

CATEGORIA: TRABAJO ENFERMERO

TÍTULO:

**RESULTADOS EN SALUD: DOS AÑOS EFECTIVOS DEL SOPORTE VITAL
AVANZADO DE ENFERMERÍA.**

RESUMEN:

Tras el análisis de las áreas de mejora de nuestro Servicio de Emergencias Extrahospitalario (SEM) se detectó la necesidad de optimización de los tiempos de atención a la emergencia. Con la publicación del Real Decreto 836/2012, de 25 de mayo, por el que se establecen las características técnicas, el equipamiento sanitario y la dotación de personal de los vehículos de transporte sanitario por carretera, se propicia el diseño y despliegue de un nuevo recurso, como el Soporte Vital Avanzado de Enfermería (SVAE), que impacta no sólo en la mejora de los tiempos de atención, sino también en los tiempos de realización de Traslados Interhospitalarios (TIH) . Dicho recurso es el resultado de un Proyecto de desarrollo de la enfermería en el ámbito extrahospitalario, en cuánto al aumento de la competencia científico técnica, dotando de destrezas y soft skills, y autonomía en el trabajo enfermero, con el uso de lenguaje enfermero en el informe clínico y planes de cuidados estandarizados, y por ende mejora de la competencia profesional que supone una mejora en la prestación del servicio y en los resultados en los pacientes.

JUSTIFICACIÓN:

La atención a los problemas de salud de los ciudadanos supone un reto continuo para adaptar las estructuras sanitarias y poder dar respuesta a las necesidades asistenciales de la población en base a la evidencia científica y aceptabilidad social de cada época.

Nuestro SEM tiene implantado un Sistema de Gestión de la Calidad certificado que promueve la Mejora continua, proceso a través del cual se identificaron áreas de mejora, entre las que se valoró como prioritaria los tiempos de actuación ante las emergencias sanitarias.

Al dedicarse a la atención de la urgencia y emergencia allá donde los ciudadanos puedan precisarla, es de vital importancia implementar actuaciones para reducir el tiempo que transcurre entre la solicitud de atención, es decir, cuando el usuario llama al 112 hasta que el recurso asistencial llega a donde se haya producido el incidente.

En este análisis también se vio los tiempos empleados para realizar las coordinaciones interhospitalarias, es decir, los traslados entre hospitales, de pacientes pediátricos, neonatales y otros del tipo de pacientes con enfermedades infectocontagiosas. La alta complejidad o especial coordinación, hace que se emplee una media de entre 3 y 5 horas para su realización. Durante este tiempo en el que los Soportes Vitales Avanzados, o UVI-móviles, están realizando dichos traslados, las zonas a la que prestan la cobertura sanitaria con isocronas recomendables, hace que se tenga que cubrir con otros dispositivos de las zonas aledañas, prolongando los tiempos de atención.

La Ley 16/2003 de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, que reconoce el derecho de los profesionales a progresar y a que se reconozca el desarrollo competencial en cuanto a conocimientos, experiencia asistencial, labor investigadora y cumplimiento de los objetivos de la organización en la cual prestan sus servicios, y el Real Decreto 836/2012, de 25 de mayo, por el que se establecen las características técnicas, el equipamiento sanitario y la dotación de personal de los vehículos de transporte sanitario por carretera, permitieron dar un marco jurídico a este modelo implantado en nuestro SEM.

Este decreto presenta como novedad la posibilidad de dotar a las ambulancias asistenciales tipo C, destinadas a proporcionar Soporte Vital Avanzado (SVA), con un “conductor que esté en

posesión del título de formación profesional de técnico en emergencias sanitarias (TES) y con un enfermero que ostente el título universitario de Diplomado Enfermería o título de Grado que habilite para el ejercicio de la profesión regulada de enfermería, o correspondiente título extranjero homologado o reconocido”.

Esta normativa, que venía verdaderamente a regular una “práctica” existente e instaurada en varias Comunidades Autónomas, ha permitido el desarrollo e implantación de un nuevo recurso asistencial liderado por enfermería, el SVAE, dentro de la red sanitaria pública, concretamente en la asistencia a la urgencia y emergencia extrahospitalaria, para conseguir en primera instancia una mejora en los tiempos de atención a emergencias, de los tiempos en la realización de TIH y por último, y no menos importante la contribución al desarrollo de las competencias y autonomía de la enfermera extrahospitalaria orientada a la mejora de la prestación del servicio a los pacientes y de la calidad asistencial.

DESARROLLO

Desde el año 2012 nuestro SEM dispone de 2 unidades SVAE, formadas por una enfermera y dos TES. Inicialmente estas unidades solo se encargaban de realizar el TIH, previa la aplicación de escalas de medición del riesgo (10) y se denominaban históricamente como Soporte Vital Intermedio (SVI).

En febrero de 2018 estos dos recursos (SVI 1 y 2) pasan a denominarse UVI móvil 27 y 28, y comienzan a realizar también avisos primarios (atención a la emergencia como primer recurso móvil) en función de la disponibilidad de recursos con médico y de la isócrona de tiempo óptima para las características de la demanda.

El día 1 de abril de 2019 se finaliza la implantación del proyecto SVAE en nuestro SEM con dos USVA (UVI 27 y 28), asociado a un hito histórico como son los procedimientos operativos de activación y guías de actuación avaladas por todo el equipo de Dirección-Gerencia, la posibilidad de transmisión del electrocardiograma y de una comunicación telefónica/tetra directa con el médico del SCU asociado a grabación por motivos de seguridad, junto con órdenes de dispensación telemática.

Este proyecto de mejora de la calidad asistencial para su efectiva implantación tenía asignada una dotación de recursos. Su despliegue progresivo en el horario previsto de 25/07/365 supuso la contratación de hasta un total de 34 profesionales de enfermería, que desempeñan su labor asistencial entre el ámbito asistencial SVAE y de coordinación en el Servicio Coordinador de Urgencias (SCU).

Las fases para la puesta en marcha del SVAE fueron:

- ✓ Revisión Bibliográfica para identificar las experiencias previas.
- ✓ Actualización del Perfil de Competencias del Puesto de Trabajo, en el que se detalla la misión, la dependencia orgánica y funcional, además de la descripción de las funciones y tareas a realizar, y la enumeración de una serie de requisitos formativos, para asegurar la competencia científico-técnica, sin olvidar una nivelación de competencias blandas.
- ✓ Puesta en marcha del equipo de Supervisión de Guardia del [REDACTED] (inexistente hasta este momento), para apoyo de dichas unidades por personal de reconocido prestigio y trayectoria en la organización.
- ✓ Rediseño de la Cartera de Servicios para conformar la nueva Cartera de Servicios del SVAE. Esto conlleva:

1. Elaboración y actualización de Procedimientos Clínico Asistenciales, elaborados por equipos multidisciplinares además de consultados con las Comisiones Clínico-Asistenciales del Servicio, como la de ICTUS, Trauma Grave... aprobados unánimemente por la alta dirección de la organización.

Cabe resaltar la importancia de estandarizar protocolos de actuación del SVAE, para que la prestación de la asistencia sea acorde a estándares de buenas prácticas, reduciendo la variabilidad, y contribuyendo a la Seguridad del Paciente aportando robustez al sistema.

Estos procedimientos fueron avalados por el [REDACTED], [REDACTED], emitiendo un informe sobre la prestación de servicios de

transporte sanitario, reconoce que “el profesional tanto diplomado, como grado de enfermería, está capacitado y habilitado para, de forma independiente en situaciones de urgencias, emergencias, crisis y/o catástrofes, tomar las medidas o acciones inmediatas para preservar la vida”, según la Directiva 2013/55/UE del Parlamento Europeo y del Consejo de 20 de noviembre de 2013 , refrendando la ampliación de la Cartera de Servicios del SVAE.

De tal manera que se pasa de una actividad centrada en traslados interhospitalarios de baja complejidad de cuidados a atender avisos primarios, es decir, avisos que por el índole del nivel de urgencia, se establece como prioridad “0” ó “Emergencia”.

Esta Guía de Procedimientos cumple con los requisitos marcados en el Real Decreto 1093/2010, de 3 de septiembre, por el que se aprueba el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud, al incluir en el Informe de Cuidados de Enfermería los diagnósticos, resultados e intervenciones de enfermería, así como la valoración activa del paciente durante todo el proceso asistencial, hace que este SEM sea el primer servicio con la metodología NANDA NIC NOC implantada en sus Informes Clínico Asistenciales.

2. Se procede a hacer una implantación en el Proceso Asistencial de Atención a la Emergencia “in situ” realizando mejoras en el árbol lógico de toma de decisiones del SCU e incorporando la activación del recurso SVAE dentro de la prioridad 0 (emergencias).
3. Se inicia el proceso de formación en Transporte neonatal de todas las enfermeras adscritas al recurso, para poder dar respuesta a los

aproximadamente 700 traslados anuales que se realizan producto del plan de mejora del transporte neonatal de la Comunidad.

4. La normalización de la dotación de personal, aumentando la mínima definida en requisito legal, con un TES siendo en total de una enfermera y dos TES, hecho que también diferencia de otros modelos de SVAE de otras comunidades. Además de sustituirse dichos TES, que en origen eran de una empresa subcontratada, a ser personal TES del propio servicio.
5. La normalización del equipamiento, incluyéndose en Gestión de Flota, y los diferentes circuitos de aprovisionamiento de medicamentos y productos sanitarios.
6. Diseño de las actividades de intervención conjunta, en las que se precisa apoyo médico telefónico, con la creación de una línea de atención exclusiva para estos recursos, para que mediante conversación grabada se prescriban ordenes de tratamiento o posibles pruebas u obtención de muestras a pie de cama.
7. Incorporación de nuevas tecnologías para la visualización de la monitorización del paciente en remoto, o la asistencia a la indicación farmacológica mediante el diseño de una aplicación ad hoc.
8. A lo largo de todo el proceso se mantienen reuniones con los mandos intermedios de la organización Jefes de Guardia, Responsables de Unidad Funcional (RUF), Representantes de los trabajadores, profesionales que no se sienten identificados con el proyectos y los cuales sienten ciertos miedos, así como se informa a todos los presidentes de las comisiones clínico asistenciales.

9. Además de una sesión clínica con alta participación con todos los profesionales para explicar el proyecto y los procedimientos con mayor detalle.

CONCLUSIONES

- La implantación del recurso SVAE en nuestro SEM ha respondido a la necesidad detectada de optimización de los tiempos de atención a la urgencia , alcanzando tiempos en el 2019 de 15 minutos 04 segundos, constituyendo una reducción del 3% correspondiéndose a la tendencia creciente de la actividad del SVAE. Es el recurso con mayor crecimiento de actividad asistencial entre 2014-17 alcanzando un 39,16%. El cambio de modelo arrojó un saldo de avisos de 1949 y en 2019, ya con el proyecto a pleno rendimiento de 3201 avisos en 2019, con un incremento de actividad total del 39,11% en dicho año y de 3250 en 2020 manteniéndose la tendencia alcista. 8400 avisos en poco más de dos años y medio, que avalan la estabilidad del proyecto, con tan sólo una única reclamación por retraso en un traslado interhospitalario.
- La reducción del tiempo de atención impacta directa y proporcionalmente sobre las posibles repercusiones y complicaciones en la atención de las patologías tiempo-dependientes como puede ser la Parada Cardíaca o enfermedad Traumática.
- En cuanto a los TIH , en especial del Transporte Pediátrico, ha garantizado en las mejoras isocronas de otros Soportes Vital Avanzados en las zonas de difícil cobertura, dejándolas operativas en zona de influencia 2.200h más. El impacto en el nivel tanto de eficacia y eficiencia es evidente.
- El tiempo medio dedicado al transporte neonatal es de tres horas que multiplicado por los 612 traslados realizados en el 2019, obtendríamos un total de 1836 horas del resto de unidades medicalizadas que antes realizaban dichos traslados y ahora permanecen operativas en sus áreas de referencia para mejorar los tiempos de respuesta ante emergencias.

- El SVAE no sólo supone una mejora en la atención al paciente en cuanto a la pronta atención, sino que supone una mejora en la formación y destreza de las enfermeras en el ámbito extrahospitalario debido al plan de formación continuada específico para la mejora de la atención de los TIH especiales (neonatos, pediátricos y de riesgo biológico) unido al aumento de la experiencia al ser éstos su principal actividad asistencial, permite un control más exhaustivo del grado de actualización de conocimientos, promueve una alta especialización al disponer de la ventaja de ser un grupo reducido de enfermeros.
- El SVAE ha supuesto la implantación de una decisión estratégica de Mejora de la Calidad asistencial en base a una evolución de perfil competencial de la enfermera extrahospitalaria, progresando en la adquisición de competencias en la atención al paciente, fomentando la autonomía del trabajo enfermero con el empleo del lenguaje enfermero, realizando diagnósticos NANDA, intervenciones (NIC) y evaluando los resultados (NOC).
- La creación de unos Procedimientos Clínico-Asistenciales propios, es decir, especialmente diseñados para recursos tipo SVAE , que no existen en otras comunidades, constituye la principal innovación, es además de complementados con Planes de Cuidados Estandarizados con metodología NANDA acorde el Real Decreto que define el Conjunto Mínimo Básico de Datos.
- En la encuesta de satisfacción de usuarios de 2019, no existían diferencias entre la percepción de los pacientes y sus familias al ser atendidos por un SVA tradicional o por un SVAE. Ratificando que eficiencia en la gestión de los recursos públicos, efectividad en la asistencia y calidad percibida van de la mano en la mejora integral de la calidad de la atención sanitaria.
- La migración del SVI al SVAE ha supuesto un valor añadido organizacional de oportunidad para los ciudadanos garantizando la mejora de resultados en salud.
- En el año 2020 se ha iniciado un proyecto de investigación cualitativa sobre la percepción de los profesionales adscritos a dicho recurso, siendo presentado a premio en 31 Jornadas de Enfermeras Gestoras en este año 2021.

- **El proyecto es un ejemplo de posicionamiento y geoestrategia de la disciplina enfermera.**