

RECOMENDACIONES DE MEDIDAS A TOMAR Y TIEMPO, EN EL ÁMBITO DE COMPETENCIAS ENFERMERAS EN RELACIÓN AL PLAN FUNCIONAL DE DESESCALADA COVID-19

Por la presente tras revisar el Plan funcional de desescalada COVID- 19 -cuyo texto nos fue remitido la tarde del pasado viernes día 24 de abril-, y dando respuesta a la comunicación remitida desde esa Coordinación de la Dirección Gerencia del Servicio Andaluz de Salud, por medio de la que con objeto de recabar la “valiosa opinión” de nuestro organismo para el Plan funcional de la desescalada, se trasladaba a este Consejo Andaluz de Enfermería la necesidad de conocer las recomendaciones de esta corporación respecto a cuáles serían las medidas a tomar y los tiempos en el ámbito de nuestra competencia -con el ruego de que diésemos envío de esta cuestión a los distintos colegios de las diferentes provincias con idea de hacerlos llegar un documento que represente en lo posible la opinión conjunta-, y para todo lo cual se nos daba de plazo hasta el próximo lunes día 27; procedemos a remitir las consideraciones requeridas dentro del plazo habilitado, si bien entendemos oportuno dejar expresamente constancia y llamar la atención en cuanto al escasísimo e insuficiente espacio de tiempo facilitado a esta Organización Colegial para analizar en profundidad el asunto de referencia.

Por todo ello y pese a que el interés de esta corporación ha sido, es y será siempre -como sobradamente hemos demostrado- colaborar en todo lo posible con la Administración Sanitaria, en representación y defensa de nuestros profesionales, desafortunadamente nos vemos empujados a comenzar este escrito elevando queja ante la premura y precipitación en la gestión y tramitación de este documento, en la que una vez más, se priva a la profesión enfermera representada por este Consejo, de participar de forma adecuada en la preparación y elaboración de un documento como el presente, que tanto va a afectar en su labor diaria en estas excepcionales circunstancias (máxime tras conocer las declaraciones del Presidente de la Junta en el día de hoy, sobre la remisión de este documento al Ministerio, mañana lunes)

Dicho lo anterior y tras revisar el Plan funcional de desescalada de fecha 17 de abril, así como su Versión 5 -de 24 de abril-, hemos de poner de manifiesto que a pesar de que en dicho documento actualizado se han suprimido los comentarios poco acertados sobre los profesionales de enfermería -contenidos en la primera versión-, no podemos dejar de llamar la atención sobre los comentarios fuera de lugar que en la misma se hacia nuestra profesión, no comprendiendo qué se pretendía con ellos.

Nos referimos a párrafos como los que a continuación transcribimos:

“La enfermería ha demostrado con creces su capacitación y es hora de asumir responsabilidades que va intrínseco en el puesto y su formación. Debe responsabilizarse que la puerta de entrada a At. Primaria no es sólo la del médico.”

“La parte administrativa se gestiona por teléfono o los SAC, y las patologías médicas serían atendidas por medicina y las necesidades de cuidados es misión de la enfermería sin tener que pasar por medicina previamente”.

“Mantener el trabajo de la Enfermera Gestora de Casos (EGC) que se había desvirtuado y pasado gran parte de su tiempo dedicándolo a trabajo administrativo sobre material ortoprotésico en detrimento de la parte asistencial a los pacientes con enfermedades crónicas complejas que en la actualidad está viéndose fundamental en el seguimiento y control de Residencias.”

Por ello nos preguntamos desde cuándo la enfermería no se ha responsabilizado de la atención directa a las necesidades de cuidados. Entendemos que a estas alturas nadie debe recordarnos cuál es nuestra misión -en todo el documento no se hace un comentario similar al colectivo médico-. Consideramos que con la redacción dada al documento de referencia no se está halagando nuestro trabajo o reconociendo nuestra profesión, sino más bien en dicho párrafo literalmente nos están “llamando al orden” y diciendo que no asumimos todas las responsabilidades que deberíamos.

Por todo ello entendemos dichos comentarios como injustos e inciertos, observando la necesidad de denunciarlo en este escrito a los efectos de erradicar este tipo de referencias a nuestro colectivo.

Dicho lo anterior, ante la situación de normalización del trabajo en la actividad asistencial, dentro del contexto sanitario de la pandemia por COVID-19 en el ámbito de la Comunidad de Andalucía, que se empieza a plantear actualmente, en lo que al ámbito sanitario se refiere y, antes de comenzar con lo va a tratar el documento en sí, nos gustaría dejar dos comentarios que cualquier documento, referido al sistema sanitario, debería recoger. Más cuando en el momento de su redacción, aun se continúa atendiendo a la situación de pandemia que ha generado todo este cambio en nuestro sistema de atención a la ciudadanía.

1.- Es absolutamente imprescindible y necesario el reconocimiento y agradecimiento de toda la comunidad al trabajo que durante todo este tiempo está realizando el personal sanitario y no sanitario, trabajadores de los servicios de salud. Jamás se podrá recompensar, en modo alguno, la dedicación y entrega de todos y cada uno de ellos a su labor de cuidados, teniendo en cuenta, además, en las condiciones de poca protección y riesgo en que se ha realizado el trabajo.

2.- También es absolutamente imprescindible que antes de comenzar una nueva etapa de atención, los trabajadores sanitarios tengamos nuestras pruebas de diagnóstico realizadas y la garantía de poder trabajar con la protección adecuada en cada momento que se presente durante nuestra tarea diaria. Condición absolutamente necesaria para iniciar cualquier proceso de normalización de la actividad sanitaria.

Dicho esto, nuestro documento tiene la intención de recoger el trabajo que deberán realizar las enfermeras en esta situación de “desescalada”, que se configura un tanto complicada por la situación de demanda en espera que la pandemia ha generado, la combinación de seguir, al mismo tiempo trabajando con usuarios con sospecha o diagnóstico positivo a Covid-19, el retraso producido en el seguimiento de patologías crónicas, intervenciones quirúrgicas, programas de vacunaciones, de seguimiento de salud infantil, educación maternal, programa de deshabitación tabáquica, etc. y las nuevas formas de trabajo en lo que a tiempos

de espera, distanciamiento de pacientes, seguimiento telefónico y disminución de la presencialidad no necesaria en hospitales y centros de salud se plantean.

Si seguimos los criterios de desescalada que establece el documento “PLAN FUNCIONAL PARA LA NORMALIZACIÓN DEL TRABAJO EN LA ACTIVIDAD ASISTENCIAL” debemos trabajar en las áreas asistenciales hospitalarias y de atención primaria.

En ambas áreas se debe confiar en el buen trabajo de control, mantenimiento, organización y abastecimiento de las unidades que siempre han desarrollado las enfermeras, estando esa tarea en manos de supervisoras y coordinadoras de cuidados con la ayuda indispensable de las técnicas en cuidados auxiliares de enfermería.

Por otro lado, si se quieren mantener las condiciones de desescalada, hay que asegurar la sustitución inmediata de cualquier eventualidad que se produzca, teniendo en cuenta, incluso, que el personal sanitario ha tenido suspendidos los permisos desde que comenzó toda esta situación 2 epidémica. No podemos pensar que toda esta planificación, que no es fácil, que va a conllevar innumerables ajustes de agendas, de horarios, de evitación de aglomeraciones en salas de espera, de llamadas telefónicas de confirmación...pueda caer por la falta de los profesionales, que siguen trabajando en situación de riesgo, y que además no están exentos de sufrir cualquier otro tipo de enfermedad que le impida su normal asistencia al trabajo.

Teniendo en cuenta que durante la desescalada se deberá tener en cuenta el mantener distancias de seguridad establecidas, no acumular muchas personas juntas en las mismas esperas y asegurar condiciones de limpieza de calidad, podríamos recomendar el aumento de la turnicidad en los departamentos y servicios en el que estas circunstancias puedan ser más probables y, además permiten su espaciamiento, tal es el caso de las consultas externas, los servicios de pruebas diagnósticas, los quirófanos e incluso las consultas de los centros de salud. En todos ellos, el uso del turno de tarde permite las condiciones antes mencionadas, así como el aprovechamiento de espacios vacíos durante largas horas del día.

También creemos que, para mantener la desescalada y coger el ritmo que ponga el servicio sanitario al día, después de tanto retraso acumulado, son necesarias dos cosas: aumentar el número de enfermeras hasta conseguir la ratio enfermera/paciente recomendada por la OMS y reforzar los servicios enfermeros de atención primaria que son los que van a tener una mayor presión asistencial derivada del seguimiento de pacientes crónicos, puesta al día de servicios de vacunación, visitas domiciliarias, altas hospitalarias precoces, pruebas analíticas habituales y pre quirúrgicas (que ahora incluyen prueba de Covid-19), cirugía menor ambulatoria, espirometrías, deshabitación tabáquica, control de anticoagulación oral, etc.

Una vez realizadas preliminarmente estos comentarios que afectan al planteamiento general, procedemos a desarrollar más específicamente consideraciones que a continuación se relacionan, siendo una de las medidas claves para el éxito del mismo es la:

Información y Comunicación a todos los familiares y usuarios, así como a la totalidad de los Profesionales de la sanidad que intervienen en el plan, posibilitándose la consecución de diferentes fines, como son:

- Transmitir seguridad sobre el acceso a los servicios e instalaciones y las condiciones de acceso (acompañantes, circuitos, ubicación...)
- Comunicar citas a consultas
- Comunicar citas a pruebas diagnósticas y la preparación previa a las mismas
- Comunicar citas a intervención quirúrgica y la preparación previa a las mismas
- Seguimiento de altas hospitalarias a través de coordinación con enfermera referente del paciente.
- Informar sobre los nuevos modelos de atención sanitaria a la ciudadanía, ensayados con éxito durante la pandemia, y la consolidación de nuevos roles.

Es importante que la información sea entendible y se resuelvan todas las dudas antes de acudir a la cita y así evitar la cancelación de procesos diagnósticos y quirúrgicos que no se realizan por falta de preparación e información adecuadas. En muchas ocasiones está relacionado con la dificultad para transmitir información acorde a la persona que la recibe y la necesidad de establecer un dialogo que permita disipar las dudas que genera dicha información dificultada además por los temores y la ansiedad. Llama la atención también la falta de un canal de comunicación que permita a los usuarios volver a llamar para preguntar algunas cuestiones que han generado dudas.

Es necesario valorar la importancia y necesidad de que estas comunicaciones se realicen por parte de profesionales sanitarios que puedan resolver todas las dudas. Existen numerosas experiencias de este tipo de consultas realizadas por enfermeras.

También tener en cuenta que en todos estos procesos de comunicación será necesario explicar las medidas de prevención a llevar a cabo por parte de los usuarios: (uso adecuado de mascarillas, distancias físicas...)

Para el corto, medio y largo plazo es necesario establecer una estrategia de alfabetización en salud en la que se desarrollen los siguientes contenidos clave:

- Medidas de prevención ante enfermedades infecciosas
- Uso de elementos de prevención (guantes y mascarillas)
- Uso de recursos sanitarios (una importante oportunidad para la gestión de la demanda y los espacios sanitarios, un ejemplo fundamental sobre el que es necesario seguir trabajando:
 - La visita hospitalaria a pacientes ingresados

- Uso racional de los Servicios de Urgencia
- Importancia de cuidar nuestro Sistema Sanitario Público

Además de que estos contenidos estén presentes en la información que se trasmite a usuarios en los diferentes contactos con el sistema sanitario y en sus diversos canales será necesario establecer poblaciones diana para un mayor desarrollo de esta estrategia, los ámbitos clave pueden ser:

- Entornos educativos
- Entornos laborales
- Entorno comunitario (asociaciones, entidades locales, ..)

Más concretamente y aprovechando la inercia de lo aprendido y de eficiencia y efectividad sobradamente demostradas consideramos fundamental las siguientes medidas:

Asistencia Hospitalaria

Es necesario establecer un control de acceso al hospital mediante un cribado disuasorio, consistente en la toma de temperatura y breve anamnesis sobre síntomas de Covid-19 que deberá estar a cargo de enfermeras. Se podría estudiar la posibilidad de realizar test rápido a aquellas personas que tuvieran síntomas sugerentes de padecer la enfermedad.

El funcionamiento de plantas de hospitalización médico quirúrgicas, debe contemplar la plantilla recomendada de enfermeras según los planteamientos de la OMS. Las enfermeras serán las garantes de la asistencia al paciente por turnos y se asegurarán de mantener las condiciones de seguridad que las circunstancias de post-epidemia hacen necesarias.

Es importante señalar el necesario trabajo de las enfermeras gestoras de casos para la transición de los pacientes entre la asistencia hospitalaria y la atención primaria o entre servicios. Además, se hace necesario el refuerzo de la gestión de casos a la hora de facilitar consultas en acto único y la unificación de diversas citas para facilitar que el paciente no tenga que acudir varias veces al hospital o centro de especialidades determinado.

Las enfermeras serán también las responsables de la seguridad en las áreas quirúrgicas en lo que al Covid-19 se refiere, teniendo a su cargo los equipos EPIs de seguridad, encargándose de su suministro y reposición. También supervisarán la limpieza segura de los espacios utilizados.

En las urgencias las enfermeras realizarán un cribado previo de patología sintomatológica de Covid-19 o no, para que el paciente pase por un circuito u otro. Dentro de cada circuito las enfermeras seguirán con el triaje habitual de constantes, anamnesis rápida sobre sintomatología, etc.

Los servicios de laboratorio y más concretamente los servicios de recogidas de muestras establecerán un espacio en el que las enfermeras realizarán las PCR

previas al ingreso o a la cirugía a realizar, tanto cirugía mayor ambulatoria como cirugía normal.

Asistencia en Atención Primaria

En lo que a Atención Primaria se refiere, los centros deben contar con el adecuado material de protección para sus trabajadores, teniendo en cuenta el volumen de profesionales de los centros y la cantidad de los mismos que salen a la vez a domicilios de pacientes a lo largo de la jornada laboral.

Además de mantener la atención a pacientes que consultan por sospecha de Covid-19, hay que ir retomando todo lo que, siguiendo las instrucciones dictadas durante la pandemia, se ha ido demorando, tal como se ha descrito antes.

Es por tanto necesario el planteamiento de refuerzos de plantillas, ya que hay que tener en cuenta los espacios disponibles en cada centro y la población que se atiende. Las enfermeras deben seguir manteniendo la consulta de cribado junto a la entrada de los centros, de forma que se puedan detectar síntomas de sospecha de Covid y sean derivados a la consulta habilitada para ello, con mascarilla quirúrgica, evitando lo máximo posible el deambular de los mismo por el centro. Las enfermeras continuarán con el seguimiento telefónico de aquellos pacientes con aislamiento domiciliario para ver evolución de síntomas.

El actual sistema genera un retraso importante en la atención de pacientes por cupos, cuando se vuelva a la normalidad. Es complicado en el corto espacio de tiempo en consultas, debido a los pocos espacios que las enfermeras disponen en los centros de salud, poder atender a las llamadas telefónicas de seguimiento Covid, a la actividad presencial de demanda asistencial, asistencia telefónica a pacientes frágiles, seguimiento de patologías crónicas y pruebas complementarias personalizadas (la mayoría de las enfermeras sólo disponen, en el mejor de los casos de 2 horas para todo esto).

Proponemos que el seguimiento telefónico por Covid pueda ser resuelto sin personalización, al igual que algunas de las actividades que se realizaban por esta modalidad de trabajo, como extracciones, pruebas complementarias respiratorias, o vacunas, permitiendo de esta forma el poder contar con los refuerzos antes mencionados.

Las enfermeras retomarán lo antes posible las vacunaciones pendientes, reforzando los servicios de estas consultas, de forma que se puedan resolver en el periodo de 3-4 meses los retrasos acumulados, para poder disponer en los meses de otoño del seguimiento del calendario habitual junto a las campañas de gripe, neumococo y ¿covid?

En cuanto a las actividades de educación para la salud, las enfermeras reanudarán las mismas, acelerando los procesos, de forma que las sesiones sean más comprimidas en tiempo o en espacio entre citas.

El trabajo por cupo médico-enfermera se distribuirá, pudiendo las enfermeras hacer la comunicación de resultados tanto analíticos como de pruebas complementarias. También, en consultas telefónicas pueden filtrar, si la atención lo precisa, hacia el médico u otro recurso. Debido a la variedad de tareas que tienen asignadas las enfermeras en centros de salud, con el aumento debido al retraso

acumulado, el nuevo servicio de cribado en puerta y seguimiento telefónico de pacientes en aislamiento, además de retomar el programa de atención domiciliaria, no parece funcional, en el momento actual, la puesta en marcha del triaje enfermero.

Las enfermeras preparadas para ello pueden realizar cirugía menor ambulatoria en los centros de salud, cooperando en la disminución de la demanda de la misma y disminuyendo la lista de espera que pudiera existir.

De cara al trabajo en la atención domiciliaria existe un nuevo planteamiento que es la atención a pacientes Covid + con curas, sondajes, o que requieran atención como por ejemplo de anticoagulación oral, tareas todas, como la mayoría de la atención domiciliaria que recae en las enfermeras de los centros. Para ello, habrá que dotar de los mecanismos para que los profesionales puedan acudir a los domicilios y tengan capacidad de ponerse y quitarse las EPIs correspondientes y la forma en que pueden desechar los mismos.

En todas las tareas propuestas en el documento de la desescalada y vuelta a la normalidad, manifestamos nuestra cooperación en todas las actividades que se plantean, teniendo siempre en cuenta las cargas de trabajo de todos y cada uno de los profesionales que participan en el equipo de salud de los centros. La actividad telefónica y telemática ha hecho que la presencialidad de los ciudadanos sea mucho menor, para todos los profesionales, pero en la desescalada hay muchas tareas de reducción de demoras acumuladas que recaen en las enfermeras, por lo que habrá que tener en cuenta todas estas circunstancias a la hora del planteamiento del trabajo.

Áreas de Triage:

1. Potenciar la valoración e intervenciones clínicas enfermeras, en las áreas de triage-clasificación, priorizando la atención a usuarios con problemas de salud que requieren atención de urgencia y que no admiten demora, iniciando medidas terapéuticas (vía venosa, O2, petición de pruebas complementarias...), más allá de la mera recepción y distribución administrativa, conociendo que no es una iniciativa de determinadas enfermeras de práctica supuestamente extralimitada, sino que sus actuaciones son el producto del consenso entre profesionales, basándose en evidencia científica, que persiguen la seguridad clínica, la efectividad y la eficiencia. Por ejemplo: Ante un dolor torácico: Anamnesis. Exploración, apoyo al diagnóstico, ECG, solicitud de analítica, objetivos e intervenciones: 1:, 2:, 3:,. Ante un dolor abdominal: Anamnesis, exploración, apoyo al diagnóstico, solicitud de pruebas complementarias, objetivos en intervenciones: 1:, 2:, 3:...

2. Continuar, mientras dure el periodo de alarma-contagios, discriminando usuarios posibles COVID-19, o con síntomas de otras patologías, ordenando los circuitos asistenciales y garantizando la seguridad clínica.

3. Potenciar la capacidad clínica de las enfermeras para resolver, como producto final, valorando, filtrando o derivando al médico u otros recursos (Seguimiento de programas y procesos, solicitud de pruebas analíticas y posterior valoración, ECG, retinografías, espirometrías, monitorizaciones previas a la derivación al MF, para inicio de antihipertensivos, antidiabéticos, ansiolíticos...). Realmente los ciudadanos y profesionales están satisfechos con este modelo, que se viene llevando a cabo en ocasiones, entre profesionales sanitarios de práctica

avanzada y con buen nivel de relación interdisciplinar y consenso. Recitaciones para notificaciones telefónicas de resultados, en consulta de acto único

4. Potenciar la atención domiciliaria. Reforzar el seguimiento de pacientes con mayor vulnerabilidad: discapacidad o dificultades de movilidad en domicilio, pacientes paliativos, en riesgo o exclusión social y de sus cuidadores. Establecer en las agendas de MF y ENF tiempo asignado a la realización de visitas domiciliarias programadas.

Este punto no tiene sentido. Lo que pide ya se realiza incluso en esta época de pandemia COVID-19. La atención domiciliaria a personas vulnerable y/o en riesgo de exclusión es prioritaria. Ahora bien, debemos estar atentos a que esto no signifique potenciar la atención domiciliaria de forma indiscriminada. Esto sería un error por el mayor riesgo de contagio del personal sanitario y mayor posibilidad de transmisión de infecciones cruzadas a los pacientes al ser el personal sanitario un posible vector en el periodo asintomático. Para que esta infección cruzada se viera reducida en la atención domiciliaria el profesional debería utilizar un EPI para cada domicilio

Echamos en falta en la V.5 del Plan -del día 24- el siguiente párrafo:

“Dotar a los centros con vehículos para desplazamiento a los domicilios, medios de protección contra agentes biológicos (EPIs) y tiempos protegidos para la actividad domiciliaria. Por seguridad mantener las mamparas que se han ubicado en los SAC. Y la higiene de manos.”

Sería un error potencial los avisos a domicilio de pacientes que pudieran acudir al centro sanitario. La posibilidad de contagio de profesionales sería mayor. Se debería dotar al profesional sanitario de EPIs para cada domicilio (los pacientes asintomáticos pueden atenderse por otra patología y la casa es el lugar más contaminado). En los domicilios de los pacientes es imposible controlar las personas que ha podido estar en las últimas horas (en esta situación de pandemia cualquiera puede ser portador asintomático de Covid-19). La posibilidad de actuar como vectores por parte de personal sanitario también es mayor.

Proponemos, y es demanda de muchos profesionales de atención primaria el disponer de un uniforme de trabajo para poder desplazarse a los domicilios sin tener que usar su propia ropa que después deben llevar a sus propios domicilios. Podría ser un uniforme similar a los que utilizan los SUAP en su trabajo habitual.

5. Facilitar acceso bidireccional mediante comunicación telefónica o telemática directa (teleasistencia) de los usuarios con sus referentes clínicos enfermeros, (en atención primaria, los usuarios mantienen una relación terapéutica de confianza con los enfermeros de su cupo), a ser posible durante 24 h., para disipar dudas, ansiedad, soledad, aislamiento, paliativos y muerte digna en domicilio, (problemas reales o potenciales).

6. Generar agendas enfermeras de seguimiento telefónico, para favorecer la accesibilidad de aquellos usuarios en seguimiento de programas y procesos, que han dejado de acudir a consultas presenciales, habiéndose descompensado su problema crónico de salud por las medidas de seguridad ante la pandemia, facilitándose el acceso a TICs: Acceso remoto a DIRAYA y otras aplicaciones de interés asistencial.

7. **Habilitar en DIRAYA herramienta de acceso a catálogo de prescripción** “no sujeta a prescripción médica”, deshabilitado en la actualidad, y a prescripción colaborativa protocolizada, habilitada en DIRAYA para algunos fármacos, pero de dudosa intencionalidad. Más parece un error de herramienta.

8. **Adecuación de plantillas** para agilizar las demoras derivadas de la suspensión temporal de programas “no esenciales”, para paliar la falta de control, descompensaciones, y desmotivación de afectados por problemas crónicos de salud, y alargamiento de tiempos de asistencia derivados de las medidas de seguridad que deben ser mantenidas.

9. **Potenciación del programa de Cirugía Menor**, llevada a cabo por enfermeros.

10. **Potenciar la presencia de Enfermería**, en Residencias Socio-Sanitarias, como se ha hecho en nuestra comunidad, desde el inicio de la pandemia y con magníficos resultados, en aras de conocer mediante programas, el estado de salud de esta población vulnerable y las barreras y problemas que impiden su desarrollo en salud. Más que medicalizarlas, deben ser “sanitarizadas”, con orientación hacia “CUIDADOS”. Proponemos dotarlas de herramientas favorecedoras de la salud y el desarrollo de residentes y trabajadores, encomendándoles a las enfermeras el cometido de la gestión de la salud de estos Centros, en contra del modelo practicado hasta el inicio de la pandemia.

En el abordaje de las residencias, tenemos claro las insuficiencias y las debilidades que venían atravesando y ha servido para identificar áreas de mejora e implicar la atención primaria, EGC, medicalizarlas, así como inspecciones desde la delegación de Salud, que eran de suma urgencia. Vemos prioritario también la formación al personal que desempeña sus funciones en las residencias

11. **Potenciar seguimientos de altas hospitalarias AH1, AH2.**

12. **Participar en el seguimiento de afectados por covid**, telefónico y presencial, en el Centro de Salud y en domicilio.

13. **Adecuación del número de profesionales** para retomar-potenciar programas de salud: niño sano, enfermería en la escuela, cribaje, cáncer de colon, vacunas, embarazo, citologías, retinografías, tabaco, etc., para corregir el pico de demoras.

14. **Destacar-admitir la validez como documento oficial, los Informes de Salud o Informes Clínicos (CMBD)**, emitidos por las enfermeras, al amparo del Real Decreto 1093/2010 de 3 de septiembre, por el que se aprueba el conjunto mínimo básico de datos de los Informes Clínicos en el Sistema Nacional de Salud, que se vienen realizando para la Ley de Dependencia, mediante revisión exhaustiva en los registros físicos y digitalizados de las atenciones recibidas, por especialistas, incluyendo la codificación CIE y Nanda, así como los diagnósticos sociales y recursos de los ciudadanos para el afrontamiento de sus necesidades de salud.

15. **Dotar para el comienzo del próximo curso, en primaria y secundaria de Enfermera Escolar**, como un miembro más, en el claustro de profesores. La enfermera escolar se ocupa de la salud integral en el centro educativo: Educación para la salud, promoción de hábitos saludable y prevención de la enfermedad y riesgos. Atención a problemas crónicos de salud de la comunidad educativa,

atención a accidentes y urgencias en la escuela, consulta de enfermería, atención en la diversidad sensitiva, cognitiva y funcional... Entornos saludables...

OTRAS CONSIDERACIONES

Procedemos a continuación a relacionar otra serie de consideraciones que entendemos deben ser igualmente tenidas en cuenta en el texto definitivo:

1. La carencia más grande del documento, es que **NO SE NORMALIZA** todo el proceso de monitorización comunitaria del desescalamiento, que tendrá que ser asumido por Atención Primaria (AP) con una importante asunción de responsabilidades. Este eje, que ha sido definido como determinante por la OMS, la Comisión Europea, no aparece regulado en el documento. Sin eso, la variabilidad y el caos está garantizado en los centros de salud a este respecto.
2. En el plan funcional no hay **NI UNA SOLA** propuesta para el colectivo de población de Salud Mental, que durante la crisis ha visto un aumento de su morbilidad como consecuencia del confinamiento. Los Servicios de Salud Mental y la Salud Mental Comunitaria debería tener varios folios en este documento y contar con la presencia de las enfermeras especialistas en Salud Mental entre los expertos que elaborasen las medidas específicas sobre todo para el seguimiento comunitario de pacientes con Trastorno Mental Grave, que han sido los más afectados.
3. Debido a las implicaciones funcionales del establecimiento de circuitos y habitaciones diferenciadas sobre la prestación de cuidados a personas encamadas (que pueden ir cambiando de forma muy dinámica conforme avanza el desescalamiento) y a la diversidad de proveedores y especialistas que genera esta situación en un mismo espacio asistencial, se recomienda que los supervisores de las Unidades de Hospitalización centralicen la gestión de estos circuitos y asignación de camas. Diariamente se revisarán las necesidades y disponibilidades, para guiar la toma de decisiones para todo el equipo asistencial en cuanto a ubicaciones de pacientes, acompañantes, asignación de personal, recursos materiales y flujos asistenciales. La asignación de camas también deberá tener en cuenta la presencia de pacientes frágiles, multimórbidos con alta dependencia, y con elevado riesgo de desarrollar eventos adversos como consecuencia de la hospitalización, que podría verse agravada por las medidas para el COVID19. Las enfermeras deberán valorar diariamente la presencia de pacientes de alto riesgo por su condición de vulnerabilidad y que este criterio se integre en la toma de decisiones diarias sobre la reorganización de circuitos y espacios asistenciales para el cuidado.
4. El proceso de alta de pacientes crónicos complejos, con gran nivel de dependencia deberá coordinarse anticipadamente mediante la intervención de las enfermeras gestoras de casos hospitalarias y de atención primaria.
5. “El visitante no debe presentar síntomas y en la medida de lo posible, priorizar visitantes sin factores de riesgo”: Se debe especificar con más concreción cómo, quién y cuándo se harán esas comprobaciones. Si recae sobre las enfermeras, supondrá una carga de trabajo adicional importante, junto a la

que ya de por sí supone el uso sistemático de EPIS y medidas de aislamiento, que deberá ser tenida en cuenta a la hora de planificar las plantillas y turnos. además, las enfermeras deberán poder tener acceso a la realización de test rápidos para este propósito.

6. Debido a su alta exposición, las enfermeras de triaje deberán tener garantizada la disponibilidad de EPIs en todo momento, así como la capacidad para activar de forma inmediata el circuito asistencial de pacientes sospechosos de COVID19.
7. Se deberá garantizar la dotación de recursos humanos suficientes para la existencia de los circuitos diferenciados.
8. Solo se permitirá un acompañante por paciente, que además deberá ser “seleccionado” evitando aquellos acompañantes sobre los que pueda existir dudas, aún siendo asintomáticos que pudieran haber contraído la infección por haber estado en contacto estrecho y sin protección con pacientes: Hay que especificar con más concreción cómo, quién y cuándo se harán esas comprobaciones. si recae sobre las enfermeras, supondrá una carga de trabaja adicional importante, junto a la que ya de por sí supone el uso sistemático de epis y medidas de aislamiento, que deberá ser tenida en cuenta a la hora de planificar las plantillas y turnos. Además, las enfermeras deberán poder tener acceso a la realización de test rápidos para este propósito.
9. Fases progresivas: Deberá planificarse con antelación suficiente la disponibilidad de enfermeras y TCAEs suficientes a la hora de la reordenación de actividad quirúrgica.
10. CMA: Esta recomendación coincide con el incremento masivo de actividad que supondrá el desescalamiento en Iso Centros de Salud. Si no se acompaña de un incremento de recursos, va a ser muy difícil compaginar todos estos incrementos de la demanda
11. Personas incapacitadas en domicilio: La terminología es obsoleta. y desacertada...NO es sólo el criterio del estado funcional el que guía la Atención Domiciliaria.
12. ACTUACIONES EN ATENCIÓN PRIMARIAS. El éxito del desescalamiento va a tener su mayor componente en intervenciones comunitarias, sobre todo las educativas para la población y las de uso de recursos comunitarios como apoyo para el desescalamiento y la vigilancia epidemiológica. Si esto no se refuerza y se prioriza, será un error importante. Los Servicios de Salud Pública no tienen recursos para hacer frente al control de contactos durante el desescalamiento y serán Iso centros de salud los que tengan que asumir el grueso de esta actividad. Pero, deberán establecerse mecanismos de coordinación adecuados, sobre todo en la definición de criterios y en la comunicación de información epidemiológica. Igualmente, el seguimiento deberá ser realizado tanto por médicos, como por enfermeras de familia y ambos han de tener el mismo nivel de coordinación con Salud Pública.
13. ACTUACIONES EN CITA PREVIA

- Se desconocen la existen de criterios protocolizados o de algoritmos de decisión para la ayuda de los profesionales de los SAC
- Cita telefónica para enfermera: Esto supone convertir a las enfermeras en el mecanismo de triaje de TODAS las consultas realizadas por la APP. El volumen puede ser muy considerable. Si se le añade el seguimiento de pacientes frágiles en domicilio, multimórbidos, potenciar CMA, el seguimiento de contactos, reinicio de programas de salud, vacunaciones, urgencias, etc, el volumen de carga de trabajo puede ser de proporciones siderales
- Evolución tórpida: Estos pacientes no solo van a necesitar cita médica, sino que casi con toda seguridad, si son pacientes con patologías crónicas previas, van a requerir atención domiciliaria por la enfermera, ya que las complicaciones de su situación multimórbida y funcional requerirán valoración y seguimiento enfermero. También es muy probable que requiera servicios de enfermera gestora de casos (que, además, es posible que la propia gestora de casos de hospital haya activado previamente)
- Derivación por la enfermera al médico de familia: Este criterio debería armonizarse con lo dicho en el párrafo anterior respecto a las citas de médico o enfermera. Da lugar a 7 errores de interpretación y posiblemente generará un aluvión de citas a la enfermera por falta de claridad en el criterio.
- Las consultas por síntomas respiratorios se derivarán al circuito médico: Entra en contradicción con recomendaciones anteriores.
- La Enfermería ha demostrado con creces su capacitación y es hora de asumir responsabilidades: No podemos admitir en ningún caso este párrafo.
- El trabajo de la Enfermera Gestora de Casos se había desvirtuado: Nuevamente es inadmisibile.
- La atención domiciliaria no está solo condicionada por el deterioro de la funcionalidad física.
- Desconocimiento de los conceptos de fragilidad o vulnerabilidad.
- Asignación de la enfermera pediática es inviable con los recursos humanos actuales.
- Omite el programa de seguimiento puerperal a domicilio, programas de educación prenatal y el seguimiento de embarazadas que hayan tenido COVID.
- Falta concreción y dotación de material en domicilio a enfermedades crónicas para el fomento de la asistencia telefónica.

14. No se hace referencia al estado inmunitario de los propios profesionales sanitarios.
15. La reanudación de la Cirugía que precisa UCI posterior deberá estar condicionada a la disponibilidad de camas en dicha unidad, que deberá contar con una reserva de camas para la atención previsible de pacientes COVID, con objeto de no volver a situaciones previas de saturación de dichos servicios.
16. No se evidencia la participación de los departamentos de Riesgos Laborales, ni referencia alguna al material de protección necesario.

Por último, referirnos a que nos llama la atención que no se hable de la realización de test masivos y reiterados tanto al personal sanitario como a la población, ya que es un paso primordial para la desescalada y acabar con la pandemia. Y recordar que, si es importante realizar la incorporación de la actividad asistencial poco a poco hasta retomarla en su totalidad, más importante es aún hacerlo de forma segura y protegida. Todo el Personal Sanitario debe de disponer de todo el material de protección necesario para realizar su trabajo de forma segura.

Aprovechamos el presente documento para referirnos una vez más a la necesidad de que en el mismo, se de divulgación a la excelencia de la profesión enfermera, como personal facultativo, tal como lo contempla la LOPS: Profesionales con facultad de diagnosticar y tratar en el ámbito de sus competencias. Confusamente, muchos documentos oficiales y medios de comunicación emplean la expresión “FACULTATIVOS”, de forma restrictiva, ignorando que incluso en otras profesiones ajenas a la Salud, también hay facultativos.

CONCLUSIONES

Valorado el documento “Plan Funcional para la normalización del Trabajo en la Actividad Asistencial” por distintos profesionales de Enfermería, parece evidente la falta de la perspectiva enfermería en su elaboración -así como descripciones alejadas del conocimiento de la Enfermería-, no pudiendo por tanto considerarlo adecuado para el objetivo que persigue -en base a cuantas consideraciones se detallan en este documento- si no se atienden las consideraciones recogidas en el mismo.