

ACTIVIDAD EVALUATIVA: DIARIO REFLEXIVO



**Universidad
de Huelva**

AUTOR: CRISTIAN DAVID USECHE GUERRERO

DOCENTE: MARÍA DE PIEDRAS ALBAS GÓMEZ BELTRÁN

PRÁCTICAS EXTERNAS

**MÁSTER UNIVERSITARIO EN ENFERMERÍA DE PRÁCTICA AVANZADA EN ATENCIÓN A
LA CRONICIDAD Y LA DEPENDENCIA**

UNIVERSIDAD DE HUELVA

2023

INDICE

INTRODUCCIÓN	1
DESARROLLO	3
VALORACIÓN PERSONAL DEL TRABAJO REALIZADO	4
CONCLUSIONES	5
SUGERENCIAS PARA AYUDAR A MEJORAR EL PROGRAMA DE PRÁCTICAS.....	5

INTRODUCCIÓN

- **Datos del alumno y tutores asignados.**

Alumno:

Cristian David Useche Guerrero (estudiante y delegado del Máster)

Tutores asignados y periodo de práctica:

Silvia Herrojo (EGC CS de Gibraleón) 20/03/23 al 31/03/2023

Pedro Sala, Juani García e Isabel Álvarez (EGCR CS Isla Chica) 10/04/2023 al 14/04/2023

Ana Jiménez (EGC Hospital Infanta Elena). 26/04/2023 al 12/05/2023

- **Descripción del Contexto del Centro sanitario en el que desarrolla las prácticas.**

Centro de Salud de Gibraleón

Es una institución de atención primaria ubicada en Gibraleón, en la provincia de Huelva, Andalucía. Siendo parte del sistema de salud público de España y gestionado por el SAS.

Este Centro de Salud se rige por las directrices del sistema de salud de Andalucía, basándose en un enfoque integral y centrado en el paciente. El centro de salud ofrece una amplia gama de servicios y programas de atención primaria para promover la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación de enfermedades y promover el bienestar de la comunidad. Dependencia del Distrito Condado-Campiña y área hospitalaria de referencia con el Hospital Juan Ramón Jiménez.

Centro de salud Isla Chica

El Centro de Salud de Isla Chica es una institución de atención primaria localizada en el barrio de Isla Chica, en la ciudad de Huelva. Es parte integral del sistema de salud público y está gestionado por el SAS.

En este CS se aplican los principios y enfoques del sistema de salud de Andalucía. El centro de salud ofrece una amplia gama de servicios y programas de atención primaria, enfocados en la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y la promoción de la salud. Dependencia del Distrito Huelva-Costa y área hospitalaria de referencia con el Hospital Juan Ramón Jiménez.

Hospital Infanta Elena

El Hospital Infanta Elena es un centro hospitalario de referencia ubicado en la ciudad de Huelva, Andalucía. Es parte del sistema de salud público y está gestionado por el SAS.

El contexto del Hospital Infanta Elena como sitio de práctica ofrece una oportunidad invaluable para que los profesionales de la salud en formación adquieran experiencia clínica y desarrollen sus habilidades en un entorno hospitalario de alto nivel.

Este hospital cuenta con una gran variedad de especialidades médicas y quirúrgicas, lo que brinda a los estudiantes y residentes una exposición diversa a diferentes áreas. Además, el hospital está equipado con tecnología médica avanzada y cuenta con instalaciones modernas para brindar una atención de calidad.

- **Análisis del entorno de trabajo.**

Cada institución cuenta con una estructura jerárquica definida. En el Centro de Salud de Gibrleón, se encuentra la dirección del centro, encabezada por un/a director/a, y diversas áreas funcionales como atención primaria, servicios especializados, salud pública y servicios de apoyo. En el Centro de Salud de Isla Chica, se sigue una estructura similar, con una dirección y áreas funcionales. En el Hospital Infanta Elena, se observa una estructura más compleja debido a su tamaño y la variedad de servicios que ofrece, con una dirección y diferentes departamentos y unidades específicas.

En cuanto al estilo de dirección y liderazgo, se busca promover un enfoque participativo y colaborativo. Los líderes y directivos fomentan la toma de decisiones compartida, la comunicación abierta y la motivación del personal. Se promueve el trabajo en equipo, el desarrollo de habilidades y la participación activa de los profesionales en la mejora continua de los servicios de salud.

El clima laboral se caracteriza por ser colaborativo, enfocado en el trabajo en equipo y el respeto mutuo. Se fomenta un ambiente de aprendizaje, donde los estudiantes y residentes son integrados en el equipo de profesionales de salud, brindándoles apoyo y oportunidades para crecer y adquirir experiencia.

DESARROLLO

Durante mis prácticas del Máster, tuve la oportunidad de participar en la atención de varios pacientes crónicos-crónicos complejos, lo cual fue una experiencia enriquecedora y significativa para mi formación profesional. A lo largo del proceso, pude aplicar los conocimientos teóricos adquiridos especialmente de asignaturas como Juicio Clínico y Gestión de Casos Atributos del rol avanzado.

Como ejemplos de pacientes crónicos complejos que tuve a cargo durante la práctica en Gibrleón están los adultos mayores de las residencias de Cristo Roto y Jesús de Nazaret. Se realizaron múltiples visitas en dichos centros, en compañía de la EGC Silvia Herrojo y la Enfermera GC de Residencia Juani García para la valoración y manejo de heridas crónicas y dotación de material de curación. En estas visitas junto con el personal de la residencia se hacían la correspondiente valoración, curación y pauta de seguimiento para mejorar la calidad de vida de los adultos mayores. También se dotaba al centro residencial de material de curas. Por la naturaleza de las lesiones, las condiciones de los pacientes y el tiempo de práctica no se presencié el cierre de alguna de las heridas satisfactoriamente, pero se presencié una evolución notable durante el acompañamiento.

Por otro lado, en el Hospital Infanta Elena junto a la EGC Ana Jiménez se realizaba un sondeo por cada planta hospitalaria en búsqueda de pacientes crónicos complejos en los que se buscaba mejorar las condiciones de salud física y mental. Derivando de ser necesario a otras consultas, especialistas, trabajador social... etc. Haciendo fundamental la detección del paciente crónico complejo.

La educación sanitaria también fue una parte esencial de mi labor. A través de materiales informativos y sesiones de enseñanza se impartieron sesiones de monitorización de flash glucosa en el CS de Gibrleón y San Bartolomé de la Torre. Durante las prácticas con los EGCR en el CS de Isla Chica se impartió una jornada educativa, de las varias planificadas durante el año como parte de las competencias del rol del EGCR. Esta sesión fue de Nutrición Enteral dirigida a los profesionales del Centro Residencial de La Orden y estuvo liderada por Pedro Sala.

VALORACIÓN PERSONAL DEL TRABAJO REALIZADO

Durante mi participación tuve la oportunidad de realizar prácticas que fueron fundamentales para conseguir diversos objetivos y para mi aprendizaje profesional. A través de estas prácticas, pude consolidar mis conocimientos teóricos, adquirir habilidades prácticas y desarrollar competencias clave en el campo de la enfermería.

Uno de los objetivos principales perseguidos con la realización de las prácticas fue el de aplicar los conocimientos adquiridos en el aula de manera práctica y real. Pude enfrentarme a situaciones clínicas reales, interactuar con pacientes y trabajar en equipo con otros profesionales de la salud. Esto me permitió poner en práctica los conceptos teóricos y comprender su aplicación en el contexto clínico.

Otro objetivo fundamental fue el de desarrollar habilidades prácticas en el ámbito de la enfermería. Durante mis prácticas, tuve la oportunidad de realizar diversas tareas y procedimientos del EGC, como Orientación a centros residenciales, solicitud de ambulancias, solicitud y/o cambio de material ortoprotésico, VIE del paciente crónico complejo, la curación de heridas, derivación a otros servicios hospitalarios como trabajador social, otros especialistas, consulta de falla cardiaca...etc. El manejo de equipos médicos y educación al paciente. Estas experiencias prácticas me permitieron mejorar mis habilidades técnicas, aprender a manejar diferentes instrumentos y adquirir destrezas fundamentales en la práctica enfermera. Por otro lado, el manejo de los sistemas informáticos, correo electrónico institucional, Diraya, registros en Historia Clínica y otros elementos fue fundamental como parte de la práctica externa.

Además, las prácticas me brindaron la oportunidad de desarrollar competencias clave en el campo de la enfermería, como la comunicación efectiva, la empatía y el trabajo en equipo. Durante mi interacción con los pacientes y sus familias, aprendí la importancia de establecer una comunicación clara y empática, brindando información comprensible y mostrando interés por sus necesidades y preocupaciones. También tuve la oportunidad de trabajar en equipo con otros profesionales de la salud, aprendiendo a coordinar esfuerzos, compartir responsabilidades y contribuir al bienestar del paciente de manera colaborativa.

A lo largo de mis prácticas, el aprendizaje fue constante y enriquecedor. Cada día enfrentaba nuevos desafíos y situaciones que requerían adaptabilidad y resolución de problemas. Aprendí a tomar decisiones rápidas y efectivas en situaciones de emergencia, a identificar y abordar las necesidades prioritarias de los pacientes y a gestionar mi tiempo de manera eficiente para brindar una atención de calidad.

Además, las prácticas me permitieron adquirir una visión más amplia del sistema de salud y comprender la importancia de la coordinación y el trabajo interdisciplinario. Tuve la oportunidad de interactuar con médicos, enfermeros/as especializados/as, personal administrativo y otros profesionales de la salud, comprendiendo la importancia de la colaboración y el intercambio de información para una atención integral y de calidad.

CONCLUSIONES

En resumen, las prácticas realizadas en el Centro de Salud de Gibraleón, el Centro de Salud de Isla Chica y el Hospital Infanta Elena fueron una experiencia valiosa para mi formación como enfermero. Durante este período, pude aplicar mis conocimientos teóricos en situaciones prácticas y adquirir habilidades relevantes para la atención de pacientes crónicos complejos y el trabajo en equipo.

A través de estas prácticas, logré alcanzar los objetivos planteados, como la aplicación de conocimientos teóricos en un entorno clínico real y el desarrollo de habilidades prácticas en enfermería. Aprendí a realizar procedimientos médicos y técnicas específicas, así como a comunicarme de manera efectiva con los pacientes y sus familias.

También adquirí competencias clave en enfermería, como la empatía, la colaboración y la toma de decisiones. Trabajé en equipo con otros profesionales de la salud, aprendiendo a coordinar esfuerzos y contribuir al bienestar de los pacientes de manera colaborativa.

Las prácticas me brindaron una visión más amplia del sistema de salud y la importancia de la coordinación interdisciplinaria para una atención integral y de calidad, teniendo al enfermero EPA como eje central para el sostenimiento del sistema de salud y el mantenimiento de la calidad de vida de los pacientes crónicos complejos.

SUGERENCIAS PARA AYUDAR A MEJORAR EL PROGRAMA DE PRÁCTICAS

En este punto quiero agradecer por este excelente programa de prácticas externas, se cumplieron de sobra las expectativas debido a la calidad de los tutores y la coordinadora encargada de las prácticas. Mi comentario está en relación que dentro de lo posible se pueda incluir en el cronograma una extensión del periodo de prácticas externas, ya que esto serviría para consolidar los conocimientos adquiridos y elevar la calidad del egresado del Máster.



MEMORIA DE PRÁCTICAS

“MÁSTER DE ENFERMERÍA DE PRÁCTICA AVANZADA EN CRONICIDAD Y DEPENDENCIA”

Gema Tenor Salas

Huelva

Junio 2022

1. ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	2
DESARROLLO DE CASO COMPLEJO	2
VALORACION PERSONAL	10
CONCLUSIONES	11
SUGERENCIAS	12

2. INTRODUCCIÓN:

Mis prácticas se desarrollan en dos periodos:

Primer Periodo: Del 28 de marzo al 01 de abril de 2022.

Este primer periodo de prácticas lo realizo con la enfermera Gestora de casos del Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez. Mi tutora es Gloria Llanes Fernández de la Cueva.

Segundo Periodo: del 25 de abril al 20 de mayo de 2022.

Este periodo de prácticas lo realizo con la gestora de Casos en Atención Primaria.

Mi tutora es Silvia Herrojo Bautista y realizo las prácticas en diferentes centros de Salud en los que trabaja esta profesional y que tiene asignados y repartidos a lo largo del día de la semana: Trigueros (lunes), San Bartolomé de la Torre(martes) y Gibrleón (Miercoles, jueves y viernes).

3. DESARROLLO DE UN CASO COMPLEJO EN SITUACIÓN DE CRONICIDAD Y/O DEPENDENCIA

He elegido el caso de una paciente que ha requerido la intervención de la gestora de casos en atención primaria por tratarse de una paciente crónica compleja.

JGH es una mujer de 88 años que es derivada por la gestora de casos hospitalaria a la gestora de casos de atención primaria tras ser dada de alta tras ingreso y que por sus características es considerada subsidiaria de esta coordinación y seguimiento al alta.

La paciente es ingresada con los siguientes diagnósticos:

- Cardiopatía isquémica.
- IAMSEST Killip III_IV.
- Miocardiopatía dilatada con acinesia
- Hipoacinesia severa inferior completa.
- Insuficiencia respiratoria aguda global
- Encefalopatía hipercápnica con necesidad de VMNI.

Es catalogada como anciano frágil.

Durante su estancia en el hospital la paciente presenta una evolución tórpida, con disnea brusca desde el primer día compatible con edema agudo de pulmón. Se estabiliza con administración de oxígeno y tratamiento farmacológico. En un primer momento precisa de VMNI y posteriormente ventimask con reservorio. Tras varios días la evolución es favorable y pasa de disnea de reposo a disnea de esfuerzo precisando oxígeno suplementario en momentos puntuales.

Tras recibir la derivación de la EGC hospitalaria se procede a contactar vía telefónica con la paciente para valorar necesidad de intervención por parte de la EGC de atención primaria.

1ª Intervención: consulta telefónica por derivación EGC hospitalaria al alta

Hablamos con su Hija (FMG.)

La paciente vive en una zona rural en la pedanía de Gibraleón. Tiene 4 hijos de los cuales 3 viven en Málaga y una en Gibraleón que convive con su madre y es su cuidadora principal.

La hija con la que contactamos por teléfono vive en Málaga y esta es estos momentos aquí por el ingreso hospitalario que ha tenido su madre.

Nos comenta que su intención es llevársela a Málaga por la situación compleja que tiene su hermana(trabaja) para poder hacerse cargo pero que de momento han decidido no trasladarla por la inestabilidad actual.

Nos comenta que tras el alta la paciente se encuentra más floja de lo habitual y que precisa de ayuda para las ABVD.

Su hija nos solicita la posibilidad de pedir una cama articulada y se le informa de todos los recursos disponibles, tanto ortoprotésicos como para la solicitud de la ley de dependencia.

Nivel de dependencia. Escala Barthel de 25. Dependencia severa.

Riesgo de UPP. Escala Emina de 7. Mayor riesgo de desarrollar ulcera por presión.

Al alta presenta las siguientes etiquetas diagnósticas:

- Riesgo de la integridad cutánea.
- Incontinencia urinaria funcional
- Intolerancia a la actividad

Se realiza educación sanitaria sobre los cuidados para el manejo del paciente encamada, prevención de UPP así como consejo dietético.

Se le agenda para una segunda consulta de forma presencial a la hija para el día siguiente.

2ª Intervención : Consulta Presencial familiar.

Acude su hija Paqui y se le asesora sobre los distintos absorbentes que hay y se le da muestras del que considera más adecuado. Y se le hace la prescripción.

Se le resuelven dudas sobre la movilización, dieta y transferencia al sillón.

Se le solicita andador y se le da de momento uno existente en el centro.

Se agenda visita domiciliaria para dentro de una semana.

3ª Intervención: Visita domiciliaria

A la llegada al domicilio la paciente se encuentra sentada en el sillón, refiere que ha pasado mal la noche con disnea intensa y sin tolerar decúbito. Han tenido que darle 2 dosis de cafinitrina en la noche y una en la mañana.

Está acompañada por tres de sus hijos.

Se realiza exploración:

- Constantes: TA 120/60 mmhm, FC 66 l/min y SatO2 88-89%.
- Presenta taquipnea sin tiraje y edemas en MMII.
- En la auscultación se observan ligeros crepitantes en base izquierda
- Frialdad con cianosis periferica en manos y pies así como palidez de piel y mucosas.

Rechaza ir al hospital y la familia plantea sedación paliativa llegado el momento.

Se comenta situación con su médico, subirá parque de nitroglicerina.

Se agenda para volver a visitarla al día siguiente

4ª Intervención: visita domiciliaria

La paciente refiere encontrarse subjetivamente mejor. Ha descansado más en la noche pero en el sillón.

Se realiza exploración sin cambios con respecto al día de ayer.

Ha seguido necesitando rescate de cafinitrina, dos dosis desde ayer.

Los familiares se encuentran mas tranquilos al verla un poco mejor.

Se recoge muestra de orina con sondaje intermitente para cultivo y sistemático.

5ª Intervención: Consulta telefónica

Se consulta resultado de cultivo de orina y se contacta con su medico de atención primaria(MAP) para comentar resultado y prescribe antibiótico.

Se realiza consulta telefónica con su hija y se le comenta resultado y tratamiento a seguir. Nos comenta que prefiere que se le cambien los absorbentes por otros(Pant) porque le cuesta menos cambiarla. Se le prescribe los nuevos.

Nos refiere que ha precisado de menos rescates de cafinitrina, sólo una vez al día pero que continua con edemas en MMII (la paciente no se acuesta, se lleva todo el día en el sillón). Su hija nos refiere que no quiere comer nada. Se le dice que se pase por la consulta que se le va a proporcionar batidos hiperproteicos para que los pruebe.

Se programa visita domiciliaria para el día siguiente.

6ª Intervención: visita domiciliaria

Se realiza visita domiciliaria para valoración del estado del paciente.

La paciente presenta un mejor estado general, menos edemas en MMII, aunque su hija comenta que en las noches sigue sin dormir y con sensación de ansiedad. Se le recomienda que intente mantenerla despierta durante el día para favorecer el descanso nocturno tanto de la paciente como de la cuidadora. Se le comenta medidas posturales para disminuir esa sensación de ansiedad al acostarse (cabecero elevado con piernas bajas e ir subiendo poco a poco).

Se comenta con su MAP que le recete nuevo antibiótico porque la paciente tiene dificultad para tomarse el recetado porque es en gragea muy grandes. También se le comenta para que le prescriba mejor la cafinitrina en spray.

Se le revisa piel y sacro: Intacto.

Se dan recomendaciones dietéticas y se le prescribe el batido hiperproteico que según nos refiere el familiar va tomando un poco.

Se solicita ambulancia para consulta con medicina interna que tiene dentro de 2 días.

7ª Intervención: Consulta telefónica.

Se realiza consulta telefónica para seguimiento de la paciente. Nos refiere que ayer tuvieron que contactar con el hospital de día por empeoramiento clínico y aumento de edemas en MMII. Tras consulta le aumentaron los diuréticos y la citaron para valoración de forma presencial en 48 h. Se tramita ambulancia.

8ª Intervención: consulta

Se realiza consulta en historia clínica y se determina que la paciente ha sido ingresada.

9ª Intervención: Derivación EGC hospitalaria. Visita domiciliaria.

La paciente derivada EGC tras alta.

Se realiza visita domiciliaria.

La paciente presenta buen estado general, no edemas en MMII. Precisa de O2 domiciliario nocturno.

- Constantes vitales estables, auscultación normal sin crepitantes.
- Índice de BRASS: alta complejidad(>20).
- Barthel de 20: dependiente total.
- Escala Europea de autocuidado en insuficiencia cardiaca: 44.
- Escala Morinsky: 4
- Escala Zarit con puntuación de 69, sobrecarga intensa
- Valoración funcional: Dependencia funcional severa,
- Incontinencia urinaria, no incontinencia fecal.
- Escala Braden de 12. Riesgo alto de desarrollar UPP
- Valoración cognitiva. Escala de Pfeiffer. Puntuación de 1, no sospecha de Deterioro cognitivo.

Se incluye el seguimiento en pacientes crónicos complejos.

Se revisa botiquín y se realiza conciliación de la medicación.

Se revisa herida del Marcapasos que le ha sido implantado en el ingreso y se programa retirada de puntos

Se presentan como nuevas etiquetas diagnosticas a sumar a las existentes:

- Riesgo de infección.
- Ansiedad.
- Cansancio del rol del cuidador..
- Conocimientos deficientes

Su hija nos dice que se está planteando su ingreso a una residencia.

Se programa visita para dentro de una semana de forma conjunta para seguimiento y valoración de ley de la dependencia

10ª Intervención: visita domiciliaria coconjunta (Trabajadora social y MAP)

Se realiza visita conjunta también con su MAP porque ha habido un aviso por parte de su hija por nerviosismo.

Josefa se encuentra sentada en el sillón, despierta y colaboradora. Refiere sentirse enfadada con esta situación que está viviendo ya que no sirve para nada y le tienen que hacer de todo.

Refiere que ayer y esta mañana ha presentado episodio de opresión a nivel de la cintura” como un cinturón que le aprieta que desencadena en situación de inquietud con sensación de disnea. Que ha consultado con el servicio de urgencia en dos ocasiones y le han prescrito loracepan subl.

Al tomar controles saturación del 85%, sin oxígeno, se le pone Gafas nasales y remonta al 86%. Se contacta con hospital de día médico e indica loracepan 0,5 mgr c/8 h. Se programa cita para mañana para HDM. Se le solicita ambulancia.

La trabajadora social informa a su hija de las opciones y programan cita en espera de lo que ocurra al día siguiente.

Se retira la mitad de puntos de sutura. Buen aspecto pero presenta hematoma perilesional en resolución.

La paciente queda ingresada en el hospital y lamentablemente fallece en este ingreso hospitalario.

Para la realización de este caso las **asignaturas** que me han sido útiles son:

- **Atención Integral ante procesos Crónicos. Promoción de la Autonomía personal**

Tema 1. Modelo de atención Integral y Autocuidado.

Tema 5: Atención a la familia y cuidadores.

He podido visualizar el trabajo cooperativo entre los distintos proveedores y entornos. La coordinación se desarrolla en los tres niveles: macro (plan de salud, atención primaria y especializada) en el fin de reducir una fragmentación en la atención, a nivel meso donde hay una coordinación entre servicios sociales y sanitario y a nivel micro para mejorar la coordinación en pacientes y cuidadores., y recursos sociales y comunitarios.

Es clave para garantizar unos servicios adaptados a las necesidades de los pacientes crónicos.

- **Modelos de atención a la cronicidad y la dependencia. Aspectos éticos y marco normativo**

Tema 2. Recursos sociosanitarios para personas y familiares con procesos crónicos y, en su caso, con dependencia asociada.

Esta asignatura me ha permitido el poder conocer los diferentes recursos que están disponibles así como la forma de acceder a ellos para pacientes en crónicos y sus familias.

- **Bases conceptuales para la atención a la cronicidad y la dependencia**

Tema 3 Cronicidad, dependencia y fragilidad.

Tema 7 Calidad de vida relacionada con la salud en personas con procesos de cronicidad y de dependencia.

Esta asignatura me ha aportado conocimientos de lo que son pacientes crónicos complejos, con dependencia y fragilidad para poder tener una visión adecuada de sus necesidades.

- **Juicio Clínico y Abordaje Terapéutico en la Enfermería de Práctica Avanzada**

Tema 1. Valoración Clínica Avanzada en los procesos crónicos y la dependencia.

Tema 2. Pruebas diagnósticas para el cuidado de personas con procesos crónicos y dependientes

Tema 3. Diagnóstico de cuidados basado en el análisis de las necesidades de Salud. Intervenciones y criterios de resultados.

Tema 4. Abordaje Terapéutico en los procesos Crónicos y la Dependencia.

Esta asignatura me ha aportado conocimientos para realizar una valoración adecuada de pacientes con procesos crónicos, que instrumentos hay disponibles para realizar de forma adecuada esta valoración y que sirvan de base para poder establecer unos diagnósticos, objetivos y plan de cuidados acorde a las necesidades detectadas.

• **Gestión de casos. Atributos de Rol avanzado**

Ha sido importante para conocer los ámbitos de actuación en los que la enfermera de practica avanzada ha contribuido a mejorar la atención y la calidad que se ofrece la personas frágiles, crónicos complejos y dependientes.

4. VALORACIÓN PERSONAL DEL TRABAJO REALIZADO

A través de estos dos periodos de prácticas he conocido de primera mano como se facilita la continuidad asistencial entre los diferentes niveles asistenciales en pacientes que por su vulnerabilidad, fragilidad o dependencia que precisan de una atención mas personalizada.

He conocido la labor tan importante que realizan las EGC tanto hospitalaria como de atención primaria para facilitar al paciente los servicios sanitarios y socisanitarios que necesitan para cubrir sus necesidades.

La figura de la EGC hospitalaria es fundamental para facilitar el proceso de alta en pacientes con unas necesidades de cuidados especiales, para que el paciente cuando es dado de alta se vaya con las mejores condiciones, con los recursos necesarios que palien su nivel de dependencia y ayuden a afrontar las dificultades tanto del paciente como de la familia. Hace funciones de asesoramiento, apoyo emocional, ayuda en la toma de decisiones y planifica el alta de forma coordinada con la EGC de atención primaria y en

numerosos casos también es la que detecta la necesidad de la intervención de la trabajadora social, activando este recurso.

En relación al trabajo realizado por la EGC creo que es fundamental la coordinación que he visto cuando un paciente es dado de alta hospitalaria y desde el primer momento toma contacto con el paciente para detectar necesidades, creo que esto además de dar mucha seguridad al paciente y familia evita que se produzcan complicaciones asociadas a las transiciones. Para mí era que trabajo desconocido, el trabajo de EGC hospitalaria si lo conocía más por mi proximidad pero el realizado en atención primaria me ha sorprendido gratamente pues he visto que es una figura muy asentada y muy valorada. Es consultora y asesora de muchos profesionales. Trabaja de forma conjunta con el MAP, con trabajadora social del centro, con los servicios sociales comunitarios, con asociaciones y por supuesto con el resto del equipo de enfermeros del centro como asesora de heridas complejas por ejemplo.

Juega así mismo un papel fundamental en centros sociosanitarios, con el control del Infocovid tanto de trabajadores como de residentes de los diferentes centros de pacientes dependientes(Cristo Roto, Residencia de mayores, Centro de Alzheimer....).

Facilita el acceso a recursos (sillas, camas, gestión de ambulancias..), asesora sobre recursos sociales como los derivados de la ley de dependencia, unifica citas sanitarias, revisión de botiquines y un sin fin de funciones que a día de hoy creo que es impensable que esta figura no existiera.

5. CONCLUSIONES.

Considero que el programa formativo establecido en este master se ajusta de forma adecuada para adquirir las competencias necesarias para una enfermera de practica avanzada.

La parte teórica complementada con las prácticas hacen del mismo una formación completa para poder desarrollar el papel de la enfermera en práctica avanzada.

Cuando empecé el mismo no le veía mucho sentido a algunos contenidos que se iban desarrollando, pero ahora con la perspectiva y a expensas del trabajo fin de master, considero que todas y cada una de ellas es fundamental y contribuyen a que se desarrollen las competencias en relación a los conocimientos y la parte tan completa de prácticas hacen que se desarrollen las habilidades específicas.

Al termino del mismo creo que es un master muy completo y se han cubierto mis expectativas plenamente

Puntualizar a sí mismo que la parte debicada a la investigación si debería ser algo mas amplia, para mi se ha que ha quedado un poco corta y con ganas de más.

6. SUGERENCIAS PARA AYUDAR A MEJORAR EL PROGRAMA DE PRÁCTICAS:

Desde mi punto de vista mis prácticas han sido inmejorables, he aprendido mucho sobre la excelente labor llevada a cabo por las EGC. Si es cierto que he tenido la gran suerte de contar con la experiencia de dos profesionales excelentes con una predisposición inmejorable hacia su trabajo y hacia la formación.

Por mis circunstancias especiales, al trabajar fijo de mañana y al tener que realizar las mismas en este horario, me ha supuesto un gran esfuerzo pero comprendo perfectamente que estas prácticas por el perfil que tiene la enfermera en práctica avanzada no es posible hacerlo en otro horario.

MEMORIA DE PRÁCTICAS

MÁSTER UNIVERSITARIO

ENFERMERÍA DE PRÁCTICA AVANZADA EN ATENCIÓN A LA CRONICIDAD Y DEPENDENCIA

Profesora: Piedras Albas Gómez Beltrán

Alumno: José Ángel Franco Romero

Fecha: mayo de 2022



Universidad de Huelva

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	2
2. DESARROLLO DE LA GESTIÓN DE UN CASO COMPLEJO	3
3. VALORACIÓN PERSONAL DEL TRABAJO REALIZADO	4
4. CONCLUSIONES	10
5. SUGERENCIAS	11

1. INTRODUCCIÓN

DATOS DEL ALUMNO:

Nombre: JOSÉ ÁNGEL FRANCO ROMERO

DNI: 29790882V

Contacto: Tfn: 626523249; correo-e: joseangel.franco1@alu.uhu.es

PRIMER PERIODO DE PRÁCTICAS (28 marzo-22 abril)

Tutora: SILVIA HERROJO BAUSTISTA. Enfermera Gestora de Casos (EGC)

Centro: UGC Gibraleón y UGC Trigueros

Distribución de los centros de prácticas:

- Lunes: Trigueros
 - Martes: S. Bartolomé de la Torre
 - Miércoles, jueves y viernes: Gibraleón
-

SEGUNDO PERIODO DE PRÁCTICAS (3 mayo-20 mayo)

Tutora: GLORIA LLANES FERNÁNDEZ DE LA CUEVA. Enfermera Gestora de Casos (EGC)

Centro: Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez

2. DESARROLLO DE LA GESTIÓN DE UN CASO COMPLEJO

El caso complejo que describo a continuación se desarrolla en el ámbito de la EGC de AP y engloba una problemática de salud, económica y social grave.

ACGL es una mujer de 49 años en seguimiento por Trabajo Social (TS) de Servicios Comunitarios de Gibraleón. Vivía en Linares (Jaén) y se trasladó a Gibraleón a una casa de acogida por situación de violencia de género. Tiene dos hijas, que viven en Linares (la menor estaba en casa de acogida hasta que cumplió la mayoría de edad), sólo contacto esporádico telefónico con la mayor. Según información de la casa de acogida de Linares, su familia no quiere saber nada de ella por la situación familiar conflictiva durante su estancia en Linares. Su madre ha fallecido.

Actualmente vive sola en una casa de alquiler que paga mensualmente (1º sin ascensor). TS le ha tramitado ayuda de banco de alimentos, ayuda de comedor social y ayuda económica. Es derivada a EGC para valoración y seguimiento.

Valoración clínica y funcional: Pérdida de peso en 6 meses de 15 kg aproximadamente. Caquexia. Deterioro físico importante que precisa de andador en sus desplazamientos por domicilio, necesitando ayuda para las ABVD y AIVD. Dejó de comer porque no era capaz de acudir a recoger la comida al comedor social. Actualmente le traen la comida 2 veces por semana a domicilio. Escaso soporte social. Se realiza exploración física palpándose nódulo en mama derecha, sin adenopatías axilares. Hábitos tóxicos actuales: tabaquismo.

I.Barthel: 70 (dependencia moderada), Lawton-Brody: 4 (dependencia)

Fragilidad y riesgo de caídas: En días posteriores, caída en domicilio con traumatismo cráneo facial de consideración, motivo por el que no acudió a cita de TAC, y detectado durante visita domiciliaria conjunta de EGC y TS. Precisó derivación hospitalaria.

Valoración cognitiva y afectiva: Escala Pfeiffer: 0 (no sospecha de deterioro cognitivo). Fluctuaciones en el estado de ánimo, con momentos de distimia, en los que rechaza ayuda sanitaria y social y en otros momentos se deja ayudar. Importante necesidad de apoyo psicológico.

SEGUIMIENTO: Durante mi periodo de prácticas se realiza contacto telefónico frecuente y visitas a domicilio, se gestiona solicitud de ambulancia para citas de consulta y se gestiona acompañamiento y asesoramiento en momentos de necesidad.

El contacto con TS ha sido permanente. En la cita de consulta de mama, en la que iba a recibir malas noticias, se gestionó el acompañamiento por voluntariado de AECC y de EPA de oncología.

A su vuelta a domicilio visitamos a la paciente para valoración afectiva y realizar apoyo emocional. Se le ve con ganas de luchar, aceptando el tratamiento.

Debido a las características descritas de la enferma, necesita un seguimiento continuo porque no dispone de red de apoyo para realizar gestiones de salud. Todas las citas médicas tienen que ser agendadas y gestionadas con antelación por EGC (ambulancia, recordatorio a la enferma, movilización de recursos necesarios, etc). Se gestionan citas de preoperatorio y para intervención quirúrgica, la última prevista para el 27 de mayo.

El caso se mantiene abierto.

Para la gestión del caso me ha servido de ayuda los conocimientos adquiridos en las asignaturas Gestión de Casos. Atributos de Rol Avanzado y Juicio Clínico. También se han tratado aspectos de intervención social aprendidos en la asignatura de Modelos de Atención a la cronicidad y dependencia.

3. VALORACIÓN PERSONAL DEL TRABAJO REALIZADO

PRIMER PERIODO

Las prácticas en Atención Primaria eran esperadas con una especial ilusión porque me daba la oportunidad de conocer un entorno totalmente desconocido para mí y poder aclarar aquellas dudas que desde mi enfoque hospitalario tenía sobre las rutas, circuitos y gestiones llevadas a cabo una vez el paciente es dado de alta. Siempre he tenido la necesidad de conocer aquellos aspectos de la continuidad asistencial para poder orientar y asesorar a los pacientes ingresados sobre cuestiones que pudieran surgir respecto a gestiones y reclamaciones que tienen que ver con dicho ámbito asistencial.

Tengo que agradecer a la tutora que me permitiera la participación activa desde el primer día, dándome la oportunidad de “aprender haciendo”. De esta forma, adquirí autonomía antes de lo pensado. A continuación describiré la rutina de trabajo que he realizado.

A las 8h, todos los días, independientemente del centro de salud o consultorio en el que me encontrara, accedía a la Historia Digital de Salud con los distintos perfiles de la EGC (Gibraleón, S. Bartolomé y Trigueros) para poder consultar y utilizar las 3 agendas de citas.

A continuación accedía al correo corporativo para consultar la comunicación de **altas hospitalarias** derivadas por EGC y otros correos de interés para la gestión de casos. Todos los pacientes eran asignados a la agenda correspondiente y se realizaba contacto telefónico tras consultar su historial clínico. En la **entrevista telefónica** se exploraban las necesidades y se decidía la gestión a llevar a cabo. Toda acción debía quedar reflejada en una **hoja de seguimiento** que creaba en la historia del paciente con el motivo: GC alta hospitalaria, GC visita domiciliaria, GC seguimiento telefónico, etc, para que quedase constancia detallada de todas las intervenciones realizadas, para seguimiento y consultas posteriores.

-Pruebas analíticas: En caso de necesitar solicitar alguna prueba analítica, de la misma forma que antes, se crea una hoja de consulta donde se especifica el motivo: “PCR por protocolo” o “seguimiento crónico”, se añade un juicio clínico (“conductas generadoras de salud”) y se accede a las pruebas analíticas para solicitar el perfil deseado (PCR coronavirus p ej). Debido a la coincidencia en el periodo prácticas con brotes de Covid en los centros sociosanitarios de la zona, hemos tenido que solicitar numerosas peticiones de PCR para usuarios, residentes y trabajadores.

-Actualización INFOCOVID. Todos los lunes y jueves se accedía a través de Covid19 sign para actualizar el número de casos positivos de los centros sociosanitarios de la zona.

-Comunicación de casos Covid en centros sociosanitarios. Si aparece uno o varios casos positivos en un centro sociosanitario hay que comunicarlo inmediatamente a través de correo corporativo a Epidemiología y responsables del Distrito y Residencias. Se envía un documento en formato Excel creado mensualmente para dicho centro, donde se incorporan los nuevos datos. La notificación incluye: datos del trabajador/usuario, contactos estrechos, acciones llevadas a cabo (activación del plan de contingencia, seguimiento de contactos, pruebas solicitadas...)

-Solicitud de ambulancia. Gestionamos la solicitud de ambulancia para acudir a citas médicas. Para ello se envía correo dirigido a Gestoría del Usuario del HJRJ, incluyendo los datos del paciente y de la cita, siempre 24h antes del servicio y antes de las 13h. El día antes, la familia tiene obligatoriamente que confirmar el servicio mediante llamada telefónica de 15 a 20h para finalizar el trámite. Por ello, después de realizar las gestiones, avisamos al interesado para información y recordatorio.

-Solicitud de material ortoprotésico

La solicitud de materiales de ayuda a la movilidad (sillas de ruedas manuales, andador, muletas) se realiza a través de Gestoría del Usuario HURJ. Las sillas eléctricas con motor o de control postural las tiene que solicitar Aparato Locomotor. En la solicitud hay que indicar los datos del paciente, los problemas de salud por los que se solicita, el tipo de ayuda y para qué la quiere, en caso de que haya varios modelos.

La solicitud de camas, barandillas, grúas o colchones se realiza a través de RECDOM (plataforma de recursos a domicilio). No he solicitado ninguna entrega de recurso (no se ha dado el caso), pero sí la retirada de una cama tras un fallecimiento.

-Telecontinuidad de cuidados. Todos los lunes se consultan las altas hospitalarias recibidas con criterios de telecontinuidad. Es posible recibir la misma notificación por ambas vías (correo y telecontinuidad)

-Prescripción de productos sanitarios. La prescripción de absorbentes lleva consigo un procedimiento para cumplir las condiciones de validación. Para prescribir absorbente por primera vez antes hay que justificar la indicación de la prescripción para proceder a su visado posterior. Por ello, lo primero es crear una hoja de consulta con motivo “incontinencia urinaria”, y elegir el cuestionario de incontinencia donde indicaremos las opciones que permitan al final validar la prescripción.

El periodo máximo concedido para prescripción de absorbentes es de 160 días, y se permite recetar diariamente 3 absorbentes de día y uno de noche. Por ello, elegimos modelo, talla y absorción (día, noche o super noche). En la validación se incorporan los datos recogidos en el cuestionario realizado y el diagnóstico CIE-10. La renovación de la prescripción antes de la fecha de caducidad evita tener que validar de nuevo.

-Solicitud de suplementos nutricionales orales (SNO)

Con frecuencia los pacientes o familiares consultan para que se les receten suplementos nutricionales, cuando ni los médicos de familia ni las EGC están autorizados para visar este tipo de productos. Sólo los médicos especialistas y el Servicio de Nutrición tienen potestad para hacerlo. Por ello, cuando se detecta el caso de un paciente que cumple criterios hay que realizar teleconsulta a Nutrición HJRJ solicitando su visado. En dicho informe incluimos la historia dietética (hábito y último menú de 24h a modo de orientación) y la valoración nutricional. Para esto es necesario realizar visita domiciliaria o citar en consulta, ya que es necesario registrar las variables antropométricas y cribado de desnutrición MUST.

En aquellos casos que no cumple criterios para suplementación artificial, entregamos al paciente o cuidadora una hoja informativa sobre “maneras para enriquecer los platos” y “cómo preparar batidos caseros”

-Tarjeta + cuidados. La solicitud de tarjeta +cuidados para cuidadora de grandes dependientes se realiza a través de Telecontinuidad, con contraseñas distintas, según la UGC (Gibraleón o Trigueros) Necesito los datos de la persona cuidadora (nombre, DNI, médico y enfermera de familia) y mismos datos del paciente. Imprimo 2 copias, una para EGC (comprobante) y una para cuidadora, que le servirá como justificante hasta que reciba la tarjeta física.

-Almacén. Mensualmente, tanto en Gibraleón como en Trigueros, se prepara el material de almacén que necesitan las residencias durante ese mes, utilizando para ello un inventario consensuado de productos necesarios. También se prepara el material fungible de aquellos pacientes domiciliarios con nutrición enteral.

-Visitas domiciliarias. Durante el periodo de prácticas he realizado visitas domiciliarias a enfermos crónicos complejos y enfermos paliativos. En todas las visitas se ha realizado una valoración integral de paciente y familia. La valoración clínica sistemática incluye sintomatología actual y signos vitales (TA, FC,satO2), valoración funcional y cognitiva, valoración nutricional y adherencia terapéutica con revisión de botiquines, conocimiento y capacidad de la cuidadora para los cuidados y reconocimiento de signos de alarma, valoración de la sobrecarga, etc. Se realiza siempre intervenciones de apoyo a la persona cuidadora y asesoramiento.

-PCR Covid19 Cristo Roto. Durante el periodo de prácticas llevamos a cabo visita a la residencia de gravemente afectados Cristo Roto para realización de PCR Covid a residentes y trabajadores que tuvieron contacto estrecho con casos positivos.

-Atención en consulta: Aquellas demandas que no pueden ser atendidas vía telefónica o candidatas a visita domiciliaria son atendidas en consulta programada, como por ejemplo, para mediciones antropométricas o realización del informe de condiciones de salud para la ley de dependencia.

Las prácticas de EGC en AP han superado todas mis expectativas y alcanzado los objetivos docentes que me había propuesto. Máximo grado de satisfacción general, al poder manejar la aplicación Diraya AP, los accesos a las aplicaciones necesarias para la gestión de casos y participar en la intensa actividad diaria, para la que resulta necesaria una esmerada organización.

SEGUNDO PERIODO

El entorno hospitalario me resulta más familiar, donde ya había tenido contacto con la EGC, pero desde otra óptica, desde fuera y siempre relacionado con mis pacientes. Introducirme en el trabajo diario de la EGC hospitalaria me ha permitido no sólo conocer la dinámica, sino descubrir aspectos totalmente desconocidos para mí y que gracias a la dedicación de mi tutora he conseguido participar en las gestiones e intervenciones llevadas a cabo.

Toda la gestión de casos hospitalaria recae en dos enfermeras, teniendo cada EGC asignada una cartera de pacientes según las unidades hospitalarias establecidas de antemano. No obstante, la comunicación de los casos entre ambas es continua, al compartir también espacio físico de trabajo.

-Comunicación de altas. A las 8h se revisa la lista de pacientes dados de alta el día anterior, para comunicar a la EGC de AP aquellos casos complejos, crónicos complejos priorizados, altas covid con necesidad de aislamiento y altas de residencia (a EGC de residencias). El procedimiento a seguir es revisar primero el informe de alta del paciente y determinar si cumple criterio de derivación a EGC, y en ese caso se deriva mediante correo corporativo (no existe una hoja de derivación) y tras ello se registra la intervención en la historia del paciente; se crea una hoja de Gestión de Casos como caso externo, estableciendo como intervención realizada el “intercambio de información de cuidados” en el contexto de la continuidad asistencial. En dicha hoja se detalla la derivación realizada a EGC de AP y el motivo de dicha derivación.

-Sesiones semanales con Trabajo Social. Independientemente del contacto diario con TS, los martes se realiza sesión conjunta EGC-TS para informar con detalle en cada caso de los trámites realizados, la situación actual y futuras actuaciones. Se repasa caso por caso y toda la información queda registrada en un documento formato Excel. Estas reuniones son de gran importancia porque de ahí se derivan decisiones sobre intervenciones sociales a llevar a cabo para acelerar el proceso y llegar a una resolución lo más rápida posible. Existen cada vez más casos ingresados que estarían de alta si no fuera por la problemática social subyacente.

-Sesiones clínicas en las unidades de hospitalización. La EGC tutora asiste a las sesiones clínicas de las unidades de hospitalización según el siguiente calendario: martes y jueves →1.2 MI, miércoles →1.4 MI/Neurología. Dichas sesiones son utilizadas para captación activa de pacientes con complejidad elevada.

-Asistencia a sesiones multidisciplinarias monográficas sobre un caso complejo. Coincidiendo con el periodo de prácticas se convocó una reunión multidisciplinar para abordar un caso de

especial complejidad. El equipo que intervino estaba constituido por: jefe de servicio, jefa de bloque de MI, supervisora, EGC, TS y enfermera y auxiliar responsable, en representación del equipo de enfermería asistencial.

-Valoración integral del caso. La valoración del caso sigue el esquema habitual: valoración clínica, funcional, psicoafectiva, adherencia terapéutica y manejo, condiciones del domicilio y necesidad de intervención social (LD) y valoración de la persona cuidadora. En función de los diagnósticos derivados se establece un plan de actuación.

-Informe de Gestión de Casos. Se redacta el informe con los datos del paciente y profesionales de referencia, diagnóstico principal y diagnósticos de enfermería más prevalentes, intervenciones directas más frecuentes y gestiones realizadas. En el cuerpo del informe mi tutora redacta de forma estructurada la evolución del paciente desde la primera valoración. El esquema que sigue de forma habitual es: profesional que deriva, grado de complejidad según índice BRASS, antecedentes personales, situación basal y situación actual (se incorporan los datos de la entrevista), índices y escalas. Se realiza una planificación del alta. Se incorporarán valoraciones posteriores guardando siempre como informe provisional hasta el día del alta, que debe firmarse como definitivo.

-Comunicación con EGC AP. El contacto telefónico es bidireccional, ya sea para solicitar gestiones desde AP como para informar de casos complejos que se van de alta, independientemente de que se envíe notificación por correo (siempre recomendado).

-Unificación y reclamación de citas. Una de las demandas de EGC AP es la intervención de EGC AE para unificar citas hospitalarias en la misma fecha o realizar gestiones para cambio de fecha, reclamación o asignación de nueva cita.

-Material ortoprotésico. Se presta atención a las necesidades de material ortoprotésico en domicilio para que sean recetados por el médico especialista antes del alta, ya que es la vía más rápida.

-Atención a pacientes con ELA. Aunque los pacientes con ELA pertenecen a la cartera de servicios de la EGC no tutora, tengo que agradecer la oportunidad que me ofrecieron de conocer el trabajo multidisciplinar realizado y la destacable labor organizativa y humana. El primer jueves de cada mes se atiende en consulta para valoración integral a un grupo de pacientes con ELA en dos franjas horarias, 3 a las 9h y 3 a las 11h. El procedimiento es el siguiente: recepción y acogida por EGC, quien realiza mediciones clínicas (peso, pulsioximetría y capnografía), realización de control radiológico con acceso prioritario, espirometría y asignación de una consulta para cada

paciente (previamente reservada). El equipo multidisciplinar está coordinado por la EGC y compuesto además por neurólogo/a, neumólogo/a, nutricionista, psicólogo/a, rehabilitador/a y paliativista. Los profesionales del equipo se organizan para atender de forma rotatoria a los pacientes en la consulta, siendo los profesionales los que se desplazan de una consulta a otra. La EGC controla y da respuesta a las posibles incidencias que se presenten y se encarga de acompañarlos al finalizar la jornada. Tengo que poner en valor las muestras de agradecimiento constantes a la EGC, el trato cercano y el cariño demostrado por enfermos y familiares. Asisto y participo con emoción y gran satisfacción ante lo que considero la esencia y la excelencia de la enfermería.

-Formación online. Fui invitado a participar de una ponencia de Manuela Cid, coordinadora de trasplantes de Sevilla, bajo el título “La donación en pacientes con ELA, ¿riesgo, lujo o posibilidad? Esta formación, destinada a las dos EGC de HJRJ en exclusiva, incidía como eje central en la necesidad de donación en asistolia controlada en situaciones especiales, como la ELA. En dicha ponencia aprendí que por motivos de seguridad las enfermedades neurodegenerativas, ya que no tienen una etiología claramente establecida, no pueden donar tejidos, sólo órganos, donde el número de donantes es más limitado y los controles más rigurosos. A este argumento se suma que la donación de órganos es prioritaria porque salva vidas.

Tengo que agradecer la labor docente y dedicación de mi tutora, facilitando en todo momento el aprendizaje y permitiendo mi participación y autonomía en las situaciones descritas.

4. CONCLUSIONES

Los dos periodos de prácticas realizados con las EGC han superado todas mis expectativas. Me siento muy satisfecho porque he aprendido la gestión de casos de la mano de profesionales de reconocido prestigio, con una calidad docente de 10 y una entrega sin igual.

La Atención Primaria era la gran desconocida para mí, ya que nunca había tenido contacto profesional y carecía de lo más básico. Ha supuesto un reto conseguido, ya que la EGC ha dado respuesta a muchas preguntas que llevaba tiempo haciéndome desde mi visión hospitalaria. Con el ánimo de adquirir destreza y autonomía lo antes posible, he confeccionado un cuaderno con los pasos a seguir para cada tarea. De esta forma he conseguido realizar las gestiones que he detallado en el apartado anterior, y que me servirán de recordatorio en un futuro.

La GC de AE, con la que habitualmente tengo más contacto, ha supuesto para mí un descubrimiento, ya que conocía sólo una parcela del ingente trabajo que acapara a diario, a veces inabarcable en toda su extensión con la plantilla existente. Sabemos que la complejidad va en aumento y las demandas de su gestión también. Los estudios demuestran la eficacia de la GC y por ello las autoridades sanitarias deben cuidarla y ponerla en valor; debe ser un trabajo reconocido, prestigiado y bien tratado.

Mi experiencia en los dos ámbitos asistenciales me ha aportado una visión sobre el rol de la EGC. A mi modo de ver, la EGC de AP goza de mayor autonomía y reconocimiento, quizá por la propia idiosincrasia de los centros de trabajo. Las relaciones en AP son más familiares y más fácil ejercer el liderazgo; en el hospital existen más dificultades por el mayor número de equipos y categorías profesionales existentes y, por lo que yo he visto, menor libertad en la implantación de iniciativas propias.

5. SUGERENCIAS

Como ya he comentado anteriormente, me siento afortunado, agradecido y satisfecho con mi experiencia vivida en los periodos de prácticas, lo que quizá me condicione a no encontrar aportaciones de mejora en la organización de futuras prácticas.

Por indicar alguna sugerencia, se podría elaborar una guía de actividades a desarrollar durante el periodo de prácticas, al estilo de la diseñada para alumnos de grado, y que sirva para orientar al alumno en la consecución de objetivos.

También sería interesante conocer la rúbrica de evaluación antes de iniciar el periodo de práctica para que el alumno pueda autoevaluarse los progresos a medida que avanza, siendo de esta forma consciente de sus fortalezas, debilidades y de las competencias exigidas.

*MEMORIA DE PRÁCTICAS.
MÁSTER DE ENFERMERÍA DE
PRÁCTICA AVANZADA EN
CRONICIDAD Y
DEPENDENCIA*



Agradecimientos

Me gustaría empezar este diario de prácticas agradeciendo a la Facultad de Enfermería de la Universidad de Huelva y a todos los profesores implicados en la gestión y docencia del Máster de Enfermería de Práctica Avanzada: cronicidad y dependencia, por darnos la oportunidad de conocer un poco más de cerca la gran labor que realizan nuestras compañeras Enfermeras de Práctica Avanzada y Enfermeras Gestoras de Casos.

Mención especial a Salvi, que ha sido la encargada de organizar todos nuestros periodos por los diferentes centros teniendo en cuenta las preferencias y las circunstancias personales de cada alumno.

Sin esta formación práctica habría sido muy difícil entender todas las funciones que ellas llevan a cabo en su trabajo diario.

Estas semanas han bastado para ser una enamorada de esta nueva figura de Enfermera que se está consolidando, cada vez más, en nuestro sistema sanitario.

Índice

1. *Introducción.*

2. *Descripción del desarrollo de la gestión de un caso complejo de persona en situación de cronicidad y/o dependencia.*

3. *Valoración personal del trabajo realizado.*

4. *Conclusiones.*

5. *Sugerencias para ayudar a mejorar el programa de prácticas.*

Introducción

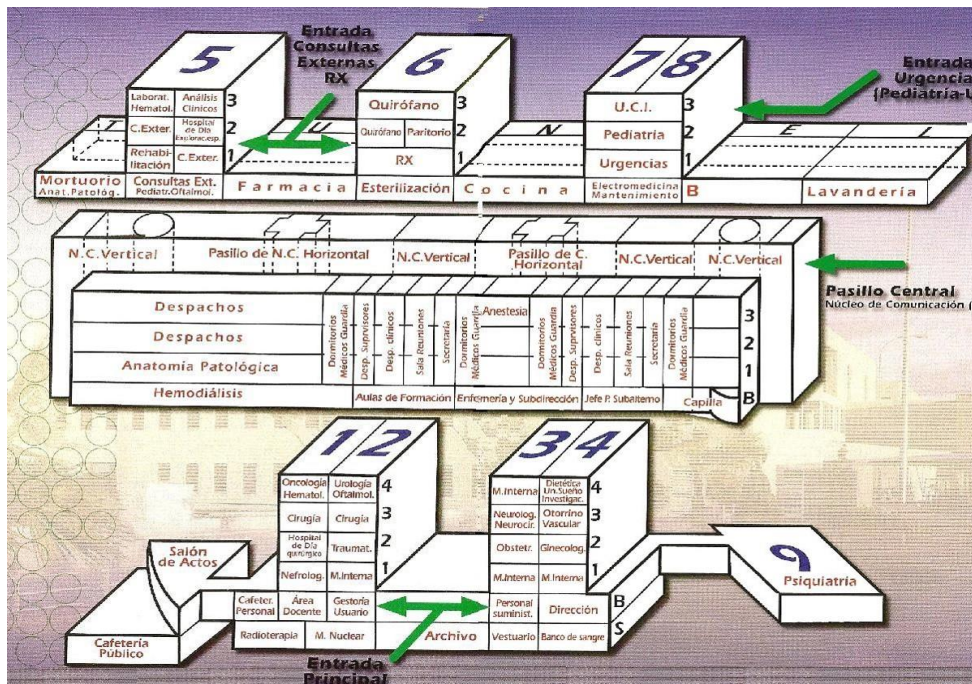
El periodo de prácticas que he llevado a cabo se encontraba dividido en tres etapas claramente diferenciadas.

- I. Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez.
- II. Centro de Atención Primaria de Gibraleón.
- III. Centro de Atención Primaria Isla Chica. Centros Residenciales

I. Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez.

Periodo de prácticas: 3 semanas completas (del 13 al 31 de marzo de 2023).

Tutora. Enfermera de Gestora de Casos. Gloria Llanes Fernández de la Cueva.



Estructura física del Hospital Juan Ramón Jiménez.

El Hospital Juan Ramón Jiménez es mi centro de trabajo desde el año 2018. Desde entonces trabajo como enfermera en la Unidad de Cuidados Intensivos. Conozco su estructura y organización, así como su organigrama. No obstante, durante estas tres semanas he podido contemplarlo desde otro punto de vista hasta entonces desconocido. Gloria ha sido la Enfermera Gestora de Casos (EGC desde ahora) con la que he tenido la oportunidad de estar estas tres semanas. Ella me ha enseñado el Hospital con otros ojos.

El equipo de EGC lo ha formado, hasta hace muy poco, dos enfermeras. El trabajo ha sido organizado, no según la estructura física del hospital, sino según el volumen de pacientes susceptibles de sus gestiones que tiene cada servicio. Cabe esperar que plantas como Medicina Interna o Neurología tengan mayor volumen que otro servicio como Ginecología.

El perfil de los pacientes de su cartera de servicio son aquellos pacientes crónicos complejos que precisen de alguna de estas gestiones:

1. Pacientes ingresados en el momento de la valoración que requieren:

➤ ***Planificación de cuidados al alta hospitalaria.***

Muchos de ellos, son derivados desde los diferentes servicios donde el paciente se encuentra ingresado. La derivación puede hacerla cualquier profesional implicado en los cuidados del paciente (enfermera, supervisora, médico, etc.). Con el objetivo de localizar a todos los pacientes susceptibles, las EGC asisten una vez en semana a los pasajes de salas de determinados servicios que tienen lugar por las mañanas entre diferentes profesionales. Además, diariamente, reciben desde Admisión un listado con las altas efectuadas los días anteriores, incluyendo fin de semanas y festivos.

➤ ***Continuidad Asistencial.***

Destacar el trabajo en equipo que realizan con el servicio de Cardiología, en el que los pacientes necesitan de un equipo multidisciplinar para el tratamiento y seguimiento de su patología cardiaca. No podemos olvidar que los pacientes diagnosticados con Insuficiencia Cardiaca son uno de los dos grupos catalogados como pacientes crónicos complejos priorizados, uno de los grupos de pacientes que más necesidad tienen de la EGC. Durante mi periodo de práctica, tuvo lugar una sesión con el equipo de Cardiología con el fin de determinar unos criterios para el seguimiento de estos pacientes mediante la coordinación de todos los profesionales.

2. Pacientes externos.

Nos referimos a aquellos pacientes que no se encuentran ingresados en el hospital pero que necesitan ayuda con la gestión de alguno de sus cuidados que desde Atención Primaria no pueden dar solución. En este grupo, trabajamos con un paciente que, tras haber recibido la correspondiente educación terapéutica, seguía teniendo dudas con el cuidado de su traqueostomía. En este caso se trabajó conjuntamente con el servicio de Otorrino para tratar complicaciones asociadas al mal manejo de la cánula.

Además de trabajar directamente con el paciente, requiere contactar y coordinar diversos profesionales socio sanitarios con el fin de dar solución a las necesidades del paciente. Con el equipo de Trabajadores Sociales, se reúnen semanalmente ya que el trabajo de ambos va muy cogido de la mano en numerosas ocasiones, especialmente para iniciar la solicitud de la Ley de la Dependencia.

Con el objetivo de la planificación de cuidados al alta, entre otros, la EGC hospitalaria guarda una estrecha comunicación con la EGC de Atención Primaria. Juntas coordinan recursos humanos y materiales que precisa el paciente.

II. Centro de Atención Primaria de Gibraleón.

Periodo de prácticas: 2 semanas completas (del 10 al 21 de abril de 2023).

Tutora. Enfermera de Gestora de Casos. Silvia Herrojo Bautista.

Durante este periodo pude comprobar la gestión entre Atención Especializada y Atención Primaria (AP) para garantizar una buena continuidad asistencial para los pacientes crónicos complejos. Antes de que se haga efectiva el alta hospitalaria, la EGC de AP ya es conocedora de esta alta y comienza a hacer las gestiones necesarias, incluyendo la coordinación con otros profesionales. El día del alta hospitalaria realiza, además, una visita domiciliaria en la que hace una **valoración integral exhaustiva**, la cual incluye una valoración integral, pronóstica, farmacológica, capacidad de autogestión, y valoración de preferencias y valores. Además de tener en cuenta al paciente, también se valora al cuidador principal, así como las características de la vivienda.

Por otro lado, la EGC realiza **telecontinuidad** todos los lunes de las altas hospitalarias efectuadas durante el fin de semana o festivos. Para ello, llama telefónicamente al paciente para comprobar cómo se encuentra y cómo se está manejando en casa; así como para resolver posibles dudas que se le pueda presentar. Si lo considera necesario, programarán conjuntamente una visita domiciliaria.

Otro recurso que pone de manifiesto la coordinación de AP con Atención Especializada es la **teleconsulta**, recurso que pone en contacto directo a la EGC de AP con la EGC hospitalaria y con otros servicios como el de Nutrición y Dietética.

Además de esta continuidad asistencial, la EGC gestiona diversos problemas que se puedan encontrar estos pacientes crónicos complejos como la solicitud de material ortoprotésico, la gestión de ambulancia para citas sanitarias fuera del municipio en el que residen para aquellos pacientes con movilidad reducida o la coordinación de diferentes citas de distintos servicios para reubicarlas todas el mismo día.

Por otra parte, la EGC realiza sesiones de formación a pacientes crónicos complejos y familiares sobre diferentes temas como el caso de la alimentación saludable en pacientes con algún tipo de demencia o que presentan un grado leve de disfagia. Son, además, las referentes para numerosos programas como, por ejemplo, la implantación de la **monitorización continua de glucosa Flash**. Es la EGC la encargada de formar al resto de profesionales implicados en el cuidado del paciente diabético y a los propios pacientes y cuidadores.

Igualmente, la EGC de AP tiene una estrecha relación con las EGC de Centros Residenciales, siendo un apoyo muy importante para ellas.

III. Centro de Atención Primaria Isla Chica. Centros Residenciales.

Periodo de prácticas: 1 semana completa (del 24 al 28 de abril de 2023).

Tutores. EGC de Centros Residenciales. Pedro, Juani e Isabel.

En este caso, son tres los EGC de Centros Residenciales. Al igual que en el hospital, se reparten todos los centros residenciales según el volumen de trabajo entre los tres profesionales.

El inicio de esta figura comenzó durante la pandemia del Covid-19, cuando las cifras de casos positivos y la probabilidad de contagio entre los más vulnerables eran altísimas. Se puso entonces de manifiesto la necesidad de una persona referente con capacidad para gestionar todos los problemas a los que había que hacer frente. Por supuesto, fue una enfermera la encargada de hacer frente a todas estas dificultades. Y a día de hoy, la EGC de Centros Residenciales se va consolidando.

Sus funciones son diversas. Por supuesto, siguen gestionando los casos positivos de **Covid-19** que se siguen dando en estos centros: forma de proceder, repetición de antígenos o PCR, medidas de aislamiento a seguir, etc. Son los encargados además de impartir **formación** a los profesionales que trabajan en los centros: cursos de Soporte Vital, prevención de UPP y caídas, alimentación y nutrición, entre otros. Son un **apoyo** fundamental para las enfermeras que están en contacto directo con los residentes, resuelven dudas sobre el mejor tratamiento de heridas crónicas de difícil manejo, ayudan con la gestión del material sanitario y farmacéutico del centro.

Realizan también **visitas** a los centros residenciales para realizar una mejor y más completa valoración de la situación actual. Algunas de estas visitas la realizan junto con la EGC de AP referente del centro residencial.

Descripción de un caso complejo

En mi periodo de dos semanas con la Enfermera Gestora de Casos de Atención Primaria, realizamos una visita domiciliar a una paciente tras haber recibido el alta hospitalaria. En el momento de la visita, la paciente se encontraba en la cama y estaba presente sus dos hijos, una cuidadora informal (privada) y otra cuidadora por parte de la Ley de la Dependencia, la cual solo venía dos veces en semana.

Previo al ingreso hospitalario, nuestra paciente tenía dependencia leve. Precisaba ayuda para el aseo y la compra, pero podía moverse y trasladarse por el domicilio con ayuda de un andador. Tras el alta, su funcionalidad se vio gravemente comprometida. Pasó a ser una paciente encamada, que necesitaba de una grúa para levantarse y se pasaba todo el día en una silla de ruedas. Presentaba además incontinencia urinaria por lo que precisaba de absorbentes diarios. En el hospital desarrolló una Úlcera por Presión estadio II en la zona sacra. Su ingesta oral era inadecuada, se negaba a comer por el miedo a volver a broncoaspirar (que derivó en una neumonía, motivo de su ingreso hospitalario). No quería levantarse de la cama, no quería ayuda, solo permanecer en la cama la mayor parte del tiempo, no aceptaba su nueva situación. Sus hijos y sus cuidadoras estaban muy preocupadas, pero ninguno sabía cómo podían ayudarla.

Su EGC realizó su **valoración integral exhaustiva (VIE)** y, tras ello, su **Plan de Acción Personalizado (PAP)** teniendo en cuenta las necesidades físicas y emocionales de nuestra paciente y sus cuidadores.

La EGC llevó a cabo actividades acordadas entre todos que estaban enfocadas especialmente a:

- Promoción de una correcta ingesta oral. Se realizó educación terapéutica de medidas para evitar la broncoaspiración, así como los signos de alarma que podemos encontrar en caso de que ocurriera. Al cambiar la consistencia líquida a gelificada, nuestra paciente quedó más tranquila y accedió a intentarlo.
- Realización de cambios posturales para la prevención de úlceras por presión y correcta movilización por parte de sus cuidadores para evitar lesiones.
- Se acordó una pauta de cura con su enfermera de AP de la UPP estadio II ya presente.
- Se negoció con la paciente unos horarios que favorecieran su descanso pero que incluyesen levantarse al sillón.
- Se incentivó a la paciente a la realización de ejercicios de Kegel para mejorar su incontinencia urinaria.
- Se trabajó el estado anímico de la paciente, facilitándole herramientas de afrontamiento, con el apoyo de sus dos hijos.
- Se gestionó recursos a domicilio: cama articulada con barandilla, colchón antiescara, grúa y silla de ruedas.
- Se coordinó el cuidado con otros profesionales: su enfermera de AP con la que se acuerda próxima visita para evaluar los resultados de nuestra primera valoración en quince días, trabajador social para hacer una reevaluación de su situación de dependencia actual, su médico de AP con el que se acuerda derivación a Salud Mental y Rehabilitación, interconsulta con el equipo de Nutrición del hospital para adecuar su ingesta nutricional a través de suplementos nutricionales orales.

Valoración personal

Bajo mi punto de vista, las prácticas son una parte fundamental de nuestra formación, es el periodo en el que se nos ha permitido aplicar los conocimientos teóricos que hemos ido adquiriendo a lo largo de este año.

Es la mejor manera de entender qué es una Enfermera de Práctica Avanzada ya que sigue siendo una figura muy desconocida para todos, incluidas las propias enfermeras. Gracias a este periodo he entendido cuáles son sus funciones, sus competencias y el papel tan importante que tienen en el día a día de muchos pacientes.

He aprendido que la cronicidad y dependencia han venido para quedarse, que cada vez nuestra población será más anciana, durante más tiempo y que cada vez necesitarán más cuidados; que las patologías que antes eran intratables, ahora son una enfermedad crónica que nos acompaña hasta el final; que nuestro sistema sanitario con un enfoque biomédico tan marcado, no tendrá otra opción que dejar paso a un enfoque más biopsicosocial en el que se tenga en cuenta a la persona, su entorno y sus circunstancias. He aprendido que debe existir una figura que nos sirva de guía y referencia a lo largo de estos cambios, y que no hay mejor profesional sanitario que nosotras, las enfermeras.

La enfermera de práctica avanzada (EPA) posee conocimientos nivel experto, habilidades para la toma de decisiones complejas y competencias clínicas para la práctica avanzada de la enfermería, es, por tanto, capaz de dar respuesta a las necesidades de salud de la población teniendo en cuenta todos los cambios que se están produciendo.

Tras haber completado mis rotaciones de prácticas en los diferentes centros sanitarios, me declaro una enamorada de la Enfermera de Práctica Avanzada.

Conclusiones

El programa formativo impartido desde la Universidad durante este curso académico ha sido bastante interesante. Se inició con un marco teórico y conceptual de la cronicidad y dependencia que nos ha servido a la hora de la realización de nuestras prácticas.

No obstante, he echado de menos profundizar algo más en las diferentes Enfermeras de Práctica Avanzada existentes en la actualidad.

El módulo de investigación ha sido fundamental para una buena base de trabajo en nuestras prácticas ya que nuestras acciones e intervenciones deben estar siempre basadas en la mejor evidencia científica. Nos ha facilitado la adquisición de conocimientos y habilidades para llevar a cabo una correcta búsqueda bibliográfica y así poder implementar la mejor práctica para nuestros pacientes y sistema sanitario.

Sugerencias de mejora

Tener la oportunidad de rotar por diferentes centros y servicios sanitarios ha sido maravilloso. No obstante, no ha sido posible conocer y compartir días con todas las EPAs que actualmente se encuentran trabajando en nuestro hospital Juan Ramón Jiménez. Me quedo con la curiosidad de conocer con mayor profundidad las competencias de cada una de ellas.

Por otro lado, durante los dos meses que ha durado el periodo de prácticas, me ha resultado muy complicado poder compaginarlas con las clases presenciales, además de nuestros turnos de trabajo. A pesar que desde la Facultad, nos han intentado facilitar esta conciliación atrasándonos el inicio de las clases media hora, ha sido un periodo de mucho estrés y muchas carreras.

Máster Enfermería de Práctica Avanzada en Atención a la Cronicidad y la Dependencia

Coordinadora Prácticas: Dra. Piedras Albas Gomez Beltrán.

Alumna: Eva María Barroso Márquez.



Memoria de Prácticas



ÍNDICE

1. ÁMBITO HOSPITALARIO	3
1.1 EPA OSTOMIAS	3
Introducción	3
Desarrollo	3
Valoración	4
Conclusión	4
Sugerencia	4
1.2 EPA HERIDAS CRÓNICAS COMPLEJAS	4
Introducción	4
Desarrollo	5
Valoración	5
Conclusión	5
Sugerencia	6
2.ÁMBITO ATENCIÓN PRIMARIA	6
2.1. ENFERMERA GESTORA DE CASOS	6
Introducción	6
Desarrollo	6
Valoración	7
Conclusión	7
Sugerencia	7

1. ÁMBITO HOSPITALARIO

1.1 EPA OSTOMIAS

Introducción

Las expectativas y motivación de este periodo de prácticas eran muy altas, el tema de ostomía es un tema que me apasiona por la vulnerabilidad de los pacientes y el gran impacto que tanto en ellos como en sus familiares implica; de echo he realizado expertos y cursos sobre el tema y no descarto la posibilidad de seguir formándome más en profundidad. Comienzo mi periodo de prácticas con Luisa Borrero, en la consulta de ostomía del Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez en la consulta 2 en la 2ª planta de consultas externas. El periodo realizado se desarrollo entre el 08/05/23 al 26/05/23.

Desarrollo

El primer día que llegue a la consulta y después de las presentaciones protocolarias descubrí una EPA de ostomias motivada recién llegada de un congreso y enseñándome todas las novedades que integraban una gran evidencia científica explicándome cada una de ellas (las bolsas nuevas, diferentes texturas y tejidos, discos nuevos de cerámica, planos y fotos de baños para pacientes ostomizados, nuevos códigos de prescripciones, etc) un hervidero de ideas que fluían y que quería introducir e incorporar en su trabajo, la verdad que fue fácil contagiarme de esa ilusión y en breves horas me sentí parte de esa consulta. El funcionamiento y la organización es fundamental. Desarrollando parte en la labor en plantas hospitalarias, el abordaje allí era realizar esa educación sanitaria tan primordial desde el primer momento del paciente ostomizado, que es un periodo donde existe mayor vulnerabilidad. Dando respuesta y conocimientos a los profesionales de las diferentes servicios, realizando una integración de la figurando la EPA como parte del equipo. Después de ese primer periodo de horarios, se pasa la consulta donde el abordajes es más especifico en los pacientes y familiares. Una parte fundamental es la consulta telefonía, una herramienta imprescindible donde y gracias a esa comunicación directa se resuelven multitud de problemas, mejorando la calidad de vida de los pacientes y de una manera individualizada, realizando los registros en los programas informáticos, realizando interconsultas con otros profesionales, no solo del área hospitalaria también de otros hospitales y distritos sanitarios.

El broche de oro fue poder estar y hacerme colaborado oficial en la escuela de pacientes con una sesión presencial desarrollado en el Hospital, disfrute enormemente ese día, porque Luisa me dio potestad para poder fluir y organizar la sesión siempre bajo su supervisión que se celebro en el salón de actos del



hospital Juan Ramón Jiménez. Muchos de los pacientes fueron captados en la primeras primeras visitas tras la intervención y estar ahí y ver su evolución fue muy enriquecedor.

Foto: Obtenida con todos los requisitos legales para su exposición y difusión.

Valoración

Durante todo mi periodo de prácticas tuve la oportunidad de desarrollar las enseñanzas y aumentar mis conocimientos teóricos, así como adquirir habilidades prácticas, en el manejo del paciente ostomizado, realizando en un contexto real y con un abordaje integral y holístico.

El transcurso de las prácticas con Luisa ha sido realmente fructífero. Donde aprendí no solo el manejo de paciente y sus familiares sino el de pacientes con diferentes estomas colostomía, ileostomías urostomías y nefrostomías. Así como el papel fundamental de la EPA de ostomias y todas sus competencias.

Conclusión

La oportunidad de poder aplicar mis conocimientos y desarrollar de manera tutorizada las competencias prácticas me enriquecen en mi labor enfermera, he podido ampliar en aspectos tan importantes como: En los cuidados del estoma de manera diferencial, cuidados de la piel, diferentes dispositivos, accesorios, productos (anillos protectores, polvos hidrocoloides, toallas, sprays quita adhesivos, cinturones, bolsas, etc.) manejo, dieta, educación para la salud, competencias de coordinación, registros, planificación del alta y continuidad asistencial.

Sugerencia

Como comentario al respecto y dentro de la organización prevista para el máster sería poder extender el periodo de prácticas externas, ya que nos daría más oportunidad de poder interiorizar y adquirir las habilidades y conocimientos, así como aumentar la calidad de formación del master.

1.2 EPA HERIDAS CRÓNICAS COMPLEJAS

Introducción

En este periodo de prácticas estuve en la consulta de Heridas crónicas complejas de el Hospital universitario Juan Ramón Jiménez con una gran profesional Rocío Gil, situado en la 2ª planta consulta 15 de consultas externas, en el periodo comprendido entre 08/05/23 al 26/05/23. Pasar este periodo con la referente que tenemos en el hospital de heridas crónicas complejas es un privilegio por la oportunidad que brinda de conocer el papel fundamental en el manejo de las heridas desde la visión hospitalaria dentro de el contexto de enfermería de práctica avanzada.

Desarrollo

El desarrollo de las prácticas en el día a día esta dividida por periodos en franjas horarias, un primer tramo en la propia consulta donde se visualiza y se captan por los diferentes programas los partes quirúrgicos de los pacientes que después se visitaran en las plantas. A continuación se pasa la consulta presencial, donde en un primer tramo se atienden a las mujeres que vienen de intervenciones de mama en la primera cura, se valora todos los aspectos inherentes a esa primera visita con aspectos tan relevantes como el dolor, confort, imagen, consultas y dudas atendiendo a una entrevista protocolizada. Se pasa a valorar los aspectos de la herida, los drenajes si es el caso (cantidad, aspecto, retirada etc) y abordaje, manejo de las heridas, con comunicación directa en consultas con el equipo de cirugía de mama; por tanto es un abordaje integral de las mujeres dentro del equipo asistencial y la figura de la EPA de heridas es fundamental donde se registrar todo en la historia clínica del paciente, se le da continuidad asistencial, realizando un plan de cuidado que puede ser visualizado por Atención primaria. Seguidamente se pasa la consulta de otros tipos de heridas complejas donde la valoración y el abordaje es particular en cada tipo de heridas, desarrollando un tipo de intención con los diferentes productos y técnicas individualizado, he tenido la suerte de poder aprender la terapia de presión negativa y poder realizar la técnica en varias ocasiones siempre con la supervisión de mi tutora. A continuación se realiza las intervenciones dentro de las plantas de hospitalización donde pude aprender y desarrollar habilidades como de desbridamiento mecánico con técnicas actualizadas. La EPA de heridas en un referente en el hospital asesorando a los diferentes profesionales y tomando decisiones compartidas con los diferentes equipos, realizando funciones de formación transmitiendo la mayor evidencia y actualización en este sentido. De vuelta a la consulta se registra todo en las historias de los paciente, se realizan interconsultas y se atienden consultas telefónicas y telemáticas de diferentes profesionales tanto dentro del hospital como de los diferentes distritos.

Valoración

Este periodo de aprendizaje fue muy productivo para mis competencias y habilidades como enfermera, sobre todo por poder realizar una actualización de productos y técnicas en este sentido. la labor de la EPA de heridas me parece muy relevante como referente y parte integrada dentro de los diferentes equipos multidisciplinares.

Conclusión

A través de mi experiencia en estas prácticas profesionales he podido obtener una visión más completa de la figura de la EPA y he aprendido de una manera actualizada técnicas y habilidades de su mano, no solo del abordaje de heridas sino de todas sus competencias, incluyendo el acompañamiento del paciente en los diferentes procesos.

Sugerencia

Me reitero al respecto, dentro de las posibilidades organizativas en el máster, sería poder extender el periodo de prácticas externas, ya que nos daría más oportunidad de poder interioridad y adquirir las habilidades y conocimientos, así como aumentar la calidad de formación que ofrece tan valiosa este máster. Implementando más horas y asignación de números de créditos tendríamos la posibilidad de realizar más formación con otras EPAS hospitalarias como la de ERCA, Oncológica con las que hubiera completado una formación más amplia.

2.ÁMBITO ATENCIÓN PRIMARIA

2.1. ENFERMERA GESTORA DE CASOS

Introducción

Comienzo mis prácticas con la Gestora de casos de atención primaria en la zona de campiña norte del distrito condado campiña de Huelva. Silvia Herrejón que comprende poblaciones de diferentes pueblos Gibraleón, San Bartolome y Trigueros. En el periodo que comprende del 11/09/23 al 29/09/23.

El clima laboral se enfoca a ser colaborativo y participativo teniendo en cuenta el respeto entre profesionales con reuniones de equipos enfocando en trabajar de manera conjunta con objetivos comunes sobre todo la salud de la población que les son atribuidas.

Desarrollo

Durante el desarrollo en este periodo tuve la oportunidad de poner en práctica los conocimientos teóricos de asignaturas tan relevantes como Juicio Clínico y Gestión de casos atribuidos del rol avanzado.

Con unas competencias diferenciados por bloques de intervención. Una parte que engloban gran grueso en el día a día de la gestión de casos es estar a cargo de diferentes residencias: Cristo Roto, Jesús de Nazaret, San Antonio Abad, en colaboración con la enfermera de Residencias.

Se realizan las VIE (valoración Integral Exhaustiva) de los pacientes crónicos complejos. Realizando un registro exhaustivo por la aplicación informática (Diraya) en telecontinuidad de cuidados, realizando un plan de acción individualizado. Dentro de las intervenciones en las residencias se encuentra la valoración, manejo y pautas de las heridas, dotando al centro del material necesario, realizando una valoración individualizada en este sentido. Se encarga del Covid en residencias apareciendo en los registros en web Covid los diferentes + y así de manera temprana realizar intervenciones y directrices en las residencias. Implementa la formación en los profesionales, la colaboración entre los diferentes residencias y los servicios de salud y asegura la asistencia integral a los personas institucionalizadas.

Fuera de entorno residencial la EGC comprende intervenciones como:

Gestión de recursos (andadores, sillas de ruedas, camas articuladas, ambulancias etc). Gestiona citas e intervenciones en pacientes complejos con una comunicación directa del área hospitalaria. Tiene una especial vinculación con la unidad de cuidados paliativos, realizando intervenciones conjuntas. Esta implicada en la comunidad colaborando con las diferentes instituciones en charlas coloquios y jornadas colaborando con ayuntamientos y diputaciones, así como diferentes organismos. Abordaje de altas hospitalarias realizando esa continuidad de cuidados de una manera real y pronta. Parte importante es la valoración conjunta con los servicios sociales para abordar multitud de casos que requieren esa colaborar multidisciplinar.

Esto son algunos ejemplos que de manera real he podido realizar junto con mi tutora y desarrollar el manejo de los diferentes registros potenciando mi aprendizaje.

Valoración

Ha sido una experiencia enriquecedora por las enseñanzas y la vivencia de un día a día que no terminará en este periodo de prácticas ya que tengo la gran suerte de tenerla como compañera de profesión en la misma zona básica, la gran labor que realiza está profesional engloba todas las competencias que la gestión de casos abarca como docente, investigadora, asistencial entre otras.

Conclusión

Como estudiante de este máster me sentí incluidas dentro de ese equipo profesional desde el primer momento, brindándome apoyo y oportunidad de crecimiento dentro de mis enseñanzas, ha sido una oportunidad de formación para ampliar competencias y habilidades. Desarrollando en mi la ampliación de recursos disponibles, fortaleciendo estrategias en comunicación, empatía, bienestar físico y emocional de los pacientes crónicos complejos y cuidadores, así como de las personas de edad avanzada, como pacientes con características individualizadas que necesitan un abordaje integral entre los profesionales, permitiendo entender la importancia del trabajo en equipo la coordinación, la toma de decisiones compartidas y el trabajo interdisciplinario para la calidad en salud.

Sugerencia

Me gustaría agradecer por la calidad tanto humana como profesional de la EGC, de atención primaria, pero no solo de ella de todos los profesionales tutores y coordinadora de prácticas del programa de prácticas externas realizadas, por la calidad y la relevancia que tiene dentro de la formación del máster que consolida todos los conocimientos y enseñanzas del mismo.

Por ello esa sugerencia de la ampliación de horas y créditos en relación a las prácticas externas mencionados anteriormente.



Universidad
de Huelva

Universidad de Huelva

Máster en Enfermería de Práctica Avanzada en Atención a la Cronicidad y la Dependencia

Módulo: Prácticas externas

Prof. Maria Piedras Alba Gómez Beltrán

MEMORIA PRÁCTICA EXTERNA



Ruth Noemi Riquelme Jarpa

28 Mayo 2023

ÍNDICE

Introducción	2
Desarrollo	
1. Centro de salud atención primaria Los Rosales	3
2. Enfermera Gestión de casos Centro de Residencia de Mayores (CRM)	5
3. Enfermera Práctica Avanzada Enfermedad Renal Crónica Avanzada	7
4. Enfermera de Practica Avanzada Oncológica	8
Conclusión	10
Sugerencias para ayudar a la mejorar el programa de prácticas	10



INTRODUCCIÓN



Hoy en día existen cambios en la demografía de la población en todo el mundo, lo que ha generado que emerjan nuevas necesidades en salud. En este contexto, el desarrollo de las EPAs ha sido más que necesario para poder atender a estas nuevas necesidades, teniendo en cuenta que han debido escalar y superar barreras tanto culturales como políticas, demostrando que su implementación ha beneficiado al paciente y a la población en general.

Las EPA integradas en los equipos interdisciplinarios de salud, han demostrado que mejoran la salud y el bienestar, reducen los costes y mejoran la calidad de vida. Este Máster permite generar un conocimiento experto y de formación avanzada, que posibilita el empoderamiento en un desarrollo próximo de una EPA según la necesidad de la población.

Los objetivos perseguidos en las prácticas son, por una parte, conocer el rol de las diferentes EPAs del sistema sanitario en España. Además, aprender del conocimiento experto de las enfermeras en diferentes ámbitos. Finalmente, el poder aplicar los conocimientos adquiridos en las diferentes asignaturas impartidas en el Máster.

En esta Memoria se evidencia el aprendizaje obtenido en cada uno de los centros en que se realizó la práctica, y a su vez, de los respectivos tutores. Las asignaturas cursadas en el Máster no solo permiten tener un conocimiento teórico sino que al llevarlas al campo asistencial permite aprenderlos de mejor manera.

A continuación se detallan los centro y tutores de prácticas:

Atención Primaria

- Centro de salud de los Rosales: Huelva capital: Tutor Mercedes Alonso Guerrero (13 al 24 de Marzo).
- Centro Isla Chica: EGC residenciales: Tutores Pedro Salas Iglesias, Juana García Almeida, Isabel Alvarez Pacheco (27 al 31 de Marzo).

Hospital Juan Ramón Jiménez: Huelva capital:

- EPA ERCA Gema Buendía Jimenez (10 al 14 de Abril).
- EPA oncológica, Teresa Estrada López (17 al 28 de Abril).

DESARROLLO



1. Centro Salud de Atención primaria Los Rosales: EGC AP

- a. Población Diana, Pacientes crónicos complejos priorizados con IC y EPOC de alta hospitalaria Hospital Juan Ramón Jiménez, PCC con alta dependencia inmobilizados, Altas hospitalarias de pacientes crónicos complejos, Pacientes paliativos del Hospital Vásquez Díaz, Pacientes con patologías respiratorias EPOC, Pacientes con patologías cardíacas IC, Pacientes con enfermedades neurodegenerativas, Alzheimer y/o Demencia, Pacientes con antecedentes de escaso apoyo familiar y social, Personas que no pueden acudir al centro de salud por su condición de salud o que tiene grandes dificultades para desplazarse (inmobilizados) que requieren atención domiciliaria. Cuidadores informales de pacientes grandes dependientes y con demencia.
- b. Captación de pacientes: Puede ser por Altas hospitalarias del Hospital Juan Ramón Jimenez derivado por la EGC del hospital y que son pacientes que correspondan a su centro asistencial (se les llama a todos y si lo necesitan, se realiza una visita domiciliaria, ya sea por Médico referente o de familia, enfermera referente o de familia, trabajador social, y por Enfermera cuidados paliativos del Hospital Vásquez Díaz).
- c. La Captación de las cuidadoras de grandes dependientes principalmente es por la misma EGC de Los Rosales cuando realiza visita domiciliaria o seguimiento telefónico del PCC.
- d. Coordinación con Médico de familia, Enfermera de Familia y de Zona, Trabajador social AP, Enfermera y Médico cuidados paliativos H. Vásquez Díaz, EGC H. JRJ, Fisioterapia preventiva y rehabilitadora. Coordina citas telefónicas o presenciales con los profesionales del centro de primaria.

Actividades realizadas en la práctica AP:

Se gestionan recursos:

- Por Gestoría usuario del Hospital Juan Ramón Jiménez: Solicita ambulancia para pacientes inmobilizados para citas presenciales en hospital. Material Ortoprotésico: andador, muletas, sillas de ruedas, silla de baño. Los pacientes acuden donde la EGC, quien realiza justificación para que presenten en gestoría y ellos le emitan la receta, para que luego el paciente o familia lo retire en el lugar correspondiente.
- Por RECDOM: solicita cama articulada, colchón viscoelástico, colchón antiescara, grúa y barandilla.

Teleconsulta: Se envía por este medio derivaciones de pacientes PCC a dos especialidades:

- Si necesitan Evaluación por Endocrino - Nutrición (Evaluar la necesidad de suplementos nutricionales).
- Derivación a Enfermera Gestora de Caso hospitalario por PCC ingresado al Hospital.

Telecontinuidad de Cuidados:

A través de esta plataforma se realiza Seguimiento de Pacientes frágiles luego del Alta hospitalario, (EGC Hospital JRJ le deriva a EGC AP). Y además en esta misma plataforma se solicita Tarjeta+Cuidados para Cuidadores: Cuidador Informal con más de 10 a 12 horas de cuidado al día. En pacientes con Demencia y gran dependiente (barthel < 60).

Intervenciones de la EGC AP:

- Pacientes crónicos complejos priorizados IC y EPOC de alta hospitalaria: Se realiza la VIE (llamada telefónica o vista domiciliaria), Educación Terapéutica para que conozcan su enfermedad y tengan menos reingresos. Seguimiento telefónico, a la semana o 10 días y si luego se encuentra estable, se deriva a su enfermera referente para que continúe con el seguimiento.
- Alta hospitalaria puede ser captada por la EGC AP a través de correo enviado por la EGC hospital para que pueda realizar su seguimiento. Se realiza Valoración del paciente – cuidadora, familia, se llama por teléfono a estos pacientes para conocer su estado post alta y si tienen alguna duda de su terapia farmacológica u otra cosa. Se programa una visita domiciliaria a la semana o 10 días para evaluar paciente. Y luego seguimiento telefónico.
- Fallecimiento de pacientes: Un Exitus de PCC, se realiza cierre de caso en Diraya con finalización de los Procesos asistenciales (atención al paciente pluripatológico, Epoc, cuidados paliativos, demencia, etc), los Programas de salud, cartera de servicios (Anciano dependiente, atención inmovilizados, etc) y si son Pacientes crónicos complejos priorizados, se cierra el proceso a nivel central en forma automática.
- EGC AP inicia proyecto de instalación de Dispositivo flash para pacientes Diabetes tipo 2 con bolo de insulina (las dos insulinas) inmovilizados. Además, desde Marzo comienza a incorporar más pacientes diabéticos que cumplan con los criterios de su instalación donde EGC apoyará a la enfermera de familia encargada.

- EGC AP gestiona citas que se encuentran pendientes, tanto médicas como quirúrgicas de pacientes de FAISEM Huelva.

Descripción de una Visita domiciliaria realizada:

- ✓ Visita a paciente de 73 años con demencia, 3 caídas en los 6 últimos meses, vive solo con la hija de 44 años, quien es su cuidadora principal. Paciente ya no quiere salir de casa, tiene cambios de humor, se enoja cuando se conversa con la hija. Además, se constata que hija ha dejado de trabajar para cuidar de su madre, ambas reciben muy pocas visitas, se realiza valoración integral, valoración de riesgos en el hogar, educación de alimentación, de importancia de la movilización y salir de casa, se da apoyo al cuidador. Tiene un andador, con el cual se desplaza con ayuda de su hija, el índice de barthel 25 y pfeiffer 9, índice del esfuerzo del cuidador con elevado esfuerzo. Se gestiona tarjeta + cuidados.

2. Enfermero Gestión de casos Centro de Residencia de Mayores (CRM):

Población Diana: personas Mayores ingresadas en residencias, las cuales se dividen en dos sectores: Centros Residenciales Condado Campiña (12 residencias) y Huelva Costa (11 residencias).

Actividades:

- Seguimiento COVID de los residentes y trabajadores de todas CRM. Registro en plataforma INFOCOVID, Notificación de todos los casos a epidemiología. Cada centro debe realizar test de antígeno cuando hay algún ingreso de residente o trabajador.
- Ingreso nuevo a CRM, se realiza una valoración integral, de dónde es su procedencia (domicilio u otro centro), su estado de vacunación, su situación de dependencia (si usa muletas, andador, etc) aplicación de escalas barthel y lawton, estado cognitivo escala Pfeiffer, nutrición donde se detalle dieta, problemas de deglución, si trae SNG o PEG, prótesis dental, peso, la integridad de piel y mucosas (escala de norton), la eliminación (continente/incontinente) y la medicación. Esto se ingresa en Diraya del centro de salud de atención primaria.
- Si el residente se hospitaliza por Covid, se realiza seguimiento a través de Diraya, la evolución del estado de salud del paciente, su complicaciones, tratamiento y su alta hospitalaria. Para el Alta hospitalaria, el residente debe tener PCR Covid Negativo o CT > 30, en caso que se vaya

con un CT < 30 debe quedar en aislamiento dentro del CRM. Esto es comunicado a los enfermeros o referente del centro residencial, para mantenerlos informados de sus pacientes y coordinar si se necesita algo antes del alta.

- Si el residente se hospitaliza por otro motivo, se realiza un seguimiento en Diraya, diario para ver su evolución, si hay citas de especialistas o exámenes que no puede acudir, gestionar para ser reagendadas y no se pierdan, o que sean vistos en el mismo hospital por el especialista. Esta información se entrega a Enfermera o personal referente del CRM.
- Alta hospitalarias por Covid u otro Motivo: EGC RM se encarga de revisar en Diraya, el Informe médico alta hospitalaria, para ver Diagnósticos de alta, indicaciones de medicación y que cambios existen y revisa lo que tiene indicado en Diraya. Indicaciones de Dieta, si existen citas a especialistas para coordinar luego ambulancias o las tomas de analíticas. Revisa si está tomado el PCR Covid. Revisa si hay algún medicamento que se debe despachar desde el hospital, para coordinar con el CRM su búsqueda (por ejemplo, NEORECORMON). Luego, telefónicamente realiza seguimiento con el CRM para ver condiciones en que llega este Residente, muchos llegan con mayor deterioro tanto físico como cognitivo y con presencia de UPP.
- Se a través de gestoría del usuario, Hospital JRJ y Infanta Elena, se gestiona ambulancia para residentes que deben ir alguna cita presencial a algún especialista, es importante referir cómo va el paciente y si va acompañado. Además, puede solicitar Material ortoprotésico, silla de ruedas, muletas, andador, y prótesis.
- Cuando ocurre un Exitus, se actualiza plataforma de CRM dejando inactivo residente, en Diraya se cierra cartera de servicios, Procesos asistenciales y programas de salud, además se anulan adsorventes o producto sanitario, se avisa a CRM correspondiente.
- Contacto continuo con los CRM por vía telefónica o correo y si existe algún incidente como exitus, ingreso de paciente nuevo al centro o que alguno haya sido hospitalizado y altas hospitalarias. Esto es para mantener actualizado el registro de la plataforma de CRM.
- Valoración inicial de PCC de sus centros donde se le realiza su Valoración integral, NOC, Intervenciones, educación terapéutica, y PAP.
- Gestionan Recursos sanitarios, por ejemplo, de material para curaciones avanzadas, además guiar a las enfermeras que realizan la curación en el CRM o gestionar que las enfermeras del centro de salud AP puedan ir a realizar curas.
- Pacientes que necesitan derivación nutricional por teleconsulta, se realiza una valoración nutricional del residente, con datos completos de diagnósticos, aplicación de escalas Barthel,

MNA, Norton, Pfeiffer, Medidas antropométricas (peso, talla, perímetro braquial y pantorrilla), ingesta alimentaria de 24 hrs, presencia de UPP, analítica actualizada en los 3 meses, sino el EGC RM puede solicitarla (proteínas totales, creat, ac fólico, ferritina, vit B12, colesterol, hemograma, triglicéridos y colesterol, entre otros).

- Pacientes que necesitan Adsorbentes EGC RM deben realizar valoración de incontinencia a través de aplicación botón rojo Diraya, se aplica test de severidad de incontinencia (Sandvick), Índice de severidad, medicamentos que influyen en la eliminación, numero de talla y cantidad.
- Instalación de Monitorización flash a residentes que necesitan y quieran, con entrega de sensores a los centros, y descarga de registro de glucosa por libreview.
- Se Visitan dos centros residenciales en Huelva Costa: a) Centro Residencial para Personas Mayores La Orden: allí se realiza descargo de registro de glucosa de dos pacientes con Dispositivo flash, además, se coordinan dos ambulancias para paciente con citas en Hospital JRJ; b) Centro Residencial Santa Teresa Jornet, donde se realiza educación de diabetes a las funcionarias y enfermera referente del Centro.

Hospital Juan Ramón Jimenez, Huelva capital:

3. Enfermera práctica avanzada Enfermedad Renal Crónica Avanzada:

Actividades realizadas:

En la planta de Nefrología población atendida: Pacientes en Diálisis peritoneal y Hemodiálisis domiciliaria.

- Estos Pacientes ingresan para realizarse diálisis peritoneal manual, lavado de cavidad peritoneal que aun no inician diálisis, control de exámenes de sangre y orina, evaluación de orificio de entrada de catéter peritoneal, control de analítica.
- Control programados de los pacientes en Diálisis peritoneal: con Citotóxicos mensuales, para la actualización en la lista de espera y cada tres meses para contraindicaciones temporales. Cambio de prolongador cada 6 meses. Control analítica (Ca, P, PTH, rayos), TEP al mes de instalado catéter peritoneal y al año. KTV+revisión cada 2 meses (urea, BUN, creatinina en sangre, orina y liquido peritoneal y glucosa, albumina en sangre). Frotis nasal cada 4 meses (si es portador de estafilococcus aureus para prevención de peritonitis). Hierro endovenoso.

- Para los pacientes que inician Diálisis peritoneal manual o cicladora la enfermera se encarga de iniciar la instrucción en la consulta, considerando varios días hasta que el paciente o cuidador logre por sí solo a realizar la técnica.
- Existe un programa de Hemodiálisis domiciliario, en el cual los pacientes fueron instruidos previamente varios días en consulta, donde se les enseña a pincharse la fístula e iniciar la hemodiálisis. La enfermera mantiene el seguimiento de estos pacientes, tanto telefónico como en la consulta. Además realiza los KTV de estos pacientes.

En consulta de ERCA: Pacientes que ingresan a ERCA con filtrado <30ml/min.

- Enfermera realiza control de la medicación, fístula, educación de alimentación, accesos venosos. Curación de fístula, toma de analítica.
- Enfermera realiza control de los pacientes trasplantados, un año después de su intervención.
- Enfermera capta pacientes, los cuales su TFG es < a 16ml/min para que plantear la realización de Fístula arteriovenosa.
- Enfermera - Nefrólogo, realizan control de la fístula prediálisis, primero exploración física, palpación de pulsos, vibración y auscultación flujo, luego, a través de ecografía, localización, flujo, superficialidad, diámetro de vena y arteria, maduración de la fístula. Esto para evaluar maduración y funcionalidad y en caso contrario derivar oportunamente.

4. Enfermera de Practica Avanzada Oncológica:

Población diana: Pacientes Oncológicos Complejos: Pacientes con tratamiento concomitante de Radioterapia y Quimioterapia (por la toxicidad que implica). Pacientes extranjeros (población inmigrante) con barreras culturales lingüística, Pacientes que tienen un mal afrontamiento a la enfermedad. Pacientes que no tienen soporte social o están en situación de aislamiento social.

Captación de pacientes: Comité de tumores, EPA ostomías, EGC hospital, altas hospitalarias, Trabajador social hospitalario o AP, Médico o Enfermera de Unidades de Radioterapia y Oncología médica.

Intervenciones:

- Pacientes con alta hospitalaria, conexión con la EGC del centro de salud perteneciente.
- Cuidados transicionales de los pacientes post alta.
- Seguimiento telefónico de pacientes de su cartera de servicio.

- Coordinación con trabajador social del centro de salud.
- Guía del sistema sanitario para los pacientes oncológicos complejos.
- EPA oncológica participa de dos comités de tumores: CT pulmonar y CT de ORL. Con la finalidad de captar pacientes e intervenir precozmente.
- EPA oncológica participa en reunión semanal con supervisores de enfermería de Unidades Oncología Médica y Oncología radioterapia, junto con las enfermeras asistenciales, con el fin de intercambiar información de los pacientes y evaluar su estado de salud y determinar en conjunto la actuación de enfermería en futuro.
- Coordina citas pendientes, principalmente de estudios de imágenes, tanto periodo diagnóstico como durante tratamiento. RNM, TAC y PET-TC.
- Coordina ambulancia para pacientes que necesiten transporte para citas o exámenes dentro y fuera del hospital. Y la asistencia de mediadoras para acompañamiento de pacientes sin soporte social.
- Pacientes que se encuentran en etapa diagnóstica, se capta paciente para una valoración inicial, valoración de soporte social, educación nutricional, educación de efectos de toxicidad de la terapia, manejo de dolor, actividad física, apoyo emocional, apoyo familiar y contacto telefónico.
- Revisión diaria de pacientes que son de su población diana hospitalizados en Oncología médica y hospital de día para realizar seguimiento.
- Durante el tratamiento de radioterapia y quimioterapia se evalúan los efectos secundarios o de toxicidad como: odinofagia, disfagia, radiodermatitis, mucositis, vómitos, xerostomia, anosmia y ageusia y otros.
- Seguimiento telefónico de los pacientes para evaluar posibles complicaciones, manejo del dolor (revisión de medicación) y síntomas de alerta, como por ejemplo, la Fiebre (neutropenia febril), la cual es motivo de ingreso hospitalario.
- EPA POC gestiona apoyo social a pacientes sin soporte social, activa todos los recursos tanto con el centro de salud EGC AP, trabajador social y con la Asociación Española Contra el Cáncer.
- Participación en investigación en las Jornadas de oncología, con comunicación oral del impacto que tiene la EPA oncológica en el HJRJ. (disminución de reingresos).

CONCLUSIÓN



En conclusión, puedo decir que las prácticas, tanto en Hospital como en Atención primaria, me permitieron conocer la realidad del sistema salud de España. Como ya saben, vengo de una realidad diferente, con un sistema sanitario donde el concepto de EPA aún no está desarrollado como en Andalucía. Aprender cómo se desempeña una EPA en los diferentes ámbitos, me ha generado un gran aprendizaje, tanto en su desarrollo competencial como lo que ha generado su impacto en la atención sanitaria. España es un país que, como ya sabemos, tiene un tasa de envejecimiento altísimo, por lo tanto, este cambio en la demografía ha llevado a satisfacer otros tipos de necesidades. Lo anterior conlleva tener prestaciones de cuidado más complejas para estos tipos de pacientes, donde se hace necesario el rol de la EPA, con conocimientos más expertos, capaces de tomar decisiones, de coordinar y gestionar recursos que te lleven a una atención centrada en el paciente.

Así, en el Centro de Salud, fui testigo de la gestión de casos para pacientes crónicos complejos, en donde la EGC es capaz de lograr unir todas las piezas para que estos pacientes tengan una atención de calidad.

Además, me llamó la atención la gestión de casos en residencias, tanto por la cantidad de residencias de adultos mayores que existe, como por su rol como gestores de estos centros. Junto con ello, por el tener una visión tan amplia para coordinar tanto los recursos como los profesionales implicados en la atención de estos pacientes.

En el centro hospitalario, las EPAs se destacan por su gestión, por tener un conocimiento experto de lo que desarrollan que las hacen únicas y generan seguridad tanto para los pacientes como para el sistema sanitario. Su impacto claramente se observa en los resultados en salud, con mejor satisfacción de los pacientes y disminución de los reingresos hospitalarios.

Por último, no puedo dejar de expresar mi agradecimiento por la experiencia, no tan solo por la experiencia o conocimientos adquiridos, sino por haber conocido en los diversos centros de práctica a personas muy valiosas, capaces de recibirme y enseñarme de forma amable y acogedora.

SUGERENCIAS PARA AYUDAR A MEJORAR EL PROGRAMA DE PRÁCTICAS.

- Primero sugiero una o dos semanas de práctica para poder rotar un poco más por las EPA.
- Tener un lugar para poder cambiarse ropa y dejar pertenencias, sobre todo intrahospitalario.
- Empezar prácticas antes de marzo.

MEMORIA DE PRÁCTICAS



Universidad
de Huelva

**MÁSTER UNIVERSITARIO EN ENFERMERÍA DE PRÁCTICA AVANZADA EN ATENCIÓN
PARA LA CRONICIDAD Y DEPENDENCIA**

ASIGNATURA: PRÁCTICAS EXTERNAS

PROFESORA: M^a PIEDRAS ALBAS GÓMEZ BELTRÁN

ALUMNA: M. EMILIA VILLACAÑAS NOVILLO

memilia.villacanas@alu.uhu.es



1. ÍNDICE

2. INTRODUCCIÓN:

- Datos del alumno del tutor clínico correspondiente (en los diferentes períodos)
- Descripción del Contexto del Centro sanitario en el que desarrolla las prácticas (hospital, atención primaria).

3. DESARROLLO DE LA GESTIÓN DE UN CASO

4. VALORACIÓN PERSONAL DEL TRABAJO REALIZADO

5. CONCLUSIONES.

6. SUGERENCIAS PARA AYUDAR A MEJORAR EL PROGRAMA DE PRÁCTICAS.

INTRODUCCIÓN:

1.- Datos del tutor clínico correspondiente.

Las prácticas del máster incluyen 6 semanas de rotación distribuidas entre las diferentes unidades que existen de Enfermeras Gestoras de Casos y Enfermeras de Práctica Avanzada y divididas entre el entorno hospitalario y el comunitario que incluye la Atención Primaria y lo sociosanitario – residencial.

En mi caso y dada mi situación especial de residente en Madrid, tuve la suerte de que tanto las unidades donde realizar las prácticas, como las fechas en las que poder realizarlas fueron las que había elegido.

A continuación, expongo las fechas de realización de mis prácticas, las unidades por donde he rotado, así como los tutores con los que he estado realizando la rotación:

- Del 20 al 25 de Marzo, rotación con **Enfermera Gestora de Casos (EGC) de Residencias**. Tutor Pedro Salas.
- Del 17 al 21 de Abril, rotación con la **Enfermera de Práctica Avanzada (EPA) en Ostomías**, Luisa Vázquez Borrero.
- Del 24 al 28 de Abril, rotación con la **Enfermera de Práctica Avanzada (EPA) en Heridas Crónicas Complejas**, Rocío Gil Jiménez.
- Del 8 al 19 de Mayo, rotación con **Enfermera Gestora de Casos (EGC) de Atención Primaria**, Gabriel Vázquez Hachero.
- Del 26 al 30 de junio, rotación con la **Enfermera Gestora de Casos (EGC) de Hospital**, Gloria Llanes Fernández de la Cueva y Francisca Medeiro Rubio.

2.- Descripción del Contexto del Centro sanitario en el que desarrolla las prácticas.

Los centros sanitarios donde he realizado las prácticas ha sido en la Unidad de Enfermeras Gestoras de Casos de Residencias, situada en el entorno comunitario en un Centro de Salud, en concreto el del Isla Chica. La unidad de Enfermeras Gestoras de Casos de residencias, es una unidad de reciente creación, ya que surge en el año 2020, tras la pandemia del COVID y en base al real decreto de familias de 2002, donde se creó la EGC en un inicio. Este servicio asume el seguimiento y supervisión de los mayores institucionalizados en todos los establecimientos residenciales de la provincia de Huelva.

En cuanto al entorno hospitalario por donde he rotado para realizar las prácticas con Enfermeras Gestoras de Casos y Enfermeras de Práctica Avanzada, ha sido en el Hospital Juan Ramón Jiménez, que se trata de un hospital universitario para la atención de pacientes

agudos de ámbito provincial con casi 3.000 trabajadores y que atiende a una población de referencia de cerca de 509.000 personas, es el hospital de referencia de la provincia.

Por último, en el entorno de Atención Primaria, la rotación la he realizado en los Centros de Salud de Punta Umbría y Aljaraque, situados en el distrito Huelva-Costa y que atienden a una población de más de 36.000 habitantes entre ambos municipios.

DESARROLLO DE LA GESTIÓN DE UN CASO

El caso a estudio elegido consiste en una mujer de 67 años que ingresó en urgencias por dolor abdominal de larga evolución, el dolor comenzó hace 1 año con empeoramiento de la clínica en los últimos 5 meses, presentando episodios diarios del dolor hipogástrico continuo, no irradiado, de alta intensidad, con mejoría parcial con analgesia. Ha acudido en 6 ocasiones a Urgencias por esta clínica desde inicio de 2023.

Asocia estreñimiento de 2-3 días, desde que comenzó con la clínica. Refiere pérdida de unos 15 kilos en los últimos 5 meses, junto con pérdida de apetito.

Se diagnostica de Neoplasia de recto superior-unión rectosigmoidea con posible infiltración vesical y de vejiga y adenopatías en cadena iliaca común izquierda y en mesosigmas-mesentéricas inferiores; LOEs hepáticas sugestivas de metástasis.

A nivel familiar, la paciente hasta el ingreso, era la cuidadora principal de su esposo que presenta un diagnóstico de Afasia en grado avanzado, precisando cuidados para las ABVD, no tenía realizada la valoración para la Ley de Dependencia; por lo que se encuentra muy preocupada por su situación, ya que sus hijos residen fuera de Huelva (uno incluso fuera de España), tan solo cuenta con el apoyo de su hermana (que también trabaja).

En entrevista con Gestora de Casos, el hijo se plantea que al alta, pondrán el recurso de una cuidadora formal para el apoyo y cuidado de ambos hasta la resolución de la Ley de Dependencia; en este sentido, la Trabajadora Social solicita que la Enfermera Gestora de Casos realice a la paciente la valoración funcional de la misma mediante la administración de los test y cuestionarios necesarios para gestionar la solicitud de la Ley de Dependencia por vía de urgencia. Se obtiene en el Test de Barthel una puntuación de 70 y en el Test de Peiffer una puntuación de 0.

Diagnósticos de Enfermería más prevalentes al alta:

- Conocimientos deficientes
- Deterioro de la integridad cutánea

Intervenciones directas más frecuentes:

- Apoyo emocional
- Asesoramiento
- Intercambio de información de cuidados

Resultados:

- Gestión
- Contacto con otros servicios
- Derivación a EGC comunitaria

Planificación al Alta:

- La paciente e hijos han sido educados en el manejo de la colostomía
- Son conocedores de los recursos disponibles
- Se recomienda movilización de manera progresiva
- Se contacta con EPA de Ostomías, para que prescriba material para cura y cambio de bolsa de la ostomía y cita para el seguimiento en consulta; ya que, desde la planta, la EPA de Ostomías no fue avisada del alta de la paciente.
- Se contacta con Trabajadora Social para confirmar envío del Test de Barthel y Peiffer cumplimentado a SS.SS.CC de La Orden
- Se identifica como paciente con complejidad media (Índice de Brass 14) por lo que se deriva a EGC de AP para seguimiento y evolución

Sobre las **Asignaturas** de la titulación que me han sido útiles para llevar a cabo las prácticas, considero que en general, todas las asignaturas cursadas a lo largo del Máster me han aportado algo y me han resultado de utilidad para poder conocer e implementar este modelo de atención basado en la gestión de casos y la práctica avanzada que se lleva a cabo en Andalucía; por lo que no sabría excluir ninguna de las asignaturas impartidas.

Aunque sí que puedo hacer alguna diferencia al respecto, ya que a lo largo del curso hemos abordado asignaturas fundamentalmente prácticas como son:

- La Gestión del caso: atributos del rol avanzado, que nos ha permitido conocer a nivel práctico el modelo de atención basado en la gestión de casos, mediante instrumentos y herramientas que nos permiten identificar la población diana y los mecanismos de captación del caso para realizar la elaboración de los informes de valoración y diseñar e implementar las intervenciones necesarias incluidos los sistemas de derivación, así como el uso de los recursos disponibles en el ámbito sociosanitario.

- Juicio clínico y abordaje terapéutico en enfermería de práctica avanzada, que nos proporcionó herramientas de valoración clínica avanzada, así como el manejo de pruebas diagnósticas para personas con procesos crónicos y el uso de las diferentes taxonomías de clasificación diagnóstica, de intervenciones y de resultados
- Atención Integral ante procesos crónicos, nos dio a conocer los mapas de cuidados específicos para los procesos asistenciales relacionados con los problemas crónicos de salud a lo largo de la vida y los documentos estratégicos y de desarrollo competencial de este rol enfermero.
- Modelos de atención a la cronicidad y la dependencia. Aspectos éticos y marco normativo; nos permitió conocer la legislación y los recursos asistenciales disponibles para personas con procesos crónicos y para la atención a la cronicidad y la dependencia.

Y también he tenido en cuenta el aprendizaje de asignaturas con una base más conceptual y teórica que han permitido fundamentar muchas de las prácticas que se llevan a cabo a la hora de implementar este modelo:

- Bases conceptuales para la atención a la cronicidad y la dependencia: que reconoce e Interpreta los datos epidemiológicos y el impacto social, familiar e individual de la cronicidad y la dependencia. Conoce y selecciona la herramienta más adecuada para la evaluación de la discapacidad y la dependencia, identifica las Desigualdades en salud, cronicidad y dependencia y determina la importancia de la medida de la Calidad de Vida relacionada con la Salud en los procesos de cronicidad y dependencia.
- Comunicación y liderazgo en los equipos de salud: que dio a conocer las habilidades avanzadas de comunicación para el liderazgo de equipos de salud y para la resolución de conflictos; así como la toma de decisiones basadas en la práctica avanzada, la evidencia científica y el liderazgo en salud; además abordó las habilidades de comunicación para las funciones de docencia y mentoría.
- Organización y gestión de programas y centros de atención a la dependencia: permitió conocer los marcos normativos que regulan la gestión de programas y centros de atención a la dependencia; así como los estándares de Seguridad clínica y la Calidad en la prestación de servicios a las personas con procesos crónicos y dependencia.
- Modelos de práctica avanzada y resultados en salud: que aclaró las bases teóricas y conceptuales del modelo de Enfermería de Práctica Avanzada, los diferentes perfiles, niveles competenciales y su ámbito de aplicación.

Por último, no quiero olvidar las asignaturas relacionadas con la metodología científica y la investigación, herramienta fundamental para crear un cuerpo de conocimientos científico en este nuevo rol.

- Metodología científica y diseños de investigación
- Estrategias de difusión de la investigación
- Análisis de datos de la investigación

VALORACIÓN PERSONAL DEL TRABAJO REALIZADO (Objetivos perseguidos con la realización de las prácticas, aprendizaje durante el desarrollo de las mismas, ...)

Durante estas seis semanas de prácticas he tenido la oportunidad de conocer a muchos profesionales de enfermería en diferentes ámbitos y adquirir de cada uno de ellos valiosos aprendizajes que me han permitido desarrollarme no solo a nivel profesional sino también a nivel personal.

He aprendido a valorar el trabajo tan importante que desempeña cada uno de ellos, contribuyendo al avance de la profesión y fomentando una práctica de enfermería basada en la evidencia con un enfoque centrado en el paciente, siendo fundamental la coordinación y el trabajo en equipo para poder ofrecer una atención de calidad.

He adquirido los conocimientos necesarios para valorar correctamente la autonomía de los pacientes mediante las diferentes escalas existentes, para después poder realizar un Plan de Acción Personalizado (PAP) con el que dar respuesta a las necesidades de cuidados que el paciente tiene.

He realizado la valoración integral exhaustiva (VIE) compuesta de 6 tipos valoraciones:

- Valoración pronóstica: PROFUND
- Valoración Social: Escala de Gijón
- Valoración Funcional: Escala de Barthel
- Valoración Cognitiva: Escala de Pfeiffer
- Valoración Afectiva: Escala de Yesavage
- Valoración del Dolor: Escala PAINAD

También he realizado valoraciones específicas como la Valoración Nutricional en la que se utilizan 3 herramientas: el Mini Nutritional Assessment (MNA), una valoración global subjetiva estandarizada para identificar el perfil alimentario del paciente y una valoración bioquímica.

La realización y cumplimentación de informes de solicitud de valoración del nivel de dependencia, dentro de la aplicación de la Ley de Dependencia, es una de las actividades fundamentales de la EGC, además de, informar sobre los trámites a llevar a cabo y los diferentes recursos a los que pueden optar.

El Informe de Gestión de Casos elaborado por la EGC al alta hospitalaria del paciente, este incluye el Índice de Brass, que mide el nivel de complejidad del paciente (<10, baja complejidad de 11-19 media complejidad y >20 alta complejidad) y determina si ese paciente es susceptible de continuar con el servicio de Gestión de Casos y derivarlo a la EGC en AP.

La Práctica Clínica Avanzada y Gestión de Cuidados, así como la gestión de la Calidad, Seguridad y sostenibilidad son competencias fundamentales de las EPAs

Con respecto a las EPAs por donde he rotado (Ostomías y HCC), he de destacar entre sus competencias la capacidad de ejercer como consultoras para profesionales, pacientes y/o familia; con una importante labor docente, realizando acciones formativas continuadas y sistemáticas, para intentar llegar a todas las enfermeras clínicas, especialmente de AP y residencias socio-sanitarias;

El Liderazgo, ejercido como referente para el abordaje de la complejidad de los cuidados en su ámbito y con autonomía de decisión para la resolución de problemas relacionados con el perfil de pacientes que atiende.

La actividad del “marcaje de la ostomía” previa a la cirugía, así como los tipos de bolsas que se pautan son, entre otros, una demostración de ese liderazgo de las EPAs, así como las consultorías a nivel clínico, realizadas a la EPA de Heridas crónicas complejas por las enfermeras de las plantas y médicos de cirugía, sobre el tratamiento de las heridas.

He podido observar como el médico pregunta a la EGC sobre la viabilidad de alta a domicilio/residencia de un paciente; así como la coordinación entre los diferentes perfiles de EGC al ingreso o al alta de un paciente (EGC hospital-residencia-primaria);

He conocido diferentes algoritmos para la toma de decisiones en procedimientos concretos como son las vacunas, la dispensación de tiras para control de la glucemia, los absorbentes en incontinencia y el uso de apósitos para el cuidado de heridas.

He participado en reuniones de organización gestión y planificación de actividades; en concreto, con la EGC de hospital participé en una reunión con la Trabajadora Social, donde se analiza la situación de diferentes pacientes y se plantean estrategias de abordaje para resolver la problemática que tienen. También he participado en la sesión de planta que se realiza semanalmente en la planta de Medicina Interna, por ser la que más pacientes tiene

con perfil de ser atendidos por el servicio de la EGC de hospital; así como en una reunión de coordinación con enfermeras gestoras de AP y otra para el establecimiento de objetivos con el coordinador de la unidad de las EGC de residencias donde se plantea establecer un cuadro de mandos para llevar el seguimiento de los objetivos

En concreto la EGC de residencias, por ser una unidad de reciente creación (se crea en 2020 en base al real decreto de familias de 2002, donde se creó la EGC en un inicio, tras el COVID), resulta de gran interés, ya que están en continuo análisis y reflexión sobre la evolución de la unidad; pudiendo identificar entre otros, los siguientes servicios:

- Seguimiento proactivo y revisión semanal con la enfermera responsable de cada residencia del nº de residentes, ingresos/altas, exitus, incidencias, etc.
- Supervisar el cumplimiento de la Cartera de Servicios en los pacientes institucionalizados, coordinando las actividades con las enfermeras referentes de AP de esas residencias para que realicen esas actividades: vacunas, seguimiento del mayor, seguimiento de crónicos...
- Control y seguimiento de los sistemas de monitorización de la glucosa, absorbentes, medicación crónica y la renovación de los suplementos nutricional oral (SNO)
- Formación a las enfermeras de residencia sobre el uso y manejo de los dispositivos de control de glucemia, uso de PETs, y otros dispositivos especiales de uso en los pacientes, identificando necesidades de material para su administración.

Por último, la Educación Terapéutica es una intervención transversal que se contempla en todos los perfiles de EGC y EPAs, ya que es una de las herramientas que la enfermera utiliza en el desarrollo de sus competencias y que consiste en: explicar proceso de su enfermedad/ Explicar régimen terapéutico/ Realizar la valoración del tto. y manejo/Explicar dieta saludable/enseñar a tomar ctes. Y signos de agudización/ fomentar bienestar emocional y de sueño/facilitar datos para contactar con los profesionales

CONCLUSIONES.

A nivel personal, voy a intentar cambiar la organización de mi consulta en mi puesto de trabajo (Centro de Salud de Lavapiés en Madrid) según los aprendizajes adquiridos y las metodologías que he estado observando y practicando durante estos periodos de prácticas; cambios que me permitirán disponer de una consulta con un funcionamiento más eficiente; creando carpetas propias con los diferentes test y cuestionarios que tenemos para realizar la valoración, elaborando listados propios de mis pacientes: paliativos, PCC, NIAS, Inmovilizados, cuidadores, en situación de soledad; creando carpetas con documentación

oficial para ayudar y complementar la educación terapéutica; así como tener identificados los algoritmos de decisión de los procesos crónicos priorizados.

A nivel de funcionamiento del servicio, considero que sería necesario mejorar los motivos de consulta que se registran; en mi opinión, se podrían estudiar y analizar las intervenciones que hace la EGC; ya que en muchas ocasiones se registran bajo un descriptivo muy genérico y amplio y no representan la realidad de la atención que se está proporcionando; e incluso, no existe motivo de consulta donde poder catalogar ciertas intervenciones que se podrían clasificar como “invisibles” o “tácitas”, por las características de las mismas; es decir, continuamos con un “trabajo invisible” tan persistente en nuestra profesión enfermera.

SUGERENCIAS PARA AYUDAR A MEJORAR EL PROGRAMA DE PRÁCTICAS

Considero que el programa de prácticas es bastante adecuado para dar respuesta a los objetivos de aprendizaje del máster; además las diferentes rotaciones por las que se realizan las prácticas, son de una gran calidad tanto a nivel de competencias como en lo relativo a su funcionamiento; siendo el nivel de excelencia de las y los profesionales que están en las unidades a destacar y a ser elogiado.

En mi opinión las prácticas resultan muy extensas e intensas, no tanto porque sean muchas, sino porque se deben hacer en un corto periodo de tiempo, por lo que mi propuesta sería que se iniciaran un poco antes, posiblemente en enero o febrero como muy tarde, ya que esto permitiría poderlas repartir en el tiempo, lo que permite asimilar y madurar cada rotación.

Sería interesante que al finalizar cada rotación se dispusiera de tiempo con el tutor, para tener una entrevista donde se hiciera un análisis y una pequeña reflexión donde se reflejara el aprendizaje realizado, dejándolo registrado en un documento a modo de diario de campo.

Por último, pienso que 1 semana de duración por cada rotación sería adecuada y suficiente para conocer el funcionamiento básico de cada unidad, por lo que reducir la rotación por el Centro de Salud a 1 semana podría ser suficiente para el aprendizaje necesario; en este sentido, se podrían reducir las prácticas a 5 semanas en total, donde el alumno rotaría por los 3 perfiles de EGC existentes (de Hospital, Atención Primaria y Residencias) y por 2 consultas diferentes de EPAs a elegir; ya que suelen ser consultas muy especializadas y con un alto grado de especificidad en el proceso de atención que realizan.

Considero, que de este modo, se podría tener una visión global del modelo de trabajo de la EGC y de las EPAs en el SAS.