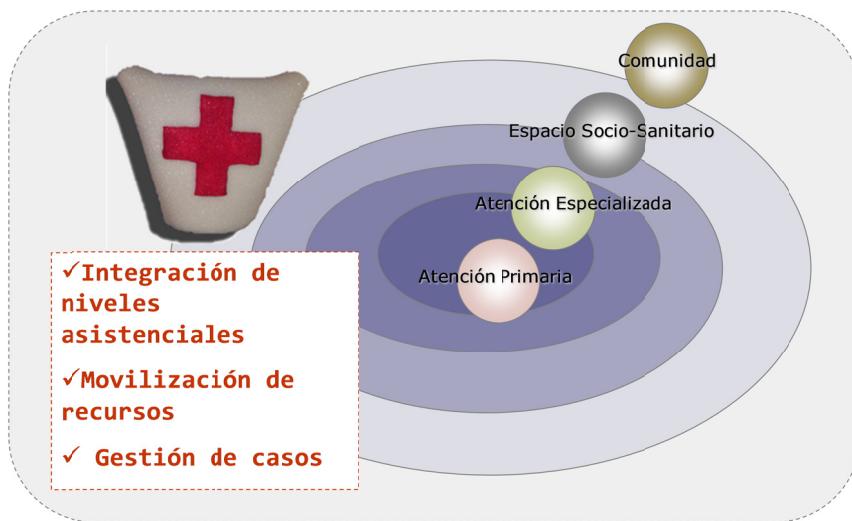


Figura 1. Visión del papel a jugar por la nueva Enfermería

METODOLOGÍA DE TRABAJO

Para lanzar el proyecto, se diseño un cronograma con cinco fases claramente diferenciadas, que cubrían desde la definición inicial hasta la propia implementación de las figuras

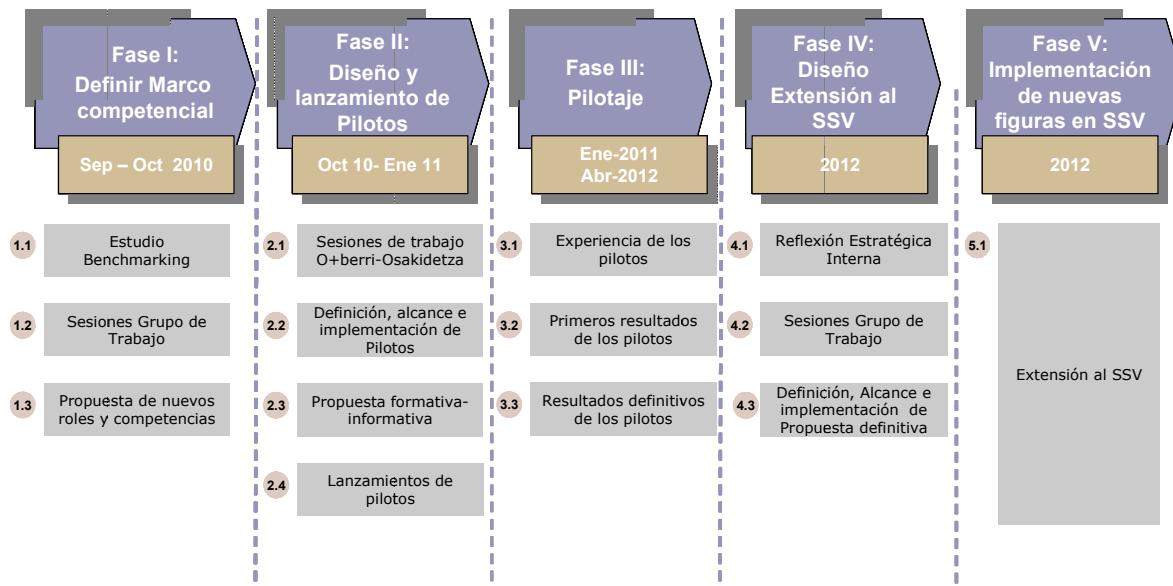


Figura 2. Esquema de fases del proyecto

La fase tercera es la central del proyecto y comprende el pilotaje de los nuevos roles de enfermería en las organizaciones de servicio de Osakidetza.

EQUIPO DE TRABAJO

Se formaron tres Equipos de Trabajo y un Grupo de Trabajo:



Figura 3. Equipos de trabajo

a) **ETLP (Equipo de trabajo de la lógica del proyecto)**: Formado en su inicio por María Jesús Ruiz de Ocenda (Responsable del proyecto), y posteriormente, por Inmaculada Sanchez Martin y O+Berri (Galder Abos, Javier Bikandi y al inicio Naiara Artaza), cuyas funciones son:

- Elaboración de propuesta de trabajo y enfoque metodológico
- Liderazgo y gestión del proyecto global
- Coordinación y supervisión del trabajo del resto de equipos de trabajo
- Elaboración y/o supervisión de los documentos generados en el desarrollo del proyecto

b) **ETAM (Equipo de trabajo de apoyo metodológico)**: Formado por tres enfermeras: Ana M^a Chueca (Unidad de Metodología Calidad del Hospital de Galdakao-Usansolo), Rosa Gonzalez de la Oficina de la Estrategia de Cronicidad (OEC), y M^a Luz Peña Enfermera de la Subdirección de Asistencia Sanitaria.

Las funciones de este equipo son:

- Diseño, apoyo, coordinación y supervisión de pilotos
- Elaboración de documentación necesaria para el desarrollo de los pilotajes.

c) **El ETF (Equipo de trabajo de formación)**: formado por la Responsable de Docencia e Investigación de enfermería de Osakidetza y por una profesora de cada Escuela de Enfermería de Euskadi; Leioa, Donostti y Vitoria.

Sus función fundamental es:

- Dar apoyo, coordinación y supervisión de la formación pre-peri y post proyecto.

d) **Grupo de trabajo**: Formado por profesionales de todos los niveles de la organización (Osakidetza) y de otras instituciones. Los perfiles fueron:

Enfermeras de Atención Primaria y Atención Especializada, Oficina de la Estrategia de la Cronicidad, Gerencias del Atención Primaria y Atención Especializada, Directivos asistenciales médicos y de enfermería, Mandos intermedios de enfermería, Responsables de docencia e investigación

Representante de Colegios de Profesionales Enfermería, Representante de EFEKEZE, EUF Osakidetza, EUF Donostti y Profesionales de O+berri

Las funciones de este Grupo de trabajo son:

- Participar en la elaboración de los documentos base de trabajo que plasmen las propuestas a desarrollar y validar y/o aportar comentarios en la socialización de documentos de trabajo.

TAREAS PREVIAS

A. Benchmarking nacional e Internacional:

Previamente a la puesta en marcha de los pilotos, fue necesario realizar en primer lugar, una búsqueda de las mejores prácticas a nivel internacional y nacional en relación a la asistencia a la cronicidad y los roles de enfermería. Para ello, a nivel internacional se estudiaron las prácticas desarrolladas en Canadá, EEUU, Reino Unido y Paises Escandinavos y a nivel nacional se estudiaron las prácticas de otras CCAA: Andalucía, Aragón, Cataluña, Canarias, Madrid y Valencia. El documento resultante “Benchmarking” es un anexo a este informe.



Figura 4. Documento “Benchmarking”

B. Definición del marco competencial:

El documento de “Benchmarking” fue trasladado al grupo de trabajo para que a la luz de las experiencias nacionales e internacionales se propusieran las propuestas adaptadas a la realidad en Euskadi. El trabajo se plasmó en un informe titulado “Marco competencial ampliado”.



Figura 5. Documento “Marco competencial ampliado”

En dicho documento, el grupo de trabajo recogió las conclusiones generales y realizó la primera aproximación de los perfiles/roles enfermeros a experimentar. Los perfiles / roles resultantes a pilotar fueron los siguientes 3:



Figura 6. Imagen de las figuras / roles a pilotar

OBJETIVO

Perfilar e implementar roles de enfermería, mejor adaptados a las necesidades de los pacientes crónicos.

Para ello, se han diseñado 8 pilotos diferentes en los que interactúan los perfiles / roles a pilotar. Los datos básicos de los 8 pilotos son los siguientes:

PILOTO	OS	PERFIL / ROL	
PILOTO 1	OSI BIDASOA	EGEH-EGC	
PILOTO 2	H. DONOSTIA	EGEH	
	Centro Salud BERAUN (Comarca GIPUZKOA ESTE)	EGC	
PILOTO 3	H. CRUCES	EGEH	
	Comarca URIBE	EGCA	
PILOTO 4	H. SANTA MARINA	EGEH	
	Comarca BILBAO	EGCA	
PILOTO 5	H. SAN ELOY	EGEH (3 Supervisoras)	
	Comarca EZKERRALDEA	EGC	

PILOTO 6	H. TXAGORRITXU	EGEH	
	H. SANTIAGO	EGEH	
	Comarca ARABA	EGC	
PILOTO 7	H. ZUMARRAGA	EGEH	
	UAP's Goiherri de Comarca GUIPUZKOA OESTE	EGCA	
PILOTO 8	Clínica La ASUNCIÓN	EGEH (Supervisora de Unidad de Hospitalización)	
	UAP's Tolosaldea Comarca GUIPUZKOA OESTE	EGC	

Tabla 1. Perfiles a pilotar por piloto

PLANIFICACIÓN DEL PILOTO 2 H. U. DONOSTIA – C. S. BERAUN

ORGANIZACIONES DE SERVICIOS Y ROLES A PILOTAR

Las organizaciones de servicios participantes en el **Piloto 2** y los roles incluidos, se muestran en la tabla siguiente:

OS	PERFIL / ROL	
H. DONOSTIA	EGEH ¹	
Centro BERAUN (C.EKIALDE)	EGC	

Tabla 2. Roles a pilotar en el piloto 2

¹El rol/competencia se asumió por parte de una enfermera del Hospital Donostia compartiendo esta función con la que venía desempeñando en la Unidad de Gestión de Camas

POBLACIÓN

La **población de referencia** de este piloto este piloto es la del Centro de Salud de Beraun, con las siguientes características:

De 0 a 14 años	Entre 15 y 65 años	Mayores de 65 años	Total
1.834	10.825	3.200	15.859

Tabla 3. Población C.S. Beraun

La **población “diana”** se ha definido a través de unos criterios de inclusión y otros de exclusión, resultando en este caso la siguiente:

EGEH/EGC

Criterios de inclusión:	Criterios de exclusión:
1 ó más ingresos con ICC y/o EPOC y/o Hepatopatía Ó	Pacientes en diálisis
1 ó más ingresos con Barthel MODERADO y que vive sólo Ó	Pacientes menores de 14 años
1 ó más ingresos con Barthel MODERADO y con barreras arquitectónicas en domicilio Ó	Pacientes institucionalizados en residencias asistidas
1 ó más ingresos con Barthel SEVERO O TOTAL Ó	Pacientes que no aceptan participar en el piloto
1 ó más ingresos con Estadio final de la vida asociado a Demencia Ó	
1 ó más ingresos con Estadio final de la vida asociado a ICC y/o EPOC y/o Hepatopatía	

Tabla 4. Criterios de inclusión y exclusión Piloto 2

EGC

Criterios de inclusión:

En este piloto se decidió que desde AP también se podrían detectar, captar e incluir pacientes utilizando los mismos criterios que para la captación por la EGEH salvo que:

- No se valorará el ingreso hospitalario
- Se incluirán a los pacientes con al menos 4 o más fármacos que cursen con alguna de estas patologías: ICC y/o EPOC y/o Hepatopatía y/o Demencia.
- Se incluirán a los pacientes en programa de crónicos domiciliarios que requieran coordinación especial con el hospital

Criterios de exclusión:

- Pacientes en diálisis
- Pacientes menores de 14 años
- Pacientes institucionalizados en residencias asistidas
- Pacientes que no aceptan participar en el piloto.

IMPLANTACIÓN: ANÁLISIS Y EVOLUCIÓN

El proceso de implantación ha sido gradual a partir del proceso inicial de planificación y definición del piloto. En este apartado se resaltan los aspectos más destacados, como pueden ser las sinergias detectadas con otros proyectos estratégicos o las áreas de mejora detectadas durante el proceso de implantación y desarrollo del piloto.

SINERGIA CON OTROS PROYECTOS ESTRATÉGICOS

El piloto 2 H. DONOSTIA- C.S. Beraun de Comarca Gipuzkoa Este, ha tenido la oportunidad de generar sinergias con uno de los proyectos estratégicos definidos:

A) Proyecto estratégico nº 11: “OSAREAN: Centro de Servicios de Salud Multicanal”

La colaboración con dicho proyecto comenzó el 7 de Abril del 2011, siendo esta, a nivel operativo. El objetivo de esta relación era el seguimiento a distancia de los pacientes crónicos. Desde el viernes a las 15 horas hasta lunes a las 8 de la mañana, franja horaria en las que las figuras (EGEH, EGC) no estaban operativas.

Se definió como contactar con Osarean desde la Organización de Servicios en los diferentes días, reflejados en el cuadro siguiente:

Lunes a Viernes de 8:00 -15:00	EGEH o EGC
Viernes tarde y vísperas fiesta	
Fines de semana y festivos	Enfermera de Unidad de hospitalización

Tabla 5. Circuito del Piloto 2 para contactar con Osarean

Cartera de servicios de OSAREAN:

- i. Llamadas de confort. Se realizarán a todos los pacientes captados y dados de alta los viernes a partir de las 15:00 o en los fines de semana.
- ii. Llamadas de seguimiento. Se realizarán a todos aquellos pacientes captados con necesidad de seguimiento continuado en el tiempo y que por razones de horario de actuación, no puede ser realizado por la figura correspondiente.
- iii. Llamadas de adherencia tratamiento. Se realizarán a todos aquellos pacientes con necesidad de seguimiento o refuerzo para cumplimiento del tratamiento, y que por razones de horario de actuación, no puede ser realizado por la figura correspondiente
- iv. Llamadas de seguimiento + adherencia tratamiento. Se realizarán a todos aquellos pacientes con necesidad de seguimiento continuado en el tiempo y refuerzo para cumplimiento del tratamiento, y que por razones de horario de actuación, no puede ser realizado por la figura correspondiente

Y el **diagrama de flujo** establecido es el siguiente:

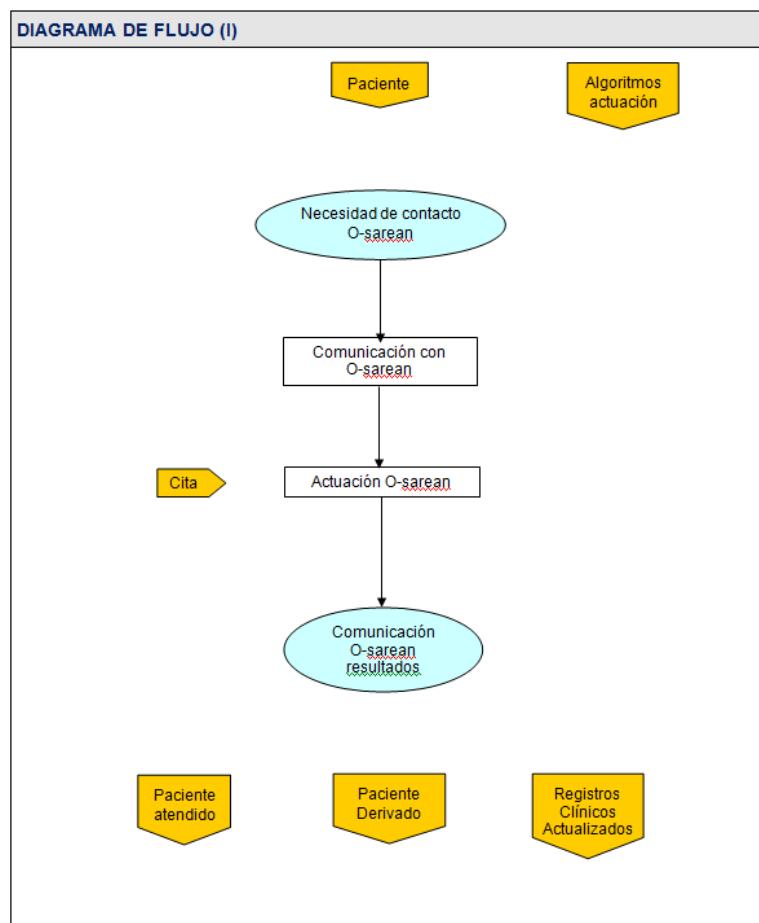


Figura 7. Diagrama de flujo Piloto 2 – OSAREAN

La actividad realizada por OSAREAN en este piloto se describe en la siguiente tabla:

	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE
LLAMADAS CONFORT	2	6	0	7	2	7
LLAMADAS SEGUIMIENTO	0	1	0	3	0	0
LLAMADAS ADHERENCIA	0	0	0	0	0	0
LLAMADAS SEGUIMIENTO+ADHERENCIA	0	1	0	0	0	0
LLAMADAS REALIZADAS POR PACIENTES A OSAREAN	0	0	0	0	0	0

Tabla 6. Actividad OSAREAN con Piloto 2

COMUNICACIÓN

El proceso de comunicación ha sido clave para el desarrollo del piloto y ha contado con 3 apartados:

- i. Resultados de la planificación
- ii. Estrategia de pilotaje
- iii. Implantación y seguimiento del piloto

El proceso de comunicación se ha apoyado fuertemente en las reuniones de seguimiento que ha celebrado la líder del proyecto, semanalmente al inicio, con las/os Responsables, Tutores/as y las enfermeras implicadas, y con periodicidad quincenal en la estabilización del piloto. Dichas reuniones han servido para resolver problemas/dudas en fases iniciales, además de para demostrar la apuesta de la organización con el piloto.

COMUNIDAD ONLINE – WIKI

El piloto 2, como el resto de pilotos se ha apoyado para su desarrollo en una comunidad online o wiki que ha permitido trabajar de forma colaborativa “en la nube”, lo que ha posibilitado disponer en todo momento de información actualizada sobre el desarrollo del proyecto.



Figura 8. Comunidad Online - Wiki

La wiki ha facilitado el intercambio de información y la resolución de dudas de forma sencilla.

PUNTOS FUERTES Y ÁREAS DE MEJORA

Para analizar la evolución del piloto desde una perspectiva cualitativa, se han identificado una serie de factores clave comunes a todos ellos. Se trata de aspectos a vigilar y a controlar para garantizar el progreso del piloto. En conjunto se trata de aspectos de diferentes ámbitos como puede ser la formación, la comunicación o el trabajo colaborativo.

A. Puntos fuertes:

- Aceptación / rechazo de pacientes para inclusión en piloto
- Seguimiento operativo y asimilación de conceptos.
- Transversalidad con otros proyectos estratégicos de la cronicidad
- Integración y flexibilidad de cada piloto (relacionado con las visitas a los centros)
- Trabajo colaborativo con herramienta web ad hoc
- Adecuación de fluograma inicial
- Implicación líderes de enfermería de los os
- Implicación de los profesionales
- Identificación de "fracturas" en el sistema
- Adecuación de criterios generales de inclusión de pacientes

B. Áreas de mejora:

A continuación se destacan las áreas de mejora detectadas durante el desarrollo del piloto. En los casos en los que ha sido posible, se han introducido los cambios necesarios.

En primer lugar cabe destacar la definición inicial de actividad del rol EGC. Aunque a nivel teórico se definieron las actividades a realizar por cada figura, y los circuitos a seguir para la coordinación entre las mismas, hubo que ir ajustando dichos presupuestos a las realidades del piloto. La variabilidad de las casuísticas ha hecho que el proceso de ajuste se haya llevado a cabo durante todo el pilotaje

La falta de homogeneización en la práctica clínica (asociación de cuidados a técnica + integración y coordinación de cuidados) ha sido un problema que requiere atención. Así mismo, la educación para el auto-cuidado es un área con amplio margen de mejora.

La falta de integración de los sistemas de información es una realidad actual en el sistema sanitario. Ha sido un hándicap que han debido ir resolviendo las figuras durante el piloto. Así mismo, la falta de una agenda unificada/ compartida, ha sido otra debilidad a superar.

A destacar la existencia de historias duplicadas. La detección de este problema ha sido tardía, realizándose en la fase de recogida de datos para la evaluación de los resultados. Se trata un tema en proceso de resolución por los Servicios de informática de Osakidetza.

La continuidad de cuidados realizado en Atención Especializada no se ha podido visualizar en ocasiones en Atención Primaria, lo que dificultaba la comunicación entre ambos niveles.

Ha sido necesario determinar los circuitos y responsables para el seguimiento de pacientes y citación en agenda de OSAREAN en las situaciones en las que no estén las responsables de enfermería de AP.

La transición de los pacientes durante los fines de semana se ha ajustado durante el desarrollo del piloto a través de la interacción con OSAREAN.

La falta de homogeneización en la práctica clínica (asociación de cuidados a técnica + integración & coordinación de cuidados) ha sido un problema que requiere atención. Así mismo, la educación para el autocuidado y la implicación del paciente son dos áreas que aun presentan mucho margen de mejora

Para conocer un aspecto importante de la atención prestada como es el número de pacientes que conoce el nombre de su enfermera, ya que puede ser un indicador indirecto de una atención personalizada o de existencia de referente enfermero, se pregunta este aspecto a los pacientes captados. En este piloto 44 pacientes (69,84%) conocen el nombre de su enfermera de Atención Primaria, siendo un área de mejora el intentar superar ese porcentaje de conocimiento.

RESULTADOS Y EVALUACIÓN

El número de **pacientes sobre los que se ha intervenido y a los que se ha realizado el seguimiento** es de **63**. 59 han sido captados por EGEH y 4 por EGC

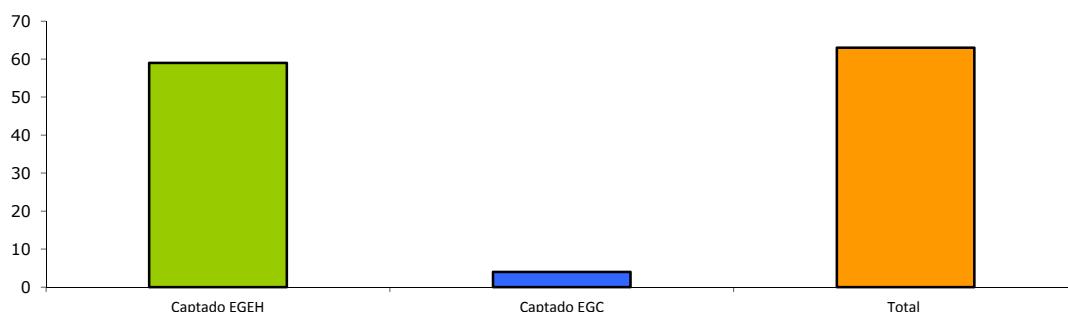


Figura 9. Captación de pacientes Piloto 2

DATOS GENERALES EN RELACIÓN CON LA DETECCIÓN, CAPTACIÓN, EXCLUSIÓN Y REINGRESOS DE PACIENTES

En este piloto, el número de pacientes totales que fueron consultados para ser captados e introducidos en el programa fue de 74. **No acepta** entrar en el proyecto **una persona**, existiendo un porcentaje de aceptación de pacientes al proyecto de un 98,67%

13 pacientes fueron excluidos del proyecto tras cumplir criterios de inclusión.

El número total de pacientes captados e intervenidos en el periodo medido en este piloto es de 119 (111 han sido captados por EGEH y 8 por EGC)

Se muestran los **datos generales de detección, captación, exclusión, y reingresos** de pacientes desde la figura **EGEH**.

EGEH		
	nº	%
Pacientes detectados por EGEH	81	100%
Pacientes excluidos en check list	12	14,81%
Pacientes excluidos tras captación	10	12,35%
Pacientes en seguimiento	59	72,84%

Tabla 7. Captación de pacientes por EGEH. Piloto 2

La EGEH detectó 81 pacientes que cumplían los criterios clínicos de inclusión, aunque un 14,81% fueron excluidos por presentar alguno de los criterios de exclusión predefinidos. De estos un 58,33% lo fue por vivir institucionalizado.

Pacientes excluidos en check list / Motivo		
	nº	%
Pacientes excluidos en check list	12	100%
Institucionalizado	7	58,33%
Dialisis	1	8,33%
Situación crítica	3	25%
No acepta	1	8,33%

Tabla 8. Motivos de exclusión de pacientes en chec list. Piloto 2

Pacientes excluidos tras captación / Motivo		
	nº	%
Pacientes excluidos tras captación	10	100%
Paciente perdido	2	20%
Destino al alta Institucionalizado	2	20%
Destino al alta: Otro nivel asistencial	5	50%
Destino al alta: Hospitalización a domicilio	1	10%

Tabla 9. Motivos de exclusión de pacientes tras captación. Piloto 2

Tras la captación y aceptación en el piloto, un 12,35% de los pacientes incluidos hubo de ser excluido, siendo el motivo principal tener como destino al alta hospitalaria otro nivel asistencial (hospital de subagudos u hospital de media larga estancia).

En 1 caso la exclusión fue debida a que el paciente fue trasladado al Servicio de Hospitalización a Domicilio, y que por circunstancias organizativas no pudo realizarse el seguimiento, lo que este caso orienta hacia un **área de mejora** para el despliegue de la continuidad asistencial.

Los pacientes que fueron captados por la EGEH cumplían desde 1 hasta 5 criterios de inclusión, de forma que el acumulado de criterios de inclusión de todos los pacientes asciende a 100.

Los datos porcentuales se reflejan en la tabla

Nº DE CRITERIOS DE INCLUSIÓN POR PACIENTE		
	nº	%
Total pacientes captados	71	100%
1	53	74,65%
2	10	14,08%
3	6	8,45%
4	1	1,41%
5	1	1,41%

Tabla 10. Nº de criterios de inclusión de pacientes captados por EGEH. Piloto 2

En la frecuencia de las situaciones clínicas y/ o funcionales que presentaban los pacientes captados por la EGEH, resaltan los pacientes con ICC o EPOC.

PERFIL DEL PACIENTE POR CRITERIOS DE INCLUSIÓN EGEH		
	nº	%
1 o más ingresos con ICC	37	52%
1 o más ingresos con Hepatopatía	7	10%
1 o más ingresos con EPOC	23	32%
1 o más ingresos con Insuficiencia respiratoria grave	5	7%
Estado final de ICC	4	6%
Estado final de Hepatopatía	0	0%
Estado final de EPOC	3	4%
Estado final de Demencia	4	6%
Barthel Moderado y vive sólo	0	0%
Barthel Moderado y con barreras arquitectónicas en domicilio	8	11%
Barthel Severo o Total	9	13%

Tabla 11. Frecuencia de criterios de inclusión de pacientes captados por EGEH. Piloto 2

Edad

La edad media de los pacientes captados en este piloto es de 74,63 años. La distribución de la edad varía entre los 36 y 95 años.

Valoración del grado de dependencia

El 4,5% de los pacientes captados en este piloto tenía una dependencia grave y el 5,3% una dependencia muy grave.

En la siguiente tabla se presentan los datos de grado de dependencia de los pacientes atendidos.

		Piloto 2				
	% Independientes	% Dependencia Leve	% Dependencia Moderada	% Dependencia Grave	% Dependencia Muy grave	
CAPTACIÓN	48,5	27,3	14,4	4,5	5,3	
ALTA	22,8	35,4	23,6	5,5	12,6	

Tabla 12. Nivel de dependencia pacientes captados Piloto 2

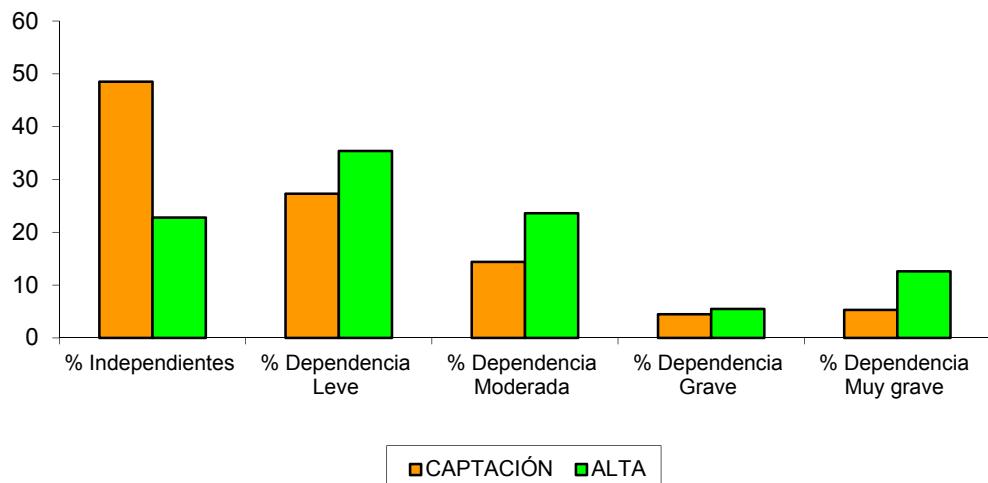


Figura 10. Gráfico nivel de dependencia de pacientes captados Piloto 2

La variación en la escala de dependencia entre el momento de captación y el alta muestra, en general, un aumento en los niveles de dependencia desde el momento de captación al momento del alta.

La propia situación y patología de los pacientes puede ser motivo de la situación de variación en la dependencia, siendo peor al alta respecto a la captación.

Mortalidad

El número de pacientes fallecidos (del grupo de pacientes captados) fue de 7, teniendo un índice de mortalidad de 11,11%.

Reingresos

El número total de reingresos del grupo de pacientes captados es de 22 (34,92%)

REINGRESOS		
	nº	%
Total pacientes en seguimiento	63	100%
1 ingreso	41	65,08%
2 o 3 ingresos	17	26,98%
4 o más ingresos	5	7,94%

Tabla 13. Reingresos. Piloto 2

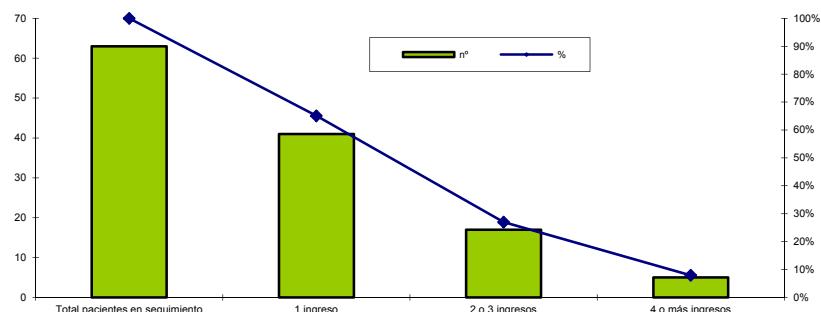


Figura 11. Gráfico reingresos. Piloto 2

FRECUENTACIÓN

En relación a la frequentación de los casos captados en Atención Especializada en los últimos 12 meses en el grupo de pacientes captados los datos se muestran en la siguiente tabla.

PILOTO 2					
Nº total de ingresos programados en los últimos 12 meses (del grupo de pacientes captados)	Promedio de ingresos programados en los últimos 12 meses (del grupo de pacientes captados)	Nº total de ingresos urgentes en los últimos 12 meses (del grupo de pacientes captados)	Promedio de ingresos urgentes en los últimos 12 meses (del grupo de pacientes captados)	Nº total de asistencias a urgencias hospitalarias en los últimos 12 meses (del grupo de pacientes captados)	Promedio de asistencias a urgencias hospitalarias en los últimos 12 meses (del grupo de pacientes captados)
28	0,44	169	2,68	211	3,35

Tabla 14. Fecuentación Atención Especializada últimos 12 meses Piloto 2

En relación a la frequentación de los casos captados en Atención Primaria en los últimos 12 meses en el grupo de pacientes captados los datos se muestran en la siguiente tabla.

PILOTO 2							
Nº total de asistencias al PAC en los últimos 12 meses (del grupo de pacientes captados)	Promedio de asistencias al PAC en los últimos 12 meses (del grupo de pacientes captados)	Nº de visitas a domicilio por el médico de familia en el último año (del grupo de pacientes captados)	Promedio de visitas a domicilio por el médico de familia en el último año (del grupo de pacientes captados)	Nº de consultas en centro programadas realizadas por médico de familia en el último año (del grupo de pacientes captados)	Promedio de consultas en centro programadas realizadas por médico de familia en el último año (del grupo de pacientes captados)	Nº de consultas en centro urgentes realizadas por médico de familia en el último año (del grupo de pacientes captados)	Promedio de consultas en centro urgentes realizadas por médico de familia en el último año (del grupo de pacientes captados)
15	0,24	70	1,1	565	8,97	321	5,10

Tabla 15. Fecuentación Atención Primaria últimos 12 meses a PAC y médico. Piloto 2

PILOTO 2	
Nº de visitas a domicilio por la enfermera de AP en el último año (del grupo de pacientes captados)	Promedio de visitas a domicilio por la enfermera de AP en el último año (del grupo de pacientes captados)
232	3,68

Tabla 16. Fecuentación Atención Primaria últimos 12 meses enfermera de AP. Piloto 1

ESTANCIA MEDIA

Para la valoración de las diferencias en los días de ingreso antes y después de la intervención se utiliza la mediana de estancia por ingreso para evitar la influencia de estancias puntuales por muchos días de ingreso y se excluyen los ingresos en los que el paciente fallece, empleándose pruebas no paramétricas para el cálculo de diferencias.

Los datos se muestran en la siguiente tabla

	Estancia mediana por ingreso en días		Diferencia días de estancia	* Hodges-Lehmann	Nº de ingresos	
	Intervención	Antes de la intervención			Intervalo de confianza 95%	Periodo intervención
Piloto 2	4,5	6	1,5	(-2 a 3)	44	31

Tabla 17. Estancias Hospitalarias. Piloto 2

SEGUIMIENTO EN ATENCIÓN PRIMARIA

Al inicio del proyecto se estableció que a todos los pacientes incluidos en el piloto, al alta a domicilio, se le abriría un Episodio “Enfermera Gestora” en Osabide AP con dos fines esenciales: por un lado, servir de información a Médico de Familia y Enfermera de referencia, pudiendo identificar de esta manera que el paciente pertenece al piloto y por otro para realizar el seguimiento clínico del paciente, utilizando un formulario acordado para todos los pilotos con el fin de homogeneizar la atención.

El resultado a la consulta de cuántos pacientes disponen de episodios abiertos de Enfermera Gestora de los pacientes captados en este piloto es de 57 (90,48%). En la tabla siguiente se especifican el número de pacientes captados y grado de seguimiento.

SEGUIMIENTO EN OSABIDE AP				
	nº pacientes captados	nº pacientes con seguimiento	%	Media DBP's por paciente
Total	63	57	90,48%	21,53

Tabla 18. Seguimiento en OSABIDE-AP. Piloto 2

El formulario es un conjunto de DBP (Datos Básico de Pacientes) seleccionados para realizar el seguimiento de estos pacientes.

En la tabla siguiente (Tabla 19) se presentan los DBPs y sus frecuencias en el seguimiento de los 57 pacientes que disponen del Episodio de Enfermera Gestora del Piloto 2. El total de DBPs es de 2.827 por lo que el promedio de DBPs recogidos por paciente es de 21,53

DBP	frecuencia
Cumplimiento Plan/Tratamiento	1
Dieta recomendada	1
Vivienda - adecuación	1
Dificultad para respirar.	2
Edemas en EEII (Si/No/Dudosos)	2
Glucemia Capilar	3
Masticación/deglución (dificultad)	3
Observaciones a protocolo	3
Expectoración. Cambios	4
Tipo de tos.	5
Aumento rápido de peso (Si/No)	6
Dieta	6
Estado subjet general (Igual/Mejor/Peor)	6
Aumento nº almohadas (Si/No)	7
Disnea (Mejor/Igual/Peor)	7
Dolor precordial (consulta)	7
Mareo (consulta)	7
Disminución Diuresis (Si/No)	8
Edemas maleolares (Igual/Mejor/Peor)	8
Porcentaje Saturación Oxígeno (SpO2)	8
Situación sociofamiliar. Apoyos	8
Apoyo familiar / cuidador	9
Aumento de la fatiga	9
Fiebre (Si/No/No termometrada)	9
Cuidador principal	17
Tabaco SI/NO/EX	17
Entregada Hoja Medicación	18
Medicación. Revisión	18
¿Tiene plan de cuidados?	20
Frecuencia cardiaca	24
Indice de masa corporal (IMC)	32
Talla (cm)	32
Calidad de vida (test realizado) Si/No	35
Peso (Gramos)	35
Zarit. Cuidador sobrecarga	36
¿Tiene cuidador principal? Si/No	47
Educación dieta	47
Ejercicio físico (consejo)	49
Continuidad cuidados al Alta (Si/No)	50
Fecha alta hospitalaria	50
Ingreso Hosp.nºdías	50
Motivo de ingreso (EGC)	50
Fecha Ingreso	51
Situación actual (Control EGC)	51
Via de captación (Control EGC)	51
Adhesión al tratamiento	53
Barthel (escala). Para Crónicos domic	53
TAD	105
TAS	106

Tabla 19. DBPs Piloto 2

Se adjunta un gráfico de apoyo en el que se presentan los DBPs cuya frecuencia es superior en el piloto.

DBP's Piloto 2

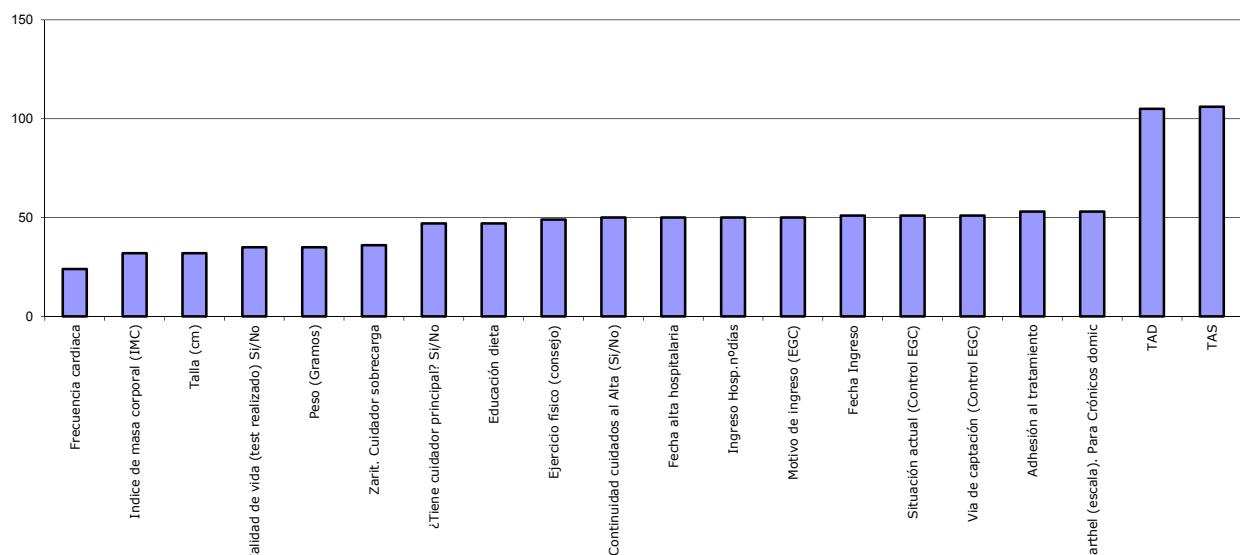


Figura 12. Gráfico DBPs mayores. Piloto 2

INTERVENCIONES REALIZADAS

En las siguientes tablas se indican los contactos mantenidos por los profesionales con pacientes, cuidadores, familia y otros profesionales en el grupo de pacientes captados.

PILOTO 2									
Nº total de contactos mantenidos con cuidador/a (del grupo de pacientes captados)	Promedio de contactos mantenidos con cuidador/a (del grupo de pacientes captados)	Nº total de contactos mantenidos con familiares de manera presencial (del grupo de pacientes captados)	Promedio de contactos mantenidos con familiares de manera presencial (del grupo de pacientes captados)	Nº total de contactos mantenidos con familiares de manera no presencial (del grupo de pacientes captados)	Promedio de contactos mantenidos con familiares de manera no presencial (del grupo de pacientes captados)	Nº total de contactos mantenidos con paciente de manera presencial (del grupo de pacientes captados)	Promedio de contactos mantenidos con paciente de manera presencial (del grupo de pacientes captados)	Nº total de contactos mantenidos con paciente de manera no presencial (del grupo de pacientes captados)	Promedio de contactos mantenidos con paciente de manera no presencial (del grupo de pacientes captados)
390	6,19	417	6,62	97	1,54	545	8,65	22	0,35

Tabla 20. Contactos con pacientes, cuidador o familia. Piloto 2

La gran mayoría de contactos mantenidos son de manera presencial. Será necesario analizar las causas y valorar la posibilidad de extender dicha práctica de forma no presencial.

PILOTO 2			
Nº total de contactos mantenidos con trabajadora social de AP (del grupo de pacientes captados)	Promedio de contactos mantenidos con trabajadora social de AP (del grupo de pacientes captados)	Nº total de contactos mantenidos con trabajadora social de AE (del grupo de pacientes captados)	Nº total de contactos mantenidos con trabajadora social de AE (del grupo de pacientes captados)
88	1,40	131	2,08

Tabla 21. Contactos mantenidos con Trabajadora social. Piloto 2

El análisis del número de contactos mantenidos especialmente por la EGEH (en AE) con agentes sociales de manera presencial puede ser una pista importante sobre las necesidades para salir del ámbito hospitalario del tipo de población atendida.

PILOTO 2							
Nº de contactos mantenidos: enfermera referente especializada (del grupo de pacientes captados)	Promedio de contactos mantenidos: enfermera referente especializada (del grupo de pacientes captados)	Nº de contactos mantenidos: facultativo referente especializada (del grupo de pacientes captados)	Promedio de contactos mantenidos: facultativo referente especializada (del grupo de pacientes captados)	Nº de contactos mantenidos: enfermera referente de AP (del grupo de pacientes captados)	Promedio de contactos mantenidos: enfermera referente de AP (del grupo de pacientes captados)	Nº de contactos mantenidos: facultativo referente de AP (del grupo de pacientes captados)	Promedio de contactos mantenidos: facultativo referente de AP (del grupo de pacientes captados)
423	6,71	337	5,35	121	1,92	93	1,48

Tabla 22. Contactos mantenidos con profesionales. Piloto 2

EN RELACIÓN A LAS ENCUESTAS DE PERCEPCIÓN DE CALIDAD DE VIDA

Los datos que se ofrecen corresponden a pacientes de este piloto a los que se les pidió su colaboración y se les solicitó respondieran al Cuestionario de Calidad SF12.

55 pacientes contestan el cuestionario y tras 6 meses desde que fueron captados contestan 23 pacientes.

Las respuestas de ambos cuestionarios se presentan pareadas para poder realizar la comparación más gráficamente.

La primera pregunta del cuestionario de Calidad de Vida SF-12 hace referencia a la salud en general. Los pacientes refieren estar a los 6 meses con una percepción de su salud mejor, el 32,7% refieren al inicio tener una salud **buena y muy buena** y el 31,8% lo refiere a los 6 meses (Figura 13).

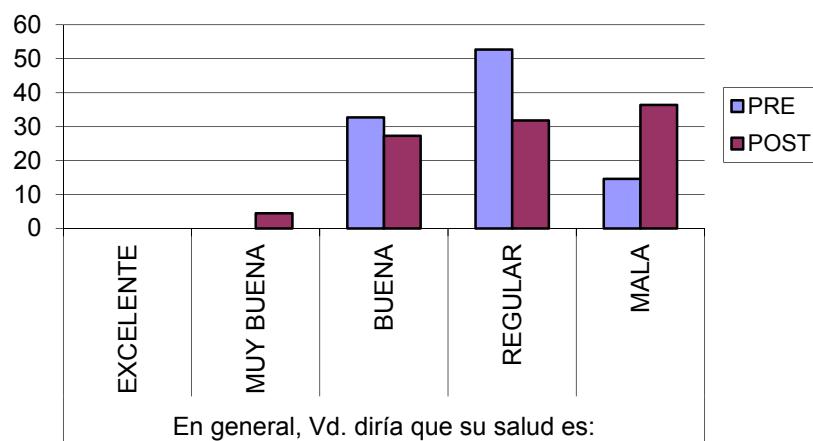


Figura 13. Salud general antes-después. Piloto 2

La pregunta que explora si la salud de las personas encuestadas limita que puedan caminar, muestra que en el grupo que siente que les **nos les limita nada** aumenta a los 6 meses (11% al inicio frente al 17,4% a los 6 meses) y aquellos que sienten que les **limita mucho** aumenta a los 6 meses (34,5% al inicio frente al 69,6% a los 6 meses) (Figura 14).

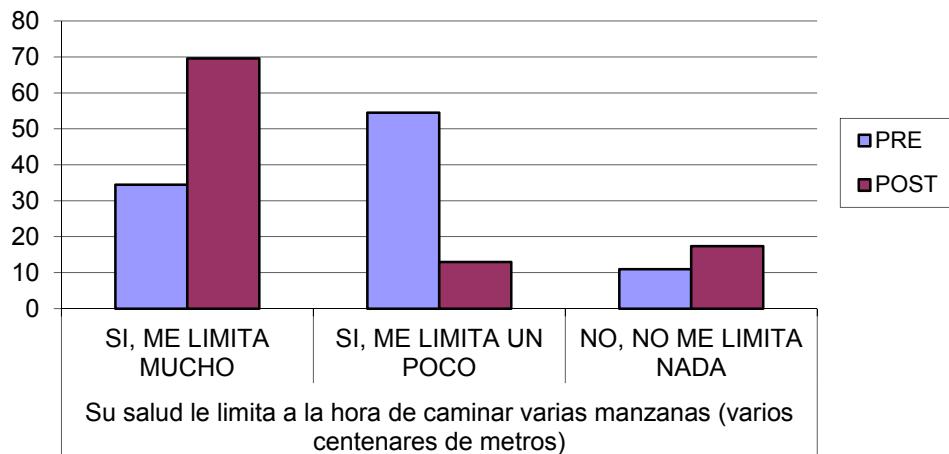


Figura 14. Limitación para caminar. Piloto 2

La pregunta que explora si la salud de las personas encuestadas limita que puedan subir varios pisos por la escalera, muestra que en el grupo que siente que les **limita mucho** aumenta a los 6 meses (58,2% al inicio frente al 82,6% a los 6 meses) (Figura 15).

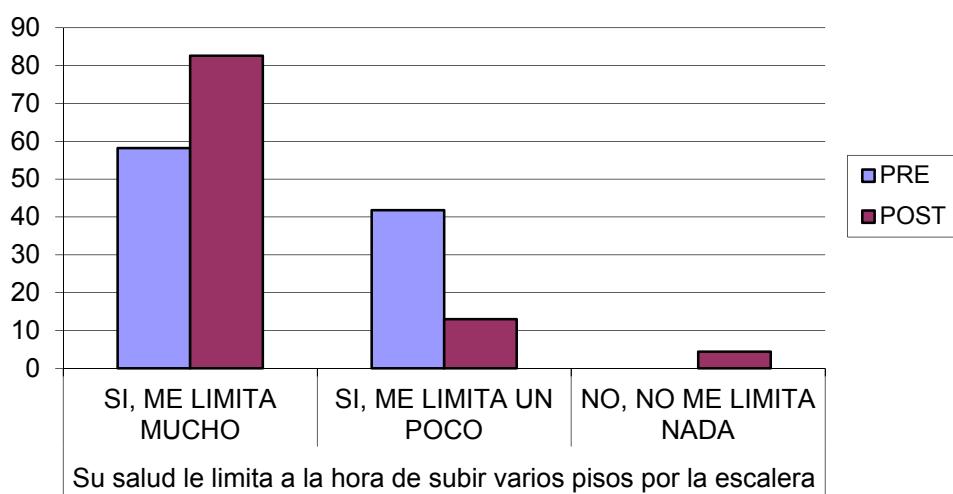


Figura 15. Limitación para subir escalera. Piloto 2

Como en las anteriores preguntas se observa que a los 6 meses las personas encuestadas refiere tener más dificultades para realizar aquello que quieren hacer (sienten que su salud les **limita mucho** a la hora de subir varios pisos de escalera el 51% al inicio frente al 72,7% a los 6 meses) (Figura 16).

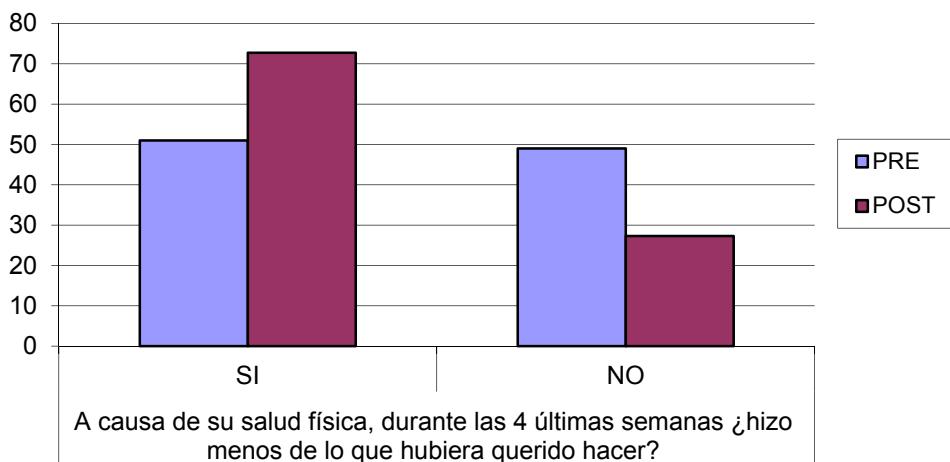


Figura 16. Limitación por salud física para hacer cosas. Piloto 2

Se observa que a los 6 meses aumentan las personas que refieren **no** tener dificultades para realizar su trabajo (16,4% al inicio frente al 36,4% a los 6 meses) (Figura 17).

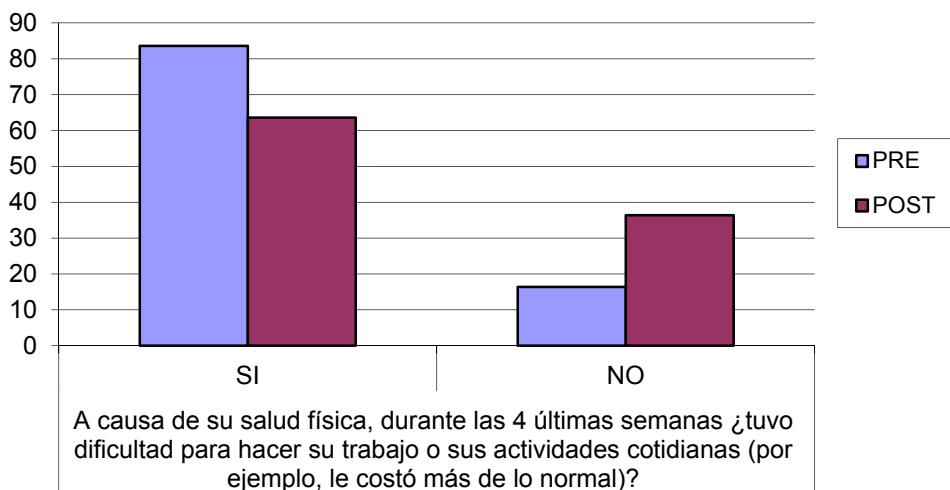


Figura 17. Limitación por salud física para hacer actividades cotidianas. Piloto 2

Al explorar si algún problema emocional limitó la realización de actividades, se observa que a los 6 meses aumenta las personas que **si** hicieron menos de lo que hubieran querido hacer por esta causa (20% al inicio frente al 31,8% a los 6 meses) (Figura 18).

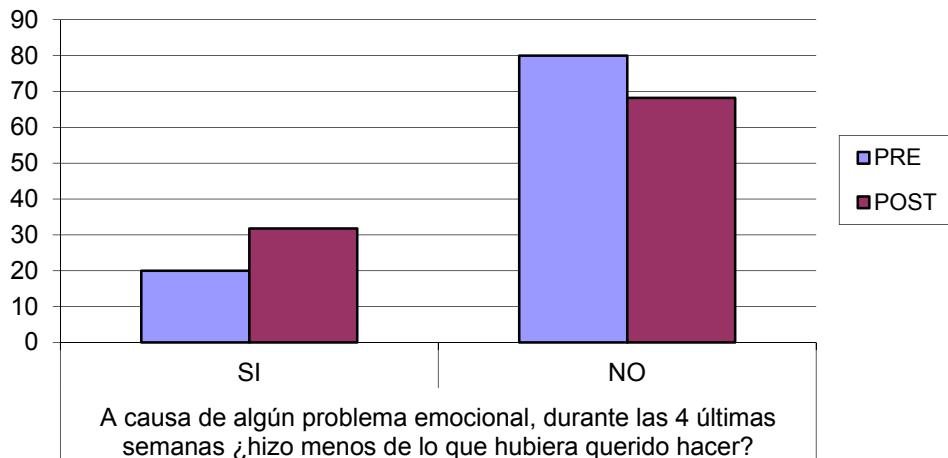


Figura 18. Limitación por salud emocional para hacer actividades. Piloto 2

Lo mismo sucede al preguntar por si por algún problema emocional se ha limitado la realización del trabajo o actividades cotidianas, aumentando ligeramente a los 6 meses las personas que responden que **no** (85,5% al inicio frente al 85,7% a los 6 meses) (Figura 19).

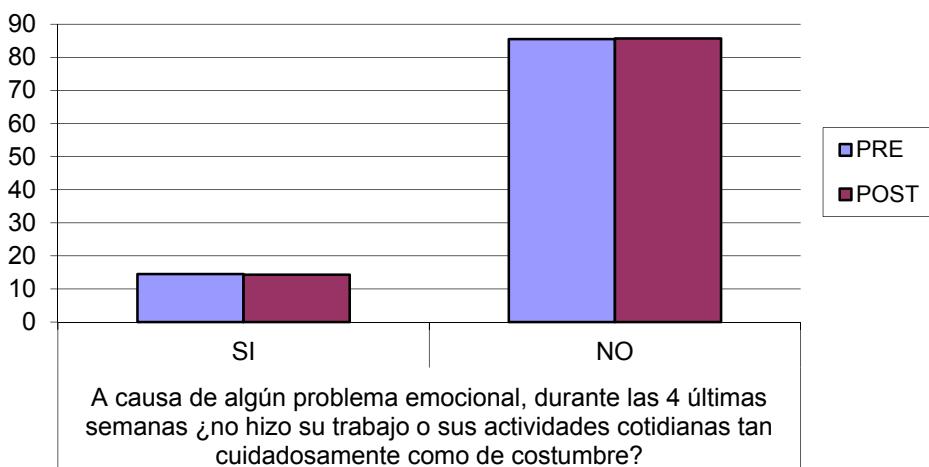


Figura 19. Limitación por salud emocional para hacer actividades cotidianas. Piloto 2

Al preguntar sobre el impacto del dolor en su trabajo habitual, se observa que a los 6 meses aumenta el número de personas que indican que el dolor **nada** les ha dificultado sus actividades (7,3% al inicio frente al 45% a los 6 meses) (Figura 20).

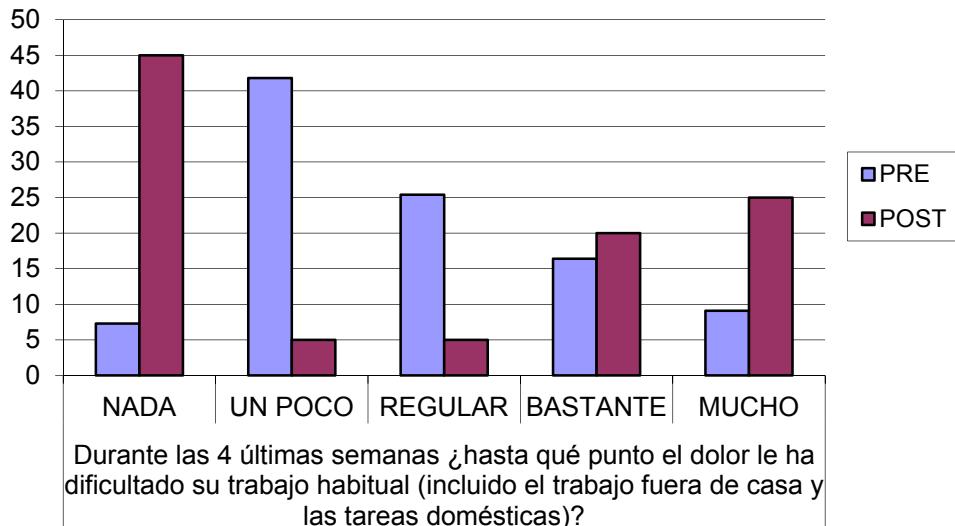


Figura 20. Limitación por dolor. Piloto 2

Las personas que contestan el cuestionario de Calidad de Vida SF-12 refieren tener mayor sensación de calma y/o tranquilidad cuando se les pregunta a los 6 meses, el 23,6% refieren sentirse calmado/a y tranquilo/a **siempre y casi siempre** y el 60% lo refiere a los 6 meses (Figura 21).

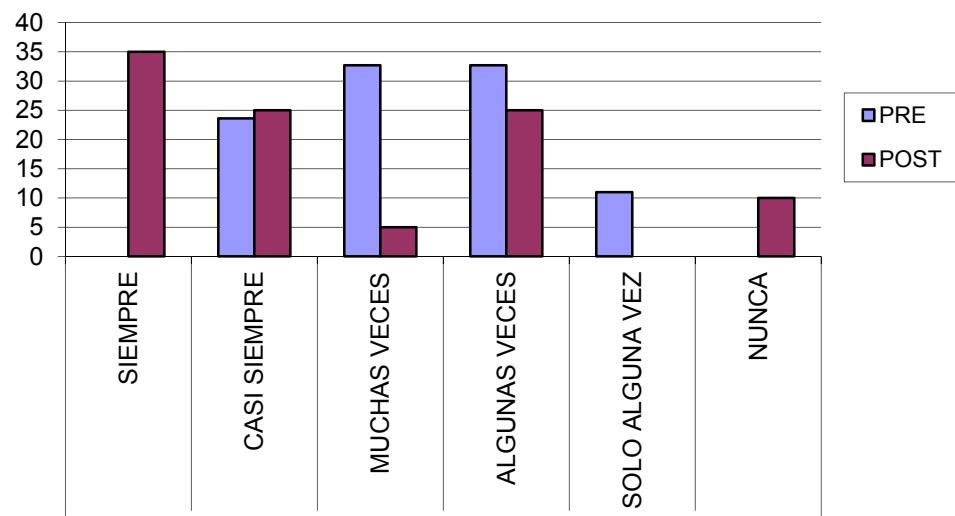


Figura 21. Percepción de tranquilidad. Piloto 2

Al preguntar sobre la percepción de vitalidad, los pacientes preguntados al inicio tienen un peor sentimiento de vitalidad que los que son preguntados a los 6 meses, el 0% refieren sentirse lleno/a de vitalidad **siempre y casi siempre** y el 20% lo refiere a los 6 meses (Figura 22).

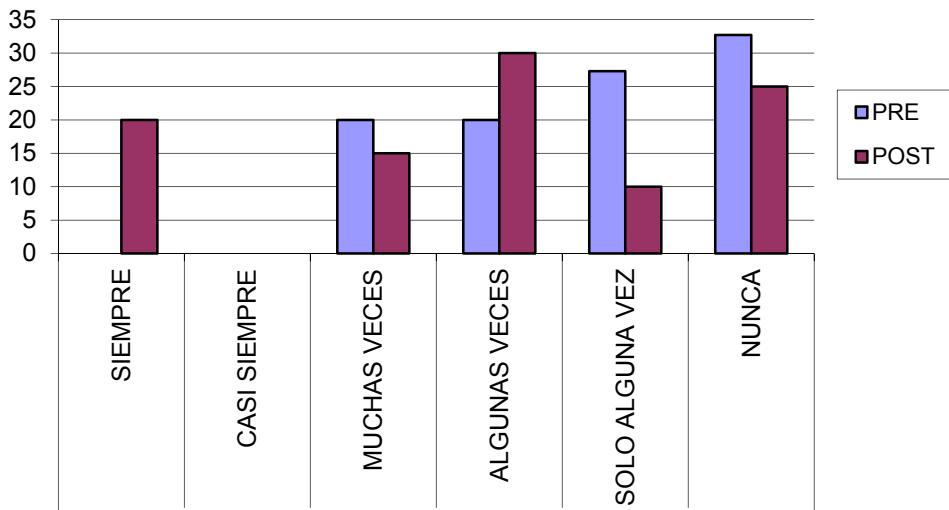


Figura 22. Percepción de vitalidad. Piloto 2

Al preguntar sobre si se sintieron desanimado/a y tristes las personas encuestadas al inicio tienen mayor sentimiento de tristeza que los que son preguntados a los 6 meses, el 38,2% de los encuestados al inicio refieren sentirse desanimado/as y triste **siempre, casi siempre y muchas veces** y el 28,6% lo refiere a los 6 meses (Figura 23).

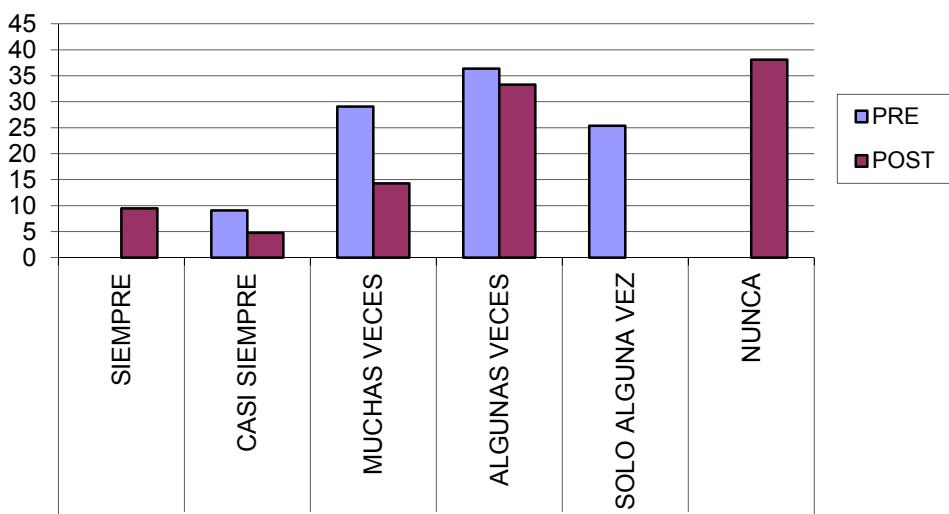


Figura 23. Percepción de desánimo. Piloto 2

El grupo de pacientes encuestados al inicio refieren que su salud física o problemas emocionales le han dificultado en mayor medida sus actividades sociales que los que responden a los 6 meses, el 29,1% refiere que **siempre y casi siempre** su salud física o problemas emocionales dificultan sus actividades sociales, frente al 20% a los 6 meses (Figura 24)

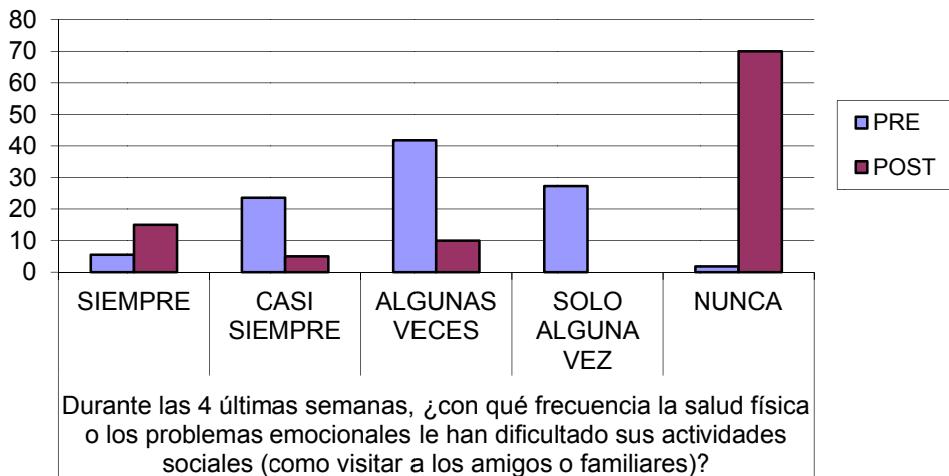


Figura 24. Percepción de dificultades sociales. Piloto 2

EN RELACIÓN A LOS RESULTADOS DE LOS CUESTIONARIOS DE SATISFACCIÓN a pacientes y cuidadores

Se ha utilizado la encuesta SATISFAD para explorar la satisfacción de pacientes y cuidadores. La encuesta ha sido realizada por: GIZAKER con la financiación recibida por parte de KRONIKGUNE

Satisfacción de cuidadores

Se pregunta a 39 familias y/o cuidadores de este Piloto 2 sobre si los servicios que recibe le ayudan a hacer mejor su función de cuidador/a y si el familiar del paciente y/o cuidador han podido participar y decidir en cómo organizar los cuidados en el domicilio.

El 88,9% de los cuidadores refieren que los servicios que recibe **siempre** le ayudan a hacer mejor su función (Figura 25)

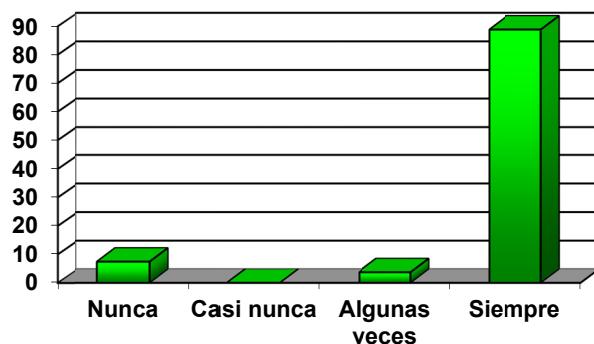


Figura 25. Los servicios que recibe le ayudan a hacer mejor su función de cuidador/a. Piloto 2

El 74,1% de los cuidadores refieren que **siempre** el familiar del paciente y/o cuidador han podido participar y decidir en cómo organizar los cuidados en el domicilio (Figura 26).

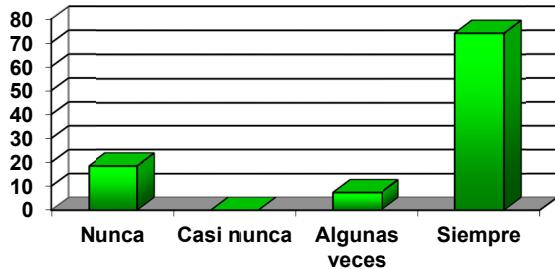


Figura 26. El familiar (paciente) y el cuidador han podido participar y decidir en cómo organizar los cuidados en el domicilio. Piloto 2

Satisfacción de pacientes

Se pregunta a los pacientes atendidos en este piloto, sobre la satisfacción con la atención recibida. Entre otras se pregunta sobre si se siente escuchado y comprendido, si entiende a su enfermera cuando le explica las cosas o si es atendido con suficiente intimidad.

A continuación se exponen de manera gráfica las respuestas recibidas en cada ítem.

El 92% de los pacientes refieren que **siempre** se sienten escuchados y comprendidos por su enfermera (Figura 27)

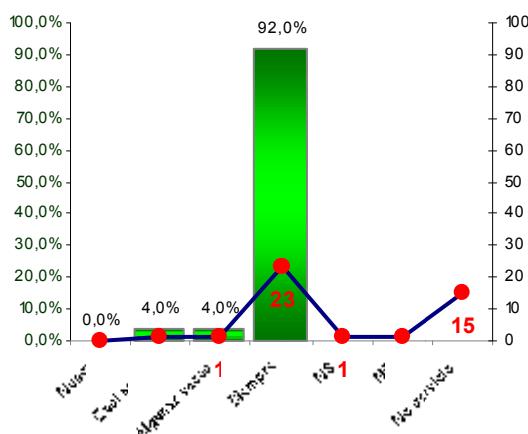


Figura 27. Se siente escuchado y comprendido/a por su enfermera cuando le explica sus problemas de salud y las dificultades que le causa. Piloto 2

El 73,1% de los pacientes refieren que **siempre** entienden a su enfermera cuando le explica las cosas (Figura 28).

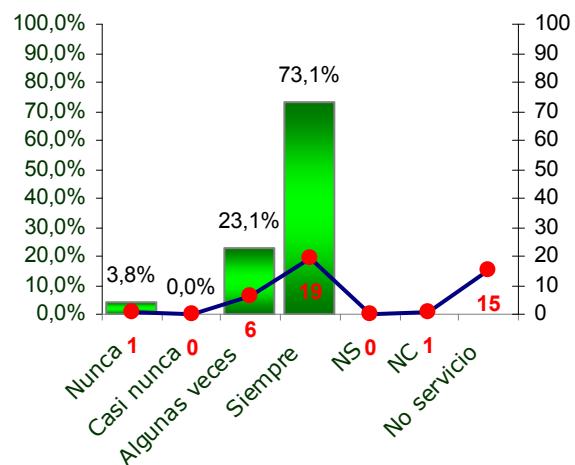


Figura 28. Entiende a su enfermera cuando le explica las cosas. Piloto 2

El 88,5% de los pacientes refieren que **siempre** las enfermeras se preocupan por contactar con ellos (Figura 29).

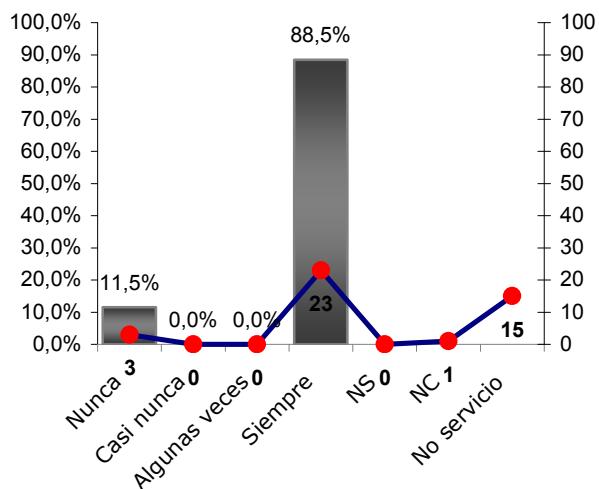


Figura 29. Las enfermeras se preocupan por contactar con Ud si no puede acudir o se va a retrasar . Piloto 2

El 72,7% de los pacientes refieren que **siempre** las enfermeras les enseñan a cuidarse por sí mismo (Figura 30).

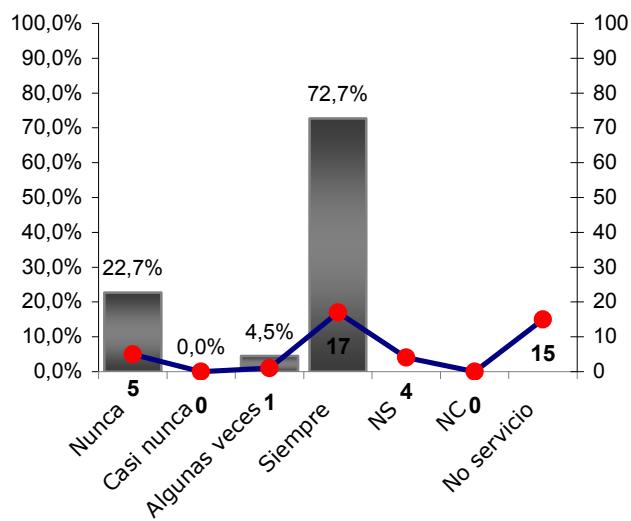


Figura 30. Las enfermeras le enseñan a cuidarse por sí mismo/a . Piloto 2

El 83,3% de los pacientes refieren que **siempre** su enfermera le atiende con suficiente intimidad, de manera reservada (Figura 31).

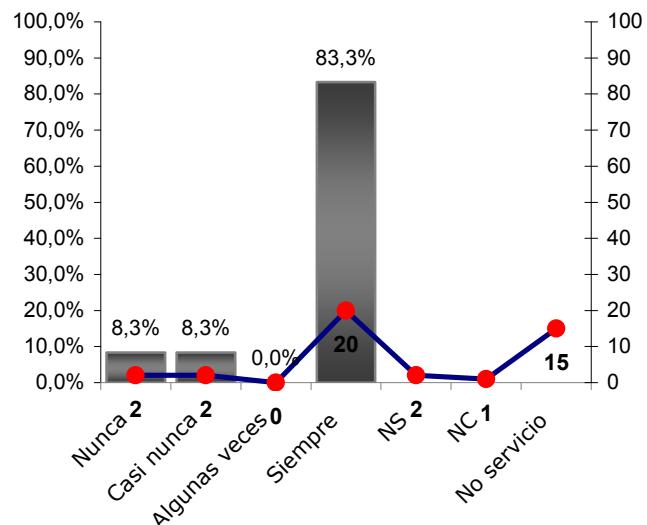


Figura 31. Su enfermera le atiende con la suficiente intimidad, de manera reservada. Piloto 2

El 84% de los pacientes refieren que **siempre** es fácil programar las visitas en los días y horas que quiere (Figura 32).

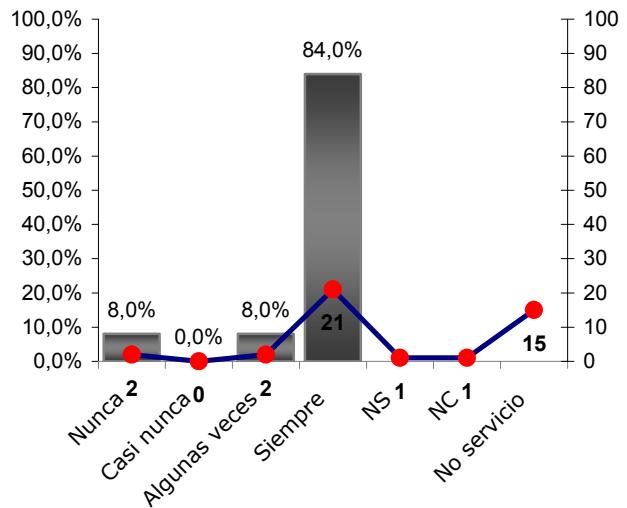


Figura 32. Es fácil programar las visitas en los días y horas que quiere Ud. o le vienen mejor. Piloto 2

El 90,9% de los pacientes refieren que **siempre** las enfermeras se preocupan por su comodidad (Figura 33).

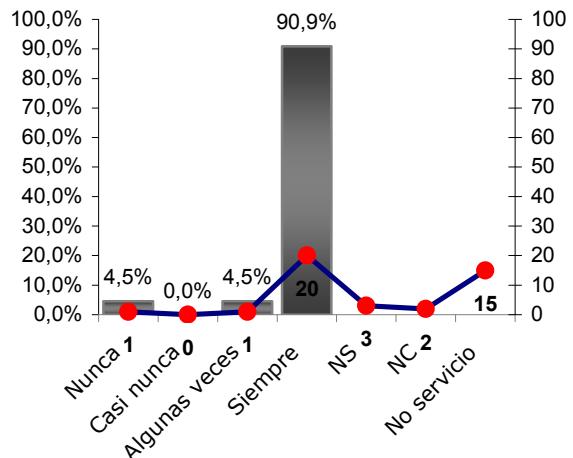


Figura 33. Las enfermeras se preocupan por su comodidad mientras le están tratando o cuidando. Piloto 2

El 95,8% de los pacientes refieren que **siempre** la enfermera hace un buen trabajo organizando sus necesidades (Figura 34).

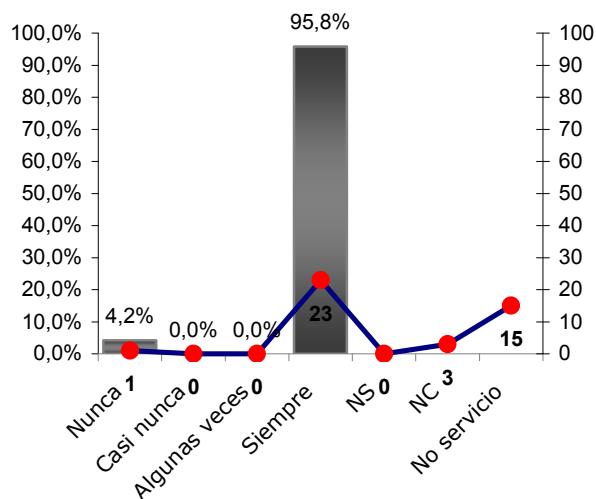


Figura 34. En general, la enfermera gestora hace un buen trabajo organizando lo que Ud. necesita. Piloto 2

Todas las respuestas de los pacientes atendidos en este piloto, muestran una alta la satisfacción con la atención recibida.

APRENDIZAJE Y RECOMENDACIONES

Tras el análisis de la información de este piloto, es posible plantear una serie de conclusiones:

El piloto 2 se desarrolló correctamente según lo establecido, y ambos roles han captado pacientes sin inconvenientes. En cualquier caso, los criterios de inclusión y exclusión se adecuaron a la realidad de las poblaciones atendidas por las organizaciones de servicios incluidas en el piloto.

A lo largo del desarrollo del piloto se han ido ajustando diversos aspectos.

Para la extensión de este piloto 2 sería necesario identificar las causas de reingreso y la necesidad de homogeneización la práctica clínica.

ANEXOS:

ANEXO 1:

<p>PPP CATEGORÍA A: Insuficiencia cardiaca que en situación de estabilidad clínica haya estado en grado II de la NYHA (ligera limitación de la actividad física). La actividad física habitual le produce disnea, angina, cansancio o palpitaciones).</p> <p>Cardiopatía isquémica</p>
<p>PPP CATEGORÍA B: Vasculitis y enfermedades autoinmunes sistémicas. Enfermedad renal crónica definida por elevación de creatinina ($>1,4$ mg/dl en hombres o $>1,3$ mg/dl en mujeres) o proteinuria (índice albúmina/creatinina > 300 mg/g, microalbuminuria >3 mg/dl en muestra de orina o albúmina >300 mg/día en orina de 24 horas), mantenidas durante 3 meses.</p>
<p>PPP CATEGORÍA C: Enfermedad respiratoria crónica que en situación de estabilidad clínica haya estado con disnea grado 2 de la MRC (Incapacidad de mantener el paso de otra persona de la misma edad, caminando en llano, debido a la dificultad respiratoria o tener que parar a descansar al andar en llano al propio paso), o $FEV1 < 65\%$, o $SaO_2 \leq 90\%$</p>
<p>PPP CATEGORÍA D: Enfermedad inflamatoria crónica intestinal. Hepatopatía crónica con datos de insuficiencia hepatocelular (INR $>1,7$, albúmina $<3,5$ g/dl, bilirrubina >2 mg/dl) o hipertensión portal (Definida por la presencia de datos clínicos, analíticos, ecográficos o endoscópicos)</p>
<p>PPP CATEGORÍA E: Ataque cerebrovascular. Enfermedad neurológica con déficit motor permanente que provoque una limitación para las actividades básicas de la vida diaria (Índice de Barthel inferior a 60-Anexo 2). Enfermedad neurológica con deterioro cognitivo permanente, al menos moderado (Pfeiffer-Anexo 6- con 5 ó más errores).</p>
<p>PPP CATEGORÍA F: Arteriopatía periférica sintomática. Diabetes mellitus con retinopatía proliferativa o neuropatía sintomática</p>
<p>PPP CATEGORÍA G: Anemia crónica por pérdidas digestivas o hemopatía adquirida no subsidiaria de tratamiento curativo que presente Hb < 10 mg/dl en dos determinaciones separadas más de tres meses. Neoplasia sólida o hematológica activa no subsidiaria de tratamiento con intención curativa</p>
<p>PPP CATEGORÍA H: Enfermedad osteoarticular crónica que provoque por sí misma una limitación para las actividades básicas de la vida diaria (Índice de Barthel inferior a 60).</p>

Tabla de paciente pluripatológico de Ollero utilizado en el piloto 2

PROYECTO ESTRATÉGICO 8: COMPETENCIAS AVANZADAS DE ENFERMERÍA

PILOTO 3

H. U. CRUCES-C. URIBE



PILOTO 3

H. U. CRUCES- C. URIBE

INTRODUCCIÓN

En el marco de la “Estrategia para afrontar el reto de la cronicidad en Euskadi” se configura el proyecto número 8 de “Definición e implementación de competencias avanzadas de enfermería” con el objeto de perfilar e implementar roles de enfermería mejor adaptados a las necesidades de los pacientes crónicos.

Las necesidades que plantea la Estrategia, han servido para enmarcar los Retos Estratégicos del proyecto que son los siguientes:

- Diseñar nuevos marcos competenciales de enfermería para el conjunto del SSV que de respuesta a las necesidades actuales.
- Identificar sinergias y coordinar a los distintos agentes involucrados en la atención y cuidados de los pacientes crónicos.

Se asume que Enfermería, en un planteamiento funcional, puede ser el engarce intra y extra del sistema sanitario. La integración entre niveles asistenciales, la movilización de recursos y la gestión de casos, son aspectos fundamentales para su consecución.

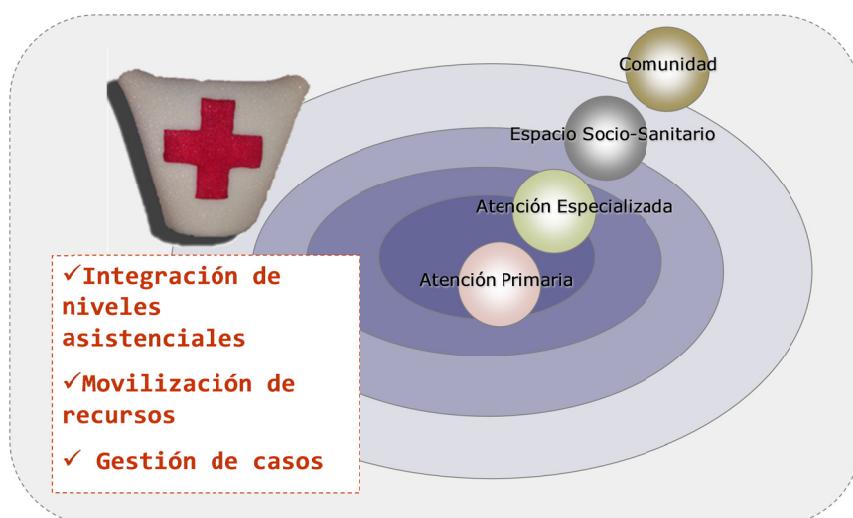


Figura 1. Visión del papel a jugar por la nueva Enfermería

METODOLOGÍA DE TRABAJO

Para lanzar el proyecto, se diseño un cronograma con cinco fases claramente diferenciadas, que cubrían desde la definición inicial hasta la propia implementación de las figuras

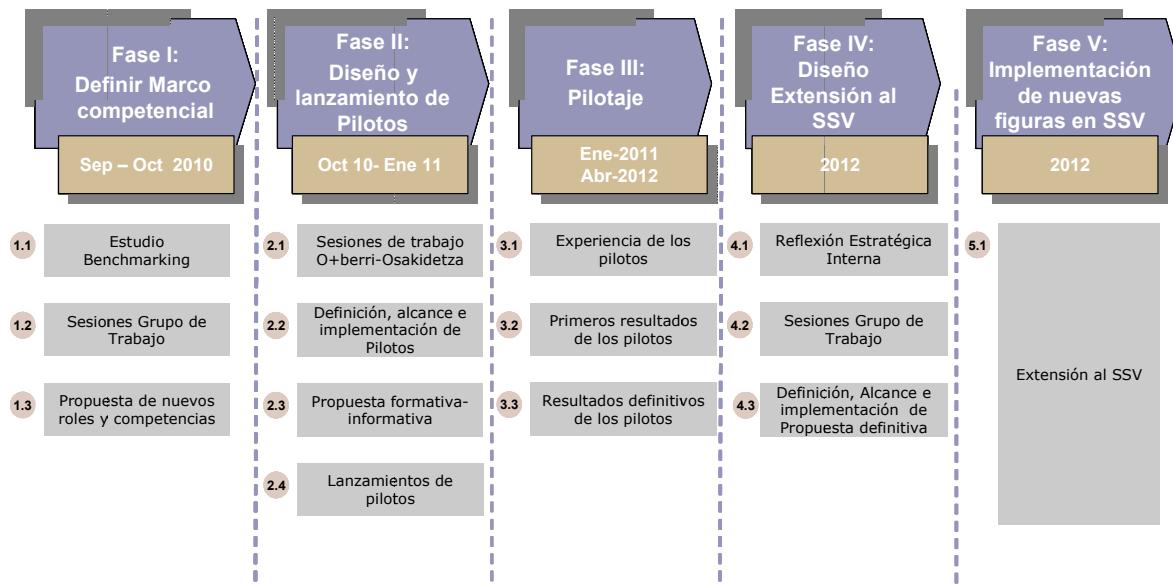


Figura 2. Esquema de fases del proyecto

La fase tercera es la central del proyecto y comprende el pilotaje de los nuevos roles de enfermería en las organizaciones de servicio de Osakidetza.

EQUIPO DE TRABAJO

Se formaron tres Equipos de Trabajo y un Grupo de Trabajo:



Figura 3. Equipos de trabajo

a) **ETLP (Equipo de trabajo de la lógica del proyecto)**: Formado en su inicio por María Jesús Ruiz de Ocenda (Responsable del proyecto), y posteriormente, por Inmaculada Sanchez Martin y O+Berri (Galder Abos, Javier Bikandi y al inicio Naiara Artaza), cuyas funciones son:

- Elaboración de propuesta de trabajo y enfoque metodológico
- Liderazgo y gestión del proyecto global
- Coordinación y supervisión del trabajo del resto de equipos de trabajo
- Elaboración y/o supervisión de los documentos generados en el desarrollo del proyecto

b) **ETAM (Equipo de trabajo de apoyo metodológico)**: Formado por tres enfermeras: Ana M^a Chueca (Unidad de Metodología Calidad del Hospital de Galdakao-Usansolo), Rosa Gonzalez de la Oficina de la Estrategia de Cronicidad (OEC), y M^a Luz Peña Enfermera de la Subdirección de Asistencia Sanitaria.

Las funciones de este equipo son:

- Diseño, apoyo, coordinación y supervisión de pilotos
- Elaboración de documentación necesaria para el desarrollo de los pilotajes.

c) **El ETF (Equipo de trabajo de formación)**: formado por la Responsable de Docencia e Investigación de enfermería de Osakidetza y por una profesora de cada Escuela de Enfermería de Euskadi; Leioa, Donostia y Vitoria.

Sus función fundamental es:

- Dar apoyo, coordinación y supervisión de la formación pre-peri y post proyecto.

d) **Grupo de trabajo**: Formado por profesionales de todos los niveles de la organización (Osakidetza) y de otras instituciones. Los perfiles fueron:

Enfermeras de Atención Primaria y Atención Especializada, Oficina de la Estrategia de la Cronicidad, Gerencias del Atención Primaria y Atención Especializada, Directivos asistenciales médicos y de enfermería, Mandos intermedios de enfermería, Responsables de docencia e investigación

Representante de Colegios de Profesionales Enfermería, Representante de EFEKEZE, EUU Osakidetza, EUU Donostia y Profesionales de O+berri

Las funciones de este Grupo de trabajo son:

- Participar en la elaboración de los documentos base de trabajo que plasmen las propuestas a desarrollar y validar y/o aportar comentarios en la socialización de documentos de trabajo.

TAREAS PREVIAS

A. Benchmarking nacional e Internacional:

Previamente a la puesta en marcha de los pilotos, fue necesario realizar en primer lugar, una búsqueda de las mejores prácticas a nivel internacional y nacional en relación a la asistencia a la cronicidad y los roles de enfermería. Para ello, a nivel internacional se estudiaron las prácticas desarrolladas en Canadá, EEUU, Reino Unido y Paises Escandinavos y a nivel nacional se estudiaron las prácticas de otras CCAA: Andalucía, Aragón, Cataluña, Canarias, Madrid y Valencia. El documento resultante “Benchmarking” es un anexo a este informe.



Figura 4. Documento “Benchmarking”

B. Definición del marco competencial:

El documento de “Benchmarking” fue trasladado al grupo de trabajo para que a la luz de las experiencias nacionales e internacionales se propusieran las propuestas adaptadas a la realidad en Euskadi. El trabajo se plasmó en un informe titulado “Marco competencial ampliado”.



Figura 5. Documento “Marco competencial ampliado”

En dicho documento, el grupo de trabajo recogió las conclusiones generales y realizó la primera aproximación de los perfiles/roles enfermeros a experimentar. Los perfiles / roles resultantes a pilotar fueron los siguientes 3:



Figura 6. Imagen de las figuras / roles a pilotar

OBJETIVO

Perfilar e implementar roles de enfermería, mejor adaptados a las necesidades de los pacientes crónicos.

Para ello, se han diseñado 8 pilotos diferentes en los que interactúan los perfiles / roles a pilotar. Los datos básicos de los 8 pilotos son los siguientes:

PILOTO	OS	PERFIL / ROL	
PILOTO 1	OSI BIDASOA	EGEH-EGC	
PILOTO 2	H. DONOSTIA	EGEH	
	Centro Salud BERAUN (Comarca GIPUZKOA ESTE)	EGC	
PILOTO 3	H. CRUCES	EGEH	
	Comarca URIBE	EGCA	

PILOTO 4	H. SANTA MARINA	EGEH	
	Comarca BILBAO	EGCA	
PILOTO 5	H. SAN ELOY	EGEH (3 Supervisoras)	
	Comarca EZKERRALDEA	EGC	
PILOTO 6	H. TXAGORRITXU	EGEH	
	H. SANTIAGO	EGEH	
	Comarca ARABA	EGC	
PILOTO 7	H. ZUMARRAGA	EGEH	
	UAP's Goiherri de Comarca GUIPUZKOA OESTE	EGCA	
PILOTO 8	Clínica La ASUNCIÓN	EGEH (Supervisora de Unidad de Hospitalización)	
	UAP's Tolosaldea Comarca GUIPUZKOA OESTE	EGC	

Tabla 1. Perfiles a pilotar por piloto

PLANIFICACIÓN DEL PILOTO 3 H. U. CRUCES- C. URIBE

ORGANIZACIONES DE SERVICIOS Y ROLES A PILOTAR

Las organizaciones de servicios participantes en el **Piloto 3** y los roles incluidos, se muestran en la tabla siguiente:

OS	PERFIL / ROL	
H. CRUCES	EGEH	
Comarca URIBE	EGCA	

Tabla 2. Roles a pilotar en el piloto 3

POBLACIÓN

La población de referencia de este piloto la Comarca Uribe con los Centros de Salud de: Alango, Algorta, Astrabudua, Erandio, Gorliz-Plentzia, Las Arenas, Leioa, Mungia, Sopelana, Txoriherri, con las siguientes características:

De 0 a 14 años	Entre 15 y 65 años	Mayores de 65 años	Total
2.079	14.196	3.359	19.634

Tabla 3. Población C.S. Alango

De 0 a 14 años	Entre 15 y 65 años	Mayores de 65 años	Total
4.596	24.795	6.021	35.412

Tabla 4. Población C.S. Algorta

De 0 a 14 años	Entre 15 y 65 años	Mayores de 65 años	Total
1.416	8.016	1.685	11.117

Tabla 5. Población C.S. Astrabudua

De 0 a 14 años	Entre 15 y 65 años	Mayores de 65 años	Total
1.731	9.112	3.014	13.857

Tabla 6. Población C.S. Erandio

De 0 a 14 años	Entre 15 y 65 años	Mayores de 65 años	Total
1.669	7.652	1.906	11.227

Tabla 7. Población C.S. Gorliz-Plentzia

De 0 a 14 años	Entre 15 y 65 años	Mayores de 65 años	Total
3.958	25.324	8.045	37.327

Tabla 8. Población C.S. Las Arenas

De 0 a 14 años	Entre 15 y 65 años	Mayores de 65 años	Total
3.463	17.398	3.017	23.878

Tabla 9. Población C.S. Leioa

De 0 a 14 años	Entre 15 y 65 años	Mayores de 65 años	Total
3.892	17.441	4.050	25.383

Tabla 10. Población C.S. Mungia

De 0 a 14 años	Entre 15 y 65 años	Mayores de 65 años	Total
3.674	16.213	3.087	22.974

Tabla 11. Población C.S. Sopelana

De 0 a 14 años	Entre 15 y 65 años	Mayores de 65 años	Total
2.523	12.028	3.859	18.410

Tabla 12. Población C.S. Txoriberri

De 0 a 14 años	Entre 15 y 65 años	Mayores de 65 años	Total
29.001	152.175	38.043	219.219

Tabla 13. Población GLOBAL C. Uribe

La población “diana” se ha definido a través de unos criterios de inclusión y otros de exclusión, resultando en este caso la siguiente:

EGEH	EGCA	
Criterios de <u>inclusión</u> :	Criterios de <u>inclusión</u> :	Criterios de <u>exclusión</u> :
Persona > o < de 65 años	Persona > o < de 65 años	Pacientes en diálisis
Con ingreso hospitalario	Con o sin ingreso hospitalario	Pacientes oncológicos
Con diagnóstico: Insuficiencia Cardíaca Congestiva o EPOC	Con diagnóstico o recetas de fármacos que impliquen Insuficiencia Cardiaca	Pacientes institucionalizados en residencias asistidas

	Congestiva o EPOC	
Con situación clínica por la que necesita seguimiento continuo en el domicilio de la EGCA	Con índice de riesgo en > de 65 años > a 0.6	Pacientes que no aceptan participar en el piloto
	Con índice de riesgo en < de 65 años > a 0.8	

Tabla 14: Población Diana. Criterios de inclusión y exclusión

IMPLANTACIÓN: ANÁLISIS Y EVOLUCIÓN

El proceso de implantación ha sido gradual a partir del proceso inicial de planificación y definición del piloto. En este apartado se resaltan los aspectos más destacados, como pueden ser las sinergias detectadas con otros proyectos estratégicos o las áreas de mejora detectadas durante el proceso de implantación y desarrollo del piloto.

SINERGIA CON OTROS PROYECTOS ESTRATÉGICOS

El piloto 3 H. U CRUCES-C. URIBE ha tenido la oportunidad de generar sinergias con uno de los proyectos estratégicos definidos:

A) Proyecto estratégico nº 11: “OSAREAN: Centro de Servicios de Salud Multicanal”

La colaboración con dicho proyecto comenzó el 7 de Abril del 2011, siendo esta, a nivel operativo. El objetivo de esta relación era el seguimiento a distancia de los pacientes crónicos. Desde el viernes a las 15 horas hasta lunes a las 8 de la mañana, franja horaria en las que las figuras (EGEH, EGC) no estaban operativas.

Se definió como contactar con Osarean desde la Organización de Servicios en los diferentes días, reflejados en el cuadro siguiente:

Lunes a Viernes de 8:00 -15:00	EGEH o EGC
Viernes tarde y vísperas fiesta	
Fines de semana y festivos	Enfermera de Unidad de hospitalización

Tabla 8. Circuito del Piloto 3 para contactar con Osarean

Cartera de servicios de OSAREAN:

- i. **Llamadas de confort.** Se realizarán a todos los pacientes captados y dados de alta los viernes a partir de las 15:00 o en los fines de semana.
- ii. **Llamadas de seguimiento.** Se realizarán a todos aquellos pacientes captados con necesidad de seguimiento continuado en el tiempo y que por razones de horario de actuación, no puede ser realizado por la figura correspondiente.
- iii. **Llamadas de adherencia tratamiento.** Se realizarán a todos aquellos pacientes con necesidad de seguimiento o refuerzo para cumplimiento del tratamiento, y que por razones de horario de actuación, no puede ser realizado por la figura correspondiente
- iv. **Llamadas de seguimiento + adherencia tratamiento.** Se realizarán a todos aquellos pacientes con necesidad de seguimiento continuado en el tiempo y refuerzo para cumplimiento del tratamiento, y que por razones de horario de actuación, no puede ser realizado por la figura correspondiente

Y el **diagrama de flujo** establecido es el siguiente:

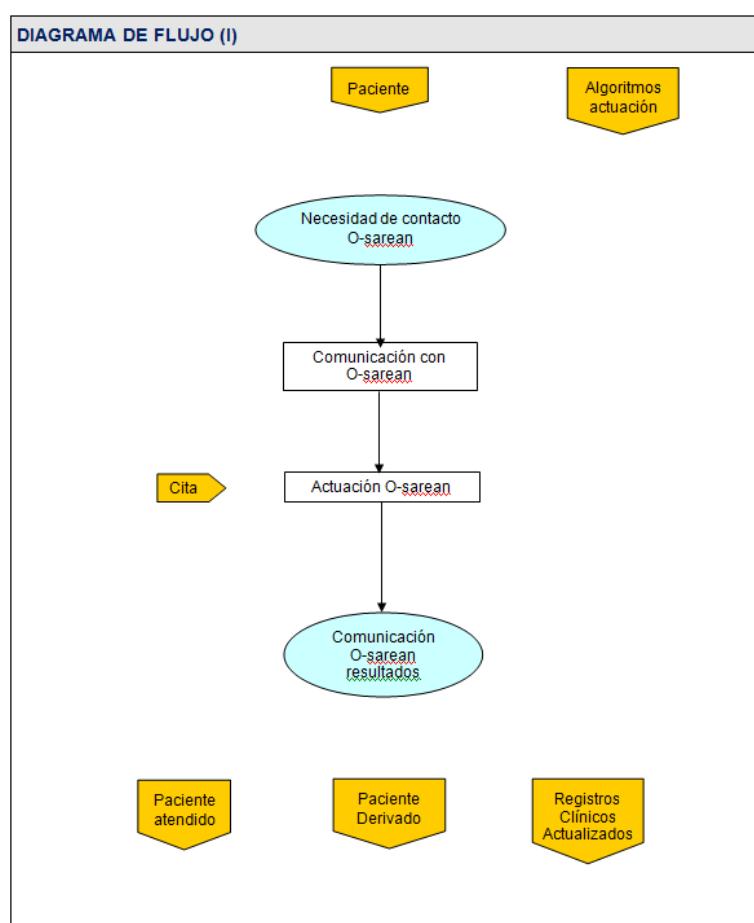


Figura 7. Diagrama de flujo Piloto 3 – OSAREAN

La actividad realizada por OSAREAN en este piloto se describe en la siguiente tabla:

	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE
LLAMADAS CONFORT	2	2	14	0	2	3
LLAMADAS SEGUIMIENTO	6	4	4	2	4	1
LLAMADAS ADHERENCIA	0	0	0	0	0	0
LLAMADAS SEGUIMIENTO+ADHERENCIA	0	4	8	0	0	0
LLAMADAS REALIZADAS POR PACIENTES A OSAREAN	0	0	2	0	0	2

Tabla 9. Actividad OSAREAN con Piloto 3

COMUNICACIÓN

El proceso de comunicación ha sido clave para el desarrollo del piloto y ha contado con 3 apartados:

- i. Resultados de la planificación
- ii. Estrategia de pilotaje
- iii. Implementación y seguimiento del piloto

El proceso de comunicación se ha apoyado fuertemente en las reuniones de seguimiento que ha celebrado la líder del proyecto, semanalmente al inicio, con las/os Responsables, Tutores/as y las enfermeras implicadas, y con periodicidad quincenal en la estabilización del piloto. Dichas reuniones han servido para resolver problemas/dudas en fases iniciales, además de para demostrar la apuesta de la organización con el piloto.

COMUNIDAD ONLINE – WIKI

El piloto 3, como el resto de pilotos se ha apoyado para su desarrollo en una comunidad online o wiki que ha permitido trabajar de forma colaborativa “en la nube”, lo que ha posibilitado disponer en todo momento de información actualizada sobre el desarrollo del proyecto.



Figura 8. Comunidad Online - Wiki

La wiki ha facilitado el intercambio de información y la resolución de dudas de forma sencilla.

PUNTOS FUERTES Y ÁREAS DE MEJORA

Para analizar la evolución del piloto desde una perspectiva cualitativa, se han identificado una serie de factores clave comunes a todos ellos. Se trata de aspectos a vigilar y a controlar para garantizar el progreso del piloto. En conjunto se trata de aspectos de diferentes ámbitos como puede ser la formación, la comunicación o el trabajo colaborativo.

A. Puntos fuertes:

- Aceptación / rechazo de pacientes para inclusión en piloto
- Seguimiento operativo y asimilación de conceptos.
- Transversalidad con otros proyectos estratégicos de la cronicidad
- Integración y flexibilidad de cada piloto (relacionado con las visitas a los centros)
- Trabajo colaborativo con herramienta web ad hoc
- Adecuación de flujograma inicial
- Implicación líderes de enfermería de las os
- Implicación de los profesionales
- Identificación de "fracturas" en el sistema
- Adecuación de criterios generales de inclusión de pacientes

B. Áreas de mejora:

A continuación se destacan las áreas de mejora detectadas durante el desarrollo del piloto. En los casos en los que ha sido posible, se han introducido los cambios necesarios.

En primer lugar cabe destacar la definición inicial de actividad del rol EGC. Aunque a nivel teórico se definieron las actividades a realizar por cada figura, y los circuitos a seguir para la coordinación entre las mismas, hubo que ir ajustando dichos presupuestos a las realidades del piloto. La variabilidad de las casuísticas ha hecho que el proceso de ajuste se haya llevado a cabo durante todo el pilotaje

La falta de homogeneización en la práctica clínica (asociación de cuidados a técnica + integración y coordinación de cuidados) ha sido un problema que requiere atención. Así mismo, la educación para el auto-cuidado es un área con amplio margen de mejora.

La falta de integración de los sistemas de información es una realidad actual en el sistema sanitario. Ha sido un hándicap que han debido ir resolviendo las figuras durante el piloto. Así mismo, la falta de una agenda unificada/ compartida, ha sido otra debilidad a superar.

A destacar la existencia de historias duplicadas. La detección de este problema ha sido tardía, realizándose en la fase de recogida de datos para la evaluación de los resultados. Se trata un tema en proceso de resolución por los Servicios de informática de Osakidetza.

La continuidad de cuidados realizado en Atención Especializada no se ha podido visualizar en ocasiones en Atención Primaria, lo que dificultaba la comunicación entre ambos niveles.

Ha sido necesario determinar los circuitos y responsables para el seguimiento de pacientes y citación en agenda de OSAREAN en las situaciones en las que no estén las responsables de enfermería de AP.

La transición de los pacientes durante los fines de semana se ha ajustado durante el desarrollo del piloto a través de la interacción con OSAREAN.

La falta de homogeneización en la práctica clínica (asociación de cuidados a técnica + integración & coordinación de cuidados) ha sido un problema que requiere atención. Así mismo, la educación para el autocuidado y la implicación del paciente son dos áreas que aun presentan mucho margen de mejora

Para conocer un aspecto importante de la atención prestada como es el número de pacientes que conoce el nombre de su enfermera, ya que puede ser un indicador indirecto de una atención personalizada o de existencia de referente enfermero, se pregunta este aspecto a los pacientes captados. En este piloto 35 pacientes (70%) conocen el nombre de su enfermera de Atención Primaria, siendo un área de mejora el intentar superar ese porcentaje de conocimiento.

RESULTADOS Y EVALUACIÓN

El número de pacientes sobre los que se ha intervenido y a los que se ha realizado el seguimiento es de 50. 43 han sido captados por EGEH y 7 por EGCA.

Piloto 3: Captación de pacientes

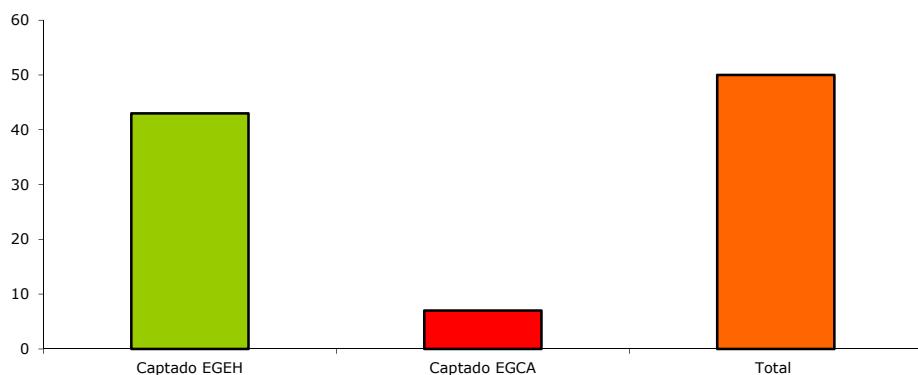


Figura 9. Captación de pacientes Piloto 3

DATOS GENERALES EN RELACIÓN CON LA DETECCIÓN, CAPTACIÓN, EXCLUSIÓN Y REINGRESOS DE PACIENTES

En este piloto, el número de pacientes totales que fueron consultados para ser captados e introducidos en el programa fue de 168. **No aceptan** entrar en el proyecto **71 personas**, existiendo un porcentaje de aceptación de pacientes al proyecto de un 57,74%

Se muestran los **datos generales de detección, captación, exclusión, y reingresos** de pacientes desde la figura EGEH.

EGEH- EGCA		
	nº	%
Pacientes detectados por EGEH-EGCA	168	100%
Pacientes que no aceptan proyecto	71	42,26%
Pacientes excluidos tras captación	47	27,98%
Pacientes en seguimiento	50	29,76%

Tabla 10. Captación de pacientes por EGEH-EGCA. Piloto 3

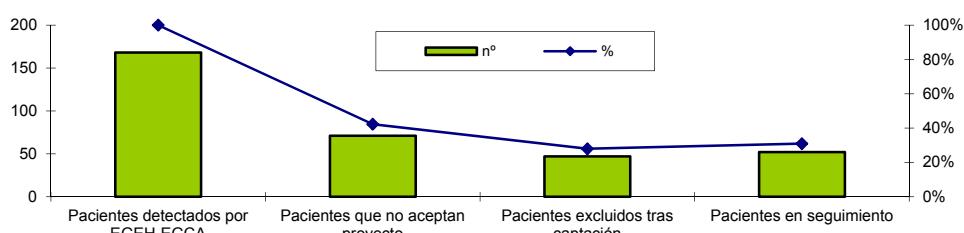


Figura 10. Captación de pacientes por EGEH-EGCA. Piloto 3

Los pacientes 50 pacientes que fueron captados, cumplían desde 1 hasta 5 criterios de inclusión, de forma que el acumulado de criterios de inclusión de todos los pacientes asciende a 100.

Los datos porcentuales se reflejan en la tabla

Nº DE CRITERIOS DE INCLUSIÓN POR PACIENTE		
	nº	%
Total pacientes captados	50	100%
1	1	2,00%
2	26	52,00%
3	18	36,00%
4	6	12,00%
5	1	2,00%

Tabla 11. Nº de criterios de inclusión de pacientes captado. Piloto 3

En la frecuencia de las situaciones clínicas y/ o funcionales que presentaban los pacientes captados, resaltan los pacientes con 2 más ingresos en el último año así como pacientes con ICC.

FRECUENCIA DE LOS CRITERIOS DE INCLUSIÓN		
	nº	%
Paciente crónico con diagnóstico de EPOC	22	16%
Paciente crónico con diagnóstico de ICC	34	25%
Paciente crónico con diagnóstico de EPOC e ICC	9	7%
2 o más ingresos en el último año	46	34%
2 o más visitas a urgencias en el último año	25	18%

Tabla 12. Frecuencia de criterios de inclusión de pacientes captados Piloto 3

Edad

La edad media de los pacientes captados en este piloto es de 72,47 años. La distribución de la edad varía entre los 38 y 90 años.

Valoración del grado de dependencia

El 15,5% de los pacientes captados en este piloto tenía una dependencia grave y el 4,1% una dependencia muy grave, disminuyendo este porcentaje al alta.

En la siguiente tabla se presentan los datos de grado de dependencia de los pacientes atendidos.

	Piloto 3				
	% Independientes	% Dependencia Leve	% Dependencia Moderada	% Dependencia Grave	% Dependencia Muy grave
CAPTACIÓN	44,3	24,7	11,3	15,5	4,1
ALTA	39,3	25,8	19,1	13,5	2,2

Tabla 13. Nivel de dependencia pacientes captados Piloto 3

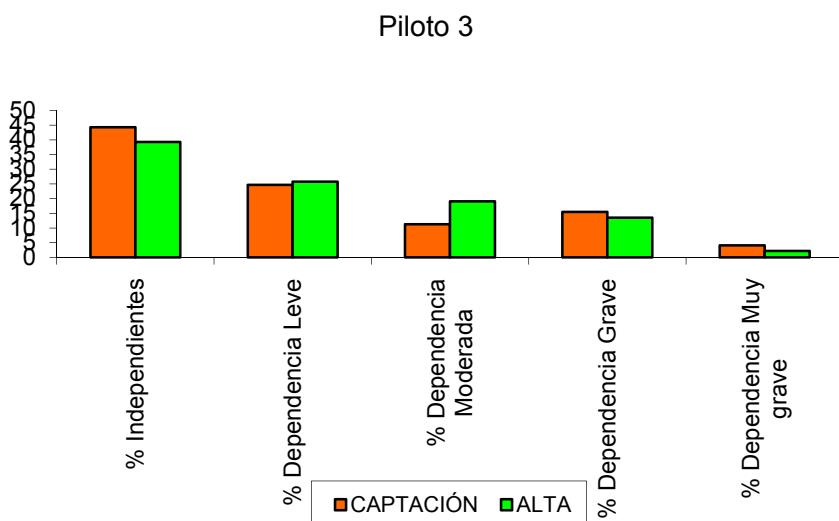


Figura 10. Gráfico nivel de dependencia de pacientes captados Piloto 3

La variación en la escala de dependencia entre el momento de captación y el alta muestra, en general, un aumento en los niveles de dependencia desde el momento de captación al momento del alta, especialmente en los pacientes clasificados en la categoría “Dependencia Moderada”.

La propia situación y patología de los pacientes puede ser motivo de la situación de variación en la dependencia, siendo peor al alta respecto a la captación. Esto se da especialmente en los pacientes “independientes”.

Mortalidad

El número de pacientes fallecidos (del grupo de pacientes captados) fue de 8, teniendo un índice de mortalidad de 16%.

Reingresos

El número total de reingresos del grupo de pacientes captados es de 16 (35,56%)

REINGRESOS		
	nº	%
Total pacientes en seguimiento	45	100%
1 ingreso	29	64,44%
2 o 3 ingresos	13	28,89%
4 o más ingresos	3	6,67%

REINGRESOS

Tabla 14. Reingresos. Piloto 3

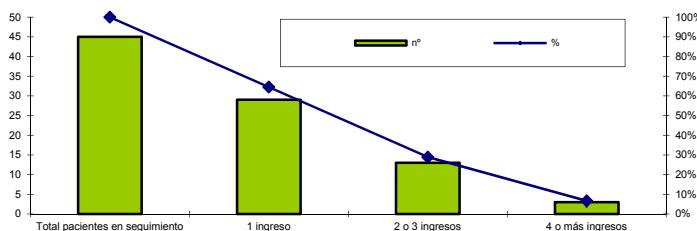


Figura 11. Gráfico reingresos. Piloto 3

FRECUENTACIÓN

En relación a la frequentación de los casos captados en Atención Especializada en los últimos 12 meses en el grupo de pacientes captados los datos se muestran en la siguiente tabla.

PILOTO 3					
Nº total de ingresos programados en los últimos 12 meses (del grupo de pacientes captados)	Promedio de ingresos programados en los últimos 12 meses (del grupo de pacientes captados)	Nº total de ingresos urgentes en los últimos 12 meses (del grupo de pacientes captados)	Promedio de ingresos urgentes en los últimos 12 meses (del grupo de pacientes captados)	Nº total de asistencias hospitalarias en los últimos 12 meses (del grupo de pacientes captados)	Promedio de asistencias a urgencias hospitalarias en los últimos 12 meses (del grupo de pacientes captados)
2	0,04	285	5,70	167	3,34

Tabla 14. Fecuentación Atención Especializada últimos 12 meses Piloto 3

En relación a la frequentación de los casos captados en Atención Primaria en los últimos 12 meses en el grupo de pacientes captados los datos se muestran en la siguiente tabla.

PILOTO 3							
Nº total de asistencias al PAC en los últimos 12 meses (del grupo de pacientes captados)	Promedio de asistencias al PAC en los últimos 12 meses (del grupo de pacientes captados)	Nº de visitas a domicilio por el médico de familia en el último año (del grupo de pacientes captados)	Promedio de visitas a domicilio por el médico de familia en el último año (del grupo de pacientes captados)	Nº de consultas en centro programadas realizadas por médico de familia en el último año (del grupo de pacientes captados)	Promedio de consultas en centro programadas realizadas por médico de familia en el último año (del grupo de pacientes captados)	Nº de consultas en centro urgentes realizadas por médico de familia en el último año (del grupo de pacientes captados)	Promedio de consultas en centro urgentes realizadas por médico de familia en el último año (del grupo de pacientes captados)
8	0,16	135	2,70	902	18,04	423	8,46

Tabla 15. Fecuentación Atención Primaria últimos 12 meses a PAC y médico. Piloto 3

PILOTO 3	
Nº de visitas a domicilio por la enfermera de AP en el último año (del grupo de pacientes captados)	Promedio de visitas a domicilio por la enfermera de AP en el último año (del grupo de pacientes captados)
457	9,14

Tabla 16. Fecuentación Atención Primaria últimos 12 meses enfermera de AP. Piloto 3

ESTANCIA MEDIA

Para la valoración de las diferencias en los días de ingreso antes y después de la intervención se utiliza la mediana de estancia por ingreso para evitar la influencia de estancias puntuales por muchos días de ingreso y se excluyen los ingresos en los que el paciente fallece, empleándose pruebas no paramétricas para el cálculo de diferencias.

Los datos se muestran en la siguiente tabla

	Estancia mediana por ingreso en días		Diferencia días de estancia	* Hodges-Lehmann	Nº de ingresos	
	Intervención	Antes de la intervención			Intervalo de confianza 95%	Periodo intervención
Piloto 3	7	7	0	(-2 a 4)	37	37

Tabla 18. Estancias Hospitalarias. Piloto 3

SEGUIMIENTO EN ATENCIÓN PRIMARIA

Al inicio del proyecto se estableció que a todos los pacientes incluidos en el piloto, al alta a domicilio, se le abriría un Episodio “Enfermera Gestora” en Osabide AP con dos fines esenciales: por un lado, servir de información a Médico de Familia y Enfermera de referencia, pudiendo identificar de esta manera que el paciente pertenece al piloto y por otro para realizar el seguimiento clínico del paciente, utilizando un formulario acordado para todos los pilotos con el fin de homogeneizar la atención.

El resultado a la consulta de cuántos pacientes disponen de episodios abiertos de Enfermera Gestora de los pacientes captados en este piloto es de 102 (85,71%). En la tabla siguiente se especifican el número de pacientes captados y grado de seguimiento.

SEGUIMIENTO EN OSABIDE AP				
	nº pacientes captados	nº pacientes con seguimiento	%	Media DBP's por paciente
Total	52	48	92,31%	141,3

Tabla 17. Seguimiento en OSABIDE-AP. Piloto 3

El formulario es un conjunto de DBP (Datos Básico de Pacientes) seleccionados para realizar el seguimiento de estos pacientes.

En la tabla siguiente (Tabla 18) se presentan los DBPs y sus frecuencias en el seguimiento de los 48 pacientes que han tenido seguimiento y disponen del Episodio de Enfermera Gestora del Piloto 3. El promedio de DBPs recogidos por paciente es de 141,3.

DBP	frecuencia
Continuidad cuidados al Alta (Si/No)	1
Zarit. Cuidador sobre carga	1
Proceso. Tto a seguir. Cont. Cuidados.	2
Entregada Hoja Medicación	5
Observaciones a protocolo	5
Temperatura	8
Edemas en EELL (Si/No/Dudoso)	10
Situación sociofamiliar. Apoyos	10
Autoestima negativa	42
Apoyo familiar / cuidador	43
Valoración funcional psíquica	44
Defecación/semana (Frecuencia fecal)	46
Aporte de líquidos.	47
Ayuda. N° horas por semana	47
Barthel (escala). Para Crónicos domic	47
Calidad de sueño percibida	47
Comunicación verbal	47
Equilibrio (físico)	47
Masticación/deglución (dificultad)	47
Vivienda - adecuación	47
¿Tiene Informe de Valoración Sociofamil?	48
¿Tiene plan de cuidados?	48
Actividad vida diaria	48
Aporte de alimentos.	48
Capacidad auditiva	48
Capacidad visual	48
Control esfinter anal	48
Coordinación motora	48
Higiene	48
Informe clínico en domicilio	48
Lesiones en piel	48
Medicación. Revisión	48
Relaciones Familiares Sociales ¿Problema	48
Sueño. Horas/día	48
Uso de laxantes	48
Autonomía aseo	49
Autonomía eliminación	49
Autonomía moverse	49
Autonomía vestirse	49

DBP	frecuencia
Control esfinter uretral	49
Dolor percibido	49
Riesgo de caída (Si/No)	49
Sonda naso-gástrica	49
Adhesión a Tratamiento farmacológico	50
Sonda urinaria (Si/No)	51
Cuidador principal	53
Indice de masa corporal (IMC)	65
Talla (cm)	65
Tabaco SI/NO/EX	66
Glucemia Capilar	68
Expectoración. Cambios	99
Aumento rápido de peso (Si/No)	112
Peso (Gramos)	123
Areas de educación	129
Disminución Diuresis (Si/No)	146
Aumento nº almohadas (Si/No)	148
Fiebre (Si/No/No termometrada)	156
Tipo de tos.	156
Mareo (consulta)	157
Dolor precordial (consulta)	159
Edemas maleolares (Igual/Mejor/Peor)	159
Estado subjet general (Igual/Mejor/Peor)	165
Aumento de la fatiga	171
Disnea (Mejor/Igual/Peor)	171
Canalización de Vía Venosa	179
Dieta	190
Dieta recomendada	194
Frecuencia respiratoria	206
Cumplimiento Plan/Tratamiento	209
Porcentaje Saturación Oxígeno (SpO2)	212
Dificultad para respirar.	220
Educación dieta	220
Ejercicio físico (consejo)	229
Adhesión al tratamiento	249
Frecuencia cardiaca	252
TAS	335
TAD	337

Tabla 18. DBPs Piloto 3

Se adjunta un gráfico de apoyo en el que se presentan los DBPs cuya frecuencia es superior en el piloto.

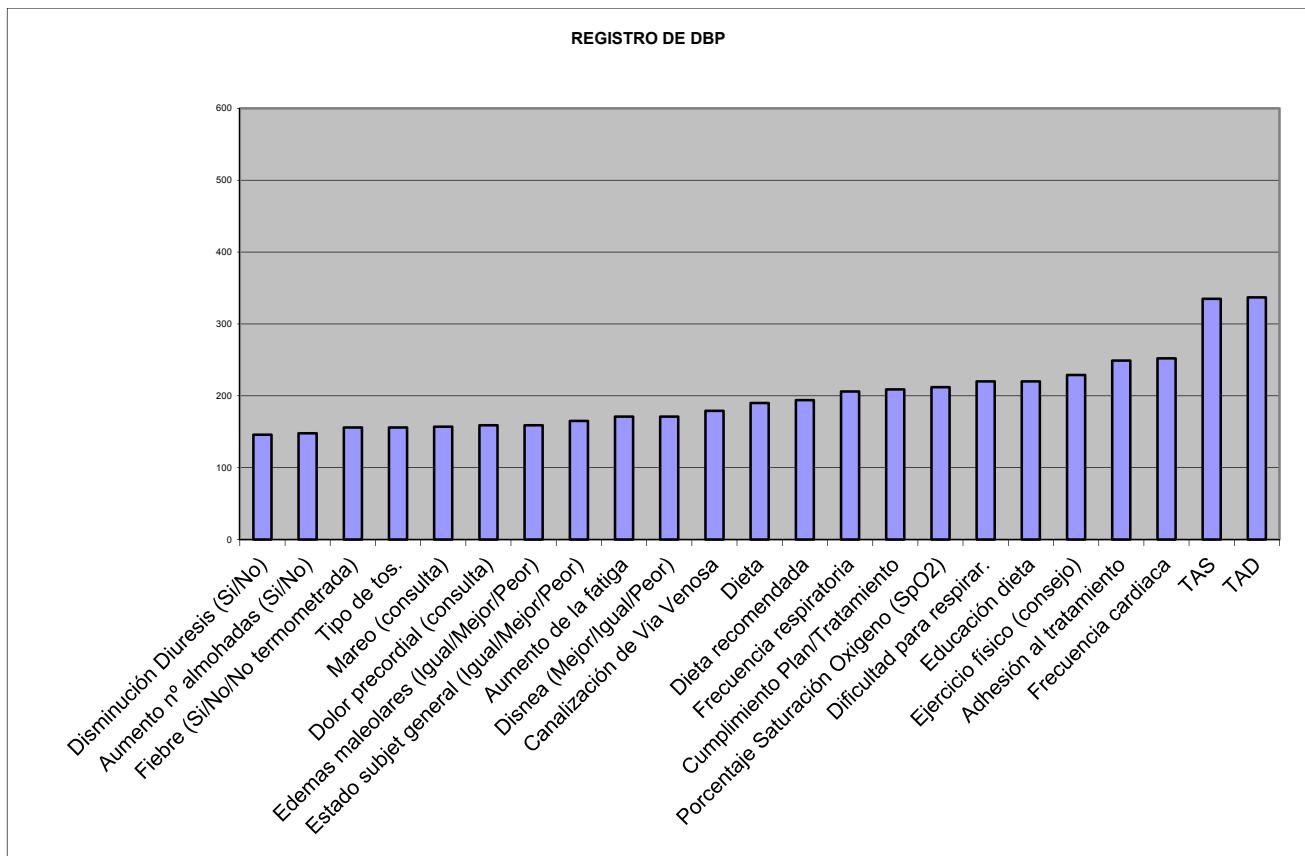


Figura 12. Gráfico DBPs mayores. Piloto 3

INTERVENCIONES REALIZADAS

En las siguientes tablas se indican los contactos mantenidos por los profesionales con pacientes, cuidadores, familia y otros profesionales en el grupo de pacientes captados.

PILOTO 3									
Nº total de contactos mantenidos con cuidador/a (del grupo de pacientes captados)	Promedio de contactos mantenidos con cuidador/a (del grupo de pacientes captados)	Nº total de contactos mantenidos con familiares de manera presencial (del grupo de pacientes captados)	Promedio de contactos mantenidos con familiares de manera presencial (del grupo de pacientes captados)	Nº total de contactos mantenidos con familiares de manera no presencial (del grupo de pacientes captados)	Promedio de contactos mantenidos con familiares de manera no presencial (del grupo de pacientes captados)	Nº total de contactos mantenidos con paciente de manera presencial (del grupo de pacientes captados)	Promedio de contactos mantenidos con paciente de manera presencial (del grupo de pacientes captados)	Nº total de contactos mantenidos con paciente de manera no presencial (del grupo de pacientes captados)	Promedio de contactos mantenidos con paciente de manera no presencial (del grupo de pacientes captados)
278	5,56	356	7,12	123	2,46	491	9,82	102	2,04

Tabla 19. Contactos con pacientes, cuidador o familia. Piloto 3

La gran mayoría de contactos mantenidos son de manera presencial. Será necesario analizar las causas y valorar la posibilidad de extender dicha práctica de forma no presencial.

PILOTO 3				
Nº total de contactos mantenidos con trabajadora social de AP (del grupo de pacientes captados)	Promedio de contactos mantenidos con trabajadora social de AP (del grupo de pacientes captados)	Nº total de contactos mantenidos con trabajadora social de AE (del grupo de pacientes captados)	Nº total de contactos mantenidos con trabajadora social de AE (del grupo de pacientes captados)	
8	0,16	0	0	

Tabla 20. Contactos mantendios con Trabajadora social. Piloto 3

El análisis del número de contactos mantenidos especialmente con agentes sociales puede ser una pista importante sobre acciones de mejora de este tipo de población atendida.

PILOTO 3							
Nº de contactos mantenidos: enfermera referente especializada (del grupo de pacientes captados)	Promedio de contactos mantenidos: enfermera referente especializada (del grupo de pacientes captados)	Nº de contactos mantenidos: facultativo referente especializada (del grupo de pacientes captados)	Promedio de contactos mantenidos: facultativo referente especializada (del grupo de pacientes captados)	Nº de contactos mantenidos: enfermera referente de AP (del grupo de pacientes captados)	Promedio de contactos mantenidos: enfermera referente de AP (del grupo de pacientes captados)	Nº de contactos mantenidos: facultativo referente de AP (del grupo de pacientes captados)	Promedio de contactos mantenidos: facultativo referente de AP (del grupo de pacientes captados)
229	4,58	249	4,98	107	2,14	246	4,92

Tabla 21. Contactos mantendios con profesionales. Piloto 3

PILOTO 3		
Nº total de contactos mantenidos: EGEH	Nº total de contactos mantenidos: EGCA	Nº total de contactos mantenidos: Inspección Médica
232	246	3

Tabla 22. Contactos mantendios con profesionales. Piloto 3

EN RELACIÓN A LAS ENCUESTAS DE PERCEPCIÓN DE CALIDAD DE VIDA

Los datos que se ofrecen corresponden a pacientes de este piloto a los que se les pidió su colaboración y se les solicitó respondieran al Cuestionario de Calidad SF12.

50 pacientes contestan el cuestionario y tras 6 meses desde que fueron captados contestan 25 pacientes.

Las respuestas de ambos cuestionarios se presentan pareadas para poder realizar la comparación más gráficamente.

La primera pregunta del cuestionario de Calidad de Vida SF-12 hace referencia a la salud en general. Los pacientes refieren estar a los 6 meses con una percepción de su salud mejor, el 18% refieren al inicio tener una salud **buen**a y el 24% lo refiere a los 6 meses (Figura 13).

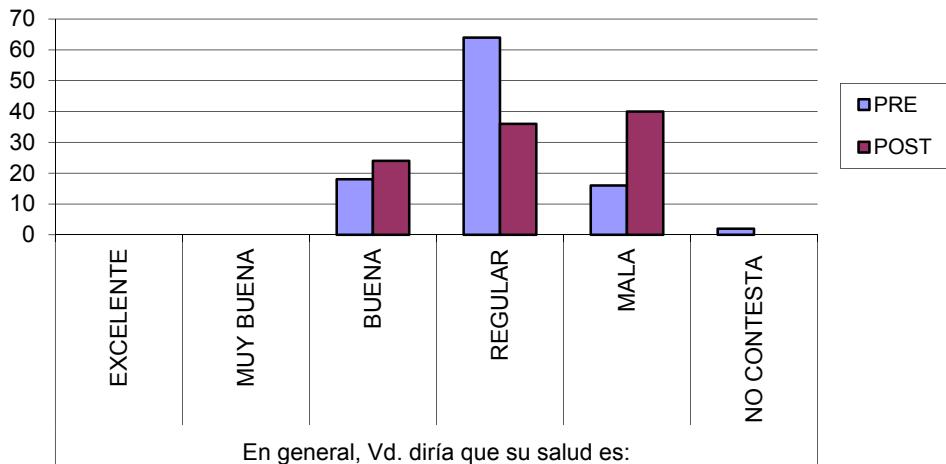


Figura 13. Salud general antes-después. Piloto 3

La pregunta que explora si la salud de las personas encuestadas limita que puedan caminar, muestra que en el grupo que siente que les **limita mucho** aumenta a los 6 meses (38% al inicio frente al 68% a los 6 meses) (Figura 14).

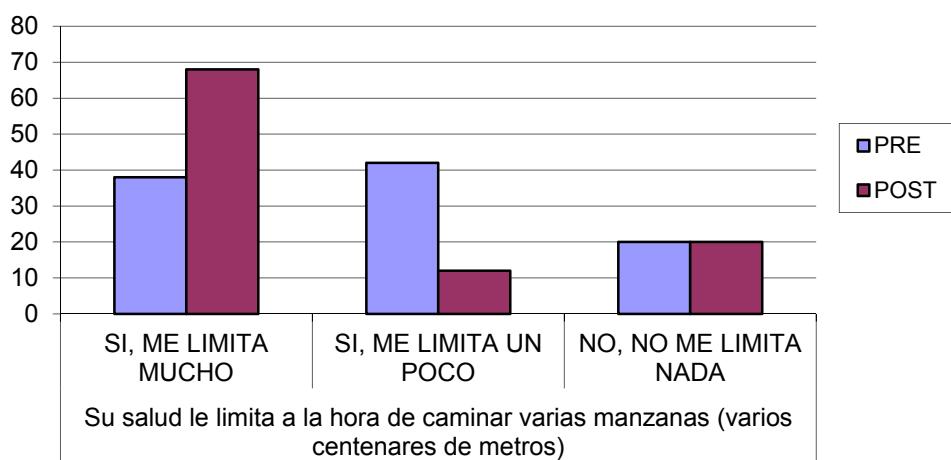


Figura 14. Limitación para caminar. Piloto 3

La pregunta que explora si la salud de las personas encuestadas limita que puedan subir varios pisos por la escalera, muestra que en el grupo que siente que les **limita mucho** aumenta a los 6 meses (52% al inicio frente al 76% a los 6 meses) (Figura 15).

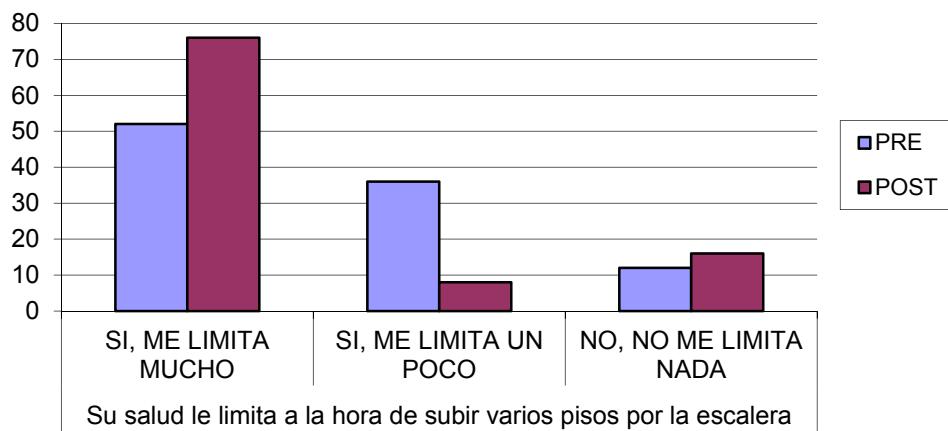


Figura 15. Limitación para subir escalera. Piloto 3

Como en las anteriores preguntas se observa que a los 6 meses las personas encuestadas refiere tener menos dificultades para realizar aquello que quieren hacer (Figura 16).

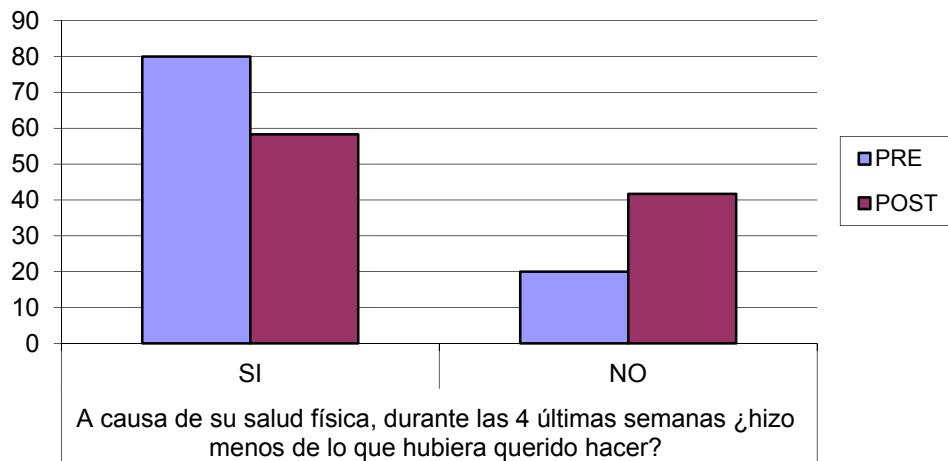


Figura 16. Limitación por salud física para hacer cosas. Piloto 3

Se observa que a los 6 meses aumentan las personas que refieren **no** tener dificultades para realizar su trabajo (76% al inicio frente al 66,7% a los 6 meses) (Figura 17).

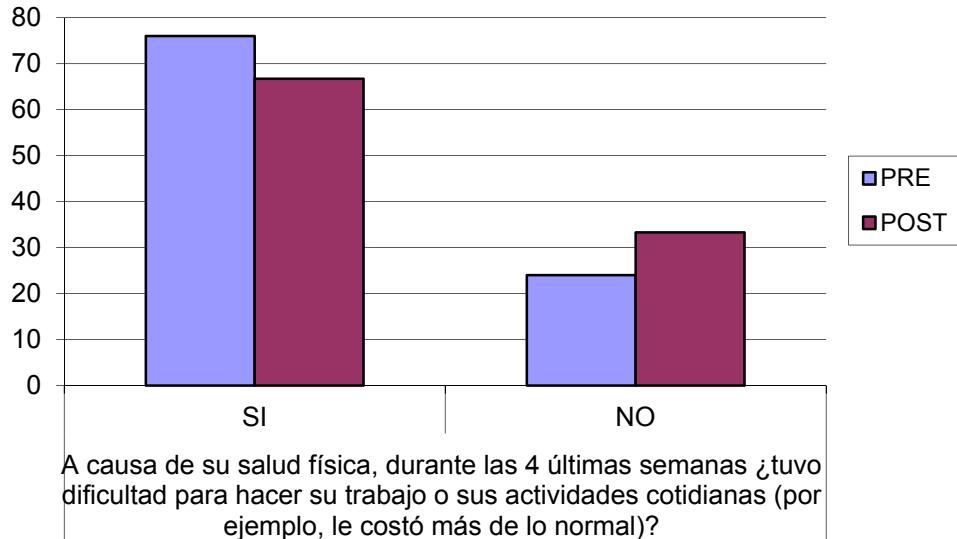


Figura 17. Limitación por salud física para hacer actividades cotidianas. Piloto 3

Al explorar si algún problema emocional limitó la realización de actividades, se observa que a los 6 meses disminuye las personas que **si** hicieron menos de lo que hubieran querido hacer por esta causa (50% al inicio frente al 33,3% a los 6 meses) (Figura 18).

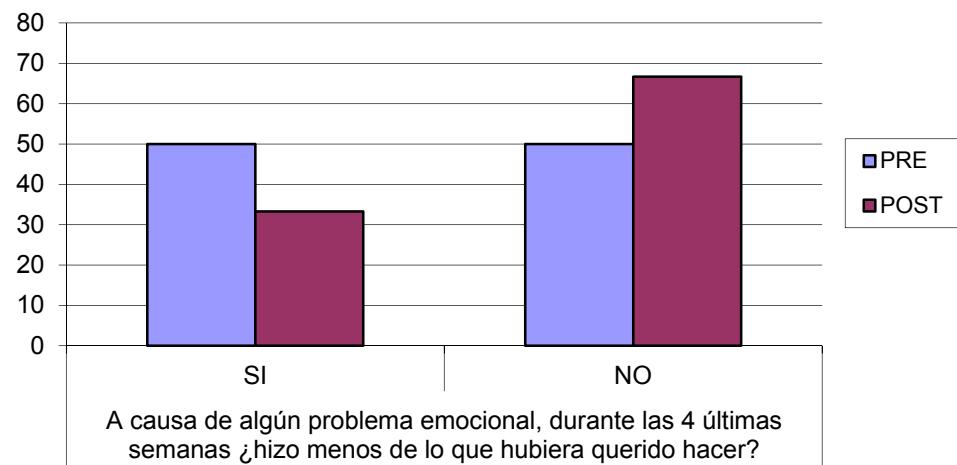


Figura 18. Limitación por salud emocional para hacer actividades. Piloto 3

Lo mismo sucede al preguntar por si por algún problema emocional se ha limitado la realización del trabajo o actividades cotidianas, disminuyendo a los 6 meses las personas que responden que **si** (50% al inicio frente al 25% a los 6 meses) (Figura 19).

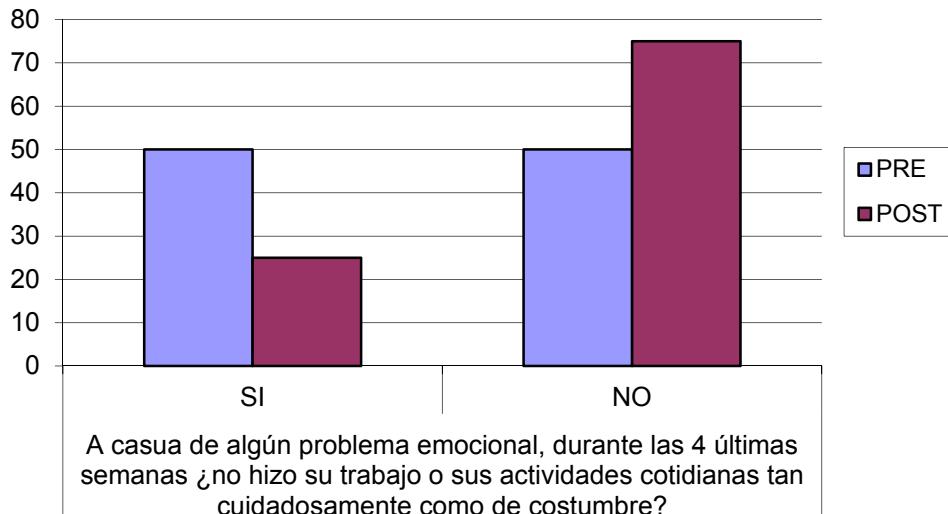


Figura 19. Limitación por salud emocional para hacer actividades cotidianas. Piloto 3

Al preguntar sobre el impacto del dolor en su trabajo habitual, se observa que a los 6 meses disminuye el número de personas que indican que el dolor **nada** les ha dificultado sus actividades (38% al inicio frente al 29,2% a los 6 meses) (Figura 20).

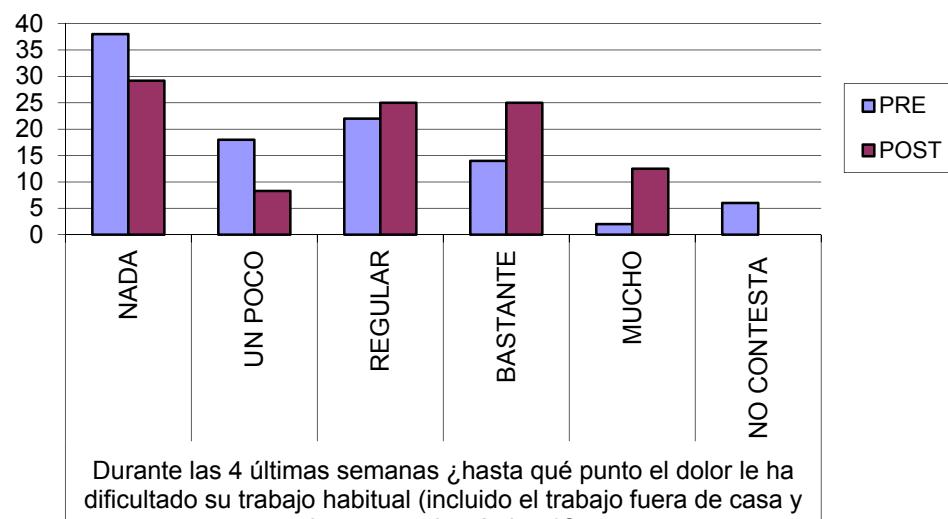


Figura 20. Limitación por dolor. Piloto 3

Las personas que contestan el cuestionario de Calidad de Vida SF-12 refieren tener mayor sensación de calma y/o tranquilidad cuando se les pregunta a los 6 meses, el 46% refieren sentirse calmado/a y tranquilo/a **siempre y casi siempre** y el 48,4% lo refiere a los 6 meses (Figura 21).

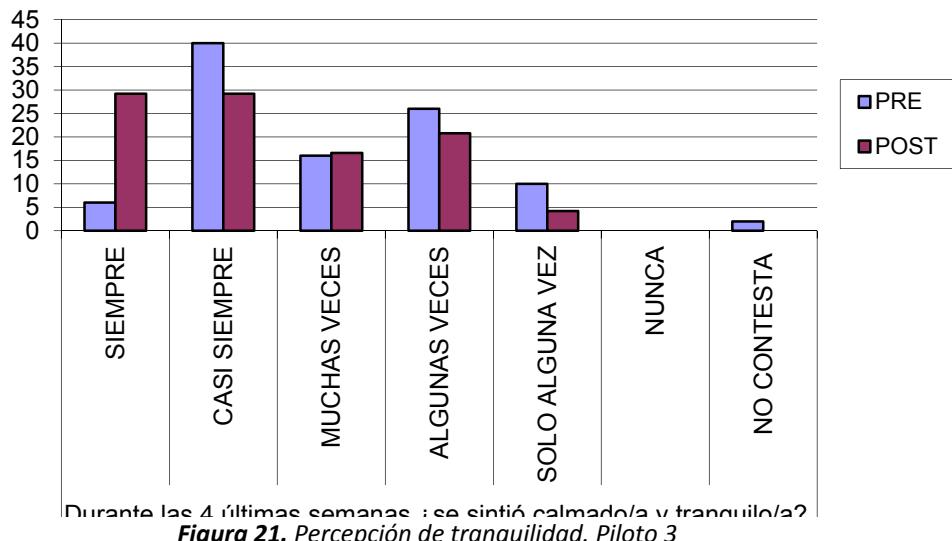


Figura 21. Percepción de tranquilidad. Piloto 3

Al preguntar sobre la percepción de vitalidad, los pacientes preguntados a los 6 meses tienen un peor sentimiento de vitalidad que los que son preguntados al inicio, el 20% refieren sentirse lleno/a de vitalidad **siempre y casi siempre** al inicio y el 13,6% lo refiere a los 6 meses (Figura 22).

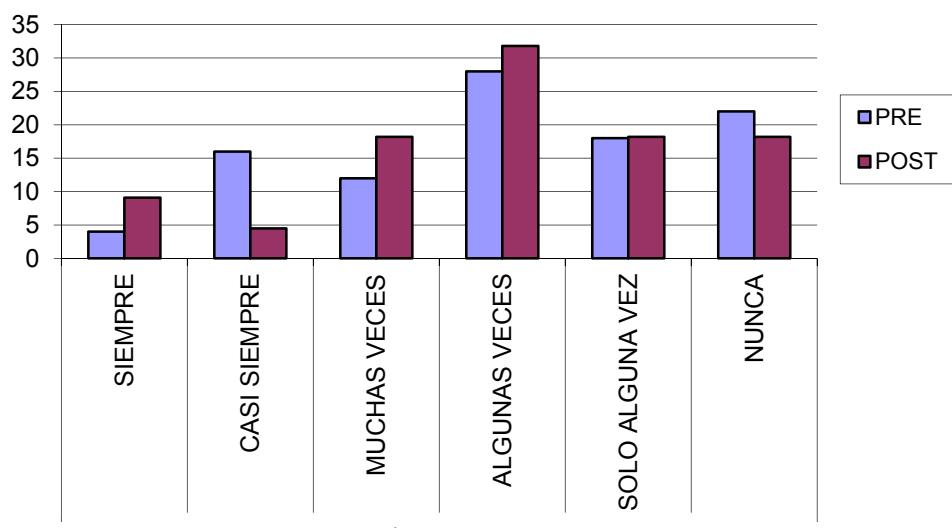


Figura 22. Percepción de vitalidad. Piloto 3

Al preguntar sobre si se sintieron desanimado/a y tristes las personas encuestadas al inicio tienen mayor sentimiento de tristeza que los que son preguntados a los 6 meses, el 36% de los encuestados al inicio refieren sentirse desanimado/as y triste **siempre, casi siempre y muchas veces** y el 21,8% lo refiere a los 6 meses (Figura 23).

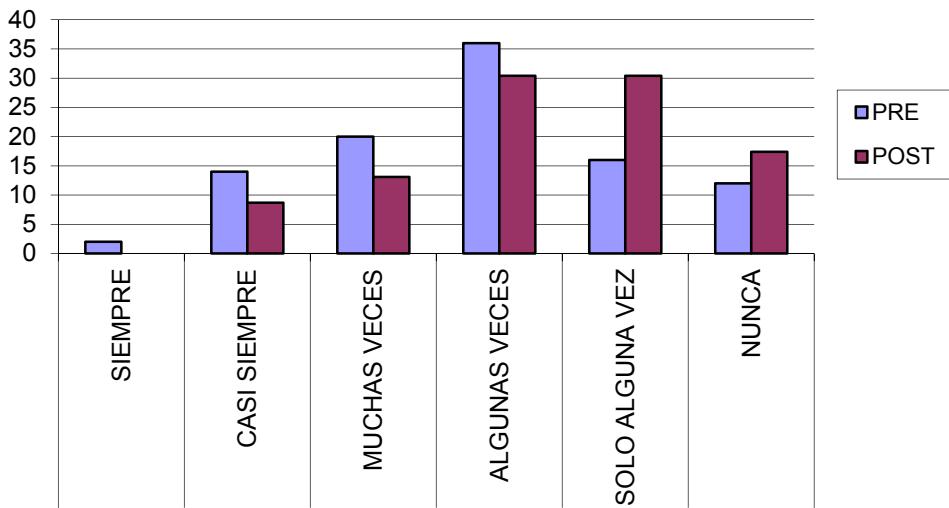


Figura 23. Percepción de desánimo. Piloto 3

El grupo de pacientes encuestados al inicio refieren que su salud física o problemas emocionales le han dificultado en menor medida sus actividades sociales que los que responden a los 6 meses, el 40% al inicio refiere que **siempre y casi siempre** su salud física o problemas emocionales dificultan sus actividades sociales, frente al 52,2% a los 6 meses (Figura 24)

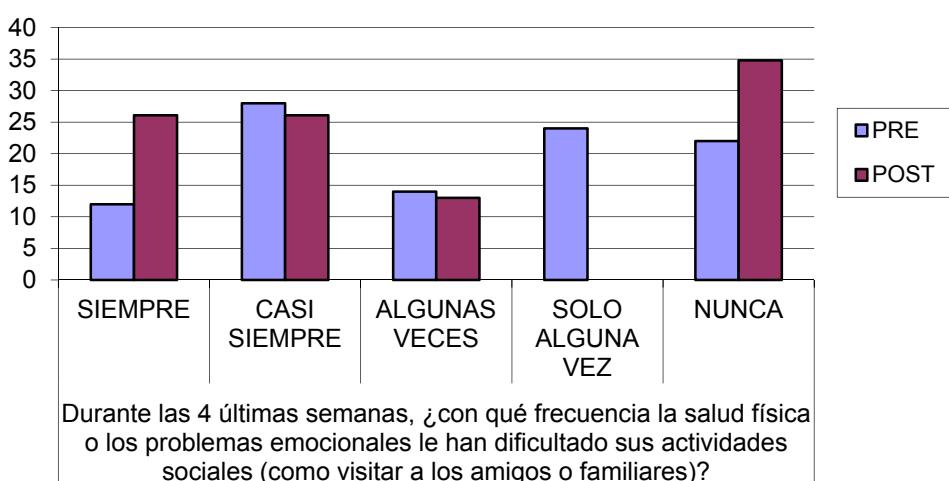


Figura 24. Percepción de dificultades sociales. Piloto 3

EN RELACIÓN A LOS RESULTADOS DE LOS CUESTIONARIOS DE SATISFACCIÓN a pacientes y cuidadores

Se ha utilizado la encuesta SATISFAD para explorar la satisfacción de pacientes y cuidadores. La encuesta ha sido realizada por: GIZAKER con la financiación recibida por parte de KRONIKGUNE

Satisfacción de cuidadores

Se pregunta a 37 familias y/o cuidadores de este Piloto 3 sobre si los servicios que recibe le ayudan a hacer mejor su función de cuidador/a y si el familiar del paciente y/o cuidador han podido participar y decidir en cómo organizar los cuidados en el domicilio.

El 54,5% de los cuidadores refieren que los servicios que recibe **siempre** le ayudan a hacer mejor su función y un 21,2% que **a veces** le ayudan a hacer mejor su función (Figura 25)

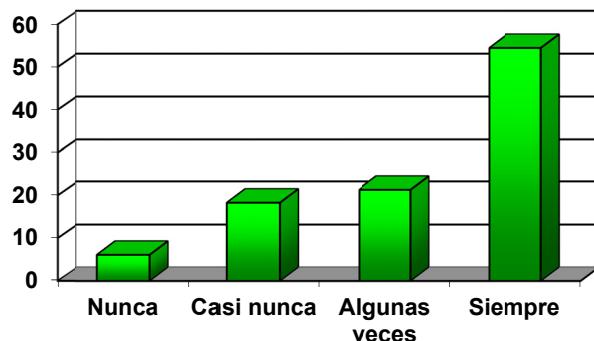


Figura 25. Los servicios que recibe le ayudan a hacer mejor su función de cuidador/a. Piloto 3

El 84,8% de los cuidadores refieren que **siempre** el familiar del paciente y/o cuidador han podido participar y decidir en cómo organizar los cuidados en el domicilio y un 6,1% que **a veces** (Figura 26).



Figura 26. El familiar (paciente) y el cuidador han podido participar y decidir en cómo organizar los cuidados en el domicilio. Piloto 3

Satisfacción de pacientes

Se pregunta a los pacientes atendidos en este piloto, sobre la satisfacción con la atención recibida. Entre otras se pregunta sobre si se siente escuchado y comprendido, si entiende a su enfermera cuando le explica las cosas o si es atendido con suficiente intimidad.

A continuación se exponen de manera gráfica las respuestas recibidas en cada ítem.

El 100% de los pacientes refieren que **siempre** se sienten escuchados y comprendidos por su enfermera (Figura 27)

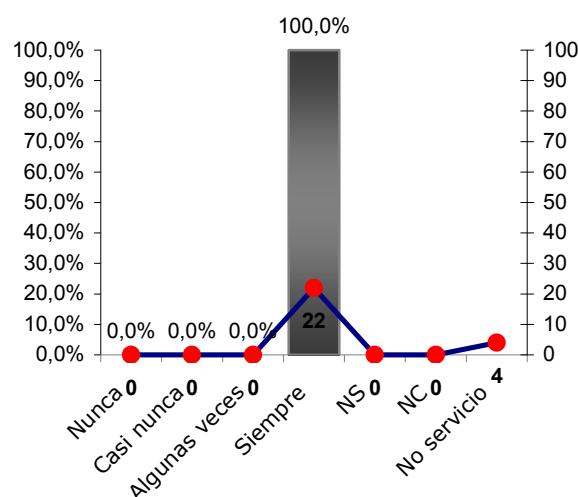


Figura 27. Se siente escuchado y comprendido/a por su enfermera cuando le explica sus problemas de salud y las dificultades que le causa. Piloto 3

El 95,5% de los pacientes refieren que **siempre** entienden a su enfermera cuando le explica las cosas (Figura 28).

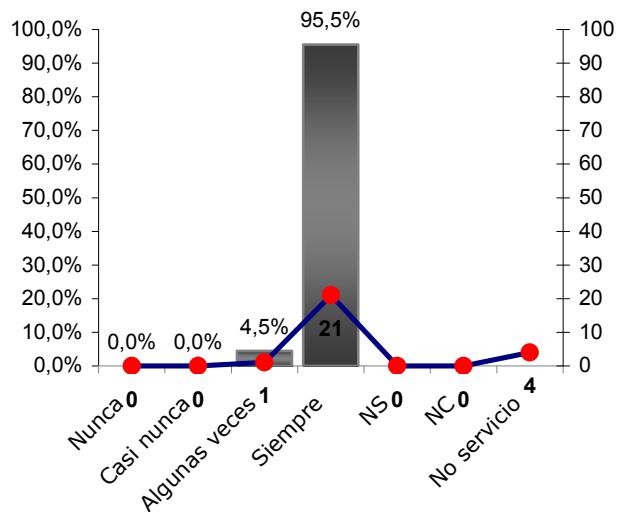


Figura 28. Entiende a su enfermera cuando le explica las cosas. Piloto 3

El 100% de los pacientes refieren que **siempre** las enfermeras se preocupan por contactar con ellos (Figura 31).

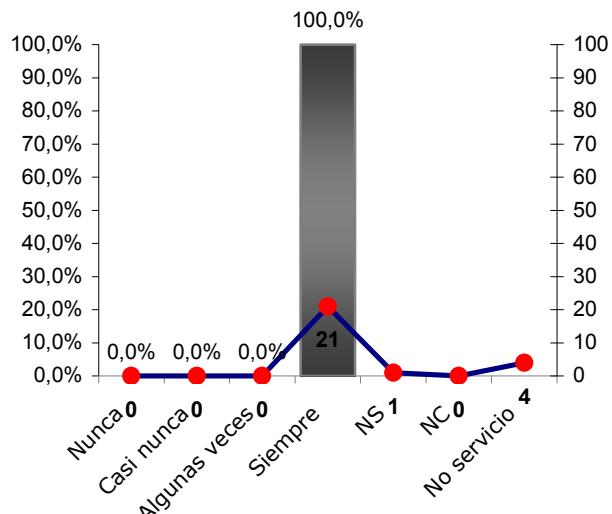


Figura 29. Las enfermeras se preocupan por contactar con Ud si no puede acudir o se va a retrasar . Piloto 3

El 90,9% de los pacientes refieren que **siempre** las enfermeras les enseñan a cuidarse por sí mismo (Figura 30).

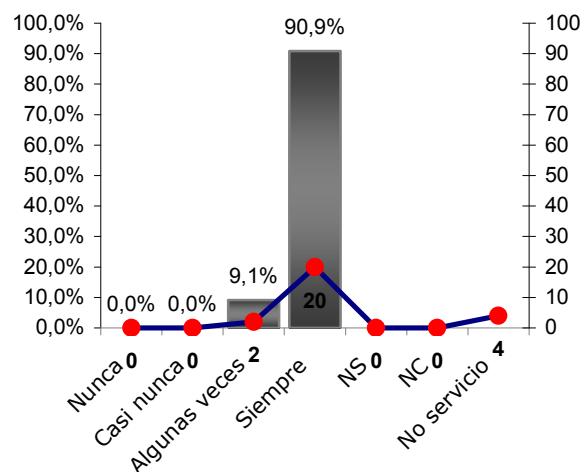


Figura 30. Las enfermeras le enseñan a cuidarse por sí mismo/a . Piloto 3

El 90,9% de los pacientes refieren que **siempre** su enfermera le atiende con suficiente intimidad, de manera reservada (Figura 31).

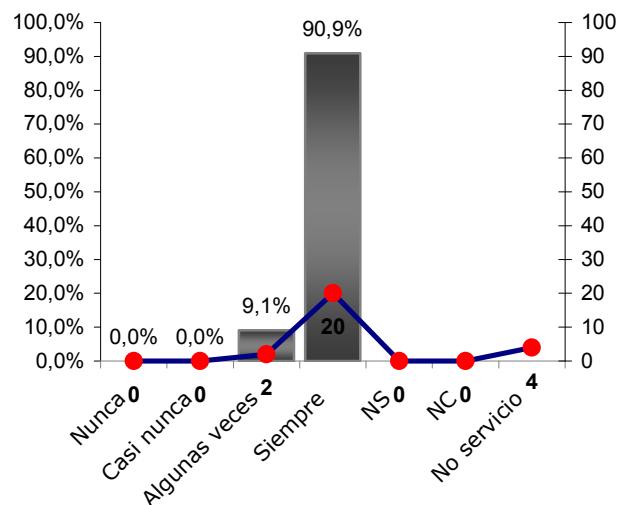


Figura 31. Su enfermera le atiende con la suficiente intimidad, de manera reservada. Piloto 3

El 85,7% de los pacientes refieren que **siempre** es fácil programar las visitas en los días y horas que quiere (Figura 32).

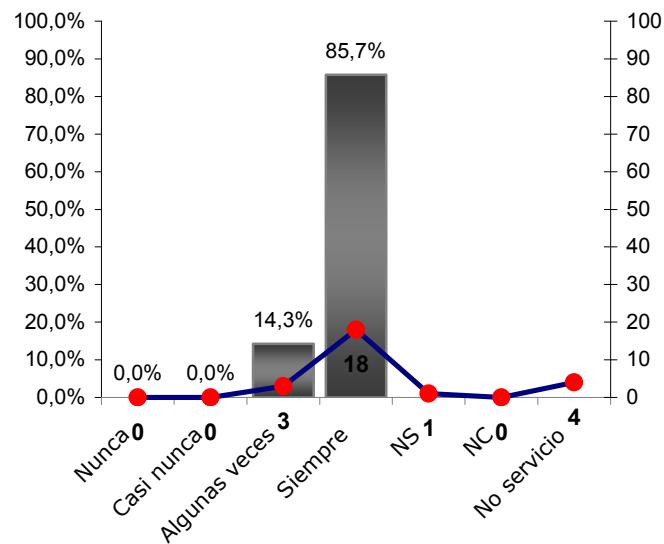


Figura 32. Es fácil programar las visitas en los días y horas que quiere Ud. o le vienen mejor. Piloto 3

El 100% de los pacientes refieren que **siempre** las enfermeras se preocupan por su comodidad (Figura 33).

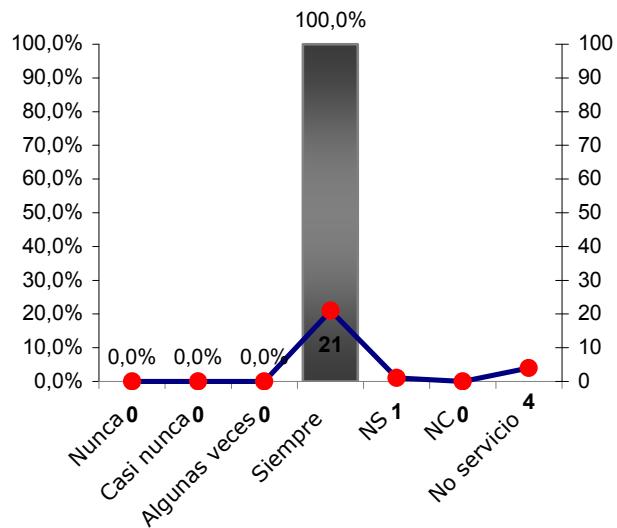


Figura 33. Las enfermeras se preocupan por su comodidad mientras le están tratando o cuidando. Piloto 3

El 90,9% de los pacientes refieren que **siempre** la enfermera hace un buen trabajo organizando sus necesidades (Figura 34).

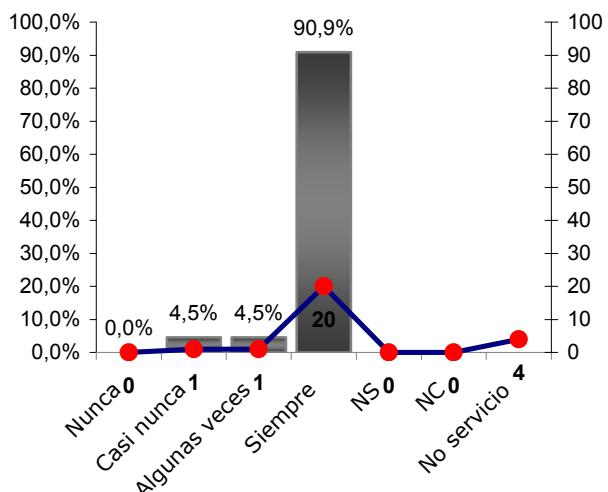


Figura 34. En general, la enfermera gestora hace un buen trabajo organizando lo que Ud. necesita. Piloto 3

Todas las respuestas de los pacientes atendidos en este piloto, muestran una alta la satisfacción con la atención recibida.

1. APRENDIZAJE Y RECOMENDACIONES

Tras el análisis de la información de este piloto, es posible plantear una serie de conclusiones:

El piloto 3 se desarrolló correctamente según lo establecido, y ambos roles han captado pacientes sin inconvenientes. En cualquier caso, los criterios de inclusión y exclusión se adecuaron a la realidad de las poblaciones atendidas por las organizaciones de servicios incluidas en el piloto.

A lo largo del desarrollo del piloto se han ido ajustando diversos aspectos.

Para la extensión de este piloto 3 sería necesario identificar las causas de reingreso y la necesidad de homogeneización la práctica clínica.

6.1. ANEXOS:

ANEXO 1:

PPP CATEGORÍA A:

Insuficiencia cardíaca que en situación de estabilidad clínica haya estado en grado II de la NYHA (ligera limitación de la actividad física).

La actividad física habitual le produce disnea, angina, cansancio o palpitaciones).

Cardiopatía isquémica**PPP CATEGORÍA B:**

Vasculitis y enfermedades autoinmunes sistémicas.

Enfermedad renal crónica definida por elevación de creatinina ($>1,4$ mg/dl en hombres o $>1,3$ mg/dl en mujeres) o proteinuria (índice albúmina/creatinina > 300 mg/g, microalbuminuria >3 mg/dl en muestra de orina o albúmina >300 mg/día en orina de 24 horas), mantenidas durante 3 meses.

PPP CATEGORÍA C:

Enfermedad respiratoria crónica que en situación de estabilidad clínica haya estado con disnea grado 2 de la MRC (Incapacidad de mantener el paso de otra persona de la misma edad, caminando en llano, debido a la dificultad respiratoria o tener que parar a descansar al andar en llano al propio paso), o $FEV1 < 65\%$, o $SaO_2 \leq 90\%$

PPP CATEGORÍA D:

Enfermedad inflamatoria crónica intestinal.

Hepatopatía crónica con datos de insuficiencia hepatocelular (INR $>1,7$, albúmina $<3,5$ g/dl, bilirrubina >2 mg/dl) o hipertensión portal (Definida por la presencia de datos clínicos, analíticos, ecográficos o endoscópicos)

PPP CATEGORÍA E:

Ataque cerebrovascular.

Enfermedad neurológica con déficit motor permanente que provoque una limitación para las actividades básicas de la vida diaria (Índice de Barthel inferior a 60-Anexo 2).

Enfermedad neurológica con deterioro cognitivo permanente, al menos moderado (Pfeiffer-Anexo 6- con 5 ó más errores).

PPP CATEGORÍA F:

Arteriopatía periférica sintomática.

Diabetes mellitus con retinopatía proliferativa o neuropatía sintomática

PPP CATEGORÍA G:

Anemia crónica por pérdidas digestivas o hemopatía adquirida no subsidiaria de tratamiento curativo que presente $Hb < 10$ mg/dl en dos determinaciones separadas más de tres meses.

Neoplasia sólida o hematológica activa no subsidiaria de tratamiento con intención curativa

PPP CATEGORÍA H:

Enfermedad osteoarticular crónica que provoque por sí misma una limitación para las actividades básicas de la vida diaria (Índice de Barthel inferior a 60).

Tabla de paciente pluripatológico de Ollero utilizado en el piloto 3

PROYECTO ESTRATÉGICO 8: COMPETENCIAS AVANZADAS DE ENFERMERÍA

PILOTO 4

H. SANTA MARINA-C. BILBAO



PILOTO 4

H. SANTA MARINA Y COMARCA BILBAO

INTRODUCCIÓN

En el marco de la “Estrategia para afrontar el reto de la cronicidad en Euskadi” se configura el proyecto número 8 de “Definición e implementación de competencias avanzadas de enfermería” con el objeto de perfilar e implementar roles de enfermería mejor adaptados a las necesidades de los pacientes crónicos.

Las necesidades que plantea la Estrategia, han servido para enmarcar los Retos Estratégicos del proyecto que son los siguientes:

- Diseñar nuevos marcos competenciales de enfermería para el conjunto del SSV que de respuesta a las necesidades actuales.
- Identificar sinergias y coordinar a los distintos agentes involucrados en la atención y cuidados de los pacientes crónicos.

Se asume que Enfermería, en un planteamiento funcional, puede ser el engarce intra y extra del sistema sanitario. La integración entre niveles asistenciales, la movilización de recursos y la gestión de casos, son aspectos fundamentales para su consecución.



Figura 1. Visión del papel a jugar por la nueva Enfermería

METODOLOGÍA DE TRABAJO

Para lanzar el proyecto, se diseño un cronograma con cinco fases claramente diferenciadas, que cubrían desde la definición inicial hasta la propia implementación de las figuras

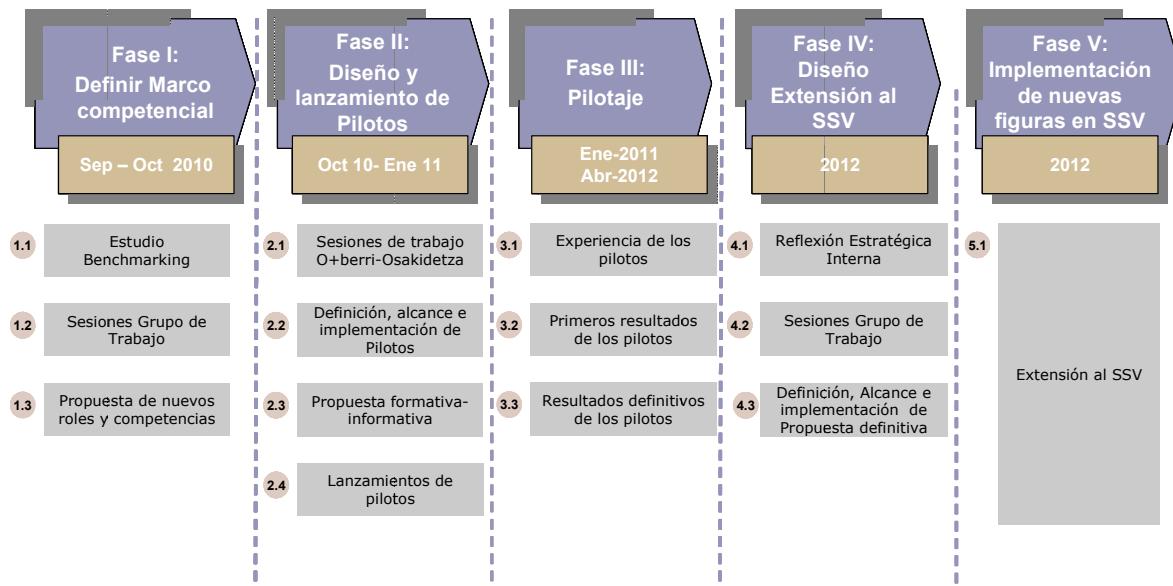


Figura 2. Esquema de fases del proyecto

La fase tercera es la central del proyecto y comprende el pilotaje de los nuevos roles de enfermería en las organizaciones de servicio de Osakidetza.

EQUIPO DE TRABAJO

Se formaron tres Equipos de Trabajo y un Grupo de Trabajo:



Figura 3. Equipos de trabajo

a) **ETLP (Equipo de trabajo de la lógica del proyecto)**: Formado en su inicio por María Jesús Ruiz de Ocenda (Responsable del proyecto), y posteriormente, por Inmaculada Sanchez Martin y O+Berri (Galder Abos, Javier Bikandi y al inicio Naiara Artaza), cuyas funciones son:

- Elaboración de propuesta de trabajo y enfoque metodológico
- Liderazgo y gestión del proyecto global
- Coordinación y supervisión del trabajo del resto de equipos de trabajo
- Elaboración y/o supervisión de los documentos generados en el desarrollo del proyecto

b) **ETAM (Equipo de trabajo de apoyo metodológico)**: Formado por tres enfermeras: Ana M^a Chueca (Unidad de Metodología Calidad del Hospital de Galdakao-Usansolo), Rosa Gonzalez de la Oficina de la Estrategia de Cronicidad (OEC), y M^a Luz Peña Enfermera de la Subdirección de Asistencia Sanitaria.

Las funciones de este equipo son:

- Diseño, apoyo, coordinación y supervisión de pilotos
- Elaboración de documentación necesaria para el desarrollo de los pilotajes.

c) **El ETF (Equipo de trabajo de formación)**: formado por la Responsable de Docencia e Investigación de enfermería de Osakidetza y por una profesora de cada Escuela de Enfermería de Euskadi; Leioa, Donostti y Vitoria.

Sus función fundamental es:

- Dar apoyo, coordinación y supervisión de la formación pre-peri y post proyecto.

d) **Grupo de trabajo**: Formado por profesionales de todos los niveles de la organización (Osakidetza) y de otras instituciones. Los perfiles fueron:

Enfermeras de Atención Primaria y Atención Especializada, Oficina de la Estrategia de la Cronicidad, Gerencias del Atención Primaria y Atención Especializada, Directivos asistenciales médicos y de enfermería, Mandos intermedios de enfermería, Responsables de docencia e investigación

Representante de Colegios de Profesionales Enfermería, Representante de EFEKEZE, EUF Osakidetza, EUF Donostti y Profesionales de O+berri

Las funciones de este Grupo de trabajo son:

- Participar en la elaboración de los documentos base de trabajo que plasmen las propuestas a desarrollar y validar y/o aportar comentarios en la socialización de documentos de trabajo.

TAREAS PREVIAS

A. Benchmarking nacional e Internacional:

Previamente a la puesta en marcha de los pilotos, fue necesario realizar en primer lugar, una búsqueda de las mejores prácticas a nivel internacional y nacional en relación a la asistencia a la cronicidad y los roles de enfermería. Para ello, a nivel internacional se estudiaron las prácticas desarrolladas en Canadá, EEUU, Reino Unido y Paises Escandinavos y a nivel nacional se estudiaron las prácticas de otras CCAA: Andalucía, Aragón, Cataluña, Canarias, Madrid y Valencia. El documento resultante “Benchmarking” es un anexo a este informe.



Figura 4. Documento “Benchmarking”

B. Definición del marco competencial:

El documento de “Benchmarking” fue trasladado al grupo de trabajo para que a la luz de las experiencias nacionales e internacionales se propusieran las propuestas adaptadas a la realidad en Euskadi. El trabajo se plasmó en un informe titulado “Marco competencial ampliado”.



Figura 5. Documento “Marco competencial ampliado”

En dicho documento, el grupo de trabajo recogió las conclusiones generales y realizó la primera aproximación de los perfiles/roles enfermeros a experimentar. Los perfiles / roles resultantes a pilotar fueron los siguientes 3:



Figura 6. Imagen de las figuras / roles a pilotar

OBJETIVO

Perfilar e implementar roles de enfermería, mejor adaptados a las necesidades de los pacientes crónicos.

Para ello, se han diseñado 8 pilotos diferentes en los que interactúan los perfiles / roles a pilotar. Los datos básicos de los 8 pilotos son los siguientes:

PILOTO	OS	PERFIL / ROL	
PILOTO 1	OSI BIDASOA	EGEH-EGC	
PILOTO 2	H. DONOSTIA	EGEH	
	Centro Salud BERAUN (Comarca GIPUZKOA ESTE)	EGC	
PILOTO 3	H. CRUCES	EGEH	
	Comarca URIBE	EGCA	
PILOTO 4	H. SANTA MARINA	EGEH	
	Comarca BILBAO	EGCA	
PILOTO 5	H. SAN ELOY	EGEH (3 Supervisoras)	

	Comarca EZKERRALDEA	EGC	
PILOTO 6	H. TXAGORRITXU	EGEH	
	H. SANTIAGO	EGEH	
	Comarca ARABA	EGC	
PILOTO 7	H. ZUMARRAGA	EGEH	
	UAP's Goiherri de Comarca GUIPUZKOA OESTE	EGCA	
PILOTO 8	Clínica La ASUNCIÓN	EGEH (Supervisora de Unidad de Hospitalización)	
	UAP's Tolosaldea Comarca GUIPUZKOA OESTE	EGC	

Tabla 1. Perfiles a pilotar por piloto

PLANIFICACIÓN DEL PILOTO 4 H. SANTA MARINA- C. BILBAO

ORGANIZACIONES DE SERVICIOS Y ROLES A PILOTAR

Las organizaciones de servicios participantes en el **Piloto 4** y los roles incluidos, se muestran en la tabla siguiente:

OS	PERFIL / ROL	
H. SANTA MARINA	EGEH	
COMARCA BILBAO	EGCA	

Tabla 2. Roles a pilotar en el piloto 4

POBLACIÓN

La población de referencia de este piloto es la de 5 centros de salud de la Comarca Bilbao:

- U.A.P. Txurdinaga
- U.A.P. Begoña
- U.A.P. Zurbaran
- U.A.P. El Karmelo-Santutxu
- U.A.P. Otxarkoaga

En la tabla se muestran las características de edad de la población por cada uno de las UAP's:

De 0 a 14 años	Entre 15 y 65 años	Mayores de 65 años	Total
1.661	12.082	2.671	16.414

Tabla 3. Población C.S. Txurdinaga

De 0 a 14 años	Entre 15 y 65 años	Mayores de 65 años	Total
1.239	8.514	3.192	12.945

Tabla 4. Población C.S. Begoña

De 0 a 14 años	Entre 15 y 65 años	Mayores de 65 años	Total
1.046	7.345	3.440	11.831

Tabla 5. Población C.S. Zurbaran

De 0 a 14 años	Entre 15 y 65 años	Mayores de 65 años	Total
1.190	8.384	3.723	13.297

Tabla 6. Población UAP. El Karmelo-Santutxu

De 0 a 14 años	Entre 15 y 65 años	Mayores de 65 años	Total
1.727	8.455	2.472	12.654

Tabla 7. Población UAP. Otxarkoaga

De 0 a 14 años	Entre 15 y 65 años	Mayores de 65 años	Total
6.863	44.780	15.498	67.141

Tabla 8. Población UAPs del pilotaje

La población “diana” se ha definido a través de unos criterios de inclusión y otros de exclusión, iguales para las dos figuras pilotadas:

EGEH	EGCA	
Criterios de inclusión:	Criterios de inclusión:	Criterios de exclusión:
Persona > o < de 65 años	Persona > o < de 65 años	Pacientes en diálisis
Con o sin ingreso hospitalario	Con o sin ingreso hospitalario	Pacientes oncológicos
Con diagnóstico o recetas de fármacos que impliquen Insuficiencia Cardiaca Congestiva o EPOC	Con diagnóstico o recetas de fármacos que impliquen Insuficiencia Cardiaca Congestiva o EPOC	Pacientes institucionalizados en residencias asistidas
Con índice de riesgo en > de 65 años > a 0.6	Con índice de riesgo en > de 65 años > a 0.6	Pacientes que no aceptan participar en el piloto
Con índice de riesgo en < de 65 años > a 0.8	Con índice de riesgo en < de 65 años > a 0.8	

Tabla 9: Población Diana. Criterios de inclusión y exclusión

IMPLANTACIÓN: ANÁLISIS Y EVOLUCIÓN

El proceso de implantación ha sido gradual a partir del proceso inicial de planificación y definición del piloto. En este apartado se resaltan los aspectos más destacados, como pueden ser las sinergias detectadas con otros proyectos estratégicos o las áreas de mejora detectadas durante el proceso de implantación y desarrollo del piloto.

SINERGIA CON OTROS PROYECTOS ESTRATÉGICOS

El piloto 4 ha tenido la oportunidad de generar sinergias con uno de los proyectos estratégicos definidos:

A) Proyecto estratégico nº 11: “OSAREAN: Centro de Servicios de Salud Multicanal”

La colaboración con dicho proyecto comenzó el 7 de Abril del 2011, siendo esta, a nivel operativo. El objetivo de esta relación era el seguimiento a distancia de los pacientes crónicos. Desde el viernes a las 15 horas hasta lunes a las 8 de la mañana, franja horaria en las que las figuras (EGEH, EGC) no estaban operativas.

Se definió como contactar con Osarean desde la Organización de Servicios en los diferentes días, reflejados en el cuadro siguiente:

Lunes a Viernes de 8:00 -15:00	EGEH o EGC
Viernes tarde y vísperas fiesta	
Fines de semana y festivos	Enfermera de Unidad de hospitalización

Tabla 8. Circuito del Piloto 4 para contactar con Osarean

Cartera de servicios de OSAREAN:

- i. Llamadas de confort. Se realizarán a todos los pacientes captados y dados de alta los viernes a partir de las 15:00 o en los fines de semana.
- ii. Llamadas de seguimiento. Se realizarán a todos aquellos pacientes captados con necesidad de seguimiento continuado en el tiempo y que por razones de horario de actuación, no puede ser realizado por la figura correspondiente.
- iii. Llamadas de adherencia tratamiento. Se realizarán a todos aquellos pacientes con necesidad de seguimiento o refuerzo para cumplimiento del tratamiento, y que por razones de horario de actuación, no puede ser realizado por la figura correspondiente
- iv. Llamadas de seguimiento + adherencia tratamiento. Se realizarán a todos aquellos pacientes con necesidad de seguimiento continuado en el tiempo y refuerzo para cumplimiento del tratamiento, y que por razones de horario de actuación, no puede ser realizado por la figura correspondiente

Y el **diagrama de flujo** establecido es el siguiente:

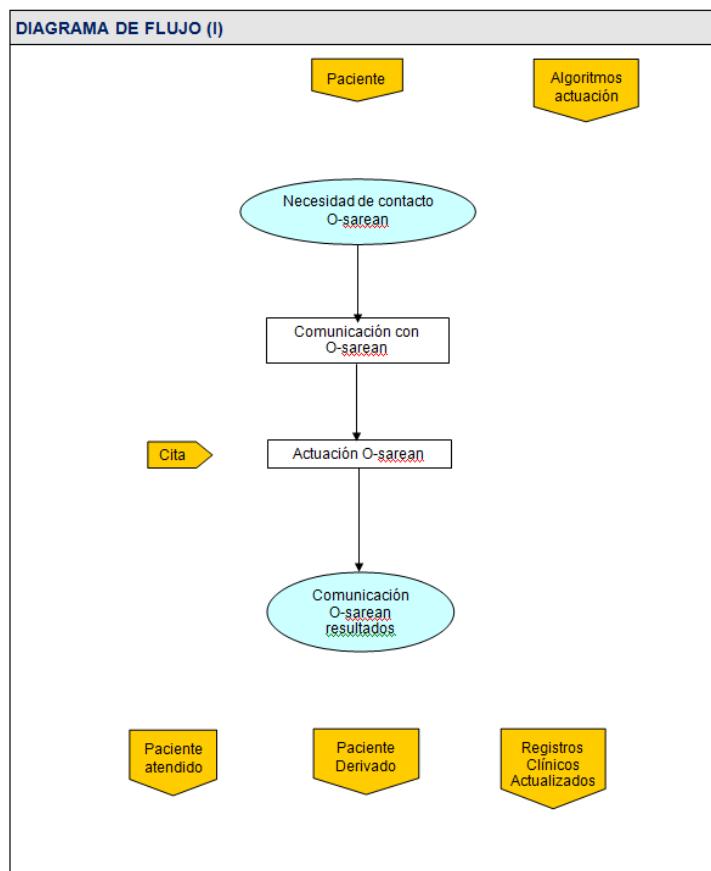


Figura 7. Diagrama de flujo Piloto 4 – OSAREAN

La actividad realizada por OSAREAN en este piloto se describe en la siguiente tabla:

	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE
LLAMADAS CONFORT	19	11	4	0	0	0
LLAMADAS SEGUIMIENTO	40	38	20	25	28	4
LLAMADAS ADHERENCIA	0	1	0	0	0	0
LLAMADAS SEGUIMIENTO+ADHERENCIA	10	8	8	0	0	0
LLAMADAS REALIZADAS POR PACIENTES A OSAREAN	0	1	4	7	5	5

Tabla 10. Actividad OSAREAN con Piloto 4

COMUNICACIÓN

El proceso de comunicación ha sido clave para el desarrollo del piloto y ha contado con 3 apartados:

- i. Resultados de la planificación
- ii. Estrategia de pilotaje
- iii. Implantación y seguimiento del piloto

El proceso de comunicación se ha apoyado fuertemente en las reuniones de seguimiento que ha celebrado la líder del proyecto, semanalmente al inicio, con las/os Responsables, Tutores/as y las enfermeras implicadas, y con periodicidad quincenal en la estabilización del piloto. Dichas reuniones han servido para resolver problemas/dudas en fases iniciales, además de para demostrar la apuesta de la organización con el piloto.

COMUNIDAD ONLINE – WIKI

El piloto 1, como el resto de pilotos se ha apoyado para su desarrollo en una comunidad online o wiki que ha permitido trabajar de forma colaborativa “en la nube”, lo que ha posibilitado disponer en todo momento de información actualizada sobre el desarrollo del proyecto.



Figura 8. Comunidad Online - Wiki

La wiki ha facilitado el intercambio de información y la resolución de dudas de forma sencilla.

PUNTOS FUERTES Y ÁREAS DE MEJORA

Para analizar la evolución del piloto desde una perspectiva cualitativa, se han identificado una serie de factores clave comunes a todos ellos. Se trata de aspectos a vigilar y a controlar para garantizar el progreso del piloto. En conjunto se trata de aspectos de diferentes ámbitos como puede ser la formación, la comunicación o el trabajo colaborativo.

A. Puntos fuertes:

- Aceptación / rechazo de pacientes para inclusión en piloto
- Seguimiento operativo y asimilación de conceptos.
- Transversalidad con otros proyectos estratégicos de la cronicidad
- Integración y flexibilidad de cada piloto (relacionado con las visitas a los centros)
- Trabajo colaborativo con herramienta web ad hoc
- Adecuación de fluograma inicial
- Implicación líderes de enfermería de los os
- Implicación de los profesionales
- Identificación de "fracturas" en el sistema
- Adecuación de criterios generales de inclusión de pacientes

B. Áreas de mejora:

A continuación se destacan las áreas de mejora detectadas durante el desarrollo del piloto. En los casos en los que ha sido posible, se han introducido los cambios necesarios.

En primer lugar cabe destacar la definición inicial de actividad del rol EGC. Aunque a nivel teórico se definieron las actividades a realizar por cada figura, y los circuitos a seguir para la coordinación entre las mismas, hubo que ir ajustando dichos presupuestos a las realidades del piloto. La variabilidad de las casuísticas ha hecho que el proceso de ajuste se haya llevado a cabo durante todo el pilotaje

La falta de homogeneización en la práctica clínica (asociación de cuidados a técnica + integración y coordinación de cuidados) ha sido un problema que requiere atención. Así mismo, la educación para el auto-cuidado es un área con amplio margen de mejora.

La falta de integración de los sistemas de información es una realidad actual en el sistema sanitario. Ha sido un hándicap que han debido ir resolviendo las figuras durante el piloto. Así mismo, la falta de una agenda unificada/ compartida, ha sido otra debilidad a superar.

A destacar la existencia de historias duplicadas. La detección de este problema ha sido tardía, realizándose en la fase de recogida de datos para la evaluación de los resultados. Se trata un tema en proceso de resolución por los Servicios de informática de Osakidetza.

La continuidad de cuidados realizado en Atención Especializada no se ha podido visualizar en ocasiones en Atención Primaria, lo que dificultaba la comunicación entre ambos niveles.

Ha sido necesario determinar los circuitos y responsables para el seguimiento de pacientes y citación en agenda de OSAREAN en las situaciones en las que no estén las responsables de enfermería de AP.

La transición de los pacientes durante los fines de semana se ha ajustado durante el desarrollo del piloto a través de la interacción con OSAREAN.

La falta de homogeneización en la práctica clínica (asociación de cuidados a técnica + integración & coordinación de cuidados) ha sido un problema que requiere atención. Así mismo, la educación para el autocuidado y la implicación del paciente son dos áreas que aun presentan mucho margen de mejora

RESULTADOS Y EVALUACIÓN

El número de **pacientes sobre los que se ha intervenido y a los que se ha realizado el seguimiento** es de 59. 53 (89,83%) han sido captados por EGEH y 6 (10,17%) por EGCA

Piloto 4: Captación de pacientes

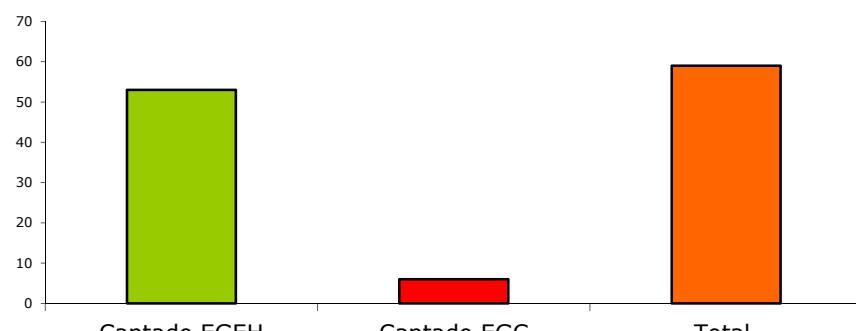


Figura 9. Captación de pacientes Piloto 4

DATOS GENERALES EN RELACIÓN CON LA DETECCIÓN, CAPTACIÓN, EXCLUSIÓN Y REINGRESOS DE PACIENTES

En este piloto, el número de pacientes totales que fueron consultados para ser captados e introducidos en el programa fue de 87. **No aceptan** entrar en el proyecto **seis personas**, existiendo un porcentaje de aceptación de pacientes al proyecto de un 93,10%

22 pacientes fueron excluidos del proyecto tras cumplir criterios de inclusión.

El número total de pacientes captados e intervenidos en el periodo medido en este piloto es de 59 (53 han sido captados por EGEH y 6 por EGC)

Se muestran los **datos generales de detección, captación, exclusión, y reingresos** de pacientes desde la figura **EGEH**.

EGEH- EGCA		
	nº	%
Pacientes detectados por EGEH-EGCA	87	100%
Pacientes no aceptan proyecto	6	6,90%
Pacientes excluidos tras captación	22	25,29%
Pacientes en seguimiento	59	67,82%

Tabla 10. Captación de pacientes por EGEH-EGCA. Piloto 4

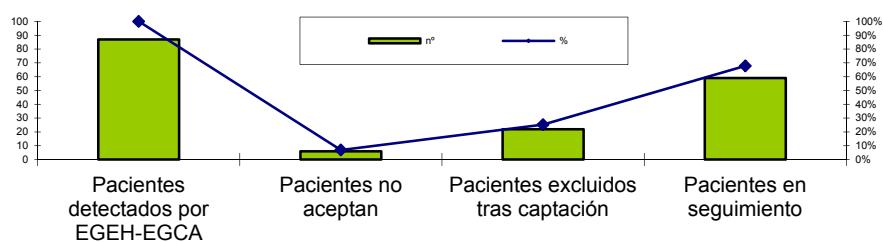


Figura 10. Captación de pacientes por EGEH-EGCA. Piloto 4

Los pacientes 59 pacientes que fueron captados cumplían desde 1 hasta 5 criterios de inclusión, de forma que el acumulado de criterios de inclusión de todos los pacientes asciende a 100.

Los datos porcentuales se reflejan en la tabla

Nº DE CRITERIOS DE INCLUSIÓN POR PACIENTE		
	nº	%
Total pacientes captados	53	100%
2	30	56,60%
3	15	28,30%
4	7	13,21%
5	1	1,89%

Tabla 11. Nº de criterios de inclusión de pacientes captados. Piloto 4

En la frecuencia de las situaciones clínicas y/ o funcionales que presentaban los pacientes captados por la EGEH, resaltan los pacientes con 2 más ingresos en el último año así como pacientes con diagnóstico de EPOC.

FRECUENCIA DE LOS CRITERIOS DE INCLUSIÓN		
	nº	%
Paciente crónico con diagnóstico de EPOC	34	25%
Paciente crónico con diagnóstico de ICC	26	19%
Paciente crónico con diagnóstico de EPOC e ICC	11	8%
2 o más ingresos en el último año	46	33%
2 o más visitas a urgencias en el último año	21	15%

Tabla 12. Frecuencia de criterios de inclusión. Piloto 4

Edad

La edad media de los pacientes captados en este piloto es de 80,41 años. La distribución de la edad varía entre los 54 y 95 años.

Valoración del grado de dependencia

El 5,2% de los pacientes captados en este piloto tenía una dependencia grave y el 8,7% una dependencia muy grave.

En la siguiente tabla se presentan los datos de grado de dependencia de los pacientes atendidos.

	Piloto 4					
	% Independientes	% Dependencia Leve	% Dependencia Moderada	% Dependencia Grave	% Dependencia Muy grave	
CAPTACIÓN	46,1	26,1	13,9	5,2	8,7	
ALTA	44,4	22,2	18,5	4,6	10,2	

Tabla 13. Nivel de dependencia pacientes captados Piloto 4

Piloto 4

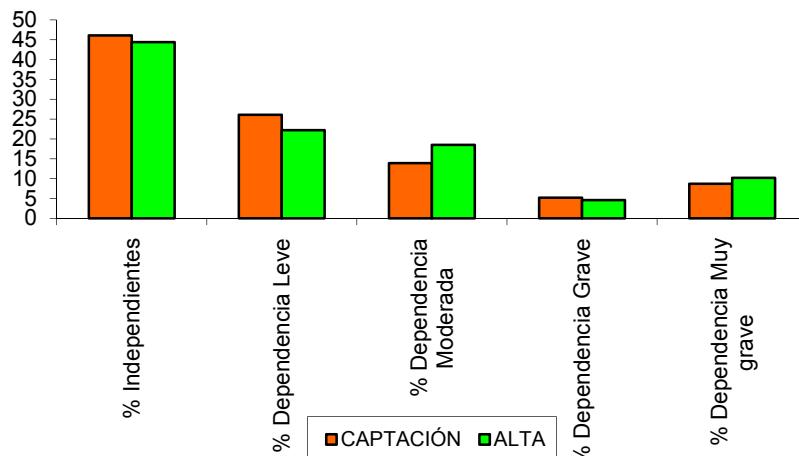


Figura 11. Gráfico nivel de dependencia de pacientes captados Piloto 4

La variación en la escala de dependencia entre el momento de captación y el alta muestra, en general, un aumento en los niveles de dependencia desde el momento de captación al momento del alta.

La propia situación y patología de los pacientes puede ser motivo de la situación de variación en la dependencia, siendo peor al alta respecto a la captación. Esto se da especialmente en los pacientes “independientes”.

Mortalidad

El número de pacientes fallecidos (del grupo de pacientes captados) fue de 10, teniendo un índice de mortalidad de 16,95%.

Reingresos

El número total de reingresos del grupo de pacientes captados es de 20 (39,62%)

REINGRESOS EN HOSPITAL		
	nº	%
Total pacientes en seguimiento	53	100%
1 ingreso	32	60,38%
2 o 3 ingresos	19	35,85%
4 o más ingresos	2	3,77%

REINGRESOS

Tabla 14. Reingresos. Piloto 4

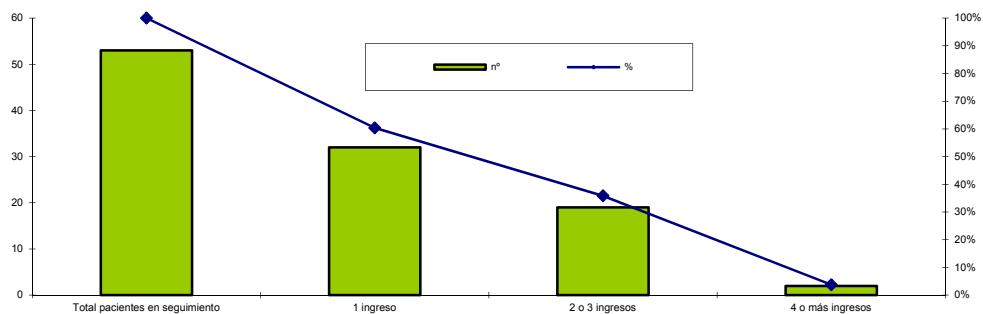


Figura 12. Gráfico reingresos. Piloto 4

FRECUENTACIÓN

En relación a la frequentación de los casos captados en Atención Especializada en los últimos 12 meses en el grupo de pacientes captados los datos se muestran en la siguiente tabla.

PILOTO 4					
Nº total de ingresos programados en los últimos 12 meses (del grupo de pacientes captados)	Promedio de ingresos programados en los últimos 12 meses (del grupo de pacientes captados)	Nº total de ingresos urgentes en los últimos 12 meses (del grupo de pacientes captados)	Promedio de ingresos urgentes en los últimos 12 meses (del grupo de pacientes captados)	Nº total de asistencias a urgencias hospitalarias en los últimos 12 meses (del grupo de pacientes captados)	Promedio de asistencias a urgencias hospitalarias en los últimos 12 meses (del grupo de pacientes captados)
0	0,00	334	5,66	172	2,92

Tabla 15. Fecuentación Atención Especializada últimos 12 meses Piloto 4

En relación a la frequentación de los casos captados en Atención Primaria en los últimos 12 meses en el grupo de pacientes captados los datos se muestran en la siguiente tabla.

PILOTO 4							
Nº total de asistencias al PAC en los últimos 12 meses (del grupo de pacientes captados)	Promedio de asistencias al PAC en los últimos 12 meses (del grupo de pacientes captados)	Nº de visitas a domicilio por el médico de familia en el último año (del grupo de pacientes captados)	Promedio de visitas a domicilio por el médico de familia en el último año (del grupo de pacientes captados)	Nº de consultas en centro programadas realizadas por médico de familia en el último año (del grupo de pacientes captados)	Promedio de consultas en centro programadas realizadas por médico de familia en el último año (del grupo de pacientes captados)	Nº de consultas en centro urgentes realizadas por médico de familia en el último año (del grupo de pacientes captados)	Promedio de consultas en centro urgentes realizadas por médico de familia en el último año (del grupo de pacientes captados)
34	0,58	170	2,88	642	10,88	608	10,31

Tabla 16. Fecuentación Atención Primaria últimos 12 meses a PAC y médico. Piloto 4

PILOTO 4	
Nº de visitas a domicilio por la enfermera de AP en el último año (del grupo de pacientes captados)	Promedio de visitas a domicilio por la enfermera de AP en el último año (del grupo de pacientes captados)
713	12,08

Tabla 17. Fecuentación Atención Primaria últimos 12 meses enfermera de AP. Piloto 4

ESTANCIA MEDIA

Para la valoración de las diferencias en los días de ingreso antes y después de la intervención se utiliza la mediana de estancia por ingreso para evitar la influencia de estancias puntuales por muchos días de ingreso y se excluyen los ingresos en los que el paciente fallece, empleándose pruebas no paramétricas para el cálculo de diferencias.

Los datos se muestran en la siguiente tabla

	Estancia mediana por ingreso en días			* Hodges-Lehmann	Nº de ingresos	
	Intervención	Antes de la intervención	Diferencia días de estancia	Intervalo de confianza 95%	Periodo intervención	Periodo anterior
Piloto 4	7	8	1	(-1 a 5)	35	35

Tabla 18. Estancias Hospitalarias. Piloto 4

SEGUIMIENTO EN ATENCIÓN PRIMARIA

Al inicio del proyecto se estableció que a todos los pacientes incluidos en el piloto, al alta a domicilio, se le abriría un Episodio “Enfermera Gestora” en Osabide AP con dos fines esenciales: por un lado, servir de información a Médico de Familia y Enfermera de referencia, pudiendo identificar de esta manera que el paciente pertenece al piloto y por otro para realizar el seguimiento clínico del paciente, utilizando un formulario acordado para todos los pilotos con el fin de homogeneizar la atención.

El resultado a la consulta de cuántos pacientes disponen de episodios abiertos de Enfermera Gestora de los pacientes captados en este piloto es de 59 (100%). En la tabla siguiente se especifican el número de pacientes captados y grado de seguimiento.

SEGUIMIENTO EN OSABIDE AP				
	nº pacientes captados	nº pacientes con seguimiento	%	Media DBP's por paciente
Total	59	59	100,00%	228,3

Tabla 19. Seguimiento en OSABIDE-AP. Piloto 4

El formulario es un conjunto de DBP (Datos Básico de Pacientes) seleccionados para realizar el seguimiento de estos pacientes.

En la tabla siguiente (**Tabla 20**) se presentan los DBPs y sus frecuencias en el seguimiento de los 102 pacientes que han tenido seguimiento y disponen del Episodio de Enfermera Gestora del Piloto 4. El total de DBPs es de 15.067 por lo que el promedio de DBPs recogidos por paciente es de 228,3.

DBP	frecuencia
Ayuda. N° horas por semana	15
Entregada Hoja Medicación	15
Zarit. Cuidador sobrecarga	18
Situación sociofamiliar. Apoyos	23
Observaciones a protocolo	33
¿Tiene plan de cuidados?	39
Valoración funcional psíquica	56
Sonda naso-gástrica	57
¿Tiene Informe de Valoración Sociofamil?	59
Autoestima negativa	60
Relaciones Familiares Sociales ¿Problema	60
Coordinación motora	61
Sueño. Horas/día	61
Actividad vida diaria	62
Aporte de alimentos.	62
Autonomía eliminación	62
Capacidad auditiva	62
Capacidad visual	62
Comunicación verbal	62
Control esfinter anal	62
Control esfinter uretral	62
Defecación/semana (Frecuencia fecal)	62
Equilibrio (físico)	62
Higiene	62
Lesiones en piel	62
Masticación/deglución (dificultad)	62
Riesgo de caída (Si/No)	62
Uso de laxantes	62
Vivienda - adecuación	63
Adhesión a Tratamiento farmacológico	64
Aporte de líquidos.	64
Autonomía moverse	64
Autonomía vestirse	64
Calidad de sueño percibida	64
Autonomía aseo	65
Sonda urinaria (Si/No)	65
Apoyo familiar / cuidador	66
Indice de masa corporal (IMC)	69
Talla (cm)	73

DBP	frecuencia
Tabaco SI/NO/EX	76
Barthel (escala). Para Crónicos domic	80
Cuidador principal	87
Informe clínico en domicilio	90
Dolor percibido	92
Proceso. Tto a seguir. Cont. Cuidados.	106
Medicación. Revisión	110
Continuidad cuidados al Alta (Si/No)	111
Glucemia Capilar	140
Canalización de Vía Venosa	158
Temperatura	272
Peso (Gramos)	309
Aumento rápido de peso (Si/No)	313
Edemas en EEII (Si/No/Dudosos)	324
Dieta recomendada	330
Dieta	372
Expectoración. Cambios	379
Educación dieta	389
Fiebre (Si/No/No termometrada)	407
Edemas maleolares (Igual/Mejor/Peor)	410
Aumento n° almohadas (Si/No)	417
Cumplimiento Plan/Tratamiento	419
Ejercicio físico (consejo)	422
Areas de educación	424
Tipo de tos.	429
Frecuencia respiratoria	440
Dolor precordial (consulta)	444
Mareo (consulta)	449
Disnea (Mejor/Igual/Peor)	456
Porcentaje Saturación Oxígeno (SpO2)	457
Aumento de la fatiga	461
Disminución Diuresis (Si/No)	461
Estado subjet general (Igual/Mejor/Peor)	469
Dificultad para respirar.	471
TAD	502
Frecuencia cardiaca	503
TAS	503
Adhesión al tratamiento	577

Tabla 20. DBPs Piloto 4

Se adjunta un gráfico de apoyo en el que se presentan los DBPs cuya frecuencia es superior en el piloto.

REGISTRO DE DBP

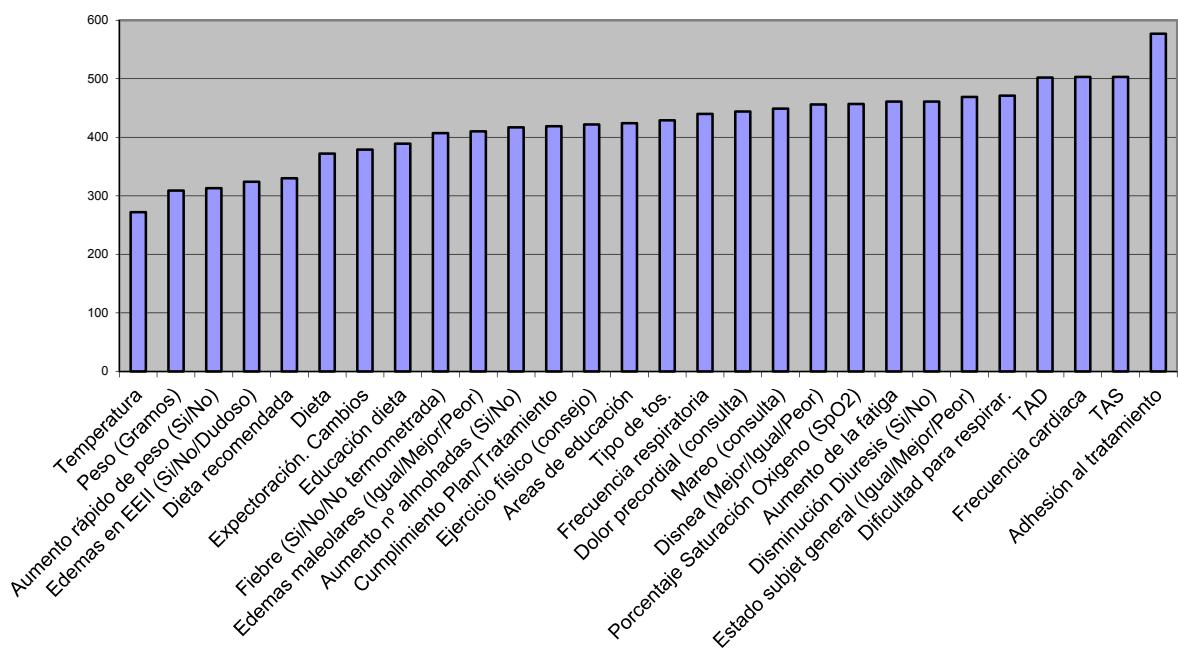


Figura 12. Gráfico DBPs mayores. Piloto 4

INTERVENCIONES REALIZADAS

En las siguientes tablas se indican los contactos mantenidos por los profesionales con pacientes, cuidadores, familia y otros profesionales en el grupo de pacientes captados.

PILOTO 4									
Nº total de contactos mantenidos con cuidador/a (del grupo de pacientes captados)	Promedio de contactos mantenidos con cuidador/a (del grupo de pacientes captados)	Nº total de contactos mantenidos con familiares de manera presencial (del grupo de pacientes captados)	Promedio de contactos mantenidos con familiares de manera presencial (del grupo de pacientes captados)	Nº total de contactos mantenidos con familiares de manera no presencial (del grupo de pacientes captados)	Promedio de contactos mantenidos con familiares de manera no presencial (del grupo de pacientes captados)	Nº total de contactos mantenidos con paciente de manera presencial (del grupo de pacientes captados)	Promedio de contactos mantenidos con paciente de manera presencial (del grupo de pacientes captados)	Nº total de contactos mantenidos con paciente de manera no presencial (del grupo de pacientes captados)	Promedio de contactos mantenidos con paciente de manera no presencial (del grupo de pacientes captados)
1	0,02	56	0,95	677	11,47	308	5,22	810	13,73

Tabla 21. Contactos con pacientes, cuidador o familia. Piloto 4

PILOTO 4				
Nº total de contactos mantenidos con trabajadora social de AP (del grupo de pacientes captados)	Promedio de contactos mantenidos con trabajadora social de AP (del grupo de pacientes captados)	Nº total de contactos mantenidos con trabajadora social de AE (del grupo de pacientes captados)	Nº total de contactos mantenidos con trabajadora social de AE (del grupo de pacientes captados)	
50	0,85	53	0,90	

Tabla 22. Contactos mantendios con Trabajadora social. Piloto 4

El análisis del número de contactos mantenidos con agentes sociales presencial puede ser una pista importante sobre las necesidades para salir del ámbito hospitalario del tipo de población atendida.

PILOTO 4							
Nº de contactos mantenidos: enfermera referente especializada (del grupo de pacientes captados)	Promedio de contactos mantenidos: enfermera referente especializada (del grupo de pacientes captados)	Nº de contactos mantenidos: facultativo referente especializada (del grupo de pacientes captados)	Promedio de contactos mantenidos: facultativo referente especializada (del grupo de pacientes captados)	Nº de contactos mantenidos: enfermera referente de AP (del grupo de pacientes captados)	Promedio de contactos mantenidos: enfermera referente de AP (del grupo de pacientes captados)	Nº de contactos mantenidos: facultativo referente de AP (del grupo de pacientes captados)	Promedio de contactos mantenidos: facultativo referente de AP (del grupo de pacientes captados)
245	4,15	275	4,66	199	3,37	359	6,08

Tabla 23. Contactos mantendios con profesionales. Piloto 4

PILOTO 4		
Nº total de contactos mantenidos: EGEH	Nº total de contactos mantenidos: EGCA	Nº total de contactos mantenidos: Inspección Médica
215	194	33

Tabla 24. Contactos mantendios con profesionales. Piloto 4

EN RELACIÓN A LAS ENCUESTAS DE PERCEPCIÓN DE CALIDAD DE VIDA

Los datos que se ofrecen corresponden a pacientes de este piloto a los que se les pidió su colaboración y se les solicitó respondieran al Cuestionario de Calidad SF12.

65 respuestas del cuestionario se analizan al inicio de la intervención y tras 6 meses se analizan 31 cuestionarios.

Las respuestas de ambos cuestionarios se presentan pareadas para poder realizar la comparación más gráficamente.

La primera pregunta del cuestionario de Calidad de Vida SF-12 hace referencia a la salud en general. Los pacientes refieren estar a los 6 meses con una percepción de su salud peor, el 23,1% refieren al inicio tener una salud **buena y muy buena** y el 0% lo refiere a los 6 meses (Figura 13).

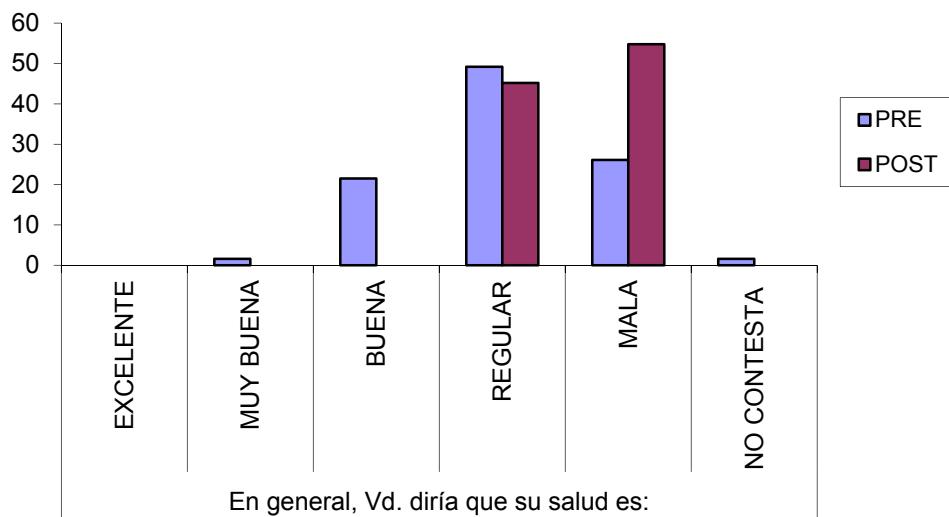


Figura 13. Salud general antes-después. Piloto 4

La pregunta que explora si la salud de las personas encuestadas limita que puedan caminar, muestra que en el grupo que siente que les **limita mucho** aumenta a los 6 meses (61,5% al inicio frente al 71% a los 6 meses) (Figura 14).

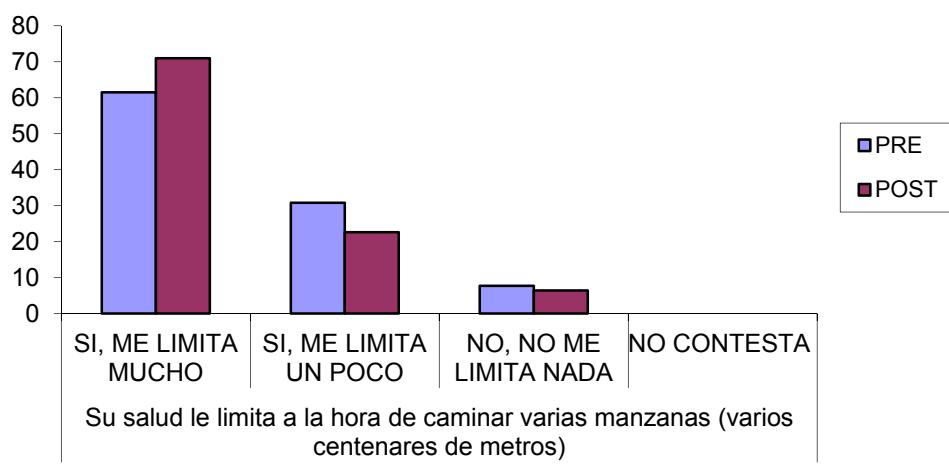


Figura 14. Limitación para caminar. Piloto 4

La pregunta que explora si la salud de las personas encuestadas limita que puedan subir varios pisos por la escalera, muestra que en el grupo que siente que les **limita mucho** aumenta a los 6 meses (81,5% al inicio frente al 83,9% a los 6 meses) (Figura 15).

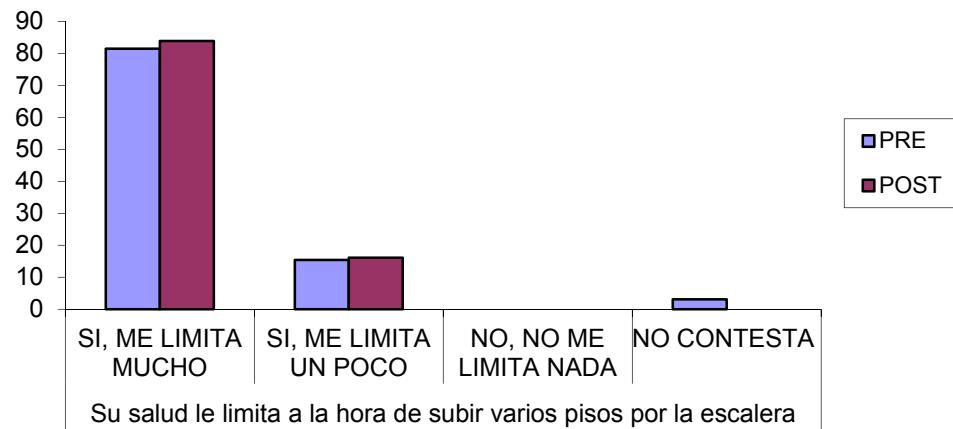


Figura 15. Limitación para subir escalera. Piloto 4

Se observa que a los 6 meses las personas encuestadas refiere tener menos dificultades para realizar aquello que quieren hacer (87% al inicio frente al 74,2% a los 6 meses) (Figura 16).

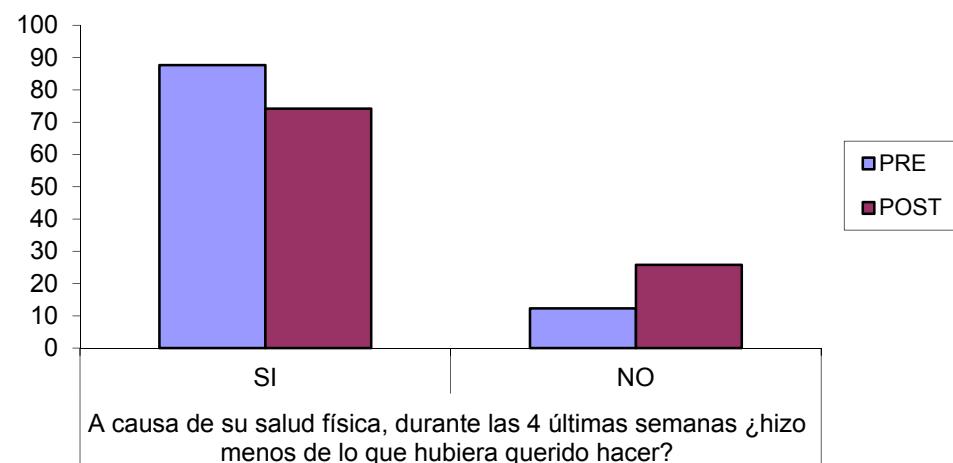


Figura 16. Limitación por salud física para hacer cosas. Piloto 4

Se observa que a los 6 meses aumentan las personas que refieren **no** tener dificultades para realizar su trabajo (12,3% al inicio frente al 25,8% a los 6 meses) (Figura 17).

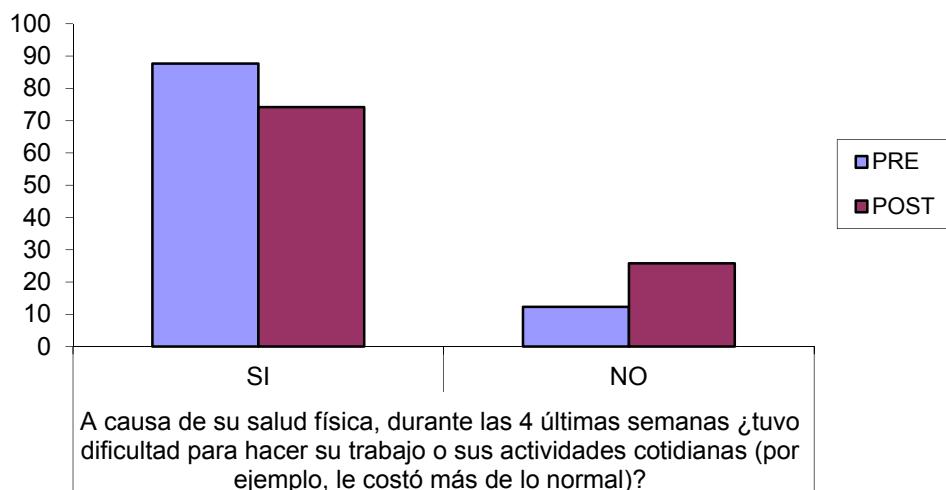


Figura 17. Limitación por salud física para hacer actividades cotidianas. Piloto 4

Al explorar si algún problema emocional limitó la realización de actividades, se observa que a los 6 meses aumenta las personas que **sí** hicieron menos de lo que hubieran querido hacer por esta causa (46,1% al inicio frente al 58,1% a los 6 meses) (Figura 18).

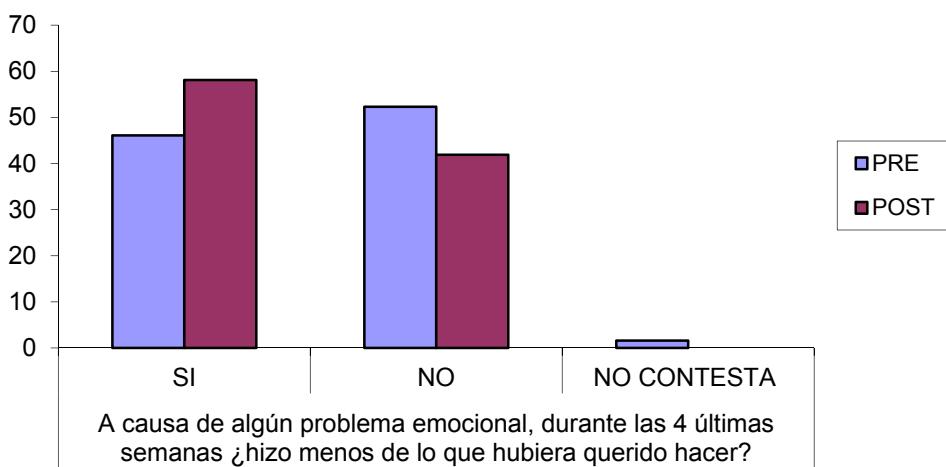


Figura 18. Limitación por salud emocional para hacer actividades. Piloto 4

Lo mismo sucede al preguntar por si por algún problema emocional se ha limitado la realización del trabajo o actividades cotidianas, aumentando a los 6 meses las personas que responden que **sí** (33,8% al inicio frente al 50% a los 6 meses) (Figura 19).

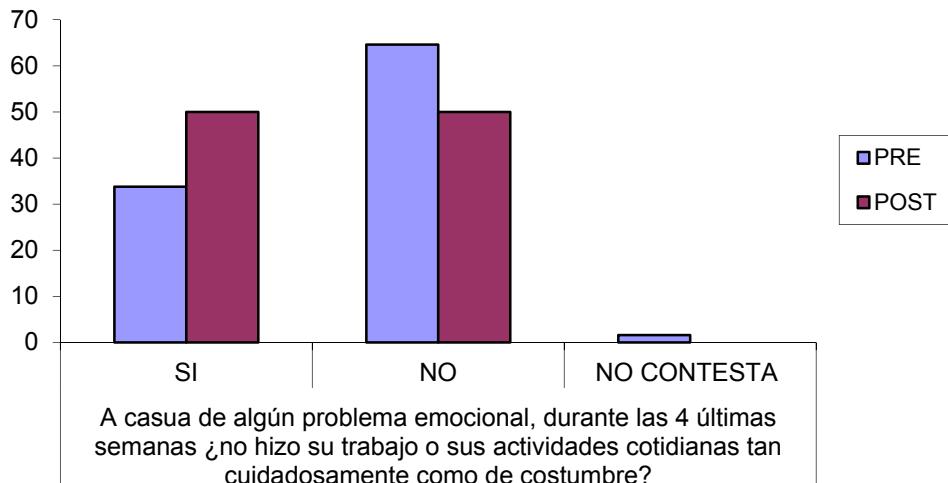


Figura 19. Limitación por salud emocional para hacer actividades cotidianas. Piloto 4

Al preguntar sobre el impacto del dolor en su trabajo habitual, se observa que a los 6 meses disminuye el número de personas que indican que el dolor **nada o un poco** les ha dificultado sus actividades (58,5% al inicio frente al 39,9% a los 6 meses) (Figura 20).

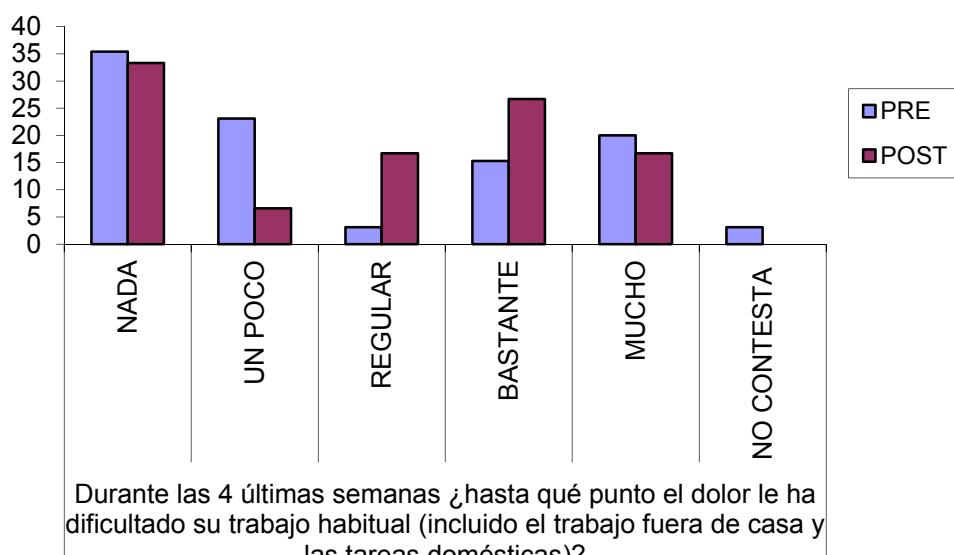


Figura 20. Limitación por dolor. Piloto 4

Las personas que contestan el cuestionario de Calidad de Vida SF-12 refieren tener menor sensación de calma y/o tranquilidad cuando se les pregunta a los 6 meses, el 43,1% refieren sentirse calmado/a y tranquilo/a al inicio **siempre y casi siempre** y el 32,3% lo refiere a los 6 meses (Figura 21).

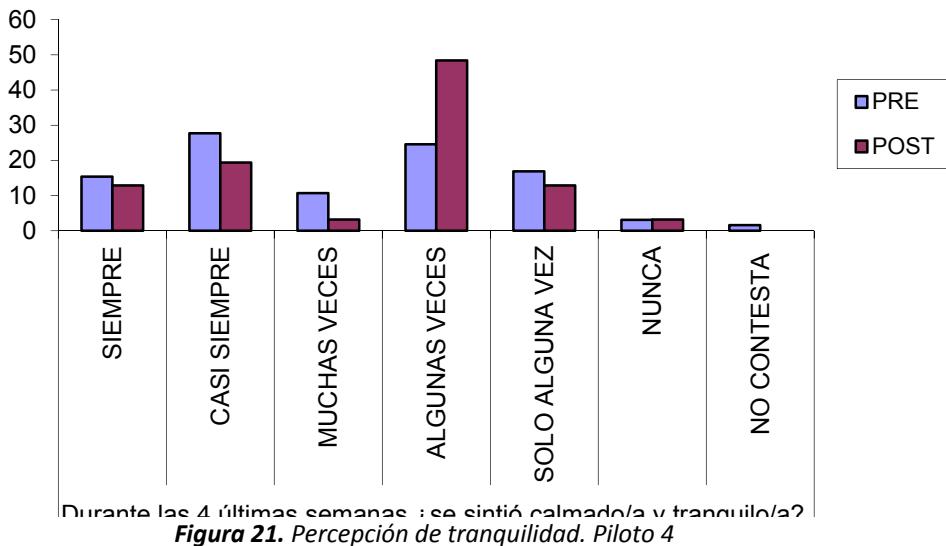


Figura 21. Percepción de tranquilidad. Piloto 4

Al preguntar sobre la percepción de vitalidad, los pacientes preguntados al inicio tienen un peor sentimiento de vitalidad que los que son preguntados a los 6 meses, el 15,4% refieren sentirse lleno/a de vitalidad al inicio **siempre y casi siempre** y el 13% lo refiere a los 6 meses (Figura 22).

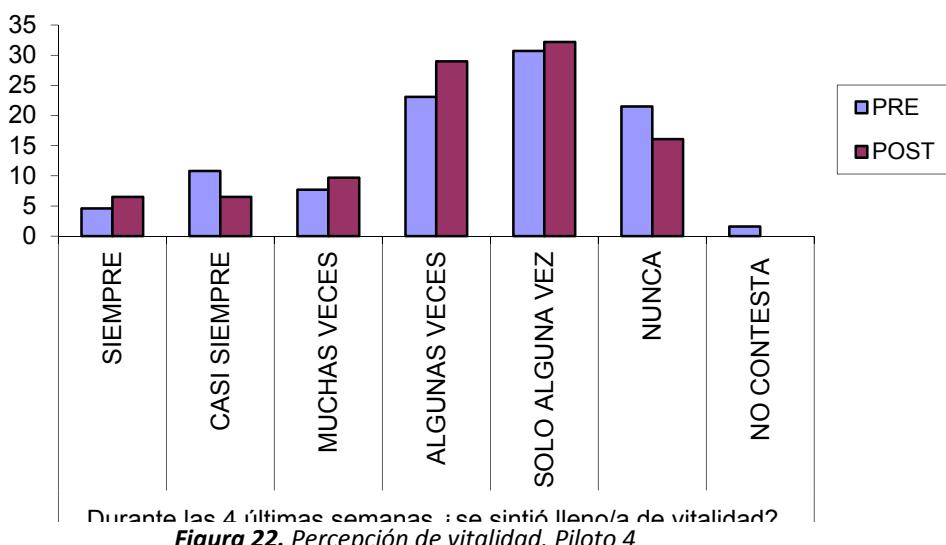


Figura 22. Percepción de vitalidad. Piloto 4

Al preguntar sobre si se sintieron desanimado/a y tristes las personas encuestadas al inicio tienen menor sentimiento de tristeza que los que son preguntados a los 6 meses, el 40% de los encuestados al inicio refieren sentirse desanimado/as y triste **siempre, casi siempre y muchas veces** y el 58,1% lo refiere a los 6 meses (Figura 23).

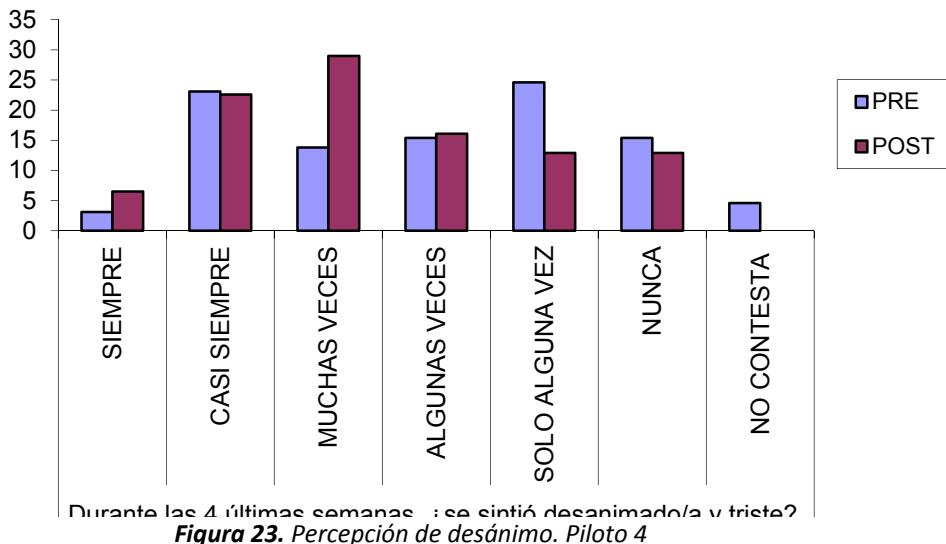


Figura 23. Percepción de desánimo. Piloto 4

El grupo de pacientes encuestados al inicio refieren que su salud física o problemas emocionales le han dificultado en mayor medida sus actividades sociales que los que responden a los 6 meses, el 49,2% refiere que **siempre y casi siempre** su salud física o problemas emocionales dificultan sus actividades sociales, frente al 48,4% a los 6 meses (Figura 24)

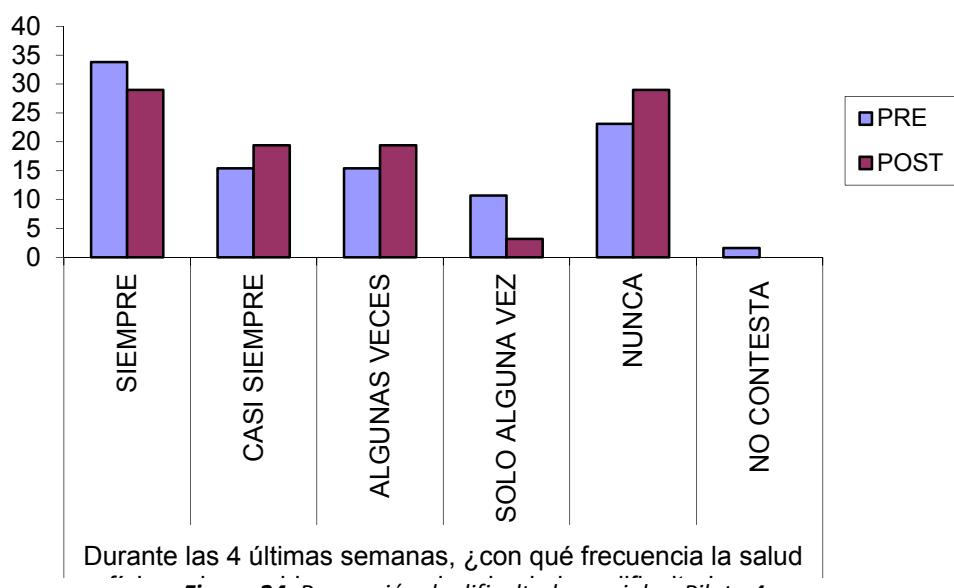


Figura 24. Percepción de dificultades sociales. Piloto 4

EN RELACIÓN A LOS RESULTADOS DE LOS CUESTIONARIOS DE SATISFACCIÓN a pacientes y cuidadores

Se ha utilizado la encuesta SATISFAD para explorar la satisfacción de pacientes y cuidadores. La encuesta ha sido realizada por: GIZAKER con la financiación recibida por parte de KRONIKGUNE

Satisfacción de cuidadores

Se pregunta a 53 familias y/o cuidadores de este Piloto 4 sobre si los servicios que recibe le ayudan a hacer mejor su función de cuidador/a y si el familiar del paciente y/o cuidador han podido participar y decidir en cómo organizar los cuidados en el domicilio.

El 86,3% de los cuidadores refieren que los servicios que recibe **siempre** le ayudan a hacer mejor su función y un 3,9% que **a veces** le ayudan a hacer mejor su función (Figura 25)

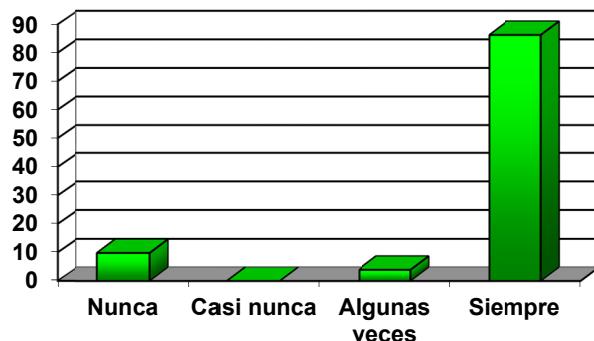


Figura 25. Los servicios que recibe le ayudan a hacer mejor su función de cuidador/a. Piloto 4

El 90% de los cuidadores refieren que **siempre** el familiar del paciente y/o cuidador han podido participar y decidir en cómo organizar los cuidados en el domicilio y un 6% que **a veces** (Figura 26).



Figura 26. El familiar (paciente) y el cuidador han podido participar y decidir en cómo organizar los cuidados en el domicilio. Piloto 4

Satisfacción de pacientes

Se pregunta a los pacientes atendidos en este piloto, sobre la satisfacción con la atención recibida. Entre otras se pregunta sobre si se siente escuchado y comprendido, si entiende a su enfermera cuando le explica las cosas o si es atendido con suficiente intimidad.

A continuación se exponen de manera gráfica las respuestas recibidas en cada ítem.

El 100% de los pacientes refieren que **siempre** se sienten escuchados y comprendidos por su enfermera (Figura 27)

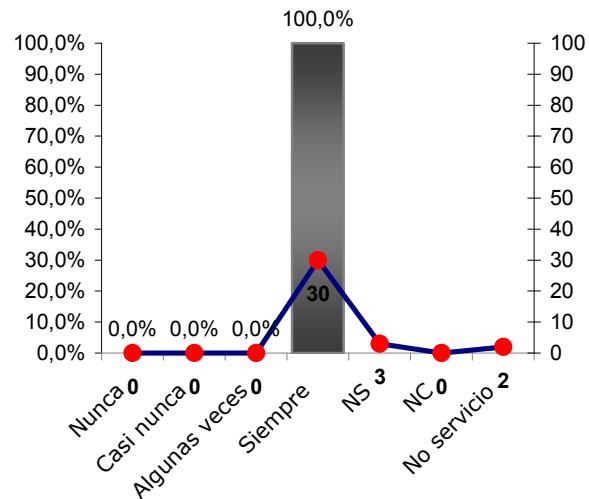


Figura 27. Se siente escuchado y comprendido/a por su enfermera cuando le explica sus problemas de salud y las dificultades que le causa. Piloto 4

El 83,9% de los pacientes refieren que **siempre** entienden a su enfermera cuando le explica las cosas (Figura 28).

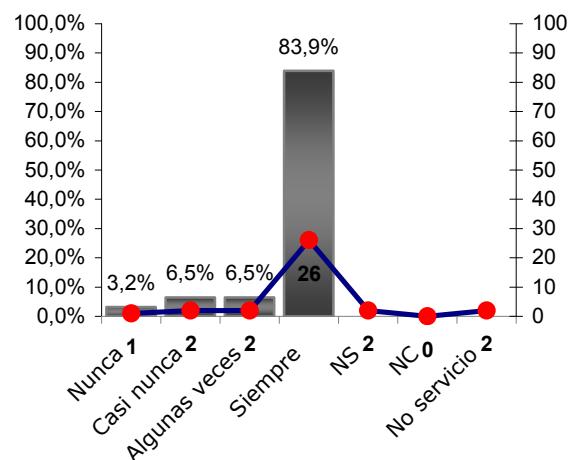


Figura 28. Entiende a su enfermera cuando le explica las cosas. Piloto 4

El 93,5% de los pacientes refieren que **siempre** las enfermeras se preocupan por contactar con ellos (Figura 29).

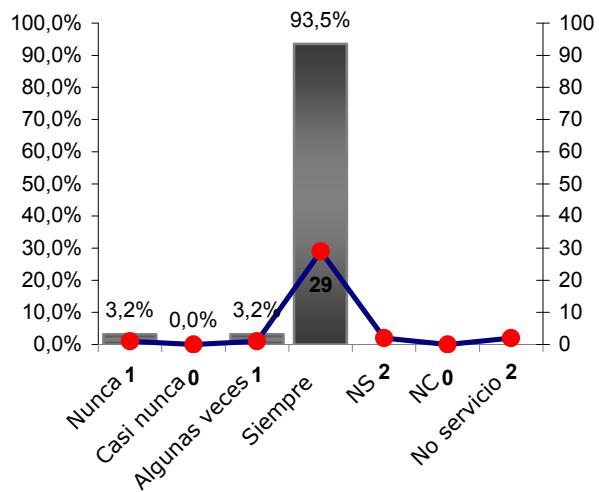


Figura 29. Las enfermeras se preocupan por contactar con Ud si no puede acudir o se va a retrasar . Piloto 4

El 93,1% de los pacientes refieren que **siempre** las enfermeras les enseñan a cuidarse por sí mismo (Figura 30).

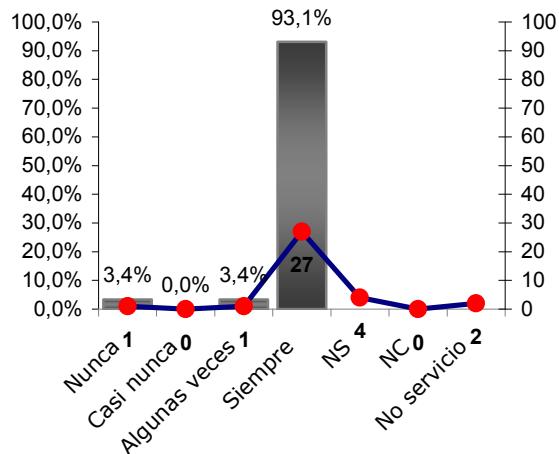


Figura 30. Las enfermeras le enseñan a cuidarse por sí mismo/a . Piloto 4

El 93,3% de los pacientes refieren que **siempre** su enfermera le atiende con suficiente intimidad, de manera reservada (Figura 31).

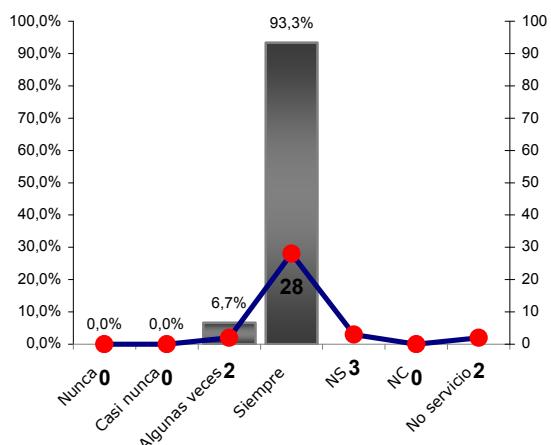


Figura 31. Su enfermera le atiende con la suficiente intimidad, de manera reservada. Piloto 4

El 90% de los pacientes refieren que **siempre** es fácil programar las visitas en los días y horas que quiere (Figura 32).

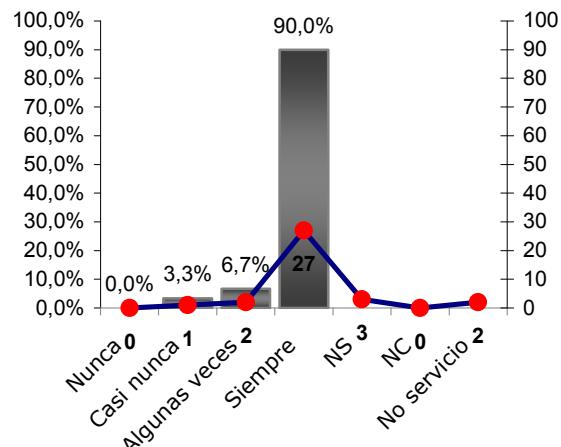


Figura 32. Es fácil programar las visitas en los días y horas que quiere Ud. o le vienen mejor. Piloto 4

El 100% de los pacientes refieren que **siempre** las enfermeras se preocupan por su comodidad (Figura 33).

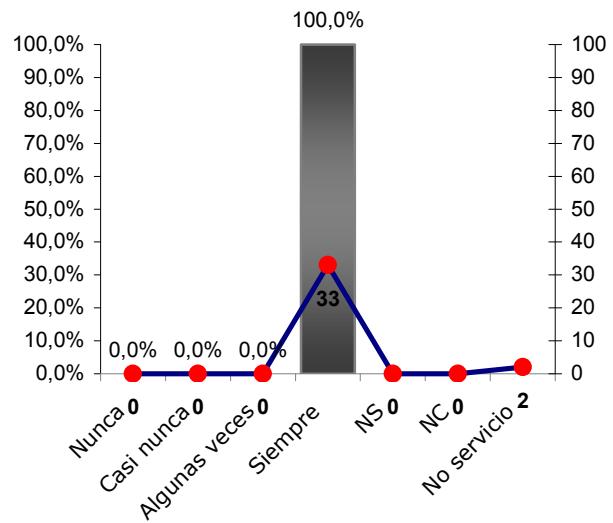


Figura 33. Las enfermeras se preocupan por su comodidad mientras le están tratando o cuidando. Piloto 4

El 100% de los pacientes refieren que **siempre** la enfermera hace un buen trabajo organizando sus necesidades (Figura 34).

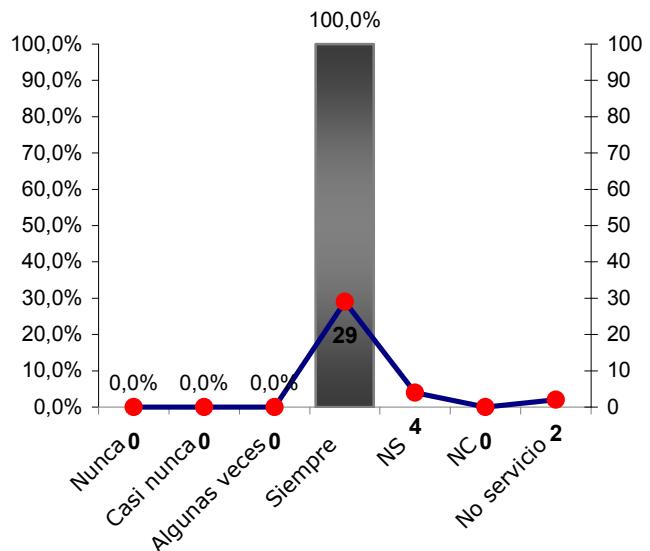


Figura 34. En general, la enfermera gestora hace un buen trabajo organizando lo que Ud. necesita. Piloto 4

Todas las respuestas de los pacientes atendidos en este piloto, muestran una alta la satisfacción con la atención recibida.

APRENDIZAJE Y RECOMENDACIONES

Tras el análisis de la información de este piloto, es posible plantear una serie de conclusiones:

El piloto 4 se desarrolló correctamente según lo establecido, y ambos roles han captado pacientes sin inconvenientes. En cualquier caso, los criterios de inclusión y exclusión se adecuaron a la realidad de las poblaciones atendidas por las organizaciones de servicios incluidas en el piloto.

A lo largo del desarrollo del piloto se han ido ajustando diversos aspectos.

Para la extensión de este piloto 4 sería necesario identificar las causas de reingreso y la necesidad de homogeneización la práctica clínica.

ANEXOS:

ANEXO 1:

PPP CATEGORÍA A:

Insuficiencia cardiaca que en situación de estabilidad clínica haya estado en grado II de la NYHA (ligera limitación de la actividad física).

La actividad física habitual le produce disnea, angina, cansancio o palpitaciones).

Cardiopatía isquémica

PPP CATEGORÍA B:

Vasculitis y enfermedades autoinmunes sistémicas.

Enfermedad renal crónica definida por elevación de creatinina ($>1,4$ mg/dl en hombres o $>1,3$ mg/dl en mujeres) o proteinuria (índice albúmina/creatinina > 300 mg/g, microalbuminuria >3 mg/dl en muestra de orina o albúmina >300 mg/día en orina de 24 horas), mantenidas durante 3 meses.

PPP CATEGORÍA C:

Enfermedad respiratoria crónica que en situación de estabilidad clínica haya estado con disnea grado 2 de la MRC (Incapacidad de mantener el paso de otra persona de la misma edad, caminando en llano, debido a la dificultad respiratoria o tener que parar a descansar al andar en llano al propio paso), o $FEV1 < 65\%$, o $SaO_2 \leq 90\%$

PPP CATEGORÍA D:

Enfermedad inflamatoria crónica intestinal.

Hepatopatía crónica con datos de insuficiencia hepatocelular (INR $>1,7$, albúmina $<3,5$ g/dl, bilirrubina >2 mg/dl) o hipertensión portal (Definida por la presencia de datos clínicos, analíticos, ecográficos o endoscópicos)

<p>PPP CATEGORÍA E: Ataque cerebrovascular. Enfermedad neurológica con déficit motor permanente que provoque una limitación para las actividades básicas de la vida diaria (Índice de Barthel inferior a 60-Anexo 2). Enfermedad neurológica con deterioro cognitivo permanente, al menos moderado (Pfeiffer-Anexo 6- con 5 ó más errores).</p>
<p>PPP CATEGORÍA F: Arteriopatía periférica sintomática. Diabetes mellitus con retinopatía proliferativa o neuropatía sintomática</p>
<p>PPP CATEGORÍA G: Anemia crónica por pérdidas digestivas o hemopatía adquirida no subsidiaria de tratamiento curativo que presente Hb < 10mg/dl en dos determinaciones separadas más de tres meses. Neoplasia sólida o hematológica activa no subsidiaria de tratamiento con intención curativa</p>
<p>PPP CATEGORÍA H: Enfermedad osteoarticular crónica que provoque por sí misma una limitación para las actividades básicas de la vida diaria (Índice de Barthel inferior a 60).</p>

Tabla de paciente pluripatológico de Ollero utilizado en el piloto 4

PROYECTO ESTRATÉGICO 8: COMPETENCIAS AVANZADAS DE ENFERMERÍA

PILOTO 5

H. SAN ELOY-C. EZKERRALDEA



PILOTO 5

H. SAN ELOY Y COMARCA EZKERRALDEA

INTRODUCCIÓN

En el marco de la “Estrategia para afrontar el reto de la cronicidad en Euskadi” se configura el proyecto número 8 de “Definición e implementación de competencias avanzadas de enfermería” con el objeto de perfilar e implementar roles de enfermería mejor adaptados a las necesidades de los pacientes crónicos.

Las necesidades que plantea la Estrategia, han servido para enmarcar los Retos Estratégicos del proyecto que son los siguientes:

- Diseñar nuevos marcos competenciales de enfermería para el conjunto del SSV que de respuesta a las necesidades actuales.
- Identificar sinergias y coordinar a los distintos agentes involucrados en la atención y cuidados de los pacientes crónicos.

Se asume que Enfermería, en un planteamiento funcional, puede ser el engranaje intra y extra del sistema sanitario. La integración entre niveles asistenciales, la movilización de recursos y la gestión de casos, son aspectos fundamentales para su consecución.

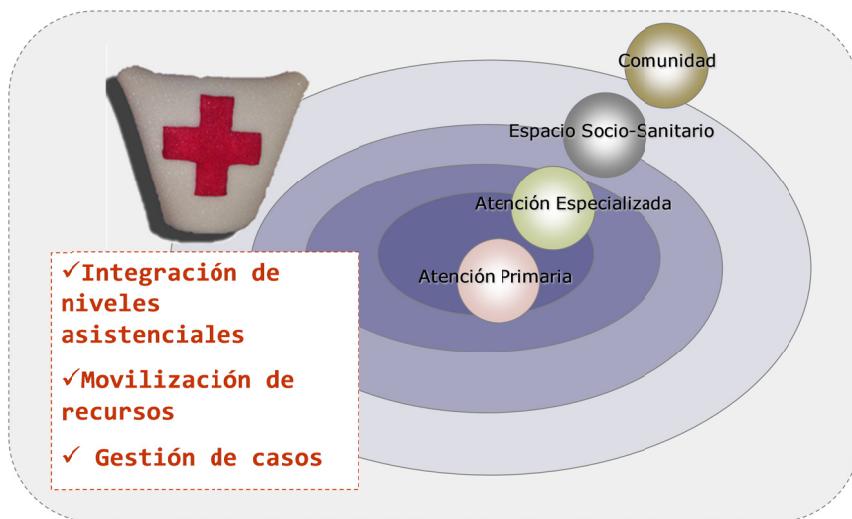


Figura 1. Visión del papel a jugar por la nueva Enfermería

METODOLOGÍA DE TRABAJO

Para lanzar el proyecto, se diseño un cronograma con cinco fases claramente diferenciadas, que cubrían desde la definición inicial hasta la propia implementación de las figuras

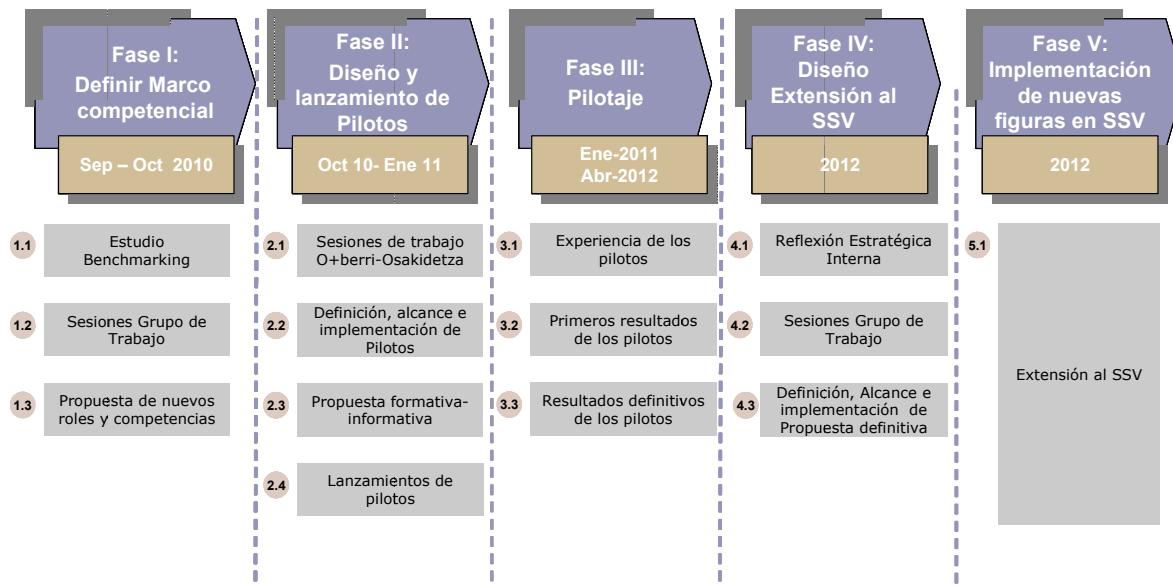


Figura 2. Esquema de fases del proyecto

La fase tercera es la central del proyecto y comprende el pilotaje de los nuevos roles de enfermería en las organizaciones de servicio de Osakidetza.

EQUIPO DE TRABAJO

Se formaron tres Equipo de Trabajo y un Grupo de Trabajo:



Figura 3. Equipos de trabajo

a) **ETLP (Equipo de trabajo de la lógica del proyecto)**: Formado en su inicio por María Jesús Ruiz de Ocenda (Responsable del proyecto), y posteriormente, por Inmaculada Sanchez Martin y O+Berri (Galder Abos, Javier Bikandi y al inicio Naiara Artaza), cuyas funciones son:

- Elaboración de propuesta de trabajo y enfoque metodológico
- Liderazgo y gestión del proyecto global
- Coordinación y supervisión del trabajo del resto de equipos de trabajo
- Elaboración y/o supervisión de los documentos generados en el desarrollo del proyecto

b) **ETAM (Equipo de trabajo de apoyo metodológico)**: Formado por tres enfermeras: Ana M^a Chueca (Unidad de Metodología Calidad del Hospital de Galdakao-Usansolo), Rosa Gonzalez de la Oficina de la Estrategia de Cronicidad (OEC), y M^a Luz Peña Enfermera de la Subdirección de Asistencia Sanitaria.

Las funciones de este equipo son:

- Diseño, apoyo, coordinación y supervisión de pilotos
- Elaboración de documentación necesaria para el desarrollo de los pilotajes.

c) **El ETF (Equipo de trabajo de formación)**: formado por la Responsable de Docencia e Investigación de enfermería de Osakidetza y por una profesora de cada Escuela de Enfermería de Euskadi; Leioa, Donosti y Vitoria.

Sus función fundamental es:

- Dar apoyo, coordinación y supervisión de la formación pre-peri y post proyecto.

d) **Grupo de trabajo**: Formado por profesionales de todos los niveles de la organización (Osakidetza) y de otras instituciones. Los perfiles fueron:

Enfermeras de Atención Primaria y Atención Especializada, Oficina de la Estrategia de la Cronicidad, Gerencias del Atención Primaria y Atención Especializada, Directivos asistenciales médicos y de enfermería, Mandos intermedios de enfermería, Responsables de docencia e investigación

Representante de Colegios de Profesionales Enfermería, Representante de EFEKEZE, EUU Osakidetza, EUU Donosti y Profesionales de O+berri

Las funciones de este Grupo de trabajo son:

- Participar en la elaboración de los documentos base de trabajo que plasmen las propuestas a desarrollar y validar y/o aportar comentarios en la socialización de documentos de trabajo.

TAREAS PREVIAS

A. Benchmarking nacional e Internacional:

Previamente a la puesta en marcha de los pilotos, fue necesario realizar en primer lugar, una búsqueda de las mejores prácticas a nivel internacional y nacional en relación a la asistencia a la cronicidad y los roles de enfermería. Para ello, a nivel internacional se estudiaron las prácticas desarrolladas en Canadá, EEUU, Reino Unido y Paises Escandinavos y a nivel nacional se estudiaron las prácticas de otras CCAA: Andalucía, Aragón, Cataluña, Canarias, Madrid y Valencia. El documento resultante “Benchmarking” es un anexo a este informe.



Figura 4. Documento “Benchmarking”

B. Definición del marco competencial:

El documento de “Benchmarking” fue trasladado al grupo de trabajo para que a la luz de las experiencias nacionales e internacionales se propusieran las propuestas adaptadas a la realidad en Euskadi. El trabajo se plasmó en un informe titulado “Marco competencial ampliado”.



Figura 5. Documento “Marco competencial ampliado”

En dicho documento, el grupo de trabajo recogió las conclusiones generales y realizó la primera aproximación de los perfiles/roles enfermeros a experimentar. Los perfiles / roles resultantes a pilotar fueron los siguientes 3:



Figura 6. Imagen de las figuras / roles a pilotar

OBJETIVO

Perfilar e implementar roles de enfermería, mejor adaptados a las necesidades de los pacientes crónicos.

Para ello, se han diseñado 8 pilotos diferentes en los que interactúan los perfiles / roles a pilotar. Los datos básicos de los 8 pilotos son los siguientes:

PILOTO	OS	PERFIL / ROL
PILOTO 1	OSI BIDASOA	EGEH-EGC
PILOTO 2	H. DONOSTIA	EGEH
	Centro Salud BERANU (Comarca GIPUZKOA ESTE)	EGC
PILOTO 3	H. CRUCES	EGEH
	Comarca URIBE	EGCA

PILOTO 4	H. SANTA MARINA	EGEH	
	Comarca BILBAO	EGCA	
PILOTO 5	H. SAN ELOY	EGEH (3 Supervisoras)	
	Comarca EZKERRALDEA	EGC	
PILOTO 6	H. TXAGORRITXU	EGEH	
	H. SANTIAGO	EGEH	
	Comarca ARABA	EGC	
PILOTO 7	H. ZUMARRAGA	EGEH	
	UAP's Goiherri de Comarca GUIPUZKOA OESTE	EGCA	
PILOTO 8	Clínica La ASUNCIÓN	EGEH (Supervisora de Unidad de Hospitalización)	
	UAP's Tolosaldea Comarca GUIPUZKOA OESTE	EGC	

Tabla 1. Perfiles a pilotar por piloto

PLANIFICACIÓN DEL PILOTO 5 H. SAN ELOY- C. EZKERRALDEA

ORGANIZACIONES DE SERVICIOS Y ROLES A PILOTAR

Las organizaciones de servicios participantes en el **Piloto 5** y los roles incluidos, se muestran en la tabla siguiente:

OS	PERFIL / ROL	
H. SAN ELOY	EGEH (3 supervisoras)	
COMARCA EZKERRALDEA	EGC	

Tabla 2. Roles a pilotar en el piloto 5

POBLACIÓN

La población de referencia de este piloto es la de 7 centros de la Comarca Ezkerraldea:

- U.A.P. La Paz
- U.A.P. Lutxana
- U.A.P. San Vicente
- U.A.P. Urban
- Consultorio Zaballa
- U.A.P. Zaballa
- U.A.P. Zuazo

En la tabla se muestran las características de edad de la población por cada uno de las UAP's:

De 0 a 14 años	Entre 15 y 65 años	Mayores de 65 años	Total
2.462	15.341	4.278	22.081

Tabla 3. Población C.S. La Paz

De 0 a 14 años	Entre 15 y 65 años	Mayores de 65 años	Total
787	4.996	1.407	7.190

Tabla 4. Población C.S. Lutxana

De 0 a 14 años	Entre 15 y 65 años	Mayores de 65 años	Total
2.645	13.304	4.899	20.848

Tabla 5. Población C.S. San Vicente

De 0 a 14 años	Entre 15 y 65 años	Mayores de 65 años	Total
2	8.490	2.386	10.878

Tabla 6. Población UAP. Urban

De 0 a 14 años	Entre 15 y 65 años	Mayores de 65 años	Total
2.140	5.350	1.923	9.413

Tabla 7. Población Consultorio Zaballa

De 0 a 14 años	Entre 15 y 65 años	Mayores de 65 años	Total
1.639	9.103	3.118	13.860

Tabla 7. Población UAP. Zaballa

1.851	13.563	4.112	19.526

Tabla 7. Población UAP. Zuazo

De 0 a 14 años	Entre 15 y 65 años	Mayores de 65 años	Total
11.526	70.147	22.123	103.796

Tabla 8. Población UAPs del pilotaje

La población “diana” se ha definido a través de unos criterios de inclusión y otros de exclusión, iguales para las dos figuras pilotadas:

EGEH y EGC

Criterios de <u>inclusión</u> :	Criterios de <u>exclusión</u> :
Crónico con diagnóstico de EPOC y/o ICC y/o ACV y/o Hepatopatía	Pacientes en diálisis
Con 1 ó más ingresos en el último año	Pacientes oncológicos
Que al alta hospitalaria tenga 5 o más fármacos	Pacientes institucionalizados en residencias asistidas

Tabla 9: Población Diana. Criterios de inclusión y exclusión

IMPLANTACIÓN: ANÁLISIS Y EVOLUCIÓN

El proceso de implantación ha sido gradual a partir del proceso inicial de planificación y definición del piloto. En este apartado se resaltan los aspectos más destacados, como pueden ser las sinergias detectadas con otros proyectos estratégicos o las áreas de mejora detectadas durante el proceso de implantación y desarrollo del piloto.

COMUNICACIÓN

El proceso de comunicación ha sido clave para el desarrollo del piloto y ha contado con 3 apartados:

- i. Resultados de la planificación
- ii. Estrategia de pilotaje
- iii. Implantación y seguimiento del piloto

El proceso de comunicación se ha apoyado fuertemente en las reuniones de seguimiento que ha celebrado la líder del proyecto, semanalmente al inicio, con las/os Responsables, Tutores/as y las enfermeras implicadas, y con periodicidad quincenal en la estabilización del piloto. Dichas reuniones han servido para resolver problemas/dudas en fases iniciales, además de para demostrar la apuesta de la organización con el piloto.

COMUNIDAD ONLINE – WIKI

El piloto 5, como el resto de pilotos se ha apoyado para su desarrollo en una comunidad online o wiki que ha permitido trabajar de forma colaborativa “en la nube”, lo que ha posibilitado disponer en todo momento de información actualizada sobre el desarrollo del proyecto.



Figura 8. Comunidad Online - Wiki

La wiki ha facilitado el intercambio de información y la resolución de dudas de forma sencilla.

PUNTOS FUERTES Y ÁREAS DE MEJORA

Para analizar la evolución del piloto desde una perspectiva cualitativa, se han identificado una serie de factores clave comunes a todos ellos. Se trata de aspectos a vigilar y a controlar para garantizar el progreso del piloto. En conjunto se trata de aspectos de diferentes ámbitos como puede ser la formación, la comunicación o el trabajo colaborativo.

A. Puntos fuertes:

- Aceptación / rechazo de pacientes para inclusión en piloto
- Seguimiento operativo y asimilación de conceptos.
- Transversalidad con otros proyectos estratégicos de la cronicidad
- Integración y flexibilidad de cada piloto (relacionado con las visitas a los centros)
- Trabajo colaborativo con herramienta web ad hoc
- Adecuación de fluograma inicial
- Implicación líderes de enfermería de los os
- Implicación de los profesionales
- Identificación de "fracturas" en el sistema
- Adecuación de criterios generales de inclusión de pacientes

B. Áreas de mejora:

A continuación se destacan las áreas de mejora detectadas durante el desarrollo del piloto. En los casos en los que ha sido posible, se han introducido los cambios necesarios.

En primer lugar cabe destacar la definición inicial de actividad del rol EGC. Aunque a nivel teórico se definieron las actividades a realizar por cada figura, y los circuitos a seguir para la coordinación entre las mismas, hubo que ir ajustando dichos presupuestos a las realidades del piloto. La variabilidad de las casuísticas ha hecho que el proceso de ajuste se haya llevado a cabo durante todo el pilotaje

La falta de homogeneización en la práctica clínica (asociación de cuidados a técnica + integración y coordinación de cuidados) ha sido un problema que requiere atención. Así mismo, la educación para el auto-cuidado es un área con amplio margen de mejora.

La falta de integración de los sistemas de información es una realidad actual en el sistema sanitario. Ha sido un hándicap que han debido ir resolviendo las figuras durante el piloto. Así mismo, la falta de una agenda unificada/ compartida, ha sido otra debilidad a superar.

A destacar la existencia de historias duplicadas. La detección de este problema ha sido tardía, realizándose en la fase de recogida de datos para la evaluación de los resultados. Se trata un tema en proceso de resolución por los Servicios de informática de Osakidetza.

La continuidad de cuidados realizado en Atención Especializada no se ha podido visualizar en ocasiones en Atención Primaria, lo que dificultaba la comunicación entre ambos niveles.

La falta de homogeneización en la práctica clínica (asociación de cuidados a técnica + integración & coordinación de cuidados) ha sido un problema que requiere atención. Así mismo, la educación para el autocuidado y la implicación del paciente son dos áreas que aun presentan mucho margen de mejora

Para conocer un aspecto importante de la atención prestada como es el número de pacientes que conoce el nombre de su enfermera, ya que puede ser un indicador indirecto de una atención personalizada o de existencia de referente enfermero, se pregunta este aspecto a los pacientes captados. En este piloto 92 pacientes (51,39%) conocen el nombre de su enfermera de Atención Primaria, siendo un área de mejora el intentar superar ese porcentaje de conocimiento.

RESULTADOS Y EVALUACIÓN

El número de **pacientes sobre los que se ha intervenido y a los que se ha realizado el seguimiento** es de **179**.

DATOS GENERALES EN RELACIÓN CON LA DETECCIÓN, CAPTACIÓN, EXCLUSIÓN Y REINGRESOS DE PACIENTES

En este piloto, el número de pacientes totales que fueron consultados para ser captados e introducidos en el programa fue de 206. **No aceptan** entrar en el proyecto **13 personas**, existiendo un porcentaje de aceptación de pacientes al proyecto de un 93,69%

14 pacientes fueron excluidos del proyecto tras cumplir criterios de inclusión.

El número total de pacientes captados e intervenidos en el periodo medido en este piloto es de 179.

Se muestran los **datos generales de detección, captación, exclusión, y reingresos** de pacientes desde la figura **EGEH**.

EGEH-EGC		
	nº	%
Pacientes detectados por EGEH-EGC	206	100%
Pacientes no aceptan	13	6,31%
Pacientes excluidos tras captación	14	6,80%
Pacientes en seguimiento	179	86,89%

Tabla 10. Captación de pacientes por EGEH-EGCA. Piloto 5

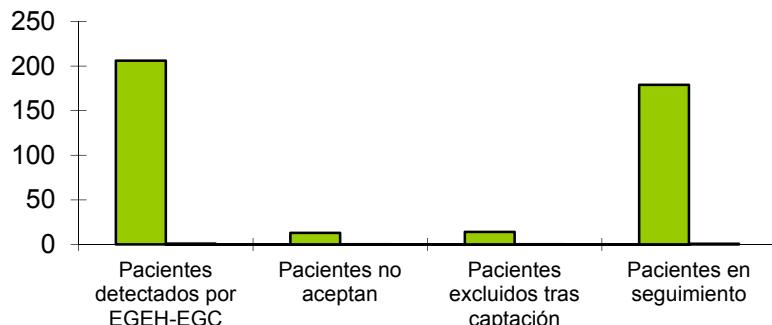


Figura 9. Captación de pacientes por EGEH-EGC. Piloto 5

Edad

La edad media de los pacientes captados en este piloto es de 75,48 años. La distribución de la edad varía entre los 30 y 97 años.

Valoración del grado de dependencia

El 7,6% de los pacientes captados en este piloto tenía una dependencia grave y el 2% una dependencia muy grave.

En la siguiente tabla se presentan los datos de grado de dependencia de los pacientes atendidos.

CAPTACIÓN	Piloto 5				
	% Independientes	% Dependencia Leve	% Dependencia Moderada	% Dependencia Grave	% Dependencia Muy grave
	33,1	39,4	17,9	7,6	2
ALTA	29,9	39,8	20,7	5	4,6

Tabla 11. Nivel de dependencia pacientes captados Piloto 5

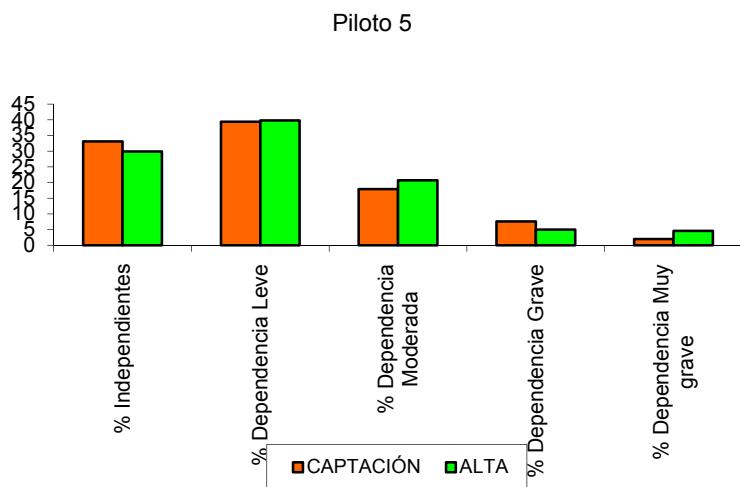


Figura 10. Gráfico nivel de dependencia de pacientes captados Piloto 5

La variación en la escala de dependencia entre el momento de captación y el alta muestra, en general, una estabilidad en los niveles de dependencia desde el momento de captación al momento del alta.

La propia situación y patología de los pacientes puede ser motivo de la situación en la dependencia, siendo peor al alta respecto a la captación.

Mortalidad

El número de pacientes fallecidos (del grupo de pacientes captados) fue de 12, teniendo un índice de mortalidad de 6,7%.

Reingresos

El número total de reingresos del grupo de pacientes captados es de 73 (40,79%)

REINGRESOS		
	nº	%
Total pacientes en seguimiento	179	100%
1 ingreso	106	59,22%
2 o 3 ingresos	48	26,82%
4 o más ingresos	25	13,97%

REINGRESOS

Tabla 12. Reingresos. Piloto 4

FRECUENTACIÓN

En relación a la frequentación de los casos captados en Atención Especializada en los últimos 12 meses en el grupo de pacientes captados los datos se muestran en la siguiente tabla.

PILOTO 5					
Nº total de ingresos programados en los últimos 12 meses (del grupo de pacientes captados)	Promedio de ingresos programados en los últimos 12 meses (del grupo de pacientes captados)	Nº total de ingresos urgentes en los últimos 12 meses (del grupo de pacientes captados)	Promedio de ingresos urgentes en los últimos 12 meses (del grupo de pacientes captados)	Nº total de asistencias a urgencias hospitalarias en los últimos 12 meses (del grupo de pacientes captados)	Promedio de asistencias a urgencias hospitalarias en los últimos 12 meses (del grupo de pacientes captados)
7	0,04	450	2,51	934	5,22

Tabla 13. Frecuentación Atención Especializada últimos 12 meses Piloto 5

En relación a la frecuentación de los casos captados en Atención Primaria en los últimos 12 meses en el grupo de pacientes captados los datos se muestran en la siguiente tabla.

PILOTO 5							
Nº total de asistencias al PAC en los últimos 12 meses (del grupo de pacientes captados)	Promedio de asistencias al PAC en los últimos 12 meses (del grupo de pacientes captados)	Nº de visitas a domicilio por el médico de familia en el último año (del grupo de pacientes captados)	Promedio de visitas a domicilio por el médico de familia en el último año (del grupo de pacientes captados)	Nº de consultas en centro programadas realizadas por médico de familia en el último año (del grupo de pacientes captados)	Promedio de consultas en centro programadas realizadas por médico de familia en el último año (del grupo de pacientes captados)	Nº de consultas en centro urgentes realizadas por médico de familia en el último año (del grupo de pacientes captados)	Promedio de consultas en centro urgentes realizadas por médico de familia en el último año (del grupo de pacientes captados)
102	0,57	183	1,02	1782	9,96	2205	12,32

Tabla 14. Frecuentación Atención Primaria últimos 12 meses a PAC y médico. Piloto 5

PILOTO 5	
Nº de visitas a domicilio por la enfermera de AP en el último año (del grupo de pacientes captados)	Promedio de visitas a domicilio por la enfermera de AP en el último año (del grupo de pacientes captados)
430	2,40

Tabla 15. Frecuentación Atención Primaria últimos 12 meses enfermera de AP. Piloto 5

ESTANCIA MEDIA

Para la valoración de las diferencias en los días de ingreso antes y después de la intervención se utiliza la mediana de estancia por ingreso para evitar la influencia de estancias puntuales por muchos días de ingreso y se excluyen los ingresos en los que el paciente fallece, empleándose pruebas no paramétricas para el cálculo de diferencias.

Los datos se muestran en la siguiente tabla

	Estancia mediana por ingreso en días			* Hodges-Lehmann	Nº de ingresos	
	Intervención	Antes de la intervención	Diferencia días de estancia	Intervalo de confianza 95%	Periodo intervención	Periodo anterior
Piloto 5	6	6	0	(0 a 3)	97	109

Tabla 16. Estancias Hospitalarias. Piloto 5

SEGUIMIENTO EN ATENCIÓN PRIMARIA

Al inicio del proyecto se estableció que a todos los pacientes incluidos en el piloto, al alta a domicilio, se le abriría un Episodio “Enfermera Gestora” en Osabide AP con dos fines esenciales: por un lado, servir de información a Médico de Familia y Enfermera de referencia, pudiendo identificar de esta manera que el paciente pertenece al piloto y por otro para realizar el seguimiento clínico del paciente, utilizando un formulario acordado para todos los pilotos con el fin de homogeneizar la atención.

El resultado a la consulta de cuántos pacientes disponen de episodios abiertos de Enfermera Gestora de los pacientes captados en este piloto es de 139 (77,65%). En la tabla siguiente se especifican el número de pacientes captados y grado de seguimiento.

SEGUIMIENTO EN OSABIDE AP				
	nº pacientes captados	nº pacientes con seguimiento	%	Media DBP's por paciente
Total	179	139	77,65%	16,74

Tabla 17. Seguimiento en OSABIDE-AP. Piloto 5

El formulario es un conjunto de DBP (Datos Básico de Pacientes) seleccionados para realizar el seguimiento de estos pacientes.

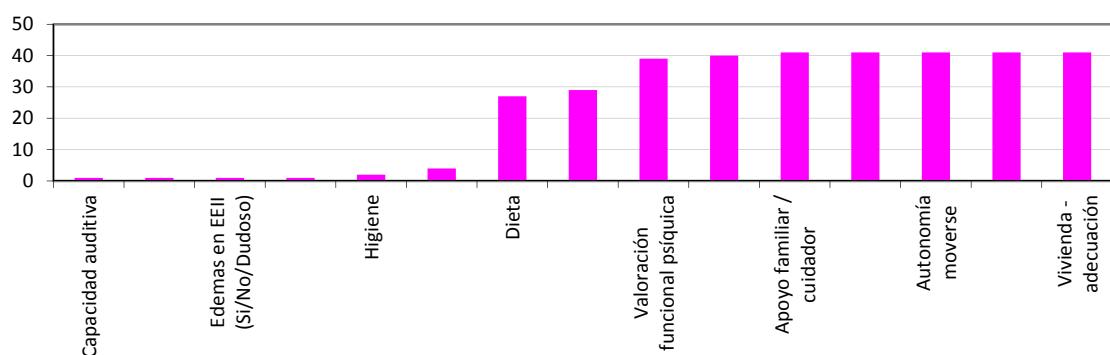
En la tabla siguiente (**Tabla 18**) se presentan los DBPs y sus frecuencias en el seguimiento de los 139 pacientes que han tenido seguimiento y disponen del Episodio de Enfermera Gestora del Piloto 5. El total de DBPs es de 2.327 lo que el promedio de DBPs recogidos por paciente es de 16,74

DBP	frecuencia
Capacidad auditiva	1
Comunicación verbal	1
Edemas en EEII (Si/No/Dudoso)	1
Observaciones a protocolo	1
Higiene	2
¿Tiene plan de cuidados?	4
Dieta	27
Proceso. Tto a seguir. Cont. Cuidados.	29
Valoración funcional psíquica	39
Tabaco SI/NO/EX	40
Apoyo familiar / cuidador	41
Autonomía aseo	41
Autonomía moverse	41
Autonomía vestirse	41
Vivienda - adecuación	41
¿Tiene cuidador principal? Si/No	42
Continuidad cuidados al Alta (Si/No)	43
Barthel (escala). Para Crónicos domic	44
Situación sociofamiliar. Apoyos	47
Cuidador principal	48
Glucemia Capilar	96
Dolor percibido	103
Indice de masa corporal (IMC)	111
Talla (cm)	112
Peso (Gramos)	125
Educación dieta	137
Ejercicio físico (consejo)	147
Frecuencia cardiaca	155
Adhesión al tratamiento	163
TAD	302
TAS	302

Tabla 18. DBPs Piloto 5

Se adjunta un gráfico de apoyo en el que se presentan los DBPs cuya frecuencia es superior en el piloto.

Actividades realizadas (entre 1 y 41)



Actividades realizadas (entre 42 y 310)

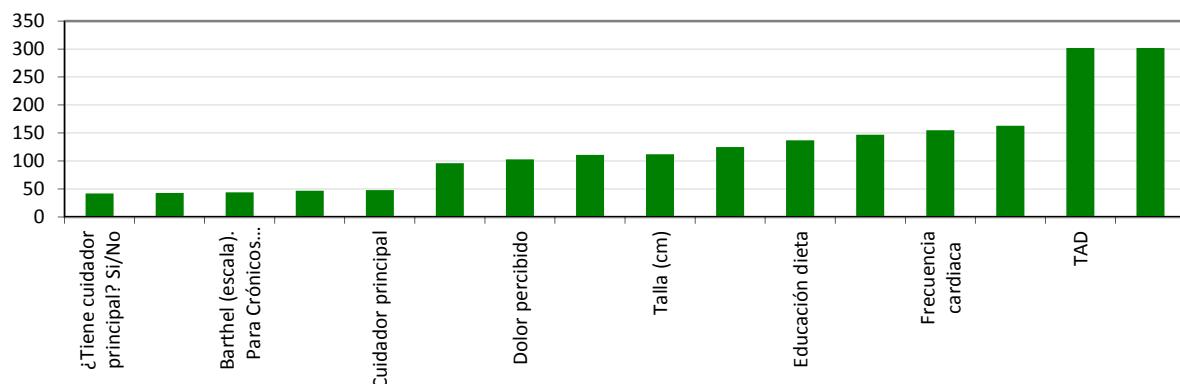


Figura 11. Gráfico DBPs. Piloto 4

INTERVENCIONES REALIZADAS

En las siguientes tablas se indican los contactos mantenidos por los profesionales con pacientes, cuidadores, familia y otros profesionales en el grupo de pacientes captados.

PILOTO 5									
Nº total de contactos mantenidos con cuidador/a (del grupo de pacientes captados)	Promedio de contactos mantenidos con cuidador/a (del grupo de pacientes captados)	Nº total de contactos mantenidos con familiares de manera presencial (del grupo de pacientes captados)	Promedio de contactos mantenidos con familiares de manera presencial (del grupo de pacientes captados)	Nº total de contactos mantenidos con familiares de manera no presencial (del grupo de pacientes captados)	Promedio de contactos mantenidos con familiares de manera no presencial (del grupo de pacientes captados)	Nº total de contactos mantenidos con paciente de manera presencial (del grupo de pacientes captados)	Promedio de contactos mantenidos con paciente de manera presencial (del grupo de pacientes captados)	Nº total de contactos mantenidos con paciente de manera no presencial (del grupo de pacientes captados)	Promedio de contactos mantenidos con paciente de manera no presencial (del grupo de pacientes captados)
378	2,11	278	1,55	255	1,42	351	1,96	181	1,01

Tabla 19. Contactos con pacientes, cuidador o familia. Piloto 5

PILOTO 5			
Nº total de contactos mantenidos con trabajadora social de AP (del grupo de pacientes captados)	Promedio de contactos mantenidos con trabajadora social de AP (del grupo de pacientes captados)	Nº total de contactos mantenidos con trabajadora social de AE (del grupo de pacientes captados)	Nº total de contactos mantenidos con trabajadora social de AE (del grupo de pacientes captados)
46	0,26	0	0

Tabla 20. Contactos mantenidos con Trabajadora social. Piloto 5

El análisis del número de contactos mantenidos con agentes sociales presencial puede ser una pista importante sobre las necesidades para salir del ámbito hospitalario del tipo de población atendida.

PILOTO 5							
Nº de contactos mantenidos: enfermera referente especializada (del grupo de pacientes captados)	Promedio de contactos mantenidos: enfermera referente especializada (del grupo de pacientes captados)	Nº de contactos mantenidos: facultativo referente especializada (del grupo de pacientes captados)	Promedio de contactos mantenidos: facultativo referente especializada (del grupo de pacientes captados)	Nº de contactos mantenidos: enfermera referente de AP (del grupo de pacientes captados)	Promedio de contactos mantenidos: enfermera referente de AP (del grupo de pacientes captados)	Nº de contactos mantenidos: facultativo referente de AP (del grupo de pacientes captados)	Promedio de contactos mantenidos: facultativo referente de AP (del grupo de pacientes captados)
194	1,08	82	0,46	467	2,61	447	2,50

Tabla 21. Contactos mantendios con profesionales. Piloto 5

PILOTO 5		
Nº total de contactos mantenidos: EGEH	Nº total de contactos mantenidos: EGC	Nº total de contactos mantenidos: Inspección Médica
494	246	613

Tabla 22. Contactos mantendios con profesionales. Piloto 5

EN RELACIÓN A LAS ENCUESTAS DE PERCEPCIÓN DE CALIDAD DE VIDA

Los datos que se ofrecen corresponden a pacientes de este piloto a los que se les pidió su colaboración y se les solicitó respondieran al Cuestionario de Calidad SF12.

186 respuestas del cuestionario se analizan al inicio de la intervención y tras 6 meses se analizan 102 cuestionarios.

Las respuestas de ambos cuestionarios se presentan pareadas para poder realizar la comparación más gráficamente.

La primera pregunta del cuestionario de Calidad de Vida SF-12 hace referencia a la salud en general. Los pacientes refieren estar a los 6 meses con una percepción de su salud mejor, el 13,5% refieren al inicio tener una salud **buena y muy buena** y el 19,6% lo refiere a los 6 meses (Figura 12).

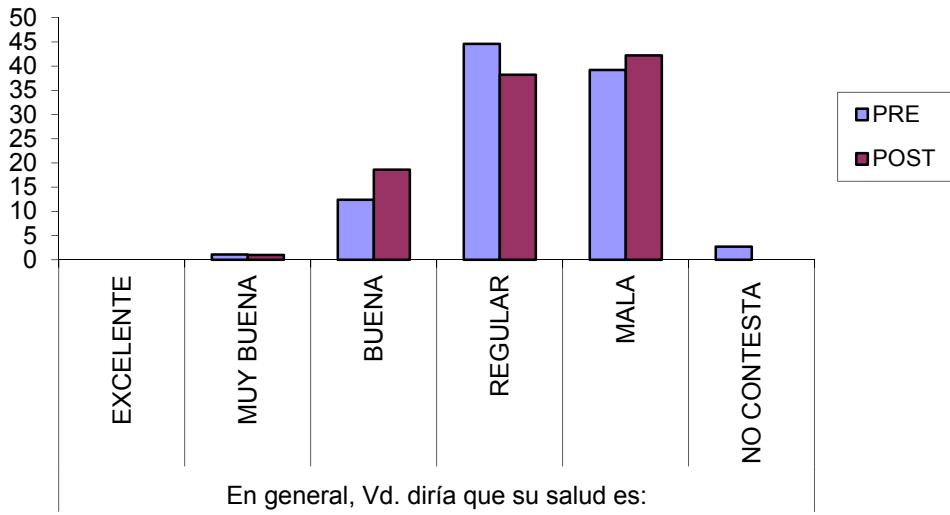


Figura 12. Salud general antes-después. Piloto 5

La pregunta que explora si la salud de las personas encuestadas limita que puedan caminar, muestra que en el grupo que siente que les **limita mucho** aumenta a los 6 meses (47,9% al inicio frente al 61,7% a los 6 meses) (Figura 13).

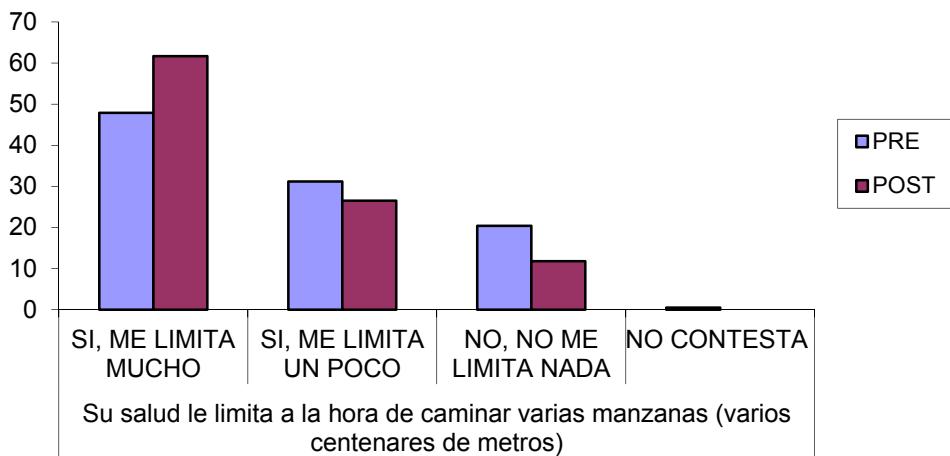


Figura 13. Limitación para caminar. Piloto 5

La pregunta que explora si la salud de las personas encuestadas limita que puedan subir varios pisos por la escalera, muestra que en el grupo que siente que les **limita mucho** aumenta a los 6 meses (71% al inicio frente al 74,5% a los 6 meses) (Figura 14).

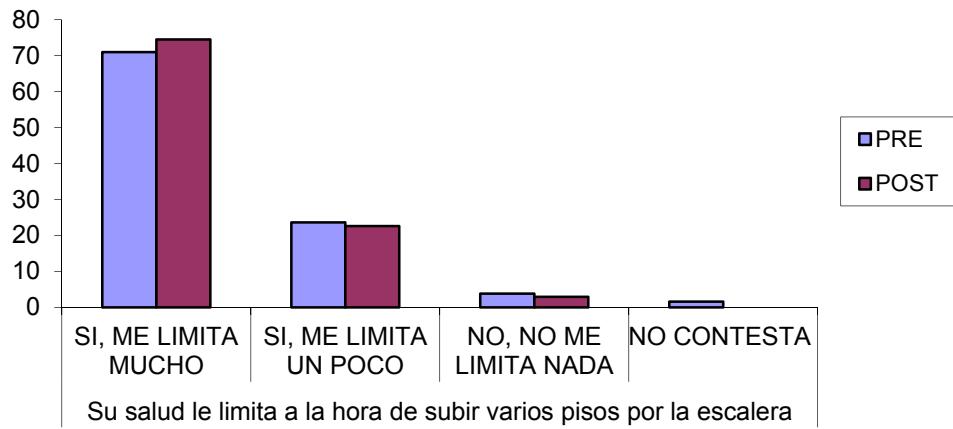


Figura 14. Limitación para subir escalera. Piloto 5

Se observa que a los 6 meses las personas encuestadas refiere tener menos dificultades para realizar aquello que quieren hacer (75,8% al inicio frente al 61% a los 6 meses) (Figura 15).

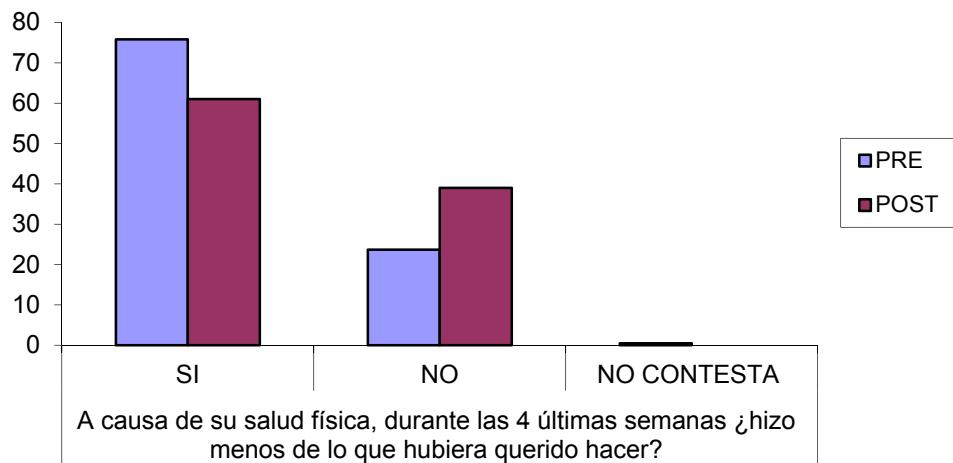


Figura 15. Limitación por salud física para hacer cosas. Piloto 5

Se observa que a los 6 meses aumentan las personas que refieren **no** tener dificultades para realizar su trabajo (28% al inicio frente al 38,4% a los 6 meses) (Figura 16).

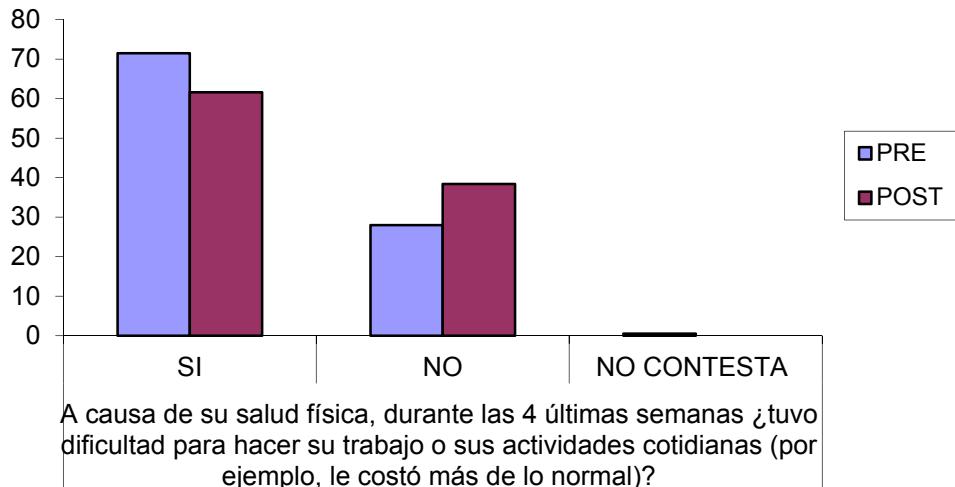


Figura 16. Limitación por salud física para hacer actividades cotidianas. Piloto 5

Al explorar si algún problema emocional limitó la realización de actividades, se observa que a los 6 meses aumenta las personas que **si** hicieron menos de lo que hubieran querido hacer por esta causa (37,1% al inicio frente al 47,5% a los 6 meses) (Figura 17).

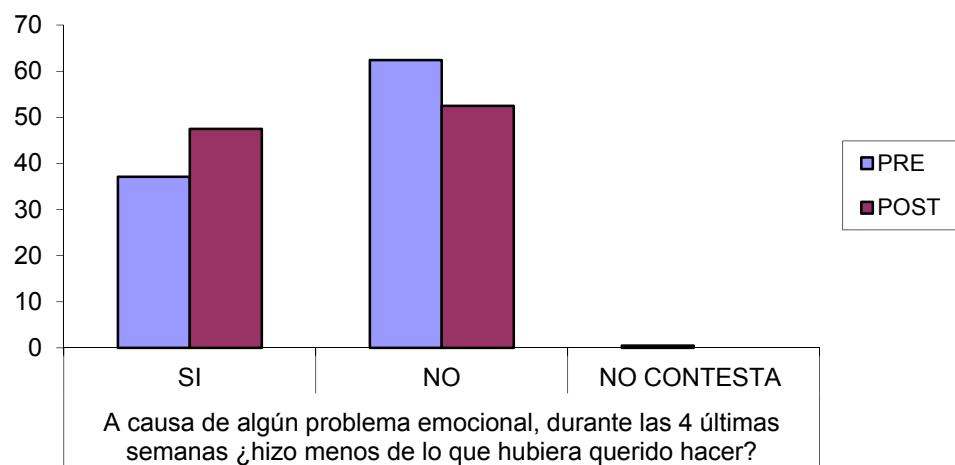


Figura 17. Limitación por salud emocional para hacer actividades. Piloto 5

Lo mismo sucede al preguntar por si por algún problema emocional se ha limitado la realización del trabajo o actividades cotidianas, aumentando a los 6 meses las personas que responden que **si** (30,1% al inicio frente al 44,4% a los 6 meses) (Figura 18).

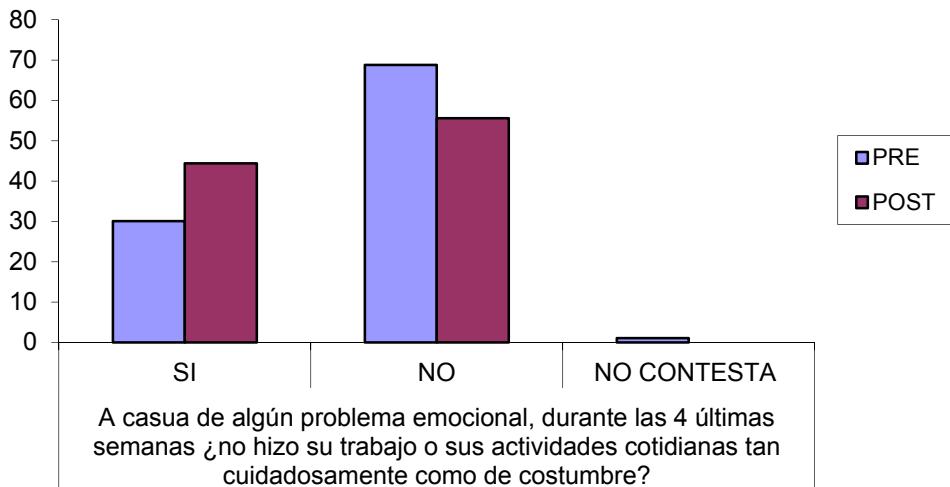


Figura 18. Limitación por salud emocional para hacer actividades cotidianas. Piloto 5

Al preguntar sobre el impacto del dolor en su trabajo habitual, se observa que a los 6 meses disminuye el número de personas que indican que el dolor **nada o un poco** les ha dificultado sus actividades (57,5% al inicio frente al 50,5% a los 6 meses) (Figura 19).

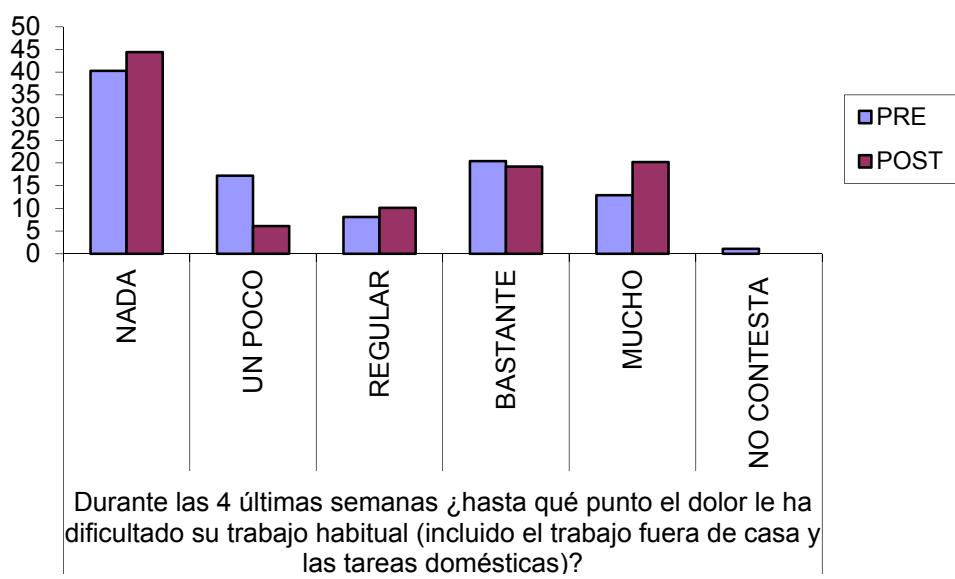


Figura 19. Limitación por dolor. Piloto 5

Las personas que contestan el cuestionario de Calidad de Vida SF-12 refieren tener menor sensación de calma y/o tranquilidad cuando se les pregunta a los 6 meses, el 31,2% refieren sentirse calmado/a y tranquilo/a al inicio **siempre y casi siempre** y el 52,5% lo refiere a los 6 meses (Figura 20).

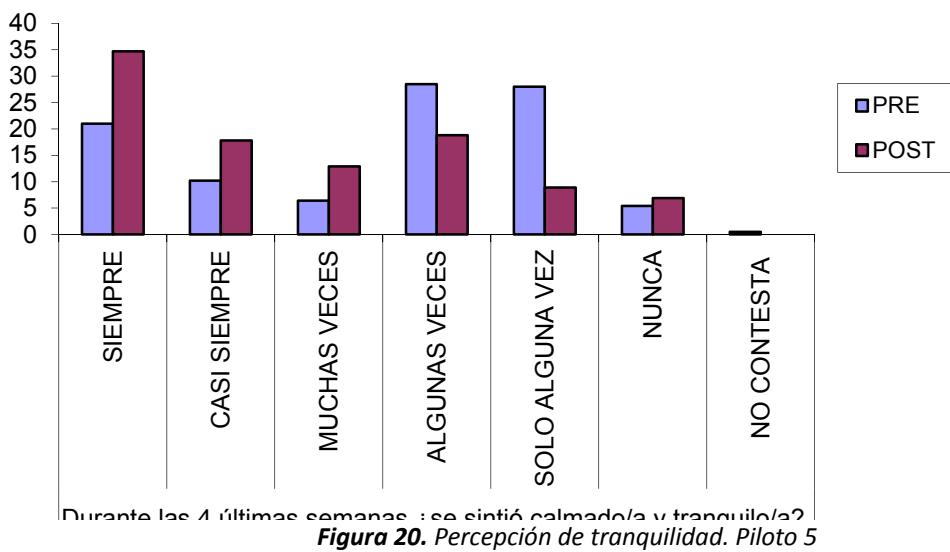


Figura 20. Percepción de tranquilidad. Piloto 5

Al preguntar sobre la percepción de vitalidad, los pacientes preguntados al inicio tienen un peor sentimiento de vitalidad que los que son preguntados a los 6 meses, el 28,5% refieren sentirse lleno/a de vitalidad al inicio **siempre y casi siempre** y el 25% lo refiere a los 6 meses (Figura 21).

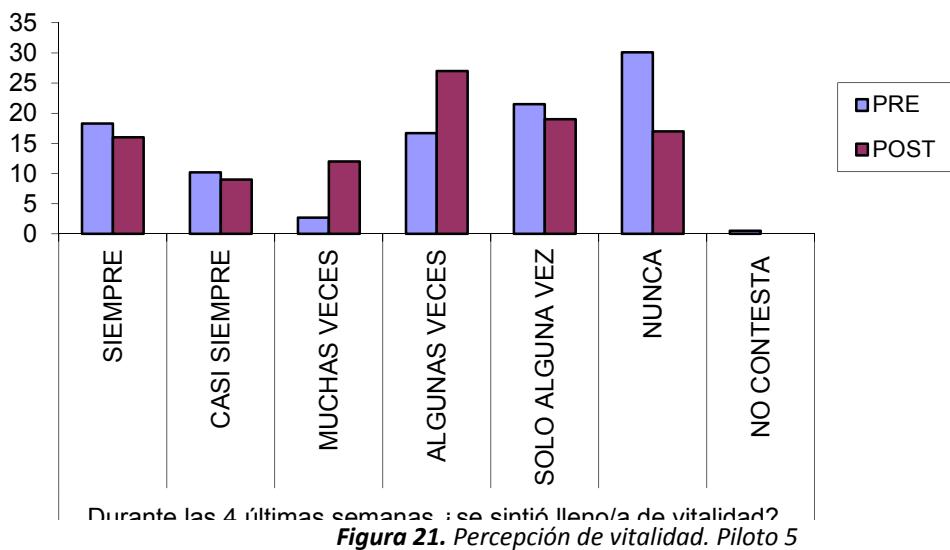


Figura 21. Percepción de vitalidad. Piloto 5

Al preguntar sobre si se sintieron desanimado/a y tristes las personas encuestadas al inicio tienen menor sentimiento de tristeza que los que son preguntados a los 6 meses, el 40,3% de los encuestados al inicio refieren sentirse desanimado/as y triste **siempre, casi siempre y muchas veces** y el 51% lo refiere a los 6 meses (Figura 22).

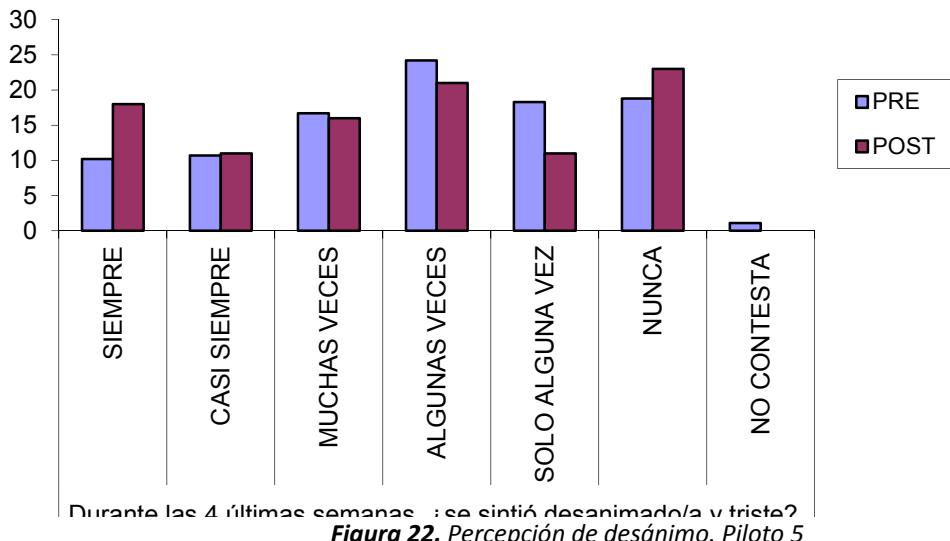


Figura 22. Percepción de desánimo. Piloto 5

El grupo de pacientes encuestados al inicio refieren que su salud física o problemas emocionales le han dificultado ligeramente en menor medida sus actividades sociales que los que responden a los 6 meses, el 31,7% refiere que **siempre y casi siempre** su salud física o problemas emocionales dificultan sus actividades sociales, frente al 32% a los 6 meses (Figura 23)

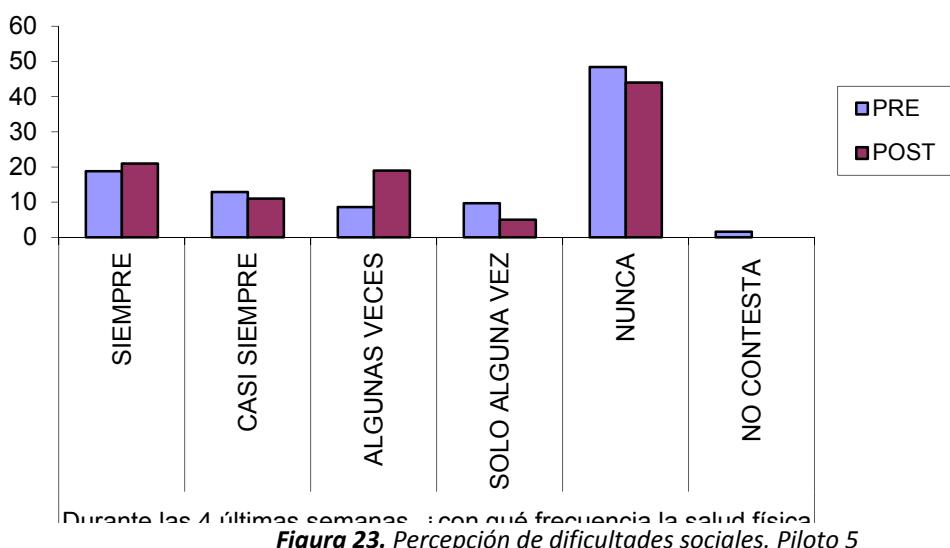


Figura 23. Percepción de dificultades sociales. Piloto 5

EN RELACIÓN A LOS RESULTADOS DE LOS CUESTIONARIOS DE SATISFACCIÓN a pacientes y cuidadores

Se ha utilizado la encuesta SATISFAD para explorar la satisfacción de pacientes y cuidadores. La encuesta ha sido realizada por: GIZAKER con la financiación recibida por parte de KRONIKGUNE

Satisfacción de cuidadores

Se pregunta a 53 familias y/o cuidadores de este Piloto 5 sobre si los servicios que recibe le ayudan a hacer mejor su función de cuidador/a y si el familiar del paciente y/o cuidador han podido participar y decidir en cómo organizar los cuidados en el domicilio.

El 84,8% de los cuidadores refieren que los servicios que recibe **siempre** le ayudan a hacer mejor su función y un 6,1% que **a veces** le ayudan a hacer mejor su función (Figura 24)

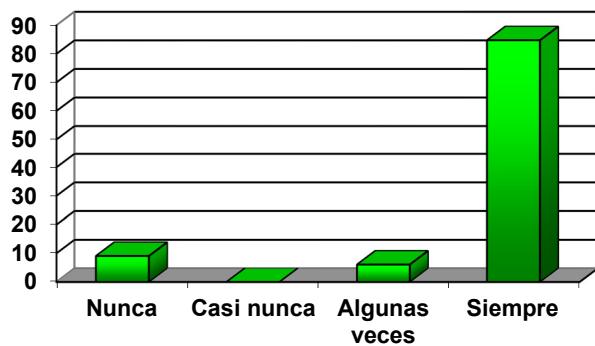


Figura 24. Los servicios que recibe le ayudan a hacer mejor su función de cuidador/a. Piloto 5

El 89,7% de los cuidadores refieren que **siempre** el familiar del paciente y/o cuidador han podido participar y decidir en cómo organizar los cuidados en el domicilio y un 3,4% que **a veces** (Figura 25).



Figura 25. El familiar (paciente) y el cuidador han podido participar y decidir en cómo organizar los cuidados en el domicilio. Piloto 5

Satisfacción de pacientes

Se pregunta a los pacientes atendidos en este piloto, sobre la satisfacción con la atención recibida. Entre otras se pregunta sobre si se siente escuchado y comprendido, si entiende a su enfermera cuando le explica las cosas o si es atendido con suficiente intimidad.

A continuación se exponen de manera gráfica las respuestas recibidas en cada ítem.

El 93,9% de los pacientes refieren que **siempre** se sienten escuchados y comprendidos por su enfermera (Figura 26)

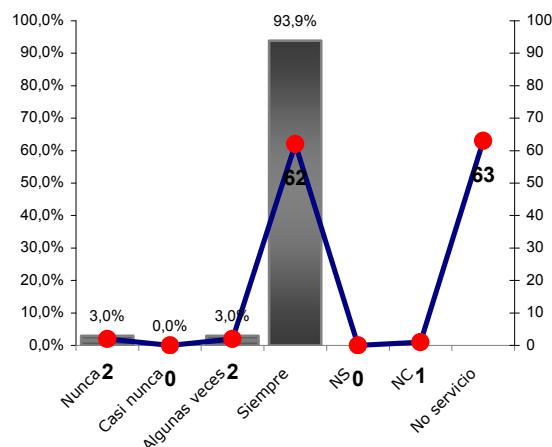


Figura 26. Se siente escuchado y comprendido/a por su enfermera cuando le explica sus problemas de salud y las dificultades que le causa. Piloto 5

El 81,8% de los pacientes refieren que **siempre** entienden a su enfermera cuando le explica las cosas (Figura 27).

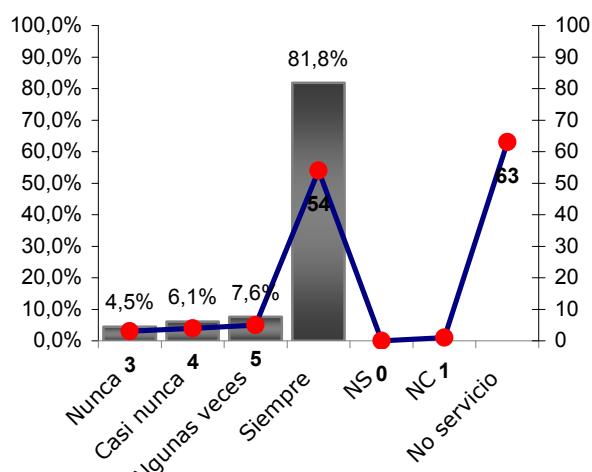


Figura 27. Entiende a su enfermera cuando le explica las cosas. Piloto 5

El 95,2% de los pacientes refieren que **siempre** las enfermeras se preocupan por contactar con ellos (Figura 28).

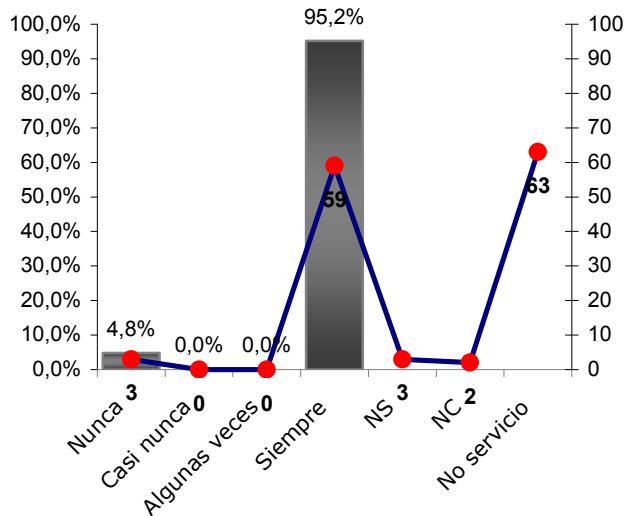


Figura 28. Las enfermeras se preocupan por contactar con Ud si no puede acudir o se va a retrasar . Piloto 5

El 88,1% de los pacientes refieren que **siempre** las enfermeras les enseñan a cuidarse por sí mismo (Figura 29).

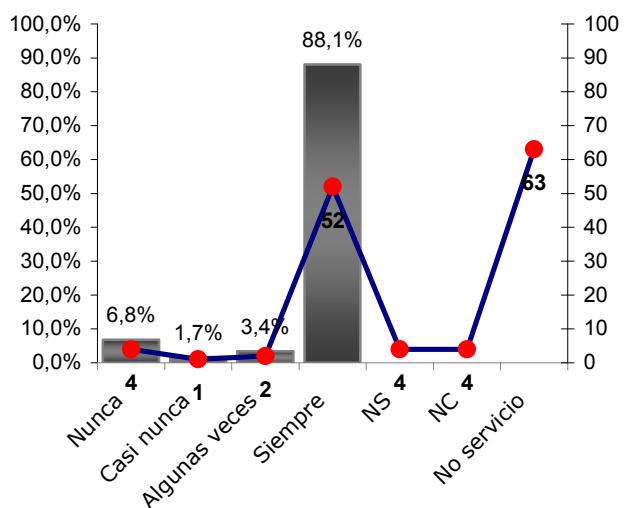


Figura 29. Las enfermeras le enseñan a cuidarse por sí mismo/a . Piloto 5

El 98,4% de los pacientes refieren que **siempre** su enfermera le atiende con suficiente intimidad, de manera reservada (Figura 30).

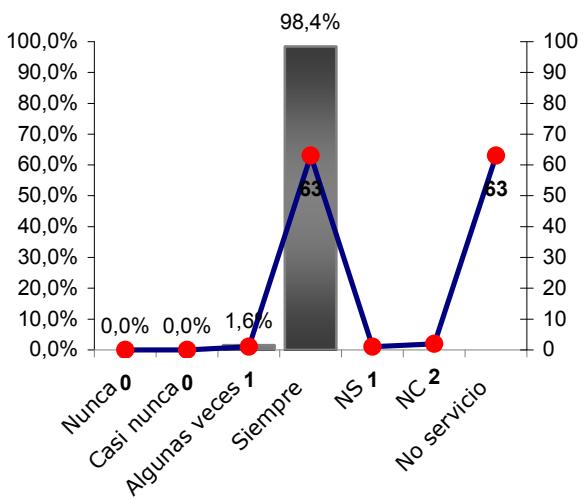


Figura 30. Su enfermera le atiende con la suficiente intimidad, de manera reservada. Piloto 5

El 95% de los pacientes refieren que **siempre** es fácil programar las visitas en los días y horas que quiere (Figura 31).

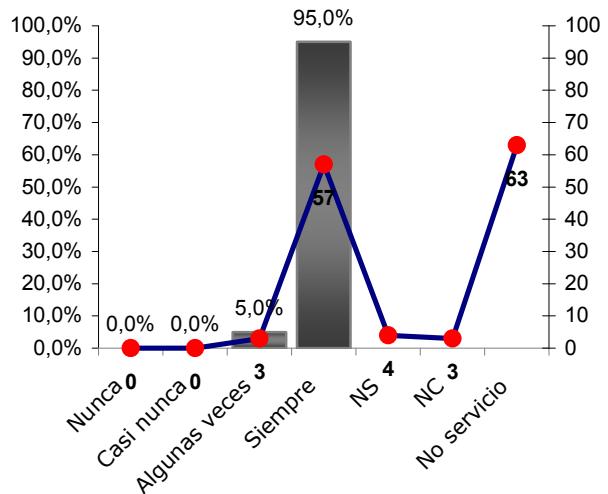


Figura 31. Es fácil programar las visitas en los días y horas que quiere Ud. o le vienen mejor. Piloto 5

El 100% de los pacientes refieren que **siempre** las enfermeras se preocupan por su comodidad (Figura 32).

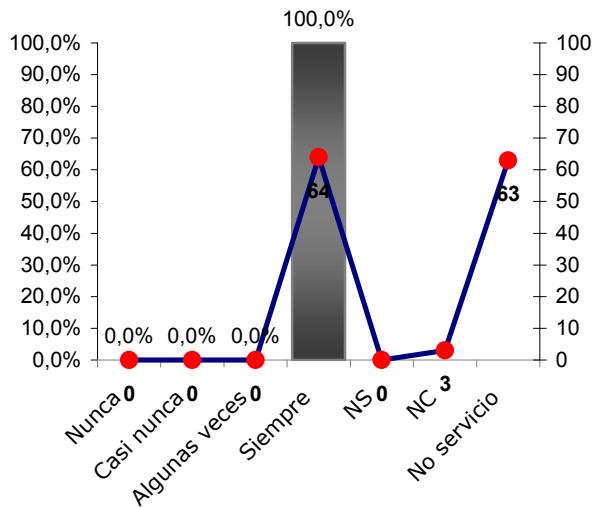


Figura 32. Las enfermeras se preocupan por su comodidad mientras le están tratando o cuidando. Piloto 5

El 96,9% de los pacientes refieren que **siempre** la enfermera hace un buen trabajo organizando sus necesidades (Figura 33).

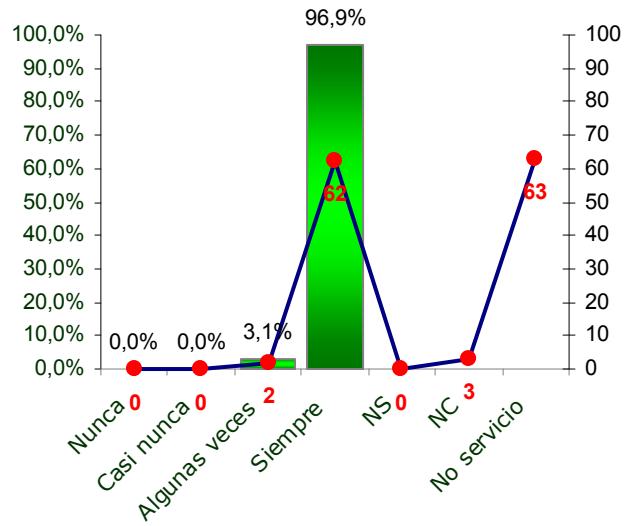


Figura 33. En general, la enfermera gestora hace un buen trabajo organizando lo que Ud. necesita. Piloto 5

Todas las respuestas de los pacientes atendidos en este piloto, muestran una alta satisfacción con la atención recibida.

APRENDIZAJE Y RECOMENDACIONES

Tras el análisis de la información de este piloto, es posible plantear una serie de conclusiones:

El piloto 5 se desarrolló correctamente según lo establecido, y ambos roles han captado pacientes sin inconvenientes. En cualquier caso, los criterios de inclusión y exclusión se adecuaron a la realidad de las poblaciones atendidas por las organizaciones de servicios incluidas en el piloto.

A lo largo del desarrollo del piloto se han ido ajustando diversos aspectos.

Para la extensión de este piloto 5 sería necesario identificar las causas de reingreso y la necesidad de homogeneización la práctica clínica.

ANEXOS:

ANEXO 1:

<p>PPP CATEGORÍA A: Insuficiencia cardiaca que en situación de estabilidad clínica haya estado en grado II de la NYHA (ligera limitación de la actividad física). La actividad física habitual le produce disnea, angina, cansancio o palpitaciones).</p> <p>Cardiopatía isquémica</p>
<p>PPP CATEGORÍA B: Vasculitis y enfermedades autoinmunes sistémicas. Enfermedad renal crónica definida por elevación de creatinina ($>1,4$ mg/dl en hombres o $>1,3$ mg/dl en mujeres) o proteinuria (índice albúmina/creatinina > 300 mg/g, microalbúminuria >3 mg/dl en muestra de orina o albúmina >300 mg/día en orina de 24 horas), mantenidas durante 3 meses.</p>
<p>PPP CATEGORÍA C: Enfermedad respiratoria crónica que en situación de estabilidad clínica haya estado con disnea grado 2 de la MRC (Incapacidad de mantener el paso de otra persona de la misma edad, caminando en llano, debido a la dificultad respiratoria o tener que parar a descansar al andar en llano al propio paso), o FEV1 $<65\%$, o SaO2 $\leq 90\%$</p>
<p>PPP CATEGORÍA D: Enfermedad inflamatoria crónica intestinal. Hepatopatía crónica con datos de insuficiencia hepatocelular (INR $>1,7$, albúmina $<3,5$ g/dl, bilirrubina >2 mg/dl) o hipertensión portal (Definida por la presencia de datos clínicos, analíticos, ecográficos o endoscópicos)</p>
<p>PPP CATEGORÍA E: Ataque cerebrovascular. Enfermedad neurológica con déficit motor permanente que provoque una limitación para las actividades básicas de la vida diaria (Índice de Barthel inferior a 60-Anexo 2). Enfermedad neurológica con deterioro cognitivo permanente, al menos moderado (Pfeiffer-Anexo 6- con 5 ó más errores).</p>

<p>PPP CATEGORÍA F: Arteriopatía periférica sintomática. Diabetes mellitus con retinopatía proliferativa o neuropatía sintomática</p>
<p>PPP CATEGORÍA G: Anemia crónica por pérdidas digestivas o hemopatía adquirida no subsidiaria de tratamiento curativo que presente Hb < 10mg/dl en dos determinaciones separadas más de tres meses. Neoplasia sólida o hematológica activa no subsidiaria de tratamiento con intención curativa</p>
<p>PPP CATEGORÍA H: Enfermedad osteoarticular crónica que provoque por sí misma una limitación para las actividades básicas de la vida diaria (Índice de Barthel inferior a 60).</p>

Tabla de paciente pluripatológico de Ollero utilizado en el piloto 5

PROYECTO ESTRATÉGICO 8: COMPETENCIAS AVANZADAS DE ENFERMERÍA

PILOTO 6

H. U. ALAVA-C. ARABA



PILOTO 6

H. U. ALAVA (SANTIAGO Y TXAGORRITXU) Y COMARCA ARABA

INTRODUCCIÓN

En el marco de la “Estrategia para afrontar el reto de la cronicidad en Euskadi” se configura el proyecto número 8 de “Definición e implementación de competencias avanzadas de enfermería” con el objeto de perfilar e implementar roles de enfermería mejor adaptados a las necesidades de los pacientes crónicos.

Las necesidades que plantea la Estrategia, han servido para enmarcar los Retos Estratégicos del proyecto que son los siguientes:

- Diseñar nuevos marcos competenciales de enfermería para el conjunto del SSV que de respuesta a las necesidades actuales.
- Identificar sinergias y coordinar a los distintos agentes involucrados en la atención y cuidados de los pacientes crónicos.

Se asume que Enfermería, en un planteamiento funcional, puede ser el engranaje intra y extra del sistema sanitario. La integración entre niveles asistenciales, la movilización de recursos y la gestión de casos, son aspectos fundamentales para su consecución.



Figura 1. Visión del papel a jugar por la nueva Enfermería

METODOLOGÍA DE TRABAJO

Para lanzar el proyecto, se diseño un cronograma con cinco fases claramente diferenciadas, que cubrían desde la definición inicial hasta la propia implementación de las figuras

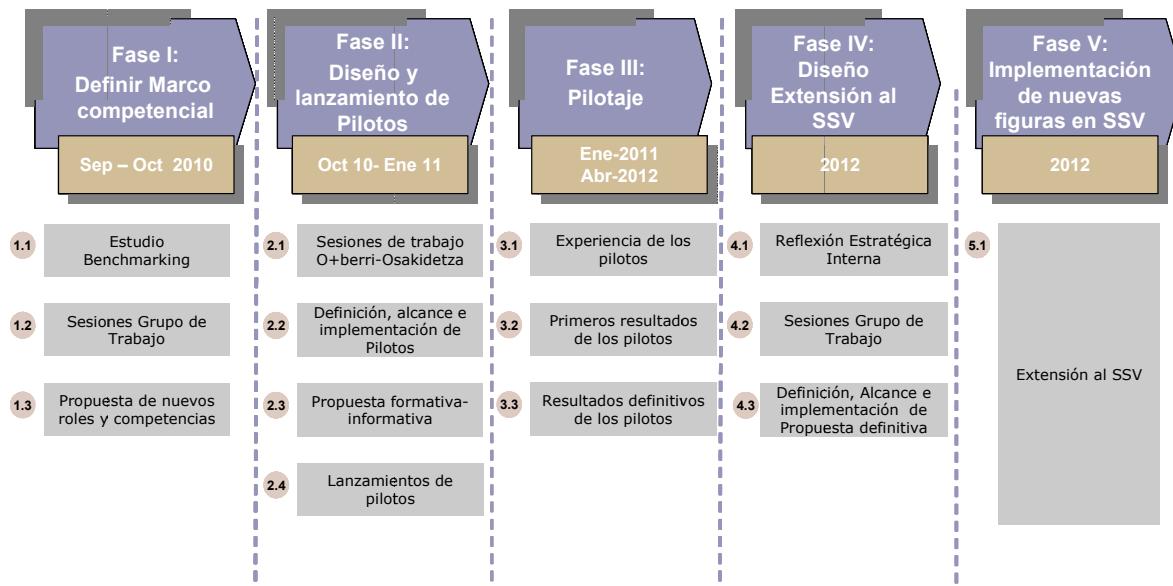


Figura 2. Esquema de fases del proyecto

La fase tercera es la central del proyecto y comprende el pilotaje de los nuevos roles de enfermería en las organizaciones de servicio de Osakidetza.

EQUIPO DE TRABAJO

Se formaron tres Equipos de Trabajo y un Grupo de Trabajo:



Figura 3. Equipos de trabajo

a) **ETLP (Equipo de trabajo de la lógica del proyecto)**: Formado en su inicio por María Jesús Ruiz de Ocenda (Responsable del proyecto), y posteriormente, por Inmaculada Sanchez Martin y O+Berri (Galder Abos, Javier Bikandi y al inicio Naiara Artaza), cuyas funciones son:

- Elaboración de propuesta de trabajo y enfoque metodológico
- Liderazgo y gestión del proyecto global
- Coordinación y supervisión del trabajo del resto de equipos de trabajo
- Elaboración y/o supervisión de los documentos generados en el desarrollo del proyecto

b) **ETAM (Equipo de trabajo de apoyo metodológico)**: Formado por tres enfermeras: Ana M^a Chueca (Unidad de Metodología Calidad del Hospital de Galdakao-Usansolo), Rosa Gonzalez de la Oficina de la Estrategia de Cronicidad (OEC), y M^a Luz Peña Enfermera de la Subdirección de Asistencia Sanitaria.

Las funciones de este equipo son:

- Diseño, apoyo, coordinación y supervisión de pilotos
- Elaboración de documentación necesaria para el desarrollo de los pilotajes.

c) **El ETF (Equipo de trabajo de formación)**: formado por la Responsable de Docencia e Investigación de enfermería de Osakidetza y por una profesora de cada Escuela de Enfermería de Euskadi; Leioa, Donostti y Vitoria.

Sus función fundamental es:

- Dar apoyo, coordinación y supervisión de la formación pre-peri y post proyecto.

d) **Grupo de trabajo**: Formado por profesionales de todos los niveles de la organización (Osakidetza) y de otras instituciones. Los perfiles fueron:

Enfermeras de Atención Primaria y Atención Especializada, Oficina de la Estrategia de la Cronicidad, Gerencias del Atención Primaria y Atención Especializada, Directivos asistenciales médicos y de enfermería, Mandos intermedios de enfermería, Responsables de docencia e investigación

Representante de Colegios de Profesionales Enfermería, Representante de EFEKEZE, EUF Osakidetza, EUF Donostti y Profesionales de O+berri

Las funciones de este Grupo de trabajo son:

- Participar en la elaboración de los documentos base de trabajo que plasmen las propuestas a desarrollar y validar y/o aportar comentarios en la socialización de documentos de trabajo.

TAREAS PREVIAS

A. Benchmarking nacional e Internacional:

Previamente a la puesta en marcha de los pilotos, fue necesario realizar en primer lugar, una búsqueda de las mejores prácticas a nivel internacional y nacional en relación a la asistencia a la cronicidad y los roles de enfermería. Para ello, a nivel internacional se estudiaron las prácticas desarrolladas en Canadá, EEUU, Reino Unido y Paises Escandinavos y a nivel nacional se estudiaron las prácticas de otras CCAA: Andalucía, Aragón, Cataluña, Canarias, Madrid y Valencia. El documento resultante “Benchmarking” es un anexo a este informe.



Figura 4. Documento “Benchmarking”

B. Definición del marco competencial:

El documento de “Benchmarking” fue trasladado al grupo de trabajo para que a la luz de las experiencias nacionales e internacionales se propusieran las propuestas adaptadas a la realidad en Euskadi. El trabajo se plasmó en un informe titulado “Marco competencial ampliado”.



Figura 5. Documento “Marco competencial ampliado”

En dicho documento, el grupo de trabajo recogió las conclusiones generales y realizó la primera aproximación de los perfiles/roles enfermeros a experimentar. Los perfiles / roles resultantes a pilotar fueron los siguientes 3:

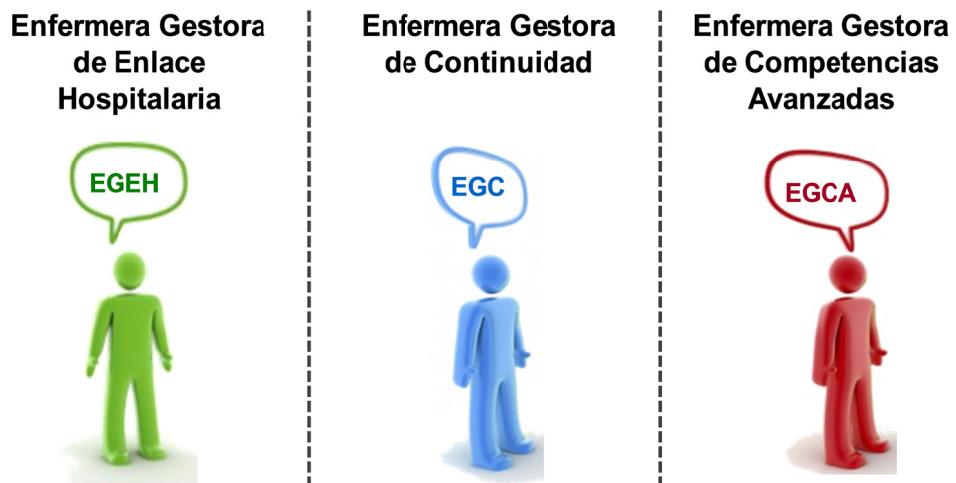


Figura 6. Imagen de las figuras / roles a pilotar

OBJETIVO

Perfilar e implementar roles de enfermería, mejor adaptados a las necesidades de los pacientes crónicos.

Para ello, se han diseñado 8 pilotos diferentes en los que interactúan los perfiles / roles a pilotar. Los datos básicos de los 8 pilotos son los siguientes:

PILOTO	OS	PERFIL / ROL	
PILOTO 1	OSI BIDASOA	EGEH-EGC	
PILOTO 2	H. DONOSTIA	EGEH	
	Centro Salud BERAUN (Comarca GIPUZKOA ESTE)	EGC	
PILOTO 3	H. CRUCES	EGEH	
	Comarca URIBE	EGCA	
PILOTO 4	H. SANTA MARINA	EGEH	
	Comarca BILBAO	EGCA	
PILOTO 5	H. SAN ELOY	EGEH (3 Supervisoras)	
	Comarca EZKERRALDEA	EGC	

PILOTO 6	H. TXAGORRITXU	EGEH	
	H. SANTIAGO	EGEH	
	Comarca ARABA	EGC	
PILOTO 7	H. ZUMARRAGA	EGEH	
	UAP's Goiherri de Comarca GUIPUZKOA OESTE	EGCA	
PILOTO 8	Clínica La ASUNCIÓN	EGEH (Supervisora de Unidad de Hospitalización)	
	UAP's Tolosaldea Comarca GUIPUZKOA OESTE	EGC	

Tabla 1. Perfiles a pilotar por piloto

PLANIFICACIÓN DEL PILOTO 6 H. U. ALAVA- C. ARABA

ORGANIZACIONES DE SERVICIOS Y ROLES A PILOTAR

Las organizaciones de servicios participantes en el **Piloto 6** y los roles incluidos, se muestran en la tabla siguiente:

OS	PERFIL / ROL	
H. SANTIAGO	EGEH	
H. TXAGORRITXU	EGEH	
COMARCA ARABA	EGC	

Tabla 2. Roles a pilotar en el piloto 6

POBLACIÓN

La población de referencia de este piloto es la de 8 centros de salud de la Comarca Araba:

- U.A.P. Abetxuko
- U.A.P. Casco Viejo
- U.A.P. Gazalbide-Txagorritxu
- U.A.P. Lakua-Arriaga
- U.A.P. Llanada Alavesa

- U.A.P. Olárizu
- U.A.P. Sansomendi
- U.A.P. Zaramaga

En la tabla se muestran las características de edad de la población por cada uno de las UAP's:

De 0 a 14 años	Entre 15 y 65 años	Mayores de 65 años	Total
526	2.753	771	4.050

Tabla 3. Población C.S. Abetxuko

De 0 a 14 años	Entre 15 y 65 años	Mayores de 65 años	Total
1.775	14.474	4.131	20.380

Tabla 4. Población C.S. Casco Viejo

De 0 a 14 años	Entre 15 y 65 años	Mayores de 65 años	Total
1.517	10.530	4.829	16.876

Tabla 5. Población C.S. Gazalbide-Txagorritxu

De 0 a 14 años	Entre 15 y 65 años	Mayores de 65 años	Total
2.625	11.858	1.043	15.526

Tabla 6. Población UAP. Lakua-Arriaga

De 0 a 14 años	Entre 15 y 65 años	Mayores de 65 años	Total
1.621	7.777	1.758	11.156

Tabla 7. Población UAP. Llanada Alavesa

De 0 a 14 años	Entre 15 y 65 años	Mayores de 65 años	Total
1.584	12.508	3.860	17.952

Tabla 8. Población UAP. Olárizu

De 0 a 14 años	Entre 15 y 65 años	Mayores de 65 años	Total
2.304	11.868	1.491	15.663

Tabla 9. Población UAP. Sansomendi

De 0 a 14 años	Entre 15 y 65 años	Mayores de 65 años	Total
1.515	10.134	4.293	15.942

Tabla 10. Población UAP. Zaramaga

De 0 a 14 años	Entre 15 y 65 años	Mayores de 65 años	Total
13.467	81.902	22.176	117.545

Tabla 11. Población UAPs del pilotaje

La población “diana” se ha definido a través de unos criterios de inclusión y otros de exclusión, iguales para las dos figuras pilotadas:

EGEH y EGC

Criterios de inclusión:	Criterios de exclusión:
Persona > o igual de 65 años	Pacientes en diálisis
2 o + ingresos en último año	Pacientes oncológicos
2 o + diagnósticos de Cronicidad de los servicios de Neumología, Medicina Interna, Cardiología, Neurología, Digestivo, Cirugía General, Cirugía Vascular y Traumatología	Pacientes perfil PROMIC de los centros de OLAGIBEL, MONTAÑA. LAKUABIZKARRA, ARANBIZKARRA1, ARANBIZKARRA 2 y SAN MARTIN
	Pacientes institucionalizados en residencias asistidas

Tabla 12: Población Diana. Criterios de inclusión y exclusión

IMPLANTACIÓN: ANÁLISIS Y EVOLUCIÓN

El proceso de implantación ha sido gradual a partir del proceso inicial de planificación y definición del piloto. En este apartado se resaltan los aspectos más destacados, como pueden ser las sinergias detectadas con otros proyectos estratégicos o las áreas de mejora detectadas durante el proceso de implantación y desarrollo del piloto.

SINERGIA CON OTROS PROYECTOS ESTRATÉGICOS

El piloto 6 ha tenido la oportunidad de generar sinergias con uno de los proyectos estratégicos definidos:

A) Proyecto estratégico nº 11: “OSAREAN: Centro de Servicios de Salud Multicanal”

La colaboración con dicho proyecto comenzó en Junio del 2011 (dos meses después de iniciado el piloto), siendo esta a nivel operativo. El objetivo de esta relación era el seguimiento a distancia de los pacientes crónicos. Desde el viernes a las 15 horas hasta lunes a las 8 de la mañana, franja horaria en la que las figuras (EGEH, EGC) no estaban operativas.

Se definió como contactar con Osarean desde la Organización de Servicios en los diferentes días, reflejados en el cuadro siguiente:

Lunes a Viernes de 8:00 -15:00	EGEH o EGC
Viernes tarde y vísperas fiesta	
Fines de semana y festivos	Enfermera de Unidad de hospitalización

Tabla 13. Circuito del Piloto 6 para contactar con Osarean

Cartera de servicios de OSAREAN:

- i. Llamadas de confort. Se realizarán a todos los pacientes captados y dados de alta los viernes a partir de las 15:00 o en los fines de semana.
- ii. Llamadas de seguimiento. Se realizarán a todos aquellos pacientes captados con necesidad de seguimiento continuado en el tiempo y que por razones de horario de actuación, no puede ser realizado por la figura correspondiente.
- iii. Llamadas de adherencia tratamiento. Se realizarán a todos aquellos pacientes con necesidad de seguimiento o refuerzo para cumplimiento del tratamiento, y que por razones de horario de actuación, no puede ser realizado por la figura correspondiente
- iv. Llamadas de seguimiento + adherencia tratamiento. Se realizarán a todos aquellos pacientes con necesidad de seguimiento continuado en el tiempo y refuerzo para cumplimiento del tratamiento, y que por razones de horario de actuación, no puede ser realizado por la figura correspondiente

Y el **diagrama de flujo** establecido es el siguiente:

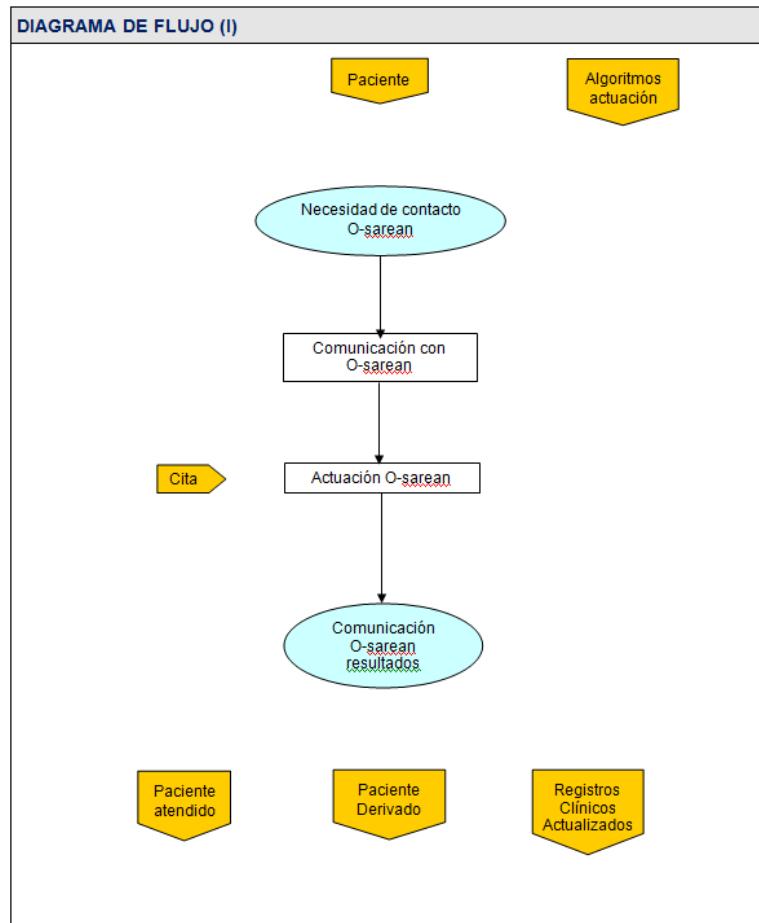


Figura 7. Diagrama de flujo Piloto 6 – OSAREAN

La actividad realizada por OSAREAN en este piloto se describe en la siguiente tabla:

	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE
LLAMADAS CONFORT	14	9	13	14
LLAMADAS SEGUIMIENTO	3	18	8	11
LLAMADAS ADHERENCIA	0	0	0	0
LLAMADAS SEGUIMIENTO+ADHERENCIA	0	2	0	0

Tabla 14. Actividad OSAREAN con Piloto 6

COMUNICACIÓN

El proceso de comunicación ha sido clave para el desarrollo del piloto y ha contado con 3 apartados:

- i. Resultados de la planificación
- ii. Estrategia de pilotaje
- iii. Implantación y seguimiento del piloto

El proceso de comunicación se ha apoyado fuertemente en las reuniones de seguimiento que ha celebrado la líder del proyecto, semanalmente al inicio, con las/os Responsables, Tutores/as y las enfermeras implicadas, y con periodicidad quincenal en la estabilización del piloto. Dichas reuniones han servido para resolver problemas/dudas en fases iniciales, además de para demostrar la apuesta de la organización con el piloto.

COMUNIDAD ONLINE – WIKI

El piloto 6, como el resto de pilotos se ha apoyado para su desarrollo en una comunidad online o wiki que ha permitido trabajar de forma colaborativa “en la nube”, lo que ha posibilitado disponer en todo momento de información actualizada sobre el desarrollo del proyecto.



The screenshot shows a web page with a header featuring a photograph of two people's feet walking on a wooden floor. The main title is "Competencias Avanzadas de Enfermería". On the right, there is a search bar and a "Buscar en este sitio" button. The left side has a sidebar with a "Inicio" section and a "Piloto 6" section. The "Piloto 6" section contains links for "Sobre el proyecto", "Listado de Pilotos", "Metodología de trabajo y fases", "Equipo - Organigrama", "Calendario General de Reuniones", and a link to "Piloto 6" which is highlighted with a blue background. Below this is a "Subpáginas (5)" section with links to "EGC - Datos básicos", "EGEH (Sant)- Datos básicos", "EGEH (Txago)- Datos básicos", "Osarean Piloto 6", and "Seguimiento de reuniones - ACTAS". At the bottom of the sidebar is a "más..." link. The main content area has a brief introduction and two small images of buildings.

Figura 8. Comunidad Online - Wiki

La wiki ha facilitado el intercambio de información y la resolución de dudas de forma sencilla.

PUNTOS FUERTES Y ÁREAS DE MEJORA

Para analizar la evolución del piloto desde una perspectiva cualitativa, se han identificado una serie de factores clave comunes a todos ellos. Se trata de aspectos a vigilar y a controlar para garantizar el progreso del piloto. En conjunto se trata de aspectos de diferentes ámbitos como puede ser la formación, la comunicación o el trabajo colaborativo.

A. Puntos fuertes:

- Aceptación / rechazo de pacientes para inclusión en piloto
- Seguimiento operativo y asimilación de conceptos.
- Transversalidad con otros proyectos estratégicos de la cronicidad
- Integración y flexibilidad de cada piloto (relacionado con las visitas a los centros)
- Trabajo colaborativo con herramienta web ad hoc
- Adecuación de fluograma inicial
- Implicación líderes de enfermería de los os
- Implicación de los profesionales
- Identificación de "fracturas" en el sistema
- Adecuación de criterios generales de inclusión de pacientes

B. Áreas de mejora:

A continuación se destacan las áreas de mejora detectadas durante el desarrollo del piloto. En los casos en los que ha sido posible, se han introducido los cambios necesarios.

En primer lugar cabe destacar la definición inicial de actividad del rol EGC. Aunque a nivel teórico se definieron las actividades a realizar por cada figura, y los circuitos a seguir para la coordinación entre las mismas, hubo que ir ajustando dichos presupuestos a las realidades del piloto. La variabilidad de las casuísticas ha hecho que el proceso de ajuste se haya llevado a cabo durante todo el pilotaje

La falta de homogeneización en la práctica clínica (asociación de cuidados a técnica + integración y coordinación de cuidados) ha sido un problema que requiere atención. Así mismo, la educación para el auto-cuidado es un área con amplio margen de mejora.

La falta de integración de los sistemas de información es una realidad actual en el sistema sanitario. Ha sido un hándicap que han debido ir resolviendo las figuras durante el piloto. Así mismo, la falta de una agenda unificada/ compartida, ha sido otra debilidad a superar.

A destacar la existencia de historias duplicadas. La detección de este problema ha sido tardía, realizándose en la fase de recogida de datos para la evaluación de los resultados. Se trata un tema en proceso de resolución por los Servicios de informática de Osakidetza.

La continuidad de cuidados realizado en Atención Especializada no se ha podido visualizar en ocasiones en Atención Primaria, lo que dificultaba la comunicación entre ambos niveles.

Ha sido necesario determinar los circuitos y responsables para el seguimiento de pacientes y citación en agenda de OSAREAN en las situaciones en las que no estén las responsables de enfermería de AP.

La transición de los pacientes durante los fines de semana se ha ajustado durante el desarrollo del piloto a través de la interacción con OSAREAN.

La falta de homogeneización en la práctica clínica (asociación de cuidados a técnica + integración & coordinación de cuidados) ha sido un problema que requiere atención. Así mismo, la educación para el autocuidado y la implicación del paciente son dos áreas que aun presentan mucho margen de mejora

RESULTADOS Y EVALUACIÓN

El número de **pacientes sobre los que se ha intervenido y a los que se ha realizado el seguimiento** es de **209**. 153 (73,21%) han sido captados por EGEH de Txagorritxu y 56 (36,60%) por EGEH de Santiago.

Piloto 6: Captación de pacientes

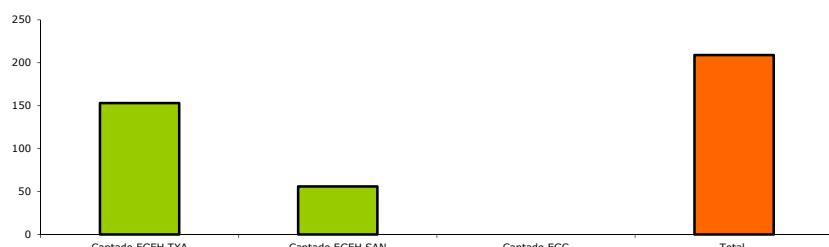


Figura 9. Captación de pacientes Piloto 6

DATOS GENERALES EN RELACIÓN CON LA DETECCIÓN, CAPTACIÓN, EXCLUSIÓN Y REINGRESOS DE PACIENTES

En este piloto, el número de pacientes totales que fueron consultados para ser captados e introducidos en el programa fue de 249. **No aceptan** entrar en el proyecto **16 personas**, existiendo un porcentaje de aceptación de pacientes al proyecto de un 93,57%

24 pacientes fueron excluidos del proyecto tras cumplir criterios de inclusión.

Se muestran los **datos generales de detección, captación, exclusión, y reingresos** de pacientes desde la figura **EGEH**.

EGEH-EGC		
	nº	%
Pacientes consultados para ser captados	249	...
Pacientes totales detectados EGEH	209	100%
Pacientes detectados por EGEH Txagorritxu	153	73,21%
Pacientes detectados por EGEH Santiago	56	36,60%
Pacientes detectados EGC	0	0,00%
Pacientes exitus	21	10,05%
Pacientes no aceptan proyecto	16	6,43%
Pacientes excluidos tras captación	24	11,48%

Tabla 15. Captación de pacientes por EGEH-EGCA. Piloto 6

Edad

La edad media de los pacientes captados en este piloto es de 79 años. La distribución de la edad varía entre los 64 y 99 años.

Valoración del grado de dependencia

El 10,7% de los pacientes captados en este piloto tenía una dependencia grave y el 8,3% una dependencia muy grave.

En la siguiente tabla se presentan los datos de grado de dependencia de los pacientes atendidos.

CAPTACIÓN	Piloto 6				
	% Independientes	% Dependencia Leve	% Dependencia Moderada	% Dependencia Grave	% Dependencia Muy grave
	22,9	42,4	15,6	10,7	8,3
ALTA	22,8	45,7	16,2	9,1	6,1

Tabla 16. Nivel de dependencia pacientes captados Piloto 6

Piloto 6

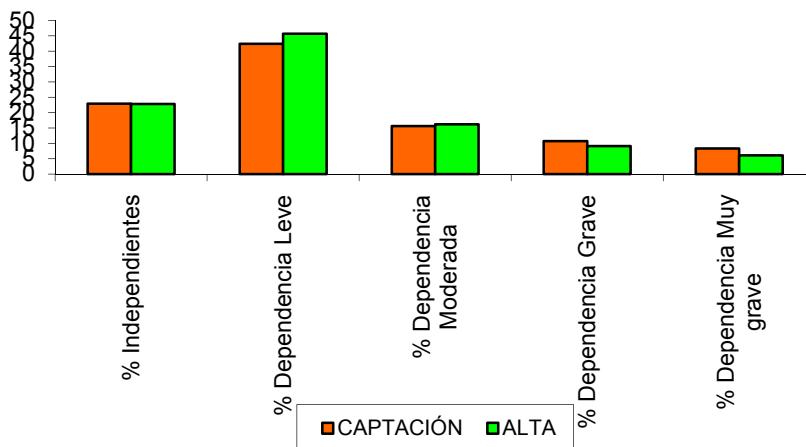


Figura 10. Gráfico nivel de dependencia de pacientes captados Piloto 6

Mortalidad

El número de pacientes fallecidos (del grupo de pacientes captados) fue de 21, teniendo un índice de mortalidad de 10,05%.

Reingresos

El número total de reingresos del grupo de pacientes captados es de 85

FRECUENTACIÓN

En relación a la frequentación de los casos captados en Atención Especializada en los últimos 12 meses en el grupo de pacientes captados los datos se muestran en la siguiente tabla.

PILOTO 6					
Nº total de ingresos programados en los últimos 12 meses (del grupo de pacientes captados)	Promedio de ingresos programados en los últimos 12 meses (del grupo de pacientes captados)	Nº total de ingresos urgentes en los últimos 12 meses (del grupo de pacientes captados)	Promedio de ingresos urgentes en los últimos 12 meses (del grupo de pacientes captados)	Nº total de asistencias a urgencias hospitalarias en los últimos 12 meses (del grupo de pacientes captados)	Promedio de asistencias a urgencias hospitalarias en los últimos 12 meses (del grupo de pacientes captados)
73	0,35	1130	5,41	1577	7,55

Tabla 17. Fecuentación Atención Especializada últimos 12 meses Piloto 6

En relación a la frequentación de los casos captados en Atención Primaria en los últimos 12 meses en el grupo de pacientes captados los datos se muestran en la siguiente tabla.

PILOTO 6							
Nº total de asistencias al PAC en los últimos 12 meses (del grupo de pacientes captados)	Promedio de asistencias al PAC en los últimos 12 meses (del grupo de pacientes captados)	Nº de visitas a domicilio por el médico de familia en el último año (del grupo de pacientes captados)	Promedio de visitas a domicilio por el médico de familia en el último año (del grupo de pacientes captados)	Nº de consultas en centro programadas realizadas por médico de familia en el último año (del grupo de pacientes captados)	Promedio de consultas en centro programadas realizadas por médico de familia en el último año (del grupo de pacientes captados)	Nº de consultas en centro urgentes realizadas por médico de familia en el último año (del grupo de pacientes captados)	Promedio de consultas en centro urgentes realizadas por médico de familia en el último año (del grupo de pacientes captados)
54	0,26	332	1,59	874	4,18	2862	13,69

Tabla 18. Fecuentación Atención Primaria últimos 12 meses a PAC y médico. Piloto 6

PILOTO 6	
Nº de visitas a domicilio por la enfermera de AP en el último año (del grupo de pacientes captados)	Promedio de visitas a domicilio por la enfermera de AP en el último año (del grupo de pacientes captados)
874	4,18

Tabla 19. Fecuentación Atención Primaria últimos 12 meses enfermera de AP. Piloto 6

ESTANCIA MEDIA

Para la valoración de las diferencias en los días de ingreso antes y después de la intervención se utiliza la mediana de estancia por ingreso para evitar la influencia de estancias puntuales por muchos días de ingreso y se excluyen los ingresos en los que el paciente fallece, empleándose pruebas no paramétricas para el cálculo de diferencias.

Los datos se muestran en la siguiente tabla

	Estancia mediana por ingreso en días		Diferencia días de estancia	* Hodges-Lehmann	Nº de ingresos	
	Intervención	Antes de la intervención			Intervalo de confianza 95%	Periodo intervención
Piloto 6	6	6	0	(-1 a 0)	170	206

Tabla 20. Estancias Hospitalarias. Piloto 6

SEGUIMIENTO EN ATENCIÓN PRIMARIA

Al inicio del proyecto se estableció que a todos los pacientes incluidos en el piloto, al alta a domicilio, se le abriría un Episodio “Enfermera Gestora” en Osabide AP con dos fines esenciales: por un lado, servir de información a Médico de Familia y Enfermera de referencia, pudiendo identificar de esta manera que el paciente pertenece al piloto y por

otro para realizar el seguimiento clínico del paciente, utilizando un formulario acordado para todos los pilotos con el fin de homogeneizar la atención.

El resultado a la consulta de cuántos pacientes disponen de episodios abiertos de Enfermera Gestora de los pacientes captados en este piloto es de 196 (93,78%). En la tabla siguiente se especifican el número de pacientes captados y grado de seguimiento.

SEGUIMIENTO EN OSABIDE AP				
	nº pacientes captados	nº pacientes con seguimiento	%	Media DBP's por paciente
Total	209	196	93,78%	24,34

Tabla 21. Seguimiento en OSABIDE-AP. Piloto 6

El formulario es un conjunto de DBP (Datos Básico de Pacientes) seleccionados para realizar el seguimiento de estos pacientes.

En la tabla siguiente (**Tabla 22**) se presentan los DBPs y sus frecuencias en el seguimiento de los 196 pacientes que han tenido seguimiento y disponen del Episodio de Enfermera Gestora del Piloto 6. El total de DBPs es de 4.770 por lo que el promedio de DBPs recogidos por paciente es de 24,34.

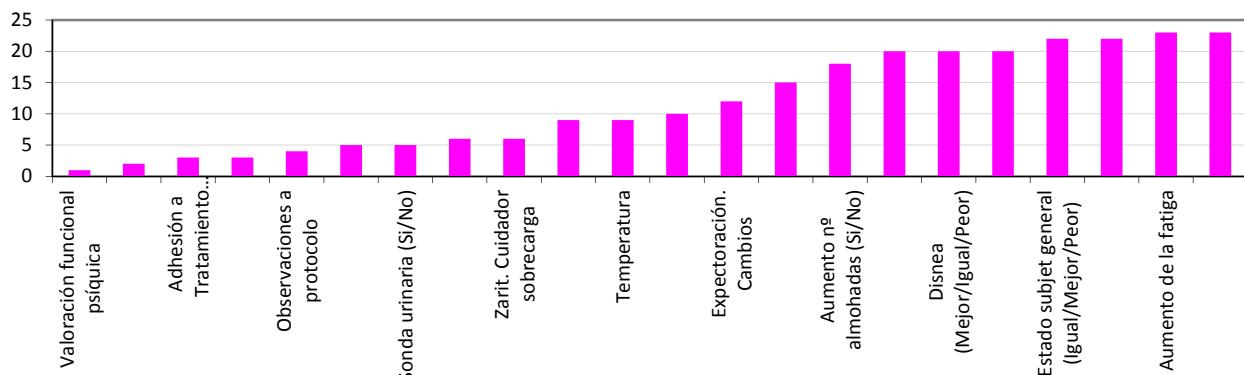
DBP	frecuencia
Valoración funcional psíquica	1
Porcentaje Saturación Oxígeno (SpO2)	2
Adhesión a Tratamiento farmacológico	3
Edemas en EEII (Si/No/Dudoso)	3
Observaciones a protocolo	4
Dieta	5
Sonda urinaria (Si/No)	5
Frecuencia respiratoria	6
Zarit. Cuidador sobrecarga	6
Situación sociofamiliar. Apoyos	9
Temperatura	9
Cuidador principal	10
Expectoración. Cambios	12
Tipo de tos.	15
Aumento nº almohadas (Si/No)	18
Aumento rápido de peso (Si/No)	20
Disnea (Mejor/Igual/Peor)	20
Edemas maleolares (Igual/Mejor/Peor)	20
Estado subjet general (Igual/Mejor/Peor)	22
Mareo (consulta)	22
Aumento de la fatiga	23
Dolor precordial (consulta)	23

DBP	frecuencia
Disminución Diuresis (Si/No)	24
Fiebre (Si/No/No termometrada)	24
Tabaco SI/NO/EX	30
Calidad de vida (test realizado) Si/No	56
Glucemia Capilar	92
Proceso. Tto a seguir. Cont. Cuidados.	105
Motivo de ingreso (EGC)	106
Indice de masa corporal (IMC)	134
Talla (cm)	134
Ejercicio físico (consejo)	149
Educación dieta	150
Adhesión al tratamiento	166
Peso (Gramos)	167
¿Tiene cuidador principal? Si/No	215
Frecuencia cardiaca	229
Barthel (escala). Para Crónicos domic	256
Continuidad cuidados al Alta (Si/No)	265
Situación actual (Control EGC)	266
Fecha alta hospitalaria	267
Ingreso Hosp.nºdías	267
Fecha Ingreso	268
Via de captación (Control EGC)	268
TAS	436
TAD	438

Tabla 21. DBPs Piloto 6

Se adjuntan gráficos de apoyo en el que se presentan los DBPs cuya frecuencia es superior en el piloto.

Actividades realizadas (entre 1 y 23)



Actividades realizadas (entre 24 y 440)

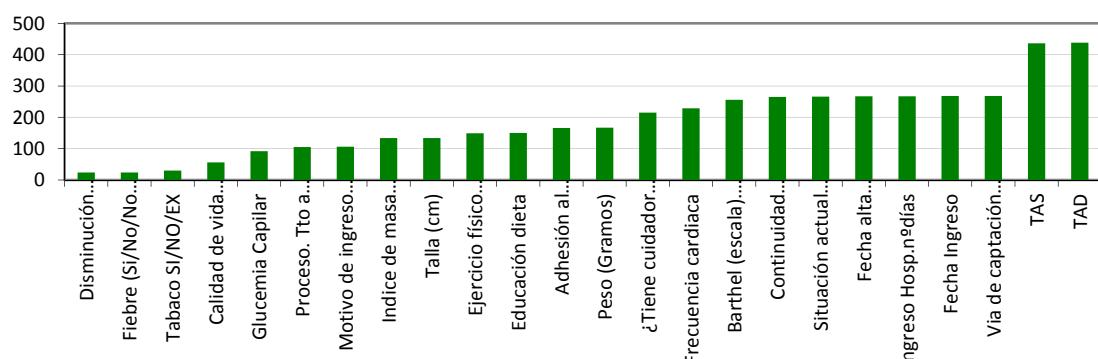


Figura 11. Gráfico DBPs mayores. Piloto 6

INTERVENCIONES REALIZADAS

En las siguientes tablas se indican los contactos mantenidos por los profesionales con pacientes, cuidadores, familia y otros profesionales en el grupo de pacientes captados.

PILOTO 6									
Nº total de contactos mantenidos con cuidador/a (del grupo de pacientes captados)	Promedio de contactos mantenidos con cuidador/a (del grupo de pacientes captados)	Nº total de contactos mantenidos con familiares de manera presencial (del grupo de pacientes captados)	Promedio de contactos mantenidos con familiares de manera presencial (del grupo de pacientes captados)	Nº total de contactos mantenidos con familiares de manera no presencial (del grupo de pacientes captados)	Promedio de contactos mantenidos con familiares de manera no presencial (del grupo de pacientes captados)	Nº total de contactos mantenidos con paciente de manera presencial (del grupo de pacientes captados)	Promedio de contactos mantenidos con paciente de manera presencial (del grupo de pacientes captados)	Nº total de contactos mantenidos con paciente de manera no presencial (del grupo de pacientes captados)	Promedio de contactos mantenidos con paciente de manera no presencial (del grupo de pacientes captados)
557	2,67	1130	5,41	208	1,00	1882	9,00	141	0,67

Tabla 22. Contactos con pacientes, cuidador o familia. Piloto 6

PILOTO 6				
Nº total de contactos mantenidos con trabajadora social de AP (del grupo de pacientes captados)	Promedio de contactos mantenidos con trabajadora social de AP (del grupo de pacientes captados)	Nº total de contactos mantenidos con trabajadora social de AE (del grupo de pacientes captados)	Nº total de contactos mantenidos con trabajadora social de AE (del grupo de pacientes captados)	
5	0,02	85	0,41	

Tabla 23. Contactos mantendios con Trabajadora social. Piloto 6

El análisis del número de contactos mantenidos con agentes sociales puede ser una pista importante sobre las necesidades para salir del ámbito hospitalario del tipo de población atendida.

PILOTO 6							
Nº de contactos mantenidos: enfermera referente especializada (del grupo de pacientes captados)	Promedio de contactos mantenidos: enfermera referente especializada (del grupo de pacientes captados)	Nº de contactos mantenidos: facultativo referente especializada (del grupo de pacientes captados)	Promedio de contactos mantenidos: facultativo referente especializada (del grupo de pacientes captados)	Nº de contactos mantenidos: enfermera referente de AP (del grupo de pacientes captados)	Promedio de contactos mantenidos: enfermera referente de AP (del grupo de pacientes captados)	Nº de contactos mantenidos: facultativo referente de AP (del grupo de pacientes captados)	Promedio de contactos mantenidos: facultativo referente de AP (del grupo de pacientes captados)
1938	9,27	272	1,30	514	2,46	760	3,64

Tabla 24. Contactos mantendios con profesionales. Piloto 6

PILOTO 6		
Nº total de contactos mantenidos: EGEH	Nº total de contactos mantenidos: EGC	Nº total de contactos mantenidos: Inspección Médica
1322	118	4

Tabla 25. Contactos mantendios con profesionales. Piloto 6

EN RELACIÓN A LAS ENCUESTAS DE PERCEPCIÓN DE CALIDAD DE VIDA

Los datos que se ofrecen corresponden a pacientes de este piloto a los que se les pidió su colaboración y se les solicitó respondieran al Cuestionario de Calidad SF12.

183 respuestas del cuestionario se analizan al inicio de la intervención y tras 6 meses se analizan 63 cuestionarios.

Las respuestas de ambos cuestionarios se presentan pareadas para poder realizar la comparación más gráficamente.

La primera pregunta del cuestionario de Calidad de Vida SF-12 hace referencia a la salud en general. Los pacientes refieren estar a los 6 meses con una percepción de su salud peor, el 26,9% refieren al inicio tener una salud **bueno y muy bueno** y el 17,5% lo refiere a los 6 meses (Figura 12).

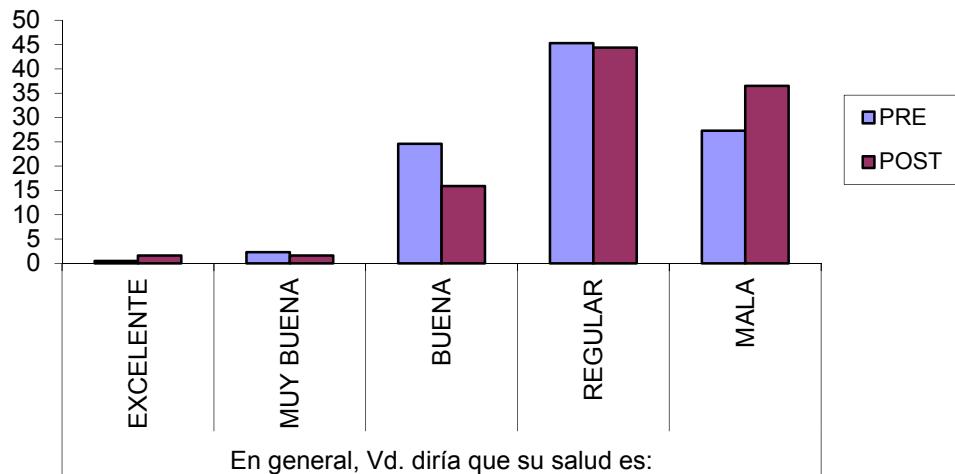


Figura 12. Salud general antes-después. Piloto 6

La pregunta que explora si la salud de las personas encuestadas limita que puedan caminar, muestra que en el grupo que siente que les **limita mucho** aumenta a los 6 meses (45,3% al inicio frente al 59,7% a los 6 meses) (Figura 13).

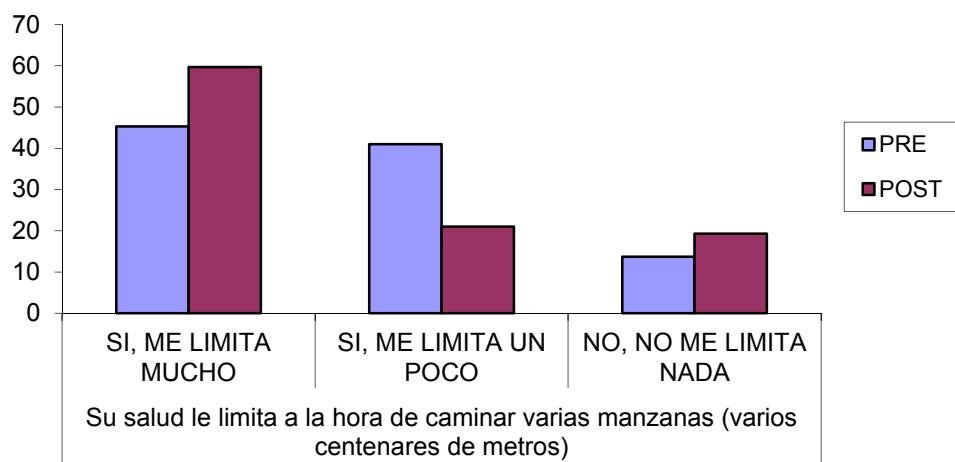


Figura 13. Limitación para caminar. Piloto 6

La pregunta que explora si la salud de las personas encuestadas limita que puedan subir varios pisos por la escalera, muestra que en el grupo que siente que les **limita mucho** aumenta a los 6 meses (54,1% al inicio frente al 68,8% a los 6 meses) (Figura 14).

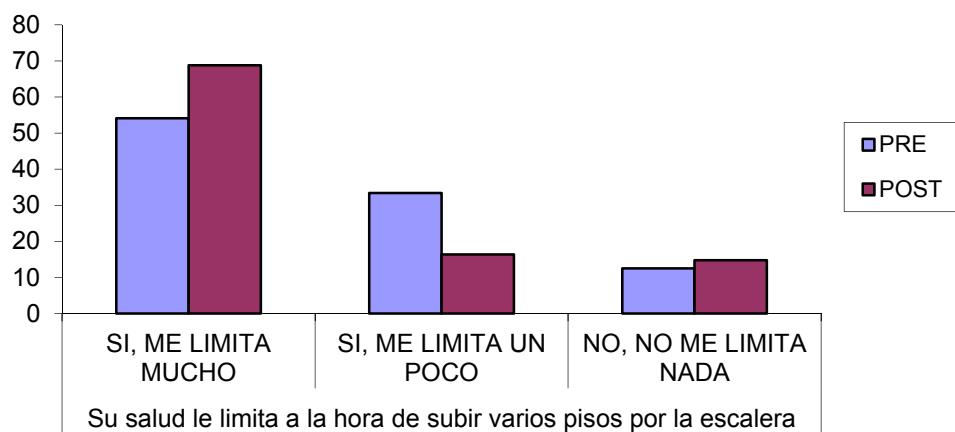


Figura 14. Limitación para subir escalera. Piloto 6

Se observa que a los 6 meses las personas encuestadas refiere tener menos dificultades para realizar aquello que quieren hacer (71,6% al inicio frente al 52,5% a los 6 meses) (Figura 15).

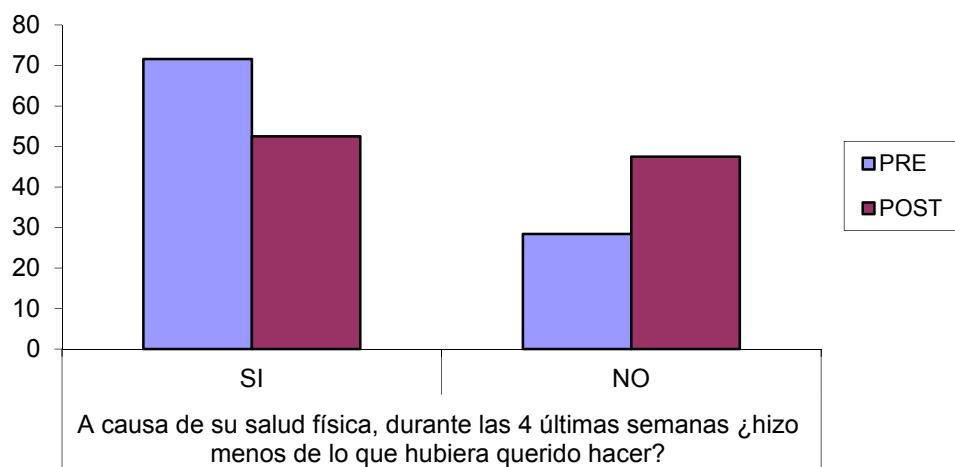


Figura 15. Limitación por salud física para hacer cosas. Piloto 6

Se observa que a los 6 meses aumentan las personas que refieren **no** tener dificultades para realizar su trabajo (37,2% al inicio frente al 39,3% a los 6 meses) (Figura 16).

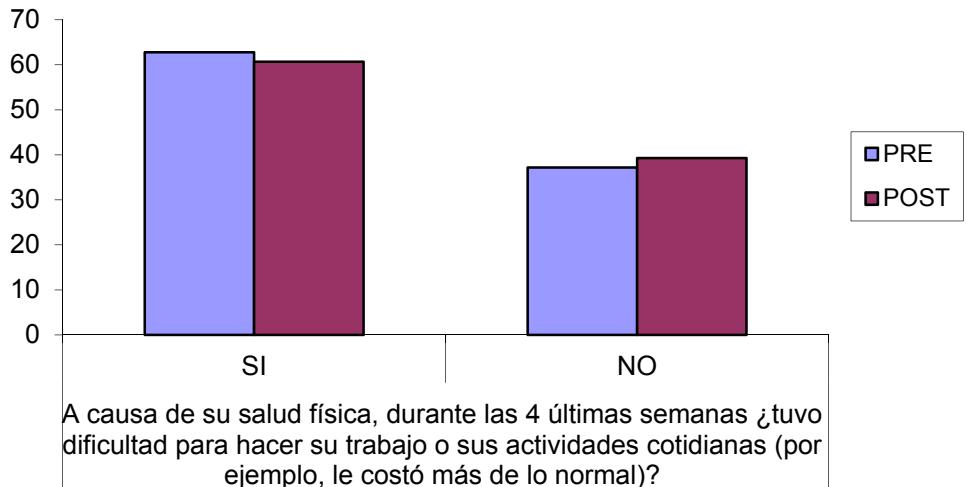


Figura 16. Limitación por salud física para hacer actividades cotidianas. Piloto 6

Al explorar si algún problema emocional limitó la realización de actividades, se observa que a los 6 meses disminuye las personas que **si** hicieron menos de lo que hubieran querido hacer por esta causa (41% al inicio frente al 39,3% a los 6 meses) (Figura 17).

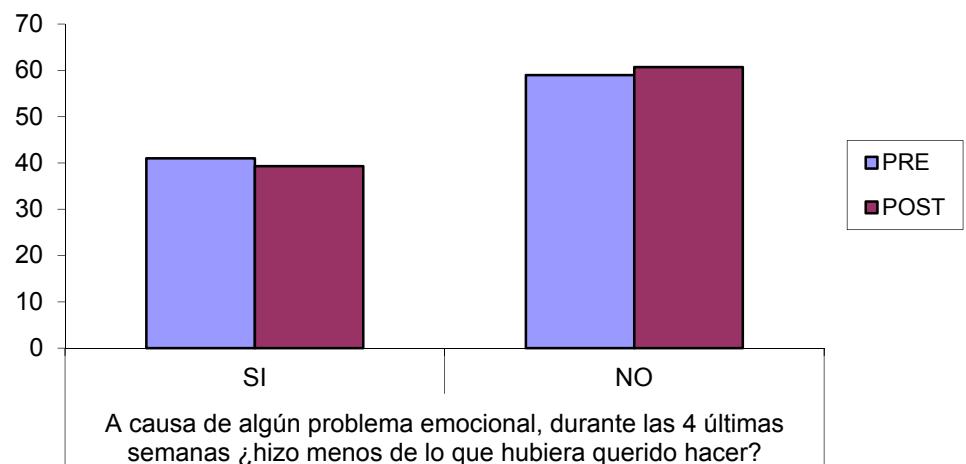


Figura 17. Limitación por salud emocional para hacer actividades. Piloto 6

Al preguntar por si por algún problema emocional ha limitado la realización del trabajo o actividades cotidianas, se observa que las limitaciones aumentan ligeramente a los 6 meses (33,9% al inicio frente al 36,1% a los 6 meses) (Figura 18).

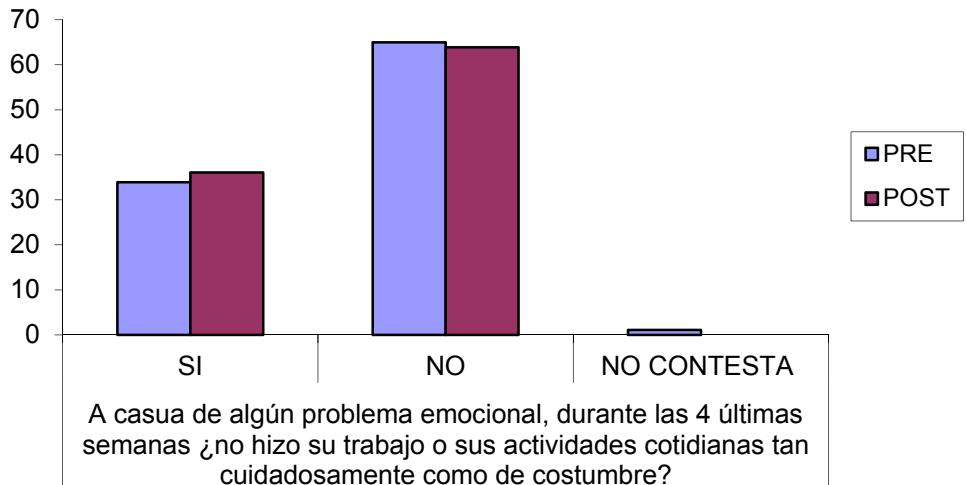


Figura 18. Limitación por salud emocional para hacer actividades cotidianas. Piloto 6

Al preguntar sobre el impacto del dolor en su trabajo habitual, se observa que a los 6 meses aumenta el número de personas que indican que el dolor **nada o un poco** les ha dificultado sus actividades (40,4% al inicio frente al 47,2% a los 6 meses) (Figura 19).

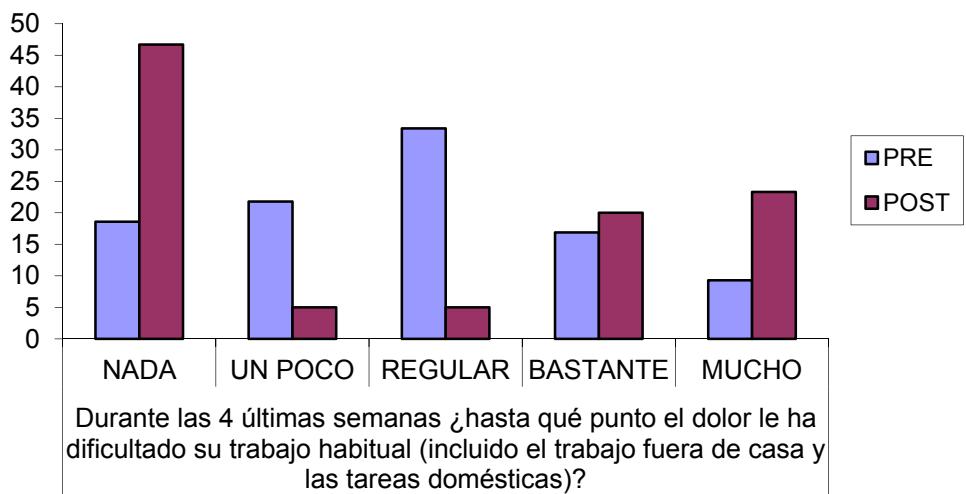


Figura 19. Limitación por dolor. Piloto 6

Las personas que contestan el cuestionario de Calidad de Vida SF-12 refieren tener mayor sensación de calma y/o tranquilidad cuando se les pregunta a los 6 meses, el 12,5% refieren sentirse calmado/a y tranquilo/a al inicio **siempre y casi siempre** y el 44,9% lo refiere a los 6 meses (Figura 20).

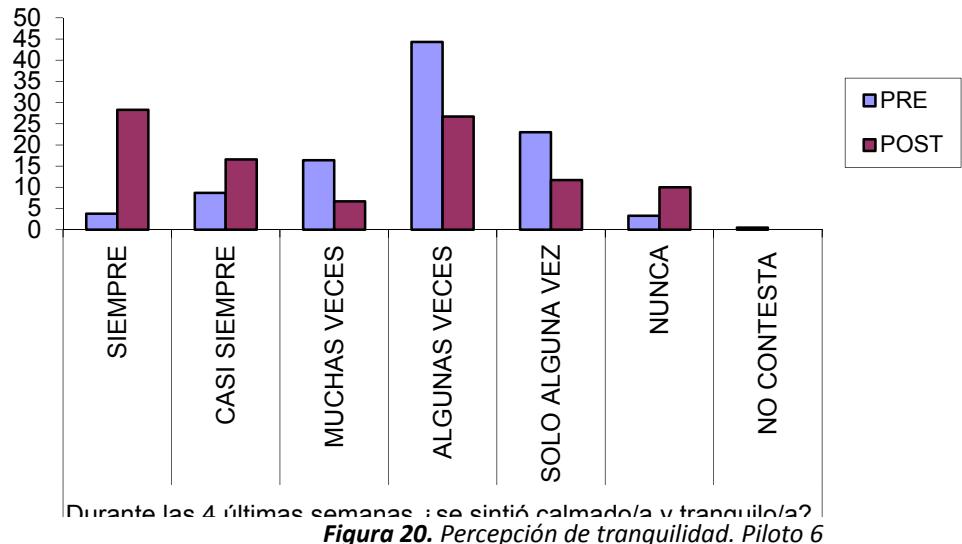


Figura 20. Percepción de tranquilidad. Piloto 6

Al preguntar sobre la percepción de vitalidad, los pacientes preguntados al inicio tienen un peor sentimiento de vitalidad que los que son preguntados a los 6 meses, el 3,3% refieren sentirse lleno/a de vitalidad al inicio **siempre y casi siempre** y el 27,5% lo refiere a los 6 meses (Figura 21).

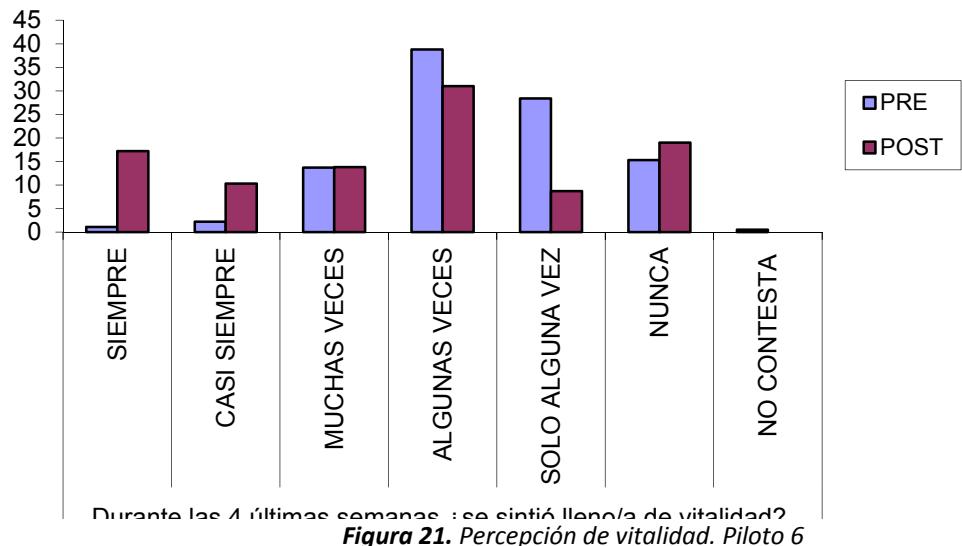
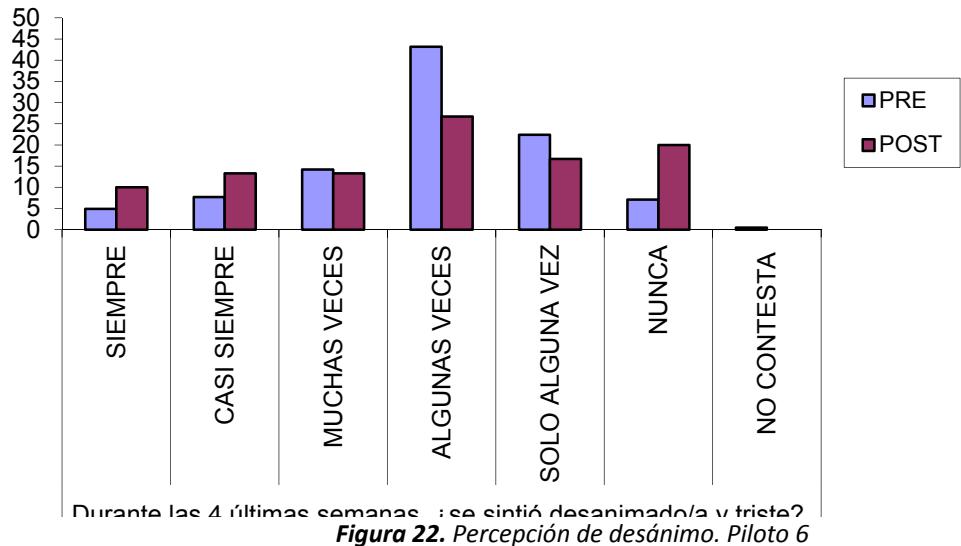
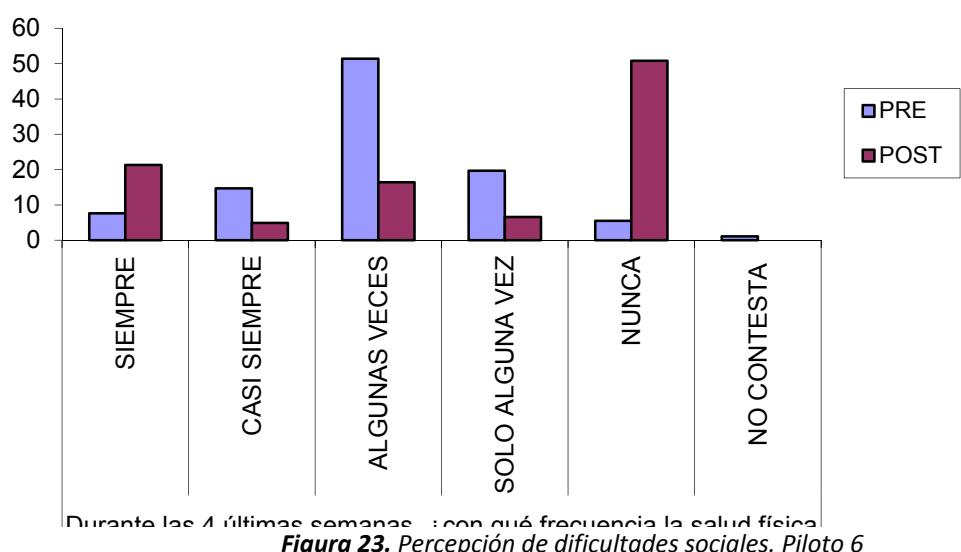


Figura 21. Percepción de vitalidad. Piloto 6

Al preguntar sobre si se sintieron desanimado/a y tristes las personas encuestadas al inicio tienen menor sentimiento de tristeza que los que son preguntados a los 6 meses, el 26,8% de los encuestados al inicio refieren sentirse desanimado/as y triste **siempre, casi siempre y muchas veces** y el 36,6% lo refiere a los 6 meses (Figura 22).



El grupo de pacientes encuestados al inicio refieren que su salud física o problemas emocionales le han dificultado en menor medida sus actividades sociales que los que responden a los 6 meses, el 22,3% refiere que **siempre y casi siempre** su salud física o problemas emocionales dificultan sus actividades sociales, frente al 26,2% a los 6 meses (Figura 23)



EN RELACIÓN A LOS RESULTADOS DE LOS CUESTIONARIOS DE SATISFACCIÓN a pacientes y cuidadores

Se ha utilizado la encuesta SATISFAD para explorar la satisfacción de pacientes y cuidadores. La encuesta ha sido realizada por: GIZAKER con la financiación recibida por parte de KRONIKGUNE

Satisfacción de cuidadores

Se pregunta a 112 familias y/o cuidadores de este Piloto 6 sobre si los servicios que recibe le ayudan a hacer mejor su función de cuidador/a y si el familiar del paciente y/o cuidador han podido participar y decidir en cómo organizar los cuidados en el domicilio.

El 84,7% de los cuidadores refieren que los servicios que recibe **siempre** le ayudan a hacer mejor su función y un 7,1% que **a veces** le ayudan a hacer mejor su función (Figura 24)

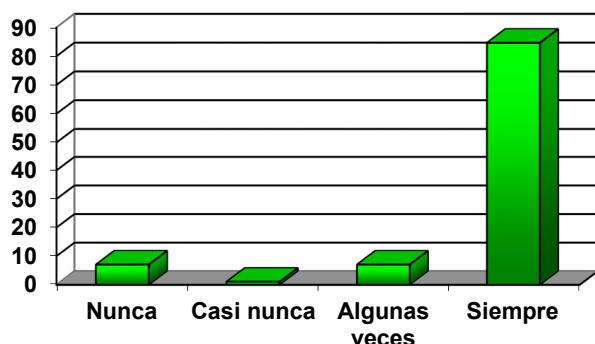


Figura 24. Los servicios que recibe le ayudan a hacer mejor su función de cuidador/a. Piloto 6

El 76,3% de los cuidadores refieren que **siempre** el familiar del paciente y/o cuidador han podido participar y decidir en cómo organizar los cuidados en el domicilio y un 7,9% que **a veces** (Figura 25).



Figura 25. El familiar (paciente) y el cuidador han podido participar y decidir en cómo organizar los cuidados en el domicilio. Piloto 6

Satisfacción de pacientes

Se pregunta a los pacientes atendidos en este piloto, sobre la satisfacción con la atención recibida. Entre otras se pregunta sobre si se siente escuchado y comprendido, si entiende a su enfermera cuando le explica las cosas o si es atendido con suficiente intimidad.

A continuación se exponen de manera gráfica las respuestas recibidas en cada ítem.

El 93,6% de los pacientes refieren que **siempre** se sienten escuchados y comprendidos por su enfermera (Figura 26)

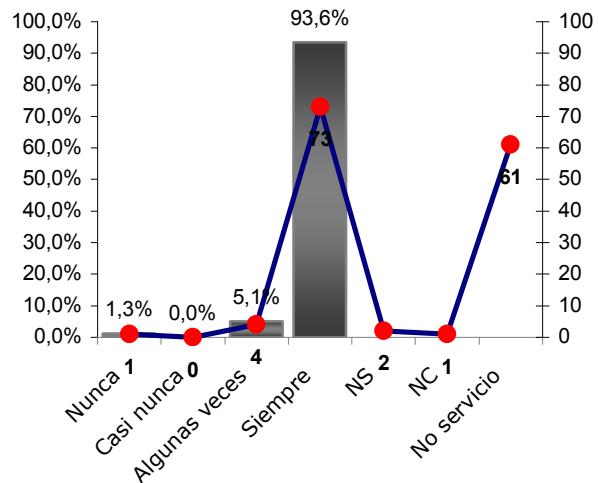


Figura 26. Se siente escuchado y comprendido/a por su enfermera cuando le explica sus problemas de salud y las dificultades que le causa. Piloto 6

El 87,3% de los pacientes refieren que **siempre** entienden a su enfermera cuando le explica las cosas (Figura 27).

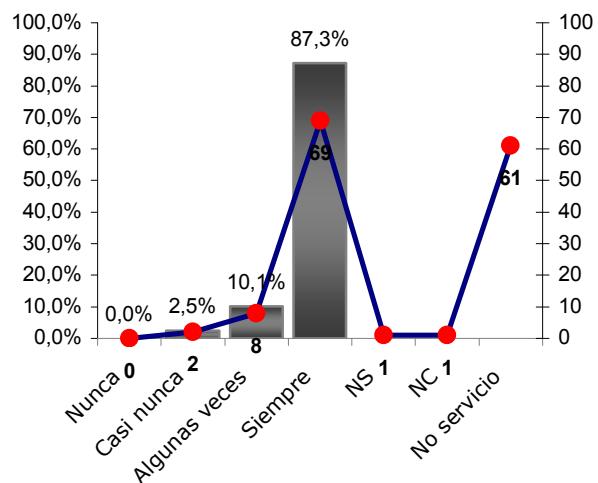


Figura 27. Entiende a su enfermera cuando le explica las cosas. Piloto 6

El 89,2% de los pacientes refieren que **siempre** las enfermeras se preocupan por contactar con ellos (Figura 28).

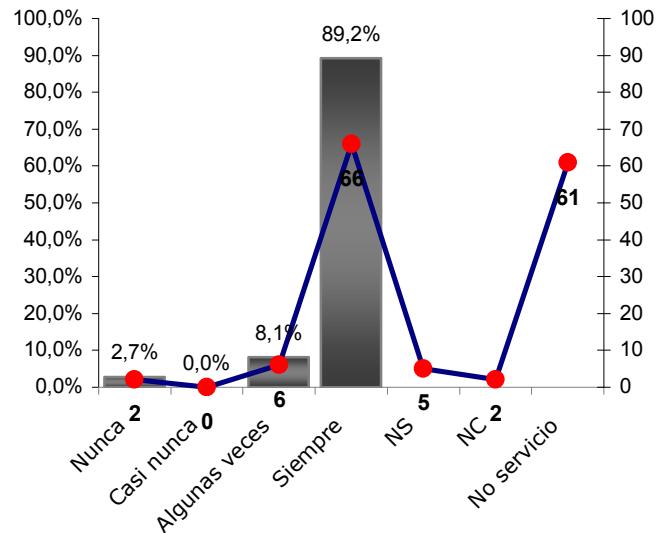


Figura 28. Las enfermeras se preocupan por contactar con Ud si no puede acudir o se va a retrasar . Piloto 6

El 90% de los pacientes refieren que **siempre** las enfermeras les enseñan a cuidarse por sí mismo (Figura 29).

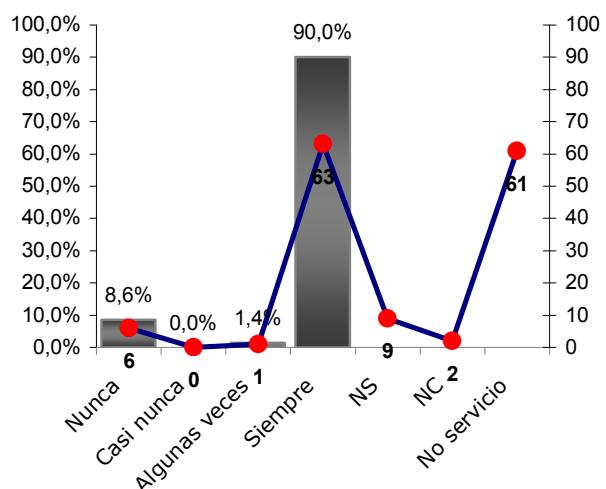


Figura 29. Las enfermeras le enseñan a cuidarse por sí mismo/a . Piloto 6

El 93% de los pacientes refieren que **siempre** su enfermera le atiende con suficiente intimidad, de manera reservada (Figura 30).

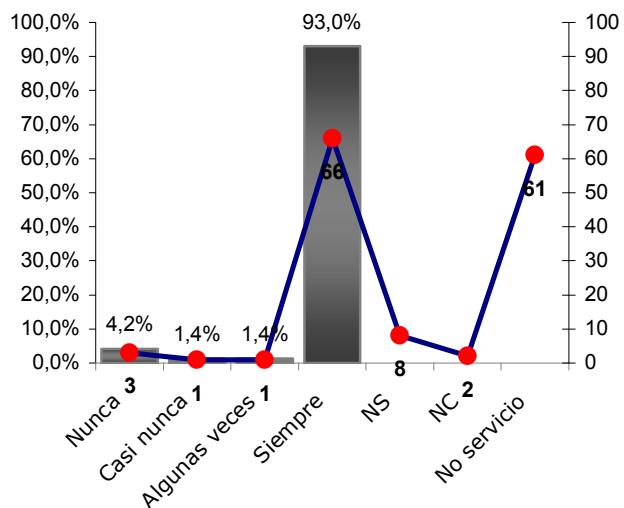


Figura 30. Su enfermera le atiende con la suficiente intimidad, de manera reservada. Piloto 6

El 84,5% de los pacientes refieren que **siempre** es fácil programar las visitas en los días y horas que quiere (Figura 31).

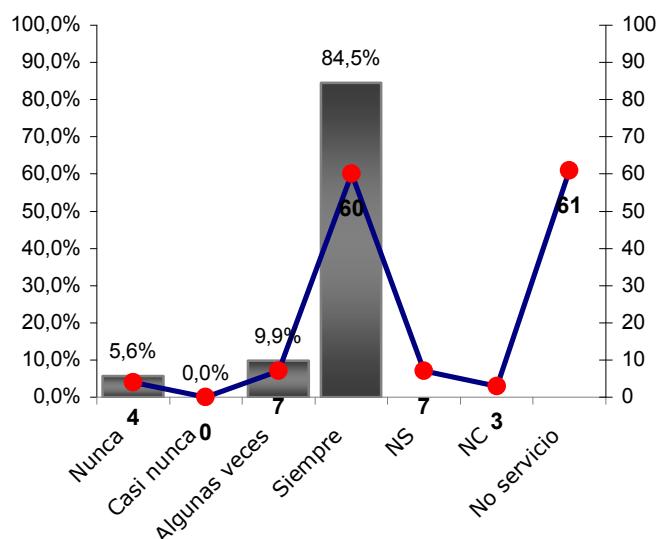


Figura 31. Es fácil programar las visitas en los días y horas que quiere Ud. o le vienen mejor. Piloto 6

El 98,7% de los pacientes refieren que **siempre** las enfermeras se preocupan por su comodidad (Figura 32).

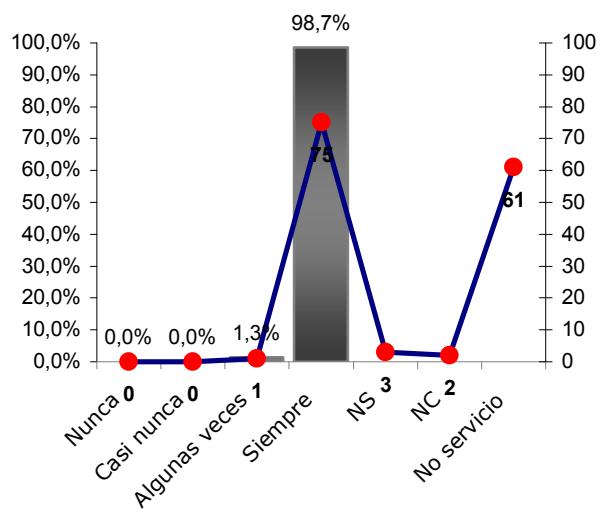


Figura 32. Las enfermeras se preocupan por su comodidad mientras le están tratando o cuidando. Piloto 6

El 97,2% de los pacientes refieren que **siempre** la enfermera hace un buen trabajo organizando sus necesidades (Figura 33).

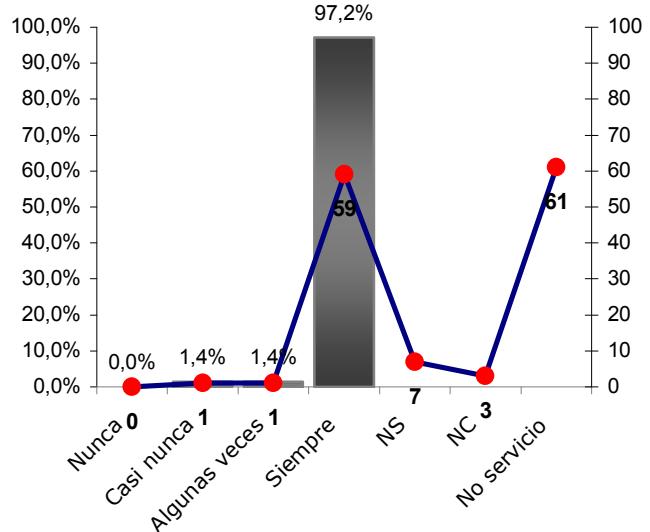


Figura 33. En general, la enfermera gestora hace un buen trabajo organizando lo que Ud. necesita. Piloto 6

Todas las respuestas de los pacientes atendidos en este piloto, muestran una alta satisfacción con la atención recibida.

APRENDIZAJE Y RECOMENDACIONES

Tras el análisis de la información de este piloto, es posible plantear una serie de conclusiones:

El piloto 6 se desarrolló correctamente según lo establecido, y ambos roles han captado pacientes sin inconvenientes. En cualquier caso, los criterios de inclusión y exclusión se adecuaron a la realidad de las poblaciones atendidas por las organizaciones de servicios incluidas en el piloto.

A lo largo del desarrollo del piloto se han ido ajustando diversos aspectos.

Para la extensión de este piloto 6 sería necesario identificar las causas de reingreso y la necesidad de homogeneización la práctica clínica.

ANEXOS:

ANEXO 1:

<p>PPP CATEGORÍA A: Insuficiencia cardíaca que en situación de estabilidad clínica haya estado en grado II de la NYHA (ligera limitación de la actividad física). La actividad física habitual le produce disnea, angina, cansancio o palpitaciones). Cardiopatía isquémica</p>
<p>PPP CATEGORÍA B: Vasculitis y enfermedades autoinmunes sistémicas. Enfermedad renal crónica definida por elevación de creatinina ($>1,4$ mg/dl en hombres o $>1,3$ mg/dl en mujeres) o proteinuria (índice albúmina/creatinina > 300 mg/g, microalbuminuria >3 mg/dl en muestra de orina o albúmina >300 mg/día en orina de 24 horas), mantenidas durante 3 meses.</p>
<p>PPP CATEGORÍA C: Enfermedad respiratoria crónica que en situación de estabilidad clínica haya estado con disnea grado 2 de la MRC (Incapacidad de mantener el paso de otra persona de la misma edad, caminando en llano, debido a la dificultad respiratoria o tener que parar a descansar al andar en llano al propio paso), o $FEV1 < 65\%$, o $SaO_2 \leq 90\%$</p>
<p>PPP CATEGORÍA D: Enfermedad inflamatoria crónica intestinal. Hepatopatía crónica con datos de insuficiencia hepatocelular (INR $>1,7$, albúmina $<3,5$ g/dl, bilirrubina >2 mg/dl) o hipertensión portal (Definida por la presencia de datos clínicos, analíticos, ecográficos o endoscópicos)</p>
<p>PPP CATEGORÍA E: Ataque cerebrovascular. Enfermedad neurológica con déficit motor permanente que provoque una limitación para las actividades básicas de la vida diaria (Índice de Barthel inferior a 60-Anexo 2). Enfermedad neurológica con deterioro cognitivo permanente, al menos moderado (Pfeiffer-Anexo 6- con 5 ó más errores).</p>
<p>PPP CATEGORÍA F: Arteriopatía periférica sintomática. Diabetes mellitus con retinopatía proliferativa o neuropatía sintomática</p>

PPP CATEGORÍA G:

Anemia crónica por pérdidas digestivas o hemopatía adquirida no subsidiaria de tratamiento curativo que presente Hb < 10mg/dl en dos determinaciones separadas más de tres meses.

Neoplasia sólida o hematológica activa no subsidiaria de tratamiento con intención curativa

PPP CATEGORÍA H:

Enfermedad osteoarticular crónica que provoque por sí misma una limitación para las actividades básicas de la vida diaria (Índice de Barthel inferior a 60).

Tabla de paciente pluripatológico de Ollero utilizado en el piloto 6

PROYECTO ESTRATÉGICO 8: COMPETENCIAS AVANZADAS DE ENFERMERÍA

PILOTO 7

H. ZUMARRAGA-MENDEBALDEA



PILOTO 7

H. ZUMARRAGA Y CENTRO MENDEBALDEA

INTRODUCCIÓN

En el marco de la “Estrategia para afrontar el reto de la cronicidad en Euskadi” se configura el proyecto número 8 de “Definición e implementación de competencias avanzadas de enfermería” con el objeto de perfilar e implementar roles de enfermería mejor adaptados a las necesidades de los pacientes crónicos.

Las necesidades que plantea la Estrategia, han servido para enmarcar los Retos Estratégicos del proyecto que son los siguientes:

- Diseñar nuevos marcos competenciales de enfermería para el conjunto del SSV que de respuesta a las necesidades actuales.
- Identificar sinergias y coordinar a los distintos agentes involucrados en la atención y cuidados de los pacientes crónicos.

Se asume que Enfermería, en un planteamiento funcional, puede ser el engarce intra y extra del sistema sanitario. La integración entre niveles asistenciales, la movilización de recursos y la gestión de casos, son aspectos fundamentales para su consecución.

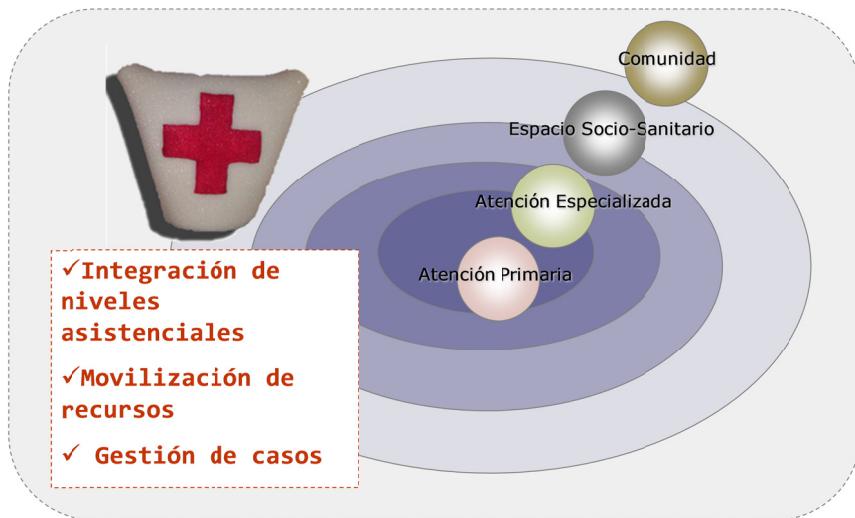


Figura 1. Visión del papel a jugar por la nueva Enfermería

METODOLOGÍA DE TRABAJO

Para lanzar el proyecto, se diseño un cronograma con cinco fases claramente diferenciadas, que cubrían desde la definición inicial hasta la propia implementación de las figuras

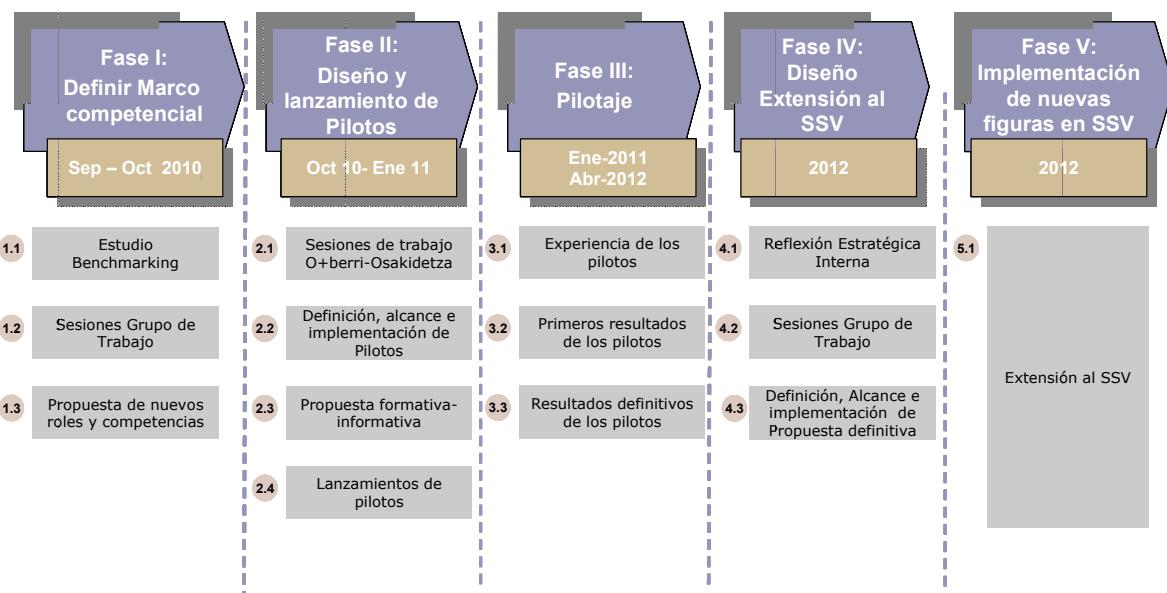


Figura 2. Esquema de fases del proyecto

La fase tercera es la central del proyecto y comprende el pilotaje de los nuevos roles de enfermería en las organizaciones de servicio de Osakidetza.

EQUIPO DE TRABAJO

Se formaron tres Equipo de Trabajo y un Grupo de Trabajo:



Figura 3. Equipos de trabajo

a) **ETLP (Equipo de trabajo de la lógica del proyecto)**: Formado en su inicio por María Jesús Ruiz de Ocenda (Responsable del proyecto), y posteriormente, por Inmaculada Sanchez Martin y O+Berri (Galder Abos, Javier Bikandi y al inicio Naiara Artaza), cuyas funciones son:

- Elaboración de propuesta de trabajo y enfoque metodológico
- Liderazgo y gestión del proyecto global
- Coordinación y supervisión del trabajo del resto de equipos de trabajo
- Elaboración y/o supervisión de los documentos generados en el desarrollo del proyecto

b) **ETAM (Equipo de trabajo de apoyo metodológico)**: Formado por tres enfermeras: Ana M^a Chueca (Unidad de Metodología Calidad del Hospital de Galdakao-Usansolo), Rosa Gonzalez de la Oficina de la Estrategia de Cronicidad (OEC), y M^a Luz Peña Enfermera de la Subdirección de Asistencia Sanitaria.

Las funciones de este equipo son:

- Diseño, apoyo, coordinación y supervisión de pilotos
- Elaboración de documentación necesaria para el desarrollo de los pilotajes.

c) **El ETF (Equipo de trabajo de formación)**: formado por la Responsable de Docencia e Investigación de enfermería de Osakidetza y por una profesora de cada Escuela de Enfermería de Euskadi; Leioa, Donostti y Vitoria.

Sus función fundamental es:

- Dar apoyo, coordinación y supervisión de la formación pre-peri y post proyecto.

d) **Grupo de trabajo**: Formado por profesionales de todos los niveles de la organización (Osakidetza) y de otras instituciones. Los perfiles fueron:

Enfermeras de Atención Primaria y Atención Especializada, Oficina de la Estrategia de la Cronicidad, Gerencias del Atención Primaria y Atención Especializada, Directivos asistenciales médicos y de enfermería, Mandos intermedios de enfermería, Responsables de docencia e investigación

Representante de Colegios de Profesionales Enfermería, Representante de EFEKEZE, EUE Osakidetza, EUE Donosti y Profesionales de O+berri

Las funciones de este Grupo de trabajo son:

- Participar en la elaboración de los documentos base de trabajo que plasmen las propuestas a desarrollar y validar y/o aportar comentarios en la socialización de documentos de trabajo.

TAREAS PREVIAS

A. Benchmarking nacional e Internacional:

Previamente a la puesta en marcha de los pilotos, fue necesario realizar en primer lugar, una búsqueda de las mejores prácticas a nivel internacional y nacional en relación a la asistencia a la cronicidad y los roles de enfermería. Para ello, a nivel internacional se estudiaron las prácticas desarrolladas en Canadá, EEUU, Reino Unido y Paises Escandinavos y a nivel nacional se estudiaron las prácticas de otras CCAA: Andalucía, Aragón, Cataluña, Canarias, Madrid y Valencia. El documento resultante “Benchmarking” es un anexo a este informe.



Figura 4. Documento “Benchmarking”

B. Definición del marco competencial:

El documento de “Benchmarking” fue trasladado al grupo de trabajo para que a la luz de las experiencias nacionales e internacionales se propusieran las propuestas adaptadas a la realidad en Euskadi. El trabajo se plasmó en un informe titulado “Marco competencial ampliado”.



Figura 5. Documento “Marco competencial ampliado”

En dicho documento, el grupo de trabajo recogió las conclusiones generales y realizó la primera aproximación de los perfiles/roles enfermeros a experimentar. Los perfiles / roles resultantes a pilotar fueron los siguientes 3:



Figura 6. Imagen de las figuras / roles a pilotar

OBJETIVO

Perfilar e implementar roles de enfermería, mejor adaptados a las necesidades de los pacientes crónicos.

Para ello, se han diseñado 8 pilotos diferentes en los que interactúan los perfiles / roles a pilotar. Los datos básicos de los 8 pilotos son los siguientes:

PILOTO	OS	PERFIL / ROL	
PILOTO 1	OSI BIDASOA	EGEH-EGC	
PILOTO 2	H. DONOSTIA	EGEH	
	Centro Salud BERAUN (Comarca GIPUZKOA ESTE)	EGC	
PILOTO 3	H. CRUCES	EGEH	
	Comarca URIBE	EGCA	
PILOTO 4	H. SANTA MARINA	EGEH	
	Comarca BILBAO	EGCA	
PILOTO 5	H. SAN ELOY	EGEH (3 Supervisoras)	

	Comarca EZKERRALDEA	EGC	
PILOTO 6	H. TXAGORRITXU	EGEH	
	H. SANTIAGO	EGEH	
	Comarca ARABA	EGC	
PILOTO 7	H. ZUMARRAGA	EGEH	
	UAP's Goiherri de Comarca GUIPUZKOA OESTE	EGCA	
PILOTO 8	Clínica La ASUNCIÓN	EGEH (Supervisora de Unidad de Hospitalización)	
	UAP's Tolosaldea Comarca GUIPUZKOA OESTE	EGC	

Tabla 1. Perfiles a pilotar por piloto

PLANIFICACIÓN DEL PILOTO 7 H. ZUMARRAGA- MENDEBALDEA

ORGANIZACIONES DE SERVICIOS Y ROLES A PILOTAR

Las organizaciones de servicios participantes en el **Piloto 7** y los roles incluidos, se muestran en la tabla siguiente:

OS	PERFIL / ROL	
H. ZUMARRAGA	EGEH	
UAP's Goiherri de Comarca GUIPUZKOA OESTE (MENDEBALDEA)	EGCA	

Tabla 2. Roles a pilotar en el piloto 7

POBLACIÓN

La población de referencia de este piloto es la de 3 centros de la Comarca Mendebaldea:

- U.A.P. Beasain
- U.A.P. Lazkao

- U.A.P. Ordizia

En la tabla se muestran las características de edad de la población por cada uno de las UAP's:

De 0 a 14 años	Entre 15 y 65 años	Mayores de 65 años	Total
3.265	14.530	3.908	21.703

Tabla 3. Población C.S. Beasain

De 0 a 14 años	Entre 15 y 65 años	Mayores de 65 años	Total
1.219	5.421	1.683	8.323

Tabla 4. Población C.S. Lazkao

De 0 a 14 años	Entre 15 y 65 años	Mayores de 65 años	Total
1.892	8.678	2.482	13.052

Tabla 5. Población C.S. Ordizia

De 0 a 14 años	Entre 15 y 65 años	Mayores de 65 años	Total
6.376	28.629	8.073	43.078

Tabla 6. Población UAPs del pilotaje

La población “diana” se ha definido a través de unos criterios de inclusión y otros de exclusión, iguales para las dos figuras pilotadas:

EGEH y EGCA

Criterios de <u>inclusión</u> :	Criterios de <u>exclusión</u> :
1 o más ingresos en el último año	Pacientes en diálisis
Clasificación paciente pluripatológico (Ollero) Paciente que cumple 2 de las categorías de patología definidas	Pacientes institucionalizados en residencias asistidas

Tabla 7: Población Diana. Criterios de inclusión y exclusión

IMPLANTACIÓN: ANÁLISIS Y EVOLUCIÓN

El proceso de implantación ha sido gradual a partir del proceso inicial de planificación y definición del piloto. En este apartado se resaltan los aspectos más destacados, como pueden ser las sinergias detectadas con otros proyectos estratégicos o las áreas de mejora detectadas durante el proceso de implantación y desarrollo del piloto.

COMUNICACIÓN

El proceso de comunicación ha sido clave para el desarrollo del piloto y ha contado con 3 apartados:

- i. Resultados de la planificación
- ii. Estrategia de pilotaje
- iii. Implantación y seguimiento del piloto

El proceso de comunicación se ha apoyado fuertemente en las reuniones de seguimiento que ha celebrado la líder del proyecto, semanalmente al inicio, con las/os Responsables, Tutores/as y las enfermeras implicadas, y con periodicidad quincenal en la estabilización del piloto. Dichas reuniones han servido para resolver problemas/dudas en fases iniciales, además de para demostrar la apuesta de la organización con el piloto.

COMUNIDAD ONLINE – WIKI

El piloto 7, como el resto de pilotos se ha apoyado para su desarrollo en una comunidad online o wiki que ha permitido trabajar de forma colaborativa “en la nube”, lo que ha posibilitado disponer en todo momento de información actualizada sobre el desarrollo del proyecto.

The screenshot shows a web page titled 'Competencias Avanzadas de Enfermería'. On the left, there is a sidebar menu with categories like 'Inicio', 'Sobre el proyecto' (which is expanded), 'Listado de Pilotos', 'Metodología de trabajo y fases', 'Equipo - Organigrama', 'Calendario General de Reuniones', and numbered links from 'Piloto 1' to 'Piloto 8'. The main content area is titled 'Piloto 7' and contains text about the project's working area and a space for sharing information. Below this, there are two images: one of a yellow building with arched windows and another of a modern building with glass walls.

Figura 8. Comunidad Online - Wiki

La wiki ha facilitado el intercambio de información y la resolución de dudas de forma

sencilla.

PUNTOS FUERTES Y ÁREAS DE MEJORA

Para analizar la evolución del piloto desde una perspectiva cualitativa, se han identificado una serie de factores clave comunes a todos ellos. Se trata de aspectos a vigilar y a controlar para garantizar el progreso del piloto. En conjunto se trata de aspectos de diferentes ámbitos como puede ser la formación, la comunicación o el trabajo colaborativo.

A. Puntos fuertes:

- Aceptación / rechazo de pacientes para inclusión en piloto
- Seguimiento operativo y asimilación de conceptos.
- Transversalidad con otros proyectos estratégicos de la cronicidad
- Integración y flexibilidad de cada piloto (relacionado con las visitas a los centros)
- Trabajo colaborativo con herramienta web ad hoc
- Adecuación de flujograma inicial
- Implicación líderes de enfermería de los os
- Implicación de los profesionales
- Identificación de "fracturas" en el sistema
- Adecuación de criterios generales de inclusión de pacientes

B. Áreas de mejora:

A continuación se destacan las áreas de mejora detectadas durante el desarrollo del piloto. En los casos en los que ha sido posible, se han introducido los cambios necesarios.

En primer lugar cabe destacar la definición inicial de actividad del rol EGC. Aunque a nivel teórico se definieron las actividades a realizar por cada figura, y los circuitos a seguir para la coordinación entre las mismas, hubo que ir ajustando dichos presupuestos a las realidades del piloto. La variabilidad de las casuísticas ha hecho que el proceso de ajuste se haya llevado a cabo durante todo el pilotaje

La falta de homogeneización en la práctica clínica (asociación de cuidados a técnica + integración y coordinación de cuidados) ha sido un problema que requiere atención. Así mismo, la educación para el auto-cuidado es un área con amplio margen de mejora.

La falta de integración de los sistemas de información es una realidad actual en el sistema sanitario. Ha sido un hándicap que han debido ir resolviendo las figuras durante el piloto. Así mismo, la falta de una agenda unificada/ compartida, ha sido otra debilidad a superar.

A destacar la existencia de historias duplicadas. La detección de este problema ha sido tardía, realizándose en la fase de recogida de datos para la evaluación de los resultados. Se trata un tema en proceso de resolución por los Servicios de informática de Osakidetza.

La continuidad de cuidados realizado en Atención Especializada no se ha podido visualizar en ocasiones en Atención Primaria, lo que dificultaba la comunicación entre ambos niveles.

La falta de homogeneización en la práctica clínica (asociación de cuidados a técnica + integración & coordinación de cuidados) ha sido un problema que requiere atención. Así mismo, la educación para el autocuidado y la implicación del paciente son dos áreas que aun presentan mucho margen de mejora

Para conocer un aspecto importante de la atención prestada como es el número de pacientes que conoce el nombre de su enfermera, ya que puede ser un indicador indirecto de una atención personalizada o de existencia de referente enfermero, se pregunta este aspecto a los pacientes captados. En este piloto 39 pacientes (54,93%) conocen el nombre de su enfermera de Atención Primaria, siendo un área de mejora el intentar superar ese porcentaje de conocimiento.

RESULTADOS Y EVALUACIÓN

El número de **pacientes sobre los que se ha intervenido y a los que se ha realizado el seguimiento** es de **71**.

DATOS GENERALES EN RELACIÓN CON LA DETECCIÓN, CAPTACIÓN, EXCLUSIÓN Y REINGRESOS DE PACIENTES

En este piloto, el número de pacientes totales que fueron consultados para ser captados e introducidos en el programa fue de 96. **Todas las personas aceptan** entrar en el proyecto, existiendo un porcentaje de aceptación de pacientes al proyecto de un 100%

25 pacientes fueron excluidos del proyecto tras cumplir criterios de inclusión. El número total de pacientes captados e intervenidos en el periodo medido en este piloto es de 71.

Se muestran los **datos generales de detección, captación, exclusión, y reingresos** de pacientes.

EGEH-EGCA		
	nº	%
Pacientes consultados	96	100%
Pacientes excluidos tras captación	25	26,04%
pacientes que no han aceptado	0	0,00%
Pacientes en seguimiento	71	73,96%

Tabla 8. Captación de pacientes por EGEH-EGCA. Piloto 7

La vía de captación de los pacientes de este piloto fue la siguiente:

Vía de captación		
	nº	%
Total pacientes en seguimiento	71	100%
Via captación Urgencias	3	4,23%
Via captación Hospitalización	34	47,89%
Via captación Consultas	7	9,86%
Via captación AP	23	32,39%
Via captación Desconocida	3	4,23%

Tabla 9. Vía de captación de pacientes por EGEH-EGCA. Piloto 7

Este piloto participó en un ensayo clínico siendo un brazo del mismo, por ello el origen de los pacientes captados provienen tanto de la población diana de este piloto, como de la muestra del ensayo.

Origen de los captados		
	nº	%
Total pacientes captados	71	100%
Muestra ensayo	48	67,61%
Población Diana	23	32,39%

Tabla 10. Origen de pacientes. Piloto 7

En la frecuencia de las situaciones clínicas y/ o funcionales que presentaban los pacientes captados, resaltan los pacientes con 1 o más ingresos en el último año así como pacientes con ICC.

FRECUENCIA DE LOS CRITERIOS DE INCLUSIÓN		
	nº	%
1 o más ingresos en el último año	69	97%
PPP CATEGORÍA A: ICC	52	29%
PPP CATEGORÍA B: Vasculitis y enfermedades autoinmunes y Nefro	35	20%
PPP CATEGORÍA C: enfermedad respiratoria crónica	31	18%
PPP CATEGORÍA D: enfermedad inflamatoria crónica intestinal, hepatopatía crónica	8	5%
PPP CATEGORÍA E: ACV , enfermedad neurológica	17	10%
PPP CATEGORÍA F: Diabetes mellitus con retinopatía proliferativa o neuropatía sintomática	17	10%
PPP CATEGORÍA G: Anemia crónica, neoplasia no quimio	10	6%
PPP CATEGORÍA H: Enfermedad osteoarticular crónica. Indice de Barthel < 60	7	4%

Tabla 11. Frecuencia de criterios de inclusión de pacientes captado. Piloto 7

Edad

La edad media de los pacientes captados en este piloto es de 78,86 años. La distribución de la edad varía entre los 46 y 97 años.

Valoración del grado de dependencia

El 5,7% de los pacientes captados en este piloto tenía una dependencia grave y el 4,9% una dependencia muy grave.

En la siguiente tabla se presentan los datos de grado de dependencia de los pacientes atendidos.

CAPTACIÓN ALTA	Piloto 7				
	% Independientes	% Dependencia Leve	% Dependencia Moderada	% Dependencia Grave	% Dependencia Muy grave
	30,4	49	9,9	5,7	4,9
	21,6	52	12,2	6,1	8,1

Tabla 12. Nivel de dependencia pacientes captados Piloto 7

Piloto 7

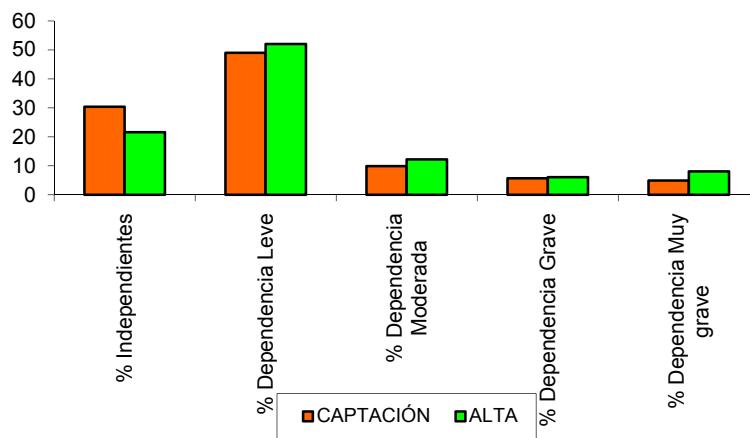


Figura 9. Gráfico nivel de dependencia de pacientes captados Piloto 7

La variación en la escala de dependencia entre el momento de captación y el alta muestra, en general, un aumento en los niveles de dependencia desde el momento de captación al momento del alta.

La propia situación y patología de los pacientes puede ser motivo de la situación en la dependencia, siendo peor al alta respecto a la captación.

Mortalidad

El número de pacientes fallecidos (del grupo de pacientes captados) fue de 11, teniendo un índice de mortalidad de 15,49%.

Reingresos

El número total de reingresos del grupo de pacientes captados es de 31 (43,66%)

REINGRESOS EN HOSPITAL		
	nº	%
Total pacientes en seguimiento	71	100%
1 ingreso	40	56,34%
2 o 3 ingresos	26	36,62%
4 o más ingresos	5	7,04%

REINGRESOS

Tabla 13. Reingresos. Piloto 7

FRECUENTACIÓN

En relación a la frequentación de los casos captados en Atención Especializada en los últimos 12 meses en el grupo de pacientes captados los datos se muestran en la siguiente tabla.

PILOTO 7					
Nº total de ingresos programados en los últimos 12 meses (del grupo de pacientes captados)	Promedio de ingresos programados en los últimos 12 meses (del grupo de pacientes captados)	Nº total de ingresos urgentes en los últimos 12 meses (del grupo de pacientes captados)	Promedio de ingresos urgentes en los últimos 12 meses (del grupo de pacientes captados)	Nº total de asistencias a urgencias hospitalarias en los últimos 12 meses (del grupo de pacientes captados)	Promedio de asistencias a urgencias hospitalarias en los últimos 12 meses (del grupo de pacientes captados)
44	0,62	341	4,80	540	7,61

Tabla 14. Fecuentación Atención Especializada últimos 12 meses Piloto 7

En relación a la frecuentación de los casos captados en Atención Primaria en los últimos 12 meses en el grupo de pacientes captados los datos se muestran en la siguiente tabla.

PILOTO 7							
Nº total de asistencias al PAC en los últimos 12 meses (del grupo de pacientes captados)	Promedio de asistencias al PAC en los últimos 12 meses (del grupo de pacientes captados)	Nº de visitas a domicilio por el médico de familia en el último año (del grupo de pacientes captados)	Promedio de visitas a domicilio por el médico de familia en el último año (del grupo de pacientes captados)	Nº de consultas en centro programadas realizadas por médico de familia en el último año (del grupo de pacientes captados)	Promedio de consultas en centro programadas realizadas por médico de familia en el último año (del grupo de pacientes captados)	Nº de consultas en centro urgentes realizadas por médico de familia en el último año (del grupo de pacientes captados)	Promedio de consultas en centro urgentes realizadas por médico de familia en el último año (del grupo de pacientes captados)
59	0,83	213	3,00	1388	19,55	1336	18,82

Tabla 15. Fecuentación Atención Primaria últimos 12 meses a PAC y médico. Piloto 7

PILOTO 7	
Nº de visitas a domicilio por la enfermera de AP en el último año (del grupo de pacientes captados)	Promedio de visitas a domicilio por la enfermera de AP en el último año (del grupo de pacientes captados)
509	7,17

Tabla 16. Fecuentación Atención Primaria últimos 12 meses enfermera de AP. Piloto 7

ESTANCIA MEDIA

Para la valoración de las diferencias en los días de ingreso antes y después de la intervención se utiliza la mediana de estancia por ingreso para evitar la influencia de estancias puntuales por muchos días de ingreso y se excluyen los ingresos en los que el paciente fallece, empleándose pruebas no paramétricas para el cálculo de diferencias.

Los datos se muestran en la siguiente tabla

	Estancia mediana por ingreso en días			* Hodges-Lehmann	Nº de ingresos	
	Intervención	Antes de la intervención	Diferencia días de estancia	Intervalo de confianza 95%	Periodo intervención	Periodo anterior
Piloto 7	7	4	-3	(-6 a -1)	39	32

Tabla 17. Estancias Hospitalarias. Piloto 7

Se encuentran diferencias significativas en contra de la intervención (entre 1 y 6 días más de ingreso), estas diferencias pueden ser debidas a que los ingresos de los pacientes durante la intervención pueden ser más complejos que antes de la misma.

SEGUIMIENTO EN ATENCIÓN PRIMARIA

Al inicio del proyecto se estableció que a todos los pacientes incluidos en el piloto, al alta a domicilio, se le abriría un Episodio “Enfermera Gestora” en Osabide AP con dos fines esenciales: por un lado, servir de información a Médico de Familia y Enfermera de referencia, pudiendo identificar de esta manera que el paciente pertenece al piloto y por otro para realizar el seguimiento clínico del paciente, utilizando un formulario acordado para todos los pilotos con el fin de homogeneizar la atención.

El resultado a la consulta de cuántos pacientes disponen de episodios abiertos de Enfermera Gestora de los pacientes captados en este piloto es de 53 (74,65%). En la tabla siguiente se especifican el número de pacientes captados y grado de seguimiento.

SEGUIMIENTO EN OSABIDE AP				
	nº pacientes captados	nº pacientes con seguimiento	%	Media dbp's por paciente
Total	71	53	74,65%	92,49

Tabla 18. Seguimiento en OSABIDE-AP. Piloto 7

El formulario es un conjunto de DBP (Datos Básico de Pacientes) seleccionados para realizar el seguimiento de estos pacientes.

En la tabla siguiente (*Tabla 19*) se presentan los DBPs y sus frecuencias en el seguimiento de los 53 pacientes que han tenido seguimiento y disponen del Episodio de Enfermera Gestora del Piloto 7. El total de DBPs es de 4.902 lo que el promedio de DBPs recogidos por paciente es de 92,49

DBP	frecuencia
Entregada Hoja Medicación	1
Zarit. Cuidador sobrecarga	1
Situación sociofamiliar. Apoyos	5
Observaciones a protocolo	8
Sonda naso-gástrica	13
Sonda urinaria (Si/No)	16
Ayuda. Nº horas por semana	19
Canalización de Vía Venosa	29
Proceso. Tto a seguir. Cont. Cuidados.	33
Expectoración. Cambios	35
Continuidad cuidados al Alta (Si/No)	40
Defecación/semana (Frecuencia fecal)	40
Indice de masa corporal (IMC)	40
Talla (cm)	40
Informe clínico en domicilio	42
Sueño. Horas/día	42
Calidad de sueño percibida	43
¿Tiene plan de cuidados?	44
Autoestima negativa	44
Coordinación motora	44
Edemas maleolares (Igual/Mejor/Peor)	44
¿Tiene Informe de Valoración Sociofamil?	45
Capacidad visual	45
Dolor percibido	45
Masticación/deglución (dificultad)	45
Medicación. Revisión	45
Vivienda - adecuación	45
Actividad vida diaria	46
Aporte de alimentos.	46
Aporte de líquidos.	46
Apoyo familiar / cuidador	46
Autonomía aseo	46
Autonomía eliminación	46
Autonomía moverse	46
Autonomía vestirse	46
Capacidad auditiva	46
Comunicación verbal	46
Control esfinter anal	46

DBP	frecuencia
Control esfinter uretral	46
Equilibrio (físico)	46
Glucemia Capilar	46
Higiene	46
Lesiones en piel	46
Relaciones Familiares Sociales ¿Problema	46
Riesgo de caída (Si/No)	46
Uso de laxantes	46
Valoración funcional psíquica	46
Adhesión a Tratamiento farmacológico	47
Tabaco SI/NO/EX	47
Aumento rápido de peso (Si/No)	48
Dieta recomendada	51
Fiebre (Si/No/No termometrada)	63
Areas de educación	65
Cuidador principal	67
Barthel (escala). Para Crónicos domic	68
Edemas en EEII (Si/No/Dudoso)	70
Disnea (Mejor/Igual/Peor)	73
Peso (Gramos)	76
Dolor precordial (consulta)	79
Mareo (consulta)	81
Tipo de tos.	81
Estado subjet general (Igual/Mejor/Peor)	83
Disminución Diuresis (Si/No)	86
Aumento nº almohadas (Si/No)	87
Aumento de la fatiga	89
Dieta	91
Temperatura	101
Frecuencia respiratoria	109
Porcentaje Saturación Oxígeno (SpO2)	109
Cumplimiento Plan/Tratamiento	112
Dificultad para respirar.	112
Educación dieta	130
Ejercicio físico (consejo)	150
Adhesión al tratamiento	164
Frecuencia cardiaca	172
TAD	289
TAS	289

Tabla 19. DBPs Piloto 7

Se adjunta un gráfico de apoyo en el que se presentan los DBPs cuya frecuencia es superior en el piloto.

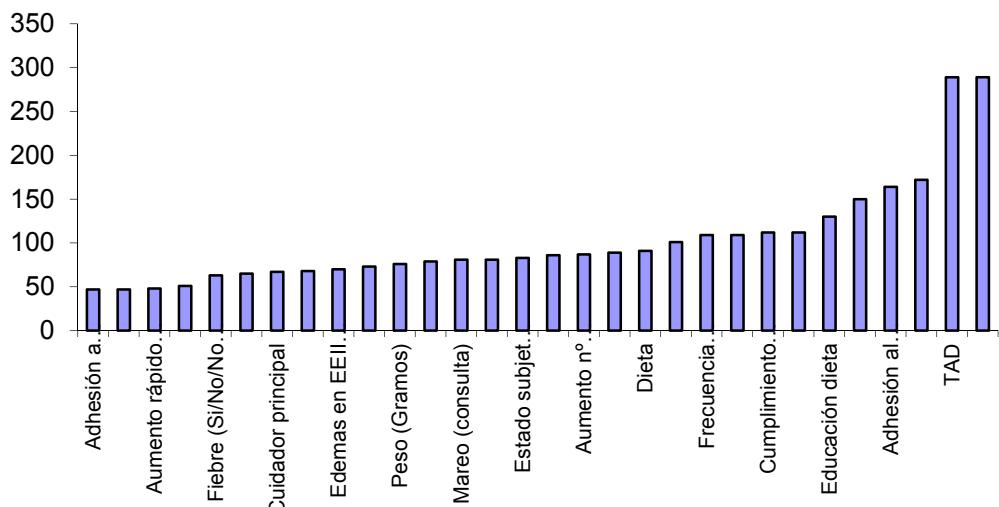


Figura 10. Gráficos DBPs. Piloto 7

INTERVENCIONES REALIZADAS

En las siguientes tablas se indican los contactos mantenidos por los profesionales con pacientes, cuidadores, familia y otros profesionales en el grupo de pacientes captados.

PILOTO 7									
Nº total de contactos mantenidos con cuidador/a (del grupo de pacientes captados)	Promedio de contactos mantenidos con cuidador/a (del grupo de pacientes captados)	Nº total de contactos mantenidos con familiares de manera presencia l (del grupo de pacientes captados)	Promedio de contactos mantenidos con familiares de manera presencia l (del grupo de pacientes captados)	Nº total de contactos mantenidos con familiares de manera no presencia l (del grupo de pacientes captados)	Promedio de contactos mantenidos con familiares de manera no presencia l (del grupo de pacientes captados)	Nº total de contactos mantenidos con paciente de manera presencia l (del grupo de pacientes captados)	Promedio de contactos mantenidos con paciente de manera presencia l (del grupo de pacientes captados)	Nº total de contactos mantenidos con paciente de manera no presencia l (del grupo de pacientes captados)	Promedio de contactos mantenidos con paciente de manera no presencia l (del grupo de pacientes captados)
676	9,52	785	11,06	160	2,25	921	12,97	49	0,69

Tabla 20. Contactos con pacientes, cuidador o familia. Piloto 7

PILOTO 7			
Nº total de contactos mantenidos con trabajadora social de AP (del grupo de pacientes captados)	Promedio de contactos mantenidos con trabajadora social de AP (del grupo de pacientes captados)	Nº total de contactos mantenidos con trabajadora social de AE (del grupo de pacientes captados)	Nº total de contactos mantenidos con trabajadora social de AE (del grupo de pacientes captados)
64	0,90	50	0,70

Tabla 21. Contactos mantenidos con Trabajadora social. Piloto 7

El análisis del número de contactos mantenidos con agentes sociales puede ser una pista importante sobre las necesidades para salir del ámbito hospitalario del tipo de población atendida.

PILOTO 7							
Nº de contactos mantenidos : enfermera referente especializada (del grupo de pacientes captados)	Promedio de contactos mantenidos : enfermera referente especializada (del grupo de pacientes captados)	Nº de contactos mantenidos : facultativo referente especializada (del grupo de pacientes captados)	Promedio de contactos mantenidos : facultativo referente especializada (del grupo de pacientes captados)	Nº de contactos mantenidos: enfermera referente de AP (del grupo de pacientes captados)	Promedio de contactos mantenidos: enfermera referente de AP (del grupo de pacientes captados)	Nº de contactos mantenidos: facultativo referente de AP (del grupo de pacientes captados)	Promedio de contactos mantenidos: facultativo referente de AP (del grupo de pacientes captados)
577	8,13	551	7,76	259	3,65	251	3,54

Tabla 22. Contactos mantendios con profesionales. Piloto 7

PILOTO 7		
Nº total de contactos mantenidos: EGEH	Nº total de contactos mantenidos: EGC	Nº total de contactos mantenidos: Inspección Médica
549	209	3

Tabla 23. Contactos mantendios con profesionales. Piloto 7

EN RELACIÓN A LAS ENCUESTAS DE PERCEPCIÓN DE CALIDAD DE VIDA

Los datos que se ofrecen corresponden a pacientes de este piloto a los que se les pidió su colaboración y se les solicitó respondieran al Cuestionario de Calidad de Vida EUROQOL (EQ-5D)

71 respuestas del cuestionario se analizan al inicio de la intervención y tras 6 meses se analizan 48 cuestionarios.

Las respuestas de ambos cuestionarios se presentan pareadas para poder realizar la comparación más gráficamente.

La primera pregunta del cuestionario de Calidad de Vida EUROQOL hace referencia al estado de salud en cuanto a movilidad. Los pacientes refieren tener un peor estado de salud en cuanto a movilidad a los 6 meses, el 5,6% refieren al inicio **tener que estar en la cama** y el 17,4% lo refiere a los 6 meses (Figura 11).

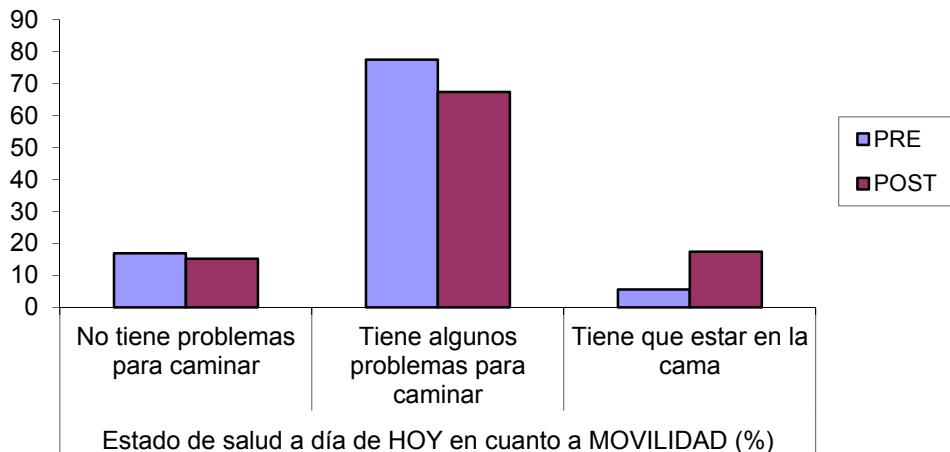


Figura 11.. Estado de salud a día de HOY en cuanto a MOVILIDAD (%) Piloto 7

La pregunta que explora la salud en cuanto al cuidado personal muestra que las personas encuestadas tienen peor estado de salud a los 6 meses, encontrando que aumenta el porcentaje de personas que son **incapaces de lavarse o vestirse** (18,3% al inicio frente al 28,3% a los 6 meses) (Figura 12).

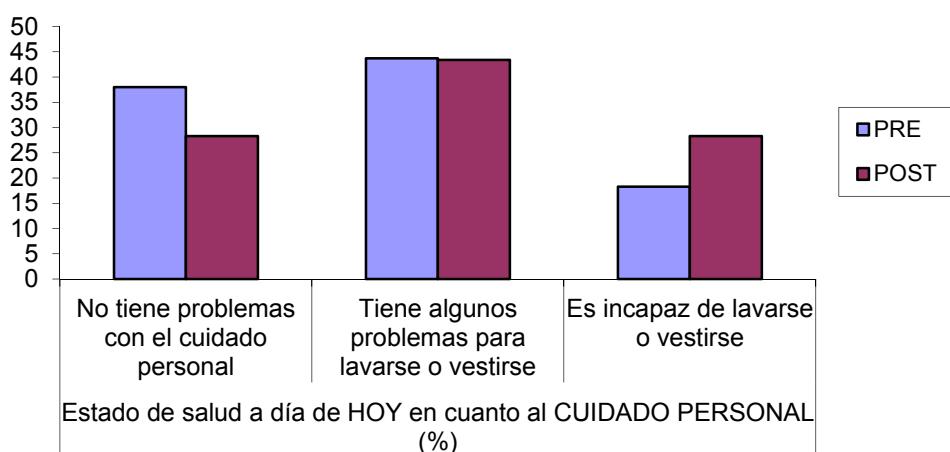


Figura 12. . Estado de salud a día de HOY en cuanto al CUIDADO PERSONAL (%) Piloto 7

La pregunta que explora las actividades cotidianas refleja un deterioro en este aspecto. Las personas que refieren ser **incapaces de realizar su actividades cotidianas** aumenta a los 6 meses (15,5% al inicio frente al 48,9% a los 6 meses) (Figura 13).

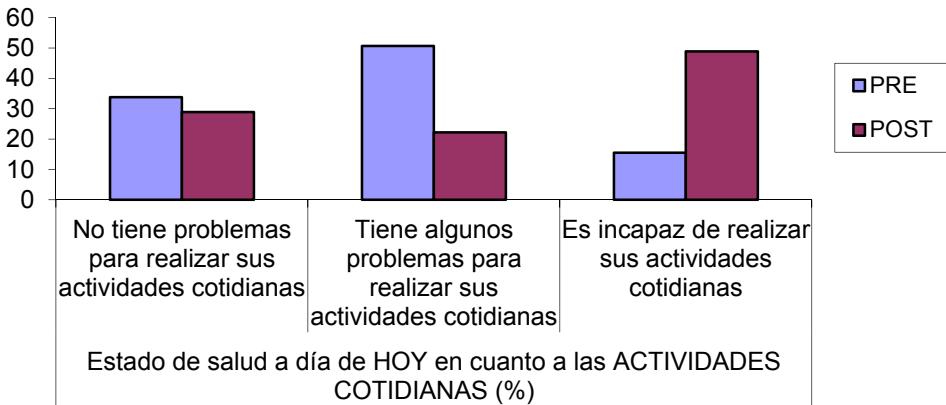


Figura 13. Estado de salud a día de HOY en cuanto a las ACTIVIDADES COTIDIANAS (%). Piloto 7

Se observa que a los 6 meses las personas encuestadas refiere tener mayor dolor/malestar, aumentando aquellos que refieren **tener mucho dolor o malestar** (1,4% al inicio frente al 26,1% a los 6 meses) (Figura 14).

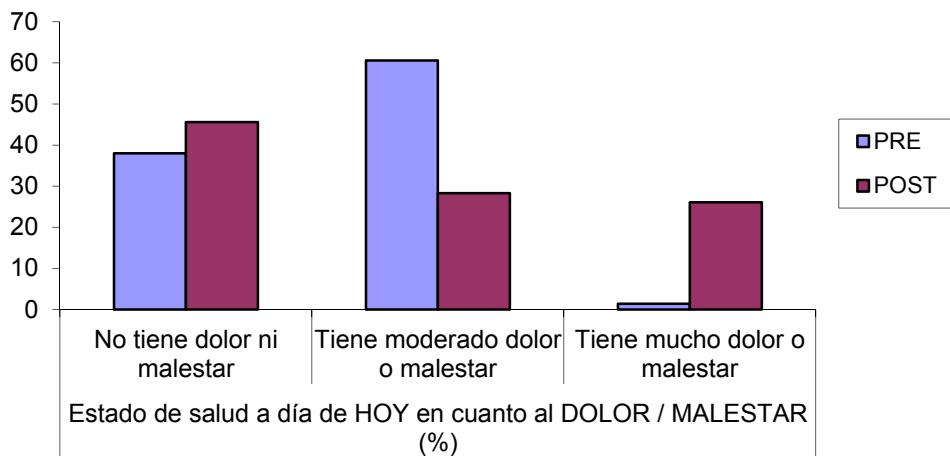


Figura 14. . Estado de salud a día de HOY en cuanto al DOLOR / MALESTAR (%) Piloto 7

También se observa que a los 6 meses aumentan las personas que refieren **estar muy ansiosas y deprimidas** (7% al inicio frente al 13,4% a los 6 meses) (Figura 15).

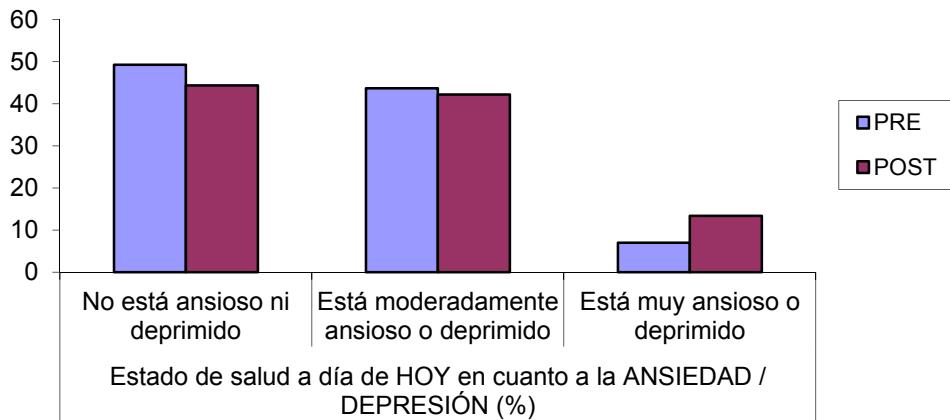


Figura 15. Estado de salud a día de HOY en cuanto a la ANSIEDAD / DEPRESIÓN (%). Piloto 7

Al explorar la comparación del estado de salud, se observa que a los 6 meses disminuye ligeramente las personas que refieren estar **mejor** (24% al inicio frente al 20,5% a los 6 meses) (Figura 16).

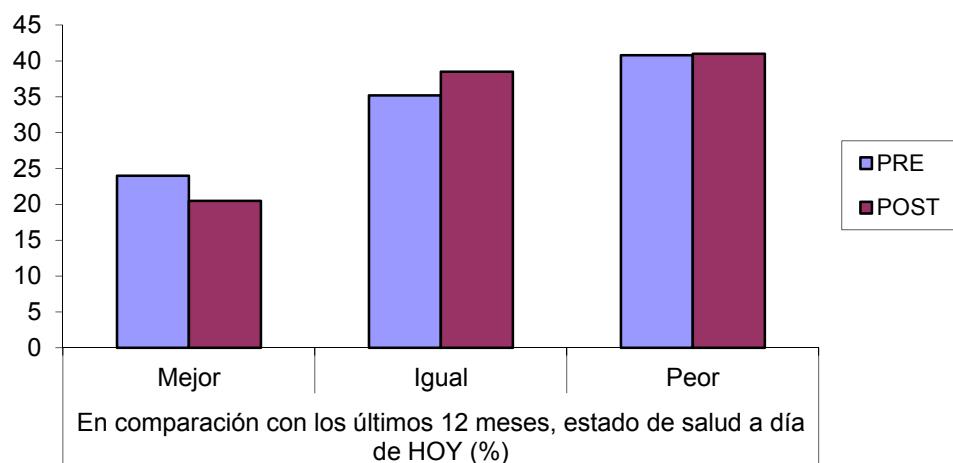


Figura 16. . En comparación con los últimos 12 meses, estado de salud a día de HOY (%) Piloto 7

EN RELACIÓN A LOS RESULTADOS DE LOS CUESTIONARIOS DE SATISFACCIÓN a pacientes y cuidadores

Se ha utilizado la encuesta SATISFAD para explorar la satisfacción de pacientes y cuidadores. La encuesta ha sido realizada por: GIZAKER con la financiación recibida por parte de KRONIKGUNE

Satisfacción de cuidadores

Se pregunta a 48 familias y/o cuidadores de este Piloto 7 sobre si los servicios que recibe le ayudan a hacer mejor su función de cuidador/a y si el familiar del paciente y/o cuidador han podido participar y decidir en cómo organizar los cuidados en el domicilio.

El 94,6% de los cuidadores refieren que los servicios que recibe **siempre** le ayudan a hacer mejor su función. (Figura 17)

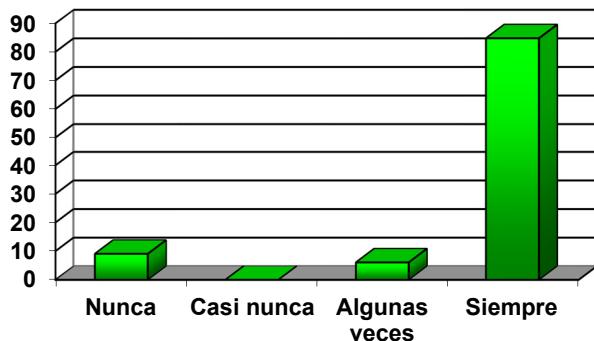


Figura 17. Los servicios que recibe le ayudan a hacer mejor su función de cuidador/a. Piloto 7

El 92,1% de los cuidadores refieren que **siempre** el familiar del paciente y/o cuidador han podido participar y decidir en cómo organizar los cuidados en el domicilio y un 2,6% que **a veces** (Figura 18).

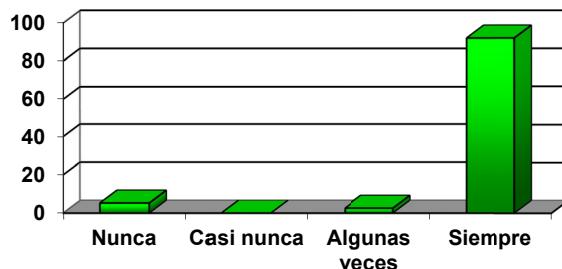


Figura 18. El familiar (paciente) y el cuidador han podido participar y decidir en cómo organizar los cuidados en el domicilio. Piloto 7

Satisfacción de pacientes

Se pregunta a los pacientes atendidos en este piloto, sobre la satisfacción con la atención recibida. Entre otras se pregunta sobre si se siente escuchado y comprendido, si entiende a su enfermera cuando le explica las cosas o si es atendido con suficiente intimidad.

A continuación se exponen de manera gráfica las respuestas recibidas en cada ítem.

El 83,9% de los pacientes refieren que **siempre** se sienten escuchados y comprendidos por su enfermera (Figura 19)

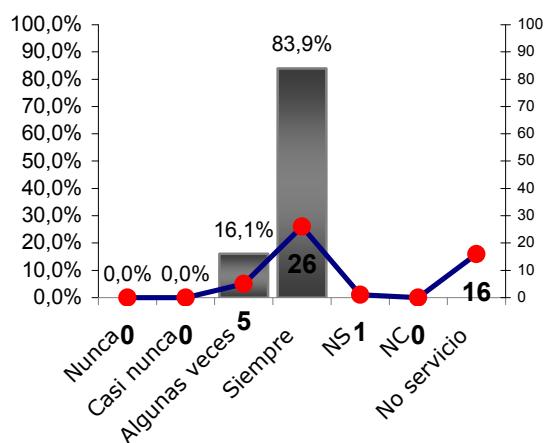


Figura 19. Se siente escuchado y comprendido/a por su enfermera cuando le explica sus problemas de salud y las dificultades que le causa. Piloto 7

El 73,3% de los pacientes refieren que **siempre** entienden a su enfermera cuando le explica las cosas (Figura 20).

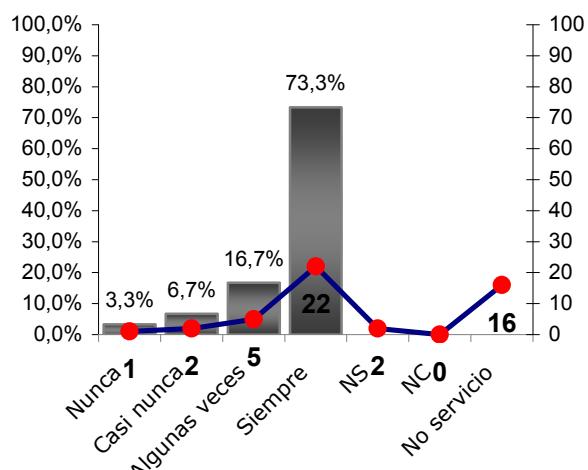


Figura 20. Entiende a su enfermera cuando le explica las cosas. Piloto 7

El 100% de los pacientes refieren que **siempre** las enfermeras se preocupan por contactar con ellos (Figura 21).

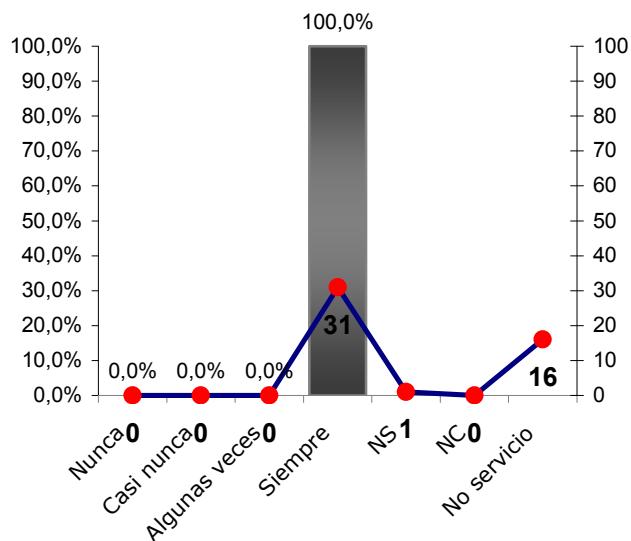


Figura 21. Las enfermeras se preocupan por contactar con Ud si no puede acudir o se va a retrasar .
Piloto 7

El 90,3% de los pacientes refieren que **siempre** las enfermeras les enseñan a cuidarse por sí mismo (Figura 22).

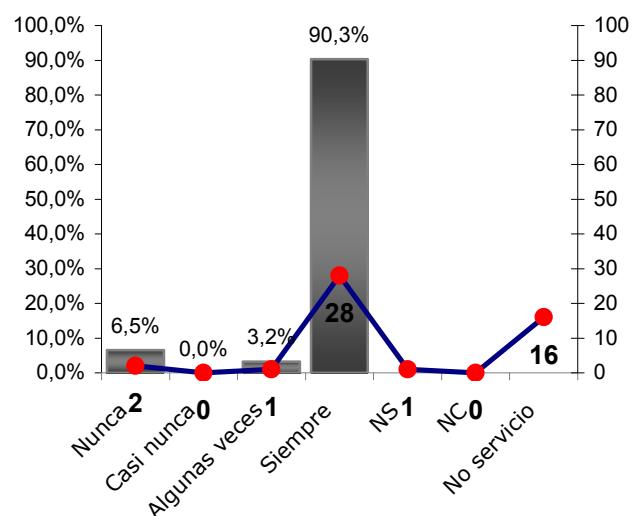


Figura 22. Las enfermeras le enseñan a cuidarse por sí mismo/a . Piloto 7

El 100% de los pacientes refieren que **siempre** su enfermera le atiende con suficiente intimidad, de manera reservada (Figura 23).

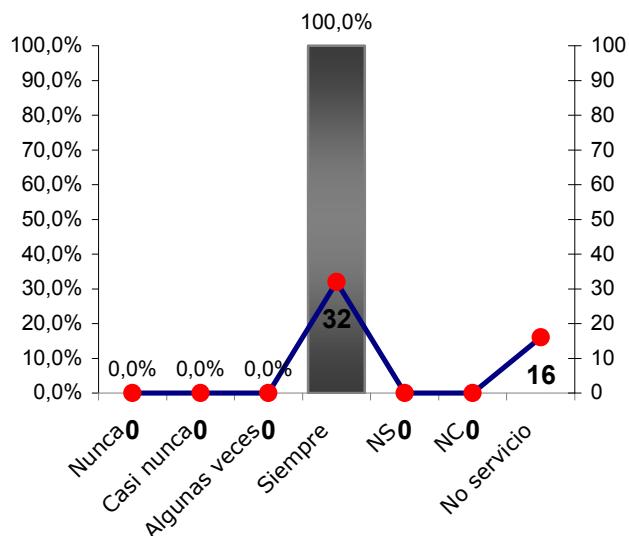


Figura 23. Su enfermera le atiende con la suficiente intimidad, de manera reservada. Piloto 7

El 96,8% de los pacientes refieren que **siempre** es fácil programar las visitas en los días y horas que quiere (Figura 24).

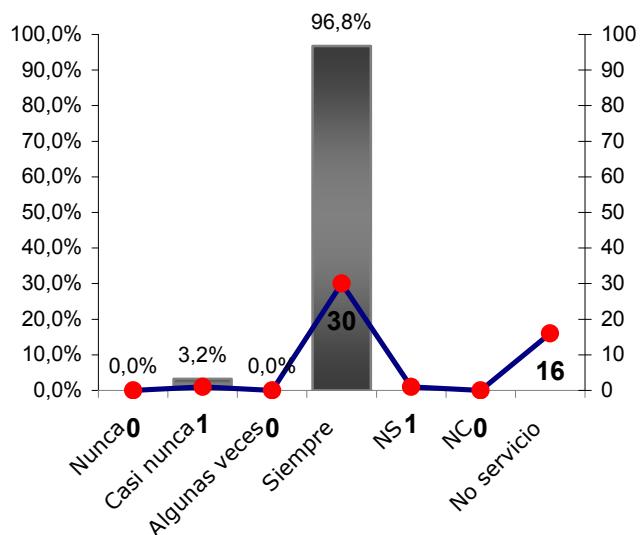


Figura 24. Es fácil programar las visitas en los días y horas que quiere Ud. o le vienen mejor. Piloto 7

El 96,9% de los pacientes refieren que **siempre** las enfermeras se preocupan por su comodidad (Figura 25).

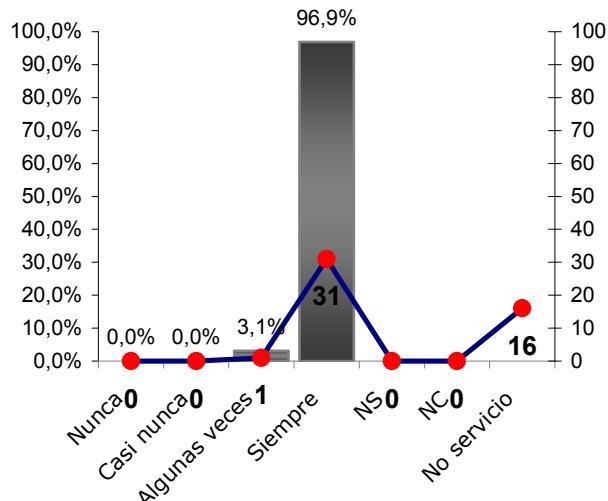


Figura 25. Las enfermeras se preocupan por su comodidad mientras le están tratando o cuidando. Piloto

7

El 96,8% de los pacientes refieren que **siempre** la enfermera hace un buen trabajo organizando sus necesidades (Figura 26).

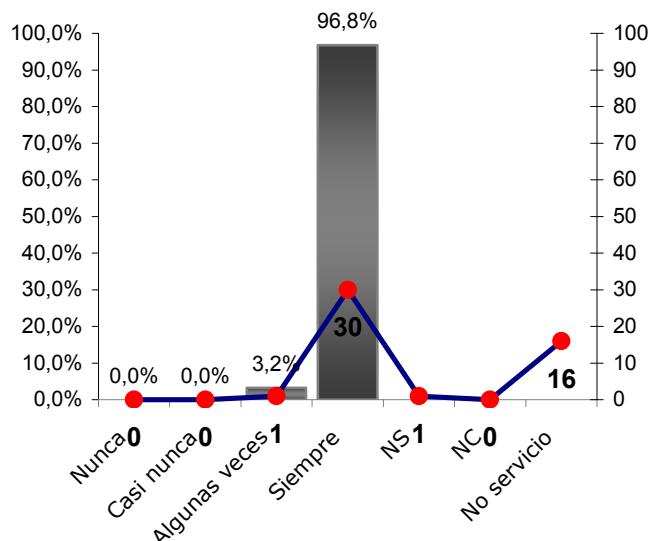


Figura 26. En general, la enfermera gestora hace un buen trabajo organizando lo que Ud. necesita.

Piloto 7

Todas las respuestas de los pacientes atendidos en este piloto, muestran una alta la satisfacción con la atención recibida.

APRENDIZAJE Y RECOMENDACIONES

Tras el análisis de la información de este piloto, es posible plantear una serie de conclusiones:

El piloto 7 se desarrolló correctamente según lo establecido, y ambos roles han captado pacientes sin inconvenientes. En cualquier caso, los criterios de inclusión y exclusión se adecuaron a la realidad de las poblaciones atendidas por las organizaciones de servicios incluidas en el piloto.

A lo largo del desarrollo del piloto se han ido ajustando diversos aspectos.

Para la extensión de este piloto 7 sería necesario identificar las causas de reingreso y la necesidad de homogeneización la práctica clínica.

ANEXOS:

ANEXO 1:

PPP CATEGORÍA A: Insuficiencia cardiaca que en situación de estabilidad clínica haya estado en grado II de la NYHA (ligera limitación de la actividad física). La actividad física habitual le produce disnea, angina, cansancio o palpitaciones). <u>Cardiopatía isquémica</u>
PPP CATEGORÍA B: Vasculitis y enfermedades autoinmunes sistémicas. Enfermedad renal crónica definida por elevación de creatinina ($>1,4$ mg/dl en hombres o $>1,3$ mg/dl en mujeres) o proteinuria (índice albúmina/creatinina > 300 mg/g, microalbuminuria >3 mg/dl en muestra de orina o albúmina >300 mg/día en orina de 24 horas), mantenidas durante 3 meses.
PPP CATEGORÍA C: Enfermedad respiratoria crónica que en situación de estabilidad clínica haya estado con disnea grado 2 de la MRC (Incapacidad de mantener el paso de otra persona de la misma edad, caminando en llano, debido a la dificultad respiratoria o tener que parar a descansar al andar en llano al propio paso), o $FEV1 < 65\%$, o $SaO_2 \leq 90\%$
PPP CATEGORÍA D: Enfermedad inflamatoria crónica intestinal. Hepatopatía crónica con datos de insuficiencia hepatocelular (INR $>1,7$, albúmina $<3,5$ g/dl, bilirrubina >2 mg/dl) o hipertensión portal (Definida por la presencia de datos clínicos, analíticos, ecográficos o endoscópicos)

<p>PPP CATEGORÍA E: Ataque cerebrovascular. Enfermedad neurológica con déficit motor permanente que provoque una limitación para las actividades básicas de la vida diaria (Índice de Barthel inferior a 60-Anexo 2). Enfermedad neurológica con deterioro cognitivo permanente, al menos moderado (Pfeiffer-Anexo 6- con 5 ó más errores).</p>
<p>PPP CATEGORÍA F: Arteriopatía periférica sintomática. Diabetes mellitus con retinopatía proliferativa o neuropatía sintomática</p>
<p>PPP CATEGORÍA G: Anemia crónica por pérdidas digestivas o hemopatía adquirida no subsidiaria de tratamiento curativo que presente Hb < 10mg/dl en dos determinaciones separadas más de tres meses. Neoplasia sólida o hematológica activa no subsidiaria de tratamiento con intención curativa</p>
<p>PPP CATEGORÍA H: Enfermedad osteoarticular crónica que provoque por sí misma una limitación para las actividades básicas de la vida diaria (Índice de Barthel inferior a 60).</p>

Tabla de paciente pluripatológico de Ollero utilizado en el piloto 7

PROYECTO ESTRATÉGICO 8: COMPETENCIAS AVANZADAS DE ENFERMERÍA

PILOTO 8

CLINICA LA ASUNCIÓN-TOLOSALDEA



PILOTO 8

CLINICA LA ASUNCIÓN Y TOLOSALDEA

INTRODUCCIÓN

En el marco de la “Estrategia para afrontar el reto de la cronicidad en Euskadi” se configura el proyecto número 8 de “Definición e implementación de competencias avanzadas de enfermería” con el objeto de perfilar e implementar roles de enfermería mejor adaptados a las necesidades de los pacientes crónicos.

Las necesidades que plantea la Estrategia, han servido para enmarcar los Retos Estratégicos del proyecto que son los siguientes:

- Diseñar nuevos marcos competenciales de enfermería para el conjunto del SSV que de respuesta a las necesidades actuales.
- Identificar sinergias y coordinar a los distintos agentes involucrados en la atención y cuidados de los pacientes crónicos.

Se asume que Enfermería, en un planteamiento funcional, puede ser el engarce intra y extra del sistema sanitario. La integración entre niveles asistenciales, la movilización de recursos y la gestión de casos, son aspectos fundamentales para su consecución.

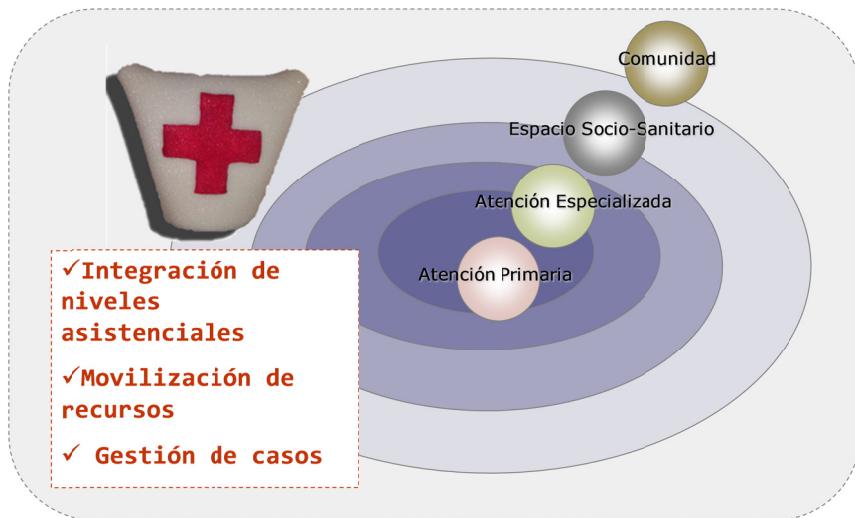


Figura 1. Visión del papel a jugar por la nueva Enfermería

METODOLOGÍA DE TRABAJO

Para lanzar el proyecto, se diseño un cronograma con cinco fases claramente diferenciadas, que cubrían desde la definición inicial hasta la propia implementación de las figuras

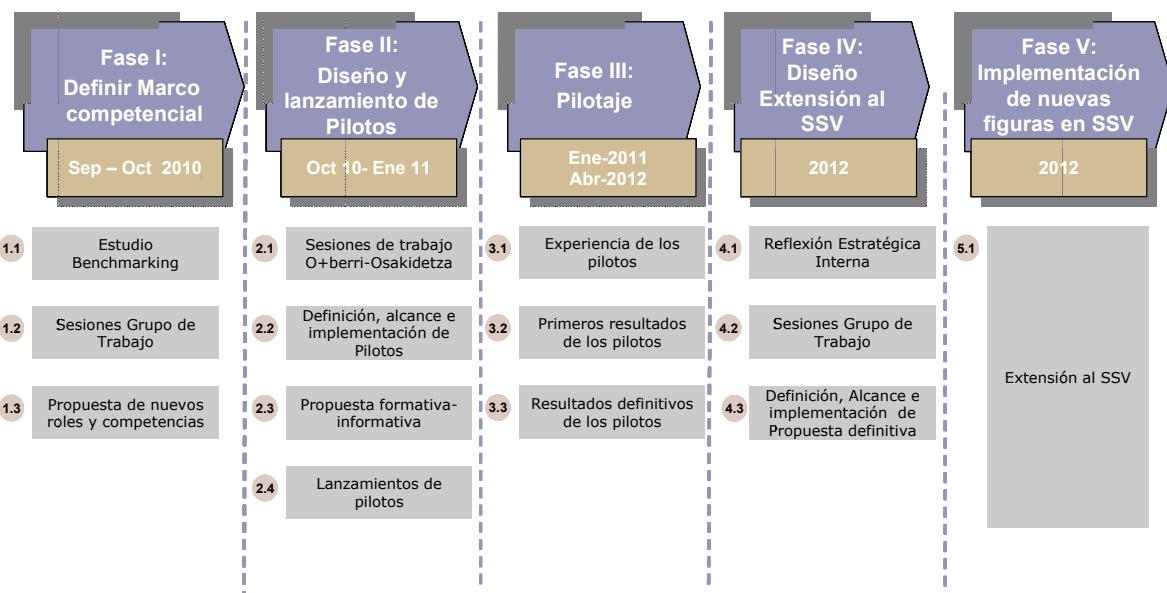


Figura 2. Esquema de fases del proyecto

La fase tercera es la central del proyecto y comprende el pilotaje de los nuevos roles de enfermería en las organizaciones de servicio de Osakidetza.

1.1. EQUIPO DE TRABAJO

Se formaron tres Equipos de Trabajo y un Grupo de Trabajo:



Figura 3. Equipos de trabajo

- a) **ETLP (Equipo de trabajo de la lógica del proyecto)**: Formado en su inicio por María Jesús Ruiz de Ocenda (Responsable del proyecto), y posteriormente, por Inmaculada Sanchez Martin y O+Berri (Galder Abos, Javier Bikandi y al inicio Naiara Artaza), cuyas funciones son:
- Elaboración de propuesta de trabajo y enfoque metodológico
 - Liderazgo y gestión del proyecto global
 - Coordinación y supervisión del trabajo del resto de equipos de trabajo
 - Elaboración y/o supervisión de los documentos generados en el desarrollo del proyecto

- b) **ETAM (Equipo de trabajo de apoyo metodológico)**: Formado por tres enfermeras: Ana M^a Chueca (Unidad de Metodología Calidad del Hospital de Galdakao-Usansolo), Rosa Gonzalez de la Oficina de la Estrategia de Cronicidad (OEC), y M^a Luz Peña Enfermera de la Subdirección de Asistencia Sanitaria.

Las funciones de este equipo son:

- Diseño, apoyo, coordinación y supervisión de pilotos
- Elaboración de documentación necesaria para el desarrollo de los pilotajes.

- c) **El ETF (Equipo de trabajo de formación)**: formado por la Responsable de Docencia e Investigación de enfermería de Osakidetza y por una profesora de cada Escuela de Enfermería de Euskadi; Leioa, Donostti y Vitoria.

Sus función fundamental es:

- Dar apoyo, coordinación y supervisión de la formación pre-peri y post proyecto.

- d) **Grupo de trabajo**: Formado por profesionales de todos los niveles de la organización (Osakidetza) y de otras instituciones. Los perfiles fueron:

Enfermeras de Atención Primaria y Atención Especializada, Oficina de la Estrategia de la Cronicidad, Gerencias del Atención Primaria y Atención Especializada, Directivos asistenciales médicos y de enfermería, Mandos intermedios de enfermería, Responsables de docencia e investigación

Representante de Colegios de Profesionales Enfermería, Representante de EFEKEZE, EUE Osakidetza, EUE Donosti y Profesionales de O+berri

Las funciones de este Grupo de trabajo son:

- Participar en la elaboración de los documentos base de trabajo que plasmen las propuestas a desarrollar y validar y/o aportar comentarios en la socialización de documentos de trabajo.

TAREAS PREVIAS

A. Benchmarking nacional e Internacional:

Previamente a la puesta en marcha de los pilotos, fue necesario realizar en primer lugar, una búsqueda de las mejores prácticas a nivel internacional y nacional en relación a la asistencia a la cronicidad y los roles de enfermería. Para ello, a nivel internacional se estudiaron las prácticas desarrolladas en Canadá, EEUU, Reino Unido y Paises Escandinavos y a nivel nacional se estudiaron las prácticas de otras CCAA: Andalucía, Aragón, Cataluña, Canarias, Madrid y Valencia. El documento resultante “Benchmarking” es un anexo a este informe.



Figura 4. Documento “Benchmarking”

B. Definición del marco competencial:

El documento de “Benchmarking” fue trasladado al grupo de trabajo para que a la luz de las experiencias nacionales e internacionales se propusieran las propuestas adaptadas a la realidad en Euskadi. El trabajo se plasmó en un informe titulado “Marco competencial ampliado”.



Figura 5. Documento “Marco competencial ampliado”

En dicho documento, el grupo de trabajo recogió las conclusiones generales y realizó la primera aproximación de los perfiles/roles enfermeros a experimentar. Los perfiles / roles resultantes a pilotar fueron los siguientes 3:



Figura 6. Imagen de las figuras / roles a pilotar

OBJETIVO

Perfilar e implementar roles de enfermería, mejor adaptados a las necesidades de los pacientes crónicos.

Para ello, se han diseñado 8 pilotos diferentes en los que interactúan los perfiles / roles a pilotar. Los datos básicos de los 8 pilotos son los siguientes:

PILOTO	OS	PERFIL / ROL	
PILOTO 1	OSI BIDASOA	EGEH-EGC	
PILOTO 2	H. DONOSTIA	EGEH	
	Centro Salud BERAUN (Comarca GIPUZKOA ESTE)	EGC	
PILOTO 3	H. CRUCES	EGEH	
	Comarca URIBE	EGCA	
PILOTO 4	H. SANTA MARINA	EGEH	
	Comarca BILBAO	EGCA	
PILOTO 5	H. SAN ELOY	EGEH (3 Supervisoras)	

	Comarca EZKERRALDEA	EGC	
PILOTO 6	H. TXAGORRITXU	EGEH	
	H. SANTIAGO	EGEH	
	Comarca ARABA	EGC	
PILOTO 7	H. ZUMARRAGA	EGEH	
	UAP's Goiherri de Comarca GUIPUZKOA OESTE	EGCA	
PILOTO 8	Clínica La ASUNCIÓN	EGEH (Supervisora de Unidad de Hospitalización)	
	UAP's Tolosaldea Comarca GUIPUZKOA OESTE	EGC	

Tabla 1. Perfiles a pilotar por piloto

PLANIFICACIÓN DEL PILOTO 8 CLINICA LA ASUNCIÓN-TOLOSALDEA

ORGANIZACIONES DE SERVICIOS Y ROLES A PILOTAR

Las organizaciones de servicios participantes en el **Piloto 8** y los roles incluidos, se muestran en la tabla siguiente:

OS	PERFIL / ROL
CLINICA LA ASUNCIÓN	(Supervisora de Unidad de Hospitalización)
UAP's Tolosaldea Comarca GUIPUZKOA OESTE	EGC

Tabla 2. Roles a pilotar en el piloto 8

POBLACIÓN

La población de referencia de este piloto es la de 4 centros de la Comarca Tolosaldea:

- U.A.P. Andoain
- U.A.P. Ibarra
- U.A.P. Tolosa
- U.A.P. Villabona

En la tabla se muestran las características de edad de la población por cada uno de las UAP's:

De 0 a 14 años	Entre 15 y 65 años	Mayores de 65 años	Total
2.019	10.293	3.012	15.324

Tabla 3. Población C.S. Andoain

De 0 a 14 años	Entre 15 y 65 años	Mayores de 65 años	Total
1.082	5.415	1.444	7.941

Tabla 4. Población C.S. Ibarra

De 0 a 14 años	Entre 15 y 65 años	Mayores de 65 años	Total
2.634	12.868	3.931	19.433

Tabla 5. Población C.S. Tolosa

De 0 a 14 años	Entre 15 y 65 años	Mayores de 65 años	Total
2.552	10.227	2.492	15.271

Tabla 6. Población C.S. Villabona

De 0 a 14 años	Entre 15 y 65 años	Mayores de 65 años	Total
8.287	38.803	10.879	57.969

Tabla 7. Población UAPs del pilotaje

La población “diana” se ha definido a través de unos criterios de inclusión y otros de exclusión, iguales para las dos figuras pilotadas:

EGEH y EGCA

Criterios de <u>inclusión</u> :	Criterios de <u>exclusión</u> :
1 o más ingresos en el último año	Pacientes en diálisis
Clasificación paciente pluripatológico (Ollero) Paciente que cumple 2 de las categorías de patología definidas	Pacientes institucionalizados en residencias asistidas

Tabla 8: Población Diana. Criterios de inclusión y exclusión

IMPLANTACIÓN: ANÁLISIS Y EVOLUCIÓN

El proceso de implantación ha sido gradual a partir del proceso inicial de planificación y definición del piloto. En este apartado se resaltan los aspectos más destacados, como pueden ser las sinergias detectadas con otros proyectos estratégicos o las áreas de mejora detectadas durante el proceso de implantación y desarrollo del piloto.

COMUNICACIÓN

El proceso de comunicación ha sido clave para el desarrollo del piloto y ha contado con 3 apartados:

- i. Resultados de la planificación
- ii. Estrategia de pilotaje
- iii. Implantación y seguimiento del piloto

El proceso de comunicación se ha apoyado fuertemente en las reuniones de seguimiento que ha celebrado la líder del proyecto, semanalmente al inicio, con las/os Responsables, Tutores/as y las enfermeras implicadas, y con periodicidad quincenal en la estabilización del piloto. Dichas reuniones han servido para resolver problemas/dudas en fases iniciales, además de para demostrar la apuesta de la organización con el piloto.

COMUNIDAD ONLINE – WIKI

El piloto 8, como el resto de pilotos se ha apoyado para su desarrollo en una comunidad online o wiki que ha permitido trabajar de forma colaborativa “en la nube”, lo que ha posibilitado disponer en todo momento de información actualizada sobre el desarrollo del proyecto.

The screenshot shows a web page titled 'Competencias Avanzadas de Enfermería'. On the left, there is a sidebar menu with 'Inicio' and 'Sobre el proyecto' sections, including links like 'Listado de Pilotos', 'Metodología de trabajo y fases', 'Equipo - Organigrama', 'Calendario General de Reuniones', and numbered links from 'Piloto 1' to 'Piloto 7'. The main content area is titled 'Piloto 8' and contains text about the work area and meeting minutes. It features two small images of buildings and links to 'Subpáginas (3)', 'EGC - Datos básicos', 'EGEH - Datos básicos', and 'Seguimiento de reuniones - ACTAS'. At the bottom, there are buttons for 'Añade archivos' and a file icon.

Figura 7. Comunidad Online - Wiki

La wiki ha facilitado el intercambio de información y la resolución de dudas de forma

sencilla.

PUNTOS FUERTES Y ÁREAS DE MEJORA

Para analizar la evolución del piloto desde una perspectiva cualitativa, se han identificado una serie de factores clave comunes a todos ellos. Se trata de aspectos a vigilar y a controlar para garantizar el progreso del piloto. En conjunto se trata de aspectos de diferentes ámbitos como puede ser la formación, la comunicación o el trabajo colaborativo.

A. Puntos fuertes:

- Aceptación / rechazo de pacientes para inclusión en piloto
- Seguimiento operativo y asimilación de conceptos.
- Transversalidad con otros proyectos estratégicos de la cronicidad
- Integración y flexibilidad de cada piloto (relacionado con las visitas a los centros)
- Trabajo colaborativo con herramienta web ad hoc
- Adecuación de flujograma inicial
- Implicación líderes de enfermería de los os
- Implicación de los profesionales
- Identificación de "fracturas" en el sistema
- Adecuación de criterios generales de inclusión de pacientes

B. Áreas de mejora:

A continuación se destacan las áreas de mejora detectadas durante el desarrollo del piloto. En los casos en los que ha sido posible, se han introducido los cambios necesarios.

En primer lugar cabe destacar la definición inicial de actividad del rol EGC. Aunque a nivel teórico se definieron las actividades a realizar por cada figura, y los circuitos a seguir para la coordinación entre las mismas, hubo que ir ajustando dichos presupuestos a las realidades del piloto. La variabilidad de las casuísticas ha hecho que el proceso de ajuste se haya llevado a cabo durante todo el pilotaje

La falta de homogeneización en la práctica clínica (asociación de cuidados a técnica + integración y coordinación de cuidados) ha sido un problema que requiere atención. Así mismo, la educación para el auto-cuidado es un área con amplio margen de mejora.

La falta de integración de los sistemas de información es una realidad actual en el sistema sanitario. Ha sido un hándicap que han debido ir resolviendo las figuras durante el piloto. Así mismo, la falta de una agenda unificada/ compartida, ha sido otra debilidad a superar.

A destacar la existencia de historias duplicadas. La detección de este problema ha sido tardía, realizándose en la fase de recogida de datos para la evaluación de los resultados. Se trata un tema en proceso de resolución por los Servicios de informática de Osakidetza.

La continuidad de cuidados realizado en Atención Especializada no se ha podido visualizar en ocasiones en Atención Primaria, lo que dificultaba la comunicación entre ambos niveles.

La falta de homogeneización en la práctica clínica (asociación de cuidados a técnica + integración & coordinación de cuidados) ha sido un problema que requiere atención. Así mismo, la educación para el autocuidado y la implicación del paciente son dos áreas que aun presentan mucho margen de mejora

RESULTADOS Y EVALUACIÓN

El número de **pacientes sobre los que se ha intervenido y a los que se ha realizado el seguimiento** es de **63**.

DATOS GENERALES EN RELACIÓN CON LA DETECCIÓN, CAPTACIÓN, EXCLUSIÓN Y REINGRESOS DE PACIENTES

En este piloto, el número de pacientes totales que fueron consultados para ser captados e introducidos en el programa fue de 130. 59 pacientes **no aceptan** entrar en el proyecto, existiendo un porcentaje de aceptación de pacientes al proyecto de un 54,62%

8 pacientes fueron excluidos del proyecto tras cumplir criterios de inclusión. El número total de pacientes captados e intervenidos en el periodo medido en este piloto es de 63.

Se muestran los **datos generales de detección, captación, exclusión, y reingresos** de pacientes.

EGEH-EGC		
	nº	%
Pacientes consultados	130	100%
Pacientes excluidos tras captación	8	6,15%
Pacientes que no han aceptado	59	45,38%
Pacientes en seguimiento	63	48%

Tabla 9. Captación de pacientes por EGEH-EGC. Piloto 8

Edad

La edad media de los pacientes captados en este piloto es de 75 años. La distribución de la edad varía entre los 38 y 88 años.

Valoración del grado de dependencia

El 1,6% de los pacientes captados en este piloto tenía una dependencia grave y el 14,5% una dependencia muy grave.

En la siguiente tabla se presentan los datos de grado de dependencia de los pacientes atendidos.

CAPTACIÓN ALTA	Piloto 8				
	% Independientes	% Dependencia Leve	% Dependencia Moderada	% Dependencia Grave	% Dependencia Muy grave
	37,1	31,5	15,3	1,6	14,5
	36,4	28	16,1	1,7	17,8

Tabla 10. Nivel de dependencia pacientes captados Piloto 8

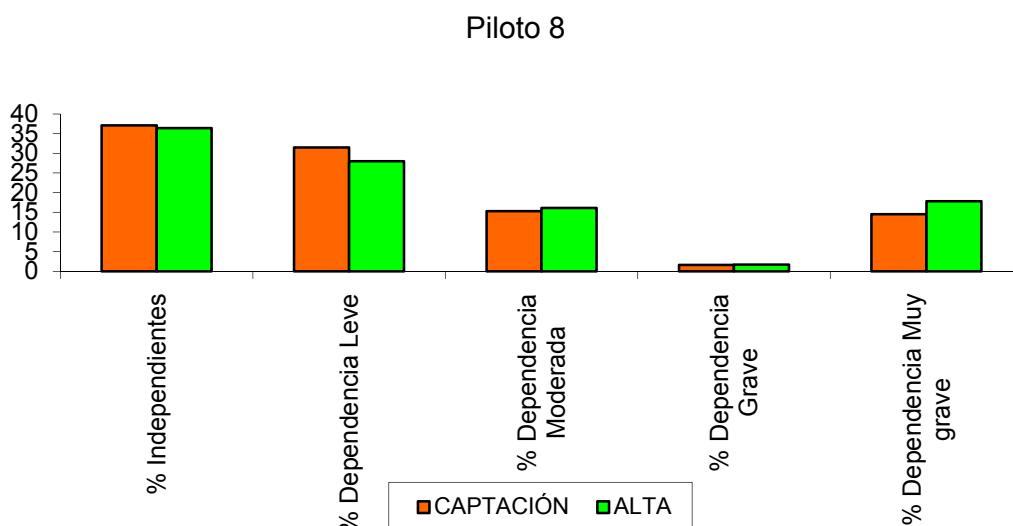


Figura 8. Gráfico nivel de dependencia de pacientes captados Piloto 8

La variación en la escala de dependencia entre el momento de captación y el alta muestra, en general, un aumento en los niveles de dependencia desde el momento de captación al momento del alta.

La propia situación y patología de los pacientes puede ser motivo de la situación en la dependencia, siendo peor al alta respecto a la captación.

Mortalidad

El número de pacientes fallecidos (del grupo de pacientes captados) fue de 9, teniendo un índice de mortalidad de 14,29%.

Reingresos

El número total de reingresos del grupo de pacientes captados es de 31 (47,62%)

REINGRESOS EN HOSPITAL		
	nº	%
Total pacientes en seguimiento	63	100%
1 ingreso	33	52,38%
2 o 3 ingresos	27	42,86%
4 o más ingresos	3	4,76%

REINGRESOS

Tabla 11. Reingresos. Piloto 8

FRECUENTACIÓN

En relación a la frequentación de los casos captados en Atención Especializada en los últimos 12 meses en el grupo de pacientes captados los datos se muestran en la siguiente tabla.

PILOTO 8					
Nº total de ingresos programados en los últimos 12 meses (del grupo de pacientes captados)	Promedio de ingresos programados en los últimos 12 meses (del grupo de pacientes captados)	Nº total de ingresos urgentes en los últimos 12 meses (del grupo de pacientes captados)	Promedio de ingresos urgentes en los últimos 12 meses (del grupo de pacientes captados)	Nº total de asistencias a urgencias hospitalarias en los últimos 12 meses (del grupo de pacientes captados)	Promedio de asistencias a urgencias hospitalarias en los últimos 12 meses (del grupo de pacientes captados)
71	1,13	364	5,78	19	0,30

Tabla 12. Fecuentación Atención Especializada últimos 12 meses Piloto 8

En relación a la frequentación de los casos captados en Atención Primaria en los últimos 12 meses en el grupo de pacientes captados los datos se muestran en la siguiente tabla.

PILOTO 8							
Nº total de asistencias al PAC en los últimos 12 meses (del grupo de pacientes captados)	Promedio de asistencias al PAC en los últimos 12 meses (del grupo de pacientes captados)	Nº de visitas a domicilio por el médico de familia en el último año (del grupo de pacientes captados)	Promedio de visitas a domicilio por el médico de familia en el último año (del grupo de pacientes captados)	Nº de consultas en centro programadas realizadas por médico de familia en el último año (del grupo de pacientes captados)	Promedio de consultas en centro programadas realizadas por médico de familia en el último año (del grupo de pacientes captados)	Nº de consultas en centro urgentes realizadas por médico de familia en el último año (del grupo de pacientes captados)	Promedio de consultas en centro urgentes realizadas por médico de familia en el último año (del grupo de pacientes captados)
19	0,30	156	2,48	1315	20,87	1049	16,65

Tabla 13. Fecuentación Atención Primaria últimos 12 meses a PAC y médico. Piloto 8

PILOTO 8	
Nº de visitas a domicilio por la enfermera de AP en el último año (del grupo de pacientes captados)	Promedio de visitas a domicilio por la enfermera de AP en el último año (del grupo de pacientes captados)
282	4,48

Tabla 14. Fecuentación Atención Primaria últimos 12 meses enfermera de AP. Piloto 8

ESTANCIA MEDIA

Para la valoración de las diferencias en los días de ingreso antes y después de la intervención se utiliza la mediana de estancia por ingreso para evitar la influencia de estancias puntuales por muchos días de ingreso y se excluyen los ingresos en los que el paciente fallece, empleándose pruebas no paramétricas para el cálculo de diferencias.

Los datos se muestran en la siguiente tabla

	Estancia mediana por ingreso en días			* Hodges-Lehmann	Nº de ingresos	
	Intervención	Antes de la intervención	Diferencia días de estancia	Intervalo de confianza 95%	Periodo intervención	Periodo anterior
Piloto 8	5	4	-1	(-22 a 4)	11	3

Tabla 15. Estancias Hospitalarias. Piloto 8

SEGUIMIENTO EN ATENCIÓN PRIMARIA

Al inicio del proyecto se estableció que a todos los pacientes incluidos en el piloto, al alta a domicilio, se le abriría un Episodio “Enfermera Gestora” en Osabide AP con dos fines esenciales: por un lado, servir de información a Médico de Familia y Enfermera de referencia, pudiendo identificar de esta manera que el paciente pertenece al piloto

y por otro para realizar el seguimiento clínico del paciente, utilizando un formulario acordado para todos los pilotos con el fin de homogeneizar la atención.

El resultado a la consulta de cuántos pacientes disponen de episodios abiertos de Enfermera Gestora de los pacientes captados en este piloto es de 60 (95,24%). En la tabla siguiente se especifican el número de pacientes captados y grado de seguimiento.

SEGUIMIENTO EN OSABIDE AP				
	nº pacientes captados	nº pacientes con seguimiento	%	Media dbp's por paciente
	63	60	95,24%	23,11

Tabla 16. Seguimiento en OSABIDE-AP. Piloto 8

El formulario es un conjunto de DBP (Datos Básico de Pacientes) seleccionados para realizar el seguimiento de estos pacientes.

En la tabla siguiente (**Tabla 17**) se presentan los DBPs y sus frecuencias en el seguimiento de los 60 pacientes que han tenido seguimiento y disponen del Episodio de Enfermera Gestora del Piloto 8. El total de DBPs es de 1.423 lo que el promedio de DBPs recogidos por paciente es de 23,11

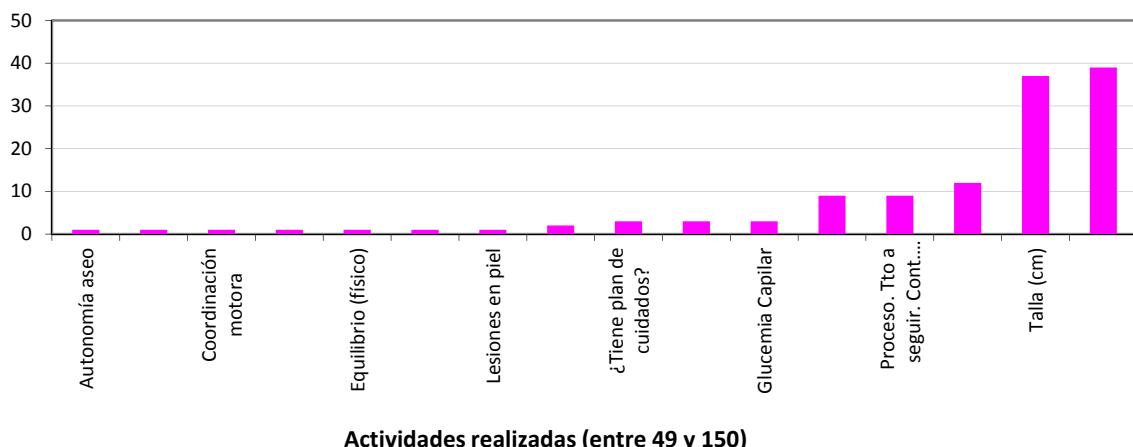
DBP	frecuencia
Autonomía aseo	1
Autonomía moverse	1
Coordinación motora	1
Dificultad para respirar.	1
Equilibrio (físico)	1
Higiene	1
Lesiones en piel	1
Situación sociofamiliar. Apoyos	2
¿Tiene plan de cuidados?	3
Cuidador principal	3
Glucemia Capilar	3
Porcentaje Saturación Oxígeno (SpO2)	9
Proceso. Tto a seguir. Cont. Cuidados.	9
Tabaco SI/NO/EX	12
Talla (cm)	37
Indice de masa corporal (IMC)	39
Peso (Gramos)	49

DBP	frecuencia
Frecuencia cardiaca	52
Adhesión al tratamiento	53
Educación dieta	54
Ejercicio físico (consejo)	55
Barthel (escala). Para Crónicos domic	60
Zarit. Cuidador sobrecarga	64
Fecha alta hospitalaria	66
Ingreso Hosp.nºdías	67
¿Tiene cuidador principal? Si/No	69
Motivo de ingreso (EGC)	69
Calidad de vida (test realizado) Si/No	70
Fecha Ingreso	70
Situación actual (Control EGC)	70
Vía de captación (Control EGC)	70
Continuidad cuidados al Alta (Si/No)	79
TAD	141
TAS	141

Tabla 17. DBPs Piloto 8

Se adjunta un gráfico de apoyo en el que se presentan los DBPs cuya frecuencia es superior en el piloto.

Actividades realizadas (entre 1 y 48)



Actividades realizadas (entre 49 y 150)

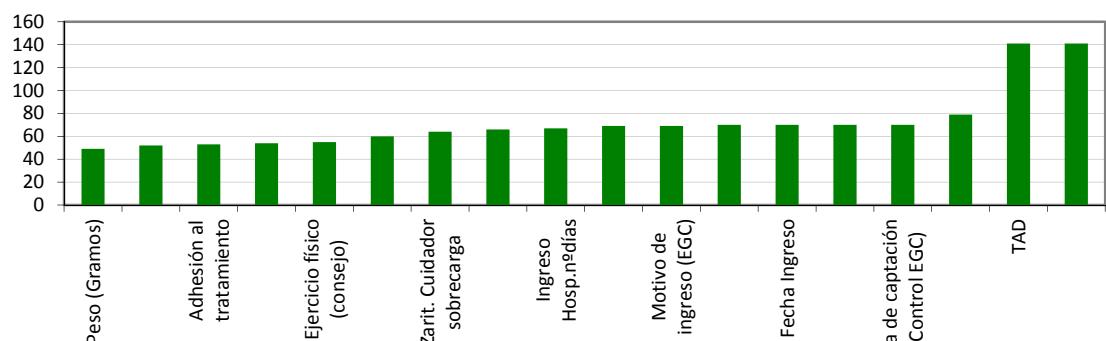


Figura 9. Gráficos DBPs. Piloto 8

INTERVENCIONES REALIZADAS

En las siguientes tablas se indican los contactos mantenidos por los profesionales con pacientes, cuidadores, familia y otros profesionales en el grupo de pacientes captados.

PILOTO 8									
Nº total de contactos mantenidos con cuidador/a (del grupo de pacientes captados)	Promedio de contactos mantenidos con cuidador/a (del grupo de pacientes captados)	Nº total de contactos mantenidos con familiares de manera presencial (del grupo de pacientes captados)	Promedio de contactos mantenidos con familiares de manera presencial (del grupo de pacientes captados)	Nº total de contactos mantenidos con familiares de manera no presencial (del grupo de pacientes captados)	Promedio de contactos mantenidos con familiares de manera no presencial (del grupo de pacientes captados)	Nº total de contactos mantenidos con paciente de manera presencial (del grupo de pacientes captados)	Promedio de contactos mantenidos con paciente de manera presencial (del grupo de pacientes captados)	Nº total de contactos mantenidos con paciente de manera no presencial (del grupo de pacientes captados)	Promedio de contactos mantenidos con paciente de manera no presencial (del grupo de pacientes captados)
326	5,17	269	4,27	79	1,25	535	8,49	72	1,14

Tabla 18. Contactos con pacientes, cuidador o familia. Piloto 8

PILOTO 8				
Nº total de contactos	Promedio de contactos	Nº total de contactos	Nº total de contactos	Nº total de contactos

mantenidos con trabajadora social de AP (del grupo de pacientes captados)	mantenidos con trabajadora social de AP (del grupo de pacientes captados)	mantenidos con trabajadora social de AE (del grupo de pacientes captados)	mantenidos con trabajadora social de AE (del grupo de pacientes captados)
7	0,11	3	0,05

Tabla 19. Contactos mantenidos con Trabajadora social. Piloto 8

El análisis del número de contactos mantenidos con agentes sociales puede ser una pista importante sobre las necesidades para salir del ámbito hospitalario del tipo de población atendida.

PILOTO 8							
Nº de contactos mantenidos : enfermera referente especializada (del grupo de pacientes captados)	Promedio de contactos mantenidos : enfermera referente especializada (del grupo de pacientes captados)	Nº de contactos mantenidos : facultativo referente especializada (del grupo de pacientes captados)	Promedio de contactos mantenidos : facultativo referente especializada (del grupo de pacientes captados)	Nº de contactos mantenidos: enfermera referente de AP (del grupo de pacientes captados)	Promedio de contactos mantenidos: enfermera referente de AP (del grupo de pacientes captados)	Nº de contactos mantenidos: facultativo referente de AP (del grupo de pacientes captados)	Promedio de contactos mantenidos: facultativo referente de AP (del grupo de pacientes captados)
419	6,65	332	5,27	261	4,14	37	0,59

Tabla 20. Contactos mantenidos con profesionales. Piloto 8

PILOTO 8		
Nº total de contactos mantenidos: EGEH	Nº total de contactos mantenidos: EGC	Nº total de contactos mantenidos: Inspección Médica
334	588	1

Tabla 21. Contactos mantenidos con profesionales. Piloto 8

EN RELACIÓN A LAS ENCUESTAS DE PERCEPCIÓN DE CALIDAD DE VIDA

Los datos que se ofrecen corresponden a pacientes de este piloto a los que se les pidió su colaboración y se les solicitó respondieran al Cuestionario de Calidad SF12.

57 respuestas del cuestionario se analizan al inicio de la intervención y tras 6 meses se analizan 32 cuestionarios.

Las respuestas de ambos cuestionarios se presentan pareadas para poder realizar la comparación más gráficamente.

La primera pregunta del cuestionario de Calidad de Vida SF-12 hace referencia a la salud en general. Los pacientes refieren estar a los 6 meses con una percepción de su salud peor, el 26,3% refieren al inicio tener una salud **buena y muy buena** y el 19.9% lo refiere a los 6 meses (Figura 10).

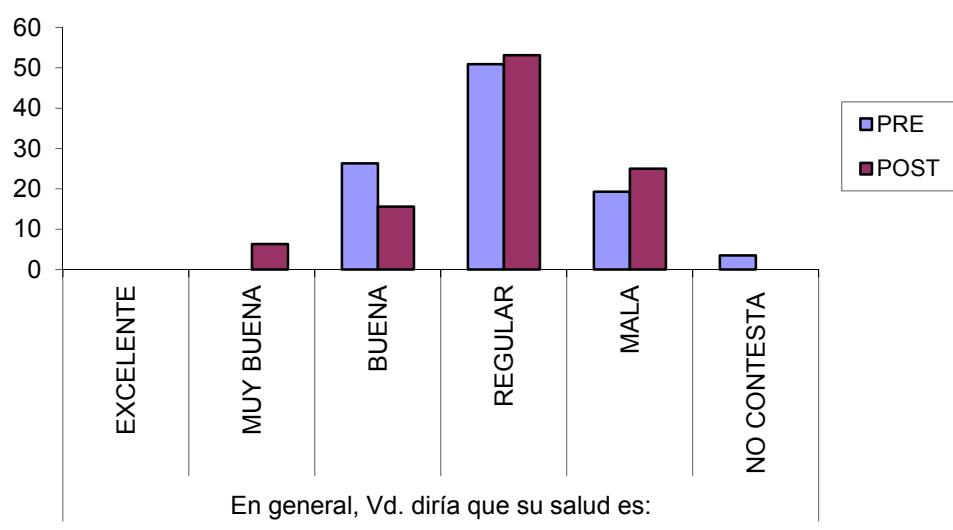


Figura 10. Salud general antes-después. Piloto 8

La pregunta que explora si la salud de las personas encuestadas limita que puedan caminar, muestra que en el grupo que siente que les **limita mucho** aumenta a los 6 meses (59,6% al inicio frente al 64,5% a los 6 meses) (Figura 11).

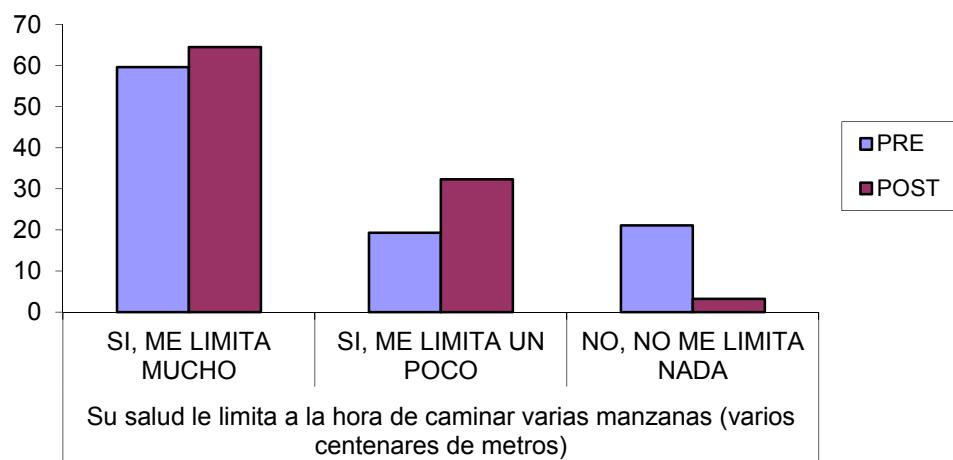


Figura 11. Limitación para caminar. Piloto 8

La pregunta que explora si la salud de las personas encuestadas limita que puedan subir varios pisos por la escalera, muestra que en el grupo que siente que les **limita mucho** aumenta a los 6 meses (59,6% al inicio frente al 77,4% a los 6 meses) (Figura 12).

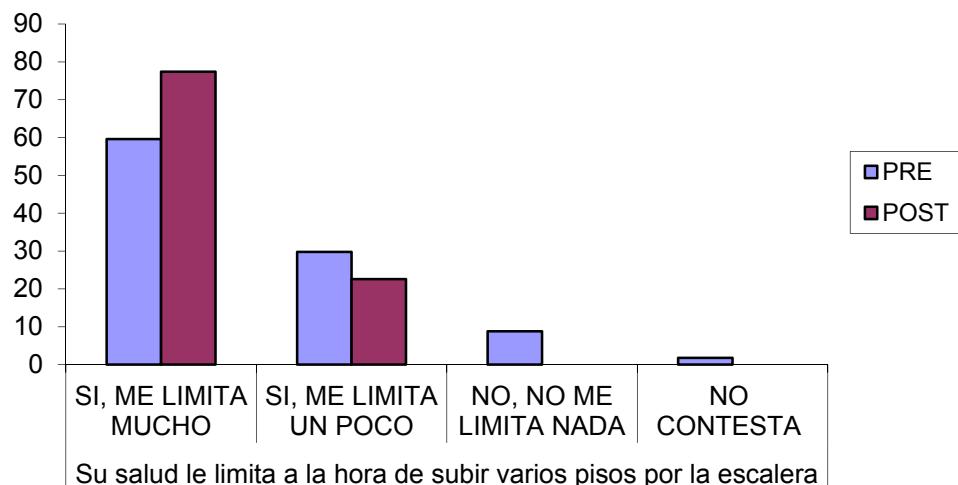


Figura 12. Limitación para subir escalera. Piloto 8

Se observa que a los 6 meses las personas encuestadas refiere tener menos dificultades para realizar aquello que quieren hacer (77,2% al inicio frente al 68,7% a los 6 meses) (Figura 13).

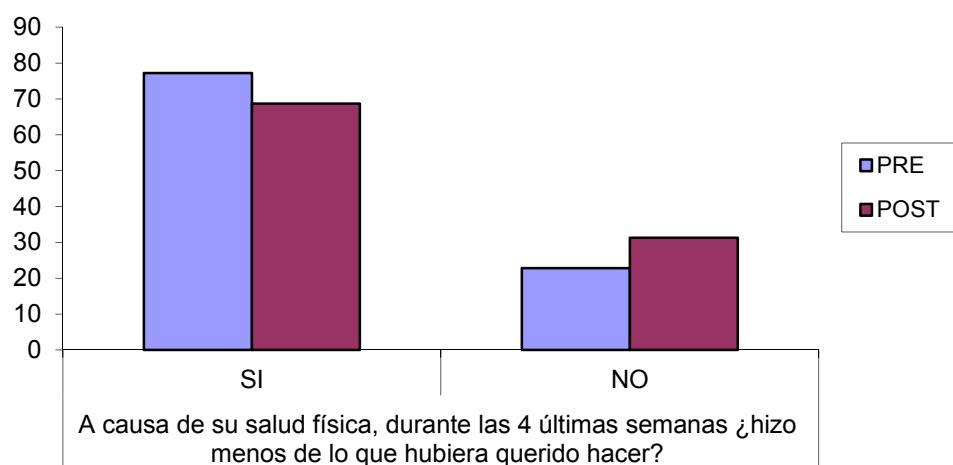


Figura 13. Limitación por salud física para hacer cosas. Piloto 8

Se observa que a los 6 meses disminuyen las personas que refieren **no** tener dificultades para realizar su trabajo (33,3% al inicio frente al 28,1% a los 6 meses) (Figura 14).

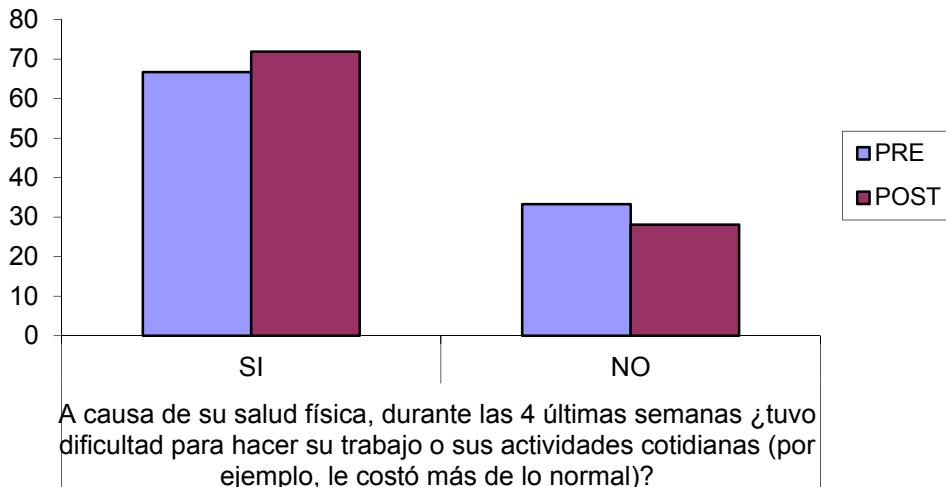


Figura 14. Limitación por salud física para hacer actividades cotidianas. Piloto 8

Al explorar si algún problema emocional limitó la realización de actividades, se observa que a los 6 meses aumenta las personas que **si** hicieron menos de lo que hubieran querido hacer por esta causa (40,4% al inicio frente al 61,3% a los 6 meses) (Figura 15).

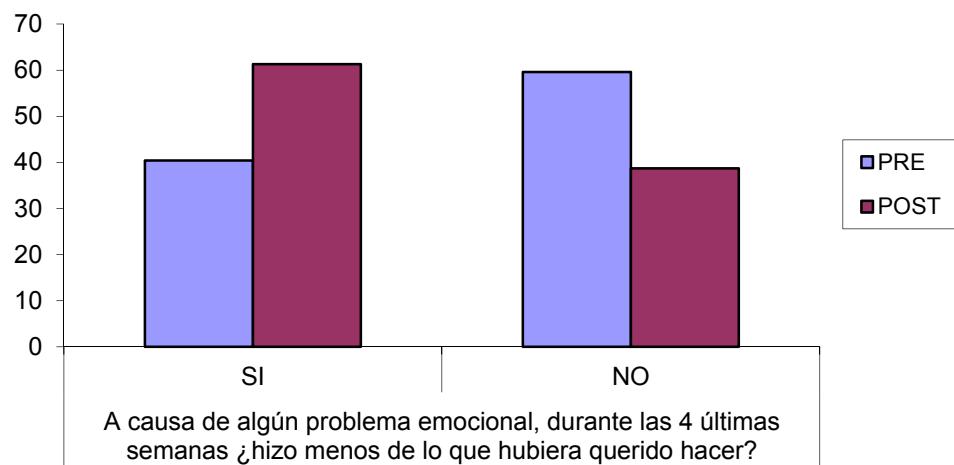


Figura 15. Limitación por salud emocional para hacer actividades. Piloto 8

Lo mismo sucede al preguntar por si por algún problema emocional se ha limitado la realización del trabajo o actividades cotidianas, aumentando a los 6 meses las personas que responden que **si** (40,4% al inicio frente al 51,6% a los 6 meses) (Figura 16).

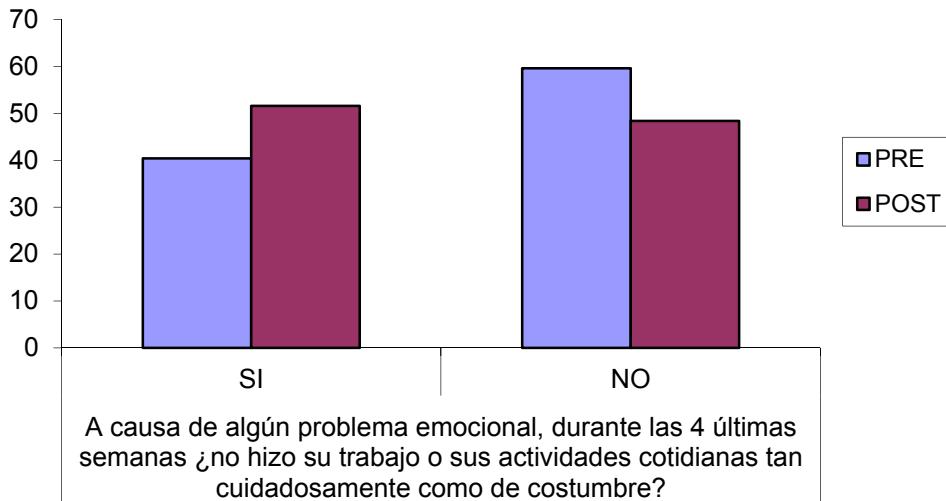


Figura 16. Limitación por salud emocional para hacer actividades cotidianas. Piloto 8

Al preguntar sobre el impacto del dolor en su trabajo habitual, se observa que a los 6 meses disminuye el número de personas que indican que el dolor **nada** les ha dificultado sus actividades (49,1% al inicio frente al 37,5% a los 6 meses) (Figura 17).

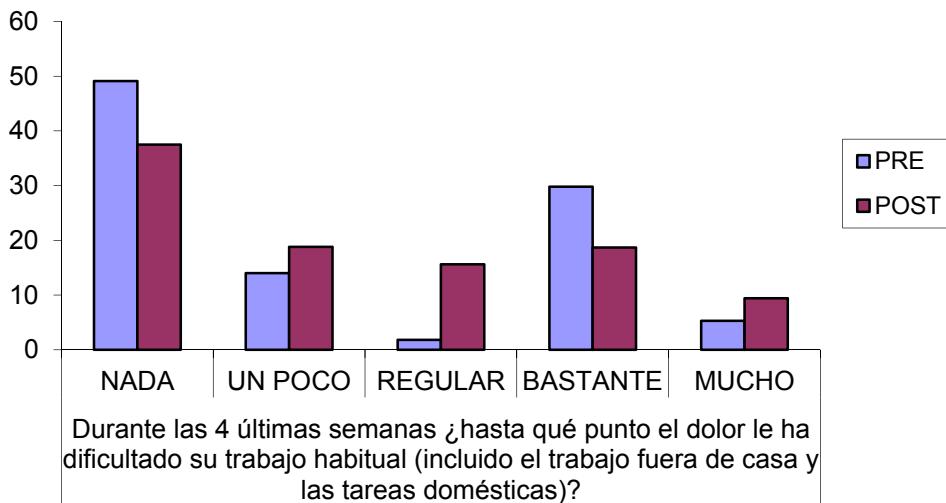


Figura 17. Limitación por dolor. Piloto 8

Las personas que contestan el cuestionario de Calidad de Vida SF-12 refieren tener menor sensación de calma y/o tranquilidad cuando se les pregunta a los 6 meses, el 50,8% refieren al inicio sentirse calmado/a y tranquilo/a **siempre y casi siempre** y el 40,6% lo refiere a los 6 meses (Figura 18).

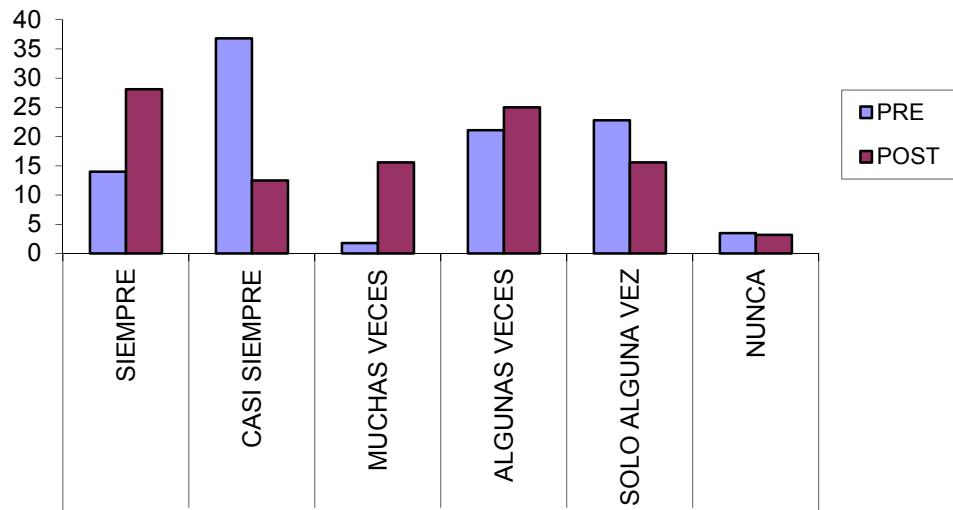


Figura 18. Percepción de tranquilidad. Piloto 8

Al preguntar sobre la percepción de vitalidad, los pacientes preguntados al inicio tienen un peor sentimiento de vitalidad que los que son preguntados a los 6 meses, el 24,66% refieren al inicio sentirse lleno/a de vitalidad **siempre y casi siempre** y el 25,9% lo refiere a los 6 meses (Figura 19).

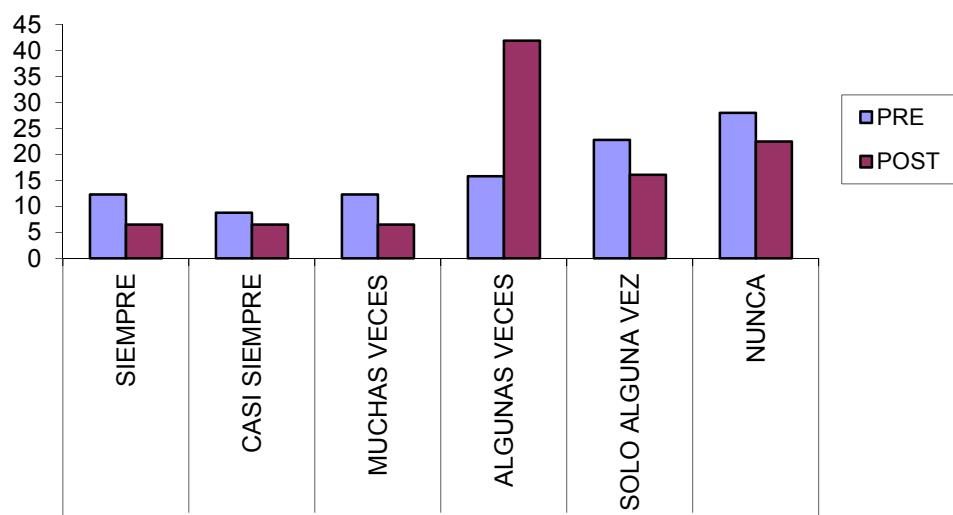


Figura 19. Percepción de vitalidad. Piloto 8

Al preguntar sobre si se sintieron desanimado/a y tristes las personas encuestadas al inicio tienen menor sentimiento de tristeza que los que son preguntados a los 6 meses, el 40,4% de los encuestados al inicio refieren sentirse desanimado/as y triste **siempre, casi siempre y muchas veces** y el 42% lo refiere a los 6 meses (Figura 20).

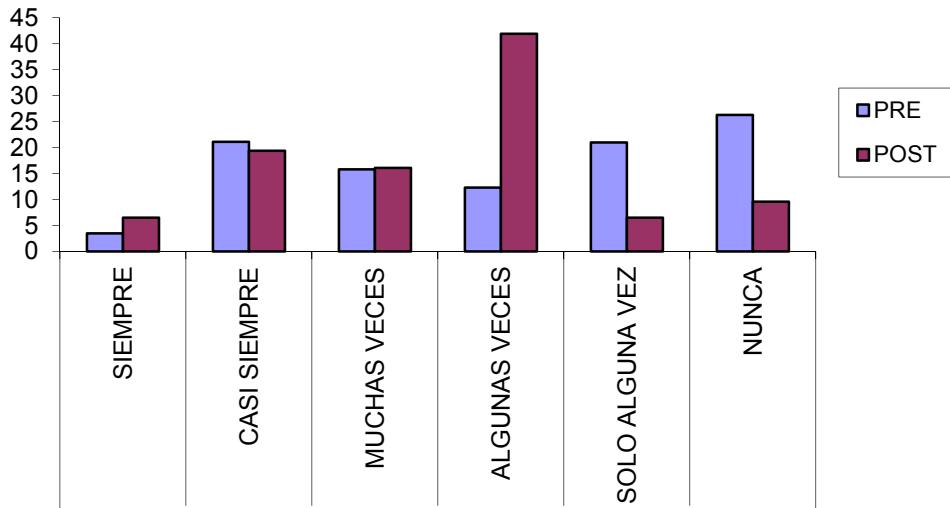


Figura 20. Percepción de desánimo. Piloto 8

El grupo de pacientes encuestados al inicio refieren que su salud física o problemas emocionales le han dificultado en menor medida sus actividades sociales que los que responden a los 6 meses, el 24,5% refiere al inicio que **siempre y casi siempre** su salud física o problemas emocionales dificultan sus actividades sociales, frente al 35,5% a los 6 meses (Figura 21)

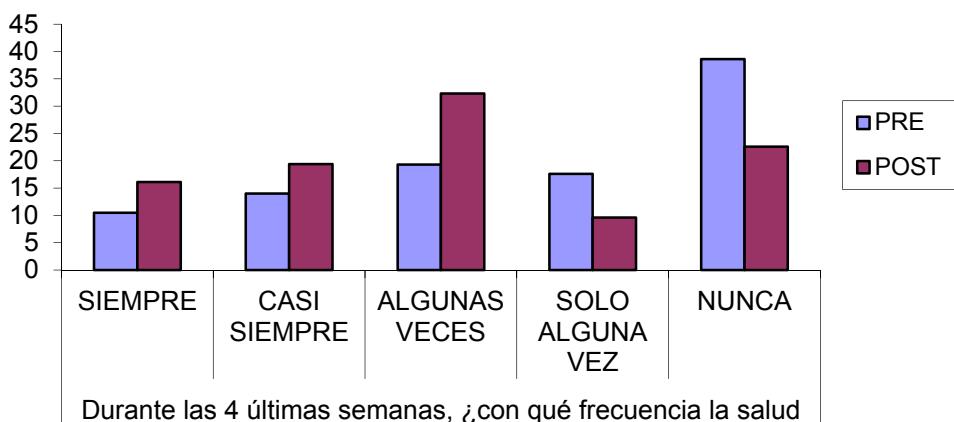


Figura 21. Percepción de dificultades sociales. Piloto 8

EN RELACIÓN A LOS RESULTADOS DE LOS CUESTIONARIOS DE SATISFACCIÓN a pacientes y cuidadores

Se ha utilizado la encuesta SATISFAD para explorar la satisfacción de pacientes y cuidadores. La encuesta ha sido realizada por: GIZAKER con la financiación recibida por parte de KRONIKGUNE

Satisfacción de cuidadores

Se pregunta a 42 familias y/o cuidadores de este Piloto 8 sobre si los servicios que recibe le ayudan a hacer mejor su función de cuidador/a y si el familiar del paciente y/o cuidador han podido participar y decidir en cómo organizar los cuidados en el domicilio.

El 83,3% de los cuidadores refieren que los servicios que recibe **siempre** le ayudan a hacer mejor su función. (Figura 22)

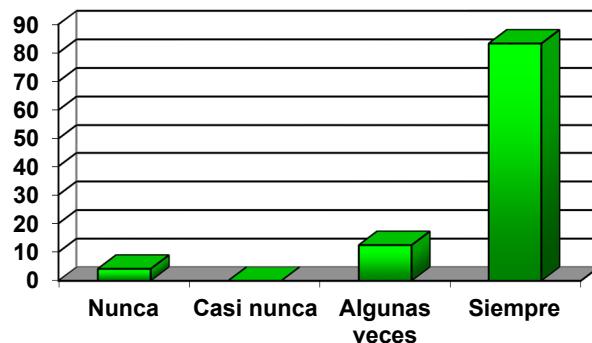


Figura 22. Los servicios que recibe le ayudan a hacer mejor su función de cuidador/a. Piloto 8
El 91,6% de los cuidadores refieren que **siempre** el familiar del paciente y/o cuidador han podido participar y decidir en cómo organizar los cuidados en el domicilio (Figura 23).



Figura 23. El familiar (paciente) y el cuidador han podido participar y decidir en cómo organizar los cuidados en el domicilio. Piloto 8

Satisfacción de pacientes

Se pregunta a los pacientes atendidos en este piloto, sobre la satisfacción con la atención recibida. Entre otras se pregunta sobre si se siente escuchado y comprendido, si entiende a su enfermera cuando le explica las cosas o si es atendido con suficiente intimidad.

A continuación se exponen de manera gráfica las respuestas recibidas en cada ítem.

El 100% de los pacientes refieren que **siempre** se sienten escuchados y comprendidos por su enfermera (Figura 24)

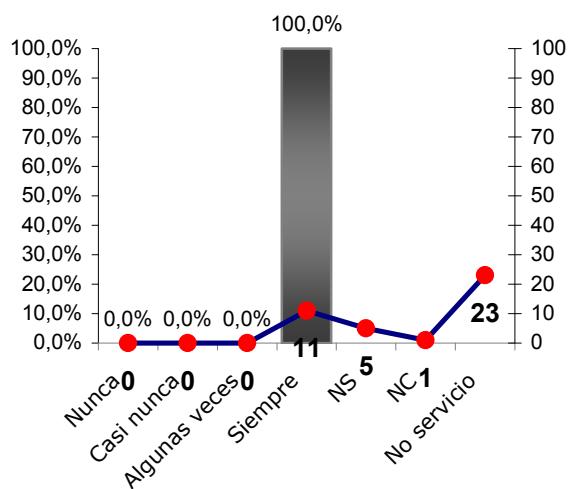


Figura 24. Se siente escuchado y comprendido/a por su enfermera cuando le explica sus problemas de salud y las dificultades que le causa. Piloto 8

El 73,3% de los pacientes refieren que **siempre** entienden a su enfermera cuando le explica las cosas (Figura 25).

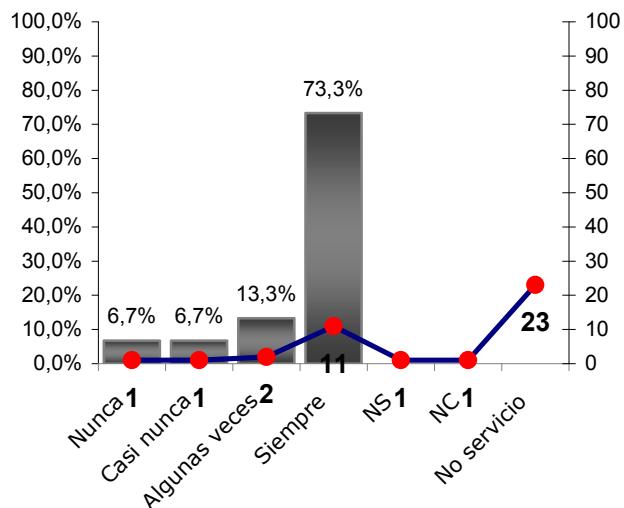


Figura 25. Entiende a su enfermera cuando le explica las cosas. Piloto 8

El 93,3% de los pacientes refieren que **siempre** las enfermeras se preocupan por contactar con ellos (Figura 26).

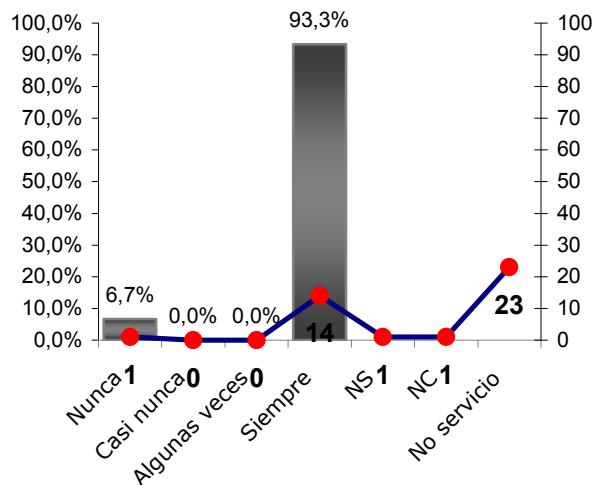


Figura 26. Las enfermeras se preocupan por contactar con Ud si no puede acudir o se va a retrasar .
Piloto 8

El 83,3% de los pacientes refieren que **siempre** las enfermeras les enseñan a cuidarse por sí mismo (Figura 27).

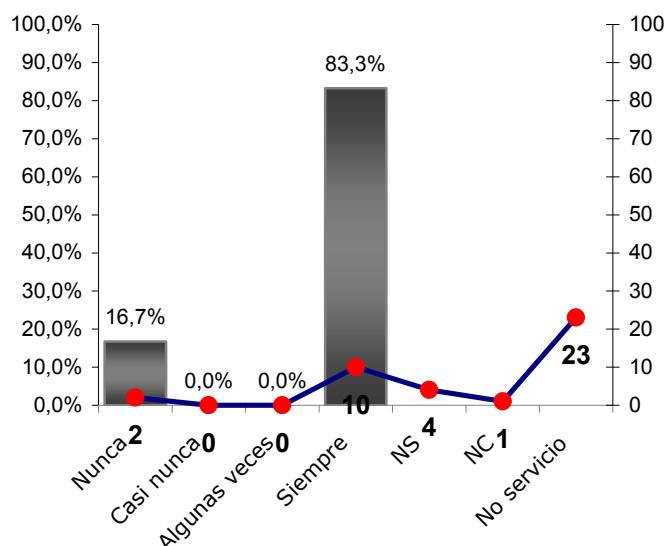


Figura 27. Las enfermeras le enseñan a cuidarse por sí mismo/a . Piloto 8

El 100% de los pacientes refieren que **siempre** su enfermera le atiende con suficiente intimidad, de manera reservada (Figura 28).

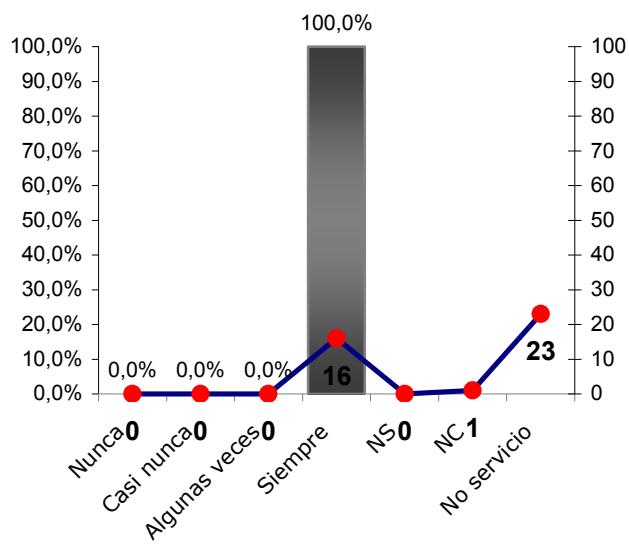


Figura 28. Su enfermera le atiende con la suficiente intimidad, de manera reservada. Piloto 8

El 100% de los pacientes refieren que **siempre** es fácil programar las visitas en los días y horas que quiere (Figura 29).

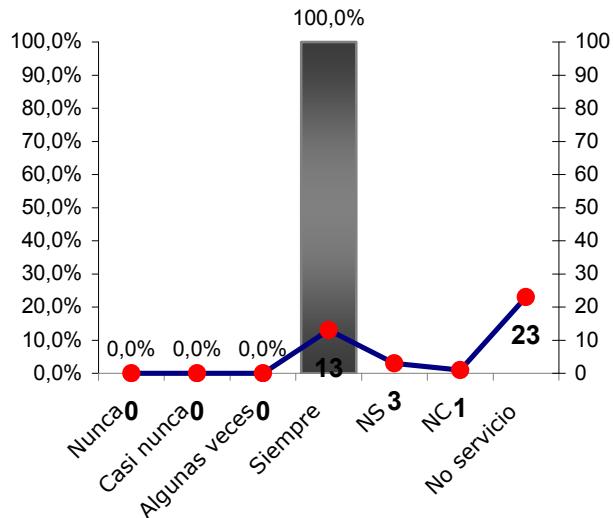


Figura 29. Es fácil programar las visitas en los días y horas que quiere Ud. o le vienen mejor. Piloto 8

El 100% de los pacientes refieren que **siempre** las enfermeras se preocupan por su comodidad (Figura 30).

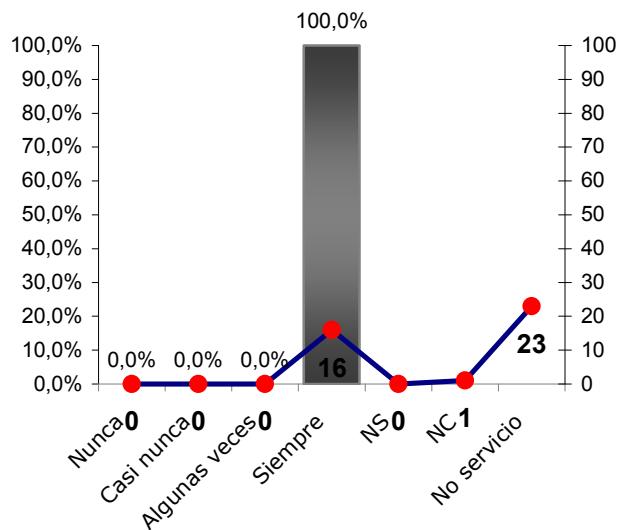


Figura 30. Las enfermeras se preocupan por su comodidad mientras le están tratando o cuidando. Piloto 8

El 100% de los pacientes refieren que **siempre** la enfermera hace un buen trabajo organizando sus necesidades (Figura 31).

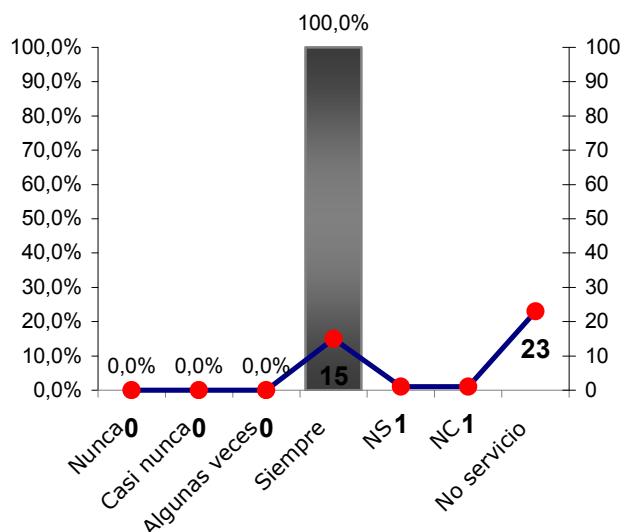


Figura 31. En general, la enfermera gestora hace un buen trabajo organizando lo que Ud. necesita. Piloto 8

Todas las respuestas de los pacientes atendidos en este piloto, muestran una alta la satisfacción con la atención recibida.

APRENDIZAJE Y RECOMENDACIONES

Tras el análisis de la información de este piloto, es posible plantear una serie de conclusiones:

El piloto 8 se desarrolló correctamente según lo establecido, y ambos roles han captado pacientes sin inconvenientes. En cualquier caso, los criterios de inclusión y exclusión se adecuaron a la realidad de las poblaciones atendidas por las organizaciones de servicios incluidas en el piloto.

A lo largo del desarrollo del piloto se han ido ajustando diversos aspectos.

Para la extensión de este piloto 8 sería necesario identificar las causas de reingreso y la necesidad de homogeneización la práctica clínica.

ANEXOS:

ANEXO 1:

<p>PPP CATEGORÍA A: Insuficiencia cardiaca que en situación de estabilidad clínica haya estado en grado II de la NYHA (ligera limitación de la actividad física). La actividad física habitual le produce disnea, angina, cansancio o palpitaciones).</p> <p>Cardiopatía isquémica</p>
<p>PPP CATEGORÍA B: Vasculitis y enfermedades autoinmunes sistémicas. Enfermedad renal crónica definida por elevación de creatinina ($>1,4$ mg/dl en hombres o $>1,3$ mg/dl en mujeres) o proteinuria (índice albúmina/creatinina > 300 mg/g, microalbuminuria >3 mg/dl en muestra de orina o albúmina >300 mg/día en orina de 24 horas), mantenidas durante 3 meses.</p>
<p>PPP CATEGORÍA C: Enfermedad respiratoria crónica que en situación de estabilidad clínica haya estado con disnea grado 2 de la MRC (Incapacidad de mantener el paso de otra persona de la misma edad, caminando en llano, debido a la dificultad respiratoria o tener que parar a descansar al andar en llano al propio paso), o $FEV1 < 65\%$, o $SaO_2 \leq 90\%$</p>
<p>PPP CATEGORÍA D: Enfermedad inflamatoria crónica intestinal. Hepatopatía crónica con datos de insuficiencia hepatocelular (INR $>1,7$, albúmina $<3,5$ g/dl, bilirrubina >2 mg/dl) o hipertensión portal (Definida por la presencia de datos clínicos, analíticos, ecográficos o endoscópicos)</p>
<p>PPP CATEGORÍA E: Ataque cerebrovascular. Enfermedad neurológica con déficit motor permanente que provoque una limitación para las actividades básicas de la vida diaria (Índice de Barthel inferior a 60-Anexo 2). Enfermedad neurológica con deterioro cognitivo permanente, al menos moderado (Pfeiffer-Anexo 6- con 5 ó más errores).</p>
<p>PPP CATEGORÍA F: Arteriopatía periférica sintomática. Diabetes mellitus con retinopatía proliferativa o neuropatía sintomática</p>

PPP CATEGORÍA G:

Anemia crónica por pérdidas digestivas o hemopatía adquirida no subsidiaria de tratamiento curativo que presente Hb < 10mg/dl en dos determinaciones separadas más de tres meses. Neoplasia sólida o hematológica activa no subsidiaria de tratamiento con intención curativa

PPP CATEGORÍA H:

Enfermedad osteoarticular crónica que provoque por sí misma una limitación para las actividades básicas de la vida diaria (Índice de Barthel inferior a 60).

Tabla de paciente pluripatológico de Ollero utilizado en el piloto 8

PROYECTO ESTRATÉGICO 8: COMPETENCIAS AVANZADAS DE ENFERMERÍA



INFORME GLOBAL

1. INTRODUCCIÓN

En el marco de la “Estrategia para afrontar el reto de la cronicidad en Euskadi” se configura el proyecto número 8 de “Definición e implementación de competencias avanzadas de enfermería” con el objeto de perfilar e implementar roles de enfermería mejor adaptados a las necesidades de los pacientes crónicos.

Las necesidades que plantea la Estrategia, han servido para enmarcar los Retos Estratégicos del proyecto que son los siguientes:

- Diseñar nuevos marcos competenciales de enfermería para el conjunto del SSV que de respuesta a las necesidades actuales.
- Identificar sinergias y coordinar a los distintos agentes involucrados en la atención y cuidados de los pacientes crónicos.

Se asume que Enfermería, en un planteamiento funcional, puede ser el engarce intra y extra del sistema sanitario. La integración entre niveles asistenciales, la movilización de recursos y la gestión de casos, son aspectos fundamentales para su consecución.

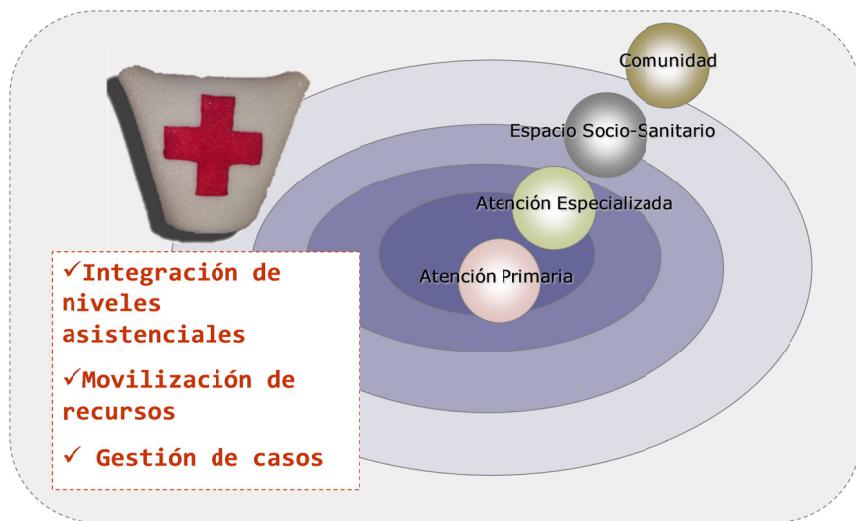


Figura 1: Visión del papel a jugar por la nueva Enfermería

METODOLOGÍA DE TRABAJO

Para lanzar el proyecto, se diseño un cronograma con cinco fases claramente diferenciadas, que cubrían desde la definición inicial hasta la propia implementación de las figuras

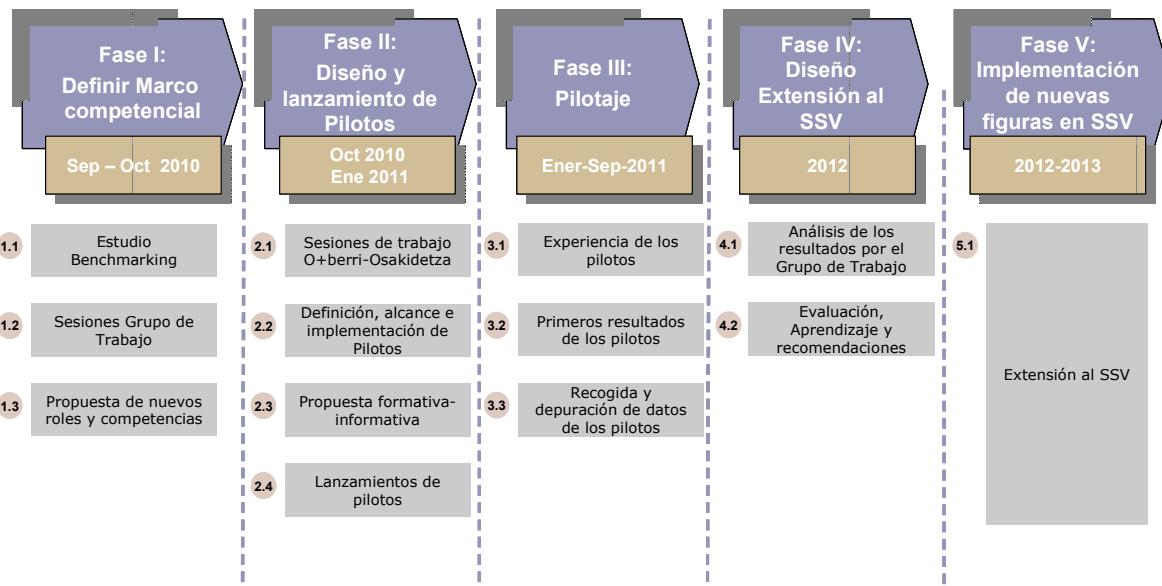


Figura 2: Esquema de fases del proyecto

La fase tercera es la central del proyecto y comprende el pilotaje de los nuevos roles de enfermería en las organizaciones de servicio de Osakidetza.

EQUIPOS DE TRABAJO

Se formaron tres Equipos de Trabajo y un Grupo de Trabajo:



Figura 3: Equipos de trabajo

a) **ETLP (Equipo de trabajo de la lógica del proyecto):** Formado en su inicio por María Jesús Ruiz de Ocenda (Responsable del proyecto) y posteriormente, por Inmaculada Sanchez Martin, y O+Berri (Galder Abos, Javier Bikandi y al inicio Naiara Artaza), cuyas funciones son:

- Elaboración de propuesta de trabajo y enfoque metodológico
- Liderazgo y gestión del proyecto global
- Coordinación y supervisión del trabajo del resto de equipos de trabajo
- Elaboración y/o supervisión de los documentos generados en el desarrollo del proyecto

b) **ETAM (Equipo de trabajo de apoyo metodológico):** Formado por tres enfermeras: Ana M^a Chueca (Unidad de Metodología Calidad del Hospital de Galdakao-Usansolo), Rosa Gonzalez de la Oficina de la Estrategia de Cronicidad (OEC), y M^a Luz Peña Enfermera de la Subdirección de Asistencia Sanitaria.

Las funciones de este equipo son:

- Diseño, apoyo, coordinación y supervisión de pilotos
- Elaboración de documentación necesaria para el desarrollo de los pilotajes.

c) **El ETF (Equipo de trabajo de formación):** formado por la Responsable de Docencia e Investigación de enfermería de Osakidetza, Maria Angeles Cidoncha, y por una profesora de cada Escuela de Enfermería de Euskadi; Leioa, Donosty y Vitoria.

Su función fundamental es:

- Dar apoyo, coordinación y supervisión de la formación pre-peri y post proyecto.

d) **Grupo de trabajo:** Formado por profesionales de todos los niveles de la organización (Osakidetza) y de otras instituciones. Los perfiles fueron:

Enfermeras de Atención Primaria y Atención Especializada, Oficina de la estrategia de Crónicos, Gerencias del Atención Primaria y Atención Especializada, Directivos asistenciales Médicos y de Enfermería, Mandos intermedios de Enfermería, Responsables de docencia e investigación, Representante de Colegios de Profesionales Enfermería, Representante de EFEKEZE, Representantes de: EUE de Osakidetza y EUE de la UPV (Donosty) y Profesionales de O+berri.

Las funciones de este Grupo de trabajo han sido:

- Participar en la elaboración de los documentos base de trabajo que plasmen las propuestas a desarrollar y validar y/o aportar comentarios en la socialización de documentos de trabajo.

TAREAS PREVIAS

A. Benchmarking nacional e Internacional:

Previamente a la puesta en marcha de los pilotos, fue necesario realizar en primer lugar, una búsqueda de las mejores prácticas a nivel internacional y nacional en relación a la asistencia a la cronicidad y los roles de enfermería. Para ello, a nivel internacional se estudiaron las prácticas desarrolladas en Canadá, EEUU, Reino Unido y Paises Escandinavos y a nivel nacional se estudiaron las prácticas de otras CCAA: Andalucía, Aragón, Cataluña, Canarias, Madrid y Valencia. El documento resultante “Benchmarking” se puede encontrar en el Anexo II, incluido en el soporte físico que acompaña a este informe.



Figura 4: Documento “Benchmarking”

B. Definición del marco competencial:

El documento de “Benchmarking” fue trasladado al grupo de trabajo para que a la luz de las experiencias nacionales e internacionales se propusieran las propuestas adaptadas a la realidad en Euskadi. El trabajo se plasmó en un informe titulado “Marco competencial ampliado”, que se puede encontrar en el Anexo III, incluido en el soporte físico que acompaña a este informe.



Figura 5: Documento “Marco competencial ampliado”

En dicho documento, el grupo de trabajo recogió las conclusiones generales y realizó la primera aproximación de los perfiles/roles enfermeros a experimentar. Los perfiles / roles resultantes a pilotar fueron los siguientes 3:



Figura 6: Imagen de las figuras / roles a pilotar

Los flujos de trabajo definidos para cada figura se pueden encontrar a su vez en el Anexo IV, incluido en el soporte físico que acompaña a este informe.

OBJETIVO

Perfilar e implementar roles de enfermería, mejor adaptados a las necesidades de los pacientes crónicos.

Para ello, se han diseñado 8 pilotos diferentes en los que interactúan los perfiles / roles a pilotar. Los datos básicos de los 8 pilotos son los siguientes:

PILOTO	ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS	PERFIL / ROL
PILOTO 1	OSI BIDASOA	EGEH-EGC
PILOTO 2	H. DONOSTIA	EGEH
	Centro Salud BERNAU (Comarca GIPUZKOA ESTE)	EGC
PILOTO 3	H. CRUCES	EGEH
	Comarca URIBE	EGCA
PILOTO 4	H. SANTA MARINA	EGEH
	Comarca BILBAO	EGCA
PILOTO 5	H. SAN ELOY	EGEH (3 Supervisoras)

	Comarca EZKERRALDEA	EGC	
PILOTO 6	H. TXAGORRITXU	EGEH	
	H. SANTIAGO	EGEH	
	Comarca ARABA	EGC	
PILOTO 7	H. ZUMARRAGA	EGEH	
	UAP's Goiherri de Comarca GUIPUZKOA OESTE	EGCA	
PILOTO 8	Clínica La ASUNCIÓN	EGEH (Supervisora de Unidad de Hospitalización)	
	UAP's Tolosaldea Comarca GUIPUZKOA OESTE	EGC	

Tabla 1: Perfiles a pilotar por piloto

PLANIFICACIÓN DE LOS PILOTOS

ORGANIZACIONES DE SERVICIOS, ROLES A PILOTAR Y POBLACIÓN DEREFERENCIA

PLANIFICACIÓN DEL PILOTO 1 OSI BIDASOA

ROLES PIOTADOS:

La organización de servicios participante en el **Piloto 1** y los roles incluidos, se muestran en la tabla siguiente:

O.S.	PERFIL / ROL	
H. BIDASOA	EGEH	
Centro HONDARRIBIA	EGC ¹	
Centro IRUN CENTRO	EGC ¹	
Centro DUMBOA	EGC ¹	

Tabla 2: Roles a pilotar

¹El rol/competencia de la EGC se asumió por parte de las Responsables de Enfermería de los respectivos Centros de Atención Primaria pertenecientes a la organización Sanitaria OSi BIDASOA

POBLACIÓN DE REFERENCIA:

La población de referencia de este piloto es los Centros de Salud de: Hondarribia, Irún Centro y Dumboa, con la siguiente estructura poblacional:

C.S. HONDARRIBIA	De 0 a 14 años	Entre 15 y 65 años	Mayores de 65 años	Total
	2.383	11.482	3.069	16.934
C.S. IRUN -CENTRO	De 0 a 14 años	Entre 15 y 65 años	Mayores de 65 años	Total
	4.602	23.386	6.837	34.825
C.S. DUMBOA	De 0 a 14 años	Entre 15 y 65 años	Mayores de 65 años	Total
	4.134	21.593	5.201	30.928
TOTAL POBLAC.	De 0 a 14 años	Entre 15 y 65 años	Mayores de 65 años	Total
TOTALES	11.119	56.461	15.107	82.687

Tabla 3: Población Global OSI BIDASOA

La población “diana” se ha definido a través de unos criterios de inclusión y otros de exclusión, iguales para las dos figuras pilotadas:

EGEH/EGC

Criterios de inclusión:	Criterios de exclusión:
<ul style="list-style-type: none"> - 2 ó más ingresos en el último año <p>Paciente pluripatológico. Cumple 2 de las categorías de patología definidas. (<i>Ver ANEXO I</i>, incluido en el soporte físico que acompaña a este informe.)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Índice de Barthel <20 ó entre 20-35 ó entre 40-55 	<ul style="list-style-type: none"> - Pacientes en diálisis - Pacientes institucionalizados en residencias asistidas - Pacientes que no aceptan participar. - Pacientes < de 14 años

Tabla 4: Criterios inclusión piloto 1

PLANIFICACIÓN DEL PILOTO 2 H. DONOSTIA – C. EKIALDE

ROLES PILOTADOS

Las organizaciones de servicios participantes en el **Piloto 2** y los roles incluidos, se muestran en la tabla siguiente:

Org. Servicios	PERFIL / ROL	
H. DONOSTIA	EGEH	
Centro BERAUN (C.EKIALDE)	EGC	

Tabla 5: Roles a pilotar

POBLACIÓN DE REFERENCIA:

La población de referencia de este piloto es la del Centro de Salud de: Beraun-Erreenteria, con la siguiente estructura poblacional:

UAP	<14	De 14 a 64	>65	TOTAL	ORG. SERV
BERAUN - ERREENTERIA	1.834	10.825	3.200	15.859	C. GIPUZKOA EKIALDE

Tabla 6: Población de referencia del C.S. Beraun-Erreenteria

La población “diana” se ha definido a través de unos criterios de inclusión y otros de exclusión, iguales para las dos figuras pilotadas:

EGEH/EGC

Criterios de <u>inclusión</u> :	Criterios de <u>exclusión</u> :
<ul style="list-style-type: none"> - 1 o más ingresos con ICC y/o EPOC y/o Hepatopatía - Barthel MODERADO y que vive sólo - Barthel MODERADO y con barreras arquitectónicas en domicilio - Barthel SEVERO O TOTAL - Estadio final de la vida asociado a Demencia - Estadio final de la vida asociado a ICC y/o EPOC y/o Hepatopatía 	<ul style="list-style-type: none"> - Pacientes en diálisis - Pacientes menores de 14 años - Pacientes institucionalizados en residencias asistidas - Pacientes que no acepten participar.

Tabla 7 : Criterios inclusión piloto 2

PLANIFICACIÓN DEL PILOTO-3 H. CRUCES – C. URIBE

ROLES PILOTADOS:

Las organizaciones de servicios participantes en el **Piloto 3** y los roles incluidos, se muestran en la tabla siguiente:

Org. Servicios	PERFIL / ROL	
H. CRUCES	EGEH	
Comarca URIBE	EGCA	

Tabla 8: Roles a pilotar

POBLACIÓN DE REFERENCIA:

La población de referencia de este piloto es la de la Comarca Uribe, con la siguiente estructura poblacional:

UAP	<14	De 14 a 64	>65	TOTAL	ORG. SERV
ALANGO	2.079	14.196	3.359	19.634	C. URIBE
ALGORTA	4.596	24.795	6.021	35.412	C. URIBE
ASTRABUDUA	1.416	8.016	1.685	11.117	C. URIBE
ERANDIO	1.731	9.112	3.014	13.857	C. URIBE
GORLIZ-PLENTZIA	1.669	7.652	1.906	11.227	C. URIBE
LAS ARENAS	3.958	25.324	8.045	37.327	C. URIBE
LEIOA	3.463	17.398	3.017	23.878	C. URIBE
MUNGIA	3.892	17.441	4.050	25.383	C. URIBE
SOPELANA	3.674	16.213	3.087	22.974	C. URIBE
TXORIHERRI	2.523	12.028	3.859	18.410	C. URIBE
TOTALES	29.001	152.175	38.043	219.219	C. URIBE

Tabla 9: Población de referencia de la Comarca Uribe-Costa

La población “diana” se ha definido a través de unos criterios de inclusión y otros de exclusión, iguales para las dos figuras pilotadas:

EGEH/EGCA

Criterios de inclusión:	Criterios de exclusión:
<ul style="list-style-type: none"> - Personas menores o mayores de 65 años - Con 2 ó más ingresos hospitalarios en el último año - Con 2 o más visitas a Urgencias en el último año - Con diagnóstico de Insuficiencia Cardiaca Congestiva y/o EPOC - Aceptación de inclusión 	<ul style="list-style-type: none"> - Pacientes institucionalizados en residencias asistidas - Pacientes en diálisis - Pacientes oncológicos - Pacientes en situación clínica crítica - Pacientes incluidos en Proyecto Hospital de Cruces - Pacientes que no acepten participar.

Tabla 10: Criterios inclusión piloto 3

PLANIFICACIÓN DEL PILOTO-4 H. STA. MARINA-C. BILBAO

ROLES PILOTADOS:

Las organizaciones de servicios participantes en el **Piloto 4** y los roles incluidos, se muestran en la tabla siguiente:

Org. Servicios	PERFIL / ROL	
H. SANTA MARINA	EGEH	
Comarca BILBAO	EGCA	

Tabla 11: Roles a pilotar en el piloto 4

POBLACIÓN DE REFERENCIA:

La población de referencia de este piloto es la de la Comarca Bilbao, con la siguiente estructura poblacional:

UAP	<14	De 14 a 64	>65	TOTAL	ORG. SERV
BEGOÑA	1.239	8.514	3.192	12.945	C. BILBAO
KARMELO	1.190	8.384	3.723	13.297	C. BILBAO
OTXARKOAGA	1.727	8.455	2.472	12.654	C. BILBAO
TXURDINAGA CENTRO SALUD	1.661	12.082	2.671	16.414	C. BILBAO
ZURBARAN	1.046	7.345	3.440	11.831	C. BILBAO
TOTALES	6.863	44.780	15.498	67.141	C. BILBAO

Tabla 12: Población de referencia del Piloto 4

La población “diana” se ha definido a través de unos criterios de inclusión y otros de exclusión, iguales para las dos figuras pilotadas:

Criterios de <u>inclusión</u> :	Criterios de <u>exclusión</u> :
<ul style="list-style-type: none"> - Personas menores o mayores de 65 años - Con o sin ingreso - Con diagnóstico o recetas de fármacos que impliquen Insuficiencia Cardiaca Congestiva o EPOC - Con índice de riesgo de ingreso en el próximo año de > 0.6 en personas > de 65 años - Con índice de riesgo de ingreso en el próximo año de > 0.8 en personas < de 65 años 	<ul style="list-style-type: none"> - Pacientes institucionalizados en residencias asistidas - Pacientes en diálisis - Pacientes oncológicos - Pacientes que no acepten participar.

Tabla 13: Criterios inclusión piloto 4

PLANIFICACIÓN DEL PILOTO-5 H. SAN ELOY - C. EZKERRALDEA

ROLES PILOTADOS:

Las organizaciones de servicios participantes en el **Piloto 5** y los roles incluidos, se muestran en la tabla siguiente:

Org. Servicios	PERFIL / ROL	
H. SAN ELOY	EGEH ¹	
Comarca EZKERRALDEA	EGC	

Tabla 14: Roles a pilotar en el piloto 5

¹El rol/competencia de la EGEH se asumió por parte de las Supervisoras de Enfermería de las Unidades de Hospitalización Médica, pertenecientes a la organización Sanitaria H. San Eloy

POBLACIÓN DE REFERENCIA:

La **población de referencia** de este piloto es de la Comarca Ezkerraldea, con la siguiente estructura poblacional:

UAP	<14	De 14 a 64	>65	TOTAL	ORG. SERV
LA PAZ	2.462	15.341	4.278	22.081	EZKERRALDEA
LUTXANA	787	4.996	1.407	7.190	EZKERRALDEA
SAN VICENTE	2.645	13.304	4.899	20.848	EZKERRALDEA
URBAN	2	8.490	2.386	10.878	EZKERRALDEA
ZABALLA C	2.140	5.350	1.923	9.413	EZKERRALDEA
ZABALLA C.S.	1.639	9.103	3.118	13.860	EZKERRALDEA
ZUAZO	1.851	13.563	4.112	19.526	EZKERRALDEA
TOTALES	11.526	70.147	22.123	103.796	EZKERRALDEA

Tabla 15: Población de referencia del Piloto 5

La **población “diana”** se ha definido a través de unos criterios de inclusión y otros de exclusión, iguales para las dos figuras pilotadas:

Criterios de inclusión:	Criterios de exclusión:
<ul style="list-style-type: none"> - Pacientes con 1 ó más ingresos en el último año - Paciente crónico con diagnóstico de EPOC y/o ICC y/o ACV y/o Hepatopatía - Pacientes que al alta hospitalaria tenga 5 o más fármacos 	<ul style="list-style-type: none"> - Pacientes institucionalizados en residencias asistidas - Pacientes en diálisis - Pacientes oncológicos - Pacientes que no acepten participar.

Tabla 16: Criterios inclusión piloto 5

PLANIFICACIÓN DEL PILOTO-6 H.U. ARABA – C. ARABA

ROLES PILOTADOS:

Las organizaciones de servicios participantes en el **Piloto 6** y los roles incluidos, se muestran en la tabla siguiente:

Org. Servicios	PERFIL / ROL	
H. TXAGORRITXU	EGEH	
H. SANTIAGO	EGEH	
Comarca ARABA	EGC	

Tabla 17: Roles a pilotar

POBLACIÓN DE REFERENCIA:

La población de referencia de este piloto es de la Comarca Araba, con la siguiente estructura poblacional:

UAP	<14	De 14 a 64	>65	TOTAL	ORG. SERV
ABETXUKO	526	2.753	771	4.050	ARABA
CASCO VIEJO VITORIA	1.775	14.474	4.131	20.380	ARABA
GAZALBIDE TXAGORRITXU	1.517	10.530	4.829	16.876	ARABA
LAKUA – ARRIGA	2.625	11.858	1.043	15.526	ARABA

LLANADA ALAVESA	1.621	7.777	1.758	11.156	ARABA
OLARIZU	1.584	12.508	3.860	17.952	ARABA
SANSOMENDI	2.304	11.868	1.491	15.663	ARABA
ZARAMAGA	1.515	10.134	4.293	15.942	ARABA
TOTALES	13.467	81.902	22.176	117.545	ARABA

Tabla 18: Población de referencia del Piloto 6

La población “diana” se ha definido a través de unos criterios de inclusión y otros de exclusión, iguales para las dos figuras pilotadas:

Criterios de <u>inclusión</u> :	Criterios de <u>exclusión</u> :
<ul style="list-style-type: none"> - > o igual a 65 años - Con 2 o más ingresos en último año - Con 2 o más diagnósticos de cronicidad de los servicios de: MEDICINA, INTERNA, NEUMOLOGÍA, CARDIOLOGÍA, NEUROLOGÍA, DIGESTIVO, CIRUGÍA GENERAL, CIRUGÍA VASCULAR Y TRAUMATOLOGÍA 	<ul style="list-style-type: none"> - Pacientes con perfil PRÖMIC de los centros de: OLAGIBEL, MONTAÑA, LAKUABIZKARRA, HABANA, ARANBIZKARRA 1, ARANBIZKARRA 2 y SAN MARTÍN - Pacientes en tratamiento de diálisis - Altas del Servicio de Oncología - Pacientes institucionalizados en residencias asistidas - Pacientes que no acepten participar.

Tabla 19: Criterios inclusión piloto 6

PLANIFICACIÓN DEL PILOTO-7 H.ZUMÁRRAGA – C.MENDEBALDE

ROLES PIOTADOS:

O. Servicios	PERFIL / ROL	
H. ZUMARRAGA	EGEH	
UAP's de MENDEBALDEA (C.GUIPUZKOA OESTE)	EGCA	

Tabla 20: Roles a pilotar en el piloto 7

POBLACIÓN DE REFERENCIA:

La población de referencia de este piloto es de la Comarca Mendebalde, con la siguiente estructura poblacional:

UAP	<14	De 14 a 64	>65	TOTAL	ORG. SERV
BEASAIN	3.265	14.530	3.908	21.703	MENDEBALDE
LAZKAO	1.219	5.421	1.683	8.323	MENDEBALDE
ORDIZIA	1.892	8.678	2.482	13.052	MENDEBALDE
TOTALES	6.376	28.629	8.073	43.078	MENDEBALDE

Tabla 21: Población de referencia del Piloto 7

La población “diana” se ha definido a través de unos criterios de inclusión y otros de exclusión, iguales para las dos figuras pilotadas. En el caso particular de este piloto la N ya venía definida ($N=70$) por ser un brazo de un ensayo clínico del Hospital de Zumarraga.

Dicho ensayo clínico constaba de 3 brazos:

- Brazo 1: Grupo control en el que los pacientes son atendidos de manera habitual.
- Brazo 2: Grupo Intervención 1; adicional a la atención habitual, existía la figura de EGEH y un médico referente de medicina interna.
- Brazo 3: Grupo Intervención 2; adicional a la atención habitual, existían las figuras de EGCA, EGEH y un médico referente de medicina interna.

Criterios de <u>inclusión</u> :	Criterios de <u>exclusión</u> :
<p>- <i>1 o más ingresos en el último año</i></p> <p><i>Clasificación paciente pluripatológico (Ollero) Paciente que cumple 2 de las categorías de patología definidas. (Ver ANEXO I, incluido en el soporte físico que acompaña a este informe.)</i></p>	<p>- <i>Pacientes en diálisis</i></p> <p>- <i>Pacientes institucionalizados en residencias asistidas</i></p>

Tabla 22: Criterios inclusión piloto 7

PLANIFICACIÓN DEL PILOTO-8: CLINICA. LA ASUNCIÓN – C.MENDEBALDE

En la tabla siguiente, se muestra las Organizaciones Sanitarias participante en el piloto 8 C. La Asunción – C. Mendebalde, así como los roles incluidos en el mismo:

O. Servicios	PERFIL / ROL	
Clínica La ASUNCIÓN	EGEH	
UAP's de MENDEBALDEA (C.GUIPUZKOA OESTE)	EGC	

Tabla 23: Roles a pilotar

POBLACIÓN DE REFERENCIA:

La población de referencia de este piloto es de la Comarca Mendebalde, con la siguiente estructura poblacional:

UAP	<14	De 14 a 64	>65	TOTAL	ORG. SERV.
ANDOAIN	2.019	10.293	3.012	15.324	MENDEBALDE
IBARRA	1.082	5.415	1.444	7.941	MENDEBALDE
TOLOSA	2.634	12.868	3.931	19.433	MENDEBALDE
VILLABONA	2.552	10.227	2.492	15.271	MENDEBALDE
TOTALES	8.287	38.803	10.879	57.969	MENDEBALDE

Tabla 24: Población de referencia del Piloto 8

La población “diana” se ha definido a través de unos criterios de inclusión y otros de exclusión, iguales para las dos figuras pilotadas:

Criterios de <u>inclusión</u> :	Criterios de <u>exclusión</u> :
<ul style="list-style-type: none"> - <i>1 o más ingresos en el último año</i> <p><i>Clasificación paciente pluripatológico (Ollero) Paciente que cumple 2 de las categorías de patología definidas. (Ver ANEXO I, incluido en el soporte físico que acompaña a este informe.)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Pacientes en diálisis</i> - <i>Pacientes institucionalizados en residencias asistidas</i>

Tabla 25: Criterios inclusión piloto 8

INCLUSIÓN DE PACIENTES

Una vez identificados los pacientes a incluir se les informaba sobre el proyecto y se les solicitaba su aceptación para participar en el pilotaje. Para ello se crearon unas hojas de información, las cuales se entregaban al paciente y a familiares. Ver [Anexo XII](#), incluido en el formato físico que acompaña a este documento.

SEGUIMIENTO DE LOS PILOTOS

El proceso de implantación ha sido gradual a partir del proceso inicial de planificación y definición del piloto. En este apartado se resaltan los aspectos más destacados, como pueden ser las sinergias detectadas con otros proyectos estratégicos o las áreas de mejora detectadas durante el proceso de implantación y desarrollo del piloto.

SINERGIA CON OTROS PROYECTOS ESTRATÉGICOS

El proceso de implantación ha sido gradual a partir del proceso inicial de planificación y definición del piloto. En este apartado se resaltan los aspectos más destacados, como pueden ser las sinergias detectadas con otros proyectos estratégicos o las áreas de mejora detectadas durante el proceso de implantación y desarrollo del piloto.

a) Proyecto estratégico nº 1: “Estratificación y targeting de la población”

Se ha utilizado la información facilitada por el proceso de estratificación para la búsqueda de la población, en función de sus necesidades de salud, a incluir en el proyecto, en concreto con el piloto 3 y 4.

Por otro lado, y una vez captados los pacientes, la estratificación de la población ha sido útil en el proceso de conocer el Índice Predictivo de Riesgo y consumo de recursos (IP) de los pacientes en los que se ha intervenido en los 8 pilotos.

De este modo se han encontrado variaciones en el IP promedio de pacientes atendidos por las diferentes figuras.

FIGURA	IP PROMEDIO 2011
EGC	8,845883563
EGCA	10,20571551

Tabla 26: IP promedio para EGC y EGCA

En los cuadros siguientes se muestran los diferentes rangos de las frecuencias de IP de los dos grupos de pacientes, donde se puede apreciar el incremento de las frecuencias en los valores más altos de los IP para los casos de las EGCA:

IP pacientes EGC	frecuencia	%	IP pacientes EGCA	frecuencia	%
IP= < 5	72	11,67	IP= < 5	21	11,86
IP= 5 a 10	341	55,27	IP= 5 a 10	68	38,42
IP= 11 a 15	170	27,55	IP= 11 a 15	66	37,29
IP=16 a 20	30	4,86	IP=16 a 20	20	11,30
IP= > 20	4	0,65	IP= > 20	2	1,13
total	617	100	total	177	100

Tabla 27: Rangos de IP para EGC y EGCA

b) Proyecto estratégico nº 11: “OSAREAN: Centro de Servicios de Salud Multicanal”

La colaboración con dicho proyecto comenzó en Abril del 2010, siendo esta, a nivel operativo. El objetivo de esta relación era el seguimiento a distancia de los pacientes crónicos. Desde el viernes a las 15 horas hasta las 22h. y de 8:00 a 22:00h, los sábados y festivos, cubriendo las franjas horarias en las que las figuras (EGEH, EGC) no estaban operativas. La colaboración se realizó con cinco de los ocho pilotos, siendo estos los pilotos 1,2,3,4 y 6.

Cartera de servicios de OSAREAN

Se establecieron como servicios a realizar por parte de OSAREAN **cinco actos, en función de su horario de funcionamiento durante la época del pilotaje:**

1.- **Llamadas de confort.** Se realizaron a todos los pacientes dados de Alta. Viernes a partir de las 15:00 y fines de semana. No necesitaba un formulario específico.

2.- **Llamadas de seguimiento.** Se realizaron a todos aquellos pacientes con necesidad de seguimiento continuado en el tiempo y por razones de horario de actuación, no podía ser realizado por la figura correspondiente.

3.- **Llamadas de adherencia tratamiento.** Se realizaron a todos aquellos pacientes con necesidad de seguimiento o refuerzo para cumplimiento del tratamiento, y por razones de horario de actuación, no podía ser realizado por la figura correspondiente.

4.- **Llamadas de seguimiento + adherencia tratamiento.** Se realizaron a todos aquellos pacientes con necesidad de seguimiento continuado en el tiempo y refuerzo para cumplimiento del tratamiento, y por razones de horario de actuación, no podía ser realizado por la figura correspondiente.

5.- **Entrar Pilotos:** Para diferenciar las llamadas que desde el domicilio de los pacientes en seguimiento se hacen a OSAREAN. Aclaran dudas a pacientes y/o cuidadores y/o familiares.

A continuación se muestra de manera más gráfica la actividad desarrollada por OSAREAN como apoyo a este proyecto:

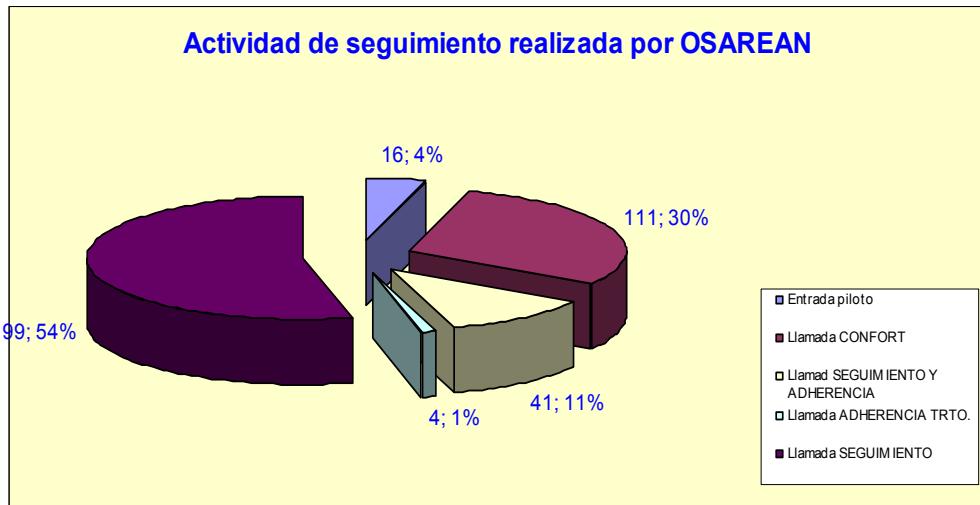


Gráfico 1: Seguimiento Osarean

Para ver más detalle respecto a la actividad realizada por Osarean durante el proyecto ver [Anexo XI](#), incluido en el soporte físico que acompaña a este documento

RESULTADOS Y EVALUACIÓN

Una vez finalizados los pilotos el 30 de septiembre del 2011 (a excepción del piloto 7 que finalizó el 12 de Diciembre de 2011 al ser este piloto un brazo de un ensayo clínico), se han analizado los resultados. Parte de los datos se han obtenido por las enfermeras de los diferentes pilotos, y otros mediante la explotación de otros parámetros a partir del CIC de los pacientes incluidos en los mismos, así como de diferentes cuestionarios: encuestas de satisfacción a pacientes, cuidadores, profesionales y cuestionarios de calidad de vida.

A continuación se detallan los principales **datos cuantitativos de actividad** de las experiencias piloto:

1. Número de pacientes intervenidos: **813**
 - 633 por las EGC's (77,8%)
 - 180 por las EGCA's (22,2%)
2. % de Aceptación de Inclusión en el proyecto: **85,17%**
3. Edad media de los pacientes atendidos: **77,03 años** (Mínimo 30, Máximo 99)
4. Estancia media del paciente en el programa (para EGCA's): **32,70 días**
5. Nº de contactos de las EGCA con sus pacientes: 958
6. Promedio de contactos de las EGCA, por paciente: 5.32
7. Índice de Mortalidad durante la experiencia: **11,56%**

- 10,27% en pacientes pluripatológicos atendidos por las EGC's.
- 16,11% en pacientes pluripatológicos complejos atendidos por las EGCA's.

8. % Pacientes con registro de seguimiento en AP: **88,07%** (*constancia de registro en H^aC^g*)

El total de los indicadores y su detalle por figura y piloto se pueden encontrar en el [Anexo V](#), incluido en el soporte físico que acompaña a este informe.

Así mismo, y con el fin de conocer la **eficacia** de cada rol pilotado, se ha medido:

a) Seguimiento realizado desde Atención Primaria.

Al inicio del proyecto se estableció que a todos los pacientes incluidos en los pilotos, se les abriría un Episodio “**Enfermera Gestora**” en su historia clínica de Osabide AP con dos fines esenciales: por un lado, servir de información al Médico de Familia y Enfermera de referencia, pudiendo identificar de esta manera que el paciente pertenece al piloto y por otro para realizar el seguimiento clínico del paciente, utilizando un formulario acordado para todos los pilotos con el fin de homogeneizar la información de la actividad.

El formulario reúne un conjunto de DBP (Datos Básico de Pacientes) seleccionados para realizar el seguimiento de los mismos.

El seguimiento de los pacientes intervenidos por ambas figuras desde AP ha sido realizado de manera diferente en función de la figura. En el caso de la EGCA, al actuar directamente con el paciente el seguimiento ha sido realizado por ellas mismas. En el caso de la EGC al no ser su función la atención directa en domicilio el seguimiento fue realizado por el equipo de AP (Médico o Enfermera).

Figura EGCA:

Para el seguimiento en AP, además de medirlo por las visitas realizadas y por el nº de días con seguimiento en domicilio por las EGCA's, se han analizado el nº de DBP realizados y registrados en la Historia Clínica de los pacientes. Los datos se han obtenido de Osabide AP. Se incluyen en dos gráficos que se exponen a continuación. El primer gráfico recoge los DBP's seguidos con una frecuencia que van de 19 a 160, según los pacientes. El segundo, abarca los DBP's con frecuencia de recogida de 167 a 1117. Estos datos son indicativos de la actividad asistencial realizada en los diferentes pacientes y por las distintas figuras.

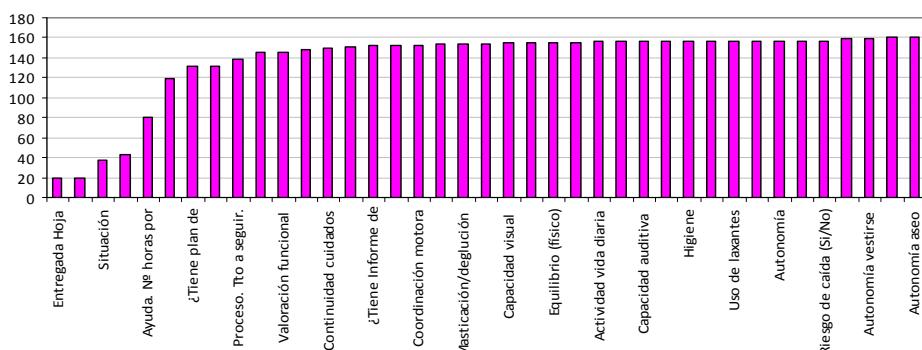


Gráfico 2: Frecuencia de recogida de DBP's 19-160

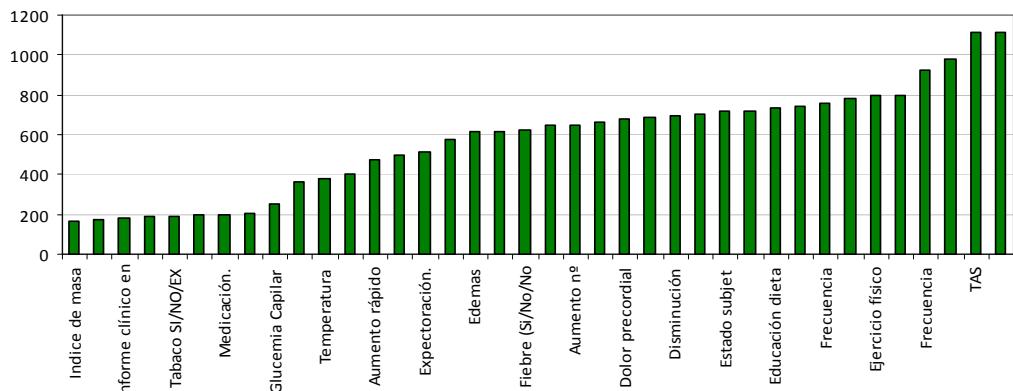


Gráfico 3: Frecuencia de recogida de DBP's 167-1117

Figura EGCA:

En el seguimiento por AP, constatado en el registro de la H^a C^a, de 161 de los 180 pacientes del grupo de intervención de la figura EGCA (PILOTOS: 3, 4 y 7) se han contabilizado 27.060 DBP's, con una media de 168,07 por paciente.

Figura EGC:

En el seguimiento por AP, constatado en el registro de la H^aC^a, de 555 de los 633 pacientes del grupo intervención de la figura EGC (PILOTOS: 1, 2, 5, 6 y 8), se han contabilizado 12.589 DBPs, con una media de 22,68 DBP's por paciente.

Seguimiento global de los pacientes:

El seguimiento constatado en registro de la H^a C^a, se ha realizado a un total de 716 pacientes de los 813 pacientes incluidos en el proyecto, siendo la media de DBP's realizados, de 55,38.

Se presenta a continuación un gráfico de barras donde se puede ver la diferencia de realización de DBP's de las dos figuras con seguimiento en Atención Primaria. Este dato nos informa de la diferencia en tiempo de dedicación por paciente de las diferentes figuras.

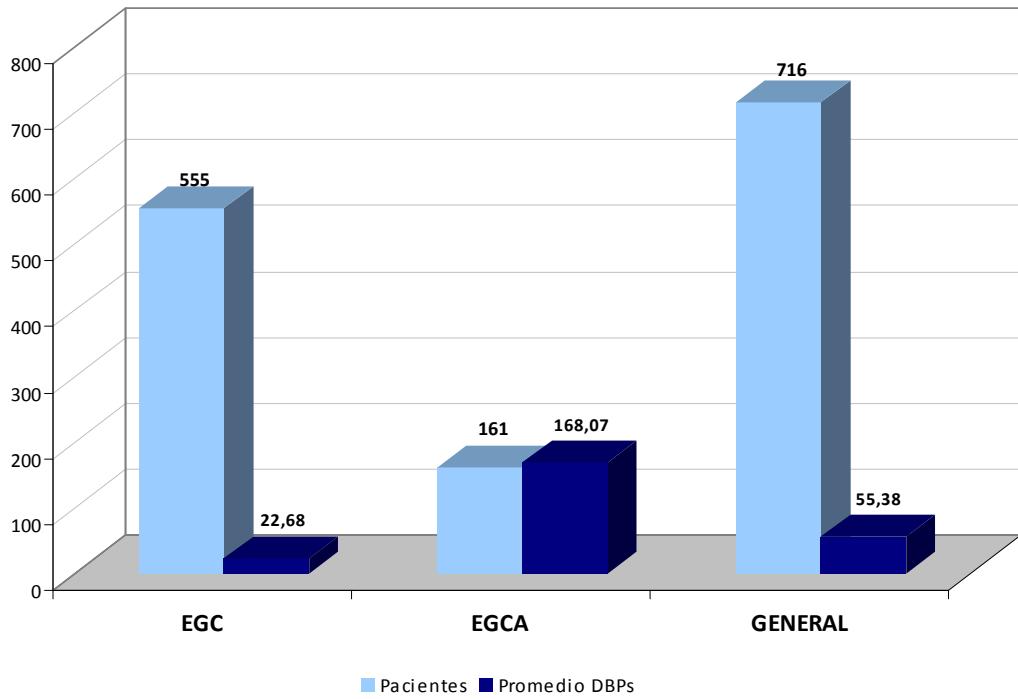


Grafico 4: DBP's por figuras

b) Tasa de reingresos de cada paciente antes y después de la intervención

En los resultados presentados, se utilizan **tasas**, ya que es lo adecuado cuando se pretende comparar un número determinado de eventos ocurridos en un periodo de seguimiento. (Número de eventos cada 1000 días*paciente en periodo de seguimiento)

TASA DE INGRESOS TOTALES

TASA DE INGRESOS TOTALES POR CADA 1.000 PACIENTES POR DÍA					
	Tasa tras intervención	Tasa pre intervención	DIFERENCIA de TASAS	IC 95%	p
Todos los pilotos	6,3	6,7	-0,4	(-0,9 a 0,1)	0,15
Pilotos EGCA	6,4	6,9	-0,5	(-1,0 a 0,1)	0,11
Pilotos EGC	6	6,2	-0,12	(-1,2 a 0,9)	0,82
Piloto 1	7,2	8,4	-1,3	(-2,7 a 0,2)	0,9
Piloto 2	6,9	6,1	0,83	(-0,9 a 2,6)	0,35
Piloto 3	7	7,1	-0,1	(-2,1 a 1,9)	0,92
Piloto 4	6,7	7,4	-0,7	(-2,7 a 1,2)	0,47
Piloto 5	5,2	5,3	-0,1	(-1,1 a 0,9)	0,85
Piloto 6	8	9,8	-1,8	(-2,9 a -0,7)	0,003
Piloto 7	4,2	4,8	-0,5	(-2,1 a 1)	0,51
Piloto 8	1,5	0,3	1,2	(0,4 a 2)	0,0001

Tabla 28: Tasas de ingresos TOTALES

De los resultados obtenidos aquellos el único con significación estadística, **a favor** de la intervención, es el del piloto 6

Piloto 6: Antes de la intervención se producían 9,8 ingresos cada 1000 pacientes día, sin embargo tras la intervención las tasas de ingresos se han reducido hasta ser de 8 ingresos cada 1000 pacientes día.

Esto querría decir que durante la intervención se ha logrado evitar 1,8 ingresos cada 1000 pacientes día. Con un intervalo de confianza del 95% diremos que la intervención puede reducir entre 0,7 y 2,9 el número de ingresos cada 1000 pacientes día.

Por el contrario, también se da la paradoja de un resultado con significación estadística **contrario** a la intervención, es el caso de los resultados del piloto 8

Piloto 8: Antes de la intervención se producían 0,3 ingresos cada 1000 pacientes día, sin embargo tras la intervención las tasas de ingresos han aumentado a 1,5 ingresos cada 1000 pacientes día. Esto querría decir que durante la intervención los ingresos han aumentado a 1,8 ingresos cada 1000 pacientes día. Con un intervalo de confianza del 95% diremos que la intervención puede aumentar entre 0,4 y 2 el número de ingresos cada 1000 pacientes día.

Teniendo en cuenta las limitaciones del proyecto expuestas anteriormente, no existen argumentos para pensar que este tipo de intervención pueda reducir los ingresos del tipo de pacientes incluidos en el proyecto.

TASA DE INGRESOS URGENTES

	TASA DE INGRESOS URGENTES POR CADA 1.000 PACIENTES POR DÍA				
	Tasa tras intervención	Tasa pre intervención	DIFERENCIA de TASAS	IC 95%	p
Todos los pilotos	5,2	5,9	-0,7	(-1,2 a -0,2)	0,003
Pilotos EGCA	5,3	6	-0,7	(-1,2 a -0,2)	0,006
Pilotos EGC	5	5,6	-0,6	(-1,6 a 0,4)	0,23
Piloto 1	5,9	8	-2,1	(-3,4 a -0,8)	0,003
Piloto 2	5,3	5,3	0,1	(-1,5 a 1,7)	0,93
Piloto 3	5,3	5,8	-0,4	(-2,2 a 1,4)	0,65
Piloto 4	6	7,3	-1,3	(-3,2 a 0,6)	0,19
Piloto 5	4,9	4,4	0,06	(-8,3 a 9,4)	0,89
Piloto 6	6,8	8,6	-1,8	(-2,9 a -0,7)	0,001
Piloto 7	3,4	4,4	-0,9	(-2,3 a 0,5)	0,24
Piloto 8	0,6	0,1	0,5	(0,2 a 0,8)	0,01

Tabla 29: Tasas de ingresos URGENTES

En este caso, los resultados obtenidos dan significación estadística, a favor de la intervención, a TODOS los pilotos en conjunto, y de manera específica, aquellos en los que la figura implantada ha sido la Enfermera Gestora de Competencias Avanzadas (Pilotos 3,4 y 7) y a dos de los pilotos en los que la figura ha sido la Enfermera Gestora de la Continuidad (Pilotos 1 y 6).

Por el contrario, y al igual que pasa en el caso de las Tasas de Ingresos Totales, en el piloto 8, se produce la paradoja, de que los resultados obtenidos van en contra de la intervención

TASA DE ESTANCIAS DIAS HOSPITALARIAS

	TASA DIAS DE ESTANCIA HOSPITALARIA POR CADA 1.000 PACIENTES POR DÍA				
	Tasa tras intervención	Tasa pre intervención	DIFERENCIA de TASAS	IC 95%	p
Todos los pilotos	49,5	52,2	-2,7	(-4 a -1,3)	0,00014
Pilotos EGCA	49,3	52,3	-3,1	(-4,6 a -1,6)	0,00008
Pilotos EGC	50,9	52	-1,1	(-4,1 a 1,9)	0,45
Piloto 1	56,1	67,5	-11,8	(-15,5 a -8)	0,000001
Piloto 2	51,4	48,6	2,9	(-1,9 a 7,6)	0,24
Piloto 3	62,7	57,1	5,6	(-0,2 a 11,4)	0,06
Piloto 4	53,1	70,6	-17,5	(-23 a -12)	0,0000001
Piloto 5	45,2	39,3	5,9	(3,2 a 8,6)	0,00001
Piloto 6	58,2	73,7	-15,5	(-18,5 a -12,5)	0,0000001
Piloto 7	34,4	35,5	-1,2	(-5,5 a 3,1)	0,59
Piloto 8	16,5	3,2	13,4	(10,9 a 15,9)	0,00000001

Tabla 30: Tasas de días ESTANCIAS hospitalarias

En general, los resultados medidos en **ESTANCIAS** día hospitalarias arrojan un resultado más favorable en este tipo de intervención que el de **INGRESOS**.

Así mismo, el resultado es favorable a la intervención de la figura EGCA, arrojando los siguientes datos: antes de la intervención se producían 52,3 estancias por cada 1000 pacientes día. Tras la intervención la tasa ha descendido hasta 49,3 estancias, es decir, con la intervención se evitan 3,1 estancias cada 1000 pacientes día (IC95: entre 4,6 y 1,6 estancias menos).

Estos resultados, una vez más, son más llamativos en el PILOTO 6.

Como reflexión general acerca de las tasas antes descritas, habría que decir que por si solo cada piloto no ha contado con una muestra de pacientes suficiente para obtener valores y conclusiones significativas. Por lo tanto, serían necesarias muestras de pacientes mayores y con mayor recorrido (más meses de intervención) para poder tener extraer conclusiones más consistentes.

Además hay que tener en cuenta otras limitaciones que afectan a los resultados de las tasas obtenidas, que son básicamente tipo de pacientes intervenidos y edad de los mismos, siendo “a priori” mayor la tasa de ingresos, y no existiendo grupo control para comparar la efectividad de la intervención.

Por lo tanto, los resultados obtenidos no arrojan resultados claros ni a favor ni en contra de la intervención, aunque apuntan a una menor frecuencia de los ingresos (entre estos los urgentes) y por lo tanto menores estancias producidas en los hospitales. Es por ello que se podría decir que las estancias de los pacientes atendidos por la figura EGCA (Tablas 32) en su domicilio, podrían

considerarse estancias hospitalarias evitadas, a juzgar por los IPs que tenían los pacientes por ellas intervenidos.

FIGURA	IP PROMEDIO 2011
EGC	8,845883563
EGCA	10,20571551

Tabla 31: IP promedio para EGC y EGCA

FRANJAS POR DÍAS EN DOMICILIO	piloto 3		piloto 4		piloto 7		TOTAL PAC. CON EGCA	
	Nº PACIENTES	%	Nº PACIENTES	%	Nº PACIENTES	%	Nº PACIENTES	%
1-10 días	18	36	14	23,70%	43	60,56	75	41,67
11-20 días	11	22	15	25,40%	17	23,94	43	23,89
21-30 días	9	18	10	16,90%	6	8,5	25	13,89
31-40 días	1	2	6	10,10%	1	1,4	8	4,44
41-50 días	1	2	4	6,70%	1	1,4	6	3,33
51-60 días	1	2	3	5,00%	0	0	4	2,22
61-70 días	1	2	4	6,70%	3	4,2	8	4,44
> 70 días	8	16	3	5,00%	0	0	11	6,11
TOTAL	50	100	59	100,00	71	100,00	180	100

Tabla 32: IP promedio para EGC y EGCA

Por último, indicar que este tipo de intervenciones son estrategias eficientes a más largo plazo. Aun así, los resultados obtenidos en el proyecto pueden dar idea del posible impacto de este tipo de intervenciones, y considerar positiva la experiencia. Para ver más detalles acceder al [Anexo VI](#), incluido en el soporte físico que acompaña a este informe

c) Cálculos de costes

Actualmente no es posible realizar cálculos de costes evitados con las estancias en domicilio al no disponer de los ACGs de los pacientes atendidos por las EGCA.

En un futuro sería de gran interés que el seguimiento de estos pacientes por estas figuras pudiese hacerse a través de indicadores específicos creados a tal efecto lo que daría una idea de la eficiencia y justificación de su existencia.

d) Satisfacción de los pacientes con los cuidados prestados

Se ha utilizado la encuesta SATISFAD para explorar la satisfacción de pacientes. (Ver cuestionario en [Anexo XIII](#), incluido en el soporte físico que acompaña a este informe). La encuesta ha sido realizada por GIZAKER, así mismo la explotación de los datos ha sido llevada a cabo por parte de EVALUA, ambos con la financiación recibida de parte de KRONIKGUNE.

En los siguientes gráficos se refleja la satisfacción de los pacientes con dos de los ítems pulsados, considerados los más significativos de la encuesta:

VALORACIÓN LABOR ORGANIZADORA ENFERMERA GESTORA (ATENCIÓN POR ENFERMERAS DE ENLACE)

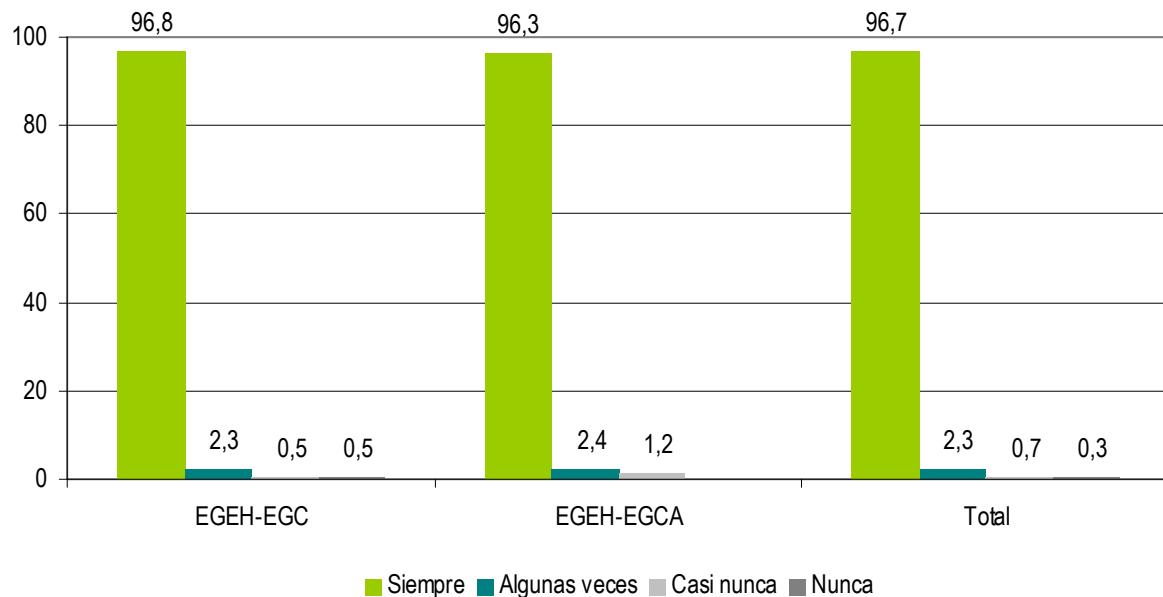


Grafico 5: Satisfacción Pacientes Pregunta 1

ESCUCHA Y COMPRENSIÓN DE LAS ENFERMERAS AL EXPLICAR LAS PROBLEMÁTICAS DE LA ENFERMEDAD

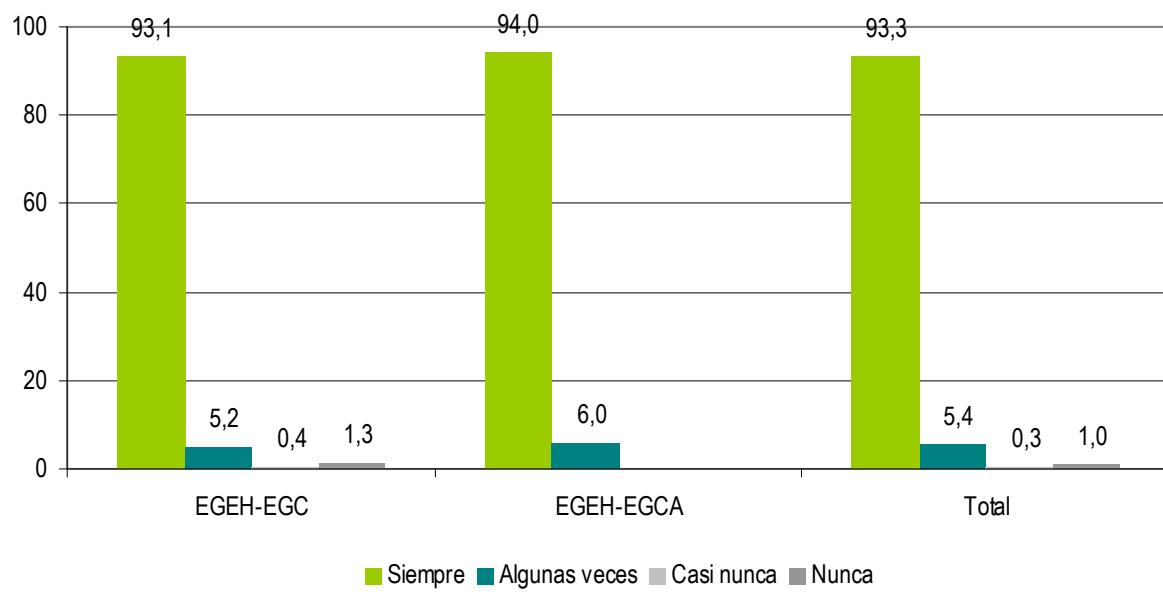


Grafico 6: Satisfacción Pacientes Pregunta 2

El grado de satisfacción de los pacientes alcanzado con la intervención, es superior al 90% en todas las preguntas realizadas. Para más detalle acerca del resultado de las encuestas revisar el **Anexo VII**, incluido en el soporte físico que acompaña a este informe.

e) Satisfacción de sus cuidadores y/o familiares con la atención recibida

Se ha utilizado la encuesta SATISFAD para explorar la satisfacción de los cuidadores y/o familiares. (Ver cuestionario en [Anexo XIII](#), incluido en el soporte físico que acompaña a este informe). La encuesta ha sido realizada por GIZAKER, así mismo la explotación de los datos ha sido llevada a cabo por parte de EVALUA, ambos con la financiación recibida de parte de KRONIKGUNE.

En los siguientes gráficos se refleja la satisfacción de los cuidadores / familiares con los ítems pulsados del cuestionario pasado a los mismos:

POSSIBILIDAD DE PARTICIPAR EN CÓMO ORGANIZAR LOS CUIDADOS

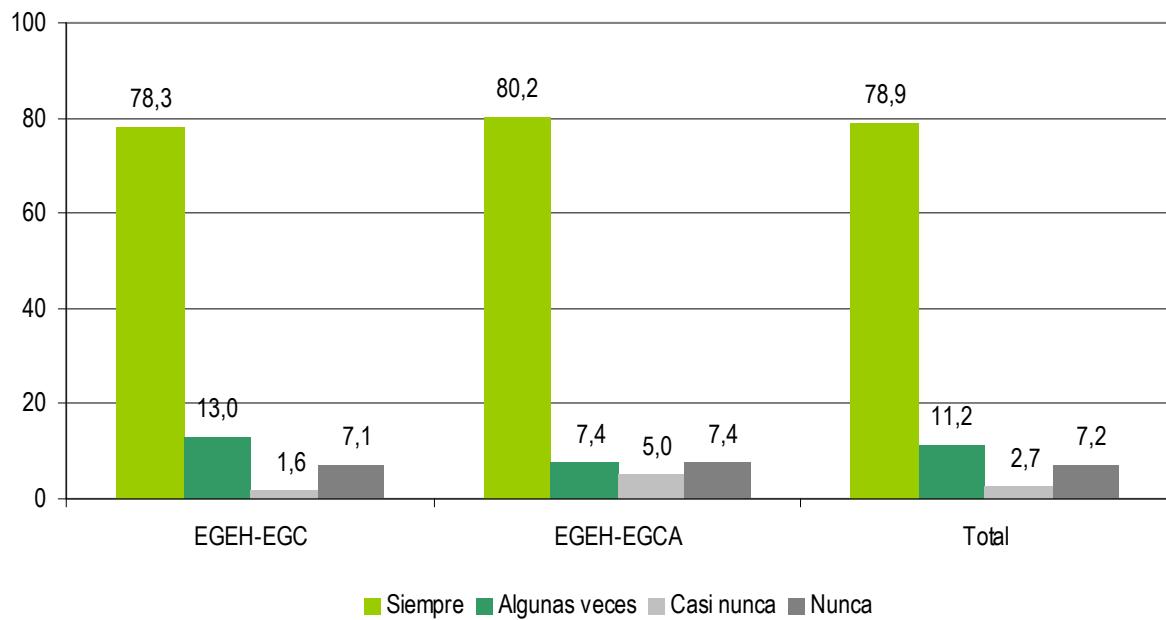


Grafico 7: Satisfacción Cuidadores Pregunta 1

SERVICIOS RECIBIDOS MEJORAN SU LABOR COMO CUIDADOR/A

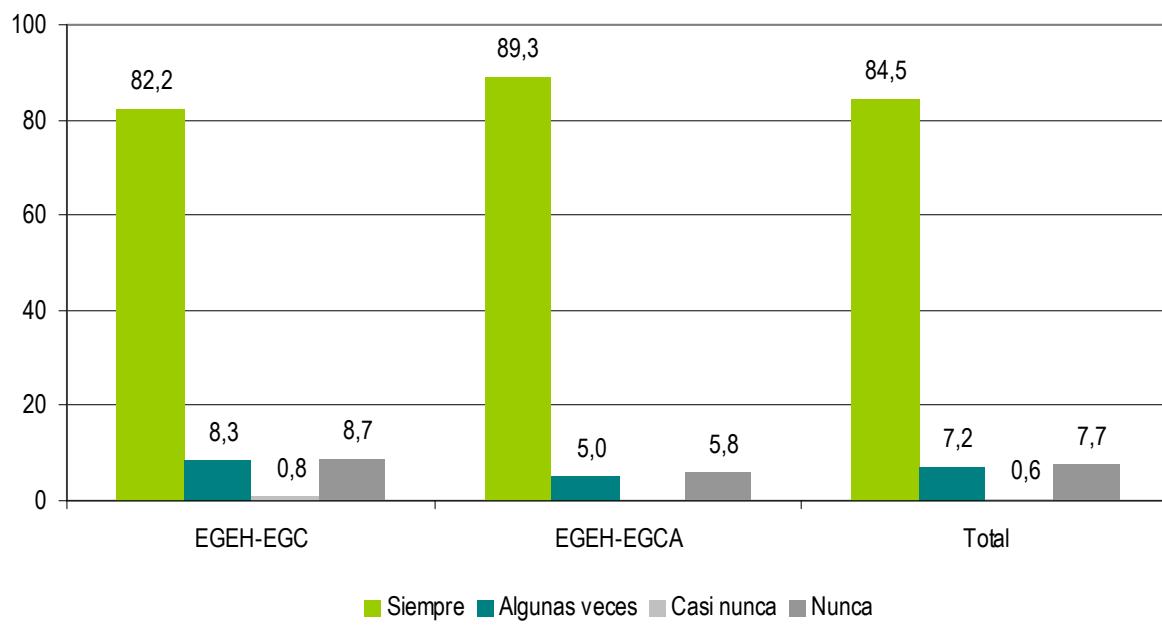


Grafico 8: Satisfacción Cuidadores Pregunta 2

El grado de satisfacción de los cuidadores alcanzado con la intervención de las enfermeras, es superior al 87% en todas las preguntas realizadas. Para más detalle acerca del resultado de las encuestas revisar el [Anexo VIII](#), incluido en el soporte físico que acompaña a este informe.

- f) **Satisfacción de los profesionales (AP y AE, excluidas los profesionales que han ejercido los nuevos roles pilotados) relacionados con los pacientes intervenidos.**

Se ha utilizado un cuestionario de elaboración propia ((Ver cuestionario en [Anexo XIII](#), incluido en el soporte físico que acompaña a este informe). La explotación de los datos ha sido llevada a cabo por EVALUA, financiada por KRONIKGUNE.

Se envió a 1.151 profesionales obteniéndose la respuesta de 428 profesionales, a 30 de Marzo de 2012. Esto implica una tasa de respuesta del **37,18%**.

Posteriormente se han ido realizando recordatorios para su cumplimentación con el fin de conseguir la N suficiente de cuestionarios respondidos que hagan posible su validación. Una vez validado el cuestionario se presentarán los resultados obtenidos.

El cuestionario recoge 36 items con respuestas mediante escala de Likert que recoge siete posibles respuestas desde el 1 (totalmente en desacuerdo) hasta el 7 (totalmente de acuerdo). A la hora de mostrar los resultados se ha optado por agrupar las 2 respuestas más

extremas como “Negativa” y “Positiva” respectivamente, mientras las 3 respuestas intermedias se han valorado como “Neutra”, sin considerar que la valoración de cada uno de los ítems tiende hacia lo positivo o lo negativo. El objetivo es poder establecer adecuadamente los volúmenes de respuestas que se definen claramente en términos de acuerdo (considerablemente satisfechos/as) o de desacuerdo (considerablemente insatisfechos/as).

En los siguientes gráficos se refleja la satisfacción de los profesionales con cuatro de los ítems pulsados (con datos a 30 de Marzo de 2012), considerados los más significativos del cuestionario pasado. (Ver resultados en [Anexo IX](#), incluido en el soporte físico que acompaña a este informe)

VALORACIÓN GLOBAL DEL IMPACTO QUE ESTE PROYECTO PUEDE TENER EN LA ATENCIÓN SANITARIA

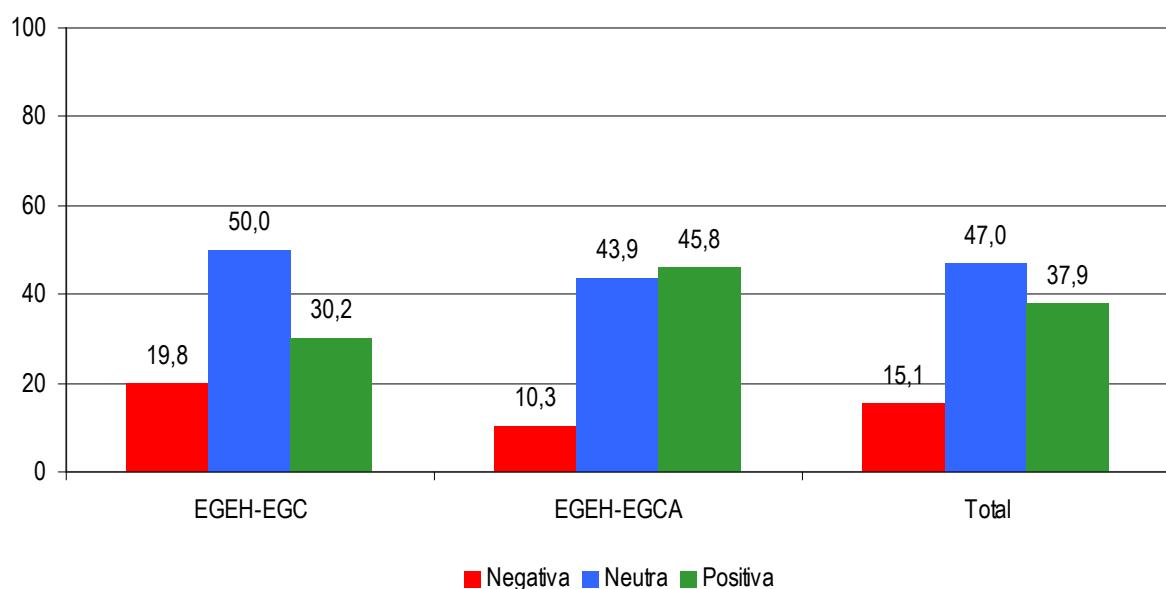


Grafico 9: Satisfacción Profesionales Pregunta 1

VALORACIÓN GLOBAL DE LA FIGURA DE MI CENTRO/COMARCA/HOSPITAL

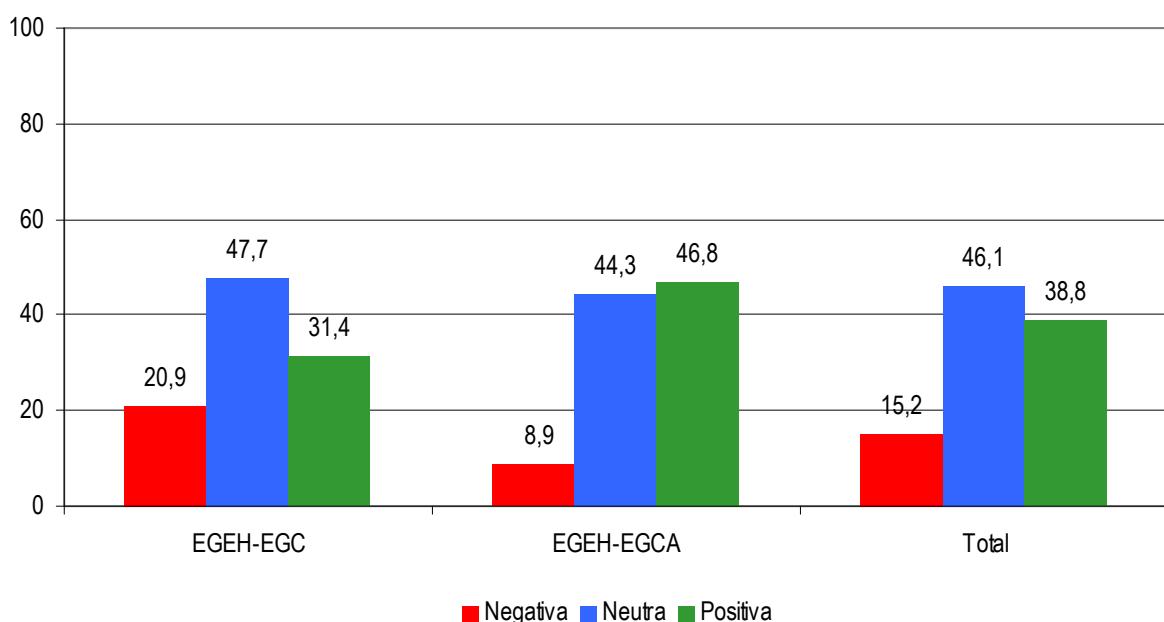


Grafico 10: Satisfacción Profesionales Pregunta 2

VALORACIÓN GLOBAL SOBRE LA COORDINACIÓN QUE LA IMPLANTACIÓN DE ESTE PROYECTO PUEDE PROPORCIONAR A LOS/AS PROFESIONALES DE LOS DIFERENTES NIVELES

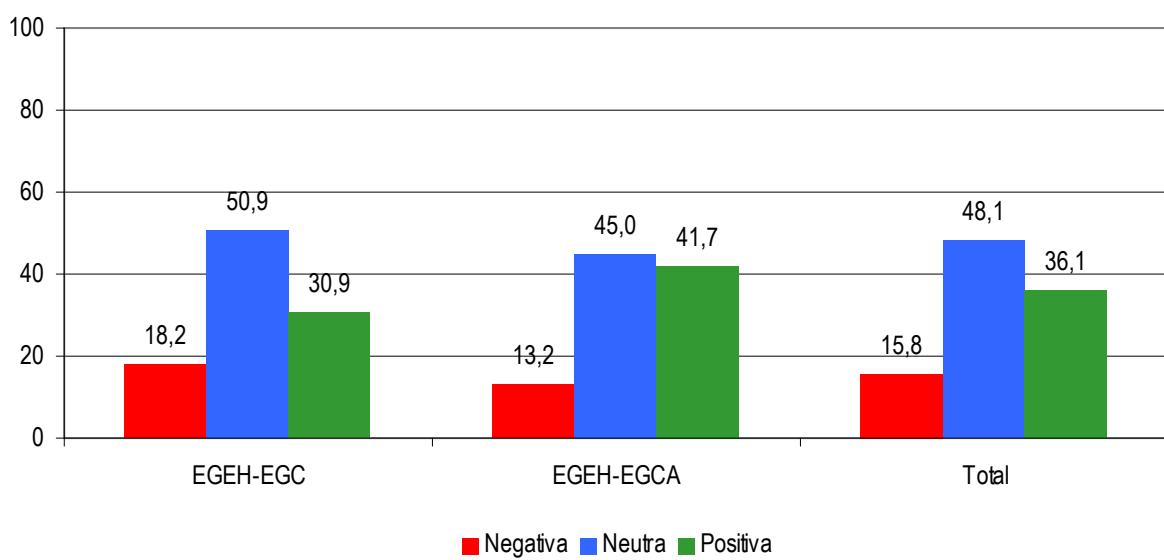


Grafico 11: Satisfacción Profesionales Pregunta 3

**ESTE PROYECTO DISMINUYE O PUEDE DISMINUIR LOS INGRESOS NO PROGRAMADOS
EN ESTE TIPO DE PACIENTES**

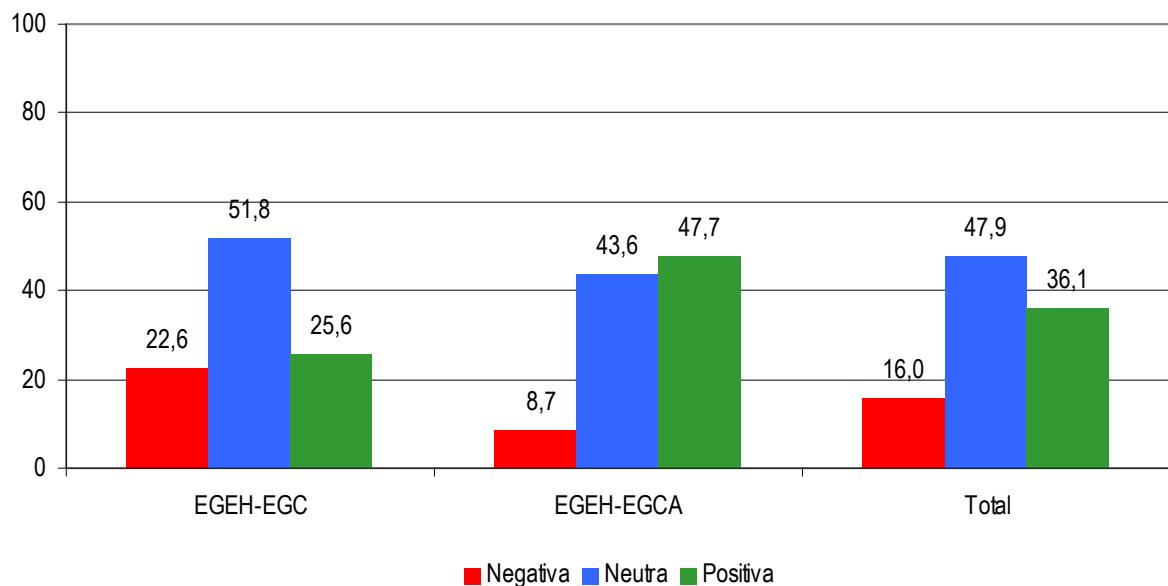


Grafico 12: Satisfacción Profesionales Pregunta 4

Se puede apreciar como entre el 35 y 40% de los profesionales ven positiva la intervención de las nuevas competencias, mientras que entre el 45-50% de los profesionales la consideran neutra.

No obstante, y probablemente motivado por el cambio de enfoque asistencial que significa la incorporación de estas figuras, se ha podido constatar la necesidad de mantener una mayor información del contenido asistencial y de coordinación que se corresponde con el perfil de estas figuras. Este aspecto se puede apreciar en diferentes preguntas del cuestionario, entre ellas las tres siguientes:

LA INFORMACIÓN QUE HE RECIBIDO ME HA AYUDADO A COLABORAR CON EL PROYECTO PILOTO

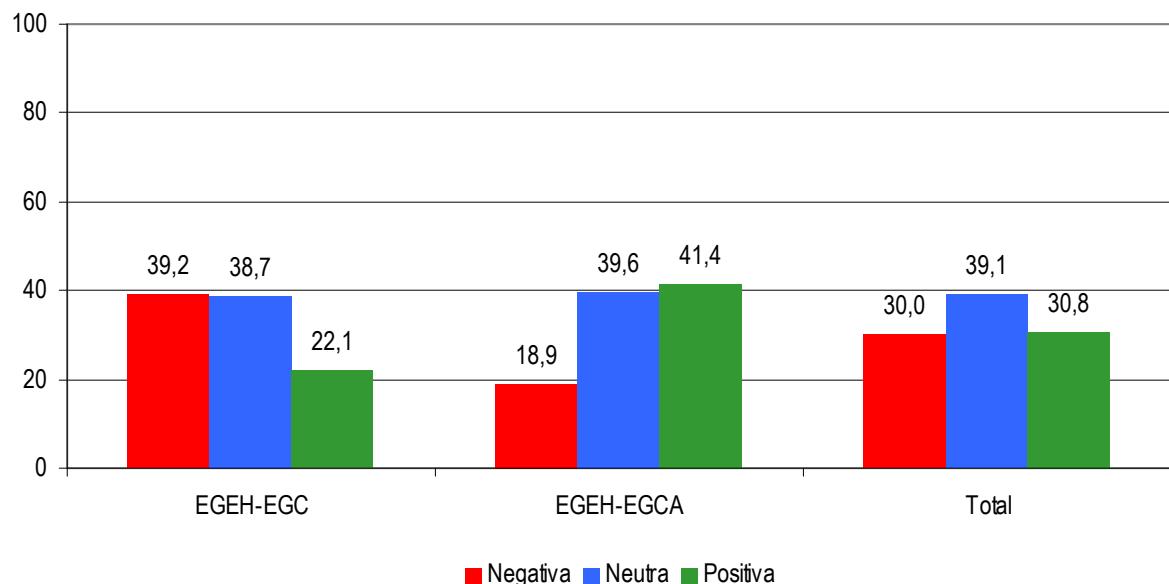


Grafico 13: Satisfacción Profesionales Pregunta 5

LA IMPLANTACIÓN DE ESTAS FIGURAS MEJORA LA CONTINUIDAD DE LOS CUIDADOS DE LOS/AS PACIENTES INCLUIDOS EN EL PROYECTO

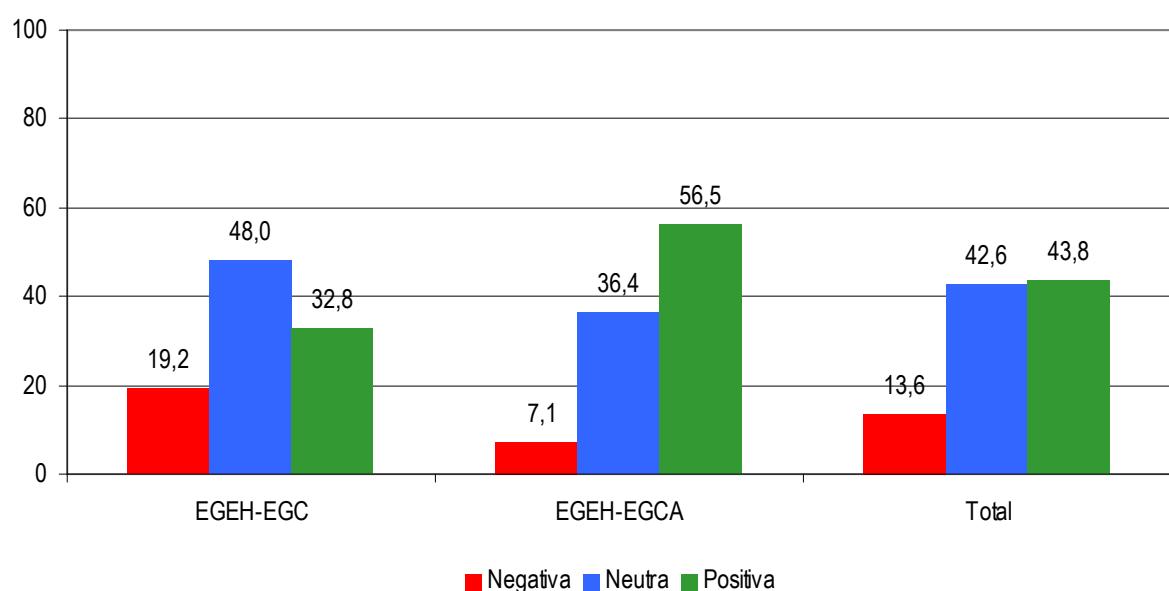


Grafico 14: Satisfacción Profesionales Pregunta 6

LA EXISTENCIA DE ESTAS FIGURAS DE ENFERMERA MEJORA LA COORDINACIÓN INTERNA ENTRE EL MÉDICO Y LA ENFERMERA RESPONSABLE DE UN PACIENTE CONCRETO

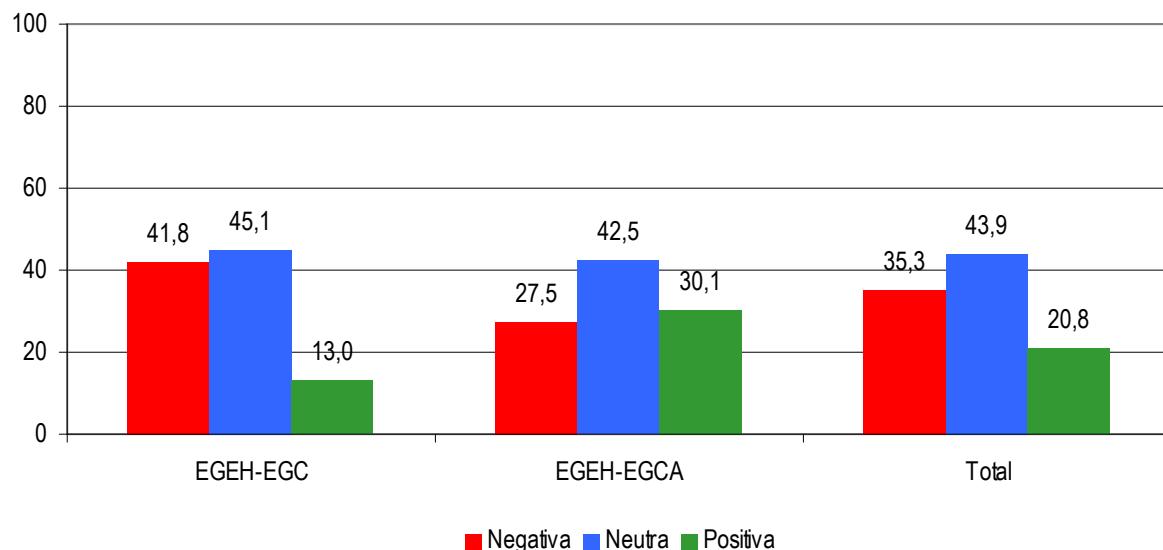


Grafico 15: Satisfacción Profesionales Pregunta 7

Para más detalle acerca del resultado de las encuestas revisar el [Anexo IX](#), incluido en el soporte físico que acompaña a este informe.

g) Percepción sobre la calidad de vida de los pacientes antes y después de la intervención

A continuación se detalla la variación de la calidad de vida percibida antes y después de la intervención en los pilotos.

Para todos los pilotos se utilizó el “Cuestionario de Calidad de vida SF12”, excepto para el piloto 7 que fue el “Cuestionario de Calidad de Vida EUROQOL (EQ-5D)”. (Ver cuestionarios en [Anexo XIII](#), incluido en el soporte físico que acompaña a este informe)

La encuesta ha sido realizada por GIZAKER, así mismo la explotación de los datos ha sido llevada a cabo por parte de EVALUA, ambos con la financiación recibida de parte de KRONIKGUNE.

En los siguientes gráficos se refleja la percepción sobre la calidad de vida de los pacientes con dos de los ítems pulsados, considerados los más significativos del cuestionario pasado a los mismos:

En general, usted diría que su salud es...

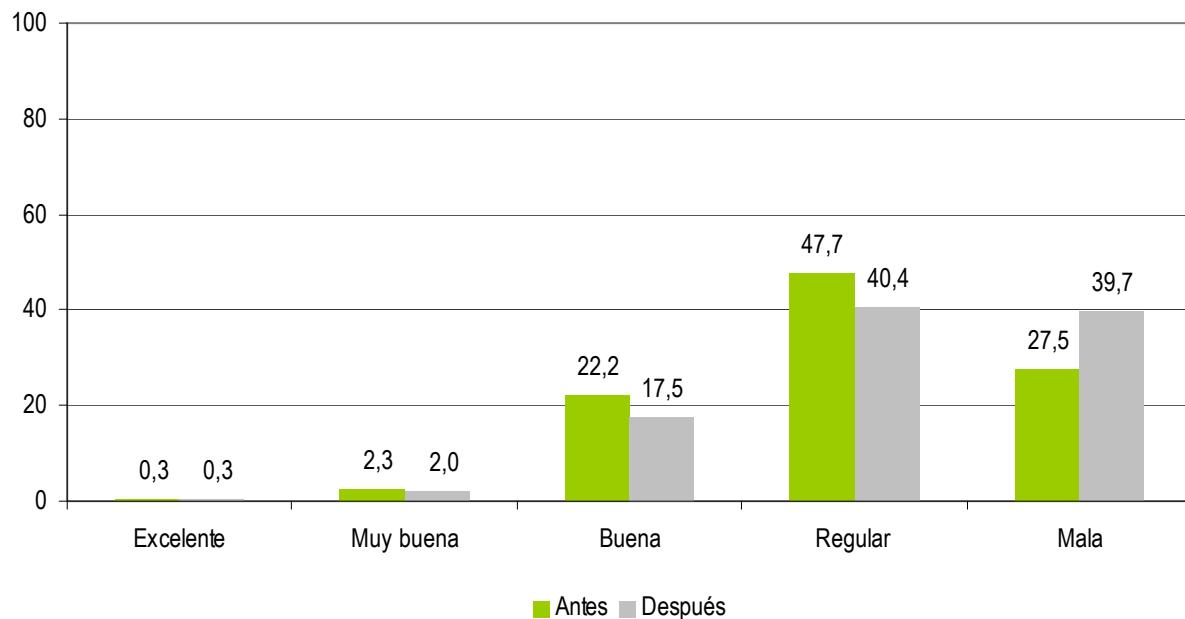


Grafico 16: Calidad de vida Pregunta 1

¿Cómo describiría su estado de salud, en el día de hoy, en cuanto a...Actividades Cotidianas?

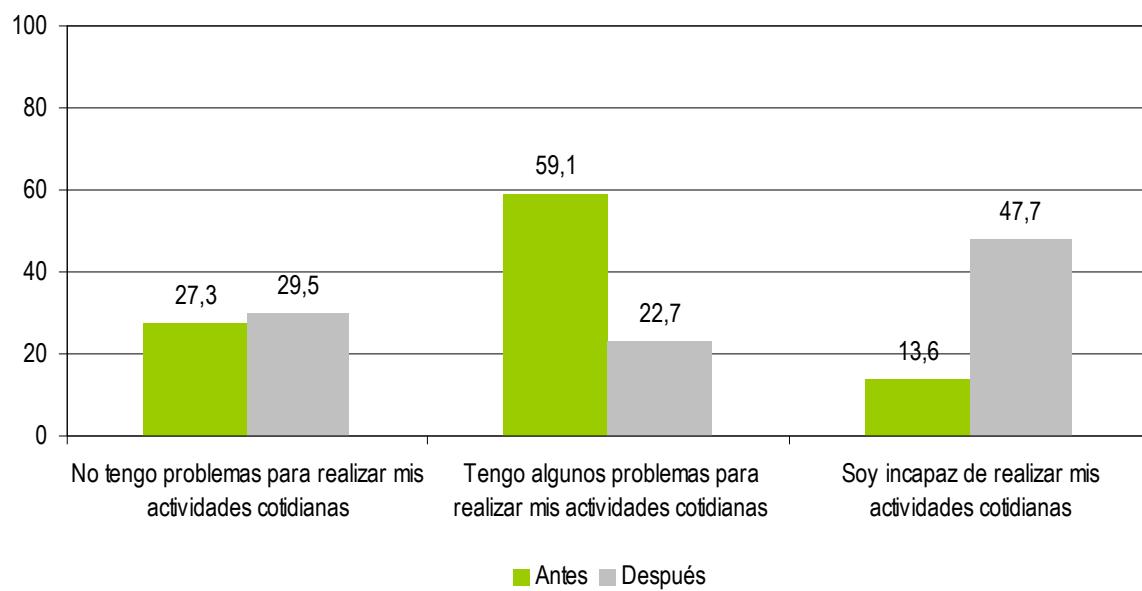


Grafico 17: Calidad de vida Pregunta 2

Como se puede apreciar hay una percepción de empeoramiento general en la calidad de vida de los pacientes incluidos en los pilotos motivada muy probablemente por la propia evolución de su enfermedad.

Para más detalle acerca del resultado de las encuestas revisar documento el [Anexo X](#), incluido en el soporte físico que acompaña a este informe.

h) Variación de los niveles de dependencia antes y después de la intervención.

A continuación se detalla la variación de los niveles de dependencia antes y después de la intervención en los pilotos utilizando la escala de dependencia de Barthel, diferenciando los ratios obtenidos por los pacientes atendidos por la EGC y por la EGCA.

Los datos fueron recogidos a los pacientes por parte de las figuras antes y después de la intervención.

Resultados en pacientes atendidos por EGC:

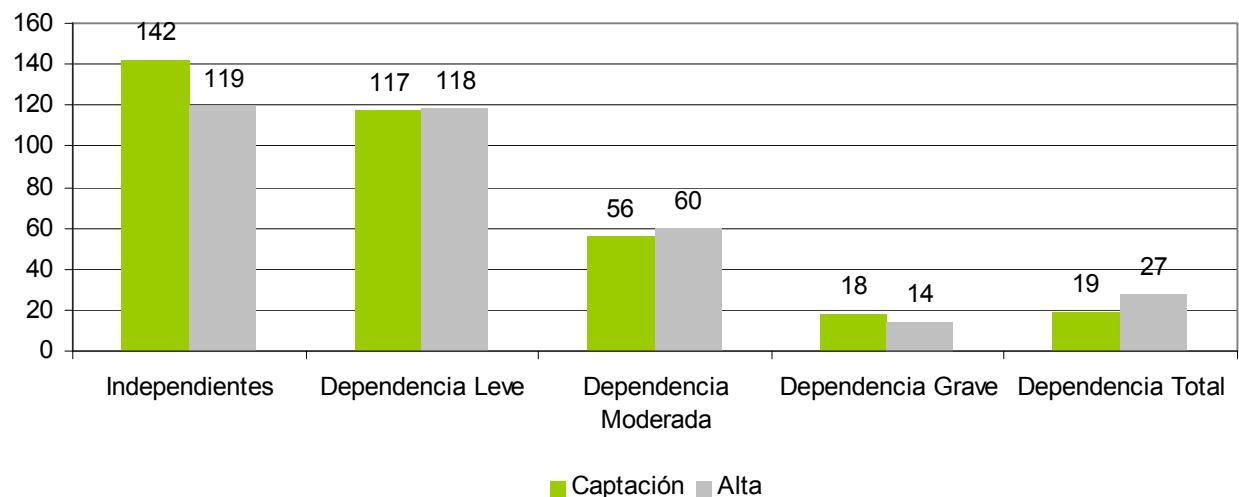


Grafico 18: Variación dependencia EGC

Resultados en pacientes atendidos por EGCA:

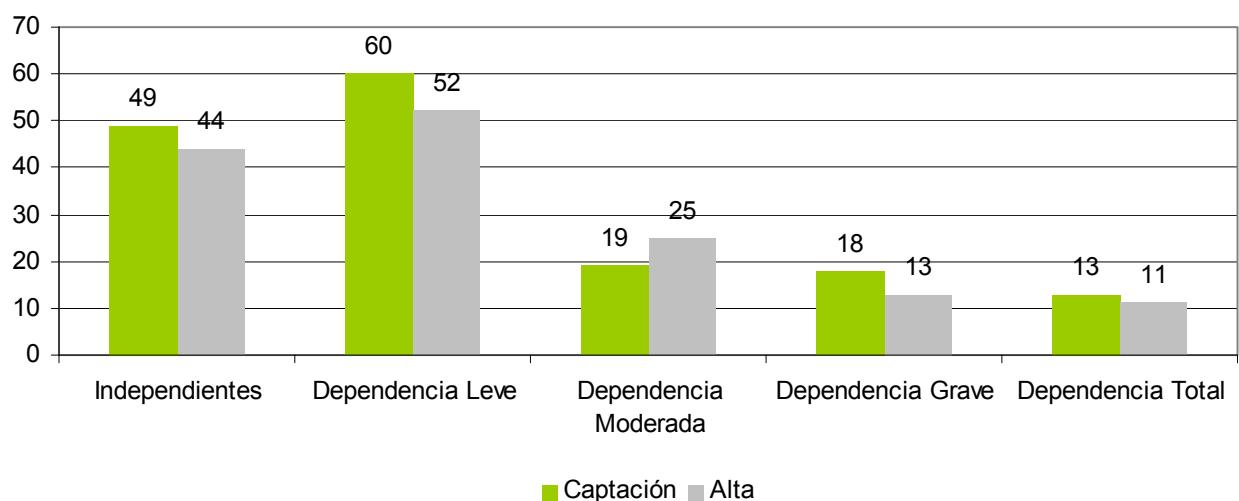


Grafico 19: Variación dependencia EGCA

Como se puede observar, tanto en la EGC como en la EGCA, hay una ligera tendencia general un empeoramiento de los niveles de dependencia después de la intervención motivada principalmente por la propia evolución de la enfermedad en dichos pacientes. Los datos

referentes a la variación de la dependencia pueden encontrarse en el [Anexo V](#), incluido en el soporte físico que acompaña a este informe.

PUNTOS FUERTES Y ÁREAS DE MEJORA

Para analizar la evolución de los pilotos desde una perspectiva cualitativa, se identificaron una serie de factores clave comunes a todos ellos. En conjunto se trata de aspectos de diferentes ámbitos como puede ser la formación, la comunicación o el trabajo colaborativo.

A continuación se describen aquellos factores identificados como “puntos fuertes”, los cuales se consideran importantes mantener.

a) Puntos fuertes:

- Asimilación y seguimiento operativo de los conceptos relacionados con las figuras a pilotar por parte de los profesionales intervenientes.
- Transversalidad con otros proyectos estratégicos de la cronicidad (Estratificación y OSAREAN,...)
- Mayor coordinación entre niveles entre AP, AE, Servicios Sociales y cuidadores.
- Flexibilidad en cada piloto para adaptar los criterios de inclusión/exclusión y flujos operativos para adecuar la experiencia a la realidad de cada organización sin perjuicio de los objetivos del proyecto.
- Consecución de una operativa de trabajo colaborativo a través herramienta web ad hoc: Creación comunidad en entorno Wiki para registro de datos de actividad de cada piloto y comunicación e información de/a profesionales intervenientes en los pilotos y equipos del proyecto. Se ha mantenido en todo momento la confidencialidad de los datos de los pacientes incluidos en el proyecto a través de datos identificativos transformados para su cifrado.
- Implicación de líderes y profesionales de enfermería (pilotos) de las O.S. participantes.
- Correcta transición de los pacientes en fines de semana.
- Buena captación de pacientes susceptibles de beneficiarse, por su condición de pluripatológicos, de la intervención coordinada desde los distintos ámbitos abordados en los pilotos
- Alta satisfacción de pacientes y cuidadores, con el trabajo realizado por las diferentes figuras, que se muestra mayor en el caso de las EGCA.

A continuación se describen aquellos aspectos a vigilar y controlar para garantizar el progreso de los pilotos:

b) Áreas de mejora:

A continuación se destacan las áreas de mejora detectadas durante el desarrollo de los pilotos:

- La variabilidad encontrada en la práctica clínica ha sido un problema que requiere atención para su reducción, no solo entre pilotos sino dentro de las mismas organizaciones de servicio implicadas. Dicho punto de mejora no es exclusivo de este proyecto.
- No en todos los pilotos se ha entendido por los profesionales del centro, la presencia de las

nuevas figuras que se iban a pilotar. La atención sanitaria actual está muy asentada en la atención de procesos agudos y no tan enfocada en la atención a la cronicidad en la forma que plantea la estrategia del departamento de sanidad y consumo.

Entendemos que se trata de un cambio en la cultura asistencial que requerirá de mayor tiempo de abordaje y de conocimiento de los profesionales de los beneficios aportados por esta estrategia en general, y la actividad de estas figuras en particular.

- La educación de pacientes y cuidadores para su propio cuidado es un área con margen de mejora, que ya se está abordando en otros proyectos de la estrategia de cronicidad.
- La incompleta integración de los sistemas de información entre diferentes niveles asistenciales, ha dificultado el acceso a datos requeridos de cara a facilitar el desarrollo de la actividad diaria. Ha sido una dificultad que han ido resolviendo las figuras durante el piloto. No obstante existen proyectos dentro de la estrategia de la cronicidad que trabajan en ese sentido en la integración completa de los sistemas de la información.
- Otra dificultad añadida ha sido la imposibilidad de que las enfermeras de especializada puedan citar en las agendas de Atención Primaria actos a realizar por las enfermeras de este nivel asistencial. Estas citaciones podrían tratarse de actos asistenciales o de información a suministrar a los profesionales.
- El seguimiento de pacientes que lo requerían durante los fines de semana, al principio generaba problemas de continuidad asistencial. Esta problemática se fue ajustando con la incorporación de enfermeras en el proyecto estratégico "Centro de Servicios de Salud Multicanal" que ha posibilitado el tránsito de los pacientes al domicilio garantizando el seguimiento en los días que por razones de horario de actuación los pacientes no podían ser atendidos por las figuras correspondientes.
- Identificación de "fracturas" para la integración de los diferentes sistemas (social y sanitario). La no existencia de un mapa de recursos sociales, y la falta de información sobre la existencia de canales de comunicación con dichos recursos, ha dificultado en ocasiones el adecuado traspaso de los pacientes captados a dicho nivel. Dicha dificultad ha sido solventada de manera puntual por parte de las figuras. No obstante se trata de un área de mejora a solventar de manera organizativa. La existencia de un proyecto estratégico que aborda la colaboración socio-sanitaria, permitirá a los diferentes agentes una mayor coordinación en este ámbito que minimice las fracturas existentes.

APRENDIZAJE Y RECOMENDACIONES

Tras el análisis tanto de los datos cuantitativos (actividad), cualitativos (Encuestas de satisfacción) y la propia vivencia de los profesionales implicados en las 8 experiencias piloto, estas son las principales conclusiones extraídas por el equipo de trabajo del proyecto para la implantación y extensión de las competencias pilotadas:

a) Ámbito de actuación de las enfermeras gestoras de caso:

- **EGC (Enfermera Gestora de Continuidad):**
 - Su ámbito de actuación será el de la Atención Primaria con las competencias propias de su puesto de trabajo en el EAP poniendo énfasis en la captación, seguimiento y control de los pacientes pluripatológicos asegurando la coordinación con los diferentes niveles (tanto de especializada como del socio-sanitario).
 - La población diana susceptible de ser atendida por la EGC vendrá definida por los PIP (Planes de Intervención Poblacional) incluidos en los Contratos Programas de cada OS (Organización de Servicio), que tenderá a ser la de complejidad (IP) más baja.
 - La competencia para el desempeño de este rol la reúnen todas las enfermeras que despeñan su actividad profesional en Atención Primaria, incorporando a la misma los aspectos definidos para esta figura en los [Anexos III y IV](#), incluidos en el soporte físico que acompaña a este informe.
- **EGCA (Enfermera Gestora de Competencias Avanzadas):**
 - Su ámbito de actuación será el de la Atención Primaria con las competencias propias de su puesto de trabajo en el EAP poniendo énfasis en la captación, seguimiento, control de la situación clínica y acompañamiento de los pacientes pluripatológicos complejos, que requieran de una mayor actuación en domicilio, asegurando la coordinación con los diferentes niveles (tanto de especializada como del socio-sanitario).
 - La población diana susceptible de ser atendida por la EGCA vendrá definida por los PIP (Planes de Intervención Poblacional) incluidos en los Contratos Programas de cada OS, que tenderá a ser la de complejidad (IP) más alta.
 - La competencia para el desempeño de este rol la reúnen todas las enfermeras que despeñan su actividad profesional en Atención Primaria, incorporando a la misma los aspectos definidos para esta figura en los [Anexos III y IV](#), incluidos en el soporte físico que acompaña a este informe.
- **EGEH (Enfermera Gestora de Enlace Hospitalario):**
 - Su ámbito de actuación será el del Hospital con las competencias propias de su puesto de trabajo de Atención Especializada, poniendo énfasis en la captación y valoración de los pacientes pluripatológicos (complejos y no complejos) asegurando la coordinación con los diferentes niveles (tanto de primaria como del socio-sanitario) y la transición del paciente desde el Hospital a su domicilio.
 - La población diana susceptible de ser atendida por la EGEH vendrá definida por los PIP (Planes de Intervención Poblacional) incluidos en los Contratos Programas de cada OS.
 - La competencia para el desempeño de este rol la reúnen todas las enfermeras que despeñan su actividad profesional en Atención Especializada, incorporando a la misma los aspectos definidos para esta figura en los [Anexos III y IV](#), incluidos en el

soporte físico que acompaña a este informe.

Por lo tanto no se propone crear tres nuevas categorías profesionales, pero si se entiende que debe existir una diferenciación en la funcionalidad de los diferentes puestos de trabajo, para el desempeño de las respectivas competencias, lo que a su vez significa que hay que *empoderar* el papel de la Enfermería de Atención Primaria y Especializada en cuanto que desempeñen los nuevos roles definidos ([Anexos III y IV](#), incluidos en el soporte físico que acompaña a este informe).

b) Recomendaciones para la implantación

Las siguientes cuestiones deberían ser tenidas en cuenta a la hora de llevar a cabo el despliegue del modelo de enfermería de competencias avanzadas en Osakidetza:

1. Reordenación Organizativa

I. **Alineación, distribución y/o reordenación de Recursos Humanos:** Cada Organización de Servicios será la responsable de valorar el impacto de dicha propuesta de implantación en sus Recursos Humanos (enfermería, médicos de A.P, médicos A.E...) y gestionar y coordinar internamente la integración de la manera más efectiva de las nuevas competencias enfermeras en su Organización.

II. **Dimensionamiento de la implantación de los roles de gestión de casos:** Respecto al perfil de la EGC, al incorporar estas competencias a la enfermera de atención primaria, el dimensionamiento de este rol deberá definirse por cada OS, teniendo en cuenta estas recomendaciones: Este perfil podrá concentrarse en una persona determinada (1 o varias, según el tamaño de la organización) o ser incorporado a la actividad de cada una de las enfermeras del EAP dentro de cada Centro de Salud.

Respecto al perfil de la EGCA y tras la experiencia piloto, se considera que el ratio estimado EGCA/paciente pluritalógico complejo, debería ser de 1 para la atención de cada **100 pacientes/año** (lo que no implica una cartera constante de 100 pacientes, ya que variará según la estancia en domicilio de cada caso). Con todo, este ratio y el dimensionamiento a realizar por cada Organización de Servicios serán gestionados en función de la realidad de su ámbito de actuación, dispersión de centros, distancias geográficas de las poblaciones incluidas y en base a los PIP establecidos en el Contrato Programa.

Para el perfil de la EGEH, el dimensionamiento de esta figura, deberá definirse en cada OS. Este perfil podrá realizarse por un número determinado de personas (por Unidades de Hospitalización, Área de cuidados,...) o ser concentrado en un solo puesto de trabajo, en función del tamaño y características de cada Hospital.

III. **Estandarización de las pautas de seguimiento de los pacientes en su domicilio.**

Se considera que a todo paciente pluripatológico complejo (y después de

haber tenido un ingreso), se le debe establecer y realizar un plan de seguimiento y vigilancia en su domicilio, tras el alta hospitalaria, por parte de la EGCA y el EAP (médico y enfermera de referencia), durante un tiempo que se requiera y dependiendo de sus condiciones clínicas.

En función de las condiciones de complejidad y/o inestabilidad de los pacientes, será o no necesaria la intervención continuada de la EGCA.

IV. Protocolización de los cuidados a realizar en las diferentes patologías.

Dada la variabilidad existente en la atención sanitaria llevada a cabo por los profesionales, se ha detectado la necesidad de estandarizar los protocolos de atención para las diferentes patologías, como mínimo a nivel de microsistema (Especializada con Primaria).

Por ello, sería necesario establecer criterios consensuados de actuación (Entre Primaria y Especializada) para la atención y seguimiento de pacientes con diferentes patologías y para los distintos estadios de la enfermedad: en situación de estabilidad / en situación de inestabilidad, siendo imprescindible que las EGCA puedan contar con ellos para facilitar su intervención.

V. Establecimiento de circuitos de comunicación y acceso a la información, entre niveles: Especializada, Primaria, S.Mental.

Debido a los diferentes sistemas de información sanitaria existentes en la red (Osabide AP, e-Osabide, Osabide Global, Global Clinic...) se debería establecer un circuito único para compartir información entre ambos niveles.

En su defecto, se debería definir una fuente de información oficial única (en función de la consulta que se quiera efectuar) a la que poder recurrir por parte de los profesionales sanitarios.

A su vez, se considera importante que las enfermeras de especializada puedan citar en las agendas de AP, actos a realizar por las enfermeras de los Centros de Salud. Así la enfermera de A.P. vería en su agenda qué pacientes tiene derivados de la EGEH y qué tipo de acto se requiere (llamada de teléfono, consulta, atención en domicilio...), según se trate de intervenciones de tipo asistencial o de información a suministrar a los profesionales, pacientes o cuidadores, o a otros niveles (sociosanitario, inspección,...).

Así mismo, en cada microsistema debería cerrarse el circuito de comunicación entre Primaria y Especializada permitiendo que el Informe de Cuidados (incluyendo la información cuidados en domicilio) fluya de manera bidireccional, es decir, de Primaria a Especializada, y viceversa, de manera que ambas partes puedan disponer de lo acontecido y realizado en cada nivel.

VI. Establecimiento de indicadores de seguimiento y evaluación de la actividad.

Es importante que una vez se realice el despliegue de las Nuevas Competencias Enfermeras, se determinen indicadores de eficacia y resultados. Sería deseable tener un único sistema de medición para conocer los costes de la atención de pacientes pluripatológicos con la intervención de enfermeras con estas nuevas competencias, y así poder conocer el impacto de su intervención en los costes finales de la atención a pacientes pluripatológicos, y qué diferencias se pueden encontrar con este cambio en la forma de ofertar la atención y seguimiento, que sin duda supone un eslabón

en el cambio de modelo asistencial que requiere el abordaje de la cronicidad.

Podría conocerse también, cual es la eficiencia de los cuidados incluidos en el tipo de intervención que se quiera realizar.

- VII. **Desarrollar criterios de coordinación con OSAREAN.** Para avanzar en el éxito del seguimiento de los pacientes las 24 horas del día y los 365 días del año, es necesario que cada O.S. tenga definida y permanentemente actualizada la relación de Enfermeras gestoras (EGEH, EGC y EGCA) que sean las referentes de cada Hospital/Centro/ Unidad, con el fin de facilitar en acceso y la comunicación, incluyendo los teléfonos y correos (e-mail) de contacto, así como la forma de citación y los actos, definidos en las respectivas agendas de dichas referentes.

2. Formación

Con el fin de poder incorporar las actividades específicas de cada figura tanto en A.P como en A.E, y como requisito previo al despliegue, se deberán llevar a cabo las correspondientes sesiones formativas dirigidas tanto a enfermeras que van a desarrollar las diferentes figuras como a líderes gestores de cada organización.

La formación dirigida a líderes enfermeros orientada a impulsar el despliegue en las diferentes Organizaciones de Servicios en línea con los PIP del Contrato Programa

La dirigida a las /os enfermeras/os, orientada a la práctica definida en cada figura para asegurar el cumplimiento y evaluación de los nuevos roles en línea con la estrategia de la cronicidad y compromisos del Contrato Programa, centrándose en la operativa de cada figura, en la gestión y coordinación de recursos y teniendo en cuenta la estratificación de pacientes, centrándolo en los pluripatológicos.

3. Plan de comunicación interno y externo

Se deberá llevar a cabo un plan de comunicación a diferentes niveles:

- **Plan de comunicación interno** dentro de cada Organización de Servicio: principalmente a los profesionales Sanitarios implicados por la nueva operativa de trabajo, como al resto de profesionales en general. (El resultado de las encuestas de satisfacción de los profesionales refuerza la necesidad de llevar a cabo dicha comunicación.)
- **Plan de comunicación externo:** A otros agentes sociales implicados fuera de Osakidetza y a la población en general.

Se propone que la definición y ejecución del **plan de comunicación interna** se haga consensuadamente entre la Organización Central de Osakidetza y las Organizaciones de Servicios implicadas. Esto redundaría en propiciar el cambio cultural y organizativo, necesarios para dar respuesta a las necesidades poblacionales actuales que se plantean en la estrategia de cronicidad.

Respecto al **plan de comunicación externo** se propone llevar a cabo una comunicación a la ciudadanía por un lado, y otra dirigida al ámbito institucional externo: instituciones académicas, profesionales y socio-sanitarias.

GLOSARIO DE TERMINOS

AP: Atención Primaria

AE: Atención Especializada

CIC: Código Identificación Corporativo

CONTRATO PROGRAMA:

DBP: Dato Básico de Paciente

EAP: Equipo de Atención Primaria

EGEH: Enfermera Gestora de Enlace Hospitalario

EGC: Enfermera Gestora de la Continuidad

EGCA: Enfermera Gestora de Competencias Avanzadas

ENFERMERA GESTORA DE CASO: Es el profesional que realiza la gestión de casos para dar respuesta a la necesidad de actuar de forma proactiva y coordinada al identificar a personas más vulnerables, con situaciones y patologías complejas (normalmente de larga duración), e implica un esfuerzo de coordinación y gestión de sus cuidados en estrecha colaboración con el interesado y sus cuidadores.

IP (Índice Predictivo): Medida que resume las necesidades de atención sanitaria de cada paciente en el futuro. Se obtiene dividiendo el consumo esperado de recursos de esa persona en el año próximo entre el promedio global de una población específica. En este proyecto, se ha tenido en cuenta la población del País Vasco

OS: Organización de Servicios

OSI: Organización de Servicios Integrada

PACIENTES CUMPLEN CRITERIOS DE INCLUSIÓN: Total pacientes captados + Pacientes que no aceptan + Pacientes excluidos tras cumplir criterios de inclusión.

PIP: Plan de Intervención Poblacional

REINGRESO: Cuando un paciente captado en el primer ingreso (dentro del periodo de intervención) vuelve a ingresar en el periodo de intervención.

PROYECTO ESTRATÉGICO 8: COMPETENCIAS AVANZADAS DE ENFERMERÍA



INFORME GLOBAL

INTRODUCCIÓN

En el marco de la “Estrategia para afrontar el reto de la cronicidad en Euskadi” se configura el proyecto número 8 de “Definición e implementación de competencias avanzadas de enfermería” con el objeto de perfilar e implementar roles de enfermería mejor adaptados a las necesidades de los pacientes crónicos.

Las necesidades que plantea la Estrategia, han servido para enmarcar los Retos Estratégicos del proyecto que son los siguientes:

- Diseñar nuevos marcos competenciales de enfermería para el conjunto del SSV que de respuesta a las necesidades actuales.
- Identificar sinergias y coordinar a los distintos agentes involucrados en la atención y cuidados de los pacientes crónicos.

Se asume que Enfermería, en un planteamiento funcional, puede ser el engarce intra y extra del sistema sanitario. La integración entre niveles asistenciales, la movilización de recursos y la gestión de casos, son aspectos fundamentales para su consecución.

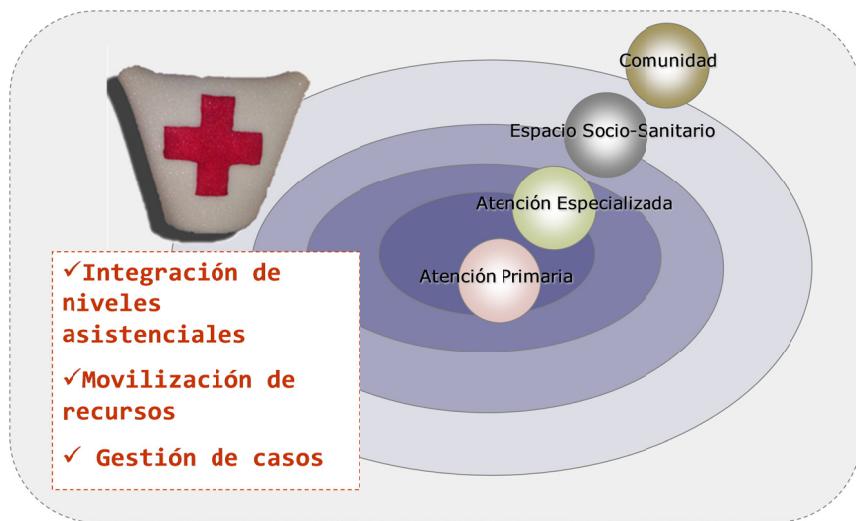


Figura 1: Visión del papel a jugar por la nueva Enfermería

METODOLOGÍA DE TRABAJO

Para lanzar el proyecto, se diseño un cronograma con cinco fases claramente diferenciadas, que cubrían desde la definición inicial hasta la propia implementación de las figuras

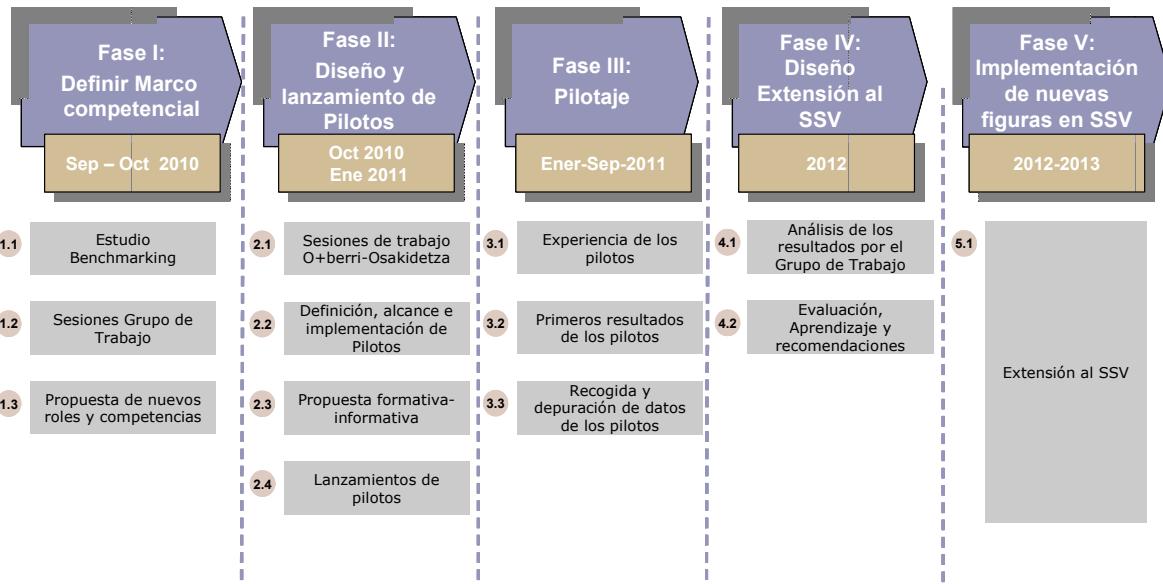


Figura 2: Esquema de fases del proyecto

La fase tercera es la central del proyecto y comprende el pilotaje de los nuevos roles de enfermería en las organizaciones de servicio de Osakidetza.

EQUIPOS DE TRABAJO

Se formaron tres Equipos de Trabajo y un Grupo de Trabajo:



Figura 3: Equipos de trabajo

a) **ETLP (Equipo de trabajo de la lógica del proyecto):** Formado en su inicio por María Jesús Ruiz de Ocenda (Responsable del proyecto) y posteriormente, por Inmaculada Sanchez Martin, y O+Berri (Galder Abos, Javier Bikandi y al inicio Naiara Artaza), cuyas funciones son:

- Elaboración de propuesta de trabajo y enfoque metodológico
- Liderazgo y gestión del proyecto global
- Coordinación y supervisión del trabajo del resto de equipos de trabajo
- Elaboración y/o supervisión de los documentos generados en el desarrollo del proyecto

b) **ETAM (Equipo de trabajo de apoyo metodológico):** Formado por tres enfermeras: Ana M^a Chueca (Unidad de Metodología Calidad del Hospital de Galdakao-Usansolo), Rosa Gonzalez de la Oficina de la Estrategia de Cronicidad (OEC), y M^a Luz Peña Enfermera de la Subdirección de Asistencia Sanitaria.

Las funciones de este equipo son:

- Diseño, apoyo, coordinación y supervisión de pilotos
- Elaboración de documentación necesaria para el desarrollo de los pilotajes.

c) **El ETF (Equipo de trabajo de formación):** formado por la Responsable de Docencia e Investigación de enfermería de Osakidetza, Maria Angeles Cidoncha, y por una profesora de cada Escuela de Enfermería de Euskadi; Leioa, Donosty y Vitoria.

Su función fundamental es:

- Dar apoyo, coordinación y supervisión de la formación pre-peri y post proyecto.

d) **Grupo de trabajo:** Formado por profesionales de todos los niveles de la organización (Osakidetza) y de otras instituciones. Los perfiles fueron:

Enfermeras de Atención Primaria y Atención Especializada, Oficina de la estrategia de Crónicos, Gerencias del Atención Primaria y Atención Especializada, Directivos asistenciales Médicos y de Enfermería, Mandos intermedios de Enfermería, Responsables de docencia e investigación, Representante de Colegios de Profesionales Enfermería, Representante de EFEKEZE, Representantes de: EUE de Osakidetza y EUE de la UPV (Donosty) y Profesionales de O+berri.

Las funciones de este Grupo de trabajo han sido:

- Participar en la elaboración de los documentos base de trabajo que plasmen las propuestas a desarrollar y validar y/o aportar comentarios en la socialización de documentos de trabajo.
- Tareas previas

A. **Benchmarking nacional e Internacional:**

Previamente a la puesta en marcha de los pilotos, fue necesario realizar en primer lugar, una búsqueda de las mejores prácticas a nivel internacional y nacional en relación a la asistencia a la cronicidad y los roles de enfermería. Para ello, a nivel internacional se estudiaron las prácticas desarrolladas en Canadá, EEUU, Reino Unido y Paises Escandinavos y a nivel nacional se estudiaron

las prácticas de otras CCAA: Andalucía, Aragón, Cataluña, Canarias, Madrid y Valencia. El documento resultante “Benchmarking” se puede encontrar en el Anexo II, incluido en el soporte físico que acompaña a este informe.



Figura 4: Documento “Benchmarking”

B. Definición del marco competencial:

El documento de “Benchmarking” fue trasladado al grupo de trabajo para que a la luz de las experiencias nacionales e internacionales se propusieran las propuestas adaptadas a la realidad en Euskadi. El trabajo se plasmó en un informe titulado “Marco competencial ampliado”, que se puede encontrar en el Anexo III, incluido en el soporte físico que acompaña a este informe.



Figura 5: Documento “Marco competencial ampliado”

En dicho documento, el grupo de trabajo recogió las conclusiones generales y realizó la primera aproximación de los perfiles/roles enfermeros a experimentar. Los perfiles / roles resultantes a pilotar fueron los siguientes 3:



Figura 6: Imagen de las figuras / roles a pilotar

Los flujos de trabajo definidos para cada figura se pueden encontrar a su vez en el Anexo IV, incluido en el soporte físico que acompaña a este informe.

OBJETIVO

Perfilar e implementar roles de enfermería, mejor adaptados a las necesidades de los pacientes crónicos.

Para ello, se han diseñado 8 pilotos diferentes en los que interactúan los perfiles / roles a pilotar. Los datos básicos de los 8 pilotos son los siguientes:

PILOTO	ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS	PERFIL / ROL
PILOTO 1	OSI BIDASOA	EGEH-EGC
PILOTO 2	H. DONOSTIA	EGEH
	Centro Salud BERAUN (Comarca GIPUZKOA ESTE)	EGC
PILOTO 3	H. CRUCES	EGEH
	Comarca URIBE	EGCA
PILOTO 4	H. SANTA MARINA	EGEH
	Comarca BILBAO	EGCA
PILOTO 5	H. SAN ELOY	EGEH (3 Supervisoras)
	Comarca EZKERRALDEA	EGC
PILOTO 6	H. TXAGORRITXU	EGEH

	H. SANTIAGO	EGEH	
	Comarca ARABA	EGC	
PILOTO 7	H. ZUMARRAGA	EGEH	
	UAP's Goiherri de Comarca GUIPUZKOA OESTE	EGCA	
PILOTO 8	Clínica La ASUNCIÓN	EGEH (Supervisora de Unidad de Hospitalización)	
	UAP's Tolosaldea Comarca GUIPUZKOA OESTE	EGC	

Tabla 1: Perfiles a pilotar por piloto

PLANIFICACIÓN DE LOS PILOTOS

ORGANIZACIONES DE SERVICIOS, ROLES A PIOTAR Y POBLACIÓN DEREFERENCIA

PLANIFICACIÓN DEL PILOTO 1 OSI BIDASOA

ROLES PIOTADOS:

La organización de servicios participante en el **Piloto 1** y los roles incluidos, se muestran en la tabla siguiente:

O.S.	PERFIL / ROL	
H. BIDASOA	EGEH	
Centro HONDARRIBIA	EGC ¹	
Centro IRUN CENTRO	EGC ¹	
Centro DUMBOA	EGC ¹	

Tabla 2: Roles a pilotar

¹El rol/competencia de la EGC se asumió por parte de las Responsables de Enfermería de los respectivos Centros de Atención Primaria pertenecientes a la organización Sanitaria OSI BIDASOA

POBLACIÓN DE REFERENCIA:

La población de referencia de este piloto es los Centros de Salud de: Hondarribia, Irún Centro y Dumboa, con la siguiente estructura poblacional:

C.S. HONDARRIBIA	De 0 a 14 años	Entre 15 y 65 años	Mayores de 65 años	Total
	2.383	11.482	3.069	16.934

C.S. IRUN -CENTRO	De 0 a 14 años	Entre 15 y 65 años	Mayores de 65 años	Total
	4.602	23.386	6.837	34.825
C.S. DUMBOA	De 0 a 14 años	Entre 15 y 65 años	Mayores de 65 años	Total
	4.134	21.593	5.201	30.928
TOTAL POBLAC.	De 0 a 14 años	Entre 15 y 65 años	Mayores de 65 años	Total
TOTALES	11.119	56.461	15.107	82.687

Tabla 3: Población Global OSI BIDASOA

La población “diana” se ha definido a través de unos criterios de inclusión y otros de exclusión, iguales para las dos figuras pilotadas:

EGEH/EGC

Criterios de inclusión:	Criterios de exclusión:
<ul style="list-style-type: none"> - 2 ó más ingresos en el último año <p>Paciente pluripatológico. Cumple 2 de las categorías de patología definidas. (<i>Ver ANEXO I</i>, incluido en el soporte físico que acompaña a este informe.)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Índice de Barthel <20 ó entre 20-35 ó entre 40-55 	<ul style="list-style-type: none"> - Pacientes en diálisis - Pacientes institucionalizados en residencias asistidas - Pacientes que no aceptan participar. - Pacientes < de 14 años

Tabla 4: Criterios inclusión piloto 1

PLANIFICACIÓN DEL PILOTO 2 H. DONOSTIA – C. EKIALDE

ROLES PILOTADOS

Las organizaciones de servicios participantes en el **Piloto 2** y los roles incluidos, se muestran en la tabla siguiente:

Org. Servicios	PERFIL / ROL	
H. DONOSTIA	EGEH	
Centro BERAUN (C.EKIALDE)	EGC	

Tabla 5: Roles a pilotar

POBLACIÓN DE REFERENCIA:

La población de referencia de este piloto es la del Centro de Salud de: Beraun-Errenteria, con la siguiente estructura poblacional:

UAP	<14	De 14 a 64	>65	TOTAL	ORG. SERV
BERAUN - ERRENTERIA	1.834	10.825	3.200	15.859	C. GIPUZKOA EKIALDE

Tabla 6: Población de referencia del C.S. Beraun-Errenerteria

La población “diana” se ha definido a través de unos criterios de inclusión y otros de exclusión, iguales para las dos figuras pilotadas:

EGEH/EGC

Criterios de <u>inclusión</u> :	Criterios de <u>exclusión</u> :
<ul style="list-style-type: none"> - 1 o más ingresos con ICC y/o EPOC y/o Hepatopatía - Barthel MODERADO y que vive sólo - Barthel MODERADO y con barreras arquitectónicas en domicilio - Barthel SEVERO O TOTAL - Estadio final de la vida asociado a Demencia - Estadio final de la vida asociado a ICC y/o EPOC y/o Hepatopatía 	<ul style="list-style-type: none"> - Pacientes en diálisis - Pacientes menores de 14 años - Pacientes institucionalizados en residencias asistidas - Pacientes que no acepten participar.

Tabla 7 : Criterios inclusión piloto 2

PLANIFICACIÓN DEL PILOTO-3 H. CRUCES – C. URIBE

ROLES PILOTADOS:

Las organizaciones de servicios participantes en el **Piloto 3** y los roles incluidos, se muestran en la tabla siguiente:

Org. Servicios	PERFIL / ROL	
H. CRUCES	EGEH	
Comarca URIBE	EGCA	

Tabla 8: Roles a pilotar

POBLACIÓN DE REFERENCIA:

La población de referencia de este piloto es la de la Comarca Uribe, con la siguiente estructura poblacional:

UAP	<14	De 14 a 64	>65	TOTAL	ORG. SERV
ALANGO	2.079	14.196	3.359	19.634	C. URIBE
ALGORTA	4.596	24.795	6.021	35.412	C. URIBE
ASTRABUDUA	1.416	8.016	1.685	11.117	C. URIBE
ERANDIO	1.731	9.112	3.014	13.857	C. URIBE
GORLIZ-PLENTZIA	1.669	7.652	1.906	11.227	C. URIBE
LAS ARENAS	3.958	25.324	8.045	37.327	C. URIBE
LEIOA	3.463	17.398	3.017	23.878	C. URIBE
MUNGIA	3.892	17.441	4.050	25.383	C. URIBE
SOPELANA	3.674	16.213	3.087	22.974	C. URIBE
TXORIHERRI	2.523	12.028	3.859	18.410	C. URIBE
TOTALES	29.001	152.175	38.043	219.219	C. URIBE

Tabla 9: Población de referencia de la Comarca Uribe-Costa

La población “diana” se ha definido a través de unos criterios de inclusión y otros de exclusión, iguales para las dos figuras pilotadas:

EGEH/EGCA

Criterios de inclusión:	Criterios de exclusión:
<ul style="list-style-type: none"> - Personas menores o mayores de 65 años - Con 2 ó más ingresos hospitalarios en el último año - Con 2 o más visitas a Urgencias en el último año - Con diagnóstico de Insuficiencia Cardiaca Congestiva y/o EPOC - Aceptación de inclusión 	<ul style="list-style-type: none"> - Pacientes institucionalizados en residencias asistidas - Pacientes en diálisis - Pacientes oncológicos - Pacientes en situación clínica crítica - Pacientes incluidos en Proyecto Hospital de Cruces - Pacientes que no acepten participar.

Tabla 10: Criterios inclusión piloto 3

PLANIFICACIÓN DEL PILOTO-4 H. STA. MARINA-C. BILBAO

ROLES PILOTADOS:

Las organizaciones de servicios participantes en el **Piloto 4** y los roles incluidos, se muestran en la tabla siguiente:

Org. Servicios	PERFIL / ROL
----------------	--------------

H. SANTA MARINA	EGEH	
Comarca BILBAO	EGCA	

Tabla 11: Roles a pilotar en el piloto 4

POBLACIÓN DE REFERENCIA:

La población de referencia de este piloto es la de la Comarca Bilbao, con la siguiente estructura poblacional:

UAP	<14	De 14 a 64	>65	TOTAL	ORG. SERV
BEGOÑA	1.239	8.514	3.192	12.945	C. BILBAO
KARMELO	1.190	8.384	3.723	13.297	C. BILBAO
OTXARKOAGA	1.727	8.455	2.472	12.654	C. BILBAO
TXURDINAGA CENTRO SALUD	1.661	12.082	2.671	16.414	C. BILBAO
ZURBARAN	1.046	7.345	3.440	11.831	C. BILBAO
TOTALES	6.863	44.780	15.498	67.141	C. BILBAO

Tabla 12: Población de referencia del Piloto 4

La población “diana” se ha definido a través de unos criterios de inclusión y otros de exclusión, iguales para las dos figuras pilotadas:

Criterios de inclusión:	Criterios de exclusión:
<ul style="list-style-type: none"> - Personas menores o mayores de 65 años - Con o sin ingreso - Con diagnóstico o recetas de fármacos que impliquen Insuficiencia Cardiaca Congestiva o EPOC - Con índice de riesgo de ingreso en el próximo año de > 0.6 en personas > de 65 años - Con índice de riesgo de ingreso en el próximo año de > 0.8 en personas < de 65 años 	<ul style="list-style-type: none"> - Pacientes institucionalizados en residencias asistidas - Pacientes en diálisis - Pacientes oncológicos - Pacientes que no acepten participar.

Tabla 13: Criterios inclusión piloto 4

PLANIFICACIÓN DEL PILOTO-5 H. SAN ELOY - C. EZKERRALDEA

ROLES PILOTADOS:

Las organizaciones de servicios participantes en el **Piloto 5** y los roles incluidos, se muestran en la tabla siguiente:

Org. Servicios	PERFIL / ROL	
H. SAN ELOY	EGEH ¹	
Comarca EZKERRALDEA	EGC	

Tabla 14: Roles a pilotar en el piloto 5

¹El rol/competencia de la EGEH se asumió por parte de las Supervisoras de Enfermería de las Unidades de Hospitalización Médica, pertenecientes a la organización Sanitaria H. San Eloy

POBLACIÓN DE REFERENCIA:

La población de referencia de este piloto es de la Comarca Ezkerraldea, con la siguiente estructura poblacional:

UAP	<14	De 14 a 64	>65	TOTAL	ORG. SERV
LA PAZ	2.462	15.341	4.278	22.081	EZKERRALDEA
LUTXANA	787	4.996	1.407	7.190	EZKERRALDEA
SAN VICENTE	2.645	13.304	4.899	20.848	EZKERRALDEA
URBAN	2	8.490	2.386	10.878	EZKERRALDEA
ZABALLA C	2.140	5.350	1.923	9.413	EZKERRALDEA
ZABALLA C.S.	1.639	9.103	3.118	13.860	EZKERRALDEA
ZUAZO	1.851	13.563	4.112	19.526	EZKERRALDEA
TOTALES	11.526	70.147	22.123	103.796	EZKERRALDEA

Tabla 15: Población de referencia del Piloto 5

La población “diana” se ha definido a través de unos criterios de inclusión y otros de exclusión, iguales para las dos figuras pilotadas:

Criterios de inclusión:	Criterios de exclusión:
<ul style="list-style-type: none"> - Pacientes con 1 ó más ingresos en el último año - Paciente crónico con diagnóstico de EPOC y/o ICC y/o ACV y/o Hepatopatía - Pacientes que al alta hospitalaria tenga 5 o más fármacos 	<ul style="list-style-type: none"> - Pacientes institucionalizados en residencias asistidas - Pacientes en diálisis - Pacientes oncológicos - Pacientes que no acepten participar.

Tabla 16: Criterios inclusión piloto 5

PLANIFICACIÓN DEL PILOTO-6 H.U. ARABA – C. ARABA

ROLES PIOTADOS:

Las organizaciones de servicios participantes en el **Piloto 6** y los roles incluidos, se muestran en la tabla siguiente:

Org. Servicios	PERFIL / ROL	
H. TXAGORRITXU	EGEH	
H. SANTIAGO	EGEH	
Comarca ARABA	EGC	

Tabla 17: Roles a pilotar

POBLACIÓN DE REFERENCIA:

La población de referencia de este piloto es de la Comarca Araba, con la siguiente estructura poblacional:

UAP	<14	De 14 a 64	>65	TOTAL	ORG. SERV
ABETXUKO	526	2.753	771	4.050	ARABA
CASCO VIEJO VITORIA	1.775	14.474	4.131	20.380	ARABA
GAZALBIDE TXAGORRITXU	1.517	10.530	4.829	16.876	ARABA
LAKUA – ARRIGA	2.625	11.858	1.043	15.526	ARABA
LLANADA ALAVESA	1.621	7.777	1.758	11.156	ARABA

OLARIZU	1.584	12.508	3.860	17.952	ARABA
SANSOMENDI	2.304	11.868	1.491	15.663	ARABA
ZARAMAGA	1.515	10.134	4.293	15.942	ARABA
TOTALES	13.467	81.902	22.176	117.545	ARABA

Tabla 18: Población de referencia del Piloto 6

La población “diana” se ha definido a través de unos criterios de inclusión y otros de exclusión, iguales para las dos figuras pilotadas:

Criterios de <u>inclusión:</u>	Criterios de <u>exclusión:</u>
<ul style="list-style-type: none"> - > o igual a 65 años - Con 2 o más ingresos en último año - Con 2 o más diagnósticos de cronicidad de los servicios de: MEDICINA, INTERNA, NEUMOLOGÍA, CARDIOLOGÍA, NEUROLOGÍA, DIGESTIVO, CIRUGÍA GENERAL, CIRUGÍA VASCULAR Y TRAUMATOLOGÍA 	<ul style="list-style-type: none"> - Pacientes con perfil PRÖMIC de los centros de: OLAGIBEL, MONTAÑA, LAKUABIZKARRA, HABANA, ARANBIZKARRA 1, ARANBIZKARRA 2 y SAN MARTIN - Pacientes en tratamiento de diálisis - Altas del Servicio de Oncología - Pacientes institucionalizados en residencias asistidas - Pacientes que no acepten participar.

Tabla 19: Criterios inclusión piloto 6

PLANIFICACIÓN DEL PILOTO-7 H.ZUMÁRRAGA – C.MENDEBALDE

ROLES PIOTADOS:

O. Servicios	PERFIL / ROL	
H. ZUMARRAGA	EGEH	
UAP's de MENDEBALDEA (C.GUIPUZKOA OESTE)	EGCA	

Tabla 20: Roles a pilotar en el piloto 7

POBLACIÓN DE REFERENCIA:

La población de referencia de este piloto es de la Comarca Mendebalde, con la siguiente estructura poblacional:

UAP	<14	De 14 a 64	>65	TOTAL	ORG. SERV
BEASAIN	3.265	14.530	3.908	21.703	MENDEBALDE
LAZKAO	1.219	5.421	1.683	8.323	MENDEBALDE
ORDIZIA	1.892	8.678	2.482	13.052	MENDEBALDE
TOTALES	6.376	28.629	8.073	43.078	MENDEBALDE

Tabla 21: Población de referencia del Piloto 7

La población “diana” se ha definido a través de unos criterios de inclusión y otros de exclusión, iguales para las dos figuras pilotadas. En el caso particular de este piloto la N ya venía definida (N=70) por ser un brazo de un ensayo clínico del Hospital de Zumarraga.

Dicho ensayo clínico constaba de 3 brazos:

- Brazo 1: Grupo control en el que los pacientes son atendidos de manera habitual.
- Brazo 2: Grupo Intervención 1; adicional a la atención habitual, existía la figura de EGEH y un médico referente de medicina interna.
- Brazo 3: Grupo Intervención 2; adicional a la atención habitual, existían las figuras de EGCA, EGEH y un médico referente de medicina interna.

Criterios de inclusión:	Criterios de exclusión:
<p>- 1 o más ingresos en el último año</p> <p><i>Clasificación paciente pluripatológico (Ollero) Paciente que cumple 2 de las categorías de patología definidas. (Ver ANEXO I, incluido en el soporte físico que acompaña a este informe.)</i></p>	<p>- Pacientes en diálisis</p> <p>- Pacientes institucionalizados en residencias asistidas</p>

Tabla 22: Criterios inclusión piloto 7

PLANIFICACIÓN DEL PILOTO-8: CLINICA. LA ASUNCIÓN – C.MENDEBALDE

En la tabla siguiente, se muestra las Organizaciones Sanitarias participante en el piloto 8 C. La Asunción – C. Mendebalde, así como los roles incluidos en el mismo:

O. Servicios	PERFIL / ROL	
Clínica La ASUNCIÓN	EGEH	
UAP's de MENDEBALDEA (C.GUIPUZKOA OESTE)	EGC	

Tabla 23: Roles a pilotar

POBLACIÓN DE REFERENCIA:

La población de referencia de este piloto es de la Comarca Mendebalde, con la siguiente estructura poblacional:

UAP	<14	De 14 a 64	>65	TOTAL	ORG. SERV.
ANDOAIN	2.019	10.293	3.012	15.324	MENDEBALDE
IBARRA	1.082	5.415	1.444	7.941	MENDEBALDE
TOLOSA	2.634	12.868	3.931	19.433	MENDEBALDE
VILLABONA	2.552	10.227	2.492	15.271	MENDEBALDE
TOTALES	8.287	38.803	10.879	57.969	MENDEBALDE

Tabla 24: Población de referencia del Piloto 8

La población “diana” se ha definido a través de unos criterios de inclusión y otros de exclusión, iguales para las dos figuras pilotadas:

Criterios de <u>inclusión</u> :	Criterios de <u>exclusión</u> :
<ul style="list-style-type: none"> - <i>1 o más ingresos en el último año</i> <p><i>Clasificación paciente pluripatológico (Ollero) Paciente que cumple 2 de las categorías de patología definidas. (Ver ANEXO I, incluido en el soporte físico que acompaña a este informe.)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Pacientes en diálisis</i> - <i>Pacientes institucionalizados en residencias asistidas</i>

Tabla 25: Criterios inclusión piloto 8

INCLUSIÓN DE PACIENTES

Una vez identificados los pacientes a incluir se les informaba sobre el proyecto y se les solicitaba su aceptación para participar en el pilotaje. Para ello se crearon unas hojas de información, las cuales se entregaban al paciente y a familiares. Ver [Anexo XII](#), incluido en el formato físico que acompaña a este documento.

SEGUIMIENTO DE LOS PILOTOS

El proceso de implantación ha sido gradual a partir del proceso inicial de planificación y definición del piloto. En este apartado se resaltan los aspectos más destacados, como pueden ser las sinergias detectadas con otros proyectos estratégicos o las áreas de mejora detectadas durante el proceso de implantación y desarrollo del piloto.

SINERGIA CON OTROS PROYECTOS ESTRATÉGICOS

El proceso de implantación ha sido gradual a partir del proceso inicial de planificación y definición del piloto. En este apartado se resaltan los aspectos más destacados, como pueden ser las sinergias detectadas con otros proyectos estratégicos o las áreas de mejora detectadas durante el proceso de implantación y desarrollo del piloto.

a) Proyecto estratégico nº 1: “Estratificación y targeting de la población”

Se ha utilizado la información facilitada por el proceso de estratificación para la búsqueda de la población, en función de sus necesidades de salud, a incluir en el proyecto, en concreto con el piloto 3 y 4.

Por otro lado, y una vez captados los pacientes, la estratificación de la población ha sido útil en el proceso de conocer el Índice Predictivo de Riesgo y consumo de recursos (IP) de los pacientes en los que se ha intervenido en los 8 pilotos.

De este modo se han encontrado variaciones en el IP promedio de pacientes atendidos por las diferentes figuras.

FIGURA	IP PROMEDIO 2011
EGC	8,845883563
EGCA	10,20571551

Tabla 26: IP promedio para EGC y EGCA

En los cuadros siguientes se muestran los diferentes rangos de las frecuencias de IP de los dos grupos de pacientes, donde se puede apreciar el incremento de las frecuencias en los valores más altos de los IP para los casos de las EGCA:

IP pacientes EGC	frecuencia	%	IP pacientes EGCA	frecuencia	%
IP= < 5	72	11,67	IP= < 5	21	11,86
IP= 5 a 10	341	55,27	IP= 5 a 10	68	38,42
IP= 11 a 15	170	27,55	IP= 11 a 15	66	37,29
IP=16 a 20	30	4,86	IP=16 a 20	20	11,30
IP= > 20	4	0,65	IP= > 20	2	1,13
total	617	100	total	177	100

Tabla 27: Rangos de IP para EGC y EGCA

b) Proyecto estratégico nº 11: “OSAREAN: Centro de Servicios de Salud Multicanal”

La colaboración con dicho proyecto comenzó en Abril del 2010, siendo esta, a nivel operativo. El objetivo de esta relación era el seguimiento a distancia de los pacientes crónicos. Desde el viernes a las 15 horas hasta las 22h. y de 8:00 a 22:00h, los sábados y festivos, cubriendo las franjas horaria en las que las figuras (EGEH, EGC) no estaban operativas. La colaboración se realizó con cinco de los ocho pilotos, siendo estos los pilotos 1,2,3,4 y 6.

Cartera de servicios de OSAREAN

Se establecieron como servicios a realizar por parte de OSAREAN **cinco actos, en función de su horario de funcionamiento durante la época del pilotaje:**

1.- **Llamadas de confort.** Se realizaron a todos los pacientes dados de Alta. Viernes a partir de las 15:00 y fines de semana. No necesitaba un formulario específico.

2.- **Llamadas de seguimiento.** Se realizaron a todos aquellos pacientes con necesidad de seguimiento continuado en el tiempo y por razones de horario de actuación, no podía ser realizado por la figura correspondiente.

3.- **Llamadas de adherencia tratamiento.** Se realizaron a todos aquellos pacientes con necesidad de seguimiento o refuerzo para cumplimiento del tratamiento, y por razones de horario de actuación, no podía ser realizado por la figura correspondiente.

4.- **Llamadas de seguimiento + adherencia tratamiento.** Se realizaron a todos aquellos pacientes con necesidad de seguimiento continuado en el tiempo y refuerzo para cumplimiento del tratamiento, y por razones de horario de actuación, no podía ser realizado por la figura correspondiente.

5.- **Entran Pilotos:** Para diferenciar las llamadas que desde el domicilio de los pacientes en seguimiento se hacen a OSAREAN. Aclaran dudas a pacientes y/o cuidadores y/o familiares.

A continuación se muestra de manera más gráfica la actividad desarrollada por OSAREAN como apoyo a este proyecto:

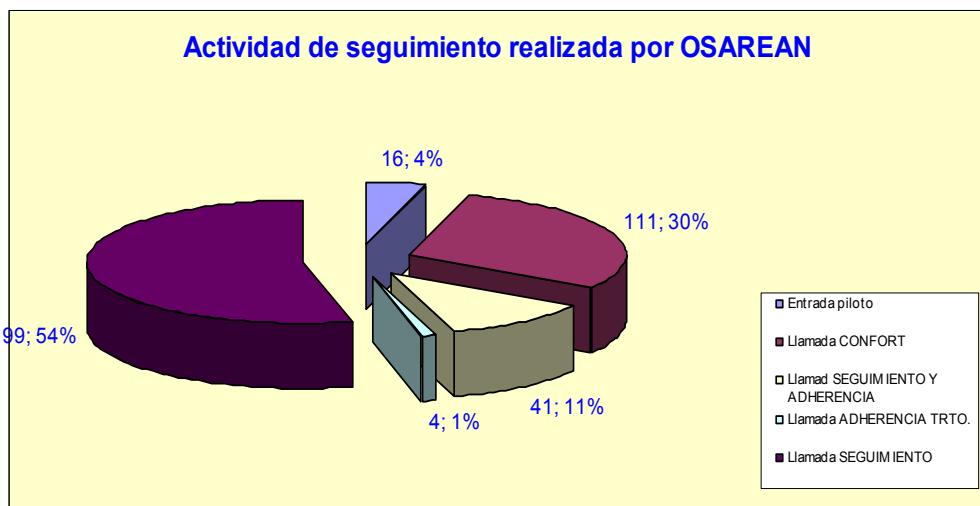


Gráfico 1: Seguimiento Osarean

Para ver más detalle respecto a la actividad realizada por Osarean durante el proyecto ver [Anexo XI](#), incluido en el soporte físico que acompaña a este documento

RESULTADOS Y EVALUACIÓN

Una vez finalizados los pilotos el 30 de septiembre del 2011 (a excepción del piloto 7 que finalizó el 12 de Diciembre de 2011 al ser este piloto un brazo de un ensayo clínico), se han analizado los resultados. Parte de los datos se han obtenido por las enfermeras de los diferentes pilotos, y otros mediante la explotación de otros parámetros a partir del CIC de los pacientes incluidos en los mismos, así como de diferentes cuestionarios: encuestas de satisfacción a pacientes, cuidadores, profesionales y cuestionarios de calidad de vida.

A continuación se detallan los principales **datos cuantitativos de actividad** de las experiencias piloto:

1. Número de pacientes intervenidos: **813**
 - 633 por las EGC's (77,8%)
 - 180 por las EGCA's (22,2%)
2. % de Aceptación de Inclusión en el proyecto: **85,17%**
3. Edad media de los pacientes atendidos: **77,03 años** (Mínimo 30, Máximo 99)
4. Estancia media del paciente en el programa (para EGCA's): **32,70 días**
5. Nº de contactos de las EGCA con sus pacientes: 958
6. Promedio de contactos de las EGCA, por paciente: 5.32
7. Índice de Mortalidad durante la experiencia: **11,56%**
 - 10,27% en pacientes pluripatológicos atendidos por las EGC's.

- 16,11% en pacientes pluripatológicos complejos atendidos por las EGCA's.

8. % Pacientes con registro de seguimiento en AP: **88,07%** (*constancia de registro en H^aC^g*)

El total de los indicadores y su detalle por figura y piloto se pueden encontrar en el [Anexo V](#), incluido en el soporte físico que acompaña a este informe.

Así mismo, y con el fin de conocer la **eficacia** de cada rol pilotado, se ha medido:

a) Seguimiento realizado desde Atención Primaria.

Al inicio del proyecto se estableció que a todos los pacientes incluidos en los pilotos, se les abriría un Episodio “**Enfermera Gestora**” en su historia clínica de Osabide AP con dos fines esenciales: por un lado, servir de información al Médico de Familia y Enfermera de referencia, pudiendo identificar de esta manera que el paciente pertenece al piloto y por otro para realizar el seguimiento clínico del paciente, utilizando un formulario acordado para todos los pilotos con el fin de homogeneizar la información de la actividad.

El formulario reúne un conjunto de DBP (Datos Básico de Pacientes) seleccionados para realizar el seguimiento de los mismos.

El seguimiento de los pacientes intervenidos por ambas figuras desde AP ha sido realizado de manera diferente en función de la figura. En el caso de la EGCA, al actuar directamente con el paciente el seguimiento ha sido realizado por ellas mismas. En el caso de la EGC al no ser su función la atención directa en domicilio el seguimiento fue realizado por el equipo de AP (Médico o Enfermera).

Figura EGCA:

Para el seguimiento en AP, además de medirlo por las visitas realizadas y por el nº de días con seguimiento en domicilio por las EGCA's, se han analizado el nº de DBP realizados y registrados en la Historia Clínica de los pacientes. Los datos se han obtenido de Osabide AP. Se incluyen en dos gráficos que se exponen a continuación. El primer gráfico recoge los DBP's seguidos con una frecuencia que van de 19 a 160, según los pacientes. El segundo, abarca los DBP's con frecuencia de recogida de 167 a 1117. Estos datos son indicativos de la actividad asistencial realizada en los diferentes pacientes y por las distintas figuras.

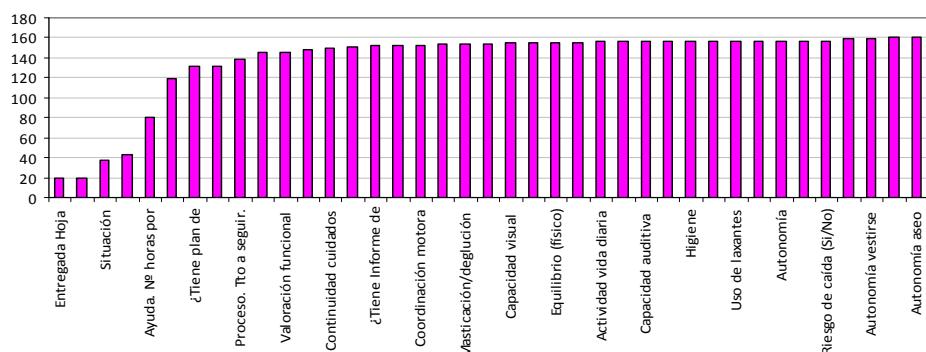


Gráfico 2: Frecuencia de recogida de DBP's 19-160

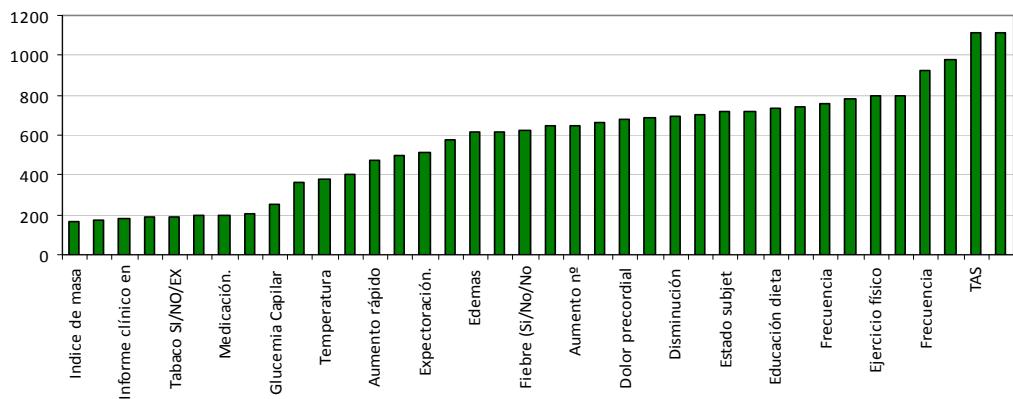


Gráfico 3: Frecuencia de recogida de DBP's 167-1117

Figura EGCA:

En el seguimiento por AP, constatado en el registro de la H^a C^a, de 161 de los 180 pacientes del grupo de intervención de la figura EGCA (PILOTOS: 3, 4 y 7) se han contabilizado 27.060 DBP's, con una media de 168,07 por paciente.

Figura EGC:

En el seguimiento por AP, constatado en el registro de la H^aC^a, de 555 de los 633 pacientes del grupo intervención de la figura EGC (PILOTOS: 1, 2, 5, 6 y 8), se han contabilizado 12.589 DBPs, con una media de 22,68 DBP's por paciente.

Seguimiento global de los pacientes:

El seguimiento constatado en registro de la H^a C^a, se ha realizado a un total de 716 pacientes de los 813 pacientes incluidos en el proyecto, siendo la media de DBP's realizados, de 55,38.

Se presenta a continuación un gráfico de barras donde se puede ver la diferencia de realización de DBP's de las dos figuras con seguimiento en Atención Primaria. Este dato nos informa de la diferencia en tiempo de dedicación por paciente de las diferentes figuras.

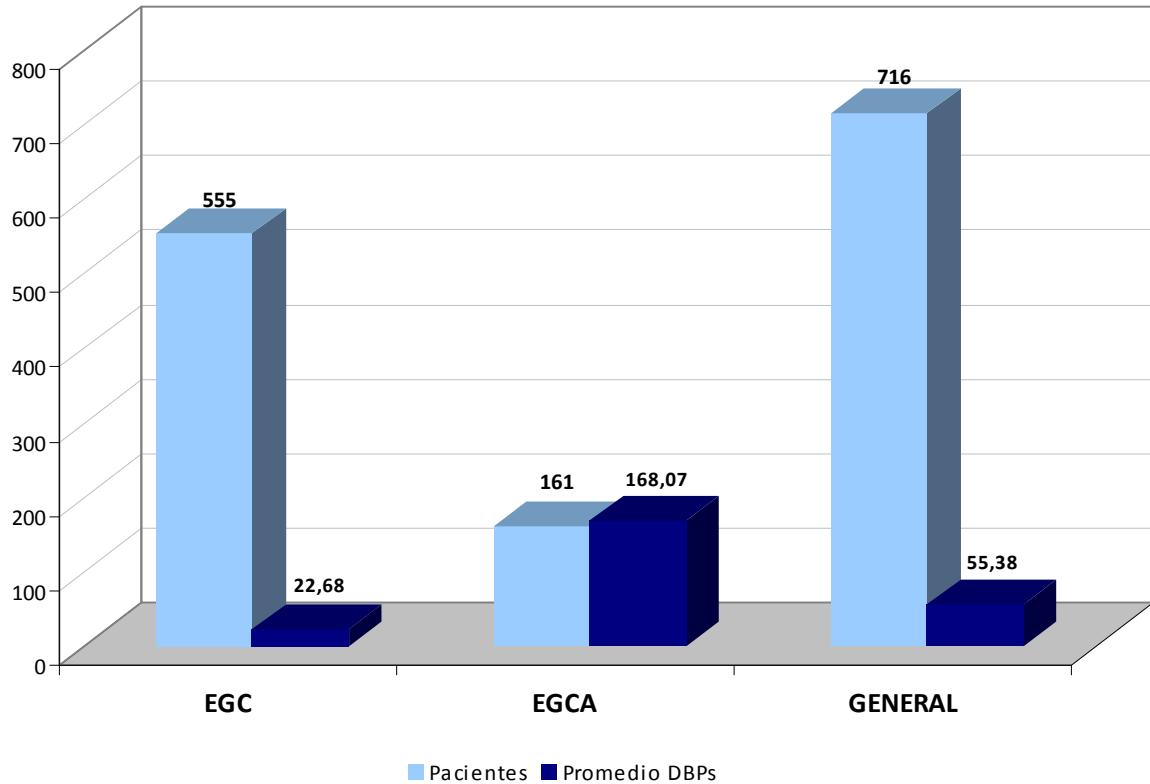


Grafico 4: DBP's por figuras

b) Tasa de reingresos de cada paciente antes y después de la intervención

En los resultados presentados, se utilizan **tasas**, ya que es lo adecuado cuando se pretende comparar un número determinado de eventos ocurridos en un periodo de seguimiento. (Número de eventos cada 1000 días*paciente en periodo de seguimiento)

TASA DE INGRESOS TOTALES

	TASA DE INGRESOS TOTALES POR CADA 1.000 PACIENTES POR DÍA				
	Tasa tras intervención	Tasa pre intervención	DIFERENCIA de TASAS	IC 95%	p
Todos los pilotos	6,3	6,7	-0,4	(-0,9 a 0,1)	0,15
Pilotos EGCA	6,4	6,9	-0,5	(-1,0 a 0,1)	0,11
Pilotos EGC	6	6,2	-0,12	(-1,2 a 0,9)	0,82
Piloto 1	7,2	8,4	-1,3	(-2,7 a 0,2)	0,9
Piloto 2	6,9	6,1	0,83	(-0,9 a 2,6)	0,35
Piloto 3	7	7,1	-0,1	(-2,1 a 1,9)	0,92
Piloto 4	6,7	7,4	-0,7	(-2,7 a 1,2)	0,47
Piloto 5	5,2	5,3	-0,1	(-1,1 a 0,9)	0,85
Piloto 6	8	9,8	-1,8	(-2,9 a -0,7)	0,003
Piloto 7	4,2	4,8	-0,5	(-2,1 a 1)	0,51
Piloto 8	1,5	0,3	1,2	(0,4 a 2)	0,0001

Tabla 28: Tasas de ingresos TOTALES

De los resultados obtenidos aquellos el único con significación estadística, a favor de la intervención, es el del piloto 6

Piloto 6: Antes de la intervención se producían 9,8 ingresos cada 1000 pacientes día, sin embargo tras la intervención las tasas de ingresos se han reducido hasta ser de 8 ingresos cada 1000 pacientes día. Esto querría decir que durante la intervención se ha logrado evitar 1,8 ingresos cada 1000 pacientes día. Con un intervalo de confianza del 95% diremos que la intervención puede reducir entre 0,7 y 2,9 el número de ingresos cada 1000 pacientes día.

Por el contrario, también se da la paradoja de un resultado con significación estadística **contrario** a la intervención, es el caso de los resultados del piloto 8

Piloto 8: Antes de la intervención se producían 0,3 ingresos cada 1000 pacientes día, sin embargo tras la intervención las tasas de ingresos ha aumentado a 1,5 ingresos cada 1000 pacientes día. Esto querría decir que durante la intervención los ingresos han aumentado a 1,8 ingresos cada 1000 pacientes día. Con un intervalo de confianza del 95% diremos que la intervención puede aumentar entre 0,4 y 2 el número de ingresos cada 1000 pacientes día.

Teniendo en cuenta las limitaciones del proyecto expuestas anteriormente, no existen argumentos para pensar que este tipo de intervención pueda reducir los ingresos del tipo de pacientes incluidos en el proyecto.

TASA DE INGRESOS URGENTES

	TASA DE INGRESOS URGENTES POR CADA 1.000 PACIENTES POR DÍA				
	Tasa tras intervención	Tasa pre intervención	DIFERENCIA de TASAS	IC 95%	p
Todos los pilotos	5,2	5,9	-0,7	(-1,2 a -0,2)	0,003
Pilotos EGCA	5,3	6	-0,7	(-1,2 a -0,2)	0,006
Pilotos EGC	5	5,6	-0,6	(-1,6 a 0,4)	0,23
Piloto 1	5,9	8	-2,1	(-3,4 a -0,8)	0,003
Piloto 2	5,3	5,3	0,1	(-1,5 a 1,7)	0,93
Piloto 3	5,3	5,8	-0,4	(-2,2 a 1,4)	0,65
Piloto 4	6	7,3	-1,3	(-3,2 a 0,6)	0,19
Piloto 5	4,9	4,4	0,06	(-8,3 a 9,4)	0,89
Piloto 6	6,8	8,6	-1,8	(-2,9 a -0,7)	0,001
Piloto 7	3,4	4,4	-0,9	(-2,3 a 0,5)	0,24
Piloto 8	0,6	0,1	0,5	(0,2 a 0,8)	0,01

Tabla 29: Tasas de ingresos URGENTES

En este caso, los resultados obtenidos dan significación estadística, **a favor** de la intervención, a TODOS los pilotos en conjunto, y de manera específica, aquellos en los que la figura implantada ha sido la Enfermera Gestora de Competencias Avanzadas (Pilotos 3,4 y 7) y a dos de los pilotos en los que la figura ha sido la Enfermera Gestora de la Continuidad (Pilotos 1 y 6).

Por el contrario, y al igual que pasa en el caso de las Tasas de Ingresos Totales, en el piloto 8, se produce la paradoja, de que los resultados obtenidos van en contra de la intervención

TASA DE ESTANCIAS DIAS HOSPITALARIAS

	TASA DIAS DE ESTANCIA HOSPITALARIA POR CADA 1.000 PACIENTES POR DÍA				
	Tasa tras intervención	Tasa pre intervención	DIFERENCIA de TASAS	IC 95%	p
Todos los pilotos	49,5	52,2	-2,7	(-4 a -1,3)	0,00014
Pilotos EGCA	49,3	52,3	-3,1	(-4,6 a -1,6)	0,00008
Pilotos EGC	50,9	52	-1,1	(-4,1 a 1,9)	0,45
Piloto 1	56,1	67,5	-11,8	(-15,5 a -8)	0,000001
Piloto 2	51,4	48,6	2,9	(-1,9 a 7,6)	0,24
Piloto 3	62,7	57,1	5,6	(-0,2 a 11,4)	0,06
Piloto 4	53,1	70,6	-17,5	(-23 a -12)	0,0000001
Piloto 5	45,2	39,3	5,9	(3,2 a 8,6)	0,00001
Piloto 6	58,2	73,7	-15,5	(-18,5 a -12,5)	0,0000001
Piloto 7	34,4	35,5	-1,2	(-5,5 a 3,1)	0,59
Piloto 8	16,5	3,2	13,4	(10,9 a 15,9)	0,00000001

Tabla 30: Tasas de días ESTANCIAS hospitalarias

En general, los resultados medidos en **ESTANCIAS** día hospitalarias arrojan un resultado más favorable en este tipo de intervención que el de **INGRESOS**.

Así mismo, el resultado es favorable a la intervención de la figura EGCA, arrojando los siguientes datos: antes de la intervención se producían 52,3 estancias por cada 1000 pacientes día. Tras la intervención la tasa ha descendido hasta 49,3 estancias, es decir, con la intervención se evitan 3,1 estancias cada 1000 pacientes día (IC95: entre 4,6 y 1,6 estancias menos).

Estos resultados, una vez más, son más llamativos en el PILOTO 6.

Como reflexión general acerca de las tasas antes descritas, habría que decir que por si solo cada piloto no ha contado con una muestra de pacientes suficiente para obtener valores y conclusiones significativas. Por lo tanto, serían necesarias muestras de pacientes mayores y con mayor recorrido (más meses de intervención) para poder tener extraer conclusiones más consistentes.

Además hay que tener en cuenta otras limitaciones que afectan a los resultados de las tasas obtenidas, que son básicamente tipo de pacientes intervenidos y edad de los mismos, siendo “a priori” mayor la tasa de ingresos, y no existiendo grupo control para comparar la efectividad de la intervención.

Por lo tanto, los resultados obtenidos no arrojan resultados claros ni a favor ni en contra de la intervención, aunque apuntan a una menor frecuencia de los ingresos (entre estos los urgentes) y por lo tanto menores estancias producidas en los hospitales. Es por ello que se podría decir que las estancias de los pacientes atendidos por la figura EGCA (Tablas 32) en su domicilio, podrían considerarse estancias hospitalarias evitadas, a juzgar por los IPs que tenían los pacientes por ellas intervenidos.

FIGURA	IP PROMEDIO 2011
EGC	8,845883563
EGCA	10,20571551

Tabla 31: IP promedio para EGC y EGCA

FRANJAS POR DÍAS EN DOMICILIO	piloto 3		piloto 4		piloto 7		TOTAL PAC. CON EGCA	
	Nº PACIENTES	%	Nº PACIENTES	%	Nº PACIENTES	%	Nº PACIENTES	%
1-10 días	18	36	14	23,70%	43	60,56	75	41,67
11-20 días	11	22	15	25,40%	17	23,94	43	23,89
21-30 días	9	18	10	16,90%	6	8,5	25	13,89
31-40 días	1	2	6	10,10%	1	1,4	8	4,44
41-50 días	1	2	4	6,70%	1	1,4	6	3,33
51-60 días	1	2	3	5,00%	0	0	4	2,22
61-70 días	1	2	4	6,70%	3	4,2	8	4,44
> 70 días	8	16	3	5,00%	0	0	11	6,11
TOTAL	50	100	59	100,00	71	100,00	180	100

Tabla 32: IP promedio para EGC y EGCA

Por último, indicar que este tipo de intervenciones son estrategias eficientes a más largo plazo. Aun así, los resultados obtenidos en el proyecto pueden dar idea del posible impacto de este tipo de intervenciones, y considerar positiva la experiencia. Para ver más detalles acceder al [Anexo VI](#), incluido en el soporte físico que acompaña a este informe

Cálculos de costes

Actualmente no es posible realizar cálculos de costes evitados con las estancias en domicilio al no disponer de los ACGs de los pacientes atendidos por las EGCA.

En un futuro sería de gran interés que el seguimiento de estos pacientes por estas figuras pudiese hacerse a través de indicadores específicos creados a tal efecto lo que daría una idea de la eficiencia y justificación de su existencia.

c) Satisfacción de los pacientes con los cuidados prestados

Se ha utilizado la encuesta SATISFAD para explorar la satisfacción de pacientes. (Ver cuestionario en [Anexo XIII](#), incluido en el soporte físico que acompaña a este informe). La encuesta ha sido realizada por GIZAKER, así mismo la explotación de los datos ha sido llevada a cabo por parte de EVALUA, ambos con la financiación recibida de parte de KRONIKGUNE.

En los siguientes gráficos se refleja la satisfacción de los pacientes con dos de los ítems pulsados, considerados los más significativos de la encuesta:

VALORACIÓN LABOR ORGANIZADORA ENFERMERA GESTORA (ATENCIÓN POR ENFERMERAS DE ENLACE)

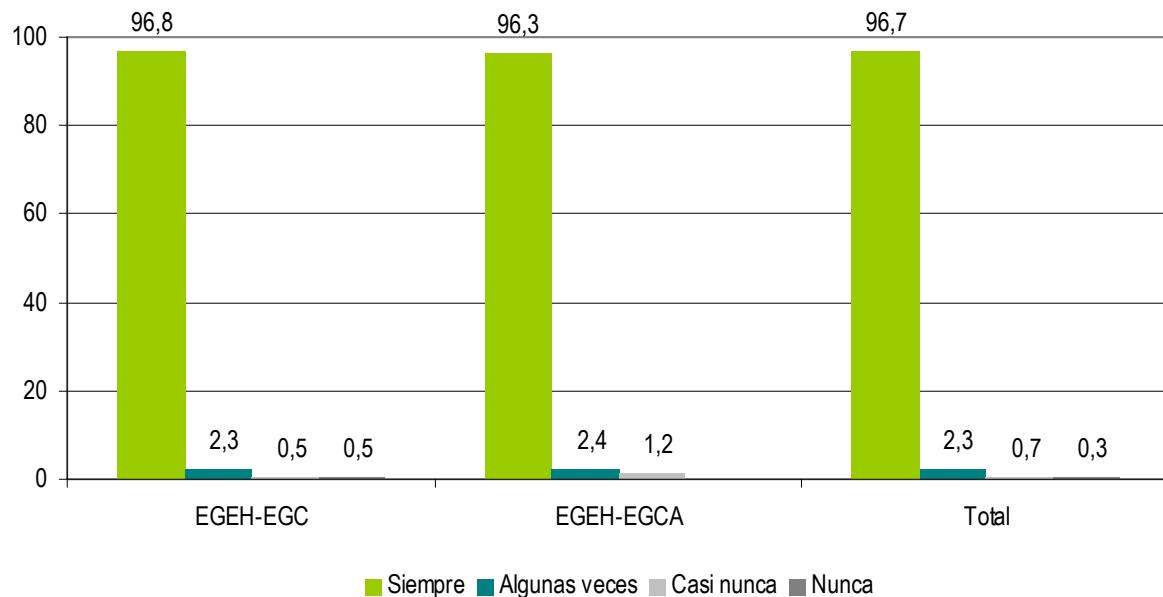


Grafico 5: Satisfacción Pacientes Pregunta 1

ESCUCHA Y COMPRENSIÓN DE LAS ENFERMERAS AL EXPLICAR LAS PROBLEMÁTICAS DE LA ENFERMEDAD

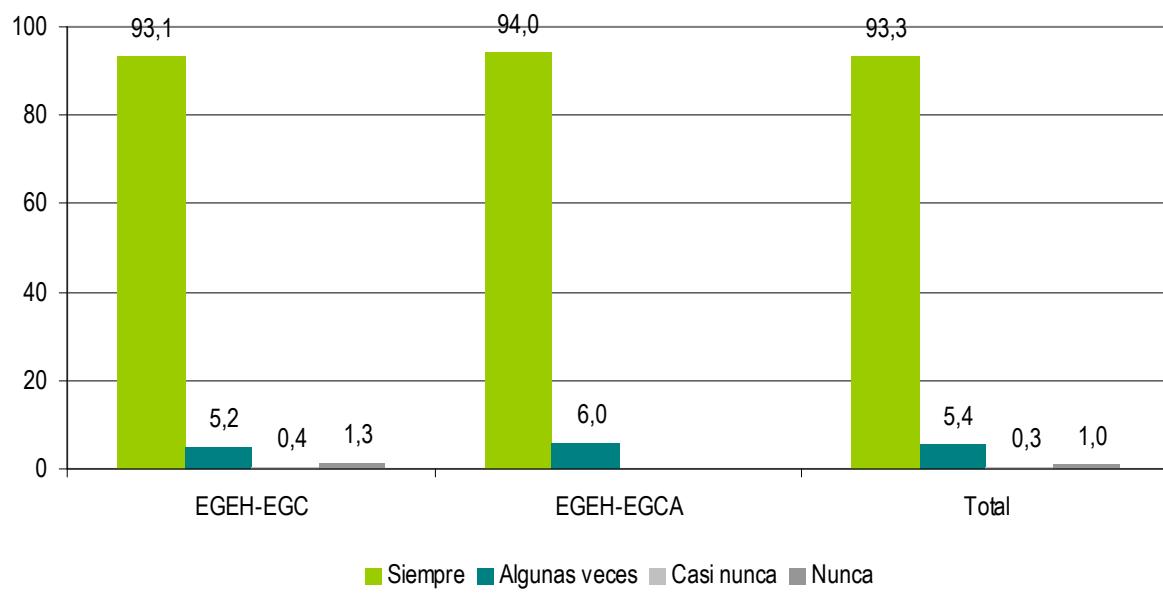


Grafico 6: Satisfacción Pacientes Pregunta 2

El grado de satisfacción de los pacientes alcanzado con la intervención, es superior al 90% en todas las preguntas realizadas. Para más detalle acerca del resultado de las encuestas revisar el **Anexo VII**, incluido en el soporte físico que acompaña a este informe.

d) Satisfacción de sus cuidadores y/o familiares con la atención recibida

Se ha utilizado la encuesta SATISFAD para explorar la satisfacción de los cuidadores y/o familiares. (Ver cuestionario en [Anexo XIII](#), incluido en el soporte físico que acompaña a este informe). La encuesta ha sido realizada por GIZAKER, así mismo la explotación de los datos ha sido llevada a cabo por parte de EVALUA, ambos con la financiación recibida de parte de KRONIKGUNE.

En los siguientes gráficos se refleja la satisfacción de los cuidadores / familiares con los ítems pulsados del cuestionario pasado a los mismos:

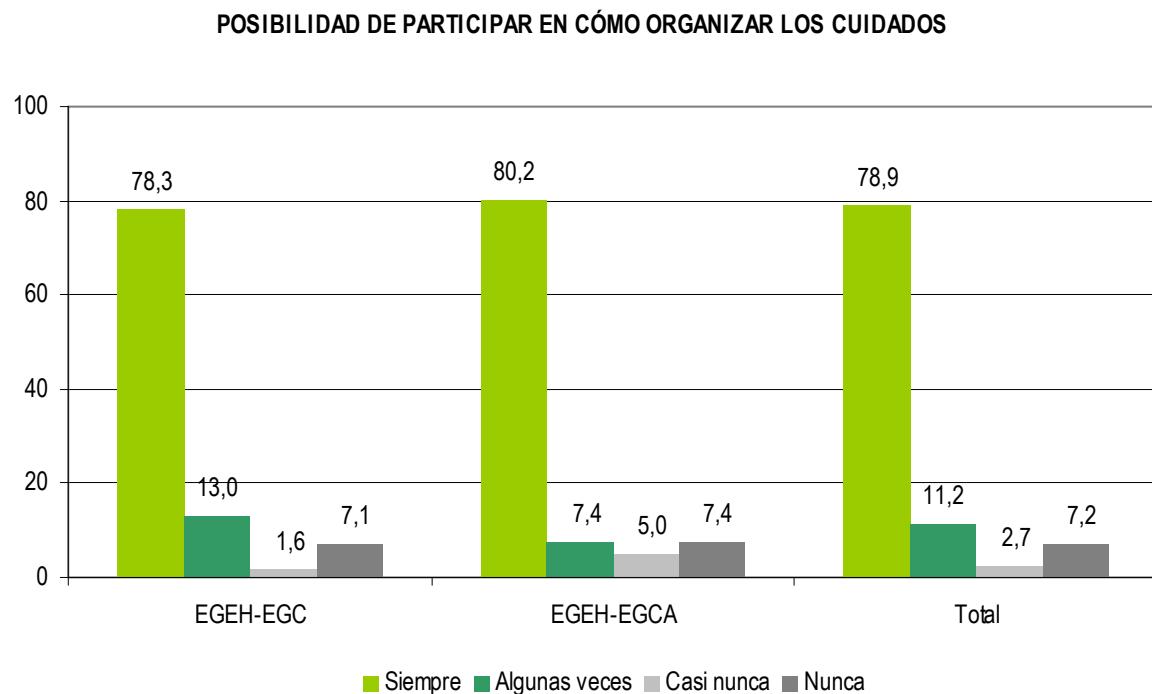


Grafico 7: Satisfacción Cuidadores Pregunta 1

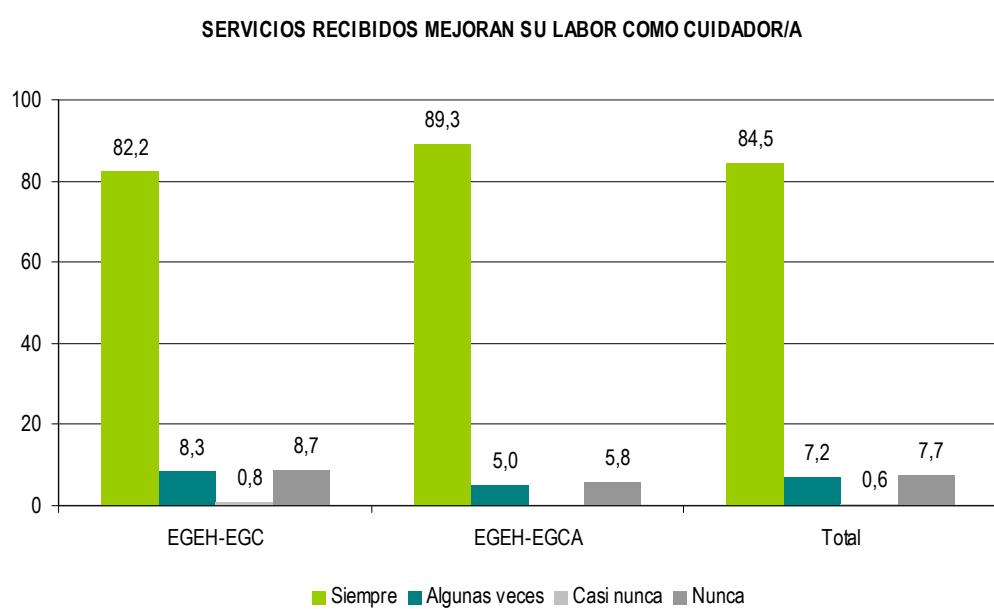


Grafico 8: Satisfacción Cuidadores Pregunta 2

El grado de satisfacción de los cuidadores alcanzado con la intervención de las enfermeras, es superior al 87% en todas las preguntas realizadas. Para más detalle acerca del resultado de las encuestas revisar el [Anexo VIII](#), incluido en el soporte físico que acompaña a este informe.

e) Satisfacción de los profesionales (AP y AE, excluidas los profesionales que han ejercido los nuevos roles pilotados) relacionados con los pacientes intervenidos.

Se ha utilizado un cuestionario de elaboración propia ((Ver cuestionario en [Anexo XIII](#), incluido en el soporte físico que acompaña a este informe). La explotación de los datos ha sido llevada a cabo por EVALUA, financiada por KRONIKGUNE.

Se envió a 1.151 profesionales obteniéndose la respuesta de 428 profesionales, a 30 de Marzo de 2012. Esto implica una tasa de respuesta del **37,18%**.

Posteriormente se han ido realizando recordatorios para su cumplimentación con el fin de conseguir la N suficiente de cuestionarios respondidos que hagan posible su validación. Una vez validado el cuestionario se presentarán los resultados obtenidos.

El cuestionario recoge 36 ítems con respuestas mediante escala de Likert que recoge siete potenciales respuestas desde el 1 (totalmente en desacuerdo) hasta el 7 (totalmente de acuerdo). A la hora de mostrar los resultados se ha optado por agrupar las 2 respuestas más extremas como “Negativa” y “Positiva” respectivamente, mientras las 3 respuestas intermedias se han valorado como “Neutras”, sin considerar que la valoración de cada uno de los ítems tiende hacia lo positivo o lo negativo. El objetivo es poder establecer adecuadamente los volúmenes de respuestas que se definen claramente en términos de acuerdo (considerablemente satisfechos/as) o de desacuerdo (considerablemente insatisfechos/as).

En los siguientes gráficos se refleja la satisfacción de los profesionales con cuatro de los ítems pulsados (con datos a 30 de Marzo de 2012), considerados los más significativos del cuestionario pasado. (Ver resultados en [Anexo IX](#), incluido en el soporte físico que acompaña a este informe)

VALORACIÓN GLOBAL DEL IMPACTO QUE ESTE PROYECTO PUEDE TENER EN LA ATENCIÓN SANITARIA

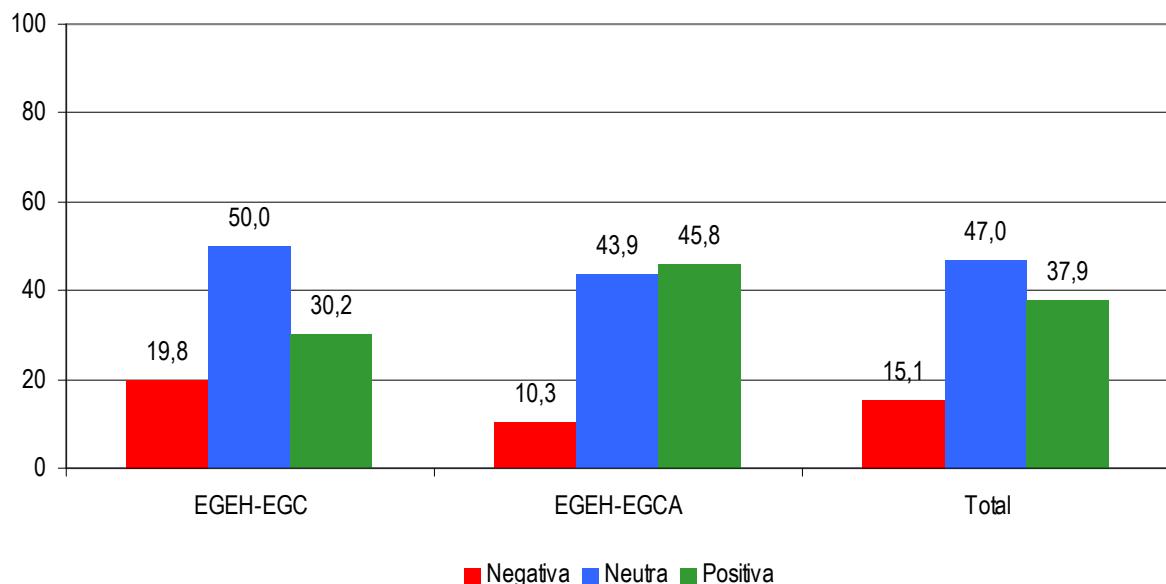


Grafico 9: Satisfacción Profesionales Pregunta 1

VALORACIÓN GLOBAL DE LA FIGURA DE MI CENTRO/COMARCA/HOSPITAL

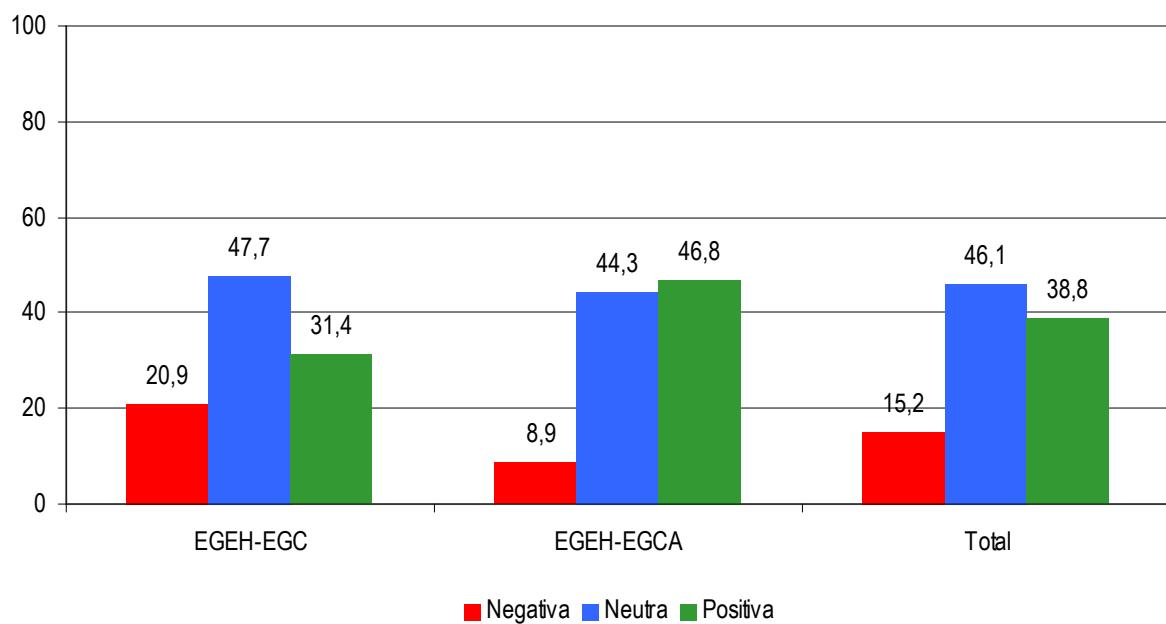


Grafico 10: Satisfacción Profesionales Pregunta 2

VALORACIÓN GLOBAL SOBRE LA COORDINACIÓN QUE LA IMPLANTACIÓN DE ESTE PROYECTO PUEDE PROPORCIONAR A LOS/AS PROFESIONALES DE LOS DIFERENTES NIVELES

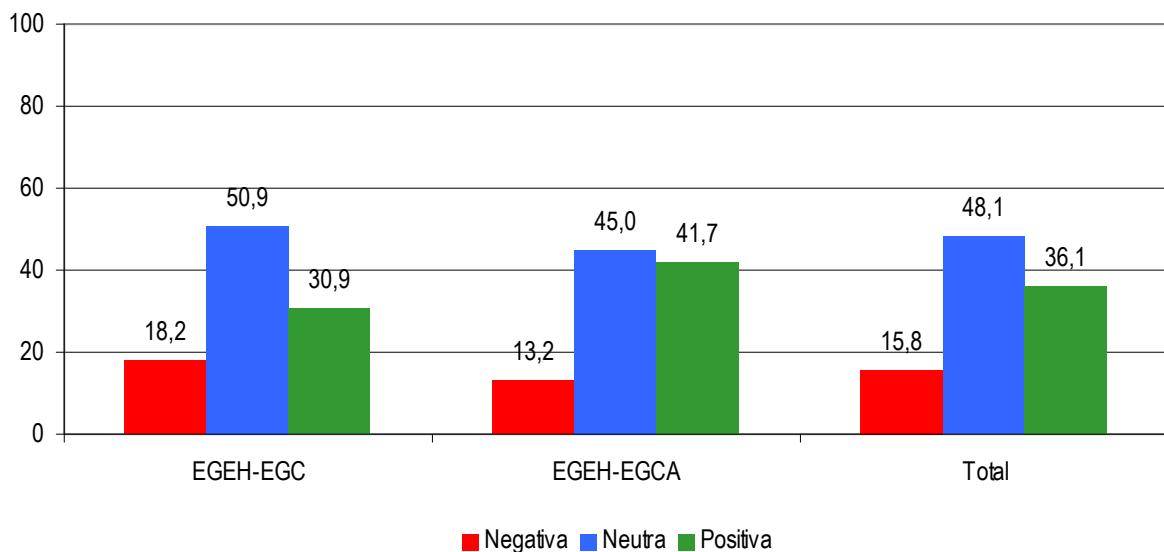


Grafico 11: Satisfacción Profesionales Pregunta 3

ESTE PROYECTO DISMINUYE O PUEDE DISMINUIR LOS INGRESOS NO PROGRAMADOS EN ESTE TIPO DE PACIENTES

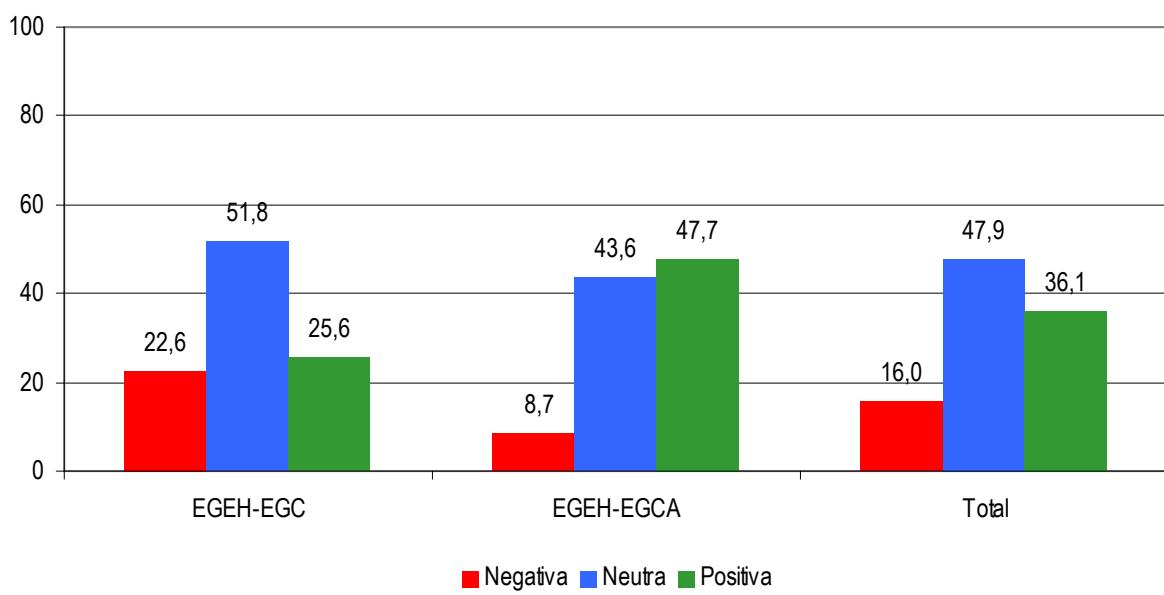


Grafico 12: Satisfacción Profesionales Pregunta 4

Se puede apreciar como entre el 35 y 40% de los profesionales ven positiva la intervención de las nuevas competencias, mientras que entre el 45-50% de los profesionales la consideran neutra.

No obstante, y probablemente motivado por el cambio de enfoque asistencial que significa la incorporación de estas figuras, se ha podido constatar la necesidad de mantener una mayor información del contenido asistencial y de coordinación que se corresponde con el perfil de estas figuras. Este aspecto se puede apreciar en diferentes preguntas del cuestionario, entre ellas las tres siguientes:

LA INFORMACIÓN QUE HE RECIBIDO ME HA AYUDADO A COLABORAR CON EL PROYECTO PILOTO

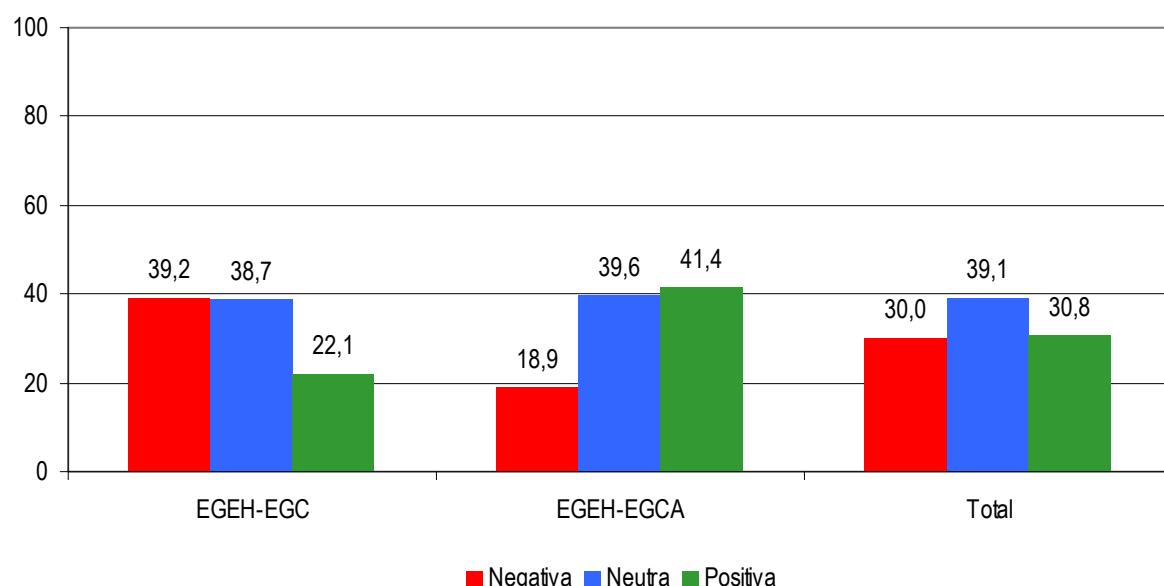


Grafico 13: Satisfacción Profesionales Pregunta 5

LA IMPLANTACIÓN DE ESTAS FIGURAS MEJORA LA CONTINUIDAD DE LOS CUIDADOS DE LOS/AS PACIENTES INCLUIDOS EN EL PROYECTO

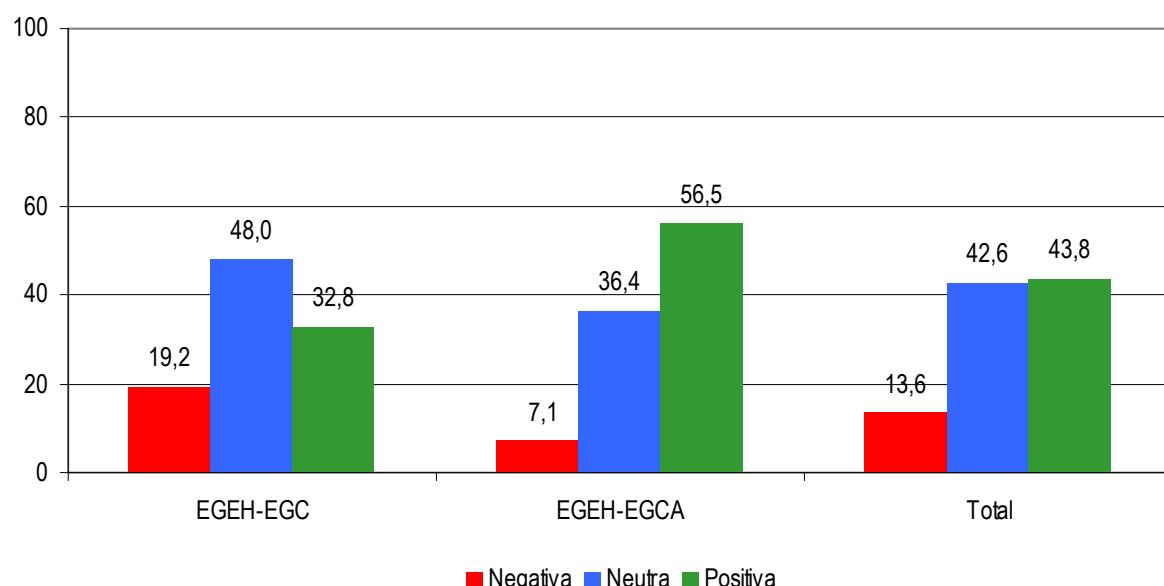


Grafico 14: Satisfacción Profesionales Pregunta 6

LA EXISTENCIA DE ESTAS FIGURAS DE ENFERMERA MEJORA LA COORDINACIÓN INTERNA ENTRE EL MÉDICO Y LA ENFERMERA RESPONSABLE DE UN PACIENTE CONCRETO

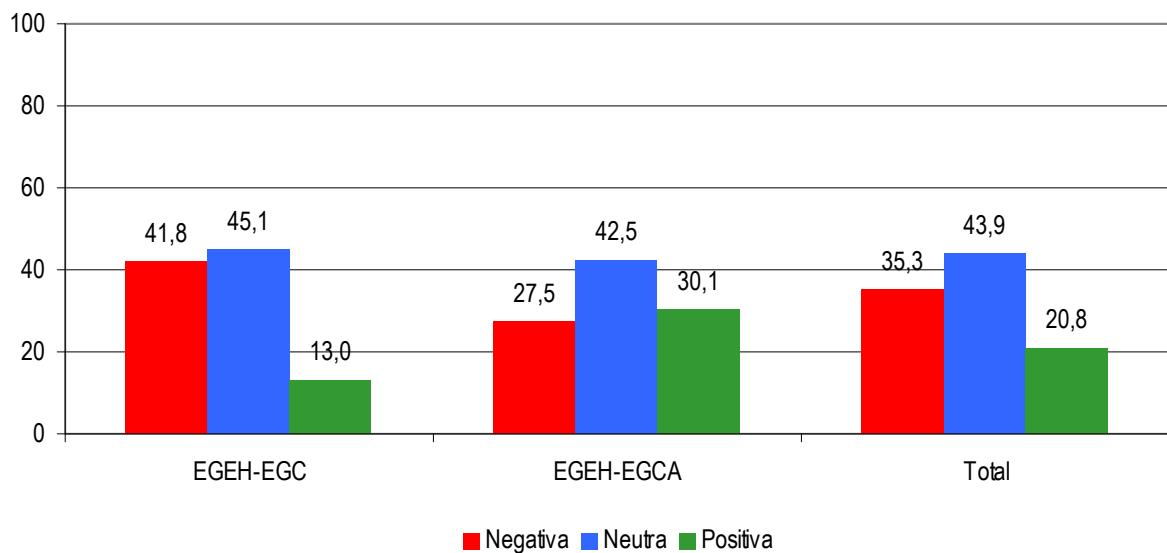


Grafico 15: Satisfacción Profesionales Pregunta 7

Para más detalle acerca del resultado de las encuestas revisar el [Anexo IX](#), incluido en el soporte físico que acompaña a este informe.

f) Percepción sobre la calidad de vida de los pacientes antes y después de la intervención

A continuación se detalla la variación de la calidad de vida percibida antes y después de la intervención en los pilotos.

Para todos los pilotos se utilizó el “Cuestionario de Calidad de vida SF12”, excepto para el piloto 7 que fue el “Cuestionario de Calidad de Vida EUROQOL (EQ-5D)”. (Ver cuestionarios en [Anexo XIII](#), incluido en el soporte físico que acompaña a este informe)

La encuesta ha sido realizada por GIZAKER, así mismo la explotación de los datos ha sido llevada a cabo por parte de EVALUA, ambos con la financiación recibida de parte de KRONIKGUNE.

En los siguientes gráficos se refleja la percepción sobre la calidad de vida de los pacientes con dos de los ítems pulsados, considerados los más significativos del cuestionario pasado a los mismos:

En general, usted diría que su salud es...

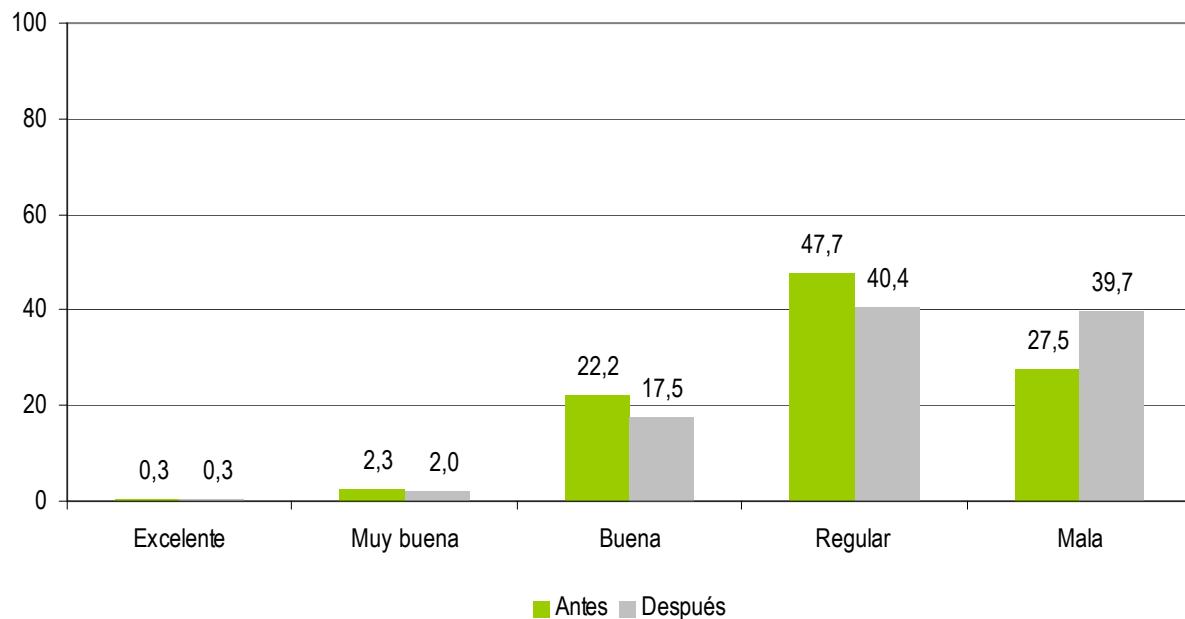


Grafico 16: Calidad de vida Pregunta 1

¿Cómo describiría su estado de salud, en el día de hoy, en cuanto a...Actividades Cotidianas?

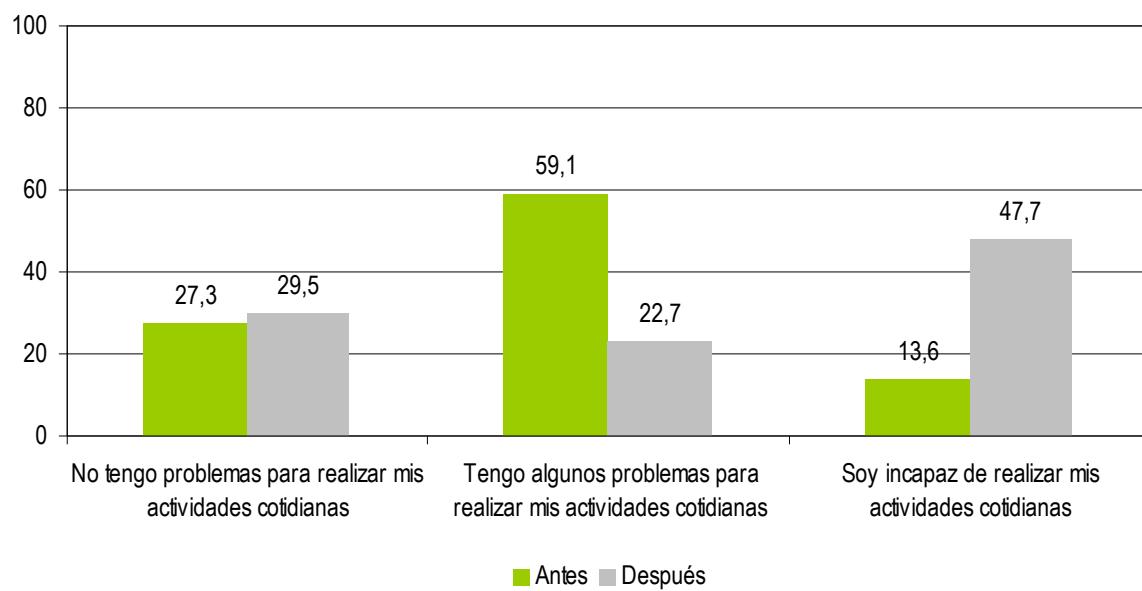


Grafico 17: Calidad de vida Pregunta 2

Como se puede apreciar hay una percepción de empeoramiento general en la calidad de vida de los pacientes incluidos en los pilotos motivada muy probablemente por la propia evolución de su enfermedad.

Para más detalle acerca del resultado de las encuestas revisar documento el [Anexo X](#), incluido en el soporte físico que acompaña a este informe.

g) Variación de los niveles de dependencia antes y después de la intervención.

A continuación se detalla la variación de los niveles de dependencia antes y después de la intervención en los pilotos utilizando la escala de dependencia de Barthel, diferenciando los ratios obtenidos por los pacientes atendidos por la EGC y por la EGCA.

Los datos fueron recogidos a los pacientes por parte de las figuras antes y después de la intervención.

Resultados en pacientes atendidos por EGC:

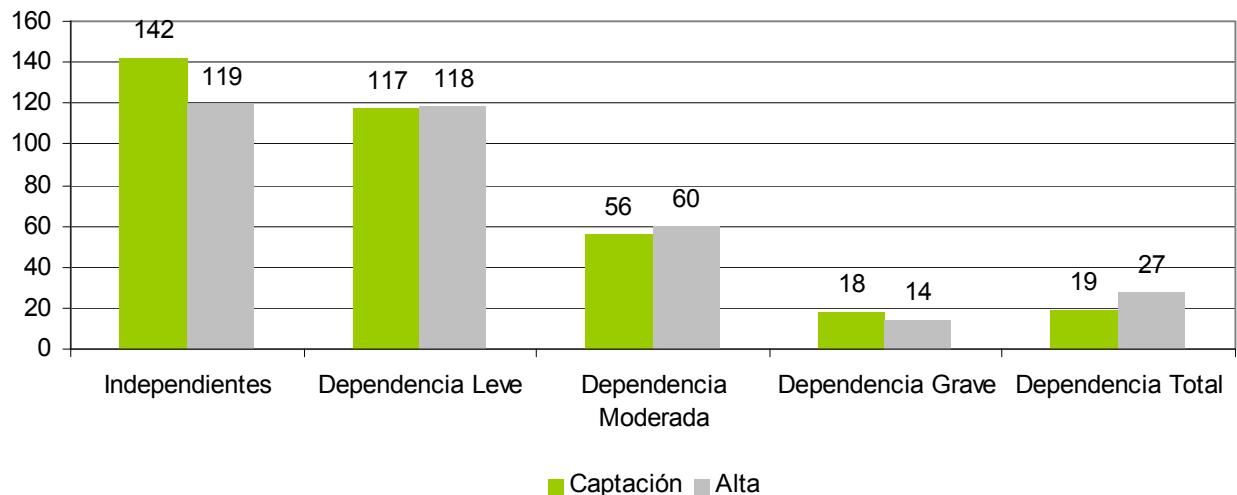


Grafico 18: Variación dependencia EGC

Resultados en pacientes atendidos por EGCA:

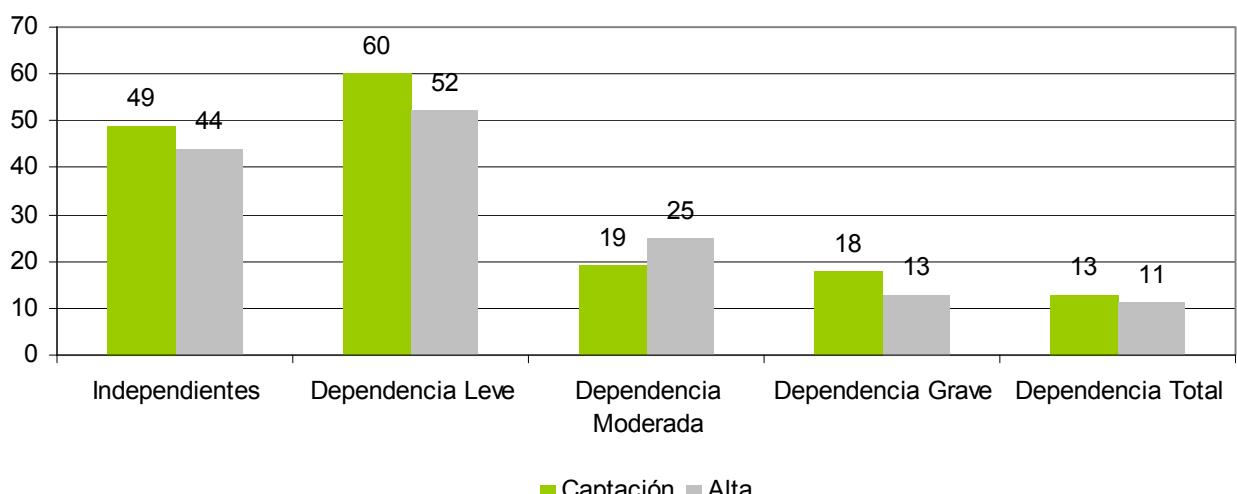


Grafico 19: Variación dependencia EGCA

Como se puede observar, tanto en la EGC como en la EGCA, hay una ligera tendencia general un empeoramiento de los niveles de dependencia después de la intervención motivada principalmente por la propia evolución de la enfermedad en dichos pacientes. Los datos

referentes a la variación de la dependencia pueden encontrarse en el [Anexo V](#), incluido en el soporte físico que acompaña a este informe.

PUNTOS FUERTES Y ÁREAS DE MEJORA

Para analizar la evolución de los pilotos desde una perspectiva cualitativa, se identificaron una serie de factores clave comunes a todos ellos. En conjunto se trata de aspectos de diferentes ámbitos como puede ser la formación, la comunicación o el trabajo colaborativo.

A continuación se describen aquellos factores identificados como “puntos fuertes”, los cuales se consideran importantes mantener.

a) Puntos fuertes:

- Asimilación y seguimiento operativo de los conceptos relacionados con las figuras a pilotar por parte de los profesionales intervenientes.
- Transversalidad con otros proyectos estratégicos de la cronicidad (Estratificación y OSAREAN,...)
- Mayor coordinación entre niveles entre AP, AE, Servicios Sociales y cuidadores.
- Flexibilidad en cada piloto para adaptar los criterios de inclusión/exclusión y flujos operativos para adecuar la experiencia a la realidad de cada organización sin perjuicio de los objetivos del proyecto.
- Consecución de una operativa de trabajo colaborativo a través herramienta web ad hoc: Creación comunidad en entorno Wiki para registro de datos de actividad de cada piloto y comunicación e información de/a profesionales intervenientes en los pilotos y equipos del proyecto. Se ha mantenido en todo momento la confidencialidad de los datos de los pacientes incluidos en el proyecto a través de datos identificativos transformados para su cifrado.
- Implicación de líderes y profesionales de enfermería (pilotos) de las O.S. participantes.
- Correcta transición de los pacientes en fines de semana.
- Buena captación de pacientes susceptibles de beneficiarse, por su condición de pluripatológicos, de la intervención coordinada desde los distintos ámbitos abordados en los pilotos
- Alta satisfacción de pacientes y cuidadores, con el trabajo realizado por las diferentes figuras, que se muestra mayor en el caso de las EGCA.

A continuación se describen aquellos aspectos a vigilar y controlar para garantizar el progreso de los pilotos:

b) Áreas de mejora:

A continuación se destacan las áreas de mejora detectadas durante el desarrollo de los pilotos:

- La variabilidad encontrada en la práctica clínica ha sido un problema que requiere atención para su reducción, no solo entre pilotos sino dentro de las mismas organizaciones de servicio implicadas. Dicho punto de mejora no es exclusivo de este proyecto.
- No en todos los pilotos se ha entendido por los profesionales del centro, la presencia de las

nuevas figuras que se iban a pilotar. La atención sanitaria actual está muy asentada en la atención de procesos agudos y no tan enfocada en la atención a la cronicidad en la forma que plantea la estrategia del departamento de sanidad y consumo.

Entendemos que se trata de un cambio en la cultura asistencial que requerirá de mayor tiempo de abordaje y de conocimiento de los profesionales de los beneficios aportados por esta estrategia en general, y la actividad de estas figuras en particular.

- La educación de pacientes y cuidadores para su propio cuidado es un área con margen de mejora, que ya se está abordando en otros proyectos de la estrategia de cronicidad.
- La incompleta integración de los sistemas de información entre diferentes niveles asistenciales, ha dificultado el acceso a datos requeridos de cara a facilitar el desarrollo de la actividad diaria. Ha sido una dificultad que han ido resolviendo las figuras durante el piloto. No obstante existen proyectos dentro de la estrategia de la cronicidad que trabajan en ese sentido en la integración completa de los sistemas de la información.
- Otra dificultad añadida ha sido la imposibilidad de que las enfermeras de especializada puedan citar en las agendas de Atención Primaria actos a realizar por las enfermeras de este nivel asistencial. Estas citaciones podrían tratarse de actos asistenciales o de información a suministrar a los profesionales.
- El seguimiento de pacientes que lo requerían durante los fines de semana, al principio generaba problemas de continuidad asistencial. Esta problemática se fue ajustando con la incorporación de enfermeras en el proyecto estratégico "Centro de Servicios de Salud Multicanal" que ha posibilitado el tránsito de los pacientes al domicilio garantizando el seguimiento en los días que por razones de horario de actuación los pacientes no podían ser atendidos por las figuras correspondientes.
- Identificación de "fracturas" para la integración de los diferentes sistemas (social y sanitario). La no existencia de un mapa de recursos sociales, y la falta de información sobre la existencia de canales de comunicación con dichos recursos, ha dificultado en ocasiones el adecuado traspaso de los pacientes captados a dicho nivel. Dicha dificultad ha sido solventada de manera puntual por parte de las figuras. No obstante se trata de un área de mejora a solventar de manera organizativa. La existencia de un proyecto estratégico que aborda la colaboración socio-sanitaria, permitirá a los diferentes agentes una mayor coordinación en este ámbito que minimice las fracturas existentes.

APRENDIZAJE Y RECOMENDACIONES

Tras el análisis tanto de los datos cuantitativos (actividad), cualitativos (Encuestas de satisfacción) y la propia vivencia de los profesionales implicados en las 8 experiencias piloto, estas son las principales conclusiones extraídas por el equipo de trabajo del proyecto para la implantación y extensión de las competencias pilotadas:

a) Ámbito de actuación de las enfermeras gestoras de caso:

- **EGC (Enfermera Gestora de Continuidad):**
 - Su ámbito de actuación será el de la Atención Primaria con las competencias propias de su puesto de trabajo en el EAP poniendo énfasis en la captación, seguimiento y control de los pacientes pluripatológicos asegurando la coordinación con los diferentes niveles (tanto de especializada como del socio-sanitario).
 - La población diana susceptible de ser atendida por la EGC vendrá definida por los PIP (Planes de Intervención Poblacional) incluidos en los Contratos Programas de cada OS (Organización de Servicio), que tenderá a ser la de complejidad (IP) más baja.
 - La competencia para el desempeño de este rol la reúnen todas las enfermeras que despeñan su actividad profesional en Atención Primaria, incorporando a la misma los aspectos definidos para esta figura en los [Anexos III y IV](#), incluidos en el soporte físico que acompaña a este informe.
- **EGCA (Enfermera Gestora de Competencias Avanzadas):**
 - Su ámbito de actuación será el de la Atención Primaria con las competencias propias de su puesto de trabajo en el EAP poniendo énfasis en la captación, seguimiento, control de la situación clínica y acompañamiento de los pacientes pluripatológicos complejos, que requieran de una mayor actuación en domicilio, asegurando la coordinación con los diferentes niveles (tanto de especializada como del socio-sanitario).
 - La población diana susceptible de ser atendida por la EGCA vendrá definida por los PIP (Planes de Intervención Poblacional) incluidos en los Contratos Programas de cada OS, que tenderá a ser la de complejidad (IP) más alta.
 - La competencia para el desempeño de este rol la reúnen todas las enfermeras que despeñan su actividad profesional en Atención Primaria, incorporando a la misma los aspectos definidos para esta figura en los [Anexos III y IV](#), incluidos en el soporte físico que acompaña a este informe.
- **EGEH (Enfermera Gestora de Enlace Hospitalario):**
 - Su ámbito de actuación será el del Hospital con las competencias propias de su puesto de trabajo de Atención Especializada, poniendo énfasis en la captación y valoración de los pacientes pluripatológicos (complejos y no complejos) asegurando la coordinación con los diferentes niveles (tanto de primaria como del socio-sanitario) y la transición del paciente desde el Hospital a su domicilio.
 - La población diana susceptible de ser atendida por la EGEH vendrá definida por los PIP (Planes de Intervención Poblacional) incluidos en los Contratos Programas de cada OS.
 - La competencia para el desempeño de este rol la reúnen todas las enfermeras que despeñan su actividad profesional en Atención Especializada, incorporando a la misma los aspectos definidos para esta figura en los [Anexos III y IV](#), incluidos en el

soporte físico que acompaña a este informe.

Por lo tanto no se propone crear tres nuevas categorías profesionales, pero si se entiende que debe existir una diferenciación en la funcionalidad de los diferentes puestos de trabajo, para el desempeño de las respectivas competencias, lo que a su vez significa que hay que *empoderar* el papel de la Enfermería de Atención Primaria y Especializada en cuanto que desempeñen los nuevos roles definidos ([Anexos III y IV](#), incluidos en el soporte físico que acompaña a este informe).

b) Recomendaciones para la implantación

Las siguientes cuestiones deberían ser tenidas en cuenta a la hora de llevar a cabo el despliegue del modelo de enfermería de competencias avanzadas en Osakidetza:

1. Reordenación Organizativa

I. **Alineación, distribución y/o reordenación de Recursos Humanos:** Cada Organización de Servicios será la responsable de valorar el impacto de dicha propuesta de implantación en sus Recursos Humanos (enfermería, médicos de A.P, médicos A.E...) y gestionar y coordinar internamente la integración de la manera más efectiva de las nuevas competencias enfermeras en su Organización.

II. **Dimensionamiento de la implantación de los roles de gestión de casos:** Respecto al perfil de la EGC, al incorporar estas competencias a la enfermera de atención primaria, el dimensionamiento de este rol deberá definirse por cada OS, teniendo en cuenta estas recomendaciones: Este perfil podrá concentrarse en una persona determinada (1 o varias, según el tamaño de la organización) o ser incorporado a la actividad de cada una de las enfermeras del EAP dentro de cada Centro de Salud.

Respecto al perfil de la EGCA y tras la experiencia piloto, se considera que el ratio estimado EGCA/paciente pluritalógico complejo, debería ser de 1 para la atención de cada **100 pacientes/año** (lo que no implica una cartera constante de 100 pacientes, ya que variará según la estancia en domicilio de cada caso). Con todo, este ratio y el dimensionamiento a realizar por cada Organización de Servicios serán gestionados en función de la realidad de su ámbito de actuación, dispersión de centros, distancias geográficas de las poblaciones incluidas y en base a los PIP establecidos en el Contrato Programa.

Para el perfil de la EGEH, el dimensionamiento de esta figura, deberá definirse en cada OS. Este perfil podrá realizarse por un número determinado de personas (por Unidades de Hospitalización, Área de cuidados,...) o ser concentrado en un solo puesto de trabajo, en función del tamaño y características de cada Hospital.

III. **Estandarización de las pautas de seguimiento de los pacientes en su domicilio.**

Se considera que a todo paciente pluripatológico complejo (y después de

haber tenido un ingreso), se le debe establecer y realizar un plan de seguimiento y vigilancia en su domicilio, tras el alta hospitalaria, por parte de la EGCA y el EAP (médico y enfermera de referencia), durante un tiempo que se requiera y dependiendo de sus condiciones clínicas.

En función de las condiciones de complejidad y/o inestabilidad de los pacientes, será o no necesaria la intervención continuada de la EGCA.

IV. Protocolización de los cuidados a realizar en las diferentes patologías.

Dada la variabilidad existente en la atención sanitaria llevada a cabo por los profesionales, se ha detectado la necesidad de estandarizar los protocolos de atención para las diferentes patologías, como mínimo a nivel de microsistema (Especializada con Primaria).

Por ello, sería necesario establecer criterios consensuados de actuación (Entre Primaria y Especializada) para la atención y seguimiento de pacientes con diferentes patologías y para los distintos estadios de la enfermedad: en situación de estabilidad / en situación de inestabilidad, siendo imprescindible que las EGCA puedan contar con ellos para facilitar su intervención.

V. Establecimiento de circuitos de comunicación y acceso a la información, entre niveles: Especializada, Primaria, S.Mental.

Debido a los diferentes sistemas de información sanitaria existentes en la red (Osabide AP, e-Osabide, Osabide Global, Global Clinic...) se debería establecer un circuito único para compartir información entre ambos niveles.

En su defecto, se debería definir una fuente de información oficial única (en función de la consulta que se quiera efectuar) a la que poder recurrir por parte de los profesionales sanitarios.

A su vez, se considera importante que las enfermeras de especializada puedan citar en las agendas de AP, actos a realizar por las enfermeras de los Centros de Salud. Así la enfermera de A.P. vería en su agenda qué pacientes tiene derivados de la EGEH y qué tipo de acto se requiere (llamada de teléfono, consulta, atención en domicilio...), según se trate de intervenciones de tipo asistencial o de información a suministrar a los profesionales, pacientes o cuidadores, o a otros niveles (sociosanitario, inspección,...).

Así mismo, en cada microsistema debería cerrarse el circuito de comunicación entre Primaria y Especializada permitiendo que el Informe de Cuidados (incluyendo la información cuidados en domicilio) fluya de manera bidireccional, es decir, de Primaria a Especializada, y viceversa, de manera que ambas partes puedan disponer de lo acontecido y realizado en cada nivel.

VI. Establecimiento de indicadores de seguimiento y evaluación de la actividad.

Es importante que una vez se realice el despliegue de las Nuevas Competencias Enfermeras, se determinen indicadores de eficacia y resultados. Sería deseable tener un único sistema de medición para conocer los costes de la atención de pacientes pluripatológicos con la intervención de enfermeras con estas nuevas competencias, y así poder conocer el impacto de su intervención en los costes finales de la atención a pacientes pluripatológicos, y qué diferencias se pueden encontrar con este cambio en la forma de ofertar la atención y seguimiento, que sin duda supone un eslabón

en el cambio de modelo asistencial que requiere el abordaje de la cronicidad.

Podría conocerse también, cual es la eficiencia de los cuidados incluidos en el tipo de intervención que se quiera realizar.

- VII. **Desarrollar criterios de coordinación con OSAREAN.** Para avanzar en el éxito del seguimiento de los pacientes las 24 horas del día y los 365 días del año, es necesario que cada O.S. tenga definida y permanentemente actualizada la relación de Enfermeras gestoras (EGEH, EGC y EGCA) que sean las referentes de cada Hospital/Centro/ Unidad, con el fin de facilitar en acceso y la comunicación, incluyendo los teléfonos y correos (e-mail) de contacto, así como la forma de citación y los actos, definidos en las respectivas agendas de dichas referentes.

2. Formación

Con el fin de poder incorporar las actividades específicas de cada figura tanto en A.P como en A.E, y como requisito previo al despliegue, se deberán llevar a cabo las correspondientes sesiones formativas dirigidas tanto a enfermeras que van a desarrollar las diferentes figuras como a líderes gestores de cada organización.

La formación dirigida a líderes enfermeros orientada a impulsar el despliegue en las diferentes Organizaciones de Servicios en línea con los PIP del Contrato Programa

La dirigida a las /os enfermeras/os, orientada a la práctica definida en cada figura para asegurar el cumplimiento y evaluación de los nuevos roles en línea con la estrategia de la cronicidad y compromisos del Contrato Programa, centrándose en la operativa de cada figura, en la gestión y coordinación de recursos y teniendo en cuenta la estratificación de pacientes, centrándolo en los pluripatológicos.

3. Plan de comunicación interno y externo

Se deberá llevar a cabo un plan de comunicación a diferentes niveles:

- **Plan de comunicación interno** dentro de cada Organización de Servicio: principalmente a los profesionales Sanitarios implicados por la nueva operativa de trabajo, como al resto de profesionales en general. (El resultado de las encuestas de satisfacción de los profesionales refuerza la necesidad de llevar a cabo dicha comunicación.)
- **Plan de comunicación externo:** A otros agentes sociales implicados fuera de Osakidetza y a la población en general.

Se propone que la definición y ejecución del **plan de comunicación interna** se haga consensuadamente entre la Organización Central de Osakidetza y las Organizaciones de Servicios implicadas. Esto redundaría en propiciar el cambio cultural y organizativo, necesarios para dar respuesta a las necesidades poblacionales actuales que se plantean en la estrategia de cronicidad.

Respecto al **plan de comunicación externo** se propone llevar a cabo una comunicación a la ciudadanía por un lado, y otra dirigida al ámbito institucional externo: instituciones académicas, profesionales y socio-sanitarias.

GLOSARIO DE TERMINOS

AP: Atención Primaria

AE: Atención Especializada

CIC: Código Identificación Corporativo

CONTRATO PROGRAMA:

DBP: Dato Básico de Paciente

EAP: Equipo de Atención Primaria

EGEH: Enfermera Gestora de Enlace Hospitalario

EGC: Enfermera Gestora de la Continuidad

EGCA: Enfermera Gestora de Competencias Avanzadas

ENFERMERA GESTORA DE CASO: Es el profesional que realiza la gestión de casos para dar respuesta a la necesidad de actuar de forma proactiva y coordinada al identificar a personas más vulnerables, con situaciones y patologías complejas (normalmente de larga duración), e implica un esfuerzo de coordinación y gestión de sus cuidados en estrecha colaboración con el interesado y sus cuidadores.

IP (Índice Predictivo): Medida que resume las necesidades de atención sanitaria de cada paciente en el futuro. Se obtiene dividiendo el consumo esperado de recursos de esa persona en el año próximo entre el promedio global de una población específica. En este proyecto, se ha tenido en cuenta la población del País Vasco

OS: Organización de Servicios

OSI: Organización de Servicios Integrada

PACIENTES CUMPLEN CRITERIOS DE INCLUSIÓN: Total pacientes captados + Pacientes que no aceptan + Pacientes excluidos tras cumplir criterios de inclusión.

PIP: Plan de Intervención Poblacional

REINGRESO: Cuando un paciente captado en el primer ingreso (dentro del periodo de intervención) vuelve a ingresar en el periodo de intervención.