

Enfermeras de Prácticas Avanzadas en Salas de Coordinación

CONSEJERIA DE SALUD

Servicio Andaluz de Salud

Empresa Pública de Emergencias Sanitarias

Estrategia de Cuidados de Andalucía

Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias



COORDINACIÓN:

**Concepción Padilla Marín, Mónica Rodríguez Bouza, Luis Francisco Torres Pérez,
Susana de Castro García, Enrique Fernández García.**

Autores:

**Luis Torres Pérez
Susana de Castro García
Francisco Ávila Rodríguez
Francisco Muñoz Ronda
Enrique Terol Fernández
Manuel Moyano Jiménez
Wilfredo López Jimeno
Urbano José Paz León
Ana Torres López
Belén Ramos Rodríguez
Josefa Caballero López
Ana Bocanegra Pérez**

Contenido

| | |
|--|----|
| Contenido | 3 |
| 1 Introducción EPA en Emergencias Extrahospitalarias. | 4 |
| 2 Destinatarios y Objetivos. Expectativas..... | 8 |
| 3 Descripción del Servicio | 10 |
| 4 Competencias y Plan de Formación..... | 14 |
| 5 Bibliografía | 19 |

1 **Introducción EPA en la Sala de Coordinación de Urgencias.**

La atención urgente en España constituye uno de los servicios más demandados por la población: casi 16 millones de asistencias anuales en todo el territorio nacional, de las cuales apenas ingresan el 20%, siendo el resto procesos susceptibles de ser resueltos en el nivel de Atención Primaria. En Andalucía, en los centros hospitalarios, durante el año 2007, se atendieron un total de 3.937.409 urgencias, de las cuales se han ingresado un 9,63%. Esta frecuentación tan importante puede ocasionar, saturaciones puntuales de los servicios de urgencias y la consiguiente espera de los usuarios que acuden.

Uno de los motivos que explican esta alta frecuentación es el cambio que se está produciendo en el perfil sociosanitario de los usuarios. Cada vez con mayor frecuencia recurren a los servicios de urgencias y emergencias pacientes crónicos, como causa del envejecimiento poblacional y de la mayor supervivencia de estos pacientes debido a los avances de la medicina. Diabetes, artritis, enfermedades respiratorias crónicas, obesidad y trastornos crónicos de salud mental suponen en España el 70% del gasto sanitario (Bengoia, 2008). Estos pacientes presentan en muchos casos comorbilidad y requieren tratamientos complejos, por lo que se incrementan las complicaciones y tienen mayor probabilidad de sufrir eventos adversos (EA). El estudio ENEAS pone de manifiesto que conforme aumenta el número de factores de riesgo se incrementa la aparición de EA, y que el grado de vulnerabilidad de los pacientes es un factor decisivo en la aparición de estos.

Otro de los factores a valorar es la tendencia al alta hospitalaria precoz, que contribuye a incrementar la complejidad de los pacientes agudos que están accediendo a los servicios de urgencias extra e intrahospitalarios.

Otra de las circunstancias determinante es el cambio que han experimentado los servicios sanitarios en el ámbito de la urgencia, evolucionando hacia una focalización en los procesos agudos. La atención a la persona en situación crítica ha sido uno de los campos de los servicios de salud que mayores transformaciones ha sufrido en los últimos 25 años. Esta evolución ha estado marcada por un enorme progreso tecnológico y una gran mejora de la efectividad, con la consecución de grandes retos, como la atención rápida a la cardiopatía isquémica aguda, el soporte vital avanzado en el politraumatizado o los dispositivos de soporte prolongado del paciente crítico (ventilación mecánica, monitorización hemodinámica, etc). Por lo que la población identifica estos servicios como aquellos mejor preparados para abordar situaciones graves o percibidas como tal por el usuario, o como una suerte de ventanilla única capaz de dar respuesta a cualquier cuestión.

La atención técnica en respuesta al problema fisiopatológico en este contexto parece haber alcanzado cotas de efectividad aceptables. El recorrido que la enfermería de emergencias ha realizado para proporcionar al paciente crítico un cuidado integral, es de apenas seis años en nuestra Comunidad. Tiempo en el que se ha determinado de forma cada vez más nítida cómo se debe cuidar al paciente crítico y urgente. Se han dado pasos en los que enfermería ha demostrado la importancia de su rol autónomo para la adecuada atención del paciente. Sirva como ejemplo indicar, que de enero a octubre de 2010, los profesionales de enfermería de EPES han realizado 166 derivaciones a enfermería de familia o enfermería gestora de casos en aquellos pacientes en los que se ha detectado la necesidad de una reorientación en los cuidados del paciente, determinados problemas con el cuidador/a del mismo o pacientes no conocidos por atención primaria con necesidad de valoración por enfermería de este nivel asistencial. A pesar de este avance, sería necesario, desde los centros de coordinación de urgencias y emergencias, valorar la atención a las respuestas humanas de nuestros pacientes en el contexto de la atención urgente; este enfoque ha demostrado en diversos ámbitos que puede conseguir una resolución positiva de aquellas demandas que se alejan de lo estrictamente físico y biomédico y que sin duda influyen en su evolución.

La aparición de nuevas competencias en base a la implantación de la titulación de grado en enfermería, las nuevas especialidades, la puesta en marcha de nuevos modelos de desarrollo competencial a través de Prácticas Enfermeras Avanzadas y el inicio de nuevas actividades relacionadas con la prestación farmacéutica de estos profesionales, puede incrementar la capacidad de resolución de la enfermera, dando respuesta a algunas de las demandas en las que actualmente no son finalistas, y por consiguiente incrementando los niveles de eficiencia, eficacia y satisfacción del ciudadano.

Si exploramos la bibliografía existente sobre los modelos de clasificación y telecuidados telefónicos guiados por enfermeras implantados en otros entornos, los resultados evidencian que estos profesionales pueden ser una respuesta con alto grado de efectividad en el contexto de la Sala de Coordinación.

En este sentido haremos referencia a una revisión sistemática realizada para valorar los efectos de la consulta y el triaje telefónico sobre la seguridad, la utilización de recursos y la satisfacción de los usuariosⁱ. Los autores concluyen que se redujeron las visitas al médico de familia en un 39%, un 25% de las llamadas se manejaron sólo mediante consejo telefónico, hay una alta satisfacción (78-98%) con el tiempo de espera, el tiempo empleado en la llamada, el nivel de resolución del problema. No hay diferencias significativas entre médicos y enfermeras en el número de incidencias atendidas sólo por teléfono, en el número de visitas a urgencias, en ingresos hospitalarios ni en mortalidad.

Además de la clasificación de pacientes, las enfermeras pueden gestionar demandas de prioridad baja, ofreciendo alternativas distintas a la asignación de ambulancia, estableciendo un acuerdo con el usuario sobre la conveniencia o no de la utilización de este recurso. En un estudio realizado para investigar el impacto potencial en los servicios de ambulancia de la valoración y clasificación telefónica sobre problemas no gravesⁱⁱ, las enfermeras no asignaron ambulancia en el 58% de las llamadas, existiendo una asociación

significativa entre las llamadas que no precisaron ambulancia y los usuarios que no precisaron cuidados en urgencias.

La visión diferenciada del paciente por parte de la enfermera, a través de un enfoque holístico, aporta a este escenario que la atención esté fundamentada en los valores que el cuidado integral implica, la promoción de la salud y la relación de ayuda. Existe evidencia sobre la capacidad de estos profesionales para proporcionar soporte emocional y conductual a través de servicio telefónico, además de ayuda telefónicaⁱⁱⁱ

También se han realizado análisis sobre costes y seguridad. Independientemente de que existe una reducción significativa del coste del servicio cuando es atendido por enfermeras. En un estudio de coste y ahorro en el NHS durante un año^{iv} se evidenció una reducción de costes del NHS en base a la frecuentación de servicios de urgencias, reducción de las visitas domiciliarias y reducción de citas de pacientes quirúrgicos. Sobre seguridad del paciente no se han observado diferencias en el número de fallecimientos ni de activaciones de los equipos de emergencia.^v

Tenemos pues un usuario que contacta con el SSPA a través del teléfono (061, 902505061 ó 112) y que necesita obtener una respuesta a un problema de salud que entiende como urgente. Disponemos de instrumentos orientados a la normalización de la práctica clínica, entre las que destacan las herramientas para la clasificación de pacientes y los protocolos de coordinación, procedimientos, vías clínicas y Procesos Asistenciales Integrados ligados a numerosos cuadros nosológicos. Y existe un colectivo profesional capacitado por sus competencias para contribuir a la mejora de la accesibilidad de los ciudadanos a los Sistemas de Salud con resultados óptimos. Por tanto la situación que se plantea es la de hacer confluir estas variables en un escenario de trabajo colaborativo, en el que se incrementa la cartera de servicios con la inclusión de estas profesionales.

El nuevo modelo de coordinación sanitaria de los Centros de Coordinación de Urgencias y Emergencias (CCUE) incide en la necesidad de hacer una distribución más adecuada de la demanda asistencial que entra en los CCUE para que la respuesta a dichas demandas sanitarias sea dada por el perfil más ajustado en función de la naturaleza de las mismas.

En base a esto, el nuevo modelo de coordinación sanitaria implica el trabajo colaborativo de los siguientes perfiles en el CCUE:

- 1.- Perfil Operador
- 2.- Coordinador sanitario
 - Médico/a
 - Enfermera/o
- 3.- Jefe de Sala

La atención a la demanda asistencial que recibe la Sala de Coordinación, está orientada a realizar una priorización apropiada de dicha demanda, ajustando la respuesta a la situación indicada por el alertante, llevando a cabo una gestión eficiente de los recursos disponibles. La utilización de herramientas en este espacio disminuye la variabilidad y es imprescindible, tanto para determinar el nivel de prioridad como el nivel de complejidad y para apoyar la toma de decisiones, con el objetivo de asignar al usuario el recurso más adecuado que de respuesta a sus necesidades.

Podemos contemplar la sala de coordinación como un espacio competencial compartido, en el que los diferentes profesionales se complementan para dar una respuesta integral y adecuada a las necesidades de los usuarios que contactan con el sistema a través de esta puesta de entrada. El/la coordinador/a sanitario/a médico y el/la coordinador/a sanitario/ enfermero/a del Centro de Coordinación de Urgencias y Emergencias asignan recursos, solucionan determinadas demandas de atención sanitaria, y pueden convertirse en instrumentos de ayuda a otros profesionales.

2 Destinatarios y Objetivos. Expectativas.

Los destinatarios son los pacientes y familiares que acceden al SSPA a través de la Sala de Coordinación de EPES, así como médicos, enfermeras y Técnicos de Emergencias Sanitarias que ejercen en el SSPA y tienen relación directa con la asistencia en el ámbito de las urgencias y emergencias extrahospitalarias.

Los objetivos se centran en:

1. Mejorar la accesibilidad, la percepción de seguridad y de intensidad de cuidados de la población, en el caso de la demanda urgente
2. Mejorar la satisfacción de los usuarios de la Sala de Coordinación de Urgencias y Emergencias
3. Abordar y dar respuesta al autocuidado en determinadas demandas urgentes para que el paciente y/o persona cuidadora gestionen de forma adecuada su situación de salud
4. Gestionar de forma eficiente los recursos disponibles para la atención a los ciudadanos que demandan atención urgente, incorporando criterios de vulnerabilidad y necesidad de cuidados en la toma de decisiones.

Expectativas

Sin duda definir los espacios considerados de Práctica Avanzada y su proyección a la realidad asistencial, de alguna manera consiste en pulsar las expectativas de los profesionales implicados. Para ello se creó un grupo multidisciplinar, artífice primordial de los resultados reflejados en este documento.

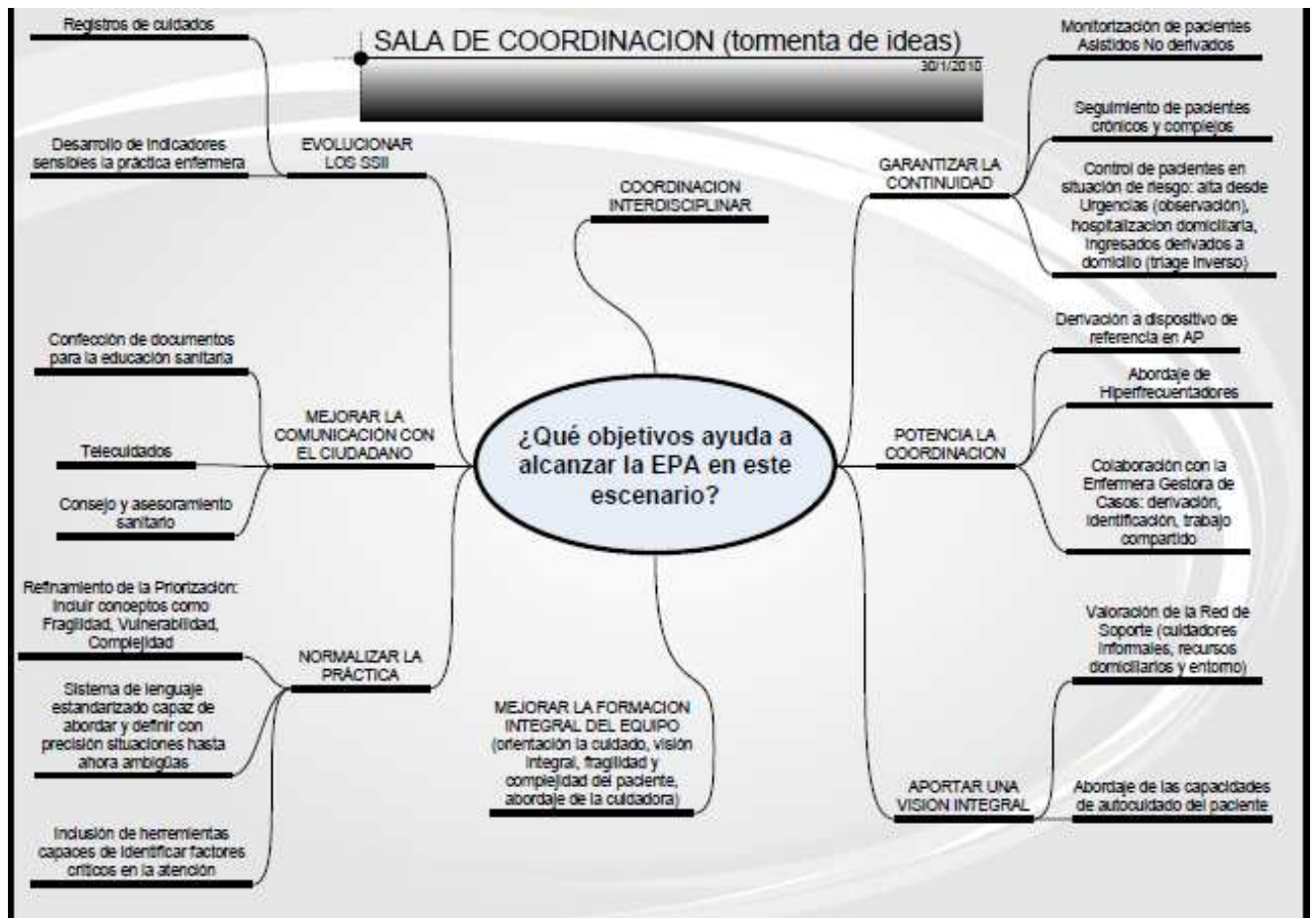
Los escenarios se obtuvieron a través de la integración de técnicas cualitativas, tormenta de ideas, ponderación a través de grupos nominales y Delphy, y sesiones de consenso. Los resultados se triangularon con una revisión a cargo de un grupo de apoyo metodológico que trabaja en colaboración con el grupo.

Los resultados han señalado algunos escenarios de manera rotunda, lo que nos permite identificar claramente unos “componentes principales”:

Gestión de pacientes complejos/frágiles/vulnerables

Derivación de pacientes/Gestión compartida de la demanda AP/GC

Valoración telefónica integral de pacientes
Telasistencia/telecuidados.



Mapa Conceptual EPA de atención en Sala de Coordinación

Actores que condicionan el desarrollo

El despliegue de estas iniciativas está condicionado por una serie de determinantes que deben tenerse en cuenta a la hora del despliegue. Entre los más destacados y que se citan por numerosos autores tenemos (Ruiz Castillo MT, 2010):

- La frecuentación, que determina sobre todo los recursos disponibles y la posibilidad de “acto único”.
- Perfil de los pacientes y de uso del sistema
- Recursos humanos, materiales y estructurales
- Circuitos de atención disponibles.
- La estructura funcional del servicio
- Los sistemas de información y el soporte que brindan a las nuevas iniciativas.

3 Descripción del Servicio

Cartera de Clientes

1. **Los pacientes** beneficiarios de esta cartera de servicios son aquellos usuarios que demandan atención sanitaria urgente a la Sala de Coordinación de EPES.

Con una cartera de servicios diferenciada en la gestión de la demanda urgente de pacientes:

A) Vulnerables / complejos:

- I. Paciente Pluripatológico.
 - o Que tengan más de 65 años, que vivan solos o que el/la cuidador/a o persona con la que conviva sea mayor de 65 años. Que presenten al menos 2 patologías crónicas y tomen varios medicamentos, con déficits para realizar algunas de las ABVD, independientemente del motivo de consulta siempre que no sea una situación de inestabilidad clínica.
- II. Paciente en Cuidados Paliativos (PAI), o en situación final de la vida (Escenario relacionado con la aplicación del decreto de Muerte Digna)
- III. Paciente Oncológico (PAI)
- IV. Paciente con alto grado de dependencia
- V. Pacientes con soporte tecnológico domiciliario (respirador, dispositivos de perfusión).

B) Personas que cuidan a las incluidas en los grupos anteriores

C) Pacientes potencialmente de riesgo:

- I. Pacientes que se encuentran solos en domicilio y no se les asigna recurso o el recurso asignado tiene una importante demora y cumplan alguno de los siguientes criterios:
 - i. Mayores de 65 años no incluidos en los criterios de vulnerable/complejo.

ii. Demandas de teleasistencia.

II. Pacientes que requieren monitorización terapéutica tras resolución de equipos asistenciales o desde CCUE

D) Pacientes que presentan patrones de Hiperfrecuentación (patrones de adaptación y seguimiento terapéutico, ausencia de red de soporte, afrontamientos ineficaces).

2. **Profesionales Sanitarios del SSPA**

Cartera de Servicios

1. Clasificación y Gestión de la demanda asistencial

Clasificación: Asignación de prioridad de atención y de recurso en base a esta. En colaboración con el médico de sala.

Prioridad 1. Que no tengan desarrollado plan Experto y requieran la intervención de un coordinador sanitario.

Gestión de la demanda asistencial

Prioridades 4

- **Gestión de la demanda urgente en procesos de baja complejidad**
 - a) **Redireccionar la demanda urgente de baja complejidad** hacia agendas programables y vinculadas a aquellos profesionales que mejor conocen al paciente y pueden ayudarle en la resolución de sus necesidades. Esto pasa por disponer las herramientas que garanticen una respuesta rápida y capaz de ofertar la accesibilidad al profesional de referencia.
 - b) **Atención finalista** en especial en periodos de alta frecuentación, pero también en consultas informativas, analizando las FAQs (Preguntas más frecuentes) y estableciendo los protocolos de respuesta, orientados al fomento del autocuidado en aquellas consultas que los pacientes planteen. En este tipo de demandas de información los criterios a utilizar que estarán definidos en Salud Responde, deben adaptarse a los protocolos de coordinación específicos de los CCUE.

- **Determinar nivel de complejidad.**

Asignar un nivel de vulnerabilidad/fragilidad al paciente que oriente la intensidad de cuidados que requiere y las intervenciones para garantizar su seguridad. Derivación si procede a Enfermera Gestora de Casos o a EBAP en base a los criterios establecidos. O en su caso a seguimiento por parte de Salud Responde. Esto sería aplicable a pacientes que:

- a) Demandan asistencia y no se les envía recurso sanitario
- b) El recurso asignado tiene una importante demora

- **Exploración de los patrones de adaptación y seguimiento terapéutico y de los patrones de adaptación del paciente.**

Orientada a la identificación de alteraciones en los patrones de adaptación y seguimiento terapéutico, así como de los patrones de adaptación del paciente que puedan influir en la situación que origina la demanda urgente del paciente. Valoración telefónica focalizada con visión integral, en pacientes complejos: autocuidados, red de soporte, Cuidador/a.

Esto es especialmente importante en hiperfrecuentadores, de la Sala. Pero también sería aplicable a los que se les haya establecido nivel de complejidad alto en los casos definidos en “determinar nivel de complejidad”.

Prioridades 2 y Prioridades 3.

- **Gestión de la demanda urgente en pacientes vulnerables complejos (oncológicos, paliativos, en proceso de muerte, grandes dependientes etc...)** para garantizar la continuidad asistencial y el soporte domiciliario de la atención. Se convertirían en el nexo entre los diferentes proveedores a los diferentes niveles para solucionar la demanda urgente. Debe contemplar una trazabilidad de la resolución.

Con la suficiente información (diraya) se podría incrementar la resolución de estos casos desde el CCUE.

- **Apoyo a las personas cuidadoras**, para facilitar la recuperación de la capacidad de autocuidado del binomio paciente-familia.

Es necesario disponer de un soporte que nos permita explotar la información de otros niveles asistenciales, para garantizar una respuesta adecuada desde el CCUE.

2. Identificación de violencia en población vulnerable

Identificación de violencia de género, al anciano o al niño y activación de circuito específico de atención. Este tipo de demanda ya identificado de forma específica en la Sala además de la activación del recurso necesario podría contemplar una trazabilidad de la resolución.

3. **Monitorización de pacientes atendidos no trasladados** en los que existe sospecha de una disminución en la capacidad de autoprotegerse de amenazas internas y externas (Protección ineficaz)
Ejemplo: Hipo/ hiperglucemias en pacientes con tratamiento con ADO
4. **Reparto de carga de la sala en situaciones de contingencia especial:**
Emergencias colectivas, accidente múltiple, colapso de la sala. Facilitando la coordinación con otras salas e instituciones (112, hospitales de zona)
5. **Monitorización terapéutica.** Mediante seguimiento telefónico en determinado tipo de situaciones, para ver la evolución de un paciente tras un consejo sanitario y /o reorientación de cuidados desde la sala de coordinación, aumentando la capacidad de resolución directa del coordinador sanitario.
6. **Apoyo como consultor a otros profesionales.**
La sala se puede constituir en un escenario de intercambio de información entre diversos proveedores. Facilitadores de continuidad, nexo con servicios sociales... Los recursos tecnológicos disponibles actualmente: videoconferencia, teleconsulta, monitorización a distancia.... Muestran espacios que están infradesarrollados y que pueden mejorar la efectividad de las salas de coordinación. Esto abre las puertas a una potencial cartera de servicios que está por explorar.
7. **Apoyo a los Equipos Asistenciales** para coordinar recursos sociosanitarios necesarios para la resolución de la atención a pacientes.

4

Competencias y Plan de Formación

La evolución de las Prácticas Avanzadas se realizará de forma gradual en tres fases consecutivas. En cada una de estas fases, se incorporan nuevas competencias que requieren intervenciones formativas específicas y que tienen como objetivo final la incorporación al SSPA de un nuevo proveedor de servicios con un perfil competencial específico, que le permite desarrollar una cartera de servicios diferenciada.

De esta forma se establece un itinerario formativo relacionado con el desarrollo competencial de los profesionales y relacionado con la cartera de servicio. Este itinerario estaría estructurado en tres niveles:

- Básico
- Medio
- Avanzado

1.- Elementos formativos Nivel Básico.

Correspondería al desarrollo de las siguientes actividades de la cartera de servicio:

- Monitorización de pacientes atendidos no trasladados.
- Clasificación/ Gestión de la demanda asistencial.
- Reparto de carga de la sala en situaciones de contingencia especial

Para alcanzar las competencias necesarias se definen los siguientes módulos formativos:

- Formación Básica en salas de coordinación
- Metodología de cuidados
- Modulo de clasificación Manchester.

2.- Elementos formativos nivel medio

Correspondería al desarrollo de las siguientes actividades de la cartera de servicio:

- Monitorización Terapéutica
- Identificación de violencia en población vulnerable

Para alcanzar las competencias necesarias se definen los siguientes módulos formativos:

- Cuidados con dispositivos en domicilio
- Formación en protocolos específicos
- Elementos básicos de Práctica Avanzada
- Maltrato y violencia de genero

3.- Elementos formativos nivel Avanzado

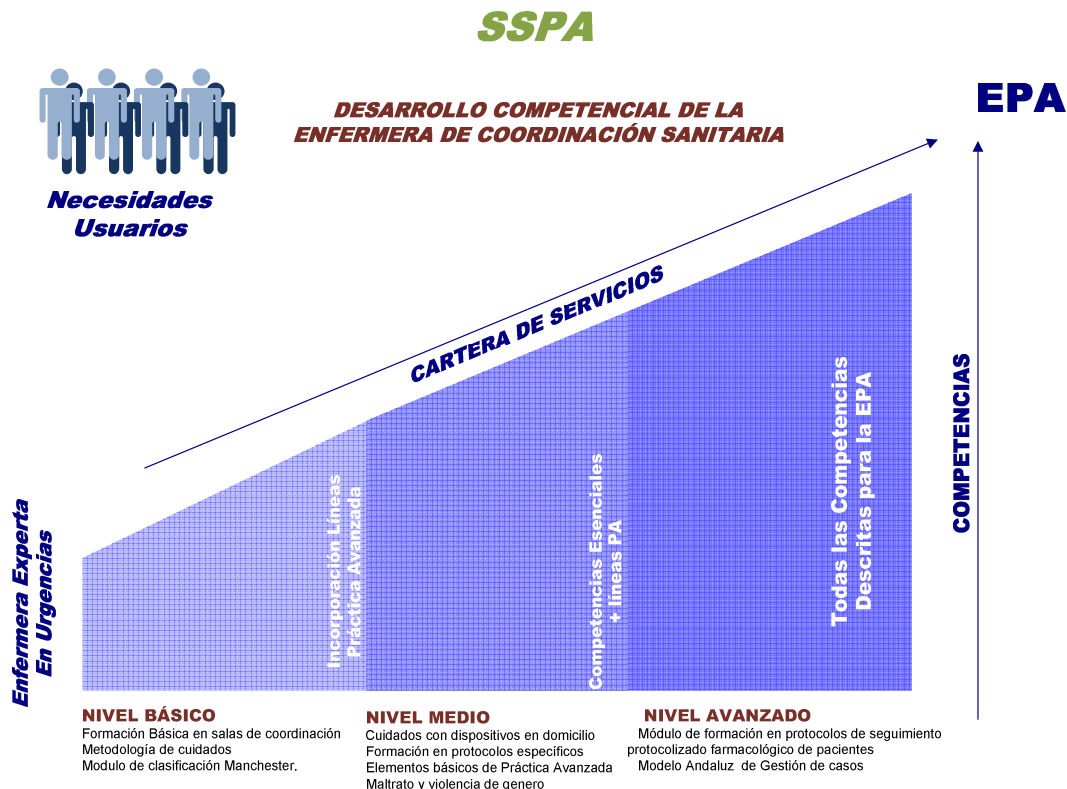
Correspondería al desarrollo de las siguientes actividades de la cartera de servicio:

- Apoyo como consultor a otros profesionales
- Apoyo a los equipos asistenciales

Para alcanzar las competencias necesarias se definen los siguientes módulos formativos:

- Módulo de formación en protocolos de seguimiento protocolizado farmacológico de pacientes
- Modelo Andaluz de Gestión de casos

En el siguiente gráfico se representan las *fases de evolución previstas para su desarrollo*.



ENFERMERA COORDINADORA

| Actividades | Características de Calidad | Intervenciones NIC | Competencia de referencia ACSA | Competencias específicas | Formación |
|---|---|--|---|--|---|
| <p style="text-align: center;">Clasificación / Gestión de la demanda asistencial</p> | <p>Atención de Acuerdo con los protocolos establecidos</p> <p>Intervención finalista. Gestión de procesos de baja complejidad en población susceptible de atención domiciliaria.</p> <p>Consulta Historia de Salud del Paciente (Diraya).</p> | <p>6366 Triage telefónico 8180 Consulta por teléfono 6610 Identificación de riesgos 8100 Derivación 7960 Intercambio de información de cuidados en salud 2390 Prescribir medicación 4920 Escucha activa 6602 Enseñanza: proceso enfermedad 5616 Enseñanza: medicamentos prescritos</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Comunicación y/o entrevista clínica. - Educación para la Salud, consejo sanitario y medidas de prevención - Trabajo en equipo - Personalización de los Cuidados - Capacidad de apoyar a la familia en su rol cuidador | <ul style="list-style-type: none"> - Manejo de herramienta de gestión de la demanda. - Valoración telefónica, detección de problemas, vías de resolución, criterios de derivación. - Comunicación con otros niveles asistenciales - Toma de decisiones compartida - Garantizar Derechos del paciente - Uso adecuado del tiempo | <p>Módulo formación Enfermería en Coordinación</p> <p>Herramienta de detección vulnerabilidad/complejidad del paciente</p> <p>Validación de protocolos específicos.</p> |
| <p style="text-align: center;">Identificación de violencia en población vulnerable</p> | <p>Seguimiento protocolo específico EPES</p> <p>Intervención proactiva para procurar atención sanitaria inmediata</p> | <p>6610 Identificación de riesgos</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Orientación al ciudadano: respeto por sus derechos - Oferta de servicios y conocimiento organizativo | <ul style="list-style-type: none"> - Valoración telefónica - Habilidades de comunicación con víctima. Asesoramiento. Oferta de servicio o consejo (legal-social) - Canalización de solicitud de ayuda: <p>Garantizar asistencia sanitaria con el recurso más adecuado a la situación</p> <p>Alerta a 112 para envío de FOP</p> | <p>Conocimiento del procedimiento específico de EPES.</p> <p>PG20 Protocolo ante sospecha de malos tratos</p> <p>Curso básico de Atención al maltrato (RED FORMMA)</p> |

| | | | | | |
|---|--|---|--|---|--|
| <p>Monitorización de pacientes atendidos no trasladados</p> | <p>Atención de Acuerdo con los protocolos establecidos Consulta en Historia de Salud del paciente (DIRAYA)</p> <p>Detección de patrones de hiperfrecuentación Detección de DxE relacionados con conocimiento, anejo del régimen terapéutico o hábitos de vida no saludables en función del problema de Salud del paciente</p> <p>Seguridad: Seguimiento de recomendaciones e identificación precoz de complicaciones</p> | <p>6610 Identificación de riesgos 8100 Derivación 2390 Prescribir medicación 4920 Escucha activa 6602 Enseñanza: proceso enfermedad 5616 Enseñanza: medicamentos prescritos</p> | <p>Comunicación y/o entrevista clínica. Personalización de los cuidados Educación para la Salud, consejo sanitario y medidas de prevención</p> | <p>Conocimiento Problemas de salud (procesos crónicos, pacientes pluripatológicos, procesos urgentes de prioridad 3 - 4)</p> <p>Conocimiento cuidados de Enfermería: Paciente diabético, paciente pluripatológico, paciente con GEA, paciente con fiebre..)</p> <p>Identificación de situaciones de riesgo potencial Derivación Fomentar el uso adecuado de dispositivos de soporte a los cuidados</p> | <p>Formación de cuidados en base a los protocolos establecidos.</p> |
| <p>Reparto de carga de la sala en situaciones de contingencia especial</p> | <p>- Actuación en base al Plan de Contingencia del CCUE</p> | | <p>Trabajo en Equipo Eficiencia Adecuada utilización de los recursos disponibles</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Conocimiento óptimo de los recursos de la provincia - Toma de decisiones compartida - Uso eficiente de los recursos - Comunicación fluida con otros niveles asistenciales y recursos no asistenciales - Ejecución de las tareas que se asignen al coordinador sanitario enfermero/a en el Plan de contingencia - Uso adecuado del tiempo | <p>Formación básica del Módulo inicial.</p> <p>Sesiones provinciales sobre mejoras en los Planes de contingencia</p> |
| <p>Monitorización terapéutica</p> | <p>- Seguimiento telefónico para ver la evolución de un paciente tras un consejo sanitario. - Reorientación de cuidados aumentado la capacidad de resolución directa del coordinador sanitario.</p> <p>Abordaje de la Gestión del régimen terapéutico tanto personal como familiar</p> <p>Seguimiento de recomendaciones e identificación precoz de complicaciones</p> <p>Consulta Historia de Salud del Paciente (Diraya)</p> | <p>4920 Escucha activa 5602 Enseñanza: medicamentos prescritos</p> | <p>Personalización de los cuidados Educación para la Salud, consejo sanitario y medidas de prevención</p> | <p>Conocimiento Problemas de salud (procesos crónicos, pacientes pluripatológicos, procesos urgentes de prioridad 3 - 4)</p> <p>Conocimiento cuidados de Enfermería: Paciente diabético, paciente pluripatológico, paciente con GEA, paciente con fiebre..)</p> <p>Identificación de situaciones de riesgo potencial Derivación Fomentar el uso adecuado de dispositivos de soporte a los cuidados</p> | <p>Formación de cuidados en base a los protocolos establecidos</p> |

| | | | | | |
|--|--|---|--|---|--|
| <p>Apoyo como consultor a otros profesionales</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Colaboración con otros profesionales que participan en la atención de una demanda asistencial para garantizar la mejor resolución de la misma - Facilitar la continuidad asistencial Referentes en las parcelas relacionados con su perfil competencial <p>Referente en el escenario emergente de las EGC</p> <p>Consulta Historia de Salud del Paciente (Diraya)</p> | <p>7960 Intercambio de información de cuidados en salud 8100 Derivación</p> | <p>Trabajo en Equipo Continuidad asistencial</p> | <p>Protocolos de coordinación de urgencias y emergencias</p> <p>Protocolos de derivación específicos con Niveles Asistenciales (AP - AE)</p> <p>Protocolos de derivación específicos con determinados recursos (Equipos de cuidados paliativos)</p> | |
| <p>Apoyo a los Equipos Asistenciales</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Colaboración con otros profesionales que participan en la atención de una demanda asistencial para garantizar la mejor resolución de la misma - Facilitar la continuidad asistencial | <p>7960 Intercambio de información de cuidados en salud 8100 Derivación</p> | <p>Trabajo en Equipo Continuidad asistencial</p> | <p>Protocolos de coordinación de urgencias y emergencias</p> <p>Protocolos de derivación específicos con Niveles Asistenciales (AP - AE)</p> <p>Protocolos de derivación específicos con determinados recursos (Equipos de cuidados paliativos)</p> <p>Protocolos de coordinación de recurso de TPC (SVA Enfermero)</p> | |

5 Bibliografía

Gouleta C, Launzob S, Ricardc N. Enfermería de Práctica Avanzada. Un tesoro oculto. *Enf. Clínica* 2003; 13(1):48-52

Naylor M. Comprehensive discharge planning for hospitalized elderly: a pilot study. *Nursing Research* 1990; 39(3):156-161.

Rodríguez Rodríguez JB, Carrión Camacho MR, Espina Boixo MA, Jiménez Cordero JP, Oliver Mogaburo MC, Péculo Carrasco JA, Rodríguez Bouza M, Maíz Gabino MV. Marco conceptual Proceso Enfermero en EPES. Hacia la excelencia en el cuidado extrahospitalario. Málaga: Empresa Pública de Emergencias Sanitarias, 2005.

Gloria M. Bulechek, Howard K. Butcher, Joanne Mc Closey Dochterman. Clasificación de intervenciones de Enfermería (NIC). Quinta edición. Elsevier Mosby. 2008

Kleinke JD. *Bleeding Edge: The Business of Health Care in the New Century*. Gaithersburg, MD: Aspen Publishers; 1998

Reid PP, Compton WD, Grossman JH, et al, eds. *Building a Better Delivery System: A New Engineering/Health Care Partnership*. Washington, DC: National Academies Press; 2005.

Moskop JC, Sklar DP, Geiderman JM, et al. Emergency department crowding, part 1—concept, causes, and moral consequences. *Ann Emerg Med*. 2009;53:605-611.

Ramírez-Duque N, Ollero-Baturone M, Bernabeu-Wittel M, Rincón-Gómez M, Ortiz-Camuñez MA, García-Morillo S. Características clínicas, funcionales, mentales y sociales de pacientes pluripatológicos. Estudio prospectivo durante un año en Atención Primaria. *Rev Clin Esp* 2008;208:4-11

Costa-Font J, Rovira-Forns J. Who is willing to pay for long-term care insurance in Catalonia? *Health Policy* 2007. doi:10.1016/j.healthpol.2007.09.011.

Clark JJ. Unlocking hospital gridlock. *Healthc Financ Manage*. 2005;59:94-104.

Rathlev NK, Chessare J, Olshaker J, et al. Time series analysis of variables associated with daily mean emergency department length of stay. *Ann Emerg Med*. 2007;49:265-272.

Moskop JC, Sklar DP, Geiderman JM, et al. Emergency department crowding, part 2—Emergency Department Crowding, Part 2—Barriers to Reform and Strategies to Overcome Them. *Ann Emerg Med*. 2009;53:612-617

Pines JM. Moving closer to an operational definition for ED crowding [letter]. *Acad Emerg Med*. 2007;14:382-383.

Asplin BR, Magid DJ, Rhodes KV, et al. A conceptual model of emergency department crowding. *Ann Emerg Med.* 2003;42:173- 180.

Parrón R, Tomé F, Barriga A, Herrera JA, Poveda E, Pajares S. Validity of the Ottawa rules for X-ray request in ankle and midfoot injuries in paediatric patients. *Eur J Orthop Surg Traumatol* 2008;18:361-4.

Musclow SL, Sawhney M, Watt-Watson J. The emerging role of advanced nursing practice in acute pain management throughout Canada. *Clin Nurse Specialist* 2002; 16(2): 63-7

Hillier A. The advanced practice nurse in gastroenterology: identifying and comparing care interactions of nurse practitioners and clinical nurse specialists. *Gastroenterology Nursing* 2001; 24(5): 239-45

Tyler C, Hicks C. The occupational profile and associated training needs of the nurse prescriber: an empirical study of family planning nurses. *J Adv Nursing* 2001;35(5):664-53

Ryden MB, Sydner M, Gross CR, Savik K, Pearson V, Krichbaum K, Mueller C. Value-added outcomes: the use of advanced practice nurses in long-term care facilities. *Gerontologist* 2000; 40(6): 654-62

Evans C y col. Practice nurses and older people: a case management approach to care. *Journal of Advanced Nursing* 2005; 51(4): 343-352

The case management work format and process. En: *The case manager's handbook*. Sudbury: Jones and Barlett Publishers, 2004: 294.

Morales Asencio JM, Gonzalo-Jiménez E, Martín-Santos FJ, Morilla-Herrera JC, Celdrán-Mañas M, Millán-Carrasco A. Effectiveness of a nurse-led case management home care model in Primary Health Care. A quasi-experimental, controlled, multi-centre study. *BMC Health Services Research* 2008, 8:193. Disponible en <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/8/193>

Morales- Asencio JM, Morilla Herrera JC, Gonzalo Jiménez E, Martín Santos FJ et col. La larga y penosa travesía de los cambios en los hospitales: enfermería de práctica avanzada en atención especializada en el entorno anglosaon. Evaluación de una revisión cualitativa. *Evidentia* 2006 en-feb; 3(7). Disponible en : <http://www.index-f.com/evidentia/n7/185articulo.php>

Hamric AM. A definition of Advanced Nursing practice. En: Hamric AB, Spross JA, Hanson MC, editors. *Advanced Nursing Practice. An integrative approach*. Philadelphia. WB Saunders Company, 2000, p. 53-70

Registered Nurses Association of British Columbia. *Towards a definition of advanced nursing practice*. Vancouver: RAO,BC, 1997

Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización. ENEAS 2005 Informe. Febrero 2006 © Ministerio de Sanidad y Consumo.

Glenn Donnelly: The essence of Advanced Nursing Practice. *The internet J Adv Nursing Practice*. 2006; 8 (1)

Morales Asencio JM, Martínez Díaz JD, y Muñoz Ronda FJ Consenso como método para la elaboración de estándares de recepción, clasificación, e intervención sanitaria inicial de pacientes en Urgencias: objetivos, metodología y revisión bibliográfica (I). *Tempus Vitalis. Revista Internacional para el Cuidado del Paciente Crítico* VOL 2, NUM 2, 2002

AJ Macleod and P Freeland. Should nurses be allowed to request X-RAYS in an accident & emergency department. *Emerg. Med J.* 1992; 9 19-22

John Thurston, Stuart Field. Should accident and emergency nurses request radiographs? Results of a multicentre evaluation. *Accid Emergency Med* 1996; 13: 86-89

M. Lindley – Jones, BJ Finlayson. Triage nurse requested x rays – are they worthwhile? *Accident and Emergency Med.* 2000; 17:103 – 107

W. Parris, S Mc Carthy Do triage nurse initiated X- rays for limb injuries reduce patient transit time? *Accident and Emergency Nursing* 1997 5, 14-15.

Mlindleley- Jones, B J Finlayson. Triage nurse requested X rays. The results of a national survey. *Accident and Emergency Med.* 2000; 17: 108-110

R.M Freij, t Duffy. Radiographic interpretation by nurse practitioners in a minor injuries unit. *Accid Emerg Med* 1996; 13 : 41-43.

Bing Guo, Christa Harstall. Strategies to Reduce Emergency Department Overcrowding. HTA Report #38. Alberta Heritage Foundation for Medical Research, 2006.

Cheung WW, Heeney L, Pound JL. An advance triage system. *Accident and Emergency Nursing* 2002;10(1):10-6.

Informe anual EPES 2008. Cercanos a la ciudadanía. Disponible en: <http://www.epes.es>

A systematic review of the effect of different models of after-hours primary medical care services on clinical outcome, medical workload, and patient and GP satisfaction. Ruth Leibowitza, Susan Dayb and David Duntb *Family Practice* Vol. 20, No. 3 © Oxford University Press 2003.

ⁱ Bunn F et al (2005) The effects of telephone consultation and triage on healthcare use and patient satisfaction: a systematic review. *British Journal of General Practice*; 55

ⁱⁱ Dale J et al (2003) Computer assisted assessment and advice for non-serious 999 ambulance service callers: the potential impact on ambulance despatch. *Emergency Medicine Journal*; 20

ⁱⁱⁱ Hunkeler EM et al (2000) Efficacy of nurse telehealth care and peer support in augmenting treatment of depression in primary care. *Archives of Family Medicine*; 9

^{iv} Lattimer V et al (2000). Cost analysis of nurse telephone consultation in out of hours primary care: evidence from a randomized controlled trial. *British Medical Journal*; 320

^v Lattimer V et al (1998). Safety and effectiveness of nurse telephone consultation in out of hours primary care: randomized controlled trial. *British Medical Journal*; 317