



ENFERMERA COMUNITARIA DE ENLACE EN **ANDALUCÍA**

PROMOCIÓN DEL AUTOCUIDADO

2ª EDICIÓN DE LOS PREMIOS
ENFERMERÍA EN DESARROLLO

INDICE

1. Resumen:.....	3
2. Justificación.....	3
3. Desarrollo.....	4
POBLACION DIANA.....	5
OBJETIVOS.....	5
ACTIVIDADES.....	6
4. Conclusiones.....	7

Título: Enfermera comunitaria de enlace en [REDACTED]

Categoría: Promoción del autocuidado

1. Resumen:

La enfermera comunitaria de enlace (ECE) es la profesional sanitaria gestora de casos la cual proporciona una práctica avanzada de cuidados. El Servicio andaluz de salud y el Servicio canario de salud fueron las comunidades pioneras en la implantación de las ECEs en el territorio español. La gestión de casos es el proceso en el que se valora, planifica, y se aplican cuidados de salud sobre el paciente, teniendo en cuenta que los cuidados deben ser de calidad, eficaces y eficientes. La ECE se encarga de que los pacientes y sus cuidadores cuenten con una valoración integral acorde con sus necesidades y con unos cuidados fundamentados en la prevención y tratamiento. Una característica fundamental de la Enfermera Comunitaria de Enlace (ECE) es la coordinación entre profesionales (Enfermera de enlace hospitalaria, médico, servicios sociales...) que contribuye a la continuidad de cuidados del paciente. La población diana de la enfermera comunitaria de enlace en [REDACTED] son las personas susceptibles de cuidado en domicilio debido a la complejidad de los casos. Se distinguen principalmente 5 grupos:

1. Pacientes inmovilizados y grandes discapacitados.
2. Pacientes terminales con cuidados paliativos.
3. Pacientes con alta hospitalaria y necesidad de cuidados en domicilio.
4. Personas cuidadas en instituciones.
5. Los cuidadores de estos grupos de pacientes.

Los objetivos principales son proporcionar unos cuidados asistenciales de calidad en el paciente que se encuentra en su domicilio y cuidadoras de este tipo de pacientes. Así mismo se establecerá una coordinación sanitaria entre los profesionales del centro de salud que contribuya a la garantía en la continuidad de cuidados. Este trabajo tiene con fin proporcionar información sobre las funciones, población diana, y actividades llevadas a cabo por la enfermera de enlace comunitaria (ECE) en el Servicio Andaluz de Salud.

2. Justificación

El objetivo general de este trabajo promocionar las funciones de la Enfermeras [REDACTED] de enlace, destacar su función y explicar a quién van dirigidos sus cuidados.

3. Desarrollo

El Decreto 137/2002 de Apoyo a las Familias [REDACTED] puesto en marcha por la [REDACTED], recoge actuaciones específicas en campos como la educación, la vivienda, el empleo y la sanidad.

Tras este Decreto, en materia de sanidad, [REDACTED] ha desarrollado, entre otras estrategias para mejorar la atención domiciliaria la figura de la Enfermera Comunitaria de Enlace, cuyo principal objetivo se centra en potenciar la asistencia domiciliaria, coordinando la intervención de los distintos profesionales en el equipo de Atención Primaria y con el de Atención Especializada. La Enfermera Comunitaria de Enlace (ECE), es un profesional que enmarca su trabajo dentro de la gestión de casos con una práctica avanzada de cuidados. La gestión de casos es un proceso de colaboración en el cual se valora, planifica, aplica, coordina, monitoriza y evalúa las opciones y servicios necesarios para satisfacer las necesidades de salud de una persona, articulando la comunicación y recursos disponibles que promuevan resultados de calidad y costo-efectivos. La gestión de casos aplicada a los cuidados es un proceso dirigido a recoger información específica sobre las necesidades de los usuarios, identificar los problemas, diseñar un plan de intervención y coordinar las actividades con los profesionales y familiares implicados, mediante el cual la enfermera vela para que el paciente alcance los objetivos marcados en su plan asistencial coordinándose con diferentes profesionales y movilizándolo los recursos necesarios garantizando así una atención integral y continuada que resuelva las necesidades de cuidados del paciente y su cuidadora.

La ECE se encargará de que los pacientes y sus cuidadoras cuenten con una valoración integral acorde con sus necesidades (realizada por ella y/o por otros profesionales del EBAP) que determine un plan de actuación enfocado fundamentalmente de paliar los problemas de salud existentes y prevenirlos.

Realizará, junto con el resto del equipo, todas aquellas actividades dirigidas a la información y formación de las cuidadoras, prestando apoyo a la persona cuidadora de forma individual y grupal. Esta enfermera incorpora a su modelo de práctica clínica la coordinación como elemento fundamental y constituye un eslabón entre la Atención Especializada y la Atención Primaria, teniendo una participación activa en las Comisiones de Cuidados de Área, discusión de casos, sesiones de seguimiento de planes de cuidados conjunto y planificaciones al alta conjunta.

POBLACION DIANA

La población diana del servicio de Enfermera Comunitaria de Enlace se compone de todas aquellas personas susceptibles de recibir atención a domicilio que por la complejidad de su proceso o situación de salud requieran la puesta en marcha de elementos de coordinación con diferentes profesionales y de la movilización de los recursos necesarios para garantizar una atención integral y continuada que de respuesta a sus necesidades de cuidados y a las de su cuidadora. Se distinguen los siguientes grupos de personas dentro de esta población diana:

1. Personas inmovilizadas o grandes discapacitados, estimándose esta población en el 15 % de los mayores de 65 años.
2. Personas inmovilizadas o grandes discapacitados menores de 65 años, estimándose en el 9,6 % de los menores de 65 años.
3. Pacientes en situación terminal con necesidad de cuidados paliativos, estimándose ésta en el 0.3 % de la población general.
4. Personas con alta hospitalaria necesitadas de cuidados a domicilio estimándose ésta en el 12,5 % del total de las altas hospitalarias.
5. Personas cuidadas en instituciones, estimándose en un 2,5 % de la población mayor de 65 años.
6. Cuidadoras principales de este tipo de pacientes. Se estima en un 50 % del total de personas necesitadas de cuidados domiciliarios, sin incluir las personas internadas en residencias.

OBJETIVOS

1. Mantener y mejorar la calidad de vida relacionada con la salud de toda persona incapacitada y/o de riesgo atendida en su domicilio, que cumpla con los criterios de inclusión.
2. Mantener y mejorar la calidad de vida relacionada con la salud de las cuidadoras principales de estos pacientes.
3. Facilitar la mejora de la Atención Domiciliaria al Equipo de Atención Primaria.
4. Mejorar la coordinación del equipo de Atención Primaria con la red social.
5. Mejorar la coordinación con otros niveles asistenciales como elemento de garantía de la continuidad de cuidados.
6. Garantizar el uso adecuado del material de ayudas técnicas para el cuidado.

ACTIVIDADES

1. Captación activa, junto con otros miembros del EBAP y otros profesionales del Dispositivo de Apoyo, de todas las personas susceptibles de recibir atención domiciliaria.
2. Impulsar la atención integral a las necesidades de cada persona captada, por todos los profesionales que intervienen en la provisión del servicio, directamente y / o de forma complementaria en todos los casos necesarios
3. Captación de las cuidadoras principales de todas las personas incluidas en atención domiciliaria
4. Impulsar medidas que mejoren la atención integral a las cuidadoras principales de las personas incluidas en la atención domiciliaria
5. Ofrecer talleres de apoyo al cuidado para las cuidadoras principales de las personas incluidas en la atención domiciliaria
6. Fomentar redes de apoyo, formales e informales, para los cuidadoras principales de las personas incluidas en la atención domiciliaria
7. Participar en actividades de formación conjunta con los profesionales de los EBAP
8. Consensuar modelos de actuación para la mejora de la atención domiciliaria
9. Realizar actuaciones concretas con las redes informales tales como: colaboración con asociaciones de cuidadores informales, ONG, promover redes de acompañamiento con voluntariado...
10. Planificación de altas hospitalarias con las enfermeras supervisoras y enfermeras de las unidades de hospitalización de aquellos pacientes susceptibles de ser incluidos en el programa de atención domiciliaria
11. Coordinación con las Enfermeras de los Equipos de Salud Mental de Distrito (ESMD) para la puesta en marcha de mecanismos para el desarrollo de programas de cooperación entre ambas como: programas de interenlace, formación y asesoramiento.
12. Realizar la valoración y petición del material de ayuda teniendo como referencia el protocolo de asignación de dicho material junto al resto de los miembros del EBAP y las Trabajadoras Sociales de los Dispositivos de Apoyo de los Distritos Sanitarios
13. Colaborar en la recuperación de material de ayuda de atención domiciliaria junto al resto de los miembros del EBAP y las Trabajadoras Sociales de los Dispositivos de Apoyo de los Distritos Sanitarios

4. Conclusiones

La sociedad ha experimentado cambios dando lugar a nuevos problemas de salud que debemos dar respuesta. Todos los pacientes que son incluidos en el grupo de población diana de las enfermeras de enlace comunitaria se les debe dar un trato de calidad, haciendo una valoración, planificación y ejecución con recursos necesarios fomentando la eficiencia. Esta nueva figura sanitaria contribuye enormemente tanto en aplicar cuidados, educar sanitariamente a cuidadores y coordinar y gestionar la comunicación entre los profesionales sanitarios y no sanitarios fomentando una continuidad de cuidados de calidad.